

11202/146



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST GRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."

COMPARACION DEL PORCENTAJE DE
SATISFACCION ANESTESICA DE ACUERDO AL
GRADO DE ANALGESIA EN EL PERIODO
POSTOPERATORIO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE;
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
P R E S E N T A :
DR. JORGE BENITO RAMIREZ GARCIA



IMSS

CIUDAD DE MEXICO, D. F.

ABRIL DE 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

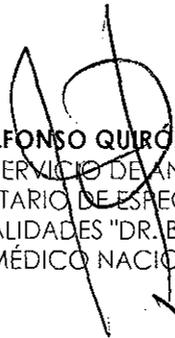
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

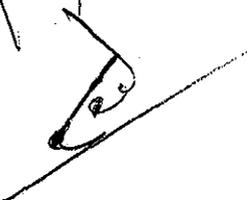
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


DR. JOSE HALABE CHEREM

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

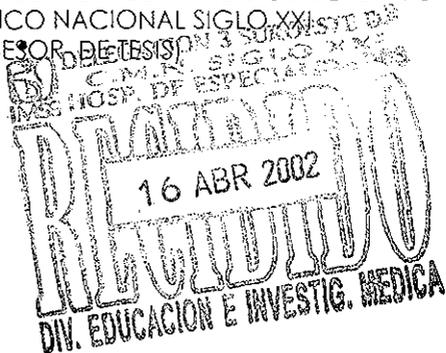

DR. ALFONSO QUIRÓZ RICHARDS

JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI


MC. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

(ASESOR DE TESIS)



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DEDICATORIAS

A DIOS

POR LA OPORTUNIDAD DE VIVIR
Y PERMITIRME LOGRAR LOS PROYECTOS DE MI VIDA

A MIS PADRES :

Joaquín Ramírez Ramírez
Consuelo García Ramírez

Porque ustedes son el ejemplo de padres y esposos a seguir

A MI ESPOSA E HIJO:

Ana Isabel Ramos Ulibarri
Jorge Ramírez Ramos

¡ Por brindarme su amor incondicional cada día !

A MIS HERMANOS:

Joaquín Ramírez García
Carlos Ramírez García

Por los grandes momentos que pasamos juntos

A MIS SUEGROS:

Francisco Javier Ramos Arteaga
Angeles Ulibarri Sánchez
Por su comprensión y ayuda

A MI ASESOR DE TESIS:

Dr. Antonio Castellanos Olivares
Por su colaboración en la elaboración de esta tesis

CONTENIDO

	Pag.
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	3
MATERIAL Y MÉTODOS	7
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	19
CUADROS Y GRAFICAS.....	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN ANESTÉSICA DE ACUERDO AL GRADO DE ANALGESIA EN EL PERIODO POSTOPERATORIO

INTRODUCCIÓN. La satisfacción del paciente, esta determinada por múltiples factores tales como la actitud y expectativa del paciente, demográficos, culturales, sociales, escolaridad, la técnica anestésica entre otros.

OBJETIVO. Conocer si existe una relación positiva, entre la ausencia de dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente.

DISEÑO. Encuesta Comparativa

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudiamos 103 sujetos intervenidos quirúrgicamente bajo algún tipo de anestesia 24 horas antes de la encuesta. Se aplicó un cuestionario validado previamente.

RESULTADOS. El Grupo 1 (pacientes que presentaron dolor) con 49 pacientes de 54.41 ± 16.87 años. El Grupo 2 (Sin dolor) con 54 sujetos de 52.78 ± 17.74 años. La valoración preanestésica fue mayor en el grupo 2 (90.7% contra 85.7% del grupo 1). La medicación preanestésica la recibió 6.12% del grupo 1 y 1.9% del 2º grupo. El 85.71% del grupo 1 manifestó que al despertar estaba presente el anestesiólogo contra 87.03% del grupo 2. El 100% del grupo 1 consideró que tuvo una buena relación con su anestesiólogo contra 96.3% del grupo 2. El promedio de satisfacción del grupo 1 fue de 9.69 ± 0.85 y el del grupo sin dolor fue de 9.76 ± 0.58 con un promedio global de dolor de acuerdo a la Escala Visual Análoga de 4.08 ± 2.49 . La comodidad en quirófano fue mayor en grupo 1 con 9.65 ± 0.78 vs 9.54 ± 0.82 del grupo 2 La experiencia vivida con el anestesiólogo fue mayor en el grupo con 1 con 9.80 ± 0.54 vs 9.74 ± 0.59 en el grupo 2.

CONCLUSIONES. La satisfacción de paciente no se correlaciona con el grado de analgesia presentada en el postoperatorio.

Palabras clave: analgesia, satisfacción, postoperatorio

COMPARISON OF THE PERCENTAGE OF ANESTHETIC SATISFACTION ACCORDING TO THE ANALGESIA DEGREE IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

INTRODUCTION. The patient's satisfaction, this certain one for multiple such factors as the attitude and the patient's expectation, demography, culture, socially, scholarship, the anesthetic technique among others.

OBJECTIVE. To establish there relation between the lack of postoperative pain and the patient's satisfaction.

DESIGN. Cross over study

MATERIAL AND METHODS. 103 patient operated under anesthesia 24 hours before interview were included. Validated interview was applied to every patient.

RESULTS. The Group 1 (patient with pain) 49 patients middle age 54.41 ± 16.87 years. The Group 2 (patient without pain) 54 subject of 52.78 ± 17.74 years A previous anesthetic evaluation took place (90.7% of the group 2). The preanestetic medication received it 6.12% of the grupo1 and 1.9% of the 2ºgrupo. 85.71% of the group 1 manifested that to the awakening it was present the anesthesiologist versus 87.03% of the group 2. 100% of the group 1 considered that had a good relationship with their anesthesiologist versus 96.3% of the group 2. The satisfaction average of the group 1 were of 9.69 (0.85 and that of the group without pain was of 9.76 (0.58 with a global average of pain according to the Visual Scale Similar of 4.08 ± 2.49 . The comfort in operation room was better in group 1 with 9.65 ± 0.78 vs 9.54 ± 0.82 of the group 2. The experience was better the anesthesiologist in the group with 1 with $9.80 + -0.54$ vs $9.74 + -0.59$ in the group 2.

CONCLUSIONS. The satisfaction of patient is not correlated with the analgesia degree during in the postoperative period.

Key words: : *analgesia, patient's satisfaction, postoperative.*

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El dolor agudo posee una función biológica y protectora bajo ciertas circunstancias, pero cuando es severo y persistente puede ser deletéreo para el organismo. Así el dolor postoperatorio no sólo desempeña una misión biológica, que si no es aliviado en forma adecuada, produce reacciones fisiológicas y psicológicas anormales que frecuentemente causan complicaciones. (1)

El dolor postoperatorio es un dolor agudo nociceptivo, que se produce por la activación de los nociceptores periféricos (de fibras A, delta y C) debido a la lesión quirúrgica, mecánica (corte, tracciones y ligaduras), térmica (electrocoagulación, láser) y química (ruptura celular). Los nociceptores se sensibilizan por estímulos químicos endógenos (llamadas sustancias algógenas) como la serotonina, la sustancia P, la bradicinina, las prostaglandinas y la histamina; el sistema nervioso percibe el estímulo nocivo y se sensibiliza a nivel central. La percepción del dolor se organiza a nivel del asta dorsal de la médula espinal. Ambas producen una respuesta exagerada ante el estímulo sufrido, reduciendo el umbral al dolor y sensibilizando al tejido circundante a la lesión . Esta percepción permanece bloqueada durante la anestesia, pero si no se controla en el periodo postoperatorio da lugar a efectos fisiológicos nocivos

como: contractura muscular en tórax y abdomen, disminución de la capacidad vital, liberación de hormonas de estrés como las catecolaminas que dan lugar a taquicardia e hipertensión persistente aumentando el trabajo cardíaco y el consumo de oxígeno en el miocardio, con incremento en la actividad simpática que disminuye la motilidad intestinal y prolonga la recuperación.(2-4)

Para los pacientes la satisfacción representa en teoría una evaluación de la experiencia con los servicios de salud, la cual esta basada en valores, percepción, e interacción y también de reacciones emocionales. La satisfacción del paciente es por lo tanto un indicador de la calidad de los servicios médicos. (5,6) Se ha demostrado que una buena relación médico paciente durante la valoración pre - anestésica, reduce la ansiedad en el paciente, ya que brinda al paciente información acerca del manejo anestésico y se da respuesta a sus inquietudes. (7)

Se reporta además que existe diferencia en el grado de satisfacción de acuerdo a la técnica anestésica, por ejemplo, en cirugía ambulatoria, es mayor la satisfacción de los pacientes que son sometidos bajo anestesia general endovenosa que los de balanceada. (8)

Algunos estudios revelan que 40 a 75 % de los pacientes sometidos a cirugía presentan durante el período postoperatorio dolor de moderado a intenso a pesar de que en la actualidad contamos con innumerables técnicas, fármacos y dispositivos para su manejo adecuado.(9-10)

Por lógica la satisfacción del paciente, en relación con la anestesia es un indicador de la calidad del control del dolor postoperatorio, pero contrariamente a lo esperado algunos estudios reportan que la satisfacción no es necesariamente proporcional al control del dolor, ya que pacientes que tienen un alto nivel de satisfacción experimentan de moderado a severo dolor postoperatorio. Se cree que el motivo es gracias a la interacción que se establece con el personal de salud y porque los pacientes generalmente experimentan un dolor de menor intensidad al que esperaban. (11-16)

En la etapa postoperatoria además del dolor, la somnolencia, la disfonía, la odinofagia, la retención urinaria, la incomodidad y la sed, son las molestias que frecuentemente reportan los pacientes, las cuales deben de tomarse en cuenta con la finalidad de minimizarlas y así mejorar la calidad de la atención médica que se proporciona. En vista de que muchas de estas variables son de carácter subjetivo se han diseñado diversos instrumentos de medición basados en cuestionarios y entrevistas las cuales se han sometido a los procesos de

validación correspondientes con la única finalidad de evaluar eficientemente la satisfacción del paciente y conocer su opinión con respecto al tratamiento anestésico. (17)

En el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G" del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social hay más de 23 especialidades que frecuentemente requieren el apoyo del servicio de Anestesiología, ya sea para proporcionar anestesia, analgesia, sedación o vigilancia estrecha durante los procedimientos terapéuticos o de diagnóstico por lo que nos es muy importante saber que piensan o sienten los pacientes con la atención médica que les proporcionamos, además nos planteamos como objetivo fundamental el conocer si existe una relación estadísticamente significativa, entre la ausencia de dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO: Estudio observacional, prospectivo, transversal y comparativo

LUGAR: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G" del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Pacientes adultos hospitalizados en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G" del Centro Médico Nacional Siglo XXI durante el mes de marzo de 2002 y que ameritaron algún tipo de intervención de parte del servicio de Anestesiología.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes adultos

Pacientes de cualquier sexo

Calificación de la American Society of Anesthesiology (ASA) I a 4

Pacientes programados para algún procedimiento quirúrgico o de diagnóstico bajo apoyo anestésico

Pacientes sin afección física y/o neurológica que le impida participar en el estudio

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Pacientes con afección neurológica y/o física que le impida participar en el estudio.

Pacientes que no deseen participar en el estudio

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Cuestionarios incompletos o ilegibles

DESCRIPCION DE VARIABLES SEGÚN LA METODOLOGÍA:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Analgesia

VARIABLE DEPENDIENTE:

Satisfacción del paciente

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación del hospital. Un día previo a la cirugía, se revisó la lista de programación quirúrgica identificando a los posibles candidatos. En hospitalización se corroboró que cumplieran con los criterios de inclusión. Se recolectaron los nombres, número de afiliación y los número de cama. Al día siguiente se acudió a los diferentes servicios quirúrgicos localizando el expediente de los pacientes postoperados y se analizó de la hoja de registro anestésico la edad, sexo, peso, talla, residencia, grado de escolaridad, el diagnóstico, cirugía realizada, técnica anestésica, duración del acto anestésico - quirúrgico, la valoración y medicación pre-anestésicas, el estado físico de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), puntajes de la valoración Glasgow, calificación obtenida en el postoperatorio inmediato de la escala de Aldrete, complicaciones trans y postoperatorias, así como las dosis de analgésico y antiemético, además del tipo y dosis del analgésico administrado postoperatoriamente. Finalmente se localizó al paciente en su cama, después de identificarnos con él se le invitó a participar en el estudio, al obtener su consentimiento se valoró su estado de conciencia mediante la Escala de Glasgow para posteriormente proceder a la aplicación del cuestionario.

Se usó la técnica de red de semántica en usuarios del servicio de Anestesiología después de 24 horas del procedimiento anestésico, por medio de un cuestionario de 21 preguntas y con la información obtenida se seleccionaron las de mejor entendimiento y las que obtuvieron una confiabilidad de 0.80 con el coeficiente Alfa de Cronbach. Se analizaron cada unas de las preguntas y se obtuvo el poder discriminativo con la prueba t de student, para determinar si el instrumento diferenciaba entre los sujetos satisfechos e insatisfechos. Para la validación del concepto de satisfacción se realizó un análisis factorial.

El cuestionario interroga sobre horas de internamiento previo a la cirugía, visita y medicación pre - anestésicas, puntualidad del procedimiento quirúrgico. Además se valoró si el trato que le proporciono el anestesiólogo fue humano y afectivo, la satisfacción con el tipo de anestesia que recibieron, la experiencia que vivieron con el anestesiólogo, la comodidad en quirófano, presencia de recuerdo desagradable durante el procedimiento anestésico, presencia de náusea y vómito después de la operación así como la valoración de la intensidad del dolor de acuerdo a la Escala Visual Análoga además del reconocimiento del nombre del cirujano y anestesiólogo.

Los datos se vaciaron en el programa Dbase III plus y se codificaron las respuestas. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS versión 10

para Windows. Para el análisis estadístico primero se exploró el tipo de distribución que seguían los datos, realizando pruebas de sesgo y curtosis, cuando hubo distribución normal se empleo promedio y desviación estándar en las variables cuantitativas de lo contrario se calculó la mediana, la contrastación de las diferencias entre los grupos se realizó a través de la prueba t de student o U de Mann -Whitney. En las variables medidas en escala nominal u ordinal se utilizó frecuencia absoluta y porcentaje, las diferencias entre grupos se realizaron con prueba Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher según fuera el caso, considerando estadísticamente significativo todo valor de probabilidad menor de 0.05.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 103 pacientes, con una edad promedio de 53.55 ± 17.26 años, de los cuales 56.3 % fueron del sexo masculino y 43.7 % del sexo femenino.

Se formaron dos grupos de estudio según los resultados obtenidos con la Escala Visual Análoga (EVA) para medir el dolor: el grupo 1 con 49 pacientes (48 %), que manifestó haber presentado algún grado de dolor después de la cirugía y el grupo 2 con 54 sujetos (52 %) que no tuvieron dolor. En el grupo 1 predominaron las mujeres (49 %) contra sólo 39 % del grupo sin dolor. El promedio de edad en años fue mayor en el grupo que presentó dolor (54.41 ± 16.87 contra 52.78 ± 17.74). Los tiempos quirúrgico y anestésico expresados en horas fueron mayores en el grupo 1 (1.79 ± 1.06 y 2.46 ± 1.20) contra (1.72 ± 1.36 y 2.40 ± 1.42) en el grupo sin dolor. (Ver cuadro 1)

La valoración del estado físico de acuerdo a la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) que predominó en el grupo 1 fue el ASA 2 con 57 % contra 46 % en el grupo 2 ($p=0.21$). (Ver gráfica 1)

La provincia fue el lugar de residencia que predominó en los pacientes del grupo que presentó dolor 27% contra 15% en el grupo sin dolor, $p=0.25$. (Ver gráfica 2)

El grado de escolaridad primaria predominó en el grupo 1 (45% contra 41 %) y sólo hubo un 8% de profesionistas contra 17% del grupo sin dolor, $p=0.56$. (Ver gráfica 3)

El 100% de los pacientes de ambos grupos refirió que su cirugía se realizó en la fecha y hora programada. Con relación a cuantas horas antes de la cirugía fueron hospitalizados, llama la atención que en el grupo que presentó dolor un 35 % de ellos se internó con más de 48 horas antes del procedimiento anestésico, contra 28 % del grupo sin dolor ($p=0.65$). (Ver gráfica 4)

La totalidad de pacientes de los dos grupos refirió que fueron recibidos por el anesthesiologo a su ingreso a quirófano.

La visita en el postoperatorio fue discretamente mayor en el grupo 2 (87% contra 85.7% en el grupo 1)

La recomendación del procedimiento anestésico fue mayor en el grupo 1 en comparación con el 2 (100% contra 98% respectivamente).

El promedio de satisfacción fue ligeramente mayor en el grupo de los pacientes que no presentaron dolor (9.76 ± 0.58 contra 9.69 ± 0.85 de los que manifestaron dolor). (Ver gráfica 5)

El promedio del trato humano y afectivo fue levemente mayor en el grupo de pacientes que no presentaron dolor en comparación de los que si lo manifestaron (9.8 contra 9.7). (Ver gráfica 6)

EL promedio de la experiencia vivida con el anestesiólogo fue mayor en el grupo 1 (9.8 contra 9.74 del grupo del grupo 2). El grupo con dolor tuvo un promedio de comodidad mayor (9.65 contra 9.54 del grupo que no presentó dolor). (ver gráfica 7)

El 100 % de ambos grupos no despertó ni escuchó o tuvo algún recuerdo desagradable durante el procedimiento anestésico.

La náusea predominó en el grupo con dolor en comparación del grupo que no lo presentó (16.3 % contra 11.1 %). El vómito fue discretamente mayor en el grupo 1 (4.1 % contra 3.7 % del grupo 2).

El promedio de dolor referido por el grupo 1 fue de 4.08 ± 2.49 . El grupo 1 predominó en el reconocimiento del nombre del cirujano (71.4% contra 64.8 % del grupo 2). La valoración pre-anestésica fue mayor en el grupo 2 (91% contra 86% de grupo 1). La medicación pre-anestésica aunque fue baja en ambos grupos , se realizó con mayor frecuencia en el grupo 1 (6.1 % contra 1.9 % del grupo 2). (Ver cuadro 1)

El antiemético que preferentemente se utilizó fue el ondansetrón. Se administró preferentemente en el grupo 1 (63.3 % contra 59.3 % del grupo 2). La ausencia de antiemético fue predominantemente mayor en el grupo 2 (35.2 % contra 26.5 % del grupo 1). (Ver gráfica 8)

La valoración del estado neurológico mediante la escala de Glasgow fue de 15 puntos en ambos grupos. El promedio de la escala de Aldrete fue discretamente mayor en el grupo 1 (8.98 contra 8.83 del grupo 2).

En el transanestésico, se administraron dos tipos de fármacos, el fentanil predominó en el grupo 1 (98 % contra 81.5 % del grupo 2) y la lidocaína en el grupo 2 (18.5 % contra 2 % del grupo 1).

El analgésico que se empleó con mayor frecuencia para el postoperatorio fue el metamizol. El grupo 1 fue al que predominantemente se le administró (47 % contra 39 % del grupo 2). En algunos casos no se administró analgésico para el postoperatorio. La frecuencia en que no se administró analgésico para el postoperatorio fue casi semejante en ambos grupos (31 % en el grupo 1 y 32 % en el 2) . (Ver gráfica 9)

DISCUSIÓN

La causa de satisfacción del paciente es multifactorial, Rahmqvist (18) reporta que el género no se correlaciona con la calidad de la satisfacción. En nuestro estudio contrario a esto, el grupo que presento dolor está predominantemente conformado por mujeres, además en este grupo predominaron los sujetos de provincia de diversos estados de la República Mexicana, por lo que podemos suponer que esta situación condiciona que los pacientes al no encontrarse en su lugar de origen y lejos de la mayoría de sus familiares se encuentren bajo mayor estado de ansiedad y sin el soporte emocional que representa el núcleo familiar y el entorno social al que están acostumbrados.

Contrario a nuestros resultados, Rodríguez en su trabajo de tesis refiere que el grupo que alcanzó el mayor grado de satisfacción de acuerdo a la escolaridad es el grupo de analfabetas.

El promedio de satisfacción, la visita en el postoperatorio, el trato humano y afectivo, fue discretamente mayor en el grupo sin dolor aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. (19)

Aunque la visita postanestésica fue discretamente mayor en el grupo sin dolor, Zvara y Cols. consideran que esta variable no influye en el grado de satisfacción ya que ellos probaron que aunque se aumente el número de visitas en el período postanestésico no se incrementa la satisfacción del paciente con los servicios de salud. (20)

El grupo 1 dió un mayor puntaje a la experiencia vivida con el anestesiólogo y a la comodidad experimentada en el quirófano e incluso la mayoría de ellos recomendaría a cualquier persona que lo ameritara, un tipo de anestesia similar a laque recibieron lo que nos hace suponer que los factores que influyen sobre la satisfacción son independientes de la analgesia postoperatoria o bien que el paciente no considera que esta última sea una responsabilidad de los anestesiólogos, será necesario realizar preguntas específicas al respecto para estar en posibilidad de contestar eso. Aunque la anestesia general predominó en el grupo 1, la incidencia de efectos colaterales como náusea y vómito fue muy baja ya que se administraron dosis profiláctica de antiemético con buenos resultados. (21-25)

Por último es conveniente enfatizar que el tamaño de muestra todavía es insuficiente por lo que estos resultados deben ser tomados cautelosamente ya que pueden cambiar una vez que tengamos capturada la información del total de pacientes.

CONCLUSIONES

La prevalencia de dolor postoperatorio en la muestra estudiada fue de 48 %

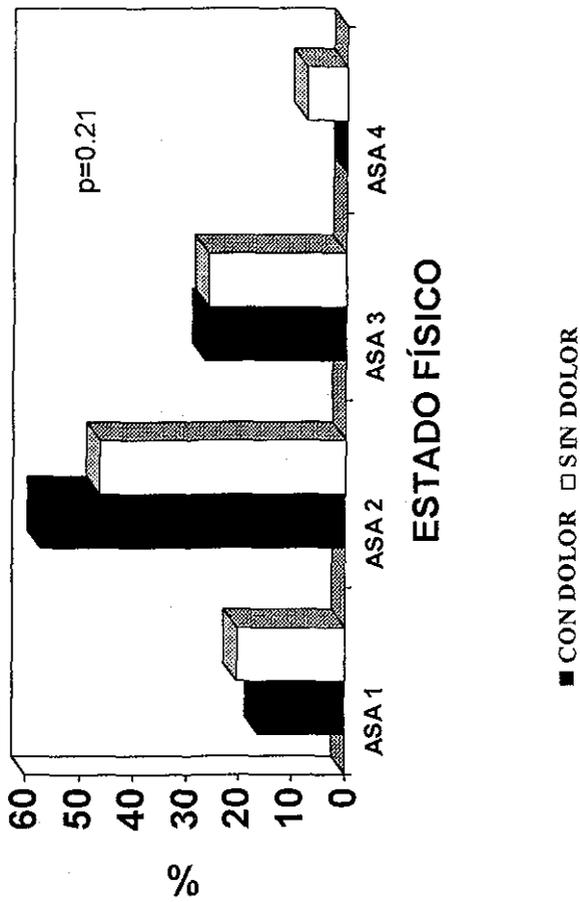
Existe una satisfacción muy alta con el procedimiento anestésico recibido

No existe ninguna relación entre la satisfacción del paciente y la presencia o ausencia del mismo.

CUADRO I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

	Con Dolor (Grupo 1)	Sin Dolor (Grupo 2)	p
NÚMERO	49	54	
GÉNERO (M/F) %	51/49	63/37	0.15
EDAD (AÑOS)	54.41 ± 16.87	52.78 ± 17.74	0.60
VALORACIÓN PREANESTÉSICA (%)	85.7	90.7	0.31
MEDICACIÓN PREANESTÉSICA (%)	6.1	1.9	0.27
TIEMPO ANESTÉSICO	2.46 ± 1.20	2.40 ± 1.42	0.79

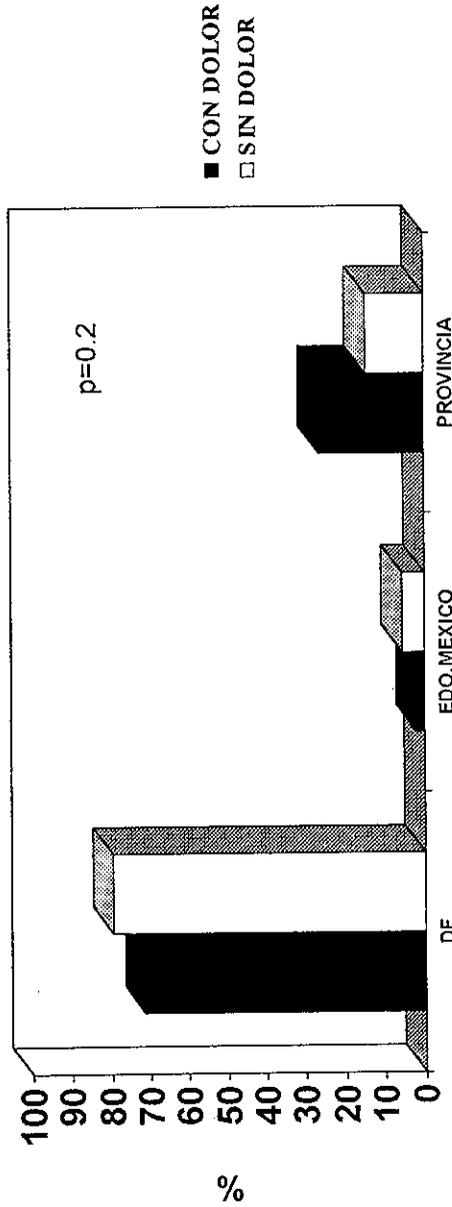
ESTADO FÍSICO SEGÚN LA SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGOS



GRÁFICA 1

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

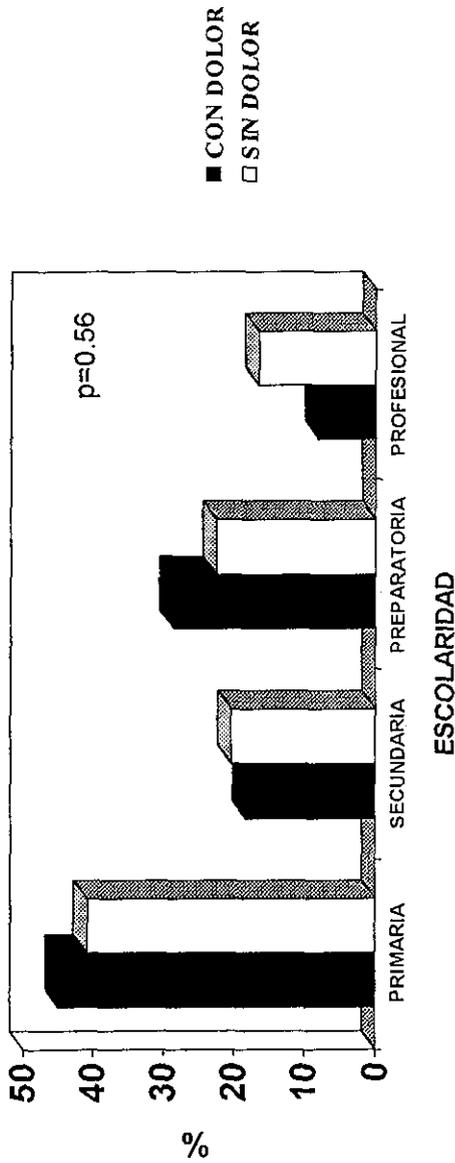
LUGAR DE RESIDENCIA



GRÁFICA 2

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

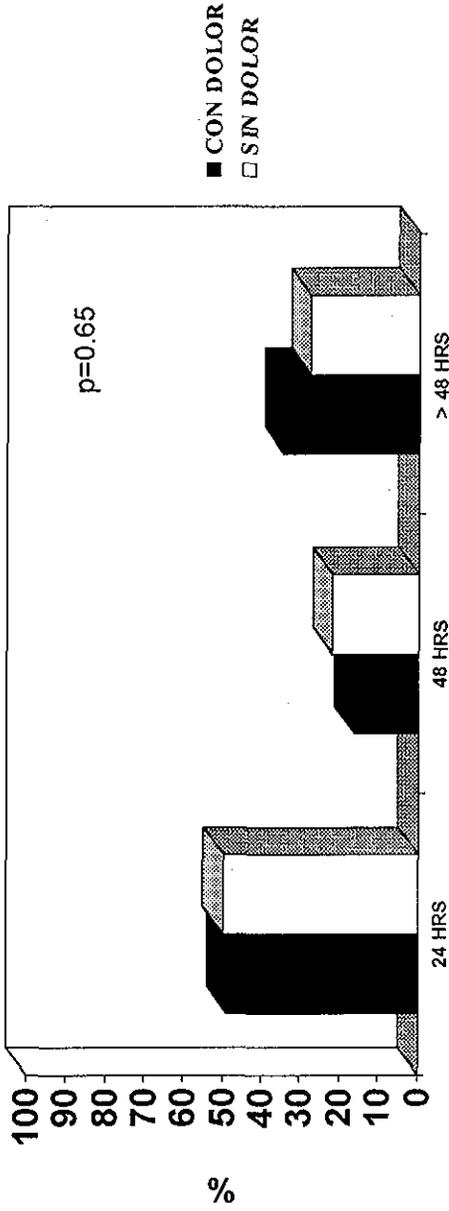
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL GRADO DE ESCOLARIDAD



GRÁFICA 3

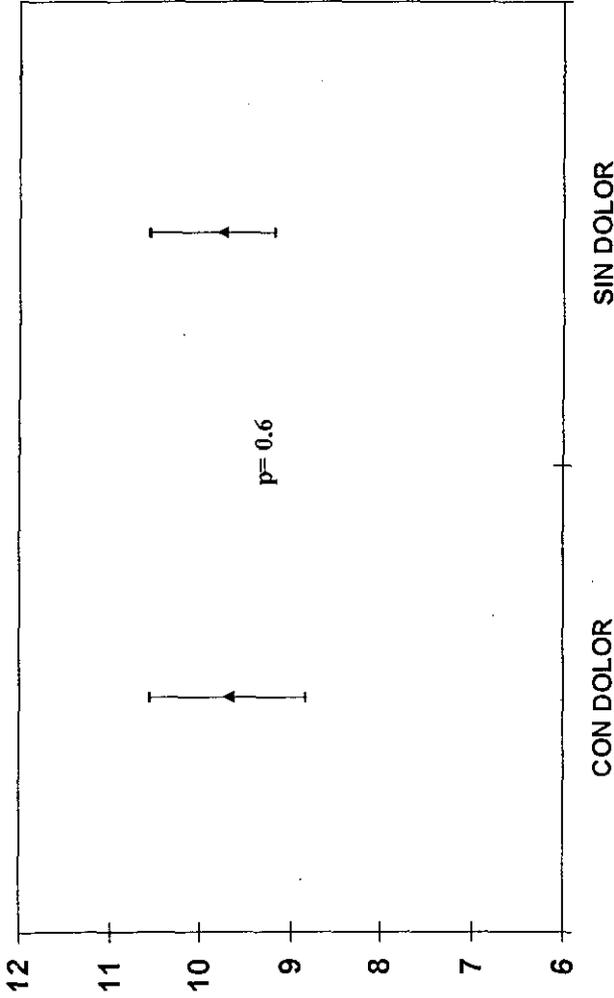
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TIEMPO DE INTERNAMIENTO ANTES DE LA CIRUGÍA



GRÁFICA 4

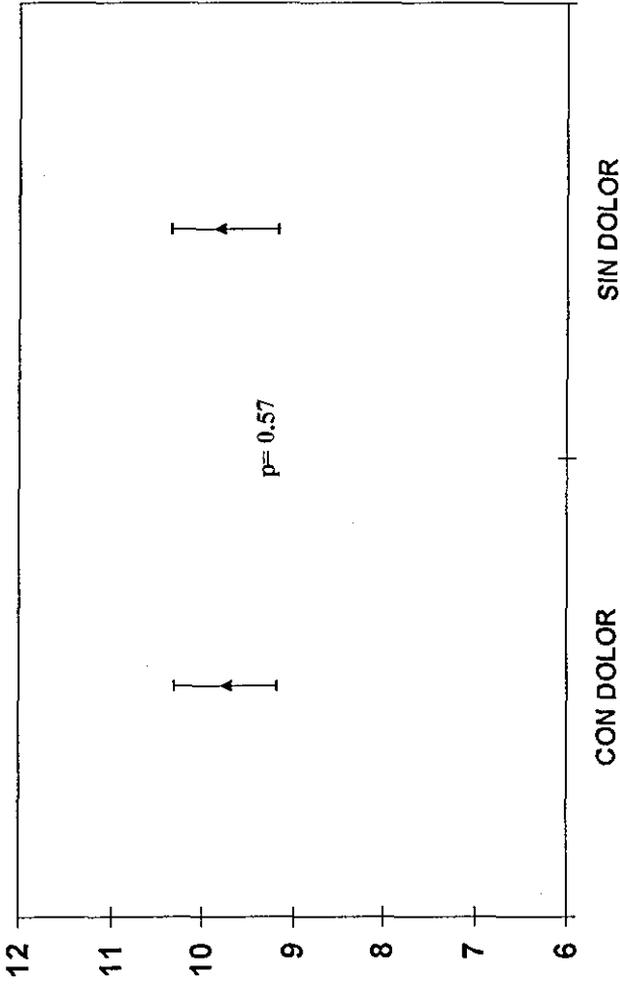
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 5 . Representa el valor expresado en promedio \pm desviación estándar que los pacientes dieron a la satisfacción con la técnica anestésica.

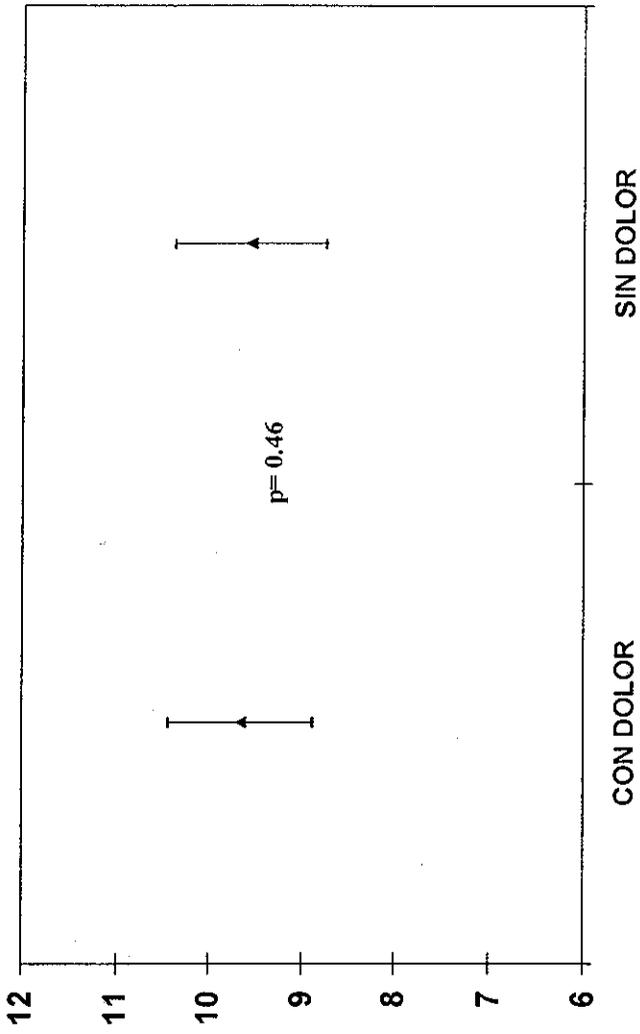
19-F

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



Gráfica 6 . Representa el valor expresado en promedio \pm desviación estándar que los pacientes dieron al trato humano y afectivo por parte del anestesiólogo.

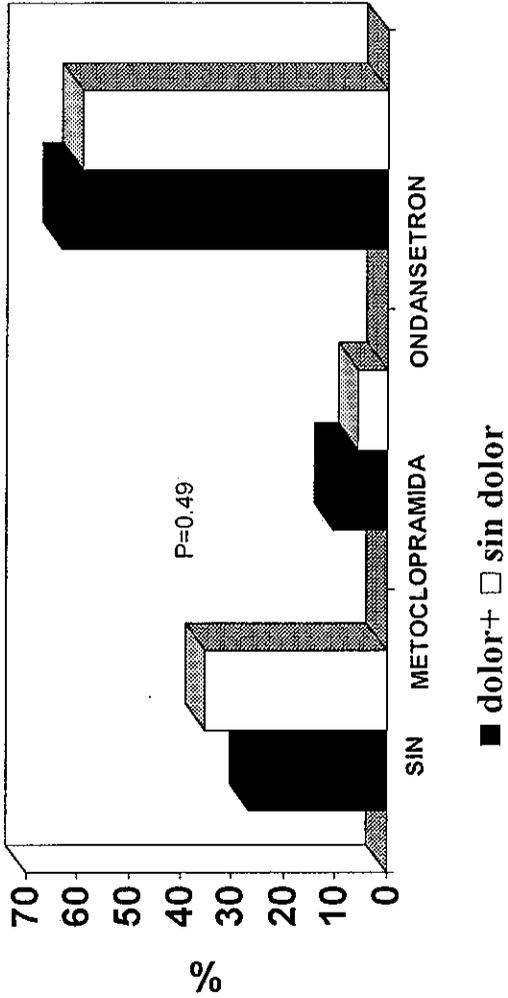
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 7. Representa el valor expresado en promedio \pm desviación estándar que los pacientes dieron a la comodidad que experimentaron durante su estancia en el Quirófano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

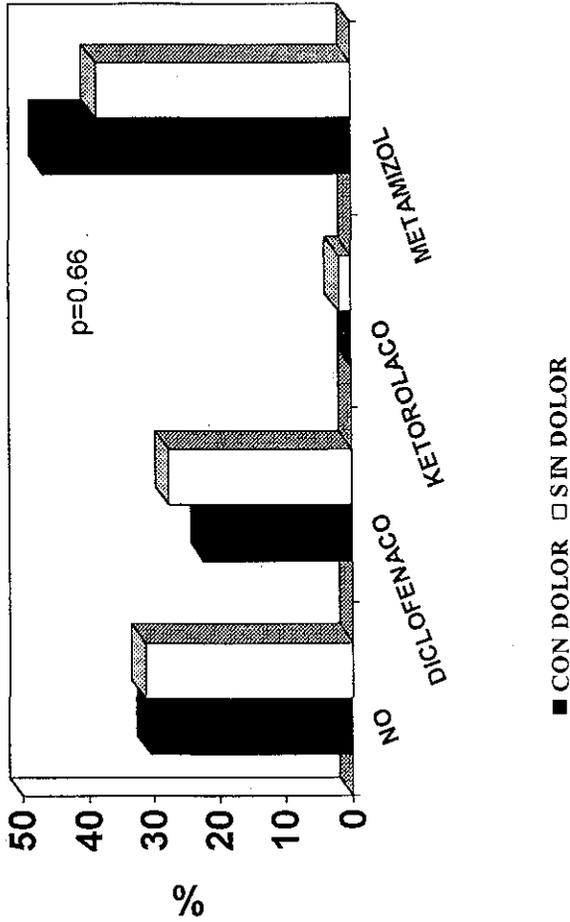
FRECUENCIA DE ANTIEMÉTICO



GRÁFICA 8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALGÉSICOS POSTOPERATORIOS



GRÁFICA 9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

1. **American Academy of Pediatrics, Canadian Pediatrics Society.** Prevention and Management of Pain and Stress in the Neonate. *Pediatrics* 2000; 105(2): 454-461.
2. **Salgado-Cadena BE.** Dolor en el Paciente Pediátrico. En: *Clínica del Dolor.* Ciudad de México: Merck, 1999: 141-157.
3. **Fuentes R, Torres LM, Carrasco MS.** Dolor postoperatorio y analgesia controlada por el paciente. *Rev Soc Esp del Dolor* 1996; 3: 182-190.
4. **Berde CB.** Pediatric Postoperative Pain Management. En: *Acute Pain in Children.* *Clin Ped N Am* 1989; 36: 1001-1020
5. **Fung D, Cohen M.** Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg* 1998; 83: 1089-98.
6. **Rowlingson J.** Acute postoperative pain management . *Anesth Analg* 2001; 92: 78-85.

7. **Pasternak R, Arens J, Caplan R.** Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologist task force on preanesthesia evaluation. *Anesthesiology* 2002; 96: 485-496.

8. **Tang J, Chen L, White P, Watcha M, Wender R, Naruse R, Karinger R, Sloninsky A.** Recovery profile, cost, and patient satisfaction with propofol and sevoflurane for fast-track office-based anesthesia. *Anesthesiology* 1999; 91: 253 - 261.

9. **Filos K, Lehmann K.** Current concepts and practice in postoperative pain management: need for a change?. *Eur Surg Res* 1999; 31: 97-107.

10. **Warfield C, Kahn C.** Acute pain management: programs in U.S. hospital and experiences and attitudes among U.S. adults. *Anesthesiology* 1995; 83: 1090-4.

11. **Gan T, Apfelbaum J, Chen C.** Patient surgery experience: primary concerns, analgesia preference, and patient satisfaction. *Anesthesiology* 2000; 93: 880-5.

12. **Apfelbaum J, Gan T, Chen C.** Patient postoperative pain experience: outpatients surgery survey. *Anesthesiology* 2000; 93: 715-20.
13. **Carr D, Miaskowski C, Dedrick S, Williams G.** Management of perioperative patients in hospitalized patients: a national survey. *J Clin Anesth* 1998; 10: 77-85.
14. **Kuperberg K, Grubbs L.** Coronary artery bypass patient's perceptions of acute postoperative pain. *Clin Nurs Spec* 1997; 11: 116-22.
15. **Nay P, Elliott S, Harrop A.** Postoperative pain: expectation and experience after coronary bypass grafting. *Anaesthesia* 1996; 51: 741-3.
16. **Bostrom B, Rambert T, Davis B, Fridlund B.** Survey of postoperative patient's pain managements . *J Nurs Manag* 1997; 5: 341-9.
17. **Bauer M, Aichele A.** Measuring patient satisfaction with anaesthesia: perioperative questionnaire versus standardised face-to-face interview. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45: 65-72.

18. **Rahmqvist M.** Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factor: a model for comparisons of care units. *Int J Qual Health Care* 2001; 13: 385-90.

19. **Zvara D, Donald D, Debbie M.** The importance of the postoperative anesthetic visit: do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition?, *Anesth Analg* 1996; 83: 793-97.

20. **Gan T, Collis R, Hetreed M.** Double blind comparison of ondansetron, droperidol and saline in the prevention of postoperative nausea and vomiting. *Br J Anaesth* 1994; 72: 544-7.

21. **Gan T, Ginsberg B, Grant A, Glass P.** Double blind, randomized comparison of ondansetron and intraoperative propofol to prevent postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiology* 1996; 85: 1036-42.

22. **Welchler B.** Postoperative nausea and vomiting in day-case surgery. *Br J Anaesth* 1992; 69: 335-9.

23: **Sadhasivam S, Shende D, Madam R.** Profilactic ondansetron in prevention of postoperative nausea and vomiting following pediatric strabismus surgery. *Anesthesiology* 2000; 92: 1035-42.

24. **Hill R, Lubarsky D, Phillips B.** Cost-effectiveness of prophylactic antiemetic therapy with ondansetron, droperidol, or placebo. *Anesthesiology* 2000; 92:958 - 67.