



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

Escuela de post grado

MAESTRÍA DE GESTIÓN EN SALUD

**'TIPOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL
HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ - LUIS N.
SÁENZ LIMA-2016.'**

Para optar el grado académico de Maestro de Gestión en Salud

Autora: Bachiller Hilda Rocío Vergara Pinto

Lima Perú

2018

**‘TIPOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL
HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ - LUIS N. SÁENZ
LIMA-2016.’**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CALIDAD EN SALUD

ASESORA: Dra. Claudia Milagros Arispe Alburqueque

DEDICATORIA

A Dios por su amor y su infinita misericordia.
A mi esposo e hijas por su tiempo y palabras
de aliento.

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad Norbert Wiener por haberme permitido realizar los estudios de maestría en Gestión en Salud, por la orientación y palabras de aliento en el desarrollo de mi investigación. Asimismo, a los catedráticos de esta casa de estudios, por sus sabios consejos y su apoyo durante este proceso.

ÍNDICE

	PÁG
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	viii
ABSTRAC	ix
INTRODUCCION	x
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	15
1.2 Identificación y formulación del problema.....	18
1.2.1 Problema general.....	18
1.2.2 Problemas específicos.....	18
1.3 Objetivos de la investigación.....	19
1.3.1 Objetivos General.....	19
1.3.2Objetivos Específicos.....	19
1.4 Justificación de la investigación.....	20
1.5 Limitaciones de la investigación.....	20
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de investigación.....	21
2.2.1 A nivel internacional.....	21
2.2 Bases legales.....	36
2.2.1 Normas nacionales.....	36
2.2.2 Normas internacionales OMS.....	37
2.3 Bases teóricas.....	48
2.3.1 Calidad en el servicio.....	38
2.3.1.1. Calidad en el servicio.....	38
2.3.1.2. Sensibilidad de los clientes a la calidad.....	38
2.3.1.3. Parámetros de medición de calidad de los servicios.....	39
2.3.1.4. Sistema de evaluación de la calidad de los servicios.....	39

2.3.1.5.	Diferenciación ante el cliente mediante la calidad.....	39
2.3.1.6.	Desarrollo del factor humano como agente.....	40
	fundamental de la calidad.	
2.3.1.7.	Diseño de las estrategias, sistemas, políticas y.....	40
	procedimientos de calidad.	
2.3.2.	Calidad en salud.....	41
2.3.3.	Calidad en servicios de salud.....	43
2.3.4.	Dimensiones de la calidad: estructural, proceso y.....	45
	resultados.	
2.3.4.1.	Estructura.....	46
2.3.4.2.	Procesos.....	46
2.3.4.3.	Resultados.....	47
2.3.5.	Satisfacción.....	49
2.3.5.1	Factores que influyen en la satisfacción del usuario.....	49
2.3.5.2	Aspectos que intervienen en la satisfacción del usuario...51	
2.3.6	Cirugía plástica, reconstructiva, estética y quemados.....	52
2.3.6.1.	Lifting, rejuvenecimiento de rostro.....	52
2.3.6.2.	Nariz.....	54
2.3.6.3.	Orejas.....	56
2.2.6.4.	Cejas.....	57
2.3.6.5.	Blefaroplastia o parpados.....	57
2.3.6.6.	Frente.....	59
2.3.6.7.	La liposucción.....	61
2.3.6.8	Quemaduras.....	63
2.4	Hipótesis.....	71
2.4.1.	Hipótesis General.....	71
2.4.2.	Hipótesis Especifico.....	71
2.5.	Operacionalización de variables e indicadores	72
2.5.1	Variable 1.....	72
2.5.2	Variable 2.....	72
2.5.3	Operacionalización de Variables.....	73
3.3.1	Definición de términos básicos.....	74

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	Tipo y nivel de investigación.....	76
3.2	Diseño de la investigación	76
3.3	Población y muestra.....	77
	3.3.1 Población.....	77
	3.3.2 Unidades de análisis.....	77
	3.3.3. Criterios de selección.....	77
	3.3.4 Muestra.....	78
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	78
	3.4.1 Técnica.....	78
	3.4.2 Instrumento de recolección de datos.....	78
3.5	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	80

CAPITULO IV. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1	Procesamiento de datos:	81
4.2	Prueba de hipótesis.....	90
4.3	Discusión de resultados.....	92

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones.....	97
5.2	Recomendaciones.....	98

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS –

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	99
ANEXOS.....	104
ANEXOS 1: Matriz de consistencia.....	105
ANEXOS 2: Cuestionario aplicado.....	106
7.1 Ficha de recolección de datos.....	107

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el tipo de cirugía y la satisfacción del usuario en cirugía reconstructiva estética y quemados sobre la calidad de atención recibida en el Hospital Nacional PNP “Luis Sáenz”. Lima- 2016.

Material y método: Tipo de estudio aplicada. El diseño es de tipo no Experimental en una muestra representativa de 68 pacientes de ambos tipos de cirugías, donde se analizó la relación entre la el tipo de cirugía y la satisfacción de los usuarios.

Resultados: Se determinó, que la satisfacción de pacientes operados por cirugía reconstructiva estética comparada con pacientes operados por quemadura respecto a la dimensión de procesos, muestra diferencia, a la adecuación de horarios, comodidad, información de pruebas y tiempo de espera. La satisfacción de pacientes de cirugía reconstructiva estética comparados con pacientes quemados respecto a la dimensión de infraestructura mostró diferencias en la comodidad del edificio e instalaciones y la valoración de la limpieza.

El grado de satisfacción que presenta el servicio de Cirugía reconstructiva estética y el servicio de Cirugía de Quemados sobre la Calidad de atención recibida en el Hospital Nacional de la Policía, fue buena en gran proporción. Al comparar el grado de satisfacción que presentan los servicios de Cirugía reconstructiva estética y Cirugía de Quemados sobre la Calidad de atención recibida en el Hospital Nacional de la Policía, se muestra diferencias estadísticamente en cada una de sus procesos, infraestructura y resultados.

Conclusiones: El grado de satisfacción presentan los servicios de Cirugía reconstructiva estética y Quemados sobre la calidad de atención recibida en el Hospital Nacional de la Policía “Luis Sáenz Lima-2016, muestra diferencias estadísticamente en su evaluación final.

Palabras clave: Satisfacción, usuario, cirugía reconstructiva, estética, quemados, calidad de atención.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the type of surgery and the satisfaction of the user in aesthetic reconstructive surgery and burned on the quality of care received at the National Hospital PNP "Luis Sáenz". Lima-2016.

Material and method: an observational, correlational and compared study was conducted in a representative sample of 68 patients of both types of surgeries.

Results: We found as a result that when determining the satisfaction of patients operated by aesthetic reconstructive surgery compared to patients operated by burn surgery with respect to the process dimension, there is a significant difference, and the dimensions of adequacy of schedules, comfort, evidence information. and waiting time. That the satisfaction of patients operated on aesthetic reconstructive surgery compared to burnt surgery operated on the infrastructure dimension showed differences in the comfort dimensions of the building and facilities and the assessment of cleanliness.

The degree of satisfaction presented by the aesthetic reconstructive surgery service on the quality of care received at the National Police Hospital "Luis Sáenz, was good in large proportion. The degree of satisfaction of the Burns Surgery service regarding the quality of care received at the National Police Hospital "Luis Sáenz" was good in a large proportion. When comparing the degree of satisfaction of the Cosmetic Reconstructive Surgery and Burns Surgery services regarding the Quality of care received at the National Police Hospital "Luis N. Sáenz," statistically significant differences are shown in each of its process dimensions, infrastructure and results.

Conclusions: Finally, the degree of satisfaction shown by the services of Cosmetic Reconstructive Surgery and Burns Surgery on the quality of care received at the National Hospital of the Police "Luis Sáenz Lima-2016, shows statistically significant differences in their final weighted evaluation.

Keywords: Satisfaction, user, reconstructive surgery, cosmetic surgery, burn surgery, quality of care.

INTRODUCCIÓN

El concepto "satisfacción del usuario" adquiere un notable relieve en los años 80, tal como lo refleja la literatura profesional. Habitualmente aparece unido a otros dos términos que han entrado con una fuerza similar: la calidad y la evaluación. Desde entonces, estos conceptos se han ido adaptando poco a poco a la realidad, tal como había ocurrido con anterioridad en otras organizaciones de servicios como, por ejemplo, hospitales, bancos, universidades y como los ministerios. Los tres elementos se presentan consecutivamente, es decir, se efectúa la evaluación para poder aplicar la calidad y conseguir con ello la satisfacción del usuario.

La calidad en salud no depende de una característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el acto de sistema que se trate. Si nos enfocamos solamente en el punto de vista del usuario de servicios, la calidad estaría destinada a cumplir las expectativas y necesidades de la atención al cliente, usuario o paciente, en este sentido la calidad debería brindar una satisfacción completa en el proceso de atención.

La naturaleza nos ha brindado a través de la historia de la humanidad nuestras propias características y muchas veces no estamos conformes con lo que tenemos, y es por ello que miles de personas en el mundo deciden cambiar su apariencia física buscando bienestar. La cirugía plástica en el Perú, es la alternativa para satisfacer esta dedición tomada.

Al respecto, el trabajo de investigación consta cinco capítulos.

El primer capítulo se planteó la problemática. El segundo capítulo se ha desarrollado el marco teórico que ha orientado toda ejecución del trabajo de investigación, bases legales y teóricas que sustenta la investigación así como las hipótesis formuladas.

El tercer capítulo se menciona la metodología de la investigación, características del estudio y fuentes de información.

El cuarto capítulo se implementa la tesis bajo la orientación del marco teórico así como las hipótesis; por esta razón comienzan a relacionar las diferentes variables involucradas en la presente investigación.

El quinto capítulo se plantea las conclusiones y recomendaciones de la investigación realizada y concluida, teniendo presente que ésta investigación eminentemente aplicativa.

La Autora

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La calidad del servicio depende de la organización y la coordinación del personal para brindar un mejor servicio.

Los resultados reflejaron que existe relación significativa entre la satisfacción y la forma como el personal del hospital trata a los pacientes y las facilidades del hospital.

Observamos que se trata de una medida por medio de la cual se quiere valorar si un servicio cumple su meta principal, esto es, si ofrece servicios de calidad que satisfagan a sus pacientes. Con este planteamiento se pone de manifiesto que se juzga en términos de efectividad, para medir hasta qué punto un servicio está cumpliendo esta meta desde la perspectiva del usuario.

La Calidad de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos - paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora. Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad.

Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos ¹.

Para el prestador, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales y tecnología disponible.

Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora ².

La calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema de que se trate. Sí nos enfocamos solamente en lo que respecta al punto de vista del usuario de los servicios, la calidad estaría destinada a cumplir las expectativas y necesidades de la atención al cliente, usuario o paciente, en este sentido la calidad debería de brindar una satisfacción completa en el proceso de atención ³.

La naturaleza nos ha brindado a través de la historia de la humanidad nuestras propias características y muchas veces no estamos conformes

con lo que tenemos, y es por ello que miles de personas en el mundo deciden cambiar su apariencia física buscando bienestar.

La cirugía plástica en el Perú, es la alternativa para poder satisfacer esta decisión tomada. La cirugía plástica muestra una tendencia general hacia técnicas menos invasivas y más seguras, así como un mayor interés en la prevención de los efectos deletéreos del envejecimiento, la corrección de patologías atróficas y que el resultado sea de aspecto natural.

La cara es el foco primario de atención en las relaciones interpersonales, las alteraciones faciales ocasionadas por el paso de los años o por patologías previas, caracterizadas por atrofas o hipotrofia de los tejidos, origina consecuencias no deseables debido a que la persona se ve afectada no porque no alcance el ideal de belleza, sino porque no alcanza un estándar de aceptabilidad.

La persona con la estética facial afectada, desarrolla una serie de pautas de conducta variadas relacionadas con el grado de afectación que posee y en ocasiones limita la plena incorporación a la sociedad. Para el tratamiento de éstas alteraciones faciales existen una serie de métodos y técnicas, la búsqueda de resultados permanente y predecibles nos llevan a la utilización de diversas técnicas ⁵.

En este contexto, la cirugía plástica nos brinda diferentes opciones de procedimientos, y para el caso de quemaduras, o problemas de morfología, los auto injertos u otros procedimientos, son una alternativa

importante, sin embargo el nivel de satisfacción es un problema que aún no se logra superar en la cirugía plástica, ya que el paciente generalmente no queda conforme con lo realizado.

En este sentido el presente trabajo trata de analizar desde otra a perspectiva diferente la satisfacción de los usuarios del servicio de cirugía plástica, no solamente desde la dimensión del resultado de la operación, sino que también de la satisfacción del proceso de la atención tanto en pacientes post-operados en cirugía reconstructiva como cirugía de quemados en el Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz.

1.2. Identificación y formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el tipo de cirugía y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica del Hospital Nacional PNP. Luis N. Sáenz. Lima-2016?

1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la relación entre el tipo de cirugía y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de estructura, del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. Lima-2016?
2. ¿Cuál es la relación entre el tipo de cirugía y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de procesos, del Hospital Nacional PNP Luis N.

Sáenz. Lima-2016?

3. ¿Cuál es la relación entre el tipo de cirugía y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de resultados, en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. Lima-2016?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el tipo de cirugía y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica del Hospital Nacional PNP. Luis N. Sáenz. Lima-2016?

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar la relación entre el tipo de cirugía y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de estructura, del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. Lima-2016?.
2. Identificar la relación entre el tipo de cirugía y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de procesos, del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz.Lima-2016.
3. Medir la relación entre el tipo de cirugía y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de resultados, del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz.Lima-2016.

1.4 Justificación de la investigación

El objetivo de toda cirugía plástica es conseguir el máximo nivel estético (forma, volumen, textura y simetría), proporcionando resultados duraderos en el tiempo y, todo ello, con la mínima morbilidad para la paciente.

Gracias al desarrollo y perfeccionamiento durante la pasada década de las técnicas microquirúrgicas, es que hoy podemos conseguir una mejor cobertura de tejidos blandos como son los tejidos autólogos, injertos etc. Los cuales brindan mayor durabilidad y resistencia en el tiempo. Todo ello con una mínima morbilidad y el beneficio estético.

Estudios previos han valorado la satisfacción de la cirugía con diferentes métodos, pero sin embargo no son muchos los que hablan acerca de la satisfacción en cirugía plástica de quemados y de reconstrucción.

Con este estudio tratamos de valorar la satisfacción de las pacientes con problemas de quemaduras y reconstrucción, con la finalidad de observar si es que existen diferencias en la percepción de la calidad.

1.5 Limitaciones de la investigación

El desarrollo de esta investigación sólo tendrá como un límite en el hecho de que la literatura científica respecto al tema es de escaso rigor metodológico. Y trabajos de calidad en el campo de la cirugía plástica se dan solo a un nivel descriptivo y existen muy pocos.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

En la presente tesis se han revisado diversos estudios relacionados a la satisfacción post cirugía de pacientes, también se han revisado estudios de cirugía plástica, con la finalidad de darle una base científica al trabajo.

2.2.1 A nivel internacional

Paula M, y Casari, L. (2017), en Barranquilla Colombia, en su estudio “Satisfacción y motivación de la cirugía estética en mujeres y su relación con los esquemas desadaptativos tempranos”, realizó un estudio con el objetivo de investigar los Esquemas Desadaptativos Tempranos en mujeres con cirugías estéticas, e indagar si existían relaciones con la satisfacción, motivación hacia nuevas cirugías y variables relacionadas a la cirugía. Metodología: la muestra constó de 67 mujeres de entre 18 y 40 años con al menos una cirugía, administrando el Cuestionario Esquemas Desadaptativos Tempranos de Young y una encuesta Ad Hoc. Como resultado al esquema Estándares Inflexibles se encontró en más del 50 % y se encontraron correlaciones significativas con las variables analizadas: motivación, satisfacción y variables quirúrgicas con los esquemas desadaptativos temprano (cantidad, edad y antigüedad). La autora concluye que se discuten los resultados en función de la influencia entre los esquemas desadaptativos tempranos y las intervenciones quirúrgicas estéticas ¹.

Danilla D, Troncoso E, Ríos M, Domínguez C, Cuevas P, Cisternas J. (2017). Realizó un trabajo en Santiago de Chile, titulado “Factores que afectan la calidad de vida en pacientes con cirugía de aumento mamario: estudio de cohorte”. Refieren que el instrumento Breast-Q® se ha ocupado para medir la calidad de vida de las pacientes sometidas a cirugía de aumento mamario. Se desconocen los factores que determinan la mejoría en la calidad de vida de estas pacientes. El objetivo de este estudio fue identificar los factores determinantes de la mejoría de la calidad de vida en estas pacientes. Materiales y métodos. Se estudió una cohorte prospectiva de 52 pacientes sometidas a aumento mamario. Se estudiaron características sociodemográficas, mediciones antropométricas, variables relativas a la cirugía y se aplicó el instrumento Breast-Q®. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva, el test de Wilcoxon para muestras pareadas y modelos de regresión lineal y logística. Resultados principales: Se encontró mejoría en la calidad de vida de forma global ($p < 0,00001$) y en todos los dominios salvo en el de «síntomas físicos». Dentro de los factores determinantes, existió una relación positiva entre el volumen de la prótesis y la mejoría en la calidad de vida de forma global ($p = 0,032$) y en los dominios «autoimagen y autoestima» ($p = 0,01$) y «vida sexual» ($p = 0,001$). Conclusión: La cirugía de aumento mamario incrementa significativamente la calidad de vida, medido mediante el instrumento Breast-Q®. Según Danilla ² “Los determinantes de la mejoría en la calidad de vida estarían directamente relacionados con el volumen de la prótesis “.

Danilla S, Troncoso E., Ríos M, Domínguez C, Selman C, Cuevas P. (2017), en Santiago de Chile realizan un estudio titulado “¿Qué factores influyen en la satisfacción de los pacientes sometidos a reducción mamaria? Análisis de un estudio de cohorte utilizando el instrumento Breast-Q®”: El instrumento Breast-Q® se ha ocupado de medir la calidad de vida de las pacientes sometidas a cirugía de reducción mamaria o mastopexia. Conforme a la misma Dra Danilla ⁴ “Se desconocen los factores que determinan la mejoría en la calidad de vida de estas pacientes. El objetivo de este trabajo fue identificar los factores determinantes de la mejoría de la calidad de vida en pacientes sometidas a reducción mamaria. Materiales y métodos; Se estudió una cohorte prospectiva de 41 pacientes sometidas a reducción mamaria o mastopexia sin implantes. Se estudiaron características sociodemográficas, mediciones antropométricas, variables relativas a la cirugía y se aplicó el instrumento Breast-Q®. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva, modelos de ecuaciones de estimación generalizada y modelos de regresión lineal y logística. Como resultados, se encontró mejoría en la calidad de vida de forma global ($p < 0,0001$) y por dominios y con respecto a los factores determinantes, existió una relación positiva entre la magnitud de la resección y la mejoría en la calidad de vida de forma global ($p = 0,032$) y en el dominio de síntomas físicos ($p = 0,012$). Destaca además una mejoría del 50% con resecciones de tejido mamario sobre los 300 g”. La autora concluye que la cirugía de reducción mamaria y mastopexia incrementan significativamente la calidad de vida medida mediante el instrumento Breast-Q® en pacientes

con hipertrofia o ptosis mamaria. Los determinantes de esta mejora estarían directamente relacionados con la cantidad de tejido resecado, con una mejoría del 50% con resecciones sobre los 300 g ⁴.

Benítez S. S, Andrades C. P, Danilla E. S, Erazo C. C, Sepúlveda P. S, Figueroa G. M. (2012), en Santiago de Chile se realizó un estudio titulado “Evaluación de Programa de Especialidad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética de la Universidad de Chile”, evalúa, como la educación médica ha sido utilizada como estrategia, así como los cambios en los últimos años, esto obviamente, afecta transversalmente los aspectos de la medicina. Es por ello, la importancia de determinar la apreciación de los residentes egresados de los programas de especialidades para considerar la necesidad de cambio. Según Benitez ³ “El objetivo de este estudio fue evaluar el programa de formación en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética de la Universidad de Chile. Material y Métodos: Se confeccionó una encuesta de 32 preguntas divididas en 5 dominios: Aspectos generales de la residencia, actividades prácticas, teóricas, aspectos económicos y situación post-residencia. Resultados: La encuesta fue respondida por los egresados desde el año 2004 al 2010. Se obtuvo un total de 18 egresados, el 72,2% de los encuestados considera el programa de especialista como bueno o muy bueno, el 83,3% de los encuestados considera que la duración del programa es insuficiente, sugiriendo una duración de 3 años como óptima. Los centros mejor evaluados fueron el Hospital Militar y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, mientras que las rotaciones mejor

evaluadas fueron Quemados en un 100%, Cirugía Estética Mamaria en un 94,4% y Cirugía de Contorno Corporal con un 83,3%. El 77% considera haber desarrollado destrezas quirúrgicas adecuadas. Conclusiones: Según los encuestados el programa de residencia es bueno, logrando egresar preparados para desempeñarse como cirujano plástico en la mayoría de los aspectos de la especialidad, sin embargo, es necesario mejorar ciertos aspectos del programa”.

Bernardo, V. y Yusimi, M. (2012), realizó un trabajo en Cuba sobre la cirugía reconstructiva en pacientes con asimetría facial y retrognatia mandibular acompañada de rinomegalia. En los últimos años se ha popularizado el restablecimiento de la armonía facial. Para ello se combinan las técnicas y tratamientos más adecuados a las necesidades de cada paciente. Objetivo: describir los resultados de cirugías reconstructivas en pacientes portadores de asimetría facial y de retrognatia mandibular acompañada de rinomegalia, respectivamente. Métodos: estudio descriptivo de 20 pacientes operados en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, en el quinquenio 2007-2012, mediante las técnicas osteotomía de la base del mentón y perfiloplastia, para los casos de asimetría facial y retrognatia mandibular acompañados de rinomegalia, respectivamente. Las variables del estudio fueron: edad, sexo, tipo de anestesia y grado de satisfacción del paciente. El resultado de este estudio mostró un alto grado de satisfacción con los resultados obtenidos luego de la cirugía. Predominó el sexo femenino y los pacientes con edades comprendidas entre los 20

y 25 años. Los autores concluyen que “la recuperación de la armonía facial permitió a los pacientes tratados recuperar la autoestima, y disminuir los sentimientos de minusvalía; aunque este tipo de cirugía no solo está encaminada a la recuperación estética, sino también a la funcional” ⁵.

Cairos J, León Y, Bezares I, Alfonso J. (2009), realizaron en Cuba un estudio titulado, “Reconstrucción de la parálisis facial con colgajo del músculo temporal”, que consistía en la transposición de tejido muscular vivo y dinámico en un rostro paralizado, la cual presenta ventajas biológicas sobre otras técnicas de suspensión mecánicas que emplean trasplantes musculares de diferentes sitios anatómicos. El estudio tuvo como finalidad describir resultados, complicaciones y la satisfacción de los pacientes tratados mediante esta técnica. Investigación descriptiva y prospectiva con 7 pacientes atendidos entre septiembre de 1997 y julio de 1999. “Como resultado se obtuvo mejoría en la elevación de la comisura labial en el 100 por ciento de los pacientes operados, pero solo en un paciente (14,3 por ciento) se observó un cierre parcial del ojo. El 87,5 por ciento de los pacientes estuvieron satisfechos con los resultados funcionales obtenidos. Se observaron complicaciones en tres pacientes, las más frecuentes de las cuales fueron la dehiscencia de las suturas musculares, el rechazo al material de relleno y la infección local. Se pudo concluir que esta técnica está indicada en pacientes con secuelas funcionales graves, con atrofia muscular evidente y desviación de la comisura labial” ⁷.

Medina B, Mitsui N, Centurión O, Ayala N, Leguizamón H. (2009), en su estudio sobre “Cirugía mayor ambulatoria”. Programa piloto en el Hospital IPSS Luque”, en Paraguay, refieren que “la Cirugía mayor ambulatoria es un método eficiente y eficaz para satisfacer y cubrir la demanda asistencial, de gran aceptación en muchos países, donde resulta en una solución para disminuir gastos, optimizar recursos, y dar satisfacción a pacientes y familiares. El objetivo fue la implementación de un programa de cirugía mayor ambulatoria en un hospital de seguridad social” ¹⁵. Material y Métodos: Estudio descriptivo- prospectivo. Pacientes operados en el hospital IPSS-Luque, entre enero a junio de 2008, incluidos en el Programa de Cirugía Mayor ambulatoria. Se encontraron como resultados que fueron sometidos a cirugía mayor 114 pacientes, de los cuales 88 pertenecieron al servicio de cirugía general, de éstos, 74 (84%) formaron parte del programa de cirugía mayor ambulatoria que se llevó a cabo en una Unidad integrada y dependiente del hospital. Los criterios de selección fueron poco flexibles, incluyendo pacientes con ASA I y II y en caso de litiasis vesicular la inexistencia de sospecha de compromiso canalicular, la proximidad del domicilio del paciente y el fácil acceso a una atención de urgencia en caso de necesidad. La necesidad de un adulto responsable de la atención del paciente fue otro requisito indispensable. Los criterios de alta fueron estrictos. No tuvimos complicaciones inherentes al método. “El grado de satisfacción por parte de los pacientes fue del 100 %. La cirugía mayor ambulatoria es una

práctica confiable, segura y eficiente, siendo los programas para su aplicación posible y necesaria en nuestro medio”¹⁵.

Muza, R. y Muza, P. (2008), “Satisfacción del paciente con tres especialidades dentales”, estudio realizado en Chile, a través de encuestas sobre la satisfacción del paciente, se ha convertido en una herramienta cada vez más importante en la medición de la calidad de los servicios de salud. El objetivo fue evaluar el nivel de satisfacción de pacientes mujeres con tres especialidades dentales: odontopediatría, periodoncia y cirugía oral. Muestra de 238 pacientes mujeres, de 15 años y más que recibieron atención dental al menos dos veces en el servicio dental de Hospital Rancagua de Chile. Fueron entrevistadas durante julio del 2007 acerca de sus experiencias en visitas previas. Las pacientes reportaron el nivel de satisfacción en una escala de 5 puntos tipo Likert para las 10 preguntas en un cuestionario, focalizado en áreas de: acceso, comunicación con el dentista, infraestructura, y otros aspectos. Conforme a Muza¹⁴ “Las áreas evaluadas menos que regular incluyen la obtención de citas en un tiempo determinado, y tiempo de espera en la clínica para acceder al dentista. Las participantes estuvieron regularmente satisfechas con explicaciones del dentista acerca del tratamiento dental, y acceso al tratamiento dental. Lo peor evaluado fue la disponibilidad de baño. El área que recibió la mejor satisfacción por las pacientes fue la competencia técnica del dentista. Los resultados indican que el nivel de satisfacción del paciente fue moderadamente excelente. Las áreas identificadas como necesitadas de mejoramiento incluyen: comunicación

dentista paciente, sistema de citación, acortar el tiempo de espera para acceder al dentista””.

Pérez F, Ramírez E, Pina E (2008), en Cuba, se realizó un estudio sobre “Resultados inmediatos del tratamiento quirúrgico en las deformidades abdominales”, estudio observacional descriptivo sobre los resultados inmediatos del tratamiento quirúrgico en 98 pacientes ingresadas en el servicio de cirugía plástica del Hospital General Provincial Dr Antonio Luaces Iraola provincia Ciego de Ávila. Más de la mitad de los casos se encontraba en el rango de 31 a 40 años, y presentaban deformidad abdominal grado-II, la técnica quirúrgica más empleada fue la horizontal, asociada con mayor frecuencia a hernia incisional, seguida de la salpingectomía parcial bilateral, la infección, el seroma y el hematoma, resultaron las complicaciones más frecuentes. “La mayoría de las pacientes se encontraron totalmente satisfechas con los resultados de la operación. Los autores encontraron como resultado, escasas complicaciones y un elevado nivel de satisfacción en todas las pacientes con distintos grados de deformidad abdominal”⁸.

Pérez F, Pina E, Ramírez E (2008), en Cuba se realizó un estudio sobre “Resultados inmediatos del tratamiento quirúrgico en las hipertrofias mamarias”. Método: estudio observacional descriptivo sobre los resultados inmediatos del tratamiento quirúrgico en 223 pacientes ingresadas en el servicio de cirugía plástica del Hospital General Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola provincia Ciego de Ávila. Resultados:

Más de la mitad de los casos se encontraba en el rango de 26 a 45 años, y presentaban hipertrofia mamaria grado-II, la técnica quirúrgica más empleada fue el pedículo interno, seguida del pedículo externo y el superior, el mayor número de casos superaban los 1000g de tejido resecado. La infección, el sangrado y el hematoma, resultaron las complicaciones más frecuentes. Según Perez ⁹ “La mayoría de las pacientes se encontraron totalmente satisfechas con los resultados de la operación. Conclusiones: se demostró la versatilidad de las técnicas quirúrgicas aplicadas, logrando obtener buena forma y función así como un elevado nivel de satisfacción en las pacientes aquejadas de hipertrofia mamaria “.

Massip C, Ortiz R, Llanta M, Peña M, Infante I. (2008), realizó un trabajo en Cuba, sobre “La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad.”, La calidad en la atención médica debe estar basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales óptimos y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida. El objetivo fue reflexionar sobre la necesidad de integración de elementos de carácter técnico y también de procesos, objetivos y subjetivos, involucrados en el fenómeno de la calidad y enfatizar en su elemento subjetivo: la satisfacción, que representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. Evaluar la satisfacción no sólo permite obtener un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia ¹⁰.

Gil W, Lobo O, Betancourt D, Hernández M, Dávila D, Ramírez P. (2008), en México, realizó el estudio “Reconstrucción facial con colgajos locales”, donde se dio a conocer la evolución clínica de pacientes sometidos a reconstrucciones faciales con empleo de colgajos locales. Estudio prospectivo, descriptivo y observacional, diseño no experimental. Cuatro casos clínicos, pacientes masculinos, con el diagnóstico mediante biopsia de Carcinoma Baso celular a tres de ellos y al otro Carcinoma espinocelular, se les practicó la excéresis de las lesiones y posteriormente en el mismo acto quirúrgico se realizó el colgajo, utilizando para esto piel y en un caso músculo, de diferentes regiones de la cara. La evolución funcional y estética fue satisfactoria ¹¹.

Cabrera S, A. Redondo C, A. Dean F, J.R. Benítez i G, C. Torre B, L.F. Rioja T. (2006), realizaron un trabajo en Argentina sobre la satisfacción en pacientes con reconstrucción mamaria con colgajo D.I.E.P. La reconstrucción mamaria tras mastectomía se realiza primordialmente para proporcionar calidad de vida a la paciente. Conforme Cabrera ⁶ “Se evaluó la satisfacción y calidad de vida de las pacientes reconstruidas mediante colgajo D.I.E.P. (Deep Inferior Epigastric Perforator) y el resultado estético de la reconstrucción”. Fueron estudiadas treinta y tres pacientes, de 51 reconstrucciones mamarias con colgajo DIEP realizadas entre enero de 2000 y noviembre de 2004 y fueron encuestadas acerca de aspectos generales relativos a la cirugía, imagen corporal y sensación subjetiva. “El resultado de imagen corporal fue evaluado por dos observadores externos, un cirujano plástico y una enfermera, además de

por la propia paciente. Para valorar la reconstrucción mamaria, se utilizó una escala de 4 puntos. La satisfacción general de este estudio fue elevada. Se consiguió una valoración alta en simetría, dentro de los parámetros objetivos y en integridad corporal entre los subjetivos. Como conclusión se encontró una correlación alta entre las respuestas de los observadores comparados con las respuestas de las propias pacientes, y se observó una fuerte correlación entre integridad corporal y satisfacción general”⁶.

Escarpanter, J. (2004), Estudio realizado en Brasil sobre “Secuela de una tumoración benigna no tratada”, reportó que dentro de la amplia gama de casos que presentan deformaciones prevenibles o curables, y secuelas deformantes de entidades que en nuestro medio son totalmente resueltas antes de provocarse, se encuentran las que se producen en el sistema osteomiarticular debido a tumoraciones invalidantes y antiestéticas. Se describió el caso de una paciente de 13 años, procedente del Estado de Tocantins, Brasil, con tumoración palpable a nivel del tercio medio distal del cubito derecho, y una tumoración visible de forma alargada y delgada de consistencia dura, que se moviliza a la escasa pronosupinación permitida por el antebrazo que protruye por la región posterior y externa del codo, con acortamiento y angulación evidente del antebrazo y con limitación de la flexión y extensión del codo. El diagnóstico, sugestivo de osteocodromatosis múltiple, con la consecuente alteración del crecimiento de cubito y luxación radiocubital proximal y distal. El tumor fue retirado del cúbito y se remodeló la

extremidad proximal del radio, que se encontraba protruyendo por la cara posterior del codo. En otra etapa, la cirugía correctora mejoraría la estética y la función del antebrazo y del codo, pero el alargamiento de estos será difícil, por la mala calidad de ambos huesos: La paciente siempre mantendrá un antebrazo corto, secuela permanente que invariablemente influirá en su psiquis ¹³.

Rodríguez de Tejera, Noriela (2004), el estudio “Nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en el Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de Aguadulce”, realizado en Panamá, determinó el nivel de satisfacción de los usuarios. El diseño del estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, en el total de pacientes que se encontraban hospitalizados en el momento del inicio del estudio (1º del junio del 2004 al 30 de julio del mismo año). La muestra fue seleccionada por medio de la técnica de estratificación. Los estratos obtenidos los constituyen tres (3) de los servicios de hospitalización del Hospital, sala de medicina, sala de cirugía y la sala de gineco-obstetricia. Los datos fueron recolectados mediante la aplicación de un cuestionario semi-estructurado, por entrevista personal, confidencial y autorizada verbalmente. Los análisis de los datos se realizaron en el Programa Excel y la herramienta análisis estadístico. El análisis de los mismos mostró que el 90 por ciento de los usuarios se sienten satisfechos con el servicio recibido, el 38 por ciento de los usuarios califican el servicio de excelente, el 33 por ciento de adecuado, el 27 por ciento como regular y el 2 por ciento como inadecuado. En términos generales la prevalencia global de satisfacción sobre la calidad

del servicio de hospitalización es elevada, 90 por ciento, lo cual era de esperar, toda vez que está establecido por la literatura internacional la tendencia de los usuarios a manifestar elevados porcentajes de satisfacción de la atención. Ello apunta a confirmar la hipótesis planteada por algunas investigaciones acerca de que el nivel de satisfacción declarado por los pacientes es una valoración de la atención y no de todo el proceso que ello implica. Sin embargo, cuando analizamos la satisfacción general percibida por el usuario sobre la base de cero quejas, cero defectos, cero error, la satisfacción fue de 32 (por ciento). El usuario manifiesta sentirse satisfecho con los servicios, no obstante tiene quejas referentes al servicio. ¹⁶.

Chirigliano G, Noceti M (2002), en su estudio sobre “Evaluación de una unidad de cirugía de día”, realizado en Uruguay del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) de Montevideo, instalada en el Sanatorio 1 de esta institución; un hospital de 107 camas. Según Chirigliano ¹² “Se analizaron los resultados del proceso de reorganización de la actividad quirúrgica bajo el régimen de la cirugía de día, es decir el paciente es dado de alta antes de las 24 horas de operado, y esto mediante indicadores estadísticos de utilización del servicio, costos y satisfacción del paciente”. Se utilizaron las estadísticas asistenciales para determinar la cobertura del nuevo régimen, los días de internación, los costos anteriores y posteriores a la puesta en funcionamiento de la Unidad de Cirugía de Día y la opinión de los pacientes sobre la calidad de la atención. Los resultados tras los primeros 2 años de funcionamiento de

la UCD (1998-1999), fueron más de un tercio de las operaciones de las especialidades seleccionadas se realizaban en el régimen de cirugía de día. Dichas especialidades representan 84 por ciento del total de las actividades quirúrgicas realizadas por la UCD. Los días de estadía en las especialidades incluidas en el sistema disminuyeron en 26 por ciento. “El análisis de costo-efectividad de esta modalidad muestra resultados dos veces y media más favorables que la forma convencional. En general, los pacientes manifestaron gran satisfacción con los servicios prestados por la UCD. Los resultados obtenidos permiten recomendar definitivamente esta forma de atención, dado que es de buena calidad, logra la satisfacción del paciente y reduce radicalmente los costos, gracias a la disminución de la estadía y de los recursos necesarios en los servicios de internación”¹².

2.2 Bases legales

2.2.1 Normas nacionales

Según la Ley Nacional de Salud, Ley N°26842, Título cuarto, la cual se refiere a la garantía de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, donde los estándares e indicadores de calidad evaluarán la satisfacción del usuario o paciente en sus demandas y expectativas , definiendo la satisfacción del usuario externo como el grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece y así contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional³⁶.

Según las Normas Técnicas de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados dada por el MINSA, plantea el Sistema de Gestión de la Calidad, como uno de los pilares fundamentales de la prestación de servicios de Salud, entendiendo Calidad como el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales, que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella, entendiéndose como Satisfacción del usuario como la percepción favorable del usuario acerca de lo que recibe de la organización.³²

2.2.2 Normas Internacionales

Según el artículo publicado por la Dra. Bleich en el Boletín de la OMS, estudia que factores determinan la satisfacción de las personas con el sistema de atención sanitaria por encima de su experiencia como pacientes, concluyendo que ésta depende más de factores externos al sistema de salud, que de la experiencia vivida por cada persona como paciente.⁵

La constitución de la OMS afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y se entiende como salud, al acceso oportuno, aceptable y asequible a la atención de salud de calidad suficiente.⁵

2.3 Bases teóricas

2.3.1 CALIDAD EN EL SERVICIO

2.3.1.1 Calidad en el servicio

Satisfacer, de conformidad con los requerimientos de cada cliente, las distintas necesidades que tienen y por la que se nos contrató. La calidad se logra a través de todo el proceso de compra, operación y evaluación de los servicios que entregamos. El grado de satisfacción que experimenta el cliente por todas las acciones en las que consiste el mantenimiento en sus diferentes niveles y alcances. Según 18. Palafox de Anda, “La mejor estrategia para conseguir la lealtad de los clientes se logra evitando sorpresas desagradables a los clientes por fallas en el servicio y sorprendiendo favorablemente a los clientes cuando una situación imprevista exija nuestra intervención para rebasar sus expectativas” ¹⁸.

2.3.1.2 Sensibilidad de los clientes a la calidad

Según Palafox de Anda ¹⁸ “Los compradores o consumidores de algunos productos o servicios, son poco sensibles a la calidad, sin embargo es posible influir en los clientes potenciales y actuales para que aprecien los niveles de calidad en los mismos”. La satisfacción de un cliente se puede lograr a través del desarrollo de un clima de confianza y seguridad por la eliminación de cualquier problemática de funcionamiento, resistencia, durabilidad u otro atributo apreciado por los clientes; es decir asegurando de calidad en el servicio y el pleno conocimiento, por parte de los clientes de los mecanismos de gestión de la calidad ¹⁸.

2.3.1.3. Parámetros de medición de calidad de los servicios

Según William Thomson Kelvin, físico matemático: "solo se puede mejorar cuando se puede medir", entonces es necesario definir con precisión los atributos y los medidores de la calidad de los servicios que se proporcionan al mercado.

Este es un trabajo interdisciplinario de las distintas áreas de la empresa y de una estrecha comunicación con los clientes a fin de especificar con toda claridad las variables que se medirán, la frecuencia, acciones consecuentes, además de las observaciones al respecto ¹⁹.

2.3.1.4 Sistema de evaluación de la calidad de los servicios.

Lógicamente, se requiere continuar con la evaluación sistemática de los servicios. Este sistema puede ser un diferenciador importante ante los ojos del cliente entregando constantemente los resultados y el nivel de satisfacción acerca de los servicios.

2.3.1.5 Diferenciación ante el cliente mediante la calidad.

Un buen sistema de calidad del servicio se puede constituir en el diferenciador de los servicios que se ofrecen, dado que se pueden percibir como "commodities", los cuales deben distinguirse por los niveles de satisfacción de los clientes y por el sistema que soporta esos índices de desempeño que se informan con puntualidad, validez y pertinencia a los clientes. Además se destacaran los beneficios de esta diferenciación:

Objetividad, control exhaustivo, máximo compromiso, dinamismo, facilidad y practicidad operativa ^{18,19}.

2.3.1.6 Desarrollo del factor humano como agente fundamental de la calidad.

Los servicios brindados, dependen en gran medida de la calidad del factor humano que labora en el negocio.

Se deben afinar y fortalecer los procesos de integración y dirección del personal para obtener altos niveles de calidad. El área responsable de la administración de factor humano jugará un papel central en las estrategias competitivas que se diseñen, ya que aportaría sus procesos para atraer y retener buenos elementos en la organización. La profesionalización de: planes de factor humano, reclutamiento, selección, contratación, orientación, capacitación y desarrollo, remuneraciones, comunicación interna, higiene y seguridad y las relaciones laborales contribuirá significativamente en la construcción de ventajas competitivas ancladas en el personal: sus conocimientos, sus experiencias, su lealtad, su integridad, su compromiso con los clientes la empresa y sus colegas ¹⁸.

2.3.1.7. Diseño de las estrategias, sistemas, políticas y procedimientos de calidad.

Estrategia de servicio: es la definición del valor agregado, aquello que nos diferencia del resto, esto interpretado como el principal motivador de la decisión de compra y motivo de posicionamiento en el mercado.

Según Ruelas ¹⁹ “ los Sistemas sistema de operación, representan tanto la línea frontal de atención a los clientes, como de las tareas de soporte y apoyo a los frentes de contacto con el cliente”, además considera, “Consolidar las políticas y los procedimientos de las distintas áreas de la empresa, enfocadas a reforzar las prácticas de calidad del servicio, este punto es muy importante dado que debe favorecer la agilidad de respuesta y el sano control de los recursos utilizados en la entrega de los servicios.

2.3.2. CALIDAD EN SALUD

La calidad en salud, según Otero ²⁰ “considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su objetivo, que es el de satisfacer las necesidades de los consumidores. Paciente que no sale satisfecho de un consultorio, no percibirá que fue atendido de buena manera (como a él le hubiera gustado, habiendo satisfecho sus expectativas) no habrá recibido una atención “de calidad”. No importa lo que el profesional piense o de lo que esté convencido. Tampoco importarán ante los ojos del paciente, los resultados médicos que obtenga del tratamiento recomendado. El profesional de la salud podrá creer que trabajó calificadamente, pero si no satisfizo las necesidades del paciente, éste no lo volverá a buscar por sobre todos los demás. Lógicamente que ante una menor percepción de haber sido atendida adecuadamente, la persona estará convencida que no recibió calidad, habrá menos satisfacción y más desagrado”.

Otro elemento esencial es identificar a la percepción de la calidad como un concepto subjetivo, debido a que es particular a cada persona.

El grado de exigencia depende de una serie de factores, siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico. En salud sabemos que las personas de bajo nivel social se conforman con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos tal vez el tiempo largo de espera, y que las citas sean muy espaciadas y otras circunstancias que no son aceptadas por personas de otro nivel quienes están acostumbradas a otro tipo de atención y que por ende, exigen más. El concepto de calidad para ambas, simplemente es diferente.

Según el Dr. Otero ²⁰ “describe: todo producto, bien o servicio, tiene dos maneras de como puede percibirse existe un primer criterio denominado “calidad técnica” y otro conocido como “calidad funcional”. La primera está referida al cumplimiento de todos los requisitos indispensables, es decir, con el cumplimiento de los protocolos de atención analizados desde la óptica técnico-científica. Mirando desde otro lado del tema, la calidad funcional es conocida “como la manera que se brinda el servicio”, como la persona percibe la atención”.

La técnica de la calidad en el servicio de salud, es, según el mismo Dr Otero una necesidad, ya que toda acción profesional debe ser siempre aplicada guardando los más altos índices de refinamiento en lo que concierne al contenido técnico-científico del acto médico prestado.

Pero respecto a la calidad funcional en salud, las cosas no son del todo claras, porque no se conocen parámetros definidos para calificar si

determinado servicio profesional, y si este mantuvo o no un adecuado estándar de calidad funcional o subjetiva.⁽²⁰⁾ Medir el nivel de calidad por un paciente, es totalmente subjetivo, es más difícil, salvo que se encuentren la manera para hacerlo. Realizar Encuestas de Satisfacción a los pacientes es un modo de cuantificarlo.

2.3.3. CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

“Consiste en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente” Gilmore²¹. “Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un Indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no” ²¹.

Esta definición nos confirma que no todas las personas tienen iguales exigencias sobre la calidad, es decir, percibir algo como “de calidad” es valorar y comparar una realidad frente a otra o frente a un referencia. Esto describe una comparación seguida de un juicio, que percibe el sujeto entre una realidad tangible y un estándar de comparación. Es bastante complejo que no exista en nuestras profesiones médicas, parámetros de referencia para calificar a nuestros servicios “si estos disponen de calidad”. Si la calidad es subjetiva para los pacientes, también lo será para nosotros los profesionales de la Salud y el gran problema consistirá en la diferencia de percepción de calidad brindada por el profesional de la Salud y de la calidad percibida por los pacientes.

Mas allá de estas consideraciones, según el Dr. Danilla ⁴ “tenemos una situación adicional y es que los servicios no son considerados como bienes tangibles, aunque esta antigua percepción ha cedido el paso ante una nueva manera de conceptuarlos. Siempre lo intangible es más difícil de calificar como bueno o malo, que estudió los factores que influyen en la satisfacción de los pacientes, porque no se repiten regularmente con resultados exactos y por qué el usuario es parte intrínseca de la prestación”.

Productos y Servicios se encuentran dirigidos para satisfacer las necesidades y deseos de un mismo público, que constituye el Mercado. Se considera que en todo producto existe un componente muy importante de “servicios” (ej.: la forma de vender algo, no vender papeles sino información cuando se vende un periódico) y que a su vez en todo “servicio” encontramos un gran componente de “productos” (ej.: el material empleado en una restauración dentaria que forma parte sustancial del servicio propiamente dicho, la calidad del yeso que se usa para inmovilizar un miembro fracturado).

Para poder comparar servicios de manera efectiva y útil para todos los que ejercemos profesiones médicas, debemos recordar la definición del término: “Estándar, que es un enunciado establecido por comités de expertos de expectativas que definen las estructuras, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad “ ²¹.

Si a “Estándar” se asocia el concepto de “Indicador” recordemos que este es “una variable objetiva”, utilizada para controlar la calidad y/o propiedad de un aspecto de la atención médica. Según el Dr Gilmore, en el Manual de Gerencia de la Calidad, son las medidas utilizadas para calcular hasta en que medida se están satisfaciendo las necesidades y expectativas razonables de los pacientes ²¹.

2.3.4. DIMENSIONES DE LA CALIDAD: ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADOS.

La evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria, introduciendo una de las primeras definiciones de proceso asistencial, que se subdivide en la evaluación de: estructura, proceso y resultado'.

Conforme el profesor Donabedian ²² “se enfoca casi exclusivamente en la influencia recíproca entre el médico y el paciente para la evaluación de procesos de asistencia sanitaria, a través del análisis pormenorizado de los trabajos de Sheps, Peterson y Lerder, en los que encuentra los fines de la evaluación, los problemas de definición, los criterios y patrones, los sistemas de medida, la fiabilidad de las evaluaciones cualitativas y los índices de calidad, así como la necesidad de definición del episodio de atención del paciente y de la utilización de métodos válidos y fiables para la medida y evaluación de la asistencia sanitaria, basados en definiciones y criterios objetivos”.

En cuanto a las definiciones de calidad el Profesor Donabedian ²² “establece cómo dependerá el método y el enfoque para su evaluación de las dimensiones y los criterios que se elijan. ¿Qué se debe evaluar? El autor analiza como ventaja la utilización de los resultados como indicadores de calidad de los procesos, al aportar datos concretos, planteando el problema de la fiabilidad de los resultados”.

2.3.4.1. Estructura

Según Donavedian ²² “En cuanto a la estructura, considera que aunque puede abarcar procesos administrativos de distinta índole, la evaluación así entendida se basaría en la adecuación de las instalaciones y equipos, la idoneidad del personal médico y su organización, la estructura y organización administrativa, etc.” Así como también comprende la comodidad, la señalización, la facilidad para orientarse, la calidad de la comida, la limpieza, la valoración de la atención del médico, la enfermera, técnicos y personal administrativo.

2.3.4.2. Procesos

El Profesor Donabedian procura aclarar que este análisis de proceso, como la dimensión que comprende específicamente la satisfacción con el servicio recibido, los horarios, la comodidad, la facilidad para resolver tramites, la información, la confianza, la identificación con los profesionales, la identificación de profesionales, la confidencialidad, el respeto en el trato, el grado de intimidad, la disponibilidad, la información

la posibilidad de opinar sobre los tratamientos, exámenes y pruebas, y el tiempo de espera.²²

2.3.4.3. Resultados

Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

En esta dimensión se consideran las siguientes dimensiones, aplicadas a la cirugía plástica y estos se definen, como la recomendación del establecimiento, el tratamiento para el manejo del dolor, los exámenes y pruebas realizadas, el cumplimiento de las fechas programadas, el consentimiento de la operación, los escritos y autorizaciones, aspectos de mejoramiento, presencia de la totalidad de las prestaciones, la conformidad y satisfacción con los servicios recibidos.²²

El profesor Donavedian ²² “Considera importante la selección uniforme de aspectos significativos de la atención: cómo se cumplen las tareas en ciertas situaciones clínicas; distinguiendo entre la evaluación de la atención realmente provista y la capacidad de proporcionarla, planteando ya entonces el problema de la variabilidad de la práctica médica y su medida”.

Este mismo autor, considera cuatro fuentes importantes de información, y estas son:

1. las historias clínicas señalando las limitaciones propias de la información que contiene, y que entonces prácticamente solo se utilizaban 10 segundos para evaluarla atención hospitalaria;
2. la observación directa por un colega cualificado;
3. el enfoque sociométrico: cuando los médicos buscan atención para ellos y sus familias expresan con sentido crítico opiniones validas sobre la capacidad de sus colegas de brindar atención de alta calidad; y
4. el método autorreferencial: la evaluación que los propios profesionales realizan para juzgar la eficiencia de las organizaciones en las que trabajan” Profesor Donabedian ²².

Con respecto a los patrones de medida, Donabedian ²² “establece dos tipos en función del fin de la evaluación: empíricos y normativos. Considera que cuanto más generales sean los patrones, más dependerán de la interpretación del evaluador. Así mismo analiza los problemas que presentan las distintas escalas de medición aunque el principal, radica en la forma de ponderación de los distintos elementos en el total”.

Evalúa de la misma manera la validez y confiabilidad, la manera para lograr un mayor grado de fiabilidad es la especificación detallada de criterios, patrones y procedimientos empleados para evaluarla atención. Analizando también los problemas derivados de los sesgos de observación. Aunque el Profesor Donabedian ²² “considera indudable la relación entre la estructura y el proceso, la complejidad y ambigüedad de las relaciones depende de la gran variedad de factores que intervienen”.

A lo largo de todo su trabajo, también “analizó los diversos enfoques y métodos empleados para evaluar la calidad de la atención médica, señalando una serie de aspectos que merecen consideración, por los problemas que se derivan de ellos. Le parece que se dedica un gran esfuerzo a la formulación de criterios y patrones que presuntamente den estabilidad y uniformidad a cualquier juicio emitido sobre la calidad, y sin embargo, este presunto efecto no se ha demostrado empíricamente”.

Conforme Donabedian ²² “su enfoque principal es la interacción médico paciente en la evaluación de la asistencia sanitaria, planteando la necesidad de búsqueda de formas sencillas de medir un fenómeno tan complejo como la atención médica lo cual podría ser utópico.

2.3.5 SATISFACCIÓN

Manifestaremos que es uno de los aspectos de mayor importancia a la hora de prestar un servicio de mejor calidad, dado que esto incide en el comportamiento de cada persona, así como en su percepción del servicio recibido. “Una buena atención y un buen servicio” ¹⁷.

2.3.5.1 Factores que influyen en la satisfacción del usuario:

Según Morales ¹⁷ “los factores que influyen en la satisfacción del usuario son

1. El hecho de que el usuario retorne para una atención secundaria.
2. El lugar al cual acuda para recibir esa atención.
3. La disponibilidad que tenga el usuario al momento de pagar los servicios por una buena atención.

4. La razón de que el usuario recomiende a otras personas al lugar por la buena atención”.

Es decir la satisfacción depende también de las expectativas del paciente, es decir este queda satisfecho por los servicios recibidos.

Conforme Morales ¹⁷ “Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicio y, de hecho, reducir la calidad de atención. Los usuarios a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente, que constituyen buena calidad”.

La información brindada al público con respecto a lo que constituye una atención apropiada, son aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad.

La satisfacción del usuario es un indicador importante de calidad de servicios sin embargo, ésta resulta difícil evaluar. Los métodos y las medidas para la recolección de datos pueden influir en las respuestas del usuario. Además, tanto el acceso a los servicios como las repercusiones de los servicios en la salud pueden afectar la satisfacción del usuario a tal nivel que no refleje el proceso de prestar atención ¹⁷.

2.3.5.2 Aspectos que intervienen en la satisfacción del usuario:

Como dice Morales ¹⁷ “los aspectos que influyen en la satisfacción son

1. Para que el usuario esté satisfecho, debe obtener un buen trato y atención medica personal.
2. El buen trato influye en que el usuario recomiende el establecimiento y en su retorno de necesitarlo”.

Además “para que el usuario reciba una buena atención de parte del empleado se necesita motivar a los empleados y estas serían las maneras de motivar a los empleados:

- Ambiente laboral adecuado: Fomente la creatividad, las nuevas ideas, la iniciativa, las puertas abiertas.
- Participación en las decisiones: Facilite a los empleados la posibilidad de tomar sus decisiones y respételas.
- Involucración en los resultados: Haga saber al empleado como puede afectar el trabajo a los resultados del departamento o de la compañía.
- Sentido de pertenencia al grupo: Haga que el empleado se identifique con la identidad corporativa, por ejemplo, facilitando tarjetas de visita.
- Proporcione la formación. Potencie habilidades.
- Proporcione retroalimentación del desempeño indicando los puntos de progreso y aquellos que pueden mejorarse.
- Escúcheles: Procure reunirse con ellos de forma periódica para hablar de los temas que les preocupe.

- Agradezca sinceramente los esfuerzos.
- Premie la excelencia: Reconozca y premie un desempeño extraordinario.
- Celebre los éxitos: La celebración hace justicia a los esfuerzos desempeñados para conseguir el éxito”.¹⁷

Así, “los empleados tendrán mayor predisposición a desempeñar correctamente su función dentro de la empresa y así el usuario se irá satisfecho del buen servicio prestado al momento de tener trato con el usuario”¹⁷.

2.3.6 CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA, ESTÉTICA Y QUEMADOS

Es una disciplina quirúrgica resolutoria de problemas. La cirugía plástica extiende sus actividades quirúrgicas no solo a la piel y sus anexos, también a los tejidos adyacentes en todas las áreas del cuerpo, además se extiende en procedimientos que implican la cirugía vascular y microvascular, cirugía de nervios periféricos, trasplantes de músculos y tendones e incluso artroplastias y osteosíntesis traslapándose así con la cirugía ortopédica.

Dentro de los procedimientos más frecuente tenemos²³:

2.3.6.1. Lifting, rejuvenecimiento de rostro

“La Ritidectomía (Cirugía del rejuvenecimiento del rostro) o facelift, es un procedimiento quirúrgico que mejora el aspecto facial producido por los efectos del proceso de envejecimiento de la persona, mediante la remoción o reubicación de depósitos de grasa, fijación de músculos

faciales y el retiro de los excesos cutáneos de la cara y el cuello. El facelift puede realizarse aisladamente o asociada a otros procedimientos de rejuvenecimiento facial tales como cirugía de los párpados, de la frente o incluso prótesis de mentón, o también se realiza como abordaje para cirugías secundarias a traumas, con el fin de reposicionar o mejorar la imagen perdida, aumentando de esta forma la autoestima, pero no restaura la salud ni la vitalidad de la juventud “²³.

a. Complicaciones:

Son poco frecuentes. Siempre existe el riesgo de hematomas o lesiones de los nervios faciales, además de las comorbilidades, es decir factores que interferirían en los mecanismos de coagulación y/o cicatrización ²³. En condiciones adicionales como secundario a trauma, o malformaciones congénitas, el resultado podrá mejorar en algún porcentaje, dejando alguna secuela.

b. Anestesia.

El tipo de anestesia a que se utiliza es local más sedación. Según Coiffman ²³ “la intervención dura algunas horas, es mejor pensar que son 5 horas, sobre todo si se realiza en conjunto con otro procedimiento de rejuvenecimiento facial. Las primeras 48 a 72 horas posteriores a la intervención, el paciente podrá sentir algún ligero dolor o inflamación que pueden ser controlados fácilmente por medicamentos previamente prescritos por el cirujano”.

La recuperación es moderadamente rápida. Los primeros días, el rostro tendrá un aspecto extraño debido a la inflamación, pero el cambio será notorio al cabo de 15 días y el paciente se sentirá mucho mejor ²⁴.

2.3.6.2. Nariz

La cirugía de la nariz, Rinoplastía, técnica con la que se puede reducir o incrementar el tamaño de la misma, así como también se puede cambiar la forma de la punta o del dorso nasal, reducir la abertura de las fosas nasales o cambiar el ángulo entre la nariz y el labio superior; y en los casos secundarios, es decir trauma y/o malformación congénita, brindar cobertura cutánea perdida, injertos cartilagosos, marco nasal con injertos óseos. La rinoplastia puede mejorar la apariencia. Antes de someterse a esta intervención quirúrgica se debe de pensar cuidadosamente en cuáles son sus expectativas y discutirlos con el cirujano. Las complicaciones y/o secuelas dependerán del estado de los tejidos que se dispongan, ya que estos factores pueden influenciar en el procedimiento y sus resultados²⁵.

El cirujano indicará además, el tipo de anestesia que se utilizará, el lugar donde se realizará la intervención y los costos. Se debe de informar al médico si ha tenido cirugías previas en la nariz, así como traumatismos o fracturas nasales, no importando la antigüedad de los mismos.

a. Procedimiento

Conforme Coiffman ²³ “La intervención de rinoplastia dura una a dos horas, sin embargo en ciertos casos puede durar más tiempo. Durante la cirugía la piel de la nariz es separada parcialmente de sus soportes óseos y cartilagosos, para poder ser modelada en la forma deseada. El modelado dependerá del problema que se tenga y/o de la técnica utilizada por el cirujano. Finalmente la piel es reacomplada al nuevo armazón. Cuando la intervención finaliza, un taponamiento nasal y una férula de yeso serán colocados para evitar que se modifiquen las transformaciones realizadas”. Se indicarán analgésicos para que el paciente pueda controlar cualquier incomodidad que podría durar aproximadamente 1 semana.

El sangrado nasal leve ocurre de manera normal durante los primeros 2 días posteriores a la intervención. El taponamiento nasal será retirado al siguiente día de la cirugía o un día después. Al cabo de 5 a 7 se retirara el yeso.

b. Nueva imagen

Durante los primeros días después de la intervención, el paciente se verá inflamada(o) y será fácil olvidar ya que se verá mejor. Sin embargo día a día la nariz comenzará a verse mejor y se sentirá más a gusto. Los resultados finales pueden aparecer en un año más. ²⁵.

2.3.6.3. Oejas

La cirugía de las orejas, Otoplastía, está indicada para aquellos pacientes con alguna alteración de la forma en las mismas, tal es así como orejas prominentes, secundarias a traumatismos, y/o ausencia parcial o total de la misma. El mayor número de este tipo de intervenciones, se realiza entre edades de 4 a 14 años. Sin embargo, los adultos también pueden someterse a esta intervención quirúrgica ²⁶.

a. Complicaciones

La infección del cartílago y el hematoma son complicaciones muy raras pero que eventualmente pueden presentarse y ser resueltas en forma satisfactoria. Cuando la cirugía se realiza en pacientes pediátricos, se aconsejan a los padres que estén atentos a los sentimientos del niño para obtener una mejor colaboración al momento de la intervención y los resultados son más placenteros.

b. Anestesia:

Según Coiffman ²³ “En niños pequeños es recomendable la anestesia general. Niños más grandes y adultos son más colaboradores y se trabaja bien con anestesia local más sedación”.

c. Procedimiento

La intervención dependiendo del caso puede durar entre 1 a 4 horas, cada caso es único. Dependiendo de cada técnica, se pueden colocar puntos de sutura sobre el cartílago auricular, para modificar la forma del mismo,

dándole la forma deseada; o crear un armazón completo o parcial a partir de cartílago costal cosechado del mismo paciente se puede resecar un segmento de piel de la región posterior de la oreja o se puede tallar el cartílago para lograr la forma apropiada. Después de la cirugía se aplicará un vendaje alrededor de la cabeza para mantener las orejas en la posición deseada y mejor resultado final de la intervención. La reintegración a sus labores dependerá del caso y edad del paciente.

2.3.6.4. Cejas

El levantamiento o pexia de las cejas en forma aislada es poco frecuente como consecuencia de alguna lesión nerviosa, que cause asimetría; generalmente va acompañando con una cirugía de frente o de párpados para completar la armonía ²⁷.

2.3.6.5. Blefaroplastia o párpados

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en el retiro del exceso de piel y grasa además de la plastía o reubicación del músculo de los párpados. Esta cirugía puede corregir los párpados superiores caídos como consecuencia del tiempo y la gravedad, y las bolsas de los párpados inferiores, que hacen ver la mirada más cansada, interfiriendo en oportunidades con la visión; como también puede ser la técnica utilizada para la remoción de tumoraciones ubicadas en párpado superior o inferior cuyo retiro se traduce en la redistribución del tejido remanente sin comprometer el cierre palpebral ²⁸.

El tipo de anestesia utilizada para este procedimiento es la anestesia local y sedación oral.

a. Procedimiento

Conforme a Coiffman²³ “La técnica para la Blefaroplastía habitual consiste en hacer incisiones siguiendo las líneas naturales de los párpados, a través de estas se despegará la piel del tejido celular subcutáneo y los músculos. Se ubicarán las bolsas de grasa y resecarán las mismas. También se resecarán músculo y piel. Finalmente se cerrará la piel con suturas delgadas. Si el paciente no amerita resección de piel en los párpados inferiores, se puede realizar una blefaroplastia transconjuntival. En ésta, la incisión se realiza dentro del párpado inferior sin dejar cicatrices visibles. Existe otra técnica en la cual no se realiza la remoción de los depósitos de grasa de los párpados inferiores. Por el contrario, la grasa es reubicada, dándole una mejor posición. En muchos casos juntamos las dos técnicas, retirándose una parte y reubicando la restante”.

“En el post operatorio inmediato, se colocará ungüento oftálmico a nivel de sus ojos y párpados. Se indicarán analgésicos además de compresas frías para disminuir la inflamación y el sutil ardor. Los puntos serán retirados entre 5 a 7 días después de la intervención. Una vez retirados, la inflamación disminuirá rápidamente y comenzará a verse y a sentirse mejor. Si se utiliza lentes de contacto, deberá evitarlos por lo menos durante dos semanas. La mayoría de los pacientes retornan al trabajo y vida social en una semana a diez días. Puede haber hipersensibilidad a

la luz solar, viento u otro factor irritante, por lo tanto es aconsejable utilizar lentes de sol y protectores solares durante los primeros días. Se deberán evitar actividades físicas intensas. El proceso de cicatrización es gradual, pero esto dependerá de la calidad del tejido al momento de la intervención, pudiendo presentarse algún vicio cicatricial”²⁸.

2.3.6.6. Frente

“La Frontoplastía o cirugía de estiramiento de la frente es un procedimiento que mejora y restaura el aspecto fresco y juvenil del área frontal. Este procedimiento corrige las cejas caídas y mejora las líneas de expresión que hacen que la persona se vea cansada, triste o de mal humor. Se puede utilizar el método quirúrgico convencional, en el cual las incisiones quedan escondidas por detrás de la línea del cabello o delante del cabello, dependerá de cuan amplia es la frente. Los mejores candidatos para someterse a esta intervención son aquellos entre las edades de 40 a 60 años con la finalidad de minimizar los efectos del envejecimiento. Sin embargo, también se puede realizar transferencia de tejido blando frontal para cubrir defectos frontales, y nasales, con fines reconstructivos”.²⁸.

Conforme al Dr Coiffman²³ “La frontoplastía en ocasiones es realizada en conjunto con una cirugía de rejuvenecimiento facial (ritidectomía) o una blefaroplastia para dar un aspecto más lozano a toda la cara. Aunque en toda intervención quirúrgica (por muy simple que sea) pueden presentarse complicaciones. Las mismas son muy raras en este tipo de procedimiento.

Sin embargo siempre existe la posibilidad de que se presenten. En casos muy raros, los nervios que controlan los movimientos de las cejas pueden ser lesionados en uno o ambos lados produciéndose pérdida de la capacidad para levantar las cejas o fruncir el entrecejo. En estos casos una cirugía adicional podría corregir este defecto. Los procesos infecciosos y el sangrado son muy raros pero pudieran presentarse”.

a. Preparación para la cirugía

La frontoplastía puede cambiar la apariencia. Cuando una persona se para de frente se explica en qué sentido o vector se reposicionara el exceso de tejido existente en el tercio superior de la cara

Comorbilidades, tales como hipertensión arterial no controlada, trastornos de la coagulación, cicatrización anormal, etc. deberán de preverse.

El procedimiento puede realizarse con anestesia local más sedación.

b. La cirugía

La técnica quirúrgica será decidida junto con el paciente que para lograr los mejores resultados.

El exceso de piel será resecado, reposicionando los tejidos, elevando las cejas, brindando así un aspecto más juvenil.

c. Después de la cirugía

“El discomfort post-operatorio, secundario a la manipulación de los tejidos, puede ser controlado con analgésicos. A medida que el proceso de

cicatrización progresa, puede experimentar picazón a nivel de la cicatriz, lo cual puede durar algunos meses”²⁶.

Se indicará reposo por 1 semana, evitando actividades que puedan alterar la presión sanguínea. Los resultados se aprecian en 3 a 4 semanas posteriores a la intervención.

2.3.6.7. La liposucción

Es definitivamente una técnica altamente efectiva que puede brindar a un paciente un nuevo contorno corporal con escasas cicatrices. Los resultados pueden ser permanentes, dependiendo de sus hábitos dietéticos y de ejercicios. Sin embargo, si el paciente gana peso nuevamente, lo más probable es que sea en forma uniforme y no en áreas localizadas. En los últimos años, miles de mujeres y hombres se han beneficiado con este procedimiento quirúrgico²⁸. Este procedimiento puede utilizarse como técnica para disecar colgajos locales (transferencia de tejido cutáneo) de diferentes tamaños, en el caso de necesitarse cobertura cutánea (Ejm. áreas abdominales, toraxicas, etc)²⁶.

a. Procedimiento

La lipoescultura generalmente toma el tiempo directamente proporcional a la o las áreas a tratar y de la cantidad de grasa que será succionada. Conforme al Coiffman²³ “La intervención comienza cuando el cirujano realiza una muy pequeña incisión, lo suficientemente amplia para permitir la introducción del tubo de succión o cánula. El extremo posterior de la cánula está conectado a una máquina succionadora. Desde hace varios

años, se utiliza la llamada Técnica Tumesciente que consiste en inyectar solución salina con lidocaína y adrenalina a nivel del tejido graso ubicado por debajo de la piel. La infiltración de esta mezcla antes de iniciar el procedimiento de succión permite entumecer los tejidos y contraer los vasos sanguíneos, reduciendo así el sangrado, el traumatismo de los tejidos y a inflamación, además de eliminar el dolor. Prácticamente todas las áreas del cuerpo pueden ser tratadas con liposucción, como son la papada, nuca, mejillas, brazos, abdomen, muslos, glúteos, caderas, y rodillas”.

b. Anestesia:

La anestesia a utilizar, dependerá de la evaluación del paciente así como de la indicación del cirujano, en la que evaluará la cantidad de grasa a ser removida, las áreas a tratar, las condiciones generales y el tipo de técnica quirúrgica. De acuerdo a estos parámetros la anestesia puede ser, general, local o por sedación endovenosa.

c. Complicaciones

El sangrado y la infección son raros, presente en aproximadamente el 1% de los casos, irregularidades del contorno corporal, acumulo de líquidos en las áreas succionadas (seroma), necrosis cutánea y como consecuencia a ello cicatrices inestéticas.

d. Tiempo de recuperación

Este dependerá de las cantidades de grasa succionada y de las áreas tratadas. Mientras mayor sea la grasa extraída y mayor sean las áreas tratadas, más largo será el período de convalecencia. Generalmente el paciente puede sentir alguna molestia durante la primera semana. Según Coiffman ²³ “La mayoría de los pacientes refieren sentir más molestias que dolor. El uso de una faja de presión después de la intervención quirúrgica durante unos 1.5 a 3 meses, será útil para eliminar el espacio dejado por la grasa succionada. El tipo de faja dependerá de las zonas tratadas. El paciente puede ganar peso después de cualquier tipo de liposucción. Lo ideal es que el paciente se mantenga estable en el peso después de someterse a cualquier tipo de liposucción”.

2.3.6.8 Quemaduras

Según Schwartz ²⁹ “La piel humana resiste sin dañarse temperaturas de hasta 44° C; por encima de estos valores se producen diferentes grados de lesión, directamente relacionados con la temperatura y el tiempo de exposición al agente causal. Paralelamente recordamos que la piel indemne representa una barrera infranqueable para los microorganismos. La lesión de este órgano con solución de continuidad por efecto de una injuria térmica, química, eléctrica o biológica permite la colonización, infección e invasión, potencialmente responsables de un cuadro séptico grave, con la consiguiente falla multiorgánica y el compromiso severo de la vida del paciente”.

“El primer paso a dar por el médico actuante es evaluar la gravedad de la quemadura. Sabemos que este tipo de accidente se ubica dentro de las denominadas lesiones térmicas, que comprenden por un lado a los daños originados por el frío (congelación) y por otro a aquellos provocados por el calor (quemaduras).¹ Estas últimas reconocen tres fuentes: los agentes biológicos, los físicos y los químicos. En nuestros pacientes se observó que el 75% de los accidentes se debió a líquidos calientes; el 16% a la acción del fuego directo y el resto se repartió entre la acción de sólidos incandescentes (7%) y la acción de la corriente eléctrica (2%)”²³.

a. Clasificación

Según Coiffman ²³ “Primer grado: la estructura afectada sólo es la epidermis y suele ser el resultado de la exposición solar intensa, o exposición directa a fuego por un periodo muy corto de tiempo. Clínicamente la piel lesionada se observa eritematosa, sin ampollas y el paciente se queja de dolor en ese sitio, debido a la irritación de las terminales nerviosas sensitivas.

Segundo grado superficial: estructura afectada es la dermis superficial; Se caracteriza por la aparición de ampollas y suele ser el resultado del contacto con el agua caliente u otros líquidos o deberse a la acción breve de la llama directa. La piel lesionada o circundante desarrolla un eritema muy sensible al tacto u otros estímulos y su superficie puede ofrecer un aspecto húmedo por el exudado, resultante de la acción de la energía calórica. El daño superficial puede curar espontáneamente en tres

semanas, a partir de elementos epidérmicos locales, folículos pilosos y glándulas sebáceas, con muy poca o ninguna cicatriz.

Segundo grado profundas comprometen los dos tercios más profundos de la dermis. Los agentes etiológicos suelen ser la llama directa o la acción de líquidos calientes. La piel quemada puede presentarse pálida o de color rojo brillante, de consistencia dura o pastosa y puede haber o no ampollas. Esta zona suele ser insensible al ser punzada por lesión de las terminales nerviosas. La cura completa es lenta y demora alrededor del mes o más tiempo y puede cursar con alopecia permanente de la zona dañada

Tercer grado, también denominadas "de espesor total", implican la destrucción completa de todo el espesor de la piel y aún pueden ser tan profundas como para afectar aponeurosis, músculos, tendones, nervios, periostio o huesos. Aquel compromiso comprende también la alteración de la sensibilidad cutánea; así, estas lesiones no son dolorosas debido a la necrosis de las terminaciones sensitivas del área. Este signo es de utilidad para valorar la profundidad de las quemaduras en sus primeras 24-48 hs., en el que el edema dificulta esta apreciación. Es entonces que la prueba de la ausencia de dolor al pinchazo, nos indicará que la lesión es profunda. Sus agentes causales pueden ser la llama directa intensa, agentes químicos muy agresivos o líquidos calentados a gran temperatura durante un período relativamente prolongado. Otro signo característico es la trombosis venosa observable a la inspección transcutánea. La escara será seca, blanquecina o negra y casi siempre puede ser necesaria la

escarectomía, para prevenir la aparición de mayor isquemia o infecciones agravantes del cuadro de inicio”.

Conforme a Schwartz ²⁹ “Las secuelas posibles son de tipo cosmética, funcional y a veces tan importantes, que provocan amputaciones o la pérdida de órganos. La escarectomía puede requerir a su vez injertos cutáneos. Las cicatrices resultantes suelen ser irregulares con zonas atróficas o hipertróficas y con cierta frecuencia convertirse en queloides. Las quemaduras de este tipo localizadas en articulaciones pueden generar contracturas e impotencia funcional. En algunas oportunidades y luego de un tiempo prolongado en años, estas cicatrices pueden ser asiento de un epiteloma espinocelular”.

a. Anestesia

La anestesia puede ser, general, local o por sedación endovenosa.

b. Procedimiento

“Limpieza: limpieza local, con agua y jabón suave. Es conveniente la administración de analgesia previa para minimizar el dolor que acompaña a las curas en mayor o menor grado.

Desbridamiento: se realiza de forma aséptica una escisión del tejido necrótico, incluyendo las ampollas. Aunque el tratamiento de éstas es controvertido, está demostrado que es más beneficioso drenar y extirpar el tejido desvitalizado, puesto que favorece la infección; la presión del

líquido flictenular puede facilitar la progresión a quemaduras más profundas, y retrasa el proceso de curación”²³.

Según Coiffman²³ “indica la quimioprofilaxis: en todos los pacientes debe actualizarse la profilaxis antitetánica. Las quemaduras superficiales no precisan antibioterapia tópica, pero ésta será necesaria en el resto de los casos. Los fármacos más utilizados incluyen sulfadiazina argéntica, bacitracina, nistatina, gentamicina y nitrofurazona. La sulfadiazina argéntica tiene una aplicación fácil y no dolorosa, no provoca sensibilidades y presenta un amplio espectro, y puede ser asociada a nistatina, potenciando su actividad antifúngica y reduciendo el riesgo de contaminación por *Cándida*. Como desventaja, presenta una escasa penetración a través de la escara y puede provocar leucopenia transitoria como efecto secundario. La bacitracina se considera una alternativa eficaz, aunque su penetración también es dudosa. La nitrofurazona carece de actividad frente a gramnegativos, su aplicación es dolorosa y provoca fotosensibilidad. La aplicación tópica debe renovarse en cada cura, cada 24-72 horas según la profundidad de la quemadura y el antibiótico utilizado. Como alternativa eficaz se utiliza la cobertura con materiales biológicos o sintéticos (Biobrane®) en quemaduras de grosor parcial. Estos materiales se adhieren a la herida, no precisando recambio hasta que se ha producido la cicatrización, evitando el dolor que se genera en cada cura, siendo más rápido el proceso de epitelización que con la utilización de antimicrobianos tópicos”.

“Vigilancia de infección: si bien no se recomienda una profilaxis antibiótica sistémica, deben vigilarse signos sugestivos de infección para iniciar un tratamiento precoz. La infección local de las quemaduras puede provocar un aumento en la extensión y profundidad de la lesión y provocar una invasión sistémica con sepsis grave. Deben observarse signos de edema, inflamación, eritema, asociados a linfangitis y fiebre y otros síntomas generales. Ante la sospecha, es necesario el ingreso hospitalario del paciente para tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro, y realización de biopsias” ²⁹.

“Vendajes: alivian el dolor, protegen la herida y absorben los exudados; deben ser ligeros y no excesivamente compresivos, adaptándose a las distintas regiones. Analgesia: se debe tener en cuenta que las quemaduras superficiales son siempre más dolorosas que las profundas. Los antiinflamatorios no esteroideos asociados o no a opiodes son eficaces. En ocasiones será preciso una analgesia más potente en el momento de realizar las curas” ²³

e. Tratamiento quirúrgico

Conforme a Coiffman ²³ “En las quemaduras dérmicas de grosor total y en las de grosor parcial profundo que no curan es preciso el tratamiento quirúrgico. La escisión precoz del tejido necrótico (< 24 horas) en las quemaduras profundas disminuye el dolor, el tiempo de ingreso hospitalario y el riesgo de infección, así como las pérdidas sanguíneas durante la intervención. Una vez resecado el tejido necrótico, es precisa

la cobertura con autoinjertos cutáneos, mallados o no. En quemaduras extensas se utilizan aloinjertos temporales de cadáver o xenoinjertos. Actualmente, materiales sintéticos (dermis artificial) con una base de colágeno que permite la regeneración de dermis y epidermis están siendo utilizados con éxito”.

d. Manejo de las secuelas

Según Schwartz ²⁹ “las secuelas funcionales: fundamentalmente debe realizarse una inmovilización de las articulaciones en posición funcional, con inicio precoz de movilizaciones activas y pasivas. En el cuello, debe mantenerse una hiperextensión permanente, con la ayuda de ortesis cervicales. En la mano el vendaje funcional, evitando el reposo más de 8-10 días, e indicando el tratamiento quirúrgico en las quemaduras profundas, es el método idóneo para evitar contracturas”.

Secuelas estéticas: siempre van a presentarse en mayor o menor grado. Las zonas expuestas (cara, cuello, manos) precisan una mayor atención. Como medidas generales cabe destacar la protección solar, al menos un año después de la lesión, higiene e hidratación cutánea, ejercicio físico y uso de ropas holgadas. “Como medidas específicas se incluye el tratamiento quirúrgico de las quemaduras profundas y las que no epitelizan en tres semanas, ya que van a ser asiento de una cicatriz hipertrófica. La presoterapia ha demostrado eficacia, pero debe ser aplicada las 24 horas del día. Se ha utilizado la corticoterapia tópica e

intralesional y la cobertura con láminas de silicona, con resultados variables”²⁹.

“Secuelas psíquicas: el tratamiento del dolor en la fase aguda y el apoyo psicológico, tanto al paciente como a sus familiares son factores de gran importancia para prevenir este tipo de secuelas en el paciente quemado”²⁹.

2.4 Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

La satisfacción de los pacientes que requirieron cirugía plástica reconstructiva tiene una relación significativamente mayor que la satisfacción de los usuarios que requirieron cirugía de quemados del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú - Luis N. Sáenz Lima-2016. Esta hipótesis se denominara H_1

2.4.2. Hipótesis Especificas

- a) La satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica: reconstructiva del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz.Lima-2016, respecto a la dimensión estructura tiene una relación significativamente mayor, y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica: quemados del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz.Lima-2016, tiene una relación significativamente menor.
- b) La satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica: reconstructiva del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz.Lima-2016, respecto a la dimensión procesos tiene una relación significativamente mayor y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica: quemados del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz.Lima-2016, tiene una relación significativamente menor

- c) La satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica: reconstructiva reconstructiva del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz.Lima-2016, respecto a la dimensión resultado tiene una relación significativamente mayor y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica: quemados del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz.Lima-2016, tiene una relación significativamente menor.

2.5. Operacionalización de las variables e indicadores

2.5.1 Variable1: Tipo de Cirugía:

- Reconstructiva
- Quemados

2.5.2 Variable 2: Satisfacción del usuario : satisfecho y no satisfecho

- En estructura
- En procesos
- En resultados

2.5.3 Operacionalización de Variables

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Tipo	Escala	Indicador	Instrumento de medición
Variable 1: Tipo de cirugía plástica						
Tipo de cirugía plástica	Se considera dos tipos de paciente aquellos con requerimiento de cirugía Reconstructiva estética y Cirugía de Quemados	Reconstructiva	Cualitativa	Nominal	Si	Historia Clínica
					No	
		Quemados	Cualitativa	Nominal	Si	Historia Clínica
					No	

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Tipo	Escala	Indicadores	Instrumento de medición
Variable 2: Satisfacción del usuario						
Satisfacción del usuario	Conformidad con el servicio que solicito	estructura	Cualitativa	Ordinal	Buena Mala	Pregunta 23 a la 31
		proceso	Cualitativa	Ordinal	Buena Mala	Pregunta 32 a la 41
		resultado	Cualitativa	Ordinal	Buena Mala	Pregunta 6 a la 22

3.3.1 Definición de términos básicos

1. Satisfacción.

Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos ¹.

2. Calidad.

Grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria ¹.

3. Calidad en Servicios de Salud.

Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, las de los prestadores de servicios y las de la institución ².

Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento ³.

4. Usuarios.

El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.

5. Cirugía reconstructiva estética.

Es la especialidad que tiene como función primordial corregir o mejorar un proceso congénito o adquirido (por ejemplo tras haber sufrido un accidente contuso cortante o por quemadura), tumoral o simplemente involutivo, que requiera reparación o reposición, o que afecte a la forma y/o función corporal. Para lograrlo esta especialidad necesita de procedimientos como osteosíntesis (manipulación de tejido óseo), traslado de tejidos mediante colgajos y trasplantes de partes del cuerpo sanas (zonas donadoras), a las zonas afectadas (zonas receptoras)⁴.

6. Cirugía quemados.

Los pacientes que sufren quemaduras profundas como lo son los de tercer grado, necesitan de la atención de un médico de forma inmediata. La piel se ve completamente afectada y no puede regenerarse por si sola. En estos casos siempre es necesario tratarla con un implante de piel. Las secuelas posteriores a esta etapa también son atendidas por esta especialidad, ya que pueden limitar la función (movimiento) y deformar estructuras, creándose graves problemas psicológicos y emocionales ^{5,6}.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y nivel de investigación

El tipo de investigación es aplicada porque busca la generación de conocimiento con aplicación directa a los problemas de la sociedad.

El nivel es correlacional, ya que se analizó sí existe relación entre la el tipo de cirugía y la satisfacción de los usuarios el servicio de cirugía plástica.

3.2 Diseño de la investigación

En el grupo a analizar se le evaluará la satisfacción de los pacientes en los servicios brindados por el servicio de cirugía plástica, que expresarán o no su satisfacción al alta del servicio. El diseño es de tipo es no Experimental. Debido a que no se presenta ninguna intervención con matriculación ni control de variables.

CR ----- → S

CQ ----- → S

CR: Cirugía Reconstructiva

CQ: Cirugía Quemadas

S: Satisfacción

3.3. Población y muestra

3.3.1 Población

3.3.1 Población

Están constituidos por 68 pacientes que acuden al departamento de cirugía plástica del Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz en el periodo de recojo de información.

3.3.2 Unidades de análisis

- Un Paciente con cirugía reconstructiva.
- Un Paciente con cirugía de quemados.

Unidad de observación

- Hospitalización postquirúrgica.

3.3.3. Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- Pacientes pos operados.
- Pacientes entre 18 y 65 años.
- Pacientes que acudan al departamento de cirugía plástica.
- Pacientes con problemas de morfología facial o corporal.
- Pacientes con quemaduras.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con alteración de la conciencia y/o problemas mentales.
- Pacientes con enfermedades terminales.

3.3.4. Muestra

Se trabajó con el total de la población.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnica

- La técnica empleada fue la entrevista estructurada y el instrumento fue un cuestionario constituido por preguntas abiertas y cerradas, que tenían como fin de evaluar en el paciente pos operado de cirugía plástica, la satisfacción de la atención y la cirugía.
- Se solicitó la autorización del trabajo de campo al Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, en coordinación directa con la dirección ya que la autora del trabajo trabaja en dicha institución.
- La captación de la muestra y la aplicación de los pacientes fueron realizadas por la investigadora.
- Se establecieron mecanismos de control de calidad y confiabilidad de la información, mediante la validación de datos por ítems excluyentes y cerrados.
- Los participantes se seleccionaron de la sala de hospitalización de Quemados y de Cirugía reconstructiva, cumpliendo con los criterios de inclusión, exclusión de los mismos.
- Se procedió a realizar las entrevistas.

3.4.2 Instrumento de recolección de datos.

El instrumento fue realizado por la autora basada en la teoría de calidad y la satisfacción desde el enfoque de Avedis Donavedian, del cual se han elegido las dimensiones y se han adecuado en un instrumento de recolección de datos que se ha validado mediante la técnica de juicio de expertos.

El instrumento consta de 41 preguntas, divididos en cuatro bloques:

Bloque 1: Datos Generales, conformando desde la pregunta 1 a 5, comprende los datos generales del paciente y de la cirugía,

Bloque 2: Satisfacción de procesos, conformado desde la pregunta 6 hasta la pregunta 22

Bloque 3: Satisfacción de estructura, conformado desde la pregunta 23 hasta la pregunta 31

Bloque 4: Satisfacción de resultado, conformado desde la pregunta 32 hasta la pregunta 41.

Para la validez y confiabilidad del instrumento, se empleó la técnica de validación denominada juicio de expertos, la que a través de tres profesionales de la salud expertos en el tema validaron y aprobaron el instrumento de recolección de datos.

Dichos profesionales llenaron una hoja de validación, en la cual consignarán la pertinencia del instrumento, la coherencia del

mismo, su flexibilidad, el nivel de sistematización otorgándole un puntaje máximo de 5 puntos a cada Ítem, considerándose validado cuando se haya alcanzado la validez externa con un puntaje mínimo de 16 puntos o un máximo de 20.

Además se aplicó la prueba de alfa de Crombach obteniendo un valor de validez de 0.95, lo que reporta una óptima clasificación de instrumento según sus alternativas de respuesta.

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se usará el paquete estadístico SPSS versión 23. Para las variables cuantitativas se usará la distribución porcentual, de frecuencias y medidas de tendencia central. A la información que reporte el estudio se le agrupará en cuadros y gráficos.

Para la parte analítica se empleará un modelo de Chi cuadrado de independencia de criterios para establecer las diferencias de la satisfacción por la cirugía entre el grupo de quemados y de reconstrucción.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Procesamiento de datos

Tabla 1

Tipo de cirugía y satisfacción del usuario en el servicio de Cirugía Plástica.

Satisfacción de usuario	Tipo de Cirugía			Total
		Cirugía de Quemados	Cirugía Reconstructiva	
Satisfecho	N°	17	44	61
	%	28%	72%	100%
No Satisfecho	N°	5	2	7
	%	71%	29%	100%
Total	N°	22	46	68
	%	32%	68%	100%

$$X^2=5,598 \text{ p} < 0,05$$

Fuente: Elaborado por la investigadora

En relación a este estudio, esta Tabla muestra la relación entre los pacientes que necesitaron Cirugía Reconstructiva y quemados, con la variable satisfacción, encontrándose relación significativa, con un Chi cuadrado de 5,598 y $P < 0.05$, esto rechazaría la H_0 y confirmaría la H_1 , en donde los pacientes que requirieron cirugía Reconstructiva se mostraron más satisfechos que los pacientes que requirieron cirugía de quemados.

Tabla 2

Tipo de cirugía y satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de estructura.

Tipo de Cirugía							
Satisfacción en Infraestructura		Cirugía Quemados		Cirugía Reconstructiva		total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Valoración de la comodidad del edificio e instalaciones ($X^2 = 9.870, p < 0.01$).	Buena	1	4.5	2	4.3	3	4.4
	Regular	14	63.3	42	91.3	56	82.4
	Mala	7	31.8	2	4.3	9	13.2
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Correcta señalización del hospital ($X^2 = 1.089, p > 0.05$).	Si	13	59.1	33	71.7	46	67.6
	No	9	40.9	13	28.3	22	32.4
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Facilidad para orientarse en el hospital ($X^2 = 0.253, p > 0.05$).	Si	16	72.7	36	78.3	52	76.5
	No	6	27.3	10	21.7	16	23.5
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Valoración de la calidad de la comida ($X^2 = 5.446, p > 0.05$).	Buena	2	9.1	5	10.9	7	10.3
	Regular	15	68.2	39	84.8	54	79.4
	Mala	5	22.7	2	4.3	7	10.3
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Valoración de la limpieza del hospital ($X^2 = 18.637, p < 0.001$)	Buena	3	13.6	32	69.6	35	51.5
	Regular	19	86.4	14	30.4	33	48.5
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0

Fuente: Elaborado por la investigadora

Al determinar la satisfacción de pacientes operados en cirugía reconstructiva estética y pacientes operados por quemaduras, respecto a la dimensión de estructura, las dimensiones asociadas son la valoración de la comodidad y la valoración de la limpieza.

Tabla 3

Tipo de cirugía y satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de estructura.

Tipo de Cirugía							
Satisfacción en Infraestructura		Cirugía Quemados		Cirugía Reconstructiva		total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Valoración de los médicos ($X^2 = 0.000$, $p = 1$).	Buena	22	100.0	46	100.0	68	100.0
	Regular	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Valoración de las Enfermeras ($X^2 = 2.122$, $p > 0.05$).	Buena	21	95.5	46	100.0	67	98.5
	Regular	1	4.5	0	0.0	1	1.5
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Valoración de los técnicos ($X^2 = 3.352$, $p > 0.05$).	Buena	19	86.4	45	97.8	64	94.1
	Regular	3	13.6	1	2.2	4	5.9
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Valoración del personal administrativo ($X^2 = 0.351$, $p > 0.05$).	Buena	11	50.0	25	54.3	36	52.9
	Regular	10	45.5	20	43.5	30	44.1
	Mala	1	4.5	1	2.2	2	2.9
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0

Fuente: Elaborado por la investigadora

Con respecto a la dimensión estructura, no se encuentran dimensiones en esta evaluación, asociadas al determinar la satisfacción de pacientes operados en cirugía reconstructiva estética y operados de cirugía de quemados.

Tabla 4

Tipo de cirugía y satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de estructura ponderada.

Satisfacción de estructura	Tipo de Cirugía		Total	
	Cirugía de Quemado	Cirugía Reconstructiva		
Media	N°	6	4	10
	%	27,3%	8,7%	14,7%
Alta	N°	16	42	58
	%	72,7%	91,3%	85,3%
Total	N°	22	46	68
	%	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 4.095, p < 0.05$$

Fuente: Elaborado por la investigadora

Respecto a la satisfacción de pacientes, respecto a la dimensión de estructura ponderada tanto en los operados en cirugía reconstructiva estética y los operados de cirugía de quemados, si se reporta relación estadística.

Tabla 5

Tipo de cirugía y satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de procesos.

Tipo de Cirugía							
Satisfacción en procesos		Cirugía Quemados		Cirugía reconstructiva		total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Satisfacción con el servicio recibido	Si	21	95.5	45	97.8	66	97.1
($X^2 = 0.293$, $p > 0.05$).	No	1	4.5	1	2.2	2	2.9
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Adecuación de los horarios de visitas	Si	7	31.8	34	73.9	41	60.3
($X^2 = 11.015$, $p < 0.01$).	No	15	68.2	12	26.1	27	39.7
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Valoración de la comodidad de las	Buena	1	4.5	4	8.7	5	7.4
Habitación	Regular	13	59.1	41	89.1	54	79.4
($X^2 = 15.184$, $p < 0.001$).	Mala	8	36.4	1	2.2	9	13.2
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Facilidad para resolver	Buena	5	18.2	21	45.7	25	36.8
trámites y papeles	Regular	16	72.7	22	47.8	38	55.9
($X^2 = 4.840$, $p > 0.05$).	Mala	2	9.1	3	6.5	5	7.4
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Satisfacción con la información	Satisfecho	20	90.9	42	91.3	62	91.2
dada por los médicos	Med	2	9.1	4	8.7	6	8.8
($X^2 = 0.003$, $p > 0.05$).	Satisfecho						
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Satisfacción con la información	Satisfecho	21	95.5	45	97.8	68	100.0
dada por las enfermeras	Med	1	4.5	1	2.2	2	2.9
($X^2 = 0.293$, $p > 0.05$).	Satisfecho						
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Confianza en la asistencia recibida	Si	22	100.0	46	100.0	68	100.0
($X^2 = 0.000$, $p = 1$)	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Correcta identificación de los	Si	22	100.0	44	95.7	46	97.1
Profesionales	No	0	0.0	2	4.3	2	2.9
($X^2 = 0.986$, $p > 0.05$).	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Facilidad para identificar a los	Si	19	86.4	45	97.8	64	94.1
Profesionales	No	3	13.6	1	2.2	4	5.9
($X^2 = 3.532$, $p > 0.05$).	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0

Fuente: Elaborado por la investigadora

Respecto a la dimensión de procesos, la satisfacción de pacientes operados por cirugía reconstructiva estética y los operados por cirugía de quemados, la dimensión relacionada fue la adecuación de horarios de visitas y la comodidad

Tabla 6

Tipo de cirugía y satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de procesos.

Satisfacción en procesos	Tipo de Cirugía						
		Cirugía Quemados		Cirugía Reconstructiva		total	
			N°	%	N°	%	N°
Confidencialidad de los datos clínicos	Si	22	100.0	46	100.0	68	100.0
($X^2 = 0.000$, $p = 1$).	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Valoración de respeto con el que se	Buena	20	90.9	42	91.3	62	91.2
Tratado	Regular	2	9.1	4	8.7	6	8.8
($X^2 = 0.003$, $p > 0.05$).	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Grado de intimidad en el hospital	Buena	3	13.6	19	41.3	20	32.4
($X^2 = 5.278$, $p > 0.05$).	Regular	18	18.8	26	56.5	44	64.7
	Mala	1	4.5	1	2.2	2	2.9
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Disposición del personal para	Si	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Escucharle	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
($X^2 = 0.000$, $p = 1$).	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Información sobre los tratamientos	Si	22	100.0	46	100.0	68	100.0
($X^2 = 0.000$, $p = 1$)	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Información sobre las pruebas	Si	7	13.8	33	73.3	40	59.7
($X^2 = 10.585$, $p < 0.001$).	No	15	68.2	12	26.7	27	40.3
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Tiempo de espera desde el ingreso	Buena	19	86.4	23	50.0	42	61.8
hasta la operación	Regular	3	13.6	22	47.8	25	36.8
	Mala	0	0.0	1	2.2	1	1.5
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0

Fuente: Elaborado por la investigadora

En la dimensión de procesos, la satisfacción de pacientes operados por cirugía reconstructiva estética y de los pacientes operados por cirugía de quemados, la dimensión relacionada es la de información sobre pruebas y el tiempo de espera.

Tabla 7

Tipo de cirugía y satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de procesos ponderada.

Tipo de Cirugía				
Satisfacción de Procesos		Cirugía de Quemado	Cirugía Reconstructiva	
Media	N°	18	26	44
	%	81,8%	56,5%	64,7%
Alta	N°	4	20	24
	%	18,2%	43,5	35,3%
Total	N°	22	46	68
	%	100,0%	100,0%	100,0%
$X^2 = 4.170, p < 0.05$				

Fuente: Elaborado por la investigadora

Respecto a la dimensión de procesos ponderada, en la satisfacción de pacientes operados por cirugía reconstructiva estética y los pacientes operados por cirugía de quemados, se encontró una relación estadísticamente significativa.

Tabla 8

Tipo de cirugía y satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de resultados.

Satisfacción en Infraestructura	Tipo de Cirugía						
	Cirugía	Quemados	Cirugía Reconstructiva		total		
		N°	%	N°	%	N°	%
Recomendaría el hospital	Si	22	100.0	46	100.0	68	100.0
($X^2 = 0.000$, $p = 1$).	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Le pusieron un tratamiento	Si	22	100.0	46	100.0	68	100.0
($X^2 = 0.000$, $p = 1$).	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Le hicieron pruebas	Si	22	100.0	46	100.0	68	100.0
($X^2 = 0.000$, $p = 1$).	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Realización de operación quirúrgica	Si	21	95.5	42	91.3	63	92.6
en la fecha programada	No	1	4.5	4	8.7	5	7.4
($X^2 = 0.376$, $p > 0.05$).	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Consentimiento por escrito	Si	22	100.0	46	100.0	68	100.0
para operación	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
($X^2 = 0.000$, $p = 1$)	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0

Fuente: Elaborado por la investigadora

En la dimensión de resultados, en cuanto a la satisfacción de pacientes operados en cirugía reconstructiva estética y los operados de cirugía de quemados, no se encuentran dimensiones relacionadas.

Tabla 9
Tipo de cirugía y satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de resultados.

Tipo de Cirugía							
Satisfacción en Infraestructura	Cirugía Quemados			Cirugía Reconstructiva		total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Le entregaron un escrito para su	Si	22	100.0	46	100.0	68	100.0
médico de cabecera	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
($X^2 = 0.000$, $p = 1$)	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Nada necesita mejorar en el hospital	Si	22	100.0	46	100.0	68	100.0
($X^2 = 0.000$, $p = 1$)	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
No falta ninguna prestación importante	Si	22	100.0	46	100.0	68	100.0
($X^2 = 0.000$, $p = 1$)	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Días de hospitalización	Si	22	100.0	46	100.0	68	100.0
($X^2 = 0.000$, $p = 1$).	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0
Satisfacción con el servicio recibido	Buena	10	45.5	43	93.5	53	77.9
($X^2 = 19.963$, $p < 0.001$).	Regular	12	54.5	3	6.5	15	22.1
	Total	22	100.0	46	100.0	68	100.0

Fuente: Elaborado por la investigadora

En la dimensión de resultados, en cuanto a la satisfacción de pacientes operados por cirugía reconstructiva estética y los operados por cirugía de quemados, la dimensión relacionada es la satisfacción con el servicio recibido.

Tabla 10

Tipo de cirugía y satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica respecto a la dimensión de resultados ponderada.

Tipo de Cirugía				
Satisfacción de Resultados	Cirugía de Quemado		Cirugía Reconstructiva	Total
	N°	22	46	68
Alta	%	100,0%	100,0%	100,0%
	N°	22	46	68
Total	%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 0,000, p = 1$$

Fuente: Elaborado por la investigadora

En la dimensión de resultados ponderada, en cuanto a la satisfacción de pacientes operados en cirugía reconstructiva estética y los pacientes operados de cirugía de quemados, no se reportó relación estadística.

4.2. Prueba de hipótesis

Comprobación de Hipótesis General

Según la prueba Chi cuadrado, se encontró el valor de 5,598 con una $p < 0,05$, esta cifra confirmaría la H_1 , en la que los pacientes que requirieron el tipo de Cirugía Reconstructiva, se muestran más satisfechos que los pacientes que requirieron Cirugía de Quemados (Tabla1)

Comprobación de hipótesis específicas

- a. En la dimensión estructura, como se puede apreciar se reporta diferencias estadísticamente significativas al encontrar un P menor de 0.05 en este sentido se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, con lo que se establece la relación entre las variables. (ver tabla 4)
- b. En la dimensión de proceso, como se puede observar existen diferencias estadísticamente significativas al reportarse un valor de P menor de 0.01, por lo que se rechaza la hipótesis nula, se acepta la hipótesis del estudio y se establece relación entre las variables. (ver tabla 7)
- c. En la dimensión de resultados, no se reporta diferencias estadísticamente significativas siendo el valor de P mayor de 0.05, en este sentido se rechaza la hipótesis del estudio y se acepta la hipótesis nula, por lo que las variables no se encuentran relacionadas. (ver tabla 10)

4.3. Discusión de resultados

En nuestra investigación “Tipo de cirugía y satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica del Hospital Nacional PNP. Luis N. Sáenz. Lima-2016”, encontramos que:

Respecto a la satisfacción de los usuarios en la dimensión estructura, se pudo encontrar que las dimensiones que se relacionan con la variable fueron, la valoración de la comodidad del edificio e instalaciones y la valoración de la limpieza del hospital, según la Dra. Massip¹⁰, la satisfacción es representada por la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto respecto a algo. Lo que no concuerda con la investigación de Muza¹⁴, quien estudió la satisfacción en el proceso también de estructura en el Hospital Rancagua de Chile y el resultado en dicho proceso fue menos que regular, tampoco con los encontrado por el Dr. Cabello³¹, quien describió, una alta insatisfacción por parte de los pacientes, refiriéndose a la deficiente disponibilidad de medicinas, demora de atención en caja, farmacia y admisión.

Asimismo, se pudo encontrar que las siguientes dimensiones no se relacionan con la variable estructura, como la valoración de los médicos, la valoración de las enfermeras, la valoración de los técnicos y la valoración del personal administrativo, lo que no concuerda con la investigación de Muza¹⁴, quien concluye que el área que mejor valoración tuvo, fue la competencia del profesional.

Respecto a la satisfacción de los usuarios en la dimensión de procesos, se pudo encontrar que las dimensiones que se relacionan con la variable y por lo tanto muestran diferencias estadísticamente significativas fueron, la adecuación de los horarios de visitas y la valoración de la comodidad de la habitación. Lo que concuerda con la investigación sobre la evaluación de una unidad de cirugía de día realizada por Chirigliano¹², los pacientes presentaron una gran satisfacción con los servicios prestados, y es que la cirugía de día es la indicada para la realización de procedimientos reconstructivos y ambulatorios, es decir de corta estancia hospitalaria, no representando una opción efectiva para los pacientes quemados, ya que su manejo es agudo y de riesgo en un primer momento y posteriormente presentaran secuelas, las cuales a pesar de ser tratadas quirúrgicamente, siempre presentaran limitación funcional y estética, ya que los tejidos que se manipulan, están afectados estructuralmente por la quemadura y ello requeriría de una estancia hospitalaria larga.³⁰

Por lo contrario, no existe bibliografía en cuanto a la satisfacción de los pacientes quemados, y es que existen secuelas como técnicas quirúrgicas, donde la prioridad es la preservación de la vida, y posteriormente se tratarán las secuelas, que son una constante, la prioridad en esta etapa, será preservar la función antes que el resultado estético.³⁰

Adicional a ello, se pudo encontrar, que las dimensiones relacionadas que muestran diferencias significativas fueron, la información sobre las pruebas y el tiempo de espera desde el ingreso hasta la operación, en conformidad con los estudios presentados por Muza¹⁴ y, en concordancia también con el estudio de

Cabello³¹, donde la mayor insatisfacción se dio en el difícil acceso a citas, demora de atención en caja y admisión.

Finalmente, la satisfacción de pacientes respecto a la dimensión de procesos ponderada se puede encontrar que del total de los que pertenecieron a cirugía de quemadas el 18 por ciento reportaron una satisfacción alta, mientras que del total de los que tuvieron cirugía reconstructiva el 44 por ciento manifiesta un alto nivel de satisfacción de procesos, lo que coincide con los estudios descritos por Chirigliano¹² que reporte la alta satisfacción en cuanto a la dimensión de procesos, y esto debido a la reorganización de la actividad quirúrgica bajo el régimen de cirugía de día, cirugía de corta estancia hospitalaria, modalidad usualmente usada en los procedimientos de cirugía reconstructiva estética y con los resultados de Jimenez³⁰ en donde la organización y uso de recursos son fundamentales en el manejo de los pacientes quemados.

Respecto a la satisfacción de los usuarios en la dimensión de resultados, se pudo encontrar que las dimensiones que no se relacionan con la variable fueron, que recomendaría el hospital, que le pusieron un tratamiento, que le hicieron pruebas, que la realización de operación quirúrgica en la fecha programada y que el consentimiento fue por escrito para operación, en este sentido no se establece relación entre las variables. En concordancia con los resultados de Chirigliano¹², donde encontró un alto índice de satisfacción en los pacientes y los resultados obtenidos permitieron recomendar este tipo de atención.

Adicional a ello, se puede encontrar que la dimensión que se relaciona con la variable fue de satisfacción con el servicio recibido. En concordancia con los resultados presentados por Pérez^{8,9} y Cairo⁷, evidencian un alto índice de satisfacción con las cirugías reconstructivas realizadas (mamas, abdomen, colgajo temporal por parálisis facial), así como en las series del Dr Canto⁵, en Cuba y mostro un alto grado de satisfacción en los resultados obtenidos post cirugía reconstructiva, concluyendo que la recuperación de la armonía corporal, permitió recuperar la autoestima y disminuir los sentimientos de minusvalía, ya que la cirugía reconstructiva está encaminada no solo a la recuperación estética sino también a la funcional. Al respecto, Coiffman²³ se refiere a la atención del paciente quemado como un paciente grave, que requerirá de la atención multidisciplinaria en la etapa aguda, ya que se comporta como un paciente politraumatizado y crónica, ya que las secuelas serán medianas o mayores, las cuales deberán ser manejadas priorizando la función. Por otro lado, las dimensiones que no se relacionan con la variable dependiente fueron, que al paciente le entregaron un escrito para su médico de cabecera, que nada necesita mejorar en el hospital, que no falta ninguna prestación importante y los días de hospitalización, en ese sentido no se establece relación entre las variables. En tal sentido, esto también fue evidenciado por el Dr. Muza¹⁴, donde concluye que las áreas identificadas como necesitadas de mejoramiento son la comunicación entre el paciente y el profesional de la salud.

Finalmente, la satisfacción de pacientes respecto a la dimensión de resultados ponderada, se puede encontrar que la totalidad de los pacientes tanto de cirugía de quemados como de cirugía reconstructiva manifestaron una satisfacción de

resultados alta. Al igual que los resultados de Chirigliano¹², donde encontró un alto índice de satisfacción en los pacientes y los resultados obtenidos permitieron recomendar este tipo de atención, así como de Pérez ^{8,9} y Cairos⁷, quienes evidencian un alto índice de satisfacción con las cirugías reconstructivas realizadas (mamas , abdomen, colgajo temporal por parálisis facial) por otro lado, en cuanto a los pacientes quemados, Coiffman²³, se refiere a las quemaduras como un accidente de elevada incidencia, en la mayoría de los casos, son leves y pueden ser manejadas de manera ambulatoria, pero en los casos graves, tributarios de hospitalización, como los pacientes estudiados en esta tesis, la estabilización del paciente se convierte en una prioridad, donde la preservación de la vida es crucial, y a pesar de ello, este enorme esfuerzo es opacado por las secuelas, las cuales serán una constante, haciendo de los pacientes quemados, pacientes de larga estancia con múltiples deficiencias funcionales y estéticas.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La satisfacción fue mayor en los pacientes que requirieron el tipo de cirugía reconstructiva, en comparación a los pacientes que requirieron cirugía por quemaduras.
- La satisfacción de los usuarios en el servicio de cirugía reconstructiva estética y por cirugía de quemados respecto a la dimensión estructura mostró diferencias en las dimensiones de comodidad del edificio e instalaciones y la valoración de la limpieza.
- La satisfacción de los usuarios en el servicio de cirugía reconstructiva estética y por cirugía de quemados respecto a la dimensión de procesos se encuentran diferencias significativas en las dimensiones de adecuación de horarios, comodidad, información de pruebas y tiempo de espera.
- No se mostró diferencias significativas en la dimensión de resultados.

5.2. RECOMENDACIONES

- Implementar un programa para la mejora de la calidad y por ende la satisfacción de pacientes operados tanto intervenidos por cirugía reconstructiva estética como con pacientes operados por cirugía de quemados, ya que se requiere una mejora de horarios, mejora de la comodidad, mejora en la información de pruebas y la reducción del tiempo de espera.
- Implementar como estrategia de satisfacción de pacientes operados, la implementación de implementos y muebles que incrementen la comodidad del edificio e instalaciones, pero sobre todo que se mejore la limpieza, especialmente por equipos especializados en la materia.
- Implementar círculos de la calidad que evalúen permanentemente las estrategias de mejora de satisfacción, pero sobre todo que mejoren los elementos de infraestructura y procesos.
- Realizar encuestas de usuarios de forma permanente que evalúen la satisfacción de procesos, resultados e infraestructura.
- Implementar sistemas de lectura rápida de buzón de sugerencias, así mismo tener a disposición el libro de reclamaciones para los usuarios de ambos tipos de cirugías.
- Finalmente se recomienda de forma sistemática y permanente la evaluación de satisfacción de los clientes, a través de diagnósticos situacionales permanentes, tanto entrevistando al cliente interno como externo, sobre los aspectos tratados en la evaluación de la calidad.

Referencias bibliográficas

1. Paula M, Casari L. Satisfacción y motivación de la cirugía estética en mujeres y su relación con los esquemas desadaptativos tempranos. *Psicogente [serial on the Internet]*. (2017, July), [cited September 18, 2017]; 20(38): 222-239. Available from: Academic Search Complete.
2. Danilla E, Troncoso O, Antonio V, Domínguez C, Cuevas T, Sergio Sepúlveda P, et al. Factores que afectan la calidad de vida en pacientes con cirugía de aumento mamario: estudio de cohorte. *Revista Chilena De Cirugía [serial on the Internet]*. (2017, Apr), [cited September 18, 2017]; 69(2): 110-117. Available from: Academic Search Complete.
3. Benítez S. S, Andrades C. P, Danilla E. S, Erazo c. C, Sepúlveda p. S, Figueroa G. M. Evaluación de Programa de Especialidad de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética de la Universidad de Chile. Visión de los últimos 6 años por egresados. *Revista Chilena De Cirugía [serial on the Internet]*. (2012, Dec), [cited September 18, 2017]; 64(6): 523-527. Available from: Academic Search Complete.
4. Danilla E, Troncoso O, Antonio Ríos V, Domínguez C, Selman B, Sepúlveda P, et al. ¿Qué factores influyen en la satisfacción de los pacientes sometidos a reducción mamaria? Análisis de un estudio de cohorte utilizando el instrumento Breast-Q®. *Revista Chilena De Cirugía [serial on the Internet]*. (2017, Feb), [cited September 18, 2017]; 69(1): 28-34. Available from: Academic Search Complete.
5. Bernardo F, Yusimí M. Cirugía reconstructiva en pacientes con asimetría facial y retrognatía mandibular acompañada de rinomegalia. *Medisur, Vol 10, Iss 6, Pp 501-504 (2012) [serial on the Internet]*. (2012),

- [cited September 24, 2017]; (6): 501. Available from: Directory of Open Access Journals..
6. Cabrera S, A. Redondo C, A. Dean F, J.R. Benítez i G, C. Torre B, L.F. Rioja T, et al. Satisfacción en pacientes con reconstrucción mamaria con colgajo D.I.E.P. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, Vol 32, Iss 3, Pp 169-179 (2006) [serial on the Internet]. (2006), [cited September 24, 2017]; (3): 169. Available from: Directory of Open Access Journals.
 7. Cairos J, León Y, Bezares I, Alfonso J. Reconstrucción de la parálisis facial con colgajo del músculo temporal. *Rev. cuba. cir;*(2009); 48.
 8. Pérez F, Ramírez E, Pina E. Resultados inmediatos del tratamiento quirúrgico en las deformidades abdominales. *Mediciego;* (2008); 14 (1).
 9. Pérez F, Pina E, Ramírez E. Resultados inmediatos del tratamiento quirúrgico en las hipertrofias mamarias. *Mediciego,* (2008); 14.
 10. Massip C, Ortiz R, Llanta M, Peña M, Infante I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev. Cuba. Salud pública,* (2008) ; 34(4).
 11. Gil W, Lobo O, Betancourt D, Hernández M, Dávila D, Ramírez P. Reconstrucción facial con colgajos locales *Col. med. estado Táchira,* (2008); 17(4):40-44.
 12. Chirigliano G, Noceti M. Evaluación de una unidad de cirugía de día. *Rev. panam. salud pública. Pan am. j. public health* (2002); 12(5):333-338.
 13. Escarpanter J. Deformidad, secuela de una tumoración benigna no tratada. *Av. méd. Cuba* (2004); 11(39):42-44.

14. Muza R, Muza P. Satisfacción del paciente con tres especialidades dentales. *Rev. chil. salud pública* (2008); 12(1):12-17.
15. Medina B, Mitsui N, Centurión O, Ayala N, Leguizamón H. Cirugía mayor ambulatoria. Programa piloto en el Hospital IPSS Luque. *Cir. Rev. Parag* (2009); 32(1):15-24.
16. Rodríguez de Tejera, Noriela (2004), "Nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en el Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de Aguadulce", en Panamá.
17. Morales K. Motivación del personal y satisfacción del usuario. Escuela de Ciencias de la Salud. 2010. <http://www.monografias.com/trabajos68/motivacion-personal-satisfaccion-cliente/motivacion-personal-satisfaccion-cliente2.shtml>.
18. Palafox de Anda, G. Calidad en Salud. Instituto Panamericano de Gestión de la Salud. Gerencia en Salud. Portal de Gerencia de Servicios de Salud. ISSN 1684-8810. 2010. <http://www.gerenciasalud.com/index.htm>.
19. Ruelas E, Zurita B. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud pública de México* (2003); 35 (3):221-225.
20. Otero J, Otero J. Gerencia en odontología. Tomo 2 Etica y Marketing "Lima, Perú, Mayo del 2002.
21. Gilmore C, de Moraes H. Manual de Gerencia de la Calidad. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellog, 1996.
22. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* (1966); 44: 166-203.

23. Coiffman, F. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Salvat Editores S.A. Mallorca – España. 2006.
24. Hernández E. Cirugía Dermatológica Práctica. UCA Editores. San Salvador. 2002.
25. Wheeland R. Cutaneous Surgery. W.B. Saunders Comp. Philadelphia. 1994.
26. Turjansky E, Stular E. Lesiones de Piel y Mucosas. Técnicas Terapéuticas. Editorial Asociación Médica Argentina. Buenos-Aires, Argentina. 2005.
27. Mc Collough E. Royal Langsdom P. Dermabrasion and Chemical Peel. Thieme Medical Publishers, Inc. New York. 2008.
28. Hernández E. Cirugía Dermatológica Práctica. UCA Editores. San Salvador. 2002.
29. R J Schwartz , C N Chirino, S V Sáenz y T V Rodríguez “Algunos aspectos del manejo del paciente quemado en un servicio de cirugía infantil. A propósito de 47 pacientes pediátricos” Rev. argent. dermatol. v.89 n.3 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jul./sep. 2008.
30. Fernández Jiménez, E.M. De Diego García,F. Sandoval González. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”. Santander. Bol. Pediatr 2001; 41: 99-105
31. Emilio Cabello, Jesús L. Chirinos.” Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud”. Rev Med Hered v.23 n.2 Lima abr./jun. 2012

32. “Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo” R.M. N° 527-2011/MINSA/Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud – Lima Ministerio de Salud, 2012.
33. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS “WHO quality rights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities” 2012
34. Vera J, Delgado N, Vitery L. Caracterización clínica de las fracturas faciales ocasionadas por trauma de guerra o violencia civil en el conflicto armado en Colombia del 2012 al 2013 en el Hospital Militar Central de Bogotá, D.C. Otorrinolaringología & Cirugía de cabeza y cuello
35. Velázquez A, Martínez V, Escalona Y, Menéndez J. Los hospitales de soporte combativo para la práctica quirúrgica contemporánea en escenarios de acciones combativas. Revista Cubana de Medicina Militar
36. Normas Técnicas estándares de calidad para Hospitales e institutos especializados. Dirección General de Salud de las Personas Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud MINSA. 2003
37. Sara N Bleich, Emre Ozaltin, Christopher JL Murray Relación entre satisfacción con el sistema de atención sanitaria y la experiencia personal de los pacientes. Boletín de la Organización Mundial de la Salud

ANEXOS

1
2
3

ANEXO Nº 1: Matriz de Consistencia

Título: “TIPO DE CIRUGÍA Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N. SÁENZ. LIMA-2016”

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Diseño metodológico
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre el tipo de cirugía y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica del Hospital Nacional PNP. Luis N. Sáenz. Lima-2016?</p> <p>Problemas Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la edad, sexo, tipo de cirugía, diagnóstico pre quirúrgico y quirúrgico, del usuario del servicio de Cirugía Plástica del Hospital Nacional PNP Cuál es la relación entre el tipo de cirugía requerida en la dimensión de estructura, proceso y resultado percibida por los usuarios del servicio de cirugía Plástica? 	<p>Objetivo General Determinar la relación entre el tipo de cirugía y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica del Hospital Nacional PNP. Luis N. Sáenz. Lima-2016</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la edad, sexo, tipo de cirugía, diagnóstico pre quirúrgico en los usuarios del servicio de cirugía plástica de Hospital de la Policía. Determinar la relación entre el tipo de cirugía en la dimensión de estructura proceso en los usuarios del servicio de cirugía Plástica 	<p>Hipótesis general La satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica reconstructiva tiene una relación significativamente mayor que la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica quemados del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz.Lima-2016.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>a) La satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica: reconstructiva respecto a la dimensión estructura tiene una relación significativamente mayor que la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica: quemados del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz.Lima-2016.</p> <p>b) La satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica: reconstructiva respecto a la dimensión procesos tiene una relación significativamente mayor que la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica: quemados del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz.Lima-2016</p> <p>c) La satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica: reconstructiva respecto a la dimensión resultado tiene una relación significativamente mayor que la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía plástica: quemados del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz.Lima-2016.</p>	<p>Variable 1: Tipo de cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reconstructiva estética quemados <p>Variable 2: Satisfacción del usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estructura Proceso Resultado 	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> Planificación Organización Dirección Control. <p>Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> Componente Técnico Componente Interpersonal Componente del Entorno 	<p>Tipo de Investigación Observacional, Correlacional y comparativo.</p> <p>Método y diseño de la investigación El diseño es de tipo es no Experimental, debido a que no se presenta ninguna intervención con matriculación ni control de variables.</p> <p>CR ----- → S CQ ----- → S</p> <p>CR: Cirugía Reconstructiva CQ: Cirugía Quemadas S: Satisfacción</p> <p>Población Se trabajó con el total de la población.</p> <p>Técnicas: Recolección y procesamiento de datos. La técnica utilizada en la presente investigación para obtener la información pertinente fue la encuesta (entrevista personal).</p> <p>Procesamiento A la información que reporte el estudio en su etapa descriptiva se le agrupará en tablas de contingencia de dos por dos, empleando el uso de gráficos de tortas y barras, haciendo la respectiva distribución porcentual, de frecuencias para las variables cualitativas y el empleo de las medidas de tendencia central, e histogramas para las variables cualitativas, para la presentación los datos que reporte el estudio..</p> <p>Para el campo inferencial se empleará un modelo de Chi² de Pearson para establecer la relación entre el tipo de cirugía y satisfacción del usuario sobre la calidad de atención brindada en el servicio de Cirugía en las dimensiones cualitativas, mientras que para las variables ordinales con puntaje ponderal se empleará el coeficiente de correlación de Pearson cuando sea pertinente..</p>

Anexo 2

CUESTIONARIO APLICADO

7.1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Sexo del paciente:
 - Masculino
 - Femenino
2. Edad-del-paciente..... años
3. Diagnóstico pre quirúrgico:.....
4. Diagnóstico quirúrgico:.....
5. Tipo de Cirugía
 - Cirugía de Quemados
 - Cirugía reconstructiva

7.3 SATISFACCIÓN EN PROCESOS

6. Usted se encuentra satisfecho con el servicio recibido
 - Si
 - No
7. Usted cree que los horarios de visitas son los adecuados
 - Si
 - No
8. Cómo valora la comodidad de la habitación
 - Buena
 - Regular
 - Mala
9. Como considera la facilidad para resolver trámites y papeles
 - Buena
 - Regular
 - Mala
10. Como es su satisfacción con la información dada por los médicos
 - Satisfecha
 - Medianamente Satisfecha
 - Insatisfecha
11. Como es su satisfacción con la información dada por las enfermeras
 - Satisfecha
 - Medianamente Satisfecha
 - Insatisfecha
12. Tiene usted confianza en la asistencia recibida
 - Si
 - No
13. Es correcta identificación de los profesionales
 - Si
 - No
14. Usted tiene facilidad para identificar a los profesionales que lo atienden
 - Si
 - No
15. Diría usted que existe confidencialidad de los datos clínicos
 - Si
 - No
16. Cómo valora el respeto con el que se le ha tratado
 - Buena
 - Regular
 - Mala
17. Cómo considera el grado de intimidad en el hospital
 - Buena
 - Regular
 - Mala
18. Existe disposición del personal para escucharle
 - Si
 - No
19. Le brindaron información sobre los tratamientos
 - Si
 - No
20. Usted tiene posibilidad de opinar sobre los tratamientos
 - Si
 - No
21. Le brindaron información sobre las pruebas o exámenes que le hicieron
 - Si
 - No
22. Como considera el tiempo de espera desde el ingreso hasta la operación
 - Buena
 - Regular
 - Mala

7.4 SATISFACCIÓN EN INFRAESTRUCTURA

23. Cómo valora la comodidad del hospital e instalaciones
 - Buena
 - Regular
 - Mala
24. Existe una correcta señalización del hospital
 - Si
 - No
25. Existe facilidad para orientarse en el hospital
 - Si
 - No

26. Cómo valora la calidad de la comida
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 27. Cómo valora de la limpieza del hospital
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 28. Cómo valora la atención de los médicos
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 29. Cómo valora la atención de las Enfermeras
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 30. Cómo valora la atención de los técnicos
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 31. Cómo valora la atención del personal administrativo
 - Buena
 - Regular
 - Mala
- 7.5 SATISFACCIÓN EN RESULTADOS**
32. Recomendaría el hospital a otros que requieren cirugía plástica
 - Si
 - No
 33. Le pusieron un tratamiento en caso de dolor
 - Si
 - No
 34. Le hicieron pruebas o exámenes auxiliares
 - Si
 - No
 35. Realización de cirugía plástica fue en la fecha programada
 - Si
 - No
 36. Usted dio consentimiento por escrito para operación
 - Si
 - No
 37. El personal del hospital le entregó un escrito para su médico de cabecera
 - Si
 - No
 38. No existe nada que necesite mejorar en el hospital
 - Si
 - No
 39. No hace falta ninguna prestación importante en el hospital
 - Si
 - No
 40. Está usted conforme con los días de hospitalización
 - Conforme
 - No conforme
 41. Cómo evalúa la satisfacción con el servicio recibido
 - Buena
 - Regular
 - Mala..