



FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado e Investigación

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

DETERMINACIÓN PERIOPERATORIA DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN
LA ATENCIÓN ANESTÉSICA EN CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL
GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA ESCOBAR"

TESIS QUE PRESENTA:

DRA. MINERVA RODRÍGUEZ MORALES

Para obtener el diploma de la especialidad
ANESTESIOLOGÍA

Director de Tesis:

DR. JESÚS JUÁREZ REYES

Asesor Asociado:

DR. ARMANDO ALVARADO CANCINO



NUMERO DE REGISTRO _____



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.

PROTOCOLO

Unidad Médica o Área donde se desarrolla la investigación:

H.G. Gonzalo Castañeda Escobar del ISSSTE

TITULO Y AUTOR DE TESIS

DETERMINACIÓN PERIOPERATORIA DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN LA
ATENCIÓN ANESTÉSICA EN CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL
“DR. GONZALO CASTAÑEDA ESCOBAR”

NOMBRES Y FIRMAS

- Investigador Responsable

Dra. Minerva Rodríguez Morales

- Director de Tesis

Dr. Jesús Juárez Reyes

- Asesor Asociado

Dr. Armando Alvarado Cancino

- Titular del curso de Anestesiología

Dr. Jesús Juárez Reyes

- Jefe de Enseñanza e Investigación

Dr. Carlos Jiménez Arias

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres: Evelina Morales Díaz y Luis Rodríguez Araiza, por darme su afecto, cariño, dedicación, apoyo y guía a lo largo de mi vida, así como por impulsarme a concluir mis estudios.

A mi hermano: Luis Enrique Rodríguez Morales, por su respaldo, consejos y comprensión.

A mi Profesor Titular y director de tesis: Dr. Jesús Juárez Reyes por brindarme la oportunidad de concluir la especialidad, así como por su asesoría, apoyo, dedicación y por sus valiosas sugerencias durante la redacción de esta tesis.

A todos los médicos adscritos del servicio de Anestesiología del Hospital General “Dr. Gonzalo Castañeda Escobar” por aportar sus comentarios que enriquecieron mis conocimientos en esta materia.

A mis amigos que han estado a mi lado en cada momento Gustavo Cabello Cruz, Alicia Polaco Rosas, Luis Arturo Quiroz Xolalpa y Félix González Peralta.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION.....	5
MARCO TEORICO.....	6
ANTECEDENTES HISTORICOS.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACION.....	13
HIPOTESIS.....	14
OBJETIVOS.....	15
DISEÑO METODOLOGICO.....	16
ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION.....	21
CONCLUSIONES.....	34
ANEXOS.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	41

INTRODUCCION

La satisfacción humana es un concepto complejo, intuitivamente entendido por todos, aunque no siempre sea comprendido su verdadero valor, así como la importancia en los sistemas y la atención de la salud; engloba diferentes componentes, como físicos, emocionales, cognitivos y sociales.

Actualmente es un indicador de mejora en los sistemas al igual que en los procesos de la atención de la salud, dotando a los usuarios de decisión, a fin de alcanzar en conjunto con su médico, la mejor alternativa para alcanzar la salud.

Esto no es diferente en el caso de la anestesiología, una especialidad poco comprendida por los pacientes y con múltiples quejas por parte de los mismos, ya que su médico anestesiólogo es vislumbrado como un médico distante y que en raras ocasiones recuerda su nombre y mucho menos conoce su rol en la atención médica.

El presente trabajo busca dilucidar algunos de los componentes de la satisfacción, previo, durante y posterior a su atención anestésica.

MARCO TEORICO

La satisfacción humana es un concepto complejo el cual envuelve muchos componentes tales como físicos, emocionales, mentales y sociales, es considerada como una medida del progreso en los procesos de salud y, en algunos países como un gran paso en los procesos de acreditación institucionales, es una medida de calidad de la asistencia que contribuye a la evaluación final del centro sanitario (1, 2).

Desde la década anterior la satisfacción del consumidor ha sido resaltada como un objetivo importante en la atención de la salud, una pieza clave de la calidad en el servicio y como un indicador de calidad. Siendo esta última el grado al cual los servicios de salud incrementan las mejoras para los individuos, las poblaciones y las cuales son consistentes con el conocimiento profesional. Contrario a lo esperado la evaluación de la calidad de la atención médica es mucho más importante desde el punto de vista del paciente (3, 4,5).

Los pacientes han pasado a ser considerados productores de los cuidados de salud y como tal han adoptado un rol diferente, siendo ahora importante contar con su opinión, promover la toma de decisiones en conjunto con el responsable de la salud (6).

El arte de la atención médica se basa en el saber hacer del médico para superar la barrera que representa la asimetría de la información con el paciente, siendo la meta proveer el servicio mejor posible mientras se mantienen costos razonables y asegurando la satisfacción del paciente con el servicio recibido(2, 6).

Pascoe y cols han equiparado la satisfacción del paciente a un recipiente lleno de reacciones a la atención medica, estas reacciones están compuestas por factores cognitivos y emotivos. Además cada paciente contiene un estándar mínimo de atención, una serie de experiencias anteriores y una idea de lo que merece. Un cambio en la satisfacción ocurre cuando la diferencia entre la experiencia actual y las anteriores supera las ideas preconcebidas del paciente y es asimilada; por lo que puede cambiar la opinión negativa inicial y

transformarla a positiva. Actualmente no se ha determinado la capacidad del paciente para asimilar las discrepancias entre lo esperado y lo recibido (7).

El centro americano de productividad y calidad menciona que las personas satisfechas comentan su experiencia positiva a otras 5 personas, en cambio personas insatisfechas le mencionan su mala experiencia a 9 e incluso 20 personas, esto cobra una gran importancia en una era de comunicaciones electrónicas masivas por lo que el efecto pudiera ser peor(2, 7).

El comité de cuidados ambulatorios de la sociedad americana de anestesiólogos (ASA) y los grupos de trabajo conjunta han destacado la satisfacción del paciente como un indicador de resultados; sin embargo es difícil, ya que la satisfacción es un concepto multidimensional con determinantes que aún no están definidos.

La satisfacción en la atención anestésica implica el balance entre las expectativas y la percepciones de lo recibido, y por lo tanto el personal debe identificar, monitorizar y modificar los factores que lo mejoren (6, 8).

Considerando a la anestesia como la exposición y la satisfacción del paciente como la mejora, los investigadores se enfocan en la relación exposición-mejora, en la cual pueden existir muchos distractores como aquellos asociados al paciente tales como la edad, genero, educación, ansiedad, depresión, estado de salud percibido y comorbilidades; factores asociados a la cirugía como tipo, extensión y duración de la misma y, aquellas asociadas al hospital como los procesos de manejo del servicio de anestesiología, procesos administrativos del hospital (visita preanestésica y analgesia postoperatoria) además de los factores humanos que envuelven al personal.(9, 13).

En el caso específico de la anestesiología, existe un componente emocional muy fuerte, el efecto de fármacos que afectan los procesos cognitivos, el periodo tan corto de tiempo, dificultan la valoración de la satisfacción (2,9).

Los anestesiólogos son percibidos como unas figuras distantes e impersonales quienes tienen capacidades y son eficientes; pero no son tan “reales” como otros médicos, esto es, en parte por la corta relación médico-paciente, así como el efecto de la medicación preoperatoria y postoperatoria. Existen

múltiples estudios que hablan de la importancia de la visita preoperatoria y postoperatoria, a fin de acortar la distancia entre los médicos y los pacientes, además de ser un determinante en la percepción de la satisfacción del paciente y fortalecer la relación médico paciente. Los pacientes usualmente no saben el nombre de su anestesiólogo o la importancia del mismo dentro del equipo perioperatorio, lo cual es reconocido por la Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA) como un problema de imagen pública y ha posicionado este problema como prioritario para ser corregida esta percepción, y ser reconocidos por las tareas que llevan a cabo, así como su contribución a la seguridad de los pacientes (10,14).

La satisfacción del paciente se ha sugerido que varía en función de ciertas condiciones de la interacción médico-paciente, como duración de la consulta, proporción del tiempo en que el médico toma la palabra, actividad del médico durante la consulta, habilidades de comunicación. Entre los motivos de quejas más frecuentes figuran la inadecuada información o ausencia de la misma, informaciones incongruentes por parte de varios profesionales, no respetar la confidencialidad o intimidad del paciente, falta de cortesía o un trato rudo, percepción de maltrato, no atender los llamados del paciente, y no mantener la continuidad del cuidado. (6,11).

Se ha propuesto que la calidad en anestesia debe compaginar y satisfacer a todos los pacientes, los cirujanos, administradores y estudiantes. (7, 11).

ANTECEDENTES HISTORICOS

Los primeros estudios sobre las opiniones del paciente sobre la atención anestésica recibida se remontan a 1971 cuando Ahlgreen y cols en Estados Unidos realizaron una encuesta preguntando si los pacientes desearían tener la misma operación y de la misma forma; la respuesta fue enviada por correo siendo afirmativa la respuesta en un 81% de la población, el resto menciono el miedo a las complicaciones. A partir de entonces se han realizado múltiples estudios multicéntricos, ya sea por medio de encuestas escritas, verbales y telefónicas y en principalmente en países como EUA, Canadá, Reino Unido, Australia y Suiza. (7).

Es difícil medir los aspectos subjetivos y psicológicos asociados a la satisfacción, ya que esta última influyen factores individuales, así como la actitud ante el sistema sanitario, su organización, y la forma en que presta la atención; siendo cuantificada aproximadamente en un 90% en factores del paciente y solo un 10% en factores atribuibles al médico (15).

Para realizar una mejor valoración de la satisfacción es necesario determinar la habilidad de los pacientes para distinguir entre factores relacionados con la atención anestésica y con la anestesia en sí, además de que los pacientes no conocen las capacidades, tareas y roles de los anesthesiólogos, por lo que es posible que basen sus respuestas en el equipo quirúrgico, médicos internistas, técnicos en inhaloterapia, fisioterapeutas y enfermeras; por lo que se requiere un cuestionario con múltiples aspectos a evaluar y que centre la atención de los pacientes en el cuidado anestésico en sí (7, 16).

Wolf considero tres esferas a explorar: *la cognitiva* la cual incluye la cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico, *la afectiva*, en la se centra el interés y la comprensión que demuestra y la del *comportamiento* la cual se basa en habilidades y competencias clínicas del médico. Por otro lado otros autores como Felesti, Filman y Sanson -Fisher mencionan diez dimensiones, tales como: competencia en el dominio físico, emocional, en las relaciones sociales, el médico como modelo, tiempo de consulta, continuidad de los cuidados percibidos, mutuo entendimiento en la relación médico –paciente, percepción de la individualidad del paciente, destacando: la comunicación, las actitudes profesionales, la competencia técnica, el clima de confianza y percepción del paciente de su individualidad (6, 16).

Los estudios que se han realizado previamente han denotado la dificultad para diferenciar entre múltiples distractores de la satisfacción como sobrevivencia, amistad, sensibilidad, compasión, información, comunicación, respeto, confianza, y gratitud. Todo lo anterior se conoce como “efecto halo”, el cual limita el uso de mediciones simples (7,14).

Las entrevistas hechas por los médicos en más de 3 décadas han creado una larga lista de las percepciones de los pacientes durante su cuidado anestésico, por ejemplo existen miedos preoperatorios como son: el no despertar, a las

agujas o inyecciones, náusea, dolor intra o postoperatorio, miedo a lo desconocido, perder el control, estar despierto, pena o sentirse vulnerable, ansiedad, no poder funcionar después, al gas anestésico, ver el instrumental quirúrgico, dientes rotos, y complicaciones. Así como también existe una lista de eventos intra y postoperatorios que desean evitar los pacientes, como son: náusea y vomito, dolor de garganta, dolor muscular, cefalalgia, dolor en los accesos venosos, dolor en general, sentirse mareado, temblores, frío, visión borrosa, dificultad para el habla, dolor de espalda, parálisis, extubación, cansancio, problemas de memoria, alteración en el estado de ánimo, problemas para orinar (7,15).

Existe una ligera tendencia a encontrar mayor satisfacción en pacientes de edad y en personas de ingresos económicos medios y altos. Las mujeres suelen valorar en forma más positiva la atención (6, 12).

Existen resultados de satisfacción en pacientes ambulatorios quienes reportan valoraciones muy altas de la calidad del procedimiento quirúrgico –anestésico (1,5,8) lo cual probablemente no refleje lo que sucede durante su manejo anestésico, es decir pueden estar insatisfechos durante la cirugía por dolor y satisfechos en el postoperatorio por la amnesia; los estados mentales alterados por los fármacos utilizados pueden cambiar la percepción de sí mismos durante el periodo intraoperatorio, pudiendo tener alucinaciones, y de igual forma los fármacos pueden alterar la percepción del tiempo por lo que los pacientes pueden contestar la encuesta en función de lo percibido en el preanestésico o en el postanestésico en lugar de referir lo percibido en el transanestésico (16,17,18).

Las encuestas de satisfacción presentan un formato multidimensional que incluye información sobre empatía, tipo y cantidad de la información que se le presta al paciente y familiares, competencia técnica del personal, facilidades de acceso, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la asistencia y otras cuestiones sobre el confort, de las instalaciones, complejidad en los trámites administrativos (5, 6).

Se ha encontrado que los cuestionarios deben explorar: la información dada, la comodidad o incomodidad, el apoyo emocional, la privacidad y los servicios (8)

Es un verdadero reto tener un instrumento que permita medir la satisfacción en sí a pesar de las comorbilidades, los problemas mentales que esto genera; así como los efectos de los anestésicos y los narcóticos potentes utilizados para el control de dolor, así como la confusión transitoria, que no permiten que el paciente juzgue la experiencia perioperatoria. El desarrollo de cuestionarios psicométricos es nuevo para la especialidad de anestesiología, pero es necesario integrarlos al uso de la satisfacción como un indicador de mejora (5,7).

Las encuestas telefónicas disminuyen la confidencialidad y los pacientes probablemente no acepten dicho estudio; realizar la encuesta vía correo incluyendo el sobre y las estampillas para enviar la respuesta, es demasiado lenta y tiene una tasa de respuesta del 64%, y puede ser que quien lo conteste no sea el paciente. Por estas razones se considera mejor realizar el estudio dentro del hospital (17,18).

En los pacientes que recibieron información sobre un alto riesgo anestésico quirúrgico, la satisfacción está basada en la tranquilidad de que el procedimiento transcurrió sin contratiempos, por lo que, en estos casos la satisfacción es determinada por la gratitud y el aprecio a los médicos; esto explica algunos de los estudios realizados en años anteriores donde reportan un 100% de satisfacción. En el caso de las calificaciones altas al personal y a los médicos, los pacientes sienten miedo de criticarlos ya que podrían necesitar el servicio nuevamente y por tanto recibir mala atención en el futuro, es por esto que las entrevistas “cara a cara” sesgan la información por los artificios psicosociales. Los pacientes tienden a poner un mayor peso a las impresiones positivas que a las negativas, a pesar de haber tenido complicaciones anestésicas, es por esto que los pacientes refieren la insatisfacción solo en un 10%. Aun no se ha desarrollado una encuesta la cual muestre que los cambios o intervenciones para mejorar, produzcan cambios en la satisfacción; por ejemplo en caso de las visitas postoperatorias, no importa si se hacen dos o más visitas, el resultado es el mismo, existen factores asociados como los procesos administrativos de admisión, información sobre la cirugía, control del dolor, manejo postoperatorio, y privacidad donde los pacientes basan el valor de su atención (7, 18).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha mencionado que la satisfacción en anestesia depende de múltiples factores, como experiencias previas, factores individuales e incluso el ambiente; es importante saber cómo intervienen dichos factores y son interpretados por los pacientes, de igual forma la repercusión en su estado físico, el cual puede transformarse en un incremento, tanto en el consumo de analgésicos y antieméticos, como una mayor atención multidisciplinaria, aumento en la agresividad y las quejas interpuestas ante las autoridades, lo cual incrementa el costo-paciente; es por esto que, se realiza el siguiente estudio con la finalidad de emitir un diagnóstico y determinar los factores, a fin de mejorar las condiciones médicas perioperatorias, por lo que se busca responder a las siguientes preguntas:

¿Bajo qué condiciones se presenta la satisfacción en la atención anestésica del paciente?

¿Cómo se asocia la relación medico paciente con el grado de satisfacción en anestesia?

¿Es la satisfacción del paciente una actitud cognitiva, emotiva o una combinación de éstas?

JUSTIFICACION

En México existen muy pocos estudios sobre la satisfacción en anestesia, pero en países de EUA, Europa e incluso en Asia, la satisfacción anestésica es utilizada como un indicador de calidad y de desarrollo; es por esto que, realizar una investigación de esta naturaleza dentro del ISSSTE, permitirá en primera instancia diagnosticar la actuación y atención anestésica en el perioperatorio, a fin de identificar los factores que afectan e incrementan el grado de satisfacción o insatisfacción y teniendo como finalidad disminuir las quejas por parte de los pacientes, posicionar y certificar al Hospital General “Dr. Gonzalo Castañeda Escobar” y cumplir lo proyectado en la visión y misión del ISSSTE al contribuir a mejorar el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo del capital humano, así como al proporcionar atención esmerada, con respeto, calidad, honestidad, legalidad y transparencia.

HIPOTESIS

DE TRABAJO

¿Es posible determinar el grado de satisfacción en la atención anestésica durante el perioperatorio?

NULA

No es posible determinar el grado de satisfacción en la atención anestésica durante el perioperatorio

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar el grado de satisfacción en el paciente durante la atención anestésica durante el perioperatorio

ESPECIFICOS

- Diagnosticar el grado de satisfacción anestésica en el perioperatorio en Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda Escobar"
- Identificar los factores que favorecen y que afectan la satisfacción anestésica en el perioperatorio
- Analizar la causa de las quejas por parte de los pacientes hacia la atención anestésica

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE INVESTIGACION

Observacional, Transversal, Prospectiva, Descriptiva

GRUPOS DE ESTUDIO

Todos los pacientes sometidos a cirugía electiva bajo cualquier técnica anestésica

GRUPO PROBLEMA

Pacientes sometidos a cirugía electiva

TAMAÑO DE LA MUESTRA

356 pacientes, se aplicarán 375 encuestas a fin de tener un intervalo de confianza del 95% y solo un 5% de error muestral.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes de ambos sexos
- Programados para cirugía electiva
- Bajo Anestesia General Balanceada, Anestesia General Endovenosa, Bloqueo Peridural, Bloqueo Subaracnoideo, Bloqueo Mixto, Bloqueos tronculares, sedación y monitoreo anestésico
- ASA I y II
- Pacientes mayores de 18 años
- Que acepten participar en la investigación

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Cirugía de urgencia
- ASA III, IV, V
- Pacientes con inestabilidad hemodinámica preoperatoria
- Pacientes provenientes de la UCIA
- Menores de 18 años
- Pacientes con padecimientos cognitivos o psiquiátricos
- Que no acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que requieran intubación en el postoperatorio
- Complicaciones anestésicas y quirúrgicas que limiten la obtención de datos en el tiempo establecido
- Pacientes que deseen retirarse del estudio

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Anexo II y III

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

METODOS

Cada pregunta está formulada y validada previamente, contiene 32 preguntas escritas con opción múltiple 5 probables respuestas (Totalmente de Acuerdo, De acuerdo, No estoy seguro, En desacuerdo y Totalmente en Desacuerdo) y 5 dimensiones a explorar (Tiempo de espera, Información recibida en el Preanestésico, Temores, Incomodidades Experimentadas y Experiencia del Postanestésico), la cual será aplicada a las 24 h postoperatorias.

Una vez obtenidos todos los datos se graficarán y se dividirán en las 5 dimensiones antes mencionadas, por medio de una escala Likert se otorgaran valores a las posibles respuestas a fin de obtener una calificación numérica en los apartados: Tiempo de Espera, Información Recibida en el Preanestésico, y Experiencia en el Postanestésico; quedando así:

- 1= Totalmente en Desacuerdo
- 2= En Desacuerdo
- 3= No estoy seguro
- 4= De Acuerdo
- 5= Totalmente de Acuerdo

Considerando la máxima calificación en el preanestésico de diez y calificaciones satisfactorias de 7.0 a 10, indecisión con calificación de 6.0 a 6.9 e insatisfacción con calificaciones de 0 a 5.9 . En el rubro de información recibida la calificación máxima es de 25 puntos, satisfacción se consideró de

16.0 a 25, indecisión con 15 a 15.9 puntos e insatisfacción de 0 a 14.9 puntos. En las calificaciones obtenidas sobre la experiencia en el postanestésico, se considero la máxima calificación 45 puntos, de 28.0 a 45 puntos satisfacción en la atención, 27.0 a 27.9 puntos indecisión e insatisfacción de 0 a 26.9 puntos.

En cuanto a los temores expresados por los pacientes y las incomodidades experimentadas en el perioperatorio, se graficaron sin utilizar la escala Likert.

DISEÑO CLINICO

Una vez aprobado por el Comité de Bioética del Hospital General “Dr. Gonzalo Castañeda Escobar” el investigador invitaran a los pacientes a participar en el estudio, portando bata blanca y su gafete de identificación a la vista; el investigador se acercara al paciente diciendo “Sr o Sra. apellido” Quisiera saber que podemos hacer para hacer sentir mejor a nuestros pacientes durante el procedimiento anestésico, ¿Aceptaría tomarse 5 minutos para llenar esta encuesta? Si el paciente acepta, el investigador le daría el consentimiento informado, las instrucciones, la encuesta y una pluma. El investigador caminará unos cuantos metros lejos del paciente y colocaran los documentos dentro del sobre, el investigador no preguntara por preguntas sin contestar o la negativa a participar.

ASPECTOS ETICOS.

En el estudio nos ajustamos a las normas ética que dicta la Declaración de Helsinki a nivel internacional y la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, adoptados por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendadas por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre de 1975, por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre de 1983 y por la 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en Septiembre de 1989 .

Se solicitará firma de consentimiento informado (Ver Anexo IV).

La información se mantendrá de manera confidencial.

RECURSOS

HUMANOS

Médicos de base de Anestesiología adscritos al Hospital General “Dr. Gonzalo Castañeda Escobar”, Médico residente de tercer año de la especialidad de Anestesiología y personal de Enfermería en que labora en dicho hospital.

FISICOS. EQUIPO NECESARIO

Papelería (Consentimiento informado, hoja de instrucciones, encuesta escrita, sobres), tabla para documentos, plumas, computadora, impresora, calculadora.

FINANCIAMIENTO.

Propio del Investigador.

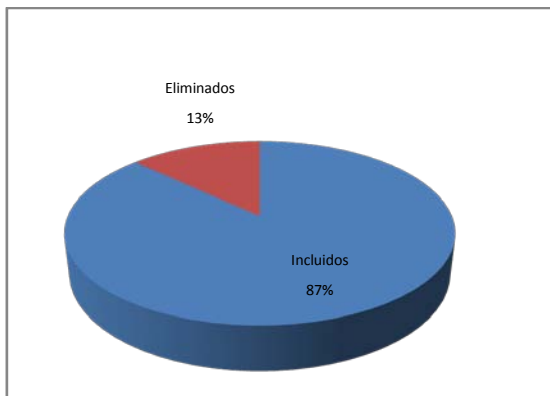
CALENDARIO DE ACTIVIDADES

Ver Anexo I

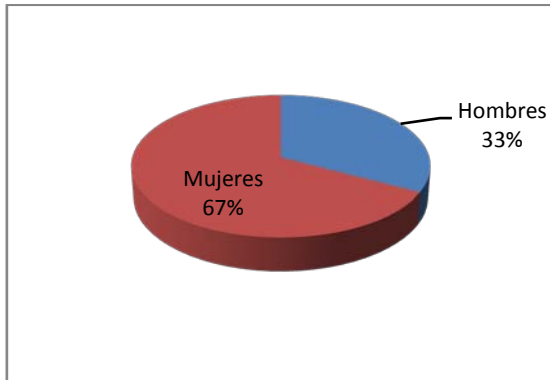
ANALISIS DE RESULTADOS

De las 375 encuestas aplicadas sólo aceptaron participar en el protocolo 326 pacientes y 49 pacientes fueron eliminados ya que no aceptaron participar en el mismo. De los 326 pacientes se registraron 219 mujeres y 107 hombres (Gráfica 1 y 2).

Gráfica 1. Pacientes incluidos y eliminados



Gráfica 2. Pacientes incluidos distribuidos por género

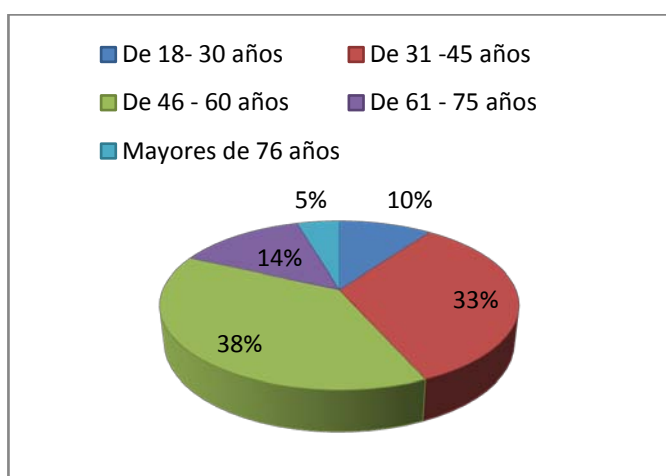


El grupo de edad predominante fue de 46 a 60 años, seguido del grupo de 31 a 45 años, posteriormente el grupo de 61 a 75 y el grupo de edad con menor número de pacientes fue el de mayores de 76 años. En cada uno de dichos grupos de edad se observa predominio del género femenino (Tabla 1).

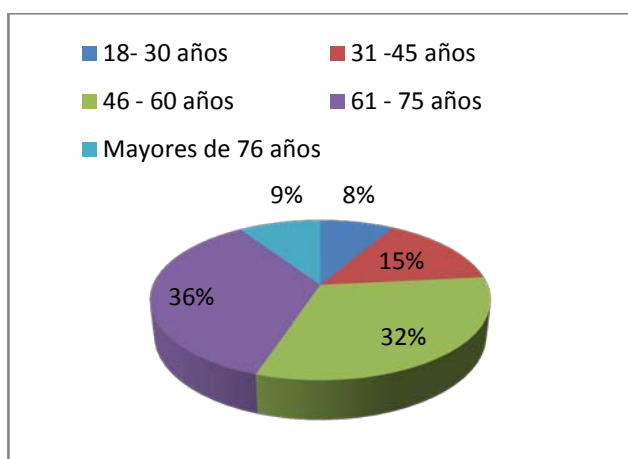
Tabla 1. Distribución por grupo de edad y género

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
18-30	9	22	31
31-45	20	73	93
46-60	30	84	114
61-75	38	30	68
más 76	10	10	20
Total General	107	219	326

Grafica 3. Distribución por grupo de edad en el género femenino



Grafica 4. Distribución por grupo de edad en el género masculino.

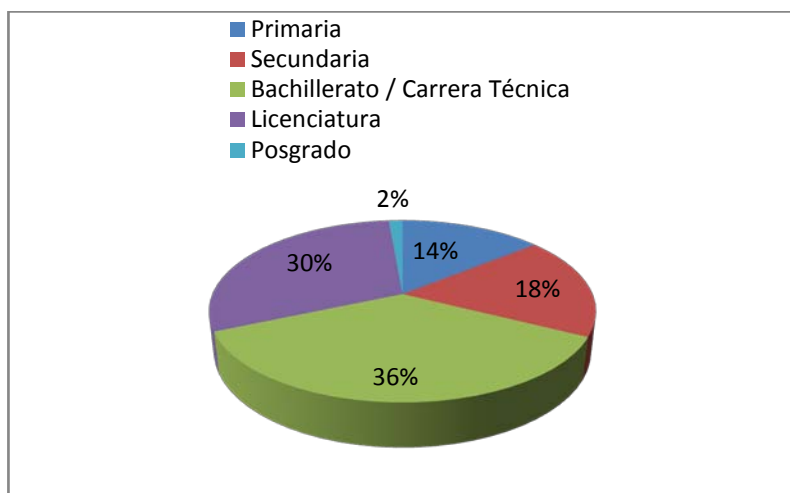


Se registró un predominio de varones con estudios de licenciatura y posgrado, en el caso del género femenino se reporto predominio de estudios de bachillerato o carrera técnica y apenas seguido del grupo de licenciatura. (Tabla 2, Gráfica 5 y 6)

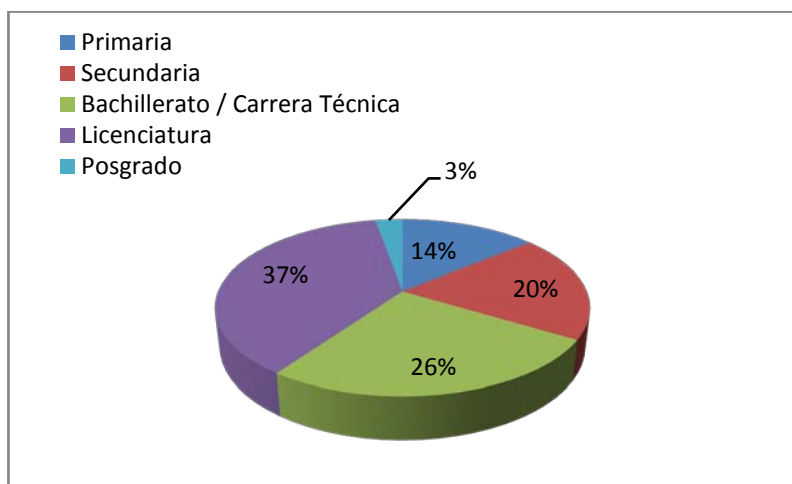
Tabla 2. Distribución por escolaridad, género y grupo de edad.

SEXO/EDAD	Licenciatura	Posgrado	Bachillerato	Primaria	Secundaria	Total general
HOMBRES						
18-30	3		5		1	9
31-45	6	1	9	3	1	20
46-60	12		7	5	6	30
61-75	17	2	5	7	7	38
más 76	2		2		6	10
SUBTOTAL	40	3	28	15	21	107
MUJERES						
18-30	11		8		3	22
31-45	23	1	25	9	15	73
46-60	24		35	9	16	84
61-75	4	2	11	7	6	30
más 76	4			6		10
SUBTOTAL	66	3	79	31	40	219
TOTAL GENERAL	106	6	107	46	61	326

Gráfica 5. Distribución por grado de escolaridad en el género femenino



Grafica 6. Distribución por grado de escolaridad en el género masculino



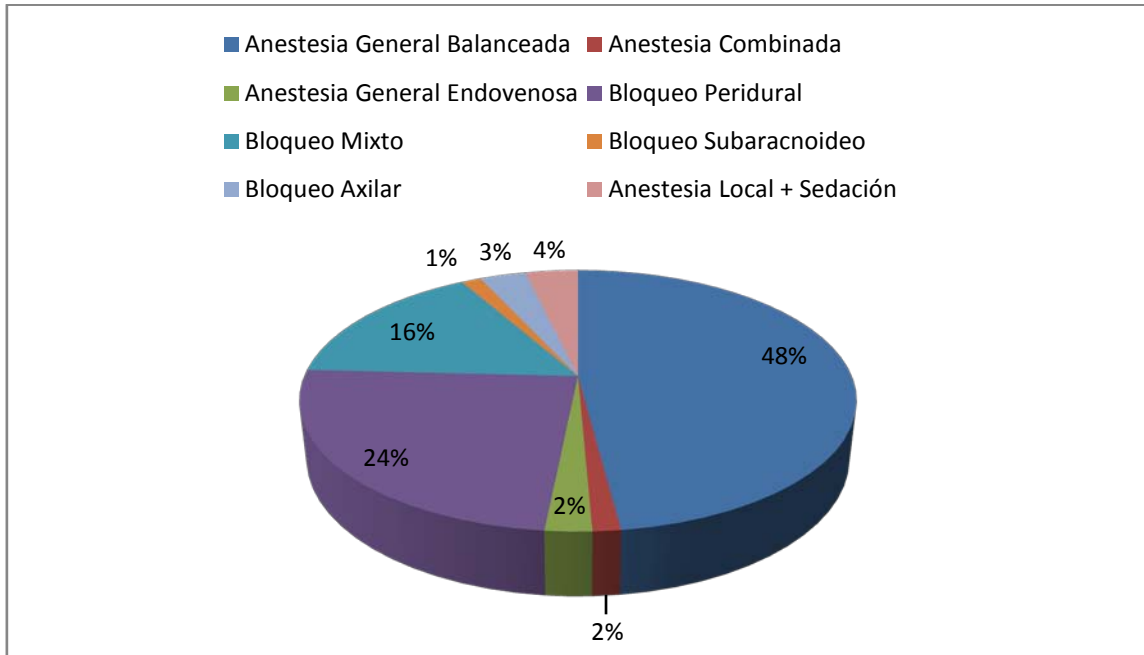
La anestesia general (AG) fue la técnica mas utilizada en especialidades como cirugía general (CG) y otorrinolaringología (ORL) , en cambio la anestesia regional (AR) incluyendo el bloqueo Subaracnoideo (BSA), bloqueo Peridural (BPD), bloqueo axilar y bloqueo ciático, tuvo predominio en cirugías de especialidades de ginecología, ortopedia y urología. La anestesia local complementada con sedación fue utilizada en todas las especialidades, aunque en menor medida que las dos anteriores. La técnica menos utilizada fue la combinada (AGB + BPD). (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución por técnica anestésica y especialidad

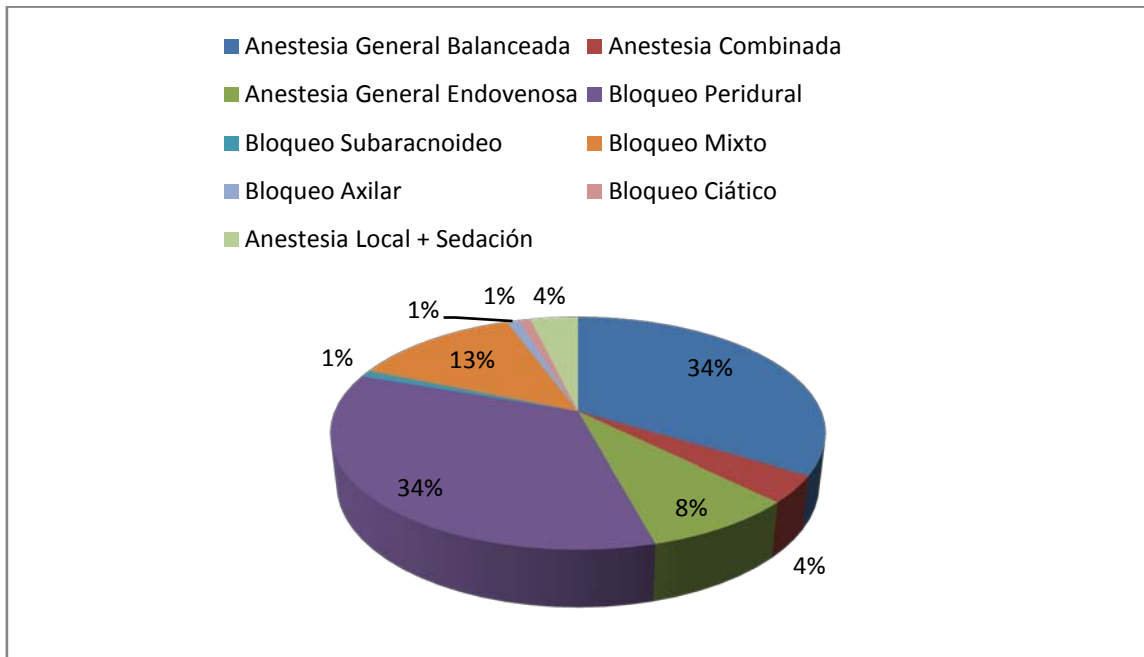
	Cirugía General	Ginecología	Oftalmología	ORL	Proctología	Ortopedia	Urología	Total
Anestesia General	74	16	2	38	1	13	11	155
Anestesia Regional	28	52	-	-	6	36	30	152
Combinada	3	2	-	-	-	1	1	7
Local + sedación	5	7	3	-	-	1	2	12
Total	110	71	5	38	7	51	44	326

La técnica anestésica más utilizada en las mujeres fue la anestesia general balanceada, seguida por el bloqueo Peridural y mixto. En cambio en el caso de los varones tuvieron la misma proporción la anestesia general y el bloqueo Peridural, seguido por el bloqueo mixto. (Gráfica 7 y 8).

Grafica 7. Distribución en pacientes femeninas y técnica anestésica.



Grafica 8. Distribución por técnica anestésica en varones.

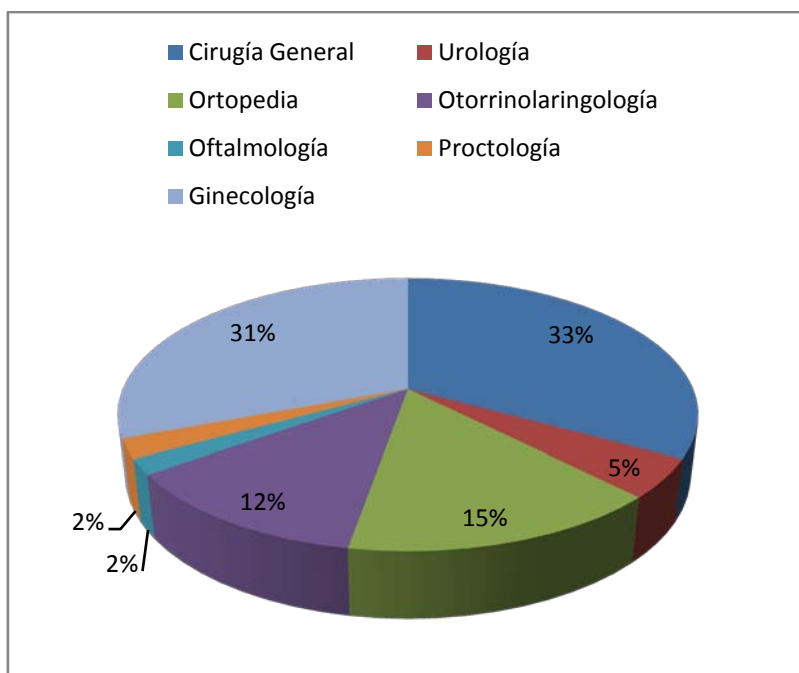


La especialidad con mayor demanda de atención en pacientes de ambos sexos fue cirugía general, y seguida por ortopedia. La especialidad con menor demanda de atención fue proctología (Tabla 4, Gráfica 9 y 10).

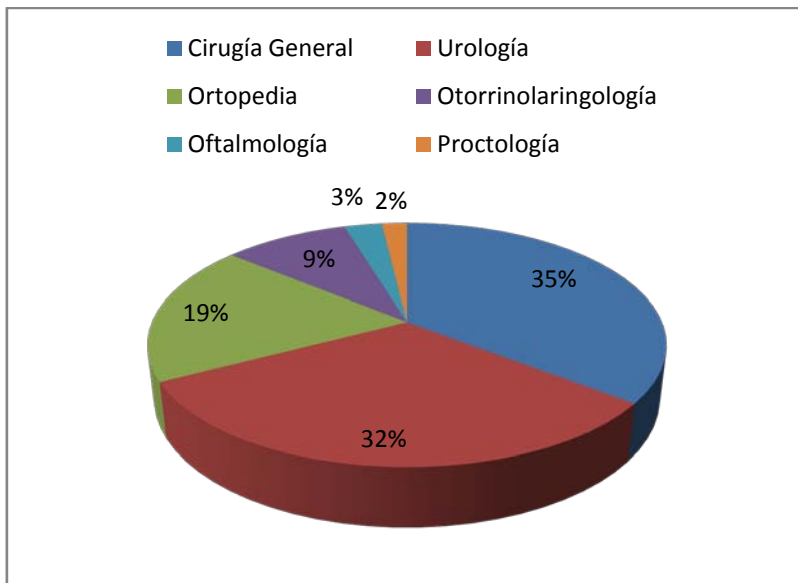
Tabla 4. Distribución de la atención por especialidad y género.

DISTRIBUCIÓN POR ESPECIALIDAD			
ESPECIALIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Cirugía General	38	72	110
Ginecología	0	71	71
Oftalmología	3	2	5
Otorrinolaringología	10	28	38
Proctología	2	5	7
Traumatología	20	31	51
Urología	34	10	44
Total general	107	219	326

Gráfica 9. Distribución de la atención en las diferentes especialidades en el género femenino.

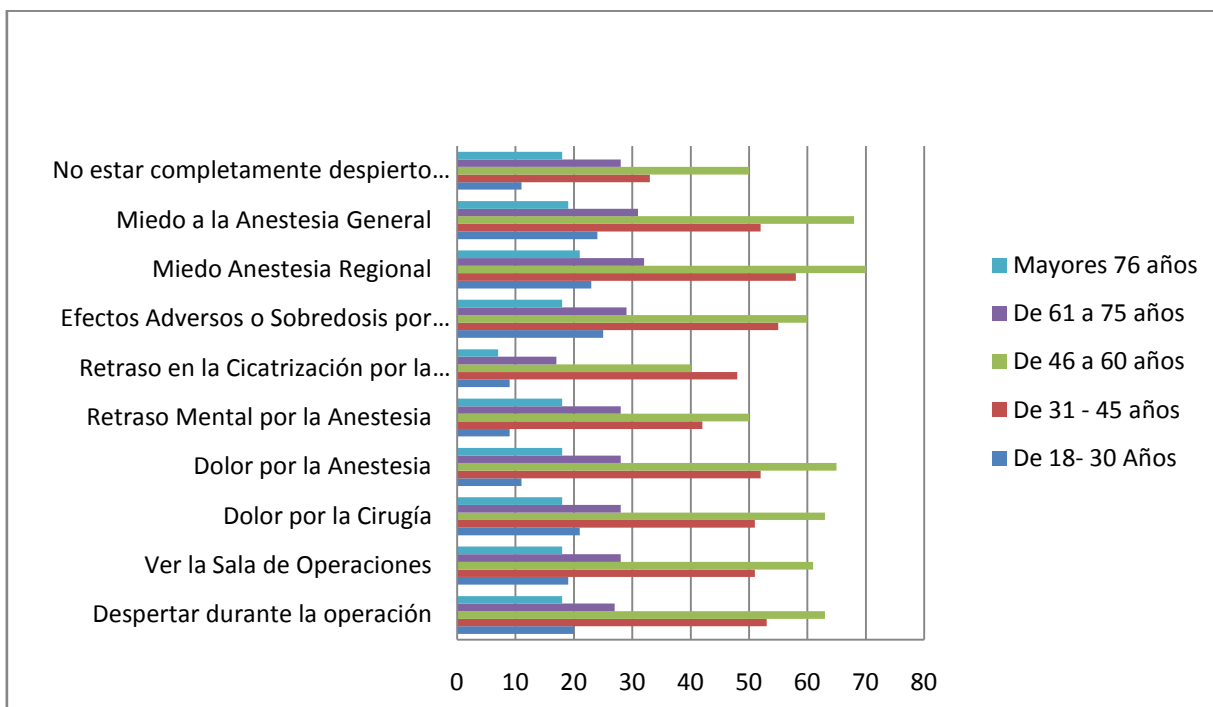


Grafica 10. Distribución de la atención en las diferentes especialidades en el género masculino.

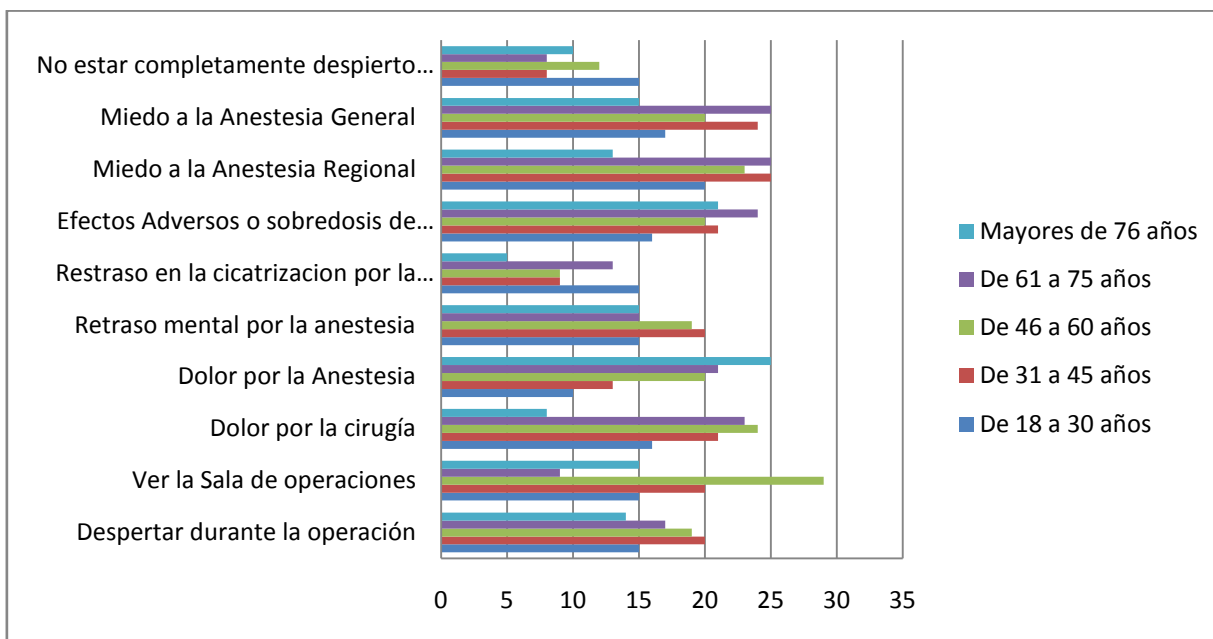


Los temores referidos por las pacientes femeninas fue, en mayor proporción, aquellos hacia la anestesia general, a la anestesia regional, al dolor, ya sea por la cirugía o debido a la técnica anestésica empleada, los efectos adversos del uso de narcóticos, así como despertar durante la cirugía. En el caso de los varones los temores referidos más frecuentemente, fueron el ver la sala quirúrgica, así como la administración de la anestesia regional y miedo a la cirugía. (Gráfica 11 y 12).

Grafico 11. Temores expresados por grupo de edad en el género femenino.

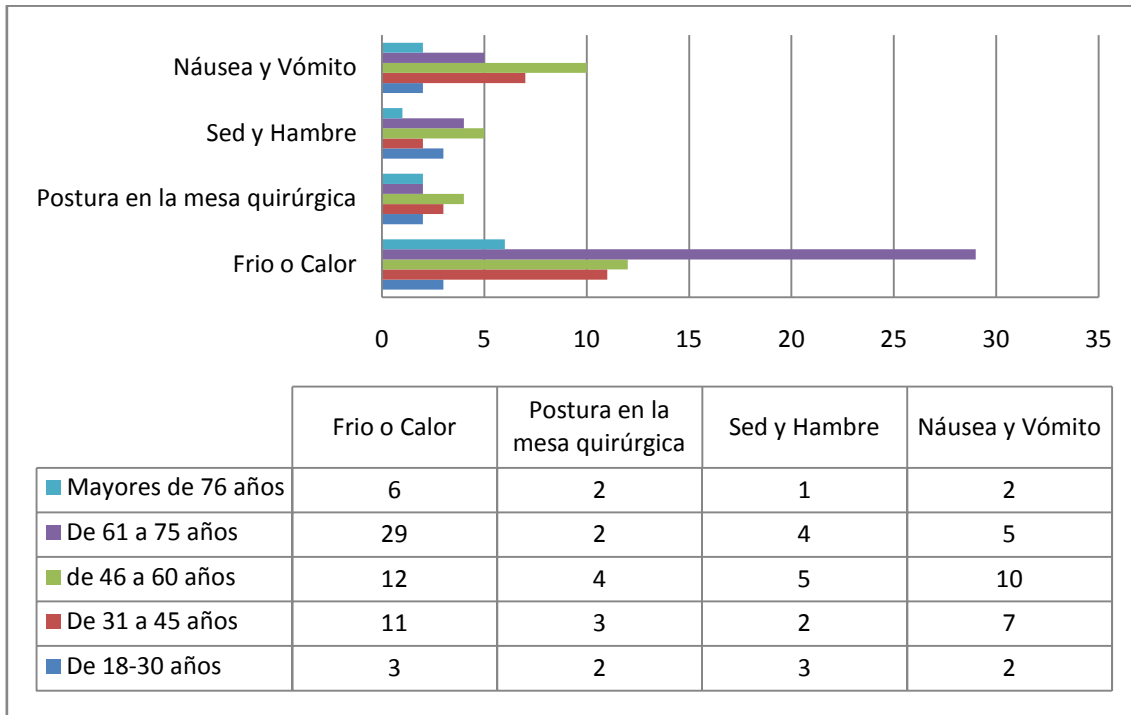


Grafica 12. Temores expresados por grupo de edad en varones.

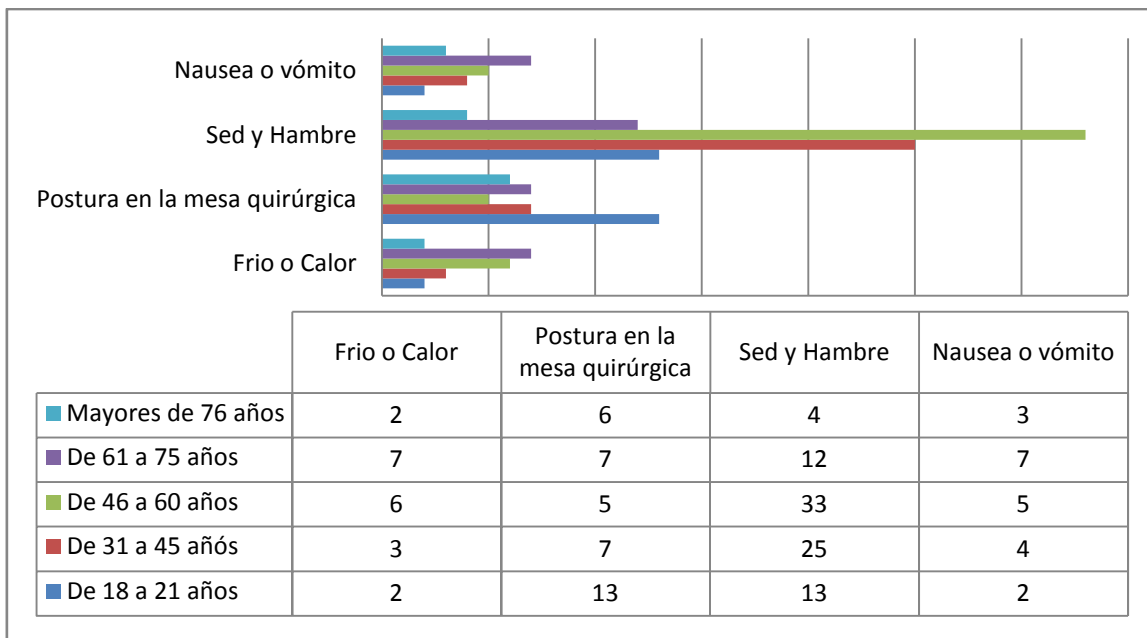


Durante la recolección de datos se encontró que una gran proporción de pacientes de ambos sexos no contestaron la sección referente a las incomodidades percibidas durante el transanestésico, sin embargo de las respuestas recibidas, las pacientes refieren el frío/ calor y en caso de los varones la sed y el hambre como las mayores incomodidades (Gráfica 13 y 14).

Grafica 13. Incomodidades referidas por las pacientes femeninas.



Grafica 14. Incomodidades referidas por los varones



SATISFACCION

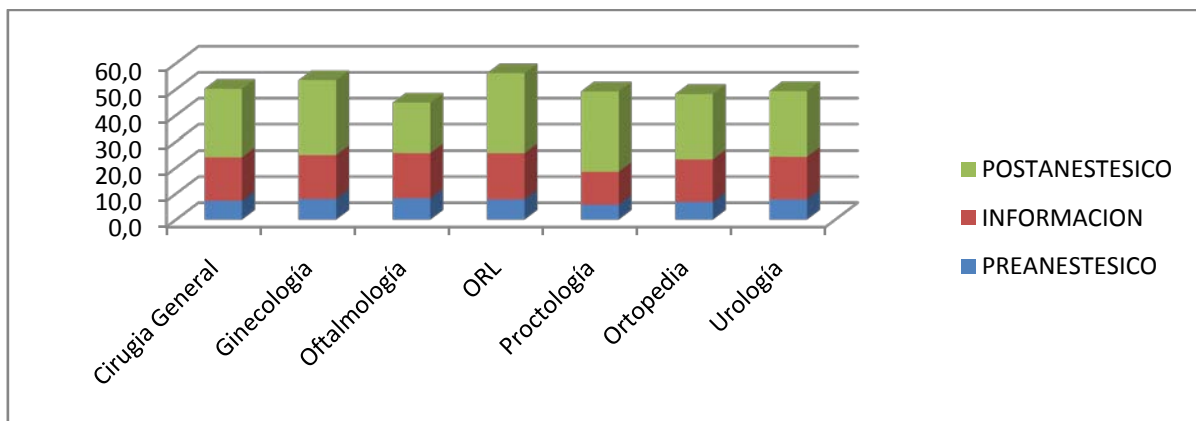
Se obtuvieron promedios de calificaciones satisfactorias durante el preanestésico, en relación al tiempo de espera en el consultorio de valoraciones y la espera en el quirófano, en cuanto a la información sobre la

técnica anestésica a utilizar así como la resolución de cuestionamientos, excepto en los pacientes de proctología quienes mostraron insatisfacción en ambos rubros; en el postanestésico los pacientes de ginecología, otorrinolaringología (ORL) y proctología refieren satisfacción con la atención recibida, los pacientes postoperados de cirugía general, oftalmología, ortopedia y urología refieren insatisfacción (Tabla 5 y Gráfica 15).

Tabla 5. Promedio de calificaciones obtenidas por especialidades

PROMEDIO GENERAL			
ESPECIALIDAD	PREANESTESICO	INFORMACION	POSTANESTESICO
Cirugía General	7,2	16,8	26,2
Ginecología	7,9	16,9	28,6
Oftalmología	8,2	17,4	19,2
Otorrinolaringología	7,8	17,8	30,6
Proctología	5,7	12,7	30,7
Ortopedia	6,8	16,4	25,0
Urología	7,7	16,5	25,1
PROMEDIO GENERAL	7,4	16,7	26,9

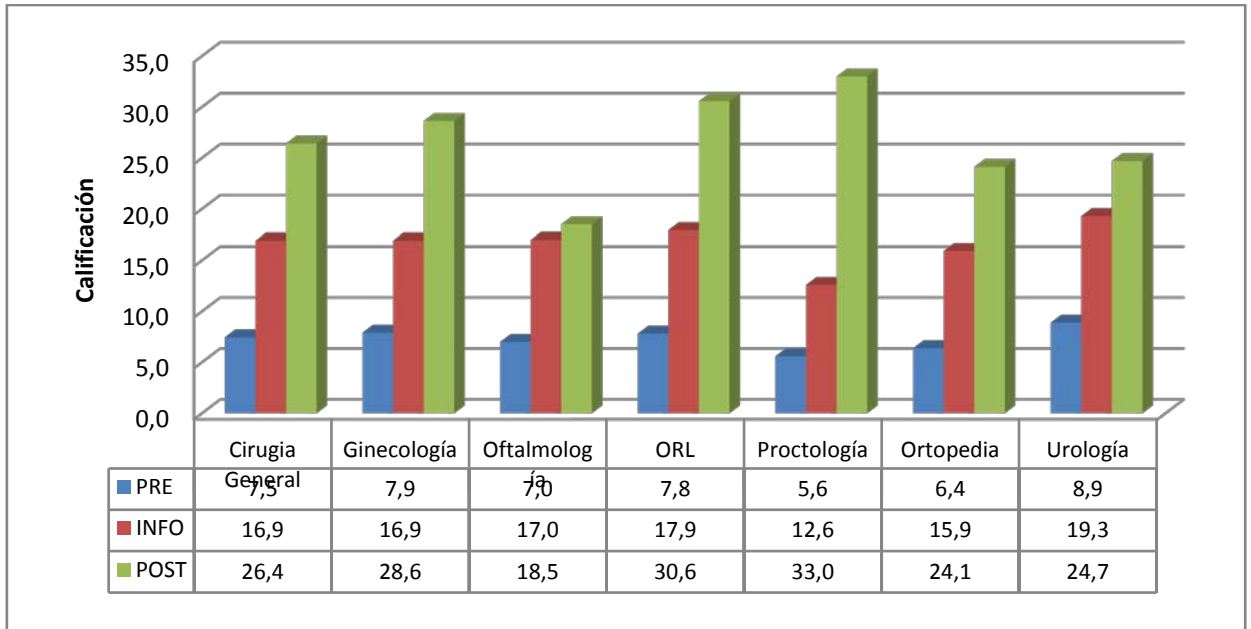
Gráfica 15. Satisfacción promedio por especialidades.



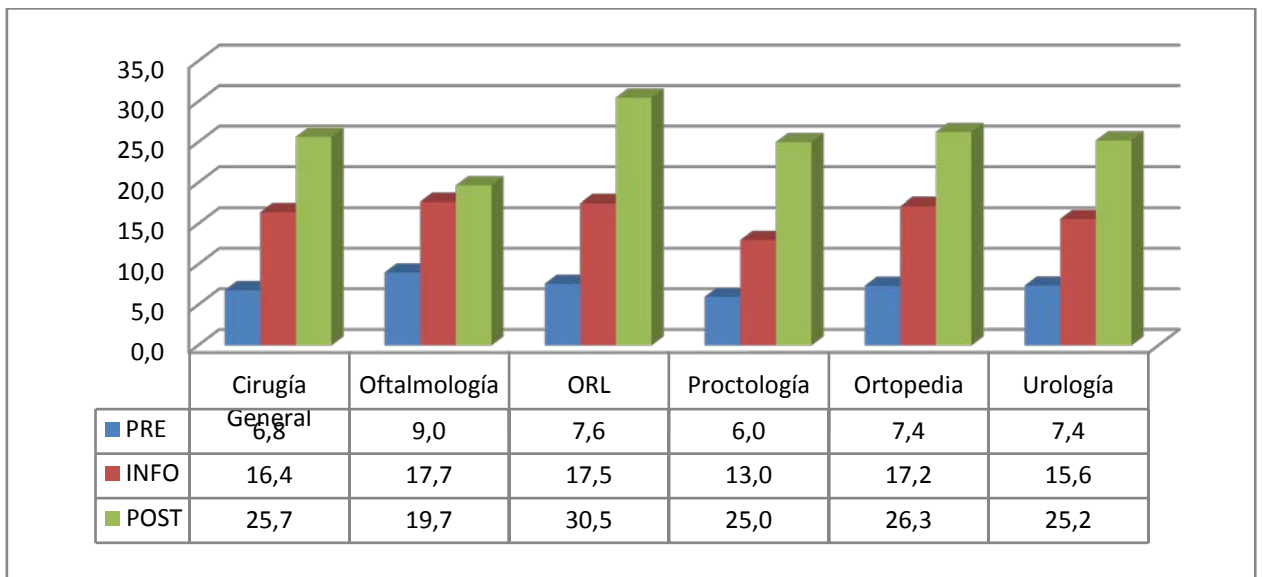
En el preanestésico las pacientes femeninas atendidas por urología fueron las más satisfechas y en el caso de los varones fueron aquellos atendidos por oftalmología, sin embargo mostraron indecisión las pacientes de ortopedia y en el caso de los varones aquellos atendidos por cirugía general y proctología. En lo referente a la información recibida, los pacientes de ambos sexos de la especialidad de proctología son los que dieron calificaciones insatisfactorias, y

se observo indecisión en los pacientes de urología y las pacientes de ortopedia y en el postanestésico las calificaciones de ambos sexos de oftalmología, cirugía general, proctología, ortopedia y urología son consistentes con la insatisfacción en la atención recibida. (Gráfica 16 y 17)

Gráfica 16. Promedio de satisfacción en pacientes femeninas y por especialidad

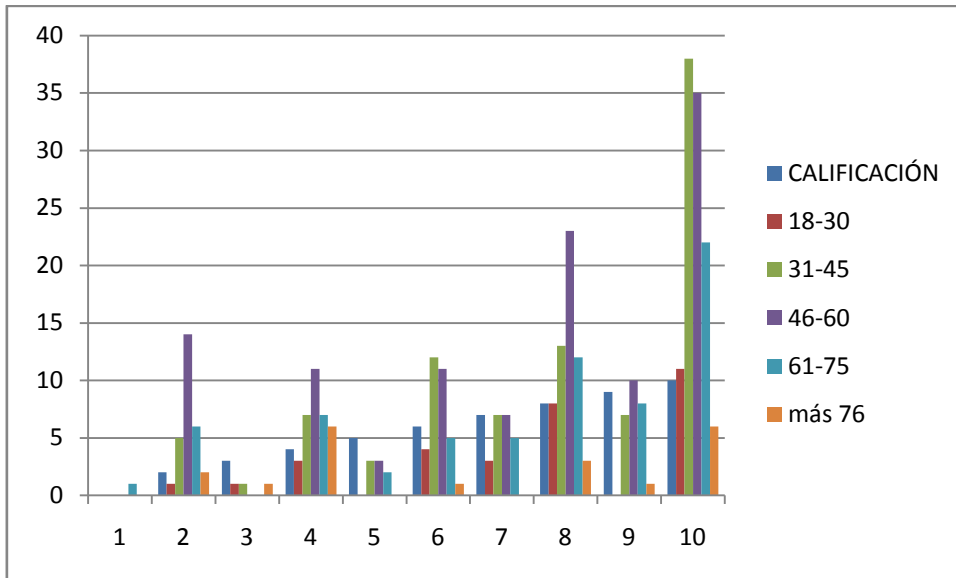


Gráfica 17. Promedio de satisfacción en varones y por especialidad



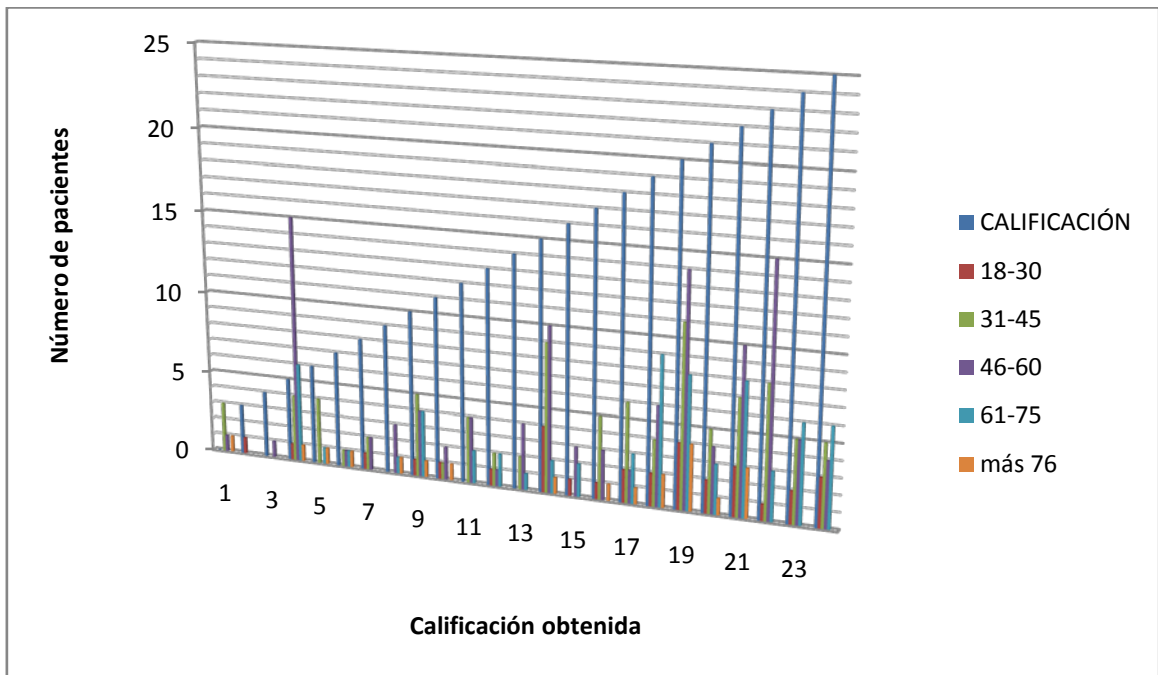
En las calificaciones obtenidas por grupo de edad se observa que en el periodo preanestésico el grupo de edad que mejores calificaciones expresadas fue en el grupo de 31 a 45 años seguido apenas del grupo de 46-60 años y en cambio el grupo de 18 a 31 años fueron quienes dieron las calificaciones más bajas. (Gráfica 18)

Gráfica 18. Calificaciones obtenidas en el preanestésico y por grupo de edad



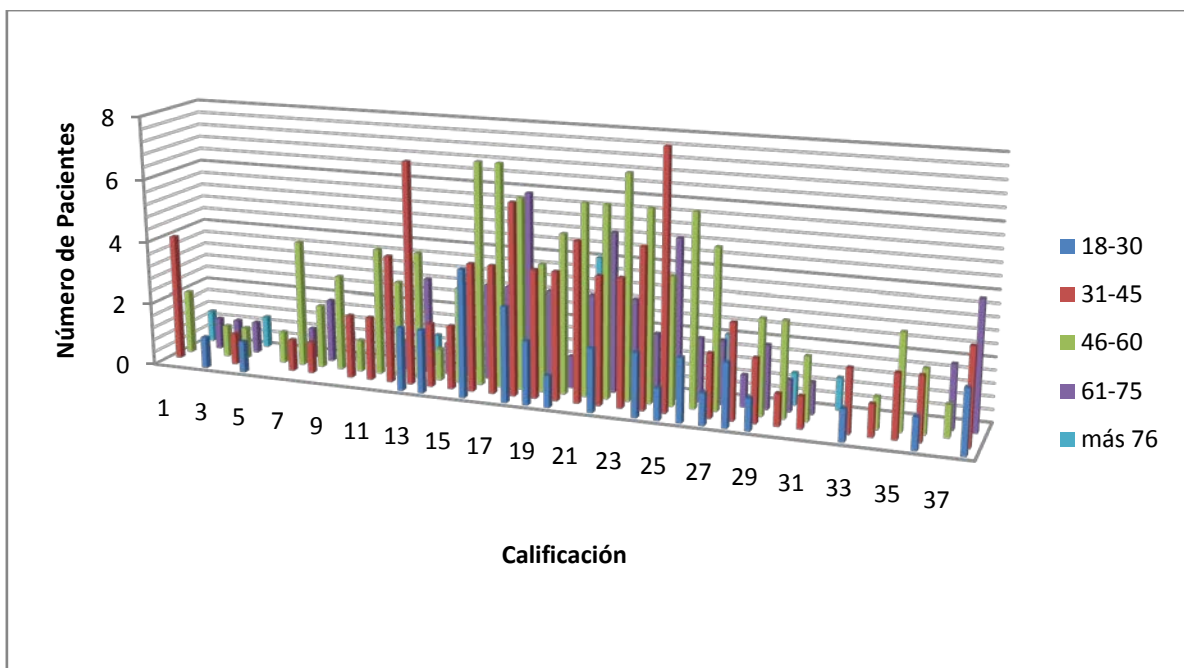
Se obtuvieron calificaciones demostrando satisfacción en la información en pacientes de los grupos de edad de 46 a 60 años así como de 30 -45 años. (Gráfica 19)

Grafica 19. Calificaciones obtenidas por grupo de edad y de satisfacción en la información



En el postanestésico se registraron calificaciones insatisfactorias principalmente en los grupos de edades de 46 a 60 y de 31 a 45, seguidos por el grupo de 61 a 75 años y en menor medida en el grupo de 18 a 30 años, los pacientes dentro del grupo de mayores de 76 años tuvieron poca participación. (Grafica 20)

Gráfica 20. Calificaciones obtenidas en el postanestésico por grupo de edad



CONCLUSIONES

La muestra analizada corresponde en gran medida a pacientes de género femenino, en edades comprendidas desde los 46 a 75 años con un máximo de escolaridad media superior, y atendidas en su mayoría por la especialidad de cirugía general, quienes en el postanestésico refieren insatisfacción con la atención recibida asociando malestares postoperatorios tales como el frío, náusea o vómito a la satisfacción anestésica.

Esto nos refleja que las pacientes de género femenino son más exigentes o bien tienen mayores expectativas que los varones y que no existe un balance entre ambas.

Actualmente en el Hospital General Gonzalo Castañeda Escobar, existe el consultorio de valoraciones preanestésicas, pero no está en funciones debido a la falta de personal para el mismo, a pesar de que las pacientes refieren estar satisfechas con la información recibida, ésta es proveniente de su médico tratante, quienes no son especialistas en anestesiología y pueden generar falsas expectativas o desinformaciones al respecto, tomando atribuciones al comentarles la técnica anestésica a utilizar y sin mencionarles los beneficios así como posibles complicaciones de las mismas.

De igual forma el área de recuperación postanestésica no cuenta con un anestesiólogo en forma permanente, así mismo por falta de personal, esto es vital ya que el anestesiólogo monitoriza, valora y atiende de inmediato las complicaciones que se puedan presentar, así como los cuestionamientos por parte de los pacientes, dichas inquietudes son resueltas en gran medida por el personal de enfermería, quienes no cuentan con estudios posttécnicos o de adiestramiento en anestesiología y por tanto pueden dar información no del todo cierta.

Es importante mencionar que al ser un hospital de carácter público, cuenta con recursos limitados tanto para medicamentos como para insumos que pudieran mejorar la comodidad del paciente, es decir, se cuenta en el cuadro básico con fármacos antieméticos del grupo de los antagonistas de receptores de serotonina, tales como el granisetron y ondansetrón pero en cantidades muy pequeñas, lo cual limita su uso en todos los pacientes en quienes se utilizaron

técnicas de anestesia general, ya que el consumo de opioides es mayor en este tipo de técnicas y por tanto mayor riesgo de náusea y vómito postoperatorio. Ahora bien, los dispositivos para mantener el calor corporal posterior a una cirugía dentro de la UCPA consisten en lámparas de chicote, las cuales proveen calor radiante concentrado en una zona, en lugar de utilizar dispositivos generadores de aire caliente para mantener todo el cuerpo a una temperatura agradable.

Todo lo anterior influye de manera negativa en la percepción de la satisfacción de los pacientes y éste estudio refleja de manera objetiva los puntos álgidos sobre los cuales debemos trabajar a fin de mejorar la satisfacción y la calidad de la atención anestésica.

ANEXO I

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	DICIEMBRE 2009 ENERO 2010	FEBRERO 2010	MARZO- ABRIL 2010	MAYO 2010	JUNIO 2010	JULIO 2010
ELECCION DE TEMA Y ASESOR						
ESCRITURA DE PROTOCOLO						
PRESENTACION DE PROTOCOLO						
RECOPIACION DE PACIENTES						
ANALISIS ESTADISTICO						
PRESENTACION DE RESULTADOS Y CONCLUISIONES						

ANEXO II

INSTRUCCIONES

Cada enunciado en la encuesta describe un sentimiento que usted probablemente experimentó **durante** su anestesia. Para cada pregunta marque la respuesta que mejor muestre como se sintió.

Si alguno de los enunciados NO describe como se sintió usted, marque *totalmente en desacuerdo, en desacuerdo*; si en cambio describe como se sintió, marque una respuesta que esté *totalmente de acuerdo, o de acuerdo*; si no puede recordar cómo se sintió marque *no estoy seguro*.

No existen respuestas correctas o incorrectas. Marque solamente una respuesta para cada enunciado, elija la respuesta y coloque una X en el recuadro correspondiente.

Nadie debe ayudarle en esta encuesta. Solamente debe leer la encuesta y elegir la respuesta que más se ajuste.

Por favor tómese su tiempo. Queremos que sus respuestas sean exactas.

ANEXO III

¿ACEPTA PARTICIPAR EN ESTA ENCUESTA? (SI) (NO) FIRMA

SI NO DESEA PARTICIPAR, MENCIONE LA RAZON

SEXO (M) (H) EDAD _____ AÑOS

GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS _____

¿DE QUE LO OPERARON? _____

PREVIO A SU CIRUGIA COMO SE SINTIO CON EL TIEMPO DE ESPERA EN:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
El consultorio de valoraciones					
El quirófano antes de recibir mi anestesia					

LE TENGO MIEDO A :

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Despertar durante la operación					
Ver la sala de operaciones					
Dolor por la cirugía					
Dolor por la anestesia					
Retraso mental por la anestesia					
Retraso en la cicatrización por la anestesia					
Efectos adversos o sobredosis por narcóticos o anestésicos					
Inyección en la espalda para realizar la cirugía o para manejo del dolor					
La colocación de un tubo en la garganta y el uso de una máquina para ayudarme a respirar					
No estar completamente despierto después de la cirugía					

PREVIO A SU CIRUGIA, NOTO QUE:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
La información dada por el personal de anestesia fue suficiente					
Tuvo oportunidad de preguntar acerca de la anestesia					
Las preguntas realizadas fueron contestadas					
La decisión que usted hizo sobre el tipo de anestesia, fue aceptada					
Pudo comentar las experiencias de anestesis previas					

PREVIO, DURANTE Y DESPUES DE LA CIRUGIA, ME SENTI INCOMODO CON:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
El Frio o calor					
La postura en la mesa de operaciones					
La sed y el hambre					
Nausea o vomito					

POSTERIOR A MI CIRUGIA :

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Tuve un despertar agradable					
El personal de anestesia estuvo dispuesto y atento a mi estado					
El personal de anestesia escucho mis preguntas					
Me sentí relajado y tranquilo					
Me sentí cómodo y confiado					
El personal de anestesia fue respetuoso					
Cuidaron mi privacidad					
Me sentí bien con el manejo del dolor					
El proceso completo del servicio de anestesia					

SUGERENCIA PARA MEJORAR EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA _____

ANEXO IV

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES AL SERVICIO DE
LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL “DR. GONZALO CASTAÑEDA ESCOBAR”

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo _____ Declaro
libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio **DETERMINACION
PERIOPERATORIA DEL GRADO DE SATISFACCION EN LA ATENCION
ANESTESICA EN CIRUGIA ELECTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL “DR.
GONZALO CASTAÑEDA ESCOBAR”**

que se realizará en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales al Servicio de los Trabajadores del Estado, cuyos objetivos son determinar el grado de satisfacción en el paciente durante la atención anestésica durante el perioperatorio, diagnosticar el grado de satisfacción anestésica en el perioperatorio en HOSPITAL GENERAL “DR. GONZALO CASTAÑEDA ESCOBAR”, Identificar los factores que favorecen y que afectan la satisfacción anestésica en el perioperatorio y Analizar la causa de las quejas por parte de los pacientes hacia la atención anestésica

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta Institución no se verá afectada.

Nombre _____

Firma _____

Lugar y fecha _____

BIBLIOGRAFIA

1. López M. ¿Qué piensan los pacientes de la anestesia? Encuesta de satisfacción postoperatoria en cirugía ambulatoria comparando anestesia general y subaracnoidea. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2003; 50: 439-443
 2. Bell d. An evaluation of anesthesia patient satisfaction instruments. *AANA Journal*, 2004, 72 (3): 211-217
 3. Haller G. Quality and Safety indicators in anesthesia. *Anesthesiology*. 2009; 110 (5): 1158-1175
 4. Heidegger T. Patient satisfaction with anesthesia care: development of a psychometric questionnaire and benchmarking among six hospitals in Switzerland and Austria. *BJA*. 2002; 89(6): 863-872
 5. Wui .patient satisfaction with anesthesia care in Taiwan. Development & validation of a pilot version of a psychometric questionnaire. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2009; 47 (4) 180-188
 6. Mira J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000; 114(3): 26-33
 7. Fung. Measuring patient satisfaction with anesthesia care; a review of current methodology. *Anesth Analg* 1998: 87: 1089-1098
 8. Chanthong P. Systematic review of questionnaires measuring patient satisfaction in ambulatory anesthesia. *Anesthesiology* 2009: 110 (5): 1061- 1067
 9. Capuzzo M. Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia. *Int Anesth Reseach Society*. 2007, 105 (2): 435-442
 10. Auquier P. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology*. 2005, 102 (6): 116-123
 11. Zvara D. The importance of the postoperative anesthetic visit: Do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition?. *Anesth Analg* 1996: 83: 793-797
 12. Dexter F. Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care: The iowa satisfaction with anesthesia scale. *Anesthesiology*. 1997; 87 (4) 865-873
- Graziola E. Evaluación de la calidad del acto anestésico según la opinión del paciente. *Bol Inf Ara* 2001; 13 (189): 19-27

13. Ponce M. Evaluación de la calidad de la anestesia desde el punto de vista del paciente. Rev Med Post UNAH. 2002, 2: 190-195
14. Myles P. Patient satisfaction after anesthesia and surgery. Results of a prospective survey of 10 811 patients. BJA 2000: 84(1): 6- 10
15. Le May. Patient satisfaction with anesthesia services. Can J Anesth. 2000: 153-161
16. Snyder-Ramos. Patient satisfaction and information gain after the preanesthetic visit: a comparison of face to face interview, brochure and video. Anesth Analg 2005; 100: 1753- 1758
17. Saal D. Effect of timing on the response to postal questionnaires concerning satisfaction with anesthesia care. BJA 2005: 94(2): 206-210
18. Hepner. Patient satisfaction with preoperative assessment in a preoperative assessment testing clinic . Anesth Analg 2004; 98: 1099-1105