

Valoración de la satisfacción con el proceso asistencial de pacientes adultos afectados de patología crónica del raquis

M. C. García Ameijeiras¹, M. V. Ribera Canudas², A. Gómez Garrido¹, J. Medel Rebollo², E. Márquez Martínez², X. Buxó Masip¹ y A. Candela Custardoy

¹Servicio de Rehabilitación y ²Unidad del Dolor. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

García Ameijeiras MC, Ribera Canudas MV, Gómez Garrido A, Medel Rebollo J, Márquez Martínez E, Buxó Masip X, Candela Custardoy A. Valoración de la satisfacción con el proceso asistencial de pacientes adultos afectados de patología crónica del raquis. *Rev Soc Esp Dolor* 2011; 18(4): 228-234.

ABSTRACT

Objective: the aim of this study was to measure patient satisfaction with semi-invasive medical treatments in a multidisciplinary program.

Material and methods: a prospective study was conducted. The participants were 47 patients with spine pathology, which was attending by multidisciplinary team (Rehabilitation and Pain Clinic) in a tertiary hospital. These patients had answered. Patient satisfaction questionnaire about attention received. It was analyzed using a bivariate study with the statistical package SPSS® 16.

Results: the spinal problems were of 39.1 months (SD 21.58) of evolution. The most common diseases of spine was 42.6% spinal stenosis, degenerative disease 21.3%, 12.7% foraminal stenosis, herniated disk 2.1%, and 21.3% different types. The therapeutic techniques used were: epidural infiltration (15 cases), blocks foraminal (9), pharmacological (7), facet block (4), electrotherapy (3), but in 9 cases required the use of more than one technique.

The spinal problems were 39.1 months (SD 21.58) of evolution. The most common diseases of spine was 42.9% spinal stenosis, degenerative disease 21.4%, 11.9% foraminal stenosis, herniated disk 2.4%, and 21.4% different types. The therapeutic techniques used were: epidural infiltration (14 cases), blocks foraminal (8), pharmacological (6), facet block (4), electrotherapy (2), but in 8 cases required the use of more than one technique. A 97.9% were satisfied with care received during the program. A 73.9% patients found satisfaction with all program, 13% personal attention, 10.9% technique used and the short waiting time and 2.2% personalized attention and the technique used. A single case was not completely satisfied with the attention received.

Conclusion: Results demonstrated high levels of satisfaction with all components of multidisciplinary program for spine pain.

© 2011 Sociedad Española del Dolor: Published by Arán Ediciones, S.L.

Key words: Patient satisfaction. Perceived quality. Outpatients clinics.

RESUMEN

Objetivo: conocer la satisfacción de los pacientes después de recibir tratamiento y valoración conjunta por un equipo multidisciplinar.

Material y métodos: estudio prospectivo de 47 pacientes consecutivos con patología de raquis que han sido visitados por el grupo de trabajo médico (Servicio de Rehabilitación y Unidad del Dolor). Se les ha administrado una encuesta para valorar la satisfacción con la atención recibida. Estudio estadístico mediante el programa SPSS.

Resultados: el tiempo de evolución del problema de salud fue de 39,1 meses (DE 21,58). La espera para esta visita conjunta fue de 3 semanas (DE 2,1). Como diagnóstico principal el 42,6% de los pacientes presentaban estenosis de canal, 21,3% patología degenerativa, 12,7% estenosis forami-

nal, 2,1% hernia discal, y en 21,3% restantes se les sumaban diferentes tipos de diagnósticos principales. El EVA final fue valorado a los 3 meses de la intervención terapéutica. Las técnicas terapéuticas empleadas fueron: infiltraciones epidurales (15 casos), bloqueos foraminales (9), tratamiento farmacológico (7), bloqueos facetarios (4), electroterapia (3), y en 9 casos se requirió la utilización de más de una técnica. Se realizó una encuesta de satisfacción a los pacientes para valorar la atención recibida. El 97,9% estaban satisfechos. A estos se les preguntó qué era lo que más valoraban de la atención recibida, al 73,9% le pareció bien todos los aspectos del proceso, al 13% la atención personal, al 10,9% la técnica empleada y el poco tiempo de espera y al 2,2% la atención personalizada y la técnica empleada. Un único caso no estuvo globalmente satisfecho con la atención recibida.

Conclusión: en los pacientes atendidos en este programa multidisciplinar, el grado de satisfacción por la atención recibida fue muy alto.

© 2011 Sociedad Española del Dolor: Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Palabras clave: Satisfacción paciente. Calidad percibida. Consultas externas.

INTRODUCCIÓN

La importancia de la satisfacción de los pacientes es, en la actualidad, una prioridad en los sistemas sanitarios avanzados, formando parte tanto de las agendas de los responsables de salud, como de las propias organizaciones de pacientes, y ha sido previamente demostrada en diferentes trabajos. La correlación entre la satisfacción del paciente y la adhesión al tratamiento, así como posiblemente una mejora de su estado de salud, ha sido sugerida en varios estudios (1). Además, evaluar la satisfacción de los pacientes es a la vez una herramienta útil para medir la calidad de la asistencia sanitaria recibida.

La mayor supervivencia de nuestra población conlleva asimismo la mayor duración y evolución de enfermedades crónicas del aparato locomotor, altamente incapacitantes y generadoras de dolor. Estos pacientes suelen padecer tiempos de espera más o menos prolongados entre las visitas de los diferentes especialistas y la realización de las exploraciones complementarias necesarias que les son solicitadas.

Para mejorar la eficiencia en la atención a estos pacientes nos planteamos establecer un canal específico de atención conjunta por parte de la unidad del dolor y el servicio de rehabilitación de nuestro hospital.

Posteriormente, se les propuso responder, de forma voluntaria, a una encuesta de satisfacción con el objetivo de conocer su percepción del proceso asistencial, medir el grado de satisfacción, y a la vez identificar posibles problemas en la atención que permitiesen establecer, si procedía, propuestas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se creó un circuito asistencial específico para el tratamiento de pacientes adultos con patología crónica dolorosa de raquis, siendo visitados conjuntamente por ambos especialistas, pertenecientes al Servicio de Rehabilitación y a la Unidad de Dolor, equipo al que denominaremos Grupo de Trabajo (GT). Se definieron los criterios de acceso:

1. Pacientes provenientes del servicio de rehabilitación previamente diagnosticados y con el paquete de pruebas complementarias necesarias completo.
2. Eficacia limitada de las terapéuticas utilizadas.
3. Elevada intensidad del dolor.
4. Expectativas de mejora con técnicas de la Unidad del Dolor.

Se definieron y establecieron circuitos específicos de acceso y seguimiento para estos pacientes:

1. Previamente evaluados por su médico rehabilitador.
2. Propuesta de visita a la unidad de dolor.
3. Formalización de la demanda.
4. Citación conjunta en la unidad del dolor con agenda propia y específica.
5. Visita conjunta de los dos especialistas.
6. Acuerdo terapéutico.
7. Definición del calendario de las técnicas terapéuticas propuestas.
8. Visita de seguimiento conjunta o individual según cada paciente específico.
9. Valoración de resultados.
10. Cuestionario de satisfacción con el proceso asistencial (elaborada por el GT) que se entregó a los pacientes y cuidadores en la posterior visita de control en las consultas externas de rehabilitación (Tabla I).

Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta de satisfacción de fácil comprensión y respuesta. La encuesta fue propuesta y pasada a una muestra de pacientes consecutivos al finalizar todo el proceso asistencial que había propuesto el GT. Las encuestas fueron pasadas por el GT y contestadas de forma oral o escrita por el paciente. Todos los pacientes aceptaron contestarla.

Las variables analizadas fueron edad, sexo, EVA, diagnóstico principal, técnica aplicada y encuesta de

TABLA I. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

1.º ¿Está usted satisfecho/a con la atención recibida?	
Sí	No
2.º ¿Qué es lo que más valora?	
1. Atención personal	2.º ¿Por qué causa?
2. Técnica del tratamiento	1. Atención personal
3. Tiempo de espera	2. Técnica del tratamiento
4. Otros factores	3. Tiempo de espera
	4. Otros factores
3.º Si lo precisase, ¿repetiría el tratamiento?	
	3.º Si lo precisase, ¿repetiría el tratamiento?

satisfacción. Los resultados de la encuesta de satisfacción se relacionaron con las variables sexo, edad, tipo de lesión, técnica aplicada, EVA inicial y EVA final. Se valoraron los resultados en relación al nivel de satisfacción, con el proceso asistencial, expresados mediante el cuestionario administrado.

Se realizó un estudio bivariable con el paquete estadístico SPSS® 16. La descripción de los datos se realizó mediante la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas y mediante las frecuencias para las categóricas. La comparación de medias se realizó para datos independientes, cuando siguen una distribución normal efectuándose mediante la t de Student. Cuando al menos una de las muestras no seguía una distribución normal la comparación se realizó mediante el test de la U de Mann-Whitney. En caso de datos apareados, la comparación de medias se realizó mediante la T *paired* o el test de Wilcoxon, dependiendo de que fuesen distribuciones normales o no, respectivamente. La comparación de las medias de más de 2 grupos se ha hecho mediante el análisis de la variancia (ANOVA). El valor de probabilidad significativo considerado fue $p < 0,05$.

RESULTADOS

De los 47 pacientes, 18 eran hombres y 29 mujeres, la edad media era de 62,11 años (DE 13,28) y un rango entre 35-89. En el 81,6% de los pacientes la clínica que presentaban correspondía a lumbociatalgia y en el 13,2% a cervicobraquialgia. El tiempo de evolución de la clínica fue de 39,1 meses (DE 21,58). La espera para esta visita conjunta fue de 3 semanas (DE 2,1) (Tabla II).

Como diagnóstico principal el 42,6% de los pacientes presentaban estenosis de canal (EC), 21,3% patología degenerativa multinivel (PDM), 12,7% estenosis foraminal (EF), 2,1% hernia discal (HD), y en el 21,3% restante se sumaban diferentes tipos de diagnósticos principales (Tabla III).

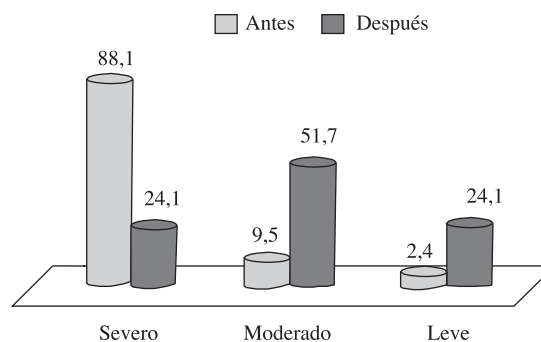
TABLA II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

Descriptivo	
Muestra	47
Hombres/Mujeres	18/29
Edad (años)	62,11 (DE 13,28)
Tiempo evolución (meses)	39,1 (DE 21,58)
Tiempo espera visita (semanas)	3 (DE 2,1)

TABLA III. DIAGNÓSTICOS DE LA MUESTRA

Diagnósticos	Frecuencia	%
Estenosis de canal	20	42,6
Degenerativo	10	21,3
Estenosis foraminal	6	12,7
Hernia discal	1	2,1
Más de un tipo de lesión	10	21,3

La intensidad del dolor, previo a realizar el tratamiento propuesto, medido mediante la Escala Analógica Visual (EVA) fue en el 88,1% severo, 9,5% moderado y 2,4% leve. Después de aplicar el tratamiento, la intensidad del dolor fue de 24,1% severo, 51,7% moderado y 24,1 leve (Fig. 1).

**Fig. 1.** Comparativa de la puntuación VAS antes y después de la acción terapéutica.

Las terapéuticas empleadas fueron: infiltraciones epidurales (15 casos), bloqueos foraminales (9), tratamiento farmacológico (7), bloqueos facetarios (4), electroterapia domiciliaria (3), y en 9 casos se requirió la utilización de más de una técnica (Tabla IV).

TABLA IV. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

<i>Técnica terapéutica</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Farmacológico	7	14,9
Infiltraciones epidurales	15	31,9
Bloqueos facetarios	4	8,5
Bloqueos foraminales	9	19,1
Electroterapia	3	6,5
Más de una técnica	9	19,1

A los 47 pacientes tras la realización de la técnica terapéutica se les administró una encuesta de satisfacción sobre la atención recibida. El 97,9% de los pacientes estaban satisfechos con la atención recibida.

A todos los pacientes se les preguntó qué era lo que más valoraban de la atención recibida y al 73,9% les pareció bien todo el proceso (la atención personal, la técnica empleada y el tiempo de espera), al 13% la atención personal, al 10,9% la técnica empleada y el tiempo de espera y al 2,2% la atención personalizada y la técnica empleada. El 76,6% de los pacientes repetirían el tratamiento y el 23,4 % no lo repetirían (Tabla V).

TABLA V. RESPUESTAS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>¿Está satisfecho?</i>		
Sí	46	97,9
No	1	2,1
<i>¿Qué es lo que más valora?</i>	Sólo los satisfechos	
La atención recibida	6	13
La técnica empleada y tiempo espera	1	2,2
La técnica empleada y la atención recibida	5	10,9
Todo	34	73,9
<i>¿Repetiría el tratamiento?</i>	<i>Todos</i>	
Sí	36	76,6
No	11	23,4

Un único caso no estuvo satisfecho con la atención recibida en todos los aspectos (la atención personal, la técnica empleada, el tiempo de espera). Se trata de un varón de 51 años que presentaba una cervicobraquialgia, sin patologías asociadas, que llevaba 60 meses con la afectación y con un EVA inicial severo que no se modificó con el tratamiento. Se le realizó infiltración epidural a las 4 semanas de la visita.

Al presentar la muestra estudiada un nivel de satisfacción tan elevado, no se ha podido encontrar ningún tipo de relación entre la satisfacción de los pacientes con la edad, tiempo de evolución del cuadro, mejoría del EVA, ni técnica empleada.

DISCUSIÓN

Las repercusiones que el dolor crónico tiene sobre la calidad de vida y las limitaciones que comporta para las actividades de la vida diaria han sido detalladamente estudiadas (1,2) y es un motivo continuo de análisis tanto por parte de los profesionales sanitarios como de las organizaciones de salud (3).

Es por ello que hemos centrado este trabajo en el análisis de la satisfacción de los pacientes incorporando este aspecto como un dato más del proceso asistencial realizado.

La evaluación de la satisfacción de los pacientes atendidos en los centros sanitarios es una de las medidas más clásicas para evaluar los resultados de las intervenciones sanitarias (4). Entre las razones para considerar la satisfacción como uno de los indicadores más importantes de resultados del proceso asistencial, destacan las de ser un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, propiciar la adhesión de estos al proveedor de servicios y servir de instrumento para orientar las mejoras de las organizaciones sanitarias (4,5).

Trabajos realizados en nuestro sistema sanitario, destacan, entre los aspectos más valorados por los pacientes (6), recibir una información clara y comprensible, especialmente sobre el tratamiento y sus efectos, así como que el médico les aclare las dudas y les facilite mejorar el conocimiento y la comprensión de su problema (7,8).

En cualquier caso, la satisfacción es un concepto complejo, multidimensional, difícil de medir y cambiante según las diferentes situaciones y personas, por estar relacionado con la naturaleza de la necesidad que determina la demanda asistencial, así como con otros factores que condicionan la percepción de lo que el paciente espera y recibe durante la prestación del servicio: el estilo de vida, las experiencias anteriores, las expectativas previas y los valores del individuo y la sociedad (4,9,10).

Hasta hace pocos años los estudios sobre satisfacción de pacientes eran muy escasos, sin embargo parece que en la actualidad se está situando el punto de vista del paciente en el eje central de todos los procesos asistenciales y como uno de los patrones de eva-

luación de cualquier intervención o actuación sanitaria (4). Una revisión sistemática (11) de los estudios de satisfacción realizados en España destaca que en el 71% de los trabajos se han utilizado instrumentos de valoración de elaboración propia para medir la satisfacción, y que este aspecto ha ido cobrando una importancia creciente, concediéndosele una atención cada vez mayor, tanto entre profesionales como entre los responsables de la gestión sanitaria, pese a lo cual esta información no parece incorporarse ni a la práctica clínica, ni a la organización de la asistencia. Si bien, no deben ignorarse iniciativas significativas (12) en la mejora de la calidad percibida desarrolladas por algunos de los sistemas de salud de nuestro entorno.

También es conocido que en la valoración de un proceso concreto, la satisfacción del paciente se relaciona principalmente con las dimensiones que reflejan una alta calidad en la relación comunicativa médico-paciente (13), por lo que cada vez es de mayor importancia el entrenamiento de los profesionales en habilidades sociales y comunicativas para mejorar la satisfacción de todos los actores del proceso. Un estudio multidimensional (14) que mide la satisfacción del paciente afecto de dolor musculoesquelético que recibe tratamiento privado, muestra cómo el nivel de satisfacción es influido por los costes del servicio. Y no sólo el nivel de satisfacción, ya que cada vez es más evidente la necesidad de los ciudadanos de recibir una información fiable del proceso salud-enfermedad-atención (15) y que esta información sea proporcionada por los profesionales de la medicina.

En los últimos años se ha venido hablando de "orientación hacia el usuario" para referirse a que los procesos asistenciales deben compartir estos dos objetivos: primero, que evaluación y tratamiento sean acordes a la evidencia o, al menos, apropiados para alcanzar un mínimo nivel de efectividad, y segundo, satisfacer las necesidades de los pacientes, con garantías de seguridad, tras un proceso de consentimiento informado y, por tanto, respetando sus derechos y preferencias personales, o compartiendo con sus allegados la toma de decisiones cuando proceda. No obstante, hacen falta datos que posibiliten afianzar este segundo objetivo, introduciendo cambios significativos en la forma de diseñar los procesos asistenciales (16), en línea también con las propuestas realizadas por Muñoz-Ramón y cols. quienes señalan que la gestión por procesos en las unidades de tratamiento del dolor (17) es actualmente un campo en desarrollo. La gestión de la calidad en las unidades clínicas de rehabilitación fue estudiada por Barrera y cols. (18) definiendo las dimensiones que deberían ser incluidas, deben considerarse asimismo, los trabajos de Expó-

sito y cols. sobre los indicadores de calidad asistencial en rehabilitación (19).

En nuestro entorno todavía es poco frecuente la participación programada del especialista de medicina física y rehabilitación dentro de la Unidad del Dolor (20). En nuestro caso la colaboración lleva desarrollándose desde hace varios años, con el objetivo principal de evaluar conjuntamente cuadros clínicos de dolor raquídeo persistente y rebelde a los tratamientos no invasivos.

Sin embargo, en ocasiones existe discrepancia entre la disminución del dolor y la satisfacción referida por el paciente, aspecto estudiado por algunos autores (21) específicamente en el ámbito de la rehabilitación y el dolor lumbar, y que atribuyen al propio cuestionario de satisfacción utilizado, ya que las preguntas de este suelen centrarse en la aplicación del tratamiento. También en el contexto clínico se suele preguntar sobre la atención recibida por el profesional o por el hospital, lo que puede provocar un sesgo positivo. George (21) señala que probablemente en el ámbito de la rehabilitación, pueda existir una evaluación imprecisa de la satisfacción de aquel paciente problemático, ya que se podría confundir la satisfacción del paciente con el tipo de tratamiento realizado o la eficacia de este, lo que es posible que también pueda ser percibido de forma similar en las unidades del dolor.

Hay que destacar que las posibilidades de este tipo de enfoque son muy variadas, permitiendo establecer acciones de *benchmarking*, identificar áreas de mejora de una forma sencilla y práctica, o servir para implicar a los propios ciudadanos en la mejora de los servicios de salud, entre otras posibilidades (13).

Ware y cols. (22) han argumentado que tanto la satisfacción del paciente como el estado funcional de salud son los resultados más importantes en la rehabilitación médica, pero actualmente en nuestra práctica diaria raramente examinamos el grado de satisfacción de nuestros pacientes con los procesos asistenciales (23).

Si bien la muestra que presentamos no es muy extensa, creemos que nuestro estudio aporta información en dos aspectos. Por una parte, ofrece una visión global de la atención recibida por el paciente con patología de raquis severa y de difícil manejo incluso en un hospital de tercer nivel, y por otra, pone de manifiesto la satisfacción con la atención recibida durante todo el proceso asistencial. Coincidimos con otros autores en que cuanto mayor es la mejoría funcional, mayor es el grado de satisfacción de los pacientes (13).

Al igual que con otros estudios de tipo cualitativo, existen determinadas limitaciones que podrían condicionar la generalización de estos resultados. En primer

lugar, la selección “semiforzada” de los sujetos, ya que no se ha realizado una selección estratificada por edades, sexo u otras condiciones. Este tipo de selección suele ser ventajosa ya que permite aproximarse a distintas “sensibilidades” y formas de percibir cómo se produce la asistencia sanitaria.

Medir la satisfacción del paciente es un proceso complejo, más aún porque no existen acuerdos de qué medir y cómo hacerlo. Consideramos que es importante que cada vez más los médicos que tratamos a pacientes con dolor crónico y severo empecemos a examinar las variables relacionadas con la satisfacción del paciente. Nosotros hemos iniciado este proceso elaborando nuestra propia encuesta de satisfacción, pero creemos que debería existir una herramienta genérica que nos ayudase a la valoración y a extrapolar nuestros resultados con los de otros hospitales semejantes.

En nuestra opinión, la satisfacción de los pacientes viene reforzada por el resultado clínico, como factor principal y globalmente por la rapidez en la atención, la información suministrada al paciente y familiares, y la actitud de refuerzo positivo ante su problema de salud.

También debe constatar que todos los pacientes a los que se entrevistó pusieron de manifiesto su apoyo y agradecimiento por el interés mostrado hacia ellos, al preocuparnos por su percepción del proceso de asistencia, quizás sea este un dato que deberíamos considerar atentamente y evaluar la posibilidad de estandarizar aspectos como los estudiados, en la práctica diaria.

En nuestra opinión, estos primeros resultados deben estimularnos a seguir investigando en este campo.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Roser Angles por su inestimable colaboración y sus valiosas aportaciones.

CORRESPONDENCIA:

M^a Carmen García Ameijeiras
 Servicio de Rehabilitación
 Hospital Universitari Vall d'Hebrón
 Passeig de la Vall d'Hebrón, 119
 08035 Barcelona
 e-mail: carmegar@vhebron.net

BIBLIOGRAFÍA

- González-Rendón C, Guadalupe Moreno-Monsiváis M. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Rev Soc Esp Dolor* 2007;6:422-7.
- Torre F, Martín-Corral J, Callejo A, Gómez-Vega C, La Torre S, Esteban I, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* 2008;2:83-93.
- Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor* 2008;2:75-82.
- Pérez-Blanco V, García-Caballero J, Cisneros J, Taberner A. Satisfacción del paciente urológico en consultas externas. *Rev Calidad Asistencial* 2002;18: 628-35.
- Rodríguez-Fernández J, Martínez JR, Montserrat-Capella D, Sainz A, Cebrian M, García-Artiaga C, et al. Utilización de la opinión de los pacientes para la mejora: 5 años de seguimiento (2001-2005). *Rev Calidad Asistencial* 2008;23(2):57-64.
- Ruiz-Moral R. El reto de la información a los pacientes. *Aten Primaria* 2004;33(7):361-7.
- Gámez-Gómez MD, Mata-Luque J, Llanas-Fuentes R, Pérula-deTorres L, Ruiz-Moral R, Jaramillo-Martin I. Relación entre el cumplimiento de las expectativas de los pacientes en consultas de atención primaria y los resultados en salud. *Aten Primaria* 2003;32:95.
- Harnett M JP, Correll DJ, Hurwitz SH, Bader A, HEPNER DL. Improving efficiency and patient satisfaction in a tertiary teaching hospital preoperative clinic. *Anesthesiology* 2010;112:66-72.
- Mira JJ, Rodríguez-Marín RP, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:273-83.
- Martínez Maestre MA, Ramos Cuadra A, González Cejudo C, Álvarez Nevada M. Un modelo de gestión de consultas en un centro de especialidades: implicación y comunicación de los profesionales como claves del éxito. *Rev Adm Sanit* 2007;5(2):293-309.
- Barrasa JJ, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el periodo 1986-2001. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(7):580-90.
- Gutiérrez R, Rubio M, Fernández J, Navarro C, Parra B. Mejora en la calidad percibida: el Plan de los Pequeños detalles del SESCAM. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19(2):88-91.
- Echevarría-Ruiz de Vargas C, García-Obrero I, Palomo-Gallardo JM, Pérez-Herrera JC, Sánchez-Navarro C, Cayuela-Domínguez A. La importancia de la comunicación entre el equipo profesional, el paciente y los cuidadores/familiares. *Rehabilitación (Madr)* 2004; 38(6):296-305.
- Casserley-Feeney SN, Phelan M, Duffy F, Roush S, Cairns MC, Hurley DA. Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2008, 9:50. Available at: <http://biomedcentral.com/1471-2474/9/50>.
- González-Pérez R, Gijón-Sánchez MT, Escudero-Carretero MJ, Prieto-Rodríguez MA, March-Cerdá JC,

- Ruiz-Azarola A. Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2008;23(3):101-8.
16. Beattie P, Pinto M, Nelson M, Nelson R. Patient satisfaction with physical therapy: instrument validation. *Physical Therapy* 2002;82(6):557-65.
 17. Muñoz-Ramon JM, Paz J, Cerpa M, Varela A, García-Caballero J. La gestión por procesos en el tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* 2008;4:241-7.
 18. Barrera-Chacon JM, Zarco-Periñán MJ. Gestión de calidad en rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 2009;43(3):118-22.
 19. Expósito Tirado JA, Martínez-Sahuquillo A, Echevarría Ruiz de Vargas C. Indicadores de calidad asistencial en rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 2009;43(3):131-7.
 20. Sanz-Ayán MP, Fatela LV, Martínez-Salio A, Acedo-Gutiérrez MS, Cutillas-Ruiz R, Rodríguez-Sánchez S, et al. Labor del médico rehabilitador dentro de una Unidad Multidisciplinaria del Dolor. *Rehabilitación (Madr)* 2007;41(2):67-72.
 21. George SZ, Hirsh AT. Distinguishing patient satisfaction with treatment delivery from treatment effect: a preliminary investigation of patient satisfaction with symptoms alter physical therapy treatment of low back pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:1338-44.
 22. Ware JE, Phillips J, Yody BB, Ademczyk J. Assessment tools: functional health status and patient satisfaction. *Am J Med Qual* 1996;11:S50-3.
 23. Mancuso M, Smith P, Illig S, Granger CV, Gonzales VA, Linn RT, et al. Satisfaction with medical rehabilitation in patients with orthopedic impairment. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:1343-9.