Localizador
04-006

Estudio de la satisfacción de los pacientes con cáncer de piel tratados mediante cirugía

Comparative Study of Satisfaccion of Patients with Skin Cancer Treated by Surgery

Mª Teresa López Giménez[a], C. Guiteras[b], P. Roura[b]
[a]Hospital de Barbastro. Huesca. [b]Hospital General de Vic. Barcelona. España.

Correspondencia:
Mª Teresa López Giménez
Ctra. Nacional 240 s/n
CP. 22300 Barbastro. Huesca. España
e-mail: dermat.hbrb@salud.aragob.es

Resumen

Objetivo: conocer si existen diferencias en la satisfacción de los pacientes con cáncer de piel tratados con cirugía excisional versus los tratados con curetaje y electrocirugía.

Material y métodos: Para conocer los factores que determinan la satisfacción e insatisfacción de los pacientes hemos recurrido a la técnica del grupo focal, y posteriormente, con los datos obtenidos se ha elaborado una encuesta, que ha sido cumplimentada por todos los pacientes al final del estudio. Hemos recogido una muestra de 55 pacientes diagnosticados clínica e histológicamente de carcinoma basocelular de baja agresividad. Estos pacientes han sido distribuidos aleatoriamente en dos grupos según el tratamiento aplicado: 27 pacientes han sido tratados mediante cirugía excisional, y 28 mediante curetaje y electrocirugía.

Resultado y conclusión: No hemos encontrado diferencias en la satisfacción de los pacientes teniendo en cuenta el tratamiento practicado, y todos ellos se han manifestado en la encuesta, satisfechos o muy satisfechos con el tratamiento recibido.

(López Giménez MT, Guiteras C, Roura P. Estudio de la satisfacción de los pacientes con cáncer de piel tratados mediante cirugía. Med Cutan Iber Lat Am 2004; 32(3): 117-120)

Palabras clave: satisfacción, cirugía dermatológica, cáncer de piel.

Summary

A comparative study of patient satisfaction: *two groups of patients with skin cancer have been treated by surgical excision or by curettage-electrodesiccation. In this study, we attempted to know if there are some difference in patient satisfacction, focused on surgical modality.*

Material and Methods: *The patient satisfaction has been studied by the focus group system and enquirement. Fifty-five patiens with basal cell carcinoma (low-risk) have been included: 27 have been treated by surgical excision and 28 by curettage-electrodiseccation.*

Results and comment: *We have not found diferences in patient satisfaction treated by surgical excision or curettage-electrodesiccation. In both cases the patients manifest they are satisfied or very satisfied.*

Key words: *satisfaction, dermatologic surgery, skin cancer.*

La satisfacción de los pacientes es una medida para la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria[1-3]. En 1990, Donabedian[4], ya define que la asistencia de calidad es aquella que satisface las espectativas del paciente y le proporciona bienestar, habida cuenta que el procedimiento escogido es el adecuado. Para el tratamiento del cáncer de piel existen diversas técnicas quirúrgicas de reconocida eficacia[5-7]. Nos hemos propuesto conocer si existen diferencias en la satisfacción de los pacientes con cáncer de piel, tratados mediante cirugía excisional, con bisturí de acero frío, y cierre del defecto cruento con sutura directa, respecto a los tratados mediante curetaje y electrocirugía, con cierre del defecto quirúrgico por segunda intención. Para ello hemos realizado un estudio comparativo entre dos grupos de pacientes con carcinoma basocelular de baja agresividad, tratados con una u otra técnica.

En primer lugar, nos hemos planteado conocer cuales son los factores determinantes de la satisfacción e insatisfacción de los pacientes, mediante un grupo focal[8, 9], que consiste en reunir a un grupo de personas que comparten una experiencia común para que la comenten. A partir de los datos obtenidos del análisis del grupo focal, hemos elaborado una encuesta como instrumento que nos permita cuantificar la satisfacción.

Material y métodos

El grupo focal fue constituido por 10 personas, escogidas al azar, que han recibido tratamiento con una u otra técnica. Se

han reunido en un espacio neutral para que opinen acerca del tratamiento. La reunión ha sido conducida por técnicos de calidad asistencial y atención al paciente. Posteriormente se ha elaborado una encuesta que ha sido cumplimentada por los pacientes a partir del 6º mes de realizado el tratamiento quirúrgico (Tabla 1).

Tabla 1. Encuesta de satisfacción.

Técnica: ( ) Electrocirugía ( ) Cirugía
Localización de la cicatriz:
1.- ¿Está satisfecho de cómo el médico ha tratado su problema? 1. Muy satisfecho. 2. Satisfecho. 3. Ni satisfecho, ni insatisfecho. 4. Insatisfecho. 5. Muy insatisfecho.
2.- La información que le dio el médico sobre lo que le harían ante su problema de piel, piensa que fue: 1. Muy fácil de comprender. 2. Fácil de comprender. 3. Comprensible. 4. Dificil de comprender. 5. Muy dificil de comprender.
3.- El tiempo que tuvo que esperar para que le hicieran la operación, piensa que fue: 1. Demasiado largo. 2. Largo. 3. Adecuado. 4. Corto. 5. Demasiado corto.
4.- El tiempo que ha tardado en curarse su herida, le parece que ha sido: 1. Demasiado largo. 2. Largo. 3. Adecuado. 4. Corto. 5. Demasiado corto.
5.- El dolor que tuvo los días después de la operación, piensa que fue: 1. No tuve dolor. 2. Menos del que esperaba. 3. El que esperaba. 4. Más de lo que esperaba. 5. Mucho más de lo que esperaba.
6.- El número de visitas con el médico que tiene que hacer después de la operación, piensa que son: 1. Demasiadas visitas. 2. Muchas visitas. 3. Suficientes visitas. 4. Pocas visitas. 5. Muy pocas visitas.
7.- ¿Está satisfecho con la cicatriz que le ha quedado? 1. Muy satisfecho. 2. Satisfecho. 3. Ni satisfecho, ni insatisfecho. 4. Insatisfecho. 5. Muy insatisfecho.

Estudio prospectivo en el que se incluyen pacientes de edad comprendida entre 25 y 75 años, diagnosticados de carcinoma basocelular primario, de márgenes bien delimitados clínicamente, que no excedieran 0,5 cm de diámetro mayor en localizaciones de riesgo (H de la cara), 1 cm en localizaciones de riesgo intermedio (resto de cabeza), y hasta 3 cm en localizaciones de abajo riesgo (tronco y extremidades). Se han excluido los basocelulares morfeiformes, los clínicamente mal delimitados y los recurrentes, con el fin de que todos los carcinomas basocelulares presentaran baja agresividad.

Los pacientes se han asignado aleatoriamente en dos grupos de tratamiento, previo consentimiento informado:

- **Grupo 1.-** Exéresis quirúrgica, con bisturí de acero frío, y cierre directo de la herida quirúrgica mediante sutura.
- **Grupo 2.-** Curetaje de las lesiones con curetas Stiefel de 7 mm, más electrogirugía con electrobisturí tipo coagulador 970. Cierre de las heridas quirúrgicas por segunda intención.

El tratamiento se ha realizado en todos los casos por el mismo facultativo.

Resultados

Resultados de grupo focal

Una vez analizado el contenido de la reunión, se ha identificado que los principales motivos de satisfacción/insatisfacción son diversos. Los pacientes han valorado que el principal motivo de insatisfacción fueron las listas de espera para acceder a la consulta del especialista y posteriormente la espera de programación a quirófano. Se detecta que la información es insuficiente, pero no es motivo de insatisfacción. El dolor tampoco se plantea cómo problema. Se considera que el dolor es normal después de una intervención quirúrgica. Los pacientes tratados mediante curetaje y electrocirugía plantean algunos problemas en el periodo de curación. No se plantea ningún aspecto en cuanto a la visita diagnóstica y la realización del tratamiento. Se observa que los pacientes desconocen la existencia de las dos técnicas quirúrgicas. Los pacientes están de acuerdo con los controles postratamiento, prefieren sentirse controlados. La cicatriz de la herida quirúrgica apenas se valora, excepto en localizaciones visibles como la cara.

Muestra de pacientes

55 encuestas cumplimentadas a partir del 6 mes de la intervención quirúrgica. 27 pacientes tratados mediante cirugía excisional y 28 mediante curetaje-electrocirugía.

Resultados de la encuesta

Se presentan en la Tabla 2.

No se ha observado diferencia en ninguna de las respuestas obtenidas teniendo en cuenta la pertenencia de los pacientes a un grupo u otro de tratamiento.

Tabla 2. Resultados de la encuesta.

	Frecuencia	Porcentaje
Pregunta 1.- Satisfacción con el tratamiento		
Muy satisfecho	**36**	**65,5**
Satisfecho	19	34,5
Total	55	100
Pregunta 2.- Tipo de información clínica		
Muy fácil de entender	3	5,5
Fácil de entender	**29**	**52,7**
Comprensible	18	32,7
Dificil de entender	3	5,5
Muy dificil de entender	1	1,8
Total	54	98,2
Perdida	1	1,8
Total	55	100
Pregunta 3.- Tiempo de espera		
Muy corto	4	7,3
Corto	16	29,1
Adecuado	**29**	**52,7**
Largo	5	9,1
Total	54	98,2
Perdido	1	1,8
Total	55	100
Pregunta 4.- Tiempo de curación		
Muy corto	1	1,8
Corto	**30**	**54,5**
Adecuado	19	34,5
Largo	3	5,5
Demasiado largo	1	1,8
Total	54	98,2
Perdido	1	1,8
Total	55	100
Pregunta 5.- Dolor		
Sin dolor	17	30,9
Menos del esperado	**24**	**43,6**
El esperado	11	20,0
Más del esperado	2	3,6
Mucho más	1	1,8
Total	55	100
Pregunta 6.- Número de visitas		
Demasiadas	1	1,8
Muchas	4	7,3
Suficientes	**47**	**85,5**
Pocas	3	5,5
Total	55	100
Pregunta 7.- Cicatriz		
Muy satisfecho	**25**	**45,5**
Satisfecho	**25**	**45,5**
Indiferente	3	5,5
Insatisfecho	1	1,8
Muy insatisfecho	1	1,8
Total	55	100

Comentario

La técnica del grupo focal[8, 9] es un método cualitativo de investigación que indaga aspectos subjetivos, y permite profundizar en facetas complejas de los temas estudiados, por lo que nos ha parecido efectiva para conocer que piensan los pacientes. La hemos combinado con la encuesta[10, 11], método cuantitativo, que nos ha permitido sistematizar y medir la satisfacción de todos los pacientes estudiados. La encuesta ha sido elaborada utilizando el vocabulario que se utilizó en el grupo focal, para facilitar su comprensión. Una vez redactada ha sido enviada a los participantes del grupo focal para que ratifiquen el contenido y posteriormente ha sido validada por otros pacientes ajenos al grupo focal, pero de similares características. La participación ha sido positiva y los pacientes han valorado positivamente poder manifestar su opinión.

Existen diversas técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento del carcinoma basocelular, siendo la cirugía excisional, el curetaje y electrocirugía, la radioterapia, y la criocirugía, las más habituales[5-7]. La cirugía excisional tiene unas indicaciones más amplias incluyendo las variedades más agresivas y las recidivas tumorales, que requieren control de márgenes quirúrgicos con estudio anatomopatológico de los mismos. Los tumores que han presentado los pacientes incluidos en nuestro estudio han sido primarios, y de pequeño tamaño, superficiales o mínimamente infiltrantes, en los que el curetaje combinado a la electrocirugía son de probada eficacia[5, 7].

Todos los pacientes han sido tratados por el mismo facultativo para evitar sesgos derivados de la experiencia profesional, o de la relación médico paciente. Ya que las características personales y el nivel técnico del profesional, pueden influir en la satisfacción de los pacientes y ello modificaría los resultados atribuidos a la técnica que hemos valorado[12]. El 65,5% se ha manifestado muy satisfecho y el 34,5% satisfecho, sin encontrar diferencias teniendo en cuenta el grupo al que habían sido asignados los pacientes, por lo tanto no hemos encontrado diferencia en la satisfacción en cuento a técnica quirúrgica empleada.

Hay referencias acerca de la relación positiva entre la cantidad de información recibida y la satisfacción del paciente en dermatología[12-14]. El paciente con enfermedad crónica solicita más información que el paciente con patología tumoral (63% comparado al 37%), y el paciente joven más que los pacientes de más de 60 años[12]. Entre nuestros pacientes, cuya edad media ha sido de 63,9 años, se ha detectado que desconocen con exactitud el diagnóstico de su enfermedad pero no se ha manifiestado cómo motivo de insatisfacción, en muchos casos por proteccionismo de la

familia para que no se les informe de la naturaleza neoplásica de la enfermedad.

El *tiempo de espera* para acceder a quirófano ha sido de 1 més como término medio, que ha sido considerado adecuado o corto por la mayoría de los pacientes.

El *tiempo de curación* también ha sido considerado adecuado o corto, por la mayoría de los paciente, sin diferencia en cuanto al grupo de tratamiento asignado, a pesar de que el 100% de las heridas quirúrgicas del grupo de cirugía excisional estaban cerradas a los 15 días del tratamiento, mientras que en el grupo de curetaje electrocirugía tardaban un poco más, permaneciendo abiertas un 6,3% al mes de realizar el tratamiento.

El *dolor postratamiento* tampoco se ha manifestado como problema en ninguno de los grupos. El 30,9% de los pacientes ha referido ausencia de dolor, y el 43,6% que ha sido menos del que esperaba. Sólo un 3,6% manifestó que era más del que esperaba y un 1,8% manifestó mucho dolor. Los pacientes del grupo focal ya habian manifestado que consideraban normal el dolor en una intervención quirúrgica.

Se realizaron 5 visitas en 9 meses, lo cual fue considerado suficiente por el 85% de los pacientes, un paciente consideraba excesivo el número y frecuencia de las visitas, y 3 pacientes consideraban pocas las visitas. Este tipo de paciente prefiere sentirse controlado.

Un 45,5% de los pacientes se ha mostrado satisfecho y otro 45% muy satisfecho con el resultado estético de la cicatriz, sin diferencias en cuanto a grupo de tratamiento.

En conclusión, no hemos encontrado diferencias en ninguna de las respuestas teniendo en cuenta el grupo al que habían sido asignados los pacientes, y todos ellos se manifiestan satisfechos o muy satisfechos con ambas técnicas quirúrgicas.

Bibliografía

1. Blumenthal D. Quality of Haelth Care. Part 1: Quality of care – What is it? N Engl J Med. 1996; 335:891-3.
2. Ross CK., Stewzrd A., Sinacore JM. A Comparatyve Study of seven Measures of Patient Satisfaction. Medical Care 1995; 33: 392-406.
3. Kirsner RS, Federman DG. Patient Satisfaction. Quality of Care From the Patientes Perspective. Archiv. Dermatol 1997;133: 1427-31.
4. Donabedian A. La calidad de la asistencia ¿cómo podría ser evaluada? JAMA 1998; 260: 1743-8.
5. Silvermann, MK, Kopf AW, Grin C.N. Bart R.S., Levenstein MJ. Recurrence Rates of Treated Basal Cell Carciniomas. Part 2: Curettage-Electrodiseccation. J Dermatol Surg Oncol 1991; 17: 720-6.
6. Silvermann, MK, Kopf AW, Bart R.S., Grin CM., Levenstein MJ. Recurrence Rates of Treated Basal Cell Carciniomas. Part 3: Surgical Excision. J Dermatol Surg Oncol 1992; 18: 471-6.
7. Preston DS, Stern RS. Medical Progres: Nonmelanoma cancers of the skin. N. Engl J Med.1992; 327: 1649-62.
8. Powell RA, Single HM. Mathodology Mathers V. Focus Groups. Intern J Quality Health Care 1996; 8: 499-504.
9. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing Focus Group. Brit J Med 1995; 311 : 299-302.
10. Martinez Hernandez M. Metodos y Diseños de Investigación en Psicología. Ed Complutense, Madrid 1994.
11. Sierra Bravo R. Tecnicas de Investigación Social. Ed Paraninfo, Madrid, 1994.
12. Kirsner RS., Federman DG. Patient Satisfaction. Quality of care from the patient´prespective. Arch Dermatol 1997; 133:1427-31.
13. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-Analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med care.1988;26:657-75.
14. Chren M., Lasek RJ., Floke SA., Zyzansky SJ. Improbed Discriminative and Evaluative Capability of a Refined Version of Skindex, a Quality-of- Life Instrument for Patients With Skin Diseases. Arch Dermatol 1997; 133: 1433-40.