

Calidad en colonoscopia: grado de satisfacción del paciente

Quality in colonoscopy: satisfaction degree of the patient

Autoras: Isabel De La Torre Arrieta, Laura Roy Guerrero, Rosa M^a Artajona Mata

Dirección de contacto: lauraroyg@hotmail.com

Cómo citar este artículo: De La Torre Arrieta I, Roy Guerrero L, Artajona Mata RM. Calidad en colonoscopia: grado de satisfacción del paciente. NURE Inv [Internet]. Mar-Abr 2014 [citado día mes año]; 11(69):[aprox. 15 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE69_original_colonosopia.pdf

Fecha recepción: 13/12/2012

Aceptado para su publicación: 28/01/2013

Resumen

La colonoscopia se ha convertido en una herramienta diagnóstico-terapéutica indispensable en la práctica clínica habitual. De manera progresiva se han ido implantando diferentes indicadores de calidad destinados a mejorar todas las etapas del procedimiento. Los indicadores en satisfacción son uno de los ejes fundamentales de los programas de calidad, contribuyendo a una mejora continua. **Objetivos.** Determinar el grado de satisfacción de los pacientes a los que se le realizó una colonoscopia en el H. U. Miguel Servet de Zaragoza. **Metodología.** Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. Los datos se recogieron mediante entrevista personal y cuestionario de satisfacción validado GHAA-9mc. En total 164 pacientes cumplieron los criterios de inclusión en el estudio. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS-15.0. **Resultados.** Respecto a la valoración del grado de satisfacción, al analizar de manera individual las valoraciones realizadas por los pacientes encuestados de cada una de las intervenciones, éstas fueron considerablemente positivas. Sin embargo, la valoración global de la visita fue el segundo aspecto peor valorado debido a la importancia que los pacientes otorgan al tiempo de espera hasta la cita, considerado el aspecto más negativo. Respecto al tipo de sedación, los pacientes sedados con propofol estuvieron más satisfechos con las molestias percibidas durante la prueba respecto a los pacientes sedados con midazolam y fentanilo.

Palabras clave

Calidad; Satisfacción; Endoscopia Digestiva; Sedación; Colonoscopia.

Abstract

The colonoscopy has become an important diagnostic-therapeutic tool, indispensable to the clinical habitual practice. Different quality indicators have been introduced in order to improve all of the stages of the procedure. Indicators of satisfaction are fundamental to the quality programs and contribute to continual improvement. **Objective.** Determine the satisfaction of patients who received a colonoscopy in the H. U. Miguel Servet of Zaragoza. **Method.** A transversal, observational, descriptive study was carried out. The information was collected personal interviews and satisfaction questionnaires validated by GHAA-9mc. In total, 164 patients fulfilled the criteria to participate in the study. The program SPSS-15.0 was used to analyse the information. **Results.** In regard to the degree of satisfaction evaluated, having analyzed individually the questionnaires of the patients, the results were considerably positive. However, the evaluation of the overall appointment was rated as the second worst aspect of the procedure following to worst rated factor of the appointment, the wait time, which was shown to be rated as the worst. With respect to the type of sedation administered, patients sedated with propofol showed less discomfort during the procedure than patients sedated with midazolam and fentanilo.

Key words

Quality; Satisfaction; Endoscopy Digestive; Sedation; Colonoscopy.

Centro de Trabajo: Enfermeras. H.U. Miguel Servet.

INTRODUCCIÓN

La colonoscopia representa la mejor técnica de la que actualmente dispone el médico para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades del intestino grueso, para la prevención del cáncer de colon, y para el tratamiento de un número importante de lesiones. Por lo tanto, debe considerarse como una técnica polivalente, tanto diagnóstica como pronóstica y terapéutica (1).

Permite realizar un diagnóstico macroscópico de casi todos los procesos que afectan al colon, pueden obtenerse muestras para el estudio histológico y citológico y existen posibilidades terapéuticas en muchas situaciones.

Actualmente, existe una lista de indicaciones que la ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) y la ASGE (American Society of Gastrointestinal Endoscopy), proponen indicadores de calidad de la colonoscopia en sus propias guías. Por consiguiente, la colonoscopia se ha convertido en el método de elección en la mayoría de los pacientes adultos con síntomas intestinales, con anemia por déficit de hierro, en estudios radiológicos anormales del colon, en pruebas positivas de cribado del cáncer colorrectal (CCR), en la vigilancia después de la polipectomía previa, en el control tras la cirugía por CCR, en la evaluación de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y en los que se sospechan masas abdominales (2).

Gran parte del desarrollo que ha experimentado la colonoscopia en las últimas décadas se ha debido a la posibilidad de administrar sedación durante el procedimiento, lo que permite realizar la exploración de forma más cómoda para el paciente y para el endoscopista y con una baja tasa de complicaciones (3).

El Grupo de Expertos en Sedación y Analgesia por no Anestesiólogos de la Sociedad Americana de Anestesiología ha señalado dos claros beneficios del uso de la sedación y analgesia; por un lado, favorecen la tolerancia de procedimientos desagradables, ya que disminuyen la ansiedad, la incomodidad y el dolor; por otro lado permite que niños y adultos que no cooperan, no se muevan durante el procedimiento (1).

Hasta hace poco tiempo, la *sedación consciente* mediante la administración de benzodiazepinas y opiáceos como el midazolam y el fentanilo, era el método de elección para realizar la mayor parte de las endoscopias digestivas. Sin embargo, gracias a la disponibilidad de nuevos fármacos como el

propofol, se han ido extendiendo en los últimos años los procedimientos endoscópicos que se realizan bajo *sedación profunda* (4).

Sin embargo, la presencia de anestesiólogos encargados de la sedación en procedimientos endoscópicos rutinarios no es una práctica común, entre otros motivos por el elevado coste. Por ello, actualmente la práctica habitual es que sea enfermería bajo la supervisión del propio endoscopista o anestesista, los encargados de la sedación del paciente.

Podemos decir, que la colonoscopia se ha convertido en una herramienta diagnóstico-terapéutica indispensable en la práctica clínica habitual, su uso se ha generalizado en prácticamente todos los niveles asistenciales de nuestro sistema sanitario (3, 5).

En la actualidad, se han ido implantando de manera progresiva diferentes indicadores de calidad destinados a mejorar todas las etapas del procedimiento, con el fin de garantizar a los individuos sintomáticos un diagnóstico correcto.

Distintas sociedades han incorporado criterios de calidad a sus recomendaciones sobre práctica clínica. Entre ellas figura la Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE), que ha iniciado un programa de calidad para las unidades de endoscopia. Los indicadores recomendados son: indicación adecuada, consentimiento informado, calidad técnica de la colonoscopia, preparación correcta del colon, tasa de intubación cecal > 95%, tasa de adenomas > o = 25% de los hombres y > o = 15% mujeres de más de 50 años, tiempo de retirada del colonoscopio (>6 minutos), complicaciones de la colonoscopia e intervalos post colonoscopia y postpolipectomía correctos (2, 3, 6).

Actualmente, las Guías Europeas están en fase de desarrollo junto con la International Agency for Research on Cancer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud.

Por otro lado, a la clásica visión clínica de eficacia y seguridad se han añadido otros puntos de vista, como la efectividad, la calidad de vida, y la satisfacción o las preferencias de los pacientes en los programas de mejora de la calidad (7).

La satisfacción del paciente es uno de los ejes fundamentales de los programas de calidad, puesto que refleja el cumplimiento de las expectativas del paciente, es decir, el grado de acuerdo entre lo que éste espera y la atención recibida (8, 9). De esta manera, la calidad de un servicio no sólo queda definida por quien lo oferta sino también por quien lo demanda.

La satisfacción del paciente tiene, además, influencia en otros resultados de la atención sanitaria. Los pacientes satisfechos cumplen mejor las indicaciones y el seguimiento y toleran mejor los diferentes tratamientos. Los pacientes insatisfechos sufren estrés o ansiedad por la atención recibida y pueden no responder completamente a los tratamientos propuestos (8-11).

En endoscopia digestiva los indicadores de satisfacción que permitan además una comparación entre centros o valores de referencia están poco desarrollados (9, 12).

En nuestro país, se dispone de múltiples experiencias sobre la satisfacción del paciente en diferentes áreas de la atención sanitaria, sin embargo, las experiencias publicadas sobre la satisfacción del paciente en endoscopia digestiva son escasas (8).

Es por este motivo por lo que, la colonoscopia constituye en el momento actual el procedimiento final en el que confluyen todas las técnicas de cribado del cáncer colorrectal y es la técnica de elección que debe ser realizada tras un test de sangre oculta en heces o rectosigmoidoscopia positiva (3). Es el método más efectivo en la reducción de la incidencia y mortalidad por CCR (13). Antes de que se desarrolle un cáncer suelen aparecer lesiones en el intestino que se denominan adenomas, cuyo diagnóstico precoz y resección endoscópica es fundamental para detener el transcurso de la enfermedad. Esta situación ha provocado un incremento del número de colonoscopías realizadas en nuestros hospitales.

Puesto que cada vez son más los pacientes que se someten a este tipo de procedimientos, es de especial importancia conocer y analizar aspectos como la satisfacción del paciente, hasta ahora no estudiados en nuestra unidad, con el fin de detectar tanto las fortalezas como las debilidades de nuestro servicio para lograr una asistencia sanitaria óptima y de calidad.

Ahora el paciente es el principal centro e impulso para elevar la calidad de los servicios sanitarios, por lo que su grado de satisfacción es el indicador fundamental de la calidad asistencial (5, 12, 14).

Por todo lo anteriormente dicho, el **objetivo general** de este estudio es:

- Determinar el grado de satisfacción de los pacientes a los que se le realiza una colonoscopia mediante un cuestionario de satisfacción validado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal, realizado en la Unidad de Endoscopias Digestivas del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza durante el presente año 2012.

La población de estudio la forma un grupo de 168 pacientes ambulatorios, a los que se les realizó una colonoscopia durante el turno de tarde, en los meses de Enero y Febrero del presente año, y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: aceptar participar en el estudio previa información del mismo, ser mayor de 18 años de edad, no presentar demencia o deterioro cognitivo y cumplimentar correctamente el cuestionario. Los criterios de exclusión fueron: los pacientes menores de 18 años, aquellos que estaban intervenidos del colon, los que acudieron para la realización de una resctoscopia o sigmoidoscopia y aquellos pacientes en los que la colonoscopia fue incompleta por presencia de lesiones estenosantes que impedían el paso del endoscopio.

Antes de la realización de la prueba se le explicó al paciente los objetivos del estudio y si deseaba participar en él. Se recogió el consentimiento informado por escrito (**Anexo 1**), otorgando cada paciente su autorización para ser incluido de forma anónima en el estudio.

Para la recogida de información, se disponía de una hoja de recogida de datos (**Anexo 2**) que mediante entrevista directa con el paciente se cumplimentó antes de la realización de la prueba con el fin de obtener los siguientes datos: edad, sexo, nivel de estudios. Tras la realización de la prueba, fue siempre la misma enfermera quien recogió los datos referentes a: colonoscopia completa y tipo de sedación utilizada.

Para analizar el grado de satisfacción se utilizó el cuestionario breve validado en castellano GHAA-9mc (12), previa autorización del mismo. Dicho cuestionario, es recomendado actualmente por la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) e incluye nueve cuestiones que valoran diferentes aspectos de la calidad asistencial. Dicho cuestionario, fue entregado al paciente tras ser dado de alta de la sala de recuperación para irse a su domicilio, es decir, entre 45 minutos y 1 hora después de la exploración. El paciente disponía de la ayuda de la enfermera de recuperación (previamente entrenada) para resolver cualquier duda respecto al cuestionario.

Para la valoración del *grado de satisfacción* consideramos como variables dependientes a las variables proporcionadas por el cuestionario: tiempo de espera hasta la cita, tiempo de espera en la unidad,

información recibida, atención del médico que le hizo la colonoscopia, atención del resto de profesionales, molestias percibidas durante la prueba, valoración global de la visita. Cada uno de los enunciados es valorado por una escala de cinco puntos (tipo Likert), correspondiendo a las respuestas: malo / regular / bien / muy bien / excelente (cualitativas ordinales). Las preguntas sobre la aceptabilidad de la posibilidad de una nueva endoscopia en la misma unidad y con el mismo médico tienen dos opciones de respuesta: si / no (cualitativas dicotómicas).

Como variables independientes consideramos: edad (años, cuantitativa discreta. Categorías: 18-55 / 56-65 / >65. La categorización realizó mediante la visualización del histograma y confirmándose mediante las categorizaciones realizadas en la bibliografía consultada), sexo (cualitativa dicotómica. Categorías: hombre/ mujer), nivel de estudios (cualitativa ordinal. Categorías: ninguno / primario / superiores), tipo de sedación utilizada (cualitativa dicotómica. Categorías: propofol / midazolam+fentanilo).

RESULTADOS

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete de programas estadísticos SPSS-15.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas expresadas en número y porcentaje y de las cuantitativas en media y desviación estándar (aceptada normalidad mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov).

Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se realizó el test de Chi-cuadrado y tablas de contingencia. En los casos en los que no se cumplieron las condiciones de aplicación de Chi-cuadrado, se utilizó el Test exacto de Fisher.

Para saber entre que categorías de las variables se producía significativamente esa relación valoramos los residuales tipificados corregidos de Haberman.

El nivel de significación elegido en todos los casos ha sido de 0,05 y un intervalo de confianza (IC) del 95%.

El estudio lo formaron 164 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, con una edad media de 59.98 años con DE=12.43 (límites de edad 20- 89). El 53% son hombres y el 47% mujeres. El 17,1% no posee ningún estudio, el 43,3% tiene estudios primarios y el 39,6% restante posee estudios superiores. En un 47,6% de los pacientes se realizó un tipo de sedación más profunda mediante el uso de propofol y en un

52,4% se realizó una sedación consciente mediante el uso de midazolam y fentanilo.

Los usuarios valoraron el tiempo de espera hasta la cita como malo y regular en un 29,8%, bueno en un 35,4% y muy bueno o excelente en un 34,8%. El 69,5% consideraron el tiempo de espera en la unidad como muy bueno o excelente. La atención, cortesía recibida por el médico que le realizó la prueba fue valorada con un 90,8% como muy bien o excelente y con un 93,9% como muy bien o excelente la atención del resto de profesionales. La información recibida previa a la prueba fue valorada con un 70,1 % como muy bien o excelente. Las molestias percibidas durante la prueba tan sólo fueron valoradas como malas o regulares por un 8,5% de los usuarios y como muy buenas o excelentes por el 73,2%. El 9,7% consideraron la puntuación global de la visita como mala o regular, el 23,2% como buena y el 67,1% como muy buena o excelente. El 100% de los usuarios repetiría una nueva endoscopia en la misma unidad y con el mismo médico.

Del análisis realizado entre las distintas variables y las siete preguntas del cuestionario de satisfacción (**Tablas 1-7**) no se encontraron en los resultados diferencias significativas al analizar los datos en función de la edad. Pero si con el sexo, nivel de estudios y tipo de sedación utilizada.

Después del análisis de los datos podemos decir que existe asociación entre la atención, cortesía y educación del médico que realizó la colonoscopia y el nivel de estudios ($p=0,031$) siendo del 24% (coeficiente de contingencia=0,240), esta asociación es más importante entre los pacientes con respuesta buena y estudios primarios.

En cuanto al tiempo de espera a ser atendidos en la unidad, los pacientes sedados con midazolam y fentanilo lo consideraron como bueno ($p=0,028$) siendo del 22,6% (coeficiente de contingencia=0,226). La información recibida previa a la prueba fue considerada como muy buena por los pacientes sedados con propofol ($p=0,013$) siendo del 25,3% (coeficiente de contingencia=0,253). Al analizar las molestias percibidas durante la prueba, se obtuvieron diferencias significativas respecto al tipo de sedación y el sexo. Respecto a la sedación, dicha asociación se da entre los pacientes sedados con midazolam y fentanilo y respuesta buena, regular o mala. Y los pacientes sedados con propofol y respuesta muy buena o excelente ($p=0,000$) siendo del 35,5% (coeficiente de contingencia=0,355). Y respecto al sexo, esta asociación es más importante entre los hombres y con respuesta excelente ($p=0,032$) siendo del 24,4% (coeficiente de contingencia=0,244).

Tabla 1. Resultados tiempo de espera hasta la cita respecto a las distintas variables.

Variables		Malo		Regular		Bien		Muy bien		Excelente		Grado de significación
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Edad	18-55	10	16,1	11	17,7	23	37,1	7	11,3	11	17,7	0.871 ^a
	56-65	5	11,4	5	11,4	16	36,4	10	22,7	8	18,2	
	>65	10	17,2	8	13,8	19	32,8	9	15,5	12	20,7	
Sexo	Hombre	10	11,5	8	9,2	35	40,2	13	14,9	21	24,1	0.050 ^a
	Mujer	15	19,5	16	20,8	23	29,9	13	16,9	10	13	
Nivel de estudios	Ninguno	5	17,9	4	14,3	11	39,3	5	17,9	3	10,7	0.924 ^b
	Primario	10	14,1	12	16,9	24	33,8	9	12,7	16	22,5	
	Superior	10	15,4	8	12,3	23	35,4	12	18,5	12	18,5	
Tipo de sedación	Propofol	9	11,5	12	15,4	27	34,6	17	21,8	13	16,7	0.275 ^a
	Midazolam+Fentanilo	16	18,6	12	14	31	36	9	10,5	18	20,9	

Valores de p: **a** Chi cuadrado; **b** T. Exacto de Fisher

Tabla 2. Resultados tiempo de espera en la unidad respecto a las distintas variables.

Variables		Malo		Regular		Bien		Muy bien		Excelente		Grado de significación
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Edad	18-55	0	0	1	1,6	19	30,6	13	21	29	46,8	0.934 ^b
	56-65	0	0	2	4,5	11	25	12	27,3	19	43,2	
	>65	0	0	1	1,7	16	27,6	15	25,9	26	44,8	
Sexo	Hombre	0	0	2	2,3	23	26,4	19	21,8	43	49,4	0.678 ^b
	Mujer	0	0	2	2,6	23	29,9	21	27,3	31	40,3	
Nivel de estudios	Ninguno	0	0	0	0	8	28,6	5	17,9	15	53,6	0.702 ^b
	Primario	0	0	3	4,2	22	31	19	26,8	27	38	
	Superior	0	0	1	1,5	16	24,6	16	24,6	32	49,2	
Tipo de sedación	Propofol	0	0	0	0	16	20,5	21	26,9	41	52,6	0.028 ^b
	Midazolam+Fentanilo	0	0	4	4,7	30	34,9	19	22,1	33	38,4	

Valores de p: **a** Chi cuadrado; **b** T. Exacto de Fisher

Tabla 3. Resultados atención del médico respecto a las distintas variables.

Variables		Malo		Regular		Bien		Muy bien		Excelente		Grado de significación
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Edad	18-55	0	0	1	1,6	1	1,6	19	30,6	41	66,1	0.114 ^b
	56-65	0	0	1	2,3	3	6,8	12	27,3	28	63,6	
	>65	0	0	0	0	9	15,5	15	25,9	34	58,6	
Sexo	Hombre	0	0	1	1,1	9	10,3	21	21,1	56	64,4	0.457 ^b
	Mujer	0	0	1	1,3	4	5,2	25	32,5	47	61,5	
Nivel de estudios	Ninguno	0	0	0	0	3	10,7	8	28,6	17	60,7	0.031 ^b
	Primario	0	0	1	1,4	10	14,1	18	25,4	42	59,2	
	Superior	0	0	1	1,5	0	0	20	30,8	14	67,7	
Tipo de sedación	Propofol	0	0	1	1,3	6	7,7	20	25,6	51	65,4	0.913 ^b
	Midazolam+Fentanilo	0	0	1	1,2	7	8,1	26	30,2	52	60,5	

Valores de p: **a** Chi cuadrado; **b** T. Exacto de Fisher

Tabla 4. Resultados atención resto de profesionales respecto a las distintas variables.

Variables		Malo		Regular		Bien		Muy bien		Excelente		Grado de significación
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Edad	18-55	0	0	0	0	3	4,8	18	29	41	66,1	0.868 ^b
	56-65	0	0	0	0	2	4,5	13	29,5	29	65,9	
	>65	0	0	0	0	5	8,6	19	32,8	34	58,6	
Sexo	Hombre	0	0	0	0	7	8	24	27,6	56	64,4	0.429 ^a
	Mujer	0	0	0	0	3	3,9	26	33,8	48	62,3	
Nivel de estudios	Ninguno	0	0	0	0	3	10,7	8	28,6	17	60,7	0.519 ^b
	Primario	0	0	0	0	5	7	24	33,8	42	59,2	
	Superior	0	0	0	0	2	3,1	8	27,7	45	69,2	
Tipo de sedación	Propofol	0	0	0	0	3	3,8	23	29,5	59	66,7	0.465 ^a
	Midazolam+Fentanilo	0	0	0	0	7	8,1	27	31,4	52	60,5	

Valores de p: **a** Chi cuadrado; **b** T. Exacto de Fisher

Tabla 5. Resultados información previa a la prueba respecto a las distintas variables.

Variables		Malo		Regular		Bien		Muy bien		Excelente		Grado de significación
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Edad	18-55	0	0	1	1,6	11	17,7	25	40,3	25	40,3	0.483 ^b
	56-65	1	2,3	1	2,3	13	29,5	15	34,1	14	31,8	
	>65	1	1,7	3	5,2	18	31	20	34,5	16	27,6	
Sexo	Hombre	1	1,1	2	2,3	18	20,7	34	39,1	32	36,8	0.528 ^b
	Mujer	1	1,3	3	3,9	24	31,2	26	33,8	23	29,9	
Nivel de estudios	Ninguno	0	0	1	3,6	11	39,3	8	28,6	8	28,6	0.467 ^b
	Primario	2	2,8	3	4,2	15	22,5	29	40,8	21	29,6	
	Superior	0	0	1	1,5	15	23,1	23	35,4	26	40	
Tipo de sedación	Propofol	1	1,3	0	0	16	20,5	37	47,4	24	30,8	0.013 ^b
	Midazolam+Fentanilo	1	102	5	5,8	26	30,4	23	26,7	31	36	

Valores de p: **a** Chi cuadrado; **b** T. Exacto de Fisher

Tabla 6. Resultados molestias percibidas durante la prueba respecto a las distintas variables.

Variables		Malo		Regular		Bien		Muy bien		Excelente		Grado de significación
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Edad	18-55	3	4,8	4	6,5	11	17,7	17	27,4	27	43,5	0.594 ^b
	56-65	0	0	3	6,8	12	27,3	13	29,5	16	36,4	
	>65	1	1,7	3	5,2	7	12,1	19	32,8	28	48,3	
Sexo	Hombre	0	0	9	10,3	17	19,5	22	25,3	39	44,8	0.032 ^b
	Mujer	4	5,2	13	16,9	16	20,8	24	31,2	20	26	
Nivel de estudios	Ninguno	0	0	3	10,7	2	7,1	6	21,4	17	60,7	0.398 ^b
	Primario	2	2,8	3	4,2	13	18,3	24	33,8	29	40,8	
	Superior	2	3,1	4	6,2	15	23,1	19	29,2	25	38,5	
Tipo de sedación	Propofol	0	0	0	0	8	10,3	28	35,9	42	53,8	0.000 ^b
	Midazolam+Fentanilo	4	4,7	10	11,6	22	25,6	21	24,4	29	33,7	

Valores de p: **a** Chi cuadrado; **b** T. Exacto de Fisher

Tabla 7. Resultados valoración global de la visita respecto a las distintas variables.

Variables		Malo		Regular		Bien		Muy bien		Excelente		Grado de significación
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Edad	18-55	2	3,2	5	8,1	14	22,6	24	38,7	17	27,4	0.744 ^b
	56-65	1	2,3	1	2,3	9	20,5	20	45,5	13	29,5	
	>65	1	1,7	6	10,3	15	25,9	17	29,3	19	32,8	
Sexo	Hombre	2	2,3	3	3,4	20	23	31	35,6	31	35,6	0.193 ^b
	Mujer	2	2,6	9	11,7	18	23,4	30	39	18	23,4	
Nivel de estudios	Ninguno	1	3,6	5	17,9	7	25	7	25	8	28,6	0.400 ^b
	Primario	1	1,4	3	4,2	19	26,8	27	38	21	29,6	
	Superior	2	3,1	4	6,2	12	18,5	27	41,5	20	30,8	
Tipo de sedación	Propofol	2	2,6	4	5,1	20	25,6	28	35,9	24	30,8	0.828 ^b
	Midazolam+Fentanilo	2	2,3	8	9,3	18	20,9	33	38,4	25	29,1	

Valores de p: **a** Chi cuadrado; **b** T. Exacto de Fisher

Ante la posibilidad de que el sexo actuase como variable confusora respecto a las molestias percibidas durante la prueba, se realizó un análisis estratificado del *odd-ratio* de la satisfacción frente a la sedación por sexo. En los hombres existe asociación significativa entre tipo de sedación y satisfacción ($p=0,002$. $OR=0,169$. $IC\ 95\%=0,051-0,560$). Tan sólo el 9,1% de los hombres sedados con propofol están insatisfechos con las molestias percibidas durante la prueba frente al 37,2% de los pacientes sedados con midazolam y fentanilo. En las mujeres dicha asociación también es significativa ($p=0,001$. $OR=0,153$. $IC\ 95\%=0,046-0,511$). El 11,8% de las mujeres sedadas con propofol están insatisfechas con las molestias percibidas durante la prueba frente al 46,5% de las pacientes con sedación convencional. Por lo tanto, podemos decir que tanto en hombres como en mujeres el propofol actúa como factor protector frente a la insatisfacción de las molestias percibidas durante la prueba.

DISCUSIÓN

Cada vez se da mayor importancia a la opinión de los pacientes para mejorar la calidad asistencial y prestación del cuidado. La calidad en la asistencia, permite el uso más efectivo y eficiente de unos recursos, por otro lado, limitados. La recogida sistemática de indicadores de calidad representa un cambio significativo en la práctica clínica en la mayoría de las unidades de endoscopia digestiva (9).

Este estudio se ha dirigido fundamentalmente a detectar los principales problemas de calidad en la endoscopia digestiva desde el punto de vista del paciente, utilizando un cuestionario de satisfacción. Existen críticas a este cuestionario, como la idoneidad de las preguntas incluidas en él, ya que no incluye algunos aspectos como la habilidad técnica del endoscopista y el control de las molestias durante la exploración (8, 9). Sin embargo, es el único cuestionario del que se dispone una versión validada en castellano y estudios publicados, por lo tanto es posible realizar comparaciones con otros centros (9).

De los diferentes aspectos evaluados en el cuestionario, el que supuso un mayor porcentaje de puntuaciones negativas fue el tiempo de espera hasta la fecha de realización de la prueba. Los tiempos de espera, en general, son un factor influyente en la satisfacción del paciente en diferentes contextos clínicos, como la cita para colonoscopia (8). De esta manera, se explica que en este estudio el segundo aspecto peor valorado sea la valoración global de la visita.

En otros dos estudios publicados (9, 15), el tiempo de espera hasta la cita también fue el aspecto peor valorado y el segundo en un estudio multicéntrico llevado a cabo en cinco unidades de endoscopia digestiva (8).

La opinión de los pacientes es muy similar en la valoración que realizan respecto al tiempo de espera en la unidad, la atención del médico, la atención del resto de profesionales y la información recibida previa a la prueba. Todos estos aspectos son considerados a partir de un 70% como muy buenos o excelentes. Correspondiendo los porcentajes más elevados a la atención del resto de profesionales y la atención del médico, con un 93,9% y un 90,8% respectivamente.

En cuanto a las molestias percibidas durante la prueba. En nuestro estudio, tan sólo fueron valoradas como malas o regulares por un 8,5% de los pacientes. No coincidiendo con los estudios mencionados anteriormente en los que las molestias percibidas durante la prueba forman parte de los aspectos peor valorados (8, 9,15). Estas diferencias pueden explicarse porque en el presente estudio a diferencia de los otros, se ha realizado sedación a todos los pacientes y además se ha practicado un tipo de sedación más profunda mediante el uso de propofol casi en la mitad de los mismos, técnica de reciente incorporación en nuestra unidad. A destacar, la diferencia de proporciones que se ha producido entre los tipos de sedación y los niveles de satisfacción en cuanto a las molestias percibidas durante la prueba, produciéndose una mayor asociación del propofol con valores altos de satisfacción. Se utilizó un sedante u otro a elección del propio endoscopista, en base a la edad del paciente y existencia de comorbilidades.

Los datos actuales indican que, para la endoscopia estándar en pacientes de bajo-moderado riesgo (ASA I-III) la sedación sólo con propofol para conseguir grados de sedación moderada-profunda, puede realizarse por personal entrenado en su administración, sin la necesidad de un anestesiólogo presente en la sala de endoscopias (grado de recomendación A; nivel de evidencia 1 c) (16).

Como demuestran diferentes estudios (17,19), el propofol es un fármaco con propiedades sedantes, hipnóticas, amnésicas y con una vida media corta que lo están convirtiendo en el fármaco ideal para las exploraciones endoscópicas. Con costes y efectos adversos similares al uso de midazolam y fentanilo (18, 20).

En diversos estudios en los que el propofol es administrado por personal no anestesista la incidencia de complicaciones ha sido baja y siempre de carácter leve (desaturación, bradicardia) que fueron solucionadas por el propio equipo de endoscopia (17,21, 22).

Aunque en otros estudios no se han encontrado diferencias significativas al analizar las principales variables socio-demográficas (23), no ha ocurrido así en este estudio. Podemos decir que existe relación entre los pacientes con estudios primarios y que consideraron como buena la atención del médico. Los hombres valoraron como excelentes las molestias percibidas durante la prueba.

Las *limitaciones* de este estudio son fundamentalmente las derivadas de un diseño transversal, que solo permite estudiar asociaciones entre las variables, sin posibilidad de establecer causalidad.

Considero que los resultados obtenidos no se pueden extrapolar a la población en general, ya que los criterios de inclusión y exclusión son específicos de la organización del servicio en el que trabajamos y de nuestra disponibilidad en ella durante la jornada laboral.

Hay variables que pueden influir en la satisfacción y que no hemos recogido en este estudio, como es el estado previo de salud y factores propios de la enfermedad.

Por otro lado, encontramos la limitación de la mayor o menor sinceridad y objetividad de los pacientes al responder a las distintas cuestiones. Además, con las escalas de tipo Likert los encuestados pueden evitar responder de forma extrema manteniéndose neutrales (tendencia central), estar de acuerdo con todos los enunciados, o tratar de mostrar una imagen de sí mismos más favorable que la real.

A modo de conclusión podríamos considerar que al analizar de manera individual las valoraciones realizadas por los pacientes encuestados de cada una de las intervenciones, éstas fueron considerablemente positivas. Sin embargo, la valoración global de la visita fue el segundo aspecto peor valorado debido a la importancia que los pacientes otorgan al tiempo de espera hasta la cita, considerado el aspecto peor valorado.

Los pacientes sedados con propofol están más satisfechos con las molestias percibidas durante la prueba respecto a los pacientes sedados con midazolam y fentanilo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez-Iglesias JL, Alonso Aguirre P. Endoscopia digestiva: diagnóstica y terapéutica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
2. González-Huix Lladó F, Figa Francesch M, Huertas Nadal C. Criterios de calidad que deben exigirse en la indicación y en la realización de la colonoscopia. *Gastroenterol Hepatol.* 2010; 33:33-42.
3. Jover R, Alarcón O. Criterios de calidad en la colonoscopia de cribado. En: Bandrés F, Castells A, Morillas JD. La prevención del cáncer colorrectal en España. Madrid: Ademas; 2009. 100-112.
4. Grupo de trabajo AEG-SEED. Sedación en colonoscopia. En: Jover R, editors. Guía de práctica clínica de calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal. Madrid: Edimsa; 2011. 81-90.
5. Gómez M, Llach J. Papel de la enfermera en la endoscopia digestiva. *Gastroenterol Hepatol.* 2009; 32(1):44-7.
6. Faigel Douglas O, Pike Irving M, Baron Tood H, Chak Amitabh, Cohen Jonathan, Deal Stephen E et al. Quality indicators for gastrointestinal endoscopic procedures: an introduction. *Gastrointest Endosc.* 2006; 63(4).
7. Duarte Clíments G, Aguirre-Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enferm Clínic.* 2003; 13(1):7-15.
8. Sánchez del Río A, Campo R, Llach J, Pons V, Mreish G, Panadés A, Parra-Blanco A. Satisfacción del paciente con la endoscopia digestiva: resultados de un estudio multicéntrico. *Gastroenterol Hepatol.* 2008; 31(9): 566-71.
9. Pablo Leis A, Sánchez Prudencio S, Carneros Martín JA, Gonzalo Domínguez E, Chorro Madrid V, Valer López-Fando P et al. Valoración del grado de satisfacción del paciente en endoscopia digestiva. *Revista de la ACAD.* 2009; 25(1):11-6.
10. Mira José J, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medic Clínic.* 2000; 114 (3):26-33.
11. Yacavone Robert F, Locke III Richard, Gostout Christopher J, Rockwood Tood H, Thieling Sarah, Zinsmeister Alan R. Factors influencing patient satisfaction with GI endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2001; 53(7):703-10.

12. Sánchez del Río A, Alarcón Fernández O, Baudet JS, Sainz Menéndez Z, Socas Méndez M, Piera Jaén G. Validación de un cuestionario breve sobre satisfacción del paciente en endoscopia digestiva. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005; 97(8):554-61.
13. Morán Sánchez S, Torrella E, Esteban Delgado P, Baños Madrid R, García A, Ono A et al. Valoración de la calidad en la práctica de la colonoscopia. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009; 101(2):107-16.
14. Jiménez y Villegas MC, Ortega Vargas MC, Cruz Ayala G, Cruz Corchado M, Quintero Barrios M, Mendoza Romero E et al. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 2003; 11(2):58-65.
15. Sánchez A, Salvador J, Alarcón O, Morales I, Socas MR. Evaluation of patient satisfaction in gastrointestinal endoscopy. *Gastroenterol Hepatol.* 2007; 19: 896-900.
16. González - Huix Lladó F. ¿La sedación necesaria para la realización de una endoscopia debe ser realizada exclusivamente por un anestesista o puede ser realizada con seguridad y eficacia por médicos no anestesistas o personal de enfermería especializado? *Gastroenterol Hepatol.* 2009; 32 (1):65-67.
17. Martínez J, Casellas JA, Aparicio JR, Garmendia M, Amorós A. Seguridad de la administración de propofol por el personal de la unidad de endoscopia digestiva. *Gastroenterol Hepatol.* 2007; 30 (3):105-9.
18. Dewitt J, McGreevy K, Sherman S, Imperiale TF. Nurse-administered propofol sedation compared with midazolam and meperidine for EUS: a prospective, randomized trial. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2008; 68 (3): 499-509.
19. Mandel JE, Tanner JW, Lichtenstein GR, Metz DC, Katzka DA, Ginsberg GG, Kochman ML. A randomized, controlled, double-blind trial of patient-controlled sedation with propofol/remifentanil versus midazolam/fentanilo for colonoscopy. *Anesth Analg.* 2008; 106 (2): 434-9.
20. Chang Kyun L, Suck-Ho L, Il-Kwun C, Tae Hoon L, Sang-Heum P, Eun-Ok Kim et al. Balanced propofol sedation for therapeutic GI endoscopic procedures: a prospective, randomized study. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2011; 73 (2): 206-214.
21. Chen SC, Rex DK. Registered nurse-administered propofol sedation for endoscopy. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004; 19: 147-55.
22. Kulling D, Orlandi M, Inauen W. Propofol sedation during endoscopic procedures: how much staff and monitoring are necessary? *Gastrointestinal Endoscopy.* 2007; 66 (3): 443-449.
23. Pablo Leis A, Díaz Rodríguez DR, Granados Martín M. Valoración del grado de satisfacción del paciente en endoscopia digestiva. *ACAD.* 2009; 1: 11-16.



ANEXO 1

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña, de años de edad, manifiesta que ha sido informado/a sobre los objetivos del Proyecto de Investigación titulado "CALIDAD EN COLONOSCOPIA: GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y NIVEL DE LIMPIEZA DEL COLON" con el fin de valorar la calidad de la colonoscopia que se realiza a pacientes ambulatorios en el turno de tarde en el H.U.Miguel Servet de Zaragoza, mediante el análisis de dos indicadores de calidad como son la satisfacción del paciente y el nivel de limpieza del colon.

He recibido suficiente información sobre el estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO libremente para participar en el estudio.

Zaragoza a de de 2012.

Fdo. D/Dña (Paciente)

Fdo. D/Dña (Investigador)

ANEXO 2

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

- **Edad** _____ años **Hora** _____
- **Sexo** Mujer Hombre
- **Estudios** Ninguno Primario Superiores
- **Sedación** Propofol Midazolam+Fentanilo Sin sedación