



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Estudio del Proceso de Información en el
Paciente Hospitalizado Intervenido Quirúrgicamente
por Cirugía Ortopédica y Traumatología

D^a Elena María García García

2019

A mis padres, por su apoyo incondicional.

A Isa, por ser mi persona.

A Aurelio, por su paciencia, su tiempo y su ayuda.

A mi familia de COT/RHB, en especial a mi equipo de estudio, y más aún a mi coerre, por estar junto a mí cada día.

A mi equipo de apoyo estadístico, lingüístico e informático, sin su colaboración esto no sería posible.

A los que no están, porque les hubiese gustado estar aquí.

Resumen

Introducción:

La información es el pilar de la relación médico paciente, la base de toda actuación médica. Es un derecho básico del paciente, regulado tanto por la ley de autonomía del paciente como por el código deontológico médico. En general, se proporciona de forma verbal, y será el médico responsable el encargado de proporcionarla. Cuando estamos ante un procedimiento quirúrgico, además de verbal se debe proporcionar la información por escrito. Pero no es válido sólo con proporcionarla, sino que el paciente debe de ser capaz de entenderla y recordarla.

Hipótesis y Objetivos:

Discriminar qué factores influyen en la comprensión de la información del proceso quirúrgico y en la satisfacción en el paciente intervenido en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Material y método:

Estudio prospectivo, unicéntrico, observacional y descriptivo realizado mediante una encuesta diseñada “ad hoc” a 312 pacientes hospitalizados intervenidos quirúrgicamente. La veracidad de las respuestas de los pacientes se ha comprobado a posteriori en la historia clínica del mismo. Se utilizó el programa SPSS para realizar el análisis estadístico y se consideró estadísticamente significativo una $p < 0,05$.

Resultados:

Un porcentaje no despreciable de pacientes desconoce aspectos fundamentales del proceso quirúrgico, tales como el diagnóstico (30,7%), el nombre del hueso o articulación intervenida (23,7%), el tipo de intervención (45,2%), el uso de implante (30,8%), y el nombre del cirujano (24,1%). Otras cuestiones como los riesgos y las alternativas a la intervención realizada son

desconocidas para la mayoría de pacientes (74,7% y 72,3% respectivamente). De forma global, un 17,3% de nuestra muestra tiene un conocimiento deficiente, siendo a nivel univariante los factores asociados a ello: la edad avanzada ($p < 0,001$), no tener estudios ($p = 0,018$) y no haber firmado el consentimiento informado ($p = 0,002$); y a nivel multivariante: la edad ($p = 0,002$), no poseer estudios ($p = 0,048$), no haber firmado el consentimiento ($p = 0,015$) y el género masculino ($p = 0,008$). Por otro lado, el 79,4% de los pacientes refieren una satisfacción con la información proporcionada entre buena y muy buena, no encontrando relación entre el conocimiento adecuado y la satisfacción con la información.

Conclusiones:

Se debe ser más proactivo cuando se informa de un procedimiento quirúrgico a un paciente con los factores antes descritos para mejorar la comprensión del mismo.

Abstract

Introduction:

Information is the cornerstone of the doctor-patient relationship, the basis of any medical action. It is a patient's basic right, and so is regulated by the Spanish law on patient autonomy, as well as by the code of ethics. The information is usually transmitted orally by the responsible physician. When dealing with a surgical procedure, the information must be transmitted in writing as well as orally. However, transmitting the information is not sufficient: the patient must be able to understand and remember it.

Hypothesis and Objectives:

Determining which factors affect the patient's comprehension of the information regarding the surgical procedure and the satisfaction of the patient that has undergone Trauma and Orthopedics surgery.

Material and Method:

A prospective, single-center, observational and descriptive study carried out through an ad hoc designed questionnaire, filled out by 312 inpatients that had undergone surgery. The veracity of the patients' answers has been verified after the fact with their medical records. The SPSS software was used to perform the statistical analysis and a $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results:

A non-negligible percentage of patients is not aware of key aspects of the surgical procedure, such as the diagnostic (30.7%), the name of the operated bone or joint (23.7%), the kind of surgery (45.2%), the use of an implant (30.8%) and the name of the surgeon (24.1%). Other issues like risks and alternatives to surgery are unknown to the majority of the patients (74.7% and 72.3% respectively). Globally a 17.3% of our sample has insufficient knowledge, being the factors associated at univariate level: old

age ($p < 0.001$), lack of education ($p = 0.018$) and not having signed the informed consent ($p = 0.002$); and at a multivariate level: age ($p = 0.002$), lack of education ($p = 0.048$), not having signed the informed consent ($p = 0.015$) and male gender ($p = 0.008$). On another note, 79.4% of the patients relate either good or very good satisfaction with the information provided, so have found no relation between adequate knowledge and satisfaction with the information.

Conclusions:

It is necessary to be more proactive when informing a patient with the factors detailed about a surgical procedure in order to improve comprehension.

Índice

Resumen	3
Abstract	7
Índice	11
Índice de Tablas	15
Índice de Figuras	19
1. Introducción	21
1.1. <i>Marco legal</i>	23
1.2. <i>La información</i>	26
1.2.1. Definición y características	26
1.2.2. La información: pilar de la relación médico-paciente	30
1.2.3. La información: proceso en el tiempo	32
1.2.4. La información en Cirugía Ortopédica y Traumatología	33
1.2.5. El consentimiento informado	35
1.2.6. La alfabetización en salud	38
1.2.7. La información como sistema de refuerzo terapéutico	40
1.2.8. Problemática con la información: la comprensión.	41
1.3. <i>La satisfacción del paciente</i>	42
1.3.1. Concepto	42
1.3.2. Factores que influyen en la satisfacción	42
1.3.2.1. Dependientes del paciente	42
1.3.2.2. Dependientes médico o relación médico-paciente	43
1.3.2.3. Dependientes entorno o sistema	44
1.3.3. Satisfacción con la información	45

1.3.4. Importancia de la satisfacción	46
1.3.5. Forma de medida de la satisfacción	47
2. Hipótesis	49
3. Objetivos	53
4. Material y Método	57
4.1. <i>Ámbito y periodo de estudio</i>	59
4.2. <i>Diseño del estudio</i>	59
4.2.1. Tipo de estudio	59
4.2.2. Tamaño de la muestra	60
4.2.3. Criterios de selección de pacientes	60
4.2.4. Variables del estudio	61
4.3. <i>Recogida de datos</i>	68
4.4. <i>Análisis de datos</i>	71
5. Resultados	73
5.1. <i>Análisis de las características sociodemográficas de los pacientes</i>	75
5.2. <i>Análisis descriptivo de las patologías y cirugías realizadas.</i>	77
5.3. <i>Análisis de las variables relacionadas con los días de estancia hospitalaria.</i>	78
5.4. <i>Análisis de las variables relacionadas con la información sobre el proceso quirúrgico.</i>	79
5.5. <i>Análisis de las variables relacionadas con el consentimiento informado.</i>	87
5.6. <i>Análisis de las variables relacionadas con la satisfacción.</i>	88
5.7. <i>Análisis de la relación entre las características sociodemográficas y las variables relacionadas con la información del proceso quirúrgico.</i>	91
5.8. <i>Análisis de la relación entre el tipo de prioridad en la cirugía y las variables relacionadas con el proceso quirúrgico.</i>	96

5.9. <i>Análisis de la relación entre las características sociodemográficas y la satisfacción.</i>	98
5.10. <i>Variable de conocimiento</i>	101
6. Discusión	109
7. Limitaciones	137
8. Conclusiones	141
9. Bibliografía	145
10. Anexos	159
A. <i>Anexo I. Autorización para la realización de un estudio de investigación</i>	160
B. <i>Anexo II: Compromiso de confidencialidad para proyectos de investigación</i>	163
C. <i>Anexo III: Cuestionario sobre la información proporcionada al paciente intervenido quirúrgicamente en traumatología</i>	164
D. <i>Anexo IV: Consentimiento informado</i>	173

Índice de tablas

Tabla 1. Descriptivo de las variables demográficas	76
Tabla 2. Descriptivo de las patologías que presentan los pacientes.	77
Tabla 3. Descriptivo de las intervenciones realizadas.	77
Tabla 4. Descriptivo de tipo de implante utilizado.	78
Tabla 5. Respuestas proporcionadas por el paciente ante la pregunta sobre los la fecha provista de alta.	78
Tabla 6. Respuestas aportadas por los pacientes sobre las cuestiones de las variables relacionadas con el proceso quirúrgico.	80
Tabla 7. Concordancia de las respuestas sobre las cuestiones de las variables relacionadas con el proceso quirúrgico con la historia clínica.	81
Tabla 8. Descriptivo de los riesgos enumerados por los pacientes.	82
Tabla 9. Respuestas de los pacientes a la pregunta sobre si conocía previamente a la realización de la intervención quirúrgica al traumatólogo principal.	83
Tabla 10. Descriptivo resto de variables relacionadas con el proceso quirúrgico.	84
Tabla 11. Descriptivo de las respuestas relacionadas con el CI.	88
Tabla 12. Media de la satisfacción relacionada con el proceso de hospitalización.	89
Tabla 13. Descriptivo de las respuestas de los pacientes a las diferentes cuestiones sobre satisfacción.	90

Tabla 14. Relación en sobre el conocimiento del procedimiento quirúrgico y el género.	92
Tabla 15. Relación entre el conocimiento sobre el procedimiento quirúrgico y la edad.	93
Tabla 16. Relación entre el conocimiento sobre el procedimiento quirúrgico según estudios.	94
Tabla 17. Relación entre el conocimiento sobre la intervención quirúrgica según el tipo de prioridad de la intervención.	97
Tabla 18. Descriptivo y comparativo de la satisfacción entre hombres y mujeres.	99
Tabla 19. Correlación entre los aspectos relacionados con la satisfacción y la edad	100
Tabla 20. Correlación entre los aspectos relacionados con la satisfacción y el nivel de estudios.	101
Tabla 21. Puntuaciones obtenidas por los pacientes en la Variable de Conocimiento.	102
Tabla 22. Descriptivo de grupos de conocimiento.	102
Tabla 23. Efecto de las variables demográficas y de información en presentar un nivel de conocimiento deficitario modelo de regresión logística univariante.	104
Tabla 24. Efecto de las variables demográficas y de información en presentar un nivel de conocimiento deficitario modelo de regresión logística multivariante.	105
Tabla 25. Curva ROC para la edad.	106
Tabla 26. Nivel de conocimiento en función del tipo de intervención.	107

Tabla 27. Coeficiente correlación Pearson (r) entre los aspectos relacionados con el proceso quirúrgico y la variable conocimiento. 107

Índice de figuras

Figura 1. Histograma de barras del descriptivo de la concordancia de las respuestas de las variables proceso quirúrgico (1).	81
Figura 2. Histograma de barras del descriptivo de la concordancia de las respuestas de las variables proceso quirúrgico (2).	82
Figura 3. Histograma de barras del descriptivo de las respuestas de las variables relacionadas con el proceso quirúrgico (3).	85
Figura 4. Histograma de barras con las respuestas a la cuestión de quién ha resuelto sus dudas.	85
Figura 5. Gráfico de sectores sobre la pregunta sobre la resolución de sus dudas	86
Figura 6. Respuesta de los pacientes a la pregunta sobre la firma del consentimiento informado.	87
Figura 7. Distribución de los pacientes según grupo de conocimiento.	103
Figura 8. Curva ROC para la edad.	106
Figura 9. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce el diagnóstico o motivo de la intervención frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente.	113
Figura 10. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce los huesos o articulaciones afectadas frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente.	113

Figura 11. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce el tipo de intervención realizada frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente. 114

Figura 12. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce el implante utilizado frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente. 114

Figura 13. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce los riesgos de la intervención frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente. 115

Figura 14. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce el nombre de cirujano frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente. 115

Figura 15. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce el diagnóstico o motivo de la intervención frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente. 116

1. *Introducción*

1.1. Marco legal

La primera referencia normativa a los derechos de los pacientes en nuestro país es el Art. 148 del Reglamento General de Gobierno y Servicio de las instituciones Sanitarias de la Seguridad Social en 1972. Ella refleja que los pacientes tendrán derecho a “la información relativa al diagnóstico” y “orientación terapéutica”, así como a “autorizar las intervenciones quirúrgicas o actuaciones terapéuticas que impliquen riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su estado de gravedad”.

En la Constitución Española de 1978 se reconoce el derecho a la protección de la salud. Pero no fue hasta 1986, con la ley 14/1986, Ley General de Sanidad cuando se regularon las acciones que permitiesen hacer efectivo dicho derecho. En ella se expone que los españoles son los titulares del derecho a la salud. El paciente tiene derecho a:

- “La información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso” (Art 10.2).
- “A qué se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento” (Art 10.5).
- “A” elegir libremente en entre las diferentes opciones, con la necesidad de quedar por escrito en diferentes casos” (Art 10.6).
- A qué se le “asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer” (Art 7).

Otro punto clave fue la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En el artículo 2, principios básicos, se establece que toda actuación médica debe tener el consentimiento por parte del paciente. Este consentimiento deberá obtenerse siempre después de que el médico haya proporcionado una información adecuada, y será verbal en la mayoría de ocasiones, excepto en ciertos supuestos previstos en la ley. Estos supuestos son: “intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente” (Art 8.2). Será el paciente el que elija entre las opciones disponibles, “después de recibir la información adecuada”. El médico es el responsable que debe garantizar el cumplimiento del derecho a la información (Art 4.3). El profesional está obligado “a la correcta prestación de sus técnicas” y “al cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica” (Art 2.6).

Según establece dicha ley, la información como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica. Debe comprender, como mínimo, el objetivo y el tipo de intervención, sus riesgos, las contraindicaciones y alternativas terapéuticas (Art 10). La información debe ser verídica, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y capacidades. La información le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. El facultativo debe ser consciente de que el objetivo de proporcionar información no es la obtención de la firma del consentimiento informado (CI), ya que si los requisitos antes enumerados sobre las características de la información no se cumplen, el consentimiento informado firmado no será válido.

También encontramos en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, que viene establecida en el Real Decreto Legislativo 1/2007, del 16 de noviembre, en el capítulo II, Derechos básicos de los consumidores y usuarios, que es un derecho básico de los consumidores y usuarios la información correcta sobre los diferentes bienes o servicios y la educación y divulgación para facilitar el conocimiento adecuado sobre su uso, consumo o disfrute (Art.8), así como en el capítulo IV, Derecho a la información, formación y educación, que: “los poderes públicos fomentarán la formación y educación de los consumidores y usuarios, asegurarán que estos dispongan de la información precisa para el eficaz derecho de sus derechos y velarán para que se les preste la información comprensible sobre el adecuado uso y consumo de los bienes y servicios puestos a su disposición en el mercado” (Art.17), por lo tanto, en nuestro caso, el usuario del Sistema Murciano de Salud, debe poseer la información precisa para que pueda realizar un uso adecuado de los servicios que están a su alcance.

En el Código Deontológico de la profesión médica de 2011, se especifica que el médico debe “cuidar su lenguaje” (Art 8), “informará al paciente de forma comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia” (Art 15.1). “La información al paciente no es un acto burocrático sino un acto clínico. Debe ser asumida directamente por el médico responsable” (Art 16.1). El médico respetará la elección del paciente “después de recibir la información adecuada sobre las opciones clínicas disponibles”. Como norma, “la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones” (Art 12.1)

1.2. La información

1.2.1. Definición y características

Según el diccionario de la Real Academia Española (ASALE, 2019), “la información es la comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada”.

En el caso de la información clínica, estos conocimientos serán relativos al estado de salud de un paciente, y se considera información clínica a todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permita adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

La información es un elemento esencial en todas las actividades sanitarias, ya sean asistenciales o no, y se estructura como un deber y un derecho. El paciente tiene el deber de colaborar con los profesionales sanitarios proporcionándoles información y permitiendo su obtención, por ejemplo, de exploraciones complementarias que tenga en su poder. Del mismo modo el paciente tiene el derecho de recibir información, no solo como forma para otorgar un consentimiento, sino como forma de cumplir la ley vigente antes citada.

Las características de esa información están determinadas por ley 41/2002. La información debe ser:

- Clara
- Comprensible
- Simple
- De extensión adecuada a las necesidades del paciente
- Verbal en la mayoría de las ocasiones menos en las excepciones citadas previamente
- Será proporcionada por el médico responsable del paciente

Los ámbitos que debe abarcar la información son (Alfidi, 1975; Meisel, 1977; Lara, 1990; Simón, 1993).

- Descripción del procedimiento
- Riesgos y efectos secundarios
- Beneficios
- Alternativas terapéuticas
- Efectos previsibles de no realizar ningún tratamiento
- Comunicación al paciente de que el médico puede ampliar cualquier punto antes descrito si éste lo desea.
- Comunicación al paciente de que puede reconsiderar su opinión en cualquier momento.

Pero no es solo importante proporcionar una información de calidad, sino que es fundamental que la información que se proporcione sea comprendida y recordada por el paciente. Múltiples factores influyen en el

proceso del recuerdo, incluyendo factores psicológicos, las experiencias previas tanto propias como de sus familiares o conocidos, la relación con el cirujano, el nivel educacional, la negativa consciente e inconsciente a escuchar los riesgos, el tipo de la información que se proporciona, el tiempo empleado... (Latting, 2014).

Es difícil decidir cuanta información se va a proporcionar, y esa decisión depende del médico. Si el médico se rige por proporcionar el máximo beneficio al paciente, puede ocultarle al paciente los riesgos u otras alternativas terapéuticas, si por el contrario, se rige por el principio de autonomía del paciente, proporcionará toda la información que necesite el paciente hasta que tome la decisión (Lara, 1990). Como dice Lara: “ni el médico tiene que decirlo todo, ni el paciente tiene que saberlo todo” (Lara, 1990)

Courtney publicó en 2001 (Courtney, 2001) un artículo en el que mediante un cuestionario a 406 pacientes de un hospital de Nueva Zelanda, se preguntaba a la población qué aspectos sobre la información querían conocer. Los cuatro aspectos más prioritarios para los pacientes eran las opciones de tratamiento, los riesgos, conocer a su cirujano y la técnica quirúrgica. Los cuatro aspectos que mayor porcentaje de respuesta “prefiero conocer” tuvieron los pacientes fueron: el tiempo de recuperación, las opciones de tratamiento, los derechos legales y conocer al cirujano.

En 2004, McGaughey (2004) publicaba un artículo en el que evaluaba a 50 pacientes intervenidos de cirugía artroscópica de rodilla, dentro de un amplio cuestionario sobre la información y la satisfacción con el proceso, también incluía preguntas sobre qué información le hubiese gustado recibir

durante el proceso de consentimiento informado. Las respuestas más frecuentes fueron:

- La patología
- Tratamiento no quirúrgico
- Complicaciones

En 2005, La Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria (Agency for Healthcare Research and Quality, 2005) publicaba un folleto para ayudar a los pacientes quirúrgicos con las preguntas que podrían hacer en la consulta con el médico previo a una intervención. Las preguntas que ellos proponen son:

- *¿Por qué necesito una operación?*
- *¿Qué operación me estás recomendando?*
- *¿Existen alternativas a la cirugía?*
- *¿Cuánto costará la operación?*
- *¿Cuáles son los beneficios de realizar la operación?*
- *¿Cuáles son los riesgos de realizar la operación?*
- *¿Qué pasa si no realizo la operación?*
- *¿Dónde puedo obtener una segunda opinión?*
- *¿Qué tipo de anestesia necesitaré?*
- *¿Cuánto tiempo me llevará recuperarme?*
- Asegurarse de que su cirugía sea segura.

Hemos marcado en cursiva las más relevantes en nuestro medio y según nuestro criterio. Estas formaran parte de nuestro estudio como veremos más adelante.

1.2.2. La información: pilar de la relación médico-paciente

La relación médico-paciente se puede definir como aquella interacción que se establece entre el facultativo y el paciente durante el transcurso de una enfermedad. Esta relación profesional es la base del tratamiento, pudiendo influir en el curso de la enfermedad y la eficacia del tratamiento.

La relación médico paciente existe desde siempre, pero ha ido modificándose a lo largo de la historia. Clásicamente, la relación médico paciente ha sido paternalista, es decir, el médico ordenaba y el paciente obedecía. Era una relación claramente vertical y asimétrica, tanto en conocimientos como social, económica y moral (Villanueva-Cañadas, 2018). Este tipo de relación ha estado presente hasta 1969-70, fecha en la que los propios pacientes reivindicaron un cambio en el tipo de relación, con la aparición de los códigos de derechos de los pacientes, por lo tanto el rol del paciente ha pasado de ser pasivo a ser activo en la toma de decisiones (Villanueva-Cañadas, 2018). En la actualidad sin embargo, la tendencia es hacia la toma de decisiones compartidas (Siegler, 2011) y el nuevo rol del médico sea el de “informe diario-comunicador”, en el que el objetivo de la relación sería educar a los pacientes en la toma de decisiones informadas (Jovel, 2001).

Queda patente en trabajos como el de González-Pérez et al (2008) que los pacientes quieren tener información sobre su salud y enfermedad, y que la fuente de información preferida por la población española es el personal sanitario. Por ello es importante que la transmisión de información sea una parte fundamental de la relación médico-paciente.

La importancia de estos derechos como eje básico de la relación médico-paciente es incuestionable hoy día. Y es precisamente por el principio de autonomía, por lo que el paciente recibe o debería recibir la información sobre el proceso de su enfermedad, para poder participar de manera activa en la toma de decisiones. Tal y como indica Meneu (2002): “compartir información no es lo mismo que compartir la toma de decisiones, pero lo primero es un requisito para lo segundo”, es decir, sin la información necesaria el paciente nunca podrá ser autónomo en la toma de decisiones, y como refiere Pérez-Cárceles (2015), “la asistencia sanitaria de calidad requiere el respeto y la autonomía del paciente, lo que implica tener tiempo para escuchar, informar, obtener el consentimiento y registrar los síntomas en la historia clínica”.

Existen múltiples tipos de información que se entremezclan durante la entrevista médico paciente y no están claramente diferenciados en muchas ocasiones. Los estructuraremos para una mejor comprensión:

- Personal: incluye la presentación de ambos participantes, así como los antecedentes personales del paciente.
- Diagnóstica: es aquella que tiene como objetivo el diagnóstico de la patología. Incluye la anamnesis, la exploración física y las exploraciones complementarias que culminan en un diagnóstico. Puede realizarse en diferentes contextos, ya sea en urgencias en un primer contacto con el médico o en seriadas visitas en consultas externas. Puede realizarse

siempre con el mismo profesional o con diferentes médicos. El objetivo es informar al paciente de la enfermedad que sufre.

- Terapéutica: una vez establecido el diagnóstico, es el momento de explicar las opciones terapéuticas. En el caso de que el tratamiento ofrecido sea una intervención quirúrgica, se debe informar del tipo de intervención, riesgos quirúrgicos, tiempo de hospitalización cuidados postoperatorios, implantes necesarios y alternativas a la cirugía. El médico es el responsable de explicar todos estos aspectos de manera comprensible para el paciente, y sólo cuando el paciente comprenda la información, estará capacitado para tomar una decisión. La toma de esta decisión culmina en la firma del documento del consentimiento informado, pero esta toma de decisiones es un proceso continuo que empieza en el mismo momento en el que comienza la relación médico-paciente, aunque bien es cierto, que existen momentos más relevantes en dicho proceso, como es la firma del CI. Tanto la aceptación como el rechazo de una intervención médica es una manifestación del principio de autonomía (Lara, 1990).

1.2.3. La información: proceso en el tiempo

La información es un proceso continuo complejo, dinámico e incluye una relación fundamentalmente verbal que se produce entre el profesional sanitario y el paciente. Es un continuo que se produce desde la primera consulta hasta que este es dado de alta.

1.2.4. La información en Cirugía Ortopédica y Traumatología

La Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) es la especialidad que se ocupa del estudio, desarrollo, conservación y restablecimiento de la forma y de la función de las extremidades, la columna vertebral y sus estructuras asociadas, por medios médicos, quirúrgicos y físicos. En COT diferenciamos dos grandes grupos de patologías a modo didáctico. Un grupo serían los pacientes con patología degenerativa o complicaciones de implantes previos. Estos pacientes son valorados en consultas externas de traumatología, y es allí donde se produce todo el proceso de información, durante una o varias consultas, y en general, es un único facultativo el encargado de proporcionar toda la información.

El otro gran grupo corresponde a la patología traumática, estos pacientes son generalmente atendidos en urgencias por uno o varios médicos internos residentes, pudiendo ser valorados en consultas con posterioridad por otro facultativo o intervenidos de manera urgente o como urgencia diferida. Distinguiremos también entre intervención urgente, que es aquella que se produce en menos de 24 horas desde el ingreso del paciente o urgencia diferida, que es aquella que produce los días posteriores al ingreso o posterior a la valoración en urgencias en caso de que no precise ingreso. En este segundo grupo de pacientes, la naturaleza repentina y no planificada de la necesidad de intervención, ponen al paciente en desventaja para la comprensión de la información (Sahín, 2010; Kahn, 2012). Como vemos, son dos contextos diferentes, en los que la situación psicológica del paciente, las condiciones físicas del entorno así como la carga asistencial del profesional influyen en el proceso comunicativo.

La intervención quirúrgica se realizará bien tras la espera del turno en la lista de espera quirúrgica si es patología degenerativa, bien en el mismo día si hablamos de una urgencia, o bien en los próximos días si es una urgencia diferida. Posteriormente a la misma, la familia es informada de cómo ha ido el proceso quirúrgico. En líneas generales, el médico que proporciona la información postoperatoria es el cirujano principal, el médico responsable del paciente, que podrá o no corresponderse con el facultativo que ha indicado la cirugía.

Debido al funcionamiento de nuestro centro, normalmente, la patología degenerativa es intervenida por el médico que ha valorado al paciente en consultas externas y por tanto es el mismo que ha realizado la indicación quirúrgica y el responsable íntegro del proceso de información. La patología traumática es más variable, ya que en numerosas ocasiones son los médicos internos residentes los que informan al paciente en urgencias de la patología y de la indicación quirúrgica. Siendo un facultativo especialista adjunto el que informa a la familia después de la intervención y el encargado de continuar el proceso asistencial en consultas externas.

Una vez concluido el proceso de reanimación postintervención, el paciente irá la planta de hospitalización donde estará los días necesarios hasta el día del alta hospitalaria.

Diariamente se realiza el “pase de visita” o “pase de planta”. En él, un facultativo acude a valorar al paciente. Tanto el médico como el paciente y el acompañante proporcionan información relativa al estado de salud del paciente, y el médico informa de las pautas a seguir durante los días postoperatorios, hasta el día del alta. Ese día tanto el paciente como su acompañante, son informados de las medidas postoperatorias a seguir:

movilidad permitida del miembro intervenido, uso o no de tromboprolifaxis, uso de analgesia domiciliaria, uso o no de ortesis, criterios de alarma para consultar en urgencias, etcétera. Toda esta información se proporciona verbalmente y por escrito en el informe de alta hospitalaria, junto a una cita para revisión con su traumatólogo responsable, para continuar con la actividad asistencial

Posteriormente, el proceso informativo continúa en la consulta, y se demorará y se repetirá en el tiempo tantas veces sea necesario según la patología, no finalizando nunca o finalizando con el alta, dependiendo del tipo de patología.

Podemos ver cómo la actividad asistencial es una relación de confianza y respeto mutuo, ligada al proceso comunicativo, y no puede existir actividad asistencial sin información.

1.2.5. El consentimiento informado

El consentimiento médico informado es el documento mediante el cual se garantiza que el paciente, es informado y acepta voluntariamente la realización de acciones diagnósticas o terapéuticas, después de haber comprendido la información que se le ha dado, sobre los objetivos, los riesgos y los beneficios. Hace referencia al principio de autonomía del paciente, a su derecho a decidir libremente sobre las actuaciones médicas relacionadas con su salud. El paciente debidamente informado podrá tomar

las decisiones que considere más beneficiosas para él, asumiendo los riesgos (Villanueva-Cañadas, 2018).

Los elementos que constituyen las características del CI son (Simon, 1993; English, 2002): voluntariedad, capacidad, información y comprensión. Ya hemos hablado previamente de la información, que va ligada a la comprensión de la misma, ya que la información sin comprensión no es legítima. La voluntariedad hace referencia a que el paciente debe decidir libremente, sin coacción, persuasión o manipulación, tanto por sus familiares, como por el personal sanitario. La capacidad o competencia es el más complejo de todos. Es la capacidad del paciente para comprender la situación, tomar y defender decisiones con su propia escala de valores.

Es un error común por los cirujanos considerar que la firma del documento de CI es un requisito legal previo a la intervención, pero si el paciente no entiende lo que firma, se pone en entredicho su validez. Al igual que si no se proporciona la información necesaria, la firma del documento tampoco tiene validez. No es un requisito prequirúrgico para proteger al médico, es un proceso para informar y ayudar al paciente a la toma correcta de decisiones (English, 2002).

El proceso de CI es una obligación con el paciente. Es el respeto a la ley de autonomía, a la profesionalidad del facultativo y además, los beneficios educativos de los pacientes disminuyen las acciones legales (English, 2002).

Bhattacharyya (2005) publicó un trabajo en el que valoraba las reclamaciones por mala praxis en relación con el consentimiento informado

en pacientes de COT en el Estado de Massachusetts (EEUU) en 24 años. Encontró 28 casos en los que los demandantes alegaban una falta de CI dentro de una serie de alegatos que constituían una negligencia médica. De ellos, 15 reclamaron que el motivo de la intervención no les fue explicado o bien que no se les informó del curso de su enfermedad. Trece de ellos alegaron que tenían alguna complicación de la que no habían sido informados, veinte alegaron que no habían sido informados de todos los riesgos y un paciente alegó que era incapaz de firmar el CI por barrera idiomática. De los 28 casos, en 26 se pudo comprobar la existencia del CI así como la firma del paciente en él. De ellos, 20 fueron firmados por el cirujano, 5 por el residente o la enfermera y en un caso por otro cirujano diferente al que realizó la intervención. En 20 casos se comprobó en la historia clínica del paciente que había sido informado de los riesgos y que se había debatido sobre la intervención quirúrgica. El 54% de estas reclamaciones se desestimaron, el 11% el veredicto fue a favor de la defensa, el 32% se resolvió con una indemnización económica al demandante y el 4%, es decir, sólo un paciente obtuvo un veredicto a su favor. Los factores asociados de manera estadísticamente significativa que disminuyen el riesgo de litigios son el reflejo en la historia clínica del proceso de información, así como que sea el cirujano responsable el encargado de la firma del CI. La firma del CI en un lugar diferente a la consulta del médico se asocia con mayor riesgo indemnización.

Ya hemos hecho referencia a que la información administrada durante el proceso de firma del CI debe ser verbal y a su vez, debe entregarse por escrito al paciente. Todos los pacientes que se someten a un procedimiento quirúrgico deben tener en su poder un documento escrito donde se le explica de nuevo el procedimiento, las alternativas y los riesgos. ¿Pero leen los pacientes ese documento o por el contrario sólo forma parte de un cúmulo de papeles en una carpeta? Ekmekci (2016) valoró en una población de pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla los motivos por los

que estos no leían el CI, y estas eran las respuestas: porque tienen palabras que no entienden, la fuente de letra es pequeña y no pueden leerlo, consideran que el médico ya lo ha explicado todo, creen que no lo van a comprender y por eso no lo leen.

Lo mismo opina el personal sanitario (277 profesionales de diferentes puestos) del Hospital Universitario del Mar de Barcelona, en un trabajo realizado por Iglesias-Lepine et al (2007), en el que valoran la percepción del personal sobre el documento del CI. El 76.2% manifestó que es de difícil lectura y entendimiento, así como el 37.9% que tiene mucha información.

¿Y es de difícil lectura? Según publican San Norberto et al (2014), sí. Ellos evalúan la legibilidad de 504 consentimientos informados de las sociedades nacionales quirúrgicas, entre ellas se incluyen de traumatología. Analizan diferentes índices de legibilidad, encontrando por ejemplo, en el índice de Gunning-Fog, un índice superior a los recomendados para la población general y un índice de Fernández-Huerta de mayor dificultad a la indicada para la población general. Al igual que es necesario comprender la información que se proporciona verbalmente, es necesario que los documentos que proporcionemos a los pacientes sean comprensibles (Idoate, 2000).

1.2.6. La alfabetización en salud

El concepto de alfabetización en salud fue introducido por en la década de setenta (Simonds, 1974). No existe consenso claro en su definición. El Instituto de Medicina Americano (Nielsen-Bohlman, 2005), lo define como

"el grado en el que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y entender la información y los servicios de salud básicos necesarios para tomar decisiones apropiadas sobre su salud" (Rosenbaum, 2016; Shahan, 2016).

La alfabetización de la población en conceptos de salud es básica. Si el individuo no entiende los conceptos, difícilmente podrá tomar decisiones sobre su salud (Sorensen, 2012 y 2015). Actualmente es un tema de gran interés. La mitad de los americanos no tienen las competencias necesarias para tomar decisiones sobre su salud (Rosenbaum, 2015), y resultados equivalentes muestran los estudios europeos, en los que ha participado nuestro país (Sorensen, 2015). El 58,3% de la población española presenta una alfabetización en salud inadecuada o problemática (Sorensen, 2015).

Los factores de riesgo identificados en Estados Unidos para una baja alfabetización en salud son: tener estudios inferiores a secundaria, ser mayor de 65 años, vivir por debajo del nivel de pobreza, y la raza hispana y afroamericana (Weiss, 2001; Benson, 2002; Rosenbaum, 2015). En Europa los factores de riesgo identificados son: los bajos ingresos económicos, la baja condición social, la baja educación y la vejez y el género masculino,

La alfabetización en COT no ha sido muy estudiada en la literatura. En el estudio de Roh et al (Roh, 2016), con una muestra de 72 pacientes con tratamiento ortopédico de dedo en martillo, sólo el 47% presentaba una alfabetización adecuada. El mismo autor publica en 2018 (Roh, 2018) otra serie de 133 pacientes intervenidos de túnel del carpo con una alfabetización adecuada en un 56% de los pacientes. En el mismo artículo se concluye que los pacientes de mayor edad y menor nivel de estudios son aquellos con más baja alfabetización, y son estos pacientes los que toman

un rol más pasivo a la hora de decidir la intervención quirúrgica, posiblemente porque no comprenden la información que les estamos proporcionando.

1.2.7. La información como sistema de refuerzo terapéutico

Queda patente la gran importancia de la información desde el punto de vista legal, pero no es su único valor, sino que además aporta ventajas asistenciales. La actividad médica tiene como base la necesidad de ayuda de un sujeto y la comunicación es un concepto fundamental de esa ayuda.

El paciente que comprende el proceso se adapta mejor a las complicaciones (Givel & Meier, 2014), así como el paciente que ha sido informado de los riesgos de la intervención a la que se va a someter, se adapta mejor a las posibles complicaciones que puedan ir ocurriendo.

La información además mejora el cumplimiento terapéutico, mejorando la adherencia al tratamiento. Una toma de decisiones compartida entre el profesional sanitario y el paciente implica que existe una comunicación eficaz entre ambos, y que hay información de calidad, lo que hace que el paciente tome un papel más activo (Ruiz-Azarola & Perestelo-Pérez 2012; Villanueva-Cañadas, 2018). Pero es necesaria la comprobación de lo explicado para tener la certeza de lo que el paciente ha comprendido (Idoate, 2000).

1.2.8. Problemática con la información: la comprensión.

En 1991 el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de nuestro país publicó los resultados de una encuesta realizada a la población para valorar el grado de satisfacción con los servicios sanitarios del país. En lo relativo a la comprensión de la información hospitalaria, el 41% de la población refiere que se entiende regular, mal o muy mal, y el 42% bien o muy bien, por lo que ya es sabido desde hace décadas que el flujo de información entre el médico y el paciente es deficitario, y por tanto, mejorable.

Nos planteamos entonces, ¿Qué o cuánta información debemos proporcionar? ¿Cómo medimos si la información ha sido adecuada o de calidad? ¿Tiene el facultativo tiempo suficiente para proporcionar la información? ¿Es el entorno en el que se proporciona adecuado? ¿Quién proporciona la información es la persona adecuada? ¿Se ha establecido previamente una buena relación médico-paciente? ¿Ha comprendido el paciente la información proporcionada? ¿Tiene el paciente tiempo para valorar las opciones terapéuticas antes de decidirse por un tratamiento u otro? ¿Está el paciente capacitado para tomar decisiones sobre su salud?

Existen múltiples trabajos que evalúan la comprensión del consentimiento informado, pero muy pocos evalúan o analizan la comprensión de la información administrada en relación con la patología que presenta el paciente y el procedimiento terapéutico a realizar. Los pacientes quirúrgicos están en general poco o nada informados sobre su enfermedad y el tratamiento quirúrgico propuesto, y por tanto, pobremente capacitados para tomar decisiones autónomas en relación a su tratamiento.

1.3. La satisfacción del paciente

1.3.1. Concepto

La satisfacción es un concepto multidimensional (Hardy, 1996; Mira & Aranaz, 2000; Bustamante, 2013), es una medida del resultado de la actividad y de la calidad asistencial percibida por los pacientes (Hall & Dornan 1990, Mira, 1998; Mira & Aranaz, 2000). Es el resultado entre la interacción del profesional de la salud y el paciente, o dicho de otro modo, es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente espera que ocurra y la experiencia que obtiene de la interacción (Mira, 1996; Mira & Aranaz, 2000). Los aspectos que la componen varían en función de las circunstancias en las que se produzca la interacción médico-paciente y es una medida modificable por múltiples factores.

1.3.2. Factores que influyen en la satisfacción

1.3.2.1. Dependientes del paciente

- Características sociodemográficas: Existe una tendencia en la bibliografía a encontrar mayor satisfacción en pacientes de mayor edad (Hall & Dornan 1990; Mira & Aranaz, 2000; Carminal, 2002; Jaipaul & Rosenthal, 2003; Mateos, 2009; Parra, 2012) y con mayores ingresos económicos (Mira & Aranaz, 2000). Las mujeres suelen valorar positivamente la atención médica y el entorno de los centros (Mira & Aranaz, 2000), aunque las diferencias por género están ausentes en otros trabajos (Mateos 2009; Parra, 2012). En estudios en consultas externas, la

mujer, que suele tener una mayor edad, junto a la raza blanca británica, se asocian a mayor satisfacción (Bowling, 2013). En cambio, existen otros trabajos que respaldan que no existen tales diferencias (Baumann, 2006 y 2009; Anakwe, 2011).

- Estado de salud: tanto el estado de salud previo (Jaipaul & Rosenthal, 2003; Baumann, 2009), como el postoperatorio modifican la satisfacción (Ronnberg, 2007; Baumann, 2009; Anakwe 2011; Schaal, 2016 y 2017), aunque existe cierta controversia. Parece ser que no es tanto el estado final de salud lo que condiciona la satisfacción, sino la mejoría del estado inicial lo que más valoran los pacientes (Mira & Aranaz, 2000).

- Expectativas previas a la intervención. Sí las expectativas se cumplen, la satisfacción mejora (Ronnberg, 2007; Anakwe, 2011; Hageman, 2014). Por lo tanto, si los pacientes tienen unas expectativas más realistas, mejorará su satisfacción general (Iversen, 1998; Ronnberg, 2007; Hageman, 2014; Latting, 2014).

- Control del dolor: un adecuado control del dolor se asocia con mejores puntuaciones en la satisfacción (Anakwe, 2011; Archer, 2012).

1.3.2.2. Dependientes médico o relación médico-paciente

- Habilidades de comunicación: la capacidad de transmitir información, la cantidad y calidad de información transmitida y el uso de un lenguaje adecuado son valorados de forma positiva. La inadecuada información, así como la ausencia de información o la información incongruente por parte de varios profesionales disminuye la satisfacción del paciente. La comprensión, la escucha con interés mejoran la satisfacción.

- Accesibilidad.

- Competencia profesional. Habilidades clínicas. Competencia examen físico.
- Humanización atención.
- Tipo de relación: que el paciente tenga sensación de confianza para expresar dudas o temores, el número de preguntas que formula y la percepción de continuidad del tratamiento aumentan la satisfacción del paciente. Las relaciones más autoritarias, en las que el paciente se siente incómodo y no puede expresar su opinión o sus dudas disminuyen la satisfacción general. También es importante evitar juicios de comportamiento.
- Falta confidencialidad disminuye la satisfacción.

1.3.2.3. Dependientes entorno o sistema

- Duración de la consulta. Es un aspecto controvertido, Teunis et al (2014), valoraron a 51 pacientes que acudían a consulta del cirujano de mano, encontrando más satisfacción con un menor tiempo de espera que con más tiempo en la consulta, hallazgo concordante con el trabajo de la satisfacción en las urgencias hospitalarias de Bustamante (2013), en el que encuentra que el tiempo de espera hasta ser atendido modifica la satisfacción. Otros autores como Yalin (2015) no encuentra diferencias significativas con la duración de la consulta y la satisfacción del paciente, pero si aumenta la satisfacción con la información proporcionada.
- Duración pase de visita de planta. No hemos encontrado bibliografía que lo evalúe, pero podría ser comparable al tiempo de consulta.
- Tiempo desde que se realiza la intervención hasta que se realiza la encuesta. En el artículo de Ronnberg et al (2007), valoran la satisfacción con diferentes aspectos en pacientes intervenidos de cirugía lumbar

preoperatoriamente y postoperatoriamente, encontrando de forma estadísticamente significativa más respuestas positivas en las preguntas sobre la atención proporcionada en las encuestas realizadas preoperatoriamente, por el contrario, en las cuestiones sobre la información, los riesgos y los cuidados postoperatorios, encuentran más preguntas negativas en los cuestionarios preoperatorios, por lo que el tiempo influye en los resultados de las encuestas.

- Procedimientos burocráticos asociados disminuye la satisfacción general del usuario.
- Características físicas del hospital, la consulta y la zona de hospitalización, la cama.
- Calidad comida o la limpieza.
- Lugar entrevista, se tiene muy en cuenta que se respete la intimidad del paciente.

1.3.3. Satisfacción con la información

El personal médico es la principal fuente de información, la competencia técnica percibida y las decisiones sobre el tratamiento, junto con la información proporcionada por el personal de enfermería son la mayor influencia para la satisfacción del paciente (Hardy, 1996). “La calidad de la asistencia sanitaria no viene definida sólo por el resultado final de una intervención, sino también por la información que el médico proporciona al paciente “(Pérez-Moreno, 1998) y la comprensión del proceso mejora la satisfacción (Hardy, 1996).

En la mayoría de estudios (Baumann, 2009; Anakwe, 2011), la satisfacción con la información es alta aunque los pacientes no sean capaces de recordar la información que se les proporciona (Lemaire, 2006).

Existen múltiples estudios que evalúan las condiciones sobre la hospitalización o la organización de las consultas, urgencias, etc., pero existen pocos trabajos que planteen la satisfacción sobre el proceso de información en el paciente hospitalizado intervenido quirúrgicamente por COT. Y éste es uno de los aspectos de la satisfacción que vamos a estudiar.

1.3.4. Importancia de la satisfacción

La satisfacción aumenta la conformidad, mejora los resultados del tratamiento y disminuye el riesgo de litigios (Hardy, 1996; Courtney, 2001; Hageman, 2014).

Es más fácil que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, (Mira & Aranaz, 2000; Ruiz-Azarola & Perestelo-Pérez, 2012) optimizando las visitas a urgencias, el número de exploraciones complementarias, en definitiva, reduciendo gastos.

La especialidad de COT según el Consejo General de Colegios de Médicos de Cataluña (Bori, 2016) es la que más reclamaciones alcanza, siendo el 17.3% de todos los procedimientos quirúrgicos. Las reclamaciones por supuestos de responsabilidad profesional médica por defecto de información son fácilmente evitables. Teóricamente, el CI es la prueba de dicha información. El paciente no puede ser intervenido sin la información expresada en el CI. La problemática sería conocer si pese a tener el CI firmado, el paciente ha comprendido lo que expresa el documento, aspecto que valoraremos en nuestro estudio.

1.3.5. Forma de medida de la satisfacción

La medición de la satisfacción es un requisito esencial para evaluar los aspectos tanto clínicos como financieros del sistema de salud (Bustamante, 2013). En general, la forma más extendida de medirla es mediante cuestionarios. Pueden ser telefónicos o en papel. Es importante identificar las dimensiones de la satisfacción, seleccionar el método para determinar la valencia de cada dimensión (Mira & Aranaz, 2000). Como en todo cuestionario se debe tener precaución de no formular la pregunta en jerga médica. En general, la dificultad metodológica del cuestionario es que impide comparar con otros estudios (Mira & Aranaz, 2000). Como norma, los suelen realizar los médicos, y pueden dejar sin evaluar aspectos importantes para el paciente (Mira & Aranaz, 2000). Queremos resaltar que es una medida de la calidad percibida y no de la calidad técnica que ofrece un hospital (Mira, 1998).

2. Hipótesis

- Las variables sociodemográficas del paciente influyen en la información que comprende el paciente intervenido quirúrgicamente.

- Las variables sociodemográficas influyen en la satisfacción del paciente.

- La información recibida por los pacientes influye en el grado de satisfacción con el proceso quirúrgico.

3. *Objetivos*

1. Determinar el conocimiento sobre el proceso quirúrgico de una muestra de la población intervenida quirúrgicamente por el servicio de COT.
2. Identificar qué factores influyen en la comprensión deficitaria de la información recibida por el paciente e identificar aquellos grupos de riesgo.
3. Valorar el grado de satisfacción con la información recibida por parte del paciente intervenido por COT.
4. Valorar el grado de satisfacción con la estancia hospitalaria y las relaciones humanas que presentan los pacientes hospitalizados tras una intervención quirúrgica de COT.
5. Conocer que variables influyen en la satisfacción con la información, las relaciones humanas y la estancia hospitalaria.

En definitiva, queremos conocer las características del paciente intervenido quirúrgicamente por el servicio de COT sobre el que hay que ser más proactivo por parte del personal sanitario a la hora de dar información sobre el procedimiento.

4. *Material y Método*

4.1. Ámbito y periodo de estudio

El estudio se ha desarrollado en el Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, integrado en el área VI del Servicio Murciano de Salud, centrados en los pacientes hospitalizados a cargo del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. El área VI cubre una población aproximada de 250000 usuarios (Murcia-Salud), que corresponde al 18% de la población de la Región de Murcia.

Los datos se han recogido desde septiembre de 2017 hasta julio 2018.

4.2. Diseño del estudio

4.2.1. Tipo de estudio

Hemos realizado un estudio unicéntrico, prospectivo, observacional y descriptivo.

El estudio se ha realizado manteniendo en todo caso la anonimización y confidencialidad de los datos. La base de datos se ajusta a lo establecido en la ley de investigación en biomedicina de 2007, y del resto de normativas referentes a la intimidad en las investigaciones biomédicas. El estudio ha sido aprobado por la Comisión de evaluación de trabajos de investigación (CETI) del área VI del Servicio Murciano de Salud (Anexo I) y la

investigadora principal ha firmado el compromiso de confidencialidad para proyectos de investigación del área VI (Anexo II).

Previamente al inicio del estudio, se realizó la validación de la consistencia interna del cuestionario en 40 pacientes, realizando el test Alpha de Cronbach y confirmándose la validez del mismo (Alpha de Cronbach=0,87).

4.2.2. Tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño muestral se ha realizado tomando el total de pacientes intervenidos en 6 meses con un margen de confianza del 95%. La selección de pacientes ha sido de forma aleatoria simple.

El estudio se ha realizado a través de un cuestionario a 312 pacientes ingresados para la realización de una intervención quirúrgica.

4.2.3. Criterios de selección de pacientes

Criterios de inclusión:

- 1) Pacientes intervenidos quirúrgicamente por el servicio de COT de nuestro centro entre septiembre 2017 y julio de 2018.
- 2) Mayores de 18 años de edad.
- 3) Cirugía con ingreso hospitalario.

- 4) Ingreso tras la cirugía superior a un día.
- 5) Nivel cognitivo adecuado que les permita seguir las indicaciones para responder a la encuesta
- 6) Aceptación voluntaria verbalmente de participar en el estudio y firma del CI

Criterios de exclusión:

- 1) Menores de 18 años de edad.
- 2) Pacientes intervenidos con criterios de cirugía mayor ambulatoria.
- 3) Cirugía con ingreso menor o igual a un día tras el procedimiento quirúrgico.
- 4) Barrera idiomática
- 5) Pacientes que rechazan la participación tras la explicación del mismo (19 pacientes rechazaron verbalmente la participación).

4.2.4. Variables del estudio

El cuestionario ha sido diseñado “ad hoc” para este estudio (Anexo III). Es cerrado y anónimo. Consta de 44 ítems, incluyendo variables demográficas, cuestiones sobre el diagnóstico, procedimiento quirúrgico, consentimiento informado, cuidados postoperatorios, satisfacción con la información durante el proceso de hospitalización y satisfacción con diferentes aspectos de la estancia hospitalaria.

Variables cuantitativas:

- Edad: Variable ordinal numeral discreta politómica.
- Días desde la intervención hasta la realización del cuestionario: variable ordinal numeral discreta politómica.
- Enumere los riesgos de la cirugía: Variable ordinal numeral discreta politómica.

Variables cualitativas:

- Género: Variable nominal dicotómica con dos posibilidades de respuesta: 1. Varón 2. Mujer.
- Nacionalidad: Variable nominal politómica con siete posibilidades de respuesta 1. Española. 2. Francesa. 3. Argentina. 4. Rusa. 5. Británica. 6. Boliviana. 7. Ucraniana.
- Idioma materno diferente del castellano. Variable nominal dicotómica con dos posibilidades de respuesta: 1. Sí 2. No.
- Estado civil: Variable nominal politómica con cuatro posibilidades de respuesta 1. Soltero/a. 2. Casado/a. 3. Separado/a-divorciado/a. 4. Viudo/a.
- Nivel de estudios finalizado: Variable ordinal politómica con cuatro posibilidades de respuesta: 1. Sin estudios. 2. Primaria. 3. Secundaria. 4. Universitario o Superiores.
- Tipo de convivencia: Variable nominal politómica con cinco posibilidades de respuesta: 1. Vive solo. 2. Familia de origen. 3. Familia propia. 4. Pareja estable. 5. Asilo-residencia-comunidad.

- Ocupación laboral: Variable nominal politómica con siete posibilidades de respuesta: 1. Activo fijo. 2. Activo eventual. 3. Parado. 4. Incapacidad laboral transitoria. 5. Jubilado-Pensionista 6. Estudiante 7. Trabajo no remunerado.

- Concordancia de la respuesta días de la intervención realizada: variable nominal politómica con tres posibles respuestas: 1. Proporciona una respuesta verdadera. 2. Proporciona una respuesta falsa. 3 No sabe/ No contesta.

- Tipo de prioridad en la intervención realizada. Variable nominal politómica con tres posibilidades de respuesta: 1. Cirugía de urgencia. 2. Urgencia diferida. 3. Cirugía programada. Entendiéndose por cirugía de urgencia aquella cirugía que se produjo el mismo día de su traumatismo, urgencia diferida que fue intervenido en los días posteriores al traumatismo, pudiendo ser con ingreso desde el día de la atención en urgencias o con ingreso posterior, y cirugía programada en el caso de que haya sido en consultas externas donde se decidió la indicación quirúrgica de su patología tras la inclusión en lista de espera quirúrgica.

- Concordancia tipo de prioridad en la intervención realizada: variable nominal politómica con tres posibles respuestas: 1. Proporciona una respuesta verdadera. 2. Proporciona una respuesta falsa. 3 No sabe/ No contesta.

- Diagnóstico o el motivo por el cual le han intervenido. Variable nominal dicotómica con dos posibilidades de respuesta: 1.Sí 2.No.

- Concordancia de la respuesta conoce el diagnóstico o motivo por el cual le han intervenido: variable nominal politómica con tres posibles

respuestas: 1. Proporciona una respuesta verdadera. 2. Proporciona una respuesta falsa. 3. No sabe/ No contesta.

- Nombre de la/s articulación/es o hueso/s afectado/s en su patología: Variable nominal dicotómica con dos posibilidades de respuesta: 1.Sí 2.No.
- Concordancia de la respuesta conoce el nombre de la articulación/es o hueso/s afectados en su patología: variable nominal politómica con tres posibles respuestas: 1. Proporciona una respuesta verdadera. 2. Proporciona una respuesta falsa. 3. No sabe/ No contesta
- Tipo de intervención quirúrgica: Variable nominal dicotómica con dos posibilidades de respuesta: 1.Sí 2.No.
- Concordancia tipo de intervención quirúrgica: variable nominal politómica con tres posibles respuestas: 1. Proporciona una respuesta verdadera. 2. Proporciona una respuesta falsa. 3. No sabe/ No contesta.
- Implante de material protésico o de osteosíntesis durante la cirugía: Variable nominal dicotómica con dos posibilidades de respuesta: 1.Sí. 2. No.
- Concordancia tipo de implante: variable nominal politómica con tres posibles respuestas: 1. Proporciona una respuesta verdadera. 2. Proporciona una respuesta falsa. 3. No sabe/ No contesta.
- Alternativas terapéuticas: Variable nominal dicotómica con dos posibilidades de respuesta: 1.Sí 2.No.

- Consentimiento informado firmado: Variable nominal dicotómica con dos posibilidades de respuesta: 1.Sí. 2. No.
- Realización de preguntas antes de la firma: Variable nominal dicotómica con dos posibilidades de respuesta: 1.Sí 2.No.
- Lectura del consentimiento informado: variable nominal politómica con tres posibles respuestas: 1. Sí, lectura previa a la firma. 2. Sí, lectura posterior a la firma. 3. No 4. No sabe/ no recuerda.
- Lugar de la firma: variable nominal politómica con seis posibles respuestas: 1. En urgencias. 2. En planta de hospitalización. 3. En consultas externas. 4. No lo sabe/ no recuerda. 5. En UCI. 6. Sala prequirúrgica.
- Conocer los riesgos de la cirugía: Variable nominal dicotómica con dos posibilidades de respuesta: 1. Sí. 2. No.
- Concordancia conocer los riesgos de la cirugía: variable nominal politómica con tres posibles respuestas: 1. Proporciona una respuesta verdadera. 2. Proporciona una respuesta falta. 3. No sabe/ No contesta.
- Nombre de su cirujano: Variable nominal dicotómica con dos posibilidades de respuesta: 1. Sí. 2. No.
- Concordancia nombre de su cirujano: variable nominal politómica con tres posibles respuestas: 1. Proporciona una respuesta verdadera. 2. Proporciona una respuesta falta. 3. No sabe/ No contesta.

- Conocer el nombre de su cirujano antes de la intervención quirúrgica: Variable nominal politómica con tres posibilidades de respuesta: 1.Si. 2. No. 3.No sabe/ No contesta.
- Concordancia conocer el nombre de su cirujano antes de la intervención quirúrgica: variable nominal politómica con tres posibles respuestas: 1. Proporciona una respuesta verdadera. 2. Proporciona una respuesta falta. 3. No sabe/ No contesta.
- Días de ingreso restantes: variable nominal politómica con cuatro posibles respuestas: 0. Hoy alta. 1 Alta mañana. 2 Alta pasado mañana. 3 No sabe/ No contesta.
- Información satisfactoria respecto a las medidas postoperatorias: Variable nominal dicotómica con dos posibilidades de respuesta: 1. Sí. 2. No.
- Opción de preguntar las medidas postoperatorias: variable nominal politómica con tres posibles respuestas: 1. Sí. 2. No. 3. No procede.
- ¿A quién ha preguntado?: Variable nominal politómica con 6 posibles respuestas: 1. Traumatólogo. 2. Fisioterapeuta. 3. Enfermero. 4. No lo sabe. 5. No procede. 6. Anestesiólogo.
- Dudas resueltas durante la hospitalización: Variable nominal politómica con tres posibilidades de respuesta: 1. Sí. 2. No. 3. No ha preguntado/ No contesta.
- Satisfacción general con la información proporcionada: Variable ordinal politómica con seis posibilidades de respuesta: 0. Muy poco satisfecho. 1. Poco satisfecho. 2. Medianamente satisfecho. 3. Adecuadamente satisfecho. 4. Bien satisfecho. 5. Muy bien satisfecho.

- Satisfacción con el personal médico: Variable ordinal politómica con seis posibilidades de respuesta: 0. Muy poco satisfecho. 1. Poco satisfecho. 2. Medianamente satisfecho. 3. Adecuadamente satisfecho. 4. Bien satisfecho. 5. Muy bien satisfecho.

- Satisfacción con el personal de enfermería: Variable ordinal politómica con seis posibilidades de respuesta: 0. Muy poco satisfecho. 1. Poco satisfecho. 2. Medianamente satisfecho. 3. Adecuadamente satisfecho. 4. Bien satisfecho. 5. Muy bien satisfecho.

- Satisfacción con el personal auxiliar de enfermería: Variable ordinal politómica con seis posibilidades de respuesta: 0. Muy poco satisfecho. 1. Poco satisfecho. 2. Medianamente satisfecho. 3. Adecuadamente satisfecho. 4. Bien satisfecho. 5. Muy bien satisfecho.

- Satisfacción con el personal administrativo/Celador/personal de seguridad/personal de limpieza: Variable ordinal politómica con seis posibilidades de respuesta: 0. Muy poco satisfecho. 1. Poco satisfecho. 2. Medianamente satisfecho. 3. Adecuadamente satisfecho. 4. Bien satisfecho. 5. Muy bien satisfecho.

- Satisfacción con la relación del profesional sanitario con sus familiares: Variable ordinal politómica con seis posibilidades de respuesta: 0. Muy poco satisfecho. 1. Poco satisfecho. 2. Medianamente satisfecho. 3. Adecuadamente satisfecho. 4. Bien satisfecho. 5. Muy bien satisfecho.

- Satisfacción con la comida: Variable ordinal politómica con seis posibilidades de respuesta: 0. Muy poco satisfecho. 1. Poco satisfecho. 2. Medianamente satisfecho. 3. Adecuadamente satisfecho. 4. Bien satisfecho. 5. Muy bien satisfecho.

- Satisfacción con la limpieza: Variable ordinal politómica con seis posibilidades de respuesta: 0. Muy poco satisfecho. 1. Poco satisfecho. 2. Medianamente satisfecho. 3. Adecuadamente satisfecho. 4. Bien satisfecho. 5. Muy bien satisfecho.
- Satisfacción con la accesibilidad del profesional sanitario: Variable ordinal politómica con seis posibilidades de respuesta: 0. Muy poco satisfecho. 1. Poco satisfecho. 2. Medianamente satisfecho. 3. Adecuadamente satisfecho. 4. Bien satisfecho. 5. Muy bien satisfecho.

4.3. Recogida de datos

Se seleccionaron los pacientes tras comprobar los criterios de inclusión y exclusión con los datos obtenidos de la historia clínica de los mismos mediante el sistema informático SELENE®. Posteriormente se acudió a su habitación de hospitalización para proporcionar la información sobre el estudio y realizar el cuestionario.

Se informó verbalmente al paciente y acompañante del objetivo del estudio, aceptando la realización del mismo. Una vez aceptada su participación, todos los pacientes firmaron el documento de CI diseñado para ello (Anexo IV). Todos los pacientes han participado voluntariamente.

Posteriormente se entregó impreso el cuestionario a cada paciente, siendo realizado de forma autoadministrada en algunos casos y, aquellos pacientes

que lo solicitaron fueron asistidos por el investigador. En todos los casos, al finalizar se recogió la encuesta y los participantes tuvieron la oportunidad de aclarar sus dudas.

La concordancia de las respuestas ha sido comprobada con los datos reflejados en la historia clínica del paciente, dando como válida terminología coloquial frecuentemente utilizada tanto por los pacientes como por los médicos al informar, como por ejemplo, en intervenciones de artroplastia total de cadera o artroplastia parcial de cadera, hemos considerado correcta la respuesta de prótesis de cadera. Del mismo modo, en las fracturas, hemos considerado correctos términos como “hueso roto” o “hueso partido” y hemos considerado correcto el hueso afectado, sin tener que especificar la localización dentro del hueso o el tipo de fracturas, por ejemplo, en fracturas pertrocanteréas de fémur hemos considerado correcto el término fractura de cadera, dado que así es como la mayoría de veces se informa al paciente de la patología. La posterior comprobación de las respuestas ha sido realizada por un único investigador.

Una vez obtenido el cuestionario y comprobadas las respuestas, se construyó la base de datos utilizando el programa informático SPSS v24.

Hemos valorado el proceso de comprensión de la información relacionada con el proceso quirúrgico según las diferentes respuestas a las preguntas relacionadas con dicho procedimiento.

Con el objetivo de determinar aquellas características que se relacionan con el proceso de comprensión de la información, hemos construido una

variable global de comprensión, denominada “Variable de conocimiento”.

Las preguntas que constituyen esta variable son:

- Conoce el tipo de prioridad de la intervención quirúrgica
- Conoce los riesgos sobre su cirugía.
- Conoce el nombre de su cirujano ortopédico o traumatólogo
- Conoce el tipo de cirugía al que ha sido intervenido
- Conoce el diagnóstico o motivo de la intervención
- Conoce el hueso o articulación afectada en su patología
- Conoce si se ha implantado material de osteosíntesis o protésico durante su intervención.

Las cuatro primeras preguntas han sido puntuadas con el valor +1, si la respuesta proporcionada ha sido correcta. Las tres últimas preguntas han sido puntuadas con el valor +2, si la respuesta ha sido correcta. En el caso de respuesta incorrecta el valor es de 0. La elección de la puntuación se ha realizado en función de la importancia, en nuestra opinión, de las preguntas sobre el conocimiento del paciente acerca del proceso. La puntuación total es de 10 puntos, siendo el 10 la comprensión máxima del proceso quirúrgico. Según el nivel de conocimiento, los pacientes se han agrupado en tres grupos. El primero incluye aquellos pacientes con una puntuación menor de 5, que denominaremos “Conocimiento deficiente”, otro con puntuación de 5 a 7, que denominaremos “Conocimiento medio” y un tercer grupo con puntuación de 8 a 10 denominado “Conocimiento alto”.

4.4. Análisis de datos

El análisis estadístico se ha realizado con ayuda de un asesor externo y mediante el programa SPSS v24.

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se emplearon los métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se obtuvo el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente; y para las variables cuantitativas, los valores mínimo, máximo, media y desviación típica.

La comparación entre grupos para las variables cualitativas se realizó mediante la prueba Chi-cuadrado. En las variables cuantitativas, para la comparación de medias entre los grupos se emplearon el test t-Student o la prueba ANOVA, en función del número de grupos y una vez comprobados los supuestos de normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov y de homogeneidad de varianzas con el test de Levene. Las correlaciones entre variables se comprobaron mediante coeficiente de correlación Spearman o Pearson en función del tipo de variable.

El modelo de regresión logística se realizó para determinar el efecto de las variables demográficas y de información en tener un nivel de conocimiento deficitario.

5. Resultados

5.1. Análisis de las características sociodemográficas de los pacientes

La muestra final del estudio es de 312 pacientes de los cuales un 43,3% (n = 135) son hombres y un 56,7% (n = 177) mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y 91 años con un promedio de 64,9 años (DT = 13,8). La mayor parte de la población tiene nacionalidad española, siendo el 4,5% restante de diferentes nacionalidades: Francia (2,6%), Reino Unido (0,6%), Argentina (0,3%), Rusia (0,3%), Bolivia (0,3%) y Ucrania (0,3%). El 96,1% tiene como idioma materno el castellano, el resto refirió tener un idioma diferente, pero presentaban un nivel adecuado de comprensión del castellano que les ha permitido participar en el estudio. En la tabla 1 se muestra el descriptivo de las variables demográficas de nuestra muestra, en la que destaca que el 60,4% refiere estar casado/a, el 72,4% conviven con la familia, el 37,2% de la muestra no tienen estudios y un 63,1% está jubilado/a.

Variable	n	%
Nacionalidad		
Española	298	95,5
Otra	14	4,5
Estado civil		
Soltero/a	34	11
Casado/a	186	60,4
Separado/a-divorciado/a	25	8,1
Viudo/a	63	20,5
Convivencia		
Vive solo/a	46	14,7
Familia de origen	18	5,8
Familia propia	226	72,4
Pareja estable	21	6,7
Asilo-residencia	1	0,3
Nivel de estudios finalizado		
Sin estudios	116	37,2
Estudios primarios	107	34,3
Estudios secundarios	55	17,6
Estudios universitarios o superiores	34	10,9
Ocupación laboral		
Activo fijo	58	18,6
Activo eventual	6	1,9
Parado	16	5,1
Incapacidad laboral transitoria	15	4,8
Jubilado-Pensionista	197	63,1
Estudiante	3	1
Trabajo no remunerado	17	5,4

Tabla 1. Descriptivo de las variables demográficas

5.2. Análisis descriptivo de las patologías y cirugías realizadas.

Cómo vemos en la tabla 2, la patología más frecuentemente intervenida en nuestro centro es la degenerativa (67.3%), tanto articular como de raquis, seguida de la fractura (20.5%) y complicaciones con implantes previos (9.6%). La cirugía más realizada es la artroplastia (61.2%) (Tabla 3) y en la mayoría de las cirugías (93.3%) se ha utilizado algún implante (Tabla 4).

Patología	n	%
Patología degenerativa articular	173	55,4
Fractura	64	20,5
Complicación con implante previo	30	9,6
Lesión tendinosa	4	1,3
Patología degenerativa raquis	37	11,9
Herida/Mordedura/Infección	3	1
Otra	1	0,3

Tabla 2. Descriptivo de las patologías que presentan los pacientes.

Intervención	n	%
Artroplastia	191	61,2
Osteosíntesis	56	17,9
Reparación/Cierre/Reducción cerrada	7	2,2
Discectomía	6	1,9
Artrodesis	38	12,2
Extracción material	1	0,3
Lavado	10	3,2
Otros	3	1

Tabla 3. Descriptivo de las intervenciones realizadas.

Implante	n	%
Sin implante	21	6,7
Artroplastia	191	61,2
Fijación interna	92	29,5
Fijación externa	4	1,3
Otro	4	1,3

Tabla 4. Descriptivo de tipo de implante utilizado.

5.3. Análisis de las variables relacionadas con los días de estancia hospitalaria.

La media de días transcurridos desde la realización de la intervención hasta la realización del test ha sido de 3,1 días (DT 1,4). Esta pregunta ha sido correcta en el 93,3% (n=291) de nuestra muestra. El 1,6% (n=5) proporciona una respuesta errónea y un 5,1% (n=16) no sabe el día de realización de la cirugía.

En el momento de realizar la encuesta, el 31,1% de la muestra desconocía el día de alta hospitalaria, mientras que el 26% respondió al cuestionario el mismo día del alta hospitalaria (Tabla 5).

Días de ingreso restantes	n (%)
Hoy alta	81 (26)
Alta mañana	84 (26,9)
Alta en dos días	50 (16)
No lo sabe	97 (31,1)

Tabla 5. Respuestas proporcionadas por el paciente ante la pregunta sobre los la fecha provista de alta.

5.4. Análisis de las variables relacionadas con la información sobre el proceso quirúrgico.

A continuación, se muestra el análisis descriptivo de las respuestas de las cuestiones relacionadas con el proceso quirúrgico (Tabla 6), así como la concordancia con de esas respuestas con lo manifestado en la historia clínica del paciente (Tabla 7, figuras 1 y 2).

El 93,3 % de los pacientes refiere conocer el diagnóstico por el que han sido operados, sin embargo, sólo el 69,2% de los encuestados proporciona una respuesta correcta o concordante con la historia clínica sobre el motivo de la intervención. El 24% proporciona una respuesta errónea y el 6,7% refiere no conocer el motivo de la intervención.

Un porcentaje menor de pacientes (80,1%) refiere conocer el/los hueso/s o articulación/es afectadas en su enfermedad, siendo correctas el 76,3% e incorrectas el 3,8% de las respuestas. El 19,9% no sabe qué articulación o hueso es el afectado.

El 79,8% refiere conocer si se ha implantado o no material protésico o de osteosíntesis durante su intervención quirúrgica. De ellos, un 69,2% da una respuesta correcta sobre el tipo de implante utilizado durante su cirugía, mientras que el 10,6% proporciona una respuesta incorrecta sobre el tipo de implante utilizado. El 20,2% desconoce si se ha implantado o no material alguno.

Respecto al tipo de prioridad de la intervención, el 7,7% de la muestra ha sido intervenido de urgencia, el 18,3% de urgencia diferida y el 74% de cirugía programada. El 90,7% proporciona una respuesta correcta, 7,4% proporciona una respuesta errónea y el 1,9% refiere no saber la respuesta.

El 61,5% de la muestra estudiada refiere conocer el tipo de intervención que le han realizado, frente al 38,5% que refiere no conocerlo. De las respuestas afirmativas el 54,8% son correctas, siendo un 6,7% de las respuestas erróneas.

	n	%
Conoce diagnostico		
Sí	291	93,3
No	21	6,7
Conoce huesos afectados		
Sí	250	80,1
No	62	19,9
Tipo intervención quirúrgica		
Sí	192	61,5
No	120	38,5
Conoce implante material		
Sí	249	79,8
No	63	20,2
Conocía riesgos de cirugía		
Sí	150	48,1
No	162	51,9
Conoce nombre cirujano		
Sí	246	78,8
No	66	21,2
Tipo de Prioridad		
Cirugía de urgencia	24	7,7
Urgencia diferida	57	18,3
Cirugía programada	231	74

Tabla 6. Respuestas aportadas por los pacientes sobre las cuestiones de las variables relacionadas con el proceso quirúrgico.

	Respuesta, n (%)		
	Acierta	Falla	No lo sabe
Intervenido prioridad	283 (90,7)	23 (7,4)	6 (1,9)
Conoce diagnostico	216 (69,2)	75 (24)	21 (6,7)
Conoce hueso o articulación	238 (76,3)	12 (3,8)	62 (19,9)
Tipo de intervención	171 (54,8)	21 (6,7)	120 (38,5)
Conoce el implante	216 (69,2)	33 (10,6)	63 (20,2)
Conoce los riesgos de la cirugía	79 (25,3)	71 (22,8)	162 (51,9)
Conoce el nombre del cirujano	237 (76)	13 (4,2)	62 (19,9)
Lo conocía previamente	255 (81,7)	57 (18,3)	()

Tabla 7. Concordancia de las respuestas sobre las cuestiones de las variables relacionadas con el proceso quirúrgico con la historia clínica.

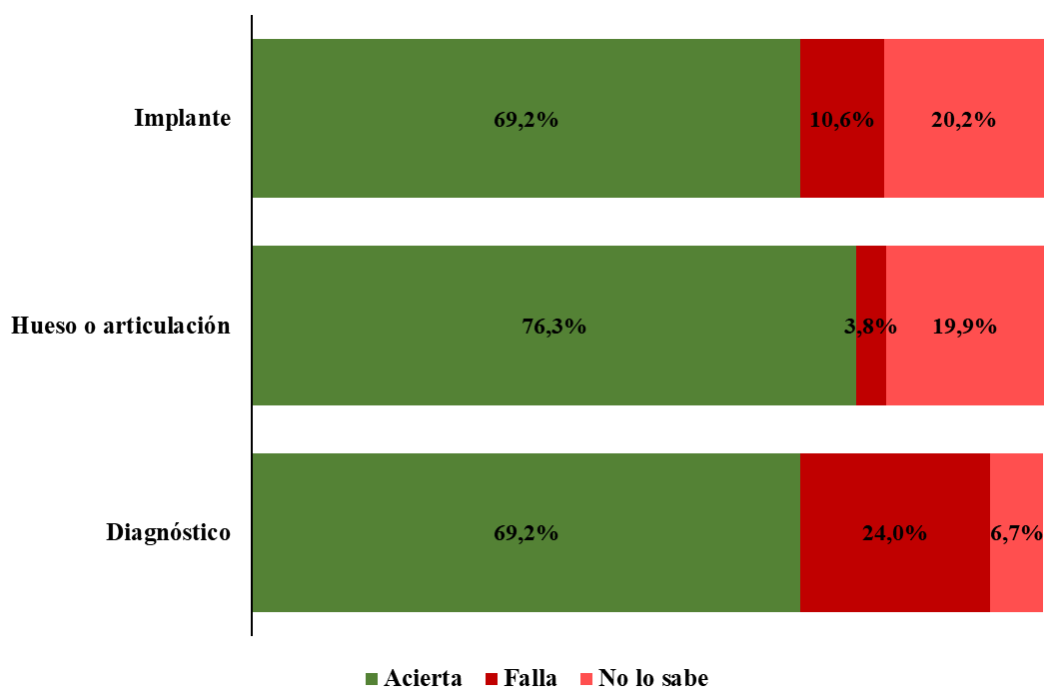


Figura 1. Histograma de barras del descriptivo de la concordancia de las respuestas de las variables proceso quirúrgico (1).

El porcentaje más bajo de respuestas afirmativas lo presenta la pregunta relativa a los riesgos de la cirugía. Más de la mitad de los pacientes (51,9%) refiere no conocer los riesgos de la intervención. De aquellos que refieren

conocerlos, el 22,6% no es capaz de enumerar ninguno, por lo que es finalmente, el 74,4% de la población incapaz de enunciar ningún riesgo de la intervención quirúrgica a la que ha sido sometido. Sólo el 17,9% es capaz de enumerar al menos uno de los riesgos quirúrgicos, un 6,7% enumeran 2, y sólo un paciente sabe 3, 4 y 5 riesgos (Tabla 8). La media de riesgos enumerados es de 0,35 (SD+/- 0,697), la mediana y la moda es de 0 riesgos enumerados.

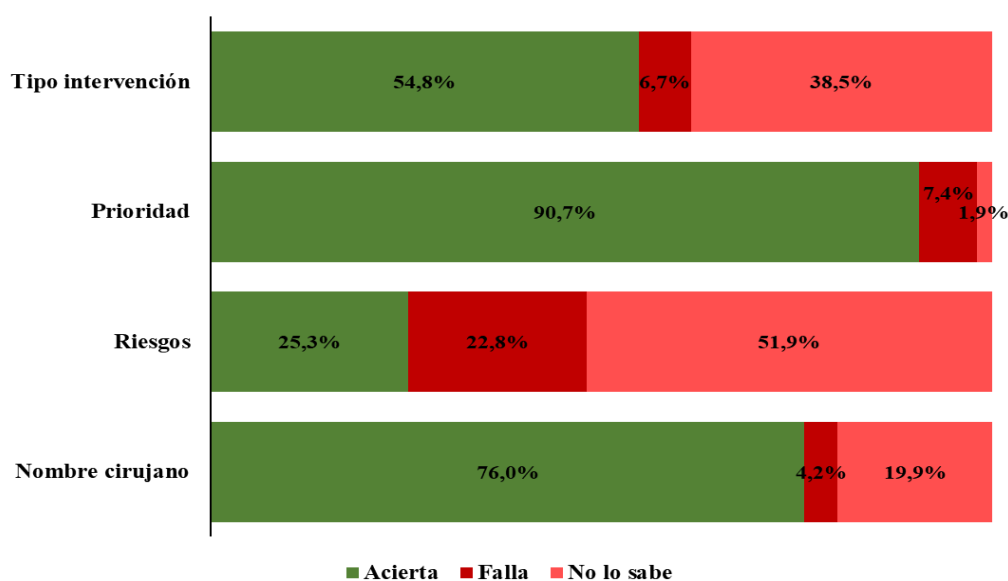


Figura 2. Histograma de barras del descriptivo de la concordancia de las respuestas de las variables proceso quirúrgico (2).

Cuántos enumera	n	%
0	232	74,4
1	56	17,9
2	21	6,7
3	1	0,3
4	1	0,3
5	1	0,3

Tabla 8. Descriptivo de los riesgos enumerados por los pacientes.

El 78,8% de los encuestados refiere conocer el nombre de su cirujano principal, siendo la mayoría (76%) capaces de citarlo correctamente frente al 4,2% que proporciona un nombre incorrecto. El 21,2% restante refiere no conocer o recordar el nombre de su cirujano en el momento de realizar el cuestionario.

El 62,5% de la muestra refiere que conocía a su traumatólogo antes de la realización de la cirugía, frente al 37,2% que refiere no conocerlo y al 0,3% que refiere no saber si lo conoce o no (Tabla 9). De esas respuestas, el 81,7% han podido ser comprobadas como correctas en la historia clínica, mientras que el 18,3% son erróneas y corresponden a pacientes que refieren no conocer a su cirujano pero que han sido valorados por él en consultas externas previamente.

	n	%
Lo conocía previamente		
Sí	195	62,5
No	116	37,2
NS/NC	1	0,3

Tabla 9. Respuestas de los pacientes a la pregunta sobre si conocía previamente a la realización de la intervención quirúrgica al traumatólogo principal.

Podemos ver en la tabla 10 y figura 3, las respuestas sobre el resto de preguntas relacionadas con el proceso quirúrgico. Llama la atención que la mayoría (72.3%) de los pacientes refieren que no se le han ofrecido otras opciones de tratamiento alternativas a la opción quirúrgica realizada. La mayoría (76.9%) considera que la información proporcionada durante el postoperatorio ha sido satisfactoria. De aquellos que consideran que no ha sido satisfactoria, el 70.8% considera que no ha tenido la oportunidad de preguntar sus dudas. De aquellos que por el contrario consideran que sí han tenido la oportunidad de preguntar, ha sido el traumatólogo el que ha

contestado mayoritariamente sus preguntas (Figura 4). Destaca que el 30,8% de los pacientes que han tenido la oportunidad de preguntar sus dudas durante el postoperatorio, no saben quién ha contestado a sus preguntas (Figura 4). En líneas generales, la mayoría de pacientes considera que sus dudas han sido resueltas durante los días de ingreso (Figura 5).

	n	%
Otras opciones de tratamiento		
Sí	86	27,7
No	224	72,3
Información satisfactoria postoperatorio		
Sí	240	76,9
No	72	23,1
Ha podido preguntar		
No	51	70,8
Sí	21	29,2
A quién		
Traumatólogo	13	61,9
Fisioterapeuta	1	4,8
Enfermería	2	9,5
No lo sabe	4	30,8
Anestesista	1	4,8
Han resuelto sus dudas		
Sí	223	71,5
No	34	10,9
No lo sabe	55	17,6

Tabla 10. Descriptivo resto de variables relacionadas con el proceso quirúrgico.

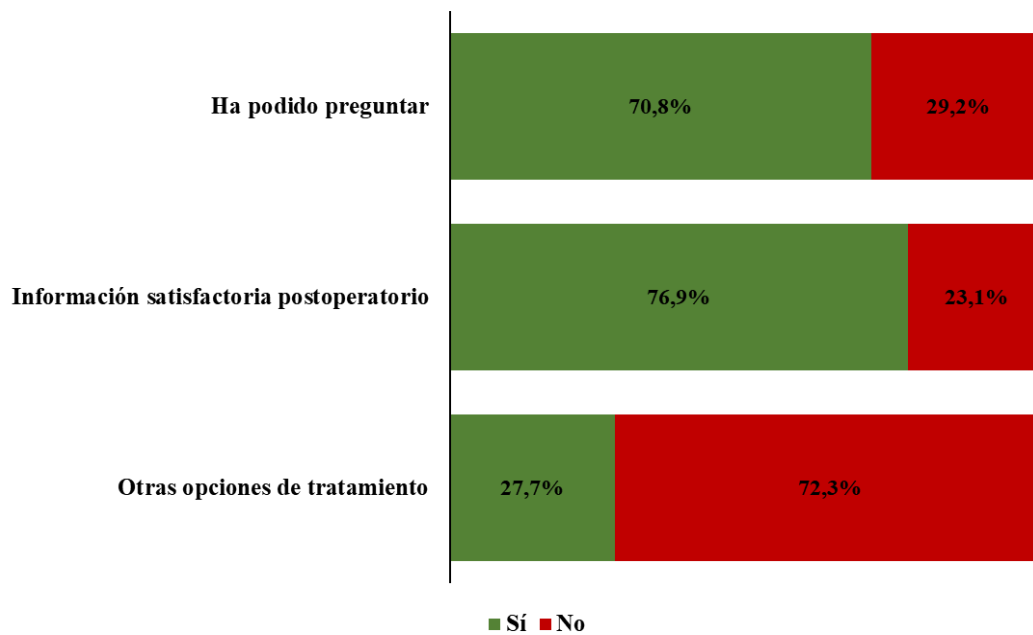


Figura 3. Histograma de barras del descriptivo de las respuestas de las variables relacionadas con el proceso quirúrgico (3).

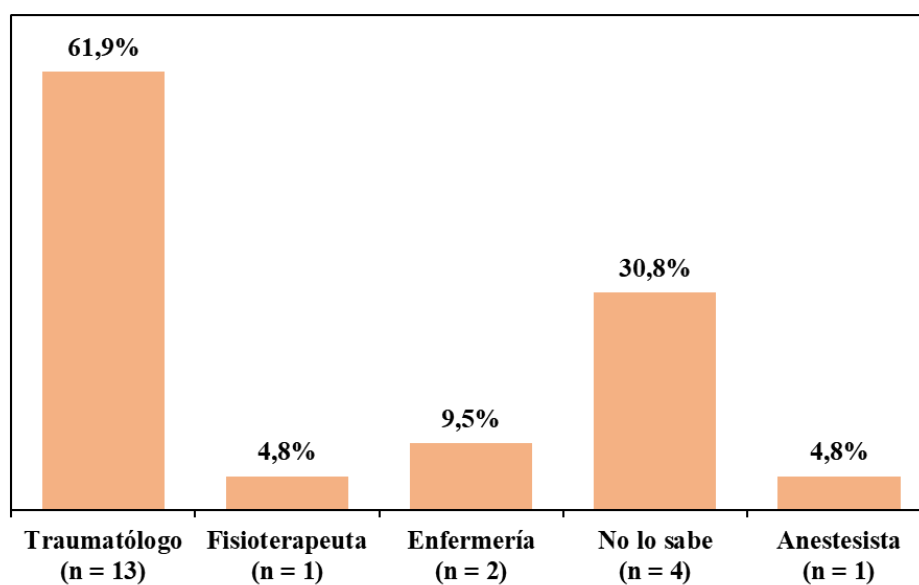


Figura 4. Histograma de barras con las respuestas a la cuestión de quién ha resuelto sus dudas.

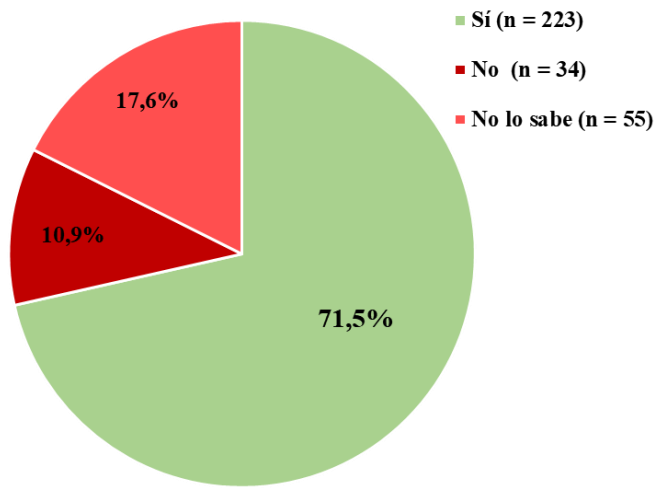


Figura 5. Gráfico de sectores sobre la pregunta sobre la resolución de sus dudas

5.5. Análisis de las variables relacionadas con el consentimiento informado.

Todas las respuestas a las preguntas que forman parte de la variable de conocimiento, están reflejadas en el CI. La mayoría de nuestra muestra (96,8%) de pacientes refiere haber firmado el CI previamente a la intervención quirúrgica. El 2,2% refieren no recordar si lo ha firmado o no, pero en todos los casos se comprobó en la historia clínica que estaba firmado. El 1% (n=3) refiere no haberlo firmado y se comprobó la ausencia del mismo en la historia clínica del paciente (Figura 6).

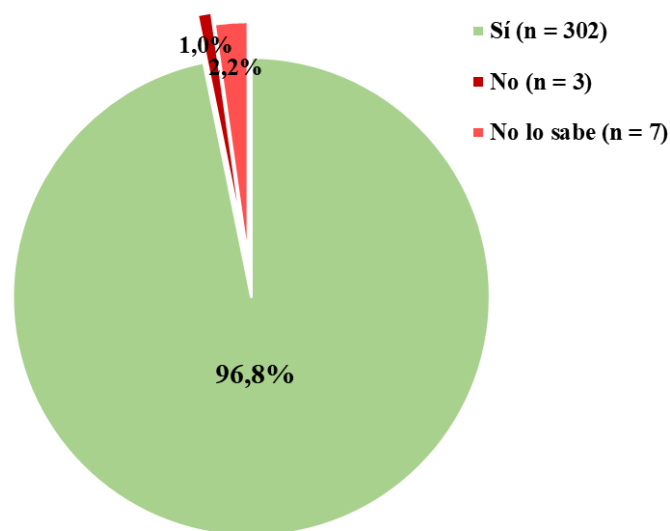


Figura 6. Respuesta de los pacientes a la pregunta sobre la firma del consentimiento informado.

Las respuestas a las preguntas relacionadas con el CI quedan reflejadas en la tabla 11. Destacamos que el 75,3% pacientes refiere que no realizó ninguna pregunta en el momento de firmarlo, así como que el 60,6% de la muestra refiere que no ha leído el CI. La mayoría de los pacientes firmaron

el consentimiento en las consultas externas, siendo anecdótica la firma en otros lugares cómo la UCI o en la sala prequirúrgica.

	n	%
Hizo preguntas		
Si	61	19,6
No	235	75,3
No lo sabe	16	5,1
Lectura		
Sí, antes de firmarlo	67	21,5
Sí después de firmarlo	51	16,3
No lo he leído	189	60,6
No lo sabe/ no recuerda	5	1,6
Dónde lo firmo		
Urgencias	42	13,5
Planta de hospitalización	36	11,5
Consultas externas	209	67
No lo sabe	23	7,4
UCI	1	0,3
Sala prequirúrgica	1	0,3

Tabla 11. Descriptivo de las respuestas relacionadas con el CI.

5.6. Análisis de las variables relacionadas con la satisfacción.

Otro aspecto que hemos valorado con el cuestionario ha sido la satisfacción con la información, con las relaciones humanas y con la estancia del paciente hospitalizado medido mediante la satisfacción con la comida y la limpieza. La media de la satisfacción en todos los aspectos recogidos es buena, excepto en la satisfacción con la comida, que ha sido valorada como

mediana. La mayoría de los pacientes se encuentran muy satisfechos, tanto con la información, como con las relaciones humanas. La satisfacción con la accesibilidad del personal sanitario también ha sido valorada como muy alta por la mayoría de los pacientes. La satisfacción con la comida ha sido la peor valorada, encontrando porcentajes bastante similares en todas las categorías. Podemos ver todos los resultados en las tablas 12 y 13.

	Media	Dt
Satisfacción general con la información	4,45	0,82
Relaciones humanas		
Médicos	4,66	0,68
Enfermería	4,67	0,66
Auxiliares	4,59	0,83
Administrativos/celadores	4,67	0,72
Relación del personal con familia	4,56	0,71
Accesibilidad del profesional sanitario	4,53	0,82
Estancia		
Comida	2,92	1,63
Limpieza	4,21	1

Tabla 12. Media de la satisfacción relacionada con el proceso de hospitalización.

	Respuesta, n (%)					
	Muy poco satisfecho	Poco satisfecho	Medianamente satisfecho	Adecuadamente satisfecho	Bien satisfecho	Muy bien satisfecho
Satisfacción general	1 (0,3)	2 (0,6)	7 (2,3)	23 (7,4)	89 (28,8)	187 (60,6)
información						
Relaciones humanas						
Médicos			8 (2,6)	13 (4,2)	55 (17,8)	233 (75,4)
Enfermería		1 (0,3)	5 (1,6)	13 (4,2)	57 (18,4)	234 (75,5)
Auxiliares	1 (0,3)	2 (0,6)	10 (3,2)	16 (5,2)	53 (17,2)	227 (73,5)
Administrativos/celadores	2 (0,7)	1 (0,3)	2 (0,7)	14 (4,6)	53 (17,3)	233 (76,4)
Relación del personal con familia		1 (0,3)	5 (1,7)	18 (6,1)	76 (25,6)	197 (66,3)
Accesibilidad del profesional sanitario	2 (0,6)		9 (2,9)	18 (5,8)	72 (23,4)	207 (67,2)
Estancia						
Comida	39 (12,7)	23 (7,5)	54 (17,6)	61 (19,9)	66 (21,7)	63 (20,6)
Limpieza	2 (0,6)	4 (1,3)	15 (4,8)	39 (12,6)	95 (30,7)	155 (50)

Tabla 13. Descriptivo de las respuestas de los pacientes a las diferentes cuestiones sobre satisfacción.

5.7. Análisis de la relación entre las características sociodemográficas y las variables relacionadas con la información del proceso quirúrgico.

En cuanto a las variables que pueden influir en qué información sobre el procedimiento quirúrgico conoce el paciente, estudiaremos en primer lugar el género. En la tabla 14 se muestra el descriptivo de las preguntas relacionadas con el proceso quirúrgico según hombres y mujeres, así como el resultado de las pruebas Chi-cuadrado realizadas para determinar la posible relación entre la respuesta dada a cada una de las cuestiones y el género. Los resultados evidenciaron que no existe asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento del paciente y el género.

Otra variable objeto de estudio es la edad del paciente (Tabla 15). La edad de los pacientes que desconocen el diagnóstico, el hueso o huesos afectados en su patología, el tipo de intervención al que se le ha sometido, así como el tipo de material protésico implantado fue significativamente superior con respecto a los que sí que lo conocen. No hemos hallado diferencias en las otras preguntas.

	Género, n (%)		Prueba	Chi-
	Hombre	Mujer	χ^2	p-valor
Concordancia días desde intervención			0,023	0,988
Acierta	126 (93,3)	165 (93,2)		
Falla	2 (1,5)	3 (1,7)		
No lo sabe	7 (5,2)	9 (5,1)		
Prioridad de intervención			4,719	0,094
Acierta	120 (88,9)	163 (92,1)		
Falla	14 (10,4)	9 (5,1)		
No lo sabe	1 (0,7)	5 (2,8)		
Conoce diagnóstico			2,023	0,364
Acierta	95 (70,4)	121 (68,4)		
Fallo	34 (25,2)	41 (23,2)		
No lo sabe	6 (4,4)	15 (8,5)		
Conoce hueso o articulación			2,029	0,363
Acierta	107 (79,3)	131 (74)		
Falla	6 (4,4)	6 (3,4)		
No lo sabe	22 (16,3)	40 (22,6)		
Tipo de intervención			0,064	0,968
Acierta	73 (54,1)	98 (55,4)		
Falla	9 (6,7)	12 (6,8)		
No lo sabe	53 (39,3)	67 (37,9)		
Conoce el implante			3,664	0,16
Acierta	86 (63,7)	130 (73,4)		
Falla	18 (13,3)	15 (8,5)		
No lo sabe	31 (23)	32 (18,1)		
Conoce los riesgos de la cirugía			0,707	0,702
Acierta	31 (23)	48 (27,1)		
Fallo	32 (23,7)	39 (22)		
No lo sabe	72 (53,3)	90 (50,8)		
Conoce el nombre del cirujano			2,433	0,296
Acierta	98 (72,6)	139 (78,5)		
Falla	8 (5,9)	5 (2,8)		
No lo sabe	29 (21,5)	33 (18,6)		
Lo conocía previamente			0,242	0,623
Acierta	112 (83)	143 (80,8)		
Falla	23 (17)	34 (19,2)		
Otras opciones de tratamiento			3,375	0,066
Sí	30 (22,4)	56 (31,8)		
No	104 (77,6)	120 (68,2)		

Tabla 14. Relación en sobre el conocimiento del procedimiento quirúrgico y el género.

	Edad		ANOVA	
	Media	DT	F(2,309)	p-valor
Concordancia días desde la intervención			1,904	0,151
Acierta	64,5	13,7		
Falla	70	17,7		
No lo sabe	70,7	12,9		
Prioridad de intervención			1,695	0,185
Acierta	65,3	12,9		
Falla	59,8	21,6		
No lo sabe	66,5	14,4		
Conoce diagnóstico			8,019	< 0,001
Acierta	63	a 14,7		
Fallo	67,7	b 10,7		
No lo sabe	73,5	c 8,5		
Conoce hueso o articulación			11,34	< 0,001
Acierta	62,9	a 14,6		
Falla	67,7	b 5,2		
No lo sabe	71,9	b 8,2		
Tipo de intervención			3,454	0,033
Acierta	58,4	a 12,3		
Falla	64,4	b 16,8		
No lo sabe	66,6	b 14,9		
Conoce el implante			4,72	0,01
Acierta	59,7	a 13,3		
Falla	64,6	b 15,5		
No lo sabe	68,6	b 13,7		
Conoce los riesgos de la cirugía			2,235	0,109
Acierta	62,1	11,4		
Fallo	65,4	13,3		
No lo sabe	66	14,9		
Conoce el nombre del cirujano			1,391	0,25
Acierta	64,2	13,2		
Falla	64,5	14		
No lo sabe	67,5	15,7		
Lo conocía previamente			Prueba t-Student	
Acierta	64,2	13,7	t(310) = -1,717 0,087	
Falla	67,7	14		
Otras opciones de tratamiento			t(308) = 1,024 0,307	
Sí	66,2	12,2		
No	64,4	14,4		

Tabla 15. Relación entre el conocimiento sobre el procedimiento quirúrgico y la edad.

Con respecto al nivel de estudios (Tabla 16), el porcentaje de pacientes sin estudios que conocen el hueso o huesos afectados en su patología, el

nombre del cirujano y si lo conocía previamente es significativamente inferior con respecto a los pacientes con estudios (primarios, secundarios o universitarios). Paradójicamente hay más fallos en los pacientes con estudios universitarios que en los pacientes sin estudios en la cuestión sobre el hueso o articulación intervenida. De igual modo, hay más aciertos en la pregunta sobre el nombre del cirujano y si lo conocía previamente en los pacientes con estudios primarios que universitarios y más fallos en la pregunta sobre el nombre del cirujano en los pacientes con estudios secundarios que primarios o sin estudios. Estos resultados podrían explicarse por el pequeño tamaño de la muestra de algunos grupos.

	Estudios, n (%)				Prueba	Chi-
	Sin estudios	Primarios	Secundarios	Universitarios	χ^2	p-valor
Concordancia días de la intervención					8,973	0,175
Acierta	106 (91,4)	101 (94,4)	51 (92,7)	33 (97,1)		
Falla		3 (2,8)	1 (1,8)	1 (2,9)		
No lo sabe	10 (8,6)	3 (2,8)	3 (5,5)	()		
Intervenido prioridad					10,899	0,092
Acierta	102 (87,9)	103 (96,3)	51 (92,7)	29 (85,3)		
Falla	10 (8,6)	4 (3,7)	4 (7,3)	3 (8,8)		
No lo sabe	4a (3,4)			2 (5,9)		
Conoce diagnóstico					10,735	0,097
Acierta	70 (60,3)	81 (75,7)	38 (69,1)	27 (79,4)		
Fallo	33 (28,4)	21 (19,6)	15 (27,3)	6 (17,6)		
No lo sabe	13 (11,2)	5 (4,7)	2 (3,6)	1 (2,9)		
Conoce hueso o articulación					21,843	0,001
Acierta	76a (65,5)	85b (79,4)	45b (81,8)	32b (94,1)		

Falla	3a (2,6)	4a (3,7)	4a (7,3)	1a (2,9)		
No lo sabe	37a (31,9)	18b (16,8)	6b (10,9)	1b (2,9)		
Tipo de intervención					11,642	0,07
Acierta	55 (47,4)	69 (64,5)	34 (61,8)	21 (61,8)		
Falla	2 (1,7)	3 (2,8)	7 (12,7)	5 (14,7)		
No lo sabe	59 (50,9)	35 (32,7)	14 (25,5)	8a (23,5)		
Conoce el implante					6,251	0,396
Acierta	81 (69,8)	72 (67,3)	39 (70,9)	24 (70,6)		
Falla	9 (7,8)	10 (9,3)	9 (16,4)	5 (14,7)		
No lo sabe	26 (22,4)	25 (23,4)	7 (12,7)	5 (14,7)		
Conoce los riesgos					4,756	0,575
Acierta	23 (19,8)	28 (26,2)	16 (29,1)	12 (35,3)		
Fallo	26 (22,4)	25 (23,4)	12 (21,8)	8 (23,5)		
No lo sabe	67 (57,8)	54 (50,5)	27 (49,1)	14 (41,2)		
Conoce nombre del cirujano					16,489	0,011
Acierta	75a (64,7)	91b (85)	45b (81,8)	28b (82,4)		
Falla	5a (4,3)	4a (3,7)	3a (5,5)	1a (2,9)		
No lo sabe	36a (31)	12b (11,2)	7b (12,7)	5b (14,7)		
Lo conocía previamente					10,193	0,017
Acierta	86a (74,1)	96b (89,7)	47b (85,5)	28b (82,4)		
Falla	30a (25,9)	11b (10,3)	8b (14,5)	6b (17,6)		
Otras opciones de tratamiento					0,582	0,9
Sí	29 (25,2)	31 (29,2)	16 (29,1)	10 (29,4)		
No	86 (74,8)	75 (70,8)	39 (70,9)	24 (70,6)		

Tabla 16. Relación entre el conocimiento sobre el procedimiento quirúrgico según estudios. Nota: a-c: Comparaciones dos a dos. Entre dos grupos diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (corrección Bonferroni)

5.8. Análisis de la relación entre el tipo de prioridad en la cirugía y las variables relacionadas con el proceso quirúrgico.

Otro aspecto a considerar es sí el tipo de prioridad de la intervención influye en la comprensión del proceso quirúrgico (Tabla 17). Encontramos como hallazgos significativos estadísticamente los días desde la intervención hasta la realización del test, es decir, que los pacientes intervenidos de urgencia y urgencia diferida con más frecuencia no saben los días que están intervenidos. Lo mismo sucede con el tipo de prioridad, los pacientes intervenidos de urgencia o urgencia diferida no saben con mayor frecuencia el tipo de prioridad de su intervención, y los pacientes programados por el contrario sí lo conocen con mayor frecuencia. Paradójicamente, encontramos que el conocimiento del diagnóstico es mayor en pacientes intervenidos de urgencia y urgencia diferida que en los pacientes programados, siendo esta asociación estadísticamente significativa. El tipo de intervención tiene más respuestas correctas en el grupo de cirugía programada frente al resto, y los pacientes que desconocen el tipo de intervención realizada con los pacientes de urgencia o urgencia diferida. Los riesgos de la cirugía son poco conocidos en general por todos los grupos de pacientes, pero encontramos mayor porcentaje de desconocimiento en los pacientes intervenidos de urgencia. El nombre del cirujano principal es con mayor frecuencia desconocido en los pacientes intervenidos de urgencia diferida, seguido de urgencia y finalmente, cirugía programada. En el resto de cuestiones no hemos obtenido resultados estadísticamente significativos.

			Tipo de prioridad en la intervención, n (%)			Prueba Chi-cuadrado	
			Urgencia	Urgencia diferida	Cirugía programada	χ²	p-valor
Concordancia días desde intervención						22,940	0,000
	Acierta		19(79,2)	49 (86)	223 (96,5)		
	Falla		0 (0)	3 (5,3)	2 (0,9)		
	No lo sabe		5 (20,8)	5 (8,8)	6 (2,6)		
Concordancia tipo de prioridad de la intervención						14,356	0,006
	Acierta		10 (41,7)	20 (35,1)	141 (61)		
	Falla		2 (8,3)	5 (8,8)	14 (6,1)		
	No lo sabe		12 (50)	32 (56,1)	76 (32,9)		
Conoce diagnóstico						17,353	0,002
	Acierta		22 (91,7)	48 (84,2)	146 (63,2)		
	Fallo		2 (8,3)	5 (8,8)	68 (29,4)		
	No lo sabe		0 (0)	4 (7)	17 (7,4)		
Conoce hueso o articulación						4,179	0,382
	Acierta		21 (87,5)	47 (82,5)	170 (73,6)		
	Falla		0 (0)	2 (3,5)	10 (4,3)		
	No lo sabe		3 (12,5)	8 (14)	51 (22,1)		
Tipo de intervención						14,356	0,006
	Acierta		10 (41,7)	20 (25,1)	141 (61,0)		
	Falla		2 (8,3)	5 (8,8)	14 (6,1)		
	No lo sabe		12 (50)	32 (56,1)	76 (32,9)		
Conoce el implante						5,581	0,223
	Acierta		14 (58,3)	38 (66,7)	164 (71)		
	Falla		3 (12,5)	10 (17,5)	20 (8,7)		
	No lo sabe		7 (29,2)	9 (15,8)	47 (20,3)		
Conoce los riesgos de la cirugía						14,277	0,006
	Acierta		1 (4,2)	10 (17,5)	68 (29,4)		
	Fallo		4 (16,7)	11 (19,3)	56 (24,2)		
	No lo sabe		19 (79,2)	36 (63,2)	107 (46,3)		
Conoce el nombre del cirujano						31,108	0,000
	Acierta		16 (66,7)	28 (49,1)	193 (83,5)		
	Falla		1 (4,2)	5 (8,8)	7 (3)		
	No lo sabe		7 (29,2)	24 (42,1)	31 (13,4)		
Lo conocía previamente						2,240	0,326
	Acierta		22 (91,7)	48 (84,2)	185 (80,1)		
	Falla		2 (8,3)	9 (15,8)	46 (80,7)		
	No lo sabe						
Otras opciones de tratamiento						18,796	0,001
	Sí		1 (4,2)	7 (12,3)	78 (33,8)		
	No		23 (95,8)	50 (87,7)	151 (65,4)		

Tabla 17. Relación entre el conocimiento sobre la intervención quirúrgica según el tipo de prioridad de la intervención.

5.9. Análisis de la relación entre las características sociodemográficas y la satisfacción.

En la tabla 18 se muestra el descriptivo del cruce de las puntuaciones obtenidas en las variables de satisfacción con la variable género, así como el resultado de las pruebas t-Student realizadas para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en dichos aspectos.

En la satisfacción relacionada con la accesibilidad del profesional sanitario, son los hombres los que mostraron una puntuación significativamente inferior respecto a las mujeres, mientras que, en la limpieza, los hombres presentan una satisfacción significativamente superior respecto a la valorada por las mujeres. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables.

	Sexo, media (DT)		Prueba t-Student	
	Hombre	Mujer	t(gl)	p-valor
Satisfacción general con la información	4,37 (0,92)	4,51 (0,74)	t(307) = -1,497	0,135
Relaciones humanas				
Médicos	4,68 (0,67)	4,65 (0,70)	t(307) = 0,426	0,671
Enfermería	4,62 (0,69)	4,71 (0,64)	t(308) = -1,135	0,257
Auxiliares	4,56 (0,82)	4,6 (0,84)	t(307) = -0,426	0,67
Administrativos/celadores	4,57 (0,90)	4,74 (0,55)	t(303) = -2,025	0,044
Relación personal con familia	4,52 (0,82)	4,59 (0,62)	t(295) = -0,835	0,404
Accesibilidad del profesional sanitario	4,37 (1,02)	4,66 (0,60)	t(306) = -3,113	0,002
Estancia				
Comida	3,2 (1,57)	2,71 (1,65)	t(304) = 2,629	0,009
Limpieza	4,33 (0,91)	4,13 (1,06)	t(308) = 1,757	0,08

Tabla 18. Descriptivo y comparativo de la satisfacción entre hombres y mujeres.

Respecto a la edad, se calculó el coeficiente de correlación lineal de Pearson (r) para estudiar la posible relación entre las puntuaciones otorgadas a los diferentes aspectos de satisfacción y la edad, cuyos resultados se muestran en la tabla 19. La satisfacción, excepto la mostrada con la comida, mostró una relación positiva estadísticamente significativa con la edad, de forma que la satisfacción aumenta a medida que aumenta la edad de los pacientes.

	Edad	
	r	p-valor
Satisfacción general con la información	0,239	< 0,001
Relaciones humanas		
Médicos	0,21	< 0,001
Enfermería	0,125	0,028
Auxiliares	0,195	0,001
Administrativos/celadores	0,239	< 0,001
Relación del personal con familia	0,249	< 0,001
Accesibilidad del profesional sanitario	0,238	< 0,001
Estancia		
Comida	0,034	0,554
Limpieza	0,149	0,009

Tabla 19. Correlación entre los aspectos relacionados con la satisfacción y la edad

El coeficiente de correlación de Spearman (r_s) se utilizó para estudiar la posible relación entre las puntuaciones otorgadas a los diferentes aspectos de la satisfacción y el nivel de estudios (Tabla 20). La satisfacción, excepto la mostrada con los médicos y con la comida, mostró una relación negativa y estadísticamente significativa con los estudios de forma que, la satisfacción disminuye a medida que aumenta el nivel de estudios.

	Estudios	
	r_s	p-valor
Satisfacción general con la información	-0,153	0,007
Relaciones humanas		
Médicos	-	
	0,092	0,108
Enfermería	-0,159	0,005
Auxiliares	-0,192	0,001
Administrativos/celadores	-	
	0,249	< 0,001
Relación del personal con familia	-0,188	0,001
Accesibilidad del profesional sanitario	-	
	0,244	< 0,001
Estancia		
Comida	0,035	0,538
Limpieza	-0,167	0,003

Tabla 20. Correlación entre los aspectos relacionados con la satisfacción y el nivel de estudios.

5.10. Variable de conocimiento

Para poder evaluar la cantidad de información que los pacientes expresan en relación a las respuestas proporcionadas en el cuestionario, se construyó la “variable de conocimiento” con las respuestas a las preguntas del test que evalúan la información comprendida por parte del paciente del proceso quirúrgico previamente mencionadas. De tal forma que aquel paciente con la mayor información sobre el proceso quirúrgico obtendría 10 puntos. En la tabla 21 podemos ver la puntuación obtenida por los pacientes. Hemos agrupado a los pacientes en tres grupos según la puntuación obtenida (Tabla 22), calificando el conocimiento como deficiente (puntuación menor de 5), conocimiento medio (puntuación de 5 a 7) y conocimiento alto

(puntuación de 8 a 10). La media de respuestas correctas fue de 6,8 (DT = 2,3), siendo los valores de los percentiles: P25 = 5, P50 = 7 y P75 = 9.

Conocimiento	n	%
0	2	0,6
1	5	1,6
2	12	3,8
3	9	2,9
4	26	8,3
5	29	9,3
6	43	13,8
7	53	17
8	52	16,7
9	50	16
10	31	9,9

Tabla 21. Puntuaciones obtenidas por los pacientes en la Variable de Conocimiento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	54	17,3	17,3	17,3
	Medio	125	40,1	40,1	57,4
	Alto	133	42,6	42,6	100,0
	Total	312	100,0	100,0	

Tabla 22. Descriptivo de grupos de conocimiento.

Para determinar qué variables tienen un efecto significativo en que los pacientes tengan un nivel conocimiento deficitario, se realizaron modelos de regresión logística a nivel univariante y a nivel multivariante. Para ello se

agruparon los pacientes en dos categorías: los pacientes con un conocimiento adecuado (puntuación igual o superior a 5 puntos) y aquellos con un nivel deficiente (puntuación inferior a 5 puntos). Podemos ver la distribución de los pacientes según el nivel de conocimiento en la figura 7.

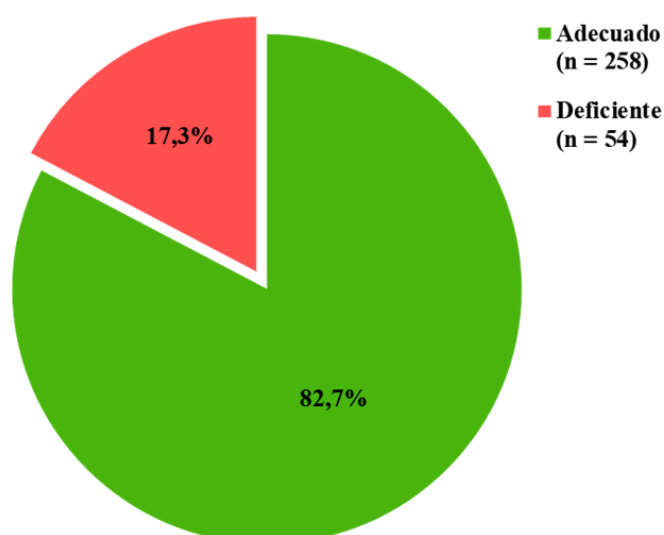


Figura 7. Distribución de los pacientes según grupo de conocimiento.

A nivel univariante (Tabla 23), la edad mostró un efecto significativo de forma que, a mayor edad de los pacientes mayor probabilidad de presentar un conocimiento deficitario (OR = 1,66, $p < 0,001$). El nivel de estudios también mostró un efecto estadísticamente significativo de forma que los pacientes sin estudios tienen 11,5 veces más probabilidad de tener un conocimiento deficitario con respecto a los que tienen estudios universitarios (OR = 11,51, $p = 0,018$). Por último, los pacientes que no firmaron el consentimiento informado, tienen 7,94 veces más probabilidad de tener un conocimiento deficitario con respecto a los que sí lo firmaron (OR = 17,94, $p = 0,002$).

A nivel multivariante (Tabla 24), los pacientes de mayor edad tienen mayor probabilidad de presentar un conocimiento deficitario (OR = 1,55, $p = 0,002$), los hombres tienen 2,53 veces más probabilidad de tener un conocimiento deficitario con respecto a las mujeres (OR = 2,53, $p = 0,008$), los pacientes sin estudios tienen 7,78 veces más probabilidad de tener un conocimiento deficitario con respecto a los que tienen estudios universitarios (OR = 7,78, $p = 0,048$) y los pacientes que no firmaron el consentimiento informado, tienen 7,26 veces más probabilidad de tener un conocimiento deficitario con respecto a los que sí lo firmaron (OR = 7,26, $p = 0,015$).

	Univariante		
	B (ET)	OR (IC95%)	p-valor
Edad	0,06 (0,02)	1,66 (1,03 - 2,09)	< 0,001
Género			
Mujer		Ref.	
Hombre	0,42 (0,30)	1,52 (0,84 - 2,74)	0,163
Nivel estudios			
Sin estudios	2,44 (1,04)	11,51 (1,51 - 87,86)	0,018
Primarios	1,68 (1,05)	5,38 (0,68 - 42,34)	0,11
Secundarios	1,73 (1,09)	5,62 (0,67 - 47,08)	0,112
Universitarios		Ref.	
Firma CI			
Sí		Ref.	
No	2,07 (0,66)	7,94 (2,16 - 29,19)	0,002
Lectura CI			
Sí		Ref.	
No	0,44 (0,32)	1,55 (0,82 - 2,93)	0,174

Tabla 23. Efecto de las variables demográficas y de información en presentar un nivel de conocimiento deficitario modelo de regresión logística univariante. ET: error típico. OR: odds ratio. IC: intervalo confianza. † Modelo: $\chi^2(7) = 38,3$, $p < 0,001$, R^2 Nalgelkerke = 0,192

	Multivariante[†]		
	B (ET)	OR (IC95%)	p-valor
Edad	0,05 (0,02)	1,55 (1,02 - 1,99)	0,002
Género			
Mujer	Ref		
Hombre	0,93 (0,35)	2,53 (1,28 - 5,00)	0,008
Nivel estudios			
Sin estudios	2,05 (1,08)	7,78 (0,93 - 65,12)	0,048
Primarios	1,50 (1,08)	4,46 (0,53 - 37,35)	0,167
Secundarios	1,97 (1,12)	7,17 (0,80 - 64,34)	0,079
Universitarios	Ref		
Firma CI			
Sí	Ref		
No	1,98 (0,81)	7,26 (1,48 - 35,64)	0,015
Lectura CI			
Sí	Ref		
No	0,04 (0,39)	1,04 (0,49 - 2,23)	0,915

Tabla 24. Efecto de las variables demográficas y de información en presentar un nivel de conocimiento deficitario modelo de regresión logística multivariante. ET: error típico. OR: odds ratio. IC: intervalo confianza. [†] Modelo: $\chi^2(7) = 38,3$, $p < 0,001$, R^2 Nagelkerke = 0,192

Para determinar el punto de corte de la edad a partir de la cual se considera que el paciente tiene un nivel de conocimiento deficiente, se calculó la curva ROC (Figura 8) evaluando la capacidad discriminativa de la variable mediante el valor del área bajo la curva. En la tabla 25 se muestra el punto óptimo (punto en el que la sensibilidad y especificidad son lo más iguales y altas posible) considerado, la sensibilidad, especificidad y el área bajo la curva (ABC). La edad fueron los 70,5 años.

Conocimiento	Edad (punto corte)	Sensibilidad	Especificidad	Área (IC 95%)	p-valor
Deficiente	70,5	0,648	0,632	0,685 (0,607 - 0,763)	< 0,001

Tabla 25. Curva ROC para la edad.

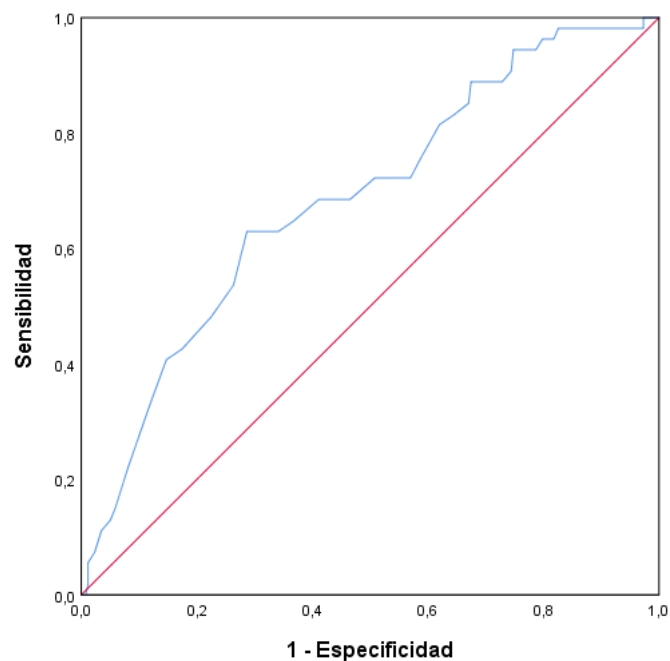


Figura 8. Curva ROC para la edad.

En la tabla 26 se muestra el descriptivo del nivel de conocimiento en función del tipo de prioridad de la intervención. La prueba Chi-cuadrado evidenció que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el tipo de intervención ($\chi^2(2) = 0,194, p = 0,908$).

	Intervención		
	Cirugía de urgencia	Urgencia diferida	Cirugía programada
Conocimiento			
Adecuado	20 (83,3)	46 (80,7)	192 (83,1)
Deficiente	4 (16,7)	11 (19,3)	39 (16,9)

Tabla 26. Nivel de conocimiento en función del tipo de intervención.

En la tabla 27 se muestra el resultado del coeficiente de correlación entre la variable de conocimiento y las variables que evalúan la satisfacción los aspectos relacionados con el proceso quirúrgico, y se observó que ninguna de las variables se correlacionó significativamente con el conocimiento.

	Conocimiento	
	r	p-valor
Satisfacción general con la información	-0,034	0,554
Relaciones humanas		
Médicos	0,058	0,307
Enfermería	0,035	0,541
Auxiliares	0,009	0,874
Administrativos/celadores	0,051	0,375
Relación del personal con familia	-0,024	0,685
Accesibilidad del profesional sanitario	0,056	0,33

Tabla 27. Coeficiente correlación Pearson (r) entre los aspectos relacionados con el proceso quirúrgico y la variable conocimiento.

6. *Discusión*

Dado el número de datos obtenidos, vamos a intentar discutir solamente aquellos datos que consideramos más interesantes de cara a responder a los objetivos planteados.

Cómo hemos visto en la introducción, el proceso de la información al paciente es un continuo que se desarrolla en etapas que se resuelven en contextos muy diferenciados. La cantidad y la calidad de la información proporcionada al paciente quirúrgico es un tema complejo. Una información de calidad es aquella que se adapta al paciente, y con ella el paciente debe ser capaz de elegir el tratamiento más adecuado para él. Probablemente, no es la misma información la que se proporciona durante una visita a consulta, que la información que se proporciona en el servicio de urgencias previa a una intervención de carácter urgente. Ambos procesos informativos concluyen en la firma por parte del paciente y del médico del CI. Esa firma teóricamente refleja que el proceso informativo ha sido completo. Pero, ¿comprenden los pacientes la información que le proporcionamos en la práctica clínica diaria? El proceso continúa, pues la información se continúa proporcionando en planta después de la intervención quirúrgica, tanto sobre la misma como sobre los cuidados postoperatorios posteriores. No hemos encontrado estudios que evalúen el grado de conocimiento de la población hospitalizada intervenida quirúrgicamente por el servicio de COT del mismo modo que nosotros, aunque sí que hay diversos estudios que tratan de analizar el grado de la comprensión de la información en el paciente quirúrgico.

Nuestra muestra incluye 312 pacientes. Aproximadamente, la edad media de la misma es de 65 años y la mitad son hombres y la mitad mujeres. Nuestra muestra representa a los pacientes que habitualmente se intervienen en nuestro servicio, dado que la patología más predominante es degenerativa, presentándose por tanto en la población adulta. La mayoría son españoles,

hallazgo concordante al ser un hospital del sistema público de salud. La mayoría están casados y viven con su propia familia. Concordante con la edad media de la muestra es la actividad laboral, ya que el 63% está jubilada. La mayoría de pacientes no tiene estudios previos o tiene estudios primarios. Hallazgo también concluyente con la población de mayor edad de nuestro país. Por lo tanto, nuestra población es representativa de la población normal y es concordante con otras muestras de otros estudios de pacientes de traumatología de nuestro país (Herrera-Espiñeira, 2006).

Para evaluar el nivel de comprensión de la información proporcionada durante la consulta o la atención en urgencias, tenemos una serie de cuestiones con sus correspondientes respuestas, por un lado tenemos las respuestas que los pacientes han dado, y por otro la veracidad de las mismas respecto a lo reflejado en la historia clínica del paciente. Como hemos descrito en los resultados, existe un porcentaje de pacientes que contestan afirmativamente a las preguntas con respuesta dicotómica sí/no, pero cuando deben escribir o decir la respuesta a la pregunta, proporcionan una que no se corresponden con la información hallada en la historia clínica, es por ello que existe una discrepancia entre lo que el paciente cree que sabe y lo que conoce verdaderamente. Podemos ver la representación gráfica de esta información en las figuras 9-15. En ellas vemos representada por la primera barra en verde el porcentaje de respuestas afirmativas, así como su correspondencia en el mismo color en la segunda barra de aquellas respuestas correctas con lo hallado en la historia clínica. En rojo vemos en ambas columnas las respuestas negativas y en rosa en la columna de la derecha vemos el porcentaje de respuestas que los pacientes proporcionan como afirmativo, pero que no se corresponde con lo hallado en la historia clínica.

Diagnóstico

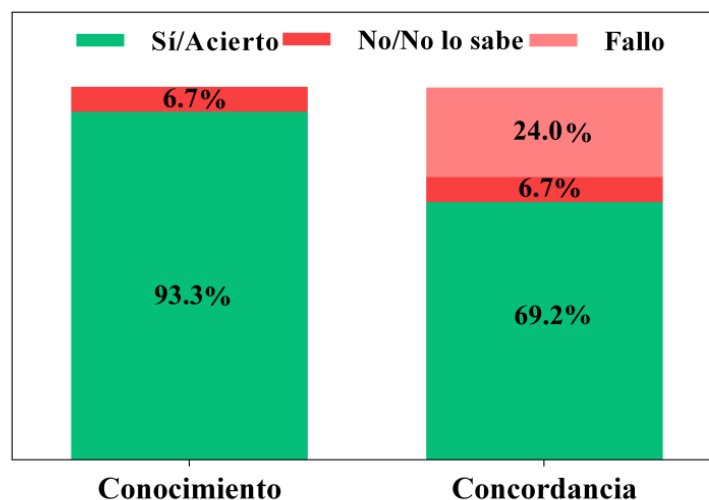


Figura 9. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce el diagnóstico o motivo de la intervención frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente.

Huesos afectados

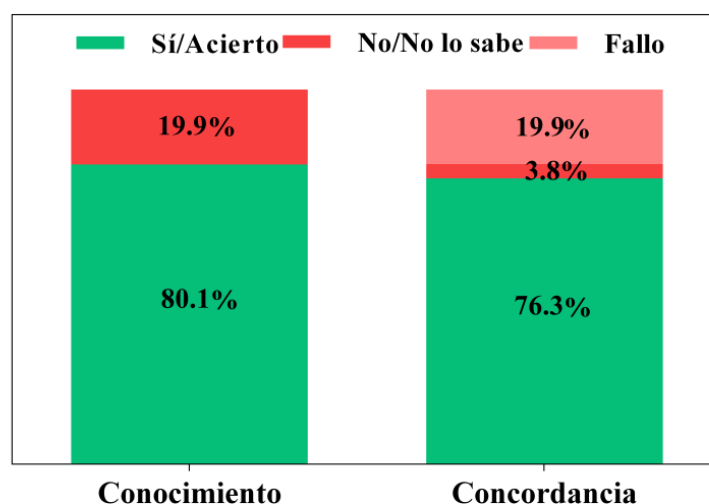


Figura 10. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce los huesos o articulaciones afectadas frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente.

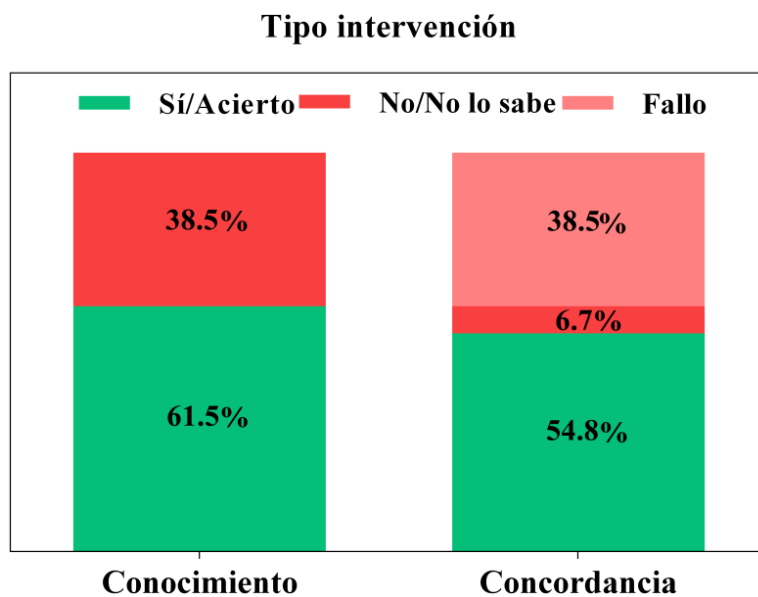


Figura 11. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce el tipo de intervención realizada frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente.

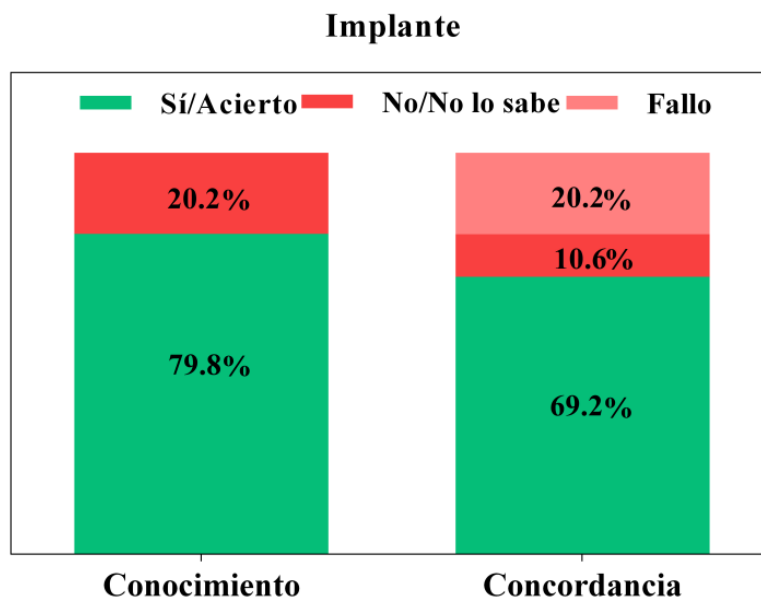


Figura 12. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce el implante utilizado frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente.

Riesgos cirugía

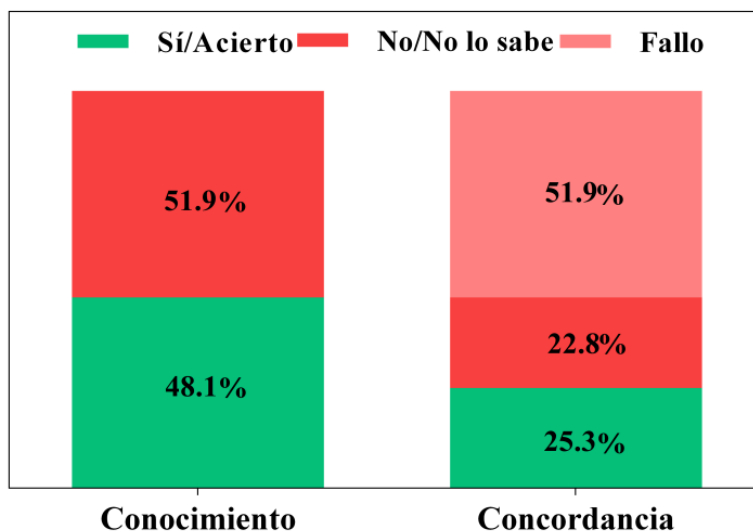


Figura 13. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce los riesgos de la intervención frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente.

Nombre cirujano

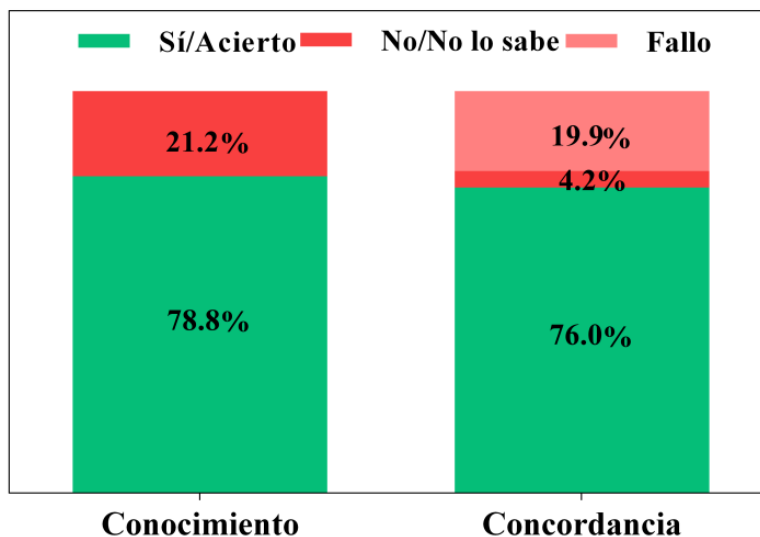


Figura 14. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce el nombre de cirujano frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente.

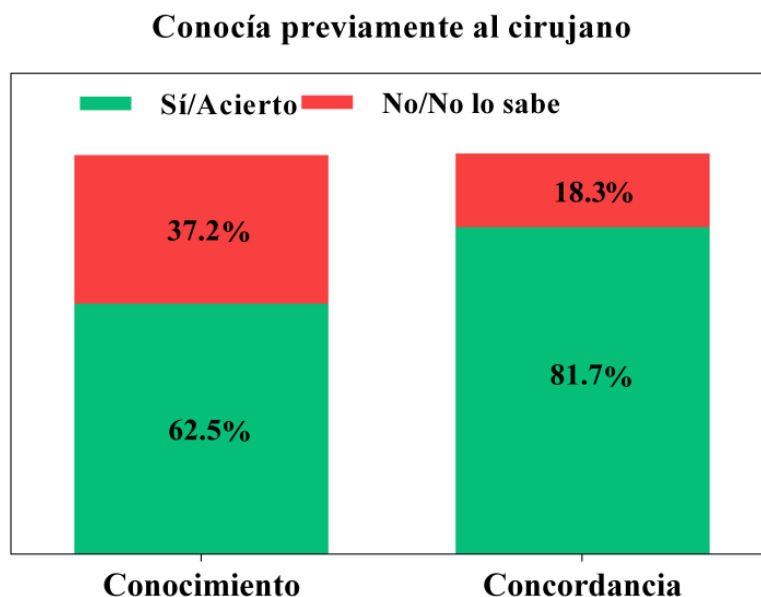


Figura 15. Histograma de barras que muestra la respuesta proporcionada por los pacientes a la pregunta sobre si conoce el diagnóstico o motivo de la intervención frente a su correspondencia con los datos hallados en la historia clínica del paciente.

Parece razonable pensar que los pacientes, salvo en los casos de urgencia vital, deben conocer el motivo por el que se someten a una intervención quirúrgica. La pregunta que más fallos acumula es precisamente la relativa al motivo o diagnóstico de la intervención. El 69,2% proporcionan una respuesta concordante con la indicada en la historia clínica, pero el 24% de los pacientes cree que ha sido intervenido por un motivo diferente al real y un 6,7% no sabe el motivo de su intervención. Una cuestión similar se estudió en 2010 en Uruguay; González et al (2010) publicaron un trabajo que evaluaba la cantidad y la calidad de la información de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, este estudio incluye 60 pacientes de diferentes especialidades quirúrgicas. Ante la pregunta sobre la información recibida sobre la patología, el 73% proporcionaba información correcta, mientras que el 18% proporcionaba información discordante con la hallada en la historia clínica. El 8% restante refiere no haber recibido información. Nuestro porcentaje de fallos es mayor, pese a que la muestra uruguaya

incluye muchos procesos oncológicos, en los que en ocasiones se limita la información al paciente y nosotros no tenemos ningún proceso de este tipo. En el estudio de Sahin (2010) sobre una muestra de 142 pacientes de COT en Bursa, el porcentaje de pacientes capaces de recordar el diagnóstico en el postoperatorio era del 92,3%. Este trabajo es similar al nuestro en cuanto a metodología y población, pero el conocimiento de sus pacientes sobre el diagnóstico es bastante mejor. Resultados comparables tenemos con el trabajo de Giudici et al (2015), realizado en Francia en 2015, mediante un cuestionario en consultas para valorar la comprensión después de la indicación de la intervención quirúrgica, con una muestra de 21 pacientes. El 62% contestó que conocía el motivo de la intervención, pero tras evaluar el cuestionario, sólo el 38% había comprendido verdaderamente el motivo de la intervención. En el trabajo de Shahan (2016), realizado en Tennessee, recogen 35 encuestas realizadas después del alta de pacientes intervenidos únicamente de patología traumática, y el 40% de ellos no pudieron recordar sus lesiones. Un porcentaje mayor de aciertos obtenemos en nuestra muestra al diferenciar el tipo de prioridad de la cirugía, si bien nosotros hemos distinguido entre urgencia diferida y urgencia, el porcentaje de aciertos es del 84,2% y 91,7%, respectivamente, y del 63,2% en patología programada. En el estudio de Kadakia et al (2013), en 146 pacientes también únicamente de pacientes de traumatología intervenidos de fracturas, el 47,9% de ellos conoce el hueso fracturado.

La pregunta que más pacientes no saben contestar es la relativa al tipo de intervención realizada. El 40% de nuestros pacientes no saben a qué cirugía han sido sometidos. Dato muy llamativo, dado que el desconocimiento del tipo de intervención anula la validez del CI. En el trabajo de Sahin (2010), el porcentaje de pacientes que desconocen la intervención es similar al nuestro, del 39,4%, y en el de Shahan (2016) algo superior, del 54%. En la serie de González et al (2010), el porcentaje es menor, siendo el 22% de su muestra los que desconocían el tratamiento realizado, frente al 78% que sí

lo conocía. En Reino Unido, Khan et al (2012) publicaron un estudio de 99 pacientes de traumatología, comparando cirugía de cadera programada con urgente, y obtienen que el 100% de los pacientes sometidos a cirugía programada conocen el tipo de intervención realizada, pero en contraposición, el 74% de los sometidos a cirugía urgente lo desconocen. Unos datos más positivos publican, Bhangu et al (2008), también en una población de Reino Unido, en el que de una muestra de 40 pacientes sometidos a cirugía ortopédica, y 41 sometidos a cirugía traumatológica, hallan un porcentaje de conocimiento de la intervención realizada del 100% y del 90%, respectivamente. En nuestra muestra, si distinguimos por el tipo de cirugía, los porcentajes de conocimiento del tipo de intervención realizada con 41,7% para la urgente, 25,1% para la urgencia diferida y 61% para la programada. Como vemos, al igual en las series citadas, los porcentajes de conocimiento de la intervención son mayores en cirugía programada que en cirugía de urgencia, pero todavía distan de ser del 100%.

Una pregunta específica de la especialidad de COT es la relativa al material protésico o de osteosíntesis utilizado. De nuestra muestra, el 93.3% de las intervenciones han precisado de algún tipo de implante. El 69.2% de los pacientes conocían el tipo de implante. Un 20% de nuestra muestra desconoce si se ha implantado material durante la realización de la intervención y un 10% de los pacientes proporcionan una respuesta errónea sobre el tipo de implante utilizado. No hemos encontrado diferencias según el tipo de prioridad de la intervención..Giudici (2015) también realiza una cuestión sobre el material implantado, siendo el 62% de respuestas correctas sobre el tipo de implante, un porcentaje bastante similar al nuestro.

En general, los médicos suelen informar sobre aquellos riesgos que ocurren con una frecuencia mayor del 1% (Yalcin, 2015). El conocimiento del

paciente sobre los riesgos quirúrgicos es un tema controvertido, hay autores que refieren que conocerlos puede aumentar la ansiedad o que puede provocar rechazo a la cirugía, y otros que conocer el peligro al que se enfrentan puede disminuirla (Dawes, 1993; Kerrigan, 1993; Tabak, 1994). Pero, tal como demuestra Yalcin (2015), los pacientes quieren conocer los riesgos de la cirugía, y quieren que se les informe a él y a sus familiares. Es por ello llamativa la cantidad de errores que tienen los pacientes en la pregunta relativa al riesgo quirúrgico, aproximadamente un cuarto de los pacientes contestan que sí los conocen, pero son incapaces de citar ninguno de los riesgos. Aproximadamente la mitad de los pacientes responden que no saben ningún riesgo de la cirugía o si ésta puede tener algún riesgo. Sólo el 25.6% es capaz de enumerar algún riesgo de la cirugía, siendo un solo riesgo en la mayoría de las ocasiones. Por tanto, podemos afirmar que la comprensión del riesgo quirúrgico es deficitaria en nuestra muestra, a pesar de que en el documento de consentimiento, que la mayoría ha firmado, vienen detallados múltiples riesgos, tanto derivados de las características del paciente, como de la propia cirugía. Unos resultados bastante similares con los nuestros los encontramos en el estudio de Pérez-Moreno (1998) en un trabajo realizado en un centro de nuestra comunidad autónoma, encontrando que el 69.3% de su muestra (300 pacientes intervenidos de diferentes especialidades) refirieron que nadie les había informado de los riesgos de la cirugía. También son concordantes estos resultados con los de González (2010), que publica que la posibilidad de complicación es desconocida para el 45% de su muestra y en el grupo de pacientes de Khan (2012) intervenidos de urgencia, en los que el 52% desconoce los riesgos. Hallazgos también concordantes con nuestra muestra presenta Giudici (2015), sólo el 28.6% de su muestra había comprendido los riesgos. En la muestra de Sahin (2010) el 22.5% los pacientes son capaces de recordar tres o más de los riesgos y en la de Bhangu (2008) los porcentajes son del 62% para pacientes de cirugía programada y 22% para cirugía de traumatología. Llama la atención que en el estudio de Khan (2012), el 100% de los pacientes intervenidos de cirugía

programada conocen los riesgos sobre la misma. Nosotros no hemos encontrado diferencias al comprar por el tipo de prioridad de la intervención. Este dato nos hace ver la posibilidad de una gran mejoría en la información que proporcionamos sobre los riesgos de la cirugía. En el trabajo de Brezis (2008), un estudio multicéntrico que incluye 613 pacientes de diferentes especialidades sometidos a procedimientos invasivos, que incluye tanto pacientes hospitalizados como ambulatorios, los porcentajes de explicación de los riesgos según los pacientes varían desde el 39-60% según las especialidades, aunque no se comprueba realmente si los pacientes los conocen o no, solo valoran si se explicaron los riesgos. Sobre los riesgos quirúrgicos, Falagas et al (2009), realizaron en una revisión de la literatura donde estudiaron entre otros, la comprensión de los riesgos en pacientes: intervenidos quirúrgicamente por diferentes especialidades y pacientes que participaban en estudios clínicos. Concluyen que una buena proporción de pacientes no pueden comprender los riesgos de los procedimientos, y esta comprensión podría mejorar si la información se proporciona por una persona de confianza en vez de en un documento por escrito.

Según la ley española (Ley 41/2002), es el médico responsable el que debe informar de los riesgos relativos a los procedimientos quirúrgicos, aunque éstos también deben estar reflejados en el CI, por lo que todos los pacientes deberían de haber sido informados verbalmente y además deberían tener el CI en un documento escrito. A pesar de que frecuentemente encontramos reflejado en la historia clínica del paciente que se explican los riesgos, como demuestran los datos, el paciente no es capaz de comprenderlos o de recordarlos. No obstante, el paciente tiene la oportunidad de leerlos en su copia del CI, pero según nuestros datos, el 60% de la muestra refiere que no lo ha leído dicho documento.

Otra cuestión que nos parece interesante para valorar la calidad de la información recibida es si al paciente se le han ofrecido otras opciones de tratamiento. La mayoría de pacientes (72.3%) refiere que no. La veracidad de esta cuestión es difícilmente valorable en la historia clínica, ya que aunque en la mayoría de los informes de inclusión en lista de espera quirúrgica o de ingreso queda reflejado que se explica la patología y que el paciente acepta la intervención, no se hace referencia a las posibles alternativas terapéuticas ofrecidas. La misma pregunta fue valorada por Giudici (2015), publicando que el 52.4% de su muestra no había recibido información sobre alternativas terapéuticas. Más amplio es el porcentaje de Brezis (2008), del 60-92% de su muestra refiere no haber recibido alternativas al tratamiento quirúrgico. Estos porcentajes son bastante mejorables, dado que el paciente debe valorar las diferentes alternativas terapéuticas antes de decidirse por una, pero es imposible que esto suceda si en la consulta no se ofertan dichas opciones o si se ofertan, pero el paciente es incapaz de recordarlo, quizás pueda ser porque no las ha comprendido.

Cómo hemos visto en el apartado de resultados, el 75.3% de los paciente refiere que no realizó ninguna pregunta durante el proceso de firma del CI. Por lo tanto, si el paciente no ha expresado sus dudas durante la consulta, o si al paciente no se le han ofertado otras opciones de tratamiento, difícilmente hemos podido tener en cuenta su opinión sobre su problemática de salud. En la literatura consultada, parece unánime que valorar o tener en cuenta la opinión del paciente aumenta la calidad de la asistencia sanitaria, así como la adherencia al tratamiento (Mira & Aranaz, 2000; Jahng, 2005; Fuertes, 2008).

La calidad de la información es un requisito indispensable previo a la firma del CI (Brezis, 2008; Shenouda, 2014). La firma del CI es un requisito legal

previo a una intervención quirúrgica, pero su firma no garantiza la comprensión del proceso quirúrgico (McCormack, 1997; Brezis, 2008; Fink, 2010; Guillén-Perales, 2013). En el documento se explica en qué consiste la intervención, la finalidad del mismo, los riesgos, las consecuencias, las alternativas terapéuticas y, con la firma el paciente, este manifiesta que está satisfecho con la información que se le ha proporcionado y que ha comprendido adecuadamente el proceso. Este trabajo demuestra que no siempre es así. La firma del CI no implica la comprensión del proceso en todos los pacientes. En nuestra muestra, sólo un 1% no había firmado el CI, y como hemos visto previamente los pacientes desconocen en qué consiste la intervención, los riesgos y las alternativas terapéuticas en un porcentaje mucho mayor.

En el estudio de San José et al realizado en el año 2000 en el Hospital de Navarra, con una muestra de 115 pacientes de diferentes especialidades, incluyendo COT, encuentran que el 45,2% ha podido hablar de las dudas durante el proceso de información prequirúrgico, por lo que la mayoría (54,8%) no ha podido preguntarlas. En el estudio de Sánchez Garrido et al (2011), de un total de 75 pacientes quirúrgicos, también de diferentes especialidades, ante la pregunta sobre si los pacientes habían tenido la oportunidad de preguntar sus dudas sobre la intervención, el 85,5% de respuestas fueron afirmativas, y ante la cuestión de si habían tenido la oportunidad de participar en la toma de decisiones, el 71,8% de respuestas fueron también afirmativas. Nosotros no hemos incluido la pregunta sobre las dudas durante el proceso de información en el preoperatorio, pero estos hallazgos parecen discrepantes con nuestra muestra, ya que como hemos comentado previamente, la mayoría (72,3%) de nuestros pacientes refiere que no se le han ofrecido otras opciones de tratamiento, por lo que difícilmente han podido participar en la toma de decisiones.

En el Hospital Virgen de las Nieves de Granada, (Herrera-Espiñeira, 2006) también se ha valorado la información recibida en el paciente hospitalizado de traumatología. Incluyen 289 pacientes intervenidos quirúrgicamente por COT, de ellos, un 53,3% de los pacientes considero que la información proporcionada sobre su enfermedad había sido nula o escasa antes del ingreso. Un 36,6% y un 32,95% de sus pacientes refieren que la información proporcionada sobre la intervención quirúrgica y los riesgos postquirúrgicos respectivamente, previos a la cirugía ha sido poca o nula. Durante la estancia hospitalaria los porcentajes disminuyen, pero se mantienen en torno a uno de cada 4 pacientes, que considera que la información facilitada ha sido poca o nula, tanto sobre la intervención como sobre las posibles complicaciones. Aunque no explican cómo han valorado la comprensión de la información por parte del paciente, sí que centran en las diferencias con significación estadística entre la poca o nula información prequirúrgica y la no comprensión de la información, así como la no comprensión de la información con la ausencia de estudios o estudios primarios, relación en la que profundizaremos más adelante. En el estudio de Ariño-Lambea et al (2008), en una muestra de Barcelona, publican que el 30% de sus pacientes declaran no haber recibido información sobre la intervención ni conocer la cirugía propuesta. Este cuestionario se ha realizado en 358 pacientes quirúrgicos de diferentes especialidades, siendo el 28% de COT, durante la consulta de preanestesia, previo por tanto a la intervención quirúrgica. En el trabajo de Bhangu (2008), el 30% de la muestra intervenida de traumatología y el 12% de ortopedia refieren que le hubiese gustado tener más información sobre la cirugía realizada.

Otra pregunta realizada en nuestro cuestionario ha sido si conocían el nombre de su cirujano, y si lo conocían previamente a la realización de la intervención. El 81.7% refieren que sí lo conocían previamente a la realización de la intervención, aunque en menor porcentaje (76%) conocían el nombre del cirujano principal. En el estudio de Shahan (2016), el

porcentaje de pacientes que recuerdan el nombre de algún médico que le atendió mientras estuvo ingresado, incluyendo cirujano principal, ayudante y residentes es del 9%. Esta gran diferencia podría explicarse porque, además del pequeño tamaño de la muestra de Shahan (2016), todos sus pacientes son de traumatología, por lo que lo inesperado de la intervención, junto a que el paciente no ha tenido la oportunidad de ver varias veces al médico en consulta previamente a la intervención, el recuerdo del nombre del médico esta disminuido.

El proceso de información continua durante la hospitalización. La mayoría de pacientes considera que el personal sanitario ha respondido a sus cuestiones de manera satisfactoria durante su estancia en planta. Al igual que en la muestra de Herrera-Espiñeira (2006), la mayoría refiere que la información proporcionada sobre las medidas a tomar en el postoperatorio ha sido satisfactoria. Aproximadamente uno de cada cuatro pacientes considera que la información no ha sido satisfactoria, y que además no ha tenido la oportunidad de preguntar sus dudas a ningún profesional. ¿Por qué lo pacientes consideran que no han podido preguntar sus dudas durante el pase de visita de planta? En el estudio antes citado de Fernández-Garrido (2011), se preguntó sobre si el profesional le había parecido ocupado para plantear sus dudas, estando de acuerdo o totalmente de acuerdo con dicha afirmación el 34.2% de la población encuestada. Quizá la percepción del paciente de que el médico tiene prisa le cohibe a realizar alguna pregunta. En el trabajo de San José et al (2000), encuentran asociación estadística en cuanto a las dudas que preguntan los pacientes, siendo los pacientes mayores de 65 años y aquellos con menor nivel de estudios los que menos preguntan, reseñando que se trata de un cuestionario prequirúrgico a diferencia del nuestro. Por lo que debemos hacer ser más activos en la información que se proporcione a estos pacientes, así como en crear una buena relación médico paciente con un ambiente en el que el paciente tenga confianza de expresar sus dudas.

En la publicación de San José (2000), un 67.8% de sus pacientes no saben cuántos días permanecerán ingresados después de la cirugía. Su muestra es menor que la nuestra, y solo la mitad de la misma son pacientes de traumatología, pero el método de estudio es similar: una encuesta diseñada para dicho trabajo. La diferencia fundamental es que la realizan en pacientes quirúrgicos de urgencias de manera preoperatoria. En nuestra muestra encontramos que un tercio de los pacientes desconoce cuántos días estarán ingresados en el momento de realización de la encuesta, que se ha realizado una media de tres días después de la intervención quirúrgica. Es lógico pensar que el paciente tiene más información sobre la fecha de alta según van pasando días desde la intervención que antes de realizarse. Además los pacientes de nuestra muestra son mayoritariamente intervenidos de cirugía programada, por lo que es más habitual predecir e informar al paciente de los días de ingreso postcirugía.

Una vez analizadas las respuestas del cuestionario, nos planteamos averiguar qué factores sociodemográficos son los que influyen en la comprensión de la información sobre el proceso quirúrgico, o si tal como concluye Cabrales-Vega (2012) no existe ninguna variable sociodemográfica que influya en dicho proceso. Según la revisión del Delblanco y Gerteis, (2019), la experiencia de la enfermedad es un fenómeno social y cultural, por lo que dichas características deben afectar a cómo los pacientes entienden su enfermedad, cómo la afrontan y cómo se comunican al respecto, y esto lo que tratamos de averiguar en una muestra de pacientes quirúrgicos hospitalizados.

No hemos encontrado ningún estudio que valore las mismas cuestiones que nosotros, aunque la variable género sí ha sido estudiada en la literatura.

Nuestros hallazgos son concordantes con la literatura (Sahin, 2010), el género no es factor influyente. Guillen-Perales et al (2013) valoran la calidad de la información en el proceso de obtención del CI de anestesia en 150 pacientes oncológicos sometidos a cirugía, no encontrando diferencias en las respuestas en relación al género. Los mismos resultados en cuanto al género muestra el estudio de Kadakia (2013). Crepeau (2011) presenta una muestra de 98 pacientes de traumatología intervenidos de ortopedia, sin hallazgos estadísticamente significativos en el género en cuanto a la comprensión del proceso de obtención del CI. Fink et al (2010) en una muestra de 575 pacientes quirúrgicos de varias especialidades, entre otras traumatología, valoran la comprensión del proceso de información, no encontrando relación con el género.

La edad ha sido valorada en diferentes estudios, con hallazgos contradictorios. Encontramos, al igual que en los trabajos de Ariño-Lambea (2008), Fink (2010) y Sahin (2010), que la edad es un factor que influye en la comprensión o el recuerdo de la información, asociándose la mayor edad con una peor comprensión, lo cual viene manifestado en un menor porcentaje de aciertos en las cuestiones sobre el diagnóstico, el hueso afectado, el tipo de intervención y el implante o no de material. Discordante con estos hallazgos son los publicados por Guillen-Perales et al (2008) y Kadakia et al (2013), no encontrando esta asociación.

Hemos hallado una asociación entre el género y la edad, siendo las mujeres de nuestra muestra de mayor edad que los hombres, al igual que en la muestra de Ariño-Lambea et al (2008), y a diferencia de lo citado en el estudio de Crepeau et al (2011), en el que la edad media del hombre es mayor que la de la mujer. Nuestra muestra femenina tiene mayor edad que la masculina, por lo que a priori, podríamos pensar que son las mujeres las

que peor comprenden la información, pero no es por su género, sino por la mayor edad que presenta este grupo.

Mayor acuerdo existe en la literatura en la relación entre el nivel educacional y su influencia en la comprensión de la información: a mayor nivel de estudios finalizado, mejor es la comprensión del proceso de información (Guillen-Perales, 2013; Fink, 2010; Sahin, 2010; Crepeau, 2011; Kadakkia, 2013; Givel, 2014; Rosembaum, 2015). También sabemos que a mayor nivel de estudios mayor es la comprensión de los textos sanitarios (Mira, 2015). Aunque en nuestra muestra sólo hemos hallado diferencias significativas en tres preguntas: conocer el hueso o articulación intervenida, el conocimiento de los riesgos de la intervención y el nombre del cirujano. En nuestra muestra vemos que los pacientes con mayor nivel de estudios presentan mejores porcentajes de aciertos en la mayoría de las cuestiones, aunque sólo ha resultado con significación estadística en las preguntas enumeradas previamente. Estos hallazgos podrían explicarse por la diferencia de pacientes entre estudios universitarios y sin estudio o estudios primarios. El único trabajo que no encuentra asociación entre el nivel de estudios y el conocimiento del paciente sobre la lesión y la intervención es el estudio de Shanan (2016), posiblemente este sesgado por el bajo tamaño muestral. Entre los resultados de Ariño-Lambea et al (2008) encontramos que las mujeres de su muestra tienen un menor nivel de estudios de manera significativa frente a los hombres y mayor edad, lo que las haría especialmente vulnerables a la falta de comprensión de la información.

El tipo de prioridad en la intervención también es un importante modificador de la comprensión de la información. Los pacientes intervenidos de forma programada conocen los días de la intervención, el tipo de prioridad de su intervención, el tipo de cirugía, los riesgos de la misma, el

nombre de su cirujano y le han ofertado otras opciones terapéuticas en mayor proporción y con diferencias significativas que los pacientes que se intervienen de urgencia o de urgencia diferida. Llamativos y estadísticamente significativos son los resultados de la pregunta sobre el diagnóstico, en la que el porcentaje de aciertos es mayor en los pacientes de urgencia y urgencia diferida y además, estos pacientes tienen menos fallos en sus respuestas que los pacientes con intervenciones programadas. Esto podríamos explicarlo por qué los encargados de proporcionar esta información en urgencias son los residentes, los cuales conocen el diagnóstico, pero pueden desconocer el tipo de intervención, los riesgos asociados a la misma o las posibles alternativas terapéuticas. Además, en el momento del ingreso o de la atención, se desconoce el nombre del cirujano en la urgencia diferida. También debemos tener en cuenta que los pacientes intervenidos de cirugía programa están meses en lista de espera quirúrgica, es decir, pasan meses desde que se proporciona la información en consultas externas hasta que se realiza la intervención, lo que puede influir en el recuerdo.

Estas son las respuestas proporcionadas por los pacientes y la historia clínica, pero el problema lo presenta definir qué conocimiento es el adecuado para nuestra población. Cada publicación proporciona unos valores arbitrarios según el tipo de estudio. Existen estudios que intentan valorar el conocimiento de la población sobre ciertas patologías o intervenciones quirúrgicas, como los trabajos de Rosenbaum (2015; 2016), ya citados en la introducción, sobre la alfabetización en la patología musculoesquelética, que es baja en la población general de Estados Unidos. En 1997, McCormack publicaba en Irlanda un estudio realizado mediante encuestas a 50 pacientes intervenidos quirúrgicamente tras fracturas o luxaciones, dando puntuación a las diferentes cuestiones según fuese la respuesta correcta o no. De él se extrae que los pacientes no conocen el vocabulario básico empleado en traumatología, destacando que un tercio

desconoce el significado de fractura, dos tercios desconocen el significado de manipulación bajo anestesia y la mayoría no comprende lo que significa fijación interna. Si el paciente no comprende los términos básicos, es imposible que sea capaz de comprender la patología, las opciones terapéuticas, el tratamiento, los riesgos, etcétera. El trabajo de Matava et al (2014) sobre el conocimiento de la población sobre el ligamento cruzado anterior (LCA), incluye 210 pacientes encuestados sobre la rotura del LCA. Se ha realizado en Estados Unidos e incluye pacientes que acuden a consulta por otro motivo que no sea patología de rodilla. Entre sus resultados destaca que el 34% de los pacientes saben que el ligamento cruzado anterior se dispone entre dos huesos, sólo el 27% conoce la indicación quirúrgica cuando se rompe, aunque el 32% cree que la cirugía consiste en reparar el mismo y la mitad de la población no tiene preferencias ni conoce la diferencia entre autoinjerto o aloinjerto. La diferencia fundamental con nuestra muestra es que son pacientes de nivel educacional medio (todos tienen al menos sexto grado) y la edad media es de 30 años, por lo que es de esperar que el conocimiento de nuestra muestra sea aún menor. De este trabajo extraemos que la población desconoce aspectos básicos de la patología del ligamento cruzado, una de las patologías que se incluyen en nuestra muestra, aunque bien es cierto que es poco frecuente entre los encuestados. En el trabajo de Menéndez (2015), que también valora la alfabetización en 200 pacientes que acuden a la consulta de un cirujano de mano, obtienen una tasa inadecuada de alfabetización en el 43% de la población. Los factores sociodemográficos que encuentran asociados estadísticamente a esta baja alfabetización son, el aumento de la edad, los bajos ingresos, tener un seguro público o no tener seguro, si bien estos dos últimos están estrechamente relacionados con el modelo de sanidad americana. Como factor protector determinan el nivel educacional. Estos hallazgos son también concordantes con nuestra muestra y han sido analizados previamente.

Nosotros hemos creado nuestra propia variable, denominada “Variable de Conocimiento”. Con ella pretendemos cuantificar de forma global el nivel de conocimiento de los pacientes. El 82.7% presenta un conocimiento adecuado, frente al 17.3 % que presenta un conocimiento deficiente. Según nuestros datos y el análisis estadístico de los mismo, de manera aislada, el factor sociodemográfico más importante que influye en la comprensión de la información del proceso quirúrgico es la edad del paciente, seguido de no tener firmado el CI y en tercer lugar de no tener estudios. Si tenemos en cuenta todas las variables, la edad continua siendo el factor que más influye en tener un conocimiento deficitario, seguido del género masculino, la ausencia de firma del CI y por ultimo no tener estudios. Es fundamental que el paciente comprenda la información que se le proporciona, por lo que al informar al paciente se debe ser proactivo en los hombres de edad avanzada, sin estudios, ya que su nivel de comprensión será menor que en el resto de la población. La firma del CI es una variable fácilmente modificable, ya que es requisito legal que todos los pacientes lleguen al quirófano con el documento firmado, y cada vez el médico es más consciente de ello, siendo la ausencia del CI anecdótica en nuestro medio. Al relacionar la variable de conocimiento con el tipo de intervención no encontramos relación estadísticamente significativa.

Como hemos visto previamente, la satisfacción del paciente es una medida de la calidad percibida de la asistencia médica. En nuestro trabajo hemos cuantificado la satisfacción en tres grandes grupos:

- Satisfacción con la información recibida durante la estancia en planta.
- Satisfacción con las relaciones humanas, incluyendo médicos, enfermería, auxiliares, administrativos/celadores, la relación del personal de manera global con la familia del paciente y la accesibilidad del personal sanitario.

- Satisfacción con la estancia medida mediante la satisfacción con la limpieza y la comida.

Resaltar que estos grupos valoran calidad subjetiva, dado que son aspectos difíciles de evaluar objetivamente, excepto el último, ya que son la opinión del paciente.

Al igual que en otros trabajos (Mira & Aranaz, 2000; Baumann, 2009; Schaal, 2016; Schaal 2017), hemos usado un tipo de contestación que permite a los participantes ordenar las respuestas a lo largo del continuo de satisfacción (0-muy poca satisfacción, 5-Muy buena satisfacción).

La satisfacción está influenciada por múltiples aspectos ya detallados en la introducción. Nosotros hemos querido valorar qué características sociodemográficas influyen en algunos aspectos de ella o si por el contrario las características sociodemográficas no influyen en la satisfacción (Baumann, 2006; Baumann, 2009; Anakwe, 2011; Parra, 2012). Como hemos visto en la introducción, en la literatura existe una tendencia a encontrar mayor satisfacción en general en pacientes de mayor edad (Hall, 1990; Mira & Aranaz, 2000; Carminal, 2002; Jaipaul, 2003; Mateos, 2009; Parra, 2012) y con mayores ingresos económicos (Mira & Aranaz, 2000). Las mujeres suelen valorar positivamente la atención médica y el entorno de los centros (Mira & Aranaz, 2000), aunque esta relación está debatida. En el estudio multicéntrico de Schaal (2016), que incluye 810 pacientes intervenidos de artroplastia de cadera, no encuentra diferencias estadísticamente significativas por género, a diferencia de estudio del mismo autor de 2017 (Schaal 2017), que incluye 856 pacientes intervenidos de prótesis de rodilla. Ambos valoran múltiples aspectos de la satisfacción, y el de artroplastia de rodilla encuentra que de forma global es el hombre el que presenta una satisfacción mayor que la mujer, si bien no analiza los diferentes aspectos

de la satisfacción por género. En nuestra muestra no encontramos diferencias al comparar por género, excepto en dos aspectos. El primero, la accesibilidad del personal sanitario, que es mayor en la mujer, podríamos explicar esta diferencia por la mayor presencia del género femenino entre los trabajadores de nuestra planta, y esto podría crear un clima de mayor confianza a la mujer, lo que hace que encuentre más accesible al personal. El segundo aspecto es la satisfacción con la comida, que es mayor en el hombre. Clásicamente en nuestro país, la mujer se ha encargado de la cocina, por lo que podemos suponer que es más exigente a la hora de evaluar la cocina hospitalaria.

En cuanto a la edad, en nuestra muestra aumenta la satisfacción de forma estadísticamente significativa en todos los aspectos valorados a medida que aumenta esta, excepto en la comida, en la que no hay relación con la edad. Este hallazgo es concordante con la literatura (Hardy, 1996; Mira & Aranaz, 2000; Jaipaul, 2013), si bien en el estudio de Jaipaul (2013), especifica que la satisfacción aumenta por grupos de edad hasta los 65 años, momento en el que empieza a disminuir.

El nivel de estudios se encuentra relacionado de manera inversa con la mayor parte de los aspectos de la satisfacción; a medida que aumenta el nivel de estudios disminuye la satisfacción del paciente. Esto es así en todos los aspectos estudiados excepto en la satisfacción en la relación con el médico y la satisfacción con la comida, que no hemos encontrado relación.

La importancia que el paciente le da a la información proporcionada por el facultativo es una de las variables más significativas para predecir la satisfacción del paciente en su asistencia sanitaria (Parra, 2012), y por ello hemos incluido esta pregunta. Hemos hallado una satisfacción alta (4,45+-

0,82), siendo el 89,4% de las respuestas dadas como buena satisfacción o muy buena satisfacción. Al comparar nuestros hallazgos con la literatura, encontramos algunos trabajos que también han valorado la satisfacción con la información recibida, aunque no incluyen únicamente pacientes intervenidos de traumatología. En el trabajo de Fernández-Garrido et al (2011), la satisfacción con la información proporcionada por el cirujano tiene una media de 9,11 (escala de 1 a 10). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por género, edad o nivel educativo, aunque los pacientes con nivel educativo más bajo tuvieron la satisfacción más alta. Destaca que aunque los pacientes refieren que no han podido realizar todas las preguntas que querrían, eso no influye en su satisfacción. En el trabajo de San José et al (2000), el 96.4% de sus pacientes estaban satisfechos con la información recibida, sin diferencias entre edad, género o nivel de estudios. En el trabajo de Shahan (2016), único exclusivo de pacientes traumatológicos, el 91% de sus muestra refieren estar algo satisfechos con la comprensión de la lesión y de la intervención.

También existen otros trabajos en centros de atención primaria que han valorado la calidad de la información, como Cantero (2015), que estudia una población diabética, hallando una satisfacción con la información recibida del 4.048 (escala de 1-5). Este mismo trabajo concluye que a medida que la calidad de la información es mayor, la satisfacción general también lo es, por tanto, mejorando la relación médico paciente, la satisfacción con la asistencia sanitaria aumentará.

Un trabajo muy interesante es el de Ekmekci et al, realizado en Turquía en 2016. Valora la satisfacción con la información en 50 pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla, aunque sin especificar si la encuesta se realiza durante la hospitalización o no. A diferencia de nuestro trabajo, valoran diferentes aspectos de la información. El 20% de la muestra se

encuentra insatisfecho con la información sobre el diagnóstico, el 38% con la información sobre el procedimiento quirúrgico, la mayoría (72%) se encuentra insatisfecho con la información proporcionada sobre los riesgos de la intervención, el 70% está insatisfecho con la información recibida sobre las alternativas terapéuticas. La satisfacción con la información también fue estudiada por McGaughey et al (2004), en un estudio que incluía a 50 pacientes intervenidos de artroscopia de rodilla. Entre sus resultados destaca una insatisfacción en las preguntas sobre la cantidad de dolor, complicaciones, tiempo en volver al trabajo, posibilidades de mejoría y precauciones postoperatorias, en definitiva, con diferentes aspectos de la información que pueden ser mejorados con la información en consultas externas. También nos llama la atención que son las mujeres las que menos satisfechas están con la mayoría de las categorías de información estudiadas, no encontrando relación entre la satisfacción con la información y la edad. Si bien estos aspectos concretos de la información no han sido estudiados en nuestro caso, ni tenemos pacientes intervenidos de artroscopia de rodilla, dado que es una cirugía que se hace sin ingreso hospitalario. Shurnas et al (2003) valoraron la satisfacción con la información en 38 pacientes sometidos a cirugía de antepie a las 12 semanas de la cirugía. Todos se mostraron extremadamente o muy satisfechos con la información proporcionada durante el preoperatorio y el postoperatorio.

El nivel de satisfacción con las relaciones humanas también es elevado en todos nuestros grupos, con valores muy similares entre 4,53 y 4,67. La satisfacción con el personal también ha sido valorada por Schaal (2016) en tres preguntas: satisfacción con el personal médico, de enfermería y otros. Al igual que nosotros han valorado la satisfacción en 6 posibles respuestas, si bien ellos van de 1 a 6 y nosotros de 0 a 5. Sus puntuaciones son 5,55, 5,57, 5,39 respectivamente, hallazgos bastante similares a los nuestros. En el estudio de artroplastia de rodilla (Schaal, 2017), los resultados también son similares, siendo 5,48, 5,49 y 5,3, respectivamente.

El mismo autor valora en sus trabajos (Schaal, 2016; Schaal, 2017) la satisfacción con la limpieza y la comida, que obtienen puntuaciones en limpieza de 5,43 y 5,32 y la calidad de la comida de 5,27 y 5,20, respectivamente, siendo estos valores bastante similares en limpieza (4,41), pero superiores en calidad de comida. que los de nuestra muestra (2,92).

Nos llama la atención, que en el citado artículo de Schaal (2017), realizan un análisis multivariante de los 16 aspectos de la satisfacción que ellos valoran, siendo la comida el tercer valor predictivo de satisfacción global más influyente. Por lo que en nuestro centro sería un aspecto punto a mejorar. Los dos factores más importantes son los resultados del tratamiento y los servicios de la habitación, ninguno de ellos lo hemos valorado en nuestra encuesta. En cambio, en el artículo de 2016 (Schaal, 2016) el factor más influyente en la satisfacción han sido los días de estancia hospitalaria. En nuestra muestra no hemos analizado la satisfacción por días de estancia hospitalaria.

Dados nuestros resultados, el conocimiento no influye en la satisfacción del paciente.

En resumen, al valorar las diferentes cuestiones sobre el proceso quirúrgico hemos objetivado que el conocimiento sobre algunos aspectos del proceso son conocidos por la mayoría de pacientes, pero existe un porcentaje no despreciable que desconoce aspectos fundamentales como el diagnóstico (30,7%), el hueso intervenido (23,7%), el tipo de intervención (45,2%), el uso de implante (30,8%) o el nombre del cirujano (24,1%). En contraposición, los riesgos quirúrgicos así como otras alternativas terapéuticas son

desconocidos para la mayoría (74,7% y 72,3%, respectivamente) de los pacientes. La edad, el nivel de estudios del paciente así como el tipo de prioridad en la intervención son las variables que influyen en las diferentes cuestiones, de manera que a mayor edad, menor nivel de estudios y en cirugía de urgencia, el nivel de aciertos a las preguntas disminuye, lo que refleja que el conocimiento del proceso quirúrgico disminuye

De manera global hemos agrupado el conocimiento en una única variable, denominada “variable de conocimiento”, obteniendo un conocimiento deficiente en un 17,3% de la muestra. La única circunstancia en que esto es podría justificarse sería en cirugía de urgencia (que corresponde al 7,7%), pero no en el resto. Debemos decir que no hemos encontrado diferencias significativas entre en las diferentes prioridades de la intervención y el conocimiento deficiente en la “variable de conocimiento”. En nuestra muestra, los factores sociodemográficos que influyen en la comprensión de la “variable de conocimiento” son: la edad, el género y el nivel de estudios. Según nuestros resultados, la firma del CI, es un factor influyente en la comprensión de la información del proceso quirúrgico. En nuestra muestra un 1% no había firmado el CI, y estos pacientes presentan una menor comprensión del proceso. No obstante, queremos recordar que el personal sanitario debe entender que la firma del CI no es únicamente un requisito legal, dado que su función es mucho más amplia, actuando como refuerzo terapéutico y mejorando la satisfacción del paciente. Recordar también que dicho documento carece de valor si no se ha comprendido o realizado el proceso de información. El personal debe entender que la información es una herramienta para optimizar los resultados tanto durante la consulta como en el ingreso hospitalario. Por todo ello, es fundamental la información que se proporciona durante el proceso de firma.

7. *Limitaciones*

Debido a la realización del cuestionario en un único centro, los datos no son totalmente extrapolables al total nacional, aunque sí representan la situación de los servicios de traumatología, dada la similitud de organización y funcionamiento existentes en los hospitales públicos de nuestro país. Sería interesante ampliar el estudio a otros servicios quirúrgicos de nuestro centro y otros hospitales para poder tener una visión más amplia de la situación.

La edad media (69,4 años), de la muestra podría limitar los resultados.

Un posible sesgo en las respuestas puede ser el recuerdo del paciente., tanto en los pacientes programados por el tiempo de espera desde la valoración en consultas hasta la realización de la cirugía, como en los pacientes intervenidos de forma urgente, por lo inesperado de la intervención.

La extensión del cuestionario es amplia. Estamos estudiando y trabajando en una reducción del mismo mediante estudios de validación a partir del total de cuestionarios con un análisis de componentes principales para reducir la extensión y aumentar la optimización del mismo.

8. Conclusiones

Primera, un porcentaje apreciable de pacientes desconoce aspectos fundamentales del proceso quirúrgico como: el diagnóstico (30,7%), el hueso intervenido (23,7%), el tipo de intervención (45,2%), el uso de implante (30,8%) o el nombre del cirujano (24,1%).

Segunda, los riesgos quirúrgicos así como otras alternativas terapéuticas son desconocidos para la mayoría (74,7% y 72,3%, respectivamente) de los pacientes.

Tercera, las variables que influyen en el conocimiento son: la edad, el nivel de estudios del paciente y el tipo de prioridad en la intervención; de manera que a mayor edad, menor nivel de estudios y en cirugía de urgencia, el nivel de aciertos a las preguntas disminuye, lo que refleja que el conocimiento del proceso quirúrgico disminuye.

Cuarta, la “Variable de Conocimiento“ es deficiente en un 17,3% de la muestra. Las variables que influyen en ello son: la edad superior a 70,5 años, el género masculino y poseer un bajo nivel de estudios. Estos pacientes tienen mayor riesgo de presentar un déficit de comprensión por lo que se debe ser más proactivo en la información que se proporciona a dichos pacientes.

Quinta, la mayoría (79,4%) de los pacientes de nuestra muestra refieren un grado de satisfacción bueno o muy bueno con la información. Valores discretamente superiores encontramos la satisfacción de las relaciones humanas, entre el 90,6% y el 93,9% de la muestra la califican como buena o

muy buena. Valores inferiores obtenemos en la satisfacción con la comida, siendo calificada como buena y muy buena por el 42,3% de los pacientes

Sexta, el grado de satisfacción se relaciona con el género (mayor en mujeres), la edad (a mayor edad, mayor satisfacción) y el nivel de estudios (a mayor nivel de estudios, menor satisfacción). No hemos encontrado relación entre el grado de conocimiento y la satisfacción del paciente.

En resumen, la información durante la estancia hospitalaria debe implementarse y el personal sanitario debe ser consciente de la importancia de la misma y comprender la información como un proceso continuo más que como un acontecimiento puntual.

9. Bibliografía

Agency for Healthcare Research and Quality (2005) Having surgery? What you need to know. Questions to ask your doctor and your surgeon. AHRQ Pub, 05(06)-0074-A

Alfidi RJ. (1975) Controversy, alternatives and decisions complying with the legal doctrine of informed consent. *Radiology*, 114, 231-234

Anakwe, R. E., Jenkins, P. J., & Moran, M. (2011). Predicting Dissatisfaction After Total Hip Arthroplasty: A Study of 850 Patients. *The Journal of Arthroplasty*, 26(2), 209-213. doi:10.1016/j.arth.2010.03.013

Archer, K. R., Castillo, R. C., Wegener, S. T., Abraham, C. M., & Obremsky, W. T. (2012). Pain and satisfaction in hospitalized trauma patients. *The Journal of Trauma Injury Infection and Critical Care*, 72(4), 1068-1077. doi:10.1097/ta.0b013e3182452df5

Ariño-Lambea, P., Castillo-Monsegura, J., Sala-Serrab, M., Cortada-Almiralla, V., & Escolano-Villena, F. (2008). Percepción de seguridad en la decisión del paciente quirúrgico: Relación con la información previa recibida. *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación*, 55: 468-474.

ASALE, R. (2019). «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Retrieved from <http://dle.rae.es/>

Baumann, C., Rat, A.C., Osnowycz, G., Mainard, D., Cuny, C., & Guillemin, F. (2009). Satisfaction with care after total hip or knee replacement predicts self-perceived health status after surgery. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10:150 doi:10.1186/1471-2474-10-150

Baumann, C., Rat, A., Osnowycz, G., Mainard, D., Delagoutte, J., Cuny, C., & Guillemin, F. (2006). Do clinical presentation and pre-operative quality of life predict satisfaction with care after total hip or knee replacement?. *The Journal Of Bone And Joint Surgery. British Volume*, 88-B(3), 366-373. doi:10.1302/0301-620x.88b3.17025

Benson, J. G., & Forman, W. B. (2002). Comprehension of Written Health Care Information in an Affluent Geriatric Retirement Community: Use of the Test of Functional Health Literacy. *Gerontology*, 48(2), 93-97. doi:10.1159/000048933

Bhangu A., Hood E., Datta A., & Mangaleshkar S. (2008). Is informed consent effective in trauma patients? *J Med Ethics*, 34,780-2.

Bhattacharyya T., Yeon H., & Harris MB. (2005) The medical-legal aspects of informed consent in orthopaedic surgery. *J Bone Joint Surg Am*, 87,2395-400.

Bori, G., Gómez-Durán, E.L., Combalia, A., Trilla, A., Prat, A., Bruguera, M., & Arimany-Manso, J. (2016). Seguridad clínica y reclamaciones por responsabilidad profesional en Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*, 60(2):89-98. Doi:10.1016/j.recot.2015.10.004

Bowling, A., Rowe, G., & Mckee, M. (2013). Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, 106(4), 143-149. doi: 10.1258/jrsm.2012.120147

Brezis, M., Israel, S., Weinstein-Birenshtock, A., Pogoda P., Sharon, A., & Tauber R. (2008). Quality of informed consent for invasive procedures. *International Journal Fr Quality in Health Care*, 20 (5), 352-357.

Bustamante, P., Cañas, D. A., Martín, B. C., Alvarado, E. O., Alemany, F. X., Asenjo, M., & Sánchez, M. S. (2013). Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 25(3), 171-176.

Cabrales-Vega, R.A., Calvachi-Jiménez, J., Foronda-Castro, J.E., Giraldo-Pinto D.L., Jojoa-Saa, J.A., Mendoza-Ortiz, V.P., Ugarte-Julio, L.A., &

Martínez, J.W. (2012) ¿Quién se informa con el consentimiento informado? *Rev. Salud Pública*, 14(3): 502-511.

Cantero, A. (2015). Percepción y cumplimiento del derecho de información a pacientes diabéticos en Atención Primaria: su relación con la adherencia y la satisfacción del usuario. Universidad de Murcia.

Carminal, J., Sánchez, E., & Schiaffino, A. (2002). El análisis por segmentos de la población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev Calid Asist*, 17:4-10.

Centro de Investigaciones Sociológicas. La asistencia sanitaria en España I y II. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 1991; 53: 267-303. 54: 245-267.

Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica de la Organización Médica Colegial del año 2011.

Constitución Española de 27 de diciembre 1978. BOE Num 311-1 de 29 de diciembre de 1978

Courtney, M. (2001). Information about surgery: What does the public want to know?. *ANZ Journal Of Surgery*, 71(1), 24-26. DOI: 10.1046/j.1440-1622.2001.02026.x

Crepeau, A., McKinney, B., Fox-Ryvicker, M., Castelli, J., Penna, J., & Wang, E. (2011). Prospective Evaluation of Patient Comprehension of Informed Consent. *The Journal Of Bone And Joint Surgery-American Volume*, 93(19), e114(1)-e114(7). doi: 10.2106/jbjs.j.01325

Dawes, P., O'Keefe, L., & Adcock, S. (1993). Informed consent: using a structured interview changes patients' attitudes towards informed consent. *The Journal Of Laryngology & Otology*, 107(09). doi: 10.1017/s0022215100124417

Delblanco, T., & Gerteis, M. (2019). UpToDate. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship>

Ekmekci, P., Ekmekci, A., Karakaş, Ö., Kulduk, A., & Arda, B. (2016). Evaluation of the informed consent procedure for total knee arthroplasty patients in Turkey. *Acta Orthopaedica Et Traumatologica Turcica*, 50(4), 400-404. doi: 10.1016/j.aott.2016.06.003

English, DC. (2002). Valid informed consent: a process, not a signature. *The American Surgeon*, 68(1), 45-48

Falagas, M.E., Korbila, I.P., Giannopoulou, K.P., Kondilis, B.K., & Peppas G. (2009). Informed consent: how much and what do patients understand? *Am J Surg*, 198:420-35.

Fernández-Garrido, C., Lopera-Urbe, G., Albar-Marín, M., Morano-Báez, R., Lagoa-Elías, C., & Gallardo-Abril, M. (2011). Características de la información en el proceso quirúrgico y satisfacción de los pacientes. *Revista De Calidad Asistencial*, 26(5), 315-319. doi: 10.1016/j.cali.2011.03.009

Fink, A., Prochazka, A., Henderson, W., Bartenfeld, D., Nyirenda, C., & Webb, A. et al. (2010). Predictors of Comprehension during Surgical Informed Consent. *Journal Of The American College Of Surgeons*, 210(6), 919-926. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.02.049

Giudici, K., Gillois, P., Coudane, H., & Claudot, F. (2015). Oral information in orthopaedics: How should the patients understanding be assessed? *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 101(2), 133-135. doi:10.1016/j.otsr.2014.10.020

Givel, J., & Meier, B. (2014). How Much Information Do Patients Want or Need. *World Journal Of Surgery*, 38(7), 1610-1613. doi: 10.1007/s00268-014-2599-7

González,D., Rodríguez, H., & Ruso, L. (2010). Cantidad y calidad de la información conocida por pacientes que consintieron cirugías de coordinación. *Rev Med Urug*, 26: 25-31

González-Pérez, R., Gijón-Sánchez, MT., Escudero-Carretero, MJ., Prieto Rodríguez, MA., March Cerdá, JA., & Ruiz Azarola, A. (2008). Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Revista De Calidad Asistencial*, 23(3), 101-108. doi: 10.1016/s1134-282x(08)70479-2

Guillén-Perales, J., Luna-Maldonado, A., Fernández-Prada, M., Guillén-Solvas, J., & Bueno-Cavanillas, A. (2013). Calidad de la información en el proceso del consentimiento informado para anestesia. *Cirugía Española*, 91(9), 595-601. doi: 10.1016/j.ciresp.2013.06.010

Hageman, M. G., Briët, J. P., Bossen, J. K., Blok, R. D., Ring, D. C., & Vranceanu, A. (2014). Do Previsit Expectations Correlate With Satisfaction of New Patients Presenting for Evaluation With an Orthopaedic Surgical Practice? *Clinical Orthopaedics and Related Research®*, 473(2), 716-721. doi:10.1007/s11999-014-3970-6

Hall, J.A., & Dornan, M.C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 30:811-8

Hardy, G.E. (1996) Components and predictors of patient satisfaction. *British Journal of Health Psychology*, 1, 65-85

Herrera-Espiñeira, C., Quero-Rufián, A., Martínez-Cirre, C., Castillo, M. R., María Del Mar Rodríguez Del Águila, & Hoyos, E. A. (2006). Información recibida por los pacientes acerca de su estado de salud y su comprensión, antes y durante su hospitalización. *Enfermería Clínica*, 16(4), 184-189. doi:10.1016/s1130-8621(06)71211-6

Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F. W., Wender, R. C., & Gonnella, J. S. (2011). A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Family Medicine-Kansas City*, 43(6), 412.

Idoate VM. (2000). La comprensibilidad del consentimiento informado. *Anales Sis San Navarro*, 23 (1), 109-113

Iglesias-Lepine, M., Pedro-Botet Montoya, J., Pallás-Villaronga, O., Hernández-Leal, E., Echarte, J., & Solsona-Durán, J. (2007). Consentimiento informado: opiniones del personal sanitario de un hospital universitario. *Revista Clínica Española*, 207(10), 483-488. doi: 10.1157/13111545

Iversen, M. D., Daltroy, L. H., Fossel, A. H., & Katz, J. N. (1998). The prognostic importance of patient pre-operative expectations of surgery for lumbar spinal stenosis. *Patient Education and Counseling*, 34(2), 169-178. doi:10.1016/s0738-3991(97)00109-2

Jahng, K. H., Martin, L. R., Golin, C. E., & DiMatteo, M. R. (2005). Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient education and counseling*, 57(3), 308-314.

Jaipaul, C.K., & Rosenthal, G.E. (2003). Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med*, 18:23-30.

Jovell A. (2001). El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XIX. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte.

Kadokia, R., Tsahakis, J., Issar, N., Archer, K., Jahangir, A., & Sethi, M. et al. (2013). Health Literacy in an Orthopedic Trauma Patient Population. *Journal Of Orthopaedic Trauma*, 27(8), 467-471. doi: 10.1097/bot.0b013e3182793338

Kerrigan, D., Thevasagayam, R., Woods, T., Mc Welch, I., Thomas, W., Shorthouse, A., & Dennison, A. (1993). Who's afraid of informed consent?. *BMJ*, 306(6873), 298-300. doi: 10.1136/bmj.306.6873.298

Khan, S., Karuppaiah, K., & Bajwa, A. (2012). The influence of process and patient factors on the recall of consent information in mentally competent patients undergoing surgery for neck of femur fractures. *Injury Extra*, 43(10), 104. doi: 10.1016/j.injury.2012.07.293

Lara, M.C., & De la Fuente, J.R. (1990) Sobre el consentimiento informado. *Bol Of Sanit Panam*, 108(5-6):439-444

Latting, F., Fekete, T.F., O'Riodan, D., Kleinstuck, F.S., Jeszenzky, D., Porchet, F., Mutter, U., & Mannion, A.F. (2014) A Comparison of Patient and Surgeon Preoperative Expectations of Spinal Surgery. *Spine*, 38(12):1040-1048

Lemaire, R. (2006). Informed consent--a contemporary myth? *JBone Joint Surg Br*, 88:2-7.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986, 15207-15224.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, 40126-40132.

Matava, M., Howard, D., Polakof, L., & Brophy, R. (2014). Public Perception Regarding Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *The Journal Of Bone & Joint Surgery*, 96(10), e85. doi: 10.2106/jbjs.m.00705

Mateos, M., Dierssen, T., & Rodríguez, M.P. (2009). Diferencias en la satisfacción según el sexo en los pacientes ingresados en los hospitales de los servicios cántabros de salud. *Rev Calid Asist*, 24:104-8.

McCormack, D., Evoy, D., Mulcahy, D., & Walsh, M. (1997). An Evaluation of patients comprehension of orthopaedic terminology: implications for informed consent. *J.R. Coll. Surg. Edinb.* 42, 33-35

McGaughey, I. (2004). Informed consent and knee arthroscopies: an evaluation of patient understanding and satisfaction. *The Knee*, 11(3), 237-242. doi: 10.1016/s0968-0160(03)00107-8

Meisel, A., Roth, H.L., & Lidz, C.W. (1997). Toward a model of the legal doctrine of informed consent. *Am J Psychiatry*, 134:285-289

Menéndez, M., Mudgal, C., Jupiter, J., & Ring, D. (2015). Health Literacy in Hand Surgery Patients: A Cross-Sectional Survey. *The Journal Of Hand Surgery*, 40(4), 798-804.e2. doi: 10.1016/j.jhssa.2015.01.010

Meneu, R. (2002). La perspectiva de los pacientes. *Gestión clínica y sanitaria*, 4(1), 3-4.

Mira, J.J., & Aranaz J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114(3):26-33

Mira, J.J., Aranaz J., Rodríguez-Marín J., Buil J.A., Castell M., & Vitaller J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4: 12-18

Mira, J.J., Buil, J.A., Rodríguez-Marín J., & Aranaz J. (1996). Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit*, 11: 176-189

Mira, J.J., Carrillo, I., Navarro, I., Orozco, D., Gil, V., & Guilabert, M. (2015). Efectos de la edad y de la formación académica en la comprensión de la información escrita que entregamos habitualmente a nuestros pacientes. *Atención Primaria*, 47(2), 126-127. doi: 10.1016/j.aprim.2014.04.010

Murciasalud, el portal sanitario de la Región de Murcia [Internet]. *Murciasalud.es*. (2019) [cited 3 February 2019]. Available from:

https://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=6&idsec=4294

Nielsen-Bohlman, L. (2005). Health literacy: a prescription to end confusion. *Choice Reviews Online*, 42(07), 42-4059-42-4059. doi: 10.5860/choice.42-4059

Orden por la que se aprueba el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. BOE núm. 172 de 19 de Julio de 1972. 12955-12971.

Parra, P., Bermejo, R.M., Más, A., Hidalgo, M.D., Gomis, R., & Calle, J.E. (2012). Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 159-165.

Pérez-Cárceles M. D., Medina M. D., Pereñíguez J.E., Osuna E., Luna A. <http://www.woncaeurope.org/content/bp6-patients%E2%80%99-rights-and-views-family-doctors>. *The World Book of Family Medicine – European Edition 2015*. 80-83.

Pérez-Moreno, J.A., Pérez-Cárceles, M.M, Osuna, E., & Luna, A. (1998). Información preoperatoria y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*, 45: 130-135.

Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre. Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes Complementarias. BOE» núm. 287, de 30 de noviembre de 2007.

Roh, Y., Koh, Y., Kim, J., Noh, J., Gong, H., & Baek, G. (2018). Patients With Limited Health Literacy Have Similar Preferences but Different Perceptions in Surgical Decision-making for Carpal Tunnel Release. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, 476(4), 846-851. doi: 10.1007/s11999.0000000000000075

Roh, Y., Lee, B., Park, M., Noh, J., Gong, H., & Baek, G. (2016). Effects of health literacy on treatment outcome and satisfaction in patients with mallet finger injury. *Journal Of Hand Therapy*, 29(4), 459-464. doi: 10.1016/j.jht.2016.06.004

Rönnberg, K., Lind, B., Zoëga, B., Halldin, K., Gellerstedt, M., & Brisby, H. (2007). Patients' Satisfaction With Provided Care/Information and Expectations on Clinical Outcome After Lumbar Disc Herniation Surgery. *Spine*,32(2), 256-261. doi:10.1097/01.brs.0000251876.98496.52

Rosenbaum, A.J., Pauze, D., Pauze, D., Robak ,N., Zade, R., Mulligan, M.T.,& Uhl, R.L. (2015) Health literacy in patients seeking orthopaedic care: Results of the literacy in musculoskeletal problems (LIMP) Project. *The Iowa Orthopaedic Journal*, 35, 187-192.

Rosenbaum, A. J., Uhl, R. L., Rankin, E. A., & Mulligan, M. T. (2016). Social and Cultural Barriers. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 98(7), 607-615. doi:10.2106/jbjs.o.00718

Ruiz-Azarola, A., & Perestelo-Pérez, L. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. *Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria*, 26:158-161.

Sahin, N. (2010). What do patients recall from informed consent given before orthopedic surgery?. *Acta Orthopaedica Et Traumatologica Turcica*, 44(6), 469-475. doi: 10.3944/aott.2010.2396

San José, A., San José, R., Zuza, B., Zunzarren, F., & Luri, T. (2000). Aspectos de la información preoperatoria al paciente en la cirugía de urgencia. *Anales Sis San Navarra*, 23(3)509:516.

San Norberto, E., Gómez-Alonso, D., Trigueros, J., Quiroga, J., Gualis, J., & Vaquero, C. (2014). Legibilidad del consentimiento informado quirúrgico en España. *Cirugía Española*, 92(3), 201-207. doi: 10.1016/j.ciresp.2013.02.027

Schaal, T., Schoenfelder, T., Klewer, J., & Kugler, J. (2016). Determinants of patient satisfaction and their willingness to return after primary total hip replacement: A cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(1). doi:10.1186/s12891-016-1196-3

Schaal, T., Schoenfelder, T., Klewer, J., & Kugler, J. (2017). Effects of perceptions of care, medical advice, and hospital quality on patient satisfaction after primary total knee replacement: A cross-sectional study. *Plos One*, 12(6). doi:10.1371/journal.pone.0178591

Shahan, CP., Weinberg, JA., Magnotti, LJ., Fabian, TC., & Croce, MA. (2016) Trauma health literacy: In need of remediation. *J Trauma Acute Care Surg*, 81(6), 1167-70. Doi: 10.1097/TA.0000000000001140

Shenouda, M., Lane, J., Sarang, Z., & Renton, S. (2014). Quality of patient information in the acute surgical admission: a prospective audit. *British Journal Of Hospital Medicine*, 75(6), 342-345. doi: 10.12968/hmed.2014.75.6.342

Shurnas, P.S., & Coughlin, M.J. Recall of the risks of forefoot surgery after informed consent. *Foot Ankle Int*, 24:904-8.

Siegler M. (2011). *Las tres edades de la medicina y la relación médico paciente*. Barcelona. Fundación Grifols i Lucas.

Simón, P., & Concheiro, L. (1993). El consentimiento informado: teoría y práctica (I). *Med Clin*. 100: 659-663

Simonds, S.K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2:1-25.

Sørensen, K., Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., & Doyle, G. et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal Of Public Health*, 25(6), 1053-1058. doi: 10.1093/eurpub/ckv043

Sørensen, K., Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., & Doyle, G. et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal Of Public Health*, 25(6), 1053-1058. doi: 10.1093/eurpub/ckv043

Tabak, N. (1994). Doctors' policy on explaining the implementation of novel experimental treatment to cancer patients. *Med Law*, 13, 331-355

Teunis, T., Thornton, E. R., Jayakumar, P., & Ring, D. (2014). Time Seeing a Hand Surgeon Is Not Associated With Patient Satisfaction. *Clinical Orthopaedics and Related Research®*, 473(7), 2369-2370. doi:10.1007/s11999-014-4117-5

Villanueva-Cañadas, E. (2018). Derechos y obligaciones de los pacientes y de los médicos. Relación médico-paciente. In E. Villanueva Cañadas, Gisbert Calabuig. *Medicina legal y toxicología* (7th ed., pp. 81-88). Barcelona: Elsevier.

Weiss B.D. (2001). Health literacy: an important issue for communicating health information to patients. *Chinese Medical Journal*, 64(11), 603-60

Yalçin, A., Dumlu, E. G., Tokaç, M., Parlak, Ö, Öztürk, L., & Kiliç, M. (2015). Healthy subjects' knowledge of surgical complications: A hospital-based survey. *Turkish Journal Of Medical Sciences*, 45, 888-894. doi:10.3906/sag-1405-70

10. Anexos

A. Anexo I. Autorización para la realización de un estudio de investigación



AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN (CETI)
ÁREA VI-VEGA MEDIA DEL SEGURA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

INFORMA: Que se ha solicitado la autorización para realizar un estudio de investigación en el Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer.

- o Solicitante:
 - o Elena María García García NIF: 48453912L
 - o Título y puesto de trabajo actual: MIR 4º años Cirugía Ortopédica y traumatología
 - o Dirección de correo electrónico: elenamg89@gmail.com
- Título del estudio: Estudio del proceso de información en pacientes ingresados en traumatología. Propuesta de un plan de mejora
 - Período de estudio:
 - Supervisión y Dirección del estudio: Aurelio Luna Maldonado, catedrático de medicina legal y forense actuando como tutor José Luis Aguayo Albasini
- En Anexo I, se incluyen las modificaciones menores sugeridas.

Una vez revisada la documentación enviada, se comprueba que se cumplen los siguientes requisitos:

- El protocolo de estudio cuenta con el rigor metodológico adecuado a los objetivos de la investigación.
- Se garantiza la confidencialidad de los datos y custodia de la información. Firma cláusula de confidencialidad.
- Se garantiza la idoneidad de la información al paciente, verificando la hoja de información al paciente y su autorización para participar en el estudio.

Por todo lo anteriormente expuesto informo que el estudio es viable en todos sus términos.

Y para que conste, a los efectos oportunos, se expide este informe en Murcia, a 19 de enero de 2018.

Fdo. :
Victoriano Sorja Aledo
Presidente
Comisión de Evaluación de
Trabajos de Investigación (CETI)



Fdo. :
B.ª. Carmel Martínez Abellán
Directora Gerente

B. Anexo II: Compromiso de confidencialidad para proyectos de investigación



COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

ÁREA VI.- SERVICIO MURCIANO DE SALUD

A través del Director Gerente del Área VI, se SOLICITA la realización del estudio titulado " Estudio del proceso de información en pacientes ingresados en traumatología. Propuesta de un plan de mejora" por parte de D.ª Elena María García García y bajo la dirección/supervisión de Aurelio Luna Maldonado, catedrático de medicina legal y forense actuando como tutor José Luis Aguayo Albasini

El estudio tiene como objetivo: Valorar la calidad de la información recibida durante el proceso de ingreso hospitalario en los pacientes ingresados en el servicio de traumatología y solicitan (acceder al contenido de las historias clínicas, realizar una entrevista a los pacientes, etc.).

El abajo firmante hace constar:

- Que se compromete a tratar la documentación, información, resultados y datos relacionados con el estudio conforme a su carácter confidencial y secreto, velando por la circulación restringida de dicha información.
- Que el tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada Ley Orgánica 15/1999, y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Que los investigadores colaboradores y personal de apoyo velaran igualmente por las cláusulas precedentes.

En Murcia a 07 de Julio de 2017

Fdo.:

Investigador Principal

Tutor
EL JEFE DE SERVICIO
CIRUGÍA GENERAL

Fdo.: José Luis Aguayo Albasini

C. Anexo III: Cuestionario sobre la información proporcionada al paciente intervenido quirúrgicamente en traumatología

CUESTIONARIO SOBRE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA AL PACIENTE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EN TRAUMATOLOGÍA

Estamos realizando un estudio sobre la calidad de la información y la atención médica recibida durante su ingreso. Se trata de un estudio científico orientado al conocimiento de la situación hospitalaria y con el objetivo de plantear áreas de posible mejora. Los datos serán tratados de forma absolutamente confidencial sin que pueda identificarse a la persona encuestada. La participación es absolutamente voluntaria y en cualquier momento usted puede negarse a continuar con la realización del cuestionario en el caso de que así lo decidiera. Cualquier duda con relación al contenido del mismo o a las preguntas formuladas, el médico que le está realizando el cuestionario estará encantado de resolverlas. Muchas gracias por su colaboración.

Queremos resaltar que los datos serán tratados siguiendo la normativa vigente, Ley de investigación en biomedicina del 2007, normas de la agencia nacional de protección de datos y normativa adicional.

PROCESO QUIRÚRGICO

1. ¿Podría decir cuántos días hace de su intervención quirúrgica?:
2. ¿Ha sido intervenido de una cirugía de urgencia, urgencia diferida o cirugía programada? Entendiéndose por cirugía de urgencia aquella cirugía que se produjo el mismo día a su ingreso por una fractura, urgencia diferida que fue intervenido por una fractura en los días posteriores al ingreso, y

cirugía programada en el caso de que haya sido en consultas externas donde se decidió la indicación quirúrgica de su patología.

1. Cirugía de urgencia

2. Cirugía de urgencia diferida

3. Cirugía programada

3. ¿Conoce usted el diagnóstico o el motivo por el cual le han intervenido?: Sí/No

En el caso de conocerlo, escríbalo: _____

4. ¿Conoce los huesos o articulaciones afectados en su patología? Sí/No

En el caso de conocerlo, escriba el nombre: _____

5. ¿Conoce el tipo de intervención quirúrgica a la que se le ha sometido? Sí/ No

En el caso de conocerlo, escriba el nombre: _____

6. ¿Conoce si se ha implantado material protésico o de osteosíntesis durante la cirugía? Sí/ No

En el caso de conocerlo, escríbalo: _____

7. ¿Le han propuesto diferentes opciones de tratamiento y usted ha elegido entre ellas? Sí/No

8. ¿Ha firmado el consentimiento informado para la cirugía a la que se ha sometido? Sí/ No

9. En caso afirmativo, ¿Hizo alguna pregunta antes de firmarlo? Sí/No

10. ¿Lo ha leído, ya sea antes o después de firmarlo?

- 1. Sí, lo leí antes.
- 2. Si, lo leí después de firmarlo.
- 3. No lo he leído.

11. ¿Dónde lo firmó?

- 1. En urgencias
- 2. En la planta de hospitalización
- 3. En consultas externas
- 4. En la sala prequirúrgica
- 5. En otro sitio,

escribalo:_____

12. ¿Conocía los riesgos de la cirugía antes de la misma? Sí/ NO.

En el caso de conocerlos, enumere los que conozca:_____

13. ¿Conoce el nombre de su cirujano principal? Sí / No.

En el caso de conocerlo, escriba su nombre: _____

14. ¿Conocía el nombre de su cirujano antes de la intervención quirúrgica? Sí/ No

15. ¿Sabe aproximadamente el tiempo que va a estar ingresado? Sí/ No

Si lo conoce, especifique cuántos días aproximadamente:_____

16. ¿Considera que le han ido comunicando de forma satisfactoria la información relacionada con las medidas a tomar en el postoperatorio? Sí/ No

17. En el caso de que haya contestado Sí, pase a la pregunta 19. En el caso de que haya contestado No, responda: ¿Ha podido preguntarle a algún profesional sanitario sobre esta cuestión? Sí / No.

18. En el caso de que haya contestado Sí a la pregunta anterior, ¿A quién le ha preguntado sus dudas? _____

19. Durante su estancia en planta, el personal sanitario ¿ha resuelto sus dudas satisfactoriamente? Sí/ No

20. En líneas generales, ¿Cuál es su grado de satisfacción con la información recibida sobre su proceso quirúrgico durante su ingreso?
Siendo:

- 0: Muy poco satisfecho
- 1: Poco satisfecho
- 2: Medianamente satisfecho
- 3: Adecuadamente satisfecho
- 4: Buena satisfacción
- 5: Muy buena satisfacción

21. En términos generales, ¿cómo se encuentra de satisfecho con respecto a las siguientes cuestiones en el tiempo que lleva usted ingresado?

A) Relaciones humanas por parte del personal médico:

- 0: Muy poco satisfecho
- 1: Poco satisfecho
- 2: Medianamente satisfecho

- 3: Adecuadamente satisfecho
- 4: Buena satisfacción
- 5: Muy buena satisfacción

B) Relaciones humanas Relaciones humanas Por parte del personal de enfermería:

- 0: Muy poco satisfecho
- 1: Poco satisfecho
- 2: Medianamente satisfecho
- 3: Adecuadamente satisfecho
- 4: Buena satisfacción
- 5: Muy buena satisfacción

C) Relaciones humanas Relaciones humanas Por parte de los auxiliares de enfermería:

- 0: Muy poco satisfecho
- 1: Poco satisfecho
- 2: Medianamente satisfecho
- 3: Adecuadamente satisfecho
- 4: Buena satisfacción
- 5: Muy buena satisfacción

D) Por parte de administrativos / celadores / personal de seguridad / personal de limpieza:

- 0: Muy poco satisfecho
- 1: Poco satisfecho
- 2: Medianamente satisfecho
- 3: Adecuadamente satisfecho
- 4: Buena satisfacción
- 5: Muy buena satisfacción

E) Relación del profesional sanitario con sus familiares:

- 0: Muy poco satisfecho
- 1: Poco satisfecho
- 2: Medianamente satisfecho
- 3: Adecuadamente satisfecho
- 4: Buena satisfacción
- 5: Muy buena satisfacción

F) Comida: 0-1-2-3-4-5

- 0: Muy poco satisfecho
- 1: Poco satisfecho

- 2: Medianamente satisfecho
- 3: Adecuadamente satisfecho
- 4: Buena satisfacción
- 5: Muy buena satisfacción

G) Limpieza:

- 0: Muy poco satisfecho
- 1: Poco satisfecho
- 2: Medianamente satisfecho
- 3: Adecuadamente satisfecho
- 4: Buena satisfacción
- 5: Muy buena satisfacción

H) Accesibilidad del profesional sanitario: 0-1-2-3-4-5

- 0: Muy poco satisfecho
- 1: Poco satisfecho
- 2: Medianamente satisfecho
- 3: Adecuadamente satisfecho
- 4: Buena satisfacción
- 5: Muy buena satisfacción

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Edad:
2. Género: Varón/ Mujer
3. Nacionalidad:
4. ¿Es su idioma materno diferente del castellano? Sí/No
5. En caso afirmativo, ¿cuál es su nivel de comprensión del castellano?:
6. Estado civil:
 - 1. Soltero
 - 2. Casado
 - 3. Separado-divorciado
 - 4. Viudo
7. Nivel de estudios finalizado:
 - 1. Sin estudios
 - 2. Primaria
 - 3. Secundaria
 - 4. Universitario o Superiores.
8. Tipo de convivencia:
 - 1: Vive solo
 - 2: Familia de origen
 - 3: Familia propia
 - 4: Pareja estable

- 5: Asilo-residencia-comunidad.
- 9. Ocupación laboral:
 - 1. Activo fijo
 - 2. Activo eventual.
 - 3. Parado
 - 4. Incapacidad laboral transitoria.
 - 5. Jubilado-Pensionista
 - 6. Estudiante
 - 7. Trabajo no remunerado

D. Anexo IV: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Don/Dña _____
_____ Mayor de edad manifiesta que ha sido informado/a del objetivo de la presente encuesta consistente en evaluar la información sanitaria recibida, que ha sido informado/a de que no tiene obligación de realizar la misma, que puede rechazar participar en el estudio sin que esto suponga ningún problema, que ha podido formular todas las preguntas previas para resolver las posible dudas y que acepta realizar la misma, lo que firma a continuación para que conste.

Facultad de Medicina
Departamento de Ciencias Sociosanitarias

Campus Universitario de Espinardo. 30100 Murcia

T. 868 884 328 - www.um.es

