



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



**FACULTAD D MEDiCINA  
DEPARTAMENTO D CiR VGíA**

**TESIS DOCTORAL**

**Calidad y Satisfacción en la  
Asistencia Sanitaria de la  
Clínica Odontológica de la USAL**

**Autora: Ángela Sanz Sánchez**

**Director: Prof. Dr. Joaquín F. López Marcos**

**Salamanca, 2017**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



**FACULTAD D MEDiCINA  
DEPARTAMENTO D CiR VGiA**

**TESIS DOCTORAL**

**Calidad y Satisfacción en la  
Asistencia Sanitaria de la  
Clínica Odontológica de la USAL**

**Autora: Ángela Sanz Sánchez**

**Director: Prof. Dr. Joaquín F. López Marcos**

**Salamanca, 2017**

**PROF. DR. D. FRANCISCO SANTIAGO LOZANO SÁNCHEZ, DIRECTOR DEL  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA,**

CERTIFICA:

Que el presente trabajo elaborado por **Dña. ÁNGELA SANZ SÁNCHEZ** para optar al Título de Doctor por la Universidad de Salamanca, con el título “Calidad y Satisfacción en la Asistencia Sanitaria de la Clínica Odontológica de la USAL”, ha sido realizado en el Departamento de Cirugía bajo la dirección del Dr. Joaquín F. López Marcos cumpliendo los requisitos para su presentación y defensa, ante el Tribunal Calificador.

Y para que conste a los efectos oportunos, expido y firmo el presente certificado,

En Salamanca a .....de ..... de 2017

Fdo.: Prof. Dr. Francisco Santiago Lozano Sánchez

**PROF. DR. D. JOAQUÍN F. LÓPEZ MARCOS, PROFESOR DEL ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA  
DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA,**

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral titulada “Calidad y Satisfacción en la Asistencia Sanitaria de la Clínica Odontológica de la USAL” presentada por la Licenciada en Odontología **Dña. ÁNGELA SANZ SÁNCHEZ**, ha sido realizado bajo mi dirección y reúne las condiciones necesarias para su presentación y defensa, para la obtención del Grado de Doctor por la Universidad de Salamanca, lo cual firmo a los efectos oportunos.

En Salamanca a .....de ..... de 2017

Fdo.: Prof. Dr. Joaquín F. López Marcos

*A mi madre,  
et quia per eam*

## Agradecimientos

---

Porque esta tesis doctoral nunca habría sido posible sin el apoyo y confianza de todas aquellas personas que han estado a mi lado y me han prestado su ayuda de forma desinteresada, y a las que se lo quiero agradecer muy sinceramente:

A mi director de tesis, el Dr. Joaquín F. López Marcos, por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento para que esta tesis pudiera ver la luz.

Al Dr. Javier García Criado, por su disposición, atención, y amabilidad en todo lo referente a mi abrupto camino por el mundo científico-docente. Gracias, por esa PAZ, que me has transmitido en mis fases de desesperación. Gracias por tu mente ágil, tu buen criterio y tu simpatía y cariño siempre.

A las personas que, de una u otra manera, han sido claves en el inicio de mi vida profesional. Al Dr. Ángel Alonso Rosado, que me proyectó hacia el mundo de la cirugía, y de la mano con el Dr. José María Martínez González, que me hizo pasar de la desesperación al concepto más sólido de madurez que, como profesional, he alcanzado hasta hoy y me sigue estimulando para luchar cada día al máximo. A la Dra. Cristina Barona Dorado, que me enseñó que el tiempo es la cosa más valiosa que una persona puede gastar, y ella, junto al resto de profesores del Máster de Cirugía Bucal del Hospital Virgen de la Paloma, lo gastaron conmigo y mis compañeros. Gracias.

A los que me empujaron a la aventura de realizar este trabajo, por estar incondicionalmente conmigo, mis padres. Ellos anclaron sus deseos en auténticos profesionales docentes, que me lo proyectaron como algo necesario y alcanzable, aunque no fácil. Su dedicación incondicional, sus valores transmitidos, su capacidad de hacer de mí y mi hermana personas tenaces, capaces de conseguir con empeño y sin desistir, nuestras metas en la vida. Esto es por vosotros, esto es para vosotros.

A mis abuelos y mi Tito, por haberme cuidado tanto y confiado en mí, desde pequeña. Vuestro amor incondicional, dedicación y paciencia ha dado sus frutos, y este éxito os lo dedico especialmente.

---

A mis amigos del alma. Algunos de ellos, pilares fundamentales en mi vida profesional, todos en la personal. Ellos han sido claves en la supervivencia de la realización de este trabajo. Y como no, a mi hermana, Paulita, portadora de esa chispa de alegría que ha soportado "la furia" de mis arrebatos poniendo ese toque de amor y cautela que necesitaba.

Un agradecimiento especial al personal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Salamanca, por su disposición y colaboración desinteresada en la proporción de datos, necesaria para la realización de esta tesis.



índice

## Tabla de contenido

TABLA DE CONTENIDO .....	I
ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS, CUADROS Y GRÁFICOS .....	V
ABREVIATURAS .....	XV
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<i>I.1 El paciente odontológico .....</i>	<i>2</i>
I.1.1 Los pacientes en odontología	
I.1.2 Relación odontólogo-paciente	
I.1.3 Manejo del paciente en odontología	
I.1.3.1 Importancia clínica de los antecedentes personales patológicos, psicológicos y sociales del paciente.	
<i>I.2 La clínica odontológica .....</i>	<i>9</i>
I.2.1 Primeros pasos	
I.2.2 Instalaciones	
I.2.3 Protocolos de la clínica	
<i>I.3. Calidad asistencial .....</i>	<i>12</i>
I.3.1 Definición de calidad asistencial	
I.3.2 Componentes, determinantes y atributos de la calidad asistencial	
I.3.3 Motivos para alcanzar la calidad asistencial. Aproximación histórica y desarrollo cronológico	
I.3.4 Dimensiones de la calidad asistencial	
I.3.5 Gestión de la calidad asistencial	
I.3.6 Evaluación y mejora de la calidad asistencial	
<i>I.4. Satisfacción del paciente .....</i>	<i>28</i>
I.4.1 Los estudios de expectativas	
I.4.2 Informadores clave, grupos focales, grupos nominales	
I.4.3 Informes de usuarios	
I.4.4 Cuestionarios de salud	
I.4.5 Cuestionarios de satisfacción	
<b>II. OBJETIVOS .....</b>	<b>66</b>
<i>II.1 Objetivo general .....</i>	<i>67</i>
<i>II.2 Objetivos específicos .....</i>	<i>67</i>
<b>III. MATERIAL Y MÉTODO .....</b>	<b>68</b>
<i>III.1 Material .....</i>	<i>69</i>
III.1.1 Pacientes	
III.1.2 Instalaciones	
III.1.3 Material clínico	
III.1.4 Encuesta de satisfacción	
<i>III.2 Método .....</i>	<i>70</i>
III.2.1 Aspectos legales y consideraciones éticas	
III.2.2 Diseño y tipo de estudio	
III.2.3 Contexto	
III.2.4 Selección de la muestra	
III.2.4.1 Selección del tamaño muestral	
III.2.4.2 Criterios de selección	

III.2.4.2.1 Criterios de inclusión	
III.2.4.2.2 Criterios de exclusión	
III.2.4.3 Población a estudio	
III.2.5 Definición de variables a estudio	
III.2.6 Planificación del estudio:	
III.2.6.1 Revisión de historias clínicas y recogida de datos	
III.2.6.2 Envío y recepción de encuestas de satisfacción	
III.2.6.3 Análisis e interpretación de los resultados del cuestionario	
III.3 Análisis estadístico .....	82
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>83</b>
<b>IV.1 Descripción general del estudio .....</b>	<b>84</b>
<b>IV.2 Análisis datos historias clínicas .....</b>	<b>85</b>
IV.2.1 Edad y género	
IV.2.2 Motivo de consulta	
IV.2.3 Embarazo	
IV.2.4 Antecedentes personales	
IV.2.5 Enfermedades actuales	
IV.2.6 Intervenciones quirúrgicas	
IV.2.7 Medicación diaria	
IV.2.8 Alergias	
IV.2.9 Diagnóstico odontológico	
IV.2.10 Hábitos	
IV.2.11 Tratamiento odontológico	
IV.2.12 Complicaciones odontológicas	
IV.2.13 Complicaciones médicas	
IV.2.14 Otras	
IV.2.15 Relación entre el género y el MC	
IV.2.16 Análisis de la relación existente entre el MC y el DO	
IV.2.17 Análisis de la relación existente entre el DO y el TO	
IV.2.18 Análisis de la relación existente entre el DO, TO y COD	
<b>IV.3 Análisis de la satisfacción con los servicios de la CO en pacientes,   alumnos y profesores .....</b>	<b>115</b>
IV.3.1 Descripción del proceso de no respuesta a ítems del cuestionario.	
IV.3.2 Descripción del proceso de respuesta y satisfacción en pacientes:	
IV.3.2.1 Datos sociodemográficos.	
IV.3.2.2 Análisis de la satisfacción específica	
IV.3.2.2.1 Ítems del cuestionario para la dimensión clínica	
IV.3.2.2.2 Ítems del cuestionario para la dimensión personal de clínica	
IV.3.2.2.3 Ítems del cuestionario para la dimensión tratamiento	
IV.3.2.3 Análisis de la satisfacción global	
IV.3.3 Descripción del proceso de respuesta y satisfacción en alumnos:	
IV.3.3.1 Análisis de la satisfacción específica	
IV.3.3.1.1 Ítems del cuestionario para la dimensión clínica	
IV.3.3.1.2 Ítems del cuestionario para la dimensión personal clínica	
IV.3.3.1.3 Ítems del cuestionario para la dimensión tratamiento	
IV.3.3.2 Análisis de la satisfacción global	
IV.3.4 Descripción del proceso de respuesta y satisfacción en profesores:	
IV.3.4.1 Análisis de la satisfacción específica	
IV.3.4.1.1 Ítems del cuestionario para la dimensión clínica	
IV.3.4.1.2 Ítems del cuestionario para la dimensión personal clínica	
IV.3.4.1.3 Ítems del cuestionario para la dimensión tratamiento	
IV.3.4.2 Análisis de la satisfacción global	

IV.3.5 Análisis comparativo de la satisfacción del paciente vs alumnos en prácticas y profesores	
<i>IV.4 Estudio de la recogida de información en la historia clínica</i> .....	172
IV.4.1 Análisis de respuesta de pacientes a los ítems del apartado HC	
IV.4.2 Análisis de respuesta de alumnos a los ítems del apartado HC	
IV.4.3 Análisis de respuesta de profesores a los ítems del apartado HC	
IV.4.4 Análisis comparativo de las respuestas de pacientes, alumnos y profesores	
<b>V. DISCUSIÓN</b> .....	191
<i>V.1 Consideración del riesgo médico y MC del paciente en la HC, en relación con el DO establecido por el profesional</i> .....	192
V.1.1 Características de la muestra y valoración de los antecedentes personales	
V.1.2 Estudio del MC recogido en la HC	
V.1.3 Análisis del DO establecido y la relación con el MC	
<i>V.2 Evaluación de la satisfacción del paciente atendido en la CO de la USAL</i> .....	199
<i>V.3 Calidad y satisfacción con la asistencia sanitaria recibida en la CO del paciente vs. alumnos en prácticas y profesores</i> .....	216
<b>VI. CONCLUSIONES</b> .....	222
<b>VII. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	224
<b>VIII. ANEXOS</b> .....	235
ANEXO VIII.1 - Tratamientos que pueden ser efectuados en la Co de la USAL....	236
ANEXO VIII.2 - Cuestionario de satisfacción pacientes .....	238
ANEXO VIII.3 - Cuestionario de satisfacción alumnos .....	243
ANEXO VIII.4 - Cuestionario de satisfacción profesores .....	247
ANEXO VIII.5 - Hoja de recogida de datos de la HC de pacientes .....	251
ANEXO VIII.6 - Carta de presentación enviada a pacientes junto con cuestionario .....	253
ANEXO VIII.7 - Hoja de recogida de datos del cuestionario de pacientes .....	254
ANEXO VIII.8 - Hoja de recogida de datos del cuestionario de alumnos .....	256
ANEXO VIII.9 - Hoja de recogida de datos del cuestionario de profesores .....	257
ANEXO VIII.10 - Tabla variable OTRAS .....	258

## Índice de tablas

Tabla I.4 Principales diferencias entre las encuestas de opinión y los informes (Davies y Ware, 1988) .....	32
Tabla I.4.4 Diferentes tipos de codificación analógica de las respuestas. (Martín, 2004) .....	40
Tabla I.4.5.1.2 Cuestionario de Satisfacción Dental del hospital de Canterbury (Williams y Calnan, 1991) .....	50
Tabla I.4.5.1.3 Encuesta de Satisfacción Dental Facultad de Odontología Universidad de Barcelona (López et al., 2002) .....	51
Tabla I.4.5.1.4.1 Reglas de puntuación para escalas (Davies y Ware, 1982) .....	54
Tabla I.4.5.1.4.2 Contenido de los ítems abreviados, dirección de redacción y categoría de contenido, elementos de satisfacción dental. (Davies y Ware, 1982) .....	55
Tabla I.4.5.1.4.3 Reglas de puntuación para ítems (Davies y Ware, 1982) .....	56
Tabla I.4.5.1.5 Versión original Dental Visit Satisfaction Scale (Corah et al., 1984) .....	58
Tabla IV.2.1.1 Distribución de los pacientes totales según el rango de edad .....	89
Tabla IV.2.1.2 Distribución de los pacientes totales según el género.....	90
Tabla IV.2.1.3 Distribución de los pacientes varones según la edad.....	90
Tabla IV.2.1.4 Distribución de las pacientes mujeres según la edad.....	90
Tabla IV.2.1.5 Distribución de pacientes según el género y grupo etario .....	90
Tabla IV.2.2 Frecuencia y distribución de la variable motivo de consulta .....	92
Tabla IV.2.3 Frecuencia y distribución de la variable embarazo .....	93
Tabla IV.2.4 Frecuencia y distribución de la variable antecedentes personales .....	94
Tabla IV.2.5 Frecuencia y distribución de la variable enfermedades actuales.....	94
Tabla IV.2.6 Frecuencia y distribución de la variable intervenciones quirúrgicas .....	96
Tabla IV.2.7 Frecuencia y distribución de la variable medicación diaria.....	97
Tabla IV.2.8 Frecuencia y distribución de la variable alergias.....	98
Tabla IV.2.9 Frecuencia y distribución de la variable DO.....	99
Tabla IV.2.10 Frecuencia y distribución de la variable hábitos.....	101
Tabla IV.2.11 Frecuencia y distribución de la variable TO.....	102
Tabla IV.2.12 Frecuencia y distribución de la variable COD.....	104
Tabla IV.2.13 Frecuencia y distribución de la variable CM.....	105
Tabla IV.2.15 Distribución porcentual del motivo de consulta según el género.....	106

Tabla IV.2.16 Frecuencia y distribución de los diferentes motivos de consulta en relación con los diagnósticos odontológicos establecidos.....	109
Tabla IV.2.17 Frecuencia y distribución de los diferentes DO establecidos en relación con los TO realizados.....	113
Tabla IV.2.18 Distribución de variables relacionadas en función del grupo odontológico al que pertenecen.....	114
Tabla IV.3.2.1.1 Distribución de los pacientes totales según rango de edad.....	115
Tabla IV.3.2.1.2 Distribución de los pacientes totales según el género.....	116
Tabla IV.3.2.1.3 Distribución de los pacientes varones según la edad.....	116
Tabla IV.3.2.1.4 Distribución de las pacientes mujeres según la edad.....	116
Tabla IV.3.2.2.3 Distribución de respuesta pacientes encuestados sobre si deberían mejorar algunos aspectos del tratamiento.....	122
Tabla IV.3.2.2.4 Media de puntuación otorgada a cada ítem del cuestionario de satisfacción del paciente, DS y media total.....	123
Tabla IV.3.2.4.1 Distribución de frecuencias de satisfacción con la modernidad de los equipos, según el nivel de estudios.....	124
Tabla IV.3.2.4.2 Distribución de frecuencias de satisfacción con la limpieza de la clínica, según el nivel de estudios.....	126
Tabla IV.3.2.4.3 Distribución de frecuencias de satisfacción con la ubicación de la CO, según el nivel de estudios.....	128
Tabla IV.3.2.4.4 Distribución de frecuencias de satisfacción con la amplitud de la CO, según el nivel de estudios.....	130
Tabla IV.3.2.4.5 Distribución de frecuencias de satisfacción con la ausencia de ruidos y olores desagradables en la CO, según el nivel de estudios.....	132
Tabla IV.3.2.4.6 Distribución de frecuencias de satisfacción con la atención por parte del personal de la CO, según el nivel de estudios.....	134
Tabla IV.3.2.4.7 Distribución de frecuencias de satisfacción con que el alumno reciba y salude por su nombre al paciente, según el nivel de estudios.....	136
Tabla IV.3.2.4.8 Distribución de frecuencias de satisfacción con que el alumno mostrase interés en el problema bucodental del paciente, según el nivel de estudios.....	138

Tabla IV.3.2.4.9 Distribución de frecuencias de satisfacción con la explicación por parte del alumno del tratamiento que recibiría el paciente, según el nivel de estudios.....	140
Tabla IV.3.2.4.10 Distribución de frecuencias de satisfacción del paciente con la supervisión del tratamiento por parte de un profesional, según el nivel de estudios.....	142
Tabla IV.3.2.4.11 Distribución de frecuencias de satisfacción del paciente con la seguridad transmitida por los procedimientos utilizados, según el nivel de estudios.....	144
Tabla IV.3.2.4.12 Distribución de frecuencias del nivel de satisfacción con la ausencia de secuelas y complicaciones, según el nivel de estudios.....	146
Tabla IV.3.2.4.13 Distribución de frecuencias de satisfacción con el coste del tratamiento, según el nivel de estudios.....	148
Tabla IV.3.2.4.14 Distribución de frecuencias de satisfacción y recomendación de los servicios de la CO, según el nivel de estudios.....	150
Tabla IV.3.2.4.15 Distribución de frecuencias de satisfacción de los pacientes con volver a recibir otro tratamiento en la CO, según el nivel de estudios.....	152
Tabla IV.3.2.4.16 Distribución de frecuencias de satisfacción del paciente con los horarios de atención de la CO, según su profesión.....	154
Tabla IV.3.2.4.17 Distribución de la satisfacción del paciente con la explicación del alumno de los problemas que tenía en su boca, según su profesión.....	156
Tabla IV.3.2.4.18 Distribución de frecuencias de satisfacción del paciente con la puntualidad en la hora de atención, según su profesión.....	158
Tabla IV.3.2.4.19 Distribución de frecuencias de satisfacción del paciente con el tiempo que pasó con el alumno durante su tratamiento, según su profesión.....	160
Tabla IV.3.3 Media de puntuación otorgada a cada ítem del cuestionario de satisfacción del alumno, DS y media total.....	165
Tabla IV.3.4 Media de puntuación otorgada a cada ítem del cuestionario de satisfacción del profesor, DS y media total.....	169
Tabla IV.3.5.1 Distribución de medias otorgadas a los diferentes ítems en los cuestionarios de satisfacción de pacientes, alumnos y profesores y medias globales.....	171

Tabla IV.4.1.1 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta de si se le proporcionó el CI.....	172
Tabla IV.4.1.2 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por el motivo de consulta.....	173
Tabla IV.4.1.3 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por los antecedentes personales.....	173
Tabla IV.4.1.4 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por la medicación.....	173
Tabla IV.4.1.5 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por alergias.....	174
Tabla IV.4.1.6 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por hábitos.....	174
Tabla IV.4.1.7 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por su última visita al dentista.....	174
Tabla IV.4.1.8 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por presencia de dolor.....	175
Tabla IV.4.1.9 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por sangrado de encías.....	175
Tabla IV.4.1.10 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por movilidad dental.....	175
Tabla IV.4.1.11 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por dificultad al hablar, masticar o tragar.....	176
Tabla IV.4.1.12 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por la frecuencia del cepillado dental.....	176
Tabla IV.4.1.13 Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por la exploración de su cavidad bucal.....	176
Tabla IV.4.1.14 Distribución de las respuestas de pacientes mujeres ante la pregunta por embarazo.....	177
Tabla IV.4.2.1 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta de si proporcionó el CI al paciente.....	178
Tabla IV.4.2.2 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por el motivo de consulta.....	179



Tabla IV.4.2.3 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por sus antecedentes personales.....	179
Tabla IV.4.2.4 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por su medicación diaria.....	179
Tabla IV.4.2.5 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por sus alergias.....	179
Tabla IV.4.2.6 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por sus hábitos.....	180
Tabla IV.4.2.7 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por su última visita al dentista.....	180
Tabla IV.4.2.8 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por la presencia de dolor.....	180
Tabla IV.4.2.9 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por la presencia de sangrado de encías.....	181
Tabla IV.4.2.10 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por movilidad de sus dientes.....	181
Tabla IV.4.2.11 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por la existencia de dificultad para hablar, masticar, tragar.....	181
Tabla IV.4.2.12 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por la frecuencia del cepillado dental.....	182
Tabla IV.4.2.13 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta por la exploración de la cavidad oral del paciente.....	182
Tabla IV.4.2.14 Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta a pacientes mujeres por embarazo.....	182
Tabla IV.4.3.1 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta de si se proporcionó el CI al paciente.....	183
Tabla IV.4.3.2 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por el motivo de consulta.....	183
Tabla IV.4.3.3 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por sus antecedentes personales.....	184
Tabla IV.4.3.4 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por la medicación que tomaba.....	184

Tabla IV.4.3.5 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por sus alergias.....	184
Tabla IV.4.3.6 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por sus hábitos.....	185
Tabla IV.4.3.7 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por su última visita al dentista.....	185
Tabla IV.4.3.8 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por la presencia de dolor.....	185
Tabla IV.4.3.9 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por la presencia de sangrado de encías.....	186
Tabla IV.4.3.10 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por la movilidad de sus dientes.....	186
Tabla IV.4.3.11 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por la existencia de dificultad para hablar, masticar, tragar.....	186
Tabla IV.4.3.12 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por la frecuencia del cepillado dental.....	187
Tabla IV.4.3.13 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta por la exploración de la cavidad oral del paciente.....	187
Tabla IV.4.3.14 Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta a pacientes mujeres por embarazo.....	187
Tabla IV.4.4.1 Porcentaje de respuestas afirmativas a los ítems del apartado historia clínica del cuestionario de pacientes, alumnos y profesores.....	190

## Índice de figuras

Figura I.4.1 Expectativas del usuario y efectos en la satisfacción según su grado de cumplimiento. (Kano et al., 1984).....	34
Figura I.4.5.2 Consideraciones clave para el desarrollo del cuestionario. (McKenna, 2011).....	60
Figura IV.1.1 Diagrama de flujo selección historias clínicas de pacientes.....	86
Figura IV.1.2 Diagrama de flujo envío y recepción de encuestas de satisfacción de pacientes.....	87

Figura IV.1.3 Diagrama de flujo de respuesta a encuestas de satisfacción por alumnos.....	88
Figura IV.1.4 Diagrama de flujo de respuesta a encuestas de satisfacción por profesores.....	88

## Índice de cuadros

Cuadro I.1.3.1 Clasificación ASA para valoración del riesgo del paciente en odontología. (Fitz-Henry, 2011).....	8
--	---

## Índice de gráficos

Gráfico IV.1.1 Tasa de respuesta de encuestas a pacientes.....	85
Gráfico IV.1.2 Tasa de respuesta de encuestas a alumnos.....	85
Gráfico IV.1.3 Tasa de respuesta de encuestas a profesores.....	86
Gráfico IV.2.1.1 Distribución de los pacientes totales según el género.....	89
Gráfico IV.2.1.2 Distribución de los pacientes totales según el rango de edad.....	91
Gráfico IV.2.1.3 Distribución de los pacientes según el género y grupo etario.....	91
Gráfico IV.2.2 Frecuencia y distribución de la variable Motivo de consulta.....	92
Gráfico IV.2.5 Frecuencia y distribución de la variable enfermedades actuales.....	96
Gráfico IV.2.9 Frecuencia y distribución de la variable DO.....	100
Gráfico IV.2.11 Frecuencia y distribución de la variable TO.....	103
Gráfico IV.3.2.1.1 Distribución de los pacientes totales según el género.....	117
Gráfico IV.3.2.1.2 Distribución de los pacientes totales según el estado civil.....	117
Gráfico IV.3.2.1.3 Distribución porcentual de los pacientes totales según el nivel de estudios.....	118
Gráfico IV.3.2.1.4 Distribución porcentual de los pacientes totales según su profesión.....	118
Gráfico IV.3.2.1.5 Distribución porcentual de los pacientes totales según el lugar de residencia.....	119
Gráfico IV.3.2.2.1 Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión clínica.....	119

Gráfico IV.3.2.2.2 Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión personal de clínica.....	120
Gráfico IV.3.2.2.3 Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión tratamiento.....	121
Gráfico IV.3.2.4.1 Porcentaje de distribución de la satisfacción con la modernidad de los equipos, según el nivel de estudios.....	125
Gráfico IV.3.2.4.2 Porcentaje de distribución de la satisfacción con la limpieza de la CO, según el nivel de estudios.....	127
Gráfico IV.3.2.4.3 Porcentaje de distribución de la satisfacción con la limpieza de la CO, según el nivel de estudios.....	129
Gráfico IV.3.2.4.4 Porcentaje de distribución de la satisfacción con la amplitud de la CO, según el nivel de estudios.....	131
Gráfico IV.3.2.4.5 Porcentaje de distribución de la satisfacción con la ausencia de ruidos y olores desagradables, según el nivel de estudios.....	133
Gráfico IV.3.2.4.6 Porcentaje de distribución de la satisfacción con la atención por parte del personal de la CO, según el nivel de estudios.....	135
Gráfico IV.3.2.4.7 Porcentaje de distribución de la satisfacción con que el alumno reciba y salude al paciente por su nombre, según el nivel de estudios.....	137
Gráfico IV.3.2.4.8 Porcentaje de distribución de la satisfacción con que el alumno en prácticas mostrase interés en el problema bucodental del paciente, según el nivel de estudios.....	139
Gráfico IV.3.2.4.9 Porcentaje de distribución de la satisfacción con la explicación por parte del alumno del tratamiento que recibiría el paciente, según el nivel de estudios.....	141
Gráfico IV.3.2.4.10 Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con la supervisión del tratamiento por un profesional, según el nivel de estudios.....	143
Gráfico IV.3.2.4.11 Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con la seguridad transmitida por los procedimientos utilizados, según el nivel de estudios.....	145
Gráfico IV.3.2.4.12 Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con la ausencia de secuelas y complicaciones, según el nivel de estudios.....	147

Gráfico IV.3.2.4.13	Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con el coste del tratamiento, según el nivel de estudios.....	149
Gráfico IV.3.2.4.14	Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con la recomendación de los servicios de la CO, según el nivel de estudios.....	151
Gráfico IV.3.2.4.15	Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con volver a recibir otro tratamiento en la CO, según el nivel de estudios.....	153
Gráfico IV.3.2.4.16	Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con los horarios de atención de la CO, según su profesión.....	155
Gráfico IV.3.2.4.17	Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con la explicación del alumno de los problemas que tenía en su boca, según su profesión.....	157
Gráfico IV.3.2.4.18	Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con la puntualidad en la hora de atención, según su profesión.....	159
Gráfico IV.3.2.4.19	Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con el tiempo que pasó con el alumno durante su tratamiento, según su profesión.....	161
Gráfico IV.3.3.1.1	Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión clínica.....	162
Gráfico IV.3.3.1.2	Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión personal de clínica.....	163
Gráfico IV.3.3.1.3	Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión tratamiento.....	164
Gráfico IV.3.4.1.1	Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión clínica.....	166
Gráfico IV.3.4.1.2	Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión personal de clínica.....	167
Gráfico IV.3.4.1.3	Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión tratamiento.....	168
Gráfico IV.3.5.1	Comparativa de la satisfacción global entre pacientes, alumnos y profesores.....	170
Gráfico IV.4.1	Distribución porcentual de las respuestas de pacientes a los diferentes ítems que componen el apartado historia clínica.....	172

Gráfico IV.4.2 Distribución porcentual de las respuestas de alumnos a los diferentes ítems que componen el apartado historia clínica.....	178
Gráfico IV.4.3 Distribución porcentual de las respuestas de profesores a los diferentes ítems que componen el apartado historia clínica.....	183
Gráfico IV.4.4.1 Comparativa de respuestas de pacientes, alumnos y profesores a la primera parte del apartado historia clínica.....	189
Gráfico IV.4.4.2 Comparativo de respuestas de pacientes, alumnos y profesores a la segunda parte del apartado historia clínica.....	189

## Abreviaturas

<b>ABSC:</b>	Absceso
<b>ACS:</b>	American College of Surgeons
<b>AP:</b>	Antecedentes personales
<b>ATM:</b>	Articulación temporomandibular
<b>CAR:</b>	Caries
<b>CI:</b>	Consentimiento informado
<b>CM:</b>	Complicaciones médicas
<b>CO:</b>	Clínica Odontológica
<b>COD:</b>	Complicaciones odontológicas
<b>CTA:</b>	Complicación de tratamiento anterior
<b>CVRS:</b>	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
<b>DMH:</b>	Dificultad para masticar/hablar
<b>DO:</b>	Diagnóstico odontológico
<b>DP:</b>	Desdentado parcial
<b>DSQ:</b>	Dental Satisfaction Questionnaire
<b>DT:</b>	Desdentado total
<b>EA:</b>	Enfermedad actual
<b>EEUU:</b>	Estados Unidos
<b>EMC:</b>	Evaluación y Mejora de la Calidad
<b>EMRRH:</b>	European Medical Risk Related History
<b>ENDO:</b>	Endodoncia
<b>EQ-5D:</b>	EuroQol-5D
<b>EXO:</b>	Extracción
<b>FÍST:</b>	Fístula
<b>FLEM:</b>	Flemón
<b>GING:</b>	Gingivitis
<b>IQ:</b>	Intervenciones quirúrgicas
<b>JCAH:</b>	Joint Commission on Accreditation of Hospital
<b>MC:</b>	Motivo de consulta
<b>MeD:</b>	Medicación diaria
<b>MD:</b>	Movilidad dental
<b>MO:</b>	Maloclusión
<b>NHP:</b>	Perfil de Salud de Nottingham
<b>NR:</b>	No reseñado
<b>OBTU:</b>	Obturación
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OT:</b>	Otros
<b>PATM:</b>	Patología de ATM
<b>PD:</b>	Pérdida dental
<b>PE:</b>	Problemas estéticos
<b>PERIOD:</b>	Periodontitis
<b>PF:</b>	Prótesis fija
<b>PO:</b>	Periodontal
<b>PR:</b>	Prótesis removable
<b>PROMS:</b>	Medidas de Resultado Reportadas de Pacientes

**PULP:** Pulpitis  
**QoL:** Quality of life (calidad de vida)  
**RAR:** Raspado y alisado radicular  
**REV:** Revisión  
**RR:** Resto radicular  
**SA:** Sin alteraciones  
**SANG:** Sangrado  
**SD:** Desviación estándar  
**SE:** Error estándar  
**SELLAD:** Sellador de fisuras  
**SEN:** Sensibilidad  
**SF-36:** Cuestionario de Salud  
**SIP:** Sickness Impact Profile  
**T<sup>a</sup>:** Temperatura  
**TART:** Tartrectomía  
**TO:** Tratamiento odontológico  
**TQM:** Total Quality Management  
**TTO:** Tratamiento  
**URG:** Urgencia  
**USAL:** Universidad de Salamanca  
**WHOQOL:** World Health Organization Quality of Life Questionnaire



## 1. Introducción

## I.1. El paciente odontológico:

### I.1.1 Los pacientes en odontología:

Para el odontólogo, la cavidad bucal del paciente representa un campo de trabajo muy amplio y variado, con diferentes repercusiones a nivel funcional, estético, de identidad para el paciente, de personalidad, etc. (Álvarez, 2012). Por otro lado, cada paciente presenta y siente diferentes tipos de necesidades de tratamiento y rehabilitación, pudiéndose a veces realizar la atención odontológica en centros asistenciales o instituciones privadas o bien, públicas, en las que los pacientes pueden quedar ingresados o acudir de forma ambulatoria.

La visita al dentista es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a la consulta profesional abandonando los tratamientos. (Rojas y Misrachi, 2004). Es evidente que tal conducta atenta contra la salud oral de estos pacientes. Además el estado altamente ansioso del paciente influye notoriamente en la calidad de los tratamientos, así como también en la salud mental del odontólogo.

La manipulación de la zona bucal por parte del dentista, despierta en los pacientes, diversos grados de aprensiones y ansiedades, siendo habitual que señalen que la visita al dentista es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca. (Rojas y Misrachi, 2004).

El trato del paciente, en general, puede variar de uno a otro de muy diversas maneras dependiendo del sujeto en sí mismo, de su personalidad, edad, patología y nivel socio-cultural y económico. Por otro lado, algunos de los pacientes pueden presentar algún tipo de deficiencias, discapacidades o minusvalías (físicas o psíquicas), así como diferentes tipos de carencias a nivel social (disminución de los recursos económicos, pobreza, emigración), sin olvidar el envejecimiento fisiológico natural. (Álvarez, 2012)

Estados como la falta de higiene, las alteraciones de la dieta y la nutrición y la falta de

cuidados dentales en general, pueden verse reflejados a nivel de la cavidad oral.

La relación odontólogo–paciente se inicia normalmente con la entrevista personal, la cual es un método de recogida de información válido y el más utilizado por los profesionales del campo de la salud. La entrevista no sigue ningún tipo de patrón establecido, pero sí tiene en cuenta una serie de cuestiones que se consideran esenciales. Esta técnica permite al odontólogo empezar a establecer las bases de comunicación con el paciente, así como obtener los datos para ejecutar el tratamiento como es debido. La entrevista cuenta con una serie de funciones como son la recogida de información, la evaluación y el diagnóstico del paciente y presenta además, funciones motivadora y terapéutica. (Álvarez, 2012).

### **I.1.2 Relación odontólogo-paciente:**

Cuando los pacientes acuden a la consulta dental, establecen una relación con su odontólogo y con el equipo de profesionales que les tratan durante sus visitas.. La base fundamental de esta relación debe estar siempre dentro del marco de la confianza. (Álvarez, 2012). Es una relación que debe cuidarse y mantenerse al máximo, de manera constante, vigilando todos sus aspectos ya sean a nivel científico, técnico, o de relación social o amistad.

El paciente llega al odontólogo con sentimientos contradictorios. Por un lado lo percibe, al igual que en toda profesión médica como una figura que le permitirá aliviar sus dolencias. Sin embargo, representa a la vez una imagen amenazadora, por los procedimientos invasivos y eventualmente dolorosos aplicados en la zona bucal. El paciente sufre además otro conflicto, pues sabe que necesita el tratamiento odontológico pero al mismo tiempo percibe la situación como amenazadora. Este complejo emocional lleva al paciente a un estado de ansiedad, a constantes interrupciones durante la fase activa de tratamiento, postergaciones de las citas o incluso suspensión del tratamiento. (Rojas y Misrachi, 2004).

Es responsabilidad del odontólogo intervenir para disminuir el estado ansioso, ya desde la primera consulta, donde se despliegan los sentimientos del paciente respecto al tratamiento y al profesional odontológico. (Rojas y Misrachi, 2004). La comunicación odontólogo–paciente debe establecerse y mantenerse de manera continua durante todas las visitas y en todas las fases del tratamiento. De este modo, se puede llegar a una plena satisfacción por ambas partes. (Álvarez, 2012).

Esta relación se inicia, por tanto, desde la primera visita, que es el primer contacto, la primera vez que se encuentran, se observan y dialogan, por ello, es un momento decisivo y desde ese primer momento, se va a definir el futuro de esta relación, donde la confianza se debe ir ganando poco a poco, y a la par, demostrar con la información veraz que se explica al paciente y, siempre usando un lenguaje claro y adaptado a su nivel socio–cultural de éste, cuál es su estado y cuál es su realidad con respecto al tratamiento. Es la oportunidad del odontólogo para intervenir y proveer un ambiente psicológico de seguridad, que permita al paciente desvelar temores y ansiedades propias a la situación de atención dental. (Rojas y Misrachi, 2004). Toda la información debe quedar registrada en la historia clínica y siempre debe existir un consentimiento informado para el paciente.

Si bien es cierto, que hoy en día esta relación profesional/paciente es diferente a la que encontrábamos hace años. (Fodor y De la Parra, 2007). En primer lugar los pacientes ya no son tan “pacientes”, manejan un bagaje de información que antes era de dominio exclusivamente técnico. La irrestricta confianza de antaño, se ha transformado a menudo en una tibia confianza, confianza con cierto recelo y a veces en franca desconfianza. De una relación paternalista, vertical, descendente, centrada en el profesional, se ha pasado a una más horizontal centrada en el paciente.

Al considerar la relación terapéutica que se establece entre el odontólogo y el paciente como aliados para vencer o prevenir la enfermedad, basada en la relación de respeto y confianza que se establece en esta primera entrevista, clave para lograr una buena relación y que influye positivamente en el tratamiento, así el paciente sentirá que se encuentra en buenas manos, reduciendo su estado de ansiedad y siendo capaz de

seguir correctamente las recomendaciones dadas por el odontólogo. (Castellón, 2010)

Entre los factores a considerar en la relación odontólogo-paciente, podemos separar los dependientes del medio (condiciones de trabajo, presiones económicas, etc.) de aquellos que dependen del odontólogo, del paciente y de la interacción entre ambos. (Fodor y De la Parra, 2007; Castellón, 2010). La práctica odontológica se ha convertido en un ejercicio liberal, institucional con fines de lucro.

Los factores que dependen del paciente son actitudes de ansiedad y aprensión, cuestionamiento y desconfianza, falta de cooperación e insatisfacción, además se deben considerar aspectos formales como incumplimiento económico, impuntualidad, ausencias, cambios de citas.

Los factores dependientes del odontólogo son los rasgos competitivos, acelerados, irritables, tensos y falta del manejo del stress. (Castellón, 2010)

Los factores dependientes de la interacción incluyen que el odontólogo le cause dolor al paciente, o el temor siempre latente de esa posibilidad. (Fodor y De la Parra, 2007). Especial importancia tiene el atender al paciente en una situación de urgencia, que agrega de por sí una dificultad no menor en el momento de establecer una relación. Si es una primera consulta, el “conocerse” en estas circunstancias puede establecer a priori, una mutua desconfianza latente.

En general, los conflictos de mayor incidencia y frecuencia son, primero la falta de comunicación entre el profesional y el paciente, maltrato al paciente, con menor frecuencia al profesional. Se derivan además, conflictos cuando el profesional no da explicaciones accesibles al usuario, no enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión, no informa del coste y sus posibles variaciones y, de la relación riesgo-beneficio de la intervención (posibilidades de fracaso y sus consecuencias), también si incurre en inexactitudes, delega sin informar y modifica costes y plazos. (Fodor y De la Parra, 2007).

No hay que olvidar, por tanto, que para cuidar esta relación debemos animar a los

pacientes a colaborar día a día con su salud oral, así como mantenerle siempre motivado cita a cita y, de cara a que sus cuidados posteriores y su salud oral se conserven siempre en buen estado. (Álvarez, 2012)

### **I.1.3 Manejo del paciente en odontología:**

#### **I.1.3.1 Importancia clínica de los antecedentes personales patológicos, psicológicos y sociales del paciente:**

Como ya se ha mencionado anteriormente, existen diferentes perfiles de pacientes que acuden a la clínica odontológica para recibir tratamiento dental. Estos pacientes pueden presentar enfermedades sistémicas agudas o crónicas que exigen un conocimiento exacto de ellas y de sus implicaciones e interacciones en el área odontológica. Es fundamental la identificación de estos problemas sistémicos, su evolución, el tratamiento recibido y el estado actual del paciente, implementando siempre todas las medidas necesarias para poder mantener estable el control médico del paciente. (Bratos, 2012)

Diversas patologías cardiovasculares, respiratorias, inmunológicas, endocrinas, metabólicas, infecciosas etc., tienen que ser conocidas por el odontólogo para realizar correctamente los tratamientos. Los pacientes inmunodeprimidos, oncológicos, anticoagulados, trasplantados, irradiados, anémicos, portadores del virus de la hepatitis y del VIH, entre otros, precisan atención odontológica singular. Así mismo, los discapacitados presentan retos complejos y difíciles de resolver por la profesión odontológica. Todos ellos, son pacientes especiales. (Bratos, 2012)

La identificación de los antecedentes personales del paciente, la implementación de medidas de compensación, refuerzo o acompañamiento, que preserven la vida del paciente, eviten situaciones de emergencia en la consulta dental o que contribuyan a mantener el control médico sobre los padecimientos de la persona, son aspectos que competen al odontólogo de manera directa, y que permiten, además, proveer atención odontológica de calidad, pues el clínico podrá implementar planes de

tratamiento apropiados e individualizados en pacientes comprometidos de forma sistémica, psicológica o social. (Díaz y Castellanos, 2008)

En cada padecimiento específico es importante que el odontólogo comprenda la etiología, patogenia, manifestaciones clínicas, manejo médico que el paciente recibe y cómo actúa éste, así como las posibles complicaciones derivadas de dicho padecimiento o patología (Castellanos y Díaz, 2015). La trascendencia clínica de las decisiones serán distintas al atender a un individuo que tenga su enfermedad correctamente diagnosticada y médicamente controlada, que aquel que desconozca su enfermedad, no presente control médico ninguno y que incluso presente complicaciones sistémicas generales derivadas de su patología basal.

Dado que la odontología es una profesión que brinda servicios de salud, es responsabilidad del odontólogo ser competente en el manejo de pacientes con problemas médicos. Para la identificación del riesgo que presenta un paciente, se puede emplear como base, la evaluación de riesgo anestésico de la American Society of Anesthesiologists (ASA) (Fitz-Henry, 2011) , la cual ofrece la clasificación mostrada en el cuadro I.1.3.1.

Todos los pacientes categorizados como I o II pueden recibir tratamiento dental bajo el esquema típico de una clínica dental. Aquellos considerados como IV requieren del dominio de competencias especiales, por lo que el odontólogo general podrá derivar el paciente al especialista que considere idóneo para su correcto tratamiento.

Cuando se identifica un antecedente personal patológico en la historia clínica del paciente, el odontólogo debe cuestionarse si es significativa para el manejo odontológico. Ante una respuesta afirmativa, debe procederse a elaborar una eficiente caracterización de la enfermedad, pudiendo plantearse la necesidad de realizar una interconsulta médica o la solicitud de pruebas complementarias. En cualquier caso, será necesario conseguir toda la información sobre la enfermedad del paciente para asegurar un buen control médico y poder continuar con las fases de diagnóstico, planificación y ejecución del tratamiento bucodental correspondiente. (Castellanos y Díaz, 2015)

<p>Tipo I</p> <p>Bajo riesgo</p>	<p>Paciente sano, sin afectación orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica, con antecedentes médicos que no repercutan en el tratamiento dental, como son antecedentes de embarazos, partos, cesáreas e histerectomías sin complicaciones, enfermedades previas propias de la infancia o que han sido ya curadas. El proceso patológico para la intervención está localizado y no produce alteración sistémica.</p>
<p>Tipo II</p> <p>Riesgo moderado</p>	<p>Pacientes con enfermedad sistémica leve, bajo control, en quien se puede llevar a cabo medidas compensatorias para evitar situaciones de emergencia en la consulta, generadas por interacciones medicamentosas o por la ansiedad que el tratamiento dental produce en los pacientes. Ejemplos: diabetes o hipertensión controladas, antecedentes de infarto de miocardio en buen estado de salud actual, pacientes en tratamiento anticoagulante o antiagregante controlados y estables. El embarazo, a pesar de ser un estado fisiológico y no una enfermedad, estará en esta categoría por el hecho de que deben implementarse medidas como evitar preinscripción de fármacos teratogénicos, minimizar el uso de radiografías o evitar la posición supina en el tercer trimestre de gestación, para evitar un cuadro de hipotensión que ponga en riesgo a la paciente o a su hijo.</p>
<p>Tipo III</p> <p>Enfermedad sistémica grave</p>	<p>Pacientes con limitación funcional, con enfermedades no controladas. Ejemplos: Cardiópatas por isquemia (angina o infarto) con tolerancia al esfuerzo. Bronquitis crónica con disnea al esfuerzo.</p>
<p>Tipo IV</p> <p>Enfermedad sistémica grave con riesgo de vida</p>	<p>Paciente que debe ser atendido en el hospital por la gravedad de su padecimiento, por el alto riesgo de muerte, por requerir la vigilancia estrecha de su médico y de instalaciones y equipo especial para su manejo. Ejemplos: pacientes que recientemente hayan sufrido infarto de miocardio o accidente cerebrovascular, enfermedades en etapa terminal (enfisema, leucemia, SIDA...), bronquitis crónica con disnea en reposo, paciente en hemodiálisis a espera de trasplante renal.</p>
<p>Tipo V</p> <p>Paciente moribundo</p>	

**Cuadro I.1.3.1.** Clasificación ASA para valoración del riesgo del paciente en Odontología. (Fitz-Henry, 2011)



## **I.2. La clínica odontológica:**

La Clínica Odontológica (CO) es un centro perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca (USAL), ubicada en el Campus Miguel de Unamuno, frente a dicha facultad teniendo una superficie construida de 2.837 metros cuadrados y una superficie útil de 2.493 metros cuadrados, donde comparte tareas con otros centros biosanitarios y, dada la proximidad del Hospital Clínico Universitario, hace que sus actividades se vean enriquecidas desde el punto de vista científico, formativo y asistencial. (Gaceta Dental, 2013)

Es un centro de nueva creación, inaugurado el 12 de septiembre de 2005 por Juan Vicente Herrera, actual presidente de la Junta de Castilla y León, con un estilo arquitectónico contemporáneo, donde se desarrollan las actividades teórico-prácticas de Odontología, siendo la única titulación pública de la rama en toda la comunidad autónoma. (Gaceta Dental, 2013)

El hecho de que la clínica esté adscrita a la Facultad de Medicina y que una gran parte de las clases teóricas se impartan allí hace necesario prever un constante trasiego de alumnos entre ambos edificios. El proyecto propone un edificio que, aunque físicamente separado, está ligado adecuadamente con la facultad. Para ello, la entrada de alumnos y profesores por el sur, en el punto más cercano al acceso principal de Medicina habilitando un paso peatonal para cruzar la avenida entre ambos edificios. (Gaceta Dental, 2013)

### **I.2.1 Primeros pasos:**

Los comienzos de los estudios de Odontología, en la Facultad de Medicina de la USAL, se remontan al año 2001, cuando se empezaron a impartir las clases a su primera promoción de licenciados, habiendo coexistido durante algunos años, alumnos de Licenciatura y Grado. En julio de 2014 terminó la octava promoción de licenciados de odontología, siendo el 2015 la fecha en que lo hizo la primera de alumnos que han

cursado los estudios con arreglo a la normativa del Espacio Europeo de Educación Superior, obteniendo la titulación de Grado en Odontología.

### **I.2.2 Instalaciones:**

En su interior se diferencian claramente las zonas docentes y académicas de los espacios clínicos con pacientes. La zona de atención al paciente se sitúa en la planta primera con entrada y recepción propias, (a pie de calle para posibilitar la entrada de pacientes con algún tipo de discapacidad o incluso la llegada de pacientes encamados en vehículos de emergencia), de forma que puede funcionar independiente del resto, sin que, en ningún caso, los pacientes tengan que acceder a las zonas de laboratorios o despachos. (Gaceta Dental, 2013)

La facultad de Medicina, apoyada por la financiación de la junta de Castilla y León, realiza planes de actualización de sus infraestructuras al Espacio Europeo de Educación Superior para ambos edificios, completando de este modo la dotación de la Clínica Odontológica. (Gaceta Dental, 2013)

Se han desarrollado las infraestructuras necesarias que permiten el acceso a las personas discapacitadas tales como servicios, plataforma elevadora para acceso a la Facultad y acondicionamiento para sillas de ruedas en las instalaciones clínicas. La CO está óptimamente habilitada para la asistencia a discapacitados físicos. (Gaceta Dental, 2013)

La Facultad de Medicina, apoyada por la financiación de la Junta de Castilla y León, de la Universidad de Salamanca, realiza el plan de actualización de sus infraestructuras al Espacio Europeo de Educación Superior para ambos edificios, completando de este modo la dotación de la CO de la USAL. (Gaceta Dental, 2013)

### **I.2.3 Protocolos de la clínica:**

#### **I.2.3.1 Diagnóstico y radiología:**

Durante la primera revisión, los estudiantes de odontología realizan un diagnóstico mediante una correcta exploración intraoral, dental y periodontal, ayudándose además de radiografías digitales (periapicales, oclusales, ortopantomografías y telerradiografías), indicando un plan de tratamiento detallado y ajustado a las necesidades del paciente, brindándole un servicio de calidad y un resultado satisfactorio. En este momento se completan los datos de anamnesis y diagnóstico del paciente en la historia clínica correspondiente.

#### **I.2.3.2 Tratamientos odontológicos:**

Tras la primera visita del paciente, los alumnos en prácticas junto con los profesores responsables, derivan a los pacientes a las diferentes asignaturas de pregrado con prácticas clínicas para realizar al paciente los tratamientos necesarios.

En el anexo VIII.1 se describen los tratamientos que pueden ser efectuados en la CO de la USAL.

## I.3. Calidad asistencial:

### I.3.1 Definición de calidad asistencial:

El material publicado sobre calidad asistencial en los sistemas sanitarios es muy extenso y al mismo tiempo difícil de sistematizar. Dependiendo de la estructura disciplinar la calidad puede entenderse de diversos modos, utilizando distintos términos, clasificaciones y modelos. Donde parece haber acuerdo es en la ausencia de consenso sobre cómo definir la calidad asistencial y en la falta de un marco sistemático común, debido a la diversidad del lenguaje utilizado para describir este concepto. (Sistema Nacional de Salud [SNS], 2005).

Existen muchas definiciones posibles. La elección sobre cuál adoptar dependerá en gran medida del nivel de análisis o del contexto específico. Por tanto, las distintas acepciones pueden ser aceptables dependiendo del propósito de su utilización, así como de la naturaleza y alcance de las responsabilidades de la persona que los defina. (Donabedian y Arbor, 1980)

Siguiendo el trabajo inicial de Donabedian y Arbor (1980), un primer paso para evaluar la calidad asistencial implica definir qué se entiende por calidad. Éstos la definen como “el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud”.

El Instituto de Medicina, en 1990, define la calidad de la atención sanitaria como “el grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y éstos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia”. (Rodríguez y Grande, 2014).

Según la Office of Technology Assessment (OTA, 1988), la calidad asistencial es el nivel del proceso de atención que aumenta la probabilidad de resultados deseados por el enfermo y reduce la probabilidad de efectos adversos dado el estado de conocimiento técnico. Es decir, reducir la relación riesgo/beneficio de cualquier actividad médica. Hacer las cosas correctamente y hacer lo correcto. Para ello se han propuesto modelos

y herramientas, uno de los modelos mas utilizados es: círculo de PDSA o de Shewhart (PLAN – DO - STUDY - ACT). (Mira, Lorenzo, Rodríguez-Marín, Aranaz, y Sitges, 1998)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) “es aquella cualidad que hace que el paciente reciba el correcto diagnóstico y los servicios terapéuticos, que van a conducirlo al estado de óptima salud conseguible para este paciente, según los conocimientos del momento de la ciencia médica y los factores biológicos del paciente: edad, enfermedad, diagnósticos secundarios concomitantes, cumplimiento terapéutico; con el coste mínimo de recursos; con la exposición al mínimo riesgo posible de un daño adicional; y con la máxima satisfacción del paciente”.

La Real Academia Española define calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor (Diccionario de la Lengua Española)

De este modo, podemos entender la calidad de la asistencia sanitaria como el conjunto de propiedades inherentes a un servicio asistencial, que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que los restantes servicios del mismo tipo, derivando 3 características importantes de esta definición:

- Calidad como término relativo, es decir, como una característica en relación con alguno de los múltiples componentes de la asistencia sanitaria.
- Concepto calidad lleva implícito el de comparación.
- Es necesario contar con un estándar o norma con el que compararse.

En las últimas décadas el mundo sanitario ha experimentado notables cambios en su organización y sistemas de planificación. Uno de los ejes de dicha revolución ha sido la calidad. En primer lugar, por la necesidad de garantizar un producto adecuado. Después, para asegurar su propia supervivencia, buscando la fidelidad de los pacientes. Más recientemente, como estrategia de posicionamiento en el mercado, buscando de este modo una ventaja competitiva. (Mira et al., 1998). Actualmente se promueve una atención de alta calidad centrada en el paciente. En la asistencia en salud, la tendencia es hacia la humanización y el ofrecimiento de servicios de mayor calidad (Gómez-Fuentes, Guevara-López, Serratos-Vázquez y Zermeño-Sánchez, 2013).

Hemos podido asistir a una masiva implantación de técnicas de evaluación y mejora de la calidad que ha traído como consecuencia inmediata un rápido desarrollo de indicadores y de métodos de evaluación. (Mira y Aranaz, 2000). Diferentes razones han propiciado este interés, siendo principal el compromiso ético de buscar lo mejor para el paciente (asegurando la efectividad).

Para prestar una buena calidad asistencial, debe realizarse correctamente lo que se debe hacer en cada caso, con el menor coste posible y de forma que queden satisfechos quienes reciben esa asistencia. Es decir, calidad asistencial implica conseguir la adecuación de la práctica clínica, la excelencia de ésta y la satisfacción de quien la recibe, lo cual requiere de la participación de profesionales sanitarios, de profesionales que la planifican (gestores) y la de quienes la reciben (población). (Rodríguez y Grande, 2014)

Lograr estos tres atributos en la asistencia sanitaria, supone conseguir la calidad científico-técnica, es decir, acercar la efectividad de la práctica clínica a la eficacia demostrada de la ciencia, haciéndola accesible, equitativa y segura; y por otro lado, la calidad relacional, entendida como la capacidad de comunicación del sistema con quienes reciben los servicios y fundamentada en el respeto, siendo ambas necesarias para hablar de calidad asistencial. (Granado et al, 2007).

Actualmente, el interés por la calidad de la asistencia sanitaria es una constante preocupación de todos aquellos que intervienen en el proceso sanitario (consumidores, pacientes, profesionales, gestores o políticos), tanto por razones éticas como por otras razones de interés particular, de índole económica y de efectividad de los procesos diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores. Por esta razón, no siempre coincidirán los puntos de vista sobre las cualidades de una buena asistencia. Esto representa las diferentes visiones acerca de qué es la calidad de la asistencia sanitaria. (Mira et al., 1998)

En Europa, 14 empresas líderes tomaron en 1988, la iniciativa de crear la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad Total (EFQM). El modelo de la EFQM se basa en

la siguiente premisa: la satisfacción del cliente, la satisfacción de los empleados y un impacto positivo en la sociedad se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia, una acertada gestión de personal, el uso eficiente de los recursos y una adecuada definición de los procesos, lo que conduce finalmente a la excelencia de los resultados empresariales. Cada uno de los elementos o criterios del modelo, se evalúan (otorgando hasta un máximo de puntos para cada criterio) y ponderan (porcentualmente) para determinar el progreso de la organización hacia la excelencia. (Martínez, 2008)

El modelo de la EFQM, un modelo de excelencia, se basa en la autoevaluación, entendida como un examen global y sistemático de las actividades y resultados de una organización, que se compara con un modelo de excelencia empresarial y que se mueve por el principio de la participación y el liderazgo. Aunque la autoevaluación suele ser aplicada al conjunto de la organización, también pueden evaluarse un departamento, unidad o servicio de forma aislada, permitiendo a las organizaciones identificar claramente sus puntos fuertes y sus áreas de mejora, y a su equipo directivo, reconocer las carencias más significativas, de tal modo que estén capacitados para sugerir planes de acción con los que fortalecerse. Permite así identificar puntos fuertes que deben mantenerse y aprovecharse al máximo, y otros que necesitan un mayor desarrollo a través de las áreas de mejora. (Mira et al., 1998)

La autoevaluación no consigue por sí sola mejorar la organización, pero sí ofrece una imagen del estado de la organización en un momento concreto, lo cual va a permitir poner en marcha acciones de mejora. (Rodríguez y Grande, 2014)

El modelo de 2003, actualizado en 2010, esquematiza de forma clara los criterios necesarios para el éxito de una organización, así como los criterios para evaluar sus resultados. (Rodríguez y Grande, 2014)

Los criterios de resultado hacen referencia a lo que la organización logra en términos de: satisfacción de los clientes (hasta qué punto se satisfacen sus necesidades y expectativas), satisfacción de los empleados (en términos de motivación, participación,

servicios que reciben los propios empleados y nivel de satisfacción laboral), cómo percibe la sociedad a la organización y, resultados económicos y de rendimiento que se logran. (Mira et al., 1998)

La International Organization for Standardization (ISO) se constituyó en 1947 y agrupa actualmente, a más de 130 países con una organización y recursos adecuados y una serie de responsabilidades definidas. Se trata de una federación no gubernamental cuya misión es promover el desarrollo de la estandarización en gran variedad de campos y actividades, facilitando el intercambio de conocimiento y la cooperación internacional. (Rodríguez y Grande, 2014)

La familia de normas ISO 9000 constituye la base para el desarrollo de un sistema de gestión de calidad, siendo las más utilizadas ISO 9001, 9002 y 9003, puesto que dan las bases para llegar a sistematizar y desarrollar los estándares necesarios para obtener la certificación. El uso de estos estándares es totalmente compatible con cualquier otra estrategia de gestión de la calidad. (Rodríguez y Grande, 2014)

En el sector sanitario, la autoevaluación podría ayudar a aplicar la Gestión de la Mejora de la Calidad, aumentando la satisfacción del paciente al tiempo que permitiría conservar la continuidad de los cuidados a largo plazo. (Maíz, Aguirre y Portillo, 1997). Sin embargo, este proceso de autoevaluación no consigue por sí solo mejorar la organización, ofrece sencillamente una imagen del estado de ésta en un momento determinado, quedando, por tanto, en manos de la propia organización el posterior diseño de estrategias de mejora y su evaluación. (Mira et al., 1998)

La calidad asistencial constituye, por tanto, un objetivo de los centros y profesionales sanitarios que responde a un compromiso ético por procurar lo mejor para el paciente, resultando aconsejable introducir mecanismos que informen si ese objetivo se logra o no. (Godfrey y Halder, 1997)



### **I.3.2 Componentes, determinantes y atributos de la calidad asistencial:**

Los componentes que determinan la calidad de un servicio de asistencia sanitaria son el científico-técnico, el interpersonal y los aspectos de organización y distribución de recursos. Es necesaria la presencia de los tres componentes para alcanzar un alto nivel de calidad. (Rodríguez y Grande, 2014)

Desde el punto de vista de la *excelencia científico-técnica*, los profesionales sanitarios tienden a definir la calidad desde la perspectiva de los cuidados que prestan al paciente y la relación existente entre ellos como proveedores de la asistencia, y el paciente como receptor de la misma. (Rodríguez y Grande, 2014)

Los determinantes para una alta calidad técnica son la adecuación de los cuidados que se dan y la habilidad con la que éstos se prestan, es decir, de la toma de decisiones de los profesionales sanitarios y su capacidad e interés para llevarlas a la práctica. (Rodríguez y Grande, 2014)

La calidad de *relación existente entre profesionales y pacientes* depende a su vez, de la comunicación, la capacidad de ganar su confianza y la habilidad para tratar al paciente con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad. (Rodríguez y Grande, 2014)

En cuanto a la *organización y distribución de los recursos*, las instituciones u organizaciones deben procurar prestar una correcta accesibilidad a los usuarios, una capacidad de respuesta y la optimización de su utilización, ante recursos limitados. (Rodríguez y Grande, 2014)

### **I.3.3 Motivos para alcanzar la calidad asistencial. Aproximación histórica y desarrollo cronológico.**

Como ya se ha dicho, en la asistencia sanitaria es necesario el control de calidad, ya que se trata de una actividad caracterizada por la variabilidad. Esta variabilidad aumenta a medida que el sistema sanitario se vuelve más complejo. (Rodríguez y Grande, 2014). Los incrementos en recursos en la producción de servicios sanitarios

dan lugar a mayor número y variación de categorías de personal sanitario y de equipamientos y tecnologías, que determinan ese aumento de la variabilidad.

El control de la calidad permite conocer cuál es la magnitud y cuáles las causas de esa variabilidad, permitiendo modificarlas según sea conveniente. (Alcázar & Iglesias, 2009).

La preocupación por atender a los pacientes con la mayor calidad posible es antigua e intrínseca a la práctica clínica. Ya en la antigüedad, textos como el código Hammurabi o el tratado de Hipócrates de Cos, regulaban la atención médica y recogían los primeros estándares referidos a la práctica médica, recogiendo las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos, que siguen a día de hoy, aún vigentes. (Rodríguez y Grande, 2014)

Los primeros trabajos de evaluación de la atención sanitaria se realizan en el siglo XVII, y ya en el siglo XX se inicia la evaluación sistemática de la calidad asistencial, comenzando un periodo en el que diferentes modelos y estrategias en los programas de evaluación conviven y se suceden a lo largo del tiempo. (Rodríguez y Grande, 2014)

En 1912, la deficiente situación que presentaban los hospitales en EEUU, hizo que la asociación de cirujanos (American College of Surgeons (ACS)) intentase exigir el cumplimiento de una serie de estándares mínimos en la atención de todos los pacientes. Estos requisitos mínimos para prestar una asistencia de calidad eran la cualificación del personal, calidad y uso de la documentación clínica, tratamiento y revisión de la asistencia por compañeros. (Rodríguez y Grande, 2014)

La complejidad que fue adquiriendo el programa lo hizo demasiado caro, por ello en 1951 el ACS crea una plataforma organizativa junto con diferentes organizaciones y colectivos, constituyendo la conocida Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH). (Rodríguez y Grande, 2014)

Un hito en la historia del control de calidad surge con Donabedian (1996), que formuló la estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial basada en la estructura, proceso y los resultados.

Hasta mediados del siglo XX la mayoría de las acciones de evaluación surgían de la iniciativa particular de profesionales de la medicina, constituyendo el llamado modelo profesional, caracterizado por centrarse en la evaluación de las estructuras de los servicios y parte también, en resultados. (Alcázar & Iglesias, 2009)

En el sector industrial, gradualmente se asumió la función de comprobar la calidad, tanto de la materia prima como del proceso de producción y del producto final antes de ser lanzado al mercado. En los servicios sanitarios, en cambio, donde los errores son irreparables, esta iniciativa surge de los propios profesionales sanitarios, siendo los modelos de evaluación los que predominan. (Mira et al., 1998)

Existe una evolución histórica de la calidad, encontrando una mejora al aplicar en el tiempo un control calidad para detectar defectos existentes, un aseguramiento de la misma para prevenir estos defectos y una mejora continua para conseguir la calidad total. (Rodríguez y Grande, 2014)

Inicialmente se propuso el *modelo profesional* donde los mecanismos de control de calidad eran responsabilidad de cada profesional. Hacia los años 70, el rápido desarrollo tecnológico de la sanidad, la emergencia de variadas técnicas complejas, el trabajo en equipo, y la presencia de profesionales no médicos en los servicios sanitarios, complicó la comunicación y coordinación entre todos ellos, dando lugar a un *modelo burocrático*, que por mezclar técnicas de auditoría externa e interna causó escepticismo entre los médicos. A mediados de los años 80, comienza a introducirse el *modelo industrial* en los servicios de salud, pasando el paciente de beneficiario a cliente. Se absorben las actividades de garantía de calidad por una estrategia de mejora continua de la calidad, siendo ésta preocupación de los líderes o directivos de la organización y estando enfocada a la búsqueda de las perspectivas de los clientes, buscando el hacer confluir los intereses de médicos, organización y pacientes. (Rodríguez y Grande, 2014)

Los motivos que actualmente nos incitan a alcanzar la calidad en la asistencia sanitaria, son los siguientes:

- Éticos, por el derecho que todos los ciudadanos tienen al nivel de salud más

alto alcanzable y a la atención sanitaria y por la responsabilidad que tienen los profesionales de actuar con calidad en la atención que prestan.

- Sociales, por el deber social de garantizar a todos los ciudadanos la equidad, la accesibilidad y otros atributos de la atención sanitaria.
- De seguridad, ya que la constante evolución de la tecnología nos obliga a evaluar los procesos de implantación y de uso generalizado, para calibrar adecuadamente su idoneidad disminuyendo el riesgo de cualquier innovación.
- Económicos, por la necesidad de administrar adecuadamente los recursos de que disponemos, ya que estos son limitados. (Alcázar & Iglesias, 2009)

#### I.3.4 Dimensiones de la calidad asistencial:

La asistencia sanitaria se caracteriza por su variabilidad. Para cuantificar y determinar las causas de esa variabilidad y así modificarlas en el sentido deseado es por lo que se evalúa la calidad asistencial. (Martínez, 2008)

Para evaluar la calidad asistencial se debería llegar a un acuerdo en su definición, pero existen múltiples definiciones y, aunque haya mucha coincidencia entre ellas, cada una agrega conceptos importantes que otras omiten. Por tanto la calidad no es un concepto simple y ello hace necesario valorar los distintos componentes de la calidad que pueden ser medidos: son las llamadas “dimensiones de la calidad asistencial”. (Alcázar & Iglesias, 2009; Martínez, 2008)

##### a) Calidad científico-técnica:

Representa la competencia de los profesionales para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y recursos a su alcance, contribuyendo a la mejora del estado de salud de la población y a la satisfacción de los usuarios. Esta dimensión considera tanto la *habilidad técnica* como la *relación interpersonal* que se establece entre el profesional y el paciente. Es la dimensión más utilizada para medir la calidad. (Alcázar & Iglesias, 2009; Martínez, 2008)

**b) Efectividad:**

Grado en que la atención sanitaria produce en la población el beneficio que en teoría debería producir, es decir, el que se obtiene tras una intervención en condiciones de aplicabilidad reales (eficacia es el resultado de una prestación en condiciones ideales). Debe valorarse si las prestaciones llevan al aumento en supervivencia o calidad de vida. (Alcázar & Iglesias, 2009; Martínez, 2008)

En calidad se suele medir más la efectividad que la eficacia. Hay que tener en cuenta que el objeto de un sistema de salud es mejorar el grado de salud de la población y no solo generar servicios. (Alcázar & Iglesias, 2009)

**c) Eficiencia:**

Es el grado en que se consigue el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles. Relaciona los resultados obtenidos (beneficios) medidos por la efectividad y los costes que genera el servicio prestado, es decir, obtención de resultados al menor consumo de tiempo, pruebas, equipos y medios. (Alcázar & Iglesias, 2009; Martínez, 2008)

Los resultados se miden en eficacia (efecto producido en la variable en condiciones ideales), efectividad (en condiciones habituales), utilidad (cantidad y calidad de años que se aporta al individuo) y beneficio (resultado de la intervención medido en unidades monetarias). De esta forma se configuran las formas de análisis de la eficiencia: análisis coste-eficacia, coste-efectividad, coste-utilidad y coste-beneficio.

La evaluación económica de los servicios sanitarios ha experimentado un gran desarrollo y cada vez es más tenida en cuenta por los gestores de los servicios sanitarios. (Alcázar & Iglesias, 2009; Martínez, 2008)

**d) Accesibilidad:**

Facilidad con la que la población puede recibir la atención que necesita. Esta dimensión contempla no únicamente barreras de tipo estructural (horario, distancia) y económico, sino también barreras organizativas, sociales y culturales, la existencia de prestaciones en el lugar y tiempo adecuado.

Dentro de esta dimensión se podría incluir la equidad (distribución justa de los recursos sanitarios entre la población). (Alcázar & Iglesias, 2009; Martínez, 2008)

#### **e) Satisfacción:**

Representa el grado en que la atención prestada satisface las expectativas del usuario, en este caso del paciente y su familia. La satisfacción es un resultado deseable del proceso asistencial. Puede medirse mediante encuestas, que preguntan sobre la satisfacción en general, y sobre aspectos concretos. La metodología aplicada influye mucho en los resultados obtenidos: tipo de encuesta, forma de aplicación, tasa de respuesta, etc. Otra forma de evaluar la satisfacción es el análisis de las sugerencias y las reclamaciones presentadas.

El modelo de gestión de calidad total también tiene en cuenta el grado de satisfacción de los profesionales, los clientes internos (los clientes externos son los pacientes o usuarios). (Alcázar & Iglesias, 2009; Martínez, 2008)

#### **f) Aceptabilidad:**

Es la satisfacción más la adhesión del usuario (grado de colaboración del paciente, cumpliendo el tratamiento prescrito, etc.). La satisfacción se refiere a tres grandes aspectos: organizativos (tiempo de espera, ambiente físico), estado de salud logrado y trato personal recibido por parte de los profesionales sanitarios. Este último aspecto es fundamental. De hecho, puede darse insatisfacción del usuario con un alto nivel de calidad científica. (Alcázar & Iglesias, 2009; Martínez, 2008)

#### **g) Adecuación:**

Es la medida en la cual el servicio se corresponde con las necesidades del paciente o de la población. Es decir, que el tratamiento recibido sea necesario y correcto. (Alcázar & Iglesias, 2009; Martínez, 2008)

#### **h) Continuidad:**

Se refiere al tratamiento del paciente como un todo, de una forma ininterrumpida en un sistema de asistencia integrado. La continuidad se podría incluir como uno de los

componentes de la calidad científico-técnica. (Alcázar & Iglesias, 2009; Martínez, 2008)

### **i) Seguridad clínica:**

Este es uno de los componentes esenciales de la calidad científico-técnica. Dada la trascendencia que tiene en la actualidad es por lo que merece una mención particular. Una práctica clínica segura exige conseguir tres objetivos: identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces minimizando o evitando riesgos, asegurar que se aplican y explican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores. (Alcázar & Iglesias, 2009; Martínez, 2008)

### **1.3.5 Gestión de la calidad asistencial:**

La gestión de la calidad, considerada como tal, se inicia a principios del siglo pasado con la intención de mejorar la productividad, disminuir los errores y, en definitiva, mejorar la calidad de los productos. (Alcázar & Iglesias, 2009)

La gestión de la calidad ha ido cambiando en sus planteamientos y esto se ha traducido en cambios en su denominación; así, hemos pasado de simple inspección, al control de calidad (Quality control), posteriormente a la garantía de la calidad (Quality assurance) y finalmente a la gestión de la calidad total (Total Quality Management, TQM). (Alcázar & Iglesias, 2009)

#### **\* Control de calidad (Quality control)**

Para conseguir mejorar la calidad de un producto o servicio se empezó midiendo solo los resultados finales a través de la inspección de calidad, buscando los defectos o problemas, es decir, aquellos productos que no respondían a las características de calidad previamente fijadas por un experto, y se buscaba a la persona de la organización responsable de los mismos, proponiendo acciones punitivas. Los trabajadores intentan ocultar los defectos a los inspectores. A este modo de proceder se le denominó control de calidad. Poco a poco fue evolucionando a controlar los procesos, acercándose a lo que pasó a denominarse garantía de calidad. (Alcázar & Iglesias, 2009)

- \* Garantía de calidad (Quality assurance)

En garantía de calidad se parte de señalar requisitos de calidad, no solo al producto final, sino también a las acciones para obtenerlo (requisitos de procesos), y se proponen objetivos o estándares a alcanzar. Los requisitos y los estándares eran definidos por los técnicos que se denominan inspectores, como en el control de calidad. Estos inspectores comparan resultados con los objetivos propuestos y supervisan los procesos para ver si se cumplen los requisitos, posteriormente elaboran un plan de mejora de la situación, para lograr la corrección de las deficiencias encontradas. Finalmente se efectúa una reevaluación para comprobar el éxito del plan de mejora para alcanzar los estándares marcados. Los trabajadores no colaboran en el proceso de diseño de la mejora, solo se les forma para cumplirlo. Los estándares se convierten en el techo de la calidad. (Alcázar & Iglesias, 2009)

- \* Gestión de la calidad total (Total Quality Management, TQM)

La Gestión de la Calidad total, o TQM, es un proceso sistemático para crear organizaciones con una participación plena en la mejora continua de la calidad. La TQM busca el éxito de la organización, y para ello trata de cumplir o exceder las expectativas del cliente a un precio razonable. Calidad total, es un proceso estructurado, sistemático que usa métodos objetivos para crear o promover el cambio organizacional y cultural que lleve a la participación en planificar e implementar la mejora continua en calidad en todos los procesos, productos y servicios.

La calidad consiste en conseguir el mejor uso de los recursos, equipos, materiales, información, medios económicos y humanos para reducir errores y costes para así alcanzar una mayor productividad. (Alcázar & Iglesias, 2009)

### **I.3.6 Evaluación y mejora de la calidad asistencial:**

#### **I.3.6.1 Aspectos a evaluar:**

Para conocer el nivel de calidad de la atención sanitaria hay que valorar tres grandes aspectos o determinantes de la misma, que son la *adecuación*, la *excelencia* y la



*satisfacción del paciente* que recibe esa atención. (Rodríguez y Grande, 2014; Mira et al., 1998)

Respecto al *grado de adecuación* de los diferentes procedimientos aplicados a pacientes, podemos encontrar gran variabilidad entre los distintos centros donde se aplican, pudiendo deberse estas diferencias de uso a la diversa disponibilidad de recursos y a la existencia de diferentes modelos de financiación.

Una vez que un procedimiento ha demostrado su eficacia, el siguiente paso es comprobar que sea efectivo, que logre la *excelencia del trabajo realizado*.

Respecto al tercer determinante, debe buscarse la *satisfacción del paciente* con la atención recibida, ofreciéndole de forma comprensible toda la información sobre su proceso para que éste pueda participar activamente en la toma de decisiones. (Rodríguez y Grande, 2014; Mira et al., 1998)

#### **I.3.6.2 Métodos de evaluación. Proceso evaluativo.**

Hacia los años 80 se desarrolla la estrategia para evaluar la calidad asistencial (Donabedian, 1981), basada en un triple análisis de la estructura (analiza recursos humanos, materiales y financiación), análisis del proceso o valoración de los métodos empleados, y por último, análisis de los resultados como un estudio del producto obtenido.

Aunque pudiera parecer que la obtención de un correcto análisis de la estructura y del proceso lleve a un buen análisis del resultado, esto no siempre es así. Además, hay que prestar especial atención cuando uno de los dos, la estructura o el proceso, falla, puesto que en este caso concreto, el análisis del resultado con gran probabilidad alojará resultados negativos. (Donabedian, 1981)

Para la mejora de la calidad, es siempre necesario poseer un conocimiento previo de la realidad, siendo el primer paso decidir qué es lo que queremos medir (criterios), con qué herramienta (indicador) y qué valores consideraremos como aceptables (estándares). (Mira et al., 1998). Es preciso buscar y disponer de fuentes de datos

fiables. Una vez recogida la información, ésta nos permitirá conocer hasta qué punto nos encontramos dentro del nivel que habíamos fijado como aceptable, y activar acciones de mejora en caso necesario. Podemos esquematizar los pasos o fases obligadas en la mejora de la calidad de la siguiente manera:

- a) Fase de planificación: tener definido hacia donde vamos (PLAN).
- b) Fase de implantación: hacer aquello que hemos planificado (DO).
- c) Fase de evaluación: comprobar si lo hemos conseguido (CHECK).
- d) Actuar de nuevo: implantar las medidas de mejora o acciones correctoras (ACT).

#### **I.3.6.3 Técnicas para identificar y priorizar problemas:**

Un problema es una situación considerada como deficiente, bien por el usuario o familiares (cliente externo), por los trabajadores (cliente interno) o por la organización. Es necesario constatar que todas las deficiencias manifestadas son problemas reales, para ello, los métodos que más frecuentemente se emplean son:

- Indicadores. Pueden basarse en una proporción, razón o tasa, o bien ser indicadores basados en un suceso centinela (miden un hecho grave y frecuentemente evitable).
- Encuestas de opinión.
- Métodos de consenso.

En la priorización de problemas deben considerarse conjuntamente aspectos como el número de pacientes a los que afecta un problema, la gravedad de dicho problema, la existencia o no de posibles soluciones y el coste de las mismas. (Donabedian, 1981)

#### **I.3.6.4 Diseño de estudios:**

Una vez identificado y priorizado el problema a mejorar, el siguiente paso es realizar un estudio para conocer los puntos débiles o posibles causas del problema con el objetivo de que puedan ser instauradas las medidas correctoras oportunas. El diseño de un protocolo de estudio para evaluar la calidad de la atención no difiere de

cualquier otro diseño de estudio. Los pasos a seguir serían los siguientes:

- a) Definir la población diana o muestra del estudio.
- b) Relación temporal del estudio (prospectivo, retrospectivo o transversal).
- c) Tipo de datos: de estructura, de proceso o de resultados.
- d) Las fuentes de datos: historia clínica, observación, estadísticas de admisión y archivos y las opiniones de los propios pacientes.
- e) Recogida de datos: definir claramente la hoja de recogida y las instrucciones para ello. (Rodríguez y Grande, 2014)

#### **I.3.6.5 Análisis de los datos:**

El análisis de los datos permite comprobar si se alcanzan los estándares previamente definidos y, si no es así, analizar los posibles factores causales. Debería realizarse el análisis por más de un evaluador, emitiendo un juicio sobre si las desviaciones observadas están o no justificadas. (Rodríguez y Grande, 2014)

#### **I.3.6.6 La acción de mejora o acción correctora:**

El objetivo de cualquier programa de mejora de calidad debe ser la intervención, con el fin de evitar aquellos problemas que han sido detectados. Según el tipo de problema existente, la intervención variará. Siempre se hará un informe detallado de las medidas o alternativas de intervención para solucionar el problema y un informe sobre las medidas necesarias para volver a evaluar la eficacia de dichas acciones correctoras. (Rodríguez y Grande, 2014)

#### **I.3.6.7 La reevaluación:**

El ciclo no puede ser cerrado hasta que la reevaluación de las acciones de mejora se haya realizado, para continuar con la planificación de la siguiente fase de mejora. (Rodríguez y Grande, 2014)

#### **I.4. Satisfacción del paciente:**

Para conocer la calidad de la asistencia sanitaria es imprescindible incorporar el punto de vista del paciente. (Granado et al, 2007)

Dentro de los indicadores de calidad que miden resultados, se le otorga cada vez mayor importancia a la satisfacción del paciente por la atención recibida. (Gómez-Fuentes et al., 2013)

La satisfacción puede definirse como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud cumplen con las expectativas del usuario”. La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. Por ello, la satisfacción va a depender en gran parte de la información o expectativas que sobre la prestación de un servicio tengan nuestros pacientes, siendo por tanto, una responsabilidad de los servicios el dar participación a los usuarios o pacientes tanto para conocer sus necesidades y expectativas como para ver en qué nivel consiguen satisfacerlas. (Rodríguez y Grande, 2014)

Cuando se quieren ofrecer servicios de mayor calidad, y crear instituciones de excelencia, entonces la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica, que aporta datos de cómo estamos y qué falta para llegar a cumplir las expectativas de los usuarios, familiares y proveedores. (Gómez-Fuentes et al., 2013)

Para conocer aquello que quieren los usuarios, se dispone de las reclamaciones y las encuestas de satisfacción. Aunque toda reclamación debería ser interpretada como una oportunidad de mejora, es frecuente que al recibir éstas, no sean entendidas en este sentido, sino únicamente como una afirmación de que existe un defecto desde la percepción del paciente en la calidad del servicio. (Rodríguez y Grande, 2014)

Se ha identificado que la satisfacción está relacionada con tres aspectos:

- a) Organización (tiempo de espera, ambiente y otros)

- b) Atención recibida, repercusiones en el estado de salud
- c) Trato recibido durante el proceso de atención por el personal implicado

Se entiende, por tanto, que la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente espera y lo que obtiene (percepción de la experiencia). La satisfacción será mayor cuando la expectativa sobre los cuidados a recibir se vea superada por lo ocurrido, y la insatisfacción se producirá cuando los cuidados y atenciones queden por debajo de las expectativas. (Gómez-Fuentes et al., 2013)

El usuario puede participar en la evaluación y mejora del servicio de salud, en dos grandes grupos metodológicos, según sea iniciativa propia dirigirse al sistema sanitario o a la clínica dental (participación activa) o bien, participación solicitada por el sistema de salud, que se dirige al paciente para solicitarle su opinión sobre diferentes aspectos de los servicios sanitarios y de la atención prestada (participación requerida). (Saturno, 1995)

Las formas concretas, activas o requeridas, (Donabedian, 1992) que pueden vehicular la contribución del usuario a la evaluación y mejora de la calidad (EMC), son:

Activa:

- Elección de proveedores
- Quejas y reclamaciones
- Asociaciones de usuarios y consumidores
- Consejos de Salud y otros órganos de participación comunitaria en salud.

Requerida:

- Encuestas de satisfacción, opinión y expectativas
- Grupos focales, informadores clave y otras técnicas de investigación cualitativa
- Informes de los usuarios

**Participación activa:** aquella en la que el usuario puede activamente cambiar de proveedor (médico, equipo, centro u hospital), formular quejas y reclamaciones, actuar a través de asociaciones de usuarios y consumidores, y participar a través de los

Consejos de Salud y órganos similares en la política de calidad de las instituciones concretas a las que se adscriban. Todas estas formas de participación activa configuran, el papel del usuario como reformador de la atención sanitaria. (Saturno, 1995)

1. **El cambio de proveedor**, considerado como resultado final de una evaluación global de la atención que se recibe. El usuario-paciente irá a quién o quienes le ofrezcan mejor calidad o mejor relación calidad/coste, contribuyendo así a que las instituciones y profesionales se esfuercen en no perder clientes-pacientes-usuarios, aumentando su calidad y su eficiencia. (Enthoven y Kronick, 1989; Saltman, 1992). No hay, sin embargo, estudios concluyentes sobre la efectividad real de esta manera de contribuir a la eficiencia y calidad de los servicios de salud, siendo aún una discusión abierta. (Waitzkin, 1994; Glaser, 1993).
2. **Quejas y reclamaciones**. Su utilidad más ampliamente reconocida es como mecanismo de identificación de problemas u oportunidades de mejora. (Pociello V, 1987). Sin embargo, su utilización real y la forma en que se estructura en general su presencia en la organización de las instituciones de salud, dista mucho de ser positiva y homogénea. (Villalbi, Farrés, Alberca y Mascaró, 1987). A menudo se interpreta como una denuncia o intento de culpar a alguien, por lo que su uso se desincentiva. Este tipo de participación del usuario debemos enfocarla desde el punto de vista de saber qué pasa para posteriormente instaurar medidas correctoras que mejoren la situación anterior. (Díaz, Castaño, Menéndez y Fanjul, 1987).
3. **Asociaciones de usuarios y consumidores**, bien desarrolladas en otros países y con un papel de exigencia creciente en cuanto a los datos a contrastar para poder valorar la calidad asistencial de las instituciones, apenas han intervenido en este sentido en nuestro país. (Saturno, 1995)
4. **Consejos de Salud** y otros órganos de participación. Desde los Consejos de

Salud se podrían establecer prioridades en relación a los problemas y oportunidades de mejora a abordar, ayudar en el diseño de los aspectos organizativos que afecten al trato y la accesibilidad del usuario, y ayudar también en la priorización, diseño y puesta en marcha de nuevos servicios o modificaciones de los existentes, optimizando los recursos disponibles. (Turabian, 1993).

En cuanto a la **participación requerida**, su metodología está más desarrollada que las formas de participación activa, ya que con ellas se tiene más experiencia en los programas de evaluación de la calidad en las instituciones sanitarias. Es actualmente incuestionable su importancia para los programas de EMC, es más, se tiende a considerarla como imprescindible. Por otra parte, la puesta en marcha y aprovechamiento rutinario de las formas de participación solicitadas al usuario para mejorar la calidad del servicio, cae directamente en el ámbito de responsabilidad del personal (asistencial y gestor) del sistema. (Saturno Hernández, 1995)

Se basa en el método de pregunta al paciente, que será diferente en función de lo que pretendamos evaluar. Una primera distinción debe establecerse entre aquellas preguntas que exploran percepciones subjetivas y las que buscan el aporte de datos objetivos sobre el servicio recibido. (Davies y Ware, 1988)

Así, si lo que pretendemos valorar son los *aspectos subjetivos* (tanto en los aspectos técnicos como en las relaciones interpersonales de la atención sanitaria recibida), utilizaremos las **encuestas de satisfacción, opinión y expectativas de los usuarios** (todas ellas englobables de manera genérica como encuestas de opinión) además de otras técnicas de investigación cualitativa como los **grupos focales**, útiles tanto para detectar déficits sentidos por el usuario, cómo para averiguar sus expectativas del servicio que recibe, e intentar diseñar los servicios y las encuestas de satisfacción en torno al cumplimiento de estas expectativas. (Leebow y Ersoz, 1991; Peters, 1993; Elbeck, 1992). Mientras que si lo que pretendemos es valorar *aspectos objetivos* de la atención preguntaremos al paciente sobre si han tenido lugar o no determinadas acciones, utilizando para ello los **informes de los usuarios**. (Saturno, 1995)

La distinción entre indagar evaluación subjetiva u objetiva, tiene trascendencia tanto

en el diseño del instrumento en sí, como en la utilidad y tipo de intervención que puede generar en EMC.

Centrándonos en las técnicas de encuesta, dentro de las más utilizadas, la tabla I.4 resume con un ejemplo las diferencias en el tipo de pregunta según se indague la opinión (incluida la satisfacción) o el informe. En el informe se va buscando información sobre si han ocurrido o no aspectos concretos de la atención. En las encuestas de opinión se busca la valoración sobre lo que se ha hecho, según la percepción del usuario. (Saturno, 1995)

	<i>Enfoque</i>	<i>Aspectos técnicos de la atención</i>	<i>Aspectos interpersonales de la atención</i>
<b>OPINIÓN</b>	Subjetivo	Evaluación en una escala (ej: malo a excelente) de la atención profesional recibida	Evaluación en una escala (ej: mala a excelente) de la cortesía y respeto mostrado por los profesionales
<b>INFORME</b>	Objetivo	Indicación (sí/no) de realización de acciones concretas (ej: toma de tensión arterial)	Indicación (sí/no) de realización de acciones concretas (ej: si el médico le saludó al entrar)

**Tabla I.4** Principales diferencias entre las encuestas de opinión y los informes (Davies y Ware, 1988)

Dada su trascendencia práctica, merece la pena detallar las principales características, usos y precauciones referentes a los tres tipos de encuesta que tienen un claro y relevante papel en los programas de EMC: Las encuestas de satisfacción, las de expectativas y los informes de los usuarios.

A continuación desarrollaremos cada uno de ellos, prestando especial atención a las encuestas, ya que son dentro de este grupo las más utilizadas tanto a nivel de Medicina como Odontología.



#### I.4.1 Los estudios de expectativas:

El término “expectativa” hace referencia a lo que el paciente espera recibir de la atención sanitaria. En un mercado cada vez más competitivo, el conocer las expectativas de los pacientes permite fidelizar y captar nuevos usuarios. (Saturno, 1995)

La idea es congruente con la definición genérica de lo que es calidad en la industria (producir o dar un servicio que cumpla con las expectativas del cliente a quien va dirigido, es decir, que sirva para lo que se supone debe servir), y con la necesidad de tener claro a qué sector de mercado (qué clientela) queremos captar como usuarios y diseñar un servicio o producto que les mantenga fieles y satisfechos. (Saturno, 1995)

Según Kano, Seraku, Takahashi y Tsuji (1984), podemos encontrar tres tipos de expectativas: la calidad esperada, la inesperada y la expresada.

**La calidad esperada** es todo lo que se da por supuesto, que el paciente da por “seguro” y “normal” a recibir. En los servicios de salud se refiere casi exclusivamente a características científico-técnicas (por ejemplo, diagnósticos y tratamientos correctos y sin complicaciones). Su presencia se considera normal y su ausencia, si se percibe, produce insatisfacción.

**La calidad inesperada**, es aquella que el usuario-paciente considera que no va a recibir, y por lo tanto, le sorprende favorablemente, produciéndole satisfacción. Jamás va a dar por supuesta su existencia, por lo que, si no se la encuentra, su efecto no modificará su satisfacción.

**La calidad expresada** es aquella que el usuario va a expresar cuando se le pregunte cuáles son las características que según su opinión debe de tener un servicio de calidad.

Los tres tipos de expectativas deben tenerse en cuenta. Pero si lo que preocupa de forma prioritaria, es la calidad aparente y la satisfacción del usuario, merecería la pena investigar o intentar incidir sobre la calidad inesperada, relacionada precisamente con expectativas inexistentes o raramente expresadas por el usuario de forma espontánea. (Saturno, 1995)

En la medida en que estén presentes o no, le producirá al paciente satisfacción o insatisfacción. Para su evaluación, podemos servirnos de técnicas de evaluación cualitativa como los grupos focales, o bien de cuestionarios específicos para este fin. Hemos de tenerlas todas en cuenta a la hora de plantear un estudio de la satisfacción de los pacientes. (Saturno, 1995)

<u>Tipo de expectativa:</u>	<u>Efecto de la satisfacción:</u>	
	Cumplimiento	Incumplimiento
Calidad esperada -----	Insatisfacción	Efecto nulo
Calidad expresada -----	Insatisfacción	Satisfacción
Calidad inesperada -----	Efecto nulo	Sobresatisfacción

**Figura I.4.1** Expectativas del usuario y efectos en la satisfacción según su grado de cumplimiento. (Kano et al., 1984).

#### I.4.2 Informadores clave, grupos focales, grupos nominales:

En los **grupos focales**, un grupo de personas discuten sobre determinados temas concretos, en este caso sobre los aspectos de la asistencia sanitaria a mejorar. Es económico, ahorra tiempo y es flexible ya que es aplicable a gran diversidad de temas, pero plantea problemas a la hora de generalizar a la población general. (Saturno, 1995)

El **grupo nominal** es una técnica cualitativa que también puede ser útil para el estudio de la satisfacción. Está compuesto por un grupo de personas que se reúnen con el objetivo de identificar problemas o necesidades y priorizar, para lo cual cada persona hace un registro de ideas que posteriormente se enumeran de forma ordenada. A continuación, se abre una discusión abierta con todo el grupo y se vota al final qué prioridades se establecen. Aunque en muy pocas ocasiones, este sistema ha sido utilizado para el estudio de la satisfacción del paciente en otros países. A pesar de que el estudio de la satisfacción del paciente ante los servicios odontológicos es más bien escaso, esta técnica ha sido utilizada en algunos estudios a este respecto, aunque

mucho menos que las encuestas de satisfacción. (Horovitz, 1990)

Respecto a los **informadores clave**, pueden presentarse problemas a la hora de su selección: quiénes tienen la información relevante, quiénes están más dispuestos a informar y tienen mayor capacidad de transmitir la información, etc. (Saturno, 1995)

#### 1.4.3 Informes de usuarios:

Es probablemente el método de evaluación requerida al usuario más recientemente, incorporado a los programas de EMC. De hecho, podría decirse que aunque el marco teórico y la metodología están razonablemente desarrollados, son escasos los programas que lo tienen incorporado a sus mediciones rutinarias. (Saturno, 1995)

El informe del usuario consiste esencialmente en indagar determinados aspectos objetivos considerados relevantes, en relación a procesos asistenciales en los que haya participado el usuario encuestado, con la idea de construir indicadores que sirvan para monitorizar la calidad de la atención prestada. Esta monitorización evidencia áreas o aspectos que deben ser evaluados o modificados para mejorar la asistencia que se presta. (Saturno, 1995)

La objetividad buscada en el informe y el estar referido a experiencias y situaciones concretas y vividas por los usuarios, lo hacen de una utilidad más directa y evidente para la EMC que las encuestas de opinión y satisfacción. (Koska, 1992). En el informe aparece claro, directamente, qué es lo que falla y debe mejorarse. Sin embargo, la dificultad estriba precisamente en diseñar adecuadamente el cuestionario para conseguir respuestas válidas y, sobre todo, en elegir qué aspectos se preguntan; aspectos que han de tener la suficiente relevancia para dar lugar a indicadores sólidos y útiles. (Saturno, 1995)

Su utilidad tiene dos vertientes distintas y complementarias: una como sustituto de otras fuentes de datos, y otra, como complemento al proveer información no registrada en ninguna otra fuente. (Davies y Ware, 1988). Como sustituto se ha comprobado parcialmente y se sigue investigando su fiabilidad. Como complemento, el informe puede ser la única fuente rutinaria de información sobre aspectos

interpersonales del proceso de atención, además de sobre otros datos corrientemente no registrados, que sólo sabe el usuario, y que sin embargo son tremendamente relevantes para la calidad (por ejemplo coordinación o descoordinación de mensajes recibidos de los distintos profesionales que intervengan en el proceso, explicaciones dadas sobre tratamientos y pruebas complementarias, etc.). Al tener como objetivo las experiencias reales y concretas de los usuarios, el informe se ha presentado también como una manera de obviar la gran diversidad de preferencias, expectativas y sus respectivos factores de confusión. (Moloney y Paul, 1991). Con el informe se intenta saber la frecuencia e intensidad de acciones y resultados indeseables, sea por comisión o por omisión. (Saturno, 1995)

Como puede verse, la gama de opciones a través de las cuales puede el usuario contribuir a elevar la calidad de los servicios sanitarios es importante y metodológicamente diversa. Todas ellas comparten, sin embargo, el objetivo común de ayudar a saber qué hacer para mejorar.

#### **I.4.4 Cuestionarios de salud:**

Desde que en 1948, la Organización Mundial de la Salud definió la «salud» como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad”, se han desarrollado numerosas investigaciones que están permitiendo traducir esa definición conceptual en métodos objetivos que, mediante cuestionarios o instrumentos diversos, generan escalas e índices para facilitar la medición de las dimensiones que conforman el estado de salud. (Martín, 2004)

La utilización de los cuestionarios cada vez es más frecuente, tanto en el ámbito de la asistencia como en el de la investigación para conocer, entre otros aspectos, el estado general de los pacientes, la salud autopercebida, la satisfacción de pacientes o de profesionales, etc. (Mira y Aranaz, 2000)

El cuestionario es un instrumento utilizado para la recogida de información, diseñado para poder cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la entrevista. Su finalidad es conseguir la comparabilidad de la información. (Martín, 2004)

El factor subjetivo del evaluador, queda presuntamente suprimido con el cuestionario, siendo ésta, la base de su utilidad en la investigación clínica. (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez y Sanz, 2011)

Estos instrumentos de medida, requieren muchas veces, de la colaboración del paciente, siendo necesario que éste tenga una formación básica o una función cognitiva suficiente para responder a las diferentes cuestiones propuestas. Es por ello, fuente de sesgo importante, el modo en que se realizan las preguntas y el lenguaje utilizado, junto con los factores culturales que llevan a que una misma cuestión pueda ser o no válida en un idioma o en otro, o incluso en países diferentes aunque compartan la misma lengua. (Carvajal et al., 2011)

Debido a esto, para poder utilizar un cuestionario con garantía, es necesario comprobar que éste mide correctamente y de manera constante en las mismas circunstancias, siendo sensible a cambios de la situación clínica, no presentando dificultades de aplicación en la práctica diaria, etc. (Carvajal et al., 2011)

Se define por ello, el proceso de validación, para comprobar las características de un cuestionario, de manera que éste se adapte culturalmente al medio donde se quiere utilizar, confirmando que conserva las características psicométricas adecuadas para medir aquello para lo que fue diseñado. (Fortin y Nadeau, 1999)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el desarrollo y la utilización de indicadores de la salud estandarizados. (Carvajal et al., 2011)

Junto con las entrevistas, el cuestionario es la técnica de recogida de datos más empleada en investigación, porque es menos costosa, permite llegar a un mayor número de pacientes y facilita el análisis posterior de los datos obtenidos, aunque puede tener limitaciones, las cuales pueden restar valor a la investigación desarrollada. (Mira y Aranaz, 2000)

El concepto de calidad de vida se ha introducido como un criterio a considerar cuando se define el estado de salud de una persona. Ya que existe una gran carga de

subjetividad en las mediciones de calidad de vida, se requieren métodos de evaluación válidos, reproducibles y fiables. (Martín, 2004)

La validez de la información verbal de percepciones, sentimientos, actitudes o conductas que transmite el encuestado son la base de la información que recoge un cuestionario, siendo ésta, en muchos casos, difícil de contrastar y traducir a un sistema de medida o puntuación. Es este hecho el que hace tan complejo establecer los criterios de calidad de estos instrumentos de medida. (Martín, 2004)

Para conocer qué criterios de calidad deben reunir aquellos cuestionarios o escalas necesarios para utilizar en diferentes estudios, primero debemos señalar, que la utilización de las escalas de evaluación se basa en la psicofísica y psicometría. La psicofísica nos aproxima al proceso de cuantificación de la percepción. Así, para trasladar a un sistema numérico fenómenos intangibles, como los síntomas o la discapacidad, se deben establecer analogías. Por otro lado, la psicometría nos permite estudiar la adecuación de la escala al fenómeno objeto de la medición y la calidad de la medida. (Badía y Carné, 1998; Martín, 2004)

Como todo instrumento de medida, (Badía y Carné, 1998) el cuestionario, ha de reunir las siguientes características:

1. Ser adecuado para el problema de salud que se quiere medir e intuitivamente razonable.
2. Ser válido, es decir, capaz de medir aquellas características que se pretenden medir, y no otras.
3. Ser fiable, preciso, con un mínimo de error en la medida.
4. Ser sensible, capaz de medir cambios en los diferentes individuos y en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo.
5. Delimitar claramente sus componentes, de manera que cada uno contribuya al total de la escala de forma independiente.
6. Estar basado en datos generados por los propios pacientes.
7. Ser aceptado por pacientes, usuarios, profesionales e investigadores.

Cuando se procede a medir algo, debemos tener muy claro qué queremos medir, es decir, “definir el constructo”. Debe definirse de forma clara y precisa el objeto de la medida y, determinar y conocer las diferentes teorías que sustentan la definición que se acuerde. Pueden proponerse diferentes definiciones de un mismo constructo, ya que un mismo problema puede definirse desde distintas perspectivas teóricas. (Tejero y Leal, 2009)

Es necesario establecer correctamente el contenido del cuestionario, definir concretamente la población a la que va dirigida, la forma de administración y el formato del cuestionario. El propósito del cuestionario va a determinar el contenido de sus ítems y los aspectos relacionados con su estructura y la logística de recogida de datos. Cada una de las características a evaluar se denominan “dimensiones” o “factores”, y la definición concisa de cada una de ellas nos facilitará la construcción de las preguntas que nos ayuden a explorar esa parte del aspecto que queremos medir. Hay que tener en cuenta también, la población a la que va dirigido y según el tema que se vaya a estudiar, decidir cómo se va a administrar el cuestionario, si éste será auto cumplimentado, si el procedimiento de recogida de información será telefónico o bien mediante entrevista personal. Es importante tener en cuenta estos aspectos, puesto que obligarán a redactar las preguntas de forma diferente, incluso dar un formato diferente al cuestionario. (Martín, 2004)

Todos los cuestionarios se componen de una serie de ítems, que son la unidad básica de información de un instrumento de evaluación, y generalmente consta de una pregunta y una respuesta cerrada. (Tejero y Leal, 2009). Como norma general, se considera que el número mínimo de ítems a tener en cuenta para evaluar un fenómeno sería de 6, pero éste puede variar desde 10 a 90. La definición de cada uno de estos ítems, debe ser exhaustiva y mutuamente excluyente. (Martín, 2004)

Al formular una pregunta, deben tenerse en cuenta factores como la comprensión (adaptación del lenguaje y del tipo de elección de respuestas al nivel sociocultural de los individuos a quienes se dirige el cuestionario) y la aceptabilidad para el sujeto preguntado. (Badía y Carné, 1998)

A través del diseño de los ítems del cuestionario se pueden controlar los posibles sesgos de cumplimentación, y con ello, mejorar la validez del cuestionario. (Martín, 2004)

Importante tener en cuenta siempre, la redacción del cuestionario, el orden de las preguntas y el formato, en cuanto que puede impedir el registro adecuado de la información, pudiendo introducir sesgos en la recogida de la información. (Martín, 2004)

La codificación de las respuestas, en función del número de opciones o tipos, éstas pueden ser:

- Dicotómicas: Si/No, Verdadero/Falso
  - Policotómicas: Estoy descontento conmigo mismo/ No me valoro/ Me odio/ Estoy satisfecho de mi mismo.
  - Analógicas: se diferencian en función del sistema analógico utilizado.
- (Tabla I.4.4)

<b>Codificación de la respuesta</b>	<b>Ejemplo</b>
<p><b>Analógica lineal:</b> Gradación en una línea medida en cm.</p>	<p><i>Escala de dolor:</i> Ningún dolor - Máximo dolor imaginable.</p>
<p><b>Analógica numérica:</b> Gradación expresada en números.</p>	<p><i>Escala de ansiedad:</i> Ninguna ansiedad - Máxima ansiedad imaginable.</p>
<p><b>Escala gráfica:</b> Gradación a través de dibujos.</p>	
<p><b>Analógica verbal:</b> Gradación entre categorías verbales previamente calibradas.</p>	<p><i>Escala tipo Likert:</i> ¿Deberían prohibirse los anuncios de tabaco? Muy de acuerdo (1) /De acuerdo (2)/ Sin opinión (3)/ En desacuerdo (4)/ Muy en desacuerdo (5).</p>

**Tabla I.4.4** Diferentes tipos de codificación analógica de las respuestas. (Martín, 2004)

De la misma manera, también es necesario definir el sistema de puntuación a emplearse, pudiendo ser simple o ponderado. Serán ítems simples, cuando la



puntuación directa se obtiene con el sumatorio de respuestas acertadas o de los valores que se hayan dado a cada opinión. Por el contrario, serán ítems ponderados cuando el valor de cada opinión de respuesta no es la misma o no se otorga el mismo valor a todos los aciertos. (Martín, 2004)

Dado que se trata de una escala de medición que permita tener una puntuación de un aspecto de la salud, para poder comparar la de diferentes individuos o la del mismo individuo en diferentes momentos, se debe evaluar, en primer lugar, las propiedades psicométricas de un instrumento, para así determinar la calidad de su medición. Las dos características métricas esenciales para valorar la precisión de un instrumento son la fiabilidad y la validez. (Martín, 2004; Carvajal et al., 2011)

La *fiabilidad* es el grado en que un instrumento mide con precisión, sin error. Hace referencia al hecho de medir una variable de manera constante. Indica la condición del instrumento de ser fiable, es decir, de ser capaz de ofrecer en su empleo repetido, resultados veraces y constantes en condiciones similares de medición.

Es una propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones. Evalúa el grado de consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir.

La *validez* es el grado en que un instrumento de medida mide aquello que realmente pretende medir, o sirve para el propósito para el que ha sido construido. A pesar de que existen descritos en la literatura diferentes tipos de validez, ésta es, sin embargo, un proceso unitario y es precisamente la validez la que permitirá realizar las inferencias e interpretaciones correctas de las puntuaciones que se obtengan al aplicar un test y establecer la relación con el constructo/variable que se trata de medir. Es por tanto, una pieza clave tanto en el diseño del cuestionario, como en la comprobación de la utilidad de la medida realizada. Puede estimarse de diferentes maneras cómo son la validez de contenido, validez de criterios y validez de constructo. Cada una de ellas proporciona evidencias diferentes a la validación global del instrumento. (Martín, 2004; Carvajal et al., 2011)

#### I.4.4.1 Cuestionarios de salud para medir la calidad de vida:

En la actualidad se reconoce de forma generalizada que el impacto que las enfermedades tienen sobre los pacientes no puede ser descrito en su totalidad por medidas objetivas de la salud. Se consideran imprescindibles para evaluar de forma global el estado de salud de las personas, otros factores subjetivos, tales como el dolor, la capacidad funcional o el bienestar emocional. De este reconocimiento surge un área de investigación, conocida como “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS). (Prieto y Badia, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la medida del nivel de salud de la población debe realizarse, no sólo a partir de indicadores de frecuencia o gravedad de las diferentes enfermedades, sino también conociendo el grado de calidad de vida. La calidad de vida de una persona es una percepción individual en la que influyen, entre otros, la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia y las relaciones sociales y con el entorno. (Schwartzmann, 2003)

La evaluación CVRS se ha convertido en un importante objetivo a tener en cuenta en el transcurso de cualquier investigación clínica. En los últimos 20 años se han desarrollado ininidad de instrumentos en forma de cuestionario destinados a la medición de la CVRS. Algunos de ellos (EQ-5D, SF-36, SIP, NHP) pueden considerarse genéricos, ya que evalúan de forma general aspectos relacionados con la salud física, mental y social, y pueden ser utilizados por tanto para comparar enfermedades y tratamientos. Existen otros instrumentos, definidos como específicos, diseñados para medir la CVRS en una enfermedad o grupo de enfermedades concreto, complementando e incluso sustituyendo los resultados proporcionados por los cuestionarios genéricos. (Prieto y Badia, 2001).

Son dos, los instrumentos de medida de la calidad de vida desarrollados por la OMS: WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF. (Badia, Salamero y Alonso, 1999; WHOQOL, 1993).

Además podemos distinguir otros cuestionarios que permiten valorar la calidad de vida mediante la percepción que tiene la propia persona sobre su estado de salud. Entre estos, cabe destacar:

- Cuestionario de salud de Golberg.
- EuroQol 5D.
- Cuestionario SF-36.
- Cuestionario de calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón (QLQ- LC13)

Son pocos los cuestionarios publicados en Odontología, ya que además, su utilización es escasa. Generalmente se han desarrollado para evaluar la satisfacción del paciente, la ansiedad en la consulta dental, el temor al dentista y el estado general de salud oral. A continuación, vamos a señalar algunos de estos cuestionarios publicados, dejando para un posterior análisis, los utilizados en la medida de la satisfacción del paciente tras la atención dental recibida, objeto de interés de este trabajo.

#### **OHIP (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE)**

Se trata de un cuestionario diseñado para evaluar el grado de malestar, disconformidad y disfunción del paciente atribuidos a su estado oral y bucodental, y destinado a la población adulta.

#### **OHIP-14 (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE-SHORT FORM)**

Es la versión corta del cuestionario anteriormente descrito.

#### **GOHAI**

Se trata de un índice cuya finalidad es la de medir el impacto de la salud oral en la calidad de vida. Este índice, también conocido como “General Oral Health Assessment Index”, puede ser aplicado en adultos.

#### **DENTAL INDIFFERENCE SCALE.**

Su finalidad es medir aquellas actitudes de indiferencia ante las recomendaciones de higiene dental y de asistencia al dentista diferentes al miedo o temor a este

profesional. Aquellos pacientes que señalan que no van al dentista por sentir ansiedad o temor son excluidos.

#### **DENTAL FEAR SURVEY**

Pretende evaluar el comportamiento, estado físico y actitudes ante diferentes situaciones que tienen lugar en la consulta dental.

#### **DENTAL BELIEFS SURVEY**

Este cuestionario valora principalmente las opiniones del paciente sobre la forma en que los dentistas desarrollan su trabajo.

#### **ORAL IMPACTS DAILY PERFORMANCES**

El cuestionario “Oral Impacts Daily Performances” nos permite valorar cuál es la percepción del paciente de cómo su estado bucodental influye al realizar actividades cotidianas, que en este cuestionario son: hablar, comer, higiene dental, trabajar, sonreír, dormir, estado emocional y relaciones sociales.

#### **1.4.5 Cuestionarios o encuestas de satisfacción:**

La satisfacción es uno de los resultados de proceso asistencial que son susceptibles de ser medidos y que se incluye como una de las dimensiones de la calidad asistencial, por lo que su valoración es imprescindible en todos los programas de evaluación de la calidad en las instituciones sanitarias.

En odontología, los estudios de satisfacción con los servicios sanitarios se realizan, habitualmente, mediante técnicas de investigación cuantitativas, es decir cuestionarios o encuestas de satisfacción. (Granado et al., 2007)

Las encuestas de satisfacción precisan unas propiedades psicométricas que garanticen su fiabilidad y validez, especialmente cuando el propósito es extrapolar los resultados obtenidos a la población, por lo que es necesario realizar encuestas de satisfacción validadas asegurando que los reactivos elegidos sean precisos para evaluar lo deseado (validez de contenido) y que los componentes estén claramente definidos (validez de

constructo, que define si una prueba está a la altura de sus pretensiones o no), además de ser fiables y precisos, es decir, capaces de ofrecer resultados veraces y constantes con su aplicación repetida en condiciones similares. (Granado et al., 2007; Gómez-Fuentes et al., 2013)

Actualmente, la valoración de la calidad de los servicios ofertados y el desarrollo posterior de las actividades de mejora, constituyen un proceso inseparable del ejercicio profesional. El papel que juega la opinión de los usuarios, sus percepciones y los juicios que realizan sobre los servicios recibidos, son aspectos claves en la definición de la calidad y su valoración es imprescindible para prestar una correcta asistencia sanitaria. La percepción del paciente es, por tanto, una de las medidas principales a la hora de evaluar y mejorar la calidad de la asistencia. El objetivo final será detectar la presencia de problemas en la asistencia y establecer propuestas para mejorar la atención a través de la valoración que el paciente manifieste del servicio recibido. (Granado et al., 2006)

La medición de la calidad asistencial a través de cuestionarios que midan el nivel de satisfacción de los encuestados, ayuda a identificar las dificultades o problemas en la ejecución de la atención otorgada, conocer las necesidades no cubiertas o expectativas de los beneficiarios y, a mejorar el servicio mediante información sustentada. Dado que satisfacer las expectativas de los usuarios de salud y sus acompañantes es un proceso complejo, se puede lograr si los trabajadores que brindan la atención están satisfechos y capacitados para proporcionar una atención de excelencia. (Gómez-Fuentes et al., 2013)

La medición debe servir para diseñar intervenciones que mejoren, si es posible, la situación de partida. La validez y la utilidad de la medición son dos condicionantes que no siempre se respetan en los diseños y explotación de las encuestas de satisfacción, y que pueden convertirse con facilidad en ejercicios vacíos, inútiles y científicamente esperpénticos. (Saturno, 1995)

Para ser útil en EMC, una encuesta de satisfacción debe indagar además del grado de satisfacción o insatisfacción las causas con que se relaciona. De otro modo, no

sabríamos que hacer para mejorar, si resultaran unos niveles de satisfacción bajos (en la industria de servicios en general, se tiende a considerar como límite mínimo, un 80% de clientes-usuarios satisfechos). (Saturno, 1995)

Para ser válida y poder ser interpretada, sobre todo en comparación con otras mediciones, hay que tener en cuenta en el diseño de la aplicación de la encuesta y/o en los propios apartados de la misma, para incluirlos en el análisis, los factores de confusión que ya se sabe que influyen en los niveles de satisfacción y que en cambio no tienen nada que ver con que el servicio evaluado sea mejor o peor. (Saturno, 1995)

### **Principales causas y factores de confusión en la evaluación de la satisfacción del usuario:**

Causas:

- Relación interpersonal (trato recibido).
- Accesibilidad: barreras organizativas (tiempos de espera, descoordinación entre niveles, etc.).
- Resolución de problemas según expectativas.
- Percepción del nivel técnico-científico de los profesionales.
- Condiciones medioambientales de la asistencia.

Factores de confusión:

- Edad
- Sexo
- Nivel cultural
- Estado de salud
- Experiencias previas
- Formas de financiación
- Tiempo pasado desde que se recibió la asistencia hasta la contestación de la encuesta.

La satisfacción del paciente está considerada como un elemento deseable e importante de la actuación médica. Puede medirse con diferentes instrumentos, entre

ellos, los cuestionarios de satisfacción. Generalmente, los pacientes puntúan ítems estrechamente asociados con aspectos de la satisfacción y, posteriormente estos resultados se pueden analizar, no sólo para cuantificar la satisfacción, sino para evaluar la validez y confiabilidad del instrumento de medida. Podemos destacar 5 dimensiones genéricas de la satisfacción del paciente con el cuidado dental: competencia técnica, factores interpersonales, comodidad, costes y facilidades. (López-Garvía, Montiel-Company y Almerich-Silla, 2014)

La satisfacción del paciente en salud, es entonces un fenómeno complejo que contribuye tanto a los resultados que se obtienen en la salud individual y colectiva como al éxito de las medidas que se aplican en el campo. Esta satisfacción influye en la aceptación del paciente, en el uso de los servicios odontológicos y en la ansiedad. La satisfacción del paciente es también un componente importante de estímulo hacia el autocuidado y es un indicador de la calidad de la prestación de los servicios de salud. (López-Garvía et al., 2014)

Para interpretar los resultados de las encuestas de satisfacción adecuadamente, es necesario entender cómo las características del paciente influyen en las respuestas. (López-Garvía et al., 2014)

Muchas de estas características son inmutables, o difíciles de cambiar por los prestadores de servicios de salud. Sin embargo, otros aspectos de la atención odontológica asociados con el paciente pueden ser intervenidos, como la naturaleza de la interacción del paciente con el profesional y la estructura organizacional para la prestación de servicio. La mejora en la entrega de los servicios odontológicos podría estar limitada por el grado en que las creencias y el nivel de ansiedad influyan en la satisfacción del paciente. (López-Garvía et al., 2014)

Todos estos factores mencionados pueden ser decisivos en los resultados de satisfacción obtenidos. (López-Soto, Cerezo-Correa y Paz-Delgado, 2010).

#### **I.4.5.1 Cuestionarios de satisfacción en odontología:**

Muchos cuestionarios de satisfacción del paciente han sido publicados, pero sólo dos han sido validados para diferentes idiomas al original; el Dental Visit Satisfaction Scale (Corah, O'Shea, Pace y Seyrek, 1984) y el Dental Satisfaction Questionnaire (Davies y Ware, 1982), que recoge información sobre un mayor número de factores relacionados con la satisfacción dental que el primer cuestionario mencionado anteriormente. (López-Garvía et al., 2014)

##### **I.4.5.1.1 Cuestionario de satisfacción de la Universidad de Kaunas:**

Este cuestionario fue desarrollado por Skalauskiene, Maciulskiene y Sertvytyte (2005) en la Facultad de Odontología de Kaunas (Lituania) con la finalidad de evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento y cuidados dentales. Se llevó a cabo un estudio piloto con el objetivo de probar y desarrollar un cuestionario que cubriera la asistencia dental a los pacientes, la satisfacción con la atención dental, una autoevaluación de la salud oral, las actitudes y el conocimiento acerca de la salud oral, antes de aplicarlo a una población amplia.

Este instrumento evalúa la satisfacción dental del paciente a partir de tres dimensiones: la competencia profesional del dentista, su personalidad y la organización de la clínica dental (acceso, equipamiento, honorarios y disponibilidad). Para ello, un total de 53 sujetos adultos (40,1 años de edad media) que visitaron la clínica dental de la Universidad de Kaunas, rellenaron el cuestionario presentado por los investigadores.

El cuestionario inicial está compuesto por 2 partes:

Primera parte, compuesta por 47 preguntas relativas a datos demográficos, última visita al dentista, actitudes respecto higiene oral y dolor dental los últimos 12 meses.

Segunda parte, compuesta por una serie de ítems organizados en tres dimensiones:

1. Competencia profesional del dentista: 11 ítems
2. Personalidad del dentista: 12 ítems



### 3. Organización de la consulta dental: 14 ítems

A cada pregunta o ítem, el paciente responde eligiendo una opción de la siguiente escala tipo Likert modificada, de acuerdo con el peso relativo de importancia, de la siguiente manera:

1 - Totalmente importante / muy bien.

2 - Importante / bien.

3 - Poco importante / mal.

4 – Muy poco importante / muy mal.

Sin embargo, al analizar estadísticamente los datos obtenidos a partir de la muestra de 53 adultos, se observó que había dificultad en contestar ciertas preguntas. Por ello, los propios autores recomiendan en su estudio, modificar el cuestionario inicial reduciendo el número de preguntas y realizar nuevos estudios sobre la validez y fiabilidad.

El análisis de las respuestas al cuestionario mostró que las principales dificultades para responder a las preguntas estaban relacionadas con el uso de las alternativas de la escala Likert, en concreto, determinadas partes del cuestionario, como son las preguntas relacionadas con la descripción de los procedimientos de tratamiento dental y el estado de salud oral, los cuales tuvieron casos de malos entendidos, y dificultades en la selección de una alternativa adecuada de respuesta.

Se recomienda, por ello, probar previamente el uso de la terminología profesional de la odontología en el cuestionario, antes de aplicarlo a la población de estudio, con el fin de asegurarse de que es correctamente comprendida por los encuestados. (Sakalauskiene et al., 2005)

#### **I.4.5.1.2 Cuestionario de satisfacción dental del Hospital de Canterbury:**

Este trabajo, desarrollado por Williams y Calnan (1991), describe los resultados de la primera etapa de un estudio llevado a cabo en la primavera de 1988 en el Hospital de

Canterbury. El estudio se centró en los aspectos generales y específicos de la satisfacción del paciente con los diferentes servicios ofrecidos por el hospital, entre ellos, los servicios generales de atención dental. El cuestionario está compuesto por una serie de preguntas organizadas en 4 dimensiones (accesibilidad, relación paciente-dentista, destreza y competencia profesional, y satisfacción global), a las que el paciente responde “sí” o “no” en función de su satisfacción (tabla I.4.5.1.2), por lo que no utiliza una escala tipo Likert.

No existen estudios en la literatura sobre su validez y fiabilidad, por lo que su utilización en otros países y otras situaciones puede ser cuestionable, quedando simplemente relegado a su aplicación interna dentro del Hospital que lo ha desarrollado.

DIMENSIONES	PREGUNTAS
Accesibilidad	Acceso en vacaciones o fines de semana Tiempo de espera Cercanía o lejanía del domicilio
Relación paciente-odontólogo	Se toma el tiempo necesario para el tratamiento Proporciona la suficiente información sobre el tratamiento Trato amable
Destreza/Competencia profesional	Destreza del odontólogo
Satisfacción global	Satisfacción global con la asistencia recibida

**Tabla I.4.5.1.2** Cuestionario de Satisfacción Dental del Hospital de Canterbury (Williams y Calnan, 1991)

### I.4.5.1.3 Encuesta de Satisfacción Dental (Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona):

Se trata de una encuesta de satisfacción elaborada por López, Terrades, Rodríguez, Roselló, Enric, y Chimenos (2002), con la finalidad de estudiar la satisfacción de los pacientes que acuden al Servicio de Primeras Visitas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

Está compuesto por 10 ítems o preguntas, de las cuales 9 son cerradas y 1 abierta, y a las que el paciente contesta una de las dos opciones: “sí está satisfecho/ no está satisfecho”. Sin embargo, presenta el inconveniente de que los autores no realizan un estudio de la validez y de la fiabilidad del cuestionario.

#### ITEM

1.	¿Le ha parecido correcto el trato recibido?
2.	¿Ha tenido que esperar mucho para ser atendido?
3.	¿Le han aclarado todas las dudas que tenía?
4.	¿Le parece buena la organización de la Clínica Odontológica?
5.	¿La encuentra confortable o podría mejorar?
6.	¿Cree que el tiempo que le han dedicado es el adecuado?
7.	¿Le han dado visita para mucho tiempo?
8.	¿Cree correcta la relación calidad/coste?
9.	¿Le han explicado en qué consistiría su tratamiento?
10.	¿Qué cambiaría de la Clínica Odontológica?

**Tabla I.4.5.1.3** Encuesta de Satisfacción Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona (López et al., 2002)

#### I.4.5.1.4 Dental Satisfaction Questionnaire (DSQ):

Este cuestionario fue desarrollado por Davies y Ware (1982), en un estudio realizado en Estados Unidos con la finalidad de medir la satisfacción del paciente con la atención odontológica.

La muestra estaba formada por 3464 personas, procedentes de zonas rurales y urbanas, predominantemente de raza blanca, con un nivel de educación medio-alto, y una media de ingresos bastante superior al nivel de pobreza. Los criterios de inclusión a la hora de confeccionar la muestra incluyen en el estudio a todas aquellas personas de 14 años o más, excluyendo a las edades comprendidas entre 0 y 13 años.

El cuestionario se diseñó para ser auto-cumplimentado por parte del paciente, para lo cual estimaron un tiempo aproximado de 5 minutos. En aquellos pacientes que tenían problemas para responder a las preguntas, un entrevistador le prestó la ayuda necesaria.

Las principales dimensiones relacionadas con la satisfacción con el tratamiento dental que los autores identificaron en la literatura fueron: calidad del tratamiento (incluyendo aspectos técnicos y de relación interpersonal odontólogo-paciente), accesibilidad (económica y física), disponibilidad, conveniencia y manejo del dolor. Otras dimensiones identificadas, pero con menos frecuencia hacían referencia a la continuidad del tratamiento, eficacia y resultados, organización, y satisfacción general con el tratamiento dental.

Para componer este cuestionario, los autores trabajaron con el "HIE health questionnaires" (Ware, 1976) que medía la satisfacción con el tratamiento médico, y seleccionaron aquellos ítems que medían las dimensiones de calidad del tratamiento (técnica e interpersonal), accesibilidad (económica y no económica), disponibilidad, conveniencia, continuidad, resultados/eficacia, y satisfacción general (tabla I.4.5.1.4.1). En estos ítems, cambiaron las referencias a "médicos" y "tratamiento médico" por "dentistas" y "tratamiento dental". Los ítems que hacían referencia al manejo del dolor fueron escritos por los autores. Por lo tanto, la versión original del cuestionario "Dental Satisfaction Questionnaire" está compuesta por 19 ítems (tabla

I.4.5.1.4.2), de los cuales, en 18 de ellos se pregunta sobre estados de opinión sobre aspectos del tratamiento dental o de los dentistas, mientras que en uno de ellos (el ítem número 12) se pregunta por un estado de hecho.

A cada pregunta, el paciente puede contestar eligiendo una opción de la siguiente escala:

1. Completamente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Neutral
4. Desacuerdo
5. Completamente en desacuerdo

Esta elección de categoría de respuesta supone que cada elemento es más o menos neutral en términos de la confianza que representa y que las diferencias en las actitudes se reflejan en el grado en que los encuestados están de acuerdo o en desacuerdo. La serie incluye ambas declaraciones redactadas favorables y desfavorables. La dirección de la redacción de cada artículo se indica en la tabla I.4.5.1.4.2 en su categoría de contenido, apareciendo los elementos numerados en el orden en que aparecen en la serie de satisfacción dental.

ESCALA	SUMATORIO DE PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LOS ITEMS
Acceso	5 + 13 + 15
Disponibilidad/conveniencia	7 + 9
Coste	3 + 10
Continuidad	12
Satisfacción dental	1
Manejo del dolor	4 + 8 + 19
Calidad	2 + 6 + 11 + 14 + 16 + 17 + 18
Acceso total	3 + 5 + 7 + 9 + 10 + 13 + 15
Índice de satisfacción dental	1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12 + 13 + 14 + 15 + 16 + 17 + 18

**Tabla I.4.5.1.4.1** Reglas de puntuación para escalas (Davies y Ware, 1982)

Ítem	Contenido abreviado	Dirección de redacción	Categoría de contenido
1.	Dental care could be better	-	General
2.	Dentists check everything	+	Competencia técnica
3.	Fees too high	-	Accesibilidad económica
4.	Avoid dentists because painful	-	Dolor
5.	Wait long time at dentist's office	-	Acceso
6.	Dentists treat patients with respect	+	Interpersonal
7.	Enough dentists around here	+	Disponibilidad
8.	Dentists should reduce pain	-	Dolor
9.	Dental care conveniently located	+	Conveniencia
10.	Dentists avoid unnecessary expenses	+	Accesibilidad económica
11.	Dentists not thorough	-	Competencia técnica
12.	See same dentist	+	Continuidad
13.	Hard to get appointment	-	Acceso
14.	Dentists relieve most problems	+	Resultado
15.	Office hours good	+	Acceso
16.	Dentists explain what they do and cost	+	Interpersonal
17.	Keep people from problems with teeth	+	Prevención
18.	Dentists's offices modern	+	Competencia técnica
19.	Not concerned about pain	+	Dolor

**Tabla I.4.5.1.4.2** Contenido de los ítems abreviados, dirección de redacción y categoría de contenido, elementos de satisfacción dental (Davies y Ware, 1982)

Una vez contestado y cumplimentado el cuestionario, cada paciente obtiene una puntuación en la satisfacción, la cual se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems; además puede obtenerse la puntuación de cada una de las escalas sumando los ítems que las componen (tabla I.4.5.1.4.1). Puntuaciones altas indican mayor satisfacción. Pero para ello es necesario recodificar previamente la puntuación contestada y reasignar los valores que a continuación se indican (tabla I.4.5.1.4.3).

Puntuación	Nº de ítem
1= Completamente de acuerdo	1, 3, 4, 5, 8, 11, 13, 17
2= De acuerdo	
3= Neutral	
4= Desacuerdo	
5= Totalmente en desacuerdo	
5= Totalmente en desacuerdo	2, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19
4= Desacuerdo	
3= Neutral	
2= De acuerdo	
1= Completamente de acuerdo	

**Tabla I.4.5.1.4.3** Reglas de puntuación para ítems (Davies y Ware, 1982)

Asimismo, diversos estudios en Estados Unidos (Golletz, Milgrom y Mancy, 1995; Milgrom, Spiekerman y Grembowski, 2008) documentan su validez y fiabilidad satisfactoriamente, y autores como Skaret, Berg, Raadal y Kvale (2004) lo han adaptado para su utilización en Noruega.



Presenta la ventaja de ser un test multidimensional, ya que a diferencia del “Dental Visit Satisfaction Scale”, recoge más aspectos relacionados con la satisfacción del paciente.

Los autores desarrollaron al tiempo una versión de este cuestionario de 14 ítems, en la que reformulaban las preguntas 4, 8 y 13, y eliminaban los números 15, 16, 17, 18, 19. En el ítem 4, cambiaron el enunciado reformulándolo en sentido positivo (“dentists always do their best to keep the patient from worrying”); el número 8, se enunció de nuevo, el cual se redactó de la siguiente manera (“dentists should do more to keep from causing pain”). Respecto a la pregunta 13, se redactó de forma más explícita (“in an emergency, it’s very hard to get dental care quickly”). (Davies y Ware, 1982)

#### **I.4.5.1.5 Dental Visit Satisfaction Scale:**

Este cuestionario desarrollado por Corah et al. (1984), pretende medir el grado de satisfacción de los pacientes con la visita realizada al dentista. Estos autores transfirieron los 26 ítems del “Medical Interview Satisfaction Scale” (MISS) a la asistencia dental, confeccionando un cuestionario compuesto por 10 preguntas (tabla I.4.5.1.5) que se agrupan en 3 dimensiones o categorías: información/comunicación, comprensión y competencia técnica. A cada pregunta, el paciente puede contestar eligiendo una opción de la siguiente escala:

1. Completamente desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Neutral
4. Acuerdo
5. Completamente de acuerdo.

Este cuestionario ha sido sometido a diversos análisis por diferentes autores, de manera que algunos de ellos propusieron algunas modificaciones respecto al original, como por ejemplo cambiar el tiempo pasado de las preguntas al tiempo presente. También, se propuso retirar el ítem 8 del cuestionario.

Este cuestionario presenta además las siguientes ventajas:

- Es corto y fácil de usar.
- Su validez y fiabilidad ha sido investigada y demostrada de forma satisfactoria en diferentes estudios.
- Existen en la literatura adaptaciones en varios países europeos, como la desarrollada por Hakeberg, Heidari, Norinder y Berggren (2000), para Suecia, y la realizada por Sthoutard, Hartman y Hoogstrate (1992) para Holanda, que además presentan resultados óptimos de validez y fiabilidad en sus respectivos análisis estadísticos.

CATEGORÍA	ÍTEM
Información/Comunicación	1. After talking with the dentist, I know what the condition of my mouth is.
	2. After talking with my dentist, I have a good idea of what changes to expect in my dental health in the next few months.
	3. The dentist told me all I wanted to know about my dental problem(s).
Comprensión	4. I really felt understood by my dentist.
	5. I felt that this dentist really knew how upset I was about the possibility of pain.
	6. I felt this dentist accepted me as a person.
Competencia técnica	7. The dentist was thorough in doing the procedure.
	8. The dentist was too rough he worked on me.
	9. I was satisfied with what the dentist did.
	10. The dentist seemed to know what he was doing during my visit.

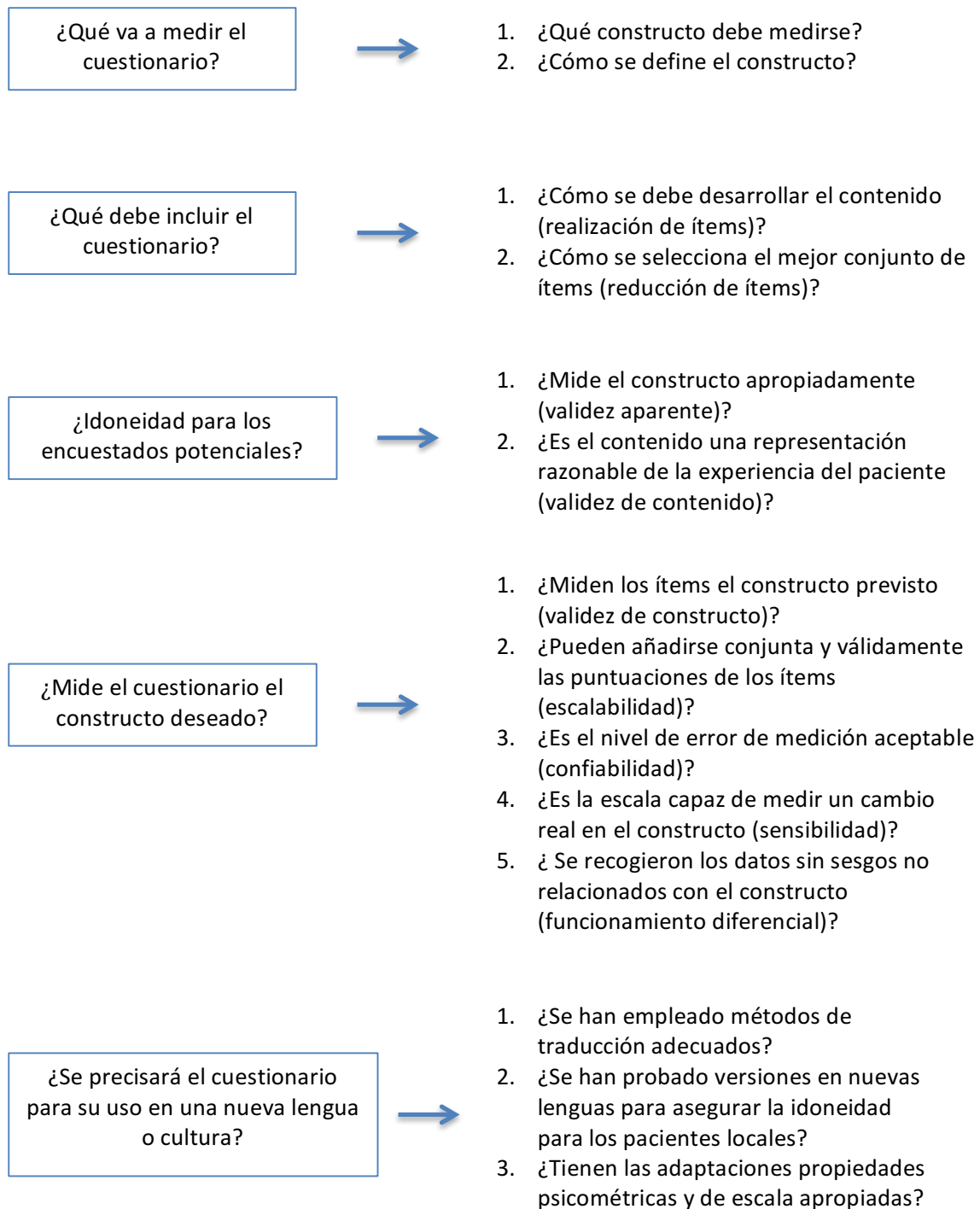
**Tabla I.4.5.1.5** Versión Original Dental Visit Satisfaction Scale (Corah et al., 1984)

#### I.4.5.2 Manejo de cuestionarios:

Tras decidir cuál es el objetivo de nuestra evaluación y teniendo claro qué es lo que queremos medir, el interrogante que se nos plantea es la elección del instrumento o cuestionario adecuado para medirlo. Existen tres alternativas a la hora de escoger el más idóneo:

- \* Que exista un cuestionario ya validado y útil para medir lo que nosotros pretendemos. En este caso, obtendremos su manual y seguiremos las instrucciones correspondientes respecto a su utilización.
- \* Que exista un cuestionario desarrollado y validado pero para otra población o lengua diferente a la nuestra. En este caso, será necesario “adaptar” dicho cuestionario iniciando un proceso de validación que incluirá pruebas de validez y fiabilidad.
- \* Que no exista ningún instrumento adecuado para nuestros objetivos, por lo que podemos plantearnos desarrollar uno por nuestra cuenta, siendo ésta última opción la más laboriosa.

Los cuestionarios empleados para obtener información de pacientes con comúnmente llamados medidas de resultado reportadas de pacientes (PROMS). (McKenna, 2011) Un PROM es más allá de un mecanismo para reunir información, están diseñados para medir un concepto específico (es decir, el constructo) de una manera estandarizada. Por consiguiente, proporcionan un medio para cuantificar la información cualitativa. Ciertamente, el proceso de desarrollo del PROM, requiere consideración cuidadosa de varias cuestiones clave según lo establecido en la figura I.4.5.2.



**Figura I.4.5.2** Consideraciones clave para el desarrollo del cuestionario. (McKenna, 2011)

Cuando se selecciona un PROM, es crucial que exista evidencia para mostrar que cada una de las cuestiones clave han sido consideradas y dirigidas durante el desarrollo y

prueba del instrumento. Cuando se requiere emplear las medidas en lenguajes o culturas diferentes, aparecen una serie de consideraciones especiales, como valorar si se han empleado métodos apropiados para traducir el cuestionario o si se han probado nuevas versiones lingüísticas que aseguren que ambas son adecuadas para los pacientes locales y que además, tienen propiedades psicométricas y de escala convenientes. (McKenna, 2011)

El PROM es un término general que cubre un rango de diferentes tipos de resultado.

Los PROMs no deben ser confundidos con las escalas de evaluación clínica, donde un clínico completa un formulario para calificar la severidad de una enfermedad o los efectos de un tratamiento. El vínculo común entre PROMs es que recogen información directamente del paciente sin interpretación por los médicos u otras personas. Sin embargo, esto no implica que todos los PROMs midan cuestiones que sean motivo de preocupación o importancia para el paciente. (McKenna, 2011)

La medición de los síntomas, limitación de actividad, estado de salud, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS, o sus siglas en inglés, HRQL) y calidad de vida (QoL) son todo ejemplos de PROMs. (McKenna, 2011)

Más recientemente, los PROMs también se han utilizado en ensayos clínicos para tratar temas de la satisfacción del paciente, el cumplimiento del tratamiento y las preferencias de tratamiento. Cada uno de estos resultados representa una clara medición del constructo y estos no deben confundirse. Había sido (y, en ocasiones, sigue siendo) una práctica común para los desarrolladores de instrumentos, el referirse a cualquier PROM como una medida de la calidad de vida, incluso cuando estaba claramente diseñado para hacer frente a un constructo de resultado diferente.

En resumen, los PROM que evalúan los síntomas (es decir, deterioro) o limitaciones funcionales (tales como limitaciones por discapacidad o actividad) abordan temas que son de interés primordial para el clínico, ya que estos son más indicativos de la gravedad de la enfermedad. Las medidas de CVRS (HRQL) se componen de las escalas

que evalúan síntomas y limitaciones de la actividad. En contraste, las escalas de calidad de vida (QoL) determinan los resultados que son de interés primario para el paciente. Deterioro grave o limitaciones funcionales pueden también ser motivo de preocupación para el paciente, pero sólo cuando éstas afectan la calidad de vida (QoL). Las escalas de calidad de vida (QoL) deben proporcionar una evaluación integral del impacto de la enfermedad y su tratamiento en el paciente. (McKenna, 2011)

Centrándonos en el tema que nos cierne, los instrumentos para medir la satisfacción difieren de la CVRS y la calidad de vida, ya que abordan el proceso de tratamiento en lugar de su resultado. Estas medidas tienen que ver con factores como la aceptabilidad de la medicación y de la calidad de la atención.

Independientemente del constructo evaluado, un PROM puede ser genérico o específico de una enfermedad. Como su nombre indica, un instrumento genérico está destinado a ser utilizado en cualquier población enferma. Algunos de los PROMs conocidos más ampliamente son genéricos (NHP, SF-36, EQ-5D). Estos instrumentos suelen evaluar varios dominios y proporcionan un perfil de las puntuaciones.

Tradicionalmente, se utilizaron instrumentos genéricos para proporcionar comparaciones entre las enfermedades o para comparar los datos con los valores normativos de población. Sin embargo, los resultados del análisis diferencial del funcionamiento de ítems muestran que tales comparaciones son científicamente erróneas, ya que los ítems del cuestionario funcionan de diferentes maneras con diferentes grupos de pacientes. Esto significa que, ya que como medidas genéricas no pueden permitir comparaciones válidas a realizarse entre los impactos de diferentes enfermedades o entre poblaciones sanas y enfermas, no tienen un papel claro en la medición de los resultados de salud. (McKenna, 2011)

Un segundo problema importante de los instrumentos genéricos, es que no están diseñados para capturar áreas de interés para poblaciones específicas de pacientes. Esto plantea dos cuestiones. En primer lugar, es probable que se incluyan elementos que sean irrelevantes para algunos grupos. Por ejemplo, las preguntas que abordan el

funcionamiento físico o dolor corporal sólo serán relevantes si éstos son una característica de la enfermedad en estudio. Pedir a los pacientes que respondan a preguntas que son irrelevantes, puede llevarles a confusión y hacer que aumente así el potencial de respuestas que faltan o que son inexactas. En segundo lugar, es probable que se pierdan aspectos que son una característica específica de la enfermedad en estudio. Como resultado, las escalas genéricas carecen de la capacidad de respuesta necesaria para medir el cambio asociado con el tratamiento eficaz. (Rodríguez y Grande, 2014)

En la literatura revisada en Odontología, hay muchos cuestionarios desarrollados para medir aspectos del paciente como la percepción de la salud oral, el miedo al dentista, indiferencia con los problemas bucodentales, satisfacción del paciente, etc. Son cuestionarios que han sido desarrollados en países de lengua diferente a la nuestra y posteriormente adaptados a otros idiomas.

En España cabe destacar la validación realizada en español por Montero, Bravo, Albadalejo, Hernández y Rosel (2009) del “Oral Health Impact Profile-14” del “Oral Impacts Daily Performances” por Montero, Bravo y Albadalejo (2008). Cortés, Rosel, Artázcoz, Bravo y Tsakos (2010) adaptaron y validaron el “Child-Oral Impacts Daily Performances”, ambos con unos resultados satisfactorios respecto a validez y fiabilidad. Para el estudio de la satisfacción con la asistencia odontológica, se han publicado algunos artículos (Escribano-Hernández, García-Garraus y Hernández-García, 2012; Llena, Clemente y Forner, 2011; López et al., 2002), pero no es hasta 2012 cuando se realiza un estudio de satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud, adaptando al español el cuestionario “Dental Satisfaction Questionnaire” (López-Garvía et al., 2014). También se han publicado artículos sobre el estudio de la satisfacción del paciente con determinados tratamientos (González-Lemonier, Bovaira, Peñarrocha-Diago y Peñarrocha-Oltra, 2010; Gurgel et al., 2015) pero no con la atención odontológica prestada.

A la hora de elegir un cuestionario, es importante considerar su calidad (que haya sido sometido a un proceso de estudio relativo a su validez y fiabilidad) y costes de aplicación, además de la disponibilidad de su manual que debe incluir el objetivo o

constructo que se pretende medir, la población a la que va dirigido, las instrucciones de uso y los baremos a aplicar. El responsable de proporcionarlos es el autor que lo ha desarrollado. Sin embargo, tal y como desarrollan la “Declaración de Helsinki” y las directrices de la “International Test Commission”, las personas que utilizan dichos cuestionarios también son responsables de su uso correcto y apropiado.

Respecto a los criterios de calidad a tener en cuenta, destacan los establecidos en el estudio de Aaronson et al. (2002), los cuales se enumeran a continuación:

- Fiabilidad:
  - a) Consistencia interna
  - b) Reproducibilidad
  
- Validez
  - a) Contenido
  - b) Constructo
  
- Interpretabilidad
- Carga de ítems
- Formato de administración
- Adaptación cultural y lingüística

En cambio, las organizaciones American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), National Council on Measurement in Education (NCME), (1999), desarrollaron unos estándares a tener en cuenta a la hora de valorar la calidad de los cuestionarios como instrumentos de medida de características psicológicas o subjetivas, entre los que cabe destacar:

- Validez. Pruebas basadas en:
  - a) Contenido
  
  - b) Proceso de respuesta
  
  - c) Estructura interna



d) Relación con otras variables

e) Consecuencias de la evaluación

- Fiabilidad
- Desarrollo y revisión del test
- Escalas, normas de interpretación de puntuaciones

## 11. Objetivos

## II.1 Objetivo general:

Evaluar la calidad y gestión médico-odontológica asistencial de la Clínica Odontológica de la USAL y, describir el grado de satisfacción del paciente acerca de la atención sanitaria recibida en la misma, mediante una encuesta de satisfacción.

## II.2 Objetivos específicos:

1. Conocer si se valora el riesgo médico del paciente al comprobar si las historias clínicas se cumplimentan correctamente de acuerdo a los ítems médico-odontológicos evaluados en las mismas.
2. Evaluar la relación entre el motivo de consulta del paciente y el diagnóstico odontológico del profesional.
3. Estudiar posibles relaciones entre el diagnóstico odontológico del profesional, el tratamiento realizado y la aparición de complicaciones tanto médicas como odontológicas posteriores al mismo.
4. Conocer el nivel de satisfacción con la asistencia odontológica de los pacientes, alumnos y profesores de la Clínica Odontológica de la USAL, referidas a las dimensiones de: clínica, personal de la clínica y tratamientos realizados en la misma.
5. Evaluar la percepción subjetiva de pacientes, alumnos y profesores sobre la recogida de información en la historia clínica del paciente por parte de los alumnos en prácticas para comprobar su correcta aplicación y uso en la clínica odontológica.

### III. Material y Método

### **III.1 Material:**

#### **III.1.1 Pacientes:**

Se contó con los pacientes tratados en la CO durante los años 2011-2013 en las diferentes asignaturas prácticas de pregrado.

#### **III.1.2 Instalaciones:**

El estudio se llevó a cabo en la Facultad de Medicina y la CO de la Universidad de Salamanca.

#### **III.1.3 Material clínico:**

Se revisaron las historias clínicas de pacientes que habían sido tratados en la CO durante los años 2011-2013. Se registraron los datos de filiación y datos clínicos descritos en el apartado de metodología.

#### **III.1.4 Encuesta de satisfacción:**

Para el presente estudio se diseñó un cuestionario compuesto por tres secciones (Anexo VIII.2), con diferentes ítems que el paciente pudiese comprender fácilmente y responder de forma sencilla.

A la hora de encuestar a alumnos y profesores, se adaptó la redacción de los ítems a sus respectivas funciones para que la respuesta de éstos tuviera sentido. Además se eliminó la sección 1 correspondiente a los datos sociodemográficos. (Anexos VIII.3 y VIII.4)

La sección 1 corresponde, por tanto, a los datos sociodemográficos del paciente, y está integrada por 6 reactivos.

La sección dos del instrumento, que se utilizó para la medición de la satisfacción del paciente con la atención sanitaria en la clínica odontológica, fue utilizado por Reifel et al, (1997) para medir la satisfacción del paciente con el cuidado dental en tres

poblaciones norteamericanas. Se adaptaron las características del instrumento de medición a las necesidades del presente estudio.

Se compone de 28 reactivos contemplados en tres dimensiones que son: clínica, personal de clínica y tratamiento, que miden los atributos o características de la atención sanitaria en clínica, con un patrón de respuestas tipo Likert desde “muy satisfecho” (5), “satisfecho” (4), “indiferente” (3), “poco satisfecho” (2), a “nada satisfecho” (1). Para la dimensión tratamiento existe un apartado de respuesta libre a la pregunta: *De forma global, ¿Cree Ud. que se deberían mejorar algunos aspectos del tratamiento?*. Existe un cuadro con respuesta dicotómica (si/no) y un espacio para contestar ampliamente su respuesta en caso de que el paciente crea que existen aspectos del tratamiento que se pueden mejorar. No existen respuestas correctas ni incorrectas, solamente se tratará de obtener una medición correcta de la satisfacción del paciente, que recibe atención en la Facultad de Odontología de la Universidad de Salamanca.

La sección tres está integrada por 14 reactivos que contiene preguntas cerradas en donde las respuestas se considerarán afirmativas (si) o negativas (no) para evaluar si la recogida de datos del paciente en la historia clínica se realiza adecuadamente en la CO.

## **III.2 Método:**

### **III.2.1 Aspectos legales y consideraciones éticas:**

Todos los pacientes tratados en la CO conocen y autorizan, mediante la firma del correspondiente consentimiento informado, que los tratamientos se realicen por alumnos en prácticas bajo la supervisión de un profesional. Autorizan del mismo modo, a que sus datos sean utilizados con fines docentes por profesionales y alumnos de los estudios de odontología.

El estudio se consideró una investigación sin riesgo ya que no se ha realizado ninguna modificación en las variables ni en las historias clínicas, prevaleciendo en todo momento el respeto y protección de datos consignados en su documentación clínica.

Para el estricto cumplimiento de la protección de datos, la revisión de historias en el presente estudio, fue realizada por el profesional que en dicho periodo de estudio era coordinador de las prácticas clínicas y se proporcionaron posteriormente de manera anónima sin datos identificativos del paciente para su correcto estudio y análisis.

### **III.2.2 Diseño y tipo de estudio:**

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, observacional retrospectivo y transversal para evaluar la gestión asistencial y los controles de calidad de la CO de la USAL y conocer la satisfacción de los pacientes con la asistencia sanitaria recibida en la misma.

### **III.2.3 Contexto:**

Se ha realizado un estudio transversal y retrospectivo de los pacientes atendidos en la CO de la USAL, en las asignaturas de pregrado, entre los años 2011 y 2013. El estudio se llevó a cabo en la Facultad de Medicina y la CO de la Universidad de Salamanca.

### **III.2.4 Selección de la muestra:**

#### **III.2.4.1 Selección del tamaño muestral:**

Los pacientes fueron elegidos bajo un método probabilístico aleatorio de entre aquellos pacientes que habían acudido a la CO de la USAL, en el periodo comprendido entre el 23 de febrero de 2011 y el 26 de noviembre de 2013. La selección se realiza por personal cualificado con acceso legal a las historias clínicas.

Teniendo en cuenta que la CO atendió un total de 1930 pacientes durante los años 2011 y 2013, al calcular el tamaño muestral con el programa StatCalc, para un nivel de confianza del 90% obtenemos 238 pacientes de muestra, por lo que la muestra seleccionada en este estudio es representativa de la totalidad de pacientes atendidos en la CO.

### III.2.4.2 Criterios de selección:

#### III.2.4.2.1 Criterios de inclusión

Pacientes infantiles y adultos de género masculino y femenino que recibieron atención bucodental en la titulación de odontología, en la CO de la USAL, en el periodo docente de septiembre a mayo de los años 2011 a 2013.

#### III.2.4.2.2 Criterios de exclusión

Pacientes tratados antes y después del periodo de estudio, pacientes que recibieron atención odontológica en el postgrado.

### III.2.4.3 Población a estudio:

La población de estudio, estuvo constituida por pacientes en edad infantil y adulta y que tenían algún tipo de problema dental. Revisando sus historias clínicas y, que habían sido atendidos en las prácticas clínicas de las asignaturas de Patología y Terapéutica Dental II, Prótesis estomatológica II, Periodoncia y Odontología Integrada infantil y de adultos.

Nuestro universo de trabajo estuvo, por tanto, constituido por pacientes que fueron tratados en las asignaturas prácticas de pregrado de la CO de la USAL en el período anteriormente mencionado (2011-2013), obteniendo finalmente un grupo de población objeto en este estudio de un total de 278 pacientes.

### III.2.5 Definición de variables a estudio:

- \* **Variables sociodemográficas de pacientes:** se analizaron las siguientes:
  - **Edad:** se cuantificó la edad del paciente en años en el momento que fue atendido en la clínica odontológica.
  - **Género:** se registró el género masculino o femenino del paciente.



- **Estado civil:** se registró si el paciente o la paciente está soltero/a, casado/a, viudo/a, separado/a o si vive en pareja.
  - **Grado máximo de estudios concluidos que posee:** se valoró si el paciente posee estudios primarios, universitarios, de postgrado, formación profesional u otros.
  - **Profesión/ocupación:** se comprobó si el paciente se dedica a las tareas del hogar, estudiante, jubilado, en paro o trabajando.
  - **Residencia:** se especificó si el paciente reside en zona rural o urbana.
- \* **Datos clínicos del paciente:** se revisaron las historias clínicas, analizando las siguientes variables:
- **Motivo de consulta:** se registró si el paciente acudía a la CO por dolor, sangrado, caries, movilidad o pérdida dental, dificultad para masticar o hablar, problemas estéticos, sensibilidad, complicación de tratamiento anterior, revisión, urgencia u otros motivos. En caso de no aparecer reseñado en la historia clínica también se registró.
  - **Antecedentes familiares:** se estudió la presencia o no de enfermedades de interés en familiares del paciente.
  - **Antecedentes personales:** se especificó si el paciente había padecido prematuridad en el parto, enfermedades genéticas, enfermedades infectocontagiosas, prótesis vascular u ósea, angor o infarto, otros antecedentes de interés o ninguno de los anteriores. Del mismo modo se reflejó si esta variable no aparecía reseñada en la historia clínica del paciente.
  - **Enfermedad actual:** se anotó la presencia de hipertensión, arritmia, endocarditis infecciosa, EPOC, asma, insuficiencia renal, diálisis, leucemia, anemia, trastornos de la coagulación, neuralgia, ictus, enfermedades tiroideas, enfermedades suprarrenales, fluorosis, diabetes, VIH, VHB, neoplasia, otras enfermedades, ausencia de las mismas o si este apartado no aparecía reseñado.
  - **Intervenciones quirúrgicas:** se comprobó si el paciente había sido sometido a cirugía protésica, maxilofacial, otro tipo de cirugía o, por el contrario no se

había sometido a ninguna. Del mismo modo se registró si esta variable no aparecía valorada en la historia clínica.

- **Medicación:** se registró si el paciente estaba en tratamiento con antihipertensivos, antidiabéticos, anticoagulantes, antidepresivos o ansiolíticos, broncodilatadores, bifosfonatos, radio y/o quimioterapia, otro tipo de medicación o ninguna. Se valoró también, si esta variable no aparecía reseñada en la historia clínica.
- **Alergia:** se anotó si existía o no alergia a antibióticos, analgésicos, AINES, anestésicos, látex, metales, otros, o bien si esta variable no aparecía reseñada en la historia clínica.
- **Diagnóstico odontológico:** se estudiaron diagnósticos de caries, pulpitis, displasia, gingivitis, periodontitis, fístula, absceso, flemón, edentulismo parcial o total, si existía patología en la mucosa oral o ATM, maloclusión, otros diagnósticos, si no existían alteraciones o si esta variable no aparecía reseñada en la historia clínica.
- **Hábitos:** se marcó si el paciente consumía tabaco, alcohol, si padecía bruxismo u otros hábitos. Del mismo modo se registró la ausencia de hábitos o si ésta variable no aparecía reseñada en la historia clínica.
- **Tratamiento odontológico:** se anotó si al paciente se le realizaron obturaciones, endodoncias, prótesis fija y/o removable, implantes, tartrectomía, raspados y alisados radiculares, extracciones simples o de restos radiculares, selladores de fisuras, aplicación tópica de flúor, otros tratamientos o ninguno. También se registró si esta variable no aparecía reseñada en la historia clínica.
- **Complicaciones odontológicas:** se registró la caída y/o filtración de obturación, perforación, fracaso endodóntico, pérdida de adaptación de la prótesis, movilidad de prótesis, filtración de prótesis fija, oclusión alterada por la prótesis, sensibilidad periodontal, recesiones, infección, fractura, parestesia, pérdida de sellador de fisuras, otras. Se anotó la ausencia de complicaciones o si éstas no aparecían reseñadas en la historia clínica.
- **Complicaciones médicas:** se valoró la presencia de dolor postoperatorio, infecciones médicas, osteonecrosis, hemorragia, reacciones alérgicas,

obstrucción respiratoria, síncope, otras complicaciones, la ausencia de éstas o si no aparecían reseñadas en la historia clínica.

\* **Satisfacción con la asistencia odontológica:** se evaluó el nivel de satisfacción de pacientes, alumnos y profesores con la asistencia sanitaria y con los diferentes aspectos de las dimensiones clínica, personal de clínica y tratamiento, mediante una encuesta de satisfacción con respuestas basadas en la escala tipo Likert que contiene 5 opciones de respuesta puntuadas desde “nada satisfecho” (1) a “muy satisfecho” (5), enfocando la redacción específica de cada pregunta en función de si iba destinada a pacientes, alumnos o profesores. Se evaluaron los siguientes ítems:

- **Modernidad de equipos:** se registró el nivel de satisfacción con la modernidad de los equipos presentes en la CO.
- **Limpieza:** se analizó el nivel de satisfacción con la limpieza de las instalaciones de la CO.
- **Ubicación:** se valoró la satisfacción con la ubicación de la CO.
- **Horarios:** se anotó el grado de satisfacción con los horarios de atención disponibles en la CO.
- **Accesos:** se registró el nivel de satisfacción con los accesos y la facilidad de desplazamiento en el ámbito de la CO con el apoyo de rampas, sistemas de señalización, ascensor, etc.
- **Amplitud:** se estudió la satisfacción con la amplitud de las instalaciones de la CO.
- **Temperatura y ventilación:** se estudió la satisfacción con las condiciones de temperatura y ventilación existentes en la CO.
- **Ruidos y olores:** se analizó el nivel de satisfacción con la ausencia de ruidos y olores desagradables en la CO.
- **Atención por personal:** se registró el nivel de satisfacción con la atención recibida por el personal de clínica.
- **Recibimiento y saludo:** se valoró el nivel de satisfacción del paciente con el hecho de que el alumno le recibiese y saludase por su nombre, y la

satisfacción de alumnos y profesores de recibir y saludar al paciente por su nombre.

- **Interés mostrado en problema bucodental:** se analizó la satisfacción del paciente con el interés mostrado por el alumno en su problema bucodental y la satisfacción de alumnos y profesores con el interés en el problema bucodental del paciente.
- **Atención por el mismo alumno:** se estudió la satisfacción de pacientes por el hecho de que les atendiese el mismo alumno. Del mismo modo, se estudió la satisfacción de alumnos y profesores con atender al mismo paciente durante su tratamiento.
- **Explicación de los problemas que el paciente tiene en su boca:** se valoró el nivel de satisfacción del paciente por que el alumno le explicase los problemas que tenía en su boca y la satisfacción de alumnos y profesores con la explicación al paciente de sus problemas bucodentales.
- **Uso de palabras fáciles:** se registró la satisfacción del paciente con el uso de palabras fácilmente comprensibles por parte del alumno y la satisfacción de alumnos y profesores con la utilización de palabras que el paciente podía entender fácilmente.
- **Explicación al paciente de su tratamiento dental:** se valoró la satisfacción del paciente con la explicación por parte del alumno del tratamiento que se le realizaría, y la satisfacción de alumnos y profesores con la explicación al paciente de en qué consistiría su tratamiento dental.
- **Supervisión por un profesional:** se evaluó la satisfacción del paciente con el hecho de que el tratamiento del alumno estuviera supervisado por un profesional. Del mismo modo se evaluó la satisfacción de alumnos y profesores con la supervisión del tratamiento por parte del profesorado.
- **Seguridad transmitida con los procedimientos utilizados:** se registró el nivel de satisfacción de pacientes, alumnos y profesores con la seguridad que le transmitían los procedimientos barrera utilizados durante los tratamientos.
- **Solución del problema bucodental:** se evaluó el nivel de satisfacción del paciente, alumnos y profesores con la solución del problema bucodental que llevó al paciente a la CO.

- **Atención a la hora programada:** se analizó la satisfacción de pacientes alumnos y profesores con la puntualidad en la hora de atención.
  - **Recordatorio de cita:** se registró el nivel de satisfacción con el recordatorio de cita al paciente.
  - **Tiempo de espera hasta conseguir cita:** se estudió la satisfacción con el tiempo de espera del paciente hasta conseguir su cita.
  - **Tiempo de espera hasta que el alumno atendió al paciente:** se valoró el nivel de satisfacción del paciente con el tiempo que tuvo que esperar hasta que el alumno le atendió. Del mismo modo, se valoró la satisfacción de alumnos y profesores con el tiempo de espera al paciente hasta que éste fue atendido.
  - **Tiempo de tratamiento:** se analizó la satisfacción del paciente con el tiempo que pasó con el alumno durante su tratamiento, así como la satisfacción de alumnos y profesores con el tiempo que pasaron con el paciente durante el tratamiento.
  - **Secuelas y complicaciones:** se valoró la satisfacción de pacientes, alumnos y profesores con la ausencia de secuelas y complicaciones tras el tratamiento odontológico realizado.
  - **Coste del tratamiento:** se registró la satisfacción con el coste del tratamiento para el paciente.
  - **Recomendación servicios CO:** se evaluó la satisfacción para recomendar los servicios de la CO.
  - **Volver a CO para recibir otro tratamiento:** se valoró la satisfacción de los pacientes con volver a recibir otro tratamiento en la CO, así como la satisfacción de alumnos y profesores con volver a realizar más tratamientos en la Co.
  - **Aspectos a mejorar del tratamiento:** se realizó una pregunta abierta en el cuestionario de pacientes para evaluar que opinan sobre si se deberían mejorar algunos aspectos del tratamiento.
- \* **Recogida de información en la historia clínica:** se analizó la percepción subjetiva de los pacientes, alumnos y profesores sobre la recogida de información del paciente en la historia clínica mediante una encuesta de 14 preguntas con

respuesta dicotómica sobre los siguientes aspectos. Se enfocó la redacción específica de cada pregunta en función de si iba destinada a pacientes, alumnos o profesores:

- **Consentimiento informado:** se analizó la percepción de los pacientes al preguntarles si se les proporcionó CI. Del mismo modo, se analizó la percepción de alumnos y profesores ante la cuestión de si entregaron el CI al paciente.
- **Motivo de consulta:** se estudiaron las respuestas de pacientes ante la cuestión de si le preguntaron por el motivo de su consulta. De igual modo, se analizaron las respuestas de alumnos y profesores ante la cuestión de si preguntaron al paciente por el motivo de consulta.
- **Antecedentes:** se evaluaron las respuestas de pacientes ante la cuestión de si le preguntaron por sus antecedentes personales y familiares. También se evaluó la respuesta de alumnos y profesores al cuestionarles si preguntaron al paciente por sus antecedentes.
- **Medicación:** se analizaron las respuestas de pacientes ante la pregunta por parte del alumno sobre la medicación que tomase. Se registraron las respuestas de alumnos y profesores ante la cuestión de si preguntaron al paciente por su medicación.
- **Alergias:** se evaluaron las respuestas de pacientes al plantearles la cuestión de si le preguntaron por alergias. Se analizó la percepción de alumnos y profesores con el hecho de preguntar al paciente sobre sus posibles alergias.
- **Hábitos:** se estudió la percepción del paciente ante la pregunta por hábitos durante la recogida de información. Del mismo modo, se analizó la percepción de alumnos y profesores sobre la pregunta al paciente por sus hábitos.
- **Última visita al dentista:** se analizaron las respuestas de los pacientes ante la cuestión de si le preguntaron por su última visita al dentista. Se evaluó la percepción de alumnos y profesores al realizar al paciente la pregunta por su última visita al dentista.
- **Dolor:** se analizaron las respuestas de los pacientes ante la cuestión de si le preguntaron si tenía dolor. Se evaluaron las respuestas de alumnos y profesores ante la cuestión de si habían preguntado al paciente por dolor.

- **Sangrado de encías:** se analizaron las respuestas de los pacientes ante la cuestión de si le preguntaron si le sangraban las encías. Se evaluaron las respuestas de alumnos y profesores ante la cuestión de si habían preguntado al paciente por sangrado de encías.
- **Movilidad dental:** se evaluó la percepción de pacientes, alumnos y profesores ante la formulación de la pregunta por movilidad dental.
- **Dificultad para hablar y/o masticar:** se estudiaron las respuestas de pacientes, alumnos y profesores ante la cuestión que planteaba si se preguntó al paciente si éste refería dificultad para hablar y/o masticar.
- **Cepillado dental:** se analizó la percepción de pacientes, alumnos y profesores ante la pregunta referida al cepillado dental del paciente.
- **Exploración bucodental:** se analizaron las respuestas de pacientes ante la pregunta de si le exploraron la cavidad bucal. Se analizaron, del mismo modo, las respuestas de alumnos y profesores sobre la exploración de la cavidad bucal del paciente.
- **Embarazo:** se analizaron las respuestas de aquellas mujeres que participaron en el estudio acerca de si le preguntaron si podían estar embarazadas. Se analizó, igualmente, la percepción de alumnos y profesores acerca de la realización de esta pregunta a las mujeres del estudio.

### III.2.6 Planificación del estudio:

#### III.2.6.1 Revisión de historias clínicas y recogida de datos:

Se recogió la información a partir de las historias clínicas de los pacientes seleccionados aleatoriamente del archivo general de la CO de la USAL, revisando manualmente una a una cada historia y, pasando todos los datos al programa informático FileMaker Pro, con un diseño propio para la recogida de datos (Anexo VIII.5), con todas las variables a registrar, pero sin datos identificativos del paciente, para mantener su anonimato, con el objetivo de facilitar el posterior análisis estadístico de los datos correspondientes a edad, sexo, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, patologías de los sistemas generales,

intervenciones quirúrgicas, medicación, alergias, diagnóstico odontológico, hábitos, tratamiento realizado, así como posibles complicaciones médicas u odontológicas que hubieran tenido lugar.

### **III.2.6.2 Envío y recepción de encuestas de satisfacción:**

Una vez identificados los pacientes que cubrían los criterios de inclusión, se les envió por correo postal una carta explicativa de su participación en el estudio junto al cuestionario desarrollado para realizar el mismo, el cual debían completar anónimamente y remitir a la CO en el plazo de 15 días para su posterior análisis. En dicha carta se informaba al paciente del objetivo del estudio y que su participación consistía en contestar el cuestionario siendo la información confidencial, ya que el instrumento no llevaba su nombre. Se les aclaró, de la misma forma, que tenían la libertad de retirarse del estudio en el momento que lo desearan. Se le agradeció de antemano su participación. (Anexo VIII.6)

El paciente debía comenzar con la cumplimentación de datos sociodemográficos, para posteriormente rellenar el cuestionario de satisfacción y el apartado correspondiente a la recogida de información en la historia clínica. Este cuestionario fue anónimo y de auto-llenado.

Una vez recibidos los cuestionarios de vuelta en la CO, correctamente cumplimentados por los pacientes que participaron en el estudio, los datos se introdujeron en una base de datos específicamente confeccionada con el programa FileMaker Pro, (Anexo VIII.6), para facilitar su posterior análisis estadístico. Se realizaron, desde la CO, telefónicamente las encuestas devueltas por la oficina de correos, introduciendo los datos obtenidos en la base de datos junto al resto de encuestas. Las encuestas entregadas a alumnos y profesores fueron devueltas cumplimentadas y los datos se adjuntaron, de igual forma, a la base de datos correspondiente. (Anexos VIII.8 y VIII.9). Las respuestas de las encuestas recibidas por correo, las realizadas telefónicamente y, las pertenecientes a alumnos y profesores llegan al investigador sin ningún tipo de dato identificativo, para que su análisis se realice de manera anónima sin poder identificar qué paciente, alumno o profesor responde a qué encuesta.



### **III.2.6.3 Análisis e interpretación de los resultados del cuestionario:**

Para evaluar la satisfacción específica del paciente/alumno/profesor con los aspectos que conforman las dimensiones clínica, personal clínica y tratamiento, se analizan las medias de puntuación otorgada a cada uno de los ítems contestados, seleccionando la pregunta con puntuación más alta y por tanto una mayor satisfacción. Del mismo modo, se selecciona la pregunta que ha obtenido una media en su puntuación más baja y, por lo tanto, una satisfacción menor.

El análisis de la satisfacción global con los servicios de la CO, se estudió obteniendo la media total de todas las medias otorgadas a cada uno de los ítems en cada uno de los tres apartados evaluados. Valores entre 1 y 2 reflejan una actitud poco o nada satisfecha, valores alrededor de 3 reflejan una actitud indiferente y entre 4 y 5, una actitud satisfecha o muy satisfecha.

Para analizar y comparar la satisfacción con los servicios de la CO en pacientes, alumnos y profesores se utilizan las medias globales resultantes del cuestionario que realiza cada población, comparando los valores obtenidos y pudiendo así conocer cual de ellos presenta mayor y menor satisfacción.

### III.3 Análisis estadístico:

Se utilizaron los programas FileMaker Pro v.10 y Microsoft Excel para la administración, el manejo de datos y la elaboración de tablas descriptivas y gráficos.

#### III.3.1 Estadística descriptiva:

El análisis estadístico incluye datos descriptivos. Todos los datos cuantitativos en este trabajo han sido representados como media +/- desviación estándar.

#### III.3.2 Estadística inferencial:

La inferencia estadística de los resultados presentados se realizó aplicando:

- Valores numéricos con el análisis de la varianza de una vía (ANOVA) aplicando los siguientes test estadísticos dependiendo del tipo de distribución y de las varianzas:
  - ✓ Ante variables Normales con varianzas iguales aplicamos el test de Scheffe.
  - ✓ Ante variables Normales con varianzas distintas aplicamos transformaciones estabilizadoras de la varianza y posteriormente el test de Scheffe.
  - ✓ Ante variables de cualquier otra distribución con varianzas iguales o distintas utilizamos métodos no paramétricos: el test Kruskal Wallis
- Tablas de frecuencias con Tabulación cruzada y el test Exacto de Fisher y Chi-cuadrado

Para todos los estudios anteriormente indicados un valor de  $p < 0,05$  se aceptó como resultado significativo.

Para el procesamiento de datos se utilizó El programa estadístico NCSS 2007 vs 07.01.21 (Dr. Jerry L. Hintze, Utah USA).

## IV. Resultados

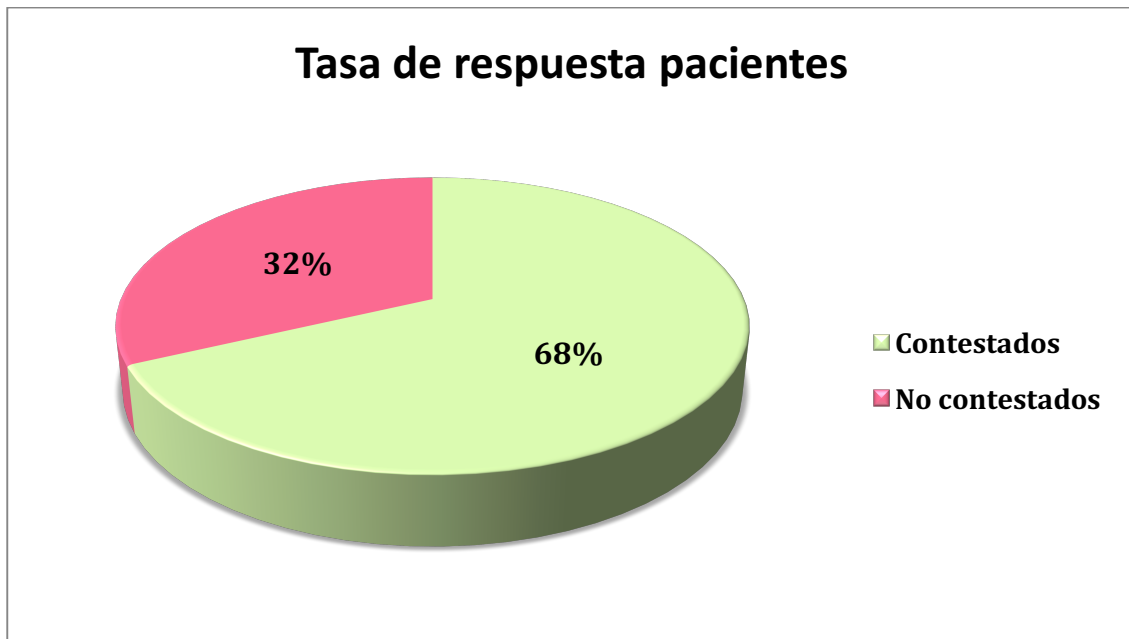
## IV.1 Descripción general del estudio:

Para la realización del presente estudio se seleccionaron al azar un total de 278 historias clínicas, pertenecientes a los pacientes tratados en la CO en el periodo comprendido desde el 23 de febrero de 2011 al 26 de noviembre de 2013. Se excluyeron 11 historias clínicas por no cumplir los criterios de inclusión y exclusión. De las 267 restantes, 11 presentaban direcciones incompletas, por lo que finalmente contábamos con un total de 256 historias clínicas con direcciones completas a las que se envió el cuestionario de satisfacción. (Figura IV.1.1)

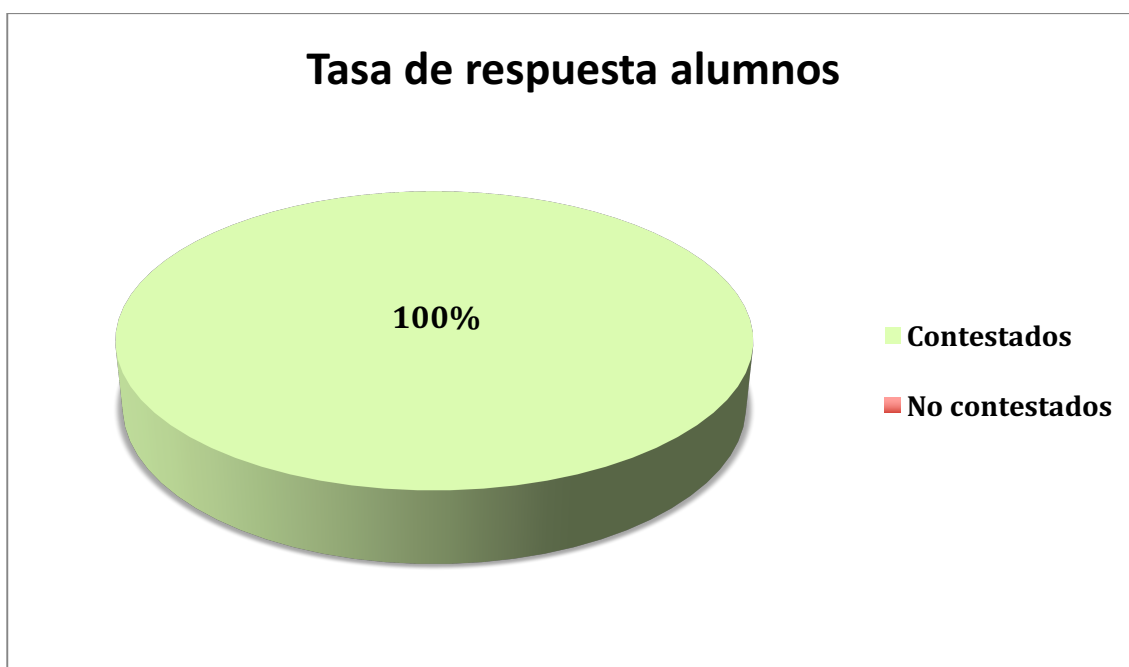
Se enviaron un total de 256 encuestas, de las cuales, la oficina de correos devolvió 17 (6,60%) por presentar errores en las direcciones. Pasamos entonces a la realización de encuestas telefónicas a los 17 pacientes cuya encuesta había sido devuelta. De uno de los pacientes no disponíamos del número de teléfono, otro de ellos presentaba un número erróneo, 4 de ellos no contestaron a la llamada (se intentó hasta tres veces), 11 contestaron telefónicamente a la encuesta tras explicarles que se trataba de una investigación en relación a su opinión con los servicios odontológicos que recibió en la CO de la Universidad de Salamanca y, que únicamente, tenían que responder anónimamente a unas preguntas acerca de algunos aspectos de la atención dental que recibieron. El diagrama de flujo se detalla en la figura IV.1.2.

Los datos disponibles para el análisis consisten en una muestra total de 267 historias clínicas revisadas y 174 encuestas a pacientes respondidas. De estas 174 (68,00% de tasa de respuesta), 163 contestan por correo, lo que supone un 63,80% del total. 11 más, contestan a la encuesta telefónicamente. No contestan por correo ni responden por teléfono 82 (32,00%). (Gráfico IV.1.1)

Respecto al análisis de la satisfacción con los servicios de la CO de alumnos y profesores, se entregaron los cuestionarios a un total de 54 alumnos y 27 profesores, obteniendo respuesta del 100%. (Figuras IV.3 y IV.4)(Gráficos IV.1.2 y IV.1.3)



**Gráfico IV.1.1** Tasa de respuesta de encuestas a pacientes.



**Gráfico IV.1.2** Tasa de respuesta de encuestas a alumnos.



Gráfico IV.1.3 Tasa de respuesta de encuestas a profesores.

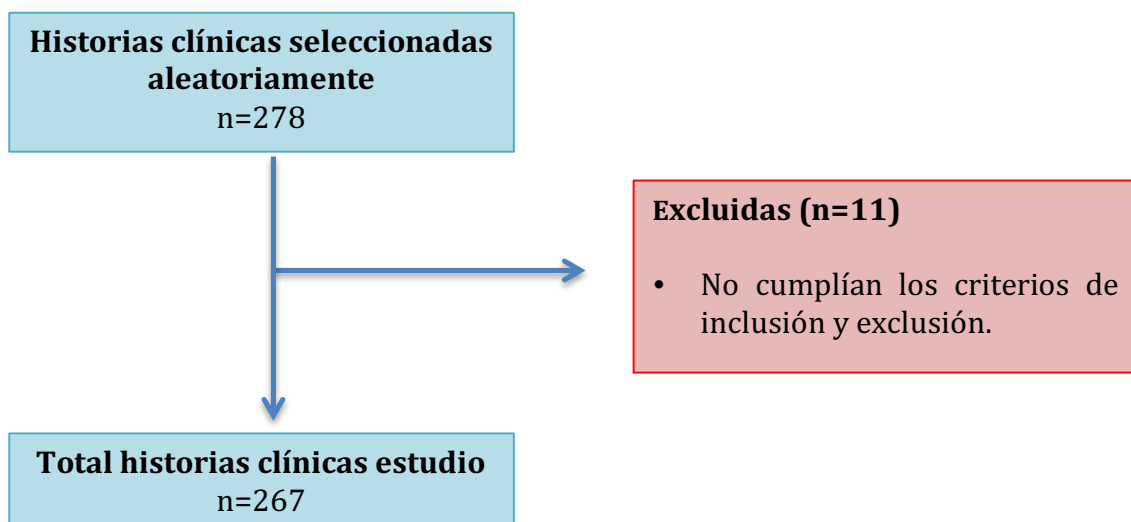
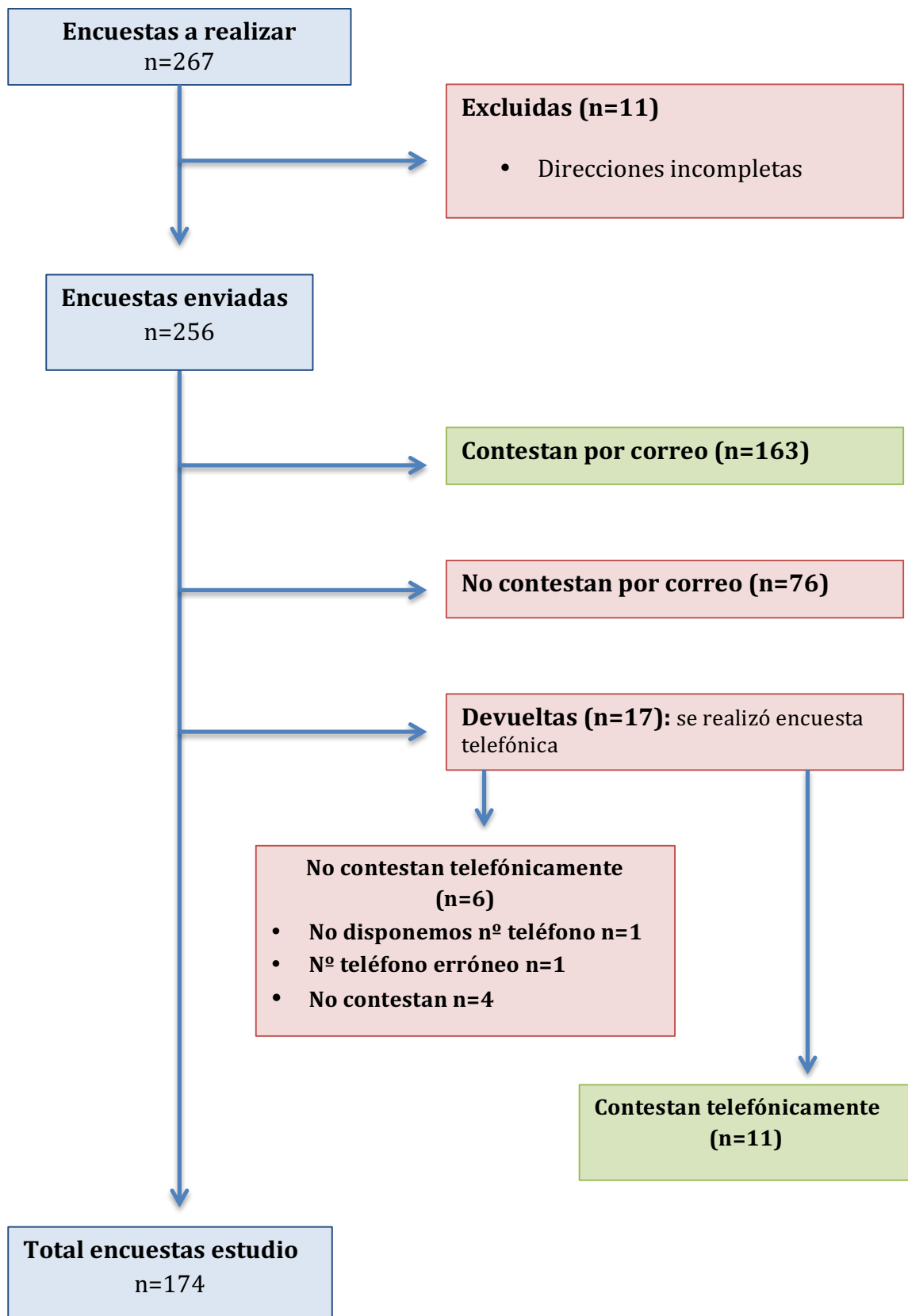
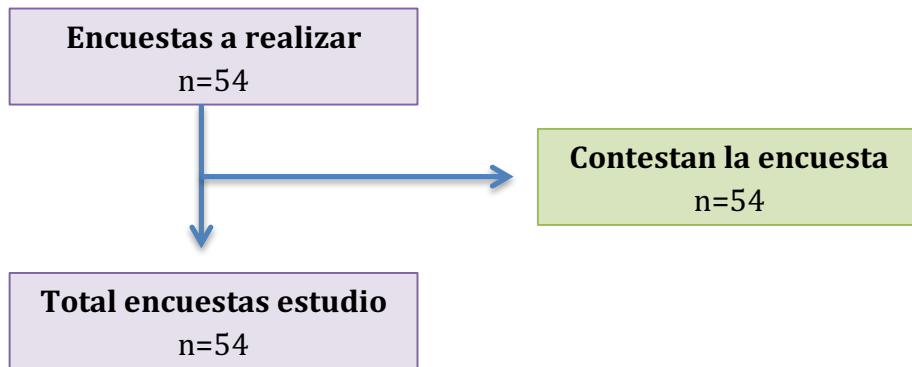


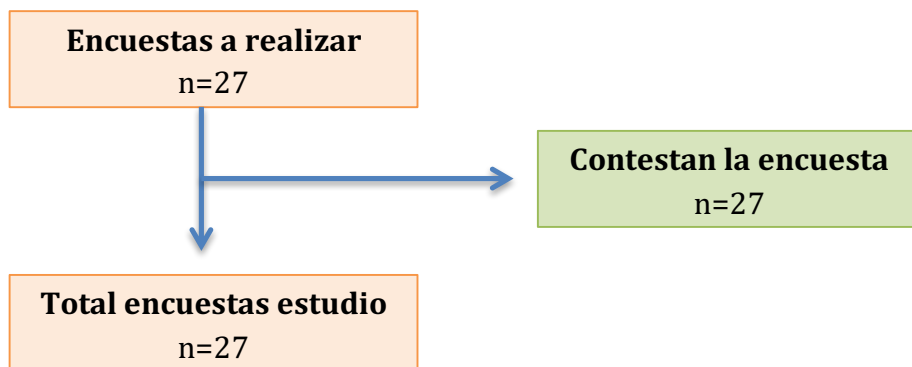
Figura IV.1.1 Diagrama de flujo selección historias clínicas de pacientes.



**Figura IV.1.2** Diagrama de flujo envío y recepción de encuestas de satisfacción de pacientes.



**Figura IV.1.3** Diagrama de flujo de respuesta a encuestas de satisfacción por alumnos.



**Figura IV.1.4** Diagrama de flujo de respuesta a encuestas de satisfacción por profesores.



## IV.2 Análisis datos historias clínicas:

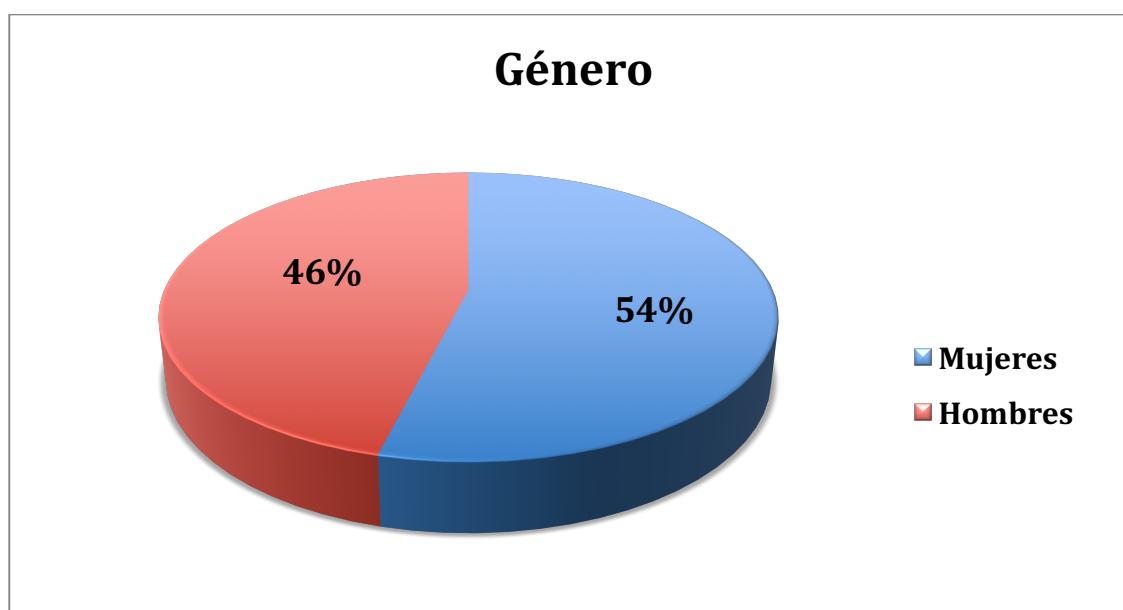
En esta parte del estudio, el análisis de los datos se realizó de acuerdo a 267 historias clínicas revisadas.

### IV.2.1 Edad y género:

La edad media de la muestra (267 pacientes) es de 50,33 años ( $\pm 22,642$ ) y un rango de edades entre 9 y 91 años. (Tabla IV.2.1.1). El 53,93% de los pacientes evaluados son mujeres, mientras que el 46,07% restante son hombres (Tabla IV.2.1.2/Gráfico IV.2.1.1). Respecto al sexo masculino, la edad media es de 49,20 años ( $\pm 22,649$ ) y un rango de edades entre 9 y 91 años. (Tabla IV.2.1.3). En el sexo femenino, la edad media es de 51,28 años ( $\pm 22,671$ ) y un rango de edades entre 10 y 90 años (Tabla IV.2.1.4).

EDAD	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	Minimum	Maximum	Range
<b>Total</b>	267	50,32584	22,64225	1,385683	9	91	82

**Tabla IV.2.1.1** Distribución de los pacientes totales según el rango de edad.



**Gráfico IV.2.1.1** Distribución de los pacientes totales según el género.

GÉNERO	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>Mujer</b>	144	144	53,93	53,93
<b>Hombre</b>	123	267	46,07	100,00

**Tabla IV.2.1.2** Distribución de los pacientes totales según el género.

EDAD POR GÉNERO	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	Minimum	Maximum	Range
<b>Hombre</b>	123	49,20325	22,64949	2,042236	9	91	82

**Tabla IV.2.1.3** Distribución de los pacientes varones según la edad.

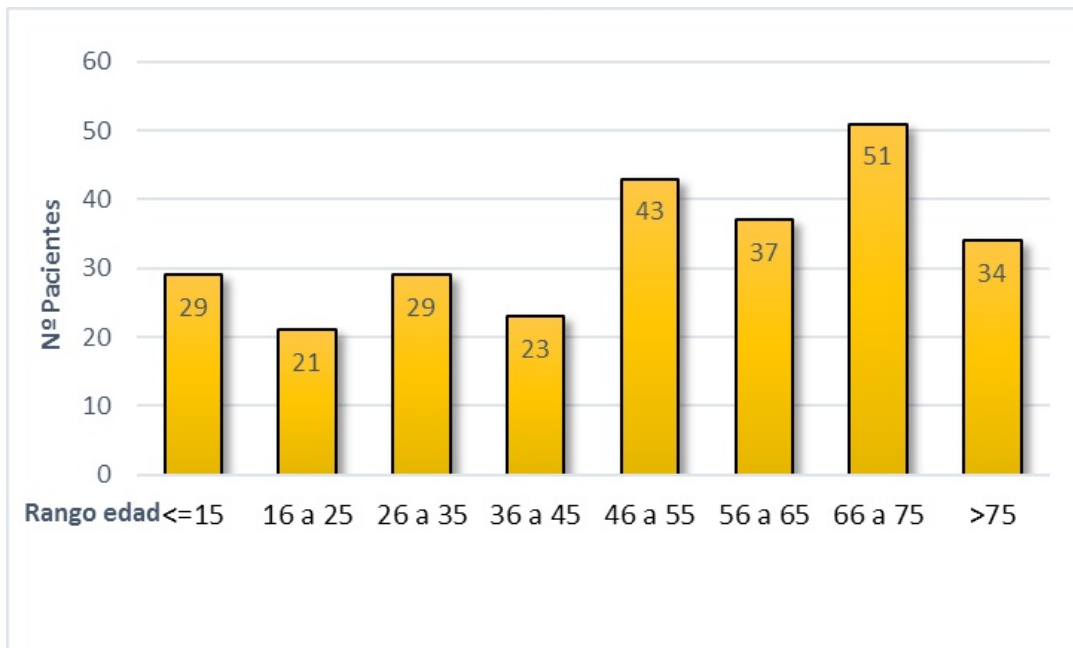
EDAD POR GÉNERO	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	Minimum	Maximum	Range
<b>Mujer</b>	144	51,28472	22,67085	1,889237	10	90	80

**Tabla IV.2.1.4** Distribución de las pacientes mujeres según la edad.

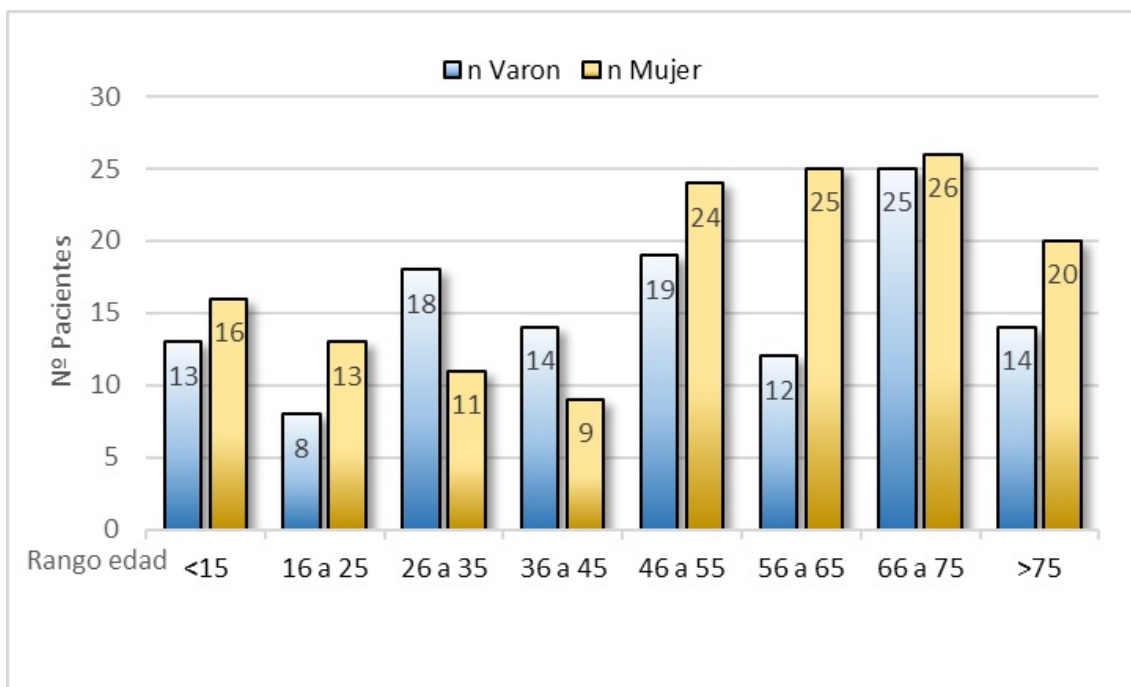
Si nos centramos en los rangos de edad (gráfico IV.2.1.2), vemos que la mayoría de pacientes que acuden a la CO de la USAL presentan edades entre los 66 y 75 años.

Edad	Hombre		Mujer		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<15	13	4,9%	16	6,0%	29	10,9%
16 a 25	8	3,0%	13	4,9%	21	7,9%
26 a 35	18	6,7%	11	4,1%	29	10,8%
36 a 45	14	5,2%	9	3,4%	23	8,6%
46 a 55	19	7,1%	24	9,0%	43	16,1%
56 a 65	12	4,5%	25	9,4%	37	13,9%
66 a 75	25	9,4%	26	9,7%	51	19,1%
>75	14	5,2%	20	7,5%	34	12,7%
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>46%</b>	<b>144</b>	<b>54%</b>	<b>267</b>	<b>100%</b>

**Tabla IV.2.1.5** Distribución de pacientes según el género y grupo etario



**Gráfico IV.2.1.2** Distribución de los pacientes totales según el rango de edad.



**Gráfico IV.2.1.3** Distribución de los pacientes según el género y grupo etario.

#### IV.2.2 Motivo de consulta:

Tras revisar las 267 historias clínicas de la muestra, los motivos de consulta más frecuentes de los pacientes de la CO de la USAL son revisión (53,18%), pérdida dental (14,61%), problemas estéticos (11,24%), dolor (8,61%) y otros (8,24%). Un 3,37% no reseñó el motivo de consulta. (Tabla IV.2.2) (Gráfico IV.2.2).



**Gráfico IV.2.2** Frecuencia y distribución de la variable motivo de consulta.

MOTIVO DE CONSULTA	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>Dolor</b>				
NO	244	244	91,39	91,39
SI	23	267	8,61	100,00
<b>Sangrado</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Caries</b>				
NO	250	250	93,63	93,63
SI	17	267	6,37	100,00

<b>Movilidad dental</b>				
NO	258	258	96,63	96,63
SI	9	267	3,37	100,00
<b>Pérdida dental</b>				
NO	228	228	85,39	85,39
SI	39	267	14,61	100,00
<b>Dif. Masticar-Hablar</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Problemas estéticos</b>				
NO	237	237	88,76	88,76
SI	30	267	11,24	100,00
<b>Sensibilidad</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Comp-tto-anterior</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Revisión</b>				
NO	125	125	46,82	46,82
SI	142	267	53,18	100,00
<b>Urgencia</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Otros</b>				
NO	245	245	91,76	91,76
SI	22	267	8,24	100,00
<b>No reseñado</b>				
NO	258	258	96,63	96,63
SI	9	267	3,37	100,00

**Tabla IV.2.2** Frecuencia y distribución de la variable motivo de consulta.

#### IV.2.3 Embarazo:

No hubo ninguna mujer embarazada y, tan sólo, no aparecía reseñado en una historia.

EMBARAZO	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
NO	143	143	99,30	99,30
NO reseñado	1	144	0,70	100,00

**Tabla IV.2.3** Frecuencia y distribución de la variable embarazo.

#### IV.2.4 Antecedentes personales:

El 4,49% señalaron prematuridad en el parto, el 8,99% corresponde a enfermedades infecto-contagiosas, el 7,12% señalaron otros antecedentes. Un 67,42% no tenía

antecedentes personales y en 35 historias clínicas (13,11%) no aparecían reseñados. (Tabla IV.2.4).

AP	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>Prematuridad</b>				
NO	255	255	95,51	95,51
SI	12	267	4,49	100,00
<b>Enf-genéticas</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Enf-infectocontag</b>				
NO	243	243	91,01	91,01
SI	24	267	8,99	100,00
<b>Prótesis-vascular-ósea</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Angor-Infarto</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Otros</b>				
NO	248	248	92,88	92,88
SI	19	267	7,12	100,00
<b>AP-No</b>				
NO	87	87	32,58	32,58
SI	180	267	67,42	100,00
<b>No reseñado</b>				
NO	232	232	86,99	86,99
SI	35	267	13,11	100,00

**Tabla IV.2.4** Frecuencia y distribución de la variable antecedentes personales.

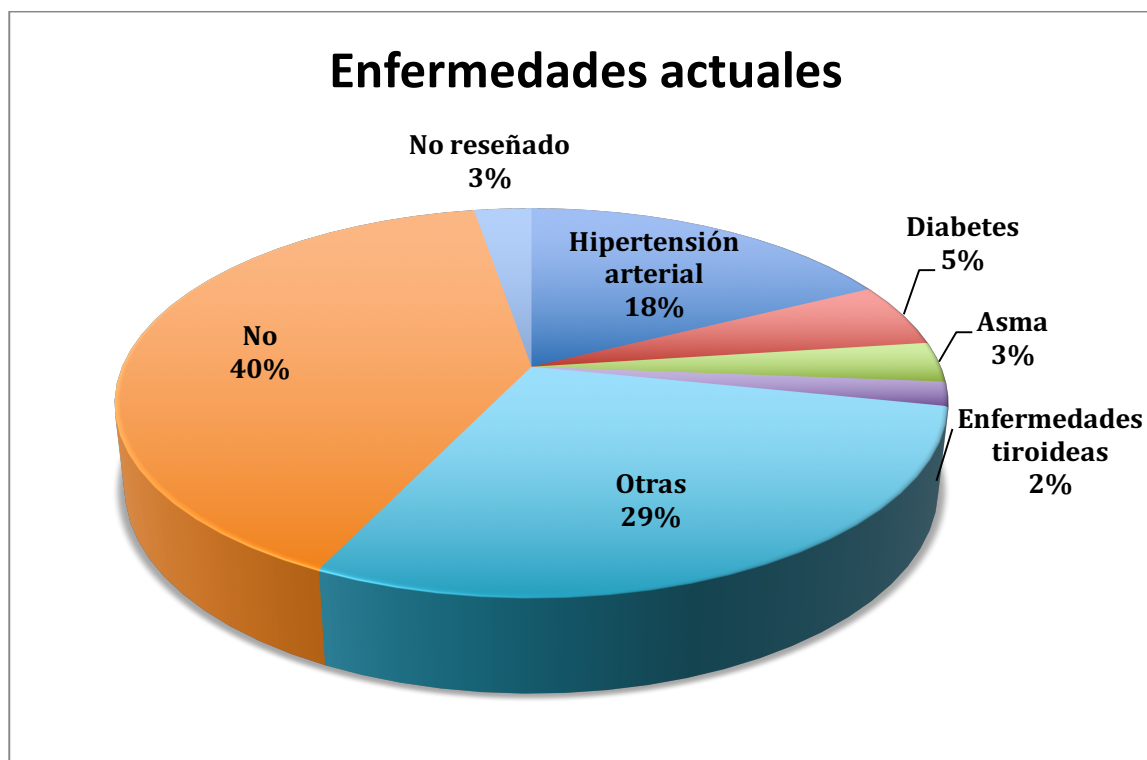
#### IV.2.5 Enfermedades actuales:

Destacamos la presencia de hipertensión arterial (19,85%), diabetes (5,99%), asma (3,75%), enfermedades tiroideas (2,25%) y otras (32,58%). El 45,32% no presentaban enfermedades y un 3% no lo reseñó en la historia clínica. (Tabla IV.2.5) (Gráfico IV.2.5).

ENFERMEDADES ACTUALES	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>Hipertensión</b>				
NO	214	214	80,15	80,15
SI	53	267	19,85	100,00
<b>Arritmia</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Endocarditis-inf</b>				
NO	267	267	100,00	100,00

<b>EPOC</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Asma</b>				
NO	257	257	96,25	96,25
SI	10	267	3,75	100,00
<b>Insuf-Renal</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Diálisis</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Leucemia</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Anemia</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Trast-Coag</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Neuralgia</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Ictus</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Enf-Tiroides</b>				
NO	261	261	97,75	97,75
SI	6	267	2,25	100,00
<b>Enf-Suprarrenal</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Fluorosis</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Diabetes</b>				
NO	251	251	94,01	94,01
SI	16	267	5,99	100,00
<b>VIH</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>VHB</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Neoplasia</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Otras</b>				
NO	180	180	67,42	67,42
SI	87	267	32,58	100,00
<b>EA-NO</b>				
NO	146	146	54,68	54,68
SI	121	267	45,32	100,00
<b>No reseñado</b>				
NO	259	259	97,00	97,00
SI	8	267	3,00	100,00

**Tabla IV.2.5** Frecuencia y distribución de la variable enfermedades actuales.



**Gráfico IV.2.5** Frecuencia y distribución de la variable enfermedades actuales.

#### IV.2.6 Intervenciones quirúrgicas:

No tuvieron IQ el 55,43% (148 pacientes del total de 267). Los que sí tuvieron, 7 señalaron cirugía protésica (2,62%) y 94 otras intervenciones (35,21%). En 17 pacientes no aparecía reflejado en la HC las IQ. (Tabla IV.2.6).

IQ	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>Cirg-protésica</b>				
NO	260	260	97,38	97,38
SI	7	267	2,62	100,00
<b>Cirg-mxfacial</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Otras</b>				
NO	173	173	64,79	64,79
SI	94	267	35,21	100,00
<b>IQ-NO</b>				
NO	119	119	44,57	44,57
SI	148	267	55,43	100,00
<b>No reseñado</b>				
NO	250	250	93,63	93,63
SI	17	267	6,37	100,00

**Tabla IV.2.6** Frecuencia y distribución de la variable intervenciones quirúrgicas.



#### IV.2.7 Medicación diaria:

Un 16,10% estaban en tratamiento con antihipertensivos, el 7,49% tomaban antidepresivos/ansiolíticos, seguidos del 6,74% en tratamiento con anticoagulantes. Un 2,62% tomaban antidiabéticos, y otro 2,62% tomaban broncodilatadores como medicación diaria. El 32,96% estaban en tratamiento con otro tipo de medicación. No tenía medicación un 44,18% y no lo reseñaron en la HC un 3,75%. (Tabla IV.2.7).

MEDICACIÓN	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>Antihipertensivos</b>				
NO	224	224	83,90	83,90
SI	43	267	16,10	100,00
<b>Antidiabéticos</b>				
NO	260	260	97,38	97,38
SI	7	267	2,62	100,00
<b>Anticoagulantes</b>				
NO	249	249	93,26	93,26
SI	18	267	6,74	100,00
<b>Antidep-Ansiol</b>				
NO	247	247	92,51	92,51
SI	20	267	7,49	100,00
<b>Brocodilatadores</b>				
NO	260	260	97,38	97,38
SI	7	267	2,62	100,00
<b>Bifosfonatos</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Radio-Quimio</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Otros</b>				
NO	179	179	67,04	67,04
SI	88	267	32,96	100,00
<b>MD-NO</b>				
NO	149	149	55,81	55,81
SI	118	267	44,19	100,00
<b>No reseñado</b>				
NO	257	257	96,25	96,25
SI	10	267	3,75	100,00

**Tabla IV.2.7** Frecuencia y distribución de la variable medicación diaria.

#### IV.2.8 Alergias:

El 5,99% del total presentaba alergia a los antibióticos, seguidos del grupo de analgésicos/AINES que supone un 3,00%. Un 2,62% reflejaba padecer alergia a los metales. El 10,49% presentaba otro tipo de alergias. El 71,91% no presentaban alergias y no lo reseñaron el 3,75% restante. (Tabla IV.2.8).

ALERGIAS	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>Antibióticos</b>				
NO	251	251	94,01	94,01
SI	16	267	5,99	100,00
<b>Analgésicos-AINES</b>				
NO	259	259	97,00	97,00
SI	8	267	3,00	100,00
<b>Látex</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Anestésicos</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Metales</b>				
NO	260	260	97,38	97,38
SI	7	267	2,62	100,00
<b>Otros</b>				
NO	239	239	89,51	89,51
SI	28	267	10,49	100,00
<b>AL-NO</b>				
NO	75	75	28,09	28,09
SI	192	267	71,91	100,00
<b>No reseñado</b>				
NO	267	267	96,25	96,25
SI	10	267	3,75	100,00

**Tabla IV.2.8** Frecuencia y distribución de la variable alergias.

#### IV.2.9 Diagnóstico odontológico:

La mayoría de pacientes presentaban caries (61,80%), seguidos por aquellos que padecían gingivitis (28,46%). Un 27,72% fueron diagnosticados como desdentados parciales frente al 4,12% que lo eran totalmente. El 15,36% presentaban periodontitis y un 13,86% se diagnosticó de pulpitis. El 8,24% presentaba absceso, el 6,37% maloclusión, un 3% presenta fístula, un 2,25% flemón y otro 2,25% patología de ATM. El 5,62% restante se engloba en otros diagnósticos odontológicos. No presentaron alteraciones en el momento del diagnóstico 7 pacientes (2,62%). (Tabla IV.2.9) (Gráfico IV.2.9).

DO	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>Caries</b>				
NO	102	102	38,20	38,20
SI	165	267	61,80	100,00
<b>Pulpitis</b>				
NO	230	230	86,14	86,14
SI	37	267	13,86	100,00
<b>Displasia</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Gingivitis</b>				
NO	191	191	71,54	71,54
SI	76	267	28,46	100,00
<b>Periodontitis</b>				
NO	226	226	84,64	84,64
SI	41	267	15,36	100,00
<b>Fístula</b>				
NO	259	259	97,00	97,00
SI	8	267	3,00	100,00
<b>Absceso</b>				
NO	245	245	91,76	91,76
SI	22	267	8,24	100,00
<b>Flemón</b>				
NO	261	261	97,75	97,75
SI	6	267	2,25	100,00
<b>DP</b>				
NO	193	193	72,28	72,28
SI	74	267	27,72	100,00
<b>DT</b>				
NO	256	256	95,88	95,88
SI	11	267	4,12	100,00
<b>Pat-mucosa-oral</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Pat-ATM</b>				
NO	261	261	97,75	97,75
SI	6	267	2,25	100,00
<b>Maloclusión</b>				
NO	250	250	93,63	93,63
SI	17	267	6,37	100,00
<b>Otros</b>				
NO	252	252	94,38	94,38
SI	15	267	5,62	100,00
<b>No-reseñado</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Sin alteraciones</b>				
NO	260	260	97,38	97,38
SI	7	267	2,62	100,00

**Tabla IV.2.9** Frecuencia y distribución de la variable DO.

## Diagnóstico odontológico

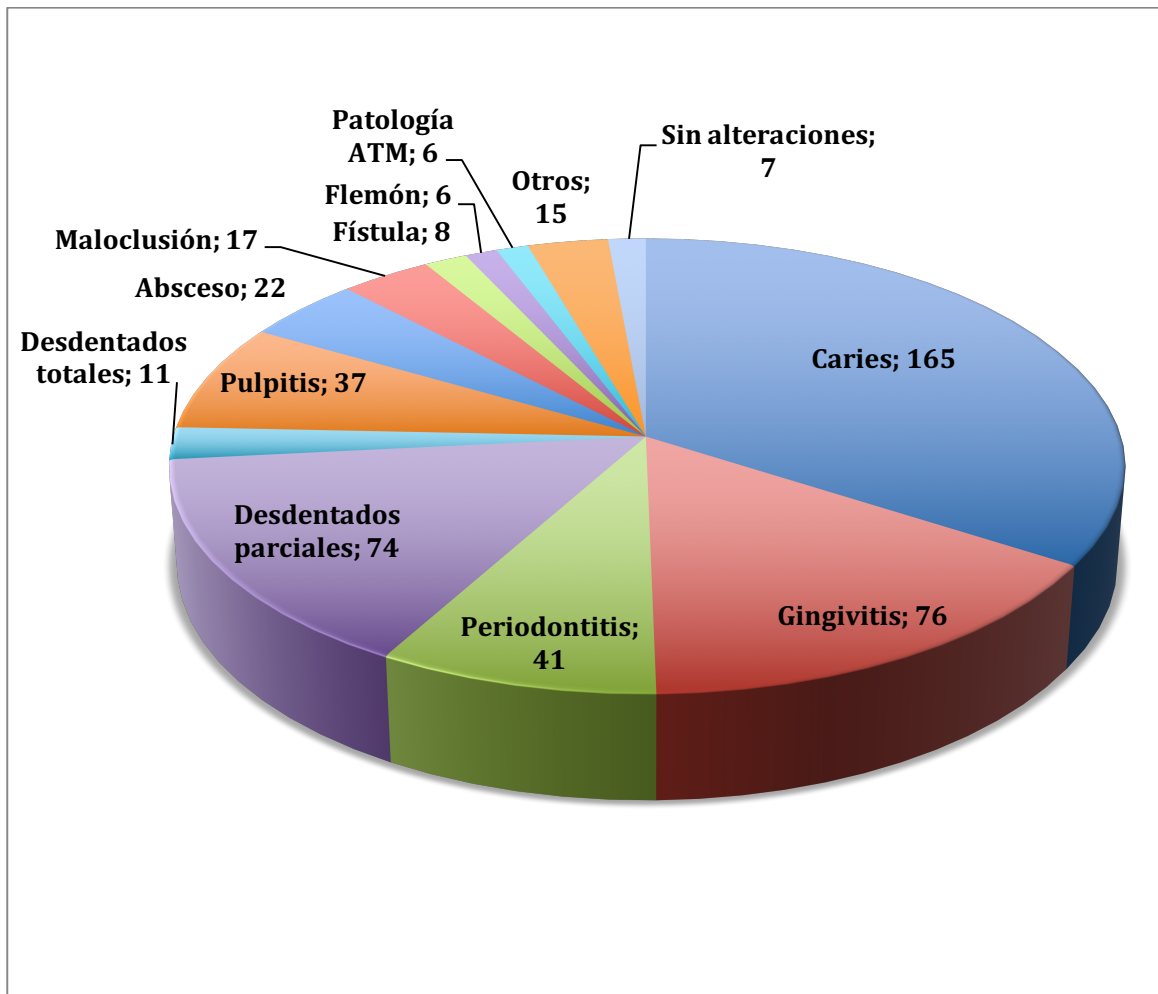


Gráfico IV.2.9 Frecuencia y distribución de la variable DO.

#### IV.2.10 Hábitos:

El tabaco se muestra como hábito principal con un 18,73%, seguido del bruxismo con un 6,74%, alcohol (4,12%) y otros (3,37%). Un 64,04% no presenta hábitos y un 5,33% no lo reseña. (Tabla IV.2.10).

HÁBITOS	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>Tabaco</b>				
NO	217	217	81,27	81,27
SI	50	267	18,73	100,00
<b>Alcohol</b>				
NO	256	256	95,88	95,88
SI	11	267	4,12	100,00
<b>Bruxismo</b>				
NO	249	249	93,26	93,26
SI	18	267	6,74	100,00
<b>Otros</b>				
NO	258	258	96,63	96,63
SI	9	267	3,37	100,00
<b>H-NO</b>				
NO	96	96	35,96	35,96
SI	171	267	64,04	100,00
<b>No-reseñado</b>				
NO	251	251	94,01	94,01
SI	16	267	5,33	100,00

**Tabla IV.2.10** Frecuencia y distribución de la variable hábitos.

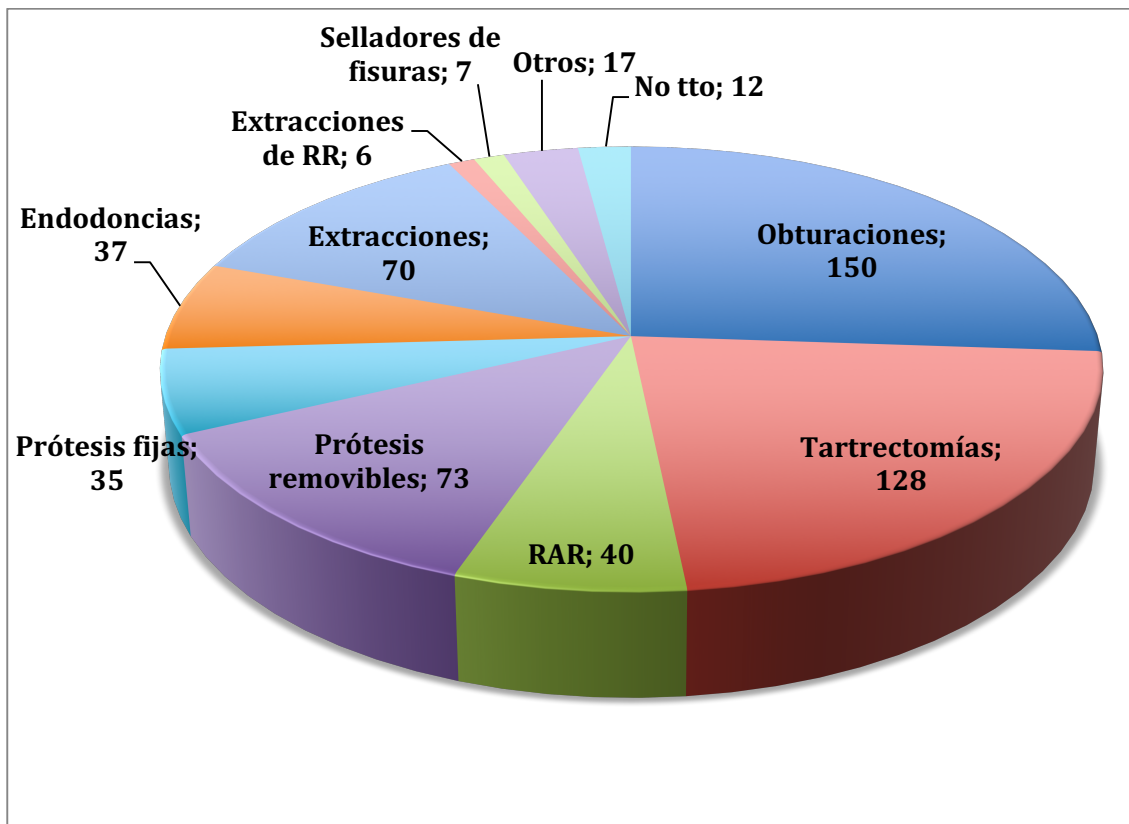
#### IV.2.11 Tratamiento odontológico:

Se realizaron un 56,18% de obturaciones, un 47,94% de tartrectomías y un 14,98% de raspados y alisados radiculares. Un 27,34% corresponde a prótesis removibles, frente al 13,11% de prótesis fija. Un 13,86% fueron tratamiento de conductos (endodoncias). El 26,22% fueron extracciones y el 2,25% extracciones de restos radiculares. Los selladores de fisuras suponen un 2,62%. Existe un 6,37% de otros tratamientos. No recibieron tratamiento el 4,49%. (Tabla IV.2.11) (Gráfico IV.2.11).

TTO ODONTOLÓGICO	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>Obturaciones</b>				
NO	117	117	43,82	43,82
SI	150	267	56,18	100,00
<b>Endodoncias</b>				
NO	230	230	86,14	86,14
SI	37	267	13,86	100,00
<b>Prt-Removible</b>				
NO	194	194	72,66	72,66
SI	73	267	27,34	100,00
<b>Prt-Fija</b>				
NO	232	232	86,89	86,89
SI	35	267	13,11	100,00
<b>Implantes</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Tartrectomía</b>				
NO	139	139	52,06	52,06
SI	128	267	47,94	100,00
<b>RAR</b>				
NO	227	227	85,02	85,02
SI	40	267	14,98	100,00
<b>Extracción</b>				
NO	197	197	73,78	73,78
SI	70	267	26,22	100,00
<b>Extracción RR</b>				
NO	261	261	97,75	97,75
SI	6	267	2,25	100,00
<b>Selladores</b>				
NO	260	260	97,38	97,38
SI	7	267	2,62	100,00
<b>Flúor</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Otros</b>				
NO	250	250	93,63	93,63
SI	17	267	6,37	100,00
<b>TO-NO</b>				
NO	255	255	95,51	95,51
SI	12	267	4,49	100,00
<b>No-reseñado</b>				
NO	267	267	100,00	100,00

**Tabla IV.2.11** Frecuencia y distribución de la variable TO.

## Tratamiento odontológico



**Gráfico IV.2.11** Frecuencia y distribución de la variable TO.

### IV.2.12 Complicaciones odontológicas:

Hubo infección en el 4,49% de los casos. Se recogió la caída de obturación como complicación odontológica en un 4,12%, del mismo modo que la movilidad de la prótesis (4,12%). Un 3,37% corresponde a fractura dentaria, un 2,62% a fracaso de endodoncia, un 2,25% a perforación. No hubo complicaciones odontológicas en un 79,4% de los casos. (Tabla IV.2.12).

COMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>Caída obturación</b>				
NO	256	256	95,88	95,88
SI	11	267	4,12	100,00
<b>Filtración obturación</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Perforación</b>				
NO	261	261	97,75	97,75
SI	6	267	2,25	100,00
<b>Fracaso endodoncia</b>				
NO	260	260	97,38	97,38
SI	7	267	2,62	100,00
<b>Pérdida-adap-prót</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Movil-Prót</b>				
NO	256	256	95,88	95,88
SI	11	267	4,12	100,00
<b>Filtración-Prót</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Oclusión-alterada-Pró</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Sensibilidad PO</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Recesiones</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Infeción</b>				
NO	255	255	95,51	95,51
SI	12	267	4,49	100,00
<b>Fractura</b>				
NO	258	258	96,63	96,63
SI	9	267	3,37	100,00
<b>Parestesia</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Perd-sellador</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Otros</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>CO-NO</b>				
NO	55	55	20,60	20,60
SI	212	267	79,40	100,00
<b>No-reseñado</b>				
NO	267	267	100,00	100,00

**Tabla IV.2.12** Frecuencia y distribución de la variable COD.



#### IV.2.13 Complicaciones médicas:

Aparece el dolor postoperatorio como complicación más frecuente (8,24%), seguido de la hemorragia (3,75%) y el síncope (2,62%). El 85,39% no presentaron complicaciones médicas. (Tabla IV.2.13).

COMPLICACIONES MÉDICAS	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>Dolor-Post</b>				
NO	245	245	91,76	91,76
SI	22	267	8,24	100,00
<b>Infeccc-Med</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Osteonecrosis</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Hemorragia</b>				
NO	257	257	96,25	96,25
SI	10	267	3,75	100,00
<b>Reac-Alérg</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Obs-resp</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>Síncope</b>				
NO	260	260	97,38	97,38
SI	7	267	2,62	100,00
<b>Otros</b>				
NO	267	267	100,00	100,00
<b>CM-NO</b>				
NO	39	39	14,61	14,61
SI	228	267	85,39	100,00
<b>No-Reseñado</b>				
NO	267	267	100,00	100,00

**Tabla IV.2.13** Frecuencia y distribución de la variable CM.

#### IV.2.14 Otras:

La variable “otras” dentro de cada tabla agrupa todas aquellas categorías que fueron respondidas por 5 o menos pacientes en las variables motivo de consulta, antecedentes personales, enfermedad actual, intervenciones quirúrgicas, medicación, alergias, diagnóstico odontológico, hábitos y tratamiento odontológico. ya que no podía realizarse análisis estadístico con valores tan pequeños y hubo que reagruparlos. (ANEXO VIII.10)

#### IV.2.15 Relación entre el género y el motivo de consulta:

Se analizó la relación existente entre el género y el motivo de consulta. El 2,08% de las mujeres y el 4,88% de hombres no reseñaron su motivo de consulta. El motivo más frecuente es la revisión, en un 54,17% de mujeres y un 52,03% de hombres. Por dolor, consulta un 8,33% de mujeres y un 8,94% de hombres. La caries es motivo de consulta en el 8,33% de las mujeres y el 4,06% de los hombres. Un 4,88% de hombres y, tan solo, un 2,08% de mujeres consultan por movilidad dental. Aumenta el porcentaje en el motivo de consulta pérdida dental, donde encontramos un 16,67% de mujeres y un 12,19% de hombres. Los problemas estéticos preocupan al 11,80% de las mujeres y al 10,57% de los hombres. Un 7,64% de mujeres consultan por otros motivos, frente al 8,94% de hombres. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=NS$ ). (Tabla IV.2.15).

<b>Género</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>
<b>Motivo de consulta</b>		
<b>Dolor</b>	8,33%	8,94%
<b>Sangrado</b>	-	-
<b>Caries</b>	8,33%	4,06%
<b>Movilidad dental</b>	2,08%	4,88%
<b>Pérdida dental</b>	16,67%	12,19%
<b>Dif. masticar/hablar</b>	-	-
<b>Problemas estéticos</b>	11,80%	10,57%
<b>Sensibilidad</b>	-	-
<b>Complicación tto anterior</b>	-	-
<b>Revisión</b>	54,17%	52,03%
<b>Urgencia</b>	-	-
<b>Otros</b>	7,64%	8,94%
<b>No reseñado</b>	2,08%	4,88%

Tabla IV.2.15 Distribución porcentual del motivo de consulta según el género.

#### IV.2.16 Análisis de la relación existente entre el MC y el DO:

Al analizar la relación existente entre los diferentes motivos de consulta y diagnósticos odontológicos, encontramos lo siguiente:

De aquellos pacientes que **acudieron a la CO refiriendo dolor** (23 pacientes), se establecieron 15 diagnósticos de caries, 3 de pulpitis, 4 de gingivitis, 1 de periodontitis, 3 de absceso, uno de flemón, 7 desdentados parciales y un desdentado total, 2 de patología de ATM, que tras realizar el estudio inferencial con tabulación cruzada de Fischer y Chi-cuadrado, mostró que existen diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,0290$ ), uno de maloclusión, 3 de otras patologías y tan sólo uno no presentaba ninguna alteración. (Tabla IV.2.16)

En relación a aquellos pacientes cuyo **MC fue caries** (17 en total), surgieron 15 diagnósticos de caries con diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0204$ ), uno de pulpitis, 4 de gingivitis, 3 de periodontitis y 4 desdentados parciales. (Tabla IV.2.16)

Respecto a los 9 pacientes cuyo **MC fue la movilidad dental**, se determinaron 6 diagnósticos de caries, uno de pulpitis, 2 de gingivitis, 4 de periodontitis con diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0138$ ), uno de fístula, 2 de absceso y 3 desdentados parciales. (Tabla IV.2.16)

De los 39 pacientes cuyo **MC fue la pérdida dental**, se fijaron 19 fueron DO de caries, 10 de pulpitis, 6 de gingivitis, 4 de periodontitis, uno de fístula, 6 de absceso, 3 de flemón, 24 desdentados parciales y 5 desdentados totales. Estos tres últimos grupos con diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0130$ /  $p=0,000001$  / $p=0,0030$  respectivamente). (Tabla IV.2.16)

Un total de 30 pacientes señalaron como **MC problemas estéticos** al acudir a la CO. En estos pacientes, se establecieron 20 diagnósticos de caries, 8 de pulpitis, 3 de gingivitis, 7 de periodontitis, 2 fístulas, 3 abscesos, 7 desdentados parciales y 4 totales, una maloclusión y uno con otro diagnóstico. Se encontraron diferencias

estadísticamente significativas (Chi-cuadrado) para los diagnósticos de pulpitis ( $p=0,0311$ ), gingivitis ( $p=0,0173$ ) y desdentado total ( $p=0,0070$ ). (Tabla IV.2.16)

De aquellos pacientes que acudieron a la CO para una **revisión** (142), se determinaron 89 diagnósticos de caries, 15 de pulpitis, 49 de gingivitis con diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0196$ ), 21 de periodontitis, 5 de fístula, 11 de absceso, uno de flemón, 34 desdentados parciales y 2 totales con diferencias estadísticamente significativas tras realizar el estudio inferencial con tabulación cruzada de Fischer y Chi-cuadrado ( $p=0,0175$ ), 3 de patología de ATM, 12 de maloclusión, 10 de otras patologías y 4 sin alteraciones. (Tabla IV.2.16)

22 pacientes acudieron a la CO con **otros motivos de consulta**. Surgieron 12 diagnósticos de caries, 3 de pulpitis, 11 de gingivitis, 5 de periodontitis, 3 de abscesos, uno de flemón, 5 desdentados parciales y uno total. (Tabla IV.2.16)

De los 9 pacientes que **no reseñaron su MC**, se establecieron 6 diagnósticos de caries, 3 de gingivitis, 2 de maloclusión y, tan sólo, uno sin alteraciones. (Tabla IV.2.16)

MC	Dolor	SANG	CAR	MD	PD	DMH	PE	SEN	CTA	REV	URG	OT	NR
<b>DO</b>													
Caries	15	-	15*	6	19	-	20	-	-	89	-	12	6
Pulpitis	3	-	1	1	10	-	8*	-	-	15	-	3	-
Displasia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gingivitis	4	-	4	2	6	-	3*	-	-	49*	-	11	3
Periodontitis	1	-	3	4*	4	-	7	-	-	21	-	5	-
Fístula	-	-	-	1	1	-	2	-	-	5	-	-	-
Absceso	3	-	-	2	6	-	3	-	-	11	-	3	-
Flemón	1	-	-	-	3*	-	-	-	-	1	-	1	-
Desdentado parcial	7	-	4	3	24*	-	7	-	-	34	-	5	-
Desdentado total	1	-	-	-	5*	-	4*	-	-	2*	-	1	-
Patología mucosa oral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patología ATM	2*	-	-	1	-	-	-	-	-	3	-	-	-
Maloclusión	1	-	-	1	-	-	1	-	-	12	-	-	2
Otros	3	-	-	1	2	-	1	-	-	10	-	-	-
No reseñado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin alteraciones	1	-	1	-	-	-	-	-	-	4	-	-	1

**Tabla IV.2.16** Frecuencia y distribución de los diferentes motivos de consulta en relación con los diagnósticos odontológicos establecidos. \*Diferencias estadísticamente significativas tras realizar estudio inferencial con tabulación cruzada de Fischer y Chi-cuadrado.

#### IV.2.17 Análisis de la relación existente entre DO y TO:

Al analizar la relación existente entre los diferentes DO establecidos y los TO realizados a los pacientes que acudieron a la CO, obtenemos los siguientes datos:

22 pacientes fueron **diagnosticados** de presentar **absceso**. Los tratamientos que recibieron estos pacientes fueron 8 obturaciones, 4 endodoncias, 4 prótesis fijas, 4 RAR, una extracción de RR, y otro tratamiento distinto en una ocasión. Al realizar el estudio inferencial con tabulación cruzada de Fischer y Chi-cuadrado, se obtienen diferencias estadísticamente significativas para las 11 prótesis removibles ( $p=0,0128$ ), 5 tartrectomías ( $p=0,0134$ ) y 22 extracciones ( $p=0,0000001$ ) que se realizaron. (Tabla IV.2.17)

Se registraron 165 **diagnósticos de caries**. Los tratamientos que recibieron estos pacientes fueron 150 obturaciones y 91 tartrectomías presentando diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0000001/ p=0,0027$  respectivamente), 28 endodoncias, 39 prótesis removibles y 19 fijas, 29 RAR, 43 extracciones, 5 extracciones de RR, 4 selladores de fisuras, 7 tratamientos diferentes a los mencionados y, tan sólo, uno no recibió tratamiento. (Tabla IV.2.17)

Se **diagnosticaron 74 desdentados parciales**, los cuales recibieron 36 obturaciones, 14 endodoncias, 3 extracciones de RR, 62 prótesis removibles, 12 prótesis fijas, 25 tartrectomías, 17 RAR, 36 extracciones, un paciente no recibió tratamiento y otro un tratamiento diferente a los mencionados. Al realizar el estudio inferencial con tabulación cruzada de Fischer y Chi-cuadrado, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en los tratamientos de PR ( $p=0,0000001$ ), tartrectomía ( $p=0,0041$ ), RAR ( $p=0,0234$ ), EXO ( $p=0,0000001$ ) y otros tratamientos ( $p=0,0376$ ). (Tabla IV.2.17)

Encontramos un total de 11 pacientes **diagnosticados como desdentados totales**. La totalidad recibió como TO, prótesis removible, presentando diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0000001$ ). (Tabla IV.2.17)

8 pacientes fueron **diagnosticados** de presentar **fístula**. Los tratamientos que recibieron consistieron en 3 prótesis removibles, una fija, una tartrectomía, 8 extracciones y una extracción de RR, encontrando diferencias estadísticamente significativas en estos tres últimos grupos de tratamiento (Chi-cuadrado,  $p=0,0416/ p=0,000001/ p=0,046$  respectivamente). (Tabla IV.2.17)

Se registraron 6 **diagnósticos de flemón**. Los tratamientos que recibieron estos pacientes fueron 4 obturaciones, 2 endodoncias, 2 prótesis removibles, una fija, 2 tartrectomías, 3 extracciones, 6 extracciones de restos radiculares con diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0000001$ ) y un tratamiento diferente a los mencionados. (Tabla IV.2.17)

Se **diagnosticaron** 17 pacientes con **maloclusión**, los cuales recibieron 8 obturaciones, una endodoncia, 2 prótesis removibles, 7 tartrectomías, 4 extracciones, 4 selladores de fisuras con diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0000001$ ), dos tratamientos diferentes a los mencionados y un paciente no recibió tratamiento. (Tabla IV.2.17)

Encontramos un total de 15 pacientes con **otros diagnósticos odontológicos**, que recibieron 4 obturaciones con diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0177$ ), 2 prótesis removibles, una fija, 4 tartrectomías, un RAR, 5 extracciones y una extracción de RR. Se registran 6 TO distintos a los mencionados y 3 que no recibieron tratamiento, ambos grupos con diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0000001/ p=0,0028$  respectivamente). (Tabla IV.2.17)

6 pacientes fueron **diagnosticados** de presentar **patología en la ATM**. Los tratamientos que recibieron fueron 3 obturaciones, una endodoncia, 3 prótesis removibles, una fija, 2 tartrectomías, un RAR, 2 extracciones, un tratamiento diferente a los mencionados y, tan sólo, un paciente no recibió tratamiento. (Tabla IV.2.17)

Se registraron 41 **diagnósticos de periodontitis**. Los tratamientos que recibieron estos pacientes fueron 27 obturaciones, 2 endodoncias, 16 prótesis removibles, 6 fijas, 22 tartrectomías, 40 RAR y 17 extracciones con diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0000001/ p=0,0158$  respectivamente). 3 recibieron otro tratamiento diferente a los mencionados y uno no recibió tratamiento. (Tabla IV.2.17)

37 pacientes fueron **diagnosticados** de presentar **pulpitis**. Se realizaron 27 obturaciones, 37 endodoncias y 13 prótesis fijas encontrando diferencias

estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0265$ /  $p=0,0000001$ /  $p=0,000019$  respectivamente), 14 prótesis removibles, 14 tartrectomías, 2 RAR, 11 extracciones y 2 extracciones de RR. Se registraron dos tratamientos diferentes a los mencionados. (Tabla IV.2.17)

Se registraron 7 pacientes **sin alteraciones**. Se realizó una tartrectomía a un paciente y los 6 restantes no recibieron ningún tratamiento, encontrando diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0000001$ ). (Tabla IV.2.17)



DO TO	ABSC	DISP	CAR	DP	DT	FIST	FLEM	GING	MO	OT	PMO	PATM	PERIOD	PULP	SA	NR
OBTU	8	-	150*	36	-	-	4	40	8	4*	-	3	27	27*	-	-
ENDO	4	-	28	14	-	-	2	5	1	-	-	1	2	37*	-	-
PR	11*	-	39	62*	11*	3	2	9	2	2	-	3	16	14	-	-
PF	4	-	19	12	-	1	1	7	-	1	-	1	6	13*	-	-
TART	5*	-	91*	25*	-	1*	2	73*	7	4	-	2	22	14	1	-
RAR	4	-	29	17*	-	-	-	9	-	1	-	1	40*	2	-	-
EXO	22*	-	43	36*	-	8*	3	13*	4	5	-	2	17*	11	-	-
EXORR	1	-	5	3	-	1*	6*	2	-	1	-	-	-	2	-	-
SELLAD	-	-	4	-	-	-	-	2	4*	-	-	-	-	-	-	-
FLÚOR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros	1	-	7	1*	-	1	1	4	2	6*	-	1	3	2	-	-
No tto	-	-	1	1	-	-	-	-	1	3*	-	1	1	-	6*	-
NR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**Tabla IV.2.17** Frecuencia y distribución de los diferentes DO establecidos en relación con los TO realizados.

\*Diferencias estadísticamente significativas tras realizar estudio inferencial con tabulación cruzada de Fischer y Chi-cuadrado.

#### IV.2.18 Análisis de la relación existente entre DO, TO y CO:

Se analizó si existía correlación respecto al diagnóstico odontológico, el tratamiento realizado y la aparición de complicaciones odontológicas, para conocer si los pacientes diagnosticados de una determinada patología y que recibieron el tratamiento correspondiente tuvieron más o menos complicaciones que los diagnosticados y tratados de otra patología.

Los grupos analizados fueron los siguientes:

	DO	TO	CO
<b>ODONTOLOGÍA</b>	Caries	Obturación	Caída Obturación
<b>CONSERVADORA</b>	Pulpitis	Endodoncia	Fracaso Endodoncia
<b>PERIODONCIA</b>	Gingivitis	Tartrectomía	Sensibilidad
	Periodontitis	RAR	Recesiones
<b>CIRUGÍA BUCAL</b>	Flemón	Extracción	Infección
	Absceso	Extracción	Fractura
<b>PRÓTESIS</b>	Desdentado parcial	Prótesis parcial removible	Movilidad de prótesis

**Tabla IV.2.18** Distribución de variables relacionadas en función del grupo odontológico al que pertenecen.

Al realizar el estudio inferencial con tabulación cruzada de Fischer y Chi-cuadrado no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=NS$ ).

### IV.3 Análisis de la satisfacción con los servicios de la CO en pacientes, alumnos y profesores:

#### IV.3.1 Descripción del proceso de no respuesta a ítems del cuestionario:

Al analizar los cuestionarios cumplimentados por pacientes, alumnos y profesores, observamos que todos los ítems son correctamente respondidos por todos aquellos que intervienen en el estudio, no habiendo, por tanto, datos faltantes ni porcentaje de “no respuesta” a ítems. Un alto porcentaje de “no respuesta” a cada uno de los ítems nos indicaría problemas en los enunciados o un problema en la comprensión e interpretación de los mismos.

#### IV.3.2 Descripción del proceso de respuesta y satisfacción en pacientes:

A continuación se describen los datos obtenidos al evaluar las respuestas a los ítems del cuestionario de satisfacción enviado a los pacientes. En este apartado, el análisis de los datos se realizó en base a 174 pacientes.

##### IV.3.2.1 Datos sociodemográficos:

La edad media de la muestra (174 pacientes) es de 53,51 años ( $\pm 21,406$ ) y un rango edades entre 10 y 91 años. (Tabla IV.3.2.1.1). El 52,30% de los pacientes que contestaron la encuesta son mujeres, mientras que el 47,70% restante son hombres. (Gráfico IV.3.2.1.1). Respecto al sexo masculino, la edad media es de 52,01 años ( $\pm 22,229$ ) y un rango de edades entre 10 y 91 años. (Tabla IV.3.2.1.3). En el sexo femenino, la edad media es de 54,89 años ( $\pm 20,653$ ) y un rango de edades entre 12 y 91 años. (Tabla IV.3.2.1.4).

EDAD	Count	Mean	SD	Min	Max
Total	174	53,5172	21,4060	10,00	91,00

**Tabla IV.3.2.1.1** Distribución de los pacientes totales según rango de edad.

GÉNERO	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
Mujer	91	91	52,30	52,30
Hombre	83	174	47,70	100,00

**Tabla IV.3.2.1.2** Distribución de los pacientes totales según el género.

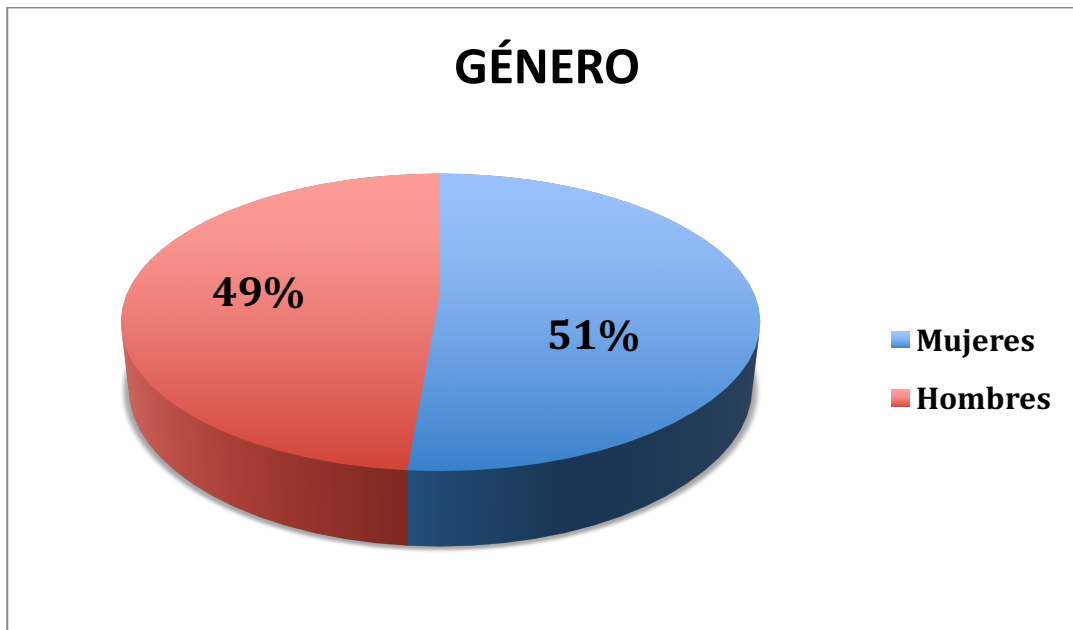
EDAD POR GÉNERO	Count	Mean	SD	Min.	Max.
Hombre	83	52,0120	22,2297	10	91

**Tabla IV.3.2.1.3** Distribución de los pacientes varones según la edad.

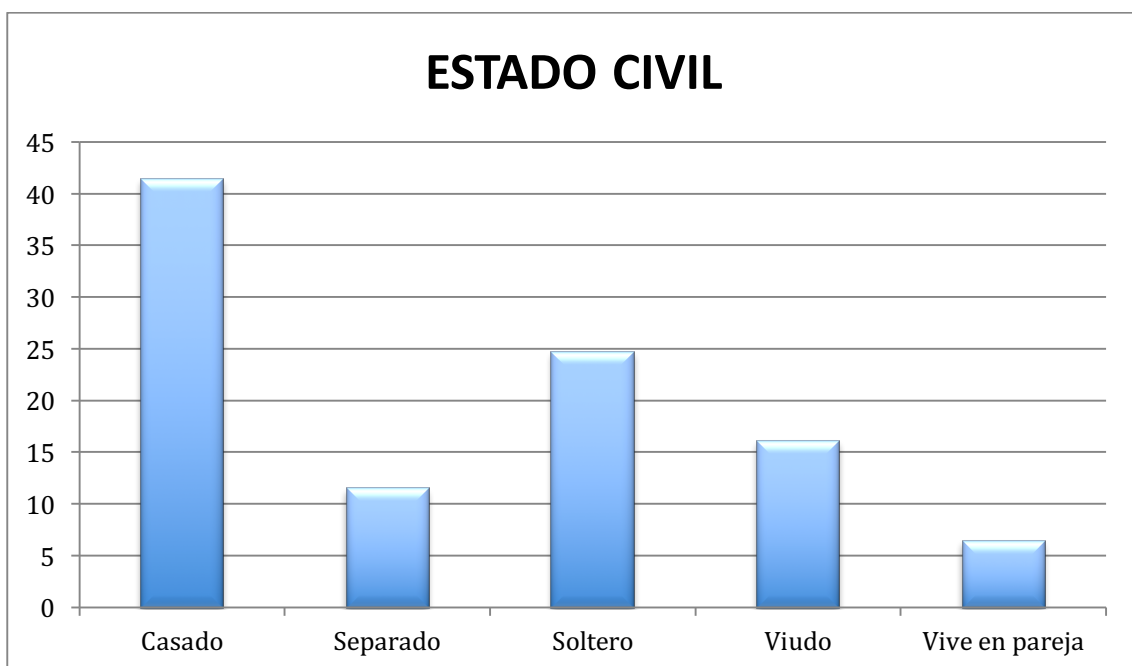
EDAD POR GÉNERO	Count	Mean	SD	Min.	Max.
Mujer	91	54,8901	20,6535	12	90

**Tabla IV.3.2.1.4** Distribución de las pacientes mujeres según la edad.

El mayor porcentaje de pacientes (41,38%) están casados (gráfico IV.3.2.1.2), presentan estudios primarios (53,45%) (gráfico IV.3.2.1.3), residen en zona urbana (75,29%) (Gráfico IV.3.2.1.5) y se dedican al hogar (28,16%) o se encuentran trabajando (28,16%) (Gráfico IV.3.2.1.4).



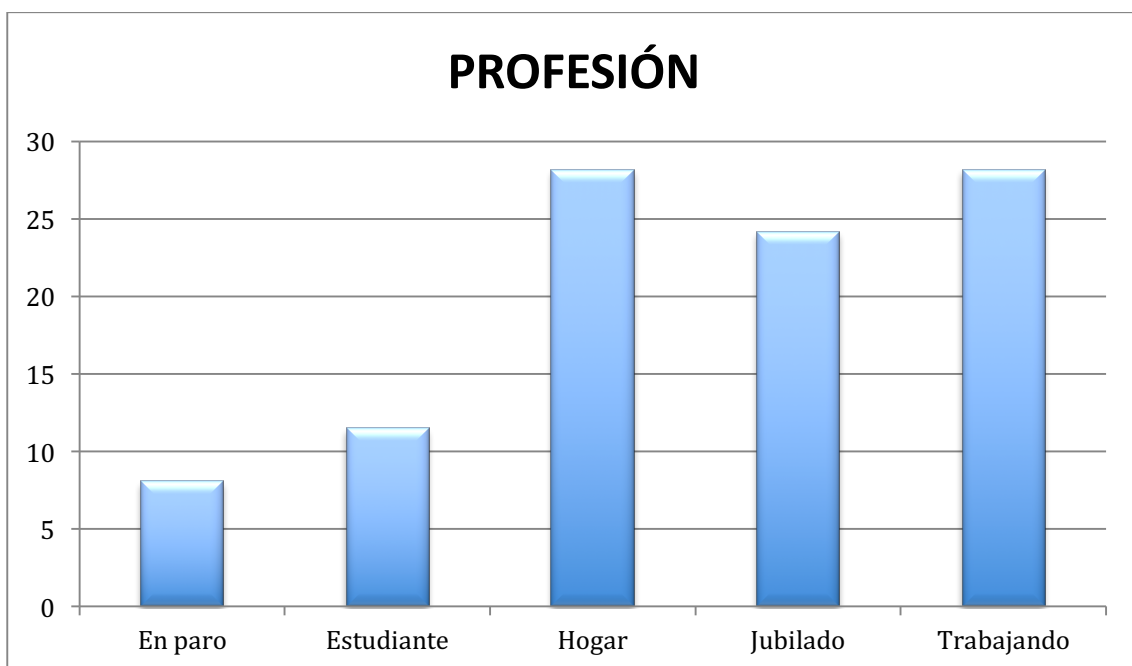
**Gráfico IV.3.2.1.1** Distribución de los pacientes totales según el género.



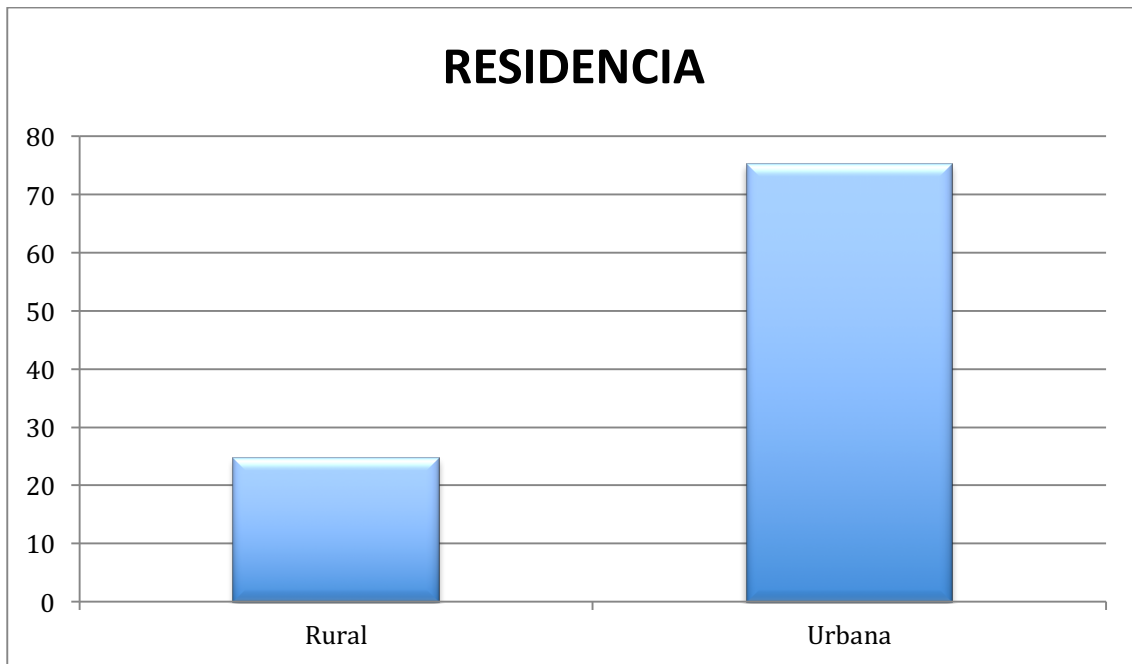
**Gráfico IV.3.2.1.2** Distribución de los pacientes totales según el estado civil.



**Gráfico IV.3.2.1.3** Distribución porcentual de los pacientes totales según el nivel de estudios.



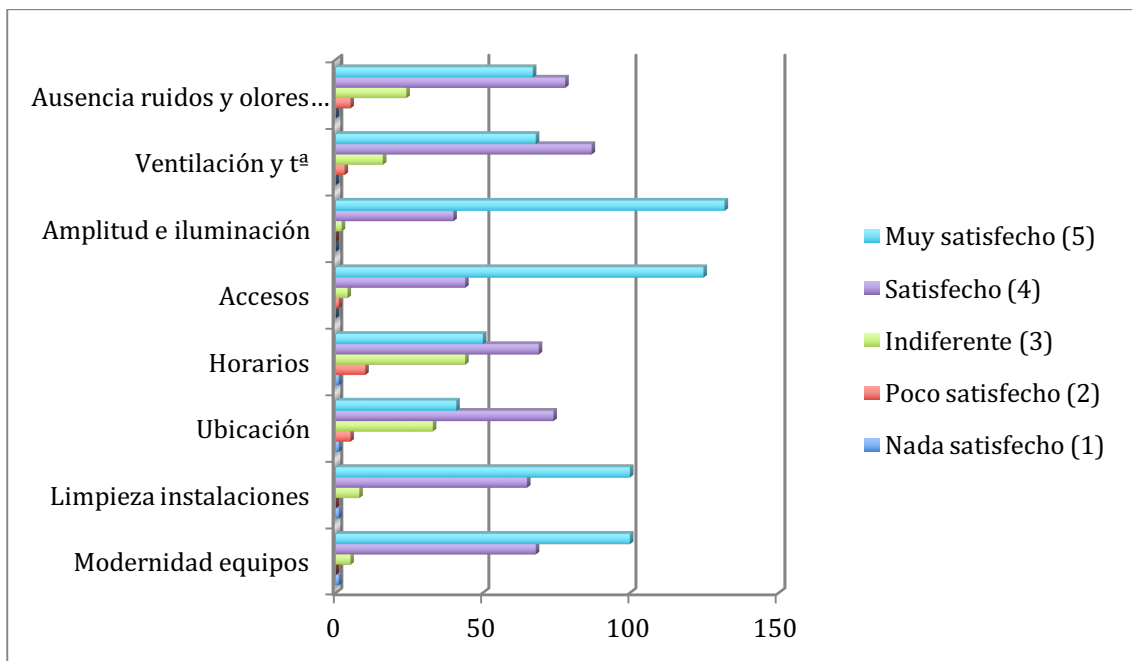
**Gráfico IV.3.2.1.4** Distribución porcentual de los pacientes totales según su profesión.



**Gráfico IV.3.2.1.5** Distribución porcentual de los pacientes totales según el lugar de residencia.

#### IV.3.2.2 Análisis de la satisfacción específica:

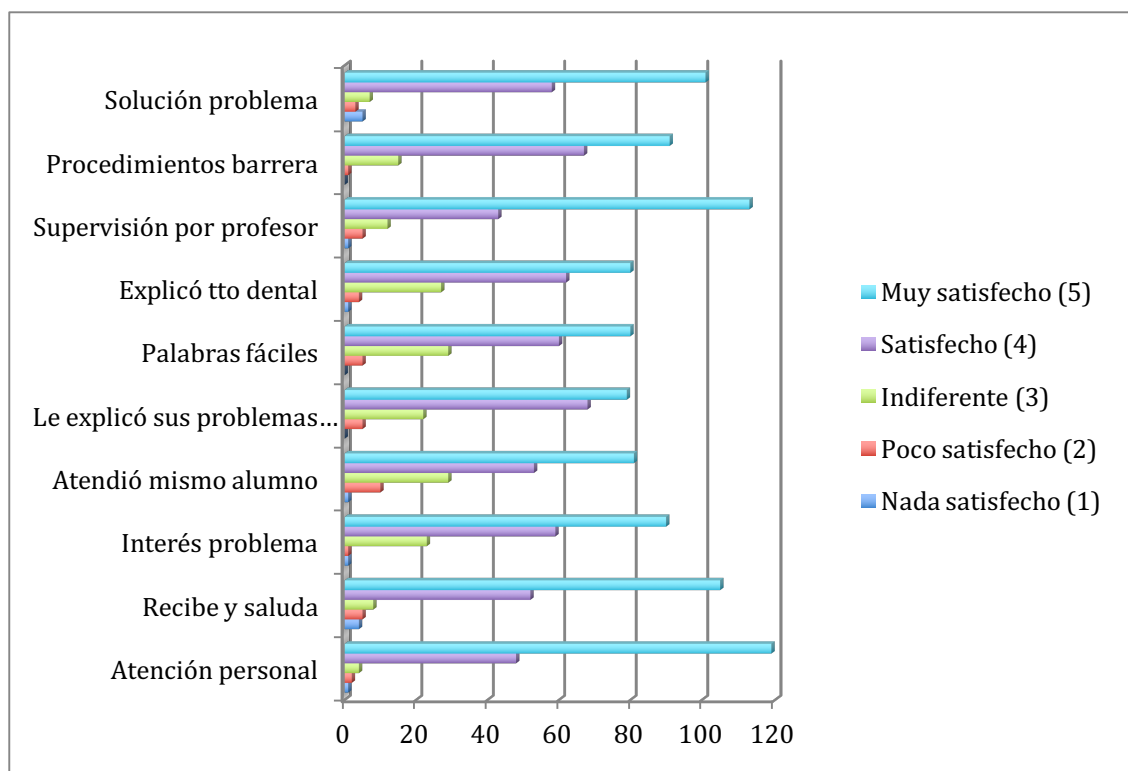
##### IV.3.2.2.1 Ítems del cuestionario para la dimensión *clínica*:



**Gráfico IV.3.2.2.1** Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión clínica.

Si analizamos la media de puntuación otorgada a cada uno de los ítems contestados e en el *apartado clínica*, la pregunta que ha obtenido una puntuación más alta y por tanto una satisfacción mayor ha sido la pregunta referida a satisfacción con la amplitud de la clínica, con una puntuación media de 4,75 en la escala propuesta del 1 al 5 y una desviación estándar de 0,46. Por el contrario, la pregunta que ha obtenido una media en su puntuación más baja y por lo tanto, una satisfacción menor, ha sido la pregunta referente a la satisfacción con los horarios de la CO, con una media de 3,90 y una desviación estándar de 0,90. El resto de ítems del *apartado clínica* han presentado valores en sus medias que han oscilado entre 4,19 y 4,52. (Tabla IV.3.2.2.4)

#### IV.3.2.2.2 Ítems del cuestionario para la dimensión *personal de clínica*:



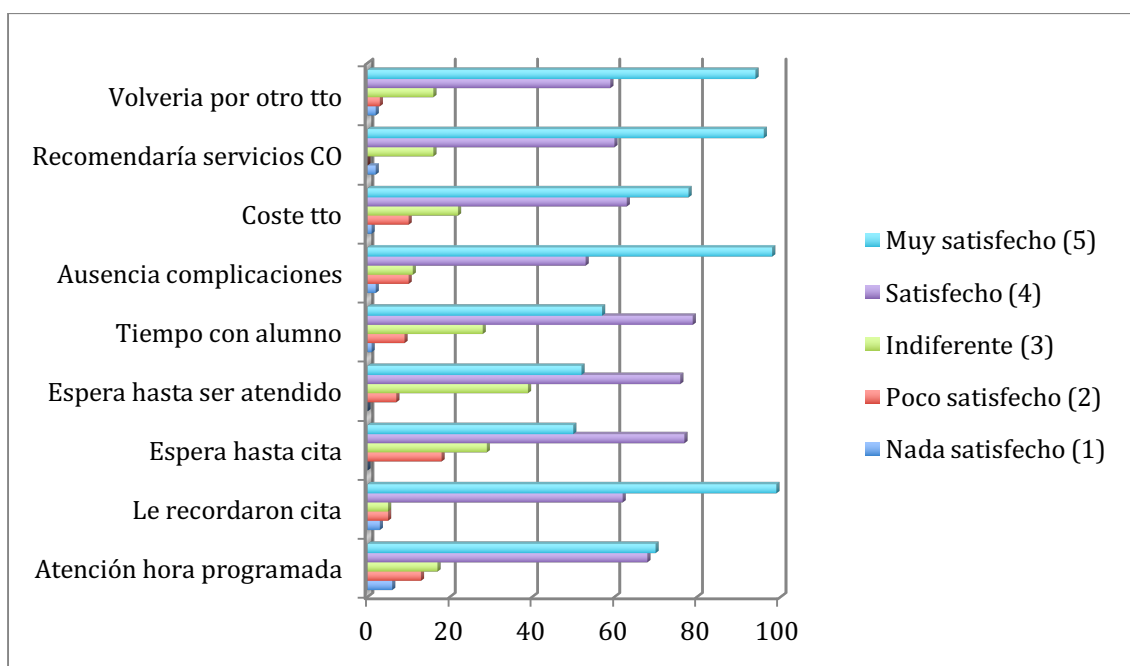
**Gráfico IV.3.2.2.2** Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión personal de clínica.

En relación con el *apartado personal clínica*, la pregunta que ha obtenido la puntuación más alta y, por tanto, mayor satisfacción es la que hace referencia a la atención por parte del personal de la clínica, con una puntuación media de 4,62 y una desviación estándar de 0,65. Por el contrario, la pregunta que ha obtenido una media



en su puntuación más baja y, por ello, una menor satisfacción ha sido la pregunta referente a la satisfacción con que le atendiese el mismo alumno, con una media de 4,17 y una desviación estándar de 0,94. El resto de ítems del *apartado personal clínica* han presentado valores en sus medias que han oscilado entre 4,23 y 4,50. (Tabla IV.3.2.2.4)

#### IV.3.2.2.3 Ítems del cuestionario para la dimensión *tratamiento*:



**Gráfico IV.3.2.2.3** Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión tratamiento.

Respecto al *apartado tratamiento*, la pregunta que ha obtenido la puntuación más alta, y con ello, mayor satisfacción es la que cuestiona si le recordaron su cita, con una puntuación media de 4,43 y una desviación estándar de 0,83. Por otro lado, la pregunta que ha obtenido una media en su puntuación más baja, y de esta forma, una menor satisfacción ha sido la pregunta referente al tiempo de espera hasta conseguir cita, con una media de 3,91 y una desviación estándar de 0,93. El resto de ítems del apartado tratamiento han presentado valores en sus medias que han oscilado entre 3,99 y 4,42. (Tabla IV.3.2.2.4)

En el apartado del cuestionario de aspectos relacionados con el tratamiento, se incluyó una tabla de respuesta dicotómica para responder a la pregunta “**De forma global, ¿cree Ud. que se deberían de mejorar algunos aspectos del tratamiento?**”. En caso de respuesta afirmativa, los pacientes podían comentar libremente su opinión y expresar que aspectos mejorarían.

23 pacientes contestaron de manera afirmativa, tal y como se observa en la tabla IV.3.2.2.3.

MEJORAR-TTO	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	151	151	86,78	86,78
<b>Si</b>	23	174	13,22	100,00

**Tabla IV.3.2.2.3** Distribución de respuesta pacientes encuestados sobre si deberían mejorar algunos aspectos del tratamiento.

Como aspectos a mejorar destacan la petición de un turno de atención por la tarde, un servicio de urgencias (señalando como positivo, que en periodo vacacional la paciente fue atendida de urgencia por una profesora), ampliación de los tratamientos de ortodoncia, horarios más amplios más días de la semana, tarifas más baratas y mejores formas de pago.

#### **IV.3.2.3 Análisis de la satisfacción global:**

Para analizar la satisfacción global del paciente con los servicios de la CO se calculó la media total de todas las puntuaciones otorgadas, obteniendo un valor de 4,31, ya que prácticamente la totalidad de los ítems del cuestionario han obtenido una puntuación superior a 4 (“satisfecho”), presentando valores de satisfacción altos. Tan sólo 3 preguntas, de un total de 27, han presentado medias inferiores a 4 y nunca inferiores a 3. Éstas hacen referencia a la satisfacción con los horarios, con el tiempo hasta conseguir una cita y con el tiempo de espera hasta que el alumno le atendió. (Tabla IV.3.2.2.4).

Ítem	Media	DS
Modernidad equipos	4,53	0,61
Limpieza	4,52	0,64
Ubicación	4,09	0,84
Horarios	3,90	0,90
Accesos	4,68	0,55
Amplitud	4,75	0,46
Tª y ventilación	4,26	0,70
Ruidos y olores	4,19	0,78
Atención por personal	4,62	0,65
Recibe y saluda por su nombre	4,36	0,89
Mostró interés en su problema bucodental	4,36	0,77
Le atendió el mismo alumno	4,17	0,94
Le explicó los problemas que tiene en su boca	4,27	0,79
Utilizó palabras que podía entender fácilmente	4,23	0,83
Le explicó en qué consistiría su tto dental	4,24	0,84
Estuvo supervisado por un profesional	4,50	0,79
Los procedimientos utilizados le transmitían seguridad	4,42	0,67
Se solucionó el problema bucodental	4,42	0,88
Atención a la hora programada	4,05	1,05
Le recordaron su cita	4,43	0,83
Tiempo de espera hasta conseguir cita	3,91	0,93
Tiempo de espera hasta que el alumno le atendió	3,99	0,83
Tiempo que pasó con el alumno durante su tto	4,04	0,86
Ausencia de secuelas y complicaciones	4,35	0,92
Coste del tto	4,19	0,91
Recomendaría los servicios de la CO	4,42	0,75
Volvería para recibir otro tto	4,37	0,81
<b>TOTAL</b>	<b>4,31</b>	

**Tabla IV.3.2.2.4** Media de puntuación otorgada a cada ítem del cuestionario de satisfacción del paciente, DS y media total. (Subrayadas en amarillo las medias y DS más altas dentro de cada apartado del cuestionario).

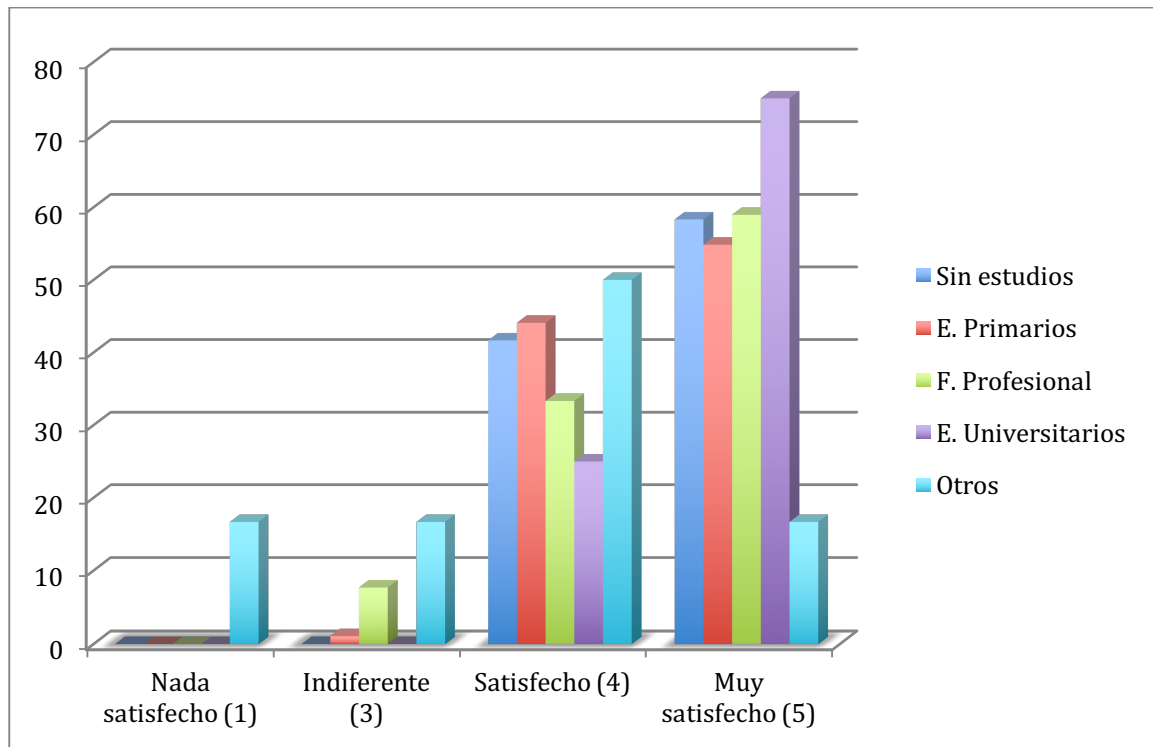
No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción de los pacientes con los servicios de la CO respecto al sexo, edad, estado civil o lugar de residencia. Sin embargo el estudio inferencial con tabulación cruzada de Fischer y Chi-cuadrado, mostró que existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de satisfacción del paciente en función del nivel de estudios y la profesión.

**Así, en función de los estudios:**

La distribución de porcentajes referentes a la **satisfacción con la modernidad de los equipos** resultó con diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,000025$ ), siendo el grupo de pacientes con estudios universitarios el que mostró mayor porcentaje de satisfacción. (Tabla IV.3.2.4.1 y Gráfico IV.3.2.4.1).

Estudios	1arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
Modernidad equipos						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
Nada satisfecho <b>1</b>						
Recuento:	0	0	1	0	0	1
Porcentaje:	0	0	16,67%	0	0	
Indiferente <b>3</b>						
Recuento:	1	3	1	0	0	5
Porcentaje:	1,08%	7,69%	16,67%	0	0	
Satisfecho <b>4</b>						
Recuento:	41	13	3	5	6	68
Porcentaje:	44,09%	33,33%	50%	41,67%	25%	
Muy satisfecho <b>5</b>						
Recuento:	51	23	1	7	18	100
Porcentaje:	54,84%	58,97%	16,67%	58,33%	75%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.1** Distribución de frecuencias de satisfacción con la modernidad de los equipos, según el nivel de estudios.

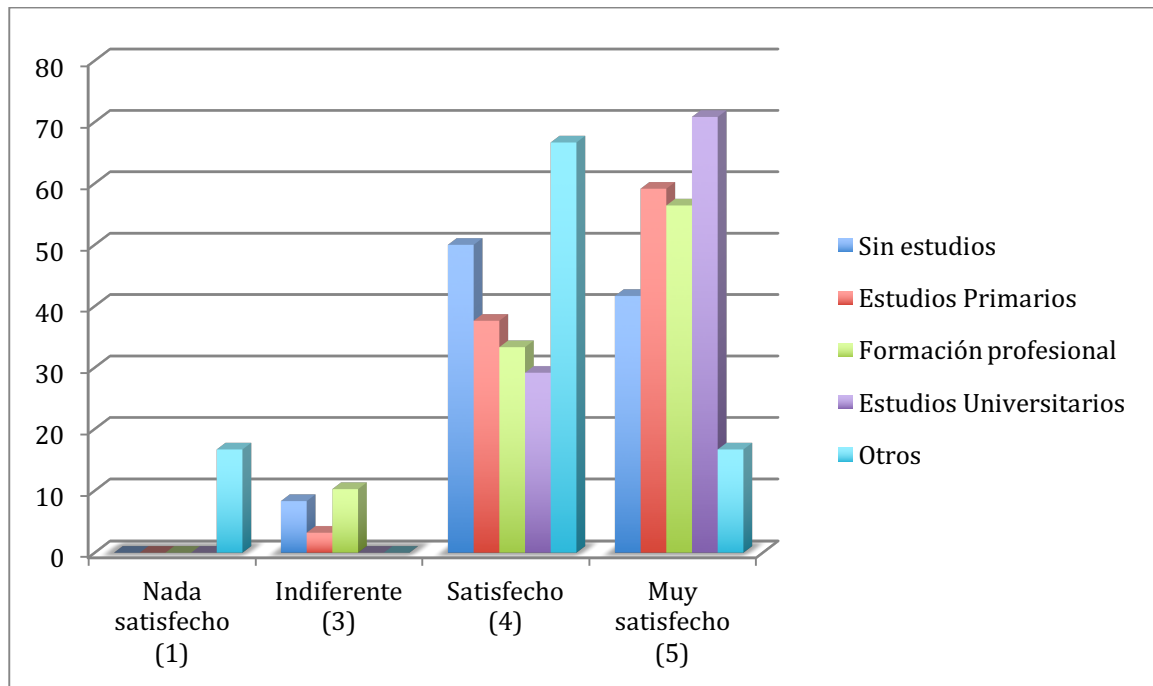


**Gráfico IV.3.2.4.1** Porcentaje de distribución de la satisfacción con la modernidad de los equipos, según el nivel de estudios.

En relación a la **satisfacción con la limpieza de la clínica**, la distribución es mayor en el grupo de pacientes con estudios universitarios. (Chi-cuadrado,  $p=0,00013$ ). (Tabla IV.3.2.4.2 y Gráfico IV.3.2.4.2).

Estudios	arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
Limpieza de la clínica						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	0	0	1	0	0	1
Porcentaje:	0	0	16,67%	0	0	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	3	4	0	1	0	8
Porcentaje:	3,23%	10,26%	0	8,33%	0	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	35	13	4	6	7	65
Porcentaje:	37,63%	33,33%	66,67%	50%	29,17%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	55	22	1	5	17	100
Porcentaje:	59,14%	56,41%	16,67%	41,67%	70,83%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.2** Distribución de frecuencias de satisfacción con la limpieza de la clínica, según el nivel de estudios.



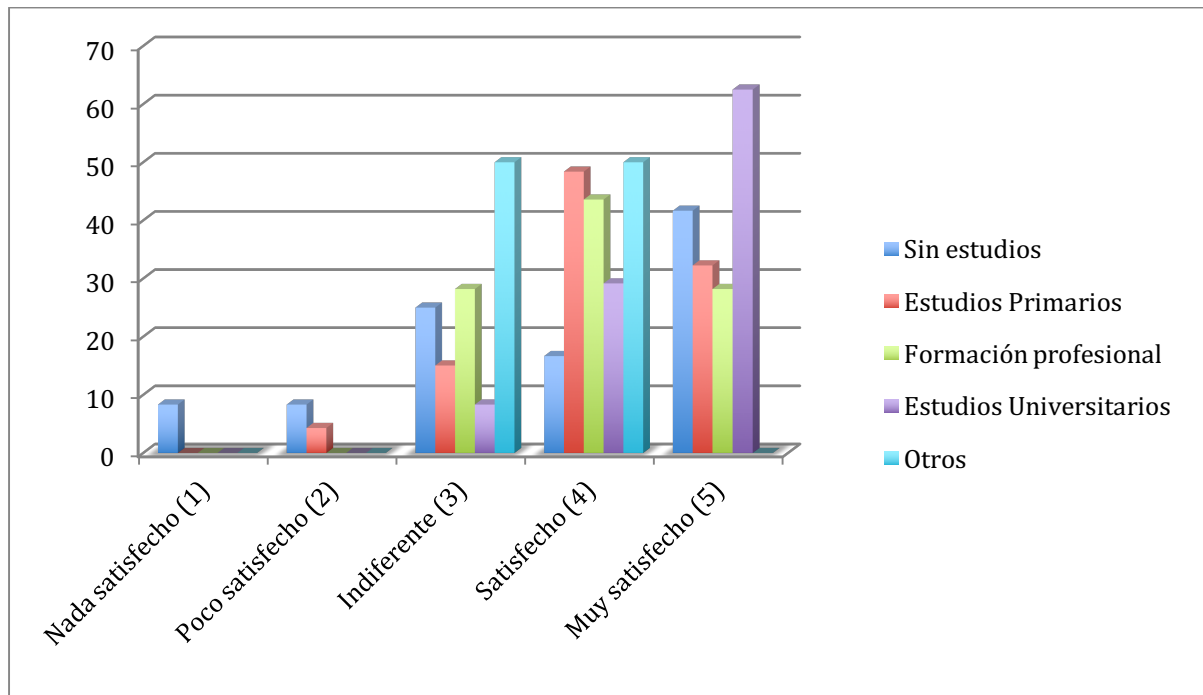
**Gráfico IV.3.2.4.2** Porcentaje de distribución de la satisfacción con la limpieza de la CO, según el nivel de estudios.

Con la siguiente distribución de frecuencias se evalúa la **satisfacción con la ubicación de la clínica**. Un 32,26% de pacientes con estudios primarios se muestra muy satisfecho, el 28,20% corresponde a pacientes con formación profesional, un 41,67% a pacientes sin estudios, y es el grupo de pacientes con estudios universitarios, el que muestra mayor porcentaje de satisfacción (62,5%). (Chi-cuadrado,  $p=0,0025$ ). (Tabla IV.3.2.4.3 y Gráfico IV.3.2.4.3)

Ubicación	Estudios primarios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	0	0	0	1	0	1
Porcentaje:	0	0	0	8,33%	0	
<b>Poco satisfecho 2</b>						
Recuento:	4	0	0	1	0	5
Porcentaje:	4,30%	0	0	8,33%	0	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	14	11	3	3	2	33
Porcentaje:	15,05%	28,20%	50%	25%	8,33%	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	45	17	3	2	7	74
Porcentaje:	48,39%	43,59%	50%	16,67%	29,17%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	30	11	0	5	15	61
Porcentaje:	32,26%	28,20%	0	41,67%	62,5%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.3** Distribución de frecuencias de satisfacción con la ubicación de la CO, según el nivel de estudios.



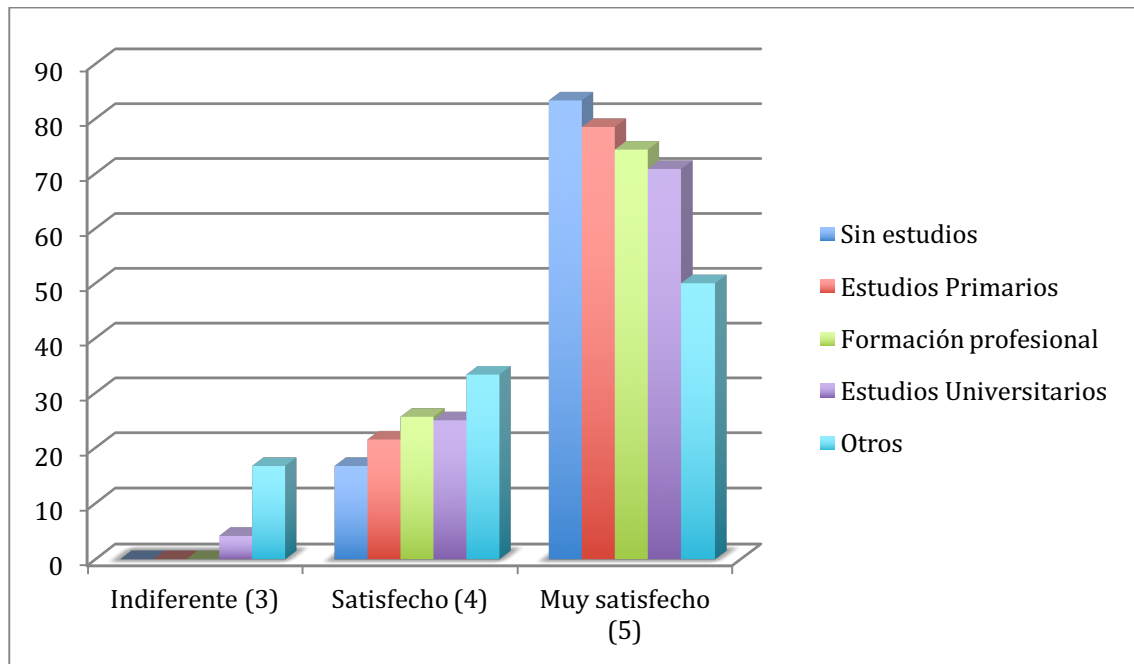


**Gráfico IV.3.2.4.3** Porcentaje de distribución de la satisfacción con la limpieza de la CO, según el nivel de estudios.

La **satisfacción con la amplitud de la clínica** resultó en porcentajes parecidos para los diferentes niveles de estudios, pero fue mayor en el grupo de pacientes sin estudios. (Chi-cuadrado,  $p=0,024$ ). (Tabla IV.3.2.4.4 y Gráfico IV.3.2.4.4).

Estudios	arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
<b>Nivel de satisfacción</b>						
Indiferente <b>3</b>						2
Recuento:	0	0	1	0	1	
Porcentaje:	0	0	16,67%	0	4,17%	
Satisfecho <b>4</b>						40
Recuento:	20	10	2	2	6	
Porcentaje:	21,50%	25,64%	33,33%	16,67%	25%	
Muy satisfecho <b>5</b>						132
Recuento:	73	29	3	10	17	
Porcentaje:	78,49%	74,36%	50%	83,33%	70,83%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.4** Distribución de frecuencias de satisfacción con la amplitud de la CO, según el nivel de estudios.

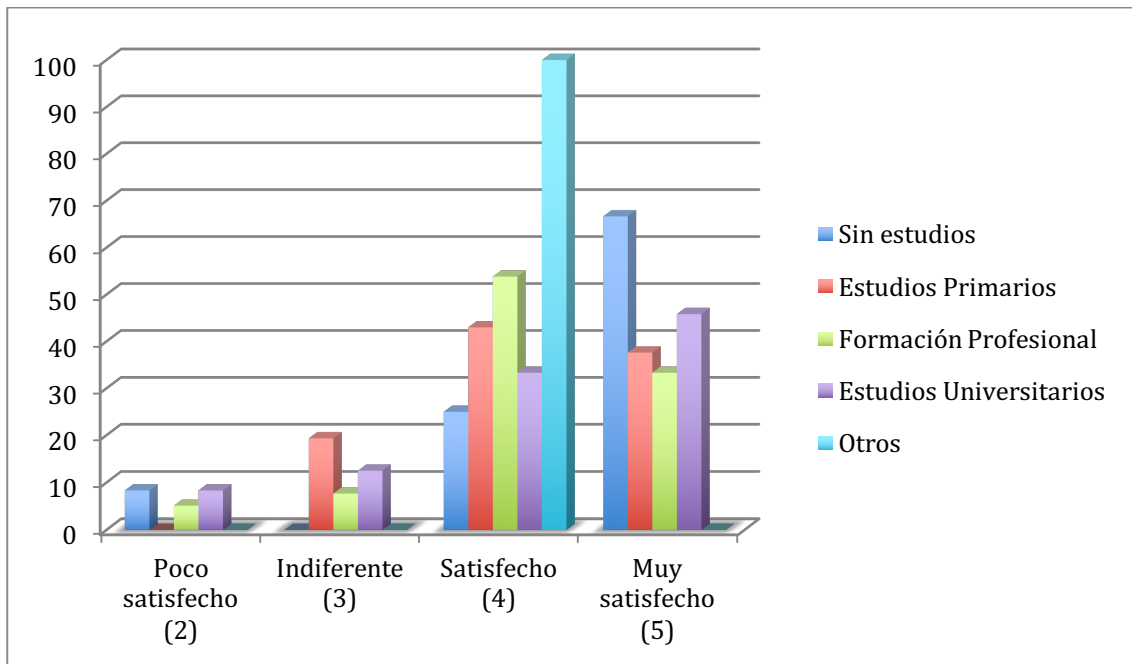


**Gráfico IV.3.2.4.4** Porcentaje de distribución de la satisfacción con la amplitud de la CO, según el nivel de estudios.

En relación a la **satisfacción con la ausencia de ruidos y olores desagradables**, el 100% de los pacientes con otros estudios se muestran satisfechos, sin embargo un 66,67% de los pacientes sin estudios se muestran muy satisfechos, siendo la distribución de frecuencias de satisfacción mayor para este grupo. (Chi-cuadrado,  $p=0,015$ ). (Tabla IV.3.2.4.5 y Gráfico IV.3.2.4.5).

Estudios	1arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
Ausencia de ruidos y olores desagradables						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
Poco satisfecho <b>2</b>						
Recuento:	0	2	0	1	2	5
Porcentaje:	0	5,13%	0	8,33%	8,33%	
Indiferente <b>3</b>						
Recuento:	18	3	0	0	3	24
Porcentaje:	19,35%	7,69%	0	0	12,50%	
Satisfecho <b>4</b>						
Recuento:	40	21	6	3	8	78
Porcentaje:	43,01%	53,85%	100%	25%	33,33%	
Muy satisfecho <b>5</b>						
Recuento:	35	13	0	8	11	67
Porcentaje:	37,63%	33,33%	0	66,67%	45,83%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.5** Distribución de frecuencias de satisfacción con la ausencia de ruidos y olores desagradables en la CO, según el nivel de estudios.

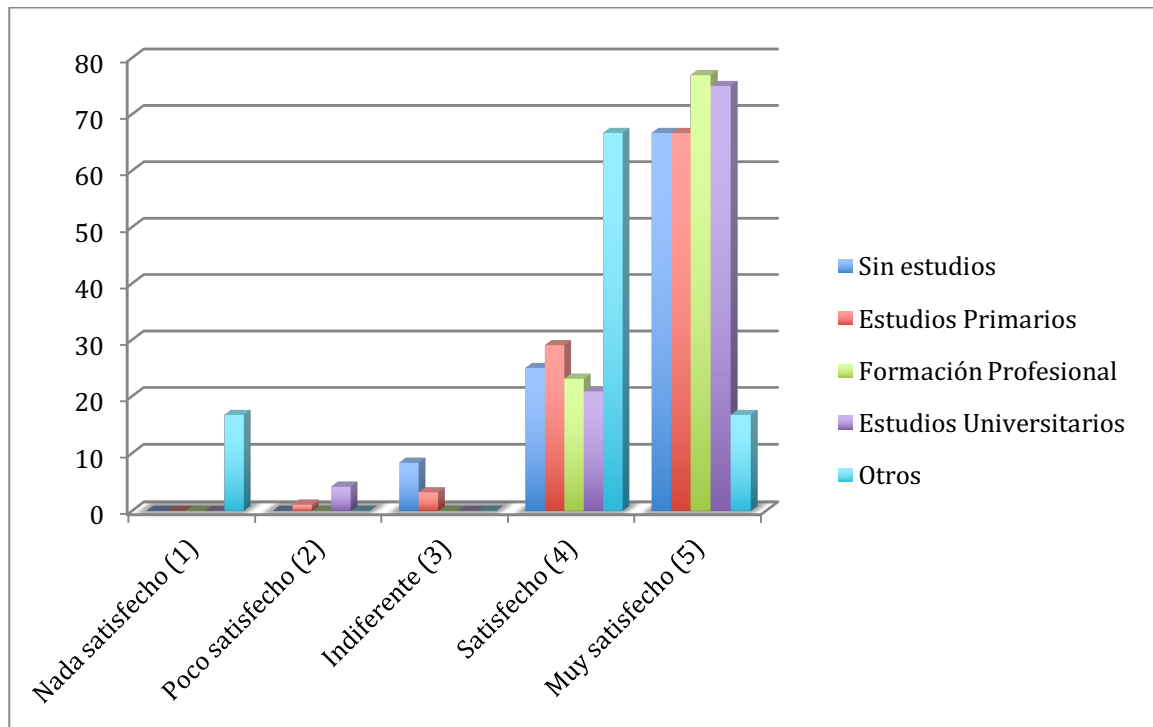


**Gráfico IV.3.2.4.5** Porcentaje de distribución de la satisfacción con la ausencia de ruidos y olores desagradables, según el nivel de estudios.

La evaluación de la **satisfacción con la atención por parte del personal de clínica**, determina un porcentaje de distribución mayor en el grupo de pacientes con formación profesional (76,92%). (Chi-cuadrado,  $p=0,00047$ ) (Tabla IV.3.2.4.6 y Gráfico IV.3.2.4.6).

Estudios	1arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
At. Personal clínica						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	0	0	1	0	0	1
Porcentaje:	0	0	16,67%	0	0	
<b>Poco satisfecho 2</b>						
Recuento:	1	0	0	0	1	2
Porcentaje:	1,07%	0	0	0	4,17%	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	3	0	0	1	0	4
Porcentaje:	3,22%	0	0	8,33%	0	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	27	9	4	3	5	48
Porcentaje:	29,03%	23,08%	66,67%	25%	20,83%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	62	30	1	8	18	119
Porcentaje:	66,67%	76,92%	16,67%	66,67%	75%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.6** Distribución de frecuencias de satisfacción con la atención por parte del personal de la CO, según el nivel de estudios.



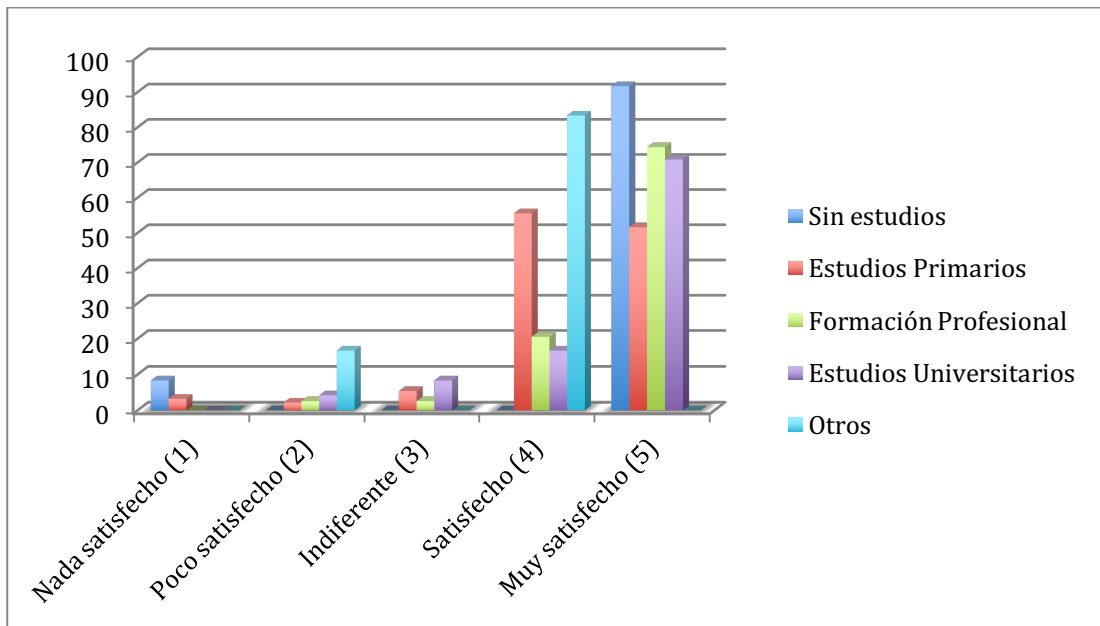
**Gráfico IV.3.2.4.6** Porcentaje de distribución de la satisfacción con la atención por parte del personal de la CO, según el nivel de estudios.

La distribución de frecuencias de la **satisfacción con que el alumno le reciba y salude por su nombre**, resulta mayor en el grupo sin estudios (91,67%). (Chi-cuadrado,  $p=0,0081$ ) (Tabla IV.3.2.4.7 y Gráfico IV.3.2.4.7).

Estudios	1arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
Recibe y saluda por su nombre						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	3	0	0	1	0	4
Porcentaje:	3,22%	0	0	8,33%	0	
<b>Poco satisfecho 2</b>						
Recuento:	2	1	1	0	1	5
Porcentaje:	2,15%	2,56%	16,67	0	4,17%	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	5	1	0	0	2	8
Porcentaje:	5,38%	2,56%	0	0	8,33%	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	35	8	5	0	4	52
Porcentaje:	55,55%	20,51%	83,33%	0	16,67%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	48	29	0	11	17	105
Porcentaje:	51,61%	74,36%	0	91,67%	70,83%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.7** Distribución de frecuencias de satisfacción con que el alumno reciba y salude por su nombre al paciente, según el nivel de estudios.



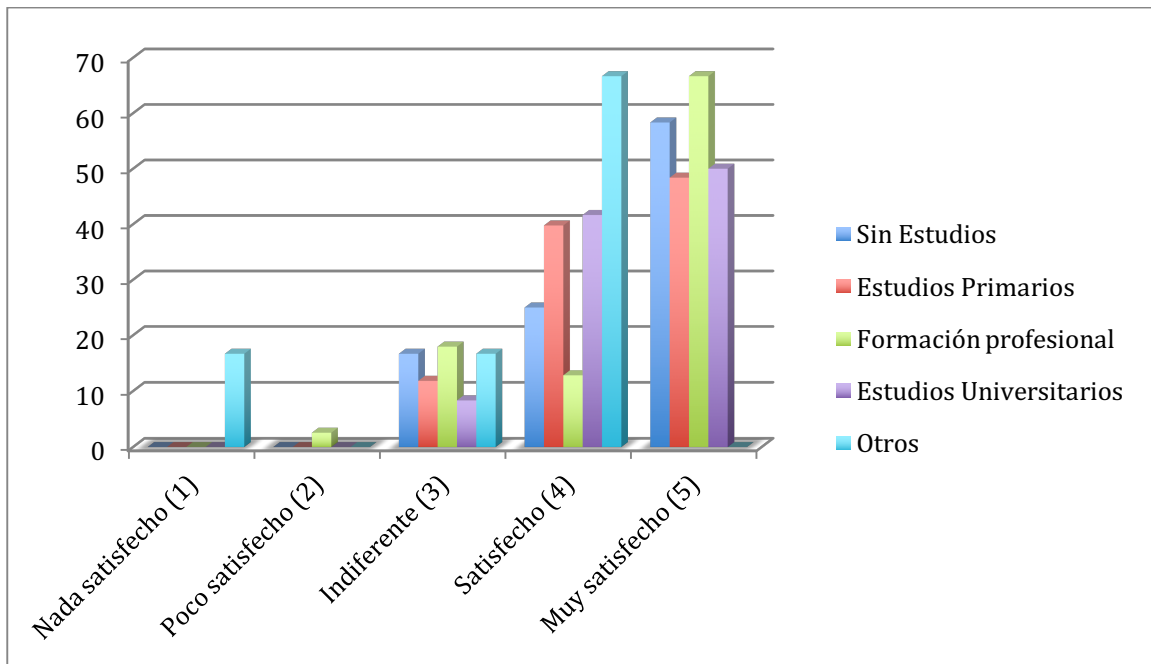


**Gráfico IV.3.2.4.7** Porcentaje de distribución de la satisfacción con que el alumno reciba y salude al paciente por su nombre, según el nivel de estudios.

El porcentaje de **satisfacción con que el alumno en prácticas mostrase interés en el problema bucodental del paciente**, es mayor en el grupo de formación profesional, ya que el 66,67%, se muestran muy satisfechos. Destaca que ese mismo porcentaje (66,67%) de pacientes con otros estudios valoran satisfactoriamente el interés mostrado por el alumno en su problema bucodental. (Chi-cuadrado,  $p=0,000078$ ). (Tabla IV.3.2.4.8 y Gráfico IV.3.2.4.8).

Estudios	1arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
Alumno mostró interés en su problema						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	0	0	1	0	0	1
Porcentaje:	0	0	16,67%	0	0	
<b>Poco satisfecho 2</b>						
Recuento:	0	1	0	0	0	1
Porcentaje:	0	2,56%	0	0	0	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	11	7	1	2	2	23
Porcentaje:	11,83%	17,95	16,67%	16,67%	8,33%	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	37	5	4	3	10	59
Porcentaje:	39,78%	12,82	66,67%	25%	41,67%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	45	26	0	7	12	90
Porcentaje:	48,39%	66,67%	0	58,33%	50%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.8** Distribución de frecuencias de satisfacción con que el alumno mostrase interés en el problema bucodental del paciente, según el nivel de estudios.

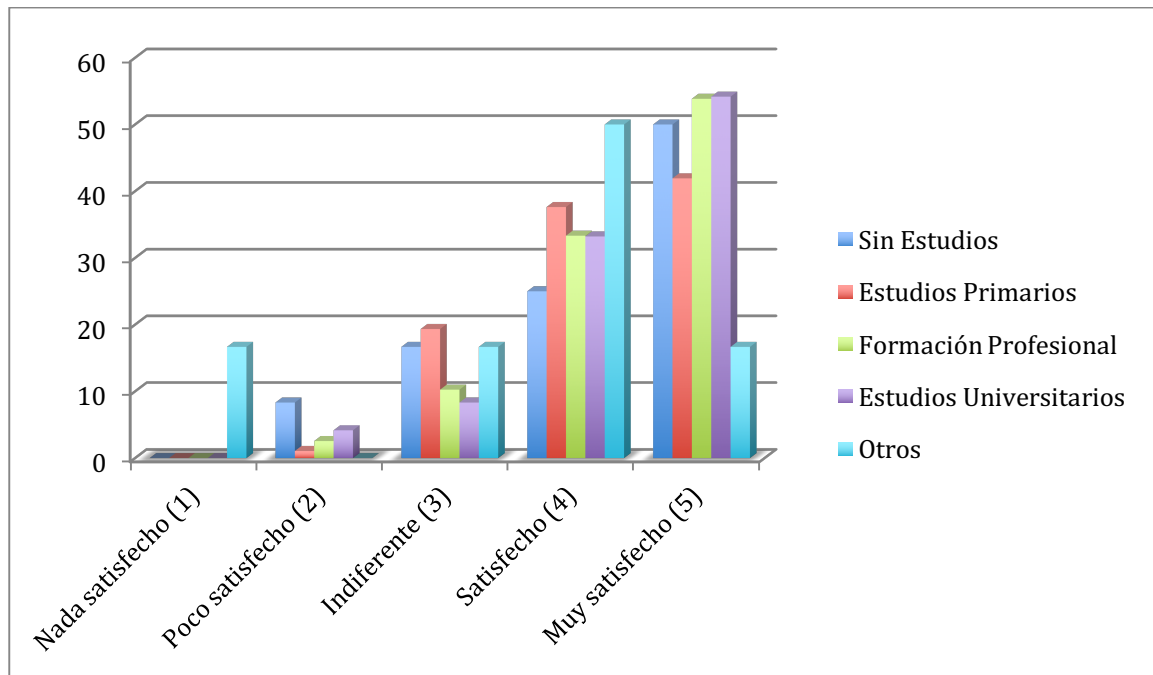


**Gráfico IV.3.2.4.8** Porcentaje de distribución de la satisfacción con que el alumno en prácticas mostrase interés en el problema bucodental del paciente, según el nivel de estudios.

La distribución de frecuencias de la **satisfacción con la explicación por parte del alumno del tratamiento que recibiría el paciente** resultó muy similar, siendo ligeramente mayor en el grupo de estudios universitarios (54,17%), seguidos del grupo de pacientes con formación profesional (53,85%). (Chi-cuadrado,  $p=0,0023$ ). (Tabla IV.3.2.4.9 y Gráfico IV.3.2.4.9).

Estudios	1arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
Explicó en que consistiría su tto dental						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	0	0	1	0	0	1
Porcentaje:	0	0	16,67%	0	0	
<b>Poco satisfecho 2</b>						
Recuento:	1	1	0	1	1	4
Porcentaje:	1,07%	2,56%	0	8,33%	4,17%	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	18	4	1	2	2	27
Porcentaje:	19,35%	10,26%	16,67%	16,67%	8,33%	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	35	13	3	3	8	62
Porcentaje:	37,63%	33,33%	50%	25%	33,22%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	39	21	1	6	13	80
Porcentaje:	41,93%	53,85%	16,67%	50%	54,17%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.9** Distribución de frecuencias de satisfacción con la explicación por parte del alumno del tratamiento que recibiría el paciente, según el nivel de estudios.

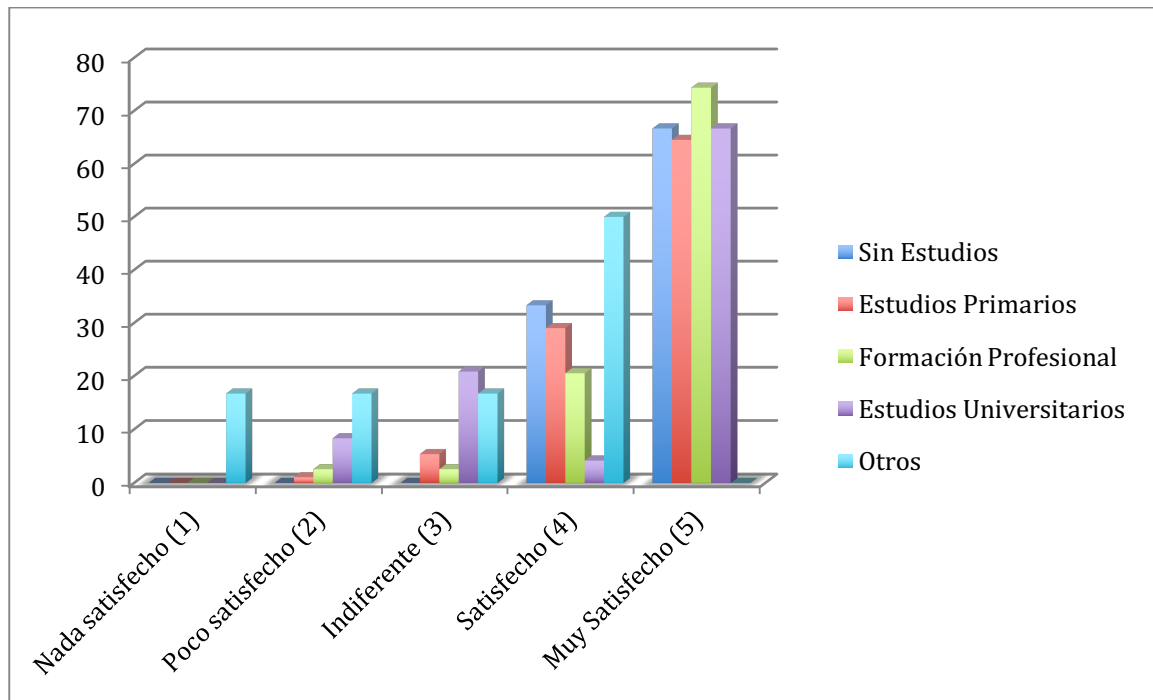


**Gráfico IV.3.2.4.9** Porcentaje de distribución de la satisfacción con la explicación por parte del alumno del tratamiento que recibiría el paciente, según el nivel de estudios.

El porcentaje de **satisfacción con la supervisión del tratamiento por un profesional** resultó mayor en el grupo de pacientes con formación profesional (74,36%). (Chi-cuadrado,  $p=0,000002$ ). (Tabla IV.3.2.4.10 y Gráfico IV.3.2.4.10).

Estudios	arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
Supervisión por profesional						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	0	0	1	0	0	1
Porcentaje:	0	0	16,67%	0	0	
<b>Poco satisfecho 2</b>						
Recuento:	1	1	1	0	2	5
Porcentaje:	1,07%	2,56%	16,67%	0	8,33%	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	5	1	1	0	5	12
Porcentaje:	5,38%	2,56%	16,67%	0	20,83%	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	27	8	3	4	1	43
Porcentaje:	29,03%	20,51%	50%	33,33%	4,17%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	60	29	0	8	16	113
Porcentaje:	64,52%	74,36%	0	66,67%	66,67%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.10** Distribución de frecuencias de satisfacción del paciente con la supervisión del tratamiento por parte de un profesional, según el nivel de estudios.



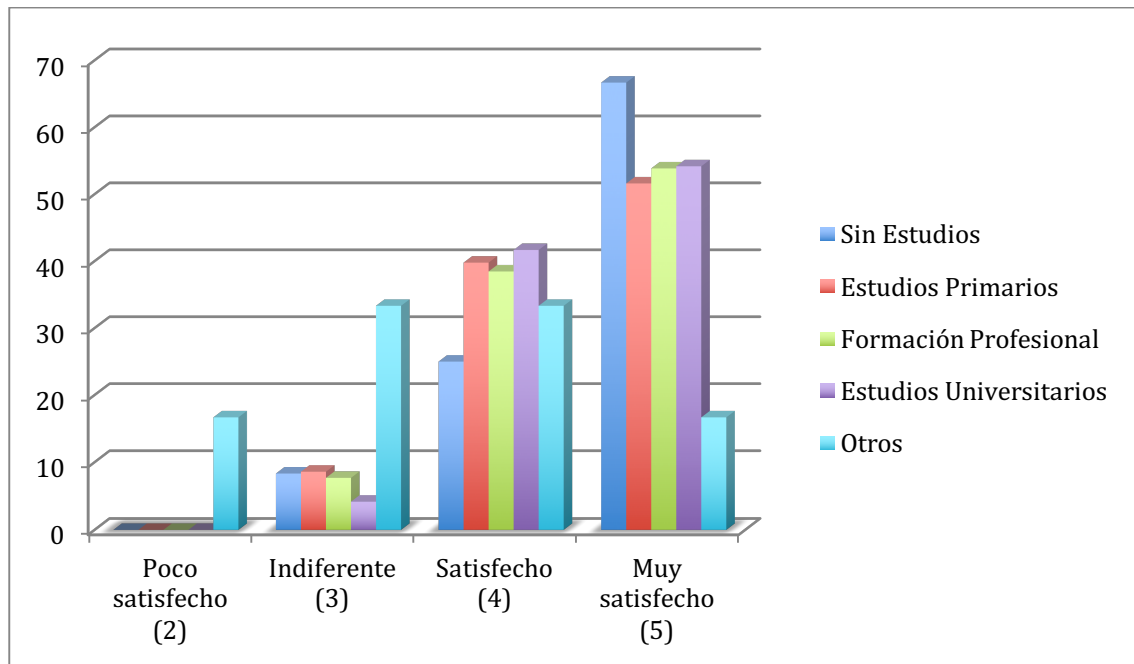
**Gráfico IV.3.2.4.10** Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con la supervisión del tratamiento por un profesional, según el nivel de estudios.

La distribución de frecuencias de **satisfacción del paciente con la seguridad transmitida por los procedimientos utilizados** resultó mayor en el grupo de pacientes sin estudios (66,67%). (Chi-cuadrado,  $p=0,00039$ ). (Tabla IV.3.2.4.11 y Gráfico IV.3.2.4.11).

Estudios	arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
Satisfacción con la seguridad de los procedimientos						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
Poco satisfecho <b>2</b>						
Recuento:	0	0	1	0	0	1
Porcentaje:	0	0	16,67%	0	0	
Indiferente <b>3</b>						
Recuento:	8	3	2	1	1	15
Porcentaje:	8,60%	7,69%	33,33%	8,33%	4,17%	
Satisfecho <b>4</b>						
Recuento:	37	15	2	3	10	67
Porcentaje:	39,78%	38,46%	33,33%	25%	41,67%	
Muy satisfecho <b>5</b>						
Recuento:	48	21	1	8	13	91
Porcentaje:	51,61%	53,85%	16,67%	66,67%	54,17%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.11** Distribución de frecuencias de satisfacción del paciente con la seguridad transmitida por los procedimientos utilizados, según el nivel de estudios.



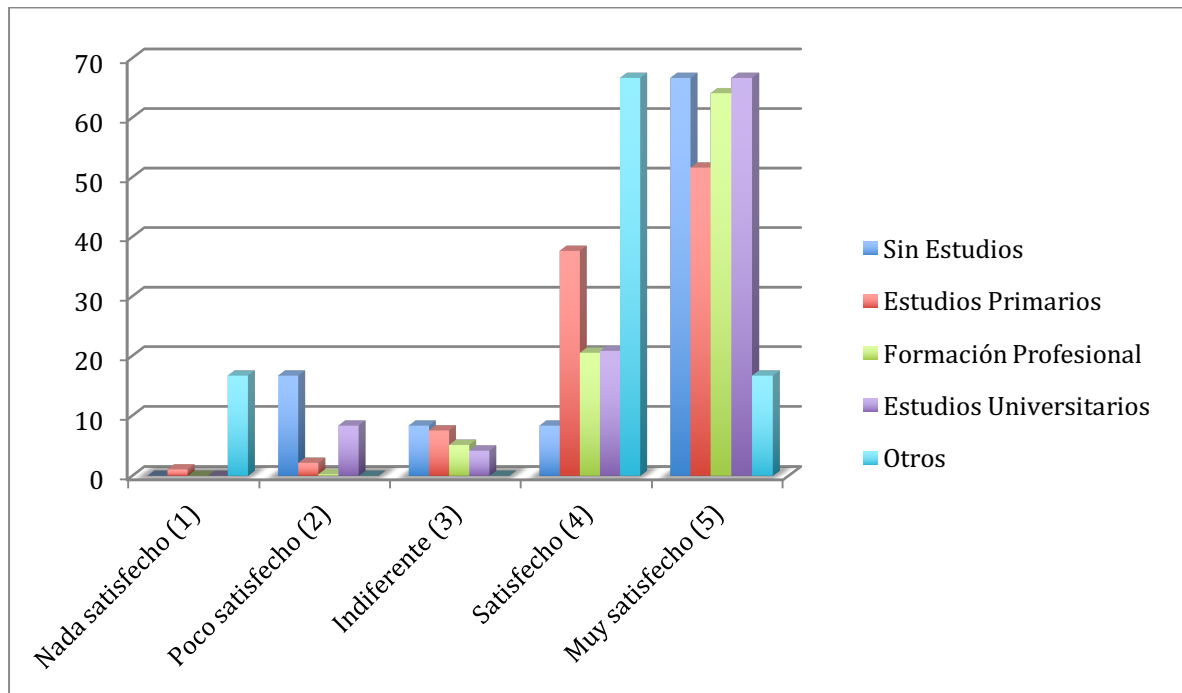


**Gráfico IV.3.2.4.11** Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con la seguridad transmitida por los procedimientos utilizados, según el nivel de estudios.

Con la siguiente distribución de frecuencias se presentó el nivel de **satisfacción con la ausencia de secuelas y complicaciones** según el nivel de estudios. El mismo porcentaje de pacientes con estudios universitarios y sin estudios (66.67%) se mostró muy satisfecho, seguidos del 64,10% de pacientes con formación profesional, el 51,61% de pacientes con estudios primarios y el 16,67% de pacientes con otros estudios. Un 66,67% de pacientes con otros estudios se mostró, además, satisfecho con la ausencia de secuelas y complicaciones. (Chi-cuadrado,  $p=0,0095$ ). (Tabla IV.3.2.4.12 y Gráfico IV.3.2.4.12).

Estudios	1arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
Ausencia secuelas y complicaciones						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	1	0	1	0	0	2
Porcentaje:	1,07%	0	16,67%	0	0	
<b>Poco satisfecho 2</b>						
Recuento:	2	4	0	2	2	10
Porcentaje:	2,15%	10,26%	0	16,67	8,33%	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	7	2	0	1	1	11
Porcentaje:	7,53%	5,13%	0	8,33%	4,17	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	35	8	4	1	5	53
Porcentaje:	37,63%	20,51%	66,67%	8,33%	20,83%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	48	25	1	8	16	98
Porcentaje:	51,61%	64,10%	16,67%	66,67%	66,67%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.12.** Distribución de frecuencias del nivel de satisfacción con la ausencia de secuelas y complicaciones, según el nivel de estudios.

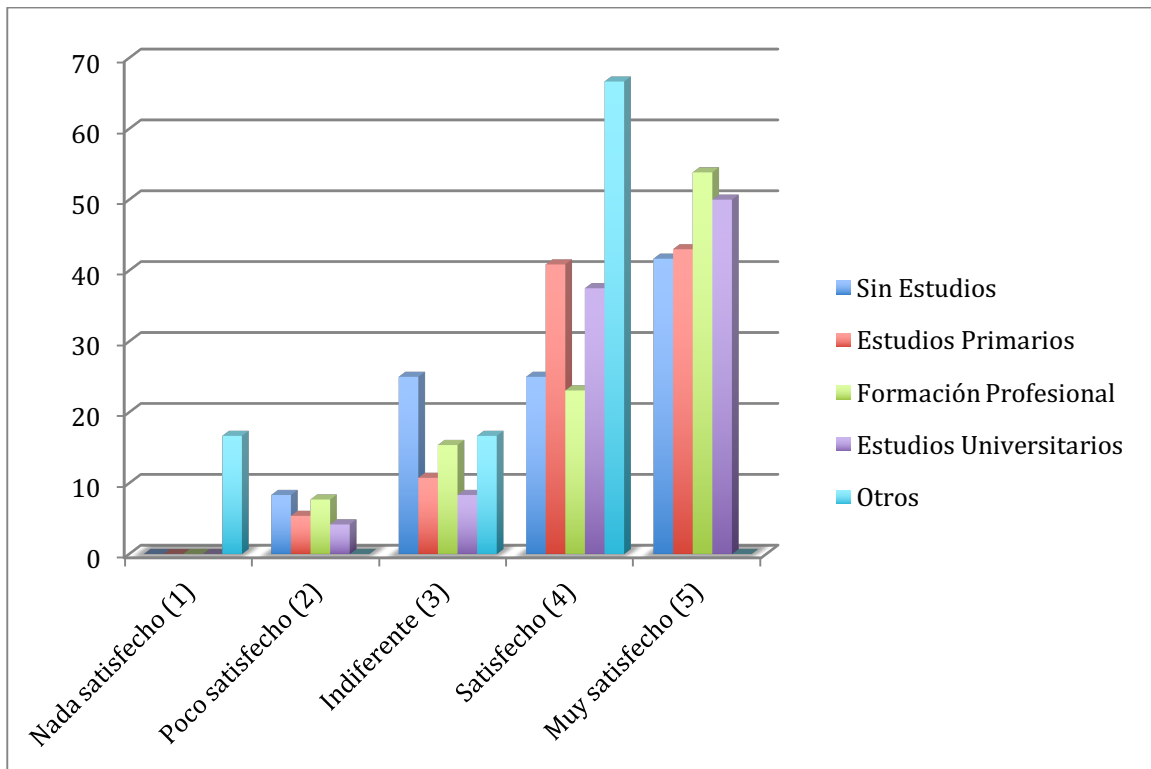


**Gráfico IV.3.2.4.12** Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con la ausencia de secuelas y complicaciones, según el nivel de estudios.

La evaluación de la **satisfacción con el coste del tratamiento** determina un porcentaje de distribución mayor para el grupo de pacientes con formación profesional en el nivel “muy satisfactorio”, mientras que la distribución es mayor para el grupo de pacientes con otros estudios si valoramos el nivel de respuestas “satisfactorias” (Chi-cuadrado,  $p=0,000999$ ). (Tabla IV.3.2.4.13 y Gráfico IV.3.2.4.13).

Estudios	1arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
Coste del tto						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	0	0	1	0	0	1
Porcentaje:	0	0	16,67%	0	0	
<b>Poco satisfecho 2</b>						
Recuento:	5	3	0	1	1	10
Porcentaje:	5,38%	7,69%	0	8,33%	4,17%	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	10	6	1	3	2	22
Porcentaje:	10,75%	15,38%	16,67%	25%	8,33%	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	38	9	4	3	9	63
Porcentaje:	40,86%	23,08%	66,67%	25%	37,50%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	40	21	0	5	12	78
Porcentaje:	43,01%	53,85%	0	41,67%	50%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.13** Distribución de frecuencias de satisfacción con el coste del tratamiento, según el nivel de estudios.

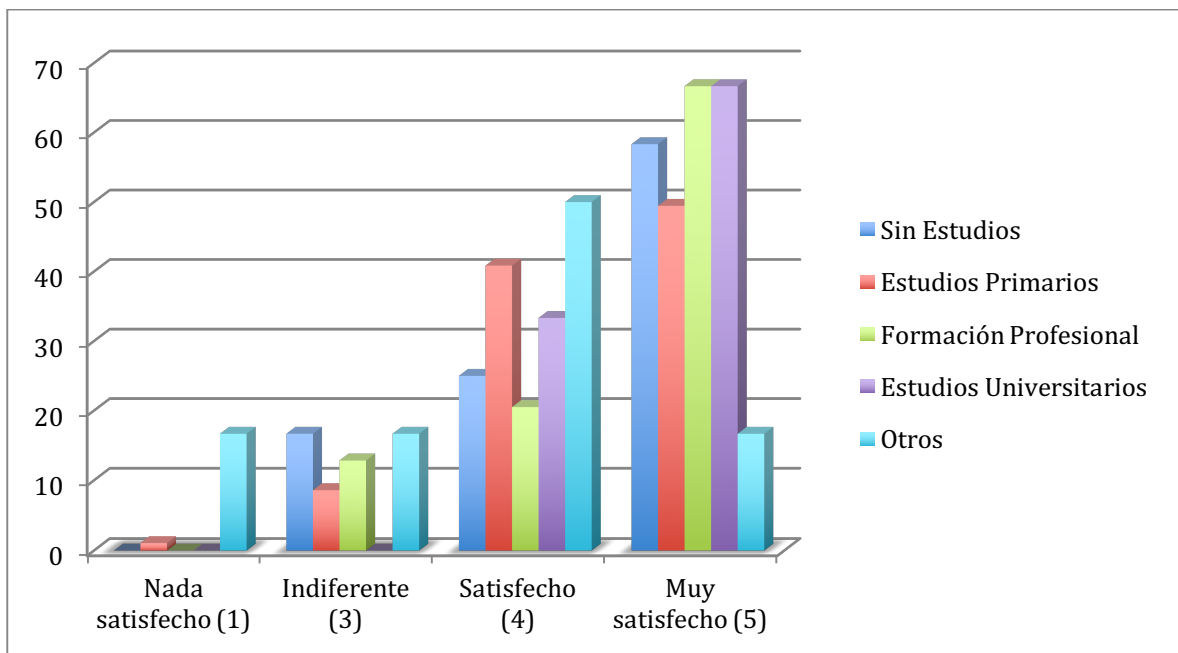


**Gráfico IV.3.2.4.13** Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con el coste del tratamiento, según el nivel de estudios.

Al analizar la distribución de frecuencias en este apartado, resultó que los pacientes que **mayor satisfacción mostraron y que más recomendarían los servicios de la CO** son aquellos con estudios universitarios y formación profesional (66,67%) (Chi-cuadrado,  $p=0,014$ ). (Tabla IV.3.2.4.14 y Gráfico IV.3.2.4.14).

Estudios	arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
Recomendaría los servicios de la CO						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
Nada satisfecho 1						
Recuento:	1	0	1	0	0	2
Porcentaje:	1,07%	0	16,67%	0	0	
Indiferente 3						
Recuento:	8	5	1	2	0	16
Porcentaje:	8,60%	12,82%	16,67%	16,67%	0	
Satisfecho 4						
Recuento:	38	8	3	3	8	60
Porcentaje:	40,86%	20,51%	50%	25%	33,33%	
Muy satisfecho 5						
Recuento:	46	26	1	7	16	96
Porcentaje:	49,46%	66,67%	16,67%	58,33%	66,67%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.14** Distribución de frecuencias de satisfacción y recomendación de los servicios de la CO, según el nivel de estudios.



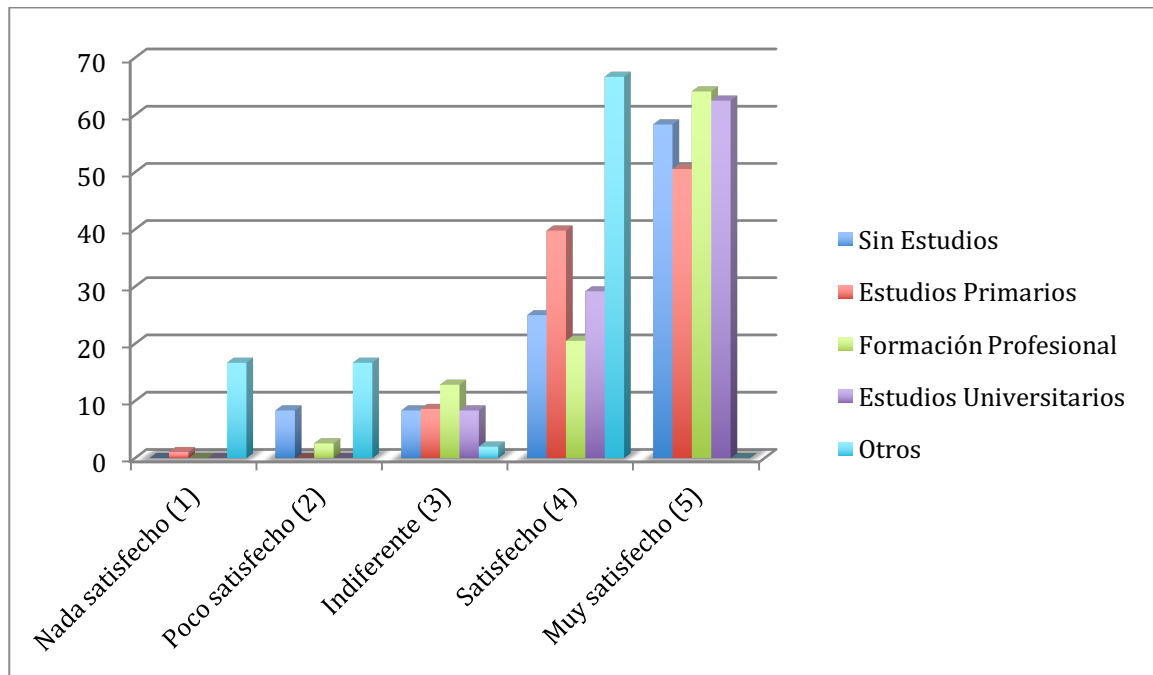
**Gráfico IV.3.2.4.14** Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con la recomendación de los servicios de la CO, según el nivel de estudios.

El análisis de las frecuencias de distribución de la **satisfacción con volver a recibir otro tratamiento en la CO** resultó mayor en el grupo de pacientes con formación profesional (64,10%), seguidos muy de cerca por los pacientes con estudios universitarios (62,50%). Hay que destacar que un 66,67% de pacientes con otros estudios se mostraron satisfechos y volverían a recibir otro tratamiento en la CO. (Chi-cuadrado,  $p=0,0018$ ). (Tabla IV.3.2.4.15 y Gráfico IV.3.2.4.15).

Estudios	1arios	F. prof.	Otros	Sin estudios	E. universitarios	Total
Volvería para recibir otro tratamiento						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	1	0	1	0	0	2
Porcentaje:	1,07%	0	16,67%	0	0	
<b>Poco satisfecho 2</b>						
Recuento:	0	1	1	1	0	3
Porcentaje:	0	2,56%	16,67%	8,33%	0	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	8	5	0	1	2	16
Porcentaje:	8,60%	12,82%	0	8,33%	8,33%	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	37	8	4	3	7	59
Porcentaje:	39,78%	20,51%	66,67%	25%	29,17%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	47	25	0	7	15	94
Porcentaje:	50,54%	64,10%	0	58,33%	62,50%	
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.15** Distribución de frecuencias de satisfacción de los pacientes con volver a recibir otro tratamiento en la CO, según el nivel de estudios.





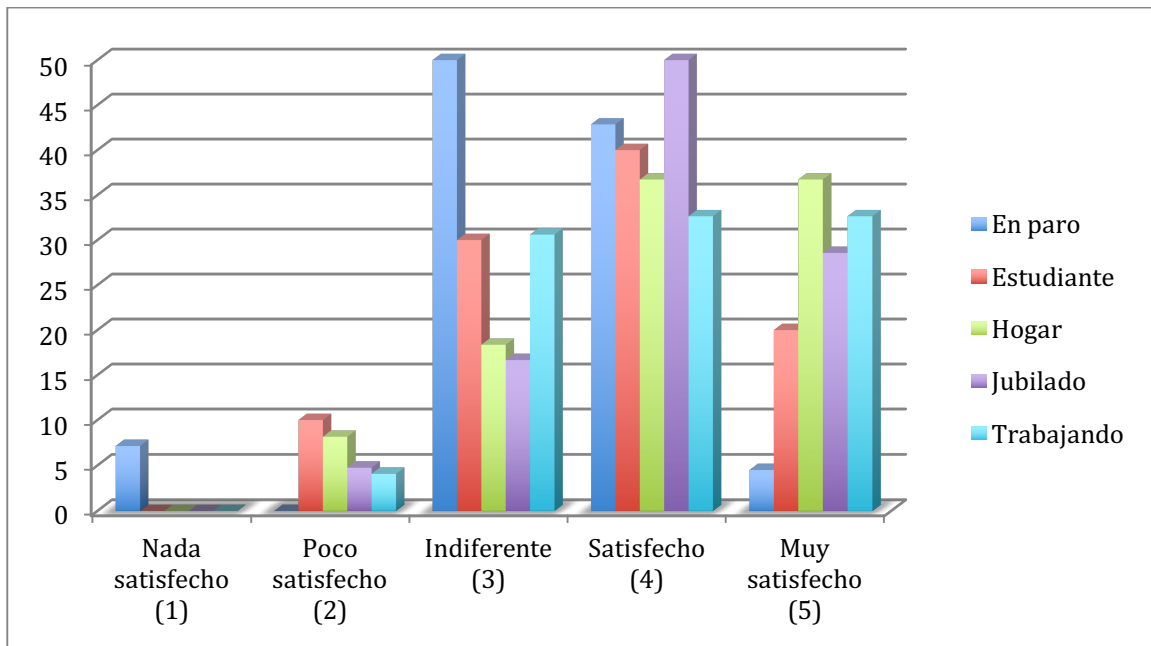
**Gráfico IV.3.2.4.15** Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con volver a recibir otro tratamiento en la CO, según el nivel de estudios.

En función de la **profesión del paciente**:

La distribución de frecuencias de **satisfacción con los horarios de atención** reflejó que el grupo de pacientes que trabajan en el hogar son los que valoran muy satisfactoriamente los horarios de la CO (36,73%). El grupo de jubilados destacó valorando satisfactoriamente este ítem (50%). (Chi-cuadrado,  $p=0,034$ ). (Tabla IV.3.2.4.16 y Gráfico IV.3.2.4.16).

Profesión	En paro	Estudiante	Hogar	Jubilado	Trabajando	Total
<b>Horarios</b>						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	1	0	0	0	0	1
Porcentaje:	7,14%	0	0	0	0	
<b>Poco satisfecho 2</b>						
Recuento:	0	2	4	2	2	10
Porcentaje:	0	10%	8,16%	4,76%	4,08%	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	7	6	9	7	15	44
Porcentaje:	50%	30%	18,37%	16,67%	30,61%	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	6	8	18	21	16	69
Porcentaje:	42,86%	40%	36,73%	50%	32,65%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	0	4	18	12	16	50
Porcentaje:	0	20%	36,73%	28,57%	32,65%	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.16** Distribución de frecuencias de satisfacción del paciente con los horarios de atención de la CO, según su profesión.

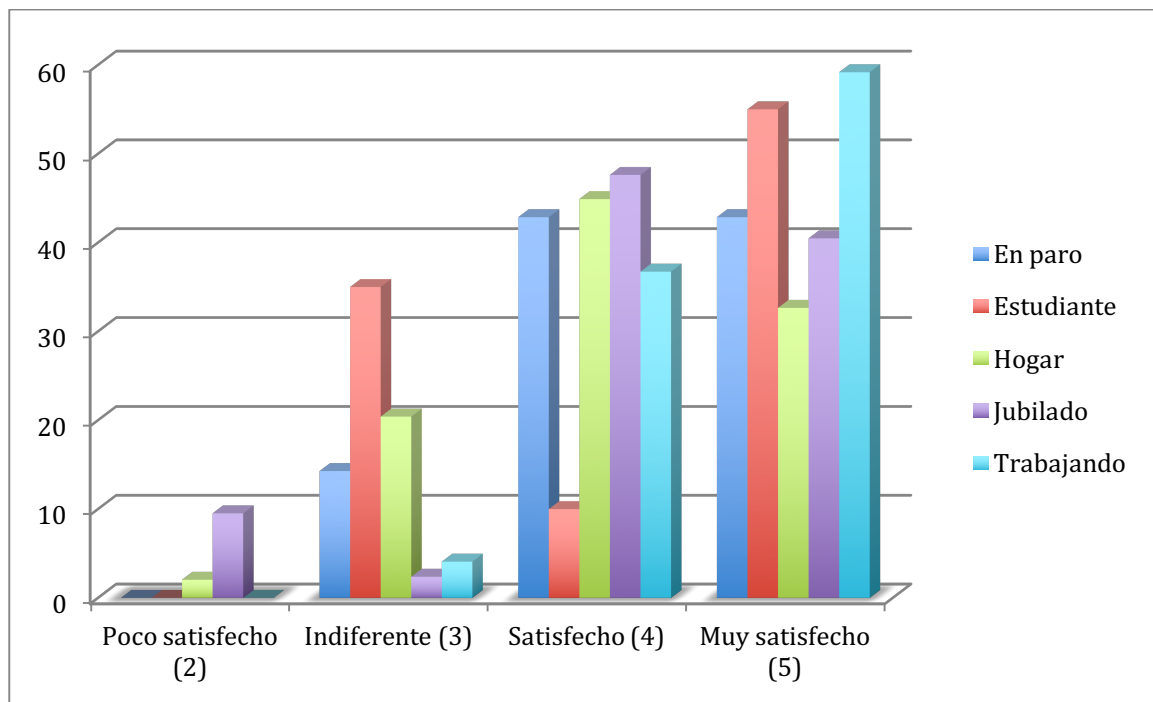


**Gráfico IV.3.2.4.16** Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con los horarios de atención de la CO, según su profesión.

El porcentaje de distribución de la **satisfacción del paciente con la explicación del alumno de los problemas que tenía en su boca** es mayor en el grupo de pacientes que se encontraban trabajando (59,18%), seguidos muy de cerca de los estudiantes (55%). (Chi-cuadrado,  $p=0,000363$ ). (Tabla IV.3.2.4.17 y Gráfico IV.3.2.4.17).

Profesión	En paro	Estudiante	Hogar	Jubilado	Trabajando	Total
Explicación problemas						
<b>Nivel de satisfacción</b>						
Poco satisfecho <b>2</b>						
Recuento:	0	0	1	4	0	5
Porcentaje:	0	0	2,04%	9,52%	0	
Indiferente <b>3</b>						
Recuento:	2	7	10	1	2	22
Porcentaje:	14,28%	35%	20,41%	2,38%	4,08%	
Satisfecho <b>4</b>						
Recuento:	6	2	22	20	18	68
Porcentaje:	42,86%	10%	44,90%	47,62%	36,73%	
Muy satisfecho <b>5</b>						
Recuento:	6	11	16	17	29	79
Porcentaje:	42,86%	55%	32,65%	40,48%	59,18%	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.17** Distribución de la satisfacción del paciente con la explicación del alumno de los problemas que tenía en su boca, según su profesión.

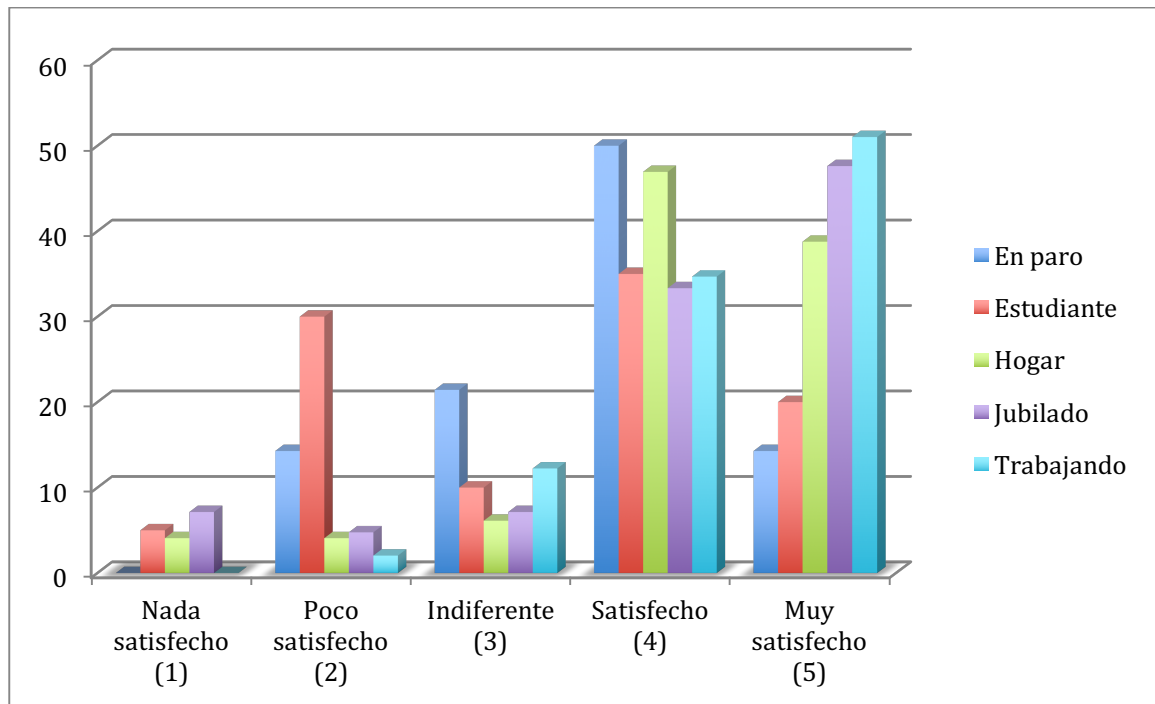


**Gráfico IV.3.2.4.17** Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con la explicación del alumno de los problemas que tenía en su boca, según su profesión.

La distribución de frecuencias de satisfacción con la **puntualidad en la hora de atención** reflejó una mayor satisfacción en el grupo de pacientes que trabajaban (51,02%). (Chi-cuadrado,  $p=0,0072$ ). (Tabla IV.3.2.4.18 y Gráfico IV.3.2.4.18).

Profesión	En paro	Estudiante	Hogar	Jubilado	Trabajando	Total
Puntualidad hora programada						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	0	1	2	3	0	6
Porcentaje:	0	5%	4,08%	7,14	0	
<b>Poco satisfecho 2</b>						
Recuento:	2	6	2	2	1	13
Porcentaje	14,28%	30%	4,08%	4,76%	2,04%	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	3	2	3	3	6	17
Porcentaje:	21,43%	10%	6,12%	7,14%	12,24%	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	7	7	23	14	17	68
Porcentaje:	50%	35%	46,94%	33,33%	34,69%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	2	4	19	20	25	70
Porcentaje:	14,28%	20%	38,77%	47,62%	51,02%	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.18** Distribución de frecuencias de satisfacción del paciente con la puntualidad en la hora de atención, según su profesión.



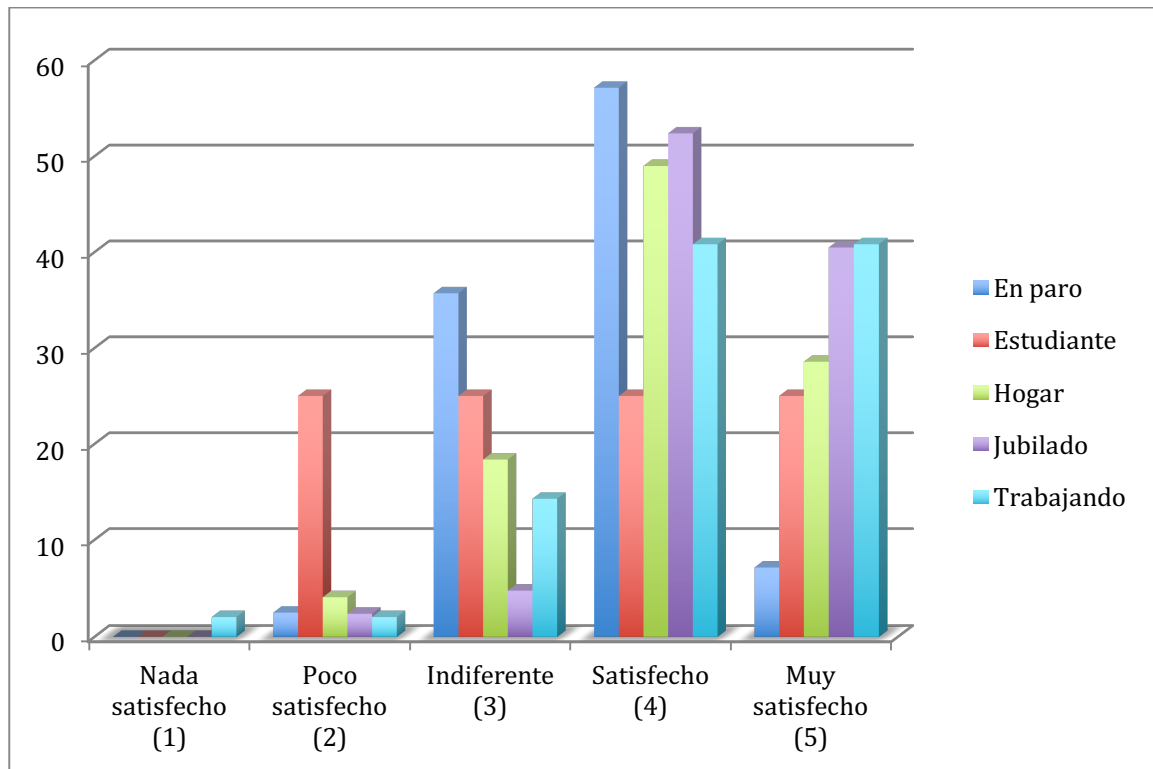
**Gráfico IV.3.2.4.18** Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con la puntualidad en la hora de atención, según su profesión.

La distribución de frecuencias de **satisfacción con el tiempo que el paciente pasó con el alumno en prácticas durante su tratamiento** reflejó que pacientes jubilados y trabajando se mostraron muy satisfechos en similar proporción (40,48% y 40,82% respectivamente). Se mostraron satisfechos en mayor proporción los pacientes en paro (57,14%). (Chi-cuadrado,  $p=0,0026$ ). (Tabla IV.3.2.4.19 y Gráfico IV.3.2.4.19).

Profesión	En paro	Estudiante	Hogar	Jubilado	Trabajando	Total
Tiempo que pasó con el alumno durante tto						
<b>Nivel de satisfacción:</b>						
<b>Nada satisfecho 1</b>						
Recuento:	0	0	0	0	1	1
Porcentaje:	0	0	0	0	2,04%	
<b>Poco satisfecho 2</b>						
Recuento:	0	5	2	1	1	9
Porcentaje	0	25%	4,08%	2,38%	2,04%	
<b>Indiferente 3</b>						
Recuento:	5	5	9	2	7	28
Porcentaje:	35,71%	25%	18,37%	4,76%	14,28%	
<b>Satisfecho 4</b>						
Recuento:	8	5	24	22	20	79
Porcentaje:	57,14%	25%	48,98%	52,38%	40,82%	
<b>Muy satisfecho 5</b>						
Recuento:	1	5	14	17	20	57
Porcentaje:	7,14%	25%	28,57%	40,48%	40,82%	
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>49</b>	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>174</b>

**Tabla IV.3.2.4.19** Distribución de frecuencias de satisfacción del paciente con el tiempo que pasó con el alumno durante su tratamiento, según su profesión.





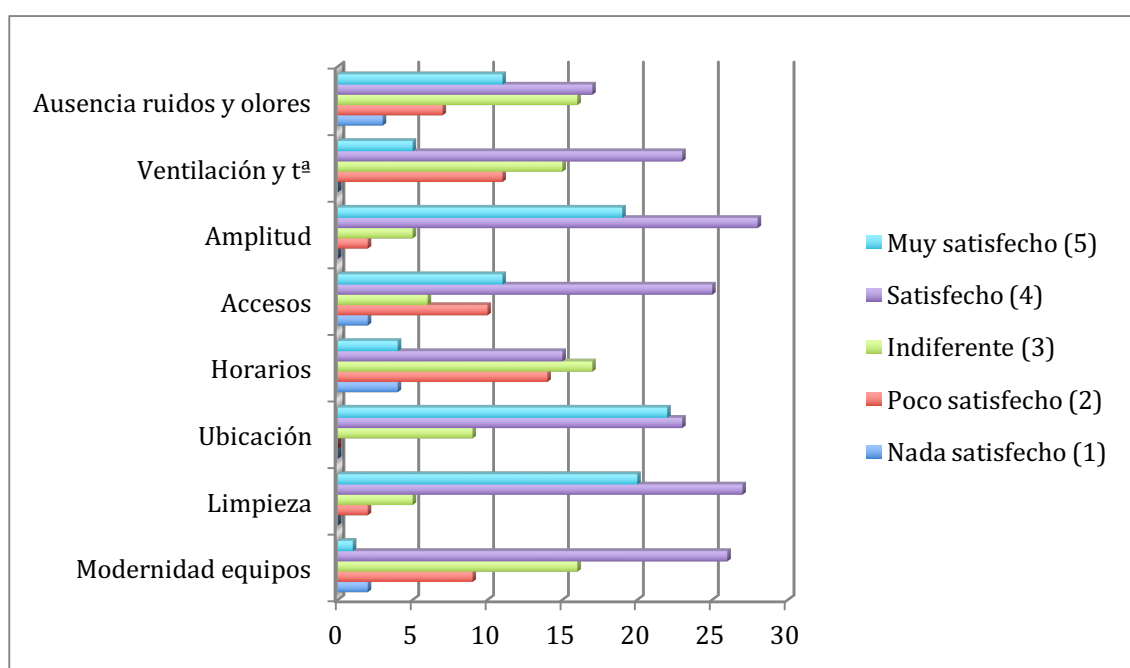
**Gráfico IV.3.2.4.19** Porcentaje de distribución de la satisfacción del paciente con el tiempo que pasó con el alumno durante su tratamiento, según su profesión.

### IV.3.3 Descripción del proceso de respuesta y satisfacción en alumnos:

A continuación se describen los datos obtenidos al evaluar los cuestionarios de satisfacción entregados a los alumnos. Se obtuvo respuesta de la totalidad de alumnos a los que se entregó el cuestionario (54).

#### IV.3.3.1 Análisis de la satisfacción específica:

##### IV.3.3.1.1 Ítems del cuestionario para la dimensión *clínica*:

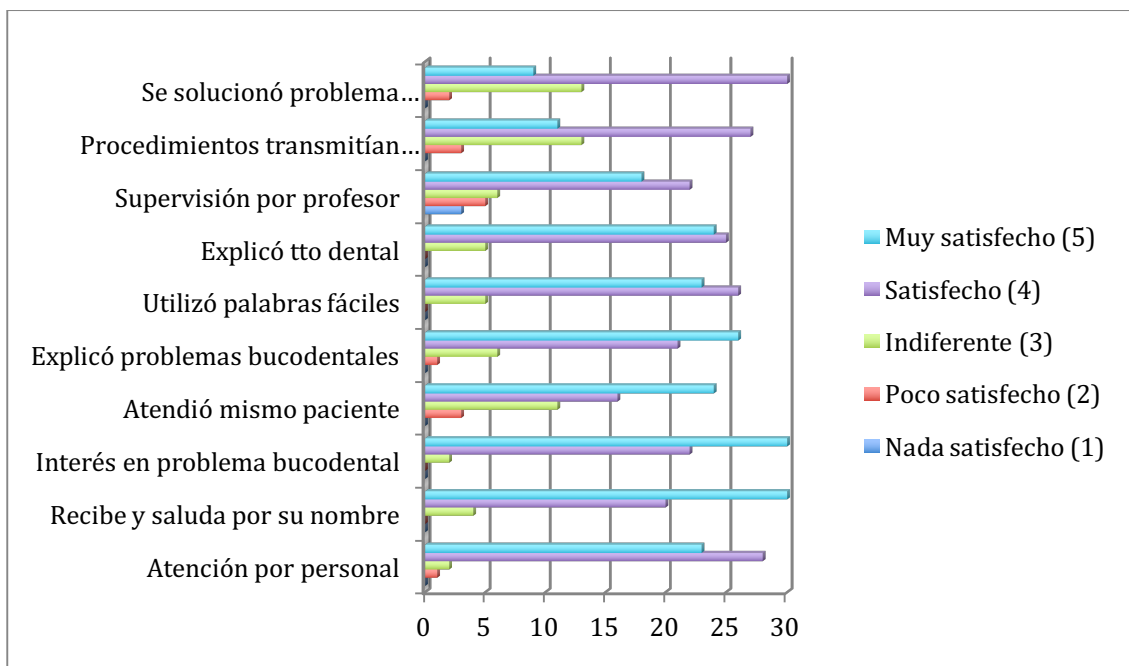


**Gráfico IV.3.3.1.1** Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión clínica.

Si analizamos la media de puntuación otorgada a cada uno de los ítems contestados del cuestionario, destacamos que en el *apartado clínica*, la pregunta que ha obtenido una puntuación más alta y por tanto una satisfacción mayor ha sido la pregunta referida a satisfacción con la ubicación de la clínica, con una puntuación media de 4,24 en la escala propuesta del 1 al 5 y una desviación estándar de 0,72. Por el contrario, la pregunta que ha obtenido una media en su puntuación más baja y por lo tanto, una satisfacción menor, ha sido la pregunta referente a la satisfacción con los horarios de la CO, con una media de 3,02 y una desviación estándar de 1,70. El resto de ítems del

*apartado clínica* han presentado valores en sus medias que han oscilado entre 3,28 y 4,20.

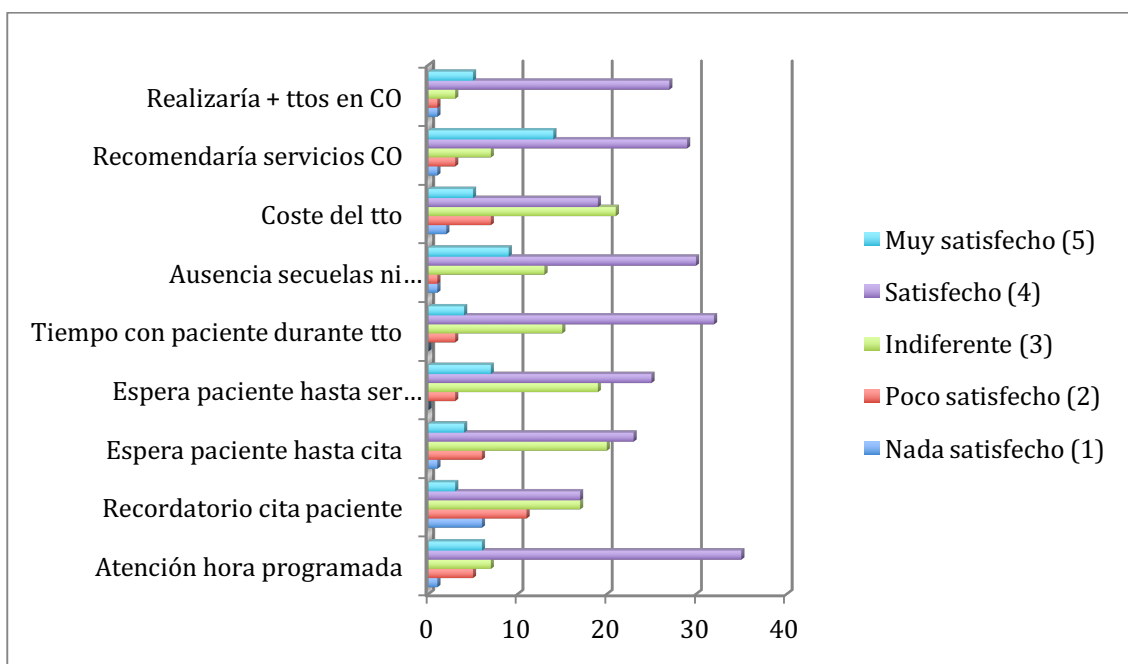
#### IV.3.3.1.2 Ítems del cuestionario para la dimensión *personal de clínica*:



**Gráfico IV.3.3.1.2** Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión personal de clínica.

En relación con el *apartado personal clínica*, la pregunta que ha obtenido la puntuación más alta y, por tanto, mayor satisfacción es la que hace referencia a la satisfacción con recibir y saludar al paciente por su nombre, con una puntuación media de 4,81 y una desviación estándar de 0,64. Por el contrario, la pregunta que ha obtenido una media en su puntuación más baja y, por ello, una menor satisfacción ha sido la pregunta referente a la seguridad transmitida por los procedimientos utilizados, con una media de 3,85 y una desviación estándar de 0,81. Con la misma puntuación, se encuentra la pregunta referente a la solución del problema bucodental por el cual el paciente acudió a la CO, con una media de 3,85 y una desviación estándar de 0,74. El resto de ítems del *apartado personal clínica* han presentado valores en sus medias que han oscilado entre 3,87 y 4,52.

#### IV.3.3.1.3 Ítems del cuestionario para la dimensión *tratamiento*:



**Gráfico IV.3.3.1.3** Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión tratamiento.

Respecto al *apartado tratamiento*, la pregunta que ha obtenido la puntuación más alta, y con ello, mayor satisfacción es la que muestra si el alumno volvería a realizar más tratamientos en la CO, con una puntuación media de 4,26 y una desviación estándar de 0,80. Por otro lado, la pregunta que ha obtenido una media en su puntuación más baja, y de esta forma, una menor satisfacción ha sido la pregunta referente al recordatorio de cita al paciente, con una media de 3 y una desviación estándar de 1,09. El resto de ítems del apartado tratamiento han presentado valores en sus medias que han oscilado entre 3,33 y 3,96.

#### IV.3.3.2 Análisis de la satisfacción global:

Para analizar la satisfacción global del alumno con los servicios de la CO se calculó la media total de todas las puntuaciones otorgadas, obteniendo un valor de 3,91, ya que tan sólo 11 de los ítems del cuestionario han obtenido una puntuación media por encima de 4 (“satisfecho”), sin embargo, 16 preguntas, de un total de 27, han

presentado medias inferiores a 4 aunque nunca inferiores a 3 (“indiferente”). Éstas hacen referencia a la satisfacción con la modernidad de los equipos, los horarios, los accesos, la ventilación y temperatura de la clínica, la ausencia de ruidos y olores desagradables, la supervisión por parte de un profesor, la seguridad transmitida por los procedimientos utilizados, la solución del problema por el cual el paciente acudió a la CO, la puntualidad en la hora de atención, el recordatorio de cita al paciente, el tiempo de espera del paciente hasta conseguir la cita, el tiempo de espera hasta que se atiende al paciente, el tiempo que pasó el alumno con el paciente durante el tratamiento, la ausencia de secuelas y complicaciones, el coste del tratamiento para el paciente y la recomendación de los servicios de la CO.

Ítem	Media	DS
Modernidad equipos	3,28	0,90
Limpieza	4,20	0,72
Ubicación	4,24	0,72
Horarios	3,02	1,07
Accesos	3,61	1,12
Amplitud	4,18	0,75
Tª y ventilación	4,41	0,92
Ruidos y olores	3,48	1,12
Atención por personal	4,35	0,65
Recibe y saluda por su nombre	4,81	0,64
Mostró interés en el problema bucodental	4,52	0,57
Atendió al mismo paciente	4,13	0,93
Le explicó los problemas que tiene en su boca	4,33	0,75
Utilizó palabras que podía entender fácilmente	4,33	0,64
Le explicó en qué consistiría su tto dental	4,35	0,65
Estuvo supervisado por un profesor	3,87	1,15
Los procedimientos utilizados le transmitían seguridad	3,85	0,81
Se solucionó el problema bucodental	3,85	0,74
Atención a la hora programada	3,74	0,85
Le recordaron cita al paciente	3	1,09
Tiempo de espera hasta conseguir cita	3,42	0,86
Tiempo de espera hasta que se atiende al paciente	3,67	0,78
Tiempo que pasó con el paciente durante su tto	3,68	0,69
Ausencia de secuelas y complicaciones	3,83	0,79
Coste del tto	3,33	0,95
Recomendaría los servicios de la CO	3,96	0,89
Volvería a realizar más tto	4,26	0,80
<b>TOTAL</b>	<b>3,91</b>	

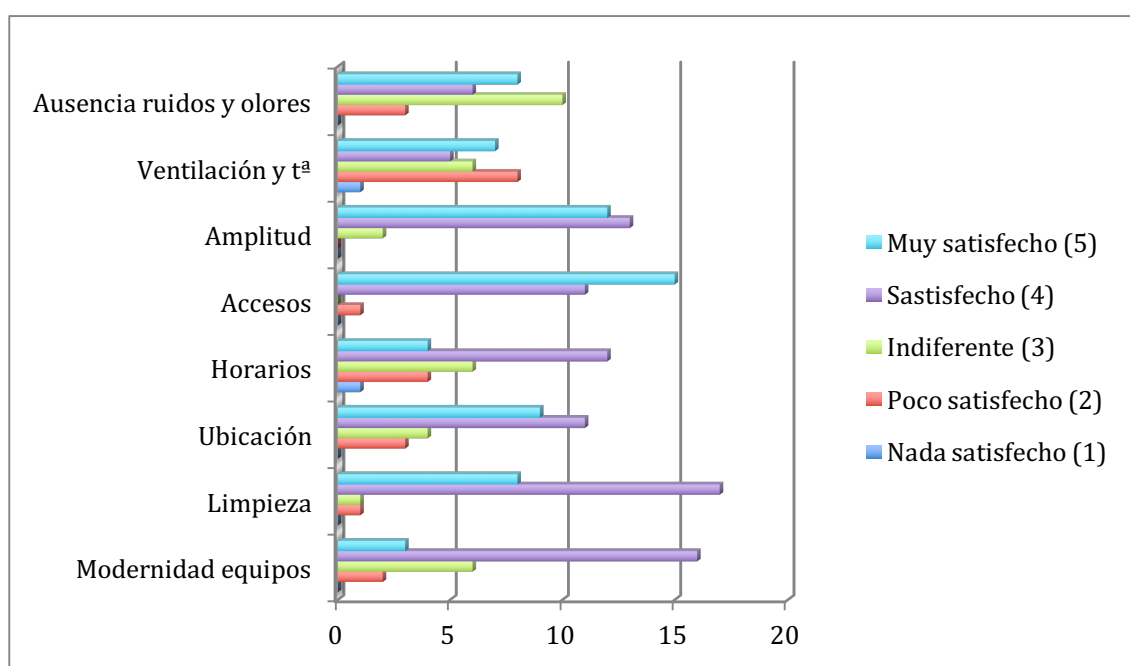
**Tabla IV.3.3** Media de puntuación otorgada a cada ítem del cuestionario de satisfacción del alumno, DS y media total. (Subrayadas en rosa las medias y DS más altas dentro de cada apartado del cuestionario).

#### IV.3.4 Descripción del proceso de respuesta y satisfacción en profesores:

A continuación se describen los datos obtenidos al evaluar los cuestionarios de satisfacción entregados a los profesores. Se obtuvo respuesta de la totalidad de profesores encuestados (27).

##### IV.3.4.1 Análisis de la satisfacción específica:

##### IV.3.4.1.1 Ítems del cuestionario para la dimensión *clínica*:

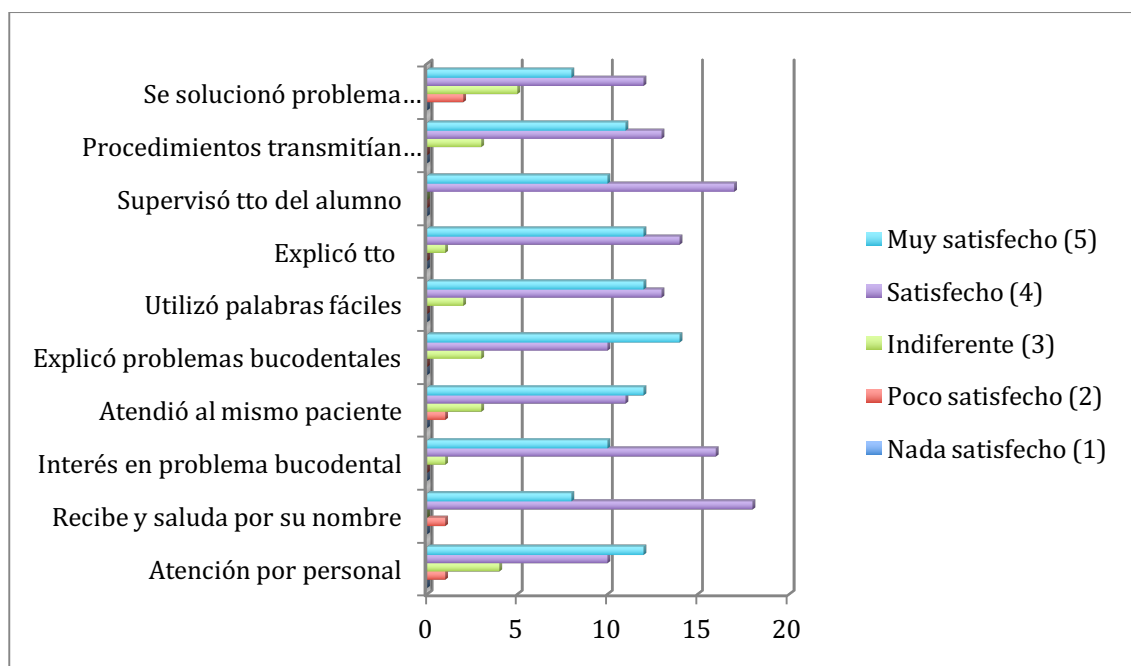


**Gráfico IV.3.4.1.1** Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión clínica.

Si analizamos la media de puntuación otorgada a cada uno de los ítems contestados del cuestionario, destacamos que en el *apartado clínica*, la pregunta que ha obtenido una puntuación más alta y por tanto una satisfacción mayor ha sido la pregunta referida a satisfacción con los accesos a la CO, con una puntuación media de 4,48 en la escala propuesta del 1 al 5 y una desviación estándar de 0,70. Por el contrario, la pregunta que ha obtenido la media en su puntuación más baja y por lo tanto, una satisfacción menor, hace referencia a la satisfacción con los horarios, con una media

de 3,52 y una desviación estándar de 1,05. El resto de ítems del *apartado clínica* han presentado valores en sus medias que han oscilado entre 3,70 y 4,37.

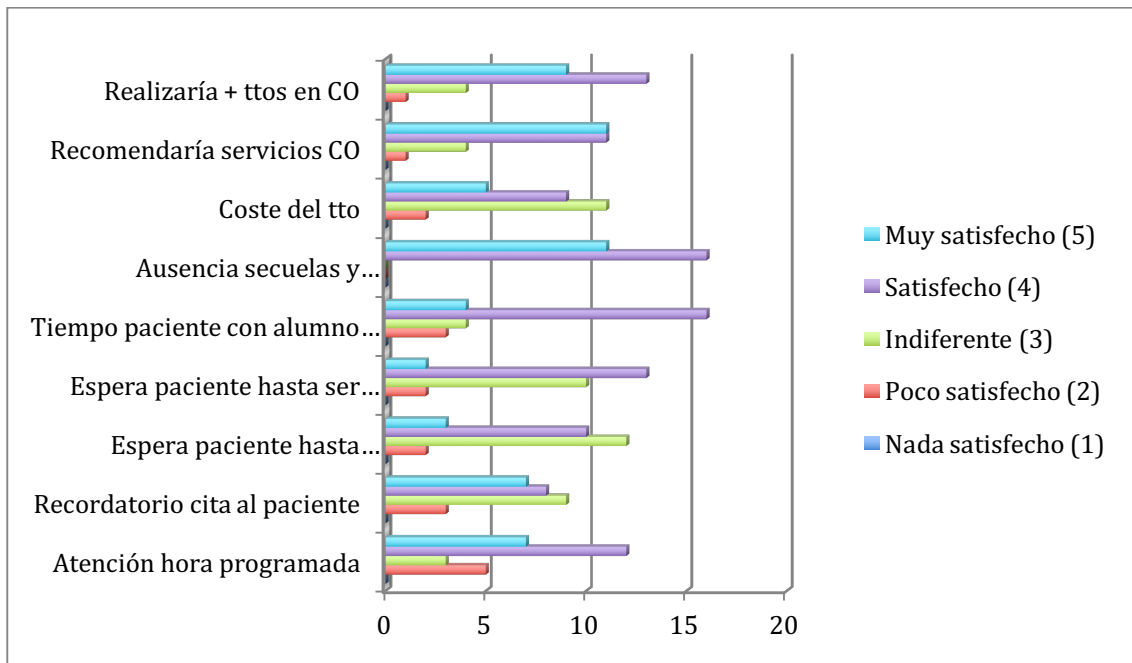
#### IV.3.4.1.2 Ítems del cuestionario para la dimensión *personal de clínica*:



**Gráfico IV.3.4.1.2** Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión personal de clínica.

En relación con el *apartado personal clínica*, hay dos preguntas que han obtenido la media con puntuación más alta y, por tanto, mayor satisfacción. Éstas hacen referencia a la satisfacción con el hecho de que el alumno explicase al paciente los problemas que tenía en su boca y en qué consistiría su tratamiento dental, con una puntuación ambas de 4,41 y una desviación estándar de 0,69 y 0,57 respectivamente. Por el contrario, la pregunta que ha obtenido una media en su puntuación más baja y, por ello, una menor satisfacción ha sido la pregunta referente a la solución del problema bucodental que trajo al paciente a la CO, con una media de 3,96 y una desviación estándar de 0,90. El resto de ítems del *apartado personal clínica* han presentado valores en sus medias que han oscilado entre 4,22 y 4,37.

#### IV.3.4.1.3 Ítems del cuestionario para la dimensión *tratamiento*:



**Gráfico IV.3.4.1.3** Distribución de las respuestas a los diferentes ítems que componen la dimensión tratamiento.

Respecto al *apartado tratamiento*, la pregunta que ha obtenido la puntuación más alta, y con ello, mayor satisfacción es la que refleja la ausencia de secuelas y complicaciones, con una puntuación media de 4,41 y una desviación estándar de 0,50. Por otro lado, la pregunta que ha obtenido una media en su puntuación más baja, y de esta forma, una menor satisfacción ha sido la pregunta referente al tiempo de espera del paciente hasta conseguir una cita en la CO, con una media de 3,52 y una desviación estándar de 0,80. El resto de ítems del apartado tratamiento han presentado valores en sus medias que han oscilado entre 3,56 y 4,19.

#### IV.3.4.2 Análisis de la satisfacción global:

Para analizar la satisfacción global del profesor con los servicios de la CO se calculó la media total de todas las puntuaciones otorgadas, obteniendo un valor de 4,05, ya que más de la mitad de los ítems del cuestionario (15) han obtenido una puntuación media



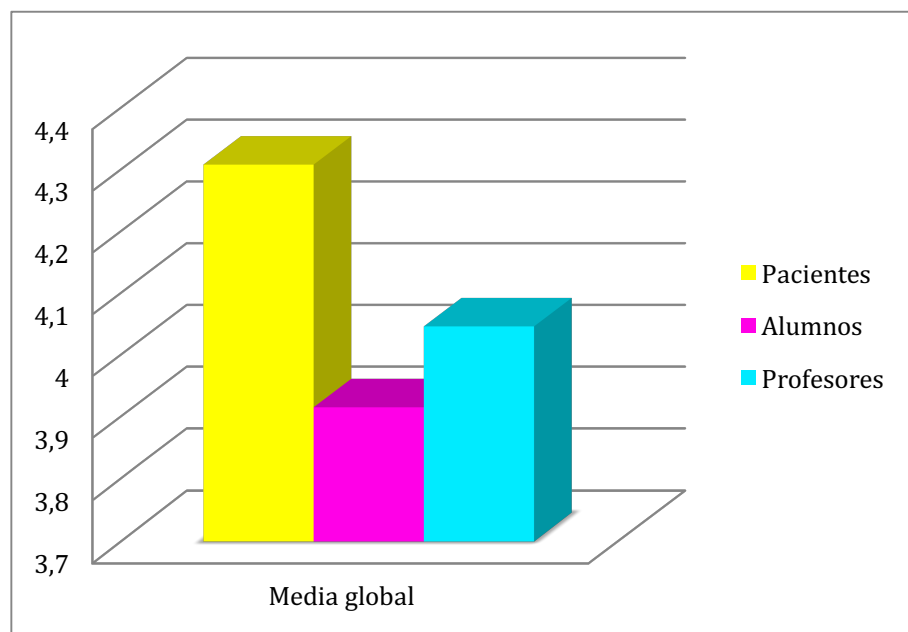
por encima de 4 (“satisfecho”) y por tanto, presentan niveles de satisfacción adecuados. 11 preguntas, de un total de 27, han presentado medias inferiores a 4 y nunca inferiores a 3 (“indiferente”). Éstas hacen referencia a la satisfacción con la modernidad de los equipos, la ubicación de la CO, los horarios, la ventilación y temperatura de la clínica, la ausencia de ruidos y olores desagradables, la solución del problema por el cual el paciente acudió a la CO, la puntualidad en la hora de atención, el recordatorio de cita al paciente, el tiempo de espera del paciente hasta conseguir la cita, el tiempo de espera hasta que se atiende al paciente, el tiempo que pasó el alumno con el paciente durante el tratamiento y el coste del tratamiento para el paciente.

Ítem	Media	DS
Modernidad equipos	3,74	0,76
Limpieza	4,18	0,68
Ubicación	3,96	0,98
Horarios	3,52	1,05
Accesos	4,48	0,70
Amplitud	4,37	0,63
Tª y ventilación	3,70	1,27
Ruidos y olores	3,70	1,03
Atención por personal	4,22	0,85
Recibe y saluda por su nombre	4,22	0,64
Mostró interés en el problema bucodental	4,33	0,55
Atendió al mismo paciente	4,26	0,81
Le explicó los problemas que tiene en su boca	4,41	0,69
Utilizó palabras que podía entender fácilmente	4,37	0,63
Le explicó en qué consistiría su tto dental	4,41	0,57
Estuvo supervisado por un profesor	4,37	0,49
Los procedimientos utilizados le transmitían seguridad	4,30	0,67
Se solucionó el problema bucodental	3,96	0,90
Atención a la hora programada	3,78	1,05
Le recordaron cita al paciente	3,70	0,99
Tiempo de espera hasta conseguir cita	3,52	0,80
Tiempo de espera hasta que se atiende al paciente	3,56	0,75
Tiempo que pasó con el paciente durante su tto	3,78	0,85
Ausencia de secuelas y complicaciones	4,41	0,50
Coste del tto	3,63	0,88
Recomendaría los servicios de la CO	4,18	0,83
Volvería a realizar más tto	4,19	0,69
<b>TOTAL</b>	<b>4,05</b>	

**Tabla IV.3.4** Media de puntuación otorgada a cada ítem del cuestionario de satisfacción del profesor, DS y media total. (Subrayadas en azul las medias y DS más altas dentro de cada apartado del cuestionario.

#### IV.3.5 Análisis comparativo de la satisfacción del paciente vs alumnos en prácticas y profesores:

Al comparar las medias globales obtenidas al evaluar la satisfacción con los servicios de la CO en pacientes, alumnos en prácticas y profesores encontramos que los valores más altos, y por tanto mayor grado de satisfacción, corresponden al grupo de pacientes (4,31), seguidos por el grupo de profesores (4,05) y alumnos (3,91) (Gráfico IV.3.5.1 y Tabla IV.3.5.1). El estudio inferencial revela que no existen diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=NS$ )



**Gráfico IV.3.5.1** Comparativa de la satisfacción global entre pacientes, alumnos y profesores.

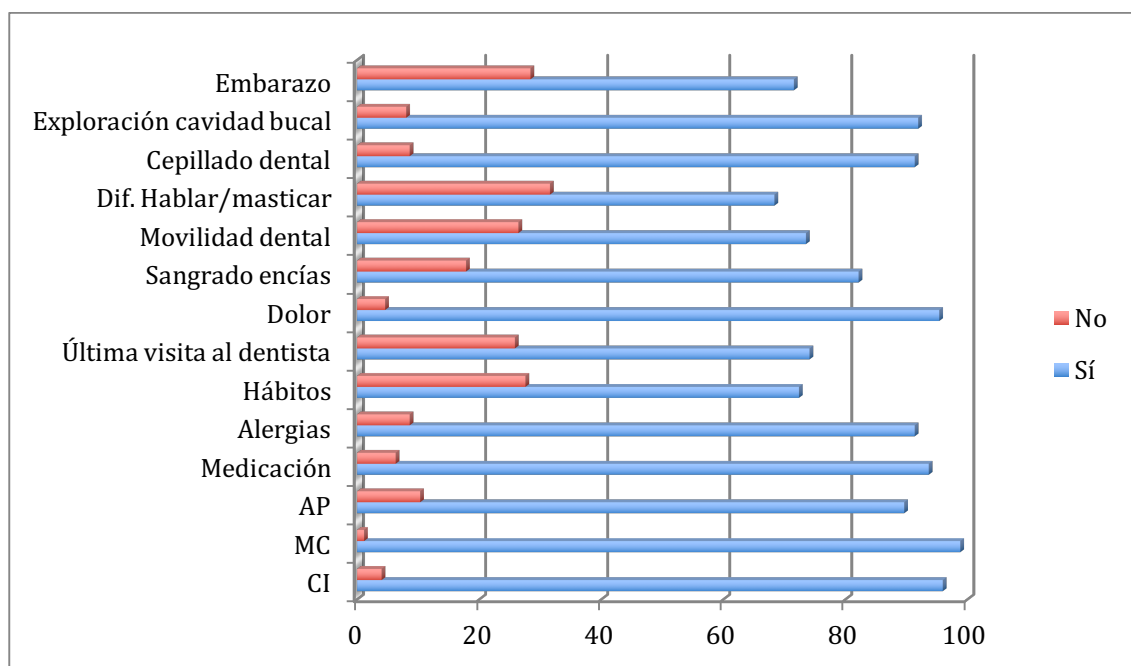
Ítem	Pacientes		Alumnos		Profesores	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Modernidad equipos	4,53	0,61	3,28	0,90	3,74	0,76
Limpieza	4,52	0,64	4,20	0,72	4,18	0,68
Ubicación	4,09	0,84	4,24	0,72	3,96	0,98
Horarios	3,90	0,90	3,02	1,07	3,52	1,05
Accesos	4,68	0,55	3,61	1,12	4,48	0,70
Amplitud	4,75	0,46	4,18	0,75	4,37	0,63
Tª y ventilación	4,26	0,70	4,41	0,92	3,70	1,27
Ruidos y olores	4,19	0,78	3,48	1,12	3,70	1,03
Atención por personal	4,62	0,65	4,35	0,65	4,22	0,85
Recibe y saluda por su nombre	4,43	0,89	4,81	0,64	4,22	0,64
Mostró interés en problema bucodental	4,36	0,77	4,52	0,57	4,33	0,55
Le atendió el mismo alumno/Atendió al mismo pac	4,17	0,94	4,13	0,93	4,26	0,81
Le explicó los problemas que tiene en su boca	4,27	0,79	4,33	0,75	4,41	0,69
Utilizó palabras que podía entender fácilmente	4,23	0,83	4,33	0,64	4,37	0,63
Le explicó en qué consistiría su tto dental	4,24	0,84	4,35	0,65	4,41	0,57
Estuvo supervisado por un profesional/profesor	4,50	0,79	3,87	1,15	4,37	0,49
Los procedimientos utilizados le transmitían seguridad	4,42	0,67	3,85	0,81	4,30	0,67
Se solucionó el problema bucodental	4,42	0,88	3,85	0,74	3,96	0,90
Atención a la hora programada	4,05	1,05	3,74	0,85	3,78	1,05
Recordatorio cita	4,43	0,83	3	1,09	3,70	0,99
Tiempo de espera hasta conseguir cita	3,91	0,93	3,42	0,86	3,52	0,80
Tiempo de espera hasta que el alumno le atendió/ Tiempo de espera hasta atender al pac	3,99	0,83	3,67	0,78	3,56	0,75
Tiempo que pasó con el alumno durante su tto/ Tiempo que pasó con el pac durante su tto	4,04	0,86	3,68	0,69	3,78	0,85
Ausencia de secuelas y complicaciones	4,35	0,92	3,83	0,79	4,41	0,50
Coste del tto	4,19	0,91	3,33	0,95	3,63	0,88
Recomendaría los servicios de la CO	4,42	0,75	3,96	0,89	4,18	0,83
Volvería para recibir otro tto/ Volvería a realizar + ttos	4,37	0,81	4,26	0,80	4,19	0,69
<b>MEDIA GLOBAL</b>	<b>4,31</b>		<b>3,91</b>		<b>4,05</b>	

**Tabla IV.3.5.1** Distribución de medias otorgadas a los diferentes ítems en los cuestionarios de satisfacción de pacientes, alumnos y profesores y medias globales

#### IV.4 Estudio de la recogida de información en la historia clínica:

A continuación, se evalúa la percepción subjetiva de pacientes, alumnos y profesores sobre la recogida de información del paciente en la historia clínica.

##### IV.4.1 Análisis de respuesta de pacientes a los ítems del apartado historia clínica:



**Gráfico IV.4.1** Distribución porcentual de las respuestas de pacientes a los diferentes ítems que componen el apartado historia clínica.

##### IV.4.1.1 Se le proporcionó consentimiento informado:

El 95,98% de los pacientes encuestados afirma que recibió el consentimiento informado durante su cita en la CO.

PROPORCIONÓ-CI	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	7	7	4,02	4,02
<b>Si</b>	167	174	95,98	100,00

**Tabla IV.4.1.1** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta de si se le proporcionó el CI.

#### IV.4.1.2 Le preguntaron por el motivo de consulta:

Hay que destacar que casi el 100% de los pacientes encuestados refiere que sí le preguntaron por el motivo de consulta.

MOTIVO-CONSULTA	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	2	2	1,15	1,15
<b>Si</b>	172	174	98,85	100,00

**Tabla IV.4.1.2** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por el motivo de consulta.

#### IV.4.1.3 Le preguntaron por los antecedentes personales:

Respecto a los antecedentes personales, un 89,66% del total de pacientes señala que le preguntaron por los antecedentes personales.

ANTECEDENTES	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	18	18	10,34	10,34
<b>Si</b>	156	174	89,66	100,00

**Tabla IV.4.1.3** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por los antecedentes personales.

#### IV.4.1.4 Le preguntaron por la medicación que toma:

En relación a la medicación diaria, 163 pacientes (93,68%) señalan que fueron preguntados por ella.

MEDICACIÓN	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	11	11	6,32	6,32
<b>Si</b>	163	174	93,68	100,00

**Tabla IV.4.1.4** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por la medicación.

#### IV.4.1.5 Le preguntaron por alergias:

Un 8,62% de los pacientes encuestados refleja que no le preguntaron por alergias frente al 91,38% que responde afirmativamente a esta cuestión.

ALERGIAS	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	15	15	8,62	8,62
<b>Si</b>	159	174	91,38	100,00

**Tabla IV.4.1.5** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por alergias.

#### IV.4.1.6 Le preguntaron por hábitos:

En cuanto a los hábitos, el 27,59% señala que no le preguntaron por ellos frente al 72,41% restante que responde afirmativamente a esta cuestión.

HÁBITOS	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	48	48	27,59	27,59
<b>Si</b>	126	174	72,41	100,00

**Tabla IV.4.1.6** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por hábitos.

#### IV.4.1.7 Le preguntaron por la última visita al dentista:

45 pacientes señalan que no le preguntaron por su última visita al dentista. Sin embargo, 129 (74,14%) responden que si les preguntaron por ello.

ÚLTIMA VISITA	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	45	45	25,86	25,86
<b>Si</b>	129	174	74,14	100,00

**Tabla IV.4.1.7** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por su última visita al dentista.

#### IV.4.1.8 Le preguntaron si tenía dolor:

Al 95,40% de los pacientes encuestados le preguntaron si tenían dolor.

SI-TENÍA-DOLOR	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	8	8	4,60	4,60
<b>Si</b>	166	174	95,40	100,00

**Tabla IV.4.1.8** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por presencia de dolor.

#### IV.4.1.9 Le preguntaron por el sangrado de encías:

Un 82,18% señala que le preguntaron por el sangrado de encías, frente al 17,82% restante que indica que no le preguntaron por ello.

SANGRADO-ENCÍAS	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	31	31	17,82	17,82
<b>Si</b>	143	174	82,18	100,00

**Tabla IV.4.1.9** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por sangrado de encías

#### IV.4.1.10 Le preguntaron por movilidad dental:

El 73,56% de los pacientes encuestados señala que le preguntaron por movilidad dental. Un 26,44% responde negativamente a esta cuestión.

MOVILIDAD	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	46	46	26,44	26,44
<b>Si</b>	128	174	73,56	100,00

**Tabla IV.4.1.10** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por movilidad dental.

#### IV.4.1.11 Le preguntaron por dificultad al hablar, masticar, tragar:

Le preguntaron por la dificultad al hablar, masticar, tragar a más de la mitad de los pacientes encuestados. Un 31,61% refiere, sin embargo, que no le preguntaron por ello.

DIFI-HABLAR-MASTIC	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	55	55	31,61	31,61
<b>Si</b>	119	174	68,39	100,00

**Tabla IV.4.1.11** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por dificultad al hablar, masticar o tragar.

#### IV.4.1.12 Le preguntaron por frecuencia del cepillado dental:

A 148 pacientes del total (91,38%) le preguntaron por la frecuencia del cepillado dental, frente al 8,62% restante que señala que no le preguntaron por ello.

CEPILLADO-DENTAL	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	26	26	8,62	8,62
<b>Si</b>	148	174	91,38	100,00

**Tabla IV.4.1.12** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por la frecuencia del cepillado dental.

#### IV.4.1.13 Le exploraron la cavidad bucal:

El 91,95% de los pacientes encuestados señalan que le exploraron la cavidad oral, frente a un 8,05% que indican que no se la exploraron.

CAVIDAD BUCAL	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	14	14	8,05	8,05
<b>Si</b>	160	174	91,95	100,00

**Tabla IV.4.1.13** Distribución de las respuestas de pacientes ante la pregunta por la exploración de su cavidad bucal.



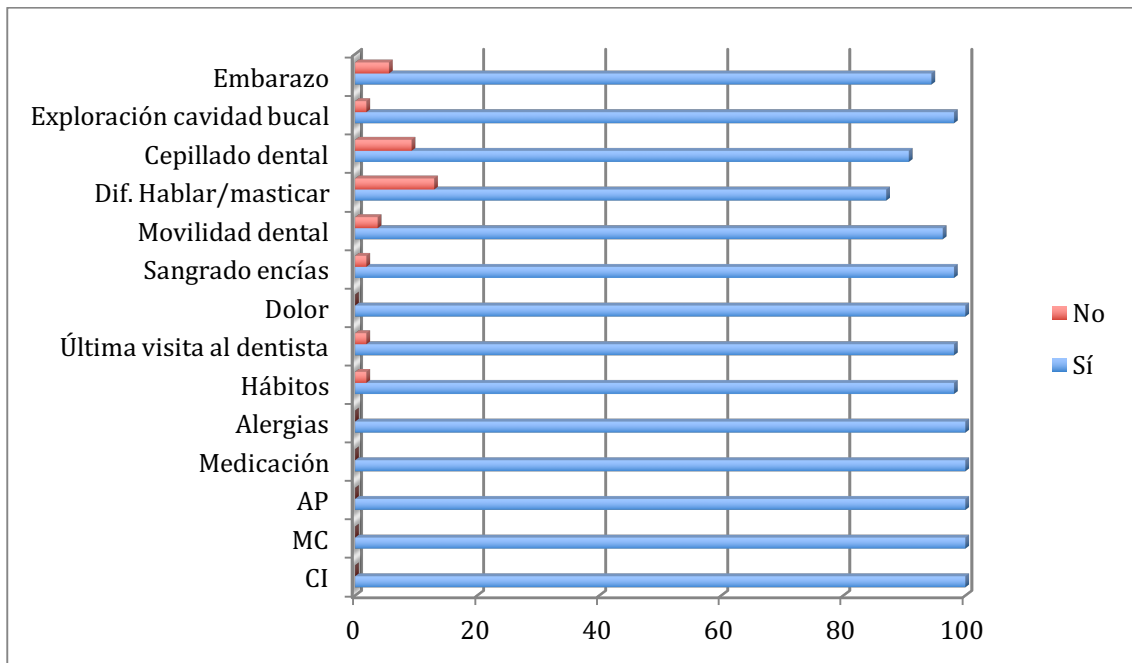
#### IV.4.1.14 En caso de ser mujer, le preguntaron si estaba embarazada:

La encuesta fue respondida por un total de 91 mujeres. 3 de ellas, no marcaron la casilla en la respuesta del cuestionario. De las 88 que sí marcaron la casilla, un 71,59% afirma que le preguntaron si estaba embarazada. El 28,41% restante señala que no le preguntaron por ello.

EMBARAZO	Count	CumulativeCount	Percent	CumulativePercent
<b>No</b>	25	25	28,41	28,41
<b>Si</b>	63	88	71,59	100,00

**Tabla IV.4.1.14** Distribución de las respuestas de pacientes mujeres ante la pregunta por embarazo.

#### IV.4.2 Análisis de respuesta de alumnos a los ítems al apartado historia clínica:



**Gráfico IV.4.2** Distribución porcentual de las respuestas de alumnos a los diferentes ítems que componen el apartado historia clínica.

##### IV.4.2.1 Proporcionó al paciente consentimiento informado:

La totalidad de alumnos encuestados (54) refieren haber proporcionado el consentimiento informado al paciente para que éste lo leyese y firmase antes de empezar el tratamiento dental.

CI	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>Si</b>	54	54	100,00	100,00

**Tabla IV.4.2.1** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta de si proporcionó el CI al paciente.

#### IV.4.2.2 Preguntó al paciente por el motivo de consulta:

El 100% de alumnos afirma que preguntó al paciente por el motivo de consulta.

MOTIVO DE CONSULTA	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
Si	54	54	100,00	100,00

**Tabla IV.4.2.2** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por el motivo de consulta

#### IV.4.2.3 Preguntó al paciente por los antecedentes personales:

Todos los alumnos encuestados preguntaron al paciente por sus antecedentes personales.

ANTECEDENTES PERSONALES	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
Si	54	54	100,00	100,00

**Tabla IV.4.2.3** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por sus antecedentes personales.

#### IV.4.2.4 Preguntó al paciente por la medicación que tomaba:

Los 54 alumnos encuestados preguntaron al paciente por la medicación que tomaba.

MEDICACIÓN	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
Si	54	54	100,00	100,00

**Tabla IV.4.2.4** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por su medicación diaria.

#### IV.4.2.5 Preguntó al paciente por alergias:

Respecto a las alergias, todos los alumnos preguntaron al paciente por ellas.

ALERGIAS	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
Si	54	54	100,00	100,00

**Tabla IV.4.2.5** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por sus alergias.

#### IV.4.2.6 Preguntó al paciente por hábitos (tabaco, alcohol...):

Tan sólo un alumno refiere no haber preguntado al paciente por sus hábitos. El resto, 98,15% responden positivamente a este ítem.

HÁBITOS	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	1	1	1,85	1,85
<b>Si</b>	53	54	98,15	100,00

**Tabla IV.4.2.6** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por sus hábitos.

#### IV.4.2.7 Preguntó al paciente por la última visita al dentista:

Todos los alumnos encuestados, excepto uno, preguntaron al paciente por su última visita al dentista.

ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	1	1	1,85	1,85
<b>Si</b>	53	54	98,15	100,00

**Tabla IV.4.2.7** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por su última visita al dentista.

#### IV.4.2.8 Preguntó al paciente si tenía dolor:

En relación a la presencia de dolor, todos los alumnos refieren haberle preguntado al paciente.

DOLOR	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>Si</b>	54	54	100,00	100,00

**Tabla IV.4.2.8** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por la presencia de dolor.

#### IV.4.2.9 Preguntó al paciente si le sangraban las encías:

53 de los 54 alumnos encuestados preguntaron al paciente si le sangraban las encías. El alumno restante afirma que no preguntó por sangrado de encías.

SANGRADO DE ENCÍAS	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	1	1	1,85	1,85
<b>Si</b>	53	54	98,15	100,00

**Tabla IV.4.2.9** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por la presencia de sangrado de encías.

#### IV.4.2.10 Preguntó al paciente por la movilidad de sus dientes:

Un 96,30% de los alumnos preguntó al paciente por la movilidad de sus dientes, frente al 3,70% (2 alumnos) que no lo hicieron.

MOVILIDAD DENTAL	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	2	2	3,70	3,70
<b>Si</b>	52	54	96,30	100,00

**Tabla IV.4.2.10** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por movilidad de sus dientes.

#### IV.4.2.11 Preguntó al paciente por dificultad para hablar, masticar, tragar:

Preguntaron por dificultad para hablar, masticar, tragar 47 alumnos, frente a 7 que no lo hicieron.

DIFICULTAD HABLAR/MASTICAR	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	7	7	12,96	12,96
<b>Si</b>	47	54	87,04	100,00

**Tabla IV.4.2.11** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por la existencia de dificultad para hablar, masticar, tragar.

#### IV.4.2.12 Preguntó al paciente por la frecuencia del cepillado dental:

La mayoría de alumnos encuestados (49) preguntaron al paciente por la frecuencia del cepillado dental.

CEPILLADO DENTAL	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	5	5	9,26	9,26
<b>Si</b>	49	54	90,74	100,00

**Tabla IV.4.2.12** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta al paciente por la frecuencia del cepillado dental.

#### IV.4.2.13 Exploró la cavidad oral del paciente:

Únicamente un alumno refiere no haber explorado la cavidad oral del paciente, frente a los 53 restantes que sí lo hicieron.

CAVIDAD BUCAL	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	1	1	1,85	1,85
<b>Si</b>	53	54	98,15	100,00

**Tabla IV.4.2.13** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta por la exploración de la cavidad oral del paciente.

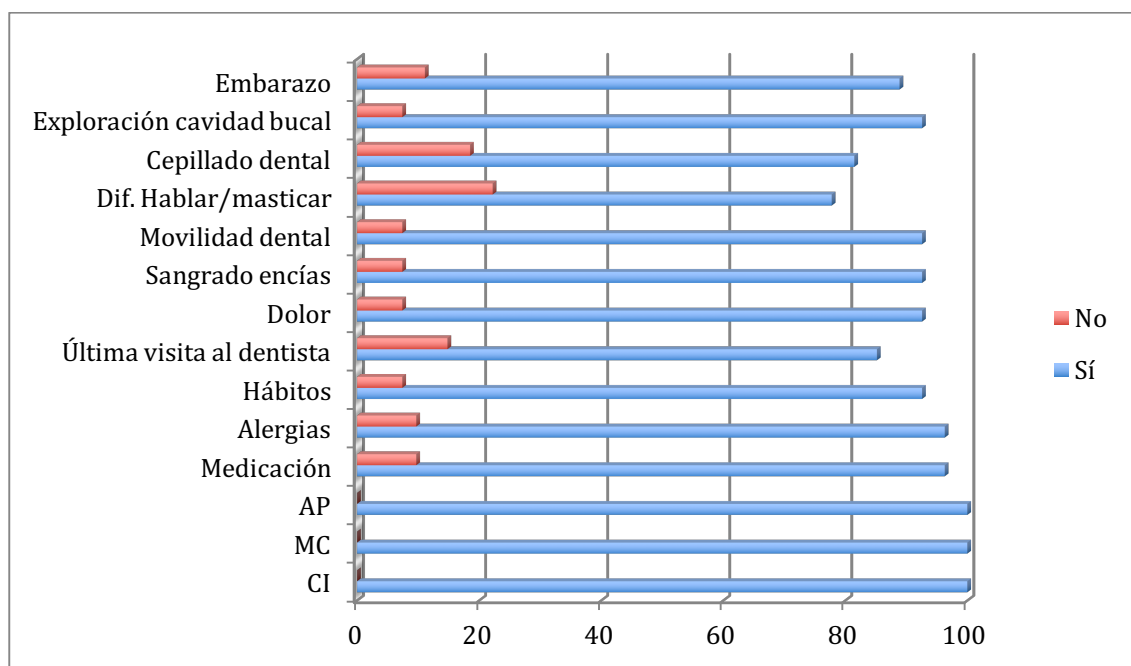
#### IV.4.2.14 En caso de ser mujer, le preguntó si estaba embarazada:

3 alumnos no preguntaron a sus pacientes mujeres si estaban embarazadas, mientras que 51 sí preguntaron.

EMBARAZO	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	3	3	5,56	5,56
<b>Si</b>	51	54	94,44	100,00

**Tabla IV.4.2.14** Distribución de las respuestas de alumnos ante la pregunta a pacientes mujeres por embarazo.

#### IV.4.3 Análisis de respuesta de profesores a los ítems al apartado historia clínica:



**Gráfico IV.4.3** Distribución porcentual de las respuestas de profesores a los diferentes ítems que componen el apartado historia clínica.

##### IV.4.3.1 Proporcionó al paciente consentimiento informado:

La totalidad de profesores encuestados (27) afirma que proporcionó el consentimiento informado al paciente para que éste lo leyese y firmase antes de que el alumno empezase el tratamiento dental.

CI	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>Si</b>	27	27	100,00	100,00

**Tabla IV.4.3.1** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta de si se proporcionó el CI al paciente.

##### IV.4.3.2 Preguntó al paciente por el motivo de consulta:

El 100% afirma que preguntó al paciente por el motivo de consulta.

MOTIVO DE CONSULTA	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>Si</b>	27	27	100,00	100,00

**Tabla IV.4.3.2** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por el motivo de consulta.

#### IV.4.3.3 Preguntó al paciente por los antecedentes personales:

Todos los profesores encuestados responden afirmativamente que preguntaron al paciente por sus antecedentes personales.

ANTECEDENTES PERSONALES	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>Si</b>	27	27	100,00	100,00

**Tabla IV.4.3.3** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por sus antecedentes personales.

#### IV.4.3.4 Preguntó al paciente por la medicación que tomaba:

Únicamente un profesor señala que no preguntó al paciente por la medicación que tomaba. El resto, 96,30% responden afirmativamente a este ítem.

MEDICACIÓN	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	1	1	3,70	3,70
<b>Si</b>	26	27	96,30	100,00

**Tabla IV.4.3.4** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por la medicación que tomaba.

#### IV.4.3.5 Preguntó al paciente por alergias:

Todos los profesores, excepto uno, señalan que preguntaron al paciente por alergias.

ALERGIAS	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	1	1	3,70	3,70
<b>Si</b>	26	27	96,30	100,00

**Tabla IV.4.3.5** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por sus alergias.



#### IV.4.3.6 Preguntó al paciente por hábitos (tabaco, alcohol...):

Un 92,59% de los profesores afirman que preguntaron al paciente por sus hábitos, frente al 7,41% (2) que no lo hicieron.

HÁBITOS	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	2	2	7,41	7,41
<b>Si</b>	25	27	92,59	100,00

**Tabla IV.4.3.6** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por sus hábitos.

#### IV.4.3.7 Preguntó al paciente por la última visita al dentista:

23 profesores (85,19%) afirman que preguntaron al paciente por la última visita al dentista. 4 ( 14,81%) responden negativamente a esta cuestión.

ÚLTIMA VISITA DENTISTA	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	4	4	14,81	14,81
<b>Si</b>	23	27	85,19	100,00

**Tabla IV.4.3.7** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por su última visita al dentista.

#### IV.4.3.8 Preguntó al paciente si tenía dolor:

La mayoría de profesores encuestados (25) reflejan que sí preguntaron al paciente si tenía dolor.

DOLOR	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	2	2	7,41	7,41
<b>Si</b>	25	27	92,59	100,00

**Tabla IV.4.3.8** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por la presencia de dolor.

#### IV.4.3.9 Preguntó al paciente si le sangraban las encías:

25 de los 27 profesores encuestados refieren que preguntaron al paciente si le sangraban las encías.

SANGRADO DE ENCÍAS	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	2	2	7,41	7,41
<b>Si</b>	25	27	92,59	100,00

**Tabla IV.4.3.9** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por la presencia de sangrado de encías.

#### IV.4.3.10 Preguntó al paciente por la movilidad de sus dientes:

En relación con la movilidad dental, 25 profesores afirman que preguntaron al paciente. Los dos restantes responden negativamente a este ítem.

MOVILIDAD DENTAL	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	2	2	7,41	7,41
<b>Si</b>	25	27	92,59	100,00

**Tabla IV.4.3.10** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por la movilidad de sus dientes.

#### IV.4.3.11 Preguntó al paciente por dificultad para hablar, masticar, tragar:

Respecto a la dificultad para hablar, masticar, tragar, 21 profesores responden que sí preguntaron al paciente. Por el contrario, un 22,22% (6 profesores) reflejan que no preguntaron por ello.

DIFICULTAD HABLAR/MASTICAR	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	6	6	22,22	22,22
<b>Si</b>	21	27	77,78	100,00

**Tabla IV.4.3.11** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por la existencia de dificultad para hablar, masticar, tragar.

#### IV.4.3.12 Preguntó al paciente por la frecuencia del cepillado dental:

Un 81,48% de los profesores afirma que preguntaron al paciente por la frecuencia del cepillado dental.

CEPILLADO DENTAL	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	5	5	18,52	18,52
<b>Si</b>	22	27	81,48	100,00

**Tabla IV.4.3.12** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta al paciente por la frecuencia del cepillado dental.

#### IV.4.3.13 Exploró la cavidad oral del paciente:

Tan sólo dos profesores refieren que no exploraron la cavidad oral del paciente frente a los 25 restantes que afirman haberlo hecho.

CAVIDAD BUCAL	Count	Cumulative Count	Percent	Cumulative Percent
<b>No</b>	2	2	7,41	7,41
<b>Si</b>	25	27	92,59	100,00

**Tabla IV.4.3.13** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta por la exploración de la cavidad oral del paciente.

#### IV.4.3.14 En caso de ser mujer, le preguntó si estaba embarazada:

3 profesores confirman que no preguntaron a la paciente si estaba embarazada. El 88,89% restante sí preguntó por embarazo, en caso de ser mujer.

EMBARAZO	Count	Cumulative count	Percent	Cumulative percent
<b>No</b>	3	3	11,11	11,11
<b>Si</b>	24	27	88,89	100,00

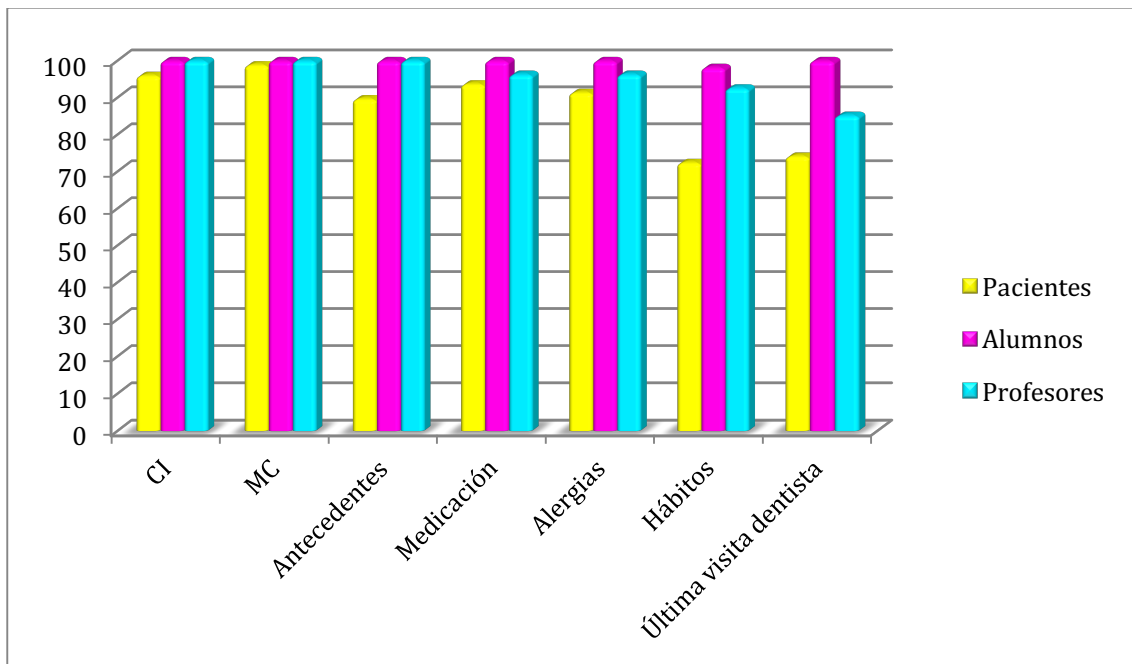
**Tabla IV.4.3.14** Distribución de las respuestas de profesores ante la pregunta a pacientes mujeres por embarazo.

#### IV.4.4 Análisis comparativo de las respuestas de pacientes, alumnos y profesores:

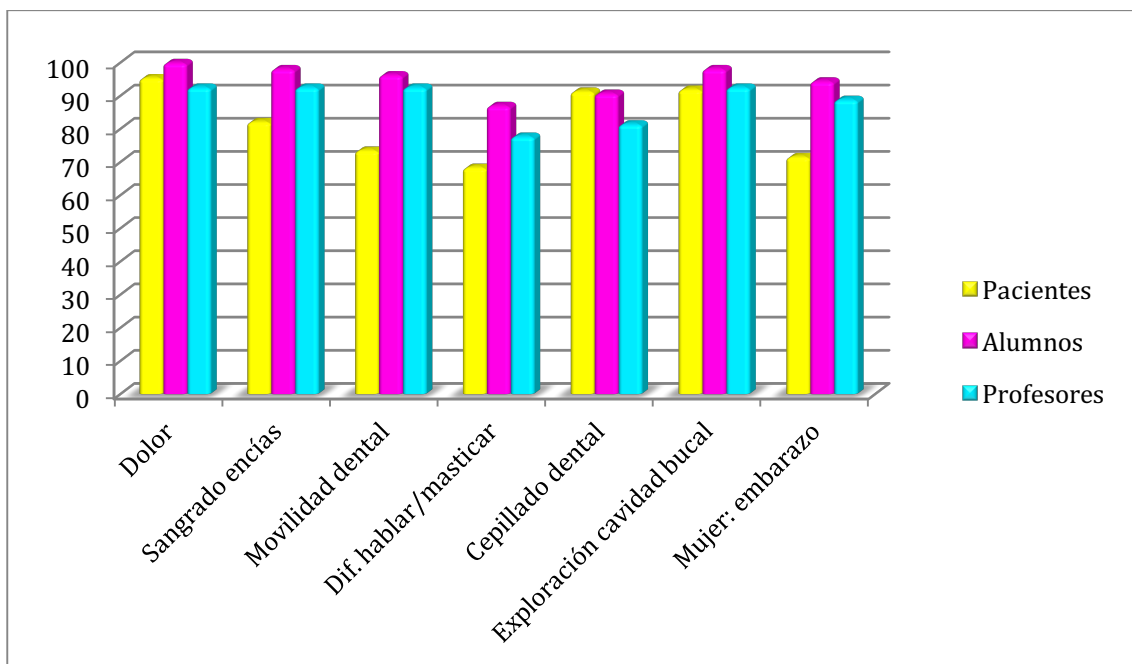
Para comparar la percepción subjetiva de cada grupo respecto a la recogida de información del paciente en la historia clínica se analizaron los resultados de esta sección del cuestionario y compararon las respuestas de pacientes, alumnos y profesores, observándose diferencias entre el grupo de pacientes respecto al de profesores y alumnos, siendo estos últimos los que alcanzan valores más próximos al 100% de respuestas afirmativas en los 14 aspectos evaluados, mientras que los profesores no siempre están tan próximos a dicho valor y son los pacientes los que más distan del 100% de respuestas afirmativas en la mayoría de preguntas. (Tabla IV.4.4.1)

Los pacientes responden en menor porcentaje de manera afirmativa a cuestiones como la pregunta por parte del alumno por presencia de hábitos, su última visita al dentista, sangrado de encías, movilidad dental, dificultad para hablar y masticar y por último, en caso de ser mujer, solo el 70% refiere que le preguntaran por posible embarazo frente al casi 90% de profesores y casi 100% de alumnos.

A pesar de las diferencias en las respuestas, éstas no son estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=NS$ ). (Gráficos IV.4.4.1 y IV.4.4.2).



**Gráfico IV.4.4.1** Comparativa de respuestas de pacientes, alumnos y profesores a la primera parte del apartado historia clínica.



**Gráfico IV.4.4.2** Comparativo de respuestas de pacientes, alumnos y profesores a la segunda parte del apartado historia clínica.

Ítem	Pacientes	Alumnos	Profesores
Entrega CI	95,98	100	100
Pregunta por MC	98,85	100	100
Pregunta por AP	89,66	100	100
Pregunta por medicación	93,68	100	96,30
Pregunta por alergias	91,38	100	96,30
Pregunta por hábitos	72,41	98,15	92,59
Pregunta por última visita al dentista	74,14	100	85,19
Pregunta por dolor	95,40	100	92,59
Pregunta por sangrado de encías	82,18	98,15	92,59
Pregunta por movilidad dental	73,56	96,30	92,59
Pregunta por dificultad masticar/hablar	68,39	87,04	77,78
Pregunta por cepillado dental	91,38	90,74	81,48
Exploración cavidad bucal	91,95	98,15	92,59
Si es mujer, pregunta por embarazo.	71,59	94,44	88,89

**Tabla IV.4.4.1** Porcentaje de respuestas afirmativas a los ítems del apartado historia clínica del cuestionario de pacientes, alumnos y profesores.

## V. Discusión

## **V.1 Consideración del riesgo médico y motivo de consulta del paciente en la historia clínica, en relación con el diagnóstico odontológico establecido por el profesional.**

### **V.1.1 Características de la muestra y valoración de los antecedentes personales:**

Tras el análisis de las historias clínicas de aquellos pacientes que acudieron a la CO de la USAL y recibieron tratamiento durante el periodo 2011-2013, se obtuvo una muestra de población de 267 pacientes, formada por 144 mujeres y 123 hombres, con una edad media de 50,33 años, representativa de la población tratada en la CO. De la totalidad de los pacientes estudiados, no presentaban antecedentes médicos 121 (45,32%) y 8 (3%) no lo reseñaron. Los 138 pacientes restantes (51,69%), sí padecían diferentes patologías sistémicas, dato significativo a tener en cuenta a la hora de atender al paciente y cumplimentar su historia médica. Estos resultados nos muestran, por tanto, que hay una gran prevalencia de pacientes en la CO que padecen alguna enfermedad sistémica de interés a considerar durante el desarrollo de todo el tratamiento odontológico.

Chandler-Gutiérrez, Martínez-Sahuquillo, y Bullón-Fernández (2004) realizaron un estudio evaluando el riesgo médico en la consulta dental, mediante la encuesta EMRRH (European Medical Risk Related History), escogida por su amplitud y rigurosidad, sobre una muestra de 716 pacientes. El 60% eran mujeres y el 40% restante hombres. 219 pacientes (30,6%) tenían antecedentes médicos y otro grupo de 497 (69,4%) no los tenían. Concluyen su estudio con la necesidad ineludible de realizar en cualquier paciente una historia clínica adecuada, mediante la cual se pretende conseguir que el tratamiento odontológico no perjudique al paciente, e incluso en algunos casos evitar poner en peligro su vida.

De acuerdo con Chandler-Gutiérrez et al. (2014), coincidimos en la necesidad de utilizar un modelo de historia clínica amplia, clara y rigurosa, puesto que en el presente estudio, tras un primer análisis de los datos recogidos, los resultados



obtenidos nos obligaron a revisar de nuevo una a una las historias que conformaban la muestra, comprobando la presencia de datos que se habían pasado por alto por no aparecer correctamente especificados en el apartado de la historia clínica desarrollado para tal fin.

Debido a que cada vez hay una población de mayor edad y por la introducción de las nuevas técnicas médicas y odontológicas, el número de complicaciones médicas durante el tratamiento dental tiende a aumentar. Para evitar estas complicaciones, debe realizarse una historia clínica apropiada a todos los pacientes, pues es fundamental que el odontólogo conozca sus antecedentes médicos y así poder evitar estas posibles complicaciones.

#### **V.1.2 Estudio del motivo de consulta recogido en la historia clínica:**

Por otro lado, es importante conocer la razón por la cual acude un paciente a la consulta, pues nos puede ofrecer una inmensa información acerca de su padecimiento. Hay que tener en cuenta, que su motivo de consulta no es su antecedente médico, sino su problema oral.

En el interrogatorio, el paciente expresa su estado de salud en el momento de solicitar la consulta. El odontólogo debe identificar los posibles problemas que han llevado al paciente a la clínica, teniendo en consideración la presencia de dolor o no, y así poder determinar, en caso de presencia, su semiología para identificar o calcular el periodo de evolución de la enfermedad.

Del mismo modo, el paciente puede transmitir información sobre sus expectativas con respecto a su dolencia y el tratamiento de ésta. La situación varía en función de si el paciente acude por problemas estéticos, por dolor o para una simple revisión cotidiana, por ejemplo. Los pacientes nos relatan los signos y síntomas que le llevan a solicitar ayuda profesional y esto estará en relación con el diagnóstico profesional emitido, para resolver el problema que aqueja al paciente.

Medrano, E., Starlight, Medrano, J.C., y Casas (2014), evaluaron la asociación entre el

motivo de consulta del paciente y el diagnóstico del profesional, en pacientes de la clínica multidisciplinaria de la Unidad Académica de Odontología, de Zacatecas. Para ello, desarrollaron un estudio evaluando 1030 expedientes de pacientes que solicitaron atención clínica, donde el 59,5% eran mujeres y el 40,5% restante hombres. El 56,2% acudieron para una revisión, seguidos del 39,8% que referían dolor dental, el 2,2% sensibilidad, un 1,2% movilidad dental y el 0,6% acudió por otros motivos. El 56,3% de las mujeres acudieron para realizarse una revisión, frente al 43,7% de los hombres. En cuanto al dolor y sensibilidad, consultaron más mujeres que hombres. Aspectos como la movilidad dental, preocupan por igual a ambos sexos.

En el presente estudio, al evaluar los diferentes motivos de consulta de los pacientes de la CO, se encontró que el más frecuente fue, también, la revisión (53,18%), seguida de la pérdida dental (14,61%), problemas estéticos (11,24%), dolor (8,61%) y otros motivos (8,24%). Destaca, en cuanto a la caries, la consulta por parte del doble de mujeres que hombres por esta patología (8,33% de mujeres frente al 4,06% de hombres), al contrario que ocurre con la movilidad dental, por la que consultan el doble de hombres (4,88%) que mujeres (2,08%), aunque en ambos casos, sin diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=NS$ ). No reseñan el motivo de consulta el doble de hombres (4,88%) que mujeres (2,08%).

Hay pruebas sólidas de revisiones sistemáticas de que la prevalencia de la periodontitis es menor en las mujeres comparado con los hombres (Shiau y Reynolds, 2010), hecho que puede justificar que en el presente estudio, consulten por movilidad dental el doble de hombres que mujeres. Sin embargo, hay poca evidencia de una diferencia en la prevalencia de la caries dental entre hombres y mujeres (Jepsen et al., 2017), por lo que llama la atención la consulta por dicha patología por parte del doble de mujeres que de hombres en el presente estudio.

Coincidiendo con el estudio de Arrighi (1998), constituido por 60 pacientes (48 mujeres y 12 hombres) con una edad media de 42,6 años, en el que estudiaron, entre otros aspectos, el motivo de consulta de los pacientes que acudieron a la Facultad de

Odontología de la Universidad Central de Venezuela, destaca que más del doble de mujeres que de hombres acuden por caries (10 mujeres/3 hombres), y que la movilidad dental es un problema que motiva a tan sólo un paciente varón a asistir a la consulta del servicio de dicha facultad, pero a ninguna mujer.

Mientras que en el presente estudio, se obtuvo una distribución porcentual del dolor como motivo de consulta similar, independientemente del sexo del paciente (un 8,33% de mujeres y un 8,94% de hombres consultaron por dolor), Arrighi (1998) señaló que 10 mujeres frente a un hombre consultaron por dolor dental o articular.

El estudio de Silva-Rojas (2015), tuvo como objetivo establecer el motivo de consulta más frecuente de los pacientes mayores de edad, que asisten al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de las Américas. Revisaron 814 historias clínicas, de las cuáles 437 correspondían a mujeres (54%) y 377 a hombres (46%) con una edad media de 35 años. El motivo de consulta que se registró con mayor frecuencia fue el de profilaxis con el 52%, seguido de revisión (21%), otros (11%), dolor (9%), prótesis (5%) y extracciones (2%). Relacionando el motivo de consulta con el sexo del paciente, del total de hombres, el 54% acudió para realizarse una profilaxis frente al 50% de mujeres. Más del doble de mujeres que de hombres acudieron para realizarse extracciones (3% mujeres frente al 1% hombres).

Destaca, en la mayoría de estudios revisados, la mayor proporción de mujeres que de hombres que componen las muestras, independientemente del aspecto analizado. Así como la variedad de motivos de consulta que tienen los pacientes para solicitar un servicio odontológico, habiendo infinidad de razones por las que un paciente puede acudir a solicitar asistencia en una clínica odontológica.

López-Garví et al. (2014) reflejaron en su estudio que, de acuerdo con sucesivas encuestas de población españolas en la última década, las expectativas de los pacientes en su estudio, sobre los odontólogos, eran más bien rehabilitadoras que preventivas. Señalaron, además, que el porcentaje de visitas a la clínica dental para una revisión era aún bajo, y con ello lo era también el nivel de acción preventiva llevada a cabo en las mismas.

Sin embargo, el principal motivo de consulta de los pacientes del presente estudio y de otros similares encontrados en la literatura (Medrano et al., 2014; Silva-Rojas, 2015; López et al., 2002) es la revisión.

### **V.1.3 Análisis del diagnóstico odontológico establecido y la relación con el motivo de consulta:**

El motivo por el cual un paciente acude a la clínica dental, suele presentar un gran número de manifestaciones, y será labor del clínico indagar en el origen y ponerle remedio, tras establecer un diagnóstico odontológico concreto.

El odontólogo debe ser preciso en el diagnóstico para poder aplicar un tratamiento correcto o adecuado. Sin la relación entre el motivo de consulta del paciente con la emisión del diagnóstico profesional, se puede caer en fracasos de tratamientos por ser mal diagnosticados, mal pronosticados y mal planeados.

En el presente estudio, de los pacientes que acudieron para revisión (142) se emitieron 89 diagnósticos de caries, 15 de pulpitis, 49 de gingivitis con diferencias estadísticamente significativas, destacando que tan sólo 3 pacientes consultaron por sangrado de encías (Anexo VIII.10), dato que nos hace pensar que los pacientes no le dan importancia al sangrado como signo de una patología de base. Sin embargo, Mårtensson, Söderfeldt, Axtelius y Andersson (2013), desarrollaron un estudio para investigar los cambios en el conocimiento de la enfermedad periodontal entre los pacientes remitidos a clínicas de especialistas periodontales. El problema bucal más frecuentemente autopercebido por parte de los pacientes, fue el sangrado de encías (70%).

Se establecieron 21 diagnósticos más de periodontitis, 5 de fístula, 11 de absceso, un flemón, 34 desdentados parciales y 2 totales, 3 de patología de ATM, 12 de maloclusión, 10 tratamientos diferentes y tan sólo 4 no presentaban alteraciones.

En el estudio de Medrano et al. (2014), de los 578 pacientes que acudieron para una revisión, el diagnóstico que se realizó en mayor porcentaje fue también la caries (59,9%). Un 0,7% no presentaba alteraciones y el resto fueron diagnósticos varios como anodoncia (26,4%), fluorosis (3,5%), dientes retenidos (4,1%), fractura (1,9%) y otros diagnósticos (3,5%).

Silva-Rojas (2015) reflejó que de las 814 historias clínicas revisadas, se registraron 382 diagnósticos, de los cuales 312 (87%) fueron caries. La autora no relaciona el motivo de consulta del paciente con el diagnóstico establecido, aún así, la caries sigue siendo el DO más frecuente, seguida de la gingivitis que presenta el 4% de los pacientes del estudio, enfermedad periodontal (2%), enfermedad pulpar (2%), foco séptico (2%), desdentados (7%), otros diagnósticos (1%).

La prevalencia de caries dental y periodontitis es alta, siendo la caries dental sin tratar la enfermedad más común que afecta a los seres humanos en todo el mundo (GBD, 2016).

La distribución porcentual de los DO recogidos de las 267 historias clínicas revisadas en el presente estudio son muy similares al estudio de Silva-Rojas (2015), apareciendo tras la caries (61,80%), gingivitis en un 28,46%, pacientes desdentados parciales (27,72%) y totales (4,12%), periodontitis (15,36%), pulpitis (13,86%), absceso (8,24%), fístula (3%), flemón (2,25%), y otros diagnósticos (5,62%).

De aquellos pacientes que acudieron a la CO refiriendo dolor (23 pacientes), se establecieron 15 diagnósticos de caries, 3 de pulpitis, 4 de gingivitis, 1 de periodontitis, 3 de absceso, uno de flemón, 7 desdentados parciales y un desdentado total, 2 de patología de ATM, que tras realizar el estudio inferencial con tabulación cruzada de Fischer y Chi-cuadrado, mostró que existen diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,0290$ ), uno de maloclusión, 3 de otras patologías y tan sólo uno no presentaba ninguna alteración.

Poveda Roda, Bagán, Díaz Fernández, Hernández Bazán y Jiménez Soriano (2007), realizaron una revisión de la patología de ATM, destacando que ésta era más frecuente en el sexo femenino y, que entre el 3 y 7% de la población busca tratamiento para el dolor y/o la disfunción de la ATM o estructuras relacionadas. Al comparar con los resultados del presente estudio, encontramos que de los 23 pacientes que acudían refiriendo dolor, se establecieron 2 diagnósticos de patología de ATM (8,69%) con significación estadística. Resalta además, un mayor porcentaje de hombres (8,94%) que de mujeres (8,33%) que consultaron por dolor.

Blanco et al. (2014) estudiaron la relación entre el bruxismo autoinformado durante el sueño y la presencia de dolor en pacientes con desórdenes temporomandibulares. En relación con el género, fueron las mujeres las que más frecuentemente mostraron la actividad parafuncional del bruxismo. Siendo especialmente importante, ya que son las mujeres quienes, en general, reportan una mayor intensidad del dolor (Blanco et al., 2012), a diferencia del presente estudio, donde los resultados señalan que son los hombres quienes refieren en mayor porcentaje, dolor como motivo de consulta.

Para Medrano et al. (2014), la distribución fue la siguiente: de los pacientes que consultaron por dolor, ninguno estaba sano, el 81,5% presentaba caries, seguidos del 5,6% que presentaban anodoncia, un 4,6% otros diagnósticos, el 4,4% dientes retenidos, un 2,9% fluorosis y un 1% fractura. El 87% de los pacientes que consultaron por sensibilidad, fueron diagnosticados de caries.

Al evaluar los diagnósticos emitidos en el presente estudio, en aquellos pacientes cuyo motivo de consulta fue la movilidad dental, encontramos 6 diagnósticos de caries, uno de pulpitis, uno de fístula, 2 de absceso, 3 desdentados parciales y 4 de periodontitis con diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,0138$ ). Medrano et al. (2014) encontraron un 58,3% de caries, 25% de fluorosis y un 16,7% de anodoncias en aquellos pacientes que consultaron por movilidad dental.

Tras analizar los diagnósticos odontológicos establecidos a aquellos pacientes que consultaron por pérdida dental, encontramos la caries y pulpitis como las patologías

más diagnosticadas, seguidas de gingivitis, periodontitis y presencia de absceso y flemón.

Se reconoce que la pérdida de dientes no es sólo el resultado directo de la caries dental, la periodontitis y otros factores tales como las indicaciones traumáticas u ortodónticas, sino también determinados por un complejo conjunto de factores no directamente relacionados con las enfermedades dentales, como la actitud hacia la atención de la salud y preferencias, acceso al cuidado dental, capacidad y disposición a pagar. Se han examinado las razones de la extracción de los dientes según los dentistas en varios países. En niños y adolescentes, la caries dental es la enfermedad más importante que causa la pérdida de dientes, debido a la extremadamente baja prevalencia de periodontitis. En adultos, tanto la caries dental como la periodontitis son las principales razones para la pérdida de dientes; Sin embargo, existe una marcada variación en términos de la contribución relativa de cada enfermedad entre los estudios. (Jepsen et al., 2017).

## **V.2 Evaluación de la satisfacción del paciente atendido en la CO de la USAL:**

Las expectativas que tiene el paciente sobre nuestros tratamientos van a ser determinantes en el éxito de los mismos. Así podemos distinguir la calidad esperada, como la que el paciente da por seguro y normal a recibir. Su presencia no aumenta la satisfacción, pero su ausencia le dejará insatisfecho. Por otro lado, la calidad inesperada, aquella que el paciente considera que no va a recibir y, por lo tanto, si aparece, le sorprende favorablemente provocándole sobresatisfacción. Sin embargo, si no se la encuentra, su efecto no modificará su satisfacción (López-Garvía et al., 2014).

Uno de los objetivos del presente estudio fue evaluar la satisfacción del paciente con los servicios recibidos en la CO de la USAL. Debemos conocer los resultados que cada paciente desea conseguir para que nuestros tratamientos no contengan un factor sorpresa sino un deseo cumplido que satisfaga sus expectativas.

En el presente estudio se realizó el análisis de la satisfacción de 174 pacientes, un 52,30% eran mujeres y el 47,70% restante hombres, con una edad media de 53,51, que recibieron tratamiento en la CO de la USAL. López et al. (2002), desarrollaron un estudio para valorar el grado de satisfacción del paciente que acude a la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona obteniendo una muestra de 145 pacientes, mayoritariamente mujeres (61%) con un rango de edades desde 25 hasta 75 años.

Se elaboró un cuestionario compuesto de 3 secciones, para evaluar la satisfacción del paciente con los servicios que recibió en la CO de la USAL.

En odontología, a pesar de existir un cuestionario validado (López-Garví et al., 2014) no se ha definido ningún “gold standard” para la medición de la satisfacción de los pacientes, por lo que no disponemos de una medida con la que comparar si nuestro cuestionario sirve para medir correctamente la satisfacción. A esto podemos añadir la falta de homogeneidad de los cuestionarios publicados, lo que complica los estudios comparativos entre los distintos trabajos. (López et al., 2002).

Existen publicados muchos cuestionarios de satisfacción en pacientes de odontología, pero sólo dos han sido validados para idiomas que no sea su idioma original: la escala de satisfacción de visita dental (DVSS; Hakeberg et al., 2000; Stouthard et al., 1992) y el cuestionario de satisfacción dental (Dental Satisfaction Questionnaire (DSQ), Davies y Ware, 1982; Golletz et al., 1995; Milgrom et al., 2008; Skaret et al., 2004). Davies y Ware (1982) desarrollaron el DSQ, compuesto por 19 ítems clasificados en una escala tipo Likert con categorías de respuesta: 1, completamente de acuerdo; 2, de acuerdo; 3, indeciso; 4, en desacuerdo; y 5, totalmente en desacuerdo. Los ítems 1, 3, 4, 5, 8, 11, 13 y 17 se puntúan a la inversa. El índice de satisfacción general dental se obtiene mediante la suma de las calificaciones de los 19 ítems y así se extiende de 19 a 95.

El DSQ tiene cinco sub-escalas: calidad (ítems 2, 6, 11, 14, 16, 17 y 18), manejo del dolor (4, 8 y 19), acceso (5, 13 y 15), coste (3 y 10) y la disponibilidad/conveniencia (7 y 9).



Aunque se han realizado en España algunos estudios de salud bucal relacionados con la calidad de vida (Cortés et al., 2010; Montero et al., 2008; Montero et al., 2009) y otros con la satisfacción del paciente con la atención odontológica recibida (Balaguer et al., 2011; Escribano-Hernández et al., 2012; González-Lemonier et al., 2010; Llena et al., 2011; López et al., 2002), no se había realizado ningún estudio de satisfacción con la atención odontológica con un cuestionario validado, hasta que López-Garví et al. (2014) adaptaron y tradujeron el DSQ para usarse en España. Validaron la adaptación y describieron sus propiedades psicométricas.

A pesar de la existencia de este cuestionario traducido y validado, decidimos confeccionar nuestras propias cuestiones para facilitar la comprensión del paciente, ya que nuestra encuesta se realizó por correo de forma anónima y particular por cada paciente desde su casa, sin posibilidad de preguntar a ningún colaborador del estudio ante la existencia de dudas o incapacidad de entendimiento de alguno de los aspectos a evaluar. Resultaba de nuestro interés obtener la mayor parte, sino la totalidad, de los ítems respondidos para poder valorar correctamente la satisfacción del paciente con los servicios de la CO, y evitar la existencia de datos faltantes que alterasen los resultados de nuestro estudio.

Puesto que queríamos conocer la satisfacción de aquellos pacientes que recibieron tratamiento en la CO de la USAL en diferentes ámbitos, elaboramos un cuestionario formado por 3 secciones:

- La sección 1 corresponde, a los datos sociodemográficos del paciente, y está integrada por 6 reactivos.
- La sección dos del instrumento, que se utilizó para la medición de la satisfacción del paciente con la atención sanitaria en la clínica odontológica, fue utilizado por Reifel et al. (1997), para medir la satisfacción del paciente con el cuidado dental en tres poblaciones norteamericanas. Se adaptaron las características del instrumento de medición a las necesidades del presente estudio, confeccionando los ítems que dan forma al cuestionario, tras realizar una revisión de la literatura y analizar aquellos parámetros que son indicadores

de la satisfacción del paciente y que queríamos evaluar en nuestro estudio. Así, finalmente, el cuestionario empleado para medir la satisfacción del paciente con los servicios de la CO se compone de 28 reactivos contemplados en tres dimensiones que son: clínica, personal de clínica y tratamiento, que miden los atributos o características de la atención sanitaria en clínica, con un patrón de respuestas que va de “muy satisfecho” (5), “satisfecho” (4), “indiferente” (3), “poco satisfecho” (2), “nada satisfecho” (1). Para la dimensión tratamiento existe un apartado de respuesta libre a la pregunta: *De forma global, ¿Cree Ud. que se deberían mejorar algunos aspectos del tratamiento?*. Existe un cuadro con respuesta dicotómica (si/no) y un espacio para contestar ampliamente su respuesta en caso de que el paciente crea que existen aspectos del tratamiento que se pueden mejorar. No existen respuestas correctas ni incorrectas, solamente se trata de obtener una medición correcta de la satisfacción del paciente, que recibe atención en la Facultad de Odontología de la Universidad de Salamanca.

Para evaluar la satisfacción específica del paciente con cada dimensión del cuestionario se analizaron las medias de puntuación otorgada a cada uno de los ítems contestados, seleccionando la pregunta con puntuación más alta y, por tanto, una mayor satisfacción. Del mismo modo, se seleccionó la pregunta con una media en su puntuación más baja, la cual indicaba una satisfacción menor.

El análisis de la satisfacción global con los servicios de la CO para el grupo de pacientes se estudió obteniendo la media total de todas las medias otorgadas a cada uno de los ítems en cada uno de los tres apartados evaluados. Valores entre 1 y 2 reflejan una actitud poco o nada satisfecha, valores alrededor de 3 reflejan una actitud indiferente y entre 4 y 5, una actitud satisfecha o muy satisfecha.

Al revisar estas puntuaciones, llama la atención como prácticamente la totalidad de los ítems del cuestionario han obtenido una puntuación superior a 4 (“satisfecho”), presentando valores de satisfacción altos. Tan sólo 3 preguntas, de un total de 27, han presentado medias inferiores a 4 y nunca inferiores a 3.

Coincidiendo con estos resultados, López et al. (2002), en su estudio para valorar cuál era el grado de satisfacción de los pacientes que acudían a la Clínica Odontológica Universitaria en la sección de primeras visitas y en la de Integrada de Adultos de la Universidad de Barcelona, concluyeron que la satisfacción de los pacientes con el trato recibido por sus alumnos fue alta en casi el 95 % de los casos. El resto refirió un grado de satisfacción media, no hallando ningún caso en el que la pudieran definir como baja.

En el presente estudio, no se han encontrado diferencias significativas en la satisfacción de los pacientes respecto al sexo, edad, estado civil o lugar de residencia. Los estudios de Hakeberg et al. (2000) y Lara-Flores, López-Camara, Morales-Estrella y Cortés-Vázquez (2000), tampoco encuentran diferencia entre la satisfacción de la atención odontológica recibida cuando es evaluada por el género femenino en relación al masculino o bien, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Sin embargo, Gopalakrishna y Munnaleni (1993) encontraron en su estudio, que la satisfacción era mayor en el género femenino, al contrario que Croucher, Robinson, Zakrzewska, Cooper y Greenwood (1997), que señalaron que la satisfacción era mayor en el género masculino. Los estudios de Chisick y Piotrowski (1999) y Bos, Vosselman, Hoogtraten y Prah-Andersen (2005), establecen que el sexo es un predictor importante de la satisfacción del paciente.

López et al. (2002), señalaron una cierta tendencia por parte de los hombres de su estudio y del intervalo de edades que comprendía de los 51 a los 75 años, a quejarse más del tiempo de espera. Sin embargo, los resultados no fueron significativos. No observaron, tampoco, diferencias significativas en función del sexo o la edad de los pacientes en el resto de preguntas del cuestionario que realizaron.

Para el apartado *clínica* se valoraron aspectos como la amplitud, limpieza de la clínica y ausencia de ruidos y olores, el horario de atención, la ventilación y temperatura, la modernidad y funcionalidad de los equipos y, la ubicación de la clínica y la accesibilidad a la misma.

Al evaluar los resultados de los cuestionarios, en relación con el apartado *clínica*, se encontró la mayor puntuación media para la **amplitud** (4,75), por lo que los pacientes valoran más satisfactoriamente este aspecto de la CO. Por el contrario, fue la valoración de los horarios (3,90), la que obtuvo una media más baja y, por ello, una menor satisfacción.

Van Groenestijn, Maas-De Waal, Mileman y Swallow (1980), desarrollaron un estudio y señalaron la comodidad de la clínica como uno de los principales atributos del dentista ideal.

En esta línea, que **no existan ruidos y olores desagradables** en la CO es valorado satisfactoriamente por los pacientes del presente estudio, con una media de 4,19 sobre 5.

Yoshida y Matakí (2002) establecieron como una de las causas principales para aceptar el tratamiento, el **horario** y días hábiles de servicio del consultorio donde se recibe la atención dental. Del mismo modo, Hashim (2005) desarrolló un estudio y refirió un 92% de satisfacción en sus pacientes con respecto al horario y días hábiles de servicio de este estudio realizado en la ciudad de Ajman (Arabia). Es con este aspecto con el que los pacientes atendidos en la CO de la USAL muestran una satisfacción menor (3,90). El grupo de pacientes que trabajaban en el hogar valoraron muy satisfactoriamente los horarios de la CO (36,73%). El grupo de jubilados valoró satisfactoriamente este ítem (50%). Sin embargo, un 6,32% de los pacientes se mostraron poco satisfechos.

Al evaluar otros aspectos como la **ventilación y temperatura** de la clínica, El-Awady (1999), reportó un 82% de satisfacción de los pacientes atendidos en las clínicas donde realizaron el estudio. Los pacientes del presente estudio puntuaron con una media superior a 4 (4,26) esta dimensión, por lo que podemos decir que se encontraban bastante satisfechos.

La **modernidad y funcionalidad de los equipos** y mobiliario es referida como una de las principales dificultades del tratamiento del paciente según Castañeda-Saavedra et al. (2003) en su estudio de satisfacción con los servicios en la estomatología integral.

En la misma línea, el estudio de Esa, Rajah y Abdul (2006) sobre la satisfacción con los servicios de salud oral realizado a oficiales de la fuerza armada malasia, reflejó un nivel de satisfacción de tan sólo el 9,07%. Probablemente ambos obtienen valores bajos de satisfacción y presentan la modernidad de los equipos como una dificultad del tratamiento, debido al bajo nivel sociocultural del lugar donde se realizaron los estudios.

Los pacientes del presente estudio valoran con una media de 4,53 la modernidad de los equipos de la clínica, por lo que su satisfacción es alta, resultando, además, con diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado,  $p=0,000025$ ), siendo el grupo de pacientes con estudios universitarios el que mostró mayor porcentaje de satisfacción.

La **ubicación de la clínica** es otro de los aspectos a tener en cuenta al evaluar la satisfacción del paciente. Los pacientes valoran satisfactoriamente (4,09) la ubicación de la CO de la USAL. Un 32,26% de pacientes con estudios primarios se muestra muy satisfecho, el 28,20% corresponde a pacientes con formación profesional, un 41,67% a pacientes sin estudios, y es el grupo de pacientes con estudios universitarios, el que muestra mayor porcentaje de satisfacción (62,5%). (Chi-cuadrado,  $p=0,0025$ ).

Bishoff y Bussey (2004) llevaron a cabo un estudio, obteniendo indicadores de satisfacción del 73% conforme a la ubicación de la clínica donde atendieron a los pacientes. Por el contrario, el estudio realizado en Ajman (Arabia) por Hashim (2005) aportó frecuencias menores de satisfacción de sus pacientes con respecto a la ubicación de la clínica (43%).

A la hora de evaluar la **accesibilidad** a la clínica odontológica, Tuominen, R. y Tuominen, M (1998) determinaron haber encontrado niveles altos de satisfacción de sus pacientes con la accesibilidad.

Los pacientes del presente estudio valoran los accesos y la facilidad de desplazamiento en el ámbito de la CO con el apoyo de rampas, sistemas de señalización, ascensor, etc... con una media de 4,68, por lo que podemos decir que están muy satisfechos.

En este sentido, Yoshida y Matakí (2002) en su estudio sobre la influencia de la percepción de los pacientes en la aceptación y comprensión de la atención dental dentro de un sistema educativo, se concluye que la accesibilidad es una de las principales causas para que el paciente acepte el proceso de tratamiento. Del mismo modo, Imanaka et al. (2007) determinaron una dependencia del 85% entre las facilidades de accesibilidad presentadas al proceso de atención y el nivel de satisfacción del paciente atendido.

Por otro lado, autores como Brennan, Gaughwin y Spencer (2001), estudiaron las diferencias en las dimensiones de satisfacción con la atención dental pública y privada entre niños, presentando niveles bajos de satisfacción de sus pacientes con respecto a la accesibilidad. Anderson, Thomas y Phillips (2005), concluyeron además bajos niveles de evaluación para la accesibilidad por parte de los pacientes atendidos en su estudio.

Para el apartado *personal de clínica* se valoraron aspectos relacionados con la atención por parte del personal (procesos y actitudes como la comunicación, la empatía y el trato del profesional hacia el paciente), con el trato de cortesía en el momento de recepción del paciente, con el interés del odontólogo en el problema del paciente, con el hecho de que le atendiese el mismo alumno, con la explicación por parte del odontólogo al paciente de sus problemas bucodentales, con el empleo de palabras que podía entender fácilmente, con la explicación del tratamiento a realizar, con la seguridad percibida por el paciente en cuanto al uso de procedimientos adecuados que eviten el contagio durante el tratamiento, con la supervisión por un profesional y con la solución del problema bucodental.

Fue la **atención por parte del personal** la que obtuvo una media de puntuación más alta por los pacientes del presente estudio (4,62). El porcentaje de distribución fue

mayor en el grupo de pacientes con formación profesional (76,92%). (Chi-cuadrado,  $p=0,00047$ ).

Chaffin, L.J., Chaffin, SD., Mangelsdorff y Finstue (2007) en su estudio sobre la satisfacción del paciente con los proveedores de higiene dental en clínicas militares de EE.UU, señalaron que el cuidado con los procedimientos en la clínica dental es el primer factor de satisfacción de los pacientes. Estabrook, Zapka y Lubin (1980) desarrollaron un estudio del que se desprende que el 57% de los pacientes evaluados estaban satisfechos con esta característica del servicio que recibieron.

Matee, Sheutz, Simon y Lembariti (2006) realizaron un estudio sobre la satisfacción del paciente con la atención dental de una clínica pública en Dar Salaam (Tanzania), señalando que la satisfacción del paciente con la atención recibida por parte del personal era un aspecto a mejorar, pues no obtuvieron una evaluación satisfactoria. Del mismo modo, Gurdal, Cankaya, Onem, Dincer y Yilmaz (2000), estudiaron los factores de satisfacción e insatisfacción del paciente en una facultad de odontología ambulatoria en Turquía, presentando niveles de satisfacción con la atención técnica recibida del 38,6% en el nivel de satisfecho y del 23,8% en el nivel de medianamente satisfecho.

El trato es un atributo del dentista ideal (Van Groenestijn et al., 1980). Corah (1988) en su estudio sobre la ansiedad dental, señaló la empatía, la cortesía y la tranquilidad como aspectos directamente relacionados con la satisfacción del paciente en la consulta odontológica.

Lara-Flores et al. (2000), identificaron el trato amable como uno de los indicadores relacionados con el grado de satisfacción percibido en el paciente durante la consulta.

Otros autores como Croucher et al. (1997) y Anderson et al. (2005) encontraron también una alta satisfacción en cuanto a los aspectos relacionados con la conducta afectiva del profesional de la salud y su relación con la satisfacción del paciente.

Imanaka et al. (2007) observaron que existía una dependencia directamente proporcional entre los aspectos relacionados con la comunicación entre el paciente y el profesional de la odontología en un 85%.

En relación al trato de **cortesía en el momento de recepción del paciente**, que el alumno reciba y salude al paciente de la CO por su nombre es valorado muy satisfactoriamente (4,43), resultando mayor en el grupo sin estudios (91,67%). (Chi-cuadrado,  $p=0,0081$ ).

Estabrook et al. (1980) señalaron que el 90% de los pacientes de su estudio evaluaron haber recibido un trato de cortesía en el momento de su recepción en la clínica.

El **interés mostrado por parte del odontólogo en el problema bucodental del paciente** fue otro aspecto evaluado, obteniendo una media de puntuación otorgada por los pacientes de la CO de 4,36. Fue en el grupo de formación profesional en el que mayor satisfacción se encontró, ya que el 66,67%, se mostraron muy satisfechos. Destaca que ese mismo porcentaje (66,67%) de pacientes con otros estudios valoraron satisfactoriamente el interés mostrado por el alumno en su problema bucodental. (Chi-cuadrado,  $p=0,000078$ ).

Kelly, Lange, Dunning y Underhill (1990) señalaron en su estudio, que el interés del odontólogo en el problema, percibido por el paciente, es un factor de permanencia de éste en la consulta odontológica. El hecho de que el odontólogo anime al paciente a realizar preguntas, disipar dudas y escucharlo cuidadosamente influye positivamente en la satisfacción del mismo.

El 94% de los pacientes que participaron en el estudio de Estabrook et al. (1980), identificaron la promoción del diálogo como un esfuerzo realizado por parte del odontólogo para que ellos sintieran menos ansiedad y se sintieran más confortables durante la consulta odontológica.

La **factibilidad para establecer contacto con el profesional de la salud que atiende a los pacientes** es un determinante de satisfacción con la atención dental.



Anderson et al. (2005), refirieron que el 40% de los pacientes que conformaron su muestra mencionaron haber tenido algún tipo de problema para localizar al odontólogo tratante.

En el presente estudio, la valoración de la satisfacción del paciente con que le atendiese el mismo alumno (4,17) fue la que obtuvo una media más baja y, por ello, una menor satisfacción, pero a pesar de ser la puntuación más baja, el resultado sigue mostrando que los pacientes están satisfechos con esta disponibilidad del odontólogo responsable de su tratamiento ante cualquier problema que tuviera el paciente.

Murray, Locker, Mock Y Tenenbaum (1997) y Brennan et al. (2001) refirieron indicadores de alta satisfacción con respecto a la disponibilidad del odontólogo para el paciente. Del mismo modo, Van Groenestijn et al. (1980) también concluyeron en su estudio con la existencia de una relación entre la disponibilidad del personal y la satisfacción de sus pacientes en este proceso.

En el estudio de Williams y Calnan (1991), observaron que el 51% de los pacientes que ellos evaluaron no percibieron disponibilidad en el odontólogo responsable de su proceso de atención odontológica, con valores de satisfacción consecuentemente menores respecto a este ítem ya que esto afectaba al proceso de comunicación entre ambos.

Al evaluar, como otro indicador de la satisfacción, **la explicación de los problemas que el paciente tenía en su boca por parte del odontólogo** se observa que los pacientes del presente estudio lo valoran con una media de 4,27, siendo mayor en el grupo de pacientes que se encontraban trabajando (59,18%), seguidos muy de cerca de los estudiantes (55%). (Chi-cuadrado,  $p=0,000363$ ). De acuerdo con estos resultados, Evans (2005), señaló que los pacientes que participaron en el estudio, evaluaron en su mayoría como satisfactorio el proceso de comunicación durante la consulta con su odontólogo.

De la misma forma Butters y Willis (2000) y Lara-Flores et al. (2000) aseguraron, tras realizar sus estudios, que el proceso de comunicación dentro de la consulta odontológica está relacionado con la satisfacción del paciente y con el hecho de que el paciente regrese a continuar con el tratamiento con el mismo odontólogo.

Quinby, Sheller, Williams y Grembowski (2004), presentaron resultados del 91% de satisfacción en cuanto a la explicación clara del problema que el paciente presentaba en el momento de la consulta. Okullo, Astrom y Haugejorden (2004), concluyeron, en este caso, que el 87% de los pacientes que conformaron la muestra de su estudio se encontraban satisfechos con la información que habían recibido durante el proceso de atención odontológica al que habían acudido. Estabrook et al. (1980) reflejaron que el 97% de los pacientes de su muestra mencionaron haber estado satisfechos con la explicación del tratamiento que el odontólogo les había proporcionado durante la consulta.

La contraparte de este indicador se vio reflejada en el estudio realizado por Karydis, Komboli-Kodovazeniti, Hatzigeorgiou y Panis (2001), donde los pacientes se encontraban no satisfechos con la comunicación que se había propiciado durante el proceso de atención odontológica. En la misma línea, Castañeda-Saavedra et al. (2003) presentaron una baja evaluación considerada por los pacientes que conformaron la muestra para medir el proceso de comunicación.

**La utilización de palabras entendibles y sencillas** se posiciona como un elemento fundamental de claridad en el proceso de comunicación del odontólogo con sus pacientes. En este sentido, Rozier, Slade, Zeldin y Wang (2005), mostraron que los pacientes de su estudio presentaron un 92% de satisfacción con la claridad en la comunicación. La media de puntuación otorgada por los pacientes de la CO fue de 4,23.

**La explicación con antelación del tratamiento a realizar** y de todos los aspectos relacionados con la salud bucal supone una parte importante del proceso de comunicación. Este indicador fue identificado por Kelly et al. (1990), como la razón

principal para que el paciente continúe con el tratamiento. Los pacientes del presente estudio, puntúan con una media de 4,23 este aspecto de la relación con el odontólogo. La satisfacción fue mayor en el grupo de estudios universitarios (54,17%), seguidos del grupo de pacientes con formación profesional (53,85%). (Chi-cuadrado,  $p=0,0023$ ).

Castañeda-Saavedra et al. (2003), refirieron haber encontrado el 100% de la satisfacción en este indicador. Del mismo modo, Evans (2005) ofrece en su estudio resultados tendientes a evaluar este indicador como satisfactorio por la mayoría de sus pacientes, así como Okullo et al. (2004) ya mostraron que el 87% de los pacientes que evaluaron presentaron un alto grado de satisfacción con respecto a la información recibida durante el proceso de atención.

Autores como Quinby et al. (2004), señalaron que el 19% de los pacientes observados referían no haber recibido una explicación clara por parte del profesional responsable de su proceso. Proporciones similares se observan en el estudio realizado por Karydis et al. (2001), donde se observa este indicador de comunicación odontólogo-paciente en niveles no satisfactorios. El estudio de Al-Mudaf et al. (2003) se orienta a que los pacientes aplicaron una baja puntuación al proceso de comunicación evaluado en su proyecto de investigación.

Haciendo referencia a la **seguridad percibida por el paciente en cuanto al uso de procedimientos adecuados que disminuyen el riesgo de contagio durante su tratamiento**, Kelly et al. (1990), señalaron que la seguridad de no contagiarse durante la consulta odontológica era un factor elemental para permanecer como paciente con el mismo profesional de la odontología. El 90,81% de los pacientes de este estudio se mostraron satisfechos y muy satisfechos con los procedimientos utilizados, resultando mayor en el grupo de pacientes sin estudios (66,67%). (Chi-cuadrado,  $p=0,00039$ ).

Para el apartado *tratamiento* se valoraron aspectos relacionados con la puntualidad en la hora de atención, con el recordatorio de la cita, el tiempo de espera hasta conseguir la cita y el tiempo de espera hasta que el alumno en prácticas le atendió, el tiempo que pasó el paciente con el alumno durante su tratamiento, la ausencia de secuelas y complicaciones, el coste del tratamiento, con su opinión sobre si recomendaría los

servicios de la CO y si volvería para recibir otro tratamiento en la CO.

Encontramos en la literatura diferentes estudios en los que se evalúan aspectos como el **tiempo que le lleva al paciente obtener una cita con el odontólogo o el tiempo de espera hasta que el odontólogo les atendió**.

En este sentido, Chu, Yeung y Lo (2001) señalaron que el tiempo que los pacientes tardan en concluir una cita es una de las principales razones que determina que el paciente programe su visita al odontólogo. Del mismo modo, Castañeda-Saavedra et al. (2003) reflejan que el tiempo en obtener una cita supone una de las principales dificultades del tratamiento cuando esta espera se alarga demasiado.

El-Awady (1999), determinó en su estudio que el 7% de los pacientes tuvieron alguna dificultad para obtener la cita y programar el proceso de atención odontológica que ellos buscaban. Un 10,34% de los pacientes del presente estudio se mostraron insatisfechos con el tiempo hasta conseguir la cita en la CO.

Otro autor que orienta sus resultados hacia el desacuerdo de los pacientes con el tiempo hasta conseguir su cita con el odontólogo por ser éste de larga espera, es Nacht (2000). Estabrook et al. (1980) señalaron, además, que sólo el 36% de sus pacientes mostraron un nivel adecuado de satisfacción al evaluar el tiempo de espera en la consulta.

Sin embargo, en el presente estudio, más de la mitad de pacientes encuestados (73,57%) están satisfechos con el tiempo de espera hasta que el alumno en prácticas les atendió. Tamaki et al. (2005) presentaron resultados del 46,7% de satisfacción con este mismo indicador.

Respecto al análisis del **tiempo en el que se desarrolla la consulta odontológica** Butters y Willis (2000) y Yoshida et al. (2002), lo interpretaron como una de las causas para que el paciente aceptase la realización de un tratamiento y además regresara a la consulta odontológica.

Abay-Debs (2004) reportó un 96% de satisfacción de los pacientes de su estudio. Los pacientes evaluados en el presente estudio, puntuaron con una media de 4,04 sobre una escala de 5, su satisfacción respecto al tiempo que pasaron con el alumno en prácticas durante su tratamiento. Los pacientes jubilados y trabajando se mostraron muy satisfechos en similar proporción (40,48% y 40,82% respectivamente). Se mostraron satisfechos en mayor proporción los pacientes en paro (57,14%). (Chi-cuadrado,  $p=0,0026$ ). De acuerdo con estos resultados, Tamaki et al. (2005), reportaron porcentajes de satisfacción de esta evaluación del 84%.

Sin embargo, niveles de satisfacción inferiores a estas proporciones se identifican en el estudio de Al-Mudaf et al. (2003), que refirieron haber obtenido una baja puntuación para este indicador.

La **ausencia de secuelas y complicaciones posteriores al tratamiento** es otro de los indicadores de satisfacción evaluados. Ntabaye, Scheutz y Poulsen (1998), determinaron que influye un 6,2% en la satisfacción general de los pacientes al realizarse un tratamiento odontológico. En el presente estudio, el 86,78% de los pacientes encuestados se muestran satisfechos y muy satisfechos con la ausencia de secuelas y complicaciones posteriores a su tratamiento. El mismo porcentaje de pacientes con estudios universitarios y sin estudios (66,67%) se mostró muy satisfecho, seguidos del 64,10% de pacientes con formación profesional, el 51,61% de pacientes con estudios primarios y el 16,67% de pacientes con otros estudios. Un 66,67% de pacientes con otros estudios se mostró, además, satisfecho con la ausencia de secuelas y complicaciones. (Chi-cuadrado,  $p=0,0095$ ).

En relación al **coste de los tratamientos**, Van Groenestijn et al. (1980) presentaron en su estudio la existencia de una relación entre el coste del tratamiento y los niveles de satisfacción del paciente. Yoshida et al. (2002) establecieron, además, que una de las causas principales para aceptar un tratamiento odontológico se encuentra en el conocimiento y aceptación del coste del tratamiento. Butters y Willis (2000) concluyeron con su investigación que el coste del tratamiento es también un determinante para que el paciente regrese a realizarse el tratamiento completo.

En consonancia con los resultados de los estudios de Brennan et al. (2001) y Chu et al. (2001), que obtuvieron una alta satisfacción de sus pacientes en cuanto a los costes del servicio odontológico, los pacientes del presente estudio puntuaron con una media de 4,19 este aspecto. Tan sólo el 5,75% se mostró poco satisfecho con el precio. El porcentaje de distribución resultó mayor para el grupo de pacientes con formación profesional en el nivel “muy satisfactorio”, mientras que la distribución es mayor para el grupo de pacientes con otros estudios si valoramos el nivel de respuestas “satisfactorias” (Chi-cuadrado,  $p=0,000999$ ).

Por el contrario, Tuominen et al. (1998), concluyeron con una baja satisfacción en cuanto al coste del servicio odontológico recibido. Zini, Pietrokovsky, Dgani, A., Dgani, R., y Handelsman (2006) y Lafont, Garddiner y Hochstedler (1999), presentaron niveles de satisfacción en torno al 66%.

Otro de los determinantes de satisfacción que encontramos en la literatura es que los **pacientes atendidos refieran otros pacientes a la clínica odontológica** para recibir los servicios del equipo que los trató. Lafont et al. (1999), Becker, Shapira y Chaushu (2000) y, Bishoff y Bussey (2004), señalaron la importancia de este indicador en sus estudios.

Un 66,67% de pacientes con estudios universitarios y formación profesional del presente estudio, señalaron que recomendarían los servicios de la CO. (Chi-cuadrado,  $p=0,014$ ).

Butters y Willis (2000) e Imanaka et al. (2007) concluyeron que la **calidad del tratamiento recibido** es una variable asociada a que el paciente regrese a realizarse otro tratamiento con el mismo odontólogo y estiman la dependencia entre la calidad del tratamiento y el grado de satisfacción del paciente en un 85%.

Casi el 90% de los pacientes del presente estudio volverían para recibir otro tratamiento. La satisfacción fue mayor en el grupo de pacientes con formación profesional (64,10%), seguidos muy de cerca por los pacientes con estudios

universitarios (62,50%). Hay que destacar que un 66,67% de pacientes con otros estudios se mostraron satisfechos y volverían a recibir otro tratamiento en la CO. (Chi-cuadrado,  $p=0,0018$ )

Las proporciones de satisfacción con la calidad del tratamiento se presentan en frecuencias inferiores en el estudio de Estabrook et al. (1980), determinando un porcentaje del 51%. Hashim (2005) describió proporciones de satisfacción para este indicador algo más elevadas, 74,1%. Sin embargo, los estudios de Esa et al. (2006), Brennan et al. (2001) y Tuominen et al. (1998), describen resultados de baja satisfacción, donde los pacientes indicaron un 7,93% de satisfacción.

Para evaluar si la recogida de datos del paciente en la historia clínica se realiza adecuadamente en la CO, se desarrolló un tercer apartado en el cuestionario, compuesto por 14 preguntas de respuesta dicotómica que abarcan los temas de entrega del consentimiento informado, pregunta por motivo de consulta, por antecedentes personales del paciente, por medicación, alergias, hábitos, última visita al dentista, presencia de dolor, sangrado de encías, movilidad dental, dificultad para hablar, masticar., cepillado dental, exploración de cavidad bucal y embarazo en caso de ser mujer.

Puesto que existen diferentes perfiles de pacientes que acuden a la clínica odontológica para recibir tratamiento dental, los cuales pueden presentar enfermedades sistémicas agudas o crónicas que exigen un conocimiento exacto de ellas y de sus implicaciones e interacciones en el área odontológica, es fundamental la identificación de estos problemas sistémicos, su evolución, el tratamiento recibido y el estado actual del paciente, implementando siempre todas las medidas necesarias para poder mantener estable el control médico del paciente.

Dado que la odontología es una profesión que brinda servicios de salud, es responsabilidad del odontólogo ser competente en el manejo de pacientes con problemas médicos y recogerlos en la historia clínica, teniéndolos siempre en cuenta a la hora de planificar el tratamiento del paciente. (Castellanos y Díaz, 2015).

La identificación de los antecedentes personales del paciente, la implementación de medidas de compensación, refuerzo o acompañamiento, que preserven la vida del paciente, eviten situaciones de emergencia en la consulta dental o que contribuyan a mantener el control médico sobre los padecimientos de la persona, son aspectos que competen al odontólogo de manera directa, y que permiten, además, proveer atención odontológica de calidad, pues el clínico podrá implementar planes de tratamiento apropiados e individualizados en pacientes comprometidos de forma sistémica, psicológica o social. (Díaz y Castellanos, 2008). Todo ello debe quedar registrado en la historia clínica, junto al motivo de consulta del paciente, el diagnóstico odontológico establecido por el profesional y la descripción del tratamiento que finalmente recibe el paciente para solventar el problema que le trajo a la clínica y, otros que pudiera tener pero no supiera reconocer.

### **V.3 Calidad y satisfacción con la asistencia sanitaria recibida en la CO del paciente vs alumnos en prácticas y profesores:**

Resulta importante comparar la satisfacción del profesional con la del paciente, con la finalidad de conocer, aproximadamente, qué grado de satisfacción tiene el paciente, ya que en la mayoría de los ítems evaluados en el presente estudio, la satisfacción del paciente resultó mayor que la del profesional. Sin embargo, se ha recopilado poca información sobre la opinión de los odontólogos sobre las experiencias de sus pacientes o su satisfacción general en la literatura y, no se encontraron estudios que comparasen la satisfacción con la asistencia sanitaria recibida en una clínica odontológica de pacientes con la de profesionales.

Joseph et al. (2014), desarrollaron un estudio para examinar la opinión del odontólogo sobre la experiencia del paciente y la relación con la calificación de satisfacción del mismo. Se examinó, por tanto, la relación entre la respuesta de satisfacción del paciente y la percepción del odontólogo de la experiencia del paciente, centrándose en el grado en que los odontólogos eran conscientes del punto de vista del paciente, cuando éstos no estaban satisfechos. Para la pregunta de "satisfacción del paciente", el 86% de los pacientes se mostraron satisfechos o muy satisfechos. De los 726



pacientes que no lo estaban, los odontólogos eran conscientes de sólo 42 de los casos (6%) y desconocían los 684 restantes (94%). Ninguna de las variables dentales o del paciente, se asoció con la conciencia del odontólogo cuando el paciente no estaba satisfecho.

Señalaron del mismo modo, que los odontólogos eran conscientes de que sus pacientes los veían muy amables y estaban satisfechos con ellos. Sin embargo, no lo eran tanto cuando los pacientes no estaban satisfechos. También hubo grandes discrepancias entre la falta de satisfacción de los pacientes, en varios campos de la comunicación y, el conocimiento de los odontólogos de los deseos de sus pacientes, lo que sugiere que algunos profesionales deben evaluar mejor las expectativas de sus pacientes en las diferentes visitas durante el tratamiento, ya éstos buscan, no sólo la competencia técnica en un odontólogo, sino también las habilidades interpersonales para reducir su ansiedad y, en última instancia, para estar satisfechos con la visita.

Sí que existen, además, estudios que han investigado la relación entre la evaluación de prótesis dentales por parte de pacientes y odontólogos, (Akeel, 2009; Fenlon, Sherriff, y Walter, 2002; Heydecke, Klemetti, Awad, Lund y Feine, 2003; Pietrokovski, Harfin, Mostavoy y Levy, 1995; Van Waas, 1990; Wolff, Gadre, Begleiter, Moskona y Cardash, 2003), y que analizan la satisfacción de los pacientes en función de la calidad de la prótesis comparándola con la del profesional que la coloca. (De Lucena, Gomes, Da Silva y Del Bel-Cury, 2011).

En la misma línea, existe un estudio que analiza la satisfacción laboral (global y sus componentes) de odontólogos que trabajaban en Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud, para incluirla como dato destacable en los programas de calidad total de las unidades de salud bucodental, puesto que al determinar la satisfacción laboral se está midiendo, intrínsecamente, la calidad de la organización y de sus servicios internos. (Varela-Centelles, Ferreiro, Fontao y Martínez, 2004).

Michel-Crosato et al. (2014) llevaron a cabo la traducción y validación de la versión brasileña de la Encuesta de Satisfacción del Dentista (Dentist Satisfaction Survey (DSS), empleada originalmente en inglés por Logan et al., 1997). El objetivo de este estudio

fue evaluar el nivel de satisfacción laboral global en un grupo de dentistas brasileños.

Recientemente, Gonzales, Hebling, Oliveira y Biazevic (2017) han desarrollado otro cuestionario, el Dental Management Survey Brazil (DMS-BR), como herramienta de apoyo para los profesionales y también para conocer sus fortalezas y debilidades en la gestión con el fin de poder actualizar sus conocimientos de forma continua. El cuestionario proporcionó buenos indicadores de autopercepción de los dentistas sobre las actividades de gestión y administración, cumpliendo el fin para el cual se desarrolló.

Ninguno de los estudios mencionados anteriormente, hace referencia a la satisfacción del profesional relacionada con la asistencia sanitaria proporcionada a pacientes en una clínica dental, comparando ésta, además, con la satisfacción del paciente en relación al mismo aspecto.

La satisfacción del paciente se ve cada vez más como un elemento esencial en la evaluación de la calidad del cuidado bucal. No obstante, la satisfacción del paciente es multifacética y constituye un complejo conjunto de elementos objetivos y subjetivos (Joseph et al., 2014)

Cuando las complicaciones ocurren, cuando el paciente siente dolor o experimenta una ansiedad significativa, cuando se prolonga la espera para conseguir una cita o no existe puntualidad en la hora de atención, cuando la atención por parte del personal no es adecuada o existen aspectos del tratamiento que el paciente percibe de manera no satisfactoria, entre otros muchos aspectos de la atención odontológica, el odontólogo debe darse cuenta de que sin el manejo adecuado del paciente, la experiencia general de éste y su satisfacción podrían ser influenciadas negativamente. Además, dado que satisfacer las expectativas de los usuarios de salud y sus acompañantes es un proceso complejo, se puede lograr si los trabajadores que brindan la atención están satisfechos y capacitados para proporcionar una atención de excelencia.

Asimismo, Rodríguez y Grande (2014) describen como requisitos mínimos para prestar una asistencia de calidad, y con ello, lograr una mayor satisfacción del paciente, la cualificación del personal, la calidad y el uso correcto de la documentación clínica, y un tratamiento y revisión de la asistencia por compañeros.

Por todo ello, se consideró importante evaluar la satisfacción de los alumnos en prácticas y profesores, para conocer con qué aspectos de la asistencia sanitaria que se presta en la CO de la USAL estaban menos satisfechos y, establecer una comparación con la satisfacción general de los pacientes para estudiar en qué aspectos difiere la satisfacción de profesionales y pacientes y poder, así, mejorar dichos aspectos.

Del mismo modo, resultó de interés en nuestro estudio, evaluar la percepción del paciente sobre la recogida de sus datos en la historia clínica por parte del profesional y, compararla con la percepción de alumnos y profesores, puesto que, tras analizar los resultados, se comprobó que el profesional tiene la percepción de que se preguntan al paciente todos los aspectos requeridos al cumplimentar su historia clínica, sin embargo, las respuestas de los pacientes podrían indicar que no siempre se hace.

De acuerdo con los resultados del estudio de Abraham-Inpijn et al. (2008) y, dado que ningún paciente debe salir de la clínica dental en peores condiciones físicas que cuando entró, es responsabilidad del odontólogo adquirir las habilidades necesarias para identificar a los pacientes con problemas médicos que los ponen en riesgo durante el tratamiento dental y registrar además, determinados aspectos importantes en el ámbito odontológico, para establecer un correcto diagnóstico y posterior plan de tratamiento adecuado a cada paciente.

Las mayores discrepancias se encuentran al preguntar al paciente en el cuestionario por los siguientes aspectos: el 72,41% afirma que le preguntaron por la presencia hábitos frente al casi 100% de alumnos y profesores. Un porcentaje similar se obtiene al evaluar la respuesta de los pacientes a la pregunta por la última visita al dentista, el 74,14% responde afirmativamente frente al 100% de alumnos que afirman preguntaron por este ítem, y el 85,19% de profesores. Por el sangrado de encías caso el 100% de alumnos afirman haber preguntado al paciente, sin embargo, un 82,18%

responde afirmativamente a este aspecto. Por movilidad dental preguntan casi el 100% de profesores y alumnos, pero sólo el 73,56% de los pacientes responden de manera afirmativa.

Frente al 100% de alumnos y profesores que afirman haber preguntado por antecedentes personales, encontramos un 89,66% de respuestas afirmativas de pacientes a los que se preguntó por sus antecedentes.

Llama la atención, que el 68,39% de pacientes afirman que se les preguntó por dificultad para masticar/hablar, frente al 87,04% y 77,78% de alumnos y profesores respectivamente.

Tras analizar los resultados del presente estudio, podemos pensar que algunas de estas discrepancias anteriormente descritas, se producen porque el paciente no da la importancia suficiente a la realización de la historia clínica, y está más pendiente de su problema bucodental, por el que acude a la consulta, no recordando con claridad algunas de las cuestiones planteadas. En cambio, alumnos y profesores realizan cada día primeras visitas a nuevos pacientes y por norma, preguntan cada uno de los aspectos descritos para obtener toda la información necesaria que complete la historia clínica de estos pacientes.

Actualmente, la valoración de la calidad de los servicios prestados y el desarrollo posterior de las actividades de mejora, constituyen un proceso inseparable del ejercicio profesional. El papel que juega la opinión de los usuarios, sus percepciones y los juicios que realizan sobre los servicios recibidos, son aspectos claves en la definición de la calidad y su valoración es imprescindible para prestar una correcta asistencia sanitaria.

La medición de esta calidad asistencial a través de cuestionarios que midan el nivel de satisfacción de los encuestados, ayuda a identificar las dificultades o problemas en la ejecución de la atención otorgada, conocer las necesidades no cubiertas o expectativas de los beneficiarios y, a mejorar el servicio mediante información sustentada. Por ello,

hemos iniciado esta línea de investigación, con expectativas de ampliar nuestro estudio con investigaciones futuras.

## VI. Conclusiones

1. Las historias clínicas de los pacientes que acuden a la CO de la USAL se rellenan correctamente, aunque el modelo de HC se podría mejorar para facilitar la cumplimentación y manejo de datos.
2. La actitud de los pacientes que acuden a la CO de la USAL es fundamentalmente preventiva, puesto que el motivo de consulta más frecuente es la revisión.
3. La caries y la enfermedad periodontal son las patologías más frecuentemente diagnosticadas. Ambas fácilmente prevenibles.
4. No existe relación en la aparición de complicaciones en función del diagnóstico odontológico establecido y el tratamiento realizado.
5. Los pacientes se encuentran muy satisfechos con la asistencia sanitaria recibida en la CO de la USAL.
6. Alumnos y profesores de la CO presentan un nivel de satisfacción adecuado.
7. La percepción de recogida de datos en la historia clínica es mejor en el grupo de alumnos y profesores que de pacientes. Las mayores discrepancias se encuentran al preguntar al paciente por presencia de hábitos, su última visita al dentista, sangrado de encías, movilidad dental, dificultad para hablar y masticar y por último, en caso de ser mujer, posible embarazo.

## VII. Bibliografía



## Bibliografía

- Aaronson, N., Alonso, J., Burnam, A., Lohr, K.N., Patrick, D.L., Perrin, E., & Stein, R.E. (2002). Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Quality of Life Research*, 11(3), 193-205.
- Abay-Debs, V. (2004). Grado de satisfacción de la población en cuanto a los servicios de estomatología que recibe. *Archivo Médico de Camaguey*, 8(3).
- Abraham-Inpijn, L., Russell, G., Abraham, D.A., Bäckman, N., Baum, E., Bullón-Fernández, P.,... Rigo, O. (2008). A patient-administered Medical Risk Related History questionnaire (EMRRH) for use in 10 European countries (multicenter trial). *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology*, 105(5):597-605. doi: 10.1016/j.tripleo.2007.09.032.
- Akeel, R.F. (2009). Effect of the quality of removable prostheses on patient satisfaction. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 10, 57–64.
- Al-Mudaf, B.A., Moussa, M.A., AL-Terky, M.A., Al-Dakhil, G.D., El-Faragry, A.E., & Al-Ouzairi, S.S. (2003). Patient satisfaction with three dental speciality services: a centre – based study. *Medical Principles and Practice*, 12(1), 39-43.
- Alcázar, F., & Iglesias, F. (2009). Historia y definición de la calidad de los servicios sanitarios. *Manual de Calidad Asistencial*, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Depósito legal: M. 19319- 2009. Edita: SESCAM
- Álvarez, C. (2012). La relación entre el odontólogo y los distintos tipos de pacientes. *Gaceta Dental*. Recuperado de <https://www.gacetadental.com/2012/01/la-relacion-entre-el-odontologo-y-los-distintos-tipos-de-pacientes-24897/>
- American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA) & National Council on Measurement in Education (NCME). (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington DC: The American Educational Research Association.
- Anderson, R., Thomas, D.W., & Phillips, C.J. (2005). The effectiveness of out-of-hours dental services: II. patient satisfaction . *British Dental Journal*, 198(3), 151-156.
- Arrighi, P. (1998). Actitud del paciente frente al tratamiento protésico que acude a la facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela. *Acta Odontológica Venezolana*, 36(2).
- Badía, X., & Carné, X. (1998). La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Medicina Clínica*, 110, 550-556.
- Badía, X., Salamero, M., & Alonso, J. (1999). *La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español* (2ª ed). Barcelona: Edimac.
- Balaguer, J., Garcia, B., Penarrocha, M., & Penarrocha, M. (2011). Satisfaction of patients fitted with implant-retained overdentures. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 16(2), e204-209.
- Becker, A., Shapira, J., & Chaushu, S. (2000). Orthodontic treatment for disabled children: motivation, expectation, and satisfaction. *European Journal of Orthodontics*, 22(2), 151-158.
- Bishoff, M., & Bussey, S. (2004). Sonrisa Clinic: Evaluation of Patient Satisfaction. *Journal of Dental Hygiene*, 78(4).

- Blanco, A., González, L., Blanco, E., De la Hoz, J.L., Rodríguez, A., Segura, R., & Blanco, A. (2014). Relationship between self-reported sleep bruxism and pain in patients with temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41, 564-572.
- Blanco, A., Rodríguez, A., Blanco, A., Biedma, L., Serrano, R., Segura, R., de la Torre, J., & Esparza, F. (2012). Influence of sociodemographic factors upon pain intensity in patients with temporomandibular joint disorders seen in the primary care setting. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 17(6), 1034-1041. doi:10.4317/medoral.17576
- Bos, A., Vosselman, N., Hoogtraten, J., & Prah-Andersen, B. (2005). Patient compliance: a determinant of patient satisfaction?. *The Angle Orthodontist*, 75(4), 526-531.
- Bratos, M. (2012). *Tratamiento odontológico en pacientes especiales* (2ªed). Madrid: Laboratorios Normon S.L.
- Brennan, D.S., Gaughwin, A., & Spencer, A.J. (2001). Differences in dimensions of satisfaction with private and public dental care among children. *International Dental Journal*, 51(2), 77-82.
- Buela, B., Caballo, V.E., & Sierra, J.C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ed. Siglo XXI, España editores. S.A.
- Bullón, P., & Machuca, G. (1996). *La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos*. Madrid: Laboratorios Normon S.L.
- Butters, J.M., & Willis, D.O. (2000). A compararision of patient satisfaction among current and former dental school patients. *Journal of Dental Education*, 64(6), 409-415.
- Calidad. En *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
- Castañeda-Saavedra, S., Tula, M.A., Valdés-Sardiñas, S.A., Hernández-Gutiérrez, M., Ramos-Hurtado, I., & Saavedra-Pérez, M.A. (2003). Satisfacción con los servicios en la estomatología integral. *Revista Cubana Estomatológica*, 7(2).
- Castellanos, J.L., & Díaz, L.M. (2015). *Medicina en odontología: Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas* (3ªed). México: El Manual Moderno.
- Castellón, C. (2010). La relación odontólogo-paciente. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 3, 152-153.
- Chaffin, L.J., Chaffin, S.D., Mangelsdorff, A.D., & Finstue, K. (2007). Patient Satisfaction With Dental Hygiene Providers in US Military Clinics. *Journal of Dental Hygiene*, 81(1), 9.
- Chandler-Gutiérrez, L., Martínez-Sahuquillo, A., & Bullón-Fernández, P. (2004). Valoración del riesgo médico en la consulta dental mediante la encuesta EMRRH. *Medicina Oral*, 9, 309-320.
- Chisick, M.C., & Piotrowski, M.J. (1999). U.S. service members' satisfaction with family dental care. *Military Medicine*, 164(12), 874-876.
- Chu, C.H., Yeung, C.Y., & Lo, E.C. (2001). Monitoring patient satisfaction with university dental services under two fee-paying systems. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 29(5), 390- 398.

- Corah, N.L. (1988). Dental anxiety. Assessment, reduction and increasing patient satisfaction. *Dental Clinics of North America*, 32(4), 779-790.
- Corah, N.L., O'Shea, R.M., Pace, L.F., & Seyrek, S.K. (1984). Development of a patient measure of satisfaction with the dentist: the Dental Visit Satisfaction Scale. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(4), 367-373.
- Cortés, F.J., Rosel, E., Artázcoz, J., Bravo, M., & Tsakos, G. (2010). Adaptation and validation for Spain of the child-oral impact on daily performance (C-OIDP) for use with adolescents. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 15(1), 106-111.
- Croucher, R., Robinson, P., Zakrzewska, J.M., Cooper, H., & Greenwood, I. (1997). Satisfaction with care of patient attending a dedicated dental clinic: comparisons between 1989-1994. *International Journal of STD & AIDS*, 8(3), 150-153.
- Davies, A.R., & Ware, J.E. (1982). Development of a Dental Satisfaction Questionnaire for the Health Insurance Experiment. The Rand Corporation.
- Davies, A.R., & Ware, J.E. (1988). Involving Consumers in Quality of Care Assessment. *Health Affairs*, 33-48.
- De Lucena, S.C., Gomes, S.G.F., Da Silva, W.J., & Del Bel-Cury, A.A. (2011). Patients' satisfaction and functional assessment of existing complete dentures: correlation with objective masticatory function. *Journal of Oral Rehabilitation*, 38, 440-446.
- Díaz, A., Castaño, C., Menéndez, M., & Fanjul, M.J. (1987). Las reclamaciones de los usuarios: un instrumento de control de calidad. *Atención Primaria*, 4, 184-188.
- Díaz, L., & Castellanos, J.L. (2008). Prevalencia de antecedentes personales patológicos (APP) en la práctica odontológica. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 6, 302-308.
- Donabedian, A. (1981). Criteria, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean?. *American Journal of Public Health*, 71(4), 409-412.
- Donabedian, A. (1992). Quality Assurance in healthcare: Consumer's role. *Quality Health Care*, 1:247-251.
- Donabedian, A. (1996). The effectiveness of quality assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(4), 401-407.
- Donabedian, A., & Arbor, A. (1980). Explorations in Quality assessment and monitoring. The definition of Quality and approaches to its assessment. *Health Administration Press*.
- El-Awady, M.Y. (1999). Satisfaction of clients attending out-patient clinics at Ain Shams University Hospitals. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 74(3-4):274-363.
- Elbeck, M. (1992). Patient Contribution to the design and meaning of patient satisfaction for quality assurance purposes: the psychiatric case. *Health Care Management Review*, 17:91-5.
- Enthoven, A., & Kronick, R. (1989). A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy. *The New England Journal of Medicine*, 320(1):29-37.

- Esa, R., Rajah, P., & Abdul, I. (2006). Satisfaction with the oral health services. A qualitative study among Non-Commissioned Officers in the Malaysian Armed Force. *Community Dental Health*, 23(1), 15-20.
- Escribano-Hernández, A., García-Garraus, JM., & Hernández-García, I. (2012). Evaluation of satisfaction among relatives of mentally disabled patients who were users of a dental care protocol under general anaesthesia. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 17(1), 83-88.
- Estabrook, B., Zapka, J., & Lubin, H. (1980). Consumer perception of dental care in the health services program of an educational institution. *The Journal of the American Dental Association*, 100(4):540-543.
- Evans, D. (2005). Patient satisfaction with out-of-hours dental services. *British Dental Journal*, 198(3), 146.
- Fenlon, M.R., Sherriff, M., & Walter, J.D. (2002). Agreement between clinical measures of quality and patients' rating of fit of existing and new complete dentures. *Journal of Dentistry*, 30:135-9.
- Fitz-Henry, J. (2011). The ASA classification and peri-operative risk. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 93(3), 185-187.
- Fodor, A., & De la Parra, G. (2007). La relación paciente/odontólogo: algunas consideraciones. *Revista Dental de Chile*, 99(3).
- Fortin, M., & Nadeau, M. (1999). *La medida de investigación. El proceso de investigación de la concepción a la realización*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388, 1545-1602.
- Glaser, W.A. (1993). The competition vogue and its outcomes. *The Lancet*, 341, 805-812.
- Godfrey, A.B., & Halder, R.B. (1997). Improving health care Quality. Is standarization the answer?. *International Journal for Quality in Health Care*, 9, 339-340.
- Golletz, D., Milgrom, P., & Mancy, Ll. (1995). Dental Care satisfaction: the Reliability and Validity of the DSQ in a Low-income population. *Journal of Public Health Dentistry*, 55(4), 210-217.
- Gómez-Fuentes, S., Guevara-López U., Serratos-Vázquez M.C., & Zermeño-Sánchez, M.E. (2013). Evaluación de la satisfacción de pacientes atendidos en un centro especializado para el estudio y tratamiento del dolor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36(3), 176-180.
- Gonzales, P.S., Martins-Filho, I.E., Biazevic, M.G.H., Silva, P.R., & Michel-Crosato, E. (2017). Dental Management Survey Brazil (DMS-BR): creation and validation of a management instrument. *Brazil Oral Research*, 31, 26.
- González-Lemonier, S., Bovaira, M., Peñarrocha-Diogo, M., & Peñarrocha-Oltra, D. (2010). Relationship between preoperative anxiety and postoperative satisfaction in dental implant surgery with intravenous conscious sedation. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 15(2), 379-382.
- Gopalakrishna, P., & Munnaleni, V. (1993). Influencing satisfaction for dental services. *Journal of Health Care Marketing*, 13(1), 16-22.

- Granado, S., Rodríguez, C., Olmedo, MC., Chacón, A., Vigil, D., & Rodríguez P. (2007). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 637-645.
- Gurdal, P., Cankaya, H., Onem, E., Dincer, S., & Yilmaz, T. (2000). Factors of patient satisfaction/dissatisfaction in a dental faculty outpatient clinic in Turkey. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(6), 461-469.
- Gurgel, B.C.V., Pascoal, A.L.B., Souza, B.L.M., Dantas, P.M.C., Montenegro, S.C.L., Oliveira, A.G.R.C., & Calderon, P.S. (2015). Patient satisfaction concerning implant-supported prostheses: an observational study. *Brazilian Oral Research*, 29(1), 1-6. doi: 10.1590/1807-31
- Hakeberg, M., Heidari, E., Norinder, M., & Berggren, U. (2000). A Swedish version of the Dental Visit Satisfaction Scale. *Acta Odontologica Scandinavica*, 58(1), 19-24.
- Hashim, R. (2005). Patient satisfaction with dental services at Ajman University, United Arab Emirates. *Eastern Mediterranean Health*, 11(5-6), 913-921.
- Heydecke, G., Klemetti, E., Awad, M.A., Lund, J.P., & Feine, J.S. (2003). Relationship between prosthodontic evaluation and patient ratings of mandibular conventional and implant prostheses. *The International Journal of Prosthodontics*, 16, 307-312.
- Horovitz, J. (1990). *Medir la satisfacción del cliente en La Calidad del Servicio. A la conquista del cliente*. Madrid: McGraw Hill.
- Hyde, S., Weintraub, J.A., & Satariano, W.A. (2005). An evaluation of the San Francisco department of Human Services Welfare Dental Program. *Journal of Public Health dentistry*, 65(2), 104-109.
- Imanaka, M., Nomura, Y., Tamaky, Y., Akimoto, N., Ishikawa, C., Takase, H., Ishii, H., Yamachika, S., Noda, K., Ide, M., Yamamoto, K., Kokubo, Y., & Seto, K. (2007). Validity and reliability of patient satisfaction questionnaires in a dental school in Japan. *European Journal of Dental Education*, 11(1), 29-37.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US). Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/doi:10.17226/10027>
- Jepsen, S., Blanco, J., Buchalla, W., Carvalho, JC., Dietrich, T., Dorfer, C.,... Machiulskiene, V. (2017). Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology*, 44 (Suppl. 18): S85-S93. doi: 10.1111
- Joseph, L.R., Gordan, V., Hudak-Boss, S., Fellows, J.L., Rindal, B., & Gilbert, G.H. (2014). Concordance between patient satisfaction and the dentist's view: findings from the National Dental Practice-Based Research Network. *The Journal of American Dental Association*, 145(4): 355-362. doi: 10.14219
- Kano, N., Seraku, N., Takahashi, F., & Tsuji, S. (1984). Attractive Quality and Must-Be Quality. *The Journal of the Japanese Society for Quality Control*, 14, 39-48.

- Karydis, A., Komboli-Kodovazeniti, M., Hatzigeorgiou, D., & Panis, V. (2001). Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(5), 409-416. doi: 10.1093/intqhc/13.5.409
- Kelly, M.A., Lange, B., Dunning, D.G., & Underhill, T.E. (1990). Reasons patients stay with a dentist. *Journal of dental practice administration*, 7(1), 9-15.
- Koska, M.T. (1992). Surveying customer needs, not satisfaction, is crucial to CQI. *Hospitals*, 5;66(21):50-53.
- Lafont, B.E., Garddiner, D.M., & Hochstedler, J. (1999). Patient satisfaction in a dental school. *European Journal of Dental Education*, 3(3)109-116.
- Lara-Flores, N., López-Camara, V., Morales-Estrella, S.L, & Cortés-Vázquez, E. (2000). Satisfacción de los usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhuac, Distrito Federal. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 57(5):175-179.
- Leebow, W., & Ersoz, C.J. (1991). The Health Care manager's guide to Continuous Quality Improvement Chicago. *American Heart Association*.
- Llena, M.C., Clemente, C., & Forner, L. (2011). Parental satisfaction with children's primary dental care. *Primary Dental Care*, 18(1), 25-30.
- Logan, H.L., Muller, P.J., Berst, M.R., & Yeane, D.W. (1997). Contributors to dentists' job satisfaction and quality of life. *The Journal of American College of Dentists*, 64(4):39-43.
- López-Garví, A. J., Montiel-Company, J. M., & Almerich-Silla, J. M. (2014). Cross-cultural adaptation, validity and psychometric properties of the Spanish version of the Dental Satisfaction Questionnaire. *Community Dental Health*, 31(1), 44-49.
- López-Soto, O., Cerezo-Correa, M.P., & Paz-Delgado, A.L. (2010). Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9 (18), 124-136.
- López, J., Terrades, M., Rodríguez, F.J., Roselló, F.J., Enric, J., & Chimenos, E. (2002). Encuesta de satisfacción a los pacientes que acuden al servicio de primeras visitas y de Integrada de Adultos de la Clínica odontológica Universitaria de la Facultad de odontología de la Universidad de Barcelona. *Avances en Odontoestomatología*, 18(3), 143-151.
- Maíz, E., Aguirre, A., & Portillo, I. (1997). ¿Se puede desarrollar el modelo europeo de gestión de la calidad total en el hospital?. *Todo Hospital*, 134:23-29.
- Manau, C., & Echevarría, J.J. (2012). *Tratamiento odontológico en pacientes especiales* (2ªed). Madrid: Laboratorios Normon.
- Mårtensson, C., Söderfeldt, B., Axtelius, B., & Andersson P. (2013). Knowledge of periodontitis and self-perceived oral health: a survey of periodontal specialist patients. *Swedish Dental Journal*, 37(1), 49-58.
- Martín, M.C.M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17), 23-29.
- Martínez, B. (2008). Calidad. ¿Qué es el modelo EFQM [European Foundation for Quality Management]?. *Anales de Pediatría Continuada*, 6(5), 315-320.
- Matee, M.L., Sheutz, F., Simon, E.N., & Lembariti, B.S. (2006). Patients' satisfaction with dental care provided by public dental clinic in Dar Salaam, Tanzania. *East African Medical Journal*, 83(4):98-104.

- McKenna, S.P. (2011). Measuring patient-reported outcomes: moving beyond misplaced common sense to hard science. *BMC Medicine*, 9:86. doi: 10.1186/1741-7015-9-86
- Medrano, E., Starlight, C., Medrano, J.C., & Casas, C. (2014). Asociación entre el motivo de consulta y el diagnóstico en pacientes de la CLIMUZAC. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 3(6).
- Michel-Crosato, E., Gonzales, P.S., Hebling, E., Oliveira, R.N., & Biazevic, M.G.H. (2014). Translation and validation of the Brazilian version of the Dentist Satisfaction Survey. *Clinical and Laboratorial Research in Dentistry*, 20 (4): 234-243.
- Milgrom, P., Spiekerman, C.H., & Grembowski, D. (2008). Dissatisfaction with dental care among mothers of Medicaid-enrolled children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(5): 451-458.
- Mira, J.J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114(3), 26-33.
- Mira, J.J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Aranaz, J., & Sitges, E. (1998). La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Revista de Calidad Asistencial*, 13, 92-97.
- Moloney, T.W., & Paul, B. (1991). The Consumer movement takes hold in medical care. *Health Affairs*, 268-279.
- Montero, J., Bravo, M., & Albadalejo, A. (2008). Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish populations. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6: 101.
- Montero, J., Bravo, M., Albadalejo, A., Hernández, L.A., & Rosel, E.M. (2009). Validation of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 14(1), 44-50.
- Murray, H., Locker, D., Mock, D., & Tenenbaum, H. (1997). Patient satisfaction with a consultation at a cranio-facial pain unit. *Community Dental Health*, 14(2), 69-73.
- Nacht, E.S. (2000). Practice management in pediatric dentistry. *Dental Clinics of North America*, 44(3), 697-711.
- Ntabaye, M.K., Scheutz, F., & Poulsen, S. (1998). Patient satisfaction with emergency oral health care in rural Tanzania. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26(5), 289-295.
- Okullo, I., Astrom, A. N., & Haugejorden, O. (2004). Influence of perceived provider performance on satisfaction with oral health care among adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(6), 447-455. doi:10.1111/j.1600-0528.2004.00183.x
- Peters, D.A. (1993). Improving quality requires consumer input: using focus groups. *Journal of Nursing Care Quality*, 7(2), 34-41.
- Petrokovski, J., & Zini, A. (2006). The Yad Sarah geriatric dental clinic, a different model. *Gerodontology*, 23(4):237- 241.
- Petrokovski, J., Harfin, J., Mostavoy, R., & Levy, F. (1995). Oral findings in elderly nursing home residents in selected countries: quality of and satisfaction with complete dentures. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 73(2), 132-135.
- Pociello, V. (1987). La reclamaciones y quejas de los usuarios: análisis y estudio de su influencia sobre la organización de los hospitales. *Hospital 2000*, 1(2), 113-124.

- Poveda Roda, R., Bagán, J. V., Díaz Fernández, J. M., Hernández Bazán, S., & Jiménez Soriano, Y. (2007). Review of temporomandibular joint pathology. Part I: classification, epidemiology and risk factors. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 12(4), E292-298.
- Prieto, L., & Badia, X. (2001). [Health questionnaire: concept and methodology]. *Atención Primaria*, 28(3), 201-209.
- Quinby, D. J., Sheller, B., Williams, B. J., & Grembowski, D. (2004). Parent satisfaction with emergency dental treatment at a children's hospital. *Journal of Dentistry for Children*, 71(1), 17-23.
- Reifel, N.M., Rana, H., & Marcus, M. (1997). Consumer satisfaction. *Advances in Dental Research*, 11(2), 281-290. doi:10.1177/08959374970110021101
- Rodríguez, M.P., & Grande, M. (2014). Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo. *Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad*. Recuperado de [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1\\_Calidad\\_asistencial.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf)
- Rojas, G., & Misrachi, C. (2004). La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Avances en Odontoestomatología*, 20(5), 239-245.
- Rozier, R.G., Slade, G.D., Zeldin, L.P., & Wang, H. (2005). Parents' satisfaction with preventive dental care for young children provided by nondental primary care providers. *Pediatric Dentistry*, 27(4), 313-322.
- Sakalauskiene, Z., Maciulskiene, V., & Sertvytyte, A. (2005). Testing of the questionnaire on dental care satisfaction in a sample of adult patients visiting dental clinics at Faculty of Odontology, Kaunas University of Medicine. A pilot study. *Stomatologija*, 7(3), 84-89.
- Saltman, R.B. (1992). Recent health policy initiatives in Nordic countries. *Health Care Financing Review*, 13(4), 157-166.
- Saltman, R.B. (1994). Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual framework. *International Journal of Health Services*, 24(2), 201-229. doi:10.2190/8WMP-RR2K-ABM7-NVNH
- Saturno, J., Gascón, J.J., & Parra, P. (1997). Qué es y para qué sirve un programa de Gestión de la Calidad. *Tratado de calidad asistencial en atención primaria*. Madrid: Du Pont Pharma.
- Saturno, P.J. (1995). Towards evaluation of the quality of care in health centres. *World Health Forum*, 16(2), 145-150.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX*, 2, 9-21.
- Shiau, R.J., & Reynolds, M.A. (2010). Sex differences in destructive periodontal disease: exploring the biologic basis. *Journal of Periodontology*, 81(11), 1505-1517.
- Silva-Rojas, A.F. (2015). *Motivo de consulta más frecuente de los pacientes mayores de edad que asisten a la clínica odontológica de la universidad de las américas, en el período octubre del 2014 a enero del 2015* (Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos establecidos para optar por el título de Odontóloga. Universidad de las Américas, Quito, Ecuador). Recuperado del repositorio digital Universidad de las Américas <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/3943>



- Sistema Nacional de Salud. (2005). *Informe anual: La calidad asistencial en la Unión Europea*. Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>
- Skaret, E., Berg, E., Raadal, M., & Kvale, G. (2004). Reliability and validity of the Dental Satisfaction Questionnaire in a population of 23-year-olds in Norway. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(1), 25-30.
- Sthoutard, M.E.A., Hartman, C.A., & Hoogstrate, J. (1992). Development of a Dutch version of the Dental Visit satisfaction Scale. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 20: 351-3.
- Study Protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). (1993). *Quality of Life Research*, 2(2), 153-159.
- Sur, H., Hayran, O., Yildirim, C., & Mumcu, G. (2004). Patient Satisfaction in Dental Outpatient Clinics in Turkey. *Croatian Medical Journal*, 45(5):651-654.
- Tamaki, Y., Nomura, Y., Nishikawara, F., Motegi, M., Teraoka, K., Arakawa, H.,... Hanada, N. (2005). Correlation between patient satisfaction and dental clinic credibility in regular dental check-ups in Japan. *Journal of Oral Science*, 47(2), 97-103.
- Tejero, J.M., & Leal, A. (2009). Diseño de indicadores: monitorización de la calidad. *Manual de Calidad Asistencial*, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Depósito legal: M.19319-2009. Edita: SESCAM
- Tuominen, R., & Tuominen, M. (1998). Satisfaction with dental care among elderly Finnish men. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26(2), 95-100.
- Turabian, J.L. (1993). Participación comunitaria y salud: manteniendo el sentido de la proporción. *Atención Primaria*, 1:48-51.
- Un centro muy activo en investigación odontológica*. (2013). Gaceta Dental. Recuperado de <http://www.gacetadental.com/2013/03/un-centro-muy-activo-en-investigacion-odontologica-24029/>
- Van Groenestijn, M.A.J., Maas-De Waal, C.J., Mileman, P.A., & Swallow, J.N. (1980). The ideal dentist. *Social Science and Medicine*, 14(6), 533-540.
- Van Waas, M.A. (1990). The influence of clinical variables on patients' satisfaction with complete dentures. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 63, 307-310.
- Varela-Centelles, P.I., Ferreiro, A., Fontao, L.F., & Martínez, A.M. (2004). Satisfacción laboral de los odontólogos y estomatólogos del servicio gallego de salud. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 399-402.
- Villalbi, J.R., Farrés, J., Alberca, O., & Mascaró, P. (1987). La reforma de la asistencia primaria vista por los pacientes: un estudio de las quejas de los usuarios. *Revista Clínica Española*, 181, 223-226.
- Waitzkin, H. (1994). The strange career of managed competition: from military failure to medical success? *American Journal of Public Health*, 84(3), 482-489.
- Ware, J.E. (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health Services Research*, 11(4), 396-415.
- Williams, S.J., & Calnan, M. (1991). Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Science & Medicine*, 33(6), 707-716.

- Wolff, A., Gadre, A., Begleiter, A., Moskona, D., & Cardash, H. (2003). Correlation between patient satisfaction with complete dentures and denture quality, oral condition, and flow rate of submandibular/sublingual salivary glands. *International Journal of Prosthodontics*, 16(1), 45-48.
- Yoshida, N., & Matak, S. (2002). Influence of patients perception on their acceptance and understanding of dental care within an education system. *Journal of Medical & Dental Sciences*, 49(4), 143-149.
- Zini, A., Pietrokovsky, J., Dgani, A., Dgani, R., & Handelsman, M. (2006). [Survey of patient satisfaction at the Yad Sarah Geriatric Dental Clinic]. *Refuat Hapeh Vehashinayim (1993)*, 23(1), 36-41, 70.

## VIII. Anexos

## **ANEXO VIII.1 TRATAMIENTOS QUE PUEDEN SER EFECTUADOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

- Consulta, exploración dental y periodontal
- Enseñanza en higiene oral y cepillado
- Control de dieta
- Fluoraciones
- Selladores de fisuras
- Control de placa bacteriana. Individualización de medidas a aplicar
- Eliminar irritantes locales (obturaciones desbordantes y prótesis mal ajustadas)
- Despistaje de precancer bucal
- Análisis del riesgo de caries y enfermedad periodontal y patología de La A.T.M. Diagnóstico periodontal, instrucciones higiénicas.
- Tartrectomías (profilaxis)
- Raspajes y alisados radiculares
- Obturaciones (clase i,ii,iii,iv,v de black) en amalgama y composite que cumplan los siguiente requisitos: supragingivales, reconstrucciones que interesen como máximo una cúspide. Si son molares, que no tengan sintomatología pulpar ni imagen radiológica cercana a pulpa o un alto grado de dificultad reconstructiva.
- Grandes reconstrucciones que impliquen como máximo una cúspide.
- Pernos (técnica directa) y pines
- Endodoncias de dientes uniradiculares o birradiculares en los que se vea radiográficamente la pulpa y el ápice esté cerrado. En la

radiografía se apreciarán correctamente los conductos y no habrán de tener curvaturas marcadas.

- Exodoncias simples de cualquier pieza y restos radiculares de una sola raíz, (que no impliquen cirugía).
- Prótesis parcial removible.
- Prótesis completa.
- Prótesis fija dentosoportada de 1, 2 o 3 piezas. (Pudiendo llegar a 4 con supervisión directa del profesor en los casos favorables)
- Ajuste de prótesis (rebases y retenedores)
- Mantenedores de espacio fijos o removibles.
- Tratamiento ortodóncico simple de las mordidas cruzadas de causa dental o funcional que no impliquen patología ósea basal.
- Radiografías (periapicales, oclusales, ortopantomografías y telerradiografías.)
- Tratamiento de traumatismos dentales

## **ANEXO VIII.2**

## **CUESTIONARIO**

### **SECCIÓN 1      DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE.**

Por favor, marque con un círculo la respuesta adecuada.

1. Edad en años (cuando asistió a la clínica): \_\_\_\_\_
  
2. Género:
  - a) Masculino
  - b) Femenino
  
3. Estado civil:
  - a) Soltero/a
  - b) Casado/a
  - c) Viudo/a
  - d) Separado/a
  - e) Vive en pareja
  
4. Grado máximo de estudios que posee (estudios concluidos)
  - a) Sin estudios
  - b) Estudios primarios
  - c) Formación profesional
  - d) Universitarios
  - e) Otros
  
5. Profesión/Ocupación:
  - a) Hogar (ama/o de casa)
  - b) Estudiante
  - c) Jubilado/a
  - d) En paro
  - e) Trabajando
  
6. Residencia:
  - a) Urbana
  - b) Rural

## **SECCIÓN 2      SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: ATENCIÓN RECIBIDA**

Instrucciones:

Queremos evaluar su grado de satisfacción con cada uno de los aspectos señalados *clínica, personal clínica, tratamiento* de acuerdo a una escala de 1 a 5, marcando el cuadro correspondiente con una X, siendo 5 (muy satisfecho) la puntuación máxima y 1 (nada satisfecho) la puntuación mínima.

		<b>Nada satisfecho</b>	<b>Poco satisfecho</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Satisfecho</b>	<b>Muy satisfecho</b>
	<b>CLÍNICA</b>					
1.	La modernidad de los equipos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2.	Limpieza de las instalaciones	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3.	Ubicación/localización de la clínica	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.	Horarios y días de trabajo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5.	Facilidad para el acceso: rampas, señalización, ascensor...	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.	Amplitud e iluminación de la clínica	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7.	Ventilación y temperatura de la clínica	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8.	Ausencia de ruidos y olores desagradables	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
<b>PERSONAL DE LA CLÍNICA</b>						
1.	Atención por parte del personal de la clínica	1	2	3	4	5
2.	El alumno en prácticas le recibe y saluda por su nombre	1	2	3	4	5
3.	El alumno en prácticas mostró interés en su problema bucodental	1	2	3	4	5
4.	Siempre le atendió el mismo alumno en prácticas	1	2	3	4	5
6.	El alumno en prácticas le explicó los problemas que tiene en su boca	1	2	3	4	5
7.	El alumno en prácticas utilizó palabras que Ud. podía entender fácilmente	1	2	3	4	5
8.	El alumno en prácticas le explicó en qué consistiría su tratamiento dental	1	2	3	4	5
9.	El alumno en prácticas estuvo supervisado por un profesional	1	2	3	4	5
10.	Los procedimientos utilizados le transmitían seguridad para no contagiarse de alguna enfermedad	1	2	3	4	5
11.	Se solucionó el problema bucodental por el que acudió a la Clínica.	1	2	3	4	5



		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
<b>ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO</b>						
1.	Atención a la hora programada	1	2	3	4	5
2.	Se pusieron en contacto con Ud. para recordarle su cita	1	2	3	4	5
3.	Tiempo de espera hasta conseguir la cita	1	2	3	4	5
4.	Tiempo de espera hasta que el alumno en prácticas le atendió	1	2	3	4	5
5.	Tiempo que pasó con el alumno en prácticas durante su cita de tratamiento	1	2	3	4	5
6.	Ausencia de secuelas y complicaciones	1	2	3	4	5
7.	Coste del tratamiento	1	2	3	4	5
8.	Recomendaría los servicios de la Clínica Odontológica	1	2	3	4	5
9.	Volvería para recibir otro tratamiento	1	2	3	4	5

	Sí	No
De forma global, cree Ud. que se deberían de mejorar algunos aspectos del tratamiento.		
En el caso de que haya respondido SI, puede Ud. indicarnos cuales:		

### **SECCIÓN 3 HISTORIA CLÍNICA.**

En el siguiente apartado, referente a la recogida de información en la historia clínica, deberá contestar *sí* o *no* a las siguientes cuestiones, marcando con una X la respuesta que considere oportuna.

		<b>Sí</b>	<b>No</b>
	<b>HISTORIA CLÍNICA</b>		
1.	Se le proporcionó consentimiento informado para que usted firmase antes del tratamiento		
2.	Le preguntaron por el motivo de consulta		
3.	Le preguntaron por los antecedentes personales y familiares (enfermedades, operaciones...)		
4.	Le preguntaron por la medicación que toma		
5.	Le preguntaron si tiene alergias		
6.	Le preguntaron por sus hábitos (consumo de tabaco, alcohol...)		
7.	Le preguntaron por su última visita al dentista		
8.	Le preguntaron si tenía dolor		
9.	Le preguntaron por el sangrado de sus encías		
10.	Le preguntaron por movilidad en sus dientes		
11.	Le preguntaron por dificultad para hablar, masticar, tragar		
12.	Le preguntaron por la frecuencia del cepillado dental		
13.	Le exploraron la cavidad bucal en busca de enfermedades		
14.	En caso de ser mujer, le preguntaron si estaba embarazada		



### **ANEXO VIII.3**

#### **SATISFACCIÓN DEL ALUMNO: ATENCIÓN PRESTADA**

Instrucciones:

Queremos evaluar su grado de satisfacción con cada uno de los aspectos señalados de acuerdo a una escala de 1 a 5, marcando el cuadro correspondiente con una X, siendo 5 (muy satisfecho) la puntuación máxima y 1 (nada satisfecho) la puntuación mínima.

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
<b>CLÍNICA ODONTOLÓGICA</b>						
1.	La modernidad de los equipos	1	2	3	4	5
2.	Limpieza de las instalaciones	1	2	3	4	5
3.	Ubicación/localización de la clínica	1	2	3	4	5
4.	Horarios y días de trabajo	1	2	3	4	5
5.	Facilidad para el acceso: rampas, señalización, ascensor...	1	2	3	4	5
6.	Amplitud e iluminación de la clínica	1	2	3	4	5
7.	Ventilación y temperatura de la clínica	1	2	3	4	5
8.	Ausencia de ruidos y olores desagradables	1	2	3	4	5



		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
<b>PERSONAL DE LA CLÍNICA/ALUMNOS</b>						
1.	Atención por parte del personal de la clínica al alumno	1	2	3	4	5
2.	Recibe y saluda por su nombre al paciente	1	2	3	4	5
3.	Muestra interés por el problema bucodental del paciente	1	2	3	4	5
4.	Atiende al mismo paciente hasta terminar el plan de tto.	1	2	3	4	5
6.	Explica los problemas que tiene en la boca al paciente	1	2	3	4	5
7.	Utiliza palabras que el paciente puede entender fácilmente	1	2	3	4	5
8.	Explica en qué consistirá el tratamiento dental que realizará al paciente	1	2	3	4	5
9.	Está supervisado por un profesional durante el tto. que realiza al paciente	1	2	3	4	5
10.	Los procedimientos utilizados le transmiten seguridad para no contagiarse de alguna enfermedad	1	2	3	4	5
11.	Se solucionó el problema bucodental por el que el paciente acudió a la Clínica.	1	2	3	4	5



		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
<b>ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO</b>						
1.	Atiende al paciente a la hora programada	1	2	3	4	5
2.	Le recuerda la cita al paciente	1	2	3	4	5
3.	Tiempo de espera del paciente hasta conseguir la cita	1	2	3	4	5
4.	Tiempo de espera hasta que el paciente es atendido	1	2	3	4	5
5.	Tiempo que pasó con el paciente durante su cita de tratamiento	1	2	3	4	5
6.	El paciente tuvo ausencia de secuelas y complicaciones después del tto.	1	2	3	4	5
7.	Coste del tratamiento para el paciente	1	2	3	4	5
8.	Recomendaría los servicios de la Clínica Odontológica	1	2	3	4	5
9.	Volvería a realizar más tratamientos a pacientes	1	2	3	4	5



## HISTORIA CLÍNICA.

En el siguiente apartado, referente a la recogida de información en la historia clínica, deberá contestar *sí* o *no* a las siguientes cuestiones, marcando con una X la respuesta que considere oportuna.

		Sí	No
	<b>HISTORIA CLÍNICA</b>		
1.	Le proporciona consentimiento informado al paciente para firmarlo antes del tratamiento		
2.	Le pregunta por el motivo de consulta		
3.	Le pregunta por los antecedentes personales y familiares (enfermedades, operaciones...)		
4.	Le pregunta por la medicación que toma		
5.	Le pregunta si tiene alergias		
6.	Le pregunta por los hábitos (consumo de tabaco, alcohol...)		
7.	Le pregunta por su última visita al dentista		
8.	Le pregunta si tiene dolor		
9.	Le pregunta por el sangrado de encías		
10.	Le pregunta por la movilidad de los dientes		
11.	Le pregunta por la dificultad para hablar, masticar, tragar		
12.	Le pregunta por la frecuencia del cepillado dental		
13.	Le explora la cavidad bucal en busca de enfermedades		
14.	En caso de ser mujer, le pregunta si está embarazada		



## ANEXO VIII.4

### SATISFACCIÓN DEL PROFESOR/PROFESIONAL: ATENCIÓN PRESTADA

Instrucciones:

Queremos evaluar su grado de satisfacción con cada uno de los aspectos señalados de acuerdo a una escala de 1 a 5, marcando el cuadro correspondiente con una X, siendo 5 (muy satisfecho) la puntuación máxima y 1 (nada satisfecho) la puntuación mínima.

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
<b>CLÍNICA ODONTOLÓGICA USAL</b>						
1.	La modernidad de los equipos	1	2	3	4	5
2.	Limpieza de las instalaciones	1	2	3	4	5
3.	Ubicación/localización de la clínica	1	2	3	4	5
4.	Horarios y días de trabajo	1	2	3	4	5
5.	Facilidad para el acceso: rampas, señalización, ascensor...	1	2	3	4	5
6.	Amplitud e iluminación de la clínica	1	2	3	4	5
7.	Ventilación y temperatura de la clínica	1	2	3	4	5
8.	Ausencia de ruidos y olores desagradables	1	2	3	4	5



		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
<b>PERSONAL DE LA CLÍNICA/PROFESOR</b>						
1.	Atención por parte del personal de la clínica al profesor	1	2	3	4	5
2.	Recibe y saluda por su nombre al paciente	1	2	3	4	5
3.	Muestra interés por el problema bucodental del paciente	1	2	3	4	5
4.	Atiende al mismo paciente hasta terminar el plan de tto.	1	2	3	4	5
6.	Explica los problemas que tiene en la boca al paciente	1	2	3	4	5
7.	Utiliza palabras que el paciente puede entender fácilmente	1	2	3	4	5
8.	Explica en qué consistirá el tratamiento dental que se realizará al paciente	1	2	3	4	5
9.	Supervisa durante el tto. el procedimiento que realiza el alumno con el paciente	1	2	3	4	5
10.	Los procedimientos utilizados le transmiten seguridad para no contagiarse de alguna enfermedad	1	2	3	4	5
11.	Se solucionó el problema bucodental por el que el paciente acudió a la Clínica.	1	2	3	4	5





		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
<b>ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO</b>						
1.	Atiende al paciente a la hora programada	1	2	3	4	5
2.	Se recuerda la cita al paciente	1	2	3	4	5
3.	Tiempo de espera del paciente hasta conseguir la cita	1	2	3	4	5
4.	Tiempo de espera hasta que el paciente es atendido	1	2	3	4	5
5.	Tiempo que pasó con el paciente durante su cita de tratamiento	1	2	3	4	5
6.	El paciente tuvo ausencia de secuelas y complicaciones después del tto.	1	2	3	4	5
7.	Coste del tratamiento	1	2	3	4	5
8.	Recomendaría los servicios de la Clínica Odontológica	1	2	3	4	5
9.	Volvería a realizar más tratamientos a pacientes	1	2	3	4	5



## HISTORIA CLÍNICA.

En el siguiente apartado, referente a la recogida de información en la historia clínica, deberá contestar *sí* o *no* a las siguientes cuestiones, marcando con una X la respuesta que considere oportuna.

		Sí	No
<b>HISTORIA CLÍNICA</b>			
1.	Se proporciona consentimiento informado al paciente para firmarlo antes del tratamiento		
2.	Se pregunta por el motivo de consulta		
3.	Se pregunta por los antecedentes personales y familiares (enfermedades, operaciones...)		
4.	Se pregunta por la medicación que toma		
5.	Se pregunta si tiene alergias		
6.	Se pregunta por los hábitos (consumo de tabaco, alcohol...)		
7.	Se pregunta por su última visita al dentista		
8.	Se pregunta si tiene dolor		
9.	Se pregunta por el sangrado de encías		
10.	Se pregunta por la movilidad de los dientes		
11.	Se pregunta por la dificultad para hablar, masticar, tragar		
12.	Se pregunta por la frecuencia del cepillado dental		
13.	Se explora la cavidad bucal en busca de enfermedades		
14.	En caso de ser mujer, se pregunta si está embarazada		



UNIVERSIDAD  
DE SALAMANCA

## TESIS DOCTORAL ÁNGELA SANZ

### RECOGIDA DE DATOS HISTORIAS CLÍNICAS



FACULTAD DE  
MEDICINA

Fecha Consulta

NUEVO  
REGISTRO

Edad

Sexo  Varón  Mujer

EMBARAZO

Sí  Desconocido  
 No  No reseñado

#### MOTIVO CONSULTA

Dolor  Sí  No    Movilidad dental  Sí  No    Problemas estéticos  Sí  No    Revisión  Sí  No  
Sangrado  Sí  No    Pérdida dental  Sí  No    Sensibilidad  Sí  No    Urgencia  Sí  No    No reseñado  Sí  No  
Caries  Sí  No    Dif Masticar Hablar  Sí  No    Comp tto anterior  Sí  No    Otros  Sí  No

#### ANT. FAMILIARES

#### ANT. PERSONALES

Prematuridad  Sí  No    Enf infectocontag  Sí  No    Angor Infarto  Sí  No  
Enf genéticas  Sí  No    Prótesis vascular ósea  Sí  No    Otros  Sí  No    No reseñado  Sí  No

#### ENF. ACTUAL

I hipertensión  Sí  No    Insuf Renal  Sí  No    Neuralgia  Sí  No    Diabetes  Sí  No  
Arritmia  Sí  No    Diálisis  Sí  No    Ictus  Sí  No    VIH  Sí  No  
Endocarditis infec  Sí  No    Leucemia  Sí  No    Enf Tiroides  Sí  No    VHB  Sí  No  
EPOC  Sí  No    Anemia  Sí  No    Enf Suprarr  Sí  No    Neoplasia  Sí  No  
Asma  Sí  No    Trast Coag  Sí  No    Fluorosis  Sí  No    Otras  Sí  No

#### INT. QUIRÚRGICA

Cirg protésica  Sí  No    Cirg mxfacial  Sí  No    Otras  Sí  No    No reseñado  Sí  No

#### MEDICACIÓN

Antihipertensivos  Sí  No    Antidep Ansiol  Sí  No    Radio Quimio  Sí  No  
Antidiabéticos  Sí  No    Brocodilatadores  Sí  No    Otros  Sí  No    No reseñado  Sí  No  
Anticoagulantes  Sí  No    Bifosfonatos  Sí  No    No  Sí  No

#### ALERGIA

Antibióticos  Sí  No    Anestésicos  Sí  No    Metales  Sí  No  
Analg AINES  Sí  No    Latex  Sí  No    Otros  Sí  No    No reseñado  Sí  No

#### DIAG ODONTOLÓGICO

Caries  Sí  No    Periodontitis  Sí  No    Desd parcial  Sí  No    Maloclusión  Sí  No  
Pulpitis  Sí  No    Fistula  Sí  No    Desd total  Sí  No    Otros  Sí  No  
Displasia  Sí  No    Absceso  Sí  No    Pat mucosa oral  Sí  No    No reseñado  Sí  No  
Gingivitis  Sí  No    Hemon  Sí  No    Pat AIM  Sí  No    Sin alteraciones  Sí  No

#### HÁBITOS

Tabaco  Sí  No    Alcohol  Sí  No    Bruxismo  Sí  No    Otros  Sí  No    No reseñado  Sí  No



### TTO. ODONTOLÓGICO

Obturaciones  SI      Prt Fija  SI      RAR  SI      Selladores  SI      No  SI  
 Endodoncias  SI      Implantes  SI      Extrac  SI      Flúor  SI      No reseñado  SI  
 Prt Removible  SI      Tartrectomía  SI      Extrac RR  SI      Otros  SI

### COMPLICACIONES ODONT.

Caída obt  SI      Movil Prót  SI      Infección  SI  
 Filtración Obt  SI      Filtración Prót  SI      Fractura  SI      No  SI  
 Perforación  SI      Oclusión alterada Prót  SI      Parestesia  SI      No reseñado  SI  
 Fracaso Endo  SI      Sensib Perio  SI      Perd sellador  SI  
 Pérdida adap Prót  SI      Recesiones  SI      Otros  SI

### COMPLICACIONES MED.

Dolor Post  SI      Osteonecrosis  SI      Reac alérg  SI      Síncope  SI      No  SI  
 Infec Med  SI      Hemorragia  SI      Obs resp  SI      Otros  SI      No reseñado  SI

## **ANEXO VIII.6**

## **CARTA DE PRESENTACIÓN**

Estimado paciente:

Desde la Clínica Odontológica de la Universidad de Salamanca, estamos llevando a efecto un estudio de satisfacción, para evaluar nuestra actividad profesional e implementar aquellos cambios que mejoren nuestros resultados.

Su participación nos facilitará una información imprescindible para abordar las mejoras que se evidencien como necesarias. Para ello hemos elaborado un cuestionario que de forma absolutamente anónima nos proporcionará una valiosa información.


Los datos resultantes de este estudio serán publicados, y se lo haremos llegar a todos los pacientes que hayan utilizado los servicios de la Clínica Odontológica de la Universidad de Salamanca.

Le agradecemos muy sinceramente su colaboración y nos ponemos a su disposición para cuantas aclaraciones precise

Prof. Dr. Joaquín F. López Marcos  
Clínica Odontológica  
Facultad de Medicina  
Avda. Alfonso X el Sabio S/N  
37007-Salamanca  
Teléf.: 923294400-Ext 1992

P.D. Por favor, utilice el sobre adjunto franqueado para devolver la encuesta, en el plazo de 15 días, después de su recepción.


# ANEXO VIII.7



VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA

## TESIS DOCTORAL ÁNGELA SANZ

### RECOGIDA DATOS. ENCUESTAS A PACIENTES



FACULTAD D  
MEDICINA

---

DATOS PERS

**Edad**

**Sexo**  Varón  Mujer

**Residencia**  Urbana  Rural

**Estado civil**  Soltero  Casado  Viudo  Separado  Vive en pareja

**Estudios**  Sin estudios  E primarios  F prof  Universitarios  Otros

**Profesión**  Hogar  Estudiante  Jubilado  En paro  Trabajando

NUEVO  
REGISTRO

ENCUESTA POR TF  SI

DIRECC INCOMPLETA  SI

CONTESTAN POR CORREO  SI

CLÍNICA

**Modernidad equipos**  1  2  3  4  5

**Limpieza**  1  2  3  4  5

**Ubicación**  1  2  3  4  5

**Horarios**  1  2  3  4  5

**Accesos**  1  2  3  4  5

**Amplitud**  1  2  3  4  5

**Tº y Ventilación**  1  2  3  4  5

**Ruidos y olores**  1  2  3  4  5

PERSONAL CLÍNICA (ALUMNO EN PRÁCTICAS)

**Atención por personal**  
 1  2  3  4  5

**Recibe y saluda por su nombre**  
 1  2  3  4  5

**mostró interés en su problema bucodental**  
 1  2  3  4  5

**le atendió el mismo alumno**  
 1  2  3  4  5

**le explicó los problemas que tiene en su boca**  
 1  2  3  4  5

**utilizó palabras que podía entender fácilmente**  
 1  2  3  4  5

**le explicó en qué consistiría su tto. dental**  
 1  2  3  4  5

**estuvo supervisado por un profesional**  
 1  2  3  4  5

**Los procedimientos utilizados le transmitían seguridad**  
 1  2  3  4  5

**Se solucionó el problema bucodental**  
 1  2  3  4  5



### TRATAMIENTO

Atención a la hora programada  1  2  3  4  5

Le recordaron su cita  1  2  3  4  5

Tiempo de espera hasta conseguir cita  1  2  3  4  5

Tiempo de espera hasta que el alumno le atendió  1  2  3  4  5

Tiempo que pasó con el alumno durante su tto  1  2  3  4  5

Ausencia de secuelas complicaciones  1  2  3  4  5

Coste del tratamiento  1  2  3  4  5

Recomendaría los servicios de CO  1  2  3  4  5

Volvería para recibir otro tto  1  2  3  4  5

Cree que se deberían de mejorar algunos aspectos del tto  Si  No

Si ha respondido SI indique cuales

### Hª CLÍNICA

Se le proporcionó CI  Si  No

Le preguntaron por el motivo de consulta  Si  No

Le preguntaron por los antecedentes  Si  No

Le preguntaron por la medicación  Si  No

Le preguntaron por alergias  Si  No

Le preguntaron por hábitos  Si  No

Le preguntaron por última visita dentista  Si  No

Le preguntaron si tenía dolor  Si  No

Le preguntaron por sangrado encías  Si  No

Le preguntaron por movilidad dental  Si  No

Le preguntaron por dific hablar masticar.  Si  No

Le preguntaron por cepillado dental  Si  No

Le exploraron la cavidad bucal  Si  No

Mujer le preguntaron por embarazo  Si  No



UNIVERSIDAD  
DE SALAMANCA

**TESIS DOCTORAL ÁNGELA SANZ**

**RECOGIDA DATOS. ENCUESTAS A ALUMNOS**



FACULTAD DE  
MEDICINA

NUEVO  
REGISTRO

**CLÍNICA**

- Modernidad equipos  1  2  3  4  5
- Limpieza  1  2  3  4  5
- Ubicación  1  2  3  4  5
- Horarios  1  2  3  4  5
- Accesos  1  2  3  4  5
- Amplitud  1  2  3  4  5
- Tº y Ventilación  1  2  3  4  5
- Ruidos y olores  1  2  3  4  5

**PERSONAL CLÍNICA. ALUMNO**

- Atención por personal  1  2  3  4  5
- Recibe y saluda por su nombre  1  2  3  4  5
- mostró interés en su problema bucodental  1  2  3  4  5
- atendió al mismo paciente  1  2  3  4  5
- le explicó los problemas que tiene en su boca  1  2  3  4  5
- utilizó palabras que podía entender fácilmente  1  2  3  4  5
- le explicó en qué consistiría su tto. dental  1  2  3  4  5
- estuvo supervisado por profesor  1  2  3  4  5
- Los procedimientos utilizados le transmitían seguridad  1  2  3  4  5
- Se solucionó el problema bucodental  1  2  3  4  5

**TRATAMIENTO**

- Atención a la hora programada  1  2  3  4  5
- Le recordaron cita al paciente  1  2  3  4  5
- Tiempo de espera hasta conseguir cita  1  2  3  4  5
- Tiempo de espera hasta que se atiende al paciente  1  2  3  4  5
- Tiempo que pasó con el paciente durante su tto  1  2  3  4  5
- Ausencia de secuelas complicaciones  1  2  3  4  5
- Coste del tratamiento  1  2  3  4  5
- Recomendaría los servicios de CO  1  2  3  4  5
- Volvería a realizar mas tto  1  2  3  4  5

**Hº CLÍNICA**

- |  |  |
|--|--|
| Se le proporcionó CI <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                   | Se pregunta si tenia dolor <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No               |
| Se pregunta por el motivo de consulta <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No  | Se pregunta por sangrado encías <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No          |
| Se pregunta por los antecedentes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No       | Se pregunta por movilidad dental <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No         |
| Se pregunta por la medicación <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No          | Se pregunta por difícil hablar mastigar. <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Se pregunta por alergias <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No               | Se pregunta por cepillado dental <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No         |
| Se pregunta por hábitos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                | Se explora la cavidad bucal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No              |
| Se pregunta por última visita dentista <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Si mujer, le preguntaron por embarazo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No    |





UNIVERSIDAD  
DE SALAMANCA

**TESIS DOCTORAL ÁNGELA SANZ**  
**RECOGIDA DATOS. ENCUESTAS A PROFESORES**



FACULTAD DE  
MEDICINA

NUEVO  
REGISTRO

**CLÍNICA**

- Modernidad equipos  1  2  3  4  5
- Limpieza  1  2  3  4  5
- Ubicación  1  2  3  4  5
- Horarios  1  2  3  4  5
- Accesos  1  2  3  4  5
- Amplitud  1  2  3  4  5
- Tª y Ventilación  1  2  3  4  5
- Ruidos y olores  1  2  3  4  5

**PERSONAL CLÍNICA. PROFESOR**

- Atención por personal  1  2  3  4  5
- Recibe y saluda por su nombre  1  2  3  4  5
- mostró interés en su problema bucodental  1  2  3  4  5
- atendió al mismo paciente  1  2  3  4  5
- le explicó los problemas que tiene en su boca  1  2  3  4  5
- utilizó palabras que podía entender fácilmente  1  2  3  4  5
- le explicó en qué consistiría su tto. dental  1  2  3  4  5
- estuvo supervisado el paciente/alumno  1  2  3  4  5
- Los procedimientos utilizados le transmitían seguridad  1  2  3  4  5
- Se solucionó el problema bucodental  1  2  3  4  5

**TRATAMIENTO**

- Atención a la hora programada  1  2  3  4  5
- Le recordaron cita al paciente  1  2  3  4  5
- Tiempo de espera hasta conseguir cita  1  2  3  4  5
- Tiempo de espera hasta que se atiende al paciente  1  2  3  4  5
- Tiempo que pasó con el paciente durante su tto  1  2  3  4  5
- Ausencia de secuelas complicaciones  1  2  3  4  5
- Coste del tratamiento  1  2  3  4  5
- Recomendaría los servicios de CO  1  2  3  4  5
- Volvería a realizar mas tto  1  2  3  4  5

**Hª CLÍNICA**

- |  |   |
|--|---|
| Se le proporcionó CI <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                   | Se pregunta si tenia dolor <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No            |
| Se pregunta por el motivo de consulta <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No  | Se pregunta por sangrado encias <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No       |
| Se pregunta por los antecedentes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No       | Se pregunta por movilidad dental <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No      |
| Se pregunta por la medicación <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No          | Se pregunta por difi hablar masticar. <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Se pregunta por alergias <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No               | Se pregunta por cepillado dental <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No      |
| Se pregunta por hábitos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                | Se explora la cavidad bucal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No           |
| Se pregunta por última visita dentista <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Si mujer, le preguntaron por embarazo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |

## ANEXO VIII.10 Tabla variable OTRAS

Variable	Categoría	Recuento
Motivo de consulta	Lengua geográfica	2
	Dificultad masticar	3
	Sensibilidad dental	4
	Complicación anterior	2
	Urgencia	4
	Herpes labial	2
	Queilitis angular	2
	Dientes supernumerarios	3
	Mucocele	2
	Glosodinia	2
	Sangrado encías	3
	Cuerpo extraño	2
	Antecedentes personales	Prótesis de cadera
Bypass cardíaco		2
Infarto de miocardio		4
Espina bífida		2
Cardiomegalia		2
Embolia pulmonar		2
Cólico biliar		2
Migrañas		3
Soplo cardíaco		3
Hipertrofia ventricular		2
Escoliosis		2
Enfermedad de Chrön		2
Cataratas		5
Enfermedad actual	Gota	2
	Parkinson	2
	Acné	4
	EPOC	4
	Arritmia	4
	VIH	2
	Hepatitis B	2
	Anemia	3
	Artrosis	5
	Gastritis	5
	Hernia de hiato	2
	Conjuntivitis	4
	Insuficiencia renal	2
	Coagulopatía	2
	Angor/infarto	2
	Neuralgia	2
	Ictus	2
	Enfermedad suprarrenal	2
	Lupus	3
	Hipercolesterolemia	5
	Colon irritable	3
	Úlcera gástrica	2
	Psoriasis	3
	Bradicardia	2
	Obesidad	2
	Endometriosis	2
	Osteoporosis	4
	Flebitis	4
	Sinusitis	3
	Hipertrofia prostática	4

	Sd. piernas inquietas	2
	Vértigo de meniere	2
	Hipoacusia	3
	Litiasis renal	2
	Cáncer de próstata	2
	Maculopatía	2
	Herpes	2
	Hiperactividad	2
Intervenciones quirúrgicas	Amigdalectomía	5
	Histerectomía	5
	Estrabismo	3
	Apendicectomía	5
	Cesárea	5
	Oído	4
	Endometriosis	2
	Cataratas	5
	Sten cardíaco	5
	Hernia inguinal	5
	Fístula anal	2
	Blefaroplastia	2
	Prostatectomía	4
	Varices	5
	Cirugía maxilofacial	4
	Biopsia de próstata	3
	Colecistectomía	3
	Legrado uterino	3
	Lipoma	4
	Varicicole	2
	Perforación intestinal	2
	Biopsia de piel	2
	Ligadura de trompas	3
	Glaucoma	2
	Uña encarnada	2
	Pólipos laríngeos	3
	Quiste ovario	3
Medicación	Antitusivos	2
	Antivaricosos	4
	Analgésicos	5
	AINES	5
	Vitaminas	5
	Calcio	3
	Hipolipemiantes	5
	Antigotosos	2
	Antireumáticos	5
	Laxantes	5
	Protector gástrico	5
	Corticoides	4
	Colirio oftálmico	4
	Antifúngicos cutáneos	4
	Plantas medicinales	5
	Antipsoriasisicos	3
	Isotetrinoína	2
	Antieméticos	4
	Relajantes musculares	2
	Antidiarreicos	3
	Anovulatorios	5

	Antibióticos	3
	Antiparkinsonianos	2
	Antiácidos	2
	Mucolíticos	2
	Antiarrítmicos	4
	Antitrombóticos	2
	Antineoplásicos	2
	antivirales	2
<b>Alergias</b>	Látex	2
	Picaduras insectos	2
	Ácaros	5
	Contraste Yodo	2
	Alimentos	5
	Pelo animales	5
	Polen	5
	Anisakis	2
<b>Diagnóstico odontológico</b>	Enfermedad mucosa oral	5
	Agenesia dental	3
	Hipoplasia esmalte	2
	Tinción tetraciclinas	3
	Inclusión dentaria	5
	Halitosis	4
	Anquilosis dental	2
<b>Hábitos</b>	Onicofagia	4
	Respiración oral	3
	Deglución atípica	2
	Cepillado agresivo	2
	Piercing lingual	2
	Succión dedo	2
<b>Tratamiento odontológico</b>	Mantenedor de espacio	5
	Perno fibra de vidrio	4
	Técnicas de higiene	2
	Aplicación flúor	2
	Control de la dieta	3
	Control de placa	5