

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 SEPULVEDA G"  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

**IMPACTO DE LA VALORACIÓN  
PREANESTESICA SOBRE LA SATISFACCIÓN  
ANESTESICA EXPERIMENTADA POR LOS  
PACIENTES**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA  
P R E S E N T A :  
DR. OSCAR GASTELUM ZATARAIN

ASESOR DE TESIS: DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES



MÉXICO, D.F.

MARZO 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI

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

TITULO

***IMPACTO DE LA VALORACIÓN PREANESTÉSICA SOBRE LA  
SATISFACCIÓN ANESTÉSICA EXPERIMENTADA POR LOS  
PACIENTES***

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA**

PRESENTA:

**DR. OSCAR GASTÉLUM ZATARÁIN**

ASESOR DE TESIS:

**DR: ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES**

MEXICO, D.F. MARZO 2004

*[Handwritten signature]*

*[Faint stamp and handwritten signature]*

DOCTOR  
**ALFONSO QUIRÓZ RICHARDS**

Profesor titular del Curso Universitario de especialización en Anestesiología  
Jefe del Servicio de Anestesiología  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

*[Handwritten signature]*

Maestro en Ciencias Médicas  
**ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES**

Jefe de la División 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.M.N. SIGLO XXI  
IMSS HOSP. DE ESPECIALIDADES  
**RECIBIDO**  
29 MAR 2004  
IV. EDUCACION E INVESTIG. MEDICA

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS:**

Por ser todo para mí.

### **A MI ESPOSA:**

Por su apoyo, comprensión, por estar conmigo en los momentos difíciles de mi vida. **TE AMO.**

### **A MIS PADRES:**

Por guiarme con paciencia hacia el camino del bien. **GRACIAS.**

### **A MIS HERMANOS:**

Por su compañía y apoyo.

### **A MIS COMPAÑEROS:**

Por hacer llevadera mi formación como residente.

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

Por ayuda idónea en la elaboración de mi tesis.

### **A LA DRA. ISIDORA VASQUEZ:**

Por ser un gran apoyo para el médico residente.

## DEDICATORIA

**A MIS HIJOS: OSCAR EDUARDO Y DIANA SOFIA**  
Por ser mi motivo diario que me impulsa a salir adelante.

## INDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	11
DISCUSIÓN.....	17
CONCLUSIONES.....	21
CUADROS Y GRÁFICAS.....	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

## RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La evaluación pre-anestésica resulta de vital importancia si se pretende ofrecer una atención de buena calidad y eficacia por el médico anestesiólogo, obteniendo así una experiencia significativa en todos los pacientes, ¿ Se logrará su satisfacción y comodidad?

**OBJETIVO:** Conocer si existen diferencias en grado de satisfacción en aquellos pacientes que recibieron valoración pre-anestésica antes de pasar a quirófano.

**DISEÑO:** estudio observacional, prospectivo, transversal y comparativo.

**MATERIAL Y METODOS:** De acuerdo a lo que norma la Declaración de Helsinki a nivel internacional y la Ley general de Salud en nuestro país, el proyecto fue aprobado por el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades y en vista de que no se aplicó ninguna maniobra experimental solamente se solicitó la autorización verbal de los pacientes interesados en participar. Se tomaron en cuenta todos los pacientes hospitalizados que serían intervenidos quirúrgicamente en área de quirófanos del Hospital de Especialidades CMN siglo XXI y HGZ # 68 del IMSS en un periodo de enero de 2000 a enero de 2003, aplicando 24 horas después del acto anestésico un cuestionario previamente validado (alfa de Cronbach de 0.80) con 16 preguntas relacionadas con el grado de satisfacción y visita por el médico Anestesiólogo previo a pasar a quirófano.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 1193 pacientes y de acuerdo al antecedente de valoración preanestésica se formaron dos grupos de estudio. El primer grupo quedó constituido por 728 pacientes ( 61 % ) que recibieron valoración preoperatoria por el anestesiólogo y el segundo grupo de 465 sujetos ( 39 % ) que no fueron valorados preanestésicamente. De acuerdo a la calificación otorgada por los pacientes (utilizando una escala visual análoga de 1-10) a la experiencia que vivieron con el anestesiólogo fue un promedio de  $9.41 \pm 1.28$  para los que recibieron valoración preoperatoria y  $8.43 \pm 1.59$  para los que no recibieron valoración preoperatoria. ( $p=0.000$ ), con respecto a la comodidad que los pacientes experimentaron durante su estancia en quirófano (utilizando una escala visual análoga de 1-10) fue  $9.54 \pm 1.03$  para los que recibieron valoración y  $9.22 \pm 1.29$  para los que no recibieron valoración preoperatoria ( $p=0.000$ )

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes que fueron valorados preoperatoriamente por el médico anestesiólogo reportan un porcentaje de satisfacción mayor que los que no recibieron esa valoración.

**PALABRAS CLAVES:** *satisfacción, valoración preanestésica*



**SUMMARY:**

**INTRODUCTION:** Is the pre-anesthetic evaluation of vital importance if seeks to offer an attention of good quality and effectiveness for the medical anesthetics, obtaining this way a significant experience in all the patients, was it achieved its satisfaction and comfort?

**OBJECTIVE:** To know if difference exists in degree of satisfaction in those patients that received pre-anesthetic valuation before passing to room operation.

**DESIGN:** I study observational, prospective, traverse and comparative.

**MATERIAL AND METHODS:** according to that norm the declaration of Helsinki to international level and the general law of health in our country, the project was approved by the local committee of investigation of the hospital specialties and in view of the fact that any experimental maneuver was not applied the verbal authorization of the patients it was only requested interested in participating. They took into account all the hospitalized patients that they would be intervened surgically in the room operation of Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI and HGZ No. 68 of the IMSS in a period of January of 2000 to January of 2003, applying 24 hours after the anesthetic act a previously validated questionnaire (alpha of cronbach 0.80) with 16 questions related with the degree of satisfaction and it visits for the medical previous anesthetist to pass to room operation.

**RESULTS:** 1193 patients were studied and according to the antecedent of valuation pre-anesthetic they were formed two study groups. The first group was constituted by 728 patients (61%) that received valuation preoperative for the anesthetist and the second group of 465 fellow (39%) that valued preanesthetic. According to the qualification granted by the patients (using a visual scale similar of 1-10) to the experience that lived with the anesthetist an average of  $9.41 \pm 1.28$  for those that received evaluation preoperative and  $8.43 \pm 1.59$  for those that didn't received experienced during their stay room operative (using a visual scale similar of 1-10) was it  $9.54 \pm 1.03$  for those that received evaluation and  $9.22 \pm 1.29$  for those that didn't received evaluation preoperative ( $P=0.000$ ).

**CONCLUSION.** The patients that preoperative was valued by the medical anesthetist report and porcentage of more satisfaction that those that didn't received that evaluation.

*Key Words. Satisfaction and preanesthetic evaluation.*

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

La evaluación pre-anestésica es responsabilidad del médico anesthesiologo, consiste en la información recabada de múltiples fuentes como son los archivos médicos del paciente, entrevista, examen físico y hallazgos. Se realiza con algunos propósitos como son: (I) identificación de una enfermedad o desorden que pueda afectar el cuidado peri-operatorio del paciente; (II) comprobación de una enfermedad, terapia médica o alternativa para el manejo peri-operatorio anestésico y (III) formulación de planes para el cuidado peri-operatorio. <sup>(1)</sup>

Actualmente la práctica de la anestesia ya no está confinada solo a la sala de operaciones ni se limita a hacer que los pacientes sean insensibles al dolor, se requiere que el anesthesiologo visite al paciente desde antes de entrar a un quirófano, la evaluación pre-operatoria del paciente quirúrgico ayuda a conocer la condición médica del paciente, esto refuerza el conocimiento del anesthesiologo para poder formular un plan anestésico durante el transoperatorio y postoperatorio. Este acercamiento comienza con la evaluación pre-operatoria. Fisher y col describen en su estudio durante un tiempo de 24 meses un programa de evaluación pre-operatoria por el servicio

de Anestesiología del Hospital Universitario de Stanford California, obteniendo resultados muy aceptables para poder ofrecer una atención de buena calidad y eficacia por el anestesiólogo y satisfacción del paciente. <sup>(2)</sup>

Para los pacientes la satisfacción representa en teoría una evaluación de la experiencia con los servicios de salud, la cual está basada en valores, percepción, e interacción y también de reacciones emocionales. La satisfacción del paciente es por lo tanto una un indicador de la calidad de los servicios médicos <sup>(3)</sup> Se ha demostrado que una buena relación médico paciente durante la valoración pre-anestésica, reduce la ansiedad en el paciente, ya que brinda a la paciente información acerca del manejo anestésico y se da respuesta a sus inquietudes. <sup>(4)</sup>

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 de los pacientes que son sometidos bajo anestesia general endovenosa que los de balanceada. <sup>(5)</sup>

Por lógica la satisfacción del paciente, en relación con la anestesia es un indicador de la calidad del control del dolor postoperatorio. Se han diseñado diversos instrumentos de medición basados en cuestionarios y entrevistas las

cuales se han sometido a los procesos de validación correspondiente con la única finalidad de evaluar eficientemente la satisfacción del paciente y conocer su opinión con respecto al tratamiento anestésico. <sup>(6,7)</sup>

La ansiedad es una de las sensaciones que con más frecuencia experimenta el ser humano. Se ha definido como sensación compleja, difusa y desagradable que se expresa por un sentimiento de temor, una condición emocional transitoria que consiste en tensión, aprehensión, nerviosismo, preocupación, aumentando la actividad del sistema nervioso autónomo como son: aumento de frecuencia cardiaca y tensión arterial, aumento de frecuencia respiratoria, tensión muscular, diaforesis, liberación de grasas y azúcares al torrente circulatorio, liberación de factores de coagulación y disminución de función digestiva, que esto nos lleva a presentar reacciones agresivas experimentadas por el paciente como aumento de dolor postoperatorio, además la ansiedad determina el consumo de analgésicos en el manejo de dolor, así como aumentó en el consumo intra operatorio de medicamentos anestésicos. <sup>(8,9)</sup>

La ansiedad podemos clasificarla en: Ansiedad normal: grado medio o moderado es parte de la experiencia normal. Es un estado de ánimo transitorio reflejo de la conciencia de la amenaza de un suceso desagradable o puede acompañar a un

deseo intenso. La palabra temor se aplica a experiencias emocionales semejantes cuando constituyen una respuesta a amenazas reales o imaginarias, normalmente exteriores al organismo. Ansiedad patológica o morbosa: cuando su frecuencia, gravedad o duración puede llegar a comprometer el bienestar o eficacia. Los estados de ansiedad varían en gravedad y duración, puede presentarse en los estados agudos y graves pánico y pueden ser crónicos leves o graves. Y Ansiedad situacional: es la ansiedad experimentada en un momento dado. Se trata de un típico fenómeno "aquí y ahora".

Es muy importante para el tratamiento anestésico una adecuada preparación psicológica, esto incluye la visita y entrevista pre-operatoria con el paciente y sus familiares. El anestesiólogo debe explicar los sucesos que se esperan y el tratamiento anestésico propuesto con el objeto de reducir la ansiedad y la aprensión<sup>(10)</sup>

La ansiedad se ha definido como una característica básica de la personalidad, los estados de ansiedad pre-operatoria son intensa y el paciente siempre espera poder llegar lo más tranquilo al quirófano, lo que parece ser una intervención menor para el anestesiólogo y el cirujano, puede suponer una situación penosa para el paciente, una visita por parte del anestesiólogo antes

de la intervención resulta a menudo muy eficaz buscando reducir la ansiedad disminuyendo así muchos miligramos de medicamentos depresores <sup>(11)</sup>

#### **MATERIAL Y METODOS:**

El diseño metodológico que se utilizó en este estudio fue observacional, prospectivo, transversal y comparativo. El universo de trabajo quedó integrado por los pacientes hospitalizados en el 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 que ameritaron algún tipo de intervención de parte del servicio de Anestesiología. La variable dependiente utilizada en el estudio fue valoración preoperatoria, la variable independiente fue satisfacción. La selección de pacientes mediante un muestreo aleatorio simple. Los pacientes que se incluyeron en el estudio fueron los adultos que aceptaron participar en este estudio, de cualquier edad y sexo programados para algún procedimiento quirúrgico en el cual se requirió apoyo anestésico, que no tuvieran alguna afección física y/o neurológica. No fueron incluidos pacientes intubados o inconscientes y a los que no desearan participar en el estudio. Se excluyeron los cuestionarios incompletos o ilegibles.

De acuerdo a lo que norma la Declaración de Helsinki a nivel internacional y la Ley general de Salud en nuestro país, el proyecto fue aprobado por el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades y en vista de que no se aplicó ninguna maniobra experimental solamente se solicitó la autorización verbal de los pacientes interesados en participar.

El día previo a la cirugía, se revisó la lista de programación quirúrgica identificando a los posibles candidatos, incluyendo a todo el paciente que cumplieran con los criterios de inclusión antes mencionados. Se recolectaron datos relacionados con el nombre, número de afiliación y número de cama. Acudiendo posteriormente a los diferentes servicios, localizando el expediente clínico donde se tomaron datos generales como: Sexo, Residencia, Escolaridad y Ocupación; el resto de los datos como Diagnóstico, cirugía realizada, técnica anestésica, estado físico de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos ( ASA ), calificación obtenida en el postoperatorio inmediato de la escala de Aldrete se obtuvo de la hoja de registro anestésico. Una vez localizado cada paciente en su cama se le invitó 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 con el que se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,8 se analizaron cada una de las preguntas y se obtuvo el poder discriminativo con la prueba t de student, para determinar si el instrumento diferenciaba entre los sujetos que estaban satisfechos o no con la atención que les proporcionó el anestesiólogo. El cuestionario se relaciona con la puntualidad o diferimiento de la cirugía, trato humano y afectivo, satisfacción con la modalidad anestésica empleada. Otros rubros recaban datos como visita del médico anestesiólogo antes de su ingreso a quirófano, medicación preanestésica, recepción en la Sala de quirófano, contacto del médico anestesiólogo en la sala de recuperación, comprensión del lenguaje utilizado por el médico anestesiólogo, la relación con el médico anestesiólogo, la satisfacción con el tipo de anestesia empleada en su persona, se pregunta si recomendaría a un familiar la anestesia empleada en caso necesario, además de que si considera humano y afectivo el encuentro con el médico anestesiólogo. Con la finalidad de endurecer la subjetividad de las variables, en la parte final del cuestionario usamos una escala visual análoga del del 1 al 10 (1=puntaje más baja y 10= puntaje más alto), solicitándole que le diera una calificación a la experiencia que había vivido con el médico



anestesiólogo y a la comodidad que experimentó durante su estancia en el quirófano.

Los datos fueron capturados en el programa SPSS 11.0, para Windows. En las variables medidas en la 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 médico 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 de U de E Mann Whitney. En las variables medidas en la escala cualitativa nominal ( sexo, ASA, Escolaridad, Satisfacción, Relación con el anestesiólogo, medicación, valoración preoperatoria) se expresaron en frecuencia absoluta y porcentajes. La contrastación de la diferencia entre los grupos fue a través de la prueba Chi cuadrada. En todos los casos se consideró como estadísticamente significativo todo valor de probabilidad menor a 0.005.

## RESULTADOS:

Se estudiaron 1193 pacientes y de acuerdo al antecedente de valoración preanestésica se formaron dos grupos de estudio. El primer grupo quedó constituido por 728 pacientes ( 61 % ) que recibieron valoración preoperatoria por el anestesiólogo y el segundo grupo de 465 sujetos ( 39 % ) que no fueron valorados preanestésicamente. En cuanto a su género queda distribuido en ambos grupos predomina género femenino con 471 (64.7%) para los que recibieron valoración y 261 (56.1%) para los que no recibieron valoración. En cuanto al género masculino fue 257 (35.3%) para los que recibieron valoración y 204 (43.9%) para los que no recibieron valoración. El promedio de edad en años fue mayor para los pacientes que no recibieron una valoración preoperatoria  $46.27 \pm 17.64$  y para los que recibieron valoración fue  $43.79 \pm 6.69$  ( $p=0.016$ . ( Ver Cuadro I )

De acuerdo a la calificación otorgada por los pacientes (utilizando una escala visual análoga de 1-10) a la experiencia que vivieron con el anestesiólogo fue un promedio de  $9.41 \pm 1.28$  para los que recibieron valoración preoperatoria y  $8.43 \pm 1.59$  para los que no recibieron valoración preoperatoria. ( $p=0.000$ , Ver

gráfica 1). con respecto a la comodidad que los pacientes experimentaron durante su estancia en quirófano (utilizando una escala visual análoga de 1-10) fue  $9.54 \pm 1.03$  para los que recibieron valoración y  $9.22 \pm 1.29$  para los que no recibieron valoración preoperatoria ( $p=0.000$ , Ver gráfica 2)

La residencia de la población estudiada quedo distribuida para los pacientes que recibieron valoración preoperatoria: México, D.F 254 (34.9%), Estado de México 367 (50.5%), provincia 106 (14.6%) y para los que no recibieron valoración: México, D.F. represento 238 (51.2%), Estado de México 170 (36.6%), Provincia 57 (12.3%).

La escolaridad de los pacientes estudiados del grupo que recibió valoración predominó primaria y secundaria 283 (38.95) y 257(35.3%), preparatoria 83 (11.4%), profesionista 69 (9.5%) y otros 36 (4.9%). En cuanto al grupo que no recibió valoración igualmente predomina primaria y secundaria 240 (51.6%) y 130 (28%), preparatoria 50 (10.8%), profesionistas 33 (7.1%) y otros con 12 (2.6%).

De acuerdo a la ocupación, las estadísticas arrojaron lo siguiente: en ambos grupos predominó hogar 332 (45.6%) y 133 (28.7%), seguido oficios 210 (28.8%) y 191 (41.2%), pensionados 109 (15%) y 104 (22.4%), profesionistas

51(7%) y 30 (6.5%) y por último estudiantes 26 (3.6%) y 6 (1.3%) respectivamente.

El estado físico de todos los pacientes estudiados se asignó de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA. De los pacientes que recibieron valoración preoperatoria, predomina ASA 2 con 476 (65.4%), ASA 3 127(17.4%), ASA 1 120 (16.5%) y ASA 4 5 (0.7%. En cuanto al grupo que no recibió valoración preoperatoria predomina ASA 2 296 (63.7%), ASA 3 100 (21.5%), ASA 1 66 (14.2%) y ASA 4 3 (0.6%).

En cuanto al tipo de técnica anestésica recibida fueron los siguientes resultados: de los pacientes que se les otorgo valoración preoperatoria fue Anestesia general balanceada con 426 (58.5%), anestesia regional y local 260 (35.7%) y anestesia general endovenosa total fue 42 (5.8%. En el grupo de paciente que no recibió valoración predomina la anestesia general balanceada con 257 (55.3%), anestesia general total endovenosa 132 (28.4%) y la anestesia regional y local 76 (16.3).

Todos los pacientes estudiados fueron calificados según la escala de Glasgow para valorar su estado de conciencia, se obtuvo 15 puntos en ambos grupos un 100% respectivamente. (Ver Cuadro I)

Según la escala de Aldrete para valorar la recuperación de la anestesia predomina en ambos grupos la calificación de 8 y 9 ( 34.9% y 61.3%) en el grupo que recibió valoración y (30.1% y 67.5%) en el grupo que no recibió valoración, seguido de calificación de 10 en ambos grupos con (3.2% y 2.2%) respectivamente.( Ver Cuadro I)

Del total de pacientes estudiados que fueron internados en cuanto a las horas antes del procedimiento quirúrgico predominó en ambos grupos los de 24 horas antes con un resultado de ( 74.5% y 74.4%), seguido de 48 horas antes con (23.9% y 24.1%), y por último los de más de 48 horas de internamiento con (1.6% y 1.5%) respectivamente.

En cuanto a cabo a la fecha y hora programada del procedimiento quirúrgico fue llevado al cabo de manera oportuna ( 87.6% y 74%) seguida de (11.3% y 24.5%) no fue llevada a cabo en cuanto hora y fecha programada y (8% y 7%) no supo si fue llevada a cabo a la fecha y hora programada.

En ambos grupos de paciente solo recibieron medicamento antes de su intervención quirúrgica un total de (44.4% y 11.4%) y un (51.2% y 87.3%) no

recibieron indicación de medicamentos previo a pasar a su cirugía, respectivamente. ( Ver Cuadro I)

A su ingreso a quirófano en ambos grupos fueron recibidos por el anestesiólogo en un (90.9% y 62.8%) en cuanto a los que no fueron recibidos por el anestesiólogo en ambos grupos fue (7.6% y 36.3%) y en los pacientes que no supieron si fueron recibidos por el anestesiólogo en ambos grupos (1.5% y 0.9%). ( Ver gráfica 3 )

Al despertar en la sala de recuperación se reporta en el grupo que recibieron valoración preoperatoria recuerda haber tenido contacto con el anestesiólogo 497 (68.3%) 216 (29.7%) no recuerdan haber tenido contacto con el anestesiólogo al despertar. En el grupo de los que no recibieron valoración se reporto: 149 (32%) si tuvo contacto con el anestesiólogo al despertar 312 (67.1%) no tuvo contacto con el anestesiólogo. (Ver gráfica 5 )

En cuanto al lenguaje utilizado por el anestesiólogo fue entendido en el grupo que recibió valoración 648 (89.1%), no entendieron 74 (10.2%) y no supieron 5 (0.7%). En el grupo de los que no recibieron valoración se reportó con 270 (58.1%) fue entendido el lenguaje 193 (41.5%) no entendieron el lenguaje

utilizado por el anestesiólogo y solo dos pacientes (0.4%) contestó no sé. (Ver gráfica 4 )

En general, la relación establecida con el médico anestesiólogo fue buena en ambos grupos con (95.9% y 87.5%) se consideró mala en 3.4% y 11.8%, respectivamente. (Ver gráfica 6)

En ambos grupos de pacientes encuestados predomina satisfacción con el tipo de anestesia que se aplicó en un (95.9% y 86.7%), sin embargo en ambos grupos respondieron lo contrario (4% y 13.1%) respectivamente. (Ver gráfica 7)

El universo de pacientes estudiados afirmó en ambos grupos recomendar el tipo de anestesia que se le había otorgado ( 88% y 58.5%) sin embargo 9.8% y 38.9 % afirmó lo contrario en ambos grupos respectivamente. ( Ver gráfica 8)

## DISCUSIÓN:

La valoración preanestésica pretende conocer el estado físico del paciente previo al procedimiento quirúrgico, para formular una técnica anestésica adecuada a la condición médica y técnica quirúrgica a realizar, con esto podemos prever eventualidades tanto en el tras anestésico como postanestésico. Está demostrado que el contacto previo del médico anesthesiólogo con el paciente durante la visita preoperatoria reduce el estado de ansiedad ya que es frecuente que los pacientes previos a pasar a quirófano son encontrados bajo estrés esto produce una liberación de numerosas sustancias aumentando la actividad simpática, o por ello es importante apoyarnos con una buena medicación preanestésica para poder disminuir la ansiedad del paciente y por ende el mayor consumo de fármacos anestésicos corroborando esto con lo ya publicado en diferentes artículos. Además se han obtenido resultados muy importantes en los cuales toman en cuenta la satisfacción del paciente para ofrecer una atención de buena calidad y eficacia por el anesthesiólogo mencionando que la satisfacción es un indicador de calidad de los servicios médicos. Se mantiene controversia en el estudio del paciente que sea sometido a una anestesia ambulatoria se cuestiona ¿ Es necesario la



evaluación preanestésica? El Anestesiólogo tiene un importante papel en la detección y estabilización de los problemas médicos coexistentes, en proporcionar información sobre el tipo de anestesia y cuidados postoperatorios necesarios, en disminuir el grado de ansiedad, y en obtención del consentimiento informado. Se ha comprobado que su intervención permite disminuir las ínter consultas con otros especialistas médicos, reducir las pruebas complementarias preoperatorios y prevenir cancelaciones innecesarias el día de la cirugía. Por todo ello, cada vez con mayor frecuencia los Anestesiólogos dirigen el proceso de la preparación de los pacientes para la cirugía, con el doble objetivo de asegurarla calidad y permitir un mejor control de los costos. <sup>(12)</sup>

En Madrid, España sé a revisado la controversia que existe por quien realice la valoración preoperatoria entre Cardiólogos, Internistas, Geriatras y Anestesiólogos con el fin de mejorar la calidad asistencial. Donde se concluye sea el médico Anestesiólogo quien la realice ya que es quien estudia cualquier alteración intercurrente o de medicación que pueda influir en la respuesta de su organismo a las diferentes técnicas anestésicas y porque hay mandamientos y ordenamientos jurídico legales que así lo establecen. <sup>(13)</sup>

El B.O.C.A.M. ( Boletín Oficial de la comunidad Autónoma de Madrid)

"Cualquier enfermo sometido a intervención quirúrgica programada, debe ser previamente revisado en consulta preoperatoria por el anesthesiólogo según protocolo establecido, el cual, queda incorporado a la historia clínica. Cualquier enfermo debe ser informado sobre tipo de técnica. etc." **Sentencias del Tribunal Supremo dice:** " El estudio y valoración del riesgo preoperatorio o preanestesia, por ser referente para el cirujano y el paciente para el mantenimiento, aceptación y ejecución de la indicación quirúrgica, deberá realizarse inexcusablemente, por un anesthesiólogo".

Encontrando en esta discusión que la valoración preanestésica aparte de ayudar a reducir la morbí-mortalidad, es importante informar al paciente mejorando la relación medico-enfermo; obteniendo un consentimiento informado, así mismo ayudando a reducir la ansiedad y mejorar la calidad asistencial.<sup>(13)</sup>

Creo conveniente por tanto iniciar el programa en todos los hospitales ya sea de red privada o red pública la implantación de consulta externa para la evaluación preoperatoria así obtendremos muchas ventajas, una valoración global del paciente, una adecuada coordinación entre los distintos servicios hospitalarios, laboratorio y gabinete disponible para evitar desplazamientos de

pacientes en días y lugares distintos y distantes y así en menos de 24 hrs poder emitir el informe o valoración preanestésica con ello evitar diferir paciente quirúrgico ya sea en hospital o quirófano, se disminuiría estancia hospitalaria, Con la consulta preanestésica además se mejoraría la imagen del Anestesiólogo ante el paciente y los especialistas quirúrgicos.

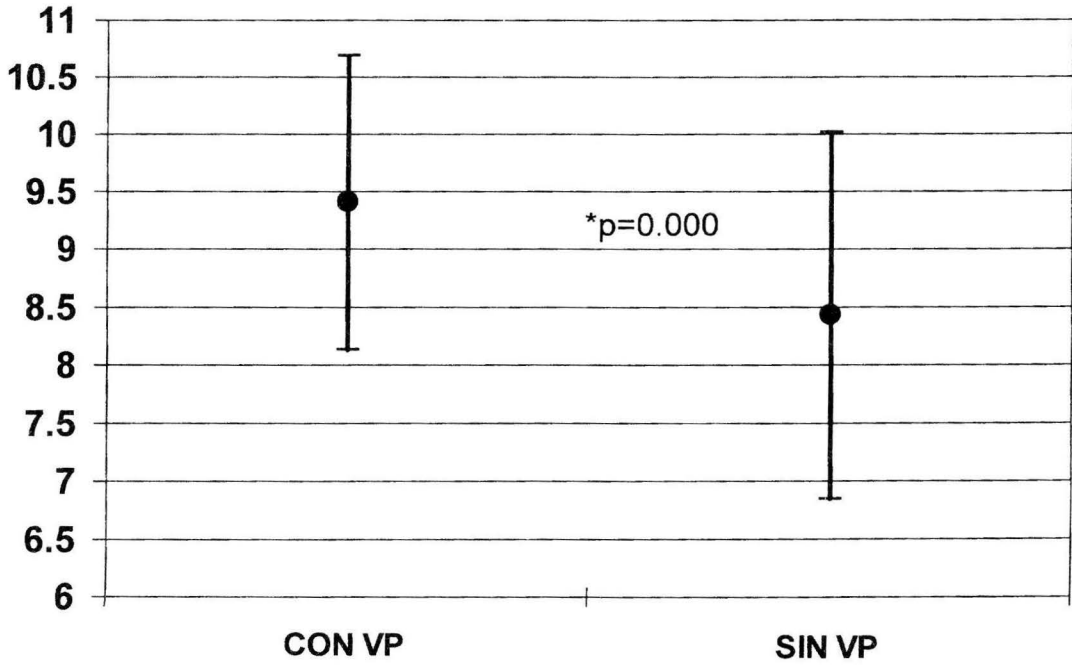
## CONCLUSIÓN:

Los pacientes que fueron valorados preoperatoriamente por el médico anestesiólogo reportan un porcentaje de satisfacción mayor que los que no recibieron esa valoración.

## CUADRO I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

	CON VALORACIÓN PREANESTÉSICA	SIN VALORACIÓN PREANESTÉSICA	p
No. SUJETOS	728	465	
SEXO (M/F) %	35.3/64.7	43.9/56.1	0.002
EDAD (AÑOS)	43.79 ± 16.69	46.27 ± 17.64	0.005
MEDICACIÓN PREANESTÉSICA (S/N) %	44/54	11/89	0.000
GLASGOW (15) %	98.5 %	98.5	0.24
ALDRETE	8.85 ± 0.56	8.21 ± 0.43	NS

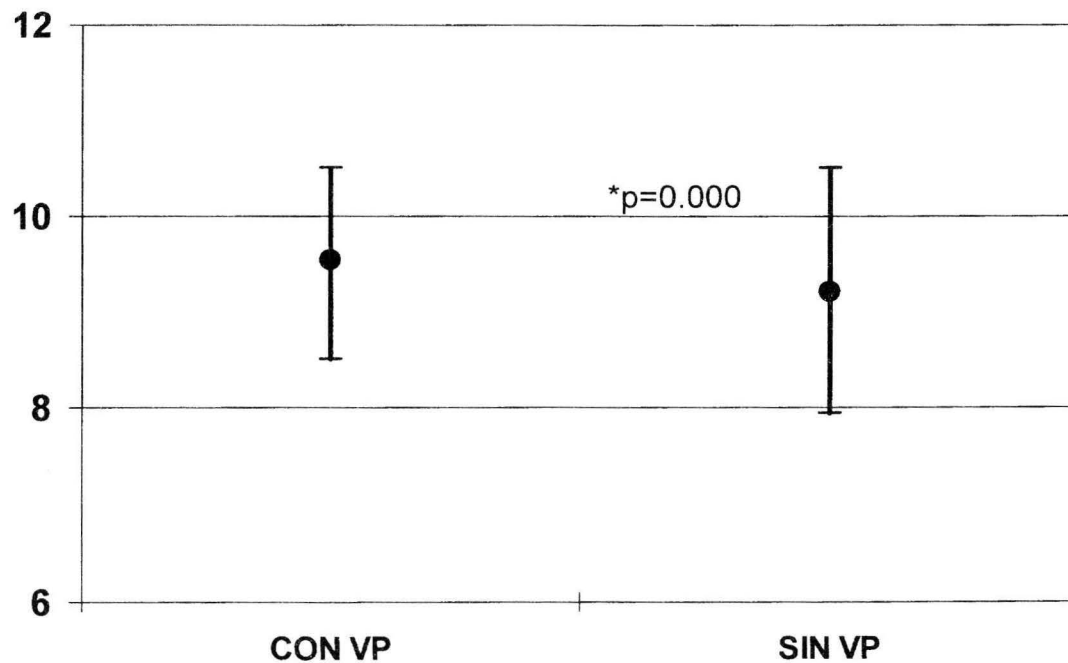
# CALIFICACIÓN OTORGADA A LA EXPERIENCIA VIVIDA CON EL ANESTESIÓLOGO



Gráfica 1

\* U-MANN WHITNEY

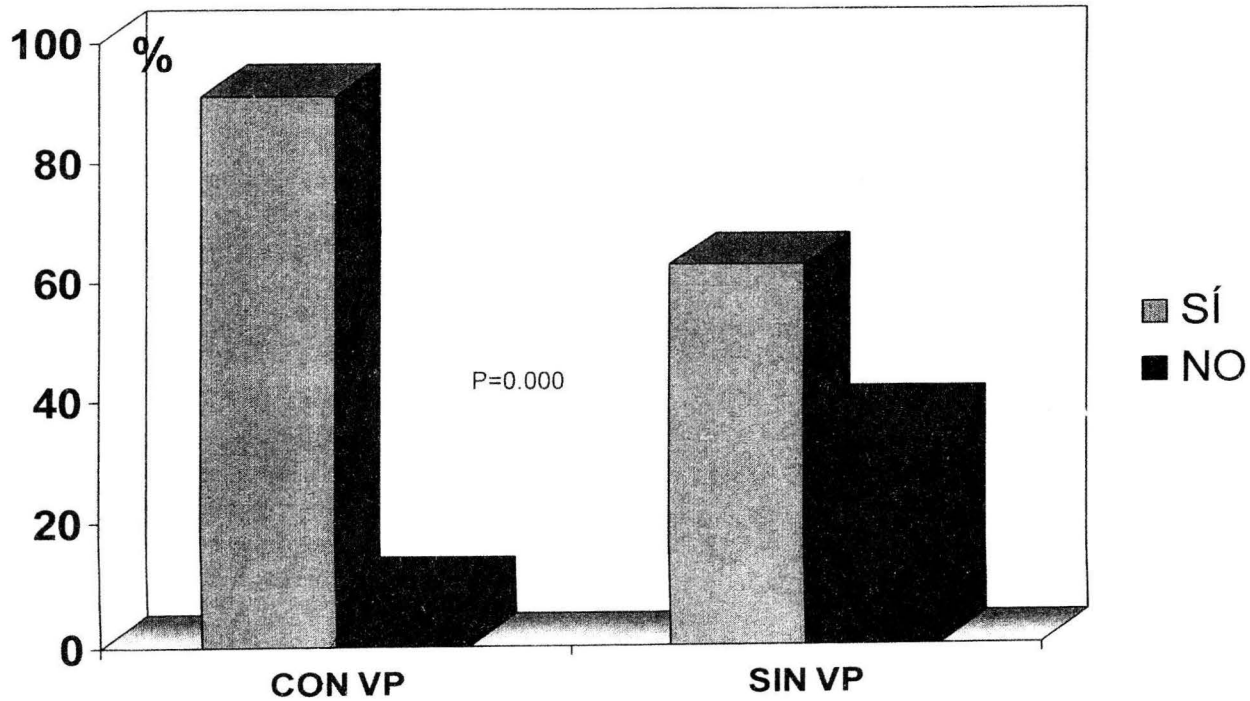
# CALIFICACIÓN OTORGADA A LA COMODIDAD EXPERIMENTADA EN EL QUIROFANO



Gráfica 2

\* U-MANN WHITNEY

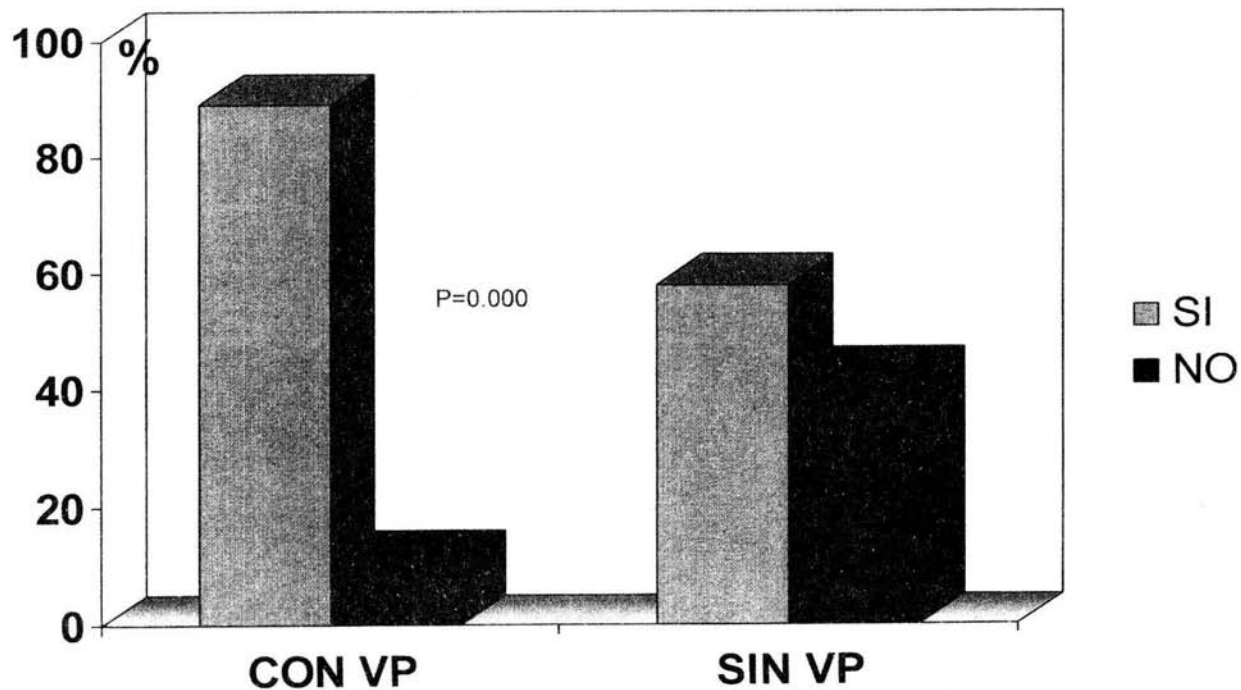
# ¿ AL LLEGAR A QUIRÓFANO FUE USTED RECIBIDO POR EL ANESTESIOLOGO ?



Gráfica 3

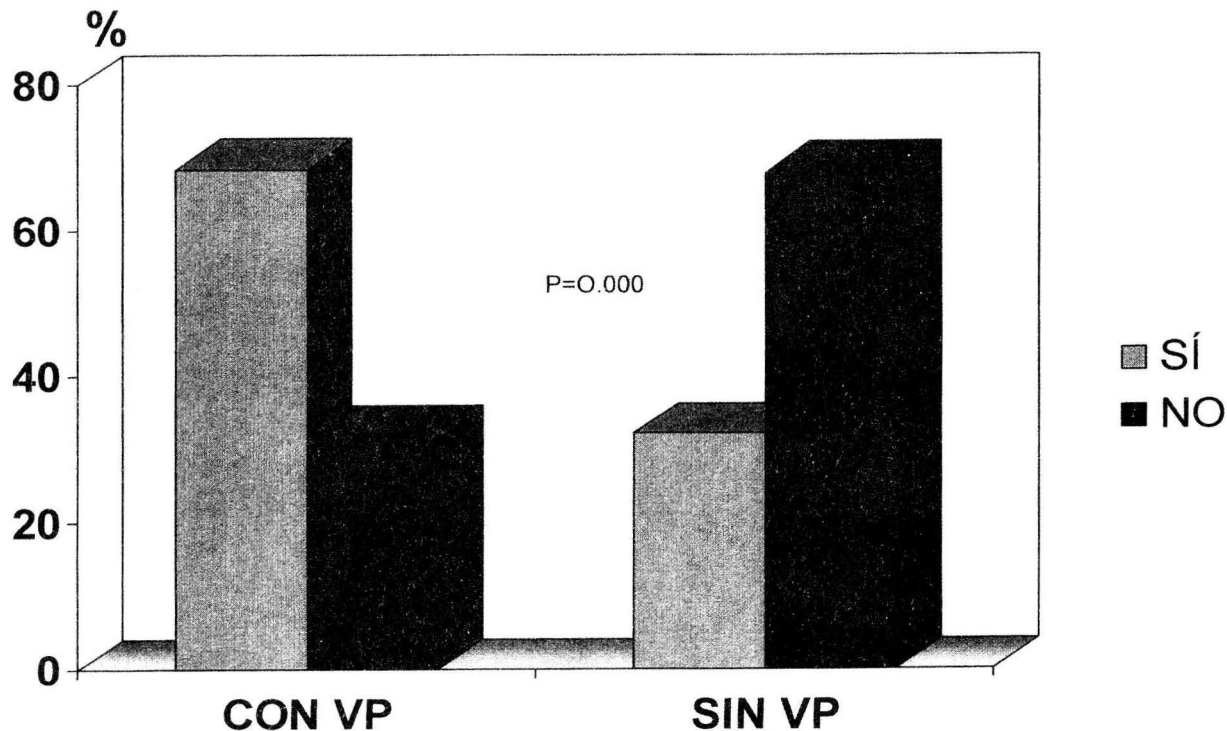


# ¿ENTENDIÓ USTED EL LENGUAJE DEL ANESTESIÓLOGO ?



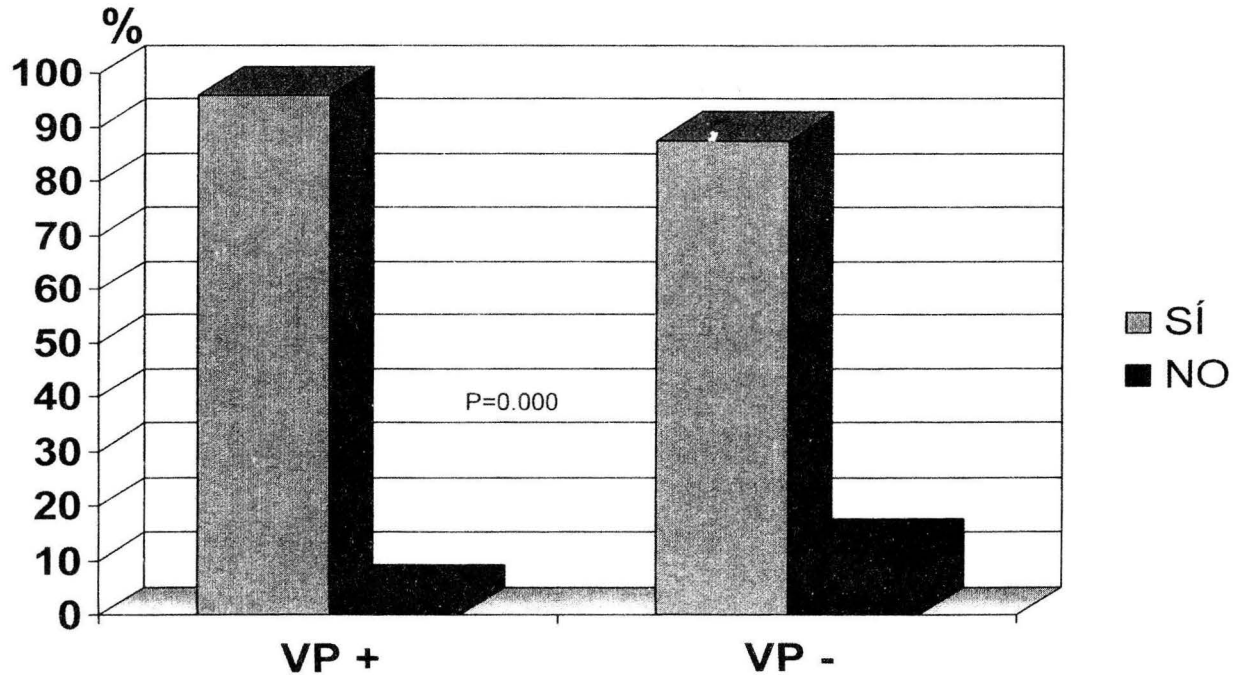
Gráfica 4

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



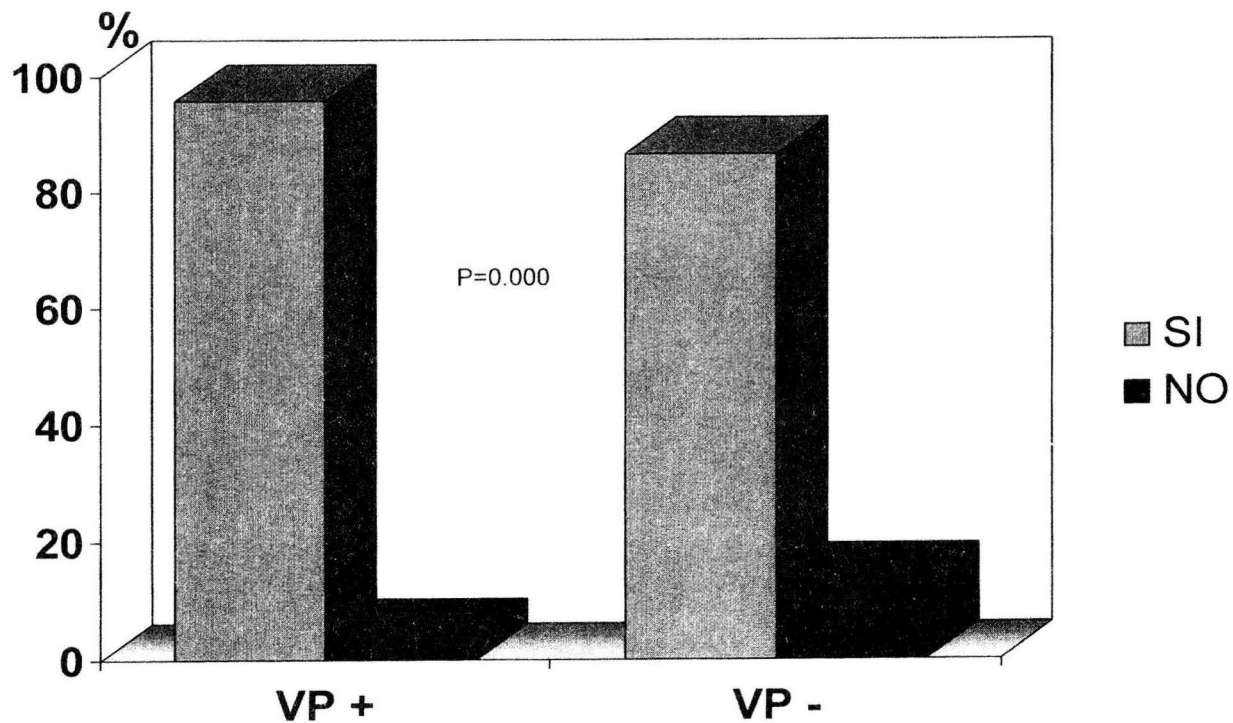
Gráfica 5

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



Gráfica 6

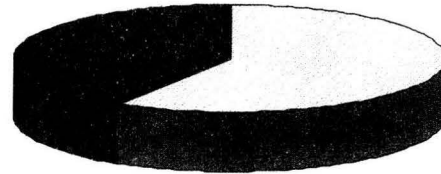
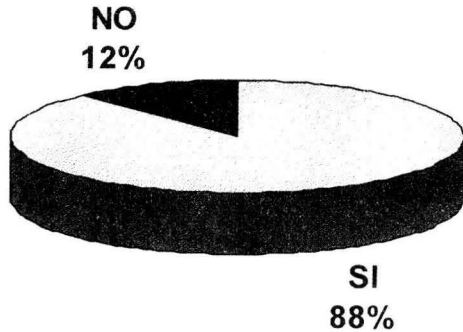
# ¿QUEDÓ USTED SATISFECHO CON LA ANESTESIA QUE RECIBIÓ?



Gráfica 7

# ¿ RECOMENDARIA USTED EL TIPO DE ANESTESIA QUE RECIBIÓ ?

P=0.000



CON VALORACIÓN PREANESTÉSICA

SIN VALORACIÓN PREANESTÉSICA

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Reuven Pasterna K. Practice advisory preanesthesia evaluation. *Anesthesiology* 2002; 96(2): 485-496.
2. Fisher, Stephen P. Development and effectiveness off an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. *Anesthesiology* 1996; 85(1); 196-206.
3. Fung D, Cohen M. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg* 1998; 83; 1089-1998.
4. 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.
5. 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.
6. **Gan T, Apfelbaum J, Chen C.** Patient surgery experience: primary concerns, analgesia preference, and patient satisfaction. *Anesthesiology* 2000; 93:880-885.
  7. **Baur M, Aichele A.** Measuring patient satisfaction with anesthesia: perioperative questionnaire versus standardized face-to-face interview. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45: 65-72
  8. **Caumo, W** Factor of risk for the anxiety to preoperative in adult. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45(3): 298-307
  9. **Kopp, Vincent J. M.D.** Anesthesiologists and communication of perioperative. *Anesthesiology* 2000;93(2); 548-555.
  10. **Barash P, Cullen B, Stoelting,** *Anesthesia Clinica.* Mac Graw-Hill Interamericana 3a edición, 1997; 35-65, 523-542, 609-626.

11. **Morgan, Mihkail**, Anestesiología Clínica: 2ª edición, 2002; 1-14.
  
12. **Ma. Sol Carrasco Jiménez**, Anestesia para la cirugía Ambulatoria II, AstraZeneca 2ª edición, 2000; 189-217.
  
13. **Fco. Javier Antona Casado**, Controversias Valoración Preanestésica, Revista Cardiológica Extrahospitalaria.1997;22:1-8