

11202



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS  
DIRECCIÓN REGIONAL SIGLO XXI

DELEGACIÓN 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G"  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

**COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE  
SATISFACCIÓN DE ACUERDO A LA TÉCNICA  
ANESTESICA: GENERAL VS REGIONAL**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
E S P E C I A L I S T A E N  
**ANESTESIOLOGIA**  
P R E S E N T A  
**DR. AUREO CALLES REYES**

ASESOR DE TESIS:  
DR: ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES



MÉXICO, D.F.

MARZO, 2004



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.



DOCTOR

**ALFONSO QUIRÓZ RICHARDS**

Profesor titular del curso

Jefe del Servicio de Anestesiología

Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."

Centro Médico Nacional Siglo XXI.



Maestro en Ciencias Médicas

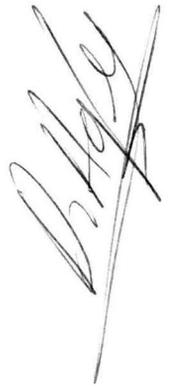
**ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES**

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.

Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."

Centro Médico Nacional Siglo XXI.

(Asesor de Tesis)



DELEGACION 3 SUROESTE D.F.  
C. A. N. SIGLO XXI  
DE ESPECIALIDADES  
**RECEBIDO**  
10 MAR 2004  
IV. EDUCACION E INVESTIG. MEDICA

## **AGRADECIMIENTO**

### **A DIOS**

Por ser todo para mí.

### **A MI ESPOSA**

Por su apoyo, su disposición y por darme la dicha de ser padre.

### **A MIS PADRES**

Por su amor inquebrantable ante las adversidades y guíame con paciencia hacia el camino del bien.

### **A MIS HERMANOS**

Por su compañía y los momentos que pasamos juntos, sin los cuales no hubiese comprendido a la vida.

### **AL DR. ANTONIO CASTELLANOS**

Por ayuda idónea en la elaboración de mi tesis.

### **A MIS MAESTROS**

Por su paciencia en los inicios de mi formación. En especial a la Dra. Isidora Vázquez, por no perder nunca la confianza en mí.

DEDICATORIA

**A MI HIJA VALERIA**

*POR SER EL MOTOR DE MI VIDA Y ALEGRARLA CON SU TERNURA.*

## INDICE

RESUMEN	1
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	2
MATERIAL Y MÉTODOS	7
PROCEDIMIENTOS	8
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIÓN	18
CUADROS Y GRÁFICAS.....	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

## RESUMEN

**INTRODUCCION.** Por ser la satisfacción una variable subjetiva, el llegar a comprenderla resulta de vital importancia si se pretende brindar una mejor atención anestésica y reducir la litigación por una mala práctica anestésica. Para la elección de la técnica se toman en cuenta la seguridad del paciente, la comodidad del cirujano y por ultimo la comodidad del anestesiólogo. ¿Puede ser la comodidad un indicador para valorar la satisfacción de los pacientes?

**OBJETIVO.** Conocer si existen diferencias en el grado de satisfacción de los pacientes según la técnica anestésica recibida: anestesia general vs anestesia regional.

**DISEÑO.** Encuesta comparativa (estudio prospectivo, transversal, observacional y comparativo).

**MATERIAL Y METODOS.** Después de la aprobación del comité local de investigación del hospital y el consentimiento verbal de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en los quirófanos del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI y Hospitales Generales de Zona #68 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo comprendido de enero de 2000 a enero de 2003, aplicando 24 horas después de la cirugía un cuestionario previamente validado (Alfa de Cronbach de 0.80), de 27 preguntas relacionadas con el grado de satisfacción y calidad de la técnica anestésica así como la relación interpersonal con el anestesiólogo.

**RESULTADOS.** Se estudiaron 1134 pacientes pos operados de los cuales al 72.3% se les otorgó anestesia general y al 27.7% anestesia regional. La edad fue mayor para el grupo 1 ( $48.1 \pm 16.84$  contra  $34.31 \pm 13.52$ ). El Glasgow promedio fue de  $14.99 \pm 0.09$ . Estado físico predominante fue ASA 2 con 64.2%. La ocupación que predominó fue labores del hogar con un 38.7%, seguido de el grupo oficios con 33.7%. El grado de estudios mas frecuente fue primaria con 44.4% seguido de secundaria con el 33%. El 74% de los pacientes se internaron 24 horas previas a la cirugía que en 82% se realizó en la fecha programada. El 78 % de los pacientes refirieron un trato humanitario por parte del anestesiólogo, así mismo el 93% entabló una adecuada relación anestesiólogo-paciente; por lo que el índice de satisfacción obtenido fue de 92%. La experiencia vivida con el anestesiólogo fue discretamente mayor en el grupo de los pacientes que recibieron anestesia regional, con una calificación promedio de  $9.41 \pm 1.22$ , comparados con el grupo anestesia general  $8.9 \pm 1.59$  ( $p = .000$ ). La comodidad en quirófano fue discretamente mayor en el grupo de anestesia regional  $9.54 \pm 1.27$  contra  $9.41 \pm 1.11$  ( $p = 0.524$ ).

**CONCLUSIONES.** Los pacientes que recibieron anestesia regional manifestaron mayor satisfacción que los tratados con anestesia general.

**Palabras claves:** *satisfacción, anestesia general, regional*

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La elección de la técnica anestésica es una decisión complicada que depende de varios factores, entre los cuales están: edad, sexo, comorbilidad, tipo de cirugía realizada, y técnicas anestésicas; en este último, los factores determinantes son la vía aérea, la posibilidad de establecer un bloqueo regional, monitoreo invasivo considerando también la toxicidad de los agentes anestésicos, incidentes graves transanestésicos y eventos postanestésicos así como el manejo del dolor postoperatorio. Existen pocos estudios prospectivos que comparen la influencia de la técnica anestésica, sobre el grado de satisfacción que manifiestan los pacientes en el período postoperatorio.<sup>1</sup>

En un estudio reciente se comparó la anestesia subaracnoidea versus anestesia general utilizando mascarilla laríngea y propofol como hipnótico. El tiempo total desde su ingreso a la sala de operaciones hasta su alta fue de 285 minutos para la anestesia regional y 262 minutos para la anestesia general. Esta diferencia no fue estadística ni clínicamente significativa. Sin embargo la satisfacción referida por los pacientes fue de igual manera alta en ambos grupos. Los cirujanos reconocieron mejor exposición del campo quirúrgico y relajación muscular.<sup>2</sup>

El estudio aleatorizado más grande realizado en 1996 incluyó 423 pacientes, no demostró aparentemente ninguna influencia en la

morbimortalidad cardiaca.<sup>3</sup> En estudios posteriores tampoco se logró establecer diferencias importantes entre los tipos de técnicas anestésicas utilizadas.<sup>4</sup>

De 1983 a 1993 en 20 hospitales de EUA se llevó al cabo un estudio retrospectivo donde se revisaron 6206 pacientes sometidos a reparación de fractura de cadera comparo el tipo de anestesia general versus regional, concluyendo que no existe diferencia significativa entre una técnica y otra.<sup>5</sup> La anestesia regional favorece fisiológicamente a los pacientes sometidos a cirugía vascular, ya que modifica algunas variables cardiovasculares positivamente, además reduce la respuesta metabólica al estrés quirúrgico.<sup>6,7</sup> También disminuye la hipercoagulabilidad postoperatoria.<sup>8</sup> En 2002 se publicó un estudio en Escocia que comparó anestesia general contra anestesia local para la reparación de hernia inguinal en 276 pacientes, concluyendo que no existió una diferencia significativa entre ambos grupos.<sup>9</sup>

Los expertos consideran que la satisfacción es una respuesta emocional del paciente a los aspectos más sobresalientes de su experiencia con el encuentro médico, y han demostrado que el trato personalizado la incrementa. Por lo tanto, cuanto mejor sea una relación médico-paciente, habrá una mayor comunicación y aumentará el grado de satisfacción, motivando que el paciente se sienta bien con su médico, cumpla con sus citas, con su tratamiento y regrese nuevamente a la consulta, con lo que se garantiza que se obtengan los mejores

resultados. En el estudio de Pascoe, se definió como la percepción que tiene el paciente acerca de los aspectos de la técnica médica, la relación interpersonal médico-paciente y los aspectos accesorios de la atención médica.<sup>10</sup> La satisfacción hacia las relaciones interpersonales con el médico tratante fue menor en los hombres de más de 60 años. Aquellos pacientes que tenían una relación estrecha con su médico por largo tiempo de atención quedaron muy satisfechos. En resumen, las clases bajas, los ancianos y los negros son los más insatisfechos, sobre todo con la relación con su médico y en general se mostraron satisfechos con la técnica médica.<sup>11, 12</sup>

Durante los últimos 10 años la satisfacción del paciente ha ganado gran reconocimiento como medida de calidad, en varios servicios del sector salud la satisfacción se ha convertido en un importante indicador para los servicios de salud; de cualquier forma su utilidad se basa en la naturaleza del significado que tienen de satisfacción. En consecuencia, a veces la satisfacción da como resultado una ilusión de ese término.<sup>13</sup>

Brown y Francis V, estudiaron el grado de satisfacción de pacientes que presentaron complicaciones cardiovasculares y respiratorias durante el transoperatorio, concluyeron que la satisfacción no se modifica por la presentación de esos eventos.<sup>14, 15, 16</sup>

Manuel Chávez estudió la satisfacción en médico y enfermeras que ocupan puestos de confianza, encontrando un nivel de satisfacción

medio en 66% del personal estudiado; y el personal con menor antigüedad en el puesto tiene mayor probabilidad de presentar una baja satisfacción, lo cual podría repercutir en la satisfacción de los pacientes.<sup>17,18</sup>

La comunicación juega un papel esencial en la interrelación médico-paciente, el individualizar cada paciente permite otorgar mayor calidad en la atención médica. No es lo mismo la explicación que se dará para una paciente obstétrica, que lo más probable es que requiera de anestesia regional para un paciente a quien se le dará anestesia general.<sup>19</sup>

Alex Macario y Ami Vasanawala, realizaron un estudio donde establecen indicadores respecto a la calidad de la anestesia, basado en la preferencia de los pacientes. Se preguntó a los pacientes quirúrgicos y también a los anestesiólogos, las prioridades en el cuidado anestésico, se encontró una incongruencia entre las dos partes. El paciente valora las relaciones interpersonales, como la transmisión de la información y explicación por parte del anestesiólogo; mientras el anestesiólogo percibe la eficiencia y el curso clínico de gran trascendencia para una excelente calidad.<sup>20 y 21</sup>

Medical Care en 1988 presentó el resultado de dos estudios para medir la satisfacción de los pacientes en relación con el encuentro médico: una forma fue usando una escala de seis puntos de medición desde:

extremadamente satisfecho, muy satisfecho, algo satisfecho, no satisfecho, no insatisfecho, algo insatisfecho, muy insatisfecho. La otra fue con una escala de cinco puntos que va desde: excelente, muy bien, bien, regular y pobre.<sup>22, 23</sup>

Tong, Doris y colaboradores encontraron en un estudio prospectivo realizado en Toronto, por un período de un año, en pacientes que fueron sometidos a cirugía ambulatoria. Que el grado de insatisfacción con anestesia es un predictor confiable para determinar el grado de insatisfacción a nivel global en cirugía ambulatoria. También encontraron que el grado de satisfacción fue realmente bajo tanto para anestesia como a nivel global.<sup>24</sup>

Y para finalizar, La elección de la técnica anestésica considerando la seguridad del paciente, no siempre se ve reflejada en el grado de satisfacción de los pacientes. Si consideramos que el grado de satisfacción se relaciona con la cobertura o no de las expectativas iniciales para cada individuo, resulta difícil establecer los parámetros en que hay que incidir para incrementar el grado de satisfacción. La satisfacción es la respuesta de la evaluación cognoscitiva y emocional.<sup>25</sup>

## **MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS**

**DISEÑO METODOLÓGICO:** Encuesta comparativa (estudio prospectivo, transversal, observacional y comparativo)

**UNIVERSO DE TRABAJO:** Quedó integrado por los pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo apoyo anestésico, en los diferentes servicios del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." del Centro Médico Nacional Siglo XXI y del Hospital General de Zona No. 68 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **DESCRIPCIÓN DE VARIABLES SEGÚN LA METODOLOGIA**

**VARIABLES INDEPENDIENTES:** Anestesia General y Anestesia Regional

**VARIABLE DEPENDIENTE:** Satisfacción

**SELECCIÓN DE LA MUESTRA.** Se utilizó un muestreo aleatorio simple.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes adulto de cualquier edad y sexo
- Sin alteración en el estado de conciencia
- Sin algún impedimento físico que le imposibilitara contestar el cuestionario
- Pacientes sometidos a cualquier procedimiento quirúrgico que ameritara apoyo por el Servicio de Anestesiología
- Que aceptaron participar en el estudio

## **CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN**

- Pacientes con impedimento físico o mental
- Pacientes inconscientes o intubados
- Pacientes que no desearon contestar el cuestionario

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Cuestionarios llenados de manera incompleta

## **PROCEDIMIENTOS**

Después de ser aprobado este estudio por el Comité Local de investigación del Hospital de Especialidades. Se revisaron las listas de programación y urgencias en el área de quirófano incluyendo a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se recabaron datos relacionados con el nombre, número de afiliación y número de cama. Acudiendo posteriormente a los diferentes servicios, localizando el expediente de donde se toman datos generales como: Sexo, Residencia, Escolaridad, y ocupación; el resto de los datos como diagnóstico, cirugía realizada, técnica anestésica utilizada, estado físico ASA se obtuvieron de la hoja de registro anestésico. Una vez localizado cada paciente en su cama lo invitamos a participar en el estudio, con su consentimiento verbal, se valoró su estado de conciencia según la escala de Glasgow y se informó que no incluye ninguna maniobra

invasiva, procediendo a la aplicación del cuestionario. El cuestionario aplicado fue validado previamente mediante un estudio piloto de 130 pacientes y se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.8

El cuestionario se relaciona con la puntualidad o diferimiento de la cirugía, trato humano y afectivo, satisfacción con la modalidad anestésica administrada. Otros rubros recaban datos como visita preanestésica, medicación preanestésica, recepción en la sala quirúrgica, contacto del anestesiólogo en la sala de recuperación, comprensión del lenguaje utilizado por el anestesiólogo, la relación con el anestesiólogo, la satisfacción con el tipo de anestesia empleada en su persona, se pregunta si recomendaría el anestesiólogo con algún familiar o amigo y si considera humano el trato que tuvo con el anestesiólogo. La parte final del cuestionario muestra 2 escalas visuales análogas del 1 al 10, solicitando en la primera una calificación que represente la experiencia con los anestesiólogos y la segunda, la comodidad durante su estancia en quirófano.

Los datos fueron capturados en el programa SPSS 11.0, para Windows. En las variables medidas en escala cuantitativa de radio o razón (edad, calificación Glasgow, Valoración Aldrete, comodidad durante su estancia en quirófano y a la calificación que otorgó el paciente a la experiencia vivida con el anestesiólogo), se hicieron pruebas de normalidad; en vista de que siguieron un patrón de distribución normal, se expresaron en promedio y desviación estándar y la diferencia entre

los grupos de estudio se establecieron con una prueba de comparación de promedios entre grupos independientes, a través de la distribución t de student y la prueba U deE Mann Whitney. En las variables medidas en la escala cualitativa nominal (sexo, ASA, escolaridad, satisfacción, relación con el anesthesiólogo, medicación y valoración preanestésica) se expresaron en frecuencia absoluta y porcentajes. La contrastación de la diferencia entre los grupos fue a graves de la prueba Chi cuadrada. En todos los casos se consideró como estadísticamente significativo todo valor de probabilidad menor a 0.05.

## RESULTADOS

Se estudiaron 1134 pacientes postoperados, de los cuales a 820 (72.3%) se les otorgó anestesia general balanceada y a 314 (27.7%) anestesia regional incluidos bloqueo peridural y bloqueo subaracnoideo. El promedio de edad en años fue mayor para los pacientes que recibieron anestesia general  $48.1 \pm 16.84$  y  $34.31 \pm 13.52$  para los que recibieron anestesia regional. En ambos grupos de estudio predominaron las mujeres 54 % en el grupo 1 y 81 % en el grupo de anestesia regional. El estado físico de los pacientes se asignó de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA). De los 820 pacientes que recibieron anestesia general, 63% fueron ASA 2 y 22% ASA 3; y en los que se manejaron con anestesia regional (314), 70% fue ASA 2 y 11.5% ASA3. (Ver Cuadro I)

La residencia de la población estudiada quedó distribuida de la siguiente manera: México, D.F. 454 (40.1%), Estado de México 522 (46.1%), provincia 157 (13.9%). Del total de la población estudiada que recibió anestesia general, el D.F. representó 53.1%, el Estado de México 28.1% y el resto de la provincia 18.8%. Los pacientes que recibieron anestesia regional, en su mayoría radicaban en el Estado de México, esto es 93.0%, siguiéndole el D.F. con 6.1% y por último la provincia con solo 1.0%.

La escolaridad primaria y secundaria predominó en ambos grupos, siendo de 44.4% y 33.0% respectivamente. Profesionistas en 8.5% y otros

4.1%. De acuerdo a la ocupación, las estadísticas arrojaron lo siguiente: hogar 438 (38.7%), estudiantes 29 (2.6%), pensionados 206 (18.2%), profesionistas, 78 (6.9%) y oficios 382 (33.7%). En todos los grupos predominó la anestesia general, siendo marcada esta diferencia en los grupos pensionados, profesionistas y estudiantes, en orden descendente.

Todos los pacientes estudiados fueron calificados según la escala de Glasgow, obteniendo 15 puntos 100 % del grupo 2 y 98% del grupo de anestesia general. ( Ver Cuadro I).

Según la escala de Aldrete para valorar la recuperación de la anestesia, la mayoría fue calificado con 8 y 9 puntos (34 % y 63 %) seguidos de 10 puntos con 3 %. En los sujetos que recibieron anestesia general predominó la puntuación Aldrete de 9 (80%) y en los que recibieron anestesia regional prevaleció la puntuación de 8 en 79% de los casos.

Del total de pacientes estudiados 74 % se internaron 24 horas antes de la cirugía, seguidos de 25% que fueron intervenidos a las 48 horas de su internamiento y 1 % después de más de 48 horas posterior a su internamiento. En el grupo que recibió anestesia regional predominó el internamiento de 24 horas antes de la cirugía (91%) contra solo 67% del grupo de anestesia general.

En 84 % de los pacientes que recibieron anestesia general la cirugía se realizó en la fecha y hora programadas contra 78% de los de anestesia regional. Solamente 59 % de la muestra estudiada recibió visita

preanestésica lo cual predominó en 76 % de la población en quien se empleó anestesia regional (76%) contra 53% en el grupo de anestesia general. De los pacientes estudiados solamente 33 % recibió algún medicamento antes de su cirugía por parte del anesthesiologo y la mayoría 67 % no recibieron ninguno. Del total de los premedicados, 54% correspondieron al grupo de anestesia regional, contra solo 25 % de los de anestesia general.

A su ingreso al quirófano, 901 (79.5%) de los pacientes fueron recibidos por el anesthesiologo, siendo en su mayoría los que recibieron anestesia regional (95%). De los pacientes que recibieron anestesia general 74% refirió haber sido recibido por el anesthesiologo. (Ver gráfica 1).

Al despertar en la sala de recuperación, únicamente 592 (52 %) de los pacientes recuerdan haber tenido algún contacto con el anesthesiologo, siendo en su mayoría los del grupo de anestesia regional que los de anestesia general (66% y 47% respectivamente). ( Ver gráfica 2)

En cuanto a la comprensión del lenguaje que utilizó el anesthesiologo al dirigirse a los pacientes, 863 (76 %) lo comprendieron claramente, siendo en su mayoría para los de anestesia regional (91%) contra 71% de los tratados con anestesia general.( Ver gráfica 3)

En general, la relación establecida con el médico anesthesiologo fue buena, ya que 1049 (93 %) pacientes lo avalaron y solamente 78 (6.9%) pacientes opinaron lo contrario, de estos predominó el grupo de

anestesia general 8 % contra solo 4 % de anestesia regional. ( Ver gráfica 4)

El 92% (1042) de los encuestados refirió estar satisfecho con el tipo de anestesia aplicada, sin embargo el restante 8 % refirió estar insatisfecho, predominando en este apartado 10% del grupo de anestesia general contra 4% del grupo de anestesia regional. ( Ver gráfica 5)

Del universo estudiado solo 76 % afirmó que recomendaría el mismo tipo de anestesia a algún familiar o amigo, siendo ligeramente mayor el porcentaje en el grupo de anestesia regional 80% contra 74% del de anestesia general. (Ver gráfica 6)

El encuentro con el anestesiólogo fue considerado afectivo y humano por 889 (78%) de los pacientes, siendo mayor para la anestesia regional 95% contra 72% de los de anestesia general. ( Ver gráfica 7)

La calificación otorgada por los pacientes (utilizando una escala visual análoga del 1-10) a la experiencia que vivieron con el anestesiólogo en promedio fue de  $8.90 \pm 1.59$  para anestesia general y  $9.41 \pm 1.22$  para anestesia regional. ( $p = .000$ , Ver gráfica 8)

Con respecto a la comodidad que los pacientes experimentaron en el quirófano durante su cirugía, evaluada de igual manera en una escala visual análoga del 1-10 puntos. La calificación promedio para el grupo de anestesia general fue de  $9.41 \pm 1.11$  contra  $9.54 \pm 1.27$  de la anestesia regional. ( $p = .524$ , Ver gráfica 9).

## DISCUSIÓN

Para determinar la satisfacción de un paciente es necesario tomar en cuenta varios factores como son: geográficos, demográficos, culturales, sociales, expectativas del paciente, estado de salud, ocupación, nivel escolar, así como el sexo sin que se haya demostrado ser uno mas importante que otro como el factor determinante.

Por ser la satisfacción una variable subjetiva, el llegar a comprenderla resulta de vital importancia si se pretende brindar una mejor atención anestésica y reducir la litigación por una mala práctica anestésica.

Esta comprobado que una visita preanestésica de calidad, así como una buena relación medico paciente reduce la ansiedad, y si a esto le agregamos una información completa y clara de los procedimientos que se le realizarán, además de las probables complicaciones; la ansiedad puede llegar a ser mínima, obteniendo a cambio mayor cooperación del paciente.

Nosotros estudiamos la satisfacción de los pacientes de acuerdo a la técnica anestésica empleada, considerando que ésta es elegida por el anesthesiólogo y que tanto el paciente como el cirujano solo pueden sugerir en base a sus propias necesidades. Es importante puntualizar que para la elección de la técnica a utilizar, en la mayoría de los casos se toman en cuenta en orden de importancia: la técnica indicada para tal procedimiento, la seguridad del paciente, la comodidad del cirujano y por ultimo la comodidad del anesthesiólogo. A continuación la

interrogante que surge es: ¿y la comodidad del paciente en donde queda? ¿Puede ser la comodidad un indicador para valorar la satisfacción de los pacientes? En los resultados arrojados al respecto, la calificación promedio para anestesia general en una escala del 1 al 10 fue de  $9.41 \pm 1.11$  y  $9.54 \pm 1.27$  para anestesia regional, pero con una  $p = 0.524$ . A la hora de calificar la experiencia que tuvieron los pacientes con los anestesiólogos, la calificación fue de igual manera buena para ambos grupos, siendo mayor para los pacientes que recibieron anestesia regional con  $9.41 \pm 1.22$  y discretamente menor para anestesia general  $9.90 \pm 1.59$ .

En muchas ocasiones una mala experiencia predispone a los pacientes desconfiar de todo procedimiento que se realice en ellos, incluyendo las diferentes técnicas anestésicas. En la actualidad, los medios informativos juegan un papel importante para crear opiniones en los pacientes, la mayoría de estas son erradas y lejos fomentar, destruyen la relación médico-paciente. La población general mexicana tiene una pobre educación en salud comparándola con países del primer mundo y si consideramos que la práctica anestésica es en ocasiones desconocida para trabajadores de la salud, entonces que podemos esperar de la población no relacionada con nuestra profesión. Considerando a los pacientes como clientes y a los profesionales de la salud como prestadores de servicios; el ofertar de manera clara, atractiva, cómoda, en el menor tiempo y sin trámites tediosos y sin descuidar en ningún

momento la seguridad del "cliente", seguramente garantizaría una satisfacción total en la mayoría de los casos.

En nuestra revisión 92% del total de los encuestados refirió estar satisfecho con el tipo de anestesia aplicada, sin embargo 8% refirió estar insatisfecho. Siendo el 87% para el grupo de anestesia general y el 13% para regional. Y aunque la mayoría cubrió con las expectativas, el 7.9% no logro cubrirlas. David L. Brown encontró a la demora como uno de los factores principales de insatisfacción, sin embargo nosotros encontramos que de los 1134 pacientes enrolados, 837 (73.8%) se internaron 24 hr. antes de su cirugía, y 929 (81.9%) se operaron en la fecha y hora programada. 14 (1.2%) de los pacientes estudiados no sabe si su cirugía se realizó en la fecha y hora programada, esto puede deberse a falta de información o que e trate de una cirugía no programada.

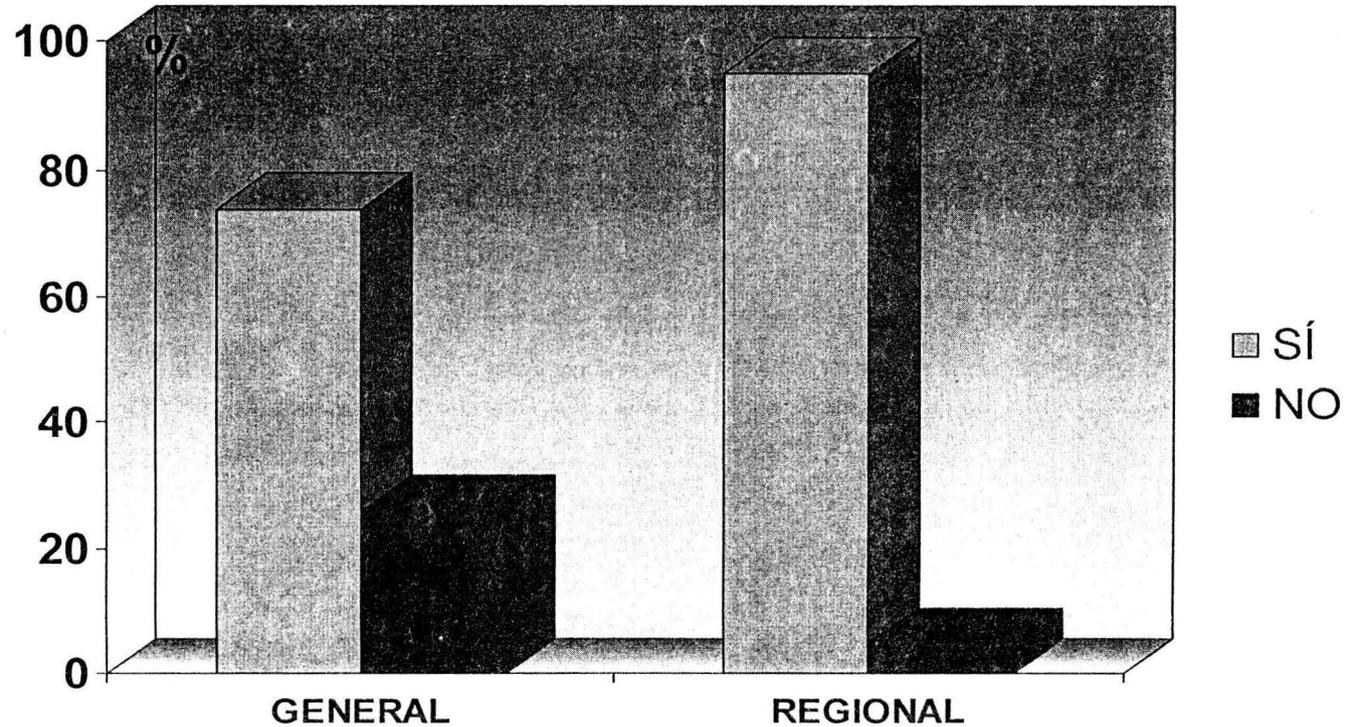
## CONCLUSIÓN

Los pacientes que recibieron anestesia regional manifestaron mayor satisfacción que los tratados con anestesia general.

## CUADRO I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

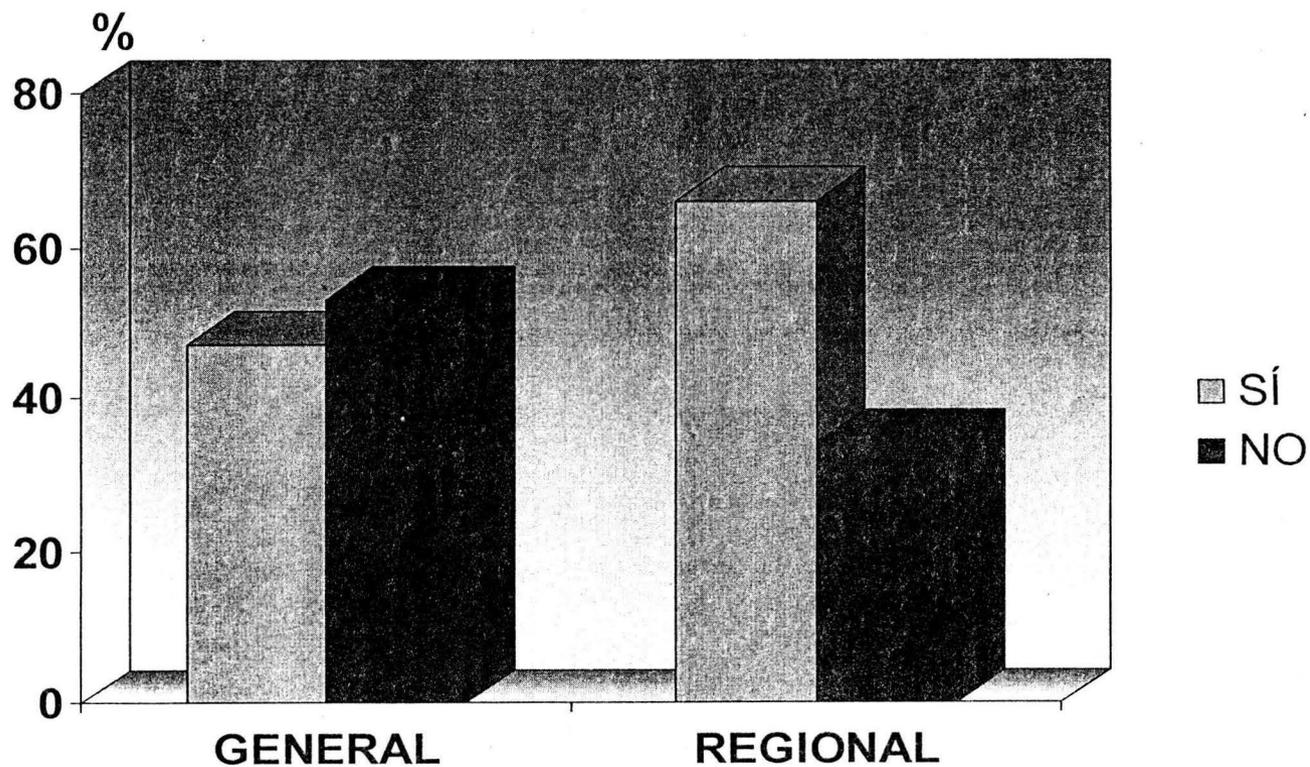
	A. GENERAL	A. REGIONAL	p
No. SUJETOS	820	314	
EDAD (AÑOS)	48.18 ± 16.84	34.31 ± 13.52	0.000
SEXO (M/F)	377 / 443	61 / 253	0.000
ASA (1/2/3/4)%	15/63/22/1	18/70/11.7/0.3	0.001
GLASGOW (15) %	98 %	100	0.20
ALDRETE	8.85 ± 0.56	8.21 ± 0.43	NS

# ¿ AL LLEGAR A QUIRÓFANO FUE USTED RECIBIDO POR EL ANESTESIÓLOGO ?



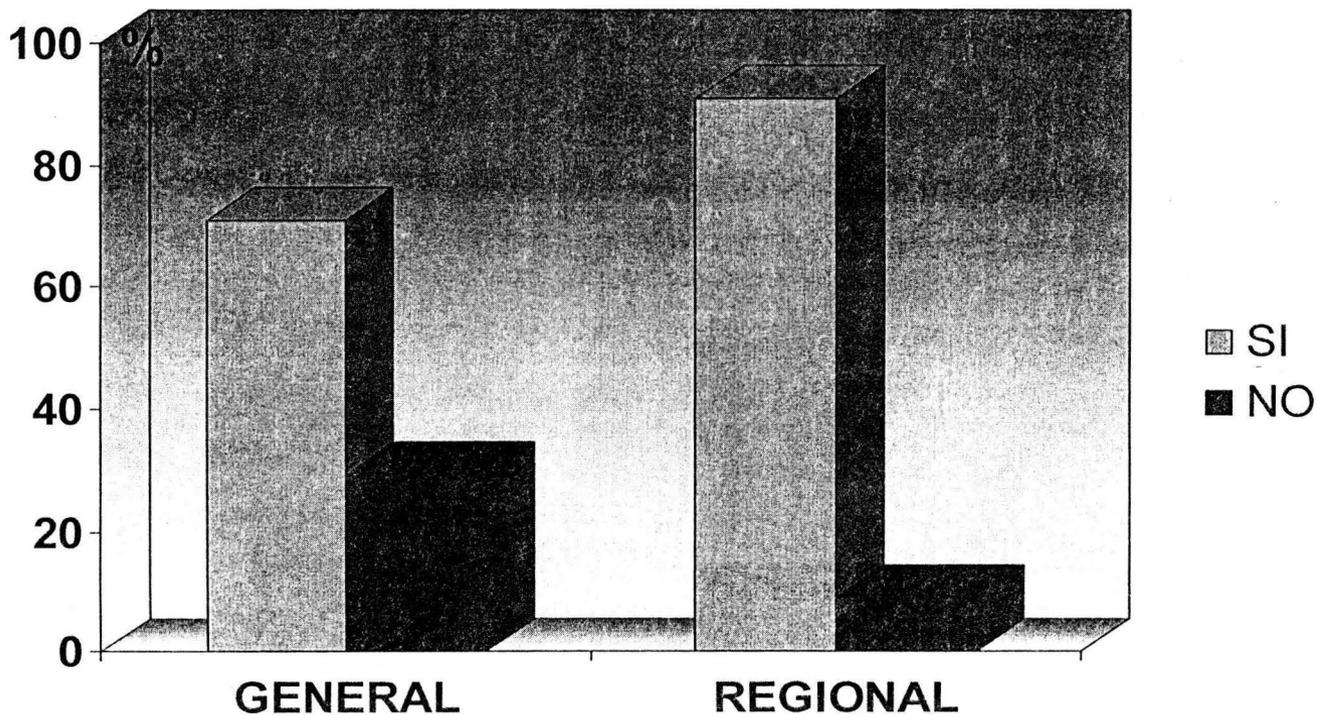
Gráfica 1

# ¿AL DESPERTAR SE ENCONTRABA EL ANESTESIÓLOGO A SU LADO ?



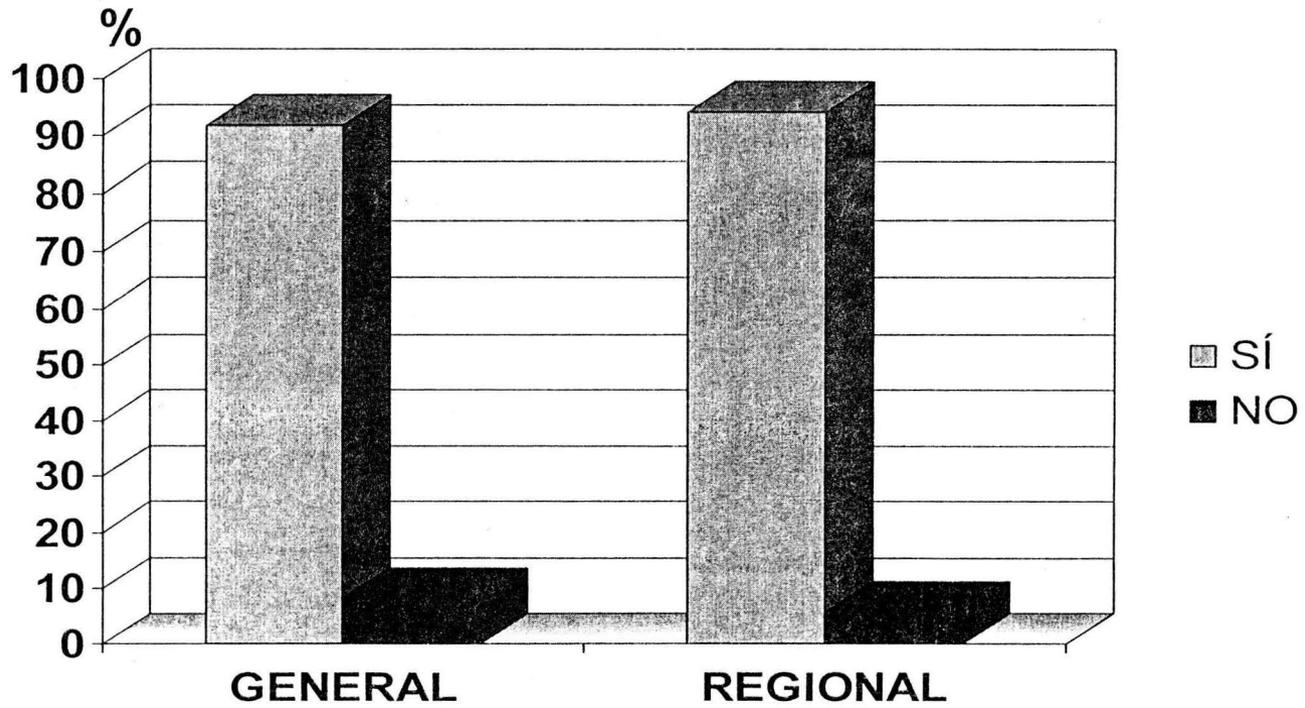
Gráfica 2

# ¿ENTENDIÓ USTED EL LENGUAJE DEL ANESTESIÓLOGO ?



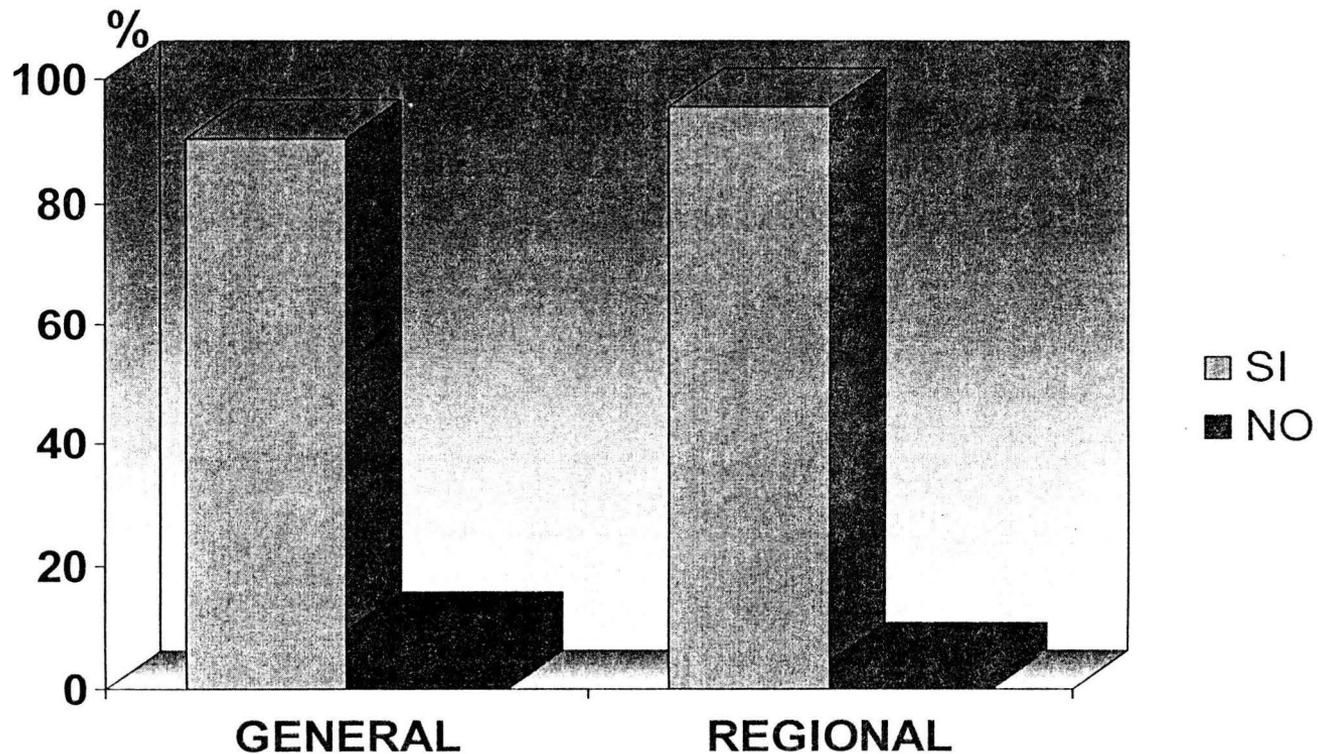
Gráfica 3

# ¿CONSIDERA QUE FUE BUENA LA RELACIÓN QUE VIVÓ CON SU ANESTESIÓLOGO ?



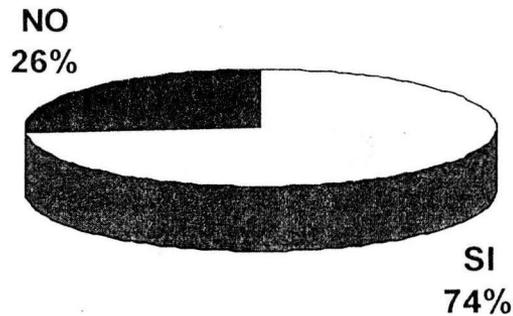
Gráfica 4

# ¿QUEDÓ USTED SATISFECHO CON LA ANESTESIA QUE RECIBIÓ?

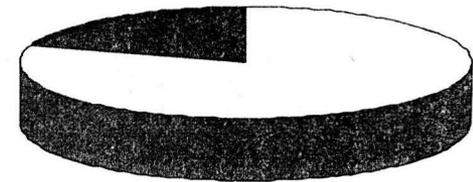


Gráfica 5

# ¿ RECOMENDARIA USTED EL TIPO DE ANESTESIA QUE RECIBIÓ ?

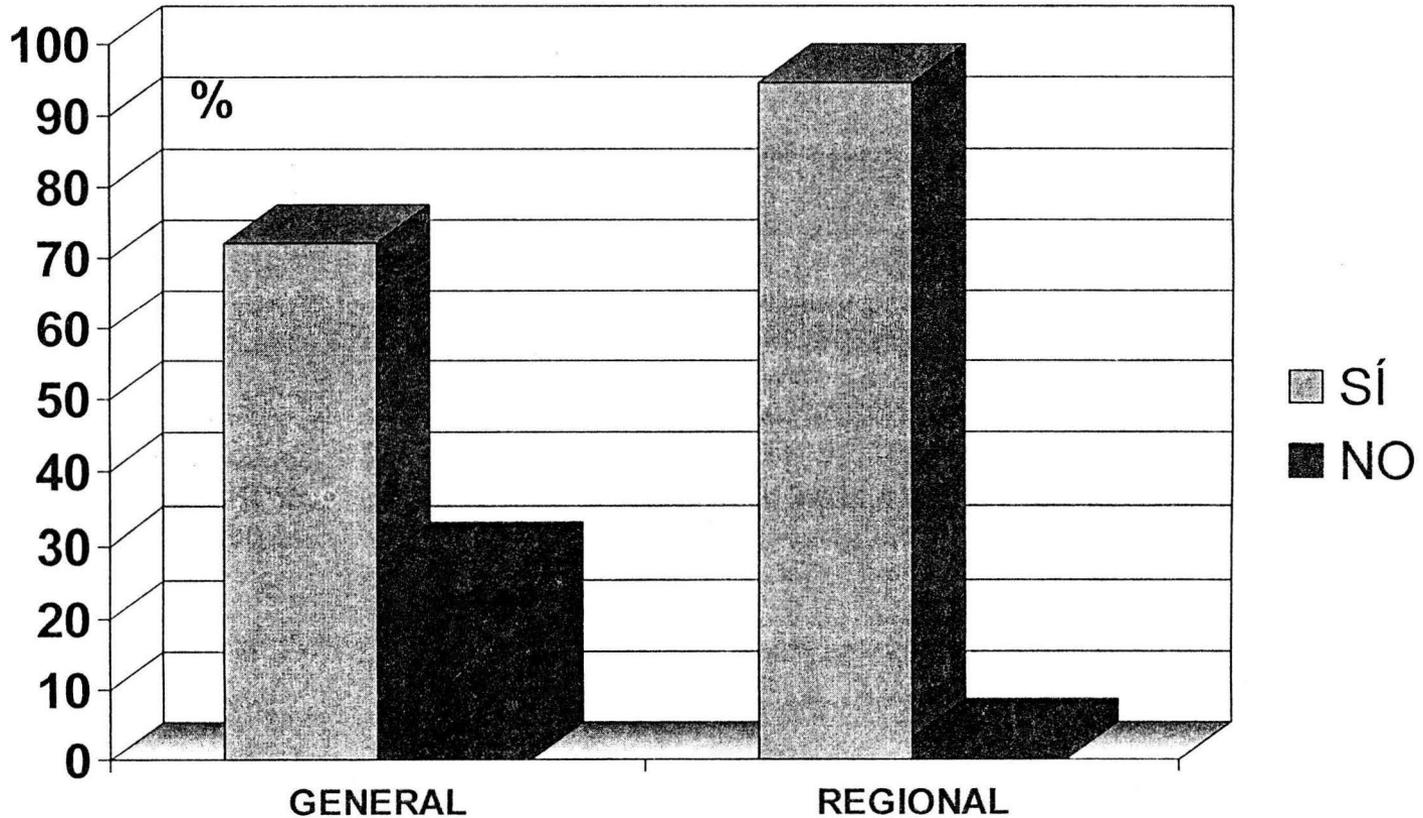


**ANESTESIA GENERAL**



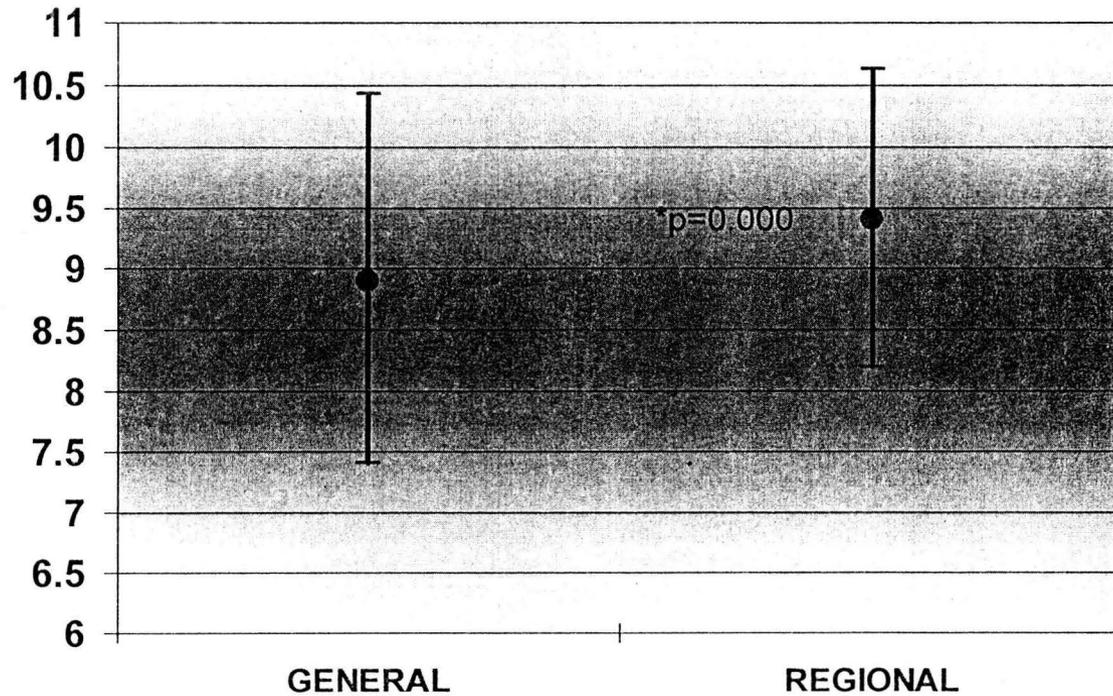
**ANESTESIA REGIONAL**

# ¿CONSIDERA QUE EL ANESTESIÓLOGO LE BRINDÓ UN TRATO HUMANO Y AFECTIVO?



Gráfica 7

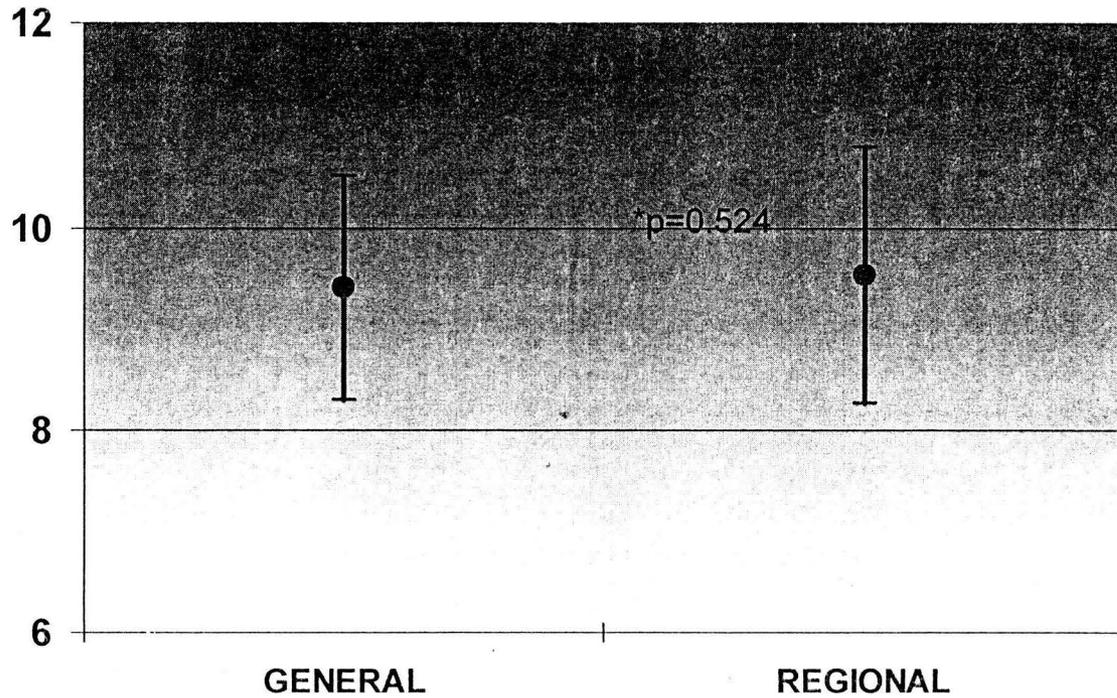
# CALIFICACIÓN OTORGADA A LA EXPERIENCIA VIVIDA CON EL ANESTESIÓLOGO



Gráfica 8

\* U-MANN WHITNEY

# CALIFICACIÓN OTORGADA A LA COMODIDAD EXPERIMENTADA EN EL QUIROFANO



Gráfica 9

\* U-MANN WHITNEY

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Liu S, Carpenter RL, Neal JM.** Epidural anesthesia and analgesia. Their role in postoperative outcome. *Anesthesiology* 1995;82: 1474-506.
2. **Burney RE, Prabhu MA, Greenfield MVH, Shanks A, O'Reilly M.** Comparison of spinal versus general anesthesia via laryngeal mask airway in inguinal hernia repair. *Archives Surgery* 2004; 139 (2): 183-187
3. **Bode RH, Lewis KP, Zarich SWP, et all.** Cardiac outcome after peripheral vascular surgery. Comparison of general and regional anesthesia. *Anesthesiology* 1996; 84:3-13
4. **Go AS, Browner WS.** Cardiac outcomes after regional or general anesthesia. Do we have the answers? *Anesthesiology* 1996; 84:1-2
5. **O'Hara D, Duff A.** The effect of anaesthetic technique on postoperative outcomes in hip fracture repair. *Anesth Analg* 2000; 92(4): 947-957.
6. **Kehlet H.** Epidural analgesia and the endocrine-metabolic response to surgery: Update and perspectives. *Acta Anaesthesiol Scand* 1984; 28:125-7.
7. **Moller IW, Hjortso E, Krantz T, Wandall E, Kehlet H.** The modifying effect of spinal anaesthesia on intra- and postoperative adrenocortical and hyperglycaemic response to surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1984; 28:266-9.
8. **Tuman KJ, McCarthy RJ, March RJ, DeLaria GA, Patel RV, Ivankovich AD.** Effects of epidural anesthesia and analgesia on coagulation and outcome after major vascular surgery. *Anesth Analg* 1991; 73:696-704.
9. **O'Dwyer PJ, Serpell MG.** Local or general anesthesia for open hernia repair: a randomized trial. *Anesth Analg* 2003; 237(4): 574-579.
10. **Pascoe GC.** Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval prog Plan* 1983; 6: 185-210.

11. **Hulka BS, Krupper LL, Daly MB.** Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: A community perspective. *Medical Care* 1975; 13: 648-56.
12. **Cleary PD, Mc Neiel BJ.** Patient satisfaction as indicator of quality care. *Inquiry* 1988; 25: 25-36.
13. **Beer RA, O'Leary CE, Franklin PD.** Comparing the history taking methods used during a preanesthesia visit: The Health Quiz Versus the Written Questionnaire. *Anesth Analg* 1998; 86: 134-137.
14. **Francis V, Korsch MB, Morris JB.** Gaps in doctor patient communication. Patients response to medical advice. *N Engl J of Med* 1969; 280: 535-540.
15. **Dexter F, Aker J, Wright WA.** Development of a measure of patient satisfaction with monitored anaesthesia care. *Anesthesiology* 1997; 87: 865-73.
16. **Brown DL, Warner ME, Schroeder DR, Offord KP.** Effect of intraoperative anesthetic avents on postoperative patient satisfaction. *Mayo Clin Proct* 1997; 72: 20-25.
17. **Chávez HM, Alvarez MM, García PM.** Satisfacción laboral en médicos y enfermeras. *Rev Méd IMSS* 1996; 253-256.
18. **Green FK, Ware JE.** Patients participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Inter Med* 1988; 3: 448-457.
19. **Kopp, JV, Shafer A.** Anesthesiologists and perioperative communication. *Anesth Analg* 2000; 93 (2): 548-555.
20. **Tarlow AR, Ware JE, Green F.** The medical outcomes study: and applications of methods for monitoring the result of medical care. *JAMA* 1989; 262: 925-30.
21. **Guyatt GII, Feeney DI.** Measuring health related quality at life. *Ann intern Med* 1993; 118: 622-9.
22. **Williams B.** Patient satifaction; a valid concept? *Society Medical Scandinava* 1994;38: 509-516.
23. **Ong LML, De Haes JCJM, Hoss AM.** Doctor-patient communication. A reviw of the literature. *Society Medical Scandinava* 1995;7: 903-18.

24. **Tong D, Chung F.** Anesth Analg 1997; 87 (4) : 856-64.

25. **Fung D, Cohen:** Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. Anesth Analg 1998; 87 (5): 1089 -1098.