

104
11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIG'LO XXI
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

CALIDAD DE LA ANESTESIA EL
ANESTESIOLOGO FRENTE AL PACIENTE

ESTUDIO PILOTO

T E S I S

QUE PRESENTA LA DRA.
ALEJANDRA RIOS HERNANDEZ
PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGO



IMSS

ASESOR: DR. MARIANO HERNANDEZ Y SOTO MONROY

MEXICO, D. F.

MARZO DEL 2003

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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

[Handwritten signature]

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

MEDICO NO FAMILIAR ANESTESIOLOGO
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

[Handwritten signature]

DR. ALFONSO OSORIO RICHARDS

MEDICO NO FAMILIAR ANESTESIOLOGO
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Heso

DR. MARIANO HERNÁNDEZ Y SOTO MONROY

MEDICO NO FAMILIAR ANESTESIOLOGO
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: _____
FECHA: _____
FIRMA: _____

DEDICATORIAS.

A DIOS:

**POR QUE NUNCA ME ABANDONO EN
LOS MOMENTOS DIFICILES, ME LLENO DE
SATISFACCIONES Y ME DIO LA OPORTUNIDA
DE ALCANZAR ESTA META.**

A MIS PADRES:

**POR SU COMPRESION, APOYO
INCONDICIONAL Y SU GRAN AMOR, QUE
SIEMPRE ME ALENTARON A SEGUIR ADELANTE**

A MIS HERMANOS.

**POR ESTAR SIEMPRE JUNTOS EN
LAS BUENAS Y EN LAS MALAS**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS.

A MIS MAESTROS.

**POR SUS CONSEJOS, ENSEÑANZAS
Y POR IMPULSARNOS A SEGUIR
SIEMPRE ADELANTE.**

A MI ASESOR.

**POR SU PACIENCIA, SU APOYO Y LA CONFIANZA
QUE DEPOSITO EN MI, PERO SOBRETUDO POR
BRINDARME SU AMISTAD.**

A MIS COMPAÑEROS.

**DE 2º Y 3ER AÑO, QUIENES SE CONVIRTIERON
EN LA MEJOR COMPAÑÍA EN TODO ESTE TIEMPO.
ADEMAS DE SU APOYO PARA LA REALIZACIÓN
DE ESTE TRABAJO.**

A MARGARITA JIMENEZ VILLARUEL

**MATEMÁTICA DEL HOSPITAL, POR SU
INVALUABLE APOYO PARA LA REALIZACIÓN
DE ESTE TRABAJO**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN	18
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXO 1	26
ANEXO 2	27
ANEXO 3	30

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CALIDAD DE LA ANESTESIA

EL ANESTESIOLOGO FRENTE AL PACIENTE

ESTUDIO PILOTO

AUTORES:

DR. MARIANO HERNANDEZ Y SOTO MONROY
MEDICO ANESTESIOLOGO ADSCRITO AL SERVICIO TERAPIA RESPIRATORIA,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES. CMNSXXI

DRA. ALEJANDRA RIOS HERNANDEZ.
RESIDENTE DEL 3ER AÑO DE ANESTESIOLOGIA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES,
CMNSXXI

DR. ALFONSO QUIROZ RICHARDS.
JEFE SERVICIO ANESTESIOLOGIA. HOSPITAL ESPECIALIDADES, CMNSXXI
PROFESOR TITULAR CURSO DE POSGRADO ANESTESIOLOGIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN.

CALIDAD DE LA ANESTESIA EL ANESTESIOLOGO FRENTE AL PACIENTE

(ESTUDIO PILOTO)

OBJETIVOS: Conocer la opinión de los pacientes respecto a su satisfacción del cuidado y atención de los anestesiólogos durante su estancia hospitalaria, y conocer las quejas más frecuentes de los pacientes respecto a la atención recibida por el anestesiólogo encargado de su cuidado durante su estancia hospitalaria.

MATERIAL Y METODOS: tipo de estudio: observacional, transversal, descriptivo y tipo de encuesta, se incluyó pacientes del hospital, programados para cirugía que requiera anestesia general o locorregional, capaces de contestar cuestionario después del segundo o tercer día posoperatorio, con estado físico ASA I, II y III.

RESULTADOS: Se estudiaron 100 pacientes, todos contestaron el cuestionario adecuadamente y ninguno tuvo dudas sobre las preguntas; 17 pacientes fueron sometidos a bloqueo peridural y 83 pacientes a anestesia general balanceada, 97 pacientes saben que el anestesiólogo es médico especialista, 95 pacientes refieren un trato amable y respetuoso; también creyeron que el anestesiólogo mostró interés por su padecimiento, 43 pacientes refieren no haber recibido explicación por el médico anestesiólogo en la víspera de la cirugía, 78 pacientes recordaron el nombre del anestesiólogo que estuvo a su cargo, 79 respondieron que se les explicó el procedimiento al cual iban a ser sometidos ($p < 0.012$), 71% recibieron una respuesta adecuada cuando preguntaban alguna duda, 55 pensaron que en algún momento podrían morir, 86 sabían que los cuidaba un anestesiólogo durante su cirugía, y solo el 36 respondieron que el anestesiólogo estuvo a su cargo en recuperación, 54 refieren que la administración del medicamento fue doloroso ($p < 0.003$), 60 pacientes refirieron dolor faríngeo ($p < 0.011$); 44 refieren que fue molesta la colocación de la mascarilla, 37 refirieron náusea y vómito, 30% refirieron dolor en el área de recuperación, durante su traslado a su cuarto y en su cuarto, 37 refieren que el anestesiólogo estuvo a su cargo durante la cirugía, 45 refieren que la enfermera estuvo a su cuidado durante la recuperación, todos los pacientes refieren que las áreas de hospitalización y quirófano estaban limpias.

CONCLUSIONES: Los pacientes tienen una percepción adecuada del anestesiólogo encargado de la valoración preoperatoria.

No existe en este momento una estrategia que responda al aspecto emocional del paciente, se debe corroborar que la inducción anestésica sea efectiva antes de realizar cualquier procedimiento para evitar recuerdos desagradables, el dolor, vómito y náusea siguen siendo las quejas más comunes en el posoperatorio.

Palabras clave: anestesia, calidad, cuestionario, satisfacción.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUMMARY

QUALITY OF THE ANESTHESIA THE ANESTHESIOLOGIST IN FRONT OF THE PATIENT

PILOT STUDY

OBJECTIVES. To know the opinion of the patients regarding their satisfaction of the care and the anesthesiologists' attention during their hospital stay. To know the most frequent complaints in the patients regarding the attention received by the in charge anesthesiologist of their care during their hospital stay.

Type of Study: observational, transverse, descriptive

Approaches for the study: hospitalized Patients programmed for surgery lower general anesthesia or loco regional that accept to enter to the protocol, state of alert satisfactory and able of answering the questionnaire that is between the 2nd and 3^{er} day of the posoperatorio.

Independent variable: Questionnaire. **Dependent variable:** the patient's point of view.

Exclusion criteria: Patient that don't speak Spanish

Patient that don't finish solving the complete questionnaire.

Results. - Most of the patients recognize the anesthesiologist like a professional in the Medicine. In general, the medical anesthesiologist caused good impression in the patient. 20% of the patients doesn't refer explanation some of the surgical anesthetic procedure on behalf of the anesthesiologist. 43 patients thought of some moment that you/they could be in risk of dying

The pain after the fármacos administration in surgery room and recovery room continues being a problem in the awake patient. Up to 44% he/she remembers the moment that the anesthesiologist placed the mask in the face and to support the ventilation, that which was uncomfortable. 37% of the patients referred nausea and vomit in the posoperative period. 33% of the studied patients had pain in the immediate posoperatorio. Most of the patients have identified the nurse like the person that it was to their care in the recovery room. 37 of the studied patients responded in more than 90% the questions with the answer that was considered "appropriate." 75 of the studied patients answered in more than 60% with the appropriate answer.

Conclusions. - The patient has a good perception of the anesthesiologist's medical chore. We believe that there has been a fundamental toning in the process of the doctor's so much ear evaluation as of the system of health when investigating the patient's opinion as user of the medical service

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I.- INTRODUCCION

La Anestesiología es una especialidad médica que comienza a la par del siglo XX, cuyos objetivos fundamentales (pero no exclusivos) son evitar el dolor, controlar la respuesta neuroendocrina al trauma y reducir el impacto emocional que el procedimiento anestésico genera en el paciente ¹. El anestesiólogo es el médico especialista de los procedimientos relacionados con la vigilancia, control y mantenimiento de la homeostasis general del organismo por una parte, y por otra en la detección, diagnóstico temprano y tratamiento de aquellas condiciones que comprometen la integridad fisiológica del paciente; participa en la toma de decisiones para la atención integral de los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico durante los periodos preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio; con frecuencia es llamado para la atención de pacientes en unidades de atención especializada (cuidados intensivos, coronarios, neurológicos, etc.), ya sea para la realización de procedimientos diagnóstico terapéuticos o para control de dolor ².

Durante buena parte del ejercicio profesional, el médico mantuvo su preocupación por el avance técnico y científico para la atención del paciente, tanto en lo referente al diagnóstico como al tratamiento. Posteriormente, la preocupación fue más allá, y el pronóstico y el estado funcional resultante ocupó una tajada sustancial del quehacer. El enfoque hasta entonces residía -al parecer- en el éxito o fracaso del médico frente a la enfermedad. Sin embargo, hasta hace relativamente pocos años, hemos vuelto la cara al paciente para conocer la repercusión de nuestras intervenciones sobre el ámbito de su satisfacción, ya no tan solo en el éxito o fracaso del tratamiento, sino de aspectos relacionados con la percepción de la calidad de la atención durante su estancia en el hospital. Es entonces que sus opiniones, quejas, preferencias, deseos y sugerencias toman papel estelar. Sin duda, la atención por parte del personal hacia el paciente deja huella

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

importante en todo aquel sometido a algún tipo de tratamiento anestésico quirúrgico, no importando la especialidad ejercida por el médico responsable de la atención del paciente. En estos pacientes, casi siempre está incluido el anestesiólogo ³.

La calidad es un término relacionado etimológicamente con cualidad. Una de las variadas acepciones la define como un valor intrínseco de una cosa o valor relativo resultante de compararla con otras de sus mismas categorías ⁷. Satisfacción se define como la respuesta certera a una pregunta, queja, razón o duda

Para efectos del presente trabajo, consideraremos calidad de la atención como la calificación que refleja la percepción que tiene el paciente de la atención recibida durante su estancia en el hospital en las distintas áreas donde permaneció. ⁷

Desde la perspectiva de los pacientes, la calidad de la atención impacta y se refleja en su satisfacción, e involucra varios aspectos, entre ellos habilidades del personal que lo atiende, atención eficiente, decisiones adecuadas, buena comunicación e información por parte del médico para resolver dudas que pudieran surgir en cualquier momento respecto al padecimiento, diagnóstico, procedimientos o al tratamiento quirúrgico ⁴.

Los pacientes estiman su opinión en cuanto a calidad, por el trato recibido por parte del personal que los atiende durante su estancia en el Hospital y no solo por el anestesiólogo. La satisfacción del paciente como un indicador de calidad del cuidado clínico tiene méritos potenciales; la satisfacción representa -por lo menos en teoría- una evaluación de la Salud Pública experimentada en sus propios valores y percepciones ⁵.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Los pacientes sometidos a algún procedimiento anestésico consideran de calidad la atención recibida por el personal encargado de su cuidado?

HIPOTESIS.

El personal de Anestesiología y Residentes de la Especialidad que los atiende, en el Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI, brinda al paciente un servicio de calidad

OBJETIVOS.

- 1.- Conocer la opinión de los pacientes respecto a su satisfacción del cuidado y atención de los anestesiólogos durante su estancia hospitalaria.
- 2.- Conocer las quejas más frecuentes de los pacientes respecto a la atención recibida por el anestesiólogo encargado de su cuidado durante su estancia hospitalaria.

MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.

- a) Diseño del estudio: Encuesta, Observacional, transversal y Descriptivo.
- b) Universo de Trabajo:
 - Pacientes hospitalizados programados para cirugía bajo anestesia general o loco regional en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI
 - Que acepten ingresar al protocolo
 - Estado de alerta satisfactorio y capaces de contestar el cuestionario

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Que se encuentre entre el 2º y 3er día del posoperatorio.

Tiempo planeado para realizar el estudio: un mes.

a) Descripción de variables:

Variable Independiente: Encuesta.

Variable Dependiente: El punto de vista del paciente.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se obtuvo del libro Kish & Leslie, Survey Sampling, John Wiley & Sons, NY, 1995.

Mediante $S = Z * Z(P(1-P)) / (D * D)$

Donde:

S = tamaño de la muestra

Z = distribución estándar normal

D = la mitad del del intervalo de confianza considerado en la muestra deseada

a) Tamaño de la muestra: 96 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

a) Criterios de Inclusión:

- Pacientes hospitalizados posoperados bajo anestesia general y/o anestesia locoregional, programados en forma electiva.
- Edades entre 18 y 70 años.
- Sexo indistinto.
- Pacientes de las especialidades de Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Maxilofacial, Cirugía de Colon y Recto,

6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otorrinolaringoscopia, Oftalmología, Gastrocirugía, Angiología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Unidad de trasplante Renal, Urología.

- Clasificación de estado físico ASA I, II y III. ver clasificación en anexo 3⁶.
 - Que acepten ingresar al protocolo de investigación.
 - Otros criterios: Capaces de responder preguntas y con voluntad para responder el cuestionario
- b) Criterios de No inclusión:
- Pacientes con deterioro del estado de alerta.
 - Pacientes intubados.
 - Pacientes con inestabilidad hemodinámica
 - Pacientes con trastornos psiquiátricos.
 - Pacientes bajo efectos de sedación.
- c) Criterios de Exclusión:
- Pacientes que no hablen español
 - Pacientes que no terminen de resolver el cuestionario completo.

PROCEDIMIENTO.

Una vez aprobado por el Comité de Investigación del hospital, se visitará al paciente 24 horas posterior a la cirugía. Con esto se pretende encontrar al paciente totalmente recuperado del procedimiento anestésico.

Será el medico Residente de Anestesiología quien aplique las encuestas a los pacientes. Los Médicos Residentes estarán entrenados para llevar a cabo la encuesta. Es de resaltar que al aplicar el cuestionario, procurará resolver cualquier duda del paciente relacionada con el cabal entendimiento de la pregunta y en modo alguna orientará sobre la respuesta. Lo anterior para evitar en lo posible el sesgo de sugerencia de respuesta

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

La recolección de datos se efectuará posterior a explicarles la intención del protocolo y de qué se trata, haciéndoles hincapié en que la información que proporcionen será de carácter confidencial y que los datos que ellos proporcionen no van a interferir con la atención, la toma de decisiones, la terapéutica a seguir o el trato por parte de los trabajadores, se les proporcionara la hoja de consentimiento informado para poder continuar finalmente con la encuesta.

El médico Residente de Anestesiología encargado de llevar a cabo el cuestionario será entrenado para llevarlo a cabo. Si al momento de llevar a cabo el cuestionario el paciente tuviera alguna duda con relación a los enunciados, el médico Residente se limitará exclusivamente a resolver dicha duda, sin orientar al paciente de la posible respuesta.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se usarán tablas de contingencia para visualizar datos importantes. Los resultados se analizarán con el paquete estadístico SPSS 10, se utilizará chi cuadrada y se considerará significativa cuando $p < 0.05$ Análisis de varianza con una p significativa si es menor a 0.05

CONSIDERACIONES ETICAS.

Una vez aprobado por el Comité de Investigación del Hospital, y con respeto a la Norma vigente de la Secretaría de Salud, se hace hincapié en que aunque este estudio de investigación no pone en peligro la vida o la integridad del paciente, la información que nos proporcione será de carácter confidencial y que los resultados de su encuesta se usarán con fines de investigación y que no interferirán con la atención del paciente durante su estancia dentro del Hospital o en futuros internamientos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

Recursos humanos. Participarán en el proyecto los médicos Residentes de Anestesiología de segundo y tercer año para aplicar los cuestionarios y proporcionar la hoja de consentimiento informado para que sea firmada. La recolección y análisis de datos se llevará a cabo por los responsables del estudio y las pruebas estadísticas se llevarán a cabo por la matemática Margarita Jiménez Villaruel.

Recursos materiales. Las hojas elaboradas de consentimiento informado y de los cuestionarios.

Recursos financieros. No se requieren recursos adicionales, ya que la papelería y las fotocopias se encuentran disponibles con los vales de fotocopias de cada Residente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
PRESENTACION DEL PROYECTO.	X				
EVALUACION POR EL COMITÉ LOCAL DE ETICA		X			
RECOLECCION DE DATOS				X	
ANALISIS ESTADISTICO				X	
RESULTADOS Y CONCLUSIONES					X
REDACCION DE REPORTE Y TESIS					X

ANEXO 1 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ANEXO 2 HOJA DE CUESTIONARIO.

ANEXO 3 CLASIFICACIÓN ASA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

De un total de 100 pacientes incluidos en el estudio, 46% fueron hombres y 54% mujeres.

Tabla 1. Distribución de pacientes por sexo

SEXO	GASTRO CIRUGIA	UROLOGIA	ANGIO LOGIA	CIRUGIA DE C Y C	OTORRINO	MAXILO FACIAL	TOTAL
MASCULINO	21	10	5	0	9	1	46
FEMENINO	28	5	4	2	15	0	54
TOTAL	49	15	9	2	24	1	100

Tabla 2. Distribución por edad

INTERVALOS DE EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos 18 A 40	33	33,0	33,0	33,0
41-60	36	36,0	36,0	69,0
> 60	31	31,0	31,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

73 pacientes estuvieron incluidos en 3 Servicios: 49 en Gastrocirugía, 24 Otorrinolaringología y 15 Urología. Al momento de la entrevista, todos los pacientes estuvieron en buena disposición para contestar el cuestionario, relativamente asintomáticos y con recuperación anestésica total.

No hubo duda en cuanto a la claridad de las preguntas. Ningún paciente refirió alguna intención distinta de la planteada en cada reactivo. A decir de los encuestadores (Médicos Residentes de Anestesiología de Segundo y Tercer año) no hubo preguntas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aclaratorias de parte de los pacientes para poder dar respuesta a los reactivos.

Tabla 3. Número de respuestas según preguntas (imprescindible ver anexo 2 para saber el texto de la pregunta según su número)

No. PREGUNTA	RESPUESTAS	PACIENTES QUE CONTESTARON ASI
2	SI	98
	NO	1
	SIN RESPUESTA	1
3A	SI	98
	NO	1
	SIN RESPUESTA	1
3B	SI	98
	NO	1
	SIN RESPUESTA	1
3C	SI	96
	NO	3
	SIN RESPUESTA	1
3D	SI	88
	NO	11
	SIN RESPUESTA	1
3E	SI	29
	NO	70
	SIN RESPUESTA	1
3F	SI	92
	NO	5
	SIN RESPUESTA	3
9	SI	98
	NO	2
	SIN RESPUESTA	0
10	SI	94
	NO	6
	SIN RESPUESTA	0
11	SI	79
	NO	21
	SIN RESPUESTA	0
12	SI	57
	NO	43
	SIN RESPUESTA	0
13	SI	78
	NO	22
	SIN RESPUESTA	0

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

14	SI	85
	NO	15
	SIN RESPUESTA	0
15	SI	89
	NO	11
	SIN RESPUESTA	0
16	SI	71
	NO	29
	SIN RESPUESTA	0
17	SI	61
	NO	38
	SIN RESPUESTA	1
18	SI	55
	NO	45
	SIN RESPUESTA	0
20	SI	46
	NO	54
	SIN RESPUESTA	0
21	SI	60
	NO	40
	SIN RESPUESTA	0
22	SI	2
	NO	98
	SIN RESPUESTA	0
23	SI	42
	NO	40
	SIN RESPUESTA	2
24	SI	5
	NO	79
	SIN RESPUESTA	0
25	SI	46
	NO	40
	SIN RESPUESTA	0
26	SI	37
	NO	63
	SIN RESPUESTA	0
30	SI	3
	NO	97
	SIN RESPUESTA	0
32	SI	100
	NO	0
	SIN RESPUESTA	0
33	SI	100
	NO	0
	SIN RESPUESTA	0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

17 pacientes fueron sometidos a bloqueo peridural y 83 pacientes fueron sometidos a anestesia general

Tabla 4. Distribución de frecuencia según procedimiento anestésico

TIPO DE PROCEDIMIENTO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AGB	83	83,0	83,0	83,0
	BPD	17	17,0	17,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

97 pacientes entrevistados saben que el Anestesiólogo es médico.

Tabla 5. Conocimiento del paciente acerca de quién cree que le administró el procedimiento anestésico. Distribución por Servicio

Tabla de contingencia

Recuento		SERV						Total
		GASTRO CIRUGIA	UPOLOGIA	ANGIOLOGIA	CIRUGIA DE C Y C	ORRINOLA RINGLOGIA	MAXILOF ACIAL	
LA PERSONA QUE LE PROPORCIONA LA ANESTESIA ES MEDICO		47	15	5	2	24	1	97
NO SE		2		1				3
Total		49	15	6	2	24	1	100

98 de los 100 pacientes refieren haber sido visitados por el médico anesthesiologo la víspera de la cirugía, además de mostrar un trato amable, respetuoso y haber recabado información escrita en presencia del paciente (95% y 94% respectivamente). 95 pacientes sí creen que el médico anesthesiologo mostró verdadero interés por su padecimiento. Una baja pero no despreciable proporción de pacientes (20%) no refieren haber recibido explicación del procedimiento anestésico. La mayoría de estos pacientes correspondieron al Servicio de Gastrocirugía; estos pacientes por lo general son ancianos, con cirugías previas o con estancia hospitalaria prolongada, sea en el internamiento actual o en los previos. Del mismo modo, hasta 43% de los pacientes no refieren explicación por parte del médico anesthesiologo que los visitó la víspera de la cirugía acerca de potenciales complicaciones anestésicas y quirúrgicas; esto sucedió con mayor frecuencia en los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pacientes de Gastrocirugía. Sólo 78 pacientes recordaron el nombre del médico anesthesiologo que estuvo a cargo de su cuidado.

79 pacientes contestaron que se les explico el procedimeitno anestésico al cual iban a ser sometidos, con una diferencia estadisticamente significativa ($p < 0.012$)

Cuando los pacientes externaron de manera espontánea cualquier duda, el 71 tuvieron la respuesta adecuada a su duda, con una p significativa de 0.038. Sin embargo, sólo 62 pacientes obtuvieron una respuesta satisfactoria a sus dudas cuando estuvieron en quirófano

55 de los pacientes entrevistados manifestaron que en algún momento de su internamiento previo a la cirugía pensaron que podrían morir durante la cirugía, distribuidos de la siguiente forma: 31 en Gastrocirugía, 8 en Urología, 9 en Otorrinolaringología, 6 en Angiología y 1 en Cirugía Máximo facial.

Tabla 6. Respuestas a la pregunta: "¿En algún momento pensó que podría morir?"

	SERV						Total
	GASTRO CIRUGIA	UROLOGIA	ANGIOLOGIA	CIRUGIA DE CYC	ORRINO LA RINGOLOGIA	MAXILOF ACIAL	
NO	18	7	3	1	15	1	45
SI	31	8	6	1	6		55
TOTAL	49	15	9	2	21	1	100

86 pacientes dijeron que fue un médico quien los vigiló en quirófano, pero sólo 36 respondió que el anesthesiologo estuvo a su cuidado en la sala de recuperación; esta función se la atribuyeron a la enfermera (45), 12 pacientes no supieron responder con certeza.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 7. Distribución por Servicio a la pregunta: ¿Quién cree que lo cuidó durante la cirugía?

Tabla de contingencia

Recuento		SERV						Total	
		GASTRO CIRUGIA	UROLOGIA	ANGIOLOGIA	CIRUGIA DE C Y C	ORRINOLA RINGLOGIA	MAXILOF ACIAL		
Quien cree que lo cuidó durante la cirugía	MÉDICO	39	14		9		22	1	86
	ENFERMERA					1	1	1	3
	NO SE	10	1						12
Total		49	15		9	2	24	1	100

La administración de fármacos como medicación pre anestésica y los agentes inductores fueron dolorosos en 54 de los pacientes entrevistados, 32 pacientes de Gastrocirugía y 22 pacientes de Otorrinolaringología.

El acceso venoso fue molesto para 60 de los pacientes entrevistados ($p < 0.003$).

El dolor en faríngeo también fue significativo en pacientes sometidos a anestesia general balanceada ($p < 0.011$).

44 pacientes refieren que fue molesta la colocación de la mascarilla

37 pacientes refirieron náusea y vómito posoperatorio, de ellos, 22 pacientes eran de gastrocirugía y 10 pacientes de Otorrinolaringología.

Tabla 8. Náusea y vómito en los pacientes. Distribución de frecuencia y Servicio

Tabla de contingencia

Recuento		SERV						Total	
		GASTRO CIRUGIA	UROLOGIA	ANGIOLOGIA	CIRUGIA DE C Y C	ORRINOLA RINGLOGIA	MAXILOF ACIAL		
Sintió náusea o vómito después de la cirugía	NO	27	13		7		14		63
	SI	22	2		2		10	1	37
Total		49	15		9	2	24	1	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es de señalar que los pacientes refieren dolor en un promedio de 30% en la sala de recuperación, durante el traslado y durante su estancia en el cuarto el 1er día posoperatorio

Tabla 9. Presencia de dolor según área hospitalaria

LUGAR	DOLOR (escala descrita en texto)		TOTAL
	1 A 3	4 A 10	
RECUPERACION	55	45	100
TRASLADO A SU CUARTO	67	33	100
EN SU CUARTO	67	33	100

Tabla 10. Calificación del dolor según el paciente cuando fue mayor o igual a 4. Distribución por Servicio

SERVICIO	RECUPERACION	TRASLADO A SU CUARTO	EN SU CUARTO
GASTROCIURUGIA	25	20	22
UROLOGIA	5	2	2
ANGIOLOGIA	3	3	2
CIRUGIA DE C Y C	2	1	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	8	7	5
MAXILOFACIAL	1	0	0

En el área de recuperación de operaciones, 37% de los pacientes dijeron que el anestesiólogo estuvo a cargo de su cuidado durante su estancia, mientras que un 45% de los pacientes consideró que las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

enfermeras estuvieron bajo su cuidado. Destaca que hasta un 17% no supieron quién los cuidó durante el posoperatorio.

Tabla 11. Distribución por Servicio a la pregunta: ¿Quién cree que lo estuvo cuidando en el área de Recuperación de operaciones

	GASTROOX	URO	ANGIO	CCC	ORL	MAXILO F	TOTAL
ANEST	18	9	2	1	6	1	36
ENFER	24	3	6	0	12	0	45
TEC	0	0	0	0	1	0	1
NO SE	7	3	1	1	5	0	17
TOTAL	59	15	9	2	24	1	100

ORL = Otorrinolaringología, ANEST = Anestesiólogo, ENFER = Enfermera, TEC = Técnico, GASTROOX = Gastrocirugía, URO = Urología, ANGIO = Angiología, CCC = Cirugía de Cabeza y Cuello, MAXILO F = Cirugía Máxilo Facial

Todos los pacientes refieren que la limpieza es adecuada en las áreas donde permanecieron, así como el área de quirófano.

DISCUSIÓN

Uno de varios elementos que intervienen en el bienestar profesional del médico es el reconocimiento a su labor. Esto no es atributo exclusivo del médico. Menos aún lo es para el Anestesiólogo. Que el paciente haya tenido una estancia hospitalaria tranquila y satisfactoria, merced al cuidado y la terapéutica es ya un halago al quehacer médico. Es práctica común dar por hecho que el manejo del dolor —tanto la víspera de la cirugía, durante el transoperatorio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y el posoperatorio- es responsabilidad del anestesiólogo. Y en la mayoría de las veces esta misión se cumple. Sin embargo, el tradicional paso del trabajo del anestesiólogo había sido en la sombra: con una visita corta previo a la cirugía — esto en buena medida promovido por el cirujano, quien consideraba la valoración pre anestésica como una rutina sin más gracia que repetir en una hoja toda la información contenida en el expediente clínico y una oportunidad para rectificar la información recabada. Nada más alejado de la verdad. La valoración pre anestésica no pretende supervisar el contenido del expediente clínico. Se pretende integrar aquella información necesaria para obtener una estimación del estado físico del paciente que enfrentará un reto fisiopatológico durante el tiempo que se vea sometido al procedimiento anestésico y a la cirugía. Para ello se utiliza toda una serie de escalas y puntuaciones que valoran los órganos vitales (*vgr* Glasgow), algunas variables indicadoras de reserva fisiológica (*vgr* hematócrito y volumen sanguíneo circulante) y el riesgo estimado para desarrollar complicaciones (*vgr* riesgo tromboembólico); la valoración pre anestésica detecta aquellos padecimientos que han tenido repercusión sistémica (*vgr* diabetes mellitus) o localizada a un órgano (*vgr* cardiopatía isquémica); también se realiza una valoración con fines específicos (*vgr* Mallampati, distancia tiromentoniana y Cormack para detectar una probable intubación difícil). Todo esto ha llevado la tarea del anestesiólogo más allá del quirófano.

El cuestionario llevado a cabo en el presente estudio pone de manifiesto varios puntos de análisis.

1. La mayoría de los pacientes reconocen al anestesiólogo como un profesional en la Medicina. Ya no se refieren a él como “un técnico”, lo cual podría ser un factor que reduzca la angustia respecto a quién lo cuidará en el transoperatorio y el postoperatorio. Sin embargo, queda sujeto a comprobar en estudios posteriores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. En general, el médico anesthesiologo causó buena impresión en el paciente. Según los resultados, la gran mayoría se presentó con nombre y cargo, interrogó al paciente de sus padecimientos previos, se mostró interesado en el paciente, tuvo siempre un trato amable y tomó nota de aquella información importante para el paciente. En contraparte, solo 32 pacientes recordaban el nombre del anesthesiologo que los atendió o del que los visitó la víspera. Esto pudiera estar relacionado con el estado emocional del paciente al entrar a quirófano, pero esto no se estudió en el presente trabajo. Es probable que esté más atento a manipulaciones dolorosas, ruido de los monitores, iluminación, etc.

3. Sin embargo, hasta 20% de los pacientes no refieren explicación alguna del procedimiento anestésico quirúrgico de parte del anesthesiologo. Una probable explicación de esto sería el tipo de pacientes: por lo general reoperados, con múltiples internamientos, la mayoría de ellos en Gastrocirugía. Estos pacientes por lo general se muestran poco interesados en responder a encuestas.

4. 55 pacientes pensaron en algún momento que podrían estar en riesgo de morir. De estos, 31 eran de Gastrocirugía, esto puede interpretarse con el criterio utilizado en el párrafo anterior. Sin embargo, estos datos pudieran ser un indicador del escaso cuidado que tiene el médico para plantear una posibilidad siempre latente. La explicación que más alivia la conciencia del médico es pensar que quiso evitar en lo posible un estrés adicional al paciente. Pero a cambio de esto, deja la impresión que todo *debe salir bien*, y que toda eventualidad no planteada, genera en el paciente y familiares (*de facto*), que tales eventualidades debieron ser responsabilidad del equipo médico.

5. El dolor tras la administración de fármacos en quirófano continúa siendo un problema en el paciente despierto. Aún con vehículos menos agresivos, con dilución adecuada y un suministro lento, el endotelio vascular continúa siendo agredido. Se requiere

mayor énfasis en la investigación farmacéutica para evitar en lo posible esta molestia.

6. Un hallazgo sorprendente fue el que hasta 44% recuerda el momento que el anestesiólogo colocó la mascarilla en la cara y apoyar la ventilación, lo cual resultó incómodo. El dato fue corregido al eliminar aquellos pacientes sometidos a anestesia loco regional. Tal vez nos estamos adelantando y damos por hecho que el paciente está inducido con la sola observación del cierre de párpados. Esto significa que otros datos tradicionalmente indicadores de este período (ausencia de reflejo palpebral, inmovilidad y apnea) deben ser rutinariamente vigilados para tener mayor certeza.

7. Hasta 37% de los pacientes refirieron náusea y vómito en el posoperatorio. Aunque era de esperarse una mayor incidencia en pacientes de Gastrocirugía, el dato también es consistente con otros reportes y continúa como prioridad en la investigación para evitarlos en lo posible. Los pacientes de Otorrinolaringología también se quejaron con frecuencia de náusea y vómito.

8. El dolor, tanto en recuperación como en el traslado y en el cuarto, también sigue siendo frecuente. Hasta 33% de los pacientes estudiados tuvieron dolor en el posoperatorio inmediato.

9. Que la mayoría de los pacientes haya identificado a la enfermera como la persona que estuvo a su cuidado en la sala de recuperación indica que fue ella la que probablemente estuvo más en contacto con el paciente. Esto debe ser un signo de atención para el médico. Tal vez una valoración y exploración más frecuente y cálida repercute tanto en la impresión del paciente como en la obtención de datos para una valoración más precisa del estado del paciente.

10. 37 de los pacientes estudiados respondió en más de 90% las preguntas con la respuesta que se consideró "adecuada" (ver anexo sobre cuestionario; en *negrita* y subrayado se señala la respuesta

que se consideró para el presente estudio como adecuada). 48 de los pacientes estudiados contestó en más de 80% con la respuesta adecuada, y 75 de los pacientes estudiados contestó en más de 60% con la respuesta adecuada.

11.. El dolor que produce el acceso venoso en quirófano plantea varios caminos. La decisión del momento oportuno para el acceso venoso continua siendo un problema que requiere atención. El intento exitoso para colocar una venoclisis reduce la ansiedad y genera confianza en el personal. Los intentos fallidos en quirófano lo único que consiguen es aumentar el nivel de angustia del paciente. Los intentos fallidos en piso limitan los intentos subsecuentes en quirófano al inutilizar trayectos venosos potencialmente útiles.

Creemos que ha habido un viraje fundamental en el proceso de auto evaluación tanto del médico como del sistema de salud al investigar la opinión del paciente como usuario del servicio médico. Cada vez es mayor el número de médicos interesados en recabar información del paciente relacionado con la satisfacción cuando han sido atendidos en el sistema de salud IMSS. No encontramos al momento actual información nacional que nos indique el nivel de satisfacción del paciente cuando intervino el anestesiólogo en su valoración y tratamiento.

El paciente ofrece la inigualable oportunidad de conocer qué opinión le merece nuestra intervención. Al paciente se le puede impresionar con currícula, con aparatos sofisticados, con mobiliario de moda; pero no podemos sorprenderlo en su percepción (al menos, no por mucho tiempo), en el alivio de su dolencia, en el control de su enfermedad. Esto es atributo exclusivo del paciente y la posibilidad de modificarlo es estrecha.

Los resultados de nuestro estudio revelan que el paciente tiene ya una idea precisa que el anestesiólogo es un profesional en Medicina y que el viejo concepto del "técnico" en anestesia, de la enfermera que

administraba la anestesia, del "ayudante" que hacía posible la cirugía sin dolor comienza a ser cosa del pasado para dar paso a un especialista reconocido en su labor (al menos, por el paciente; del equipo quirúrgico falta bastante por caminar).

De manera tradicional, el Residente de Especialidad es el encargado de realizar la valoración preoperatoria. Los resultados indican que esta labor se está llevando a cabo satisfactoriamente desde la perspectiva del paciente. Queda por saber si esta apreciación también tiene un carácter operativo, es decir, que la información obtenida sea útil para el médico anesthesiologo que estará de cara al paciente. Pero esto sería motivo de posteriores estudios.

Aún estamos lejos de llegar al ideal. La falta de sensibilidad ante la llamada pero incesante idea de buena parte de pacientes que puede morir y la angustia que genera; el dolor, la náusea, el vómito son molestias que continúan marcando el acto anestésico como un estigma de sufrimiento, si bien hay una luz prometedora en el ámbito farmacológico, de instrumentación más precisa, de cirujanos más hábiles, pero sobre todo, de una conducta más participativa del anesthesiologo, para ofrecer al paciente no sólo el conocimiento y habilidades (a todas luces necesaria) de la Especialidad, sino cada vez con mayor fuerza ofrecer el apoyo emocional, tan necesario cuando se entra tan desvalido y dependiente al quirófano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

1. Los pacientes tienen una percepción adecuada del anestesiólogo encargado de la valoración preoperatorio.
2. Ante la percepción del paciente respecto a la posibilidad de morir durante el procedimiento anestésico quirúrgico, no hay en este momento una estrategia definida por parte del anestesiólogo que responda al aspecto emocional del paciente.
3. Se debe corroborar que la inducción anestésica se ha establecido antes de realizar cualquier procedimiento en el paciente si se quieren evitar vivencias desagradables en el paciente
4. El dolor, la náusea y el vómito continúan como las principales quejas del paciente en el posoperatorio inmediato
5. Se requieren más estudios que ofrezcan información para el desarrollo de estrategias que mejoren el nivel de satisfacción del paciente quirúrgico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Klawfta JM, Michael F. MD. Current understanding of Patients attitudes toward and preparation for anesthesia: Review. *Anesth Analg* 1996;83:1314-21.
- 2.- Macario A, Weinger M. Which Clinical Anesthesia Outcomes Are Both Common and Important to Avoi ? The perspective of a Panel of Expert Anesthesiologists. *Anesth Analg* 1999;88:1085-91.
- 3.- Fung D, Cohen MM. Measuring Patient satisfaction with Anesthesia Care: review of Current Methodology. *Anesth Analg* 1998;87:1089-98
- 4.- Le May S, Dupuis G, Harel F. Clinimetric scale to measure surgeons satisfaction with anesthesia services. *Can J Anesth* 2000;47:5398-405
- 5.- Morgan JP, Halpern S, Lam JM *Can J Anesth* 2000;47:10.p956-961
- 6.-G. Edward Morgan Jr. Maged S. Mikhail. *Anestesiologia Clinica Editorial: Manual Moderno.*
- 7.-Susana Gema Agreda, maria Angeles Andrés. *Diccionario Anaya de la Lengua. Editorial Drupo Anaya , Segunda reimpresion 1991.*
- 8.- Pua HL, Lerman J, Crawford MW, Wright MG. An Evaluation of the Quality of Clinical Trials in Anesthesia 2001;95:1068-1073
- 9.- Hogue SL, ReesePR, ColopyM, FleisherLA, TumanKJ, TwerskyRS, WarnerDS, Jamerson B. Assessing a Tool to Measure Patient Functional Ability After Outpatient Surgery. *Anesthesia and Analgesia* 2000;91:97-106
- 10.- MylesPS, HuntJO, Nightingale CE, Fletcher H, Beh T, Tanil D, Nagy A, Rubinstein A, Ponsford JL. Development and Psychometric Testing of a Quality of Recovery Score After General Anesthesia and Surgery in Adults. *Anesthesia and Analgesia* 1999;88:83-90
- 11.- Tong D, Chung F, Wong D. Predictive Factors in Global and Anesthesia Satisfaction in Ambulatory Surgical Patients. *Anesthesiology* 1997;87:856-864

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO I

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL C.M.N. SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Acepto participar en el proyecto de investigación denominado:

CALIDAD DE LA ANESTESIA EL ANESTESIOLOGO FRENTE AL PACIENTE

Sé que el presente proyecto de investigación pretende recabar y analizar la opinión de los pacientes con respecto a la atención que brinda el personal del Servicio Anestesiología encargado de mi cuidado durante mi estancia en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Sí acepto participar en este proyecto de investigación y expresar mi opinión sobre la experiencia vivida durante mi hospitalización, la Anestesia para mi cirugía, y como me sentí en el postoperatorio.

Acepto contestar el cuestionario a que seré sometido(a) con la mayor veracidad.

Se que las respuestas de esta encuesta a realizar serán totalmente confidenciales y utilizadas únicamente con fines de investigación y que no van a interferir con el trato por parte del personal del hospital o con la continuación de mi tratamiento, ni con hospitalizaciones futuras.

Conozco que tengo absoluta libertad de participar negarme a hacerlo o retirarme de este proyecto de investigación aun después de haber contestado la encuesta, comprometiéndose los médicos participantes a darme la misma calidad en el trato y tratamiento que se les ha dado normalmente a otros enfermos como yo.

Declaro que antes de ser sometido(a) a la encuesta, se me explicó a detalle y a satisfacción mía el contenido, la intención y las potenciales aplicaciones futuras del Estudio en el cual participo.

México D.F. a _____ de _____ del 2002.

Nombre y firma del Paciente (representante legal) _____

Nombre y firma del testigo _____

Investigador responsable: Dra Alejandra Ríos Hernández. _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO II

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA G. EN
CENTRO MEDICO SIGLO XXI

ESCRIBA LOS DATOS QUE SE SOLICITAN. DESPUES CONTESTE LAS
SIGUIENTES PREGUNTAS.

Nombre: _____
Edad: _____
Sexo: _____
Diagnostico: _____
Servicio tratante: _____
Cirugía realizada: _____
Técnica Anestésica Utilizada: _____

1. El anesestésico es:
a) Médico b) Enfermera (o) c) Técnico d) No sé

2. La víspera de la cirugía, un Médico Anesestésico me visitó en mi cuarto.
a) Sí b) No

3. El médico Anesestésico que me visitó la víspera de la cirugía:
a. Me hizo varias preguntas acerca de mi salud previa
a) Sí b) No
b. Preguntó acerca de internamientos previos
a) Sí b) No
c. Preguntó acerca de medicamentos que se me estuvieran administrando
a) Sí b) No
d. Se presentó por su nombre y cargo
a) Sí b) No
e. Recuerdo el nombre del médico Anesestésico que me visitó
a) Sí b) No
f. La impresión que me causó es que en realidad estaba interesado en mi enfermedad
a) Sí b) No

9. Durante la entrevista, mantuvo un trato amable y respetuoso
a) Sí b) No

10. Durante la entrevista, tomó nota de aquellos datos que consideró importante
a) Sí b) No

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11. Me explicó el procedimiento anestésico al cual iba a ser sometido(a)
a) Sí b) No
12. Me explicó las ventajas, potenciales complicaciones y consecuencias que el procedimiento anestésico pudiera causar en mí
a) Sí b) No
13. Conoció por su nombre al médico Anestesiólogo encargado de su cuidado en el Quirófano:
a) Sí b) No
14. Se le explicó la técnica anestésica de nueva cuenta en quirófano previo al procedimiento
a) Sí b) No
15. El médico Anestesiólogo le hizo algunas recomendaciones que debería cumplir usted cuando lo visitó la víspera de la cirugía a) Sí
b) No
16. Le aclararon sus dudas en caso de tenerlas sobre el procedimiento anestésico.
a) Sí b) No
17. Le explicaron por qué se realizaron cada uno de los procedimientos que se le realizaron en quirófano
a) Sí b) No
18. En algún momento pensó que podría morir
a) Sí b) No
19. Quien cree que lo cuidó durante la cirugía
a) El médico b) La enfermera c) Un técnico d) No sé
20. Sintió dolor a la aplicación de medicamentos
a) Sí b) No
21. El dolor al momento de la punción venosa fue muy molesto
a) Sí b) No
22. Sintió dolor en el momento de la incisión
a) Sí b) No
23. Fue desagradable el momento de la colocación de la mascarilla
a) Sí b) No

24. Sintió molestias o dolor en los ojos posterior a la cirugía
a) Sí **b) No**
25. Sintió dolor en la garganta o dolor al hablar después de la cirugía
a) Sí **b) No**
26. Sintió náusea o vómito después de la cirugía
a) Sí **b) No**
27. Durante su estancia en el Servicio de Recuperación de operaciones, y considerando la calificación de 1 como ausencia de dolor en el sitio de la incisión y la calificación de 10 como un dolor francamente insoportable, usted calificaría su dolor con la siguiente calificación: ____ **<4**
28. Durante el traslado a su cuarto, y con el mismo criterio de la pregunta anterior, usted calificaría su dolor con ____ **<4**
29. Una vez instalada en su cuarto, y con el mismo criterio de la pregunta 27, usted calificaría su dolor con ____ **<4**
30. Al observar su dentadura: Observó alguna lesión nueva no detectada previo a la cirugía? (Especifique)
a) Sí **b) No**
31. En el área de recuperación de operaciones, quién cree que lo estuvo cuidando.
a) El anestesiólogo b) La enfermera c) Un técnico d) No sé
32. Considera que el área donde estuvo hospitalizado limpia?
a) Sí b) No
33. El quirofano donde estuvo era una área limpia?
a) Sí b) No

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

29

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO III
CLASIFICACION DEL ESTADO FISICO PREOPERATORIO DE LOS
PACIENTES DE ACUERDO CON LA AMERICAN SOCIETY OF
ANESTESIOLOGISTS.

CLASE	DEFINICION
1	Paciente normal sano.
2	Sujeto con enfermedad sistémica leve y sin limitaciones funcionales.
3	Individuo con enfermedad sistémica de grado moderado a grave que origina cierta limitación funcional.
4	Paciente con enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida e incapacitante a nivel funcional.
5	Enfermo moribundo que no se espera que sobreviva 24 hrs con o sin cirugía.
6	Paciente con muerte cerebral, cuyos organos se toman para trasplante.
U	Si el caso es una urgencia, el esfuerzo físico se sigue por Letra "U".

Ref. Anestesiología Clínica
G. Edward Morgan, Jr.
2ª Edición
Editorial Manual Moderno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN