



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

---

FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CMN SIGLO XXI  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
“DR. BERNÁRDO SEPÚLVEDA G.”  
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

**“MEDICION DE SATISFACCION EN LA VALORACION PREANESTESICA  
MEDIANTE EL METODO BATHE EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA  
CIRUGIA ELECTIVA BAJO ANESTESIA GENERAL”**

TESIS QUE PRESENTA

**DRA. KARLA VIANEY DEL POZO UGALDE**  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

ASESOR DE TESIS:  
DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

CIUDAD DE MÉXICO, D.F.

FEBRERO DE 2012



**IMSS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI  
“DR. BERNARDO SEPULVEDA G.”

TITULO:

**“MEDICION DE SATISFACCION EN LA VALORACION PREANESTESICA  
MEDIANTE EL METODO BATHE EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA  
CIRUGIA ELECTIVA BAJO ANESTESIA GENERAL”**

TESIS DE POSGRADO QUE PRESENTA:

DRA. KARLA VIANEY DEL POZO UGALDE

PARA OBTENER EL TITULO

EN LA ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGIA

ASESOR:

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES JSA

---

MEXICO, DF. FEBRERO 2012

---

DOCTORA  
DIANA G. MENEZ DIAZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

---

MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS  
ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

PROFESOR DEL CURSO DE ANESTESIOLOGIA  
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

---

DOCTOR  
CASTELLANOS OLIVARES ANTONIO

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

## **AGRADECIMIENTOS**

Te doy gracias a ti Dios Mío, por estar a mi lado estos tres años. Gracias por ayudarme a levantarme en mis fracasos, por permitir que aprendiera de ellos y principalmente por materializar con tu bendita ayuda mi sueño profesional más importante de mi vida.

A ti Rolly por ser el hombre que ha caminado a mi lado como mi esposo, compañero y amigo, y que a pesar de los tropiezos no has soltado de mi mano y al igual que nuestro pequeño hijo Rolly Santiago son mi motor y razones para seguir luchando. Los amos infinitamente.

A mi mamá y mi papá, porque gracias a su infinito amor y apoyo incondicional en los tiempos más difíciles he podido realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, por ustedes soy la persona y profesionista que ahora soy y por lo cual viviré eternamente agradecida. A mis hermanos Memo y Diego, por vivir el día a día conmigo, por sus palabras de aliento, por los buenos y malos momentos compartidos. Los quiero. A mi tía Raquel que fue uno de mis pilares cuando inicié esta aventura, por confiar en mí y brindarme tu apoyo, gracias. A mis tías Chelita, Norma y Mónica por animarme en todo momento.

Agradezco al Dr. José Antonio Castellanos por haber confiado en mi persona, por los consejos, la paciencia, el apoyo y el ánimo que me brindó.

A mis amigos y compañeros los cuales me han acompañado en este camino, les agradezco sus enseñanzas, apoyo, amistad y comprensión. Siempre los llevaré en mi memoria y en mi corazón. A mis maestros por compartir sus conocimientos, consejos y por ayudarme a ser mejor médico muchas gracias. A mis pacientes quienes han puesto su vida en mis manos y quienes han sido sin duda el mejor aprendizaje de toda mi vida profesional a los cuales me debo.

**¡MUCHAS GRACIAS A TODOS!**

## INDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
HOJA DE DATOS GENERALES.....	8
INTRODUCCION.....	9
JUSTIFICACION.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
HIPOTESIS.....	16
OBJETIVOS.....	17
MATERIAL Y METODOS.....	18
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	19
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	20
RESULTADOS.....	21
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	27
DISCUSION.....	28
CONCLUSIONES.....	30
ANEXOS.....	31
BIBLIOGRAFIA .....	36

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El propósito de la valoración preanestésica es: la identificación de patologías asintomáticas que requieran un tratamiento quirúrgico o un cambio en el manejo anestésico o quirúrgico con el propósito de disminuir las complicaciones peroperatorias, así como la información al paciente acerca de sus riesgos asociados, de la elección del tipo de anestesia y de los cuidados peroperatorios. Con ello se puede incidir en una mayor satisfacción del paciente. El método BATHE ha demostrado que mejorar la satisfacción del paciente y en el periodo no perioperatorio, sin embargo, puede ser igualmente útil en la valoración preanestésica, dado su carácter breve y utilizable fácilmente.

**OBJETIVOS:** Evaluar el grado de satisfacción mediante el método de BATHE identificando el trasfondo, el contexto de la visita preanestésica; el lado afectivo acerca de la idea de cómo se siente el paciente de ser sometido al procedimiento anestésico; evaluar que es lo que más le preocupa acerca del procedimiento anestésico y como maneja el paciente el estrés de ser sometido a procedimiento anestésico y expresar la empatía acerca de las preocupaciones que el paciente tenga acerca de ser sometido al procedimiento anestésico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron pacientes programados para cirugía electiva con anestesia general sugerida, en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G” del CMN Siglo XXI del 10 de enero al 2 de febrero del 2012. Se les realizó encuesta de satisfacción con método de BATHE al realizarse su valoración preanestésica.

**RESULTADOS:** Los porcentajes de respuesta afirmativa a los reactivos BATHE fueron superiores al 80% (80.2% para antecedentes, 86.2% para afectivo, 84.4% para problemas, 82.6% para manejo y 94% para empatía).

**CONCLUSIONES:** La aplicación del método de BATHE optimiza la satisfacción de una manera significativa, al realizar la valoración preanestésica.

Palabras clave: valoración preanestésica, BATHE, Satisfacción.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The purpose of the preanesthetic evaluation is the identification of asymptomatic pathologies requiring preoperative treatment or a change in anesthetic or surgical management in order to reduce perioperative complications and patient information about the associated risks, the choice of anesthesia and peroperative care. This can affect a patient satisfaction. The BATHE method has shown to improve patient satisfaction and the perioperative period does not, however, can be equally useful in the preanesthetic evaluation, given its brief and easily usable.

**OBJECTIVE:** To assess the degree of satisfaction with the method of identifying BATHE the background, the context of the preanesthetic visit, the emotional side of the idea of how the patient feels to be submitted to the anesthetic procedure, evaluate what you most concerned about the anesthesia and how the patient handles the stress of being under anesthesia and express empathy about the concerns that the patient is about to undergo anesthesia.

**MATERIALS AND METHODS:** Prospective observational study. We included patients scheduled for elective surgery under general anesthesia suggested, in the Specialty Hospital "Dr. Bernardo Sepúlveda G" Siglo XXI of January 10 to February 2, 2012. Underwent satisfaction survey method to be his BATHE preanesthetic evaluation.

**RESULTS:** The percentage of positive response to BATHE reagents were above 80% (80.2% for antecedents, 86.2% for affective, 84.4% for problems, 82.6% for management and 94% for empathy).

**CONCLUSIONS:** The application BATHE method optimizes the satisfaction of a meaningful way, to perform pre-anesthetic assessment.

Keywords: preanesthetic evaluation, BATHE, Satisfaction.



**DATOS DEL ALUMNO**

DEL POZO  
UGALDE  
KARLA  
VIANEY

(044) 55.31.90.47.66

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ANESTESIOLOGIA  
509213990

1. DATOS DEL ASESOR (ES)

CASTELLANOS  
OLIVARES  
ANTONIO

2. DATOS DE LA TESIS

**MEDICION DE SATISFACCION EN LA VALORACION PREANESTESICA  
MEDIANTE EL METODO BATHE EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA  
CIRUGIA ELECTIVA BAJO ANESTESIA GENERAL**

29 p.

2012

## I. INTRODUCCION

El gran auge actual de la anestesiología se debe en parte a la disminución del riesgo de la propia intervención anestesiológica. Esto se consigue por dos motivos: Conocimiento del estado previo del paciente. - Aplicación de un tipo de anestesia adecuada para cada paciente. Ambos factores entran de lleno en la actuación anestésica y dependen de la evaluación preanestésica, que se puede definir "como una intervención médica previa a la intervención quirúrgica destinada a que e individuo acuda al quirófano en las mejores condiciones posibles"(1).

El propósito de la valoración preanestésica es: la identificación de patologías asintomáticas que requieran un tratamiento prequirúrgico o un cambio en el manejo anestésico o quirúrgico con el propósito de disminuir las complicaciones peroperatorias, así como la información al paciente acerca de sus riesgos asociados, de la elección del tipo de anestesia y de los cuidados peroperatorios. Con ello se puede incidir en una mayor satisfacción del paciente, una seguridad para el clínico y, con el uso racional de las pruebas, lograr una reducción de costes, trámites para el paciente y demoras innecesarias.

La implantación de guías y protocolos de evaluación preoperatoria pretende facilitar al clínico la toma de decisiones, con el fin de aumentar la seguridad del paciente, disminuir la variabilidad injustificada del proceso y, también, mejorar la eficiencia .La valoración preanestésica (VP) se hace parte del manejo del riesgo para el paciente quirúrgico (2, 3). Todo el equipo de médicos que tome parte en el manejo perioperatorio de un paciente debe participar en la determinación, cuantificación y control de los diferentes tipos de riesgo quirúrgico y anestésico, así como también en la evaluación posterior de las medidas adoptadas para tal fin.

La valoración preanestésica consiste en un proceso de evaluación del paciente que va a ser sometido a cirugía y anestesia con miras a determinar su reserva funcional orgánica, hacer una cuantificación del riesgo y optimizar, en lo posible, el estado del paciente para llevarlo a cirugía con el menor riesgo.

La calidad de la asistencia generalmente se evalúa en función de los resultados, contando en la actualidad con estándares definidos de morbilidad y mortalidad. Sin embargo la valoración de acuerdo a los resultados deja de lado la experiencia subjetiva del paciente. En el área de recuperación anestésica diversos estudios han resaltado su importancia en el entendido que constituye un reflejo de la calidad de asistencia anestesiológica (4, 5). La satisfacción del paciente unida a marcadores objetivos de calidad se utiliza en la actualidad para valorar el proceso de atención.

La evaluación preanestésica debe ser realizada por el servicio de anestesiología para que al evaluar a los pacientes en el preoperatorio, se aumente la seguridad de la anestesia, aclare sus dudas, reduzca cada vez más la suspensión de las cirugías y aumente la satisfacción de los pacientes.

Todo acto anestésico supone una agresión sobre el equilibrio fisiológico y bioquímico, y por lo tanto lleva implícito un riesgo de muerte o disminución (pasajera o permanente) de las capacidades vitales del paciente sometido a dicha anestesia. Los procedimientos quirúrgicos generalmente asociados a los actos anestésicos producen asimismo alteraciones de la fisiología de los pacientes, habiendo sido definido desde hace tiempo el concepto de estrés quirúrgico. Por lo tanto en un procedimiento quirúrgico se sumarán 3 tipos de agresión en un mismo paciente: la anestesia, la cirugía y los procesos patológicos. Cada uno de estos factores puede estar correlacionado con los demás o ser independiente. Si la suma de factores negativos supera la capacidad de respuesta compensadora del paciente, la supervivencia del mismo será gravemente comprometida.

El período en el que se realiza la valoración preanestésica se ha convertido de tiempo usado para la recopilación de historias clínicas y laboratorios, a un momento en que los pacientes pueden buscar la discusión, la orientación y el disipar los temores por los médicos. Los anestesiólogos que dirigen clínicas preanestésicas (CAP) han sido fundamentales para agilizar el proceso y reducir los costos asociados a la satisfacción de la valoración preanestésica (6). La evidencia ha mostrado que los pacientes tienen “deseos de cuidado, apoyo, eficiencia y medicamento adecuado”, esto proviene del crecimiento de las encuestas de satisfacción de rutina y de los estudios formales de los pacientes con respecto a sus puntos de vista (7,8). Esto es importante porque la satisfacción del paciente es cada vez más utilizada por los consumidores y las aseguradoras como un factor en el proceso de selección de proveedores de la atención de la salud (9, 10). En una época cuando los pacientes sean consumidores en un mercado competitivo de la atención de salud, también será de su interés el mejor de los médicos y hospitales para garantizar que no sólo sean evaluados adecuadamente, sino también satisfechos con su visita preanestésica.

Las técnicas de evaluación de bajo costo diseñadas para brindar apoyo psicosocial, como la "descentralización del paciente", han tenido resultados contradictorios respecto a la mejoría en la satisfacción. Una intervención prometedora que se ha demostrado para mejorar la satisfacción en el entorno de la Medicina Familiar (11, 12), sin un aumento del tiempo o la carga financiera, es el método BATHE. Este método de la entrevista médica es una breve intervención psicoterapéutica diseñada para adaptarse a los típicos 15 minutos de consulta de medicina ambulatoria. BATHE ( Background, Affect, Trouble, Handling, and Empathy), que es un acrónimo para los antecedentes, afecto, problemas, manejo y empatía, permite la evaluación rápida de la tensión psicológica de los pacientes sin necesidad de añadir tiempo de duración a la entrevista. El método BATHE requiere que el médico incorpore preguntas clave a la entrevista, así como declaraciones directas en la entrevista empática al paciente.

El método BATHE ha demostrado que mejorar la satisfacción del paciente y en el periodo no perioperatorio, sin embargo, puede ser igualmente útil en la valoración preanestésica, dado su carácter breve y utilizable fácilmente. Se elegirán pacientes prequirúrgicos, ya que son propensos a experimentar la ansiedad acerca de su próximo procedimiento y podrían estar más satisfechos con su atención si los

médicos utilizaran sistemáticamente las medidas destinadas a calmar esta ansiedad (12, 13, 14). También tratamos de medir si el método BATHE ha contribuido significativamente a la cantidad de tiempo que los médicos participantes pasan con sus pacientes. Uno de los rasgos que definen la atención sanitaria actual es la aplicación de la cultura de la evaluación: evaluación del proceso y evaluación de resultados. Para poder evaluar es imprescindible estandarizar los procesos. Preadnestesia es el primer contacto que tiene el paciente con el área quirúrgica y al recibirle deberíamos poder transmitirle seguridad y tranquilidad.

Todas nuestras funciones en preanestesia son importantes. Pero si estamos demasiado preocupados por cómo preparar al paciente, nos olvidamos de que ese paciente es una persona que va a someterse a un proceso quirúrgico y que en esta situación ve agredida su integridad. Todos sabemos que la ansiedad y el miedo son en mayor o menor medida un denominador común y no deberíamos olvidarlo nunca (15, 16).

La desorganización de las tareas, la falta de previsión, las prisas, la falta de habilidad, las dudas pueden y generalmente suelen transmitir inseguridad al paciente y aumentar su ansiedad. Por el contrario, si somos capaces de estandarizar y sistematizar estas tareas podemos individualizar los cuidados facilitando la relación anestesiólogo-paciente (relación de ayuda) y permitir su posterior evaluación.

La evaluación preanestésica tiene como objetivos familiarizarse con la enfermedad y conocer los procesos médicos coexistentes, el establecimiento de la relación medico-paciente, el desarrollo de una estrategia y obtener consentimiento informado del paciente (17, 18, 19). Sin embargo el objetivo fundamental es disminuir la morbilidad perioperatorias (20).

Para el desarrollo de una estrategia anestésica es necesario evaluar a nuestro paciente por medio de la historia clínica completa, donde serán evaluados antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos y padecimiento actual (21). Siendo de suma importancia saber si nuestro paciente cursa con proceso patológico que no sea el motivo quirúrgico, así como historia de alergias, si se encuentra bajo terapia medicamentosa y conocer si tiene historia anestésica. La exploración física debe realizarse en forma integral y no difiere en la exploración física llevada a cabo para un paciente no programado para cirugía laparoscópica. Debemos completar los datos obtenidos con estudios de laboratorio, tales como Hb. Hto. QS. TP. Y TPT. ya sea para corroborar un excelente estado físico o patología agregada y/o sospechada por los datos obtenidos en la exploración física y anamnesis (22, 23, 24). El periodo perioperatorio es angustiante desde el punto de vista emocional para muchos pacientes que temen la cirugía (cáncer, desfiguración física, dolor postoperatorio e incluso la muerte) y la anestesia (pérdida del control de sus reflejos de supervivencia, temor a no despertar, náuseas postoperatorias, confusión, dolor, parálisis y cefaleas). El anestesiólogo puede aliviar muchos de estos temores y favorecer la confianza del paciente con la siguiente actuación (25):

- 1.- Sostener una entrevista organizada, sin prisas, donde se transmita al paciente su interés por él y la comprensión de sus temores y preocupaciones.

2.- Tranquilizar al paciente indicándole que se permanecerá junto a él en quirófano. Si otro anesthesiólogo administrará la anestesia, debe advertirse de ello al paciente, tranquilizándole e indicándole que se le atenderán sus preocupaciones o necesidades.

3.- Informar al paciente de todos los acontecimientos del período perioperatorio, incluyendo:

a) El tiempo durante el cual no puede comer ni beber líquidos.

b) El tiempo calculado de cirugía.

c) La necesidad de premedicar sedantes o algún otro tipo de medicamento y las medicaciones habituales que no es necesario interrumpir.

d) El tipo de anestesia, si será anestesia general balanceada, anestesia general endovenosa, técnica mixta, a anestesia regional.

e) Las complicaciones que pudieran presentarse.

Históricamente la calidad de la relación médico-paciente ha sido considerada como un elemento muy influyente en el resultado de la atención sanitaria. En los últimos años hemos asistido a un cambio importante en las relaciones médico-paciente consecuencia del enfoque de la sociedad hacia los consumidores (26). El efecto inmediato de ello es que el resultado de la asistencia sanitaria se mide hoy día en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado.

Aunque es indudable que el producto sanitario y la misión del clínico siguen siendo los mismos, el diseño de los procesos asistenciales ha cambiado sustancialmente cuando los clínicos han empezado a preocuparse por satisfacer no solo las necesidades de sus pacientes sino también sus expectativas. Los pacientes han pasado a ser considerados como coproductores de los cuidados de salud y, como tales, han adoptado un rol diferente, considerándose ahora necesario contar con su opinión y promover en ellos decisiones responsables sobre su salud (27). La opinión del paciente, como consecuencia de todos estos cambios, ha pasado a ser vista como un resultado de la asistencia sanitaria que merece la pena escuchar para incrementar la calidad de la prestación sanitaria y para mejorar los tratamientos que venimos aplicando.

El concepto de "cuidados centrados en el paciente" obedece a este nuevo planteamiento que parte precisamente de la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente y llama la atención sobre el papel activo en la toma de decisiones sobre su salud que los pacientes paulatinamente van adquiriendo. El "arte de la atención médica" se basa precisamente en el saber hacer del médico para superar la barrera que representa la asimetría de la información con el paciente. Por lo que la tradicional relación de agencia que se establece entre el médico y el paciente es compensada, parcialmente, cuando el clínico toma en cuenta las preferencias de sus pacientes (28). No en vano se ha señalado que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente. Ahora bien, los cambios sociales y tecnológicos acaecidos definen un espacio de relación diferente según la organización y prestaciones de

los diferentes Sistemas de Salud. El rol del paciente no es el mismo en todos los casos y su participación en el Sistema Sanitario es muy variable. Por ejemplo de nuestro país, consistirían en colaborar activamente durante la consulta brindando al médico información fiable sobre su salud, participar en actividades de educación y promoción de la salud, co-responsabilización en la toma de decisiones sobre su salud y en el seguimiento del tratamiento, realizar un uso racional de los recursos sanitarios, aportar sus puntos de vista sobre el funcionamiento del sistema sanitario (su organización y prestaciones) y participar en la evaluación de los resultados que se alcanzan manifestando su satisfacción o insatisfacción con los mismos, tanto desde el punto de vista asistencial como desde otros puntos de vista.

La Satisfacción del paciente. En la última década se ha producido un notable auge de estudios encaminados a promover en los ciudadanos que utilizan los servicios de salud, una sensación de agrado con los cuidados recibidos. A lo que se suma la evidencia empírica de que la satisfacción del paciente es un indicador de su nivel de utilización de los servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas. En la literatura es habitual encontrar estudios sobre la satisfacción del paciente con las condiciones de hospitalización o sobre la organización de las urgencias, las consultas, etc. Toda esta información tiene como objetivo identificar posibles áreas de mejora en los centros, pensando normalmente en la comodidad de los pacientes. Menos frecuente es hallar estudios sobre la satisfacción del paciente con los resultados asistenciales alcanzados o sobre el proceso terapéutico aplicado.

Los primeros en afirmar que la satisfacción del paciente es, ante todo, "una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente", fueron Koos y Donabedian. Como tal medida de resultado ha sido analizada desde diferentes perspectivas, observándose un paulatino cambio en su concepción. La literatura sobre la satisfacción del paciente es hoy día extensa y ostensiblemente orientada a la práctica habiéndose descuidado, hasta hace relativamente bien poco, los aspectos conceptuales y metodológicos.

Normalmente la mayoría de las publicaciones, como se ha señalado, se centran en valoraciones de carácter general de la asistencia prestada y en la evaluación de aspectos más tangenciales de la asistencia sanitaria que, aunque muy importantes, están habitualmente más centrados en lo que podríamos denominar "amenidades" (hostelería, restauración, trato en Admisión, etc.). Por contra los estudios sobre satisfacción del paciente con los resultados de salud alcanzados, o sobre cómo se ha desarrollado un proceso asistencial específico, son mucho menos frecuentes.

## II. JUSTIFICACION

La satisfacción del paciente está considerada como un elemento deseable e importante de la actuación médica y, aunque intuitivamente el concepto es entendido por todos, no siempre existe acuerdo ni en lo que significa empíricamente ni en el significado de estas evaluaciones.

Inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del médico. Sin embargo, rápidamente se extendió la idea de que se trataba de un concepto multidimensional, proponiéndose diferentes dimensiones de la satisfacción. Por ejemplo, Hulka (20) citó la competencia profesional del médico, su cualidad personal y los costos e inconvenientes de los cuidados prescritos. Ware (21) prefirió hablar de accesibilidad/conveniencia de los cuidados; disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados; eficacia/resultado de los cuidados; financiación y humanización; prestación de información al paciente; posibilidad de acceso a la información; competencia profesional; y ambiente favorecedor de los cuidados. Por su parte, Wolf (22) consideró tres dimensiones: cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); afectiva (interés y comprensión que demuestra); y comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del médico). Para Feletti, Firman y Sanson-Fisher (23) serían 10 las dimensiones: competencia en el dominio físico, competencia en el dominio emocional, competencia en relaciones sociales, médico como modelo, cantidad de tiempo de consulta, continuidad de cuidados percibida, mutuo entendimiento en la relación médico-paciente, percepción del paciente de su individualidad, tipo y calidad de la información, y competencia en el examen físico del paciente. Estos tres autores llegaron empíricamente a la conclusión de que las dimensiones más importantes son: comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo). En un clásico estudio realizado mediante meta-análisis, Hall y Dornan (24, 25) revisaron 221 estudios llegando a la conclusión de que la mayoría de los trabajos publicados hasta esa fecha tomaban como referencia una consulta médica (52%), se realizaban más en Atención Primaria (42%), contenían una media de 25 preguntas, habitualmente de elaboración propia (71%), y sugerían que un 81% de los encuestados se hallaban satisfechos. Las dimensiones que se evaluaban habitualmente eran: Humanización de la asistencia (65%), Información facilitada (50%), Calidad de la atención en su conjunto (45%), Satisfacción en general (44%), Competencia técnica (43%), Procedimiento burocrático (28%), Accesibilidad o disponibilidad (27%), Costo del cuidado (18%), Facilidades de tipo físico (16%), Continuidad del cuidado (6%), Resultado del cuidado (4%), y Manejo de los problemas no médicos (3%).

Desde otra perspectiva se ha intentado conceptualizar la satisfacción intentando explicar cómo realizan este tipo de evaluaciones los pacientes. Linder-Pelz (26, 27) revisó las principales teorías socio-psicológicas sobre satisfacción del consumidor para concluir que se trata de "una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud". Esta autora recurriría a la teoría de la "desconfirmación de expectativas" (28) como referente teórico para explicar cómo se produce la satisfacción, llegando a la conclusión de que la expectativa que el paciente posea sobre los cuidados, personal o centro que le atiende es un elemento fundamental. Conforme a este paradigma de la "desconfirmación de expectativas" se entiende que la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido (su percepción de la experiencia). Según este modelo, la satisfacción aparece como resultado de la confirmación de las expectativas o de la desconfirmación positiva de las mismas, afirmándose que la satisfacción será mayor cuando la

expectativa sobre los cuidados a recibir se vea superada por lo que ocurra; mientras que la insatisfacción se producirá cuando los cuidados y atenciones queden por debajo de las expectativas.

En el Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI, diariamente se realizan alrededor de 40 cirugías, de las cuales el 70% se realizan bajo anestesia general. Dichos pacientes son previamente valorados por los residentes de anestesiología de segundo y tercer año, por lo que es importante considerar el grado de satisfacción de la valoración que se les realiza.

En resumen, la satisfacción es un concepto multidimensional <sup>(29)</sup> cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate (hospital de agudos, consulta crónicos, urgencias, etc., más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema de valoración preanestésica o cualquiera de sus unidades (consultas o profesionales) y que conceptualmente puede explicarse merced a la desconfirmación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave.

¿Qué influye en la Satisfacción del paciente? Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, busque activamente ayuda médica y se ha considerado la comunicación con el paciente como el factor decisivo para asegurar la satisfacción. Del mismo modo, se ha considerado que la insatisfacción se relaciona con el coste de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias <sup>(30)</sup>. Combinando diferentes fuentes se ha argumentado que la decisión de un paciente de acudir a una consulta médica vendría condicionada por: la necesidad o urgencia de curarse que experimenta (mayor en procesos agudos, incapacitantes o dolorosos), la calidad profesional y humana que el paciente atribuye al médico (que podría estar basada únicamente en el comentario de otros pacientes), la presión de sus familiares para que busque ayuda médica o para que acuda a esa consulta en concreto, la percepción de control que tiene el paciente y que hace que piense que puede ir (conoce teléfono de contacto, puede pagar la consulta, etc.), el balance de costes y beneficios que intuye pueden producirse al acudir a la consulta y, finalmente, el nivel de satisfacción cuando se trata de un paciente que ya conoce a ese médico.

Las diferencias en la satisfacción se atribuyen a factores individuales en los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema sanitario, a cómo se organiza el sistema sanitario y se proveen las atenciones médicas y a diferencias entre los proveedores. En tal sentido, se ha sugerido que, al menos en el caso de la atención que prestan los médicos de cabecera, más del 90% de la varianza de la medida de la satisfacción estriba en factores del propio paciente y el restante 10% en factores del médico'.

Los resultados cuando se ha intentado analizar si la edad, el nivel educativo o los ingresos económicos del paciente condicionan su nivel de satisfacción han sido contradictorios <sup>(30)</sup>. Existe una ligera tendencia a encontrar una mayor satisfacción en pacientes de edad, y en personas de ingresos económicos medios y superiores, sin embargo resulta necesario ahondar más en estos aspectos .

En cambio, en lo que parece existir acuerdo es en que las mujeres suelen valorar en forma más positiva la atención médica que reciben, mostrándose sobre todo satisfechas con las características de entorno de los centros.



### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

- 1.- ¿Están satisfechos con la valoración preanestésica que se les realiza los pacientes programados a cirugía electiva bajo anestesia general?
- 2.- ¿Cuál es el grado de satisfacción de los pacientes que se les realiza valoración preanestésica usando el método de BATHE?

### **IV. HIPOTESIS**

1. La satisfacción de los pacientes que programados para cirugía electiva que se les realizará la valoración preanestésica usando el método de BATHE será elevada.

## V. OBJETIVOS

### *General.*

Evaluar el grado de satisfacción mediante el método de BATHE al realizar la valoración preanestésica en pacientes que serán sometidos a cirugía electiva bajo anestesia general.

### *Específicos.*

- 1.- Evaluar los antecedentes o trasfondo, para identificar el contexto de la visita preanestésica.
- 2.- Evaluar el lado afectivo acerca de la idea de cómo se siente el paciente de ser sometido al procedimiento anestésico.
- 3.- Evaluar que es lo que más le preocupa acerca del procedimiento anestésico.
- 4.- Evaluar como maneja el paciente el estrés de ser sometido a procedimiento anestésico.
- 5.- Expresar la empatía acerca de las preocupaciones que el paciente tenga acerca de ser sometido al procedimiento anestésico.

## VI. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo observacional los pacientes del Hospital de Especialidades “Bernardo Sepúlveda G.” programados para cirugía a los cuales se les realizó valoración preanestésica y se les sugirió anestesia general balanceada como plan anestésico durante el periodo del 10 de enero al 2 de febrero del 2012. El tamaño de la muestra fue de 167 pacientes, de ambos sexos, programados para cirugía electiva, entre 18 y 75 años de edad, riesgo físico de acuerdo con la ASA (American Society of Anesthesiologists) I a III y no se incluyeron a pacientes programados a cirugía oftalmológica, pacientes programados a cirugía electiva que se les sugiera técnica anestésica diferente a la anestesia general o aquellos pacientes sometidos a cirugía de manera urgente además de pacientes que no aceptaron participar en la encuesta de satisfacción. Se eliminaron las encuestas que fueron llenadas de manera incompleta.

Previa presentación y autorización por parte del Comité de Ética del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.”, CMN SXXI se realizó la valoración preanestésica usando el método de BATHE a los pacientes programados a cirugía electiva con anestesia general sugerida y posteriormente se les realizó la encuesta de satisfacción de la valoración preanestésica con método de BATHE. Al término de esto se capturó a los pacientes que se les realizó la valoración preanestésica con el método de BATHE.

Se evaluaron las características de la población, los reactivos del método BATHE (background, affect, trouble, handing, empathy) y los reactivos de la encuesta de la calidad de la atención ( amabilidad, explicaciones, interés, inclusión, información, instrucciones, entendimiento, tiempo, confianza, recomendaciones, percepción, preparación y opinión).

El Registro de las variables se computó en una hoja de cálculo del paquete Microsoft Excel 2007 y construcción de una base de datos en SPSS 15 para su análisis estadístico mediante pruebas de *Chi cuadrada* y *t de student*.

## **VII. CONSIDERACIONES ETICAS**

Al tratarse de un estudio en seres humanos, se seguirán los principios expuestos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y lo correspondiente a investigación en seres humanos contenidos en el título quinto de la Ley General de Salud.

Se someterá a consideración del Comité de Ética del Hospital. Se solicitará autorización por escrito para acceder a los datos recabados en las encuestas realizadas a los pacientes programados a cirugía electiva con anestesia general sugerida.

Se garantizará la confidencialidad de la información recabada, ya que se realizará con fines académicos y de investigación.

## VIII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- Se realizó un análisis descriptivo de la información mediante frecuencias simples y porcentajes así como promedio y desviación estándar.
- Se obtuvo el porcentaje de respuestas afirmativas para el método de BATHE y de proporción de satisfacción para la encuesta de calidad.
- Se calculó la prevalencia de satisfacción con Intervalos de confianza al 95% (IC95%), utilizando la distribución binomial.
- Finalmente se realizó un análisis bivariado comparando la distribución del sexo y edad entre los pacientes con satisfacción y con puntaje de 5 para el método BATHE, utilizando la prueba  $X^2$  y  $t$  de Student.
- Un valor de  $p < 0.05$  se consideró como estadísticamente significativo.
- El análisis se llevó a cabo utilizando el programa estadístico SPSS versión 15.

## IX. RESULTADOS

*Tabla 1. Características de la población*

Característica	n=167
Sexo masculino	72 (43.1)
Femenino	95 (56.9)
Edad, años	49.59 ±16
ASA I	26 (15.6)
II	66 (39.5)
III	74 (44.3)
IV	1 (0.6)

Los datos se presentan como número (%) o promedio ± desviación estándar.

El RAQ más frecuente fue el E3B (29.9%) seguido del E2B (22.8%), E3A (17.4%) y E2A (15.6%) [Figura 1].

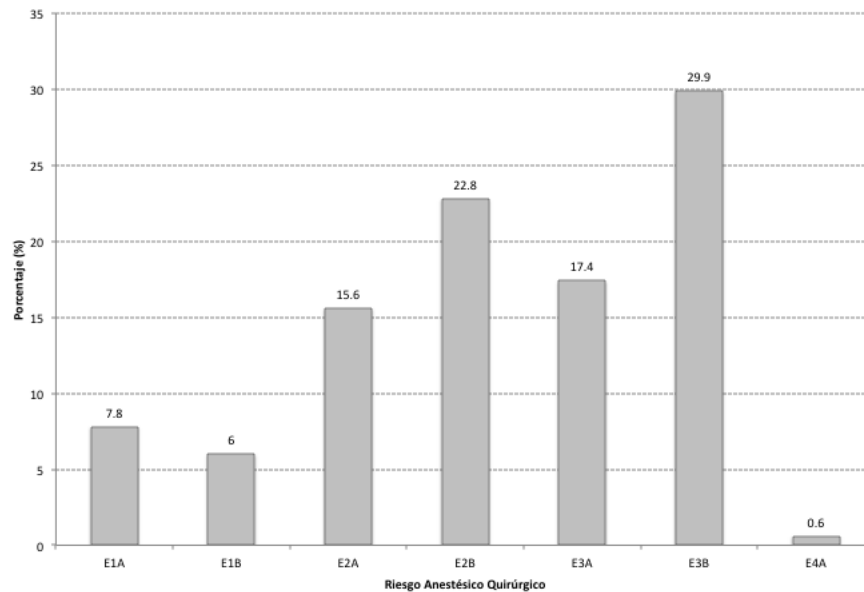


Figura 1 Distribución del riesgo anestésico en la población de estudio

Los servicios con mayor número de pacientes fueron neurocirugía, gastrocirugía, otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello [Figura 2].

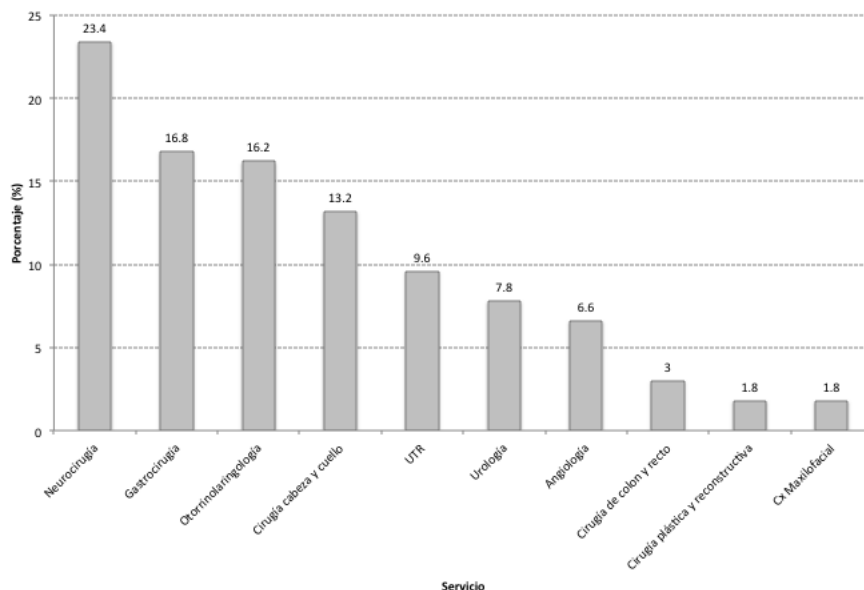


Figura 2 Distribución del los servicios de procedencia de los pacientes

### Reactivos del método BATHE

Los porcentajes de respuesta afirmativa a los reactivos BATHE fueron superiores al 80% (80.2% para antecedentes, 86.2% para afectivo, 84.4% para problemas, 82.6% para manejo y 94% para empatía) [Tabla 2 y figura 3]

Tabla 2. Respuestas a los reactivos del método BATHE

Pregunta		Si	No
Background	¿Su médico le preguntó qué ha estado sucediendo en su vida o lo que te trajo aquí el día de hoy?	134 (80.2)	33 (19.8)
Affect	¿Su médico le preguntó cómo se han visto afectado por la idea de la cirugía?	144 (86.2%)	23 (13.8)
Trouble	¿Su médico le preguntó lo que le preocupa o inquietudes que usted pueda tener acerca de la cirugía?	141 (84.4)	26 (15.6)
Handing	¿Su médico le preguntó cómo se ha manejado estos problemas?	138 (82.6)	29 (17.4)
Emphaty	¿Fue el médico cordial y comprensivo a sus preocupaciones?	157 (94.0)	10 (6.0)

Los datos se presentan como número (%).

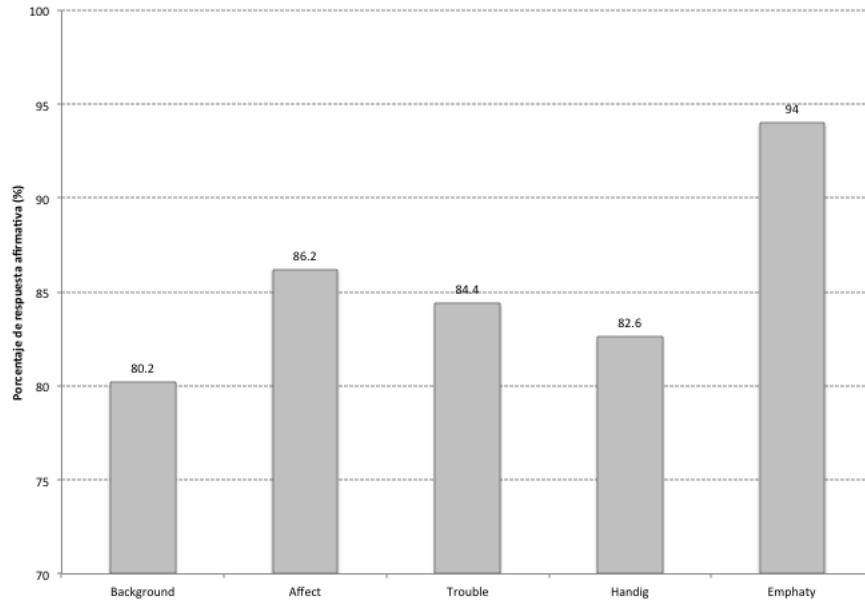


Figura 3 Distribución del respuesta afirmativa para el método BATHE

El 43.1% de los pacientes contestaron afirmativamente a 5 y 4 de los reactivos del método BATHE respectivamente; el 12.6% contestaron afirmativamente a tres y el 0.6% a dos y un reactivo respectivamente [Figura 4]

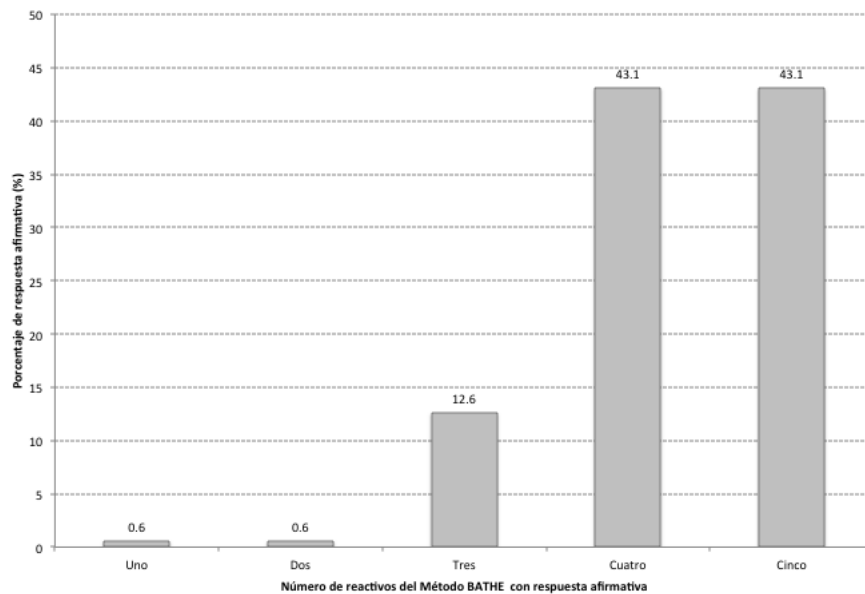


Figura 4 Distribución del número de respuestas afirmativas al método BATHE



## Reactivos de la encuesta de calidad de la atención

Los porcentajes de respuesta afirmativa a los reactivos BATHE fueron superiores al 80% (80.2% para antecedentes, 86.2% para afectivo, 84.4% para problemas, 82.6% para manejo y 94% para empatía) [Tabla 3 y figura 5]

Tabla 3. Respuestas a los reactivos de la calidad de la atención

Pregunta		MP	P	R	B	MB
Amabilidad	La amabilidad de su médico fue	1 (0.6)	2 (1.2)	2 (1.2)	22 (13.2)	140 (83.8)
Explicaciones	Las explicaciones que su doctor le dio acerca de cualquier pregunta/preocupaciones que usted tiene fueron	0 (0)	3 (1.8)	1 (0.6)	20 (12.0)	143 (85.6)
Interés	El interés que su doctor le mostró acerca de sus inquietudes fue	0 (0)	2 (1.2)	1 (0.6)	9 (5.4)	155 (92.8)
Inclusión	Los esfuerzos de su médico para incluirlo en las decisiones que le preocupan fueron	0 (0)	2 (1.2)	3 (1.8)	23 (13.8)	139 (83.2)
Información	La información que le dio su doctor acerca de la anestesia fue	0 (0)	2 (1.2)	0 (0)	32(19.2)	133 (79.6)
Instrucciones	Las instrucciones que su médico le dio a usted sobre la recuperación fueron	1 (0.6)	3 (1.8)	3 (1.8)	27 (16.2)	133 (79.6)
Entendimiento	Grado en el cual el doctor utiliza palabras que podía entender	1 (0.6)	5 (3.0)	2 (1.2)	7 (4.2)	152 (91.0)
Tiempo	Cantidad de tiempo que el médico pasó con usted fue	0 (0)	1 (0.6)	3 (1.8)	8 (4.8)	155 (92.8)
Confianza	Su confianza en el médico que lo vio	0 (0)	3 (1.8)	16 (9.6)	0 (0)	148 (88.6)
Recomendar	Probabilidad de recomendar al Hospital de Especialidades CMN SXXI a los demás	0 (0)	0 (0)	5 (3.0)	8 (4.8)	154 (92.2)
Percepción	Su percepción de la atención médica que recibe en el Hospital de Especialidades CMN SXXI	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (0.6)	165 (98.8)
Preparación	¿Qué tan bien está preparado para el período de recuperación después de la cirugía basado en esta visita?	0 (0)	2 (1.2)	2 (1.2)	0 (0)	163 (97.6)
Opinión	Su opinión en general de los miembros del personal de preanestesia	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	4 (2.4)	162 (97.0)
Ansiedad	Qué tan bien su doctor fue capaz de aliviar la ansiedad que puede haber tenido respecto a la cirugía	0 (0)	1 (0.6)	7 (4.2)	11 (6.6)	148 (88.6)
Satisfacción	Su satisfacción general con la visita de hoy fue	1 (0.6)	2 (1.2)	6 (3.6)	9 (5.4)	149 (89.2)

Los datos se presentan como número (%). MP, muy pobre; P, pobre; R, razonable; B, bueno; MB, muy bueno.

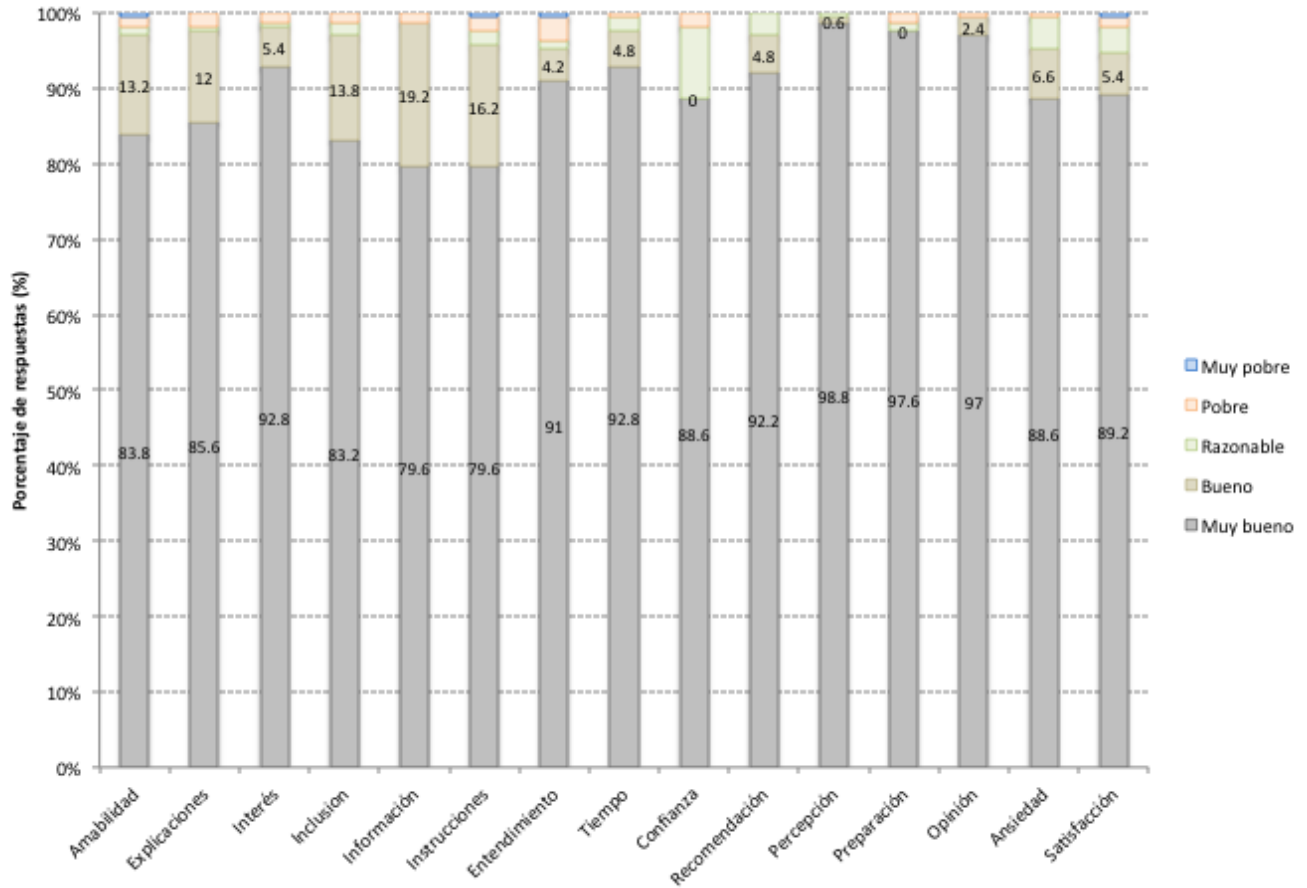


Figura 5 Distribución del número de respuestas en la encuesta de satisfacción.

La prevalencia de satisfacción (bueno y muy bueno) fue de 94.6% (IC95% 90.1 97.1%) [Figura 6]

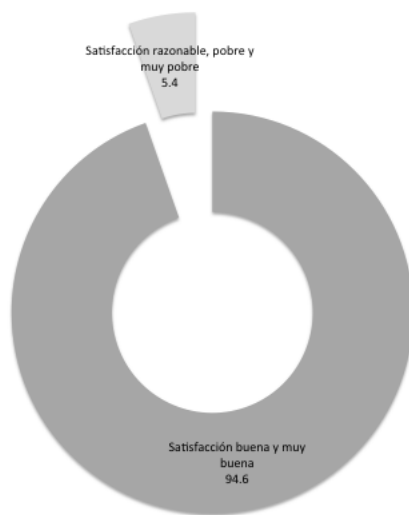


Figura 6 Prevalencia de satisfacción del usuario.

### Asociación entre reactivos del método BATHE y la satisfacción

Al comparar a los pacientes con 5 reactivos afirmativos al método de BATHE, se encontró una mayor proporción de hombre y una menor edad en comparación con aquellos con 0 o menos reactivos (52.8% vs 35.8%  $X^2=4.820$   $p=0.028$  para el sexo masculino; y  $46.8 \pm 15.1$  vs  $51.7 \pm 16.6$   $p=0.050$  para la edad) [Tabla4]

*Tabla 4. Método BATHE y asociación con la edad y sexo*

Característica	BATHE 5 reactivos n=72	BATHE <5 reactivos n=95	P
Sexo masculino	38 (52.8)	34 (35.8)	0.028*
femenino	34 (47.2)	61 (64.2)	
Edad, años	$46.8 \pm 15.1$	$51.7 \pm 16.6$	0.050*

Los datos se presentan como número (%) o promedio  $\pm$  desviación estándar. Valor de P mediante prueba  $X^2$  o  $t$  de Student. \* $P<0.05$

No se encontraron diferencias entre aquellos pacientes satisfechos y aquellos no satisfechos [Tabla5]

*Tabla 4. Método BATHE y asociación con la edad y sexo*

Característica	Satisfacción: muy buena y buena n=149	Satisfacción: razonable, pobre y muy pobre n=28	P
Sexo masculino	83 (55.7)	12 (66.7)	0.375
femenino	66 (44.3)	6 (33.3)	
Edad, años	$50.0 \pm 15.3$	$49.6 \pm 16.1$	0.938

Los datos se presentan como número (%) o promedio  $\pm$  desviación estándar. Valor de P mediante prueba  $X^2$  o  $t$  de Student. \* $P<0.05$

## IX. ANALISIS DE RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo comprendida en 167 pacientes a los cuales se les realizó la valoración preanestésica ya que estaban programados para cirugía electiva. Previamente se les aplicó el método BATHE para posteriormente realizarles una encuesta de satisfacción acerca de su valoración preanestésica.

El 56.9% fueron mujeres y el 43.1% hombres. El promedio de edad fue de  $49.59 \pm 16$  años. La clasificación ASA más frecuente fue la III (44.3%) seguido de las II (39.5%) y la I (15.6%). [Tabla 1]. El RAQ más frecuente fue el E3B (29.9%) seguido del E2B (22.8%), E3A (17.4%) y E2A (15.6%) [Figura 1]. Los servicios con mayor número de pacientes fueron neurocirugía, gastrocirugía, otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello [Figura 2].

Con respecto a los reactivos del método BATHE los porcentajes de respuesta afirmativa a los reactivos BATHE fueron superiores al 80% (80.2% para antecedentes, 86.2% para afectivo, 84.4% para problemas, 82.6% para manejo y 94% para empatía) [Tabla 2 y figura 3]. El 43.1% de los pacientes contestaron afirmativamente a 5 y 4 de los reactivos del método BATHE respectivamente; el 12.6% contestaron afirmativamente a tres y el 0.6% a dos y un reactivo respectivamente [Figura 4].

Y con respecto a los reactivos de la encuesta de calidad de la atención los porcentajes de respuesta afirmativa a los reactivos BATHE fueron superiores al 80% (80.2% para antecedentes, 86.2% para afectivo, 84.4% para problemas, 82.6% para manejo y 94% para empatía) [Tabla 3 y figura 5].

La prevalencia de satisfacción (bueno y muy bueno) fue de 94.6% (IC95% 90.1 97.1%) [Figura 6]. La Asociación entre reactivos del método BATHE y la satisfacción al comparar a los pacientes con 5 reactivos afirmativos al método de BATHE, se encontró una mayor proporción de hombre y una menor edad en comparación con aquellos con 0 o menos reactivos (52.8% vs 35.8%  $X^2=4.820$   $p=0.028$  para el sexo masculino; y  $46.8 \pm 15.1$  vs  $51.7 \pm 16.6$   $p=0.050$  para la edad) [Tabla4]

## X. DISCUSION

El propósito de la valoración preanestésica es: la identificación de patologías asintomáticas que requieran un tratamiento prequirúrgico o un cambio en el manejo anestésico o quirúrgico con el propósito de disminuir las complicaciones peroperatorias, así como la información al paciente acerca de sus riesgos asociados, de la elección del tipo de anestesia y de los cuidados peroperatorios. Con ello se puede incidir en una mayor satisfacción del paciente. El método BATHE ha demostrado que mejorar la satisfacción del paciente en el periodo NO perioperatorio, sin embargo, puede ser igualmente útil en la valoración preanestésica, dado su carácter breve y utilizable fácilmente.

Los pacientes programados para someterse a procedimientos quirúrgicos experimentan tensiones físicas, emocionales, sociales y económicos que pueden afectar negativamente a su percepción de la atención que en última instancia pueden recibir. En este estudio de 167 pacientes programados para cirugía electiva, fueron capaces de mostrar mejorar las medidas de satisfacción del paciente en un escenario perioperatorio. La cantidad de tiempo que se pasa con los pacientes no aumenta.

El efecto global de la intervención del método BATHE en la satisfacción del paciente en el contexto de la valoración preanestésica, medido por un instrumento de estudio parece haber sido positiva. Como la satisfacción del paciente se convierte en una parte cada vez más importante de las medidas de resultado, es importante para hacerle frente en diversos ámbitos, como la valoración preanestésica, ya través de diversas estrategias.

Proporcionar información sobre la anestesia planeada se ha demostrado reforzar la satisfacción del paciente en una visita de la cirugía oral preoperatoria mejora el flujo de trabajo en este escenario y la disminución de los tiempos de espera de pacientes, así como garantizar la educación de la valoración preanestésica del personal también se han demostrado para mejorar la satisfacción del paciente.

Se demostró que una breve intervención psicosocial terapéutico tal como el método BATHE podría aumentar la satisfacción del paciente sin impartir una carga excesiva en el evaluador en términos de duración real de la entrevista o capacitación adicional.

La principal limitación de este estudio es la encuesta utilizada, ya que es una adaptación de los instrumentos utilizados en los estudios existentes y no ha sido validada en otros lugares.

Por lo tanto, no está claro cómo ésta medida de la satisfacción del paciente se correlaciona con otras herramientas de medición publicados. Las encuestas de satisfacción son propensas a errores, incluyendo los efectos de varias pruebas estadísticas sobre los resultados y el estudio actual no es diferente. Debido a que este estudio se realizó en un centro médico académico, los resultados no pueden ser generalizados a otros hospitales. El diseño del estudio actual no excluye la posibilidad de que debido a que a todo el grupo se le aplicó el método BATHE, los entrevistadores pueden haber sido menos empáticos con el propósito de promover los objetivos del estudio. Esto parece poco probable, sin embargo, debido a que el elemento de la empatía era el punto 1 en el marcador BATHE, debe ser tomado en cuenta.

## **XI. CONCLUSIONES**

La satisfacción general fue significativamente alta en todos los pacientes aunque estos resultados también son pudieran ser engañosos. Los estudios futuros deben utilizar un análisis de potencia más alto a priori y muestras de mayor tamaño.

Sin embargo, el examen de los beneficios a largo plazo del método BATHE en la mejora de la satisfacción del paciente más allá del encuentro inicial en el período perioperatorio es un área para futuras investigaciones.

Los estudios futuros también deben examinar si el método BATHE de manera similar, mejora otros resultados postoperatorios tales como el control del dolor y la discapacidad psíquica (por ejemplo, depresión, ansiedad).

La satisfacción del paciente es cada vez más útil por prestadores de atención médica como un factor en el análisis de la atención de salud en lugar de los resultados más devastadores médicas (por ejemplo, la muerte, mayor empeoramiento de la enfermedad), que a menudo son difíciles de estudiar.

Como proveedores de atención médica, buscamos altos niveles de satisfacción cuando se sirven a pacientes y también tratan de evaluar nuestro desempeño en hacerlo. Este trabajo preliminar muestra evidencia convincente de que el método BATHE es útil, pero se necesitan más investigaciones de satisfacción con esta técnica, utilizando instrumentos de medición validos.

## **XI. ANEXOS**

- 1- Formato de Consentimiento Informado.
- 2- Método de BATHE.
- 3- Valoración Preanestésica.
- 4- Encuesta de satisfacción del método de BATHE.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN (PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO)

Yo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente Número de Seguridad Social

Reconozco que el/la Dr. (a) \_\_\_\_\_ me ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre el procedimiento anestésico (\_\_\_\_\_) que me va a administrar para mi tratamiento quirúrgico -el(los) procedimiento(s) quirúrgico(s)-:

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_, en que consiste y los objetivos de la anestesia.

Nombre del (los) procedimiento(s) quirúrgico(s)

- Entiendo que aún cuando se ha seleccionado la técnica adecuada de anestesia y de su correcta realización, el procedimiento anestésico conlleva algunos riesgos que pueden presentarse efectos indeseables derivados de la propia técnica o secundarios a la administración de medicamentos.
- Se me explicó que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, entre otros), aunque se puede llegar a requerir algún otro procedimiento resolutivo.
- Así como de los riesgos y las complicaciones más frecuentes de este procedimiento anestésico, además que estos pueden aumentar en gravedad por mi condición actual de salud.
- Las posibles molestias que puedo tener o sentir después del procedimiento anestésico que me van a realizar
- El médico me informó, que durante o después de la cirugía puede ser necesaria la utilización de sangre o derivados.
- También existe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar alguna modificación al procedimiento anestésico, por los hallazgos dentro de mi organismo o mi estado de ánimo para proporcionarme el tratamiento anestésico más adecuado.
- Declaró que en todo momento existió disposición para aclarar dudas o ampliar información por parte del personal médico que me está atendiendo.
- Se me comunicó que tengo el derecho de cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla previo al procedimiento anestésico.
- Con el fin de facilitar mi recuperación, me comprometo a acudir a revisión médica cuando se me indique; o en el caso de presentar alguna molestia o duda sobre este procedimiento anestésico.
- Acorde a lo anterior, declaro: es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el procedimiento anestésico arriba mencionado y los procedimientos complementarios que son necesarios durante la realización de este, a juicio del equipo médico, con el fin de llevar a cabo el tratamiento quirúrgico, para restablecer mi salud o mejorar mi estado actual, el cual se efectuará en el \_\_\_\_\_  
Unidad Médica Hospitalaria

Paciente	Médico Tratante
_____ Nombre y firma	_____ Nombre, firma y matrícula
_____ Testigo del paciente	_____ Testigo del paciente
_____ Nombre y firma	_____ Nombre y firma

2430-021-073

NOMBRE

AFILIACION

FECHA Y HORA

**VALORACIÓN PREENESTÉSICA**

FICHA DE IDENTIFICACION

SEXO

SERVICIO

CAMA

SALA PROGRAMADA

**DX PREOPERATORIO**

**QX PROGRAMADA**

FECHA DE CIRUGÍA

CIRUJANO

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

PADECIMIENTO ACTUAL

SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA

EXPLORACIÓN FÍSICA

LABORATORIOS

GABINETE

**VALORACIÓN PREOPERATORIA MEDICINA INTERNA**

**RAQ , ASA , RTE , METS , IPID .**

**PLAN ANESTÉSICO SUGERIDO**

INDICACIONES

## MÉTODO DE BATHE

		<b>PREGUNTAS RELEVANTES</b>	<b>PROPOSITO DE LA PREGUNTA</b>
<b>B</b>	BACKGROUND (antecedentes)	¿Qué lo/a trae aquí el día de hoy?	Identifica el contexto de la visita
<b>A</b>	AFFECT (afectivo)	¿Cómo se siente acerca de la idea de ser operado/a?	Permite al paciente reportar sus sentimientos actuales y como le afecta la idea de la cirugía.
<b>T</b>	TROUBLE (problema)	¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la cirugía?	Provoca lo que el paciente percibe como los aspectos más problemáticos de la cirugía. Esto se pregunta incluso si son positivos acerca de la experiencia.
<b>H</b>	HANDING (manejo)	¿Cómo lo está manejando?	Esta pregunta evalúa los factores de estrés que el paciente puede experimentar lo que contribuye a su preocupación acerca de la cirugía y cómo están haciendo frente a esta preocupación
<b>E</b>	EMPATHY (empatía)	Es perfectamente normal estar nervioso/a. Permítame explicarle que sucederá el día de su cirugía	Expresar la empatía transmite una sensación de preocupación y afirma los sentimientos del paciente. La explicación de la experiencia quirúrgica ayuda a que el paciente se sienta informado.



## XII. BIBLIOGRAFIA

1. Lagasse R. Indicators of anaesthesia safety and quality. *Curr Opin Anaesth* 2002; 15: 239-43.
2. Pasternak LR. Preoperative laboratory testing: general issues and considerations. *Anesthesiol Clin North Am* 2004;22:13-25.
3. Edward GM, de Haes JC, Oort FJ, Lemaire LC, Hollmann MW, Preckel B. Setting priorities for improving the preoperative assessment clinic: the patients' and the professionals' perspective. *Br J Anaesth* 2008;100:322-6.
4. Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med* 2002;55:283-99.
5. Qiu C, Macvay MA, Sanchez AF. Anesthesia preoperative medicine clinic: beyond surgery cancellations. *Anesthesiology* 2006;105:224-5.
6. Fottler MD, Ford RC, Roberts V, Ford EW. Creating a healing environment: the importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system. *J Healthcare Manag* 2000;45:91-106.
7. Scott G. Customer satisfaction: six strategies for continuous improvement. *J Healthcare Manag* 2001;46:82-5.
8. Manani G, Facco E, Favero G, Favero L, Mazzoleni S, Stellini E, Berengo A, Mazzuchin M, Zanette G. Patients appreciation for information on anesthesia and anxiolysis in dentistry. *Minerva Stomatol* 2010;59:489-506.
9. Leiblum SR, Schnall E, Seehuus M, DeMaria A. To BATHE or not to BATHE: patient satisfaction with visits to their family physician. *Fam Med* 2008;40:407-11.
10. Hepner DL, Bader AM, Hurwitz S, Gustafson M, Tsen LC. Patient satisfaction with preoperative assessment in a preoperative assessment testing clinic. *Anesth Analg* 2004;98:1099-105
11. Harnett MJ, Correll DJ, Hurwitz S, Bader AM, Hepner DL. Improving efficiency and patient satisfaction in a tertiary teaching hospital preoperative clinic. *Anesthesiology* 2010; 112:66-72
12. Hickson GB, Entman SS. Physician practice behavior and litigation risk: evidence and opportunity. *Clin Obstet Gynecol* 2008;51:688-99
13. Hickson GB, Entman SS. Physician practice behavior and litigation risk: evidence and opportunity. *Clin Obstet Gynecol* 2008;51:688-99
14. Ambady N, Laplante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W. Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery* 2002;132:5-9
15. Egbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecher HK: The value of the preoperative visit by an anesthetist. *JAMA* 1963; 185:553-5.
16. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK: Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *N Engl J Med* 1964; 270:825-7
17. Institute of Medicine: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001
18. Capuzzo M, Landi F, Bassani A, Grassi L, Volta CA, Alvisi R: Emotional and interpersonal factors are most important for patient satisfaction with anaesthesia.
19. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005; 49:735-42 5. Fischer SP: Development and effectiveness of an anesthesia preoperative
20. Evaluation clinic in a teaching hospital. *ANESTHESIOLOGY* 1996; 85:196-206
21. Task Force on Preanesthesia Evaluation: Practice advisory for preanesthesia evaluation: A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *ANESTHESIOLOGY* 2002; 96:485-96.

22. Kopp VJ, Shafer A: Anesthesiologists and perioperative communication. *Anesthesiology* 2000; 93:548–55.
23. Klapfta JM, Roizen MF: Current understanding of patients' attitudes toward and preparation for anesthesia: A review. *Anesth Analg* 1996; 83:1314–21.
24. Makoul G: Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001; 76:390–3.
25. Levinson W, Chaumeton N: Communication between surgeons and patients in routine office visits. *Surgery* 1999; 125:127–34.
26. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S: Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323:908–11.
27. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, Fiscella K: Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med* 2005; 3:415–21.
28. Srinivasan M, Franks P, Meredith LS, Fiscella K, Epstein RM, Kravitz RL: Connoisseurs of care? Unannounced standardized patients' ratings of physicians. *Med Care* 2006; 44:1092–8.
29. Fiscella K, Franks P, Srinivasan M, Kravitz RL, Epstein R: Ratings of physician communication by real and standardized patients. *Ann Fam Med* 2007; 5:151–8.
30. Miller SM, Mangan CE: Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: Should the doctor tell all? *J Pers Soc Psychol* 1983; 45:223–36.