



Original

Resultados de satisfacción y calidad de vida percibida en pacientes intervenidos de hernia primaria de pared abdominal



Ricardo de Miguel-Ibáñez^{a,*}, Saif Adeen Nahban-al Saied^a, Javier Alonso-Vallejo^a y Francisco Escribano Sotos^b

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Virgen de la Luz, (SESCAM), Cuenca, España

^bFacultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM), Albacete, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de septiembre de 2014

Aceptado el 22 de enero de 2015

On-line el 4 de marzo de 2015

Palabras clave:

Cuestionario de satisfacción

Calidad de vida percibida

Cirugía de día

Corta estancia

Hernia

RESUMEN

Introducción: La cirugía ambulatoria es el procedimiento estándar en el 60-70% de los procesos quirúrgicos más prevalentes. La cirugía poco invasiva ha mejorado aspectos fundamentales tales como el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria, pero hay pocas publicaciones relacionadas con aspectos de calidad y satisfacción de resultados percibidos por los pacientes, como la necesidad de cuidados informales a domicilio o la demora preoperatoria. El objetivo del estudio fue conocer la satisfacción global percibida por los pacientes intervenidos de hernia de pared abdominal.

Métodos: Una muestra de 203 pacientes intervenidos de hernia en un año ha cumplimentado un cuestionario de satisfacción, una semana o un mes después de la intervención. Las variables incluyeron dolor postoperatorio, necesidad de cuidados informales, demora quirúrgica, adecuación de información recibida, trato dispensado y satisfacción global.

Resultados: El 48,28% de los pacientes precisaron cuidados informales a domicilio, que fueron atendidos mayoritariamente por familiares durante pocos días. En un 45,81% se dio el alta el mismo día, y en el otro 53,2% antes de 72 h. La satisfacción global en el programa de cirugía de día y corta estancia fue del 94,6%.

Conclusiones: La satisfacción global no estuvo relacionada con la edad, el sexo ni el nivel de estudios de los pacientes, pero existió una relación inversa entre el grado de satisfacción y los días de ingreso hospitalario y días de dolor que precisaron analgesia domiciliaria.

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ridemiib@yahoo.es, ricardod@sescam.org (R. de Miguel-Ibáñez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.01.005>

0009-739X/© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Satisfaction and perceived quality of life results in patients operated on for primary hernia of the abdominal wall

A B S T R A C T

Keywords:

Satisfaction
Perceived quality of life
Day Surgery
Short term stay
Hernia

Introduction: Outpatient surgery is currently the standard procedure in 60-70% of the most prevalent surgical procedures. Minimally invasive models in health care have improved basic aspects such as postoperative pain and hospital stay, but there are few publications related to perceived quality shown by patients, such as the need for informal care at home or delay before surgery. The aim of the study was to determine the global satisfaction perceived by patients undergoing abdominal wall hernia repair.

Methods: An ad hoc split questionnaire has been completed on satisfaction after a week and postoperative quality a month after intervention by 203 patients operated on for abdominal hernia in a year. Variables included postoperative pain, need for informal care, surgical delay, information supplied, professional management and overall satisfaction.

Results: A total of 48.28% of patients needed informal care at home. They were largely attended by women, wives or daughters, for a few days. In 45.81% they were discharged on the same day, and 53.2% in less than 72 h. Overall satisfaction in the program of day surgery and short hospital stay was 94.6%.

Conclusions: The overall process of satisfaction was not related to age, sex or educational level of patients, while there was an inverse relationship between satisfaction and days of hospitalization and days of pain that required analgesia at home.

© 2014 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La cirugía de día ha experimentado un crecimiento importante en las últimas décadas, y es utilizada como procedimiento habitual en el 60-70% de los procesos quirúrgicos más prevalentes. El porcentaje de pacientes intervenidos en programas de cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia (CMA/CE) permite actualmente que la proporción de pacientes que pueden recuperarse de sus operaciones quirúrgicas en el ámbito domiciliario sea muy alta. Sin embargo, no se conocen de forma precisa los datos de adecuación del tratamiento del dolor postoperatorio ni de los otros factores de satisfacción y calidad percibida a medio plazo por los pacientes¹.

Se han publicado resultados de estudios de satisfacción en pacientes intervenidos quirúrgicamente en programas de CMA/CE, valorando la calidad asistencial. Cabe destacar el estudio realizado por Carvajal² en la valoración de la satisfacción de los pacientes intervenidos mediante colecistectomía laparoscópica, atendiendo a aspectos tales como la percepción del tiempo de espera, la coordinación entre los servicios asistenciales implicados, las habilidades técnicas y humanas del personal sanitario, la información suministrada al paciente durante el proceso, el control del dolor y el bienestar y las instrucciones al alta.

La dolencia herniaria de pared abdominal es, tras las cataratas, uno de los procesos quirúrgicos que habitualmente pueden ser tratados de forma ambulatoria en programas quirúrgicos de CMA. Dados su frecuencia clínica y adecuación a los criterios de inclusión³⁻¹², ha sido elegida como el objetivo del estudio que presentamos.

El objetivo principal de este estudio es conocer los aspectos más relevantes de calidad percibida y el grado de satisfacción en el tratamiento en programas de CMA/CE en pacientes intervenidos por hernia primaria de pared abdominal en el área de salud de Cuenca.

Métodos

El estudio ha sido diseñado como observacional y transversal.

Se ha incluido una muestra de 203 (50,75%) de 400 pacientes que fueron intervenidos de hernia entre enero de 2009 y febrero de 2010 en el área de salud de Cuenca y que contestaron en su totalidad el cuestionario². Se ha aplicado adaptado el cuestionario usado en la valoración de la satisfacción de los pacientes intervenidos de colecistectomía. Hemos sustituido las preguntas referidas a la hospitalización por otras relacionadas con la recuperación a domicilio de pacientes tratados mediante hernioplastia en programa de CMA-CE. Este estudio aporta como novedad la valoración que hacen los pacientes al mes de ser intervenidos quirúrgicamente, no solo en función de las condiciones de calidad en la atención hospitalaria propiamente dicha, sino también de la percepción de bienestar en la recuperación posquirúrgica en su medio familiar.

El cuestionario se ha presentado en la visita de revisión posterior a la intervención quirúrgica e incluye un total de 23 preguntas de respuesta cerrada divididas en 2 partes: una de 5 ítems de contenido sociodemográfico y 12 de satisfacción por la utilización de la Unidad de CMA y otra parte de 6 ítems con una pregunta final sobre satisfacción global del proceso, incluyendo ítems referidos

a las complicaciones posquirúrgicas ([anexo 1](#)) (disponible en la web).

Se han tenido en cuenta también los datos recogidos en la historia clínica sobre complicaciones tras el alta y reingresos no programados.

El cuestionario ha sido presentado de la siguiente forma: La primera parte se refiere a la opinión sobre la Unidad de CMA a la semana de la intervención; y la segunda, sobre la experiencia del postoperatorio a domicilio, se aplicó durante la consulta de revisión a los 30 días de la intervención quirúrgica, mediante entrevista personal. Se solicitó la cumplimentación de forma anónima del cuestionario, y se explicó previamente la finalidad del estudio. Solamente se incluyeron aquellos casos que lo completaron en su totalidad.

El cuestionario utilizado ([anexo 1](#)) es un modelo basado en otros preexistentes ya publicados en otros estudios^{2,13-15}. Actualmente está pendiente de validación. Ha sido adaptado al tipo de intervención quirúrgica (hernioplastia) aplicada a nuestros casos y al tipo de población atendida y está orientado a las expectativas y experiencias de los pacientes. Se han puesto de manifiesto los elementos más importantes y las preguntas más relevantes^{16,17}, así como los datos que los entrevistados consideraron importantes de comunicar. Se utilizó dividido en 2 partes: a la semana y al mes de la intervención¹⁸, y fue cumplimentado de forma anónima tras la revisión postoperatoria.

La variable principal del nivel global de satisfacción se presentó como una opción electiva entre 0 y 10, siendo ambos valores extremos el de menor y máxima satisfacción, respectivamente. Se dio a cada paciente la posibilidad de puntuar con valores enteros con decimales su grado de satisfacción, y se agruparon los resultados en una escala de valores enteros para facilitar su análisis estadístico. El objetivo principal ha sido comparado con la variable de exposición (disposición a recomendar la Unidad de CMA).

Se han valorado las opiniones de los pacientes en las variables relacionadas tanto con su estancia en la Unidad (comodidad durante la estancia y trato recibido por el personal), así como la experiencia subjetiva en relación con el postoperatorio a domicilio (cuidados informales a domicilio, necesidad de analgesia) y opinión sobre la demora quirúrgica.

Los criterios de inclusión fueron todos los casos de edad por encima de 16 años, con diagnóstico de hernia primaria de pared abdominal, intervenidos quirúrgicamente de forma electiva en programa de cirugía de día (pacientes con riesgo ASA I y II, y anestesia local con sedación) o de corta estancia hospitalaria igual o inferior a 3 días (pacientes con riesgo previo ASA III y anestesia regional o general). Se excluyeron los casos intervenidos con carácter urgente, aquellos intervenidos con diagnóstico de hernia incisional. También se excluyó a los pacientes pediátricos, así como a los pacientes que no contestaron al menos una parte del cuestionario de satisfacción.

Fueron intervenidos mediante anestesia general los casos de mayor riesgo previo (ASA III-IV). El resto de pacientes fueron asignados a anestesia regional o local con sedación en función de sus preferencias.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS versión 19.0 en español, mediante la utilización de análisis de frecuencias y proporciones, y estadísticos chi cuadrado para variables categóricas, y estudios de regresión logística en análisis multivariable. Se valoraron, asimismo, relaciones entre variables binarias con medidas de asociación mediante odds ratio (OR) y relación de prevalencias (PR).

Se sometieron ambas partes del cuestionario utilizado a un análisis de fiabilidad y validez mediante valoración de estudio aplicabilidad previo (KMO y análisis de esfericidad de Bartlett), de fiabilidad (alfa de Cronbach) y consistencia interna (análisis de componentes principales).

Resultados

Los 203 pacientes incluidos en el estudio contestaron la segunda parte del cuestionario, y 85 la primera.

Se realizó un análisis de fiabilidad y validez del cuestionario utilizando de satisfacción (1.ª parte del cuestionario) con el siguiente resultado; alfa de Cronbach 0,621 (IC: 0,491 a 0,730) y calidad percibida (2.ª parte) 0,326 (IC: 0,162 a 0,467) con varianza explicada 66,2 y 63,9% respectivamente.

Se muestran los resultados descriptivos de los datos demográficos ([tabla 1](#)) y clínicos ([tabla 2](#)). Las complicaciones surgidas en el postoperatorio inmediato fueron moderadas, alrededor del 13,8%, siendo la más frecuente el hematoma transitorio en la herida quirúrgica seguido de la retención temporal de orina. Las demás complicaciones fueron por orden de frecuencia: cefalea tensional atribuible a la punción raquídea y complicaciones generales (desorientación, dolor torácico). De todos los casos intervenidos, eran hernias primarias 195 casos (96,1%) y recidivas herniarias 8 (3,9%).

La reparación quirúrgica se realizó mediante hernioplastia sin tensión, utilizando la técnica de Lichtenstein en la localización inguinal, «plug» femoral y colocación de malla

Tabla 1 – Descripción sociodemográfica y estancia hospitalaria

| | Valores n, media (IC 95%) |
|---|---------------------------------|
| <i>Edad (años cumplidos corregidos) n (%)</i> | 52,7 (50,6 a 54,8) ^a |
| Mujeres | 29 (14,3) |
| Varones | 174 (85,7) |
| <i>Distancia a domicilio</i> | |
| Menos de 30 min | 75 (36,9) |
| Entre 30 y 60 min | 106 (52,2) |
| Entre 60 y 90 min | 22 (10,8) |
| <i>Nivel de estudios</i> | |
| Ninguno | 18 (8,9) |
| Primarios | 109 (53,7) |
| Secundarios/Bachiller | 39 (19,2) |
| Formación Profesional | 20 (9,9) |
| Universitarios | 17 (8,4) |

^a Media e intervalo de confianza IC 95%.

Tabla 2 – Estancia, diagnóstico, factores de riesgo y técnica anestésica

| | Valores n (%) |
|--|---------------|
| Estancia hospitalización (días) | |
| Menos de 1 día | 93 (45,8) |
| De 1 a 3 días | 109 (53,7) |
| No recogido | 1 (0,5) |
| Diagnóstico preoperatorio | |
| Hernia inguinal (uni-/bilateral) | 147 (72,4) |
| Hernia epigástrica | 12 (5,9) |
| Hernia umbilical | 36 (17,7) |
| Hernia crural | 6 (2,9) |
| Hernia de Spiegel | 2 (1,0) |
| Factores de riesgo ASA | |
| ASA I | 75 (36,9) |
| ASA II | 89 (43,8) |
| ASA III | 35 (17,2) |
| ASA IV | 4 (2) |
| Tipo de anestesia | |
| General | 7 (3,5) |
| Local y sedación | 92 (45,3) |
| Raquiánestesia | 104 (51,2) |

supraaoneurótica en el resto de las demás localizaciones anatómicas.

En cuanto a tiempo diario de necesidad de cuidados, en general precisaron ayuda durante periodos diarios de una hora o menos, en 193 casos (95,1%) durante un periodo menor a 7 días. De ellos, 105 pacientes (51,7% del total) no precisaron ningún tipo de cuidados a domicilio para desarrollar su actividad cotidiana (excepto la actividad laboral).

En la [tabla 3](#) se muestran los resultados de las variables de cuidados a domicilio, analgesia postoperatoria y tiempo de demora quirúrgica (n.º de casos y frecuencia relativa). Las personas que realizaron los cuidados fueron habitualmente mujeres (esposas, madre, hermanas) en la

Tabla 3 – Demora quirúrgica, cuidados y analgesia postoperatoria a domicilio

| | Valores n (%) |
|---|---------------|
| Tiempo de demora quirúrgica | |
| Entre 0 y 30 días | 49 (24,1) |
| Entre 31 y 60 días | 69 (34) |
| Entre 61 y 90 días | 62 (30,6) |
| Más de 91 días | 23 (11,3) |
| Cuidados a domicilio | |
| Sin cuidados informales | 105 (51,7) |
| Cuidados entre 1 y 7 días | 78 (38,4) |
| Cuidados entre 7 y 10 días | 20 (9,9) |
| Analgesia postoperatoria^a | |
| No precisa analgesia | 23 (11,3) |
| Entre 24 y 48 h | 76 (37,4) |
| Entre 3 y 7 días | 65 (32,0) |
| Entre una y 3 semanas | 18 (8,9) |
| No recogido | 21 (10,3) |

^a Prescripción analgésica postoperatoria para 48 h.

mayoría de los casos (87; 88,77%). Del cuestionario de satisfacción, 139 pacientes dieron una valoración global de 9/10 puntos, 50 de 7/8, y 14 de 5/6. El grado de satisfacción global fue de 8,94 de media. De todos los entrevistados, 192 (94,6%) recomendarían a un familiar o conocido el programa de CMA/CE.

Los datos relacionados con la necesidad de analgesia postoperatoria se muestran en la [tabla 4](#). No se pudieron determinar datos sobre la necesidad de analgesia postoperatoria en 21 casos.

Respecto al tiempo en lista de espera quirúrgica (LEQ) previa a la intervención para el programa de CMA/CE, varió entre 5 y 252 días, con una media de 59,3 días, 6 días menor que la espera media para cirugía programada estándar del Servicio de Cirugía General en las mismas fechas.

La valoración realizada por los pacientes de las preguntas relacionadas con variables que describen atención profesional, información recibida e impresión sobre infraestructura se describen en la [tabla 5](#).

En la [tabla 6](#) se exponen los resultados del análisis multivariable entre el grado de satisfacción global y la recomendación favorable a la utilización de la Unidad de CMA, así como los factores más importantes que influyeron entre ambas variables.

Discusión

El grado de satisfacción global no estuvo relacionado con la edad ni el sexo de forma significativa, pero sí con otras

Tabla 4 – Satisfacción sobre la atención en Unidad CMA y calidad percibida en el postoperatorio y demora quirúrgica

| Variable | Puntuación media (sobre 5) | IC 95% | |
|---|----------------------------|--------|-------|
| Comodidad en Unidad CMA | 3,65 | 3,48 | 3,82 |
| Opinión familiar Unidad CMA | 3,53 | 3,36 | 3,70 |
| Adecuación de la información del proceso | 3,60 | 3,49 | 3,71 |
| Atención del personal administrativo | 3,60 | 3,43 | 3,77 |
| Atención del personal de enfermería | 3,71 | 3,60 | 3,82 |
| Atención del personal facultativo | 3,73 | 3,63 | 3,83 |
| Experiencia anestésica | 3,53 | 3,38 | 3,68 |
| Variable | Media | IC 95% | |
| Cuidados informales a domicilio (días) | 2,87 | 2,28 | 3,46 |
| Cuidados informales a domicilio (min/día) | 13,33 | 8,92 | 17,74 |
| Necesidad de analgesia (días) | 3,58 | 2,99 | 4,17 |
| Demora quirúrgica (días) | 59,26 | 54,03 | 64,49 |
| Grado de satisfacción global ^a | 8,94 | 8,76 | 9,12 |

^a Grupos de nivel de satisfacción: muy satisfecho (9,10); satisfecho (7,8); poco satisfecho (5,6); nada satisfecho (3,4).

Tabla 5 – Nivel de satisfacción (análisis estratificado)

| Variables | | Odds ratio (POR) (PR) | IC 95% | | Nivel de significación M-H Chi ^{2a} p |
|--|----------------------|-----------------------|--------|--------|--|
| Sexo | Hombre/mujer | 1,647 | 0,422 | 6,429 | 0,472 |
| Estudios universitarios | Universitarios/otros | 2,727 | 0,699 | 10,642 | 0,140 |
| Contento con Unidad CMA ^b | Sí/no | 1,231 | 1,108 | 1,367 | 0,634 |
| Impresión de la Unidad CMA ^b | Buena/mala | 1,235 | 1,113 | 1,370 | 0,630 |
| Opinión familiar sobre la Unidad CMA ^b | Buena/regular | 1,422 | 1,117 | 1,382 | 0,490 |
| Información adecuada sobre intervención ^b | Buena/regular | 1,235 | 1,114 | 1,370 | 0,630 |
| Comprensión de la información del proceso ^b | Buena/mala | 1,227 | 1,106 | 1,362 | 0,636 |
| Se reoperaría en la Unidad | Sí/no | 4,533 | 0,268 | 76,638 | 0,257 |
| Modalidad de programa quirúrgico | CMA/CE | 6,828 | 2,267 | 20,567 | 0,000 |

PR: razón de prevalencias.
^a Prueba Chi² de Mantel-Haenszel.
^b Razón de prevalencias PR en las variables donde se ha realizado dicho estudio comparativo.

variables (días de dolor, LEQ). En cuanto a días de cuidados informales a domicilio y días de ingreso es donde se puso de manifiesto una relación inversa entre el grado de satisfacción y la incidencia de ambos. El grado de satisfacción contabilizado al mes de finalizar el proceso estuvo influido sobre todo por 2 variables de forma significativa: el n.º de días que fue necesario tomar analgésicos a domicilio tras la intervención, porque condicionó de forma importante la reintegración a la vida normal (determinante del bienestar en la recuperación posquirúrgica), y el tiempo en lista de espera previo a la cirugía, que en función de su prolongación defraudó la expectativa de atención precoz y dinámica del proceso. Estos datos son coincidentes con los observados por otros autores en los estudios realizados con otras poblaciones¹⁹⁻²⁶.

Con respecto a la opinión de los pacientes en relación con la información, la atención profesional recibida y la experiencia anestésica muestran un grado bastante alto de aceptación y se muestran en general satisfechos con ellas. De los resultados obtenidos, destacan las altas puntuaciones relacionadas con la atención prestada por los distintos profesionales, administrativo, de enfermería y facultativo, así como la información recibida sobre el proceso, la comodidad de la Unidad donde se produjo la preparación previa y la recuperación posquirúrgica,

así como la disponibilidad para futuras intervenciones en el mismo programa. Por el contrario, se advierten puntuaciones menos favorables respecto a la experiencia anestésica recibida y, sobre todo, respecto a la opinión familiar sobre la Unidad, adecuación del proceso y trastornos familiares evitados.

Observamos que el porcentaje de casos que cumplimentaron el cuestionario fue de 50,75% del total poblacional, lo cual indica que ha habido una incidencia alta de negativas totales o parciales a contestar las preguntas del test, o quizá ausencia de los pacientes, que no se presentaron a las revisiones que tenían citadas. Este dato está en consonancia con lo recogido por otros autores en cuanto a nivel de cumplimentación de cuestionarios *a posteriori*^{16,27}.

Se prolongó la estancia hospitalaria no programada en 7 casos (3,8%) debido en todos ellos a causas motivadas por la técnica quirúrgica (por complicaciones locales de la herida) o anestésica (anestesia regional). Este dato es coincidente con los datos porcentuales publicados, causados por factores relacionados con la cirugía y el acto anestésico^{28,29}.

Al mes de la intervención, la mayoría de pacientes había recuperado su autonomía para la actividad cotidiana y laboral, habiendo precisado cuidados informales a domicilio un 48,28% de los casos, con un periodo de cuidados inferior, en

Tabla 6 – Nivel de satisfacción^a (análisis multivariable)

| | Nivel de satisfacción | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|--------------|-------|--------|----------------|----------|
| | B | Error típico | p | OR | IC 95% para OR | |
| | | | | | Inferior | Superior |
| Recomienda CMA/CE | 3,308 | 0,999 | 0,001 | 27,331 | 3,859 | 193,578 |
| Horas/día cuidados | -0,019 | 0,008 | 0,015 | 0,981 | 0,966 | 0,996 |
| Cuidados noinformales | | | 0,735 | | | |
| Cuida (madre) | 0,851 | 1,026 | 0,407 | 2,341 | 0,314 | 17,470 |
| Cuida (ATS/DUE) | 0,254 | 1,634 | 0,876 | 1,290 | 0,052 | 31,707 |
| Cuida (esposa) | 2,186 | 1,028 | 0,033 | 8,898 | 1,187 | 66,710 |
| Cuida (esposo) | 0,219 | 1,327 | 0,869 | 1,245 | 0,092 | 16,765 |
| Días de analgesia (dolor) | -0,287 | 0,079 | 0,000 | 0,751 | 0,643 | 0,876 |
| Días en demora quirúrgica (LEQ) | -0,010 | 0,006 | 0,098 | 0,990 | 0,979 | 1,002 |
| Constante | 0,315 | 1,109 | 0,776 | 1,371 | | |

^a Variable dependiente: grado de satisfacción.

general, a una semana, y con una media de menos de 60 min al día. Más de la mitad de los pacientes no precisaron ayuda a domicilio para su actividad cotidiana. Tampoco se evidenció la necesidad de tomar analgésicos durante un periodo de días muy elevado (habiéndose sido suministrada la medicación para 48 h), con un 37,4% de pacientes que los tomaron durante los primeros 2 días, tal y como se les prescribió al alta y con una proporción del 18% que necesitaron analgesia entre una y 3 semanas. El grado de satisfacción global del proceso obtuvo valores altos en un 86,2% de casos y con recomendación de inclusión futura en programa de CMA de un 94,6%.

Nuestro estudio es bastante coincidente con los resultados de publicaciones que relacionan el grado de satisfacción con la información y los cuidados hospitalarios¹⁷, pero además aporta una perspectiva distinta, centrada en estimaciones basadas en la gestión clínica, donde el paciente valora la calidad de los cuidados en relación con el grado de accesibilidad (demora quirúrgica), la calidad asistencial (días de ingreso, dolor postoperatorio) y eficiencia del sistema (aceptación de un programa de CMA/CE).

Las limitaciones principales del estudio radican en haber sido realizado con una muestra de mediano tamaño y haber utilizado para ello un cuestionario *ad hoc*, adaptado a la actividad quirúrgica hernioplastia de otros estudios publicados con anterioridad, pero sin una validación previa, por lo que los resultados han de ser valorados en su limitación, y confrontados posteriormente con otros que se realicen en el futuro con muestras de mayor tamaño. El cuestionario utilizado no está actualmente validado para la enfermedad herniaria de pared abdominal, por lo que será interesante continuar esta línea de investigación dado el interés que creemos que este tema puede tener tanto para los clínicos y gestores como para la población atendida de esta dolencia.

Autoría

1. Concepción y diseño del estudio. Adquisición de datos. Análisis e interpretación de datos: Ricardo de Miguel Ibáñez.
2. Concepción y diseño del estudio. Análisis e interpretación de datos: Francisco Escribano Sotos (Francisco.ESotos@uclm.es).
3. Adquisición de datos: Saif Adeen Naban al Saied, Javier Alonso Vallejo.
4. Aprobación de la versión final para su publicación: Ricardo de Miguel Ibáñez, Francisco Escribano Sotos, Saif Adeen Naban al Saied, Javier Alonso Vallejo.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

Financiación

El artículo no ha sido publicado en otras revistas científicas ni está siendo evaluado actualmente por ninguna revista científica.

El artículo no disfruta de ninguna beca ni soporte financiero.

Agradecimientos

Deseo agradecer el apoyo recibido del profesor don Francisco Escribano Sotos en la realización de este trabajo, sin cuya tutela ello no hubiera sido posible.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ciresp.2015.01.005](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.01.005).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ismail S, Hussain AM. Adequacy of postoperative pain relief after discharge. *J Pak Med Assoc.* 2007;57:371-3.
2. Carvajal J, García S, Márquez M, Hernández I, Martín-García M, Cerquello C. Valoración de la satisfacción de los pacientes intervenidos de vesícula biliar por laparoscopia en un servicio de Cirugía General. *Rev Calidad Asistencial.* 2008;23:164-9.
3. De Miguel- Ibañez R, Nahban-Al Saied SA, Alonso-Vallejo J, Rodríguez-Canales JM, Blanco-Prieto C, Escribano-Sotos F. Cost-effectiveness of primary abdominal wall hernia repair in a 364-bed provincial hospital of Spain. *Hernia.* 2011;15:377-85.
4. Modini C, Bartoli S, Mancini M, Bartoluci P, Luciani G, Canavese A. Surgical day hospital: Technical possibilities and organizational model. *Minerva Chir.* 1992;47(15-16):1293-303.
5. Starkman M, Venutolo F. Problems arising by the creation of an independent ambulatory surgery unit. *Cah Anesthesiol.* 1993;41:537-41.
6. Sturniolo G, Bonanno L, Lo Schiavo MG. Day-surgery as a factor in reducing hospital stay. *Chir Ital.* 2007;59:41-52.
7. Tomassini G, Bernasconi E, Giudice G. From research to clinical practice an interdisciplinary project of day surgery anaesthesiological course: From preoperative evaluation to patient discharge. *Int J Surg.* 2008;6(Suppl 1):S36-40.
8. Imad T, Awad MB, Chung F. Les facteurs influençant la récupération et la sortie après une opération en chirurgie ambulatoire. *Cochrane Central Register for Controlled Trials, MEDLINE®, EMBASE®, CINAHL, and PsycINFO.* Año 1979.
9. Black N, Petticrew M, Hunter D, Sanderson C. Day surgery: Development of a national comparative audit service. *Qual Health Care.* 1993;2:162-6.
10. Fletcher J, Dawes M, McWilliam J, Millar J, Griffiths S. Day surgery and community health services work load: A descriptive study. *Br J Gen Pract.* 1996;46:477-8.
11. Ross J, Ranum D. Improving patient safety by understanding past experiences in day surgery and PACU. *J Perianesth Nurs.* 2009;24:144-51.
12. Leardi S, Pietroletti I, Angeloni G, Ciofani E, de Blasis G, di Bastiano W. Multidisciplinary day surgery unit: 7 years' experience. *Chir Ital.* 2008;60:395-400.
13. O'Connor SJ, Gibberd RW, West P. Patient satisfaction with day surgery. *Aust Clin Rev.* 1991;11:1439.
14. Wong LS, Kaukuntla HK, Lam FT. A survey of patient satisfaction after day case surgery. *Int J Clin Pract.* 1999;53:189-91.
15. Vilagut G, Ferrera M, Rajmilb L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19:135-50.

16. Black N, Sanderson C. Day surgery: Development of a questionnaire for eliciting patients' experiences. *Qual in Health Care*. 1993;2:157-61.
17. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009;13:343-403.
18. Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J, Loureiro R, Teixeira S. Patient satisfaction following day surgery. *J Clin Anaesth*. 2009;21:200-5.
19. Watt-Watson J, Chung F, Chan V, McGillion M. Pain management following discharge after ambulatory same-day surgery. *J Nurs Manag*. 2004;12:153-61.
20. McHugh GA, Thoms GM. The management of pain following day-case surgery. *Anaesthesia*. 2002;57:270-5.
21. Wedderburn AW, Dodds SR, Morris GE. A survey of post-operative care after day case surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 1996;78(2 supp):70-1.
22. Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: Patient satisfaction and outcomes. *Qual Health Care*. 1999;8:86-91.
23. Callesen T. Inguinal hernia repair: Anaesthesia, pain and convalescence. *Dan Med Bull*. 2003;50:203-18.
24. Rawal N, Hylander J, Nydahl RA, Olofsson I, Gupta A. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1997;41:1017-22.
25. Beauregard L, Pomp A, Choinicre M. Severity and impact of pain after day-surgery. *Can J Anaesth*. 1998;45:304-11.
26. Jenkins K, Grady D, Wong J, Correa R, Armanious S, Chung F. Post-operative recovery: Day surgery patients' preferences. *Br J Anaesth*. 2001;86:272-4.
27. Ghosh S, Sallam S. Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community - Services after day surgery. *Br J Surg*. 1994;81:1635-8.
28. Junger A, Klasen J, Benson M, Sciuk G, Hartmann B, Sticher J. Factors determining length of stay of surgical day-case patients. *Eur J Anaesth*. 2001;18:314-21.
29. Junger A, Benson M, Klasen J, Sciuk G, Fuchs C, Sticher J. Influences and predictors of unanticipated admission after ambulatory surgery. *Anaesthesist*. 2000;49:875-80.