



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

*SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO UN INDICADOR
DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN ANESTÉSICA*

T E S I S

Q U E P R E S E N T A

Dra. Berenice Tamaríz Tovar

**P A R A O B T E N E R E L D I P L O M A D E
L A E S P E C I A L I D A D E N A N E S T E S I O L O G Í A**

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN ANESTESIOLOGÍA,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
ASESOR: DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
MAESTRO EN CIENCIAS MÉDICAS
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
UMAE HOSPITAL ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



MÉXICO, D.F.

2011



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.

DOCTORA

DIANA G. MENEZ DIAZ

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SIGLO XXI

DOCTOR

ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN

SXXI

DOCTOR

ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

ANESTESIOLOGÍA

JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI

DEDICATORIA

Al que desde el inicio y ahora en el término de esta etapa me bendice y acompaña, a la ciencia perfecta:

DIOS

A mi hija, el tesoro y la bendición más grande en mi vida, mi luz, mi motor, mi razón y motivo. Por ti y para ti Regina.

A mi esposo, compañero y amigo. Gracias por tu apoyo, paciencia y amor incondicionales. Gracias por ayudarme a sonreír aun en el día que parecía más difícil y por ser parte fundamental en esta etapa y en mi vida. Este logro es de los dos.

A mis padres quienes también han sido mis maestros y amigos. Infinitas gracias por su amor palpable desde siempre y para siempre; por su ejemplo, enseñanzas y cuidados para ser, crecer y trascender.

A mi hermana por los lazos que van más allá de los sanguíneos y a mi abuela por su amor y oraciones diarias.

A mis maestros por compartirme sus conocimientos y por ser una guía en este camino.

Al “Universo de Trabajo” desde el primer día de mi formación en Anestesiología: mis pacientes. Por sus continuas lecciones y confianza.

INDICE

Resumen	6
Antecedentes	7
Justificación, Magnitud y Factibilidad	11
Planteamiento del problema	11
Hipótesis	11
Objetivos	12
Material y métodos	12
Consideraciones éticas	14
Recursos Humanos , físicos y financieros	14
Análisis estadísticos y resultados	15
Discusión	39
Conclusiones	40
Anexo	42
Bibliografía	44

1.Datos del alumno (Autor)	1.Datos del alumno
Apellido paterno Apellido Materno Nombre Teléfono Universidad Facultad o escuela Carrera No. De cuenta	Tamaríz Tovar Berenice 55 3232 3531 Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Medicina Médico Cirujano Especialista en Anestesiología 9603382-9
2.Datos del asesor	2.Datos del asesor
Apellido paterno Apellido Materno Nombres	Castellanos Olivares Antonio
3. Datos de la tesis	3. Datos de la tesis
Título No. de páginas Año	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO UN INDICADOR EN EL ACTO ANESTÉSICO 45 2011

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Todo procedimiento anestésico, se lleva a cabo en tres tiempos: pre, trans y postanestesia y es menester del anestesiólogo, interactuar con el paciente en cada uno de ellos para lograr de manera integral, su bienestar y homeostasis, fomentando y reforzando la relación médico- paciente.

En la práctica diaria de la medicina, es indispensable otorgar Calidad de Atención Médica, entendiendo como "calidad" a la totalidad de propiedades y características de un producto o servicio basados en su capacidad para satisfacer necesidades determinadas.

La satisfacción del paciente es una importante medida de calidad en el cuidado que puede contribuir a una evaluación balanceada de la estructura y procesos de los servicios. En Anestesiología, la mayoría de las mediciones de los indicadores utilizados para evaluar la calidad de la recuperación postanestésica han involucrado, la percepción del personal de salud más que la de los pacientes. Esto ha llevado al uso de indicadores centrados en variables de resultado (vómito, escalofrío, náusea, tiempo para despertar, etc.) aunque son escasos los estudios en los que se ha considerado la percepción de los pacientes en lo que se considera una buena calidad de atención anestésica.

En este estudio, por medio de la visita postanestésica, se realizó un análisis del grado de satisfacción de los pacientes sometidos a alguna intervención quirúrgica y por lo tanto; a un procedimiento anestésico, usando como instrumento de encuesta, un cuestionario aplicado en las primeras 48 horas posteriores al evento, que involucra indicadores de calidad aplicados en Anestesiología durante sus tres periodos de intervención.

OBJETIVO. Demostrar que la visita postanestésica es un instrumento que refleja el grado de satisfacción que tienen los pacientes con respecto al procedimiento anestésico aplicado y que este a su vez, influirá de manera positiva o negativa como indicador de calidad en Anestesiología.

MATERIAL Y METODOS. Previa autorización del Comité Local de Investigación se realizó un estudio transversal analítico con una cohorte preliminar de 4, 860 pacientes en la UMAE, Hospital de Especialidades CMN SXXI, en el periodo de enero a junio del 2010; aplicándose una encuesta de satisfacción durante la visita postanestésica.

RESULTADOS: En lo que se refiere a si el paciente estuvo satisfecho con su anestesia, casi la totalidad (99.7%) respondió afirmativamente y a un 97.6% del total de los casos le gustaría recibir anestesia similar en cirugías posteriores. Más del 50% de los pacientes, califica como excelente a su anestesia usando una escala del 0 al 10 y con esta misma, se midió la afectividad que recibió el paciente por parte de su anestesiólogo, siendo el 38.7% para la calificación de 9 y 37.2% para la de 10 (10 ± 1).

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes estuvieron satisfechos con la visita preanestésica, información del acto anestésico y posibles riesgos.

Más del 90% de los pacientes, refirieron satisfacción integral hacia su evento anestésico y le brindaron las calificaciones más altas en la escala de 0 al 10.

La satisfacción global del paciente puede ser influida de manera positiva en los tres periodos anestésicos y es una herramienta favorable en la Calidad de Atención Médica.

Es fundamental mantener una cercana y adecuada relación anestesiólogo-paciente para fomentar la calidad y calidez en la atención anestésica.

ANTECEDENTES

En Estados Unidos de América, el uso del término Anestesiología para señalar la práctica o estudio de la anestesia, fue propuesto por primera vez en la segunda década del siglo XX con objeto de recalcar la base científica creciente de la especialidad (1). Desde entonces y gracias al rápido avance científico, la Anestesiología es una especialidad cuya evolución pronta y precisa, ha permitido su interrelación con otras especialidades en el ámbito quirúrgico e invasivo.

Las técnicas anestésicas evolucionaron primero, con la anestesia por inhalación, seguida por anestesia local y regional y por último, con anestesia intravenosa. Es así como el desarrollo de la anestesia quirúrgica se considera uno de los descubrimientos más importantes en la historia de la humanidad.

La práctica de la Anestesiología no solo está confinada a la sala de operaciones. En la actualidad se requiere que los anestesiólogos vigilen, seden y proporcionen procedimientos anestésicos en unidades de litotripsia, formación de imágenes por resonancia magnética, tomografía computarizada, fluoroscopia y procedimientos ambulatorios que requieren por su corta duración, optimización de tiempo y recursos por parte del equipo médico y que mal llevados a cabo, pudieran interferir en la calidad de atención y por lo tanto; en las expectativas del paciente. (1)

Es menester del Anestesiólogo, realizar una visita preoperatoria y en ella, una valoración preanestésica, la cual funcione como herramienta diagnóstica, pronóstica y terapéutica durante el periodo trans y postanestésico. Todas las acciones de esta especialidad se realizan antes, durante y después de los procedimientos incluidos en su área de influencia. (2)

Por otro lado, el conocimiento por parte del paciente de las personas que conformarán el equipo médico, la explicación del procedimiento anestésico a aplicar y su resolución de dudas por medio de información entendible, fomentan la relación médico-paciente que en ningún periodo quirúrgico, debe perderse.

Zvara y cols., concluyen que los pacientes experimentan ansiedad por la anestesia y que esto en parte está relacionado a la pobre relación anestesiólogo- paciente. En este estudio, los anestesiólogos fueron percibidos como impersonales y figuras hábiles y eficientes pero no tan “reales” como otros médicos. Esto puede ser explicado en parte por la corta duración de la relación anestesiólogo-paciente y por el efecto de la medicación en el periodo pre y postoperatorio. (2)

La responsabilidad del médico especialista en Anestesiología es ahora mayor en un proceso que va desde el estudio y valoración del paciente previo a la aplicación de la anestesia, para seleccionar el procedimiento de menor riesgo y más apropiado a cada situación, la aplicación correcta y oportuna del mismo, vigilando permanentemente las condiciones transoperatorias del paciente hasta la recuperación postanestésica, que

implica la eliminación del estado provocado, la estabilidad completa de sus funciones y la detección y tratamiento de potenciales complicaciones relacionadas a la anestesia(2, 3) y es así como en la NOM para la práctica de la anestesiología, se definen los cuidados postanestésicos como la serie de conductas tendientes a la vigilancia y cuidado de la homeostasis del paciente durante el proceso de recuperación de la anestesia. (3)

La evaluación individualizada, orientada al problema del paciente, es esencial para asegurar la recuperación posoperatoria óptima con un mínimo de riesgo, inconveniencia y gasto. Desde el pasado, la evaluación de la “calidad” de la Unidad de Cuidados Postanestésicos (UCPA) se ha limitado a los aspectos clínicos del cuidado. Sin embargo, en virtud de las actuales necesidades de abatir los costos, se ha agregado el concepto de “valor” al análisis de calidad. El valor del cuidado en la UCPA puede definirse como la mejoría de la evolución clínica por el dinero gastado en un ingreso a la UCPA.

El impacto del cuidado de la UCPA sobre la evolución clínica es afectado por la diversidad de pacientes admitidos. La variedad de pacientes refleja la incidencia y gravedad de las enfermedades subyacentes, la frecuencia, urgencia y tipo de procedimientos quirúrgicos y la combinación de técnicas quirúrgicas y anestésicas empleadas. (4)

En la práctica diaria de la medicina, sea pública o privada, es cada vez más importante otorgar un servicio de calidad o Calidad de Atención Médica (CAM). Uno de sus componentes, la calidad, es la totalidad de propiedades y características de un producto o servicio basados en su capacidad para satisfacer necesidades determinadas (5).

La calidad en el cuidado de la salud ha sido definida como el grado en el cual los servicios de salud incrementan la tasa de los resultados deseados en salud que son consistentes con el conocimiento profesional actual. La calidad de vida es relevante en este contexto y puede ser medida después de la anestesia y cirugía bajo dimensiones objetivas y subjetivas (efectos adversos y satisfacción del paciente, respectivamente). (6)

La gestión médica Integral es un sistema único diseñado específicamente para la gestión y apoyo a los servicios de salud, cubriendo los tres niveles de atención, y ofreciendo herramientas para soporte a decisiones, prevención, expedientes clínicos, seguimiento médico y administración hospitalaria.

Para los profesionales de la salud, las crecientes demandas de recursos técnicos, organizacionales y de logística implican constantes desafíos que se traducen en incremento de costos y disminución de utilidades, dificultando mantener los estándares de calidad y una apropiada gestión de sus recursos.

La gestión médica, tiene la acción de fungir como enlace permanente entre el beneficiario del sistema y los diferentes prestadores de servicios de salud, organizados en redes de establecimientos de atención médica,

a fin de que pueda proporcionar asesoría tanto al beneficiario como al prestador de las diferentes carteras de servicios y conozca los diferentes mecanismos para su gestión ante y para los beneficiarios.

Tiene como objetivo garantizar la prestación de los servicios de salud que se derivan de las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.

La gestión médica es una solución tecnológica confiable y robusta dedicada a gestionar los procesos de negocio de forma ágil y segura, permitiendo alcanzar altos estándares de eficiencia así como a obtener un visible retorno financiero para que la Institución enfoque sus recursos humanos a lo que realmente importa: el cuidado de la salud.

Desde el 1º de enero de 2009 en todos los hospitales certificados por el Consejo de Salubridad General según los Estándares Internacionales para la Acreditación de Joint Commission International, se crearon las Metas Internacionales para la Seguridad del paciente (7).

Su propósito es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente y sus objetivos destacan las áreas problemáticas dentro de la atención médica y describen soluciones consensuadas para estos problemas, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos. Reconociendo que un diseño sólido del sistema es fundamental para la prestación de atención médica segura y de alta calidad, se centran en soluciones que abarcan todo el sistema.

Estos son:

1. Identificar correctamente a los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención médica
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

La satisfacción del paciente es una importante medida de calidad en el cuidado que puede contribuir a una evaluación balanceada de la estructura y procesos de los servicios. Muchos factores contribuyen a esta, incluyendo la accesibilidad de los servicios, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales de la salud y las expectativas y preferencias propias del paciente. (6, 8)

Una definición de “satisfacción del paciente” frecuentemente citada, es la formulada por Pascoe como una reacción compuesta por una evaluación cognitiva y una respuesta emocional (9). Cada paciente inicia con una “comparación estándar” que puede ser: un ideal, una expectativa mínima, experiencias pasadas o su sensación de lo que merece y por lo tanto; su satisfacción dependerá de la congruencia entre lo que espera y lo que ocurre. (10)

La mayoría de los pacientes (85%) esperan una anestesia sin incidentes. Sin embargo, la recuperación de la anestesia y cirugía puede complicarse con la sedación residual, dolor, náusea, vómito y otras complicaciones mayores y menores. La corta duración de la anestesia y la presencia de efectos adversos en la recuperación y en la Unidad de Cuidados Postanestésicos (dolor moderado o severo, náusea y vómito), se han asociado significativamente con la falta de satisfacción de los pacientes y la presencia de efectos adversos, se ha relacionado proporcionalmente con el grado de insatisfacción (6, 8, 11).

En Anestesiología, la mayoría de las mediciones de los indicadores utilizados para evaluar la calidad de la recuperación postanestésica han involucrado, la percepción del personal de salud más que la de los pacientes. (12, 13) Esto ha llevado al uso de indicadores centrados en variables de resultado (vómito, escalofrío, náusea, tiempo para despertar, etc.) aunque son escasos los estudios en los que se ha considerado la percepción de los pacientes en lo que se considera una buena calidad de la recuperación postanestésica (13, 14).

Además, diversos estudios identifican la importancia de la visita preanestésica por parte del anestesiólogo pero existe poca evidencia del valor de la visita postanestésica cuando esta es usada como herramienta para disminuir la distancia entre el anestesiólogo- paciente y para medir el grado de satisfacción del paciente sometido a algún procedimiento anestésico. (2, 6, 13)

En este estudio, se pretende realizar por medio de la visita postanestésica, un análisis del grado de satisfacción de los pacientes sometidos a alguna intervención quirúrgica y por lo tanto; a un procedimiento anestésico, usando como instrumento de encuesta, un cuestionario aplicado en las primeras 48 horas posteriores al evento, que involucre indicadores de calidad aplicados en Anestesiología.

JUSTIFICACIÓN

Dado que es necesario conocer el grado de satisfacción de los pacientes respecto a los procedimientos anestésicos aplicados en procedimientos quirúrgicos dentro del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda”, debe aplicarse un instrumento de medición para conocer la percepción de los pacientes y así, mejorar la calidad de atención anestésica.

MAGNITUD

La importancia de la valoración postanestésica es fundamental en la conclusión satisfactoria del acto anestésico, ya que por medio de la evaluación de la misma, el Médico Anestesiólogo podrá integrar el criterio del paciente y enriquecer cualitativamente futuros procedimientos anestésicos. Así mismo, se le otorgará al paciente la cercanía y confianza para evaluar integralmente la calidad brindada por parte del Servicio de Anestesiología.

FACTIBILIDAD

La realización de la valoración postanestésica es factible debido a que es un aspecto obligatorio para el Anestesiólogo y el Residente en formación que determina la etapa final del acto anestésico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de satisfacción de los pacientes respecto a su procedimiento anestésico aplicado en UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda”, CMN SXXI?

HIPÓTESIS

1. Si se logra una favorable relación anestesiólogo-paciente desde el periodo preanestésico, transanestésico y postanestésico, se influirá positivamente en la satisfacción global del paciente con respecto al procedimiento aplicado.
2. Si se disminuyen y tratan adecuadamente los efectos adversos potenciales e inherentes a la técnica anestésica, se aumentará la calidad en la atención y por lo tanto; la satisfacción del paciente.
3. Si se realiza una valoración postanestésica integral durante las primeras 48 horas del evento anestésico, se reducirán las complicaciones mayores y menores relacionadas con la anestesia y se aumentará la calidad en la atención del paciente.

OBJETIVO

Demostrar que la visita postanestésica es un instrumento que refleja el grado de satisfacción que tienen los pacientes con respecto al procedimiento anestésico aplicado y que este a su vez, influirá de manera positiva o negativa como indicador de calidad en Anestesiología.

MATERIAL Y MÉTODOS

- a) **Diseño del estudio:** Transversal analítico
- b) **Universo de trabajo:** Pacientes a quienes se les realizó un procedimiento anestésico en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" CMN SXXI, valorados por un Médico Residente de Anestesiología durante las primeras 48 horas posteriores a dicho procedimiento en el periodo de enero a junio del año 2010.

Al universo de trabajo, se le aplicó una encuesta de satisfacción durante la visita postanestésica, la cual fue valorada con estadística previa, donde se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.86.

c) **Variables:**

1. Independientes

- a) Tiempo de internamiento antes de la cirugía
- b) Fecha y hora de cirugía programada (cirugía oportuna)
- c) Visita preanestésica
- d) Medicación preanestésica
- e) Recibimiento del anestesiólogo en quirófano
- f) Relación con el anestesiólogo
- g) Afectividad por parte del anestesiólogo
- h) Comodidad durante la cirugía
- i) Información de riesgos de la anestesia
- j) Técnica anestésica

2. Dependientes:

- a) Satisfacción
- b) Recuerdos desagradables durante la cirugía
- c) Despertar/ escuchar durante la cirugía
- d) Náusea y vómito después de la cirugía
- e) Dolor después de la cirugía y en el momento de la encuesta

- f) Odinofagia
- g) Riesgo Anestésico Quirúrgico

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculó mediante una fórmula para tamaño de la muestra para estimar proporciones poblacionales (15).

$$n = z^2 PQ / d^2$$
$$n = 1.96^2 (98.6) 97.6 / 95.5$$
$$n = 387.11 = 387$$

Se consideró un nivel de confianza de 95%, con un valor de z correspondiente a riesgo α fijado ($\alpha=0.05$; $Z\alpha=1.96$), con el valor en proporción existente en la población que presentan satisfacción después de la anestesia 98.6%, donde d es la mitad del rango del intervalo de confianza del principal motivo de insatisfacción 191 (6), dando por resultado una tamaño de muestra de 387 sujetos de estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión

Pacientes de sexo masculino o femenino de edad entre 18 y 95 años, sometidos a cualquier técnica anestésica, ASA I- IV, a quienes se les aplicó algún procedimiento anestésico con fin quirúrgico o diagnóstico, hospitalizados o ambulatorios y que acepten contestar la encuesta aplicada en su periodo postanestésico.

b) Criterios de no inclusión

Pacientes con ASA V, en estado de choque, con alteraciones mentales o con deterioro neurológico y que no acepten contestar la encuesta.

c) Criterios de eliminación

Pacientes en los que el procedimiento quirúrgico o diagnóstico sea suspendido o diferido, pacientes que durante el procedimiento presenten paro cardiorrespiratorio y los que sean trasladados a otra Unidad.

PROCEDIMIENTO

Después de contar con la autorización del Comité Local de Investigación y del Jefe de Servicio de Anestesiología, se analizarán las encuestas de satisfacción que se encuentran en el Archivo del Servicio.

Se recopilarán las visitas postanestésicas realizadas por un Médico Residente de Anestesiología a los pacientes sometidos a algún procedimiento anestésico en la Unidad de trabajo, durante los meses de enero a junio del 2010.

Se desglosarán las variables a estudiar en una base de datos en el programa SPSS 10 y se vaciará el contenido del instrumento principal de trabajo a dicho programa, analizando cada una de las variables formuladas en la encuesta para determinar el grado de satisfacción de cada paciente hacia su procedimiento anestésico y lo que este conlleva.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dado que no existe ningún procedimiento invasivo que comprometa la seguridad de los pacientes, se solicitó la autorización verbal de los mismos, garantizándoles anonimato y confidencialidad en el contenido de la información brindada.

Los pacientes serán informados acerca de la encuesta y de su objetivo antes de realizarse la misma, explicándoles que los resultados serán utilizados para establecer un proceso de mejoría continua en la atención anestésica.

En caso de no aceptar, se mantendrá en anonimato, respetando la decisión del paciente.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

1. Humanos: Asesor y profesores médicos, Médico Residente de Anestesiología del segundo o tercer años (aplicador de la encuesta), Investigador principal recopilador de datos (la que presenta el trabajo)
2. Materiales: Hojas de encuesta para la valoración postanestésica, hojas correspondientes para recolección de datos clínicos, programa electrónico estadístico (SPSS 10)
3. Financieros: Ninguno

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables se capturarán en el programa SPSS 10. Las de carácter cualitativo, se expresarán mediante frecuencia absoluta y porcentajes y las cuantitativas, se resumirán con promedio más menos desviación estándar y mediana y cuartil 25/ 75.

La contrastación de las diferencias, se realizará con la prueba de Xi cuadrada o Exacta de Fisher, según sea el caso y se considerará como estadísticamente significativo, todo valor de probabilidad menor a 0. 05.

RESULTADOS

A pesar de que el resultado para el tamaño de la muestra fue de 387 pacientes, este fue ampliada dado el carácter del diseño (transversal analítico), para abarcar a un mayor número de encuestados sometidos a procedimientos anestésicos, gracias al gran número de cirugías realizadas en UMAE CMN SXXI. La cohorte preliminar final, fue de 4, 860 pacientes.

1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE EVALUACION DE SATISFACCIÓN LOS PARTICIPANTES

De acuerdo a la cohorte tomada de 4, 860 pacientes incluidos en este estudio transversal analítico se observó en frecuencia de acuerdo al género un 52% de mujeres vs 48% hombres, la edad promedio en el grupo fue de 51 ± 17 años, con un valor de $p = 0.192$. Mientras que en su clasificación de la edad en menores de 60, la frecuencia fue de 65% y en mayores de 60 de 35%. De igual manera se determinó la media y desviación estándar de acuerdo a la relación de afectividad presente en estos pacientes con su anesthesiólogo y el desenlace de la respuesta de estos en las interrogantes de calificación anestésica, afecto, comodidad, vómitos, dolor, conciliar el sueño, odinofagia y dolor actual. Así como la determinación de una prueba t de student para variables independientes para verificar igualdad de las mismas en cuanto a características para su evaluación final. En el cuadro 1 se muestran las características clínicas y mediciones de acuerdo a la evaluación del cuestionario en el grupo de estudio.

CUADRO 1. MEDICIONES CLÍNICAS Y EVALUACIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO QUE DETERMINA SIGNIFICANCIA EN IGUALDAD DE CARACTERÍSTICAS

VARIABLES	n=4860	p
Género (F/M)	52%/48%	
Edad (<60/>60)	65%/35%	
Edad (años)	51 ± 17	0.699
Calificación anestésica	10 ± 1	0.000
Afecto	10 ± 1	0.000
Comodidad	10 ± 2	0.423
Vomito	$1.4 \pm .6$	0.470
Dolor	2.5 ± 2	0.893

Dormir	8.5 ± 2.5	0.989
Odinofagia	2 ± 1	0.444
Dolor actual	2 ± 1	0.774

F: femenino, M: masculino. t de Student (p < 0.05)

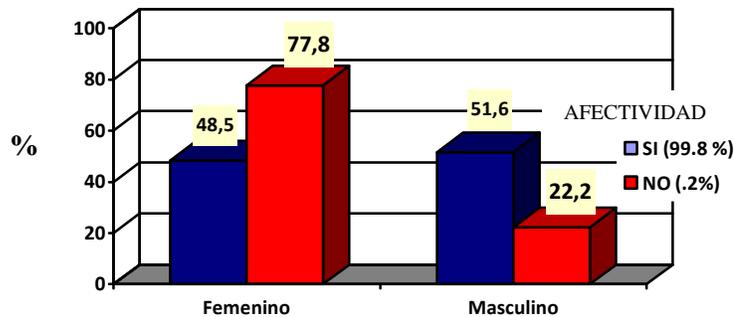
2. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO AL GÉNERO

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anesthesiologo, la respuesta del género masculino fue más del 50%, mientras que el negativo fue mayor en el femenino. Con una Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 2; GRÁFICA 1. RELACIÓN AFECTIVIDAD – GÉNERO

AFECTIVIDAD	Género n=4860			p
	Población total %	F %	M %	
SI	99.8	48.5	51.6	0.699
NO	.2	77.8	22.2	

F: femenino; M: masculino. Chi cuadrada (p < 0.05)



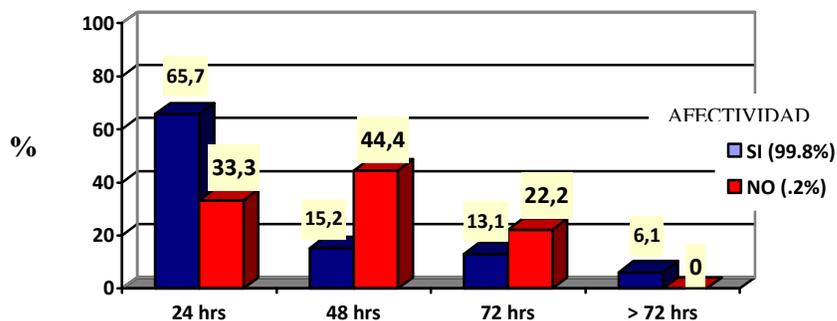
3. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A LAS HORAS PREVIAS DEL INTERNAMIENTO ANTES DE SU CIRUGÍA

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo de acuerdo a las horas previas del internamiento del paciente antes de su intervención quirúrgica, presentando mayor relación en los que se internaron 24 hrs antes de su cirugía con un 65%, mientras que en los que respondieron negativamente a una buena afectividad se presentó en mayor frecuencia a las 48 hrs. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 3; GRÁFICA 2. RELACIÓN AFECTIVIDAD – HORAS INTERNAMIENTO ANTES DE CIRUGÍA

AFECTIVIDAD	Horas Internamiento antes de cirugía n=4860					P
	Población total	24 hrs	48 hrs	72 hrs	>72 hrs	
	%	%	%	%	%	
SI	99.8	65.7	15.2	13.1	6.1	0.229
NO	.2	33.3	44.4	22.2	0	

Chi cuadrada ($p < 0.05$)



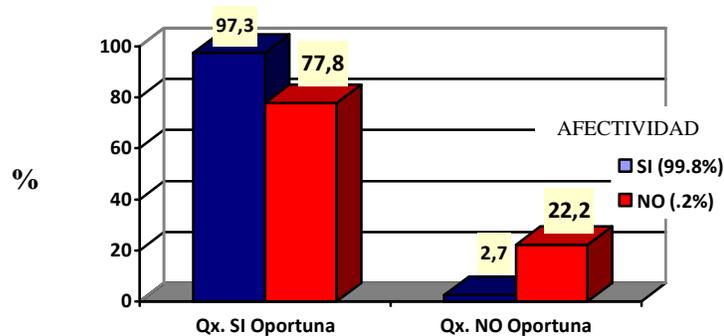
4. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A SI LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA FUE OPORTUNA EN SU PROGRAMACIÓN DE FECHA Y HORA

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anesthesiólogo y la realización oportuna de la intervención quirúrgica fue mayor con más del 97% de la población total, así como fue oportuna dicha intervención en mayor porcentaje en los pacientes que contestaron de manera negativa a la situación de afectividad. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 4; GRÁFICA 3. RELACIÓN AFECTIVIDAD – CIRUGÍA OPORTUNA

AFECTIVIDAD	Visita Cirugía Oportuna n=4860			p
	Población total	SI	NO	
	%	%	%	
SI	99.8	97.3	2.7	0.000
NO	.2	77.8	22.2	

Chi cuadrada (p <0.05)



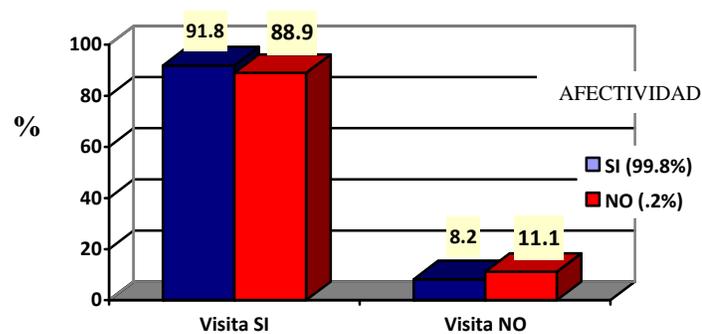
5. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA AL HABER RECIBIDO LA VISITA PREANESTÉSICA

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo y el haber recibido una visita preanestésica también se observa una alta relación con más del 90% de la población total. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 5; GRÁFICA 4. RELACIÓN AFECTIVIDAD – PREANESTESICA

AFECTIVIDAD	Visita Preanestésica n=4860			p
	Población total %	SI %	NO %	
SI	99.8	91.8	8.2	0.908
NO	.2	88.9	11.1	

Chi cuadrada (p <0.05)



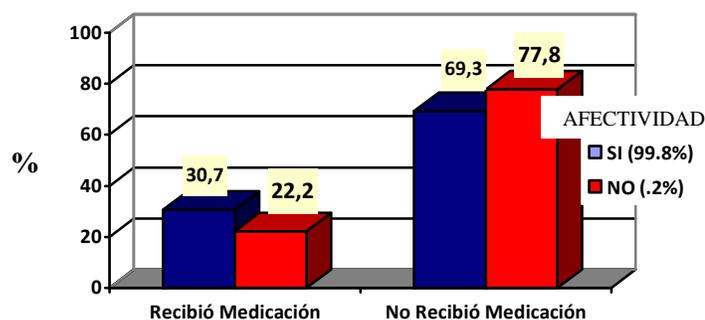
6. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A LA MEDICACION PREANESTÉSICA

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anesthesiólogo y la indicación de algún medicamento previo a la anestesia de acuerdo a lo esperado no se observó relación significativa con solo un 30%, al ser más alta la relación entre los que no recibieron la medicación y tuvieron sin embargo afectividad positiva con su anesthesiólogo. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 6; GRÁFICA 5. RELACIÓN AFECTIVIDAD – MEDICACION PREANESTÉSICA

AFECTIVIDAD	Medicación n=4860			p
	Población total	SI	NO	
	%	%	%	
SI	99.8	30.7	69.3	0.278
NO	.2	22.2	77.8	

Chi cuadrada (p <0.05).



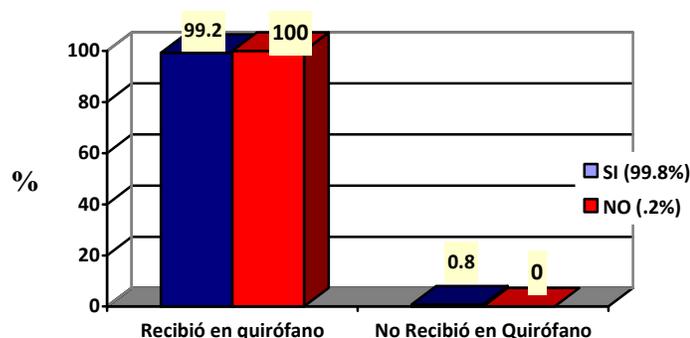
7. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A SI FUERON RECIBIDOS POR EL ANESTESIÓLOGO EN QUIRÓFANO

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo y al recibimiento por este en el quirófano fue mayor entre los que si recibieron en casi el total de la población y con más del 99%. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 7; GRÁFICA 6. RELACIÓN AFECTIVIDAD – RECIBIMIENTO

AFECTIVIDAD	Recibió n=4860			p
	Población total %	SI %	NO %	
SI	99.8	99.2	.8	0.999
NO	.2	100	0	

Chi cuadrada (p <0.05)



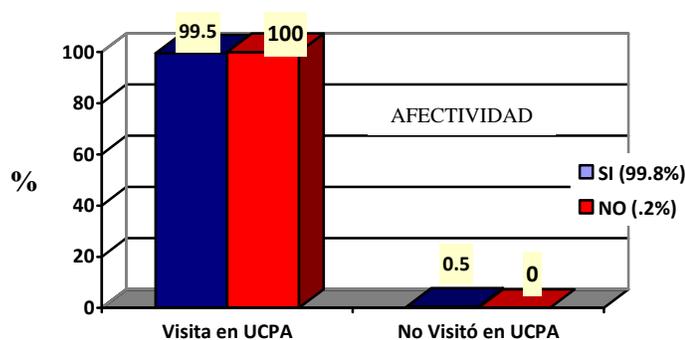
8. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A SI EL ANESTESIÓLOGO HABLÓ CON EL PACIENTE EN RECUPERACION

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo y si el paciente tuvo una visita por este en recuperación fue casi en su totalidad más del 99% afirmativo el hecho que ante una afectividad positiva hubo una visita postanestésica. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 8; GRÁFICA 7. RELACIÓN AFECTIVIDAD – VISITA EN RECUPERACIÓN

AFECTIVIDAD	Visita en Recuperación n=4860			p
	Población total	SI	NO	
	%	%	%	
SI	99.8	99.5	.5	0.974
NO	.2	100	0	

Chi cuadrada (p <0.05)



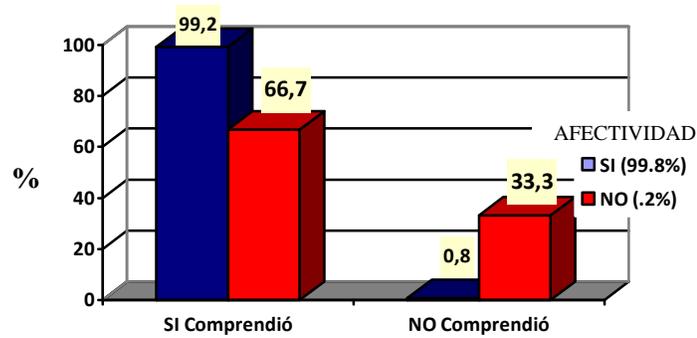
9. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A LA COMPRENSION CLARA DE LAS INDICACIONES DEL ANESTESIÓLOGO

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo y a la comprensión de indicaciones dadas por este en la anestesia recibida, fue casi en su totalidad relacionada una y otra en 99%. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 9; GRÁFICA 8. RELACIÓN AFECTIVIDAD – COMPRENDIÓ INDICACIONES DEL ANESTESIÓLOGO

AFECTIVIDAD	Comprendió Indicaciones n=4860			p
	Población total	SI	NO	
	%	%	%	
SI	99.8	99.2	.8	0.000
NO	.2	66.7	33.3	

Chi cuadrada (p <0.05)



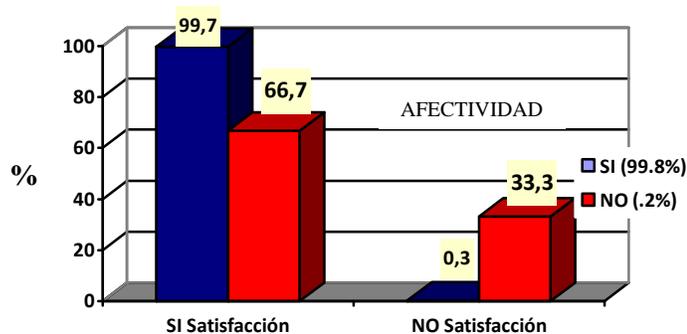
10. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN DE LA ANESTESIA APLICADA

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anesestesiólogo y a la satisfacción global del paciente, fue casi en su totalidad relacionada entre una y otra variable al ir de la mano en más del 99% de la población que contestó afirmativamente y de la total. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 10; GRÁFICA 9. RELACIÓN AFECTIVIDAD – SATISFACCIÓN

AFECTIVIDAD	Satisfacción n=4860			p
	Población total %	SI %	NO %	
SI	99.8	99.7	.3	0.000
NO	.2	66.7	33.3	

Chi cuadrada (p <0.05)



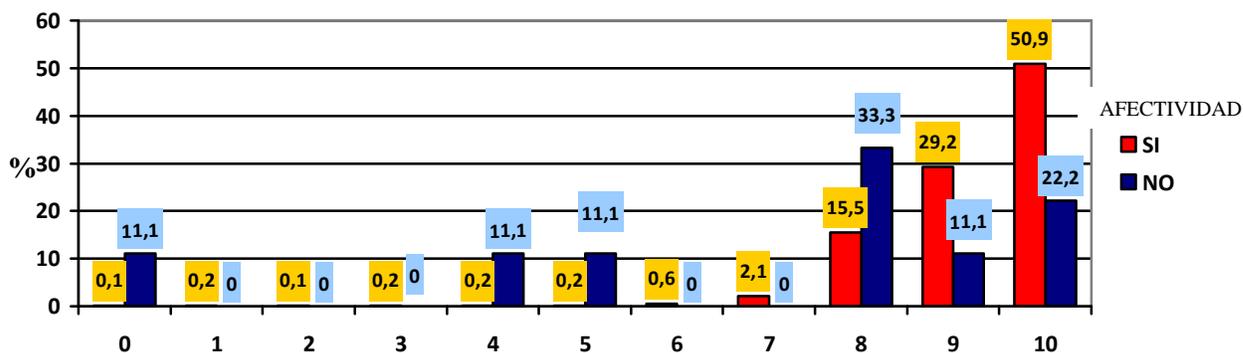
11. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A LA CALIFICACION EN LA SATISFACCIÓN DE LA ANESTESIA APLICADA

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anesthesiólogo y a la calificación de la satisfacción en la anestesia aplicada en escala del 0 al 10, fue mayor el porcentaje en 29 y 50% respectivamente al valor de 9 y 10. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 11; GRÁFICA 10. RELACIÓN AFECTIVIDAD – CALIFICACIÓN DE LA SATISFACCIÓN POR LA ANESTESIA APLICADA

AFECTIVIDAD	Calificación a la Satisfacción n=4860											p
	0 %	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	8 %	9 %	10 %	
SI	.1	.2	.1	.2	.2	.2	.6	2.1	15.5	29.2	50.9	0.000
NO	11.1	0	0	0	11.1	11.1	0	0	33.3	11.1	22.2	

Chi cuadrada (p <0.05)



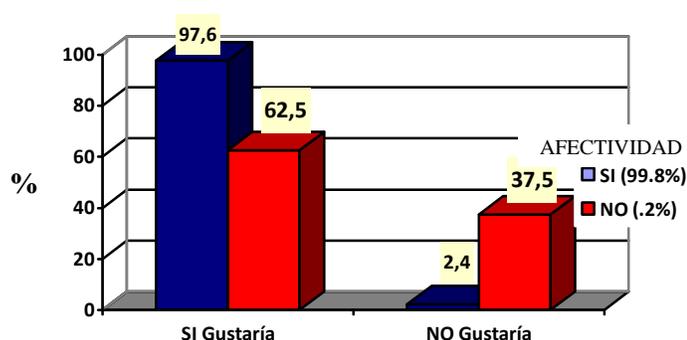
12. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A SI LE GUSTARIA RECIBIR UNA ANESTESIA SEMEJANTE A LA APLICADA EN CIRUGÍAS POSTERIORES

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anesthesiólogo y la posibilidad de recibir una anestesia semejante a la aplicada en cirugías posteriores, encontramos una alta relación de estas con más del 97%. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 12; GRÁFICA 11. RELACIÓN AFECTIVIDAD – GUSTARÍA ANESTESIA SEMEJANTE

AFECTIVIDAD	Gustaría de Anestesia Semejante n=4860			P
	Población total	SI	NO	
	%	%	%	
SI	99.8	97.6	2.4	0.000
NO	.2	62.5	37.5	

Chi cuadrada (p <0.05)



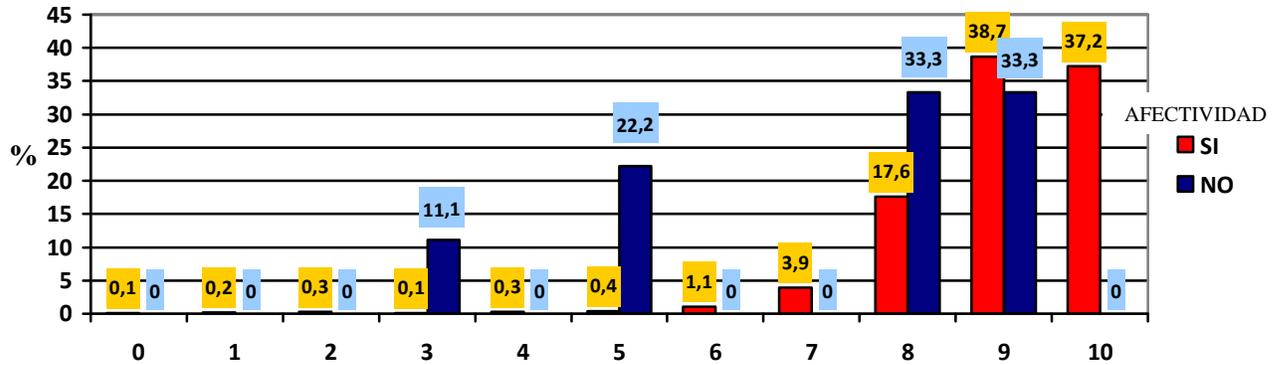
13. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A LA CALIFICACION DE LA MISMA EN ESCALA DEL 0 AL 10

Relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo con la misma pero de acuerdo a su calificación en escala del 0 al 10, los más altos porcentajes fueron en el 9 y 10 con un 38% y 37% respectivamente. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 13; GRÁFICA 12. RELACIÓN AFECTIVIDAD – CALIFICACIÓN DEL AFECTO

AFECTIVIDAD	Calificación del afecto n=4860												p
	Población	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Total %	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
SI	99.8	.1	.2	.3	.1	.3	.4	1.1	3.9	17.6	38.7	37.2	0.000
NO	.2	0	0	0	11.1	0	22.2	0	0	33.3	33.3	0	

Chi cuadrada (p <0.05)



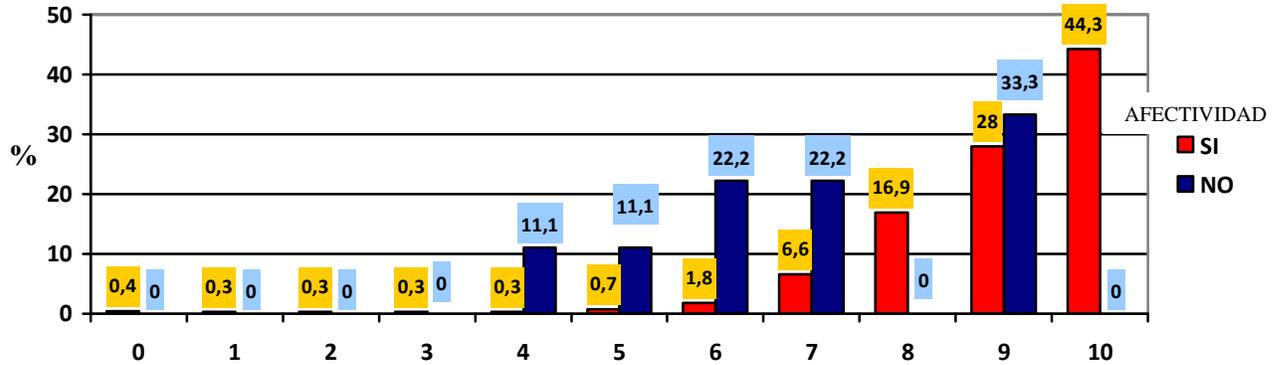
14. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A LA CALIFICACIÓN QUE DIERÓN EN SU COMODIDAD DENTRO DEL QUIRÓFANO EN ESCALA DEL 0 AL 10

Relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo con su comodidad dentro del quirófano de acuerdo a su calificación en escala del 0 al 10, donde fueron los más altos porcentajes en el 9 y 10 con un 28% y 44% respectivamente. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 14; GRÁFICA 13. RELACIÓN AFECTIVIDAD – CALIFICACIÓN DE LA COMODIDAD DENTRO DEL QUIRÓFANO

AFECTIVIDAD	Calificación de Comodidad												p
	Población	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Total %	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
SI	99.8	.4	.3	.3	.3	.3	.7	1.8	6.6	16.9	28	44.3	0.000
NO	.2	0	0	0	0	11.1	11.1	22.2	22.2	0	33.3	0	

Chi cuadrada ($p < 0.05$)



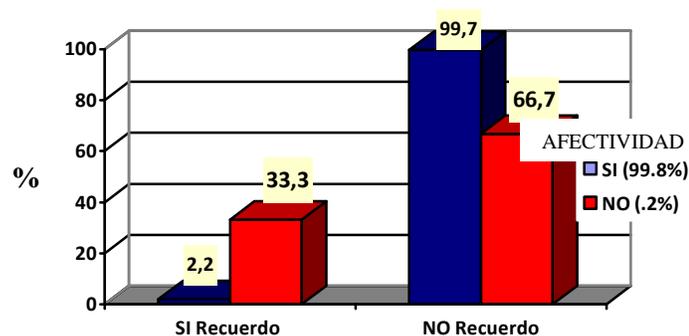
15. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A ALGÚN RECUERDO DESAGRADABLE DE LA ANESTESIA

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anesestésico y su influencia entre no haber tenido algún recuerdo desagradable de la anestesia, se encontró relacionado en un alto porcentaje con más del 99%. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 15; GRÁFICA 14. RELACIÓN AFECTIVIDAD – RECUERDO DESAGRADABLE

AFECTIVIDAD	Recuerdo Desagradable n=4860			P
	Población total %	SI %	NO %	
SI	99.8	2.2	99.7	0.000
NO	.2	33.3	66.7	

Chi cuadrada (p <0.05)



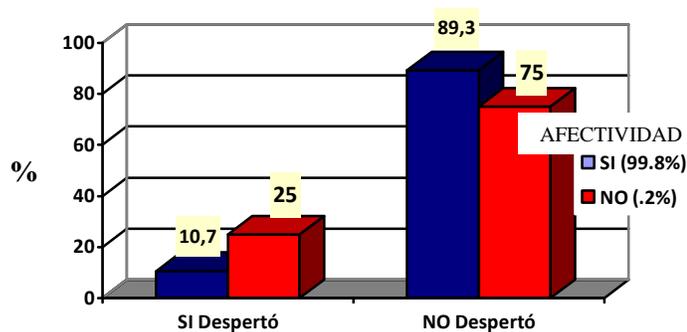
16. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A SI DESPERTÓ DURANTE LA CIRUGÍA

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo y su influencia entre no haber despertado durante la cirugía, se encontró relacionado en un alto porcentaje con más del 89%. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 16; GRÁFICA 15. RELACIÓN AFECTIVIDAD – DESPERTAR DURANTE CIRUGÍA

AFECTIVIDAD	Despertar durante cirugía n=4860			p
	Población total	SI	NO	
	%	%	%	
SI	99.8	10.7	89.3	0.007
NO	.2	25	75	

Chi cuadrada (p <0.05)



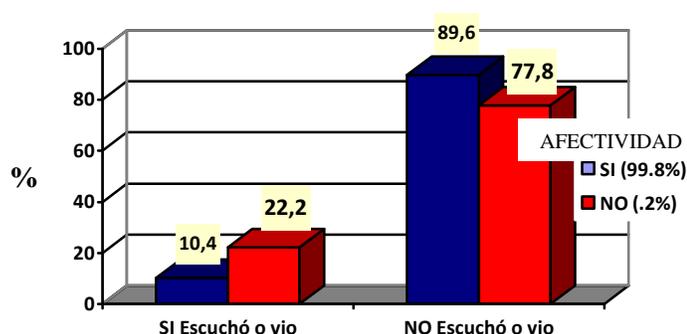
17. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A SI ESCUCHÓ O VIÓ ALGO DURANTE LA CIRUGÍA

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo y su influencia entre no haber escuchado nada o visto algo durante la cirugía se encontró relacionado en un alto porcentaje con más del 89%. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 17; GRÁFICA 16. RELACIÓN AFECTIVIDAD – ESCUCHÓ O VIO ALGO DURANTE CIRUGÍA

AFECTIVIDAD	Escuchó o vio algo durante cirugía n=4860			P
	Población total	SI	NO	
	%	%	%	
SI	99.8	10.4	89.6	0.042
NO	.2	22.2	77.8	

Chi cuadrada (p <0.05)



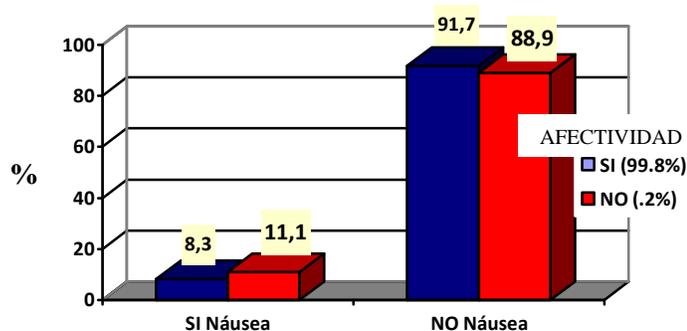
18. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A SI SUFRIÓ NÁUSEA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo y su influencia entre no haber sufrido náusea después de la cirugía se encontró relacionado en un alto porcentaje con más del 91%. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 18; GRÁFICA 17. RELACIÓN AFECTIVIDAD – SUFRIÓ NÁUSEA DESPUÉS DE CIRUGÍA

AFECTIVIDAD	Sufrió náusea después de cirugía n=4860			P
	Población total	SI	NO	
	%	%	%	
SI	99.8	8.3	91.7	0.042
NO	.2	11.1	88.9	

Chi cuadrada (p <0.05)



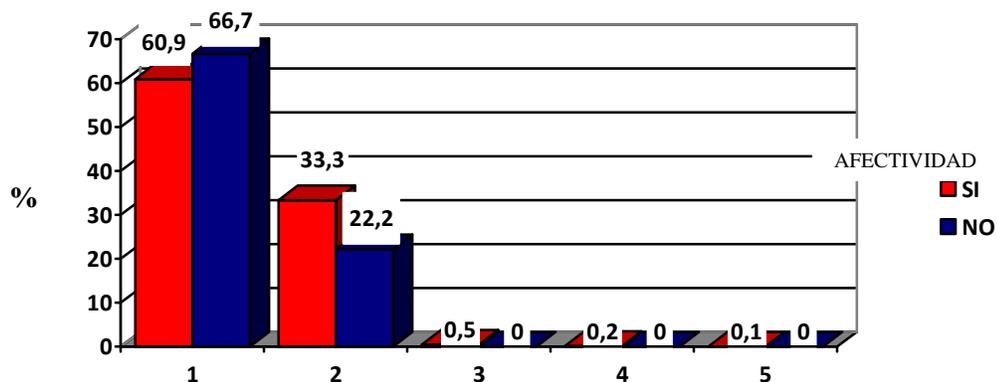
19. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO AL NÚMERO DE VÓMITOS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anesestesiólogo de acuerdo al número de vómitos después de tener náuseas posteriores a la cirugía, fue mayor al 60% en número de 1, seguido de un 33% con 2 vómitos. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 19; GRÁFICA 18. RELACIÓN AFECTIVIDAD – NÚMERO DE VÓMITOS

AFECTIVIDAD	Número de vómitos n=4860						P
	Población total %	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	
SI	99.8	60.9	33.3	.5	.2	.1	0.000
NO	.2	66.7	22.2	0	0	0	

Chi cuadrada (p <0.05)



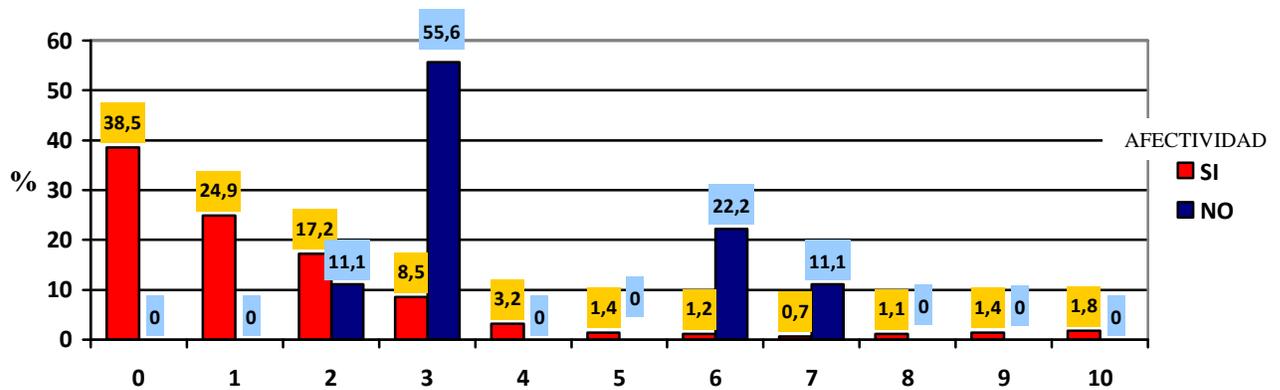
20. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A LA CALIFICACIÓN QUE DIERON A LA PRESENCIA DE DOLOR DESPUÉS DE LA CIRUGÍA EN ESCALA VISUAL ANALÓGA DEL 0 AL 10

La relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anesestesiólogo de acuerdo al grado de dolor después de la cirugía en base a la Escala Visual Analógica del 0 al 10, los más altos porcentajes se encontraron en el 0 y 1 con un 38% y 24% respectivamente. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 20; GRÁFICA 19. RELACIÓN AFECTIVIDAD – CALIFICACIÓN DE LA COMODIDAD DENTRO DEL QUIRÓFANO

AFECTIVIDAD	Calificación de Comodidad n=4860												p
	Población Total %	0 %	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	8 %	9 %	10 %	
SI	99.8	38.5	24.9	17.2	8.5	3.2	1.4	1.2	.7	1.1	1.4	1.8	0.000
NO	.2	0	0	11.1	55.6	0	0	22.2	11.1	0	0	0	

Chi cuadrada ($p < 0.05$)



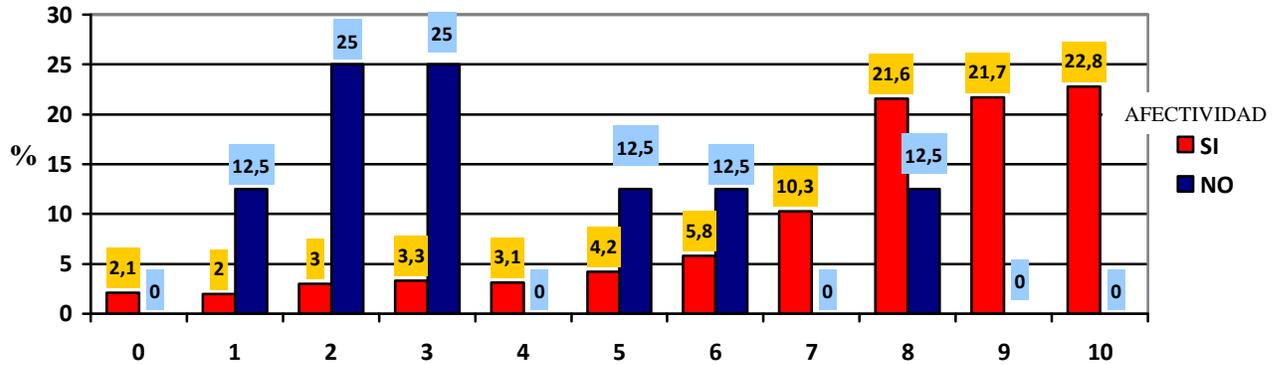
21. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD EN PACIENTES EN FRECUENCIA A LA CALIFICACIÓN QUE DIERON AL HABER CONCILIADO EL SUEÑO LA PRIMER NOCHE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA EN ESCALA DEL 0 AL 10

Relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo de acuerdo a la calificación que dieron al haber conciliado el sueño la primera noche después de la cirugía del 0 al 10, donde se consideró 0=insomnio y 10=sueño reparador, los más altos porcentajes en el 9 y 10 con un 21% y 22% respectivamente lo más cercano al sueño reparador, con solo un 2% en insomnio total. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 21; GRÁFICA 20. RELACIÓN AFECTIVIDAD – DORMIR

AFECTIVIDAD	Calificación del Dormir n=4860												p
	Población Total %	0 %	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	8 %	9 %	10 %	
SI	99.8	2,1	2	3	3.3	3.1	4.2	5.8	10.3	21.6	21.7	22.8	0.015
NO	.2	0	12.5	25	25	0	12.5	12.5	0	12.5	0	0	

Chi cuadrada (p <0.05)



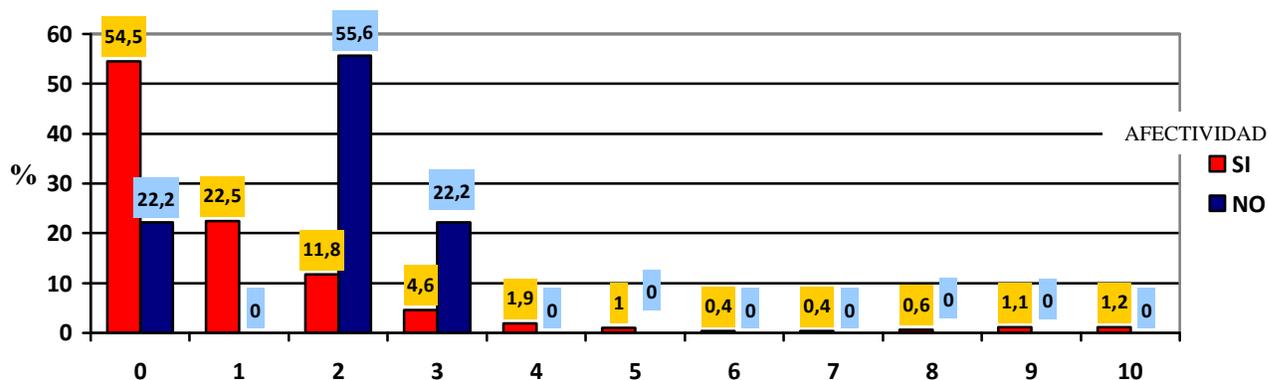
22. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD EN PACIENTES EN FRECUENCIA A LA CALIFICACIÓN QUE DIERON SI TUVIERON ODINOFAGIA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA EN ESCALA VISUAL ANALÓGA DEL 0 AL 10

Relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anesestesiólogo de acuerdo a la calificación que dieron respecto a la presencia de odinofagia después de la cirugía, por medio de la Escala Visual Análoga, donde los más altos porcentajes en el 0 y 1 con un 54% y 22% respectivamente lo más cercano a la ausencia de dolor, con solo un 1.2% en lo máximo de dolor. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 22; GRÁFICA 21. RELACIÓN AFECTIVIDAD – ODINOFAGIA

AFECTIVIDAD	Calificación de Odinofagia												p
	Población	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SI	99.8	54.5	22.5	11.8	4.6	1.9	1	.4	.4	.6	1.1	1.2	0.106
NO	.2	22.2	0	55.6	22.2	0	0	0	0	0	0	0	

Chi cuadrada ($p < 0.05$)



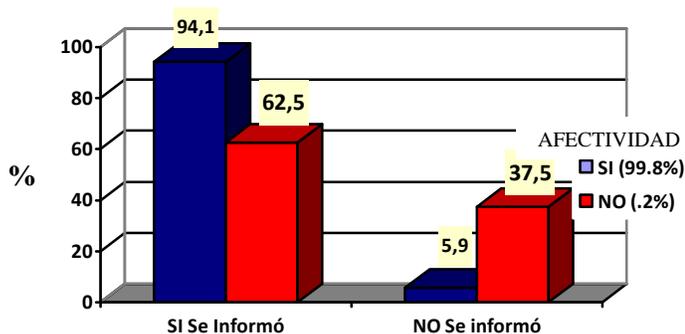
23. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A SI RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE EL RIESGO DE LA ANESTESIA POR PARTE DEL ANESTESIOLOGO

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anesestesiólogo y la información recibida acerca de los posibles riesgos de la anestesia, se observó relación hasta en 94%. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 23; GRÁFICA 22. RELACIÓN AFECTIVIDAD – INFORMACIÓN SOBRE RIESGO DE ANESTESIA

AFECTIVIDAD	Riesgo Anestésico n=4860			p
	Población total %	SI %	NO %	
SI	99.8	94.1	5.9	0.006
NO	.2	62.5	37.5	

Chi cuadrada (p <0.05)



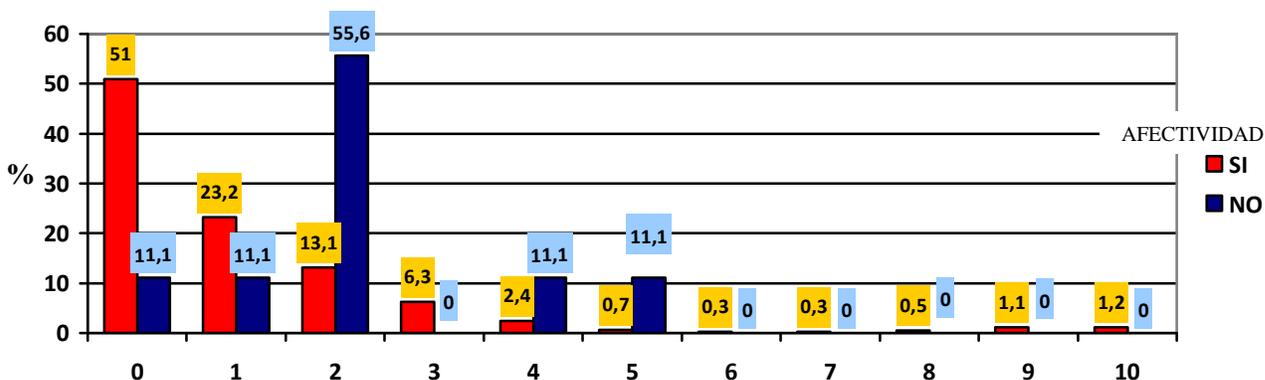
24. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD EN PACIENTES EN FRECUENCIA A LA CALIFICACIÓN QUE DIERON SI TENIAN DOLOR AL MOMENTO DE VISITA EN RECUPERACIÓN DESPUÉS DE LA CIRUGÍA EN ESCALA VISUAL ANALÓGA DEL 0 AL 10

Relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo de acuerdo a la calificación que dieron a si tenían dolor actual al momento de la visita en recuperación al terminar esta evaluación después de la cirugía de acuerdo al EVA, donde los más altos porcentajes en el 0 y 1 con un 54% y 22% respectivamente lo más cercano a la ausencia de dolor, con solo un 1.2% en lo máximo de dolor. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 24; GRÁFICA 23. RELACIÓN AFECTIVIDAD – DOLOR ACTUAL

AFECTIVIDAD	Calificación de Dolor Actual												p
	n=4860												
	Población Total %	0 %	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	8 %	9 %	10 %	
SI	99.8	51	23.2	13.1	6.3	2.4	.7	.3	.3	.5	1.1	1.2	0.106
NO	.2	11.1	11.1	55.6	0	11.1	11.1	0	0	0	0	0	

Chi cuadrada ($p < 0.05$)



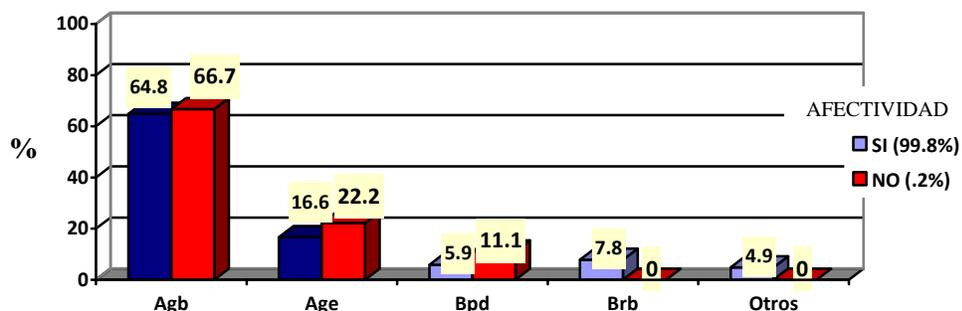
25. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A TÉCNICA ANESTESICA

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo de acuerdo a la técnica anestésica fue mayor al 60% en anestesia general balanceada, como se observa en el cuadro. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 25; GRÁFICA 24. RELACIÓN AFECTIVIDAD – TÉCNICA ANESTESICA

AFECTIVIDAD	Técnica anestésica n=4860					p
	Agb %	Age %	Bpd %	Brb %	Otros %	
SI	64.8	16.6	5.9	7.8	4.9	0.096
NO	66.7	22.2	11.1	0	0	

Agb: Anestesia general balanceada; Age: Anestesia general endovenosa; Bpd: Bloqueo peridural; Brb: Bloqueo retrobulbar + sedación. Chi cuadrada (p <0.05)



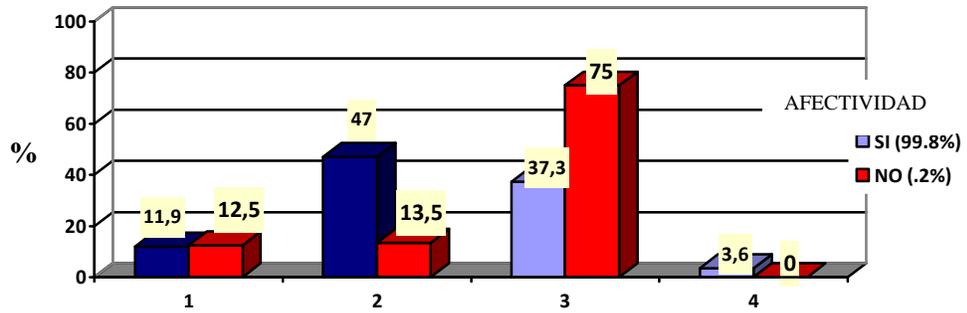
26. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO AL RIESGO ANESTESICO QUIRURGICO

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo de acuerdo al riesgo anestésico quirúrgico fue mayo riesgo 2, así como de forma negativa en el 3. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 26; GRÁFICA 25. RELACIÓN AFECTIVIDAD – RAQ

AFECTIVIDAD	Riesgo Anestésico Quirúrgico n=4860					P
	Población total %	1 %	2 %	3 %	4 %	
SI	99.8	11.9	47	37.3	3.6	0.096
NO	.2	12.5	13.5	75	0	

Chi cuadrada (p <0.05)



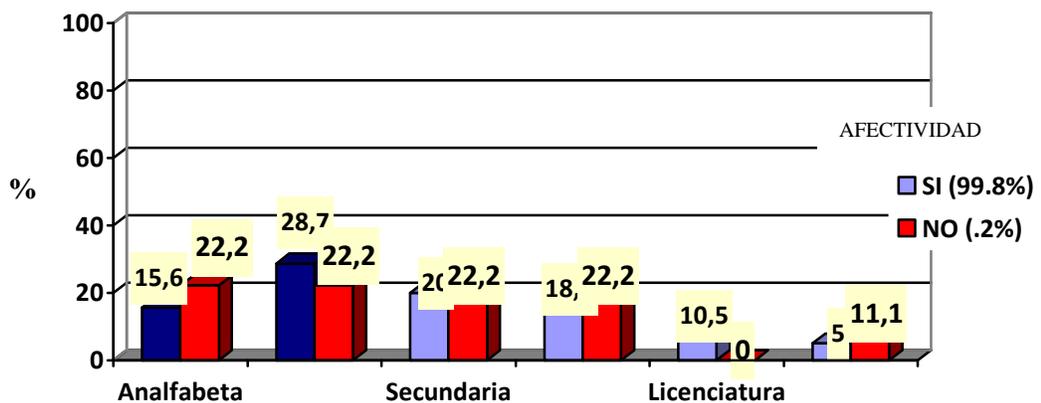
27. RELACIÓN DE AFECTIVIDAD POSITIVA EN PACIENTES EN FRECUENCIA DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD

De acuerdo a la relación entre haber contestado positivamente en afectividad recibida por el anestesiólogo de acuerdo a la escolaridad fue mayor a nivel primaria 28.7 %, como se observa en el cuadro. Chi cuadrada menor de 1 significativa para la relación de variables.

CUADRO 27; GRÁFICA 26. RELACIÓN AFECTIVIDAD – ESCOLARIDAD

AFECTIVIDAD	Escolaridad n=4860						P
	Analfabeta %	Primaria %	Secundaria %	Prepa %	Licenciatura %	Postgrado %	
SI	15.6	28.7	20	18.4	10.5	5	0.065
NO	22.2	22.2	22.2	22.2	0	11.1	

Chi cuadrada (p <0.05)

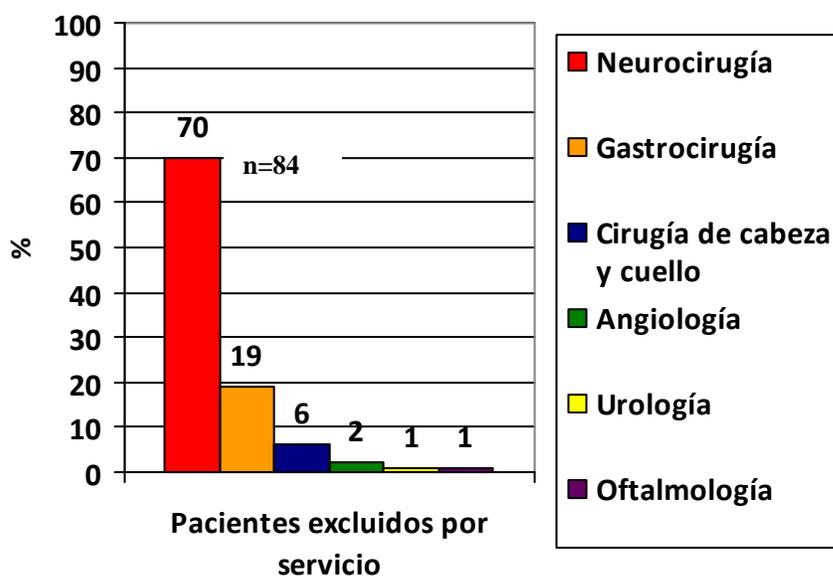


EXCLUSIÓN DE PACIENTES DEL ESTUDIO QUE NO CONCLUYERON EL CUESTIONARIO

Durante el período postanestésico se excluyeron los pacientes que después de la intervención quirúrgica se encontraron en estado de desorientación, salieron con intubación, hubo muerte o no contestaron el cuestionario dentro de las visitas posteriores, más no fueron excluidos de la estadística final encontrando a 84 de los 4860 con estas características. De los que un 70% pertenecen al servicio de Neurocirugía, 19% a Gastrocirugía y 6% a Cirugía de cabeza y cuello; y de los cuales más del 80% fue por intubación, seguido de desorientación.

Cuadro 28, Gráfica 27; PACIENTES EXCLUIDOS POR ESTADO POSTANÉSTESICO DESPUÉS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Servicio	Estado del paciente				
	Desorientado n=12	Intubado n=70	Muerte n=1	No contesto n=1	Total N=84
Neurocirugía	11 (19%)	48 (81%)	0	0	59 (70%)
Gastrocirugía	1 (6%)	14 (88%)	1 (6%)	0	16 (19%)
Cirugía de cabeza y cuello	0	5 (100%)	0	0	5 (6%)
Angiología	0	2 (100%)	0	0	2 (2%)
Urología	0	1 (100%)	0	0	1 (1%)
Oftalmología	0	0	0	1 (100%)	1 (1%)



DISCUSIÓN

Como ya fue mencionado a lo largo de este informe, la satisfacción global del paciente como un indicador de calidad en el cuidado de la salud tiene una relevancia potencial, ya que para el paciente representa una evaluación de su experiencia basada en sus propios valores, percepciones e interacciones con el ambiente y personal de la salud.

Tal como menciona Fung (10), el paciente demanda atención eficiente a sus necesidades, participación en decisiones y comunicación e información adecuadas para lograr una satisfacción global frente al acto anestésico.

Este estudio refuerza la publicación de Capuzzo, et al. (16) acerca de la importancia de los factores emocionales e interpersonales para la satisfacción del paciente con su anestesia, la cual debe ser construida como una medida unidimensional de la calidad en la interacción anestesiólogo-paciente durante el evento anestésico y refleja que más del 90% de la población estudiada, se refirió satisfecha cuando su anestesiólogo fue afectivo.

La relación anestesiólogo-paciente debe ser reforzada desde el periodo preanestésico, ya que desde este momento, puede haber ansiedad y temor hacia la intervención quirúrgica y a la propia anestesia, tal como se menciona desde 1960 por Sheffer y Greifenstein (17). En el presente estudio, la mayoría de los pacientes que estuvieron en contacto con su anestesiólogo, desde la visita preanestésica, refirieron mayor afectividad y, así como Egbert LD y cols. destacan la importancia de este evento (18), también se resalta el valor del inicio del acto anestésico y el contacto del anestesiólogo hacia su paciente desde esta etapa en donde, por medio de información, acercamiento y afectividad, pueden minimizarse las dudas y ansiedad del paciente; aspectos considerados por Leigh y colaboradores (19).

A pesar de haberse documentado en diversos estudios la eficacia de la premedicación anestésica frente a la ansiedad (18, 19, 20), en este estudio no hubo significancia en este rubro; lo cual puede deberse a la información incompleta del anestesiólogo hacia su paciente acerca de la indicación específica relacionada con el medicamento que “mitigará su ansiedad” o al poco énfasis que el personal de salud muestra hacia este estado los días previos al evento quirúrgico-anestésico (21).

La calidad de la información recibida por el paciente en relación a la anestesia practicada fue valorada como buena en más del 90%; lo que pone de manifiesto la importancia que puede tener para el buen seguimiento en todo el acto anestésico, la información que se le brinda al paciente acerca de este y sus posibles riesgos. De igual manera, se encontró que la valoración postanestésica se efectuó para favorecer al paciente; independientemente de las complicaciones relacionadas con la anestesia misma, tales como vómito, dolor y odinofagia.

Existen pocos estudios comparativos entre la anestesia general y locorregional que evalúen la satisfacción experimentada por los pacientes frente al procedimiento anestésico realizado. En este trabajo, la mayor parte de los pacientes se refirieron satisfechos con la anestesia general en comparación con la locorregional; no así en lo reportado por Martin y colaboradores (22), en donde la satisfacción global de los pacientes tuvo un comportamiento semejante en función al tipo de anestesia recibida. De acuerdo a esta diferencia y a la falta de estudios que profundicen en este aspecto, el presente trabajo da pauta para la futura investigación en esta área.

Los resultados obtenidos contribuyen a la toma de decisiones para actualizar la normatividad en la materia y desarrollar acciones concomitantes por parte de los anesthesiólogos y residentes.

Así mismo, debido a la representatividad de los datos, es posible extrapolar la interpretación de los resultados hacia otra población con características similares en otras Instituciones de Salud; a fin de fortalecer e incrementar la calidad en los Servicios de Anestesiología.

CONCLUSIONES

Las variables, indicadores y aspectos que se consideraron para este estudio constituyen una base suficiente para: proporcionar retroalimentación y orientación al personal médico, fundamentar la toma oportuna de decisiones y, en consecuencia, mejorar la calidad de la atención anestésica en los centros de salud.

Cabe resaltar que al efectuar una relación en la frecuencia esperada entre los usuarios, un alto porcentaje de satisfechos 99.7% y un 97.6% que recibirían anestesia semejante corresponde a aquellos cuyo especialista fue afectivo. En la escala utilizada del 0 al 10, los pacientes que recibieron trato afectivo por parte del anesthesiólogo califican en promedio la anestesia recibida con 10 ± 1 y los que no la califican con 8 ± 3 .

Igualmente calificaron el nivel de afectividad recibida en un promedio de 10 ± 1 y los que no la recibieron 8 ± 2 . Refirieron también haber estado cómodos en el quirófano reflejado por un nivel promedio de 10 ± 2 en relación a los que recibieron trato afectivo y un promedio de 8 ± 1 los que no recibieron ese trato.

Por otro lado, se encontró que, previo a la cirugía, el anesthesiólogo visitó al paciente en un 91.8% de los casos mostrándose afectivo en un 91.6%; prescribió a un 30.7% algún medicamento; así como informó acerca de los riesgos de la anestesia y recibió al usuario al llegar al quirófano en la gran mayoría de casos (99.2% y 99%, respectivamente).

Cabe referir que, al considerar los distintos niveles (1 al 4, ordenados de menor a mayor) de riesgo anestésico quirúrgico, el mayor porcentaje de pacientes atendidos cayó en el nivel 2 con 47%, seguido por un 37.3% en el nivel 3, 11.9% en el 1 y 3.6% en el nivel 4.

Tocante a la realización de las cirugías de acuerdo a lo programado, se encontró que así ocurrió en el 97.3% de los casos. Por otra parte, a la mayoría (65.7%) de los beneficiarios del servicio se les internó 24 horas antes de su cirugía; al 15.2% 48 hrs y al 13.1% más de 48 horas. Independientemente de las horas de internamiento, en la frecuencia esperada indica que los porcentajes más altos corresponden a casos en los que el médico especialista tuvo un trato afectivo.

En lo referente a la modalidad anestésica, el 64.8% recibió la general balanceada y el restante la endovenosa; independientemente de lo cual, el 97.7% de pacientes no tuvo recuerdo desagradable alguno de la anestesia suministrada ni despertó durante la cirugía un 89.3%; tampoco escuchó o vio algo en su cirugía ni sufrió náusea después de la misma un 89.6% y 89.7%, respectivamente. En estos aspectos, los más altos porcentajes se refieren a anesthesiólogos que demostraron afectividad.

En la fase de recuperación, el anesthesiólogo habló con el paciente casi en su totalidad (99.4%) y, de manera semejante, éste comprendió sus indicaciones (99.2%).

Por otra parte, los pacientes reportaron tener dolor después de la cirugía, cuya intensidad de acuerdo a la Escala Visual Análoga fue de 0 al 4, tuvieron los porcentajes más altos (38.5, 24.9, 17.2, 8.5 y 3.2); siendo menores (de 1.8 a 1.4) en los seis niveles restantes. Cabe referir que la intensidad promedio de dolor aludido por los pacientes que recibieron trato afectivo fue de 51 en 0 de la escala y de quienes no recibieron en 10 de la escala de 1.

En otro rubro, al considerar qué tan bien durmieron la noche previa, pacientes a quienes se proporcionó trato afectivo calificaron con un promedio de 22.8 en una escala de 0 a 10 con un continuum que comprende desde insomnio hasta sueño reparador en pacientes que no tuvieron ese tipo de trato asignaron una calificación de 2.1.

En cuanto a la presencia de odinofagia después de la cirugía, tanto un tipo de pacientes como otro lo calificaron en orden de dos unidades, en una escala de 0 a 10; de manera semejante en lo que respecta al dolor actual que refirieron.

La satisfacción global del paciente puede ser influida de manera positiva en los tres periodos anestésicos y es una herramienta favorable en la Calidad de Atención Médica.

Es fundamental mantener una cercana y adecuada relación anesthesiólogo-paciente para fomentar la calidad y calidez en la atención anestésica.

ANEXO

CUESTIONARIO

HOJA DE VALORACIÓN POSTANESTÉSICA

DESEAMOS CONOCER SU OPINION ACERCA DE LA ANESTESIA QUE SE LE PROPORCIONO, POR FAVOR RESPONDA ESTE CUESTIONARIO. GRACIAS.

¿Cuántas horas antes de su cirugía fue internado? 24h _____ 48h _____ más de 48h _____

¿Fue operado en la fecha y hora programadas? Sí _____ No _____

¿El anestesiólogo lo visitó antes de entrar a quirófano? Sí _____ No _____

¿El anestesiólogo le indicó algún medicamento antes de su cirugía? Sí _____ No _____

¿Lo recibió el anestesiólogo al llegar al quirófano? Sí _____ No _____

¿En recuperación el anestesiólogo habló con Usted? Si _____ No _____

¿Comprendió claramente las indicaciones del anestesiólogo? Si _____ No _____

¿Fue buena su relación con el anestesiólogo? Si _____ No _____

¿Está usted satisfecho con su anestesia? Si _____ No _____

¿Cómo la califica? 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

¿Le gustaría recibir una anestesia semejante en cirugías posteriores? Si _____ No _____

¿Qué tan afectivo fue con usted su anestesiólogo?

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

¿Estuvo cómodo en el quirófano durante su cirugía?

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

¿Tiene algún recuerdo desagradable de la anestesia? Si _____ No _____

Cuál? _____

¿Despertó durante la cirugía? Si _____ No _____

¿Escuchó o vio algo en su cirugía? Si _____ No _____ Qué? _____

¿Sufrió náusea después de la cirugía? Si _____ No _____ Cuántas veces vomitó? _____

¿Qué intensidad de dolor tenía después de la cirugía?

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

¿Qué tan bien durmió anoche? 0= insomnio, 10= sueño reparador

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

¿Qué tanto dolor de garganta después de su cirugía?

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

¿Cuál es el nombre de su cirujano?

¿Cuál es el nombre de su anestesiólogo?

¿El anestesiólogo le informó los riesgos de la anestesia? Si _____ No _____

¿Qué tan intenso es su dolor en este momento? 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

NOMBRE _____
AFILIACIÓN _____
FECHA _____ SALA _____
SEXO _____ EDAD _____
ESCOLARIDAD _____
DX _____
QX REALIZADA _____
MODALIDAD ANESTÉSICA _____ ASA _____
ALDRETE _____ GLASGOW _____ RAMSAY _____

COMPLICACIONES TRANS Y POSTOPERATORIAS

ANALGÉSICO TRANSOPERATORIO:
ANTIEMÉTICO TRANSOPERATORIO:

MÉDICO RESIDENTE:

DOMICILIO DEL PACIENTE:
TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Morgan, E., Mikhail, M., Murray, M.** Anestesiología Clínica. Manual Moderno, 4a Edición, 2007: 979- 994.
2. **Zvara, D., Nelson, J. et al.** The importance of the Postoperative Anesthetic Visit: Do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition?. *Anesthesia & Analgesia*, 1996; 83: 793- 797.
3. Norma Oficial Mexicana NOM- 170- SSA1- 1998, Para la práctica de la Anestesiología.
4. **Barash, P., Cullen, B., Stoelting, R.** Anestesia Clínica. Mc Graw Hill Interamericana, 3a Edición, 1997: 1505- 1510.
5. **Lundberg GD, Wennberg JE.** Quality of care. A call for papers for the annual coordinated theme issues of the AMA Journals. *JAMA* 1996; 276: 1514.
6. **Myles, P., Williams, D., Hendrata, M., Anderson, H., Weeks, A.** Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10 811 patients. *British Journal of Anaesthesia*, 2000; 84 (1): 6- 10.
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Sentinel Events Policy and Procedures: <http://www.jcaho.org/SentinelEvents/PolicyandProcedures>
8. **Westbrook, J.** Patient satisfaction. Methodological issues and research findings. *Aust Health Rev*, 1993; 16: 75- 88.
9. **Pascoe G.** Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plan* 1983; 6: 185- 210.
10. **Fung D, Cohen M.** Measuring patient satisfaction with Anesthesia Care: A review of current methodology. *Anesthesia & Analgesia*, 1998; 87: 1089- 1098.
11. **Le May S., Hardy JF.** Patient satisfaction with anesthesia services. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 2001; 48(2): 153- 161.
12. **Eslava, J., Gaitán, H., Gómez, C.** Escala para medir la calidad de la recuperación postanestésica desde la perspectiva del usuario. *Revista de Salud Pública*; 8 (1), 2006: 52- 62.

13. **Auquier P, Pernoud N, Bruder N.** Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology*, 2005; 102: 116- 123.
14. **Capuzzo, M., Gilli, G., Paparella, L., et al.** Factors Predictive of Patient Satisfaction with Anesthesia. *Anesthesia & Analgesia*, Vol 105, No. 2, 2007: 435- 442.
15. **Celis, AJ.** Tamaño de muestra para variables dependientes cualitativas. *Bioestadística*. Segunda edición. Manual Moderno.
16. **Capuzzo M, Landi F, Bassani A. et al.** Emotional and interpersonal factors are most important for patient satisfaction with anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2005; 49: 735- 742.
17. **Sheffer G.** The emotional responses of patients to surgery and anesthesia. *Anesthesiology*, 1960; 21: 502- 507.
18. **Egbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecher HK.** The value of the preoperative visit by an anesthesiologist. A study of doctor- patient rapport. *JAMA* 1963; 185: 553-555.
19. **Leigh JM, Walker J, Janaganathan P.** Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *BMJ* 1977; 2: 987- 989.
20. **Stallworth JM, Martino D.** Comparison of benzodiazepine premedications triazolam and diazepam amnesia, anxiolysis and sedation. *Anesthesia & Analgesia*, 1987; 66: 165.
21. **Lichter JL, Johanson CE, Mhoon D, et al.** Preoperative anxiety- Does anxiety level the afternoon before the surgery predict anxiety level just before surgery? *Anesthesiology*, 1987; 67: 595- 599.
22. **Martin MA, Ollé G, Oferil F, Sánchez M, et al.** 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.