



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA Y
FISIOTERAPIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE GRADO

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DE
CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN EL HOSPITAL
VIRGEN DE LA VEGA DE SALAMANCA**

MARÍA VICTORIA ALONSO ARNÉS

2010

D. José Javier Gonzalo Martín, Prof. Titular del Departamento de Enfermería y D. Juan Francisco Blanco Blanco, de la Universidad de Salamanca.

CERTIFICAN:

Que el estudio realizado por Dña. M^a Victoria Alonso Arnés, Diplomada en Enfermería, y titulado “*Estudio de la calidad de vida de los pacientes de cirugía mayor ambulatoria en el hospital Virgen de la Vega de Salamanca*”, ha sido realizado bajo nuestra dirección, y reúne los requisitos necesarios para optar al Título de Grado de la Universidad de Salamanca.

Y para que así conste, expiden y firman la presente certificación en Salamanca
a.....

Fdo: D. José Javier Gonzalo Martín D. Juan Francisco Blanco Blanco

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. D. Juan Francisco Blanco Blanco, y al Prof. D. José Javier Gonzalo Martín, directores de mi Trabajo de Grado, porque sin su colaboración y apoyo constante no hubiese sido posible la realización del mismo, y por saber transmitirme el entusiasmo necesario para seguir avanzando en este campo.

A David Pescador por participar en el procedimiento estadístico de este estudio, igualmente de un modo desinteresado.

A todos los pacientes, por su plena disposición y participación en la consecución de este proyecto.

A mi familia, en especial a mis padres, por su constante apoyo y cariño, y a mi marido e hijos por estar siempre a mi lado, y darme su apoyo incondicional.

A todos ellos, MUCHAS GRACIAS

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- MARCO TEÓRICO	4
2.1.- Definición	4
2.2.- Recuerdo histórico	5
2.3- Tipos de unidades	8
2.4.- Indicaciones, complicaciones y recomendaciones	8
2.4.1. Indicaciones	8
2.4.2. Complicaciones	9
2.4.3. Recomendaciones	11
2.5.- Enfermería en Cirugía Mayor Ambulatoria	12
2.6.- Calidad de vida y su relación con la salud	16
3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS	17
4.- MATERIAL Y MÉTODO	18
4.1.- Tipo de estudio	18
4.2.- Población de estudio	18
4.3.- Cuestionario de calidad de vida	19
4.4.- El nuevo instrumento	21
4.4.1.- Razones de su elección	24
4.4.2.- Puntuación del cuestionario	24
4.5.- Análisis estadístico	25
5.- RESULTADOS	27
5.1.- Datos demográficos	27
5.2.- Datos clínicos	30
5.3.- Resultados del cuestionario	35
6.- DISCUSIÓN	39

7.- CONCLUSIONES	49
8.- ANEXOS	50
8.1.- ANEXO I. Hoja de Verificación.	50
8.2.- ANEXO II. Cuestionario Coop/Wonca.	54
9.- BIBLIOGRAFIA	62

ABREVIATURAS

ACV	Accidente cerebro vascular
AECMA	Asociación española de cirugía mayor ambulatoria
AVD	Actividades de la vida diaria
CE	Corta estancia
CMA	Cirugía mayor ambulatoria
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
C/W	Coop / Wonca
EE UU	Estados Unidos.
ORL	Otorrinolaringología
T. A.	Tensión arterial
UCMA	Unidad de cirugía mayor ambulatoria

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

MATERIAL Y MÉTODO

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

En los sistemas sanitarios modernos y especialmente en los que tienen un carácter público y universal como el nuestro, es de una enorme importancia tener como objetivo primordial la búsqueda de la mayor eficiencia de dicho sistema. Dicho de otro modo, se trata de dedicar los recursos necesarios y solo los necesarios, para proporcionar una asistencia sanitaria de calidad. Es evidente que la asignación de los recursos, limitados por definición, es crucial en ese sentido. Los desequilibrios se traducirán indefectiblemente en detrimentos en la asistencia prestada.

Es conocido como una fuente muy importante de consumos de recursos económicos, materiales y personales del sistema sanitario, se produce en la denominada hospitalización. El ingreso hospitalario, la ocupación de una cama hospitalaria desencadena un gasto muy importante. Es por este motivo que surgen los conceptos de estancia adecuada o apropiada, y los proyectos que tratan de disminuir la estancia tratando de establecer estándares, con el objetivo de adecuar el consumo por patología tratada.

Uno de los motivos más frecuentes de hospitalización es la realización de procedimientos quirúrgicos. La introducción de modalidades de asistencia como la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y la Cirugía de Corta Estancia reducen la estancia hospitalaria en un importante y creciente porcentaje de pacientes, y además, el empleo de estas modalidades de asistencia es cada vez mayor. Este progresivo aumento de la CMA, es debido a la constante incorporación de nuevos procedimientos quirúrgicos, cada vez de mayor complejidad. A esto hay que añadir, el elevado nivel de satisfacción de los pacientes que se intervienen en las Unidades de CMA.

En años recientes se ha popularizado entre investigadores y profesionales, el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. (CVRS) se refiere a los distintos aspectos de la vida de unas personas que están afectados firmemente por los cambios en el estado de la salud. Algunos autores señalan aspectos similares: efectos de la enfermedad y el tratamiento sobre el bienestar físico, emocional y social (1), y /o el nivel de satisfacción y bienestar asociado con eventos vitales de una persona, tal como está influenciado por la enfermedad, accidentes o tratamientos (2). Sin embargo,

Cummins (1997) argumenta que la CVRS introduce una perspectiva reduccionista sobre el bienestar y frecuentemente se centra de manera exclusiva en la patología. En cualquier caso nos sirve para conocer la perspectiva del paciente en relación a nuestra actividad. Hasta ahora se venían utilizando índices más o menos objetivos, que no aportaban una información global.

Aunque la mayor parte de las escalas disponibles constituyen medidas del estado de salud o CVRS, todas ellas, sin excepción, se centran en características negativas. Consecuentemente, los índices existentes son más bien medidas de calidad de vida relacionada con la enfermedad. Algunas veces otros términos, como estado de salud o estado funcional, se confunden y usan sin distinción de calidad de vida. (3).

Las láminas del COOP / WONCA, son un instrumento para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. El motivo de la elección de estas láminas, es porque resulta un instrumento sencillo de aplicar, fiable y eficaz para valorar adecuadamente los aspectos relacionados con la CVRS, que permiten evaluar la situación de los pacientes a lo largo de todo el proceso evolutivo de sus patologías.

Las viñetas del COOP/WONCA son de aplicación rápida, útil en CMA, y sencilla, que han sido validadas, adaptadas en nuestro medio y supone una contribución que estimamos muy interesante, al proporcionar una válida información de nuestra realidad y de la percepción del paciente.

Los pacientes susceptibles de ser intervenidos por CMA, han de cumplir unos criterios médicos establecidos, que atienden a su estado de salud, la proximidad o lejanía del domicilio y tener un cuidador en el domicilio al alta. Todos estos criterios están pactados y son bien conocidos. Pero no hay ningún trabajo, ni estudio que tenga en cuenta la calidad de vida relacionada con la salud de los usuarios de la CMA, y para enfermería, considero que es muy importante este aspecto, pues los pacientes no son sólo el proceso o el procedimiento quirúrgico, sino que son personas, con una vida además de una patología. No hay nada publicado, no conozco ningún trabajo sobre este tema, y por todo ello optamos por hacer este primer estudio sobre la calidad de vida de

los pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria en la 3ª planta del Hospital Virgen de la Vega de Salamanca.

Habida cuenta de lo diferente de nuestro cometido como enfermeros/as, las diferentes expectativas de los pacientes de esta cirugía, y de todas las particularidades de la misma, me planteo hacer un estudio sobre la calidad de vida de los pacientes de nuestra unidad, intentando ver las posibilidades de mejora del trabajo enfermero, en corregir los posibles errores, conocer mejor lo que se espera de los profesionales de enfermería, aportando lo posible, para mejorar la calidad de vida de los beneficiarios de la Cirugía Mayor, que a medida que va pasando el tiempo el abanico de patologías y pacientes susceptibles de entrar en este programa quirúrgico es cada día mayor.

Nos hemos propuesto analizar la calidad de vida de un grupo de pacientes sometidos a CMA, en la 3ª planta del Hospital Virgen Vega de Salamanca. Para ello disponemos de un gran número de instrumentos, que nos informan de cómo se siente el paciente, cuál es su estado funcional y cómo percibe su propia salud. Las escalas de medida deben tener fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio. Esto es muy importante ya que la CVRS cambia a lo largo del tiempo, por el cambio de las condiciones y de los procesos de acomodación que el individuo va sufriendo, lo que nos lleva a realizar valoraciones cada cierto tiempo.

2.1.- Definición

La Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria define ésta como: “...el modelo organizativo de la asistencia quirúrgica que permite tratar al paciente de una forma segura y efectiva sin necesidad de ingreso y sin utilización de una cama de hospitalización” (4).

La CMA es una modalidad asistencial, es decir, una forma organizativa y de gestión sanitaria específica que atiende a una demanda determinada de servicios de salud (cartera de servicios), para la que se requiere unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de sus usuarios. La definición de CMA que se utiliza en estos estándares de recomendaciones es la expuesta en el Real Decreto 1277/2003 que considera como CMA: “procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario” (5).

Asimismo, el Real Decreto 1277/2003 define como Centros de Cirugía Mayor Ambulatoria, los “centros sanitarios dedicados a la atención de procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario”.

El desarrollo de las Unidades de CMA en nuestro entorno es reciente y ha determinado actuaciones normativas para su autorización y registro, así como adaptaciones del sistema de información sanitaria y el desarrollo de indicadores para medir esta actividad. La puesta en marcha de los procedimientos quirúrgicos en la modalidad ambulatoria ha sido progresiva, alcanzado algunos de ellos un nivel elevado de procesos sin ingreso (6).

La CMA ha modificado sustancialmente el trabajo en los hospitales y de los profesionales implicados en estos procesos, disminuye el tiempo de permanencia de los enfermos en el hospital, modifica los cuidados de enfermería requeridos por éstos, el

grado de satisfacción de los pacientes es grande, el tiempo de recuperación y reintegración a la vida familiar, social y laboral se acorta sustancialmente respecto a la cirugía convencional y reduce los gastos sanitarios de la actividad quirúrgica. Al implicar activamente en los cuidados postoperatorios al paciente y la familia, obtenemos una buena respuesta en general.

Las características propias de la CMA, hacen que el contacto con el paciente sea más breve y aunque se recogen diversos indicadores sobre actividad, complicaciones, etc. puede existir un déficit de información relacionada con la percepción del propio paciente sobre su situación, así como sobre la repercusión de la atención sanitaria. Además se tiende a identificar los procesos relacionados con la CMA como procesos menos graves. Parece interesante tratar de conocer la propia percepción del paciente de su estado de salud, es la conocida “investigación del estado de salud” y más concretamente los estudios de “calidad de vida relacionada con la salud”. Para ello se dispone de diversas herramientas, cuestionarios generalmente, que dado el tipo de atención realizada en una Unidad de CMA deberían de tener una estructura peculiar, sencilla, breve, fácil de completar.

2.2.- Recuerdo histórico.

Tal como describe Goerke en su libro “3.000 años de historia de la Medicina” (7), el carácter ambulante de la práctica quirúrgica no era sólo propio del paciente sino también del médico y se remonta a la antigüedad.

Vemos pues como la Cirugía Ambulatoria existe desde el comienzo de la actividad quirúrgica y es en realidad la forma más antigua que se conoce.

No obstante y a pesar de este hecho, la idea de no hospitalizar al paciente quirúrgico ha sido una constante a lo largo de la historia. Unida al inicio “ambulante” de la cirugía ante la inexperiencia del hospital como tal, nos permite afirmar que la CMA como sistema funcional y organizado, se inicia a mitad del siglo XX en el Reino Unido impulsado por el Sistema Público de Salud, con el objetivo de reducir las listas de

esperas quirúrgicas, equilibrar el consumo de recursos sanitarios y mejorar la calidad asistencial.

En 1.909 James H. Nicoll en el Glasgow Royal Hospital for Sick Children (8) publica una serie muy cercana a las 9.000 intervenciones quirúrgicas ambulatorias en niños, cuyos resultados fueron superponibles a los de los enfermos hospitalizados.

En 1.955 destaca un artículo de Farquhason E. (Reino Unido) (9) sobre deambulación precoz recomendada a 485 pacientes operados de hernia inguinal sin ingreso hospitalario. Esta forma de actividad quirúrgica es rápidamente incorporada y desarrollada en EE UU a partir de los años 60.

En 1961 el Butterworth Hospital de Michigan y un año después Cohen y Dillon, de la Universidad de Los Ángeles (10), ponen en marcha el primer programa de este tipo de cirugía concluyendo que la seguridad de los pacientes no depende de que estén o no ingresados sino de una adecuada selección de los pacientes y una correcta y cuidadosa práctica quirúrgica y anestésica.

Sin embargo no es hasta 1.968 y coincidiendo con la apertura del Surgicenter de Phoenix (Arizona), por parte de Ford y Reed (anestesiólogos) cuando se instaura este tipo de cirugía con Unidades Independientes y Autosuficientes (“freestanding day surgery units”) (11). Trabajos recientes señalan que en EE UU el índice de sustitución por este tipo de cirugía supera el 60%.

En 1.985 el Royal College of Súrgenos del Reino Unido publica una serie de recomendaciones para la práctica de esta cirugía y un listado de procedimientos subsidiarios de ser realizados de forma ambulatoria. El término “CMA” nace en 1.986 con la publicación de un libro del mismo nombre escrito por Davis, permaneciendo con tal denominación hasta nuestros días.

Esta modalidad quirúrgica se desarrolla en nuestro país en los años 90 siendo la primera publicación la de Ribera y Giner sobre pacientes quirúrgicos ambulatorios,

momento a partir del cual otros grupos de trabajo del territorio nacional inicia el desarrollo de la CMA (12)

En 1992, el Ministerio de Sanidad y Consumo publica la “Guía de organización y funcionamiento de la CMA” y la Societat Catalana de Cirurgia constituye en 1.993 una comisión para la elaboración de puntos y recomendaciones para el desarrollo de esta cirugía, coincidiendo su etapa de nacimiento y expansión (1.995-1999) con la celebración del II Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria en Sevilla (1.995).

A partir de este momento es cuando en el territorio nacional comienzan a aparecer múltiples unidades llegando en la actualidad a un importante índice de sustitución de patología general, que oscila, según publicaciones recientes entre un 25 y un 40%, en función del tiempo de funcionamiento, así como del grado de formación quirúrgica de los profesionales (13).



Glasgow Royal Hospital

En el primer trimestre del año 2008, nos reúne la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario al personal de la tercera planta del Hospital Virgen de la Vega, para informarnos de que la actividad de nuestra unidad iba a cambiar sensiblemente, pues pasaría de ser una planta de hospitalización convencional, para reconvertirnos en una

Unidad de CMA del Complejo Hospitalario. Iniciamos nuestra nueva actividad en marzo de ese año, con cuatro especialidades quirúrgicas, Traumatología, Cirugía General, Cirugía Plástica y Cirugía Maxilofacial. Con una característica añadida que nos diferencian del resto de las Unidades de Cirugía Ambulatoria del Hospital, nuestros pacientes pueden pasar a pernoctar una noche, y se denominaría cirugía de corta estancia (C.C.E)

2.3. Tipos de unidades.

La CMA se organiza según su sistema de gestión en cuatro tipos de Unidades básicamente:

- Unidad Integrada Controlada por el Hospital: Es aquella en la que los pacientes ambulatorios y hospitalizados utilizan la misma área quirúrgica.
- Unidad Autónoma Controlada por el Hospital: En esta unidad los pacientes ambulatorios y hospitalizados utilizan áreas quirúrgicas diferentes dentro del mismo hospital.
- Unidad Satélite del Hospital: Es una unidad autónoma, patrocinada por un hospital pero situada lejos de éste; suelen localizarse en la misma comunidad pero a cierta distancia del hospital o bien en una comunidad vecina.
- Unidad Independiente: Es una unidad autónoma sin nexo geográfico ni administrativo con otras instituciones de salud. (14)

2.4. Indicaciones, complicaciones y recomendaciones.

2.4.1. Indicaciones:

Partimos de una teoría que enfatiza que todas las especialidades quirúrgicas pueden verse beneficiadas de la CMA. Los procedimientos adecuados para la cirugía

ambulatoria son aquellos asociados con cuidados postoperatorios que pueden fácilmente proporcionarse en el hogar, y con bajas tasas de complicaciones postoperatorias, y que no requieran un cuidado intensivo por parte de médicos o enfermeras.

La duración de la cirugía no es un criterio para los procedimientos ambulatorios dado que hay escasa relación entre la duración de la anestesia y la recuperación.

La práctica de cirugía mayor ambulatoria ha permitido mejorar la práctica quirúrgica, agilizando su realización, disminuyendo los tiempos de estancia hospitalaria y, por tanto, las posibilidades de complicaciones como las infecciones hospitalarias, con una más rápida recuperación en el entorno habitual del paciente.

Los pacientes que son sometidos a cirugía ambulatoria deberían tener a alguien que los lleve a sus hogares y se quede con ellos posteriormente, si fuera necesario, para cuidarlos.

Antes del procedimiento, deberían recibir información acerca del procedimiento en sí mismo, dónde se llevará a cabo, y las restricciones posibles postoperatorias, así como las necesidades de ese periodo postoperatorio (15).

Cada vez son más las especialidades quirúrgicas que utilizan la CMA para el tratamiento de los procesos de sus pacientes, y las patologías tratadas aumentan periódicamente. Podríamos destacar las siguientes especialidades que con más frecuencia utilizan la CMA: Oftalmología, Cirugía General, Cirugía Máxilofacial, Cirugía Plástica, Traumatología, Urología, Odontología, O.R.L y Dermatología.

2.4.2. Complicaciones:

En términos generales, las complicaciones potenciales son similares a cualquier otro tipo de tratamiento quirúrgico. La cirugía mayor ambulatoria ha permitido optimizar la práctica quirúrgica, agilizando su realización, disminuyendo el plan de anestesia, medicamentos y el control de los procesos, que mejora con la experiencia, favoreciendo la incorporación temprana de los pacientes a su vida cotidiana, garantizando además una buena calidad de vida de los usuarios de la CMA. En esto, también el buen ejercicio

profesional del personal de enfermería, tanto durante, como después del alta hospitalaria, ayuda de forma determinante en la calidad de vida de nuestra población.

En general, el riesgo de una complicación importante en un paciente saludable es extremadamente bajo, pero no es imposible. Por ejemplo, siempre existe la posibilidad de que un enfermo pueda presentar un fenómeno adverso a un medicamento que no siempre puede predecirse. Algunas veces esto puede poner en peligro la vida del paciente, es por este motivo, que el estado físico del paciente es controlado tan de cerca durante el período perioperatorio. Estos "casos extremos" incluyen la muerte, lesiones neurológicas permanentes o reversibles, paro cardíaco, entre otros.

Las complicaciones más comunes incluyen: (16)

- Náuseas y vómitos: se pueden producir por no haber guardado el tiempo de ayuno recomendado, de ocho horas, previa a la intervención quirúrgica. En otras ocasiones por intolerancia a los fármacos administrados durante la intervención o en el postoperatorio inmediato.

- Dolor de garganta o ronquera: suele ser un efecto adverso de la intubación orotraqueal, necesaria para las intervenciones con anestesia general. El dolor y/o ronquera ceden espontáneamente después de pocas horas.

- Mareos: al incorporarse de la cama, tras las horas de reposo (si lo hacen bruscamente), por caída de T. A., causando sensación de inestabilidad, de modo transitorio, sin pérdida de conciencia y recuperación rápida en decúbito supino.

- Cansancio: la causa no suele ser la estancia en la unidad de CMA, sólo se puede entender, por el estado anímico del paciente, o debido a patología previas asociadas o no al proceso.

- Cefalea, dolores musculares, dolor en general, etc. como consecuencia del propio acto quirúrgico, pues el dolor está presente en mayor o menor grado, en todas las intervenciones, y siempre requiere especial atención tanto farmacológica como de cuidados de enfermería.

2.4.3. Recomendaciones:

Tras la intervención, existen una serie de recomendaciones generales, como es el reposo, mantener una dieta ligera y pasar a dieta normal progresivamente, no consumir alcohol ni tabaco, la realización de ejercicio ligero (paseos), así como la vigilancia de los síntomas indicativos de complicaciones (fiebre, dolor intenso, etc.). Debe evitarse la conducción de automóviles y la realización de actividades de riesgo. Tras una intervención ambulatoria, puede existir dolor local en la zona intervenida, y se puede tratar con un analgésico, según indicación médica.

Además de todas estas recomendaciones generales, y dependiendo de la zona intervenida, es necesario realizar otras que requieren unos cuidados específicos de enfermería (17), como son:

A.- Si se intervino de inclusiones dentales, puede sangrar un poco, para controlarlo solo precisa poner una gasa doblada en la zona de sangrado, debe morderla, manteniendo la presión un tiempo, comprobará como cesará. Recuerde que no debe enjuagarse la boca, sólo escupa la sangre. Al día siguiente lávese los dientes, evitando la herida quirúrgica. Los puntos de sutura se caen solos.

B.- Si la intervención fue de cirugía proctológica, se debe de seguir una dieta rica en fibra, con abundantes frutas y verduras. Se debe de beber abundantes líquidos (agua, zumos, nunca bebidas alcohólicas). Realizar baños de asiento con agua templada varias veces al día y siempre después de cada deposición. Si le prescriben, un laxante deben seguirse las recomendaciones médicas.

C.- Tras una intervención ambulatoria de hernia inguinal, crural o umbilical, es importante evitar la realización de esfuerzos con la musculatura abdominal, como levantar pesos durante los primeros meses tras la intervención. Se debe evitar el estreñimiento por lo que se recomienda una dieta rica en fibra y líquidos. Es aconsejable pasear, lo cual mejora la circulación sanguínea, favorece la cicatrización de las heridas, y aumenta la motilidad intestinal.

D.- Tras una intervención de cirugía de mama, además de los aspectos mencionados en otros epígrafes, con relación al tratamiento del dolor, el reposo inicial y la realización de ejercicio físico, la abstención de fumar o ingerir bebidas alcohólicas, se aconseja la utilización de sujetador, incluso por la noche, para evitar la inflamación, el sangrado y paliar el dolor de las mismas, pues cumpliría la función de un vendaje compresivo.

Los síntomas que a continuación se relacionan, exigen consulta médica para descartar posibles complicaciones, o ponerse en contacto telefónico con la unidad de CMA donde le intervinieron, pues son signos de alarma, que no aparecen en la evolución favorable de un proceso de CMA:

- ◆ Fiebre alta (superior a 38°)
- ◆ Incremento del dolor en la zona de la intervención
- ◆ Dolor, calor e inflamación en la zona de la intervención;
- ◆ Sangrado importante en la herida quirúrgica

Todos los beneficiarios de la Cirugía Ambulatoria, habrán sido informados de todas las potenciales complicaciones generales así como de los cuidados específicos de su proceso y de los signos de alarma que le haría acudir a su centro de salud o al servicio de urgencias si fuera preciso, antes del alta de la Unidad de CMA (18)

2.5.- Papel de Enfermería en la Cirugía Mayor Ambulatoria.

El personal de Enfermería, es uno de los pilares fundamentales sobre los que se apoyan las unidades de CMA para su funcionamiento eficiente, con un alto grado de calidad asistencial así como de satisfacción del usuario. El papel de Enfermería en estas unidades ha de estar perfectamente protocolizado, en todas las fases del proceso, cumpliendo con los protocolos establecidos desde el momento del ingreso, con la acogida del paciente, durante su estancia, pre y postoperatoria, como en el momento del alta, aportando soluciones profesionales y adecuadas a las dudas o demandas que el paciente precise en todo momento, así como a los diferentes procesos atendidos en las unidades de CMA. Esto es de una importancia capital ya que es muy relevante el establecimiento de una adecuada comunicación con el paciente.

Los pacientes que van a ser intervenidos en nuestra unidad, son avisados el día antes por teléfono para que acudan al Servicio de Admisión a las ocho de la mañana a formalizar el ingreso.



Tercera planta del Hospital Virgen de la Vega de Salamanca

Desde allí un celador les acompaña hasta la puerta de la unidad de CMA. Cumpliendo con el protocolo de acogida, cada paciente es acompañado hasta el puesto donde debe permanecer acompañado por un familiar, desde ese instante hasta el momento del alta. Nos identificamos como la enfermera del turno, presentándonos con nuestro nombre. Comprobamos la identidad y el proceso quirúrgico, corroborando los datos con el paciente. En todo momento nos dirigiremos a él respetuosamente y por su nombre. Se le coloca la pulsera con sus datos personales. Como parte también del protocolo de acogida, le mostraremos las partes de la habitación que le pueden ser útiles, tales como el cuarto de baño, las luces y el timbre de llamada, por si nos precisa en algún momento.

Le invitaremos a que se quite su ropa, así como todos los objetos personales que puede haber traído (reloj, pulseras, anillos, prótesis dentales...) y se ponga el pijama del Hospital, respetando en todo momento su intimidad.

Posteriormente, la enfermera cumplimentará la historia de enfermería aplicando cada uno de los protocolos, registrando todos los datos en la hoja de verificación. (Anexo 1. Hoja de Verificación)

Es imprescindible revisar la historia clínica del paciente, con especial atención a la hoja de consulta anestésica (asegurándonos de que está hecha dicha consulta), los antecedentes patológicos, las posibles alergias, así como si el anestesista solicitó alguna prueba complementaria urgente para el día del ingreso antes de ser intervenido el paciente.

Todos los pacientes que vayan a ser intervenidos, irán a quirófano con una vía periférica canalizada. Generalmente con un catéter corto, y suero de mantenimiento. Además nos servirá para administrarle tanto la premedicación pautaada por el cirujano, como para la medicación analgésica prescrita para el postoperatorio inmediato Confirmar que está en ayunas de al menos 6 / 8 horas previas.

Antes de ser trasladado al quirófano, deberán estar tomadas todas las constantes vitales (T. A. temperatura, pulso y saturación de oxígeno) y reflejadas en la hoja correspondiente. (Anexo 1. Hoja de Verificación)

De todas las acciones o cuidados que vayamos a dar al paciente, previamente se le irá informando, explicando e intentando dar seguridad y tranquilidad, aclarando las dudas que pueda tener y que nosotros podamos resolver.

Cuando regresa tras la intervención, aplicaremos el protocolo de cuidados postoperatorio, valoramos su estado general, sus constantes vitales (T. A., pulso y saturación de oxígeno), si precisa se monitoriza y se le administra oxígeno, según criterio de anestesia. Observamos la herida quirúrgica, el apósito, vendaje, drenajes, sangrado. Controlaremos la evolución, el dolor, valorando las necesidades, en cada momento y administrando la medicación prescrita.

Durante su ingreso aclararemos al paciente y familia todas las dudas que le puedan surgir, de la intervención, anestesia, de los cuidados y posibles complicaciones que puedan sobrevenir al irse a su domicilio.

Antes del alta, es imprescindible que el paciente haya orinado (especialmente tras una raquianestesia), comido y deambulado con normalidad.

Si cumple todos los criterios y tiene el alta médica, se le dan las recomendaciones específicas para cada proceso, asegurándonos que las comprende.

Retiramos la vía periférica y el paciente se va de alta a su domicilio en el mismo día de la intervención.

Cuando surge alguna complicación, y/o el domicilio del paciente está muy lejos, y/o no dispone de cuidador adecuado, y/o cualquier otro criterio que desaconseje el alta, éste pasaría a ocupar una cama de corta estancia (C. E.).

Tras el alta del paciente de CMA, el personal de enfermería de la unidad, hace un seguimiento telefónico de la evolución post quirúrgica en los dos turnos diurnos siguientes al alta, con los objetivos siguientes:

- 1.- Asegurar la correcta evolución del enfermo.
- 2.- Aclarar las pequeñas/ grandes dudas si fuera necesario.

Así el personal de enfermería, aportamos seguridad, tranquilidad y satisfacción a los pacientes.

Por otra parte, siempre disponen del teléfono de contacto de la Unidad.

Todos los datos recogidos en los controles telefónicos quedan reflejados en la Hoja de control postoperatorio. (Anexo 1. Hoja de Verificación)

2.6.- Calidad de vida y su relación con la salud.

El término calidad de vida relacionada con la salud, surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, acumulando tanto aspectos objetivos como subjetivos. Aunque no hay un consenso en su definición, se han desarrollado diversos instrumentos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud en diferentes patologías, entre ellas las enfermedades crónicas. De alguna manera sería “la percepción de una persona sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los cuales vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio rango afectado de una manera compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y su relación con características sobresalientes de su ambiente”. (19)

El concepto de calidad de vida, en relación con la salud, es una medida interesante, pues refleja los resultados de los esfuerzos por conseguir el bienestar de las personas, y es un principio orientador sobre actuaciones e intervenciones dirigidas a su mejora.

La importancia de incluir indicadores de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en el seguimiento de los enfermos, viene dada, no solo porque es una parte básica del concepto de salud, sino por la estrecha relación de la CVRS con la morbilidad y mortalidad. (20).

Para ello se han planteado los siguientes objetivos:

1. Conocer las características biodemográficas generales de los pacientes atendidos en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario de Salamanca.
2. Conocer los tipos de patologías atendidas.
3. Conocer la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes mediante el cuestionario COOP/ WONCA.
4. Conocer las dificultades o inconvenientes que la implementación del cuestionario COOP /WONCA haya tenido.

En este sentido se plantea la hipótesis de si ¿El cuestionario en láminas COOP/ WONCA puede ser útil en una unidad de CMA?

4.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio observacional, prospectivo, longitudinal y descriptivo de la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, del Hospital Universitario de Salamanca. En concreto de la unidad sita en la 3ª planta del Hospital Virgen de la Vega.

Para la realización del presente trabajo, se solicitó la participación voluntaria de los pacientes de la CMA de la 3ª planta del Hospital Virgen de la Vega, explicándoles la finalidad de dichas láminas, garantizándoles la privacidad de sus datos personales y la no obligación, en ningún caso, de rellenarlos si no deseaban hacerlo. A los que decidieron colaborar, le muestro el cuestionario, y le explico que tras leer la parte superior del mismo, sólo deben señalar la viñeta con la que más se identifiquen.

A cada cuestionario cumplimentado, hemos añadido una ficha que recoge los datos siguientes: sexo, edad, procedencia, especialidad quirúrgica, proceso y tratamiento.

Las láminas COOP/WONCA reflejan la percepción que el paciente tiene de su capacidad funcional en un momento dado y que permite realizar valoraciones, al ser un instrumento rápido, sencillo y comprensible para el paciente. El tiempo medio de implementación es inferior a 5 minutos, las láminas resultaron comprensibles la auto administración no planteó problemas, en ningún caso según manifestaron los usuarios que aceptaron colaborar con este estudio (21).

4.2. Población de estudio.

En total se seleccionaron 107 de los pacientes atendidos en la Unidad de CMA del Hospital Universitario de la Salamanca (3ª planta del Hospital Virgen de la Vega), durante el periodo comprendido entre el 1 junio y el 31 diciembre del año 2008. De los 107, completaron el estudio 100 pacientes.

Criterios de inclusión: paciente de CMA de la 3º planta del Hospital Virgen de la Vega en el periodo de junio a diciembre de 2008, y haber querido participar, voluntariamente, en la realización de este trabajo, rellenando el cuestionario que se le presentó durante la estancia en la unidad. Se incluyeron tanto hombres como mujeres y todos los rangos de edad.

Criterios de exclusión: que habiendo estado en dicha unidad, en ese periodo de tiempo, y habiendo sido informados del trabajo que se pretendía hacer, no deseó cumplimentar el cuestionario COOP/WONCA

4.3. Cuestionario de Calidad de Vida.

Láminas COOP fueron diseñadas originalmente por un grupo de médicos investigadores de Atención Primaria en Estados Unidos: The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project), Hanover, New Hampshire. (22).

Sentían y reconocían la necesidad de incorporar la evaluación del estado funcional de sus pacientes a su trabajo diario, y decidieron elaborar un instrumento que no solo proporcionara datos válidos y fiables, sino que tuviera una interpretación sencilla, fuera útil clínicamente y sobre todo, manejable y eficiente en el contexto de la práctica clínica. (23). Los objetivos que debía cumplir la nueva herramienta de medida eran:

- Proporcionar datos válidos y fiables en las dimensiones principales de funcionamiento: físico, mental, social.
- Adaptarse fácilmente a la rutina diaria de recogida de datos desarrollada en la consulta.
- Ser aplicable a pacientes con una gran variedad de problemas y diagnósticos.
- Poseer un alto grado de validez aparente y ser aceptada ampliamente por personal sanitario y pacientes.
- Producir unos resultados de fácil interpretación

- Facilitar una información con utilidad clínica.

Denominaron al nuevo instrumento “COOP charts”, obviamente por el nombre del grupo, y porque además de escala, mostraba una serie de dibujos, para ilustrar cada una de las posibles opciones de respuesta. En cierto modo, eran similares a los optotipos de Snelle, que son utilizados normalmente para valorar la agudeza visual. Las tres primeras láminas desarrolladas por el grupo, son el núcleo del nuevo instrumento. Se centran en la función física, emocional y en el trabajo diario o rol. Los estudios iniciales impulsados en 1986 sobre 117 pacientes arrojaron unos resultados prometedores sobre validez, fiabilidad y aceptabilidad de la medida. Basándose en estos resultados preliminares, el grupo investigador diseñó un total de nueve láminas:

- Cuatro focalizadas en las dimensiones específicas de funcionamiento: física, emocional, rol, y función social

- Tres referidas a la salud en general: salud global, cambio en la salud y dolor.

- Dos concernían a la calidad de vida: calidad de vida y apoyo social.

Cada lámina consta de un título, una cuestión referida al estado del paciente en las últimas dos semanas, y cinco posibles respuestas. Cada opción está ilustrada con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert de cinco puntos. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. Las láminas pueden administrarse por un profesional sanitario o puede ser auto administrado.

La validez, viabilidad y posible utilidad clínica quedan contrastadas muy satisfactoriamente:

- No resulta difícil integrar las láminas en el proceso de recogida de información de la práctica diaria.

- Un grupo de 4 láminas cuesta 3 ó 4 minutos de administrar. El uso de las láminas descubre nueva información en aproximadamente uno de cada cuatro pacientes.

Al 89% de los pacientes les agrada las láminas y al 93% les gusta las ilustraciones y 99% entiende perfectamente las cuestiones. Al menos 9 de cada 10 pacientes creen que las láminas proporcionan información importante para sus sanitarios. (24)

4.4. El nuevo instrumento.

En 1.998, basándose en la naturaleza del instrumento y los datos psicométricos publicados, la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies, and Associations of General Practitioners / Family Physicians) seleccionó este cuestionario como el más adecuado para llevar a cabo un sistema de medición del estado funcional a nivel internacional. Se decidió revisar las láminas COOP ampliamente: se eliminaron las correspondientes al apoyo social y la calidad de vida y se dejó la del dolor como opcional. El tiempo de referencia de las cuestiones se redujo de cuatro a dos semanas. El nuevo instrumento se denominó “COOP/ WONCA Charts” para diferenciarlo para las originales “COOP Charts”.

Así, de esta forma substancialmente revisada, las COOP/ WONCA charts constituyen un nuevo instrumento de medida. La intención de la WONCA era proporcionar un instrumento genérico, breve y eficaz en la práctica diaria. Se considera que es útil para evaluar y monitorizar a los pacientes y mejorar la comunicación sanitarios-pacientes. Además, en teoría, se pueden establecer comparaciones internacionales una vez adaptado a la cultura propia del país.

El cuestionario COOP/WONCA elegido para este trabajo, está formado por siete láminas con cinco viñetas cada una, indicativas de las actividades que inciden en la calidad de vida relacionada con la salud. En el encabezado de cada una se formula una pregunta sencilla, y el paciente debe mirar la viñetas, para señalar la que subjetivamente, considere que responde mejor a la pregunta del encabezamiento. Las respuestas van de mayor a menor intensidad.

El cuestionario actividad física, pregunta que ejercicio pudo realizar durante las dos últimas semanas. Las respuestas van desde una actividad muy intensa, reduciéndose a intensa, luego moderada, para ser luego ligera, hasta la mínima que sería muy ligera. Puntuaríamos desde 5 en orden decreciente hasta el 1.

El cuestionario actividades cotidianas, para valorar el grado de dificultad que puede haber tenido el paciente para realizar sus tareas cotidianas, igualmente se puntuará de menor a mayor dificultad, así el 5 sería la respuesta de ninguna dificultad, para luego tener un poco de dificultad, dificultad moderada vendría a continuación, luego ya sería mucha dificultad y valoramos con un 1 la situación de incapacidad de hacer nada.

El cuestionario actividades sociales mantenidas durante las dos últimas semanas, para ver el grado de limitación que puedan haber tenido, así pues la respuesta nada en absoluto, sería la puntuación mejor 5, para en sentido decreciente ir a ligeramente, si estaba peor contestaría que moderadamente, los que se encontraban aún peor contestan que bastante, y aquellos que su calidad de vida es realmente mala responden que muchísimo, 1.

El cuestionario cambio en el estado de salud, aquí las respuestas van de el mucho mejor (valorado como 5), en orden decreciente un poco mejor, igual, por el estilo, un poco peor y por último mucho peor (1).

El cuestionario estado de salud, para que el paciente valore como está su salud, y las respuestas van desde excelente (5), después muy buena, buena, regular y al final mala (1).

El cuestionario del dolor, no siempre es aceptado para valorar la calidad de vida, por ser el más subjetivo de todos, pero lo hemos incluido porque aporta datos interesantes, y las respuestas serían, nada de dolor (5), dolor muy leve, dolor ligero, dolor moderado y dolor intenso (1).

Por ello es importante disponer de un instrumento que sea rápido, (tiempo medio de implementación menor de 5 minutos), sencillo, comprensible y atractivo para el paciente.

Requisitos de las medidas de calidad de vida relacionada:

Cada instrumento de medición debe basarse en un modelo teórico del constructo (calidad de vida) que se somete a medición y en las relaciones entre los diferentes componentes de este constructo (síntomas, incapacidad). Por ejemplo, las medidas de calidad de vida relacionada con la salud que utilizan el modelo basado en necesidades, derivan su contenido a partir de entrevistas cualitativas no estructuradas a los pacientes para identificar en qué necesidades de su vida interfiere una afección determinada. Si se determina con claridad el modelo teórico, después se puede determinar si el instrumento tiene validez de constructo. A menudo, el contenido teórico refleja los intereses y las preocupaciones de los autores “expertos” del instrumento, sin hacer referencia a un modelo teórico coherente relacionado con el resultado en cuestión. Bombardier y Tugwell, revisaron cuidadosamente los elementos que sirven de referencia para el diseño de un instrumento.

Estos son:

- **Objetivo:** se debe evaluar la finalidad del instrumento; qué enfermedad se va estudiar y en qué población se aplicará. Es por ello que se recomienda usar instrumentos ya existentes; muchos de ellos son adecuados y pueden aplicarse a los propósitos del estudio. No existe un instrumento perfecto, por lo cual debe buscarse su función y aplicación dependiendo del tipo de población.

- **Función:** hay que definir el instrumento en función de su capacidad de discriminación, descripción y predicción de la calidad de vida. La discriminación es la propiedad que sirve para establecer diferencias entre padecimientos o enfermos, y es capaz de describir la evolución y detectar cambios en la calidad de vida a través del tiempo.

- **Preguntas:** se asume que los cuestionarios son la forma habitual para medir la calidad de vida. (25).

4.4.1. Razones de su elección.

De entre todos los cuestionarios de medida de la CVRS hemos optado para adoptar a nuestro medio, el Dartmouth COOP/WONCA Function Charts por presentar las siguientes características:

Puede administrarse a todos los adultos independientemente de su condición. Sus características psicométricas de fiabilidad y validez se han evaluado convenientemente y son aceptables.

Todos los “consumidores” implicados en la medición del Estado Funcional (médicos, enfermeras, pacientes) indican que las cartas pueden ser beneficiosas y además, no encuentran ninguna dificultad en su uso, entendimiento o interpretación.

Con lo que respecta a la utilidad clínica, los médicos que han utilizado las cartas, indican que generan una nueva información significativa en aproximadamente uno de cada cuatro pacientes.

La información visual es rápidamente procesada e integrada. El incluir ilustraciones puede ayudar a los pacientes a describir su estado de salud más exactamente. Por otra parte, las cartas visuales hacen la participación más atractiva y agradable.

El cuestionario está convenientemente integrado dentro de la recogida de datos sobre la actividad de los pacientes desarrollado en la clínica rutinaria. Es uno de los cuestionarios más breves, el tiempo medio de aplicación es de unos 5 minutos y puede ser autoaplicado.

4.4.2. Puntuación del cuestionario.

Cada lámina contiene un ítem que se refiere al estado funcional del paciente durante las dos últimas semanas, cada ítem cubre una dimensión de la calidad de vida. Las láminas han de presentarse siempre en el mismo orden: Capacidad física, sentimientos, actividades cotidianas, cambio en el estado de salud y dolor (opcional). En

cada lámina hay una viñeta con cinco dibujos que ilustran cada una de las posibles categorías de respuesta de cada ítem, cada uno de los dibujos lleva en el margen derecho un número del 1 al 5 (26).

Las puntuaciones más altas indican una peor capacidad funcional de la dimensión evaluada. La viñeta referida al cambio en el estado de salud tiene una lectura diferente: va de “mucho mejor” 1, a través de “igual, por el estilo” 3 a “mucho peor” 5.

La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa del estado funcional en la dimensión estudiada. Es posible, al igual que en otros instrumentos genéricos, sumar la puntuación total de las láminas y ofrecer un índice global, cuyo rango iría de 6 a 30, o de 7 a 35 si se incluyera la viñeta del dolor (27).

Aunque algunos estudios han utilizado esta suma global con fines estadísticos, no se aconseja, en general por la pérdida de información que supone y por la estructura de la lámina “cambio en el estado de salud” que complica la obtención de resultado total.

4.5. Análisis Estadístico.

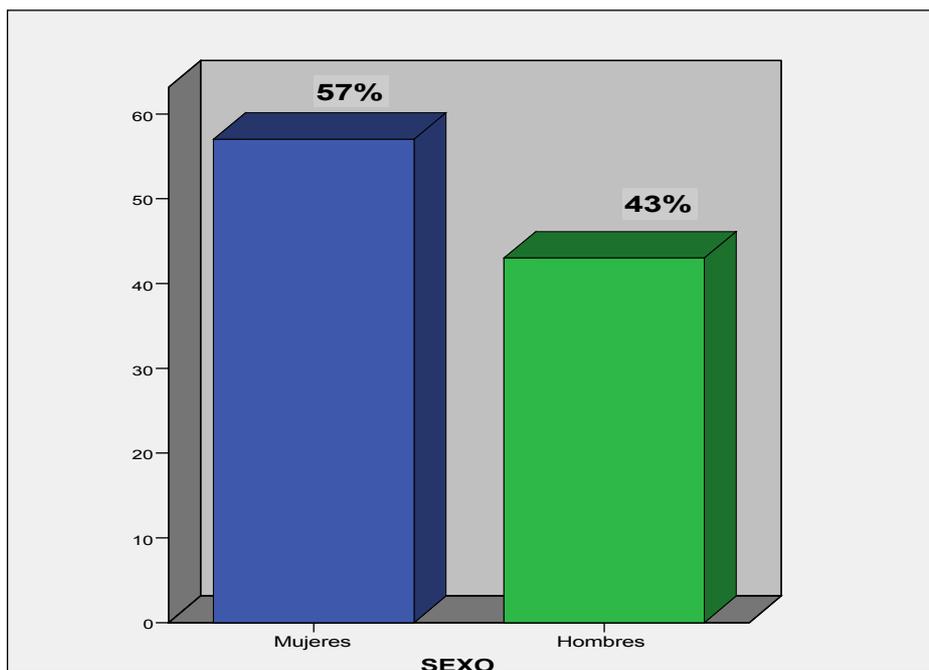
Los datos recogidos de los cuestionarios, así como los datos bio-demográficos de los pacientes encuestados, se incluyeron en hoja de Excel, para su tratamiento y estudio, que se completó con un trabajo estadístico mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

FICHA PACIENTE CMA	
SEXO	
EDAD	
PROCEDENCIA	
ESPECIALIDAD QUIRURGICA	
PROCESO	
TRATAMIENTO	

5.1. Datos demográficos.

Los resultados de los datos demográficos del presente estudio descriptivo, obtenidos de los cien cuestionarios, nos aportan los siguientes datos:

El 57% fueron hombres y el 43 % mujeres.



La distribución de la población según fue:

Mayores de 83 años, 2 pacientes. Analizados los datos meramente numéricos, obtenidos en este trabajo, encontramos, que en nuestra unidad de CMA, los más beneficiados de esta modalidad quirúrgica, serían los adultos, en edades comprendidas, entre los 39 y los 80 años, porque las patologías atendidas en nuestra unidad, son propias de la edad adulta, en ocasiones producidas por esfuerzos realizados a lo largo de la vida, tanto social, familiar, como laboral.

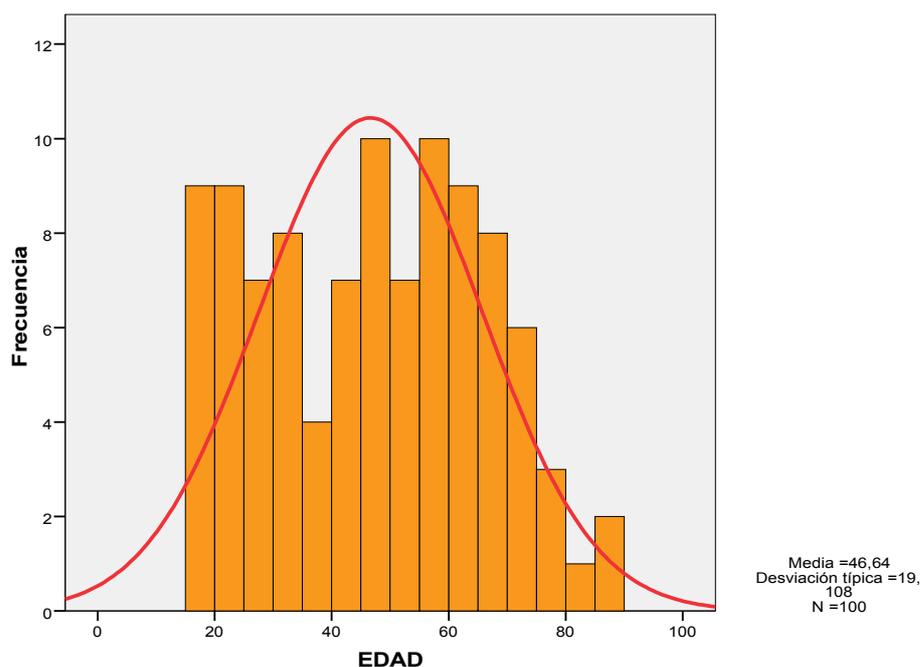
Como criterio general, todos los pacientes han de venir con un acompañante, familiar próximo o no, pues uno de los criterios de inclusión en el programa de CMA, debe de ser el tener un cuidador en el domicilio, para el momento del alta de la unidad, y éste se ha cumplido en la totalidad de los casos.

Entre 82 y 63 años, 24, de los que 13 han sido hombres y 11 mujeres.

De 62 y 50 años,	20, de los que 11 han sido hombres y 9 mujeres.
Entre 50 y 39,	21, de los que 11 han sido hombres y 10 mujeres.
De 38 a 27,	15, de los 8 han sido hombres y 7 mujeres.
Entre 26 y 16	20, de los que 12 han sido hombres y 8 mujeres.

Con edades inferiores a 15 años, ninguno. Hemos de añadir, además, que dado que en nuestro hospital no hay servicio de pediatría, nos es imposible atender a menores de 15 años.

La media de edad fue 46,64 años (SD 19,1), no habiendo diferencias al compararlas con el sexo ($p = 0,854$).

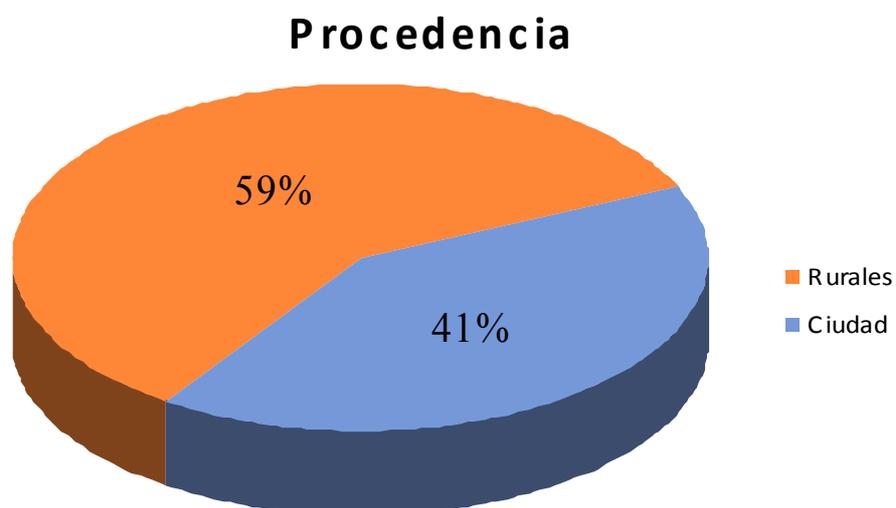


Dado que la muestra no es muy grande, tenía el límite inferior en 15 años el superior de 83 años, empecé desde el menor hasta el más alto, agrupándolos en intervalos que dieran valores representativos.

La distribución por el lugar de procedencia:

Un 59 % de ellos proceden del medio rural. Hemos considerado medio rural, todos aquellos pacientes cuyo domicilio habitual está fuera de la ciudad, porque otro de los criterios de inclusión o no, en este tipo de cirugía es la proximidad o lejanía del centro sanitario de referencia, dicho de otro modo, si viven a mucha distancia no podría beneficiarse de la CMA.

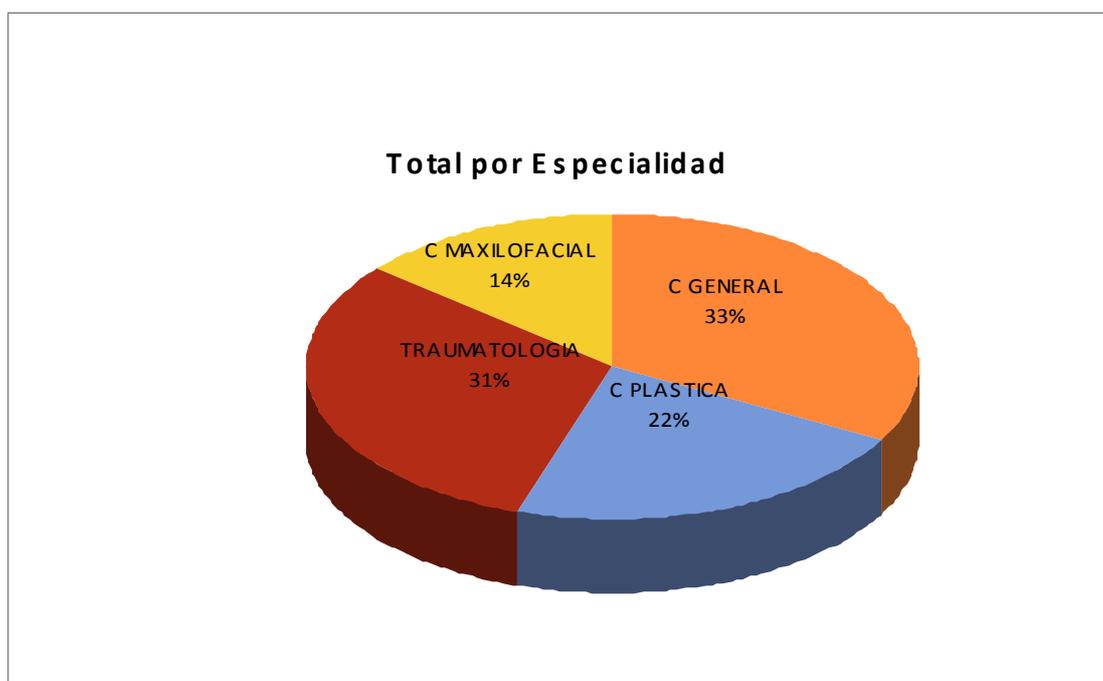
Un 41 % que residen en el medio urbano. Hemos considerado medio urbano a todos aquellos cuya domicilio habitual está en la ciudad de Salamanca.



5.2. Datos Clínicos.

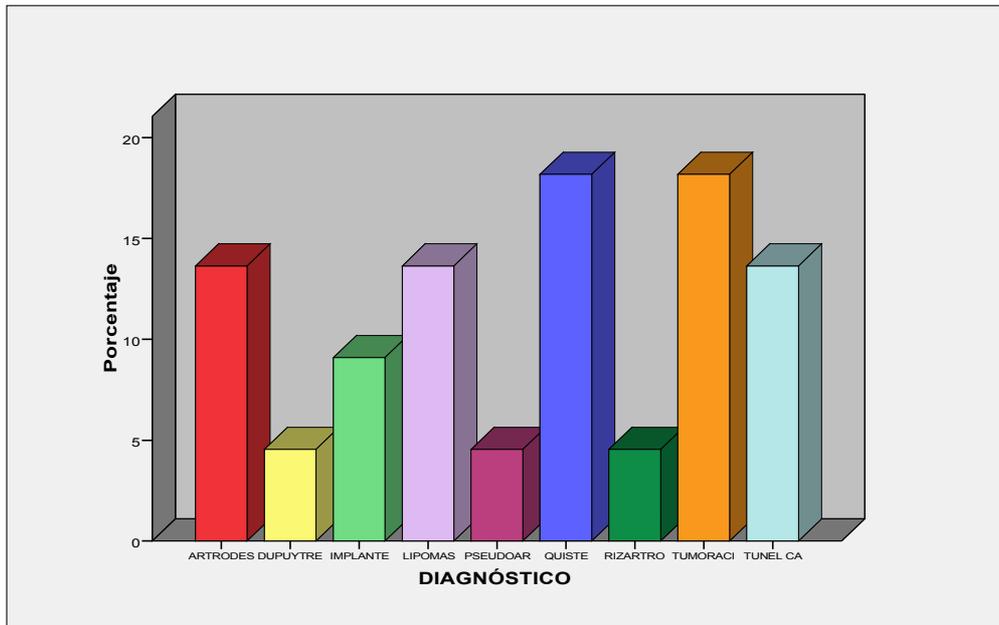
Los procedimientos analizados según las distintas especialidades fueron los siguientes:

- Cirugía Plástica: 22 pacientes (22%)
- Cirugía General: 33 pacientes. (33%)
- Traumatología y Cirugía Ortopédica: 31 pacientes. (31%)
- Cirugía Máxilofacial 14 pacientes. (14%)

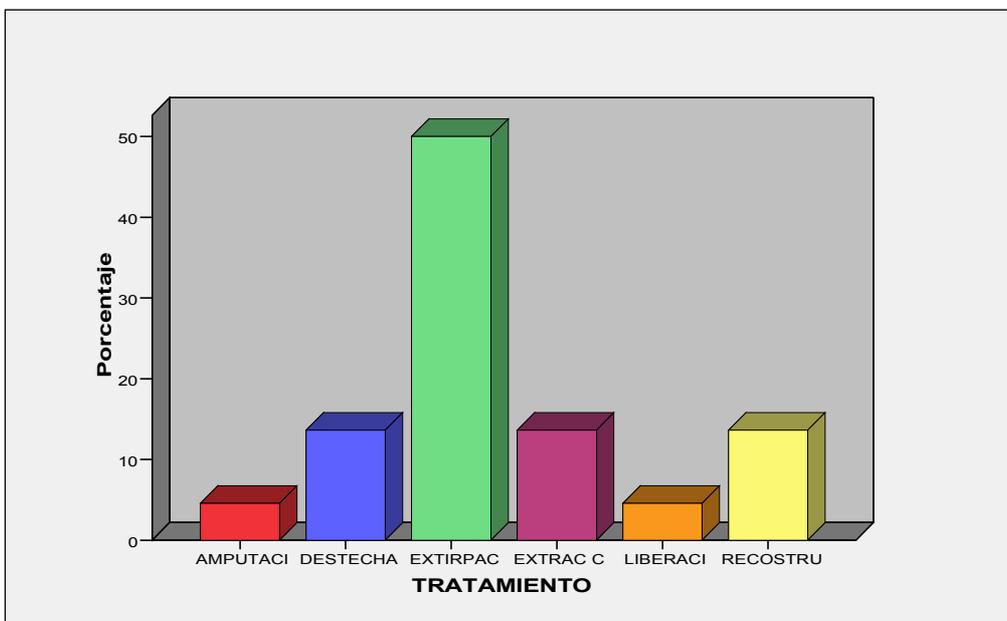


Las distintas patologías quirúrgicas intervenidas, según las diferentes especialidades fueron, las siguientes:

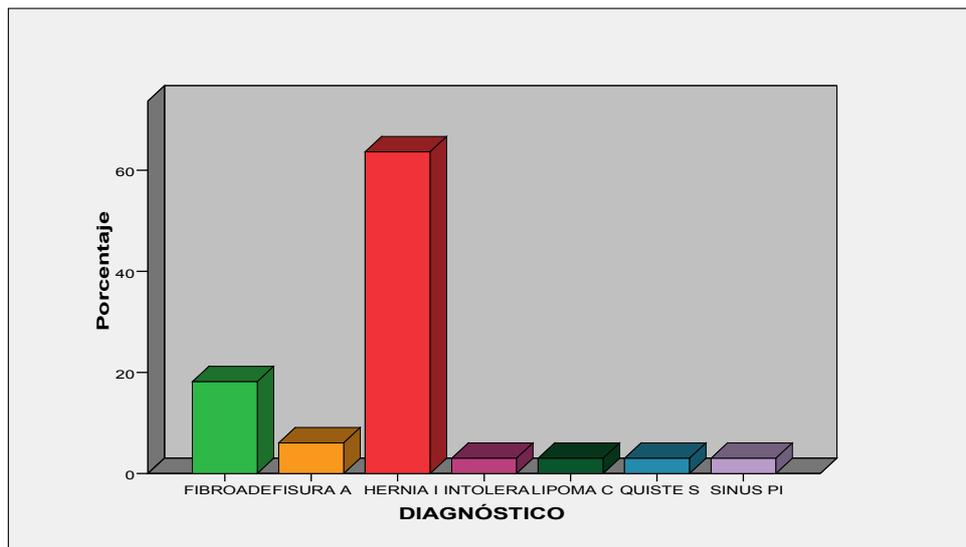
- Cirugía Plástica: 18% quistes, 4 pacientes; 18% tumores dérmicos, 4 pacientes; 14% de estrechamientos del túnel del carpo, 3 pacientes; 14% lipomas, 3 pacientes; 14% artrodesis interfalángicas, 3 pacientes; 10% implantes, 2 pacientes; 4% dupuytren, 1 paciente; 4% pseudoartrosis 1 paciente y 4% rizartrosis, 1 paciente.



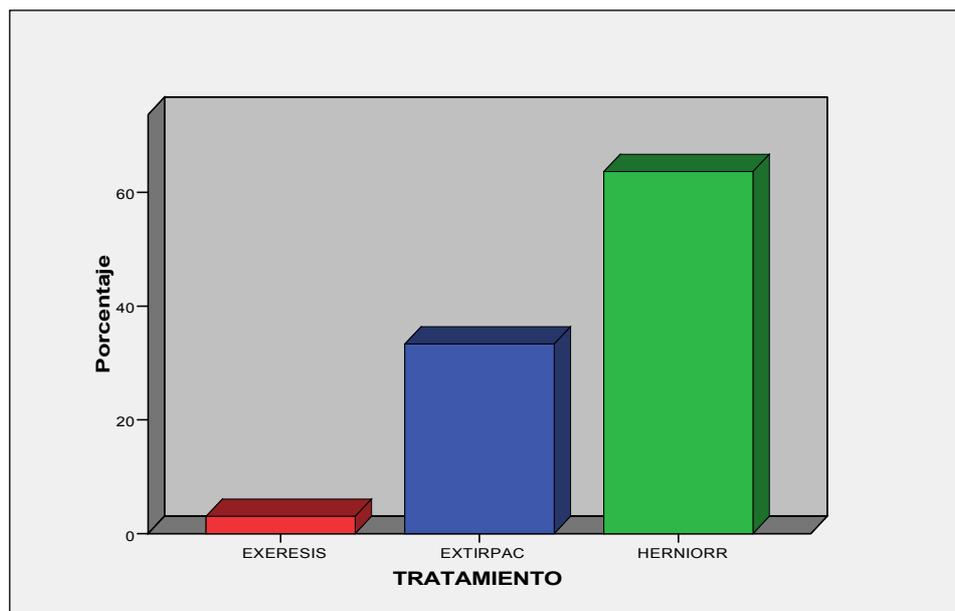
Procedimientos quirúrgicos: 50% extirpaciones, 10 pacientes; 18% extracciones, 5 pacientes; 14 % destechamientos, 3 pacientes; 10 % reconstrucciones, 2 pacientes; 4 % liberaciones, 1 paciente y 4% amputaciones, 1 paciente.



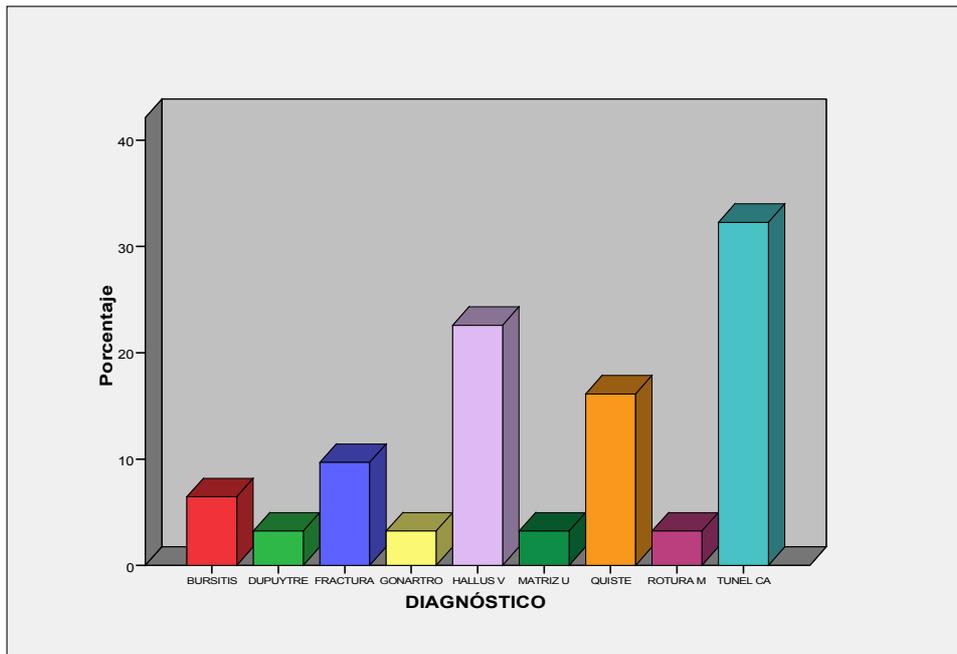
- Cirugía General: 63% hernias inguinales, 21 pacientes; 19% fibroadenomas, 6 pacientes; 6% fisuras anales, 2 pacientes; 3% quiste sacrocoxígeo, 1 paciente; 3% quiste pilonidal, 1 paciente; 3% lipoma cervical, 1 paciente y 3% intolerancia de material, 1 paciente.



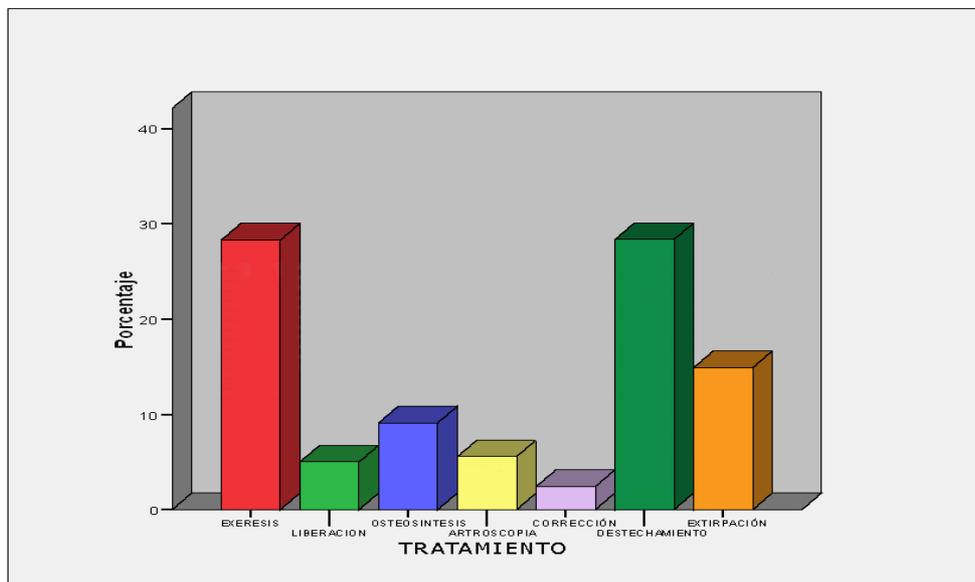
Procedimientos quirúrgicos: el 62 % hernioplastias, 21 pacientes; el 34 % extirpaciones, 12 pacientes y el 4 % exéresis, 1 paciente.



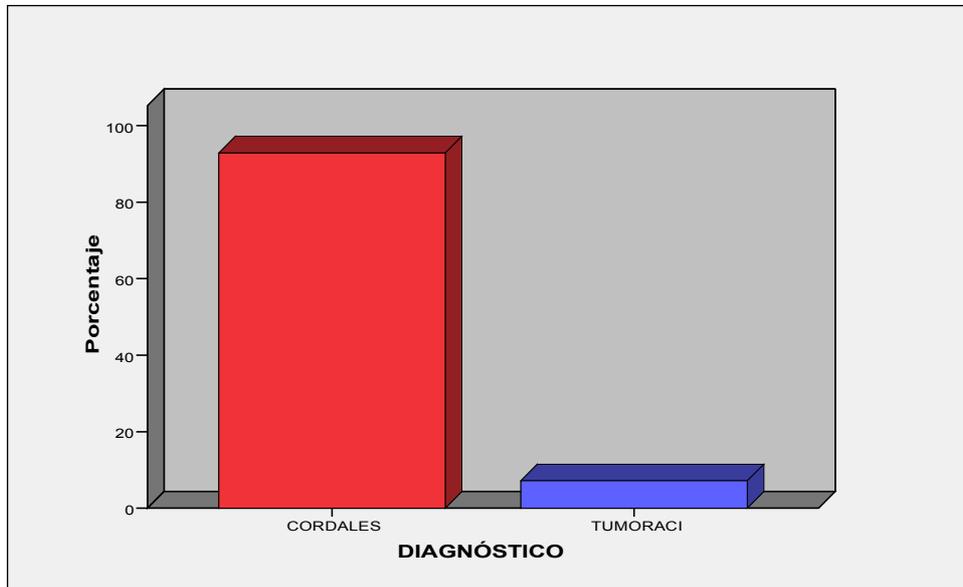
- Traumatología y Cirugía Ortopédica: 33% estrechamientos del túnel del carpo, 10 pacientes; 23% Hallux Valgus o pies triangulares, 7 pacientes; 16% quistes artrosinoviales, 5 pacientes; 9% fracturas de tobillo, 3 pacientes; 6% bursitis, 2 pacientes; 3% dupuytren, 1 paciente; 3% gonartrosis, 1 paciente; 3% matriz ungueal, 1 paciente y 3% rotura de menisco por artroscopia 1 paciente.



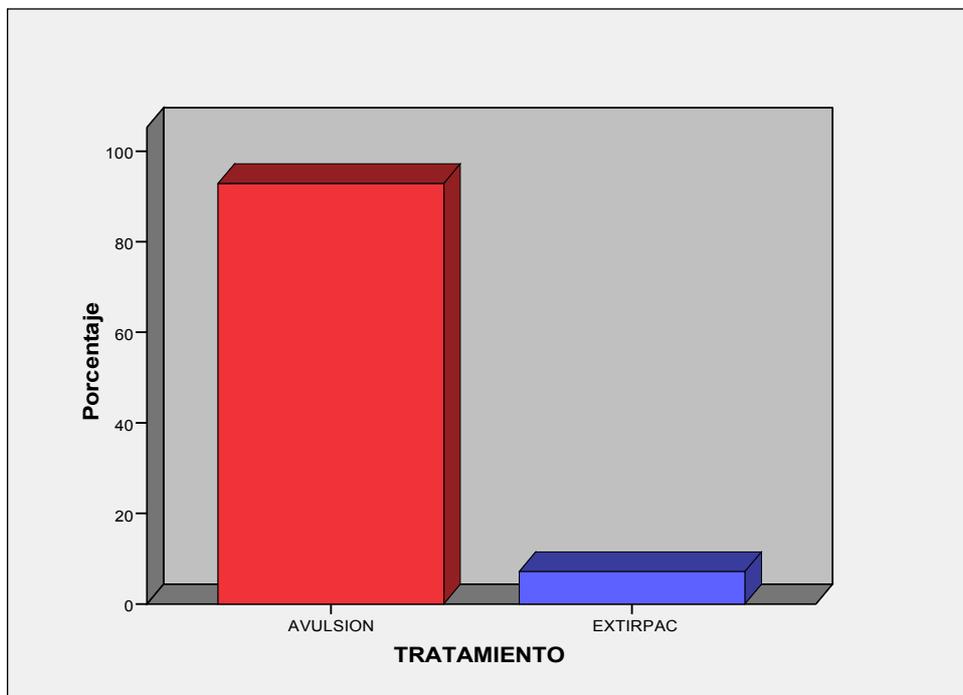
Procedimientos quirúrgicos: 29 % exéresis, 29 % destechamientos, 26% extirpaciones, 10 % osteosíntesis, 7 % artroscopias, 6 % liberaciones y un 3 % correcciones quirúrgicas.



- Máxilofacial: 93% cordales incluidos, 13 pacientes y 7% tumor gingival, 1 paciente.



Procedimientos quirúrgicos, practicados en Cirugía Máxilofacial han sido los siguientes: 93 % avulsión, 13 pacientes y 7 % extirpación, 1 paciente.



5.3. Resultados de cuestionarios.

Para valorar la Calidad de Vida en Relación con la Salud, del paciente de una UCMA, hemos estudiado las respuestas a los cuestionarios COOP/ WONCA, a las que hemos dado el tratamiento estadístico y hemos reflejado los datos en las tablas de frecuencia y contingencia, de las diferentes respuestas a los cuestionarios que se pueden ver.

Destacaremos algunos datos, que parecen significativos sobre los demás:

- **Dimensión de Forma Física**, la respuesta va desde 1, una actividad muy intensa aumentando el dígito hasta 5, inversamente proporcional a la actividad. La tabla de frecuencia, nos aporta los siguientes datos: tan solo 7, se han otorgado un 1 (muy intensa), en 10 cuestionarios la respuesta ha sido 5 (muy ligera), mientras que 15 responden con un 2 (intensa), 29 cuestionarios tienen 4 (moderada) y 39 pacientes responden que 4 (ligera). Consideran que la respuesta es 4 (bastante), 14 contestan con 3 (moderadamente), 29 responden que 2 (un poco) y 46 nos dicen que 1 (nada, en absoluto).

Por especialidades obtenemos:

Recuento		Servicio				Total
		C. Plástica	C. General	Traumatología	C. Maxilofacial	
Forma Física	Muy intensa	3	3	0	1	7
	Intensa	3	5	5	2	15
	Moderada	7	13	8	11	39
	Ligera	6	9	14	0	29
	Muy ligera	3	3	4	0	10
Total		22	33	31	14	100

Distribución de frecuencias de Forma Física

• **Dimensión de Actividades Cotidianas**, responde a la dificultad para la actividades o tareas habituales, las respuestas son: 15 cuestionarios tienen un 4 (mucha dificultad), 13, responden con un 3 (dificultad moderada), 26 tienen por respuesta un 2 (un poco de dificultad) y 46 respuestas son con un 1 (ninguna dificultad).

Por especialidades obtenemos:

Recuento		Servicio				Total
		C. Plástica	C. General	Traumatología	C. Maxilofacial	
Actividad cotidiana	Ninguna	9	19	4	14	46
	Un poco	5	7	14	0	26
	Moderadamente	4	5	4	0	13
	Mucha	4	2	9	0	15
Total		22	33	31	14	100

Distribución de frecuencias de la A. Cotidiana por Servicios

• **Dimensión de Sentimientos**, responde a los problemas emocionales y de ánimo, las respuestas son: 3 cuestionarios tienen un 5 (intensamente), 8, responden con un 4 (bastante), 14 tienen por respuesta un 3 (moderadamente), 29 respuestas son con un 2 (un poco) y 46 contestan con un 1 (nada, absoluto).

Por especialidades obtenemos:

Recuento		Servicio				Total
		C. Plástica	C. General	Traumatología	C. Maxilofacial	
Sentimiento	Nada	7	20	9	10	46
	Un poco	8	10	10	1	29
	Moderadamente	3	2	9	0	14
	Bastante	4	1	3	0	8
	Intensamente	0	0	0	3	3
Total		22	33	31	14	100

Distribución de frecuencias de Sentimientos por Servicios

• **Dimensión de Actividades Sociales**, responde a la limitación o no de vida social y familiar, las respuestas son: 4 cuestionarios tienen un 4 (muchísimo), 18, responden con un 3 (moderadamente), 26 tienen por respuesta un 2 (ligeramente) y 52 respuestas son con un 1 (nada en absoluto).

Por especialidades obtenemos:

Recuento		Servicio				Total
		C. Plástica	C. General	Traumatología	C. Maxilofacial	
Actividad social	Nada	10	18	10	14	52
	Ligeramente	5	11	10	0	26
	Moderadamente	6	3	9	0	18
	Bastante	1	1	2	0	4
Total		22	33	31	14	100

Distribución de frecuencias de la A. Social por Servicios

• **Dimensión de Cambios de Salud**, calificar ahora el estado de salud con la de hace dos semanas, y las respuestas han sido: 2 responden 1 (mucho mejor), 8 responde con 2 (un poco mejor), 23 consideran que 4 (un poco peor) y 67 han respondido con un 3 (igual).

Por especialidades obtenemos:

Recuento		Servicio				Total
		C. Plástica	C. General	Traumatología	C. Maxilofacial	
Cambio de Salud	Mucho mejor	0	2	0	0	2
	Un poco mejor	3	5	0	0	8
	Igual	14	24	18	11	67
	Un poco peor	5	2	13	3	23
Total		22	33	31	14	100

Distribución de frecuencias del C. de Salud por Servicios

• **Dimensión Estado de Salud**, como calificar el estado de salud de las dos últimas semanas, las respuestas son las siguientes: 1 paciente responde con 5 (mala), 6 contestan con 1 (excelente), 22 cuestionarios tienen 2 (muy buena), 25 han contestado con 4 (regular) y 46 anotan un 3 (buena).

Por especialidades obtenemos:

Recuento		Servicio				Total
		C. Plástica	C. General	Traumato logía	C. Maxilofacial	
Estado de Salud	Excelente	1	3	0	2	6
	Muy bueno	5	7	5	5	22
	Buena	9	21	12	4	46
	Regular	6	2	14	3	25
	Malo	1	0	0	0	1
Total		22	33	31	14	100

Distribución de frecuencias del E. de Salud por Servicios

• **Dimensión del Dolor**, este cuestionario sería para valorar el dolor durante las dos últimas semanas: 5 cuestionarios tenían 5 (intenso), 15 valoraban con un 4 (moderado), 23 responden que 1. (Ninguno), 28 dan la respuesta de 3 (ligero) y 29 responden con 2 (leve).

Por especialidades obtenemos:

Recuento		Servicio				Total
		C. Plástica	C. General	Traumato logía	C. Maxilofacial	
Dolor	Nada	8	6	0	9	23
	Leve	3	10	12	4	29
	Ligero	4	10	13	1	28
	Moderado	5	6	4	0	15
	Intenso	2	1	2	0	5
Total		22	33	31	14	100

Distribución de frecuencias del dolor por Servicios

Los pacientes que han participado en este trabajo, procedían tanto del medio rural como urbano, adultos de ambos sexos, de muy diferentes patologías, de todos los estratos sociales, con un aceptable estado de salud y con un entorno familiar y social adecuado.

Los procesos atendidos por cirugía plástica son bastante heterogéneos: un grupo son patologías degenerativas (propias de la edad más adulta), otro grupo sin relación necesaria con la edad, y hay unos procesos propios de esta especialidad (implantes) que solo son mujeres, en todos los casos sin relación, en principio, con el lugar de procedencia o el trabajo que han desarrollado.

El grupo más numeroso de pacientes atendidos en nuestra unidad de CMA, han sido de la especialidad de Cirugía General, y dentro de esta especialidad las hernias, con un total de 21 pacientes, esto concuerda perfectamente con las características de la población estudiada, mayoría de hombres, adultos y del medio rural, pues éstas patologías se suelen producir con los esfuerzos físicos.

Los procesos traumatológicos que estudiamos, son así mismo, propios de la edad adulta, causas degenerativas que sobrevienen con los años, y en las mujeres algunas patologías son favorecidas por el abuso de determinado calzado (tacones).

Los procesos de cirugía máxilofacial, con 13 pacientes (93% del total), con cordales incluidos, corresponden a la franja de edad entre los 16 y 26 años.

Debido a que nuestro trabajo es el primero que conocemos sobre la calidad de vida de los pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria, no podemos establecer comparaciones con otros, de grupos de pacientes de características similares, por este motivo lo haremos con otros estudios publicados sobre calidad de vida, aún a sabiendas, de que dada la patología crónica de los pacientes estudiados en dichos trabajos y que la situación de base no es la misma que la de la población de nuestra muestra, pueden dar resultados dispares, pues la situación de partida de los grupos de trabajo es bien distinta.

Tras el análisis de los resultados obtenidos comparamos las repuestas de nuestro estudio con otros trabajos publicados, contrastando las frecuencias en porcentajes dado para cada lámina:

Dimensión Forma Física, en nuestro estudio el 10% responde con un 5 (muy ligera actividad física). Analizadas la respuestas por especialidades, comprobamos que el 3% pacientes de cirugía plástica que dan esta respuesta, corresponden con diagnósticos de procesos degenerativos, que normalmente cursan con dolor y dificultan la movilidad. De los pacientes de cirugía general con la misma respuesta el 3% de pacientes, aunque su patología no debiera ser invalidante, salvo por el factor edad. El 4% de pacientes de traumatología que nos dan la misma respuesta, es una patología de miembros inferiores, que limitan mucho la movilidad, sin olvidarnos de sus años. En cuanto al grupo de máxilofacial, ninguno da esta respuesta. Observamos similares porcentajes comparándolos en los otros dos estudios, Noceda Bermejo JJ. (28) y Alonso A. (29).

Un 29% de respuestas con 4 (actividad ligera). De cirugía plástica tenemos el 6% con esta respuesta, aunque no se puede justificar por su proceso. El 9% de cirugía general, tampoco por razones del proceso se puede explicar solamente. El 14 % de los pacientes de traumatología contestan lo mismo, que sería explicable porque la mayoría de las patologías de esta especialidad afectan a los miembros inferiores, y que son mujeres, que solo tienen el hábito de hacer ejercicio físico ligero, como pasear. Ninguno de los pacientes de máxilofacial responden en este apartado por la misma razón que el anterior.

Comparando los resultados con los otros trabajos, encontramos estos porcentajes, un 14 % en el trabajo de Noceda Bermejo (28) y un 7,9 % en el de Alonso A (29).

Con un 39% para el 3 (actividad física moderada). De los pacientes de cirugía plástica nos dan esta respuesta el 7%, no hay razón para que no hagan una actividad física moderada por su patología. De los pacientes de cirugía general, el 13 % dado que la mayoría de los procesos no les impide mantener la actividad normal de su vida. El 8% de traumatología, que corresponden con los procesos de miembros superiores, por lo que no tienen ningún impedimento para hacer ejercicio. El 11% de máxilofacial, porque

previamente ya tenían esos hábitos. Revisados los resultados de las otras publicaciones, no encontramos diferencias significativas.

El 15 % responden con el 2 (intensa actividad física), sólo el 3% de cirugía plástica dan esta respuesta, que correspondería con los procesos leves. El 5 % de cirugía general, que así mismo responden al grupo de leves patologías. El 5 % de los pacientes de traumatología, que son los procesos leves y de miembros superiores. El 2% de los de cirugía máxilofacial, que aquí tampoco tiene ninguna relación con su patología. En las otras publicaciones encontramos los siguientes porcentajes, el 40% en el trabajo de Noceda Bermejo (28) y un 25,4 % en el de Alonso A (29).

El 7% de nuestros pacientes contestan con un 1 (muy intensa actividad física), el 3% de la especialidad de cirugía plástica, corresponden a los procesos leves. De cirugía general el 3 % contestan lo mismo, y así mismo tienen su correspondencia en los procesos menos graves. Ningún paciente de traumatología responden con este dígito. De cirugía máxilofacial nos responde el 1 %. Mientras que las respuestas en los otros trabajos son bien dispares, 52,9% para el de Noceda Bermejo JJ (28) y un 8% en el de Alonso (29).

Prácticamente el 80% de los pacientes de CMA reconocen que hacen poco o ningún ejercicio físico, probablemente porque los beneficiarios de nuestra CMA, superan los 40 años, no tienen hábito de hacer ningún tipo de ejercicio regularmente, todo ello unido a la patología previa.

El grupo de edad adulta y mujer, solo tiene el hábito del paseo más o menos largo e intenso, y con eso se dan por satisfechas. Sólo el 20% corresponde con el grupo de edades más jóvenes que si tienen costumbre de hacer ejercicio físico con asiduidad.

Dimensión Actividades Cotidianas, en este apartado obtuvimos los siguientes resultados el 15 % nos responden con el 4 (muchísima dificultad para continuar con sus actividades cotidianas). Analizadas por especialidades tenemos que el 4% son pacientes de cirugía plástica y corresponden con los procesos invalidantes de las manos. El 2 % de cirugía general, que puede ser por causas ajenas al proceso de cirugía. El 9% son de

traumatología, y se comprende su dificultad por los procesos que afectan a las manos. De cirugía máxilofacial, ninguno, pues los procesos no incapacitan. Los porcentajes muy similares en las publicaciones de Noceda Bermejo (28) y Alonso (29).

Con el 3 (moderadamente limitados) tenemos el 18%. El 4% son de cirugía plástica, que podría ser motivado por su patología. El 5 % de cirugía general, son procesos que limitan poco las actividades cotidianas. El 4 % de traumatología sí es explicable por su patología degenerativa. Y el 0% de máxilofacial, es absolutamente lógico por la población atendida y sus procesos. Sin diferencias significativas con las otras publicaciones.

El 26% dan como respuesta el 2 (un poco de dificultad), el 5 % son de cirugía plástica que corresponden a los procesos degenerativos de este grupo. El 7 % de cirugía general, que si bien la patología no es muy invalidante, si se puede entender por la edad de los pacientes. El 14 % de traumatología responde tanto al proceso como a la elevada edad de los pacientes. De cirugía máxilofacial, el 0%. Mientras que los trabajo de Noceda Bermejo y Alonso tienen unos valores de 9% y 3,3% respectivamente.

Por último el 46% tienen un 1 (ninguna dificultad), para el 9 % de cirugía plástica, comprensible dada la levedad de sus procesos. Para el 19 % de cirugía general, porque los procesos no son graves, suelen hombres en su mayoría, que ya han pasado la edad de jubilación, y sus actividades cotidianas no son muchas. Para el 4 de traumatología, por la levedad de sus procesos y por las mismas razones anteriores de seso y edad. Para el 14 % de máxilofacial, pues son pacientes jóvenes con patologías leves. En esta dimensión y las repuestas son también parecidas en los trabajos.

Dado que los beneficiarios de CMA, no tienen patologías agudas ni severas, sus actividades cotidianas, no se ven especialmente afectadas por su proceso. Solamente algunos pacientes, con determinadas patologías traumatológicas, pueden estar más limitados en sus actividades cotidianas.

Dimensión Sentimientos, nos contestan en este cuestionario lo siguiente: el 3% con un 5, (problemas emocionales intensos). Los pacientes de cirugía plástica, cirugía general y traumatología no se encuentran ninguno en este grupo, solamente 3% de cirugía máxilofacial se identifica con esta viñeta, y corresponde con una patología previa y sin relación con la causa de la cirugía.

El 8 % responden 4 (bastantes problemas). El 4 % son de cirugía plástica, y coinciden con las mujeres que precisan reconstrucciones de mama. El 1 % de cirugía general, y es debido a un proceso previo. El 3 % de traumatología, sin justificación por el proceso. El 0% de máxilofacial.

El 14 % contestan 3 (moderadamente). El 3 % corresponde a plástica, por el hecho de padecer una patología aunque sea leve. El 2 % de cirugía general, por no estar bien del todo, aunque no grave. El 9 % de traumatología, por el proceso algo invalidante que no permite hacer una vida normal. El 0% de máxilofacial. Mientras obtienen un 15% en la publicación de Noceda Bermejo (28) y un 26,3% Alonso (29).

El 29 % responden con 2 (un poco). El 8 % de cirugía plástica, justificable por otros motivos. El 10 % de cirugía general, por el proceso y la edad avanzada. El 10 % de traumatología, también por la propia enfermedad y por razones de edad. De máxilofacial, el 1 %, por dolor. En los otros trabajos, tienen los siguientes datos 19 % para Noceda Bermejo (28) y 20,4% para Alonso A (29).

El 46 % responden 1 (nada), el 7 % de plástica, patologías leves y menor edad. El 20% de cirugía general, edad adulta y proceso leve. El 9 % de traumatología, corresponde con los procesos mas livianos y no invalidantes. El 10% de máxilofacial, pacientes jóvenes y con buena salud. En las otras publicaciones obtienen, de Noceda Bermejo es el 23% y el 28,8% en el de Alonso A.

En esta dimensión, se puede corroborar que son pacientes con procesos no graves, por lo que no se ve afectado su estado anímico, salvo por circunstancias ajenas, o por

patologías previas, en contrapunto con los otros estudios, que están realizados con pacientes de patologías crónicas e incapacitantes.

Dimensión Actividades Sociales revisadas las respuestas obtenidas contestan con un 4 (bastante limitadas las actividades sociales) hay un 4%. De cirugía plástica el 1% que puede corresponda con los procesos más severos, el 1 % de cirugía general, respuesta motivado por causas añadidas, no justificables por su proceso, el 2% son de traumatología, generadas por sus procesos y 0 % de cirugía máxilofacial. Muy parecidas respuestas tienen en los otros dos trabajos publicados.

Con 3 (moderadamente limitados) lo responden un 18%. El 6% son de cirugía plástica como consecuencia de la limitación por los procesos. El 3% de cirugía general, también debido al grupo de patologías proctológicas que limitan algo la vida social. El 9 % de traumatología, motivado por las patologías invalidantes. El 0% de cirugía máxilofacial, porque son pacientes jóvenes y no graves. Porcentajes próximos tienen los otros trabajos.

Con 2 (ligeramente limitados) tenemos 26%. El 5 % corresponden a cirugía plástica, puede ser por los pacientes con procesos mas degenerativos. El 11% de cirugía general responden más a las limitaciones de la edad que a las del proceso. El 10 % lo responden los de traumatología, motivado por la patología de miembros inferiores. El grupo de máxilofacial, dan esta respuesta el 0%. Por otra parte, obtienen la misma respuesta 11,3% el de Noceda Bermejo y el de Alonso 23%.

Con 1 (nada) el 52 %. El 10% corresponde a cirugía plástica, acorde con los leves procesos de esta especialidad. El 18 % son de cirugía general, porcentaje razonable para su patología y el grupo de edad de adultos jóvenes. El 10 % son de traumatología, correspondientes a las patologías de miembros superiores, que no limitan la vida de los pacientes. El 14 % son de cirugía máxilofacial, como es normal en los procesos benignos y jóvenes. Los resultados de los otros trabajos, son de Noceda Bermejo tiene un 17% y un 53,8 % el de Alonso.

Podemos llegar a la conclusión de que las actividades sociales, apenas se ven afectadas por ser patologías no graves las que se benefician de la cirugía ambulatoria. Los que reconocen mayor incidencia son los pacientes de traumatología, aunque solo sea porque tienen, en ocasiones limitada su movilidad.

Dimensión Cambios de Salud, hemos encontrado los siguientes valores:

Con la respuesta 4 (un poco peor) obtenemos el 23%. Un 5% son de cirugía plástica, corresponden con el proceso de reconstrucción mamaria. El 2 % de cirugía general, de pacientes con otras patologías asociadas. El 13 % son de traumatología, responden a las patologías mas degenerativas. El 3% de máxilofacial, lógico en estos procesos. Por el 14% y el 14,2% de resultados en los otros dos trabajos respectivamente.

El 67% nos responden con 3 (igual), el 14% son de cirugía plástica, respuesta razonable en estos procesos. El 24 % son de cirugía general, pues su patología no es grave, ni dolorosa. El 18% son de traumatología, debido a los procesos degenerativos. El 11% son de máxilofacial,, pues su salud no se ve mermada por su proceso.

El 8 % responden 2 (un poco mejor). El 3% son de cirugía plástica, y no es fácil entender porque se siente mejor. El 5% son de cirugía general, que quizá se sientan algo mejor por otras razones. Los de traumatología y cirugía máxilofacial, responden con un 0%. Han obtenido los siguientes resultados en el trabajo de Noceda Bermejo 15% y en el de Alonso A. el 4,6%.

El 2% nos responden con 1 (mucho mejor). Los pacientes de cirugía plástica, traumatología y cirugía máxilofacial,, responden 0%. Tan solo el 2% de cirugía general responden que mucho mejor, por motivos ajenos al proceso, seguramente. No encontrando porcentajes ni diferencias significativas en las otras dos publicaciones.

El 10 % que dice que estar mejor en el momento del ingreso a previamente, corresponden con pacientes de cirugía general y cirugía plástica, que padecen procesos con fases de reagudización y otras de mejoría, por lo que pudo coincidir el ingreso con la fase de mejoría.

El restante 90% responden que en el momento del ingreso están igual o peor que previamente al ingreso, quizá porque ya llevaban mucho tiempo en lista de espera y los procesos empeoran con el paso del tiempo.

Dimensión Estado de Salud, revisadas las respuesta a estos cuestionarios, obtenemos las siguientes respuestas: el 1% nos contestan con un 5 (mala), corresponde con pacientes de cirugía plástica, por motivos ajenos al proceso. El resto de las especialidades responden 0% Parecidos porcentajes tenemos en los tres trabajos.

El 25% nos responden con 4 (regular), el 6% son de cirugía plástica, concuerdan a los procesos degenerativos. El 2% son de cirugía general, por ser los de más edad. El 14 % de traumatología, por sus patologías degenerativas además de los años. El 3% de máxilofacial,, quizá por el dolor. La misma respuesta la dan el 50 % en la publicación de Noceda Bermejo y el 11,7% del trabajo de Alonso A.

Con 3 (bueno) obtenemos el 46%. El 9 % son de cirugía plástica, como es razonable en estos procesos. El 21% son de cirugía general, responde a buen estado general de los pacientes. El 12% de traumatología, porque los procesos no son graves. El 4% de cirugía máxilofacial, porque no están enfermos. . Los otros trabajos tienen un 30% y un 39,1% respectivamente (Noceda Bermejo y Alonso).

Responden 2 (muy bueno) el 22%.El 5% son de cirugía plástica, coincidiendo con la buena salud previa. El 7 % de cirugía general, tienen buen estado general. El 5% de traumatología, corresponden a los procesos no invalidantes. El 5% son de máxilofacial,, razonables en personas sanas y jóvenes. los otros tiene los valores de 4% para Noceda Bermejo y 39,2% para Alonso A.

Por último con 1(excelente) contestan el 6%, el 1% de cirugía plástica, el 3% de traumatología y el 2% de máxilofacial,, corroborando una vez más que son procesos leves, en su mayoría , que se dan en personas con estado de salud general. Ninguna respuesta en las otras publicaciones.

Casi el 80 % de los encuestados aceptan tener un buen estado general, como es razonable en la población que acude a la CMA, aún teniendo en cuenta que la respuesta tiene una gran carga de subjetividad, pero son pacientes con buen estado general.

Dimensión dolor: con esta dimensión no hemos podido hacer ninguna comparación con otros trabajos, porque no hay nada publicado, quizá porque no es una dimensión aceptada por todos. Pero revisadas las respuestas que nosotros hemos obtenido, tenemos: el 5 % contestan 5 (intenso). De cirugía plástica el 2 %, en principio no tienen ningún proceso que justifique la respuesta, pero es un parámetro muy subjetivo. El 1 % de cirugía general, quizá coincida con una reagudización del proceso. El 2% de traumatología, habrá coincidido con momentos álgidos de su proceso. De máxilofacial el 0%, respuesta lógica

Responden 4 (moderado) el 15%. De cirugía plástica el 5%, el dintel del dolor es muy subjetivo. El 6 % de cirugía general, por la misma razón anterior. El 4 % de traumatología, por similares motivos. El 0 % de máxilofacial.

Responden 3 (ligero) el 28 %. De cirugía plástica el 4%, por el propio proceso o no, siempre es posible. El 10 % de cirugía general, algún problema siempre tiene todo el que está pendiente de una intervención. El 13 % de traumatología, teniendo en cuenta que son procesos degenerativos, es bastante razonable. El 1% de máxilofacial, puede corresponder al propio proceso o no.

Responden 2 (leve), el 29 %. El 3 % de cirugía plástica, el 10 % de cirugía general, el 12 % de traumatología y el 4 % de máxilofacial,, entra dentro de la normalidad de cualquier proceso tener algún dolor leve, aunque no siempre esté causado por el proceso quirúrgico.

Responden 1 (nada), el 23 %. El 8% de cirugía plástica, el 6 % de cirugía general, el 0 % de traumatología y el 9% de máxilofacial. Respondiendo lógicamente al tipo de patologías y la gravedad de la mismas, sin diferencias significativas por especialidades.

Asumiendo que la dimensión dolor, tiene una mayor carga de subjetividad, si cabe, también puede ser un buen parámetro a tener en cuenta para valorar la calidad de vida de nuestros pacientes, y revisados los resultados obtenidos, parece indicar que el dolor no es muy importante en estos procesos. En nuestro estudio, el 80% aceptan un dintel de dolor bajo, entre nada y ligero. Tan sólo el 15%, reconoce un dolor moderado, y solamente el 5% asume un dolor intenso.

1.- Los cuestionarios COOP/ WONCA, son útiles para la Cirugía Mayor Ambulatoria, porque nos aportan unos datos, no recogidos en ningún registro sanitario, muy válidos para valorar la calidad de vida relacionada con la salud de nuestros usuarios, que en la práctica nos pueden ayudar a incluir o excluir con mayor criterio en este tipo de cirugía a los pacientes.

2.- Los beneficiarios de nuestra unidad de CMA son adultos, la edad media supera los 46 años. Procedían más del medio rural que del urbano. Hemos tenido más mujeres que hombres.

3.- La forma física de nuestra población es mejorable, la mayoría solo hacen una moderada o ligera actividad física regularmente. Sólo el 20% hace ejercicio físico regularmente y de intensidad.

4.- La población que se beneficia de la práctica de la cirugía mayor ambulatoria, puede ser prácticamente de cualquier especialidad quirúrgica, gozan de un buen estado de salud y tienen una buena cobertura social y familiar.

8.1. ANEXO I

CONTROL POSTOPERATORIO

1^{er} CONTROL Fecha
 Hora
 Persona que contesta la llamada

2^o CONTROL Fecha
 Hora
 Persona que contesta la llamada

Cuestionario:	1^{er} CONTROL		2^o CONTROL	
1.- ¿Ha sangrado la herida?	SI	NO	SI	NO
2.- ¿Algún problema en la herida?	SI	NO	SI	NO
.....				
3.- ¿Tiene dolor?	SI	NO	SI	NO
4.- ¿Ha tenido fiebre?	SI	NO	SI	NO
5.- ¿Nauseas/Vómitos?	SI	NO	SI	NO
6.- ¿Malestar general?	SI	NO	SI	NO
7.- ¿Otros problemas?	SI	NO	SI	NO
.....				
.....				
8.- ¿Ha necesitado llamar por teléfono al hospital?			SI	NO
¿Por qué?				hora
.....				
.....				
9.- ¿Ha acudido a Urgencias o llamado a algún médico?			SI	NO
¿Por qué?				hora
.....				
.....				

10.- Observaciones:

Enfermera/o Firma.

8.2. ANEXO II

Forma física

Durante las dos últimas semanas....

¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, dos minutos?

Muy intensa
(p.ej.: correr de prisa)



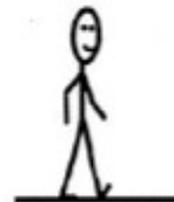
Intensa
(p.ej.: correr con suavidad)



Moderada
(p.ej.: caminar a paso rápido)



Ligera
(p.ej.: caminar despacio)



Muy ligera
(p.ej.: caminar lentamente o no poder caminar)



Actividades cotidianas

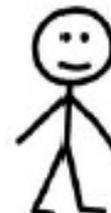
Durante las dos últimas semanas....

¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de su casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

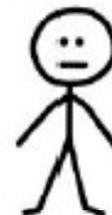
Ninguna dificultad



Un poco de dificultad



Dificultad moderada



Mucha dificultad



Toda, no he
podido hacer nada



Sentimientos

Durante las dos últimas semanas....

¿En que medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y de ánimo?

Nada, absoluto



Un poco



Moderadamente



Bastante



Intensamente

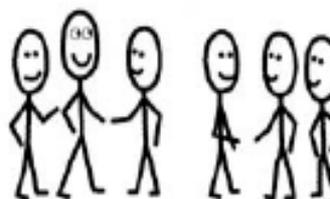


Actividades sociales

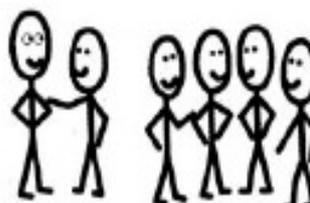
Durante las dos últimas semanas....

¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada en absoluto



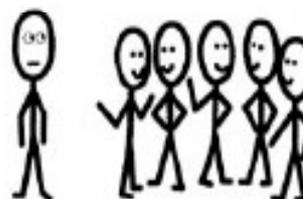
Ligeramente



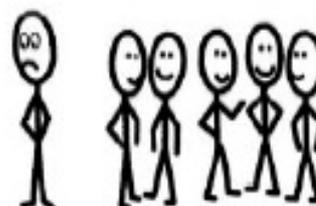
Moderadamente



Bastante



Muchísimo



Cambio en el estado de salud

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

Mucho mejor



Un poco mejor



Igual, por el estilo



Un poco peor



Mucho peor



Estado de salud

Durante las dos últimas semanas....
¿Cómo calificaría su salud, en general?

Excelente



Muy buena



Buena



Regular



Mala



Dolor

Durante las dos últimas semanas....
¿Cuánto dolor has tenido?

Nada de dolor



Dolor muy leve



Dolor ligero



Dolor moderado



Dolor intenso



- 1.- Álvarez F., Vicente E. Badía X. “La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneales continua”. Rev. Nefrología Vol. XV p.572-580.
- 2.-P. González, M Bousourio. “Evaluación de la calidad de vida”. 1.993. Rev. Psiquiatría Vol V p.20-32
- 3.- M.C. Padró Iglesias. “Grado de satisfacción de pacientes de traumatología programados para cirugía mayor ambulatoria”. 2.008. Cir. May. Amb. Vol 13 p.31
- 4.- Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria.www.asecma.org.
- 5.- Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. 2008.” Ministerio de Sanidad y Sanidad y Consumo. 12-20
6. -Davis J.E. “Major Ambulatory Surgery”.1986. Publisher: Lippincott. Williams & Wilkins. SSBN10: 068302023411.
- 7.- Goerke, Heinz; “3.000 años de Historia de la Medicina” 1.986. Ed. Gustavo. Gili BCN 16-18.
8. -Nicoll, J.H. “The surgery of infance”. 1909; Br. Med.J. 2: 753-4
- 9.- Farquharson E.; “Early ambulation with special reference to herniorraphy as an out patient procedure”. 1955. Lancet 1: 517-19.
- 10.- Cohen D.D. ; Dillon J. B.”Anesthesia for outpatient Surgeri”. 1966 JAMA 26:1114-16.

- 11.- Ford J.L.; Reed W.A “The surgicenter: an innovation in the delivery and cost of medical care.” 1.969. Arizona Medicine. 26: 801-4
- 12.- Riber J., Giner, M;”Cirugía Ambulatoria estudio piloto. 1.988 Círg. Esp. 44: 865-874.
- 13.-CMA. Guía de organización y funcionamiento. Ministerio de Sanidad y Consumo.1.993. Dirección General de aseguramiento y planificación sanitaria.
- 14.- Alarcón López, A; Tortosa Sánchez J. J. Ferri Romero, F.” Nuestra experiencia en Cirugía Mayor Ambulatoria”. 1.977 Cir Esp. 61:98-101.
- 15.- J. Papacit. M. Olona, C. Ramón, R. García, R. Rodríguez M. Rull. “Encuesta nacional sobre manejo preoperatorio y criterios de selección de pacientes en las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria españolas. Gac. Sanit. 2003., 17 384- 39.
16. -M. A. Ciga, F. Oteizza, H. Ortiz “Estudio prospectivo de las complicaciones de la cirugía de la hernia en función de la edad de los paciente”. 2004 .Cir. Esp. 75: 204-6
- 17.- L. Carrasco, B. Flores, J.L. Aguayo, A. Moreno. “Aportación de la unidad de cirugía mayor ambulatoria de un hospital de segundo nivel”. 1999. Vol. 4 nº 3 p 53-61.
- 18.- S. Espinosa y A. Casado. “Cirugía Mayor Ambulatoria. Un nuevo ambiente donde desarrollar una nueva identidad de Enfermería.1.996. NUBEROS nº 3 p. 23-24-.
19. -R.L. Schalock y M. A. Berdugo. Calidad de vida. Manual para profesionales de la Educación, salud y servicios sociales 2002. Alianza Editorial. Capítulo 4. Salud Física p 75- 99.

20. -Corrales Fdez, E. Tardon Garcia A. y Cuesto Espinar A. “Estado funcional calidad de vida en mayores de setenta años”. 2.000. Psicotema. P. 171-175.
- 21.- Arenas, M.D. Moreno E. Reig A. “Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante láminas COOP/WONCA en una población de hemodialisis”. 2004. Rev. Nefrología Vol XXIV. P-470-480.
- 22.- Lizán Tudela, A. Reig Ferrer. “Las viñetas COOP/WONCA un instrumento para evaluar la calidad de vida y la salud” 2003. Monografías sanitarias. Serie E. Nº 42. Cosellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. p .14, 15 y16.
- 23.- L. Lizán Tudela, A. Reig Ferre, M. Richart Martínez y J. Cabrero García. “Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante láminas COOP/WONCA”. 2.000 Med. Clinic. 114. sup. 3. pp. 76-80.
24. F. Martin, A. Reig, R. Ferrer y F. Sarró. “Láminas COOP/WONCA ¿un instrumento válido para determinar la CVRS en el paciente en diálisis? 2.004. Nefrología Vol. XXIV. P 2 -12.
- 25.- Robinson Ramírez, F. T. “Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados de salud: revisión sistemática de la literatura.” 2007. Cardiología del adulto, vol. 14 p. 1-16.
- 26.- Badia X, Salamero M, Alonso J. “La medida de la Salud: guía de escalas de medición en español.”. 1996. PPU. S.A. p 143-147.
- 27.- Batle- Gualda E. ¿Cómo medir la calidad de vida? Cuestionarios y escalas de salud.” 2.000. Reumatología Clínica. p 23-25.

28.- J. J. Noceda Bermejo, C. Moret Ten y I. Lauzirika Alonso. 2.006. “Calidad de vida en el dolor osteo-articular crónico”. Reumatología Clínica. 2(6) 298- 301.

29.- A. Alonso y M^a L. Franco. “Medida de la calidad de vida mediante láminas Coop / Wonca en una muestra de pacientes con fibromialgia tratadas con pregabalina”. 2.006. Rev. Soc. Esp. Dolor. Vol 13 p 50-97.