



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL AREA DE LA
SALUD**

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

**SATISFACCION DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE
ANESTESIOLOGIA. LA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL
ESPAÑOL DE MEXICO**

TESIS

**QUE PARA OBTENEREL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGIA**

PRESENTA:

DOCTOR CARLOS CARRASCO VERA

ASESOR DE TESIS:

DOCTOR FERNANDO PRADO PLASCENCIA

MEXICO, Distrito Federal, 2014



HOSPITAL ESPAÑOL



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.

1. HOJA DE FIRMAS

**Dr. José Manuel Álvarez Navarro.
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital Español de México.**

**Dr. Fernando Prado Plascencia
Jefe del Curso de Anestesiología
Hospital Español.**

**Dr. Fernando Prado Plascencia
Asesor de Tesis**

**Dr. Carlos Carrasco Vera
Investigador Principal.**

2. ÍNDICE

Introducción	5
Antecedentes	7
Antecedentes generales	7
Antecedentes específicos	12
Marco de referencia	19
Planteamiento del problema	27
Justificación	30
Objetivos	33
Objetivos generales	33
Objetivos específicos	33
Hipótesis	34
Diseño	35
Material y métodos	36
Universo de estudio	36
Tamaño de muestra	36
Criterios de selección	36
Criterios de inclusión	36
Criterios de exclusión	36
Variables	37
Descripción del procedimiento	37
Hoja de captura	40
Calendario	43
Recursos humanos	43
Validación de datos	46
Presentación de datos	47
Diseño y conclusiones	60

Consideraciones éticas	69
Bibliografía	70

3. INTRODUCCIÓN

La satisfacción del paciente es un parámetro importante de la calidad de la atención a la salud, y es usada para hacer investigaciones que permitan hacer intervenciones y mejoras en calidad.

Estudios previos han encontrado que existen pocos cuestionarios desarrollados y validados correctamente, hoy en día muchos estudios utilizan instrumentos no validados o pobremente desarrollados, que repercuten en una medición acertada de la satisfacción con la anestesia, esto puede llevar a sesgos en la información obtenida.

La satisfacción del paciente es definida como la reacción a un proceso de evaluación cognitiva y respuesta emocional al cuidado que el paciente recibe.

Históricamente la satisfacción en la relación médico-paciente ha sido considerada como un elemento muy influyente en la atención médica. Actualmente, la satisfacción con el servicio es un aspecto fundamental que durante mucho tiempo no se ha tenido en cuenta, pero que empieza a salir del olvido. Por tanto, se pretende evaluar la percepción que tiene el paciente del acto anestésico y evidenciar la importancia del manejo perioperatorio estrecho mediante una encuesta de satisfacción en la visita postanestésica.

El objetivo de este trabajo es evaluar la satisfacción con la atención brindada por el personal del Departamento de Anestesiología durante el período perioperatorio, desde el punto de vista del

paciente. Se diseñó un cuestionario a partir de cuestionarios previos publicados en revistas indizadas. Se obtuvo un total de 17 reactivos. Se propuso un modelo de respuesta tipo likert. Se entrevistarán a todos los pacientes mayores de 18 años, sin deterioro cognitivo y capaces de comunicarse, sometidos a cirugía no cardíaca en la Torre médica Pablo Díez del Hospital Español de México en el Período comprendido del 1 de mayo de 2014 a 31 de mayo de 2014. Los datos se obtendrán de un cuestionario realizado la noche posterior a la cirugía.

Se realizará el análisis descriptivo de frecuencia y medidas de tendencia central. Utilizando el programa Excel. Se realizara una correlación entre el tiempo y la satisfacción con análisis estadístico utilizando el método de chi-cuadrada para ello se utilizará el programa estadístico Minitab.

El análisis se realizará con base a los resultados obtenidos y la correlación entre tiempo y satisfacción que nos permita identificar áreas de mejora, y promover la realización de estudios posteriores y la implementación de planes de mejora.

4. ANTECEDENTES

4.1. ANTECEDENTES GENERALES

Dentro de las preocupaciones del ser humano desde que apareció en la faz de la Tierra, ha sido la atención a su cuerpo para librarse de las enfermedades. Ya desde la antigüedad se idearon instancias y leyes que protegieran al enfermo. Una de las primeras es el *Código de Hammurabi*, elaborado hacia el año 1800 A. de C.⁶.

Tanto en Grecia como en Roma el *Juramento Hipocrático* señaló en esa época las directrices que debería seguir el médico para un buen desempeño de su trabajo⁶.

Al finalizar la Edad Media, y con la llegada del Renacimiento, en España se crea el Tribunal del Protomedicato, fundado en 1447 por los Reyes Católicos, con la finalidad de dar calidad en la atención sanitaria⁶.

Durante los siglos XVIII y XIX, en Europa y en los Estados Unidos de América se inició la fundación de sociedades médicas, así como la realización de congresos científicos y publicación de periódicos y revistas, con el fin de mejorar la atención a la salud. México no se quedó a la zaga, teniendo desde fines del siglo XVIII materiales científicos como el *Mercurio Volante* o la *Gaceta de Méjico*, dos pioneros en América⁶.

En 1910 Abraham Flexner puso en evidencia la mala calidad de la formación médica en los EEUU, lo que constituyó la primera muestra sobre el control de la calidad en los servicios médicos. En 1916 Codman estableció las bases sobre la importancia de la certificación de los médicos y la

acreditación de hospitales, como resultado, en 1918 se creó el Programa de Estandarización de Hospitales, el cual solamente aprobó a 90 de 692 instituciones⁴.

En los Estados Unidos de América desde 1918 el *American College of Surgeons* contaba ya con un programa de estándares voluntarios, diseñados por médicos, para evaluar la calidad de la atención⁶.

En 1933, Lee y Jones se pronunciaron en torno a lo que consideraron “atención médica correcta”, en los siguientes términos⁶:

Se limita a la práctica racional de la Medicina, sustentada en las ciencias médicas, hace énfasis en la prevención, exige cooperación entre los profesionales de la Medicina y el público; trata al individuo como un todo, enfatizando que se debe tratar a la persona enferma y no a la condición patológica; mantiene una relación cercana y continua entre el médico y el paciente⁶.

En 1944 se inician las autopsias y con ello, los estudios histopatológicos. Los avances en la bacteriología y la fundación de los institutos especializados, contribuyen a mejorar la calidad de la atención⁶.

En 1951, teniendo como marco un acuerdo con el *American College of Physicians*, la *American Hospital Association* y la *American Medical Association*, se creó la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, como una instancia externa destinada a la evaluación de los estándares de calidad en hospitales, en forma voluntaria, con el propósito de autorregularse⁶.

En nuestro país, los primeros trabajos sistematizados en favor de la calidad y la satisfacción, se identificaron en el Hospital de la Raza del IMSS en 1956, por un grupo de médicos interesados en conocer la calidad con que estaban atendiendo a sus pacientes, a través de la revisión de los expedientes clínicos⁶.

Otro cambio significativo se da en nuestro país con la publicación en 1984 de *Sistema de evaluación médica. Progresos y perspectivas*, orientado a la evaluación y autoevaluación integral de las unidades médicas, lo que incluye: instalaciones, recursos físicos, personal, suministro de insumos, organización, proceso, los resultados de la atención y la satisfacción de los pacientes, con un enfoque hacia la mejora continua y énfasis en su aplicación como herramienta de autoevaluación, integración y actualización del diagnóstico situacional de la unidad médica⁶.

En 1990, el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos, desarrolla las primeras Jornadas Académicas sobre calidad de la atención médica en México⁶.

En 1993, como consecuencia de la firma del tratado de libre comercio de América del Norte, surgió la necesidad de homologar la calidad en la prestación de los servicios médicos entre las unidades médicas de los Estados Unidos de América, Canadá y México⁶.

A finales de 1994 se inicia un proyecto de certificación de hospitales; sin embargo los resultados de la prueba piloto no fueron favorables, por lo que se suspendió. En marzo de 1999, el Secretario de Salud Federal, Dr. Juan Ramón de la Fuente, retomó el proyecto de certificación de hospitales; tras un periodo breve de organización e instrumentación, se inició la Certificación de Hospitales, con la participación de empresas certificadoras contratadas. La implantación y operación del sistema fue un éxito, habiendo certificado un importante número de hospitales a fines de 2000, año en el que concluyó la gestión en curso. En 2007 el Dr. Enrique Ruelas Barajas asumió

el cargo de Secretario del Consejo de Salubridad General, y con ello, el compromiso de conducir la certificación de hospitales, habiéndose propuesto como objetivo, elevarlo a nivel internacional, conforme a los estándares de la Joint Commission International⁶.

El Canadian Journal of Anesthesia publica en 2010 los Estándares Internacionales para la Práctica Segura de la Anestesia, un artículo publicado por Alan F Merry, el cual fue adoptado por la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos desde 1992 y ratificado en marzo del 2010²².

Algunos de los puntos mencionados en esta lista son:

1. Personal médico especialista en anestesiología entrenado y personal no-médico entrenado y acreditado
2. Organización local, regional y nacional para la estandarización de lineamientos para la práctica de la anestesia.
3. Entrenamiento, certificación y acreditación para el personal.
4. Record anestésico para cada paciente, el cual debe guardarse dentro del expediente clínico.
5. Trabajar con atención y reportar incidentes
6. Trabajar en un ambientes libre de fatiga emocional o física
7. El personal deberá dedicarse a un paciente por vez y responsabilizarse de su manejo en quirófano, traslado y unidad de cuidado postanestésico hasta que el paciente se recupere por completo, en caso de hacer un cambio de anestesiólogo, deberá protocolizarse, mencionando toda la información de importancia: historia clínica, condición actual así como el plan a seguir.
8. Instalaciones, equipo y medicamentos apropiados en calidad y cantidad.
9. Lista de verificación de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud
10. Cuidados y Monitoreo perianestésico:
 - a. Cuidados preanestésicos

- i. Valoración pre anestésica y plan anestésico para cada paciente, funcionamiento adecuado de la máquina de anestesia, el anestesiólogo deberá asegurarse de que el personal está calificado y capacitado para ayudarlo en caso de contingencia. Una lista de verificación ayudaría a la tarea.
 - ii. Lista de verificación preanestésica
- b. Monitoreo durante anestesia
- 1. Toma de oxígeno: verificar su funcionamiento
 - 2. Oxigenación al paciente verificada por oximetría
 - 3. Manejo de vía aérea y ventilación adecuada: verificada por observación, auscultación, movimiento de la bolsa reservorio. Alarma de desconexión en caso de ventilación mecánica.
 - 4. Circulación: ritmo cardiaco y frecuencia: electrocardiograma y pulsioximetría
 - 5. Adecuada perfusión: verificarla continuamente de manera clínica
 - 6. Verificación de la Presión arterial al menos cada 5 minutos, disminuir el tiempo si las circunstancias clínicas lo sugieren.
 - 7. Temperatura: en cirugías largas y paciente pediátrico
 - 8. Evaluación de la función neuromuscular cuando se utilice relajante muscular un neuroestimulador es recomendable.
 - 9. Señales de alarma audibles.
- c. Cuidados postanestésicos
- iii. Instalaciones y Personal adecuado
 - iv. Monitoreo tipo 1 para cada paciente
 - v. Alivio del dolor

4.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

La evolución y desarrollo de la calidad en la atención médica y la satisfacción del paciente ha sido consecuencia del desarrollo socioeconómico, que ha supuesto un rápido adelanto de la tecnología biomédica y del conocimiento científico con el consiguiente aumento no solo en el nivel de vida, sino en la esperanza de vida y la calidad de las prestaciones y derechos de los pacientes.

Para Deming, el paciente es la pieza más importante; la calidad y satisfacción se deben orientar a las necesidades del paciente presente y futuro, siempre en la búsqueda de mejoras continuas que llevarán a un crecimiento en la productividad y la excelencia⁷.

La Organización Mundial de la Salud, hace algunos años, al hablar de calidad en salud, decía: «Es la Atención que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.» Esta definición que considera los aspectos técnicos junto con aspectos financieros, olvida un aspecto fundamental: la satisfacción del usuario, que constituye la clave o el pilar fundamental de un programa de calidad total exitoso⁷.

La calidad en el cuidado de la salud ha sido definida como el grado en el cual los servicios incrementan la tasa de resultados óptimos que son consistentes con el conocimiento médico vigente. 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)³.

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 evaluaciones¹⁸.

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 satisfacción¹⁸.

Por ejemplo, Hulka citó la competencia profesional del médico, su cualidad personal y los costos e inconvenientes de los cuidados prescritos. Ware 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 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)¹⁸.

Para Feletti, Firman y Sanson-Fisher 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) ¹⁸.

En un clásico estudio realizado mediante meta-análisis, Hall y Dornan 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 pacientes¹⁸.

La satisfacción es subjetiva, actualmente está considerada en los denominados costos intangibles y probablemente los más valiosos, pero difíciles de cuantificar, debido a que dependen de las expectativas (apreciación directa del paciente)⁷.

Se han agregado algunos componentes al concepto de Calidad Total. Uno de ellos es la satisfacción tanto del que proporciona el servicio, del que lo recibe y de la entidad responsable de que se brinden los servicios; si a esto le agregamos los recursos y los costos, estará completo el escenario en que se conceptúa la Calidad Total⁷.

La satisfacción del paciente es un término que se introdujo en la medicina en los años noventa, conociéndose desde entonces su carácter subjetivo y lo difícil de su medición, hoy por hoy es un gran indicador de la atención y la calidad de la asistencia médica, que contribuye a la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado de los servicios de salud. Muchos factores contribuyen a ésta, incluyendo la accesibilidad de los servicios, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales de la salud y las expectativas o preferencias propias del paciente. Por lo tanto, la satisfacción de los pacientes tras un acto anestésico es una medida de calidad de la asistencia que contribuye a la evaluación final del centro sanitario³.

Hasta el día de hoy no existe un consenso para definir la satisfacción de un paciente. Se ha sugerido que es un concepto en constante evolución¹⁶.

Diversas teorías psicológicas sugieren que la satisfacción del paciente es un concepto multidimensional que incluye componentes sociodemográficos, cognitivos y afectivos; es la combinación entre las expectativas de éste y la percepción del servicio recibido. Cada paciente comienza con una comparación estándar contra la cual va a juzgar su nueva experiencia; un cambio en la satisfacción ocurre cuando la diferencia entre la situación actual y la expectativa excede la capacidad de asimilar la diferencia por parte del paciente, por lo tanto, la satisfacción depende de la congruencia entre lo que espera el paciente y lo que ocurre realmente³.

Entre estos componentes encontramos los relacionados con el paciente, como factores sociodemográficos: edad, sexo, grado de educación, estado marital, ocupación, raza, etc; los relacionados con el proveedor de salud como: interacciones verbales, no verbales y competencia

profesional; y los relacionados con el proceso en sí, como: accesibilidad, conveniencia, servicios auxiliares, factores burocráticos, costos, factores ambientales y organización de servicios de salud.

No ha sido fácil encontrar la relación entre estos factores y la satisfacción del paciente desde el punto de vista estadístico y hasta hoy no es claro cuáles de ellos son los más importantes³.

En general se ha llegado a la conclusión de que los pacientes se encuentran satisfechos no solo con el acto anestésico en sí, sino con el resultado final del procedimiento quirúrgico y muchas otras variables como la accesibilidad, la conveniencia de los servicios de salud, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales de la salud y las propias expectativas y preferencias del paciente, variables que se alejan bastante de la propia experiencia anestésica³.

Se ha documentado que los factores que más se relacionan con la falta de satisfacción de los pacientes, son el despertar intraoperatorio, el dolor intenso no controlado, la presencia de náusea y vómito, sed, frío, temblor y mareo, así como la presencia de cualquier complicación en la Unidad de Cuidados Postanestésicos. En cuanto a las variables que se asocian con la satisfacción de los pacientes en relación con la anestesia se encuentran: la anestesia regional por el mayor control del dolor posoperatorio, el adecuado trato del anesthesiólogo, la edad avanzada, el sexo masculino y el estado físico según la Asociación Americana de Anesthesiólogos (ASA)³.

Otro factor que repercute de forma importante en la percepción de satisfacción del paciente con el manejo anestésico, es la visita postanestésica. El anesthesiólogo tiene el deber médico y legal

de visitar a sus pacientes en el postoperatorio. Es deber del mismo corroborar la recuperación total del manejo anestésico, así como identificar y tratar cualquier complicación potencialmente relacionada a la anestesia. El postoperatorio ha sido virtualmente ignorado; sin embargo, existe evidencia que sugiere que deberíamos estar dirigiendo nuestra atención a la evaluación del período postoperatorio inmediato, con la misma intensidad que el transanestésico³.

Para fines de este trabajo se aportan las siguientes definiciones:

- **Despertar intraoperatorio:** se denomina así a los recuerdos vividos o vagos durante el período transanestésico en la anestesia general. Las clasificaciones actuales de memoria intraoperatoria incluyen tanto la memoria implícita o inconsciente como la memoria explícita o consciente. La memoria explícita se refiere a los recuerdos conscientes de los episodios intraoperatorios que tuvieron lugar durante la anestesia general. También llamada despertar anestésico. Los recuerdos solo pueden valorarse tras la cirugía. Estos recuerdos pueden producirse con o sin dolor y varían desde experiencias vividas hasta recuerdos vagos. En 2008 se informó que las percepciones auditivas subjetivas representaron el 50% de las experiencias de recuperación de la conciencia intraoperatoria¹.
- **Visita preanestésica:** consiste en la recogida de información sobre el paciente y la formulación de un plan anestésico. El objetivo final es la reducción de la morbi-mortalidad perioperatorias¹.
- **Dolor posoperatorio:** dolor nociceptivo agudo que aparece como consecuencia del acto quirúrgico, generado por las manipulaciones del mismo. Aparece al inicio de la intervención y finaliza con la curación de la patología quirúrgica. Es agudo, predecible y autolimitado en el tiempo¹. El dolor postoperatorio se clasifica de acuerdo a la OMS de

acuerdo a su intensidad en: leve (EVA 1-3), moderado (EVA 4-7), severo (EVA 8-10) o ausente (EVA0)

- **Retención urinaria posquirúrgica:** incapacidad para orinar en presencia de una vejiga repleta en paciente con antecedente de procedimiento quirúrgico, a descartar uso de fármacos anticolinérgicos, opioides y procedimiento anestésico y quirúrgico¹.
- **Nausea y vómito posoperatorio:** aquellos síntomas ocurridos dentro de las primeras 24 hrs de la cirugía. Tanto el procedimiento quirúrgico como los anestésicos pueden aumentar el riesgo de NVPO. Los procedimientos de riesgo son la cirugía laparoscópica, cirugía de genitales, craneotomías, intervenciones realizadas en los hombros, oídos medio y músculos oculares, los factores propios del paciente son el sexo femenino, no fumador, antecedente de NVPO, niños en edad escolar. Los fármacos más asociados son opiodes, halogenados, óxido nitroso¹.
- **Temblor postoperatorio:** la combinación de agentes inductores anestésicos y la exposición a ambiente frío hacen que los pacientes presenten temblor postanestésico. Es una de las principales causas de molestia en el área de recuperación, ocurre en un 40% de los pacientes.
- **Clasificación del estado físico según la American Society of Anesthesiologist:**
 - Clase 1: paciente sano, sin problemas médicos
 - Clase 2: enfermedad sistémica ligera
 - Clase 3: enfermedad sistémica grave
 - Clase 4: enfermedad sistémica que supone una continua amenaza de muerte
 - Clase 5: moribundo, de quien no se espera que sobreviva sin operación
 - Clase 6: paciente declarado en muerte cerebral, cuyos órganos son extraídos para donación¹.

5. MARCO DE REFERENCIA

Hasta el día de hoy existe poca referencia en la bibliografía acerca de cuestionarios desarrollados y validados para la evaluación de satisfacción en el paciente sometido a anestesia.

P. S. Myles; et al, publicó un artículo en el año 2000 en el British Journal of Anaesthesia acerca de la satisfacción de los pacientes después del procedimiento anestésico y la cirugía. Ellos realizaron un estudio prospectivo de 10,811 pacientes en los cuales buscaron factores potencialmente modificables de malestar. Para la realización de este estudio se hizo una entrevista con el paciente el día posterior a la cirugía. El objetivo principal de este estudio era medir la satisfacción del paciente, como objetivos secundarios evaluaron la presencia de náusea, vómito, dolor y otras complicaciones. Encontraron un nivel de satisfacción del 96.8% contra un 0.9% que se refirieron a sí mismos como no satisfechos con su manejo anestésico. Después del análisis de datos encontraron una relación entre falta de satisfacción y despertar intraoperatorio, dolor moderado a severo y náusea y vómito. Entre los factores que fueron asociados con satisfacción tras el acto anestésico fueron: pacientes de edad avanzada, sexo masculino, ASA igual o mayor a III. Concluyen que aún no existe un método validado universalmente para la medición de la satisfacción ¹⁰.

Martín López realiza un estudio que es publicado en el 2003 en la Revista Española de Anestesiología y Reanimación en la que evalúa el grado de satisfacción de los pacientes en función de la técnica anestésica aplicada en cirugía ambulatoria artroscópica de rodilla. El autor comparó tres técnicas anestésicas diferentes: TIVA, subaracnoideo con lidocaína y subaracnoideo con prilocaína. Todos los pacientes fueron entrevistados telefónicamente 48 hrs posteriores a su intervención, mediante una encuesta de 8 preguntas evaluaban: experiencia anestésica previa, grado

de satisfacción respecto a la anestesia aplicada, valoración del dolor postoperatorio, calidad de la información recibida sobre el procedimiento anestésico y efectos indeseables. El autor entrevistó a 120 pacientes, todos los pacientes del grupo TIVA frente al 85% y 82% de los grupos LIDO y PRILO permitirían que se les realizara la misma anestesia en el futuro. La satisfacción respecto a la anestesia, dolor posoperatorio y la calidad de información recibida no mostraron diferencias entre grupos. Se concluyó que la satisfacción del paciente sometido a cirugía artroscópica de rodilla es similar en función del tipo de anestesia. Por lo que se debe tener más en cuenta la preferencia del paciente.

Thomas Heidegger publica un artículo en el *Canadian Journal of Anesthesia* en el año 2004, en el cual identifica que únicamente brindar información al paciente no conlleva una mejoría en la satisfacción de este último. Partiendo de un estudio previo en el cual identificaron las áreas de “Información/toma conjunta de decisiones” como puntos de mejora, tres hospitales introducen estrategias para mejorar la satisfacción del paciente: promueven una campaña de información y se distribuyen panfletos con información acerca del procedimiento anestésico. Posteriormente se realizó una encuesta a 600 pacientes después de ser dados de alta, al analizar los resultados el área de “información/toma conjunta de decisiones” permaneció sin cambios. El autor concluye que esta clase de campañas y panfletos por si solos no incrementan la satisfacción del paciente¹³.

Pascal Auquier, M.D., Nicolas Pernoud, M.D., et al; desarrollaron y validaron un cuestionario de satisfacción perioperatorio para pacientes sometidos a anestesia general en Francia, para ello dividieron su estudio en una fase de generación de reactivos y otra de validación psicométrica. Se desarrolló un cuestionario de 26 reactivos (EVAN-G), el cual fue comparado contra cuestionarios previos realizando una validación convergente. Se reclutaron 874 pacientes en

8 departamentos de anestesia, el cual reportó una satisfacción considerablemente alta en pacientes mayores de 65 años. El autor muestra una herramienta de medición de satisfacción válida y confiable que puede utilizarse en la práctica anestésica. Este artículo fue publicado en la revista *Anesthesiology* en el año 2005⁹.

J Benatar Haserfaty publicó un estudio en la *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* en 2007. Su objetivo fue evaluar la satisfacción con el cuidado anestésico monitorizado como indicador de calidad en la cirugía de cataratas. Para ello realizó un estudio prospectivo en pacientes intervenidos de cataratas con anestesia tópica e intracamerular. Se analizaron las variables demográficas, el estado físico del paciente, dolor postoperatorio, el tiempo quirúrgico, la administración de sedación intraoperatoria, las complicaciones sistémicas y la satisfacción según la escala de Iowa de satisfacción con la anestesia (EISA). Se comparó la EISA en la primera y segunda intervención (EISA1 y EISA2 respectivamente) en los pacientes que se operaron de los dos ojos durante el estudio. En total 233 pacientes fueron incluidos en el estudio, de los que un 15,5% tuvo un bajo grado de satisfacción ($EISA < 5,4$). La mediana muestral de la EISA fue de 6,0. La frecuencia de complicaciones fue del 2,9 %. La mediana del tiempo quirúrgico fue de 9. El dolor postoperatorio fue el único factor predictivo de los estudiados de un menor grado de satisfacción. Con lo que concluyeron que el dolor perioperatorio es frecuente y es la causa principal de insatisfacción del paciente con el cuidado anestésico durante la facoemulsificación¹⁹.

Pratamaporn Chanthong, M. D; et al; publicó en la revista *Anesthesiology* en el año 2009 una revisión sistemática de cuestionarios de medición de satisfacción en pacientes ambulatorios partiendo del antecedente de que la satisfacción se ha vuelto un componente importante en el mejoramiento de la calidad del servicio en la cirugía ambulatoria; sin embargo, es difícil de evaluar debido a su carácter subjetivo y a la complejidad psicológica de la construcción de cuestionarios. El

objetivo de este estudio era buscar el cuestionario más apropiado para la evaluación de la satisfacción del paciente. Paratamaporn menciona en su artículo que aún no existe un estándar para la medición de la satisfacción, por lo que los investigadores usualmente comparan su cuestionario con otros instrumentos validados. Ellos buscaron en bases de datos como MEDLINE, EMBASE, CINAHL, HAPI, PsycINFO información acerca de cuestionarios que evaluaran la satisfacción del paciente después de una anestesia para cirugía ambulatoria. Los autores revisaron 6,757 artículos, de estos sólo 11 fueron sobre satisfacción en anestesia ambulatoria. Ellos concluyen que existen pocos estudios que hayan diseñado cuestionarios con métodos psicométricos rigurosos para mediar la satisfacción del paciente. Encontraron que los anestesiólogos subestiman el valor que el paciente ambulatorio da a su procedimiento, por ejemplo la información que le otorga: el anestesiólogo suele enfocarse en una relación médico-paciente amigable, sin embargo el paciente se enfoca los efectos que la anestesia en su cuerpo y desearía tener una participación activa al escoger el tipo de anestesia que se le dará. Por lo que la percepción de la satisfacción puede verse alterada. Otro hallazgo en esta revisión fue la aceptación de los pacientes al cuestionario: generalmente cuestionarios cortos que impliquen menor tiempo al contestarse tienen mayor aceptación por los pacientes. Cuestionarios que pueden ser acabados en menos de 5 minutos son considerados superiores. Al día de publicación de este artículo no existía un cuestionario validado para la medición de satisfacción en anestesia ambulatoria¹².

Fritz E. Gempeler; et al; realiza un estudio de evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio. Recolectó la información de 55° pacientes: 200 procedimientos de anestesia general, 200 procedimientos de anestesia regional o neuroaxial, 100 procedimientos de anestesia regional periférica y 50 procedimientos de anestesia combinada. Para la medición de la satisfacción se diseñó una encuesta, la cual fue realizada por personal ajeno al estudio y a procedimiento

anestésico, este cuestionario incluía preguntas de respuesta abierta, respuesta múltiple y la escala verbal análoga para la medición de la satisfacción. El cuestionario fue un modelo de encuesta no validada, cara a cara, que permitía la recolección de varios datos. El 99 % de los pacientes refirieron estar satisfechos con el procedimiento anestésico. Como quejas más frecuentes, los pacientes refirieron dolor y sensación de frío en la unidad de cuidado postanestésico y dolor al colocar la anestesia entre otras. De los cinco pacientes que se muestran insatisfechos con el procedimiento anestésico, uno era de bachiller y cuatro universitarios; ninguno de los pacientes con educación primaria o sin ningún tipo de educación refirió insatisfacción. Concluyen que, aunque la anestesia regional periférica tiene un menor tiempo de estancia en recuperación, la satisfacción parece ser igual con todas las técnicas evaluadas, por otro lado la satisfacción iba de la mano con el adecuado trato de los anestesiólogos y el adecuado control del dolor en la unidad de cuidado postanestésico¹⁴.

Wui-Chiu Mui, M.D., Chia-Ming Chang, Ph. D., et al; desarrollaron y validaron un cuestionario de satisfacción para cuidados anestésicos perioperatorios en pacientes taiwaneses, el cual fue publicado en la revista *Anesthesiology* V 114 No 5 en mayo 2011. Ellos desarrollaron un cuestionario de 32 reactivos que aplicaron a más de 1000 pacientes sometidos a anestesia general y regional, los resultados de los índices de confianza y las variables de confusión respaldaron y validaron este cuestionario, el cual se adapta a las características culturales del paciente taiwanés sometido a anestesia regional y general⁸.

Colin F. Royse publicó un artículo en el año 2012 para la Sociedad Europea de Anestesiología. Evaluó los predictores de satisfacción del paciente en un estudio de cohortes utilizando la Escala de Calidad en Recuperación Postoperatoria (PQRS). Realizó un estudio de

cohorte observacional a 701 pacientes El objetivo de su estudio consistió en identificar predictores de satisfacción tres días posteriores a la cirugía. Incluyó a todos los pacientes mayores de 6 años sometidos a anestesia general. Se midió la satisfacción a través de un cuestionario. Los pacientes se dividieron en dos grupos, aquellos que estuvieron completamente satisfechos (83%) y aquellos que no estuvieron completamente satisfechos (17%). Los reactivos se dividieron en cinco grupos psicológico, nociceptivo (dolor y náusea), emotivo (ansiedad y depresión), actividades cotidianas y cognitivo. El estudio concluye que múltiples factores pueden influenciar la idea de satisfacción de un paciente: las expectativas, la manera en que lo trata el equipo quirúrgico y el equipo de enfermería, la información brindada y la anestesia regional sobre la general. Algunas de las complicaciones que reducen la satisfacción de un paciente son náusea y dolor de garganta. Finalmente ellos concluyen que utilizando la escala de calidad en recuperación postoperatoria solo la nocicepción (dolor o náusea) contribuye a una incompleta satisfacción¹¹.

En enero del 2013 se publica en la revista *Anesthesiology* el desarrollo y validación de un cuestionario perioperatorio que evalúa la satisfacción en la anestesia regional. Axel Maurice-Szamburski inicia este proyecto partiendo de la falta de una herramienta que evalúe la satisfacción de los pacientes sometidos a anestesia regional; por lo que realiza entrevistas, estadística y validaciones internas y externas obteniendo un cuestionario de 19 preguntas. Las preguntas fueron divididas en 5 categorías: Información, atención, tiempo de espera, malestar y dolor. Los cuestionarios fueron contestados en una entrevista realizada 48 hrs después de la cirugía. Se entrevistaron 390 pacientes de 3 hospitales universitarios diferentes del sureste de Francia. Ellos encuentran un alto índice de satisfacción en la población mayor a 55 años. El sexo femenino fue asociado a calificaciones menores en la categoría de información otorgada. Pacientes con ASA menor a 2 otorgaron menor calificación en el rango de atención¹⁵.

EL Dr. Antonio Castellanos Olivares publicó en 2103 en la Revista Mexicana de Anestesiología una encuesta realizada en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional Siglo XXI, para lo cual diseñó una encuesta comparativa, previamente validada, se revisaron 1,025 encuestas en un periodo comprendido del primero de enero al 31 de diciembre del 2011 a población quirúrgica mayor de 60 años sometidos a cirugía electiva bajo anestesia general. Se realizó una codificación de acuerdo a la edad, género, técnica anestésica, valoración y medicación pre-anestésica, náusea, vómito, dolor en herida quirúrgica, dolor en garganta, satisfacción con el manejo anestésico, oportunidad quirúrgica, relación médico-paciente, comunicación. La información se vació en una base de datos diseñada en una hoja de cálculo de Excel y posteriormente se procesó mediante el programa estadístico SPSS. El 90% de los pacientes refirió haber recibido visita preanestésica; el 95% mencionó que recibió información acerca del procedimiento a realizarse, de los cuales 99.48% comentaron haber entendido las indicaciones e información brindada encontrando que 95.66% refirieron estar satisfechos con la relación que establecieron con el anestesiólogo. El 95% de los pacientes mencionaron estar satisfechos con el manejo anestésico recibido, de los cuales 95.3% lo calificaron como buena, 4.2% regular y sólo 0.5% malo. Cuando se les preguntó si les gustaría recibir un manejo anestésico semejante en caso de requerir un nuevo procedimiento quirúrgico, el 91% contestó afirmativamente. En cuanto a la incidencia de efectos adversos postoperatorios se encontró una incidencia de náusea 8.2% y vómito 13.3%; el 60.5% de los pacientes presentaron dolor en sitio de herida quirúrgica encontrándose 50% sin referir dolor, 35% con dolor leve, 12% con dolor moderado y 3% con dolor severo. Sus resultados muestran que la población geriátrica manifiesta un alto nivel de satisfacción con el acto anestésico que va en concordancia al reportado en estudios previos. Como eventos adversos en la UCPA se encontró una similitud acorde con lo reportado por la literatura, siendo el más importante de éstos la presencia de dolor postquirúrgico y en segundo lugar la presencia de odinofagia. Su trabajo hace un esfuerzo para demostrar la marcada importancia de la visita postanestésica en la percepción general del acto quirúrgico por parte del paciente, además de ser un instrumento de gran

utilidad en la pronta identificación y manejo de eventos adversos que pudieran disminuir la impresión del paciente en la calidad de la anestesia³.

También en 2013, David S. Warner y Sarah F. Barnett publican en la revista *Anesthesiology* un repaso cualitativo y sistematizado para identificar todos los cuestionarios utilizados para medir satisfacción con la anestesia, señalando aquellos que han pasado por un desarrollo psicométrico. Ellos mencionan que hoy en día se utilizan instrumentos con un pobre desarrollo, lo cual lleva generar sesgos en la información obtenida, sin embargo hasta el momento de publicación de este artículo, no hay evidencia de un instrumento específico para medir satisfacción con el procedimiento anestésico, lo cual implica una importante brecha en la literatura. Warner y Barnett buscaron en MEDLINE, Embase, ISI Web of Science. Se identificaron 18, 665 estudios, después de un proceso de exclusión en el que se descartaron artículos que no contaran con un cuestionario desarrollado y validado psicométricamente se obtuvo un total de 71 artículos con 34 cuestionarios diferentes. Ellos concluyen que se debe individualizar el tópicos la evaluar para seleccionar el mejor cuestionario; por ejemplo para evaluar monitoreo anestésico el mejor cuestionario es el ISAS, para “Cuidado perioperatorio” el cuestionario desarrollado por Capuzzo es el más adecuado²⁰.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Históricamente la satisfacción en la relación médico-paciente ha sido considerada como un elemento muy influyente en el resultado de la atención médica. Ésta relación médico-paciente en muchas ocasiones se ve opacada por la falta de seguridad y efectividad, atención inoportuna e ineficiente y falta información clara que resuelva las dudas de los pacientes. Otras causas del deterioro de la relación médico-paciente es el incumplimiento de las expectativas de curación y alivio del paciente, así como los efectos adversos asociados a medicamentos y procedimientos que pueden llegar a afectar la perspectiva del paciente en cuanto a la calidad y satisfacción con el servicio brindado. La satisfacción con la atención médica vista desde la perspectiva del paciente debería realizarse de manera oportuna, basada en conocimientos médicos y éticos que permita satisfacer las expectativas del paciente, sin embargo, no siempre se lleva a cabo y constituye todo un reto para instituciones y trabajadores de la salud.

En la última década se han incrementado el número de demandas en contra de los servicios médicos y los profesionales de la salud debido a la insatisfacción de los pacientes y/o familiares; no debemos olvidar que una de las principales quejas de los pacientes dentro del sector salud, es precisamente, la inadecuada calidad y el mal trato que reciben; uno de los factores que influyen en la probabilidad de una demanda es la relación médico paciente, de ahí la importancia de la evaluación de la satisfacción del paciente.

La evolución de la especialidad en Anestesiología, hoy mismo, es hacia la mayor complejidad y mayor responsabilidad, y requerimos mejorar los índices de calidad y satisfacción con el propósito de brindar una mejor atención a nuestros pacientes.

La calidad y seguridad en anestesia usualmente está monitorizada por el análisis de la mortalidad, morbilidad e incidentes perioperatorios; sin embargo es menos común evaluar la calidad del servicio de anestesiología desde la perspectiva de la satisfacción del paciente. Actualmente en países de primer mundo la evaluación de la satisfacción del paciente es un pilar de la atención médica de calidad; sin embargo en nuestro país es un tema incipiente, por lo tanto, no se cuenta con un parámetro que nos permita evaluar lo que el paciente piensa de la atención brindada por el servicio de anestesiología del Hospital Español de México.

En la actualidad, la satisfacción con el servicio es un aspecto fundamental que durante mucho tiempo no se ha tenido en cuenta, pero que empieza a salir del olvido y que debemos incentivar, ya que la asistencia al paciente y conseguir su satisfacción son nuestra razón de ser y objetivo prioritario. La atención médica se mide hoy en día en términos de efectividad, eficiencia, percepción del paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico, mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado.

En la actualidad muchos coinciden en reconocer la necesidad de mejorar la calidad de los productos y servicios para poder ser competitivos y satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes. Los servicios de salud constituyen un determinante de gran importancia para el bienestar de la población por lo que se hace imperativo evaluar a fin de crear una mejora continua de la calidad. La anestesiología es un pilar fundamental para la atención de la población quirúrgica. La implementación de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de anestesiología a partir de los indicadores de satisfacción de las expectativas de nuestros pacientes constituye una necesidad.

La Calidad Total, busca la satisfacción permanente de las necesidades del paciente; por lo que tanto el servicio de anestesiología como el Hospital Español debe conocer cuáles son esas necesidades y diseñar en base a las mismas una atención que se ajuste a sus requerimientos, de lo contrario el paciente puede optar por el cambio de institución; por tanto, se pretende evaluar la percepción que tiene el paciente del acto anestésico y evidenciar la importancia del manejo perioperatorio estrecho mediante una encuesta de satisfacción en la visita postanestésica.

Es así como resumimos el planteamiento del problema en la siguiente pregunta:

¿Cuál es la realidad actual en cuanto a la satisfacción del paciente con el servicio de anestesiología en la Torre Médica Pablo Díez del Hospital Español de México?

7. JUSTIFICACION

La misión del Hospital Español de México es: “Ser una organización prestadora de servicios de salud, interesada en el desarrollo, motivación y compromiso de su recurso humano, que ofrece a sus pacientes un servicio de calidad y seguridad a través de equipo médico de alta tecnología y calidez humana”. Su visión es “Ser reconocido como uno de los modelos hospitalarios de mayor calidad asistencial y humanitaria en América”. Con lo anterior se deduce que el Hospital Español pretende brindar un servicio de calidad buscando la satisfacción de los pacientes, esto plantea la necesidad de evaluar la calidad de los servicios y la satisfacción del paciente.

La relación médico paciente tiene una fuerte influencia dentro de los factores que influyen en la probabilidad de una demanda por lo que se hace necesario evaluar cuál es el punto de vista del paciente sometido a anestesia en el Hospital Español de México para conocer su nivel de satisfacción. Obteniendo el nivel de satisfacción de los servicios otorgados al paciente, se podrán identificar cuáles son las áreas con oportunidades de mejora.

Es difícil calificar la calidad y la satisfacción en cuanto a los servicios médicos, a pesar de los grandes esfuerzos que se han hecho aún no se cuenta con instrumentos integrales totalmente aceptados, lo que genera experiencias aisladas, sin embargo, lo que no se define no se puede medir, lo que no se mide, no se puede mejorar y lo que no se mejora se degrada, es por esto que se pretende definir cuál es la situación actual en cuanto a la satisfacción del paciente con el servicio brindado por el departamento de anestesiología del Hospital Español. Se intenta sentar un precedente que sirva para la realización de estudios futuros que permitan un avance hacia el control de la calidad y satisfacción del paciente, intentando mantenerlas y garantizarlas. Posteriormente se

podrán realizar estudios que permitan el mejoramiento y promoción de la calidad y satisfacción, eliminando a su vez aquellos aspectos que puedan disminuirlas.

Como sabemos el paciente y sus familiares son la única fuente de información de la dignidad y respeto con el que son tratados en esta institución médica, así como la mejor fuente de información del manejo perioperatorio (ansiedad, dolor, náusea y vómito, temblor, retención urinaria, etc.).

El principal objetivo de estos resultados es sentar un parámetro dentro del servicio de anestesiología del Hospital, conocer aquellas áreas de mejora y puntos deficientes en la satisfacción del paciente es fundamental para nosotros, ya que como profesionales de la salud somos y nos debemos a los pacientes. Se pretende dar a conocer los resultados obtenidos en las Jornadas Médicas del Hospital Español para generar una cultura de evaluación y poder desarrollar nuevos cuestionarios en un futuro que permitan la evaluación en los diferentes servicios del Hospital. Al existir pocos estudios de estas características en el país se pretende la publicación en revistas nacionales.

Los resultados se comentarán con el jefe del servicio de Anestesiología del Hospital Español de México a fin de sentar un precedente y plantear a futuro nuevos estudios y acciones que permitan emprender mejoras en las áreas de oportunidad y con ello lograr un beneficio directo al paciente ofreciendo un servicio de calidad que satisfaga las demandas y necesidades del paciente, logrando con ello un impacto directo en la misión y visión del Hospital Español de México enfocada al servicio de calidad.

La información sobre la satisfacción obtenida en esta encuesta se utilizará de dos maneras: Primero evaluar el manejo peri operatorio del paciente y segundo “predecir” el comportamiento del paciente como “consumidor” (si ellos recomendarían el servicio del hospital o si regresarían nuevamente en el futuro).

8. OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la satisfacción con la atención brindada por el personal del Departamento de Anestesiología de la torre médica Pablo Díez del Hospital Español durante el período perioperatorio, desde el punto de vista del paciente.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer la importancia de la satisfacción del paciente en el período perioperatorio
- Reconocer la existencia áreas de oportunidad en el servicio de anestesiología.
- Identificar las causas que disminuyen confort en el paciente.
- Analizar y reflexionar sobre las actitudes de los anesthesiólogos la disminución confort del paciente

9. HIPOTESIS

Si el paciente satisfecho aclara todas sus dudas en la entrevista preanestésica; entonces las entrevistas de calidad, otorgan mayor nivel de satisfacción

10. DISEÑO

10.1 Número de muestras a estudiar:

DESCRIPTIVO

10.2 Conocimiento que tienen los investigadores de los factores de estudio:

ABIERTO

10.3 Participación del investigador:

OBSERVACIONAL

10.4 Tiempo en que suceden los eventos:

PROSPECTIVO

10.5 Relación que guardan entre si los datos:

TRANSVERSAL

11. MATERIALES Y MÉTODOS

11.1 Universo de estudio:

Pacientes anestesiados en la Torre Medica Pablo Diez del Hospital Español de México mayores de 18 años sin deterioro cognitivo.

11.2 Tamaño de la muestra

Se realizará una encuesta a todos los pacientes sometidos a procedimientos anestésicos comprendidos en el período del 1 de mayo de 2014 a 31 de mayo de 2014 en la Torre Médica Pablo Díez del Hospital Español de México.

11.3 Criterios de selección

- Todos los que cumplan con los criterios de inclusión

11.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes sometidos a cirugía no cardiaca
- Mayores de 18 años
- Por lo menos una noche de hospitalización

11.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con deterioro cognitivo
- Pacientes que no puedan comunicarse
- Pacientes que egresen de quirófano a UTI
- Pacientes sometidos a cirugía cardiaca

- Pacientes sometidos a cirugía ambulatoria
- Pacientes que no cooperaron con el cuestionario

11.3.3 Criterios de eliminación

- Los que no cumplan con los criterios del estudio

11.4 Definición de las variables:

- Los pacientes con una entrevista preanestésica de mayor tiempo tienen un mayor nivel de satisfacción.
 - **Variable independiente:** Tiempo dedicado a la entrevista
 - **Variable dependiente:** Satisfacción del paciente

11.5 Descripción de procedimientos

Se diseñó un cuestionario para medir satisfacción en el paciente post-operado a partir de cuestionarios validados previamente obtenidos de revistas indexadas. Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos más importantes: PubMed, EMBASE, CINAHL, Cochrane. Se revisaron un total de 11 cuestionarios. Se obtuvo un total de 17 reactivos escogiendo aquellos que se mencionaran con mayor frecuencia en los cuestionarios consultados, y que se adaptaran a la población existente en el Hospital Español de México. Se propuso un modelo de encuesta Likert debido a su buen nivel de correlación con otras escalas. Los reactivos fueron propuestos en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los pacientes. La escala Likert mide actitudes, es decir, se emplea para medir el grado en que se da una actitud o disposición en contextos particulares. El objetivo es agrupar numéricamente los

datos que se expresan en forma verbal, para poder luego operar con ellos. Tomando en cuenta que la actitud por su naturaleza subjetiva no es susceptible de observación directa, ha de inferirse a través de la expresión verbal de los pacientes entrevistados.

Los reactivos valorarán la satisfacción del paciente durante los periodos pre, trans y post anestésico, y se dividieron en cuatro grupos: atención al paciente, información brindada, la disminución del confort y complicaciones relacionadas a la técnica anestésica.

Previa aprobación del comité de investigación del Hospital Español, se entrevistarán a todos los pacientes mayores de 18 años, sin deterioro cognitivo y capaces de comunicarse, sometidos a cirugía no cardíaca en la Torre médica Pablo Díez del Hospital Español de México en el Período comprendido del 1 de mayo de 2014 a 31 de mayo de 2014. Los datos se obtendrán de un cuestionario realizado la noche posterior a la cirugía.

Se realizará el análisis descriptivo de frecuencia y medidas de tendencia central utilizando el programa Excel 2010.

Estamos interesados en determinar si dos variables de una población están relacionadas. Estamos interesados en ver la relación existente entre tiempo de la valoración preanestésica y satisfacción, por lo tanto, se realizó una correlación entre el tiempo y la satisfacción con análisis estadístico utilizando el método de chi-cuadrada a través del método de independencia, para ello se utilizará el programa estadístico Minitab versión: 16.1.1.

El análisis de resultados se realizó con base en las encuestas y la correlación entre tiempo y satisfacción que nos permita identificar áreas de mejora y como plataforma para la realización de estudios posteriores y la implementación de planes de mejora.

11.6 HOJA DE CAPTURA DE DATOS

EDAD

SEXO

ASA

ESCOLARIDAD

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: _____.

TECNICA ANESTESICA: _____.

Preanestésico

1. ¿Sabe el nombre de su anesthesiólogo?

Definitivamente Sí

Probablemente Sí

Indeciso

Probablemente No

Definitivamente No

2. ¿Se le realizo visita preanestésica?

Definitivamente Sí

Probablemente Sí

Indeciso

Probablemente No

Definitivamente No

3. ¿Le informaron acerca de la técnica anestésica que le aplicarían previo a su cirugía?

Definitivamente Sí

Probablemente Sí

Indeciso

Probablemente No

Definitivamente No

4. ¿Se sentía inquieto con respecto a la anestesia?

Definitivamente Sí

Probablemente Sí

Indeciso

Probablemente No

Definitivamente No

5. ¿Quedaron claras todas sus dudas previas a su procedimiento?

Definitivamente Sí

Probablemente Sí

Indeciso

Probablemente No

Definitivamente No

6. ¿Pensó continuamente en la anestesia durante la noche previa?

Definitivamente Sí	Probablemente Sí Definitivamente No	Indeciso	Probablemente No
--------------------	--	----------	------------------

7. **¿Cuánto tiempo duró la consulta preanestésica?**

<15 min	15-30 min	> 30 min
---------	-----------	----------

Atención peri operatoria

1. **¿Cómo calificaría el respeto a su privacidad durante su estadía en el quirófano?**

Bueno	Malo
-------	------

2. **¿Cómo fue el trato hacia usted por parte de los anestesiólogos?**

Bueno	Malo
-------	------

3. **¿Cuando entré al quirófano me sentí a gusto?**

De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
------------	---------	---------------	--------------------------

Postanestésica

1. **¿Le visito su anestesiólogo después de la cirugía?**

Si	No
----	----

2. **¿Cómo calificaría el dolor postoperatorio?**

Leve	Moderado	Severo
------	----------	--------

3. **¿Tuvo náusea o vómito en el postoperatorio?**

Definitivamente Sí	Probablemente Sí Definitivamente No	Indeciso	Probablemente No
--------------------	--	----------	------------------

4. **¿Tuvo dificultades para orinar posterior a su cirugía?**

Definitivamente Sí	Probablemente Sí Definitivamente No	Indeciso	Probablemente No
--------------------	--	----------	------------------

5. ¿Sintió comezón posterior a su cirugía?

Definitivamente Sí	Probablemente Sí Definitivamente No	Indeciso	Probablemente No
--------------------	--	----------	------------------

6. ¿Tuvo un despertar confortable de su cirugía?

Definitivamente Sí	Probablemente Sí Definitivamente No	Indeciso	Probablemente No
--------------------	--	----------	------------------

7. ¿Se siente satisfecho por la experiencia en general?

Definitivamente Sí	Probablemente Sí Definitivamente No	Indeciso	Probablemente No
--------------------	--	----------	------------------

11.7 CALENDARIO

Actividad	2014						
	E	F	M	A	M	J	Jul
Elaboración del protocolo							
Entrega del protocolo							
Presentación del protocolo a departamento de anestesia							
Realización de entrevistas post anestésicas y llenado de cuestionarios							
Análisis descriptivo							
Análisis estadístico							
Análisis de resultados							
Presentación de resultados							
Elaboración del documento de tesis							
Revisión de literatura							

Fecha de inicio: 01/02/14

Fecha de terminación: 14/07/14

11.8 Recursos

11.8.1 Recursos Humanos

Investigador: Carlos Carrasco Vera

Actividad Asignada:

- Elaboración de protocolo
- Entrega de protocolo
- Presentación de protocolo a departamento de anestesia
- Realización de entrevistas post anestésicas y llenado de cuestionarios
- Análisis descriptivo
- Análisis estadístico
- Análisis de resultados
- Presentación de resultados
- Elaboración del documento de tesis
- Revisión de la literatura

Número de horas por semana que dedicará a la investigación: 10 hrs.

11.8.2 Recursos materiales

Los recursos que se requiere adquirir son:

- Papel bond en hojas tamaño carta para impresión de cuestionarios

11.8.3 Recursos financieros

No se requiere presupuesto de operación. El autor absorberá el costo de hojas e impresión.

12. VALIDACION DE DATOS

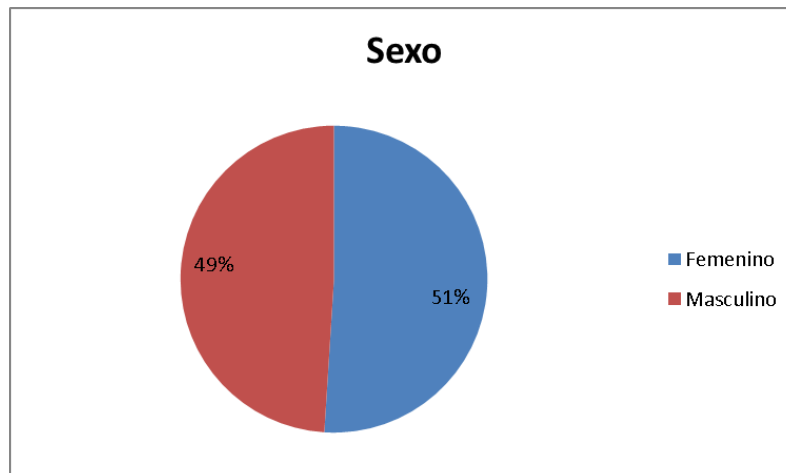
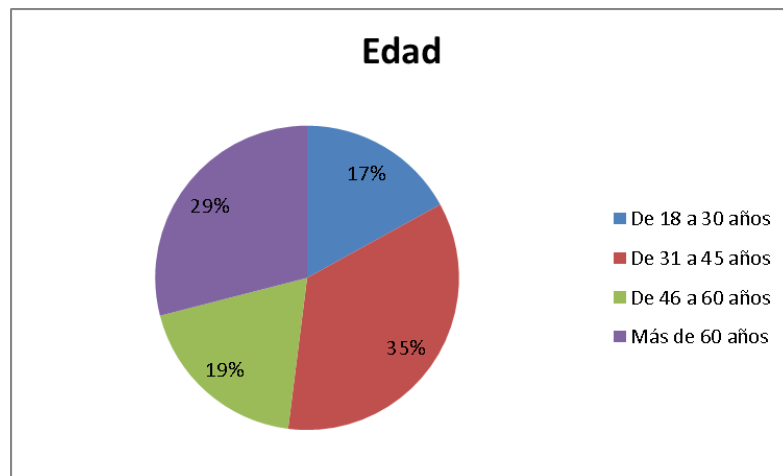
Se utilizara estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión: rango, media, mediana, moda, desviación estándar y porcentajes.

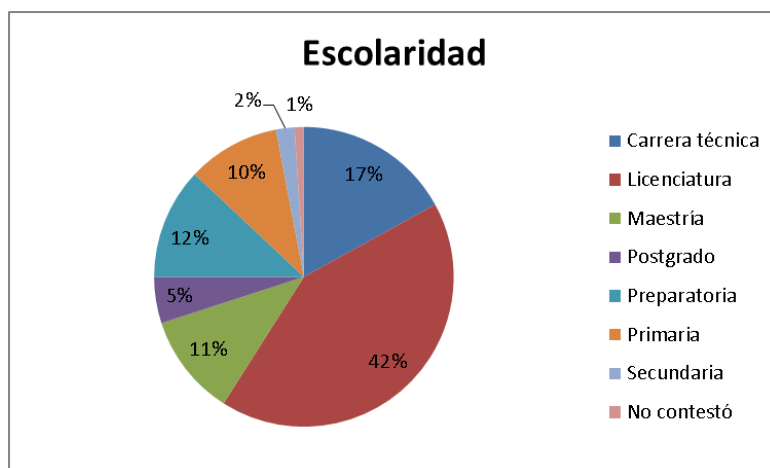
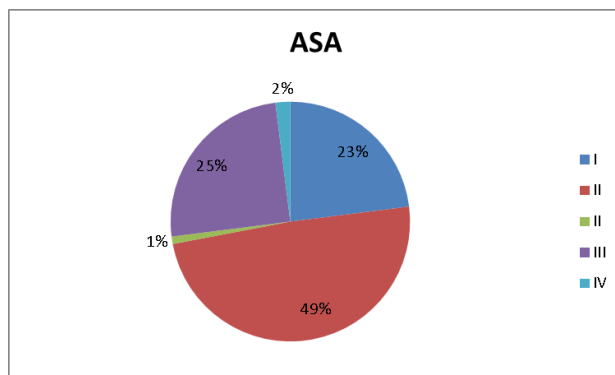
Los parámetros principales que se utilizaran para llegar a la conclusión son:

- Valor de Chi cuadrada obtenida por medio de prueba de independencia. Obtenida mediante el programa Minitab 16.1.1

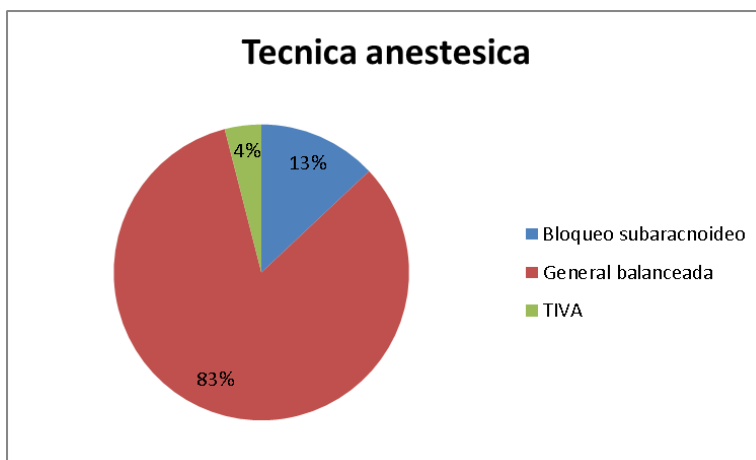
13. PRESENTACIÓN DE DATOS

De los 100 pacientes que se incluyeron en el presente estudio 49 pertenecían al sexo masculino y 51 al femenino; 17 de los pacientes estuvieron comprendidos entre las edades de 18 -30 años (Media 24.5 años), lo que corresponde a un 17%, 35 pacientes entre los 31-45 años (Media 37.7 años) equivalente a 35%, 19 pacientes entre los 46-60 años (Media 52.5 años) que representa el 19% y 29 pacientes mayores de 60 años (Media 71.6 años) que representa 29%.



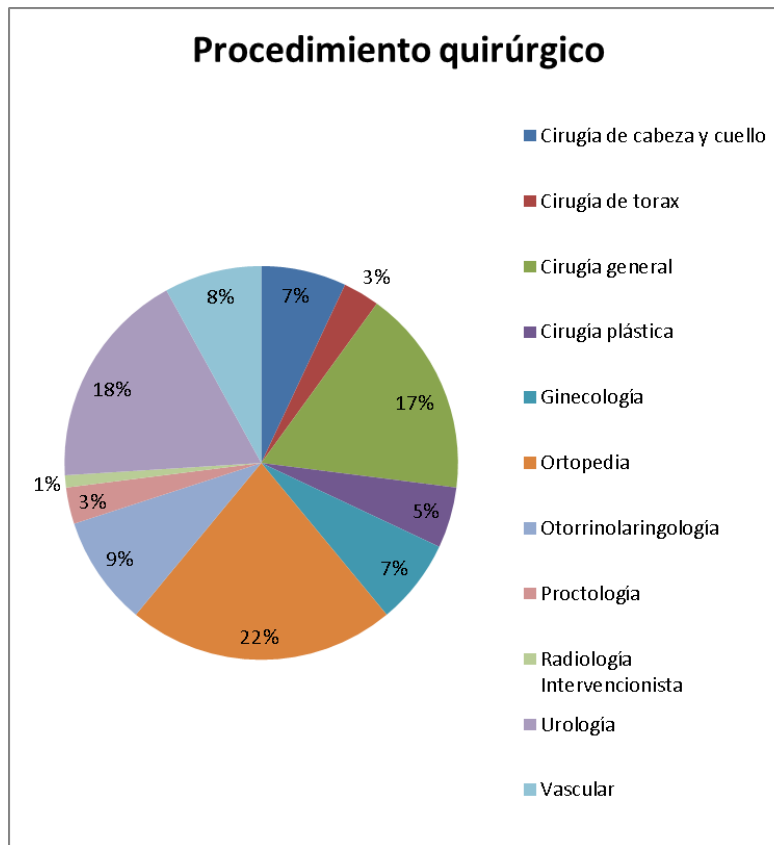


Los tipos de anestesia administrados fueron: anestesia general balanceada en 83 pacientes y anestesia neuroaxial en 13; todos ellos bloqueos subaracnoideos, no se aplicaron bloqueos peridurales ni mixtos. Se aplicó anestesia total intravenosa en 4 pacientes.



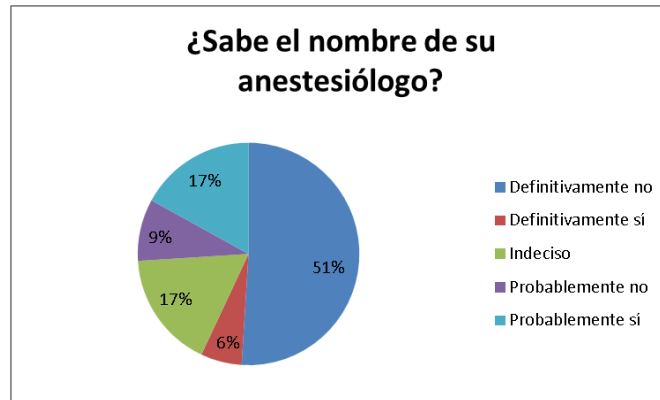
Los procedimientos quirúrgicos realizados se distribuyeron de la siguiente manera:

Área	Número de procedimientos / Porcentaje (%)
Ortopedia	22
Urología	18
Cirugía general	17
Otorrinolaringología	9
Cirugía vascular	8
Cirugía cabeza y cuello	7
Ginecología	7
Cirugía plástica	5
Cirugía de tórax	3
Proctología	3
Radiología intervencionista	1



Se evaluó la inquietud que tenía el paciente por la anestesia, encontrándose presente en 65 pacientes para un 65% independientemente del tipo de anestesia administrada.

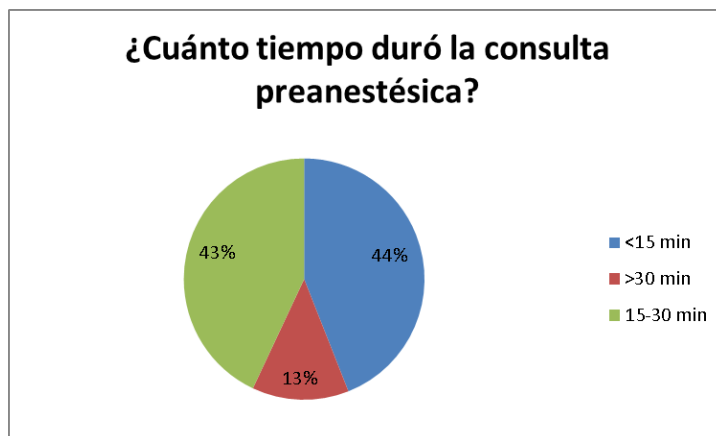
Fue investigado el conocimiento del paciente respecto al nombre de su anestesiólogo, encontrándose que 6 de ellos (6%) definitivamente sí lo conocían, 17 pacientes (17%) probablemente sí lo conocían, 17 pacientes (17%) mencionaron estar indecisos, 9 pacientes (9%) probablemente no lo conocían y 51 pacientes (51%) definitivamente no lo conocían.



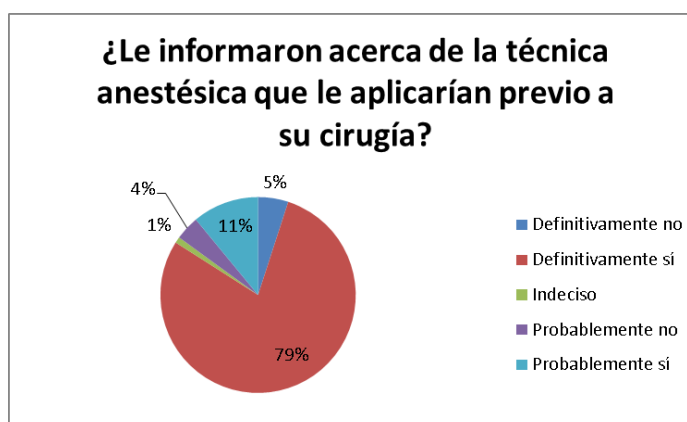
En el rubro de valoración preanestésica 94 pacientes refirieron que definitivamente sí se les realizó, 4 pacientes mencionaron que probablemente sí se les realizó, 2 pacientes se manifestaron indecisos.



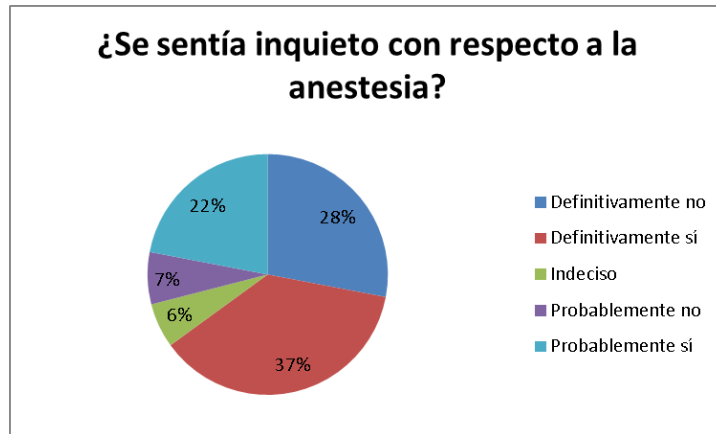
De los 100 pacientes que se les realizó visita preanestésica en el presente estudio 44 visitas comprendidos un tiempo entre 1-15 min, 43 visitas duraron entre 15-30 min y 13 visitas preanestésicas duraron más de 30 min.



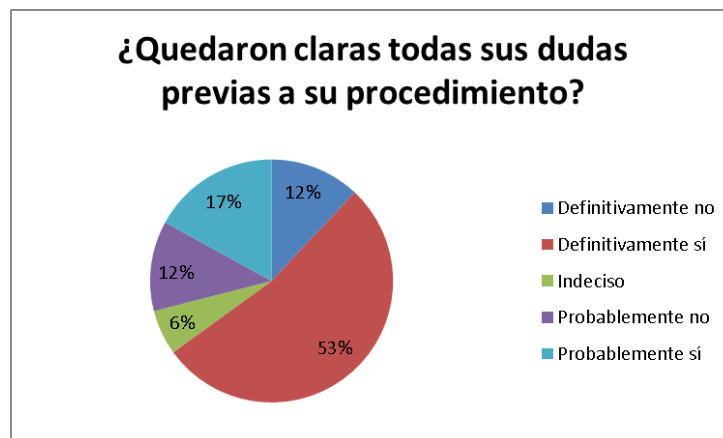
Se investigó el número de pacientes a los que se les informó acerca de la técnica anestésica que se utilizaría previo a su cirugía; 79 pacientes mencionaron que definitivamente sí se les informó, 11 pacientes refirieron que probablemente sí se les informó, 1 paciente se refirió indeciso, 4 pacientes refirieron que probablemente no se les informó y finalmente 5 pacientes refirieron que no se les informó sobre las técnica anestésica que se les aplicaría.



Fue investigado el número de pacientes que se sentían inquietos con respecto a la anestesia. 37 pacientes refirieron que definitivamente sí se sentían inquietos, 22 pacientes mencionaron que probablemente si se sentían inquietos, 6 se refirieron indecisos, 7 pacientes mencionaron que probablemente no se sentían inquietos, y finalmente 28 pacientes refirieron que definitivamente no se sentían inquietos.

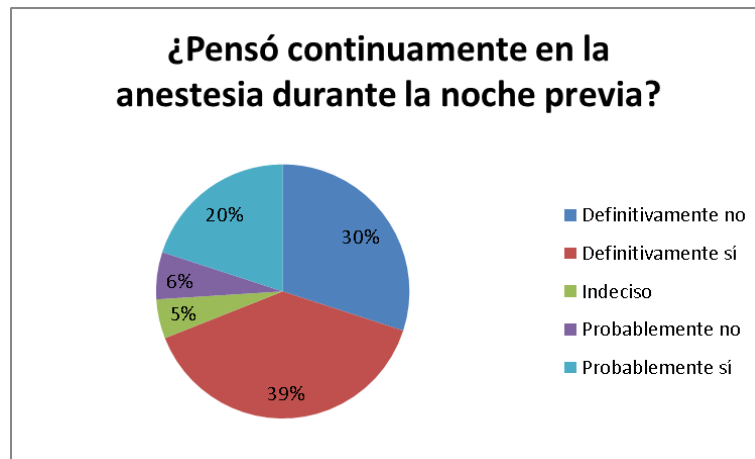


Se preguntó a los pacientes si quedaron resueltas todas sus dudas con respecto a la anestesia previo a su cirugía. 53 pacientes refirieron que definitivamente sí quedaron resueltas todas sus dudas, 17 pacientes mencionaron que probablemente sí quedaron resueltas todas sus dudas, 6 pacientes se refirieron indecisos, 12 pacientes refirieron que probablemente no quedaron resueltas todas sus dudas mientras que 12 pacientes mencionaron que definitivamente no quedaron resueltas todas sus dudas.

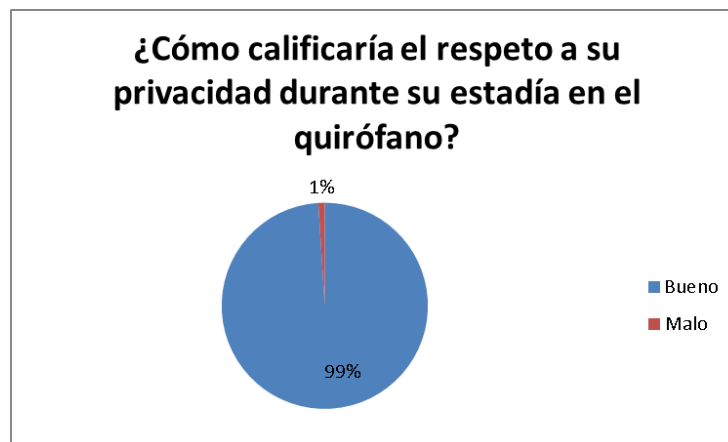


Se investigó el número de pacientes que refirieron pensar continuamente en la anestesia la noche previa. 39 pacientes mencionaron que definitivamente si pensaron continuamente en la anestesia, 20 pacientes refirieron que probablemente si pensaron continuamente, 5 pacientes se refirieron indecisos, 6 pacientes mencionaron que probablemente no pensaron en la anestesia

mientras que 30 pacientes refirieron que definitivamente no pensaron en la anestesia la noche previa a su cirugía.



Para el período transanestésico se interrogó al paciente acerca de cómo calificaría el respeto a su privacidad durante su estadía en el quirófano. 99 pacientes lo refieren como bueno mientras que 1 paciente lo refirió como malo.



En cuanto a cómo fue el trato de los anestesiólogos. 97 pacientes lo refieren como bueno mientras que 3 pacientes lo refieren como malo.



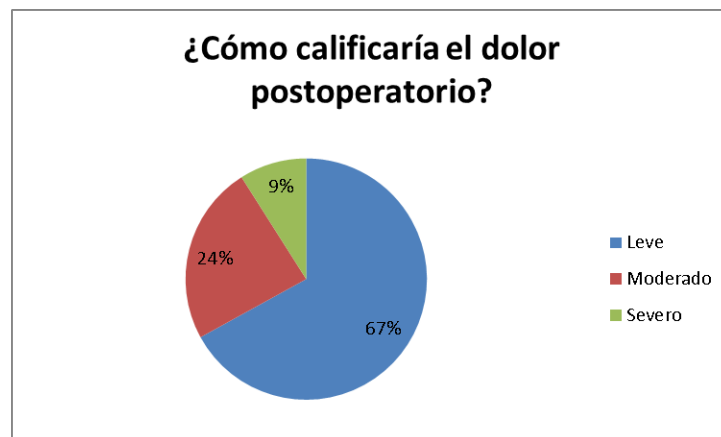
Se evaluó el bienestar del paciente interrogando de la siguiente manera. “Cuando entré a quirófano me sentí a gusto”. 75 pacientes se refirieron de acuerdo, 15 pacientes re refirieron neutrales, 6 pacientes se refieren en desacuerdo, 4 pacientes se refieren totalmente en desacuerdo.



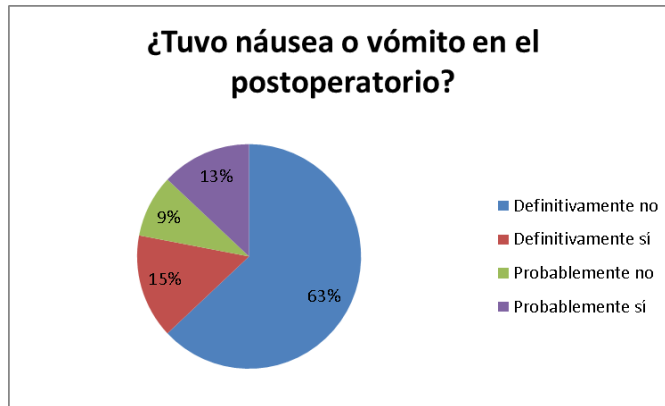
En cuanto al periodo post anestésico se evaluó la realización de la visita postanestésica con el siguiente cuestionamiento: ¿Le visitó su anestesiólogo después de la cirugía? A lo que 29 pacientes refirieron que sí, mientras que 71 pacientes refirieron que no.



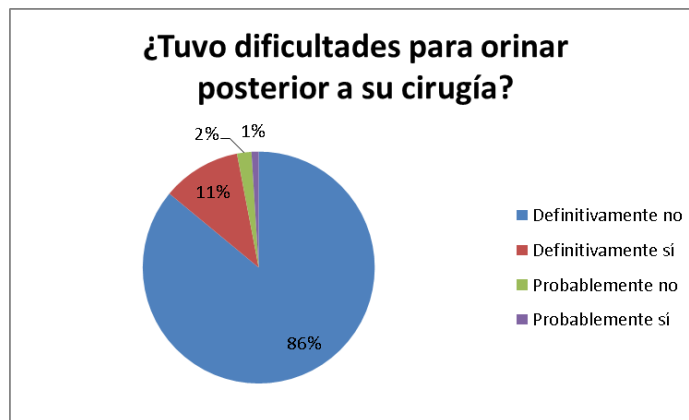
Se pidió al paciente que evaluara el dolor postoperatorio, 67 pacientes refirieron su dolor como leve, 24 pacientes como moderado mientras que 9 pacientes lo refirieron como severo.



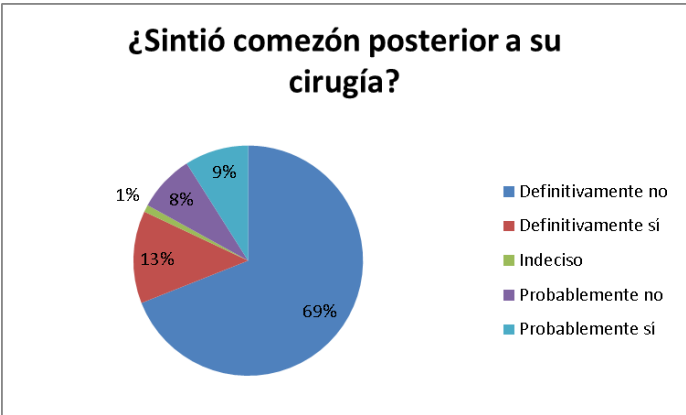
Cuando se interrogó al paciente sobre la existencia de náusea y vomito postoperatorio 15 pacientes refirieron que definitivamente si tuvieron nausea o vómito, 13 pacientes refirieron que probablemente si, 9 pacientes refirieron que probablemente no, mientras que 64 pacientes refirieron que definitivamente no tuvieron nausea y vómito en el postoperatorio.



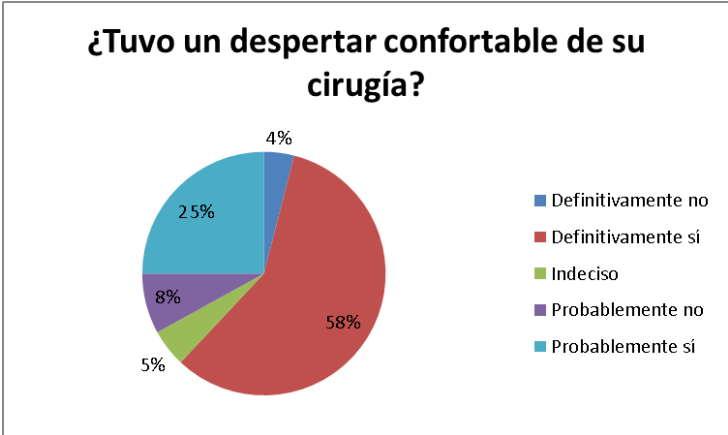
Se evaluó la presencia de retención urinaria posterior a la cirugía con la pregunta ¿Tuvo dificultades para orinar posterior a su cirugía? A lo que 11 pacientes refirieron que definitivamente si presentaron dificultad, 1 paciente mencionó que probablemente si, 2 pacientes refirieron que probablemente no, mientras que 86 pacientes refirieron que definitivamente no presentaron dificultad para orinar posterior a su procedimiento quirúrgico.



Se interrogó acerca de la presencia de prurito postoperatorio a los pacientes con la siguiente pregunta: ¿Sintió comezón posterior a su cirugía? A lo que 13 pacientes refirieron que definitivamente si, 9 pacientes mencionaron que probablemente se, 1 paciente se refirió indeciso, 8 pacientes mencionaron que probablemente no y 69 pacientes refirieron que definitivamente no presentaron prurito.



Cuando se le pregunto al paciente si tuvo un despertar confortable de su cirugía 58 pacientes refirieron que definitivamente si, 25 pacientes refirieron que probablemente si, 5 se refirieron indecisos, 8 pacientes mencionaron que probablemente no, mientras que 4 refirieron que definitivamente no.



Finalmente se le pidió al paciente que evaluara la experiencia en general con la siguiente pregunta ¿Se siente satisfecho por la experiencia en general? A lo que 57 pacientes refirieron que definitivamente si, 26 pacientes mencionaron que probablemente si, 3 pacientes se refirieron indecisos, 9 pacientes mencionaron que probablemente no, mientras que 5 pacientes mencionaron que definitivamente no.



Para concluir se obtuvo el valor de chi cuadrada por medio de la prueba de independencia, estamos interesados en determinar si dos variables tienen relación (tiempo de valoración preanestésica / satisfacción). Para obtener el valor se utilizó el programa Minitab versión 16.1.1. Se realizó una tabla de contingencia que comparaba el tiempo (en el eje X) contra la satisfacción (en el eje Y), esta tabla se ingresó al programa, el cual obtuvo el valor de Chi: 3.67, para un valor de $p=0.15$, lo cual rechaza la hipótesis nula, con esto se infiere que no existe relación entre tiempo de valoración preanestésica y satisfacción.

14. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es importante señalar el desconocimiento del nombre del anesthesiologo por parte del paciente. El 77% de la población encuestada refirió conocer el nombre de su anesthesiologo. El anesthesiologo es un especialista de la medicina que es poco reconocido, del cual se desconocen sus actividades principales. Las causas se deben establecer con claridad, sin embargo la falta de un tiempo adecuado en la valoración preanestésica, la mala relación médico-paciente, la falta de información y las dudas no resueltas podrían jugar un papel importante, repercutiendo directamente en la satisfacción del paciente. Una medida tendente a resolver este problema sería la elaboración de trípticos describiendo de manera rápida y sencilla la función del anesthesiologo y su figura como médico especialista encargado de la homeostasis del organismo, del manejo perioperatorio y del control del dolor, este tríptico se entregaría durante la valoración preanestésica y contendría un espacio en blanco donde el paciente pudiera anotar el nombre de su anesthesiologo.

El 83% de la población encuestada refirió que se le explicó en qué consistiría su técnica anestésica. La autonomía del paciente juega un papel fundamental en la satisfacción durante un procedimiento quirúrgico, esta autonomía se mantiene mejor obteniendo un consentimiento informado del paciente para intervenciones y tratamientos, siempre que sea posible, en el Hospital Español se realiza una verificación previa a que el paciente pase a quirófano, en ella se hace constar que cuenta con un consentimiento informado. El consentimiento informado supone que el plan anestésico se le ha explicado al paciente en términos que pueda comprender, es importante además mencionar las alternativas, esto ayuda también a establecer una relación de confianza médico-paciente que disminuye la ansiedad del paciente e influye en su recuperación postoperatoria y su evolución. Aunque la anestesiología está reconocida como una especialidad pionera en la seguridad del paciente y los resultados adversos se han reducido de forma marcada, los riesgos anestésicos

siguen siendo significativos. Se deben mantener y reforzar los esfuerzos del pasado que tuvieron éxito en promover la seguridad y daños prevenibles que reflejarán en el paciente una mayor satisfacción.

El 30% de la población encuestada refirió no tener claras sus dudas previas a su procedimiento, lo cual nos lleva a redoblar esfuerzos en el intento por explicar y esclarecer las dudas de nuestros pacientes y hacer de nuestra valoración preanestésica una oportunidad para establecer una relación médico-paciente de calidad. En el futuro sería importante la elaboración de un trabajo de investigación que recopilar las dudas más frecuentes que quedan en nuestros pacientes una vez que se ha realizado la visita preanestésica, estas preguntas se plantearían y explicarían de una manera sencilla y al alcance del paciente dentro del tríptico propuesto previamente con la finalidad de esclarecer aún más las dudas de nuestro paciente.

El estudio demostró que el 65% de los pacientes presentan inquietud/ansiedad con respecto al procedimiento anestésico. Una visita anestésica que cumpla con el objetivo de entablar un lazo de confianza con el paciente, explicarle a él y su familia de manera detallada los acontecimientos anestésicos previstos, la técnica anestésica de mayor conveniencia para él, los riesgos y beneficios de la misma y aclarar cualquier duda que pueda surgir es parte fundamental de una atención de calidad, una visita informativa y tranquilizadora por parte del anesthesiólogo puede sustituir una medicación y funcionar como premedicación psicológica. Sería ideal que la valoración preoperatoria la realizara el mismo anesthesiólogo que va a administrar la anestesia.

El 59% de la población encuestada refirió pensar continuamente en la anestesia la noche previa, lo que invita a la reflexión, ¿estamos proporcionando una ansiolisis y premedicación adecuada? Una medicación preanestésica adaptada a las necesidades de cada paciente juega un rol fundamental, la encuesta reveló que la mayoría de los pacientes se encuentran ansiosos antes de su cirugía, lo que hace indispensable el manejo de la sedación y ansiolisis, del mismo modo se debe minimizar el riesgo de la broncoaspiración, náusea y vómito postoperatorio, lo cual tiene un efecto directo en la impresión que el paciente tiene de la experiencia anestésica en general.

En cuanto al respeto por la privacidad el 99% de los pacientes lo refirió como bueno. La privacidad es un derecho de cada persona, la cual tiene la facultad de controlar cuándo y quien accede a diferentes aspectos de su vida particular, es respetar la autonomía del individuo y esta normado en el artículo 12 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, así como por el artículo 17 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos.

El 97% de los encuestados refirió un trato bueno por parte de los anesthesiólogos. Este es uno de los indicadores establecidos en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, además de ser un derecho de todo usuario desde el momento en que ingresan a una unidad de salud, es sumamente importante darle prioridad al trato con nuestro paciente, debemos hacer que se sienta en confianza cuando está en nuestras manos. La dignidad se basa en el reconocimiento de la persona de ser merecedora de respeto, es decir todos merecemos respeto.

El 10% de los pacientes encuestados refirió no sentirse a gusto en el quirófano, el proceso de hospitalización genera alteraciones en el confort relacionadas directa e indirectamente con la

enfermedad, este bienestar afecta la dimensión física y el aspecto psico-espiritual, ambiental y social, la capacidad de adaptarse a un nuevo entorno como el quirófano no es fácil, por lo tanto, requerimos mejorar el trato con el paciente, explicando uno a uno los pasos a realizar en las diferentes salas en las que se encontrará: prequirúrgico, sala de quirófano y sala de recuperación postanestésica, tratar de generar un ambiente agradable, limpio y seguro que favorezca la adaptación de la persona al quirófano.

En uno de los parámetros más relevantes de este trabajo, el 71% de los encuestados refirió no haber recibido una visita postanestésica. Vale la pena recalcar la importancia de la visita postanestésica tanto en el bienestar final del paciente como en la percepción y el grado de satisfacción general con el proceso anestésico. La visita post anestésica se encuentra estipulada en la Norma Oficial Mexicana para la Práctica de la Anestesiología, es además una oportunidad excelente para medir el grado de satisfacción del paciente con el proceso quirúrgico y su entorno, arroja datos sobre la calidad del trabajo realizado, detecta precozmente posibles complicaciones, minimiza el impacto de las posibles secuelas y permite realizar cambios en la técnica anestésica que ayuden a mejorar la atención a futuros pacientes.

En cuanto al manejo del dolor el 67% de los pacientes se refirió con dolor leve, 24% con dolor moderado y 9% con dolor severo, el dolor posoperatorio constituye aún un problema no resuelto en los pacientes quirúrgicos, aunque en las últimas décadas se han producido avances considerables referentes a la fisiopatología del dolor, la introducción de nuevos fármacos y el desarrollo de nuevas técnicas y el desarrollo de nuevas técnicas y modos de administración, recordemos que las cuatro principales causas que explican la incidencia de dolor posoperatorio son: la ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor, la ausencia de

evaluación o valoración inadecuada del dolor, la ausencia de educación del paciente sobre las consecuencias del dolor y la ausencia de estructuras organizativas que gestionen el proceso del dolor. Por lo tanto debemos enfocar los esfuerzos en el combate de estas causas, el problema está identificado y debemos actuar en contra de él.

Se presenta una tabla que demuestra los pacientes con dolor severo ordenados por especialidad:

Pacientes con dolor severo por especialidad		
Especialidad	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Cirugía de Tórax	3	100
Cirugía general	2	11.7
Ginecología	2	28.5
Ortopedia	1	4.5
Radiología intervencionista	1	100

El 72% de los pacientes refirió no padecer náusea y vómito postoperatorio, mientras que el 28% refirió padecerlo, uno de los efectos colaterales más comunes y desagradables en el posoperatorio son la náusea y el vómito, nuestra muestra concuerda con la incidencia reportada en la literatura, las complicaciones relacionadas pueden llegar a ser graves, desde desequilibrios hidroelectrolíticos hasta broncoaspiración, es necesario que el anestesiólogo conozca y valore adecuadamente el riesgo de presentar esta complicación y decida la terapia idónea, no hay que olvidar que una vez que se presenta el manejo es muy difícil.

En cuanto a la retención urinaria aguda posoperatoria el 88% refirió no padecerla mientras que un 12% si, la incidencia coincide con la reportada en la literatura, recordemos que algunos de los factores predisponentes son el uso de opioides, el sexo masculino, la analgesia epidural continua, el uso de anticolinérgicos y la pérdida de la privacidad del paciente durante la micción. Por lo que se debe controlar el uso de opioides y anticolinérgicos así como seleccionar adecuadamente la analgesia posoperatoria del paciente a fin de reducir la incidencia de esta complicación.

En relación al prurito posoperatorio 78% refirió que no mientras que 22% refirió que si, los analgésicos opioides agonistas puros como la morfina y el fentanilo producen un adecuado nivel de analgesia con mínimos efectos hemodinámicos, sin embargo también poseen efectos secundarios indeseables, uno de ellos es el prurito posoperatorio. Este estudio no intenta demeritar el uso de los opioides, sin embargo parece correcto mencionar que la combinación de distintos agentes como los AINES, paracetamol, tramadol y metamizol son una opción que nos ayuda a disminuir la dosis de opioides y con ello a prevenir la aparición de efectos adversos.

Las áreas en las que se encontró menor índice de satisfacción fueron:

Especialidad	Número de pacientes No satisfechos	Porcentaje (%) por especialidad
Cirugía general	5	29.4
Ortopedia	4	18.1
Cirugía de cabeza y cuello	3	60

Ginecología	1	14
Proctología	1	33

Pacientes no satisfechos en relación a la técnica anestésica		
Técnica anestésica	Número de pacientes	Porcentaje (%) por técnica anestésica
Anestesia General Balanceada	13	15.6
Bloqueo Subaracnoideo	4	30.7
Anestesia Total Intravenosa	0	0

Nuestros resultados muestran que la población geriátrica manifiesta un alto nivel de satisfacción con el acto anestésico, que va en concordancia al reportado en estudios previos. A nivel mundial existe un incremento en el número de procedimientos quirúrgicos realizados en el paciente geriátrico. En nuestro servicio, se reporta una incidencia de 29% de procedimientos en pacientes mayores de 60 años; esto demuestra la importancia del manejo perioperatorio del paciente geriátrico. Dada la inversión de la tasa de crecimiento poblacional y partiendo del hecho de que se espera un incremento en el número de procedimientos realizados, es necesario evaluar la percepción que tiene este grupo poblacional del acto anestésico, ya que el Hospital Español es pionero el manejo del paciente geriátrico y cuenta con múltiples salas que ofrecen servicios a esta clase de pacientes.

Estudios sistemáticos como el realizado por Brigid M. Gillespie²¹ en el cual evaluaban el uso de una lista de seguridad previo a la cirugía y las complicaciones postoperatorias sugieren una disminución de complicaciones postoperatorias tales como infección de heridas y pérdidas

sanguíneas, sin modificación en la tasa de mortalidad, actualmente no contamos con una lista que evalúe el riesgo preoperatorio del paciente, y que prevenga la disponibilidad de sangre, infección en el sitio quirúrgico y complicaciones mayores, recordemos que el uso de esta clase de dispositivos ayuda al equipo quirúrgico a reducir el factor de error humano fomentando una atención de calidad que repercute directamente en la satisfacción del paciente. Durante la realización de este trabajo se aumentó una lista de verificación al formato de hoja anestésica, con esto el formato del Hospital Español cumple con las características solicitadas por el formato de Cirugía Segura de la OMS.

Parece importante señalar que el paciente debe involucrarse en el desarrollo de las herramientas que miden satisfacción, particularmente porque es una respuesta a factores sociodemográficos, influencias culturales y estado cognitivo del propio paciente. Es importante que el desarrollo de un cuestionario que mida satisfacción del paciente atraviese por un proceso de validación psicométrica, debido a que la satisfacción es un concepto multidimensional y de naturaleza compleja, por lo tanto, es importante el uso de múltiples reactivos para investigar eventos específicos.

En cuanto al tiempo de la consulta preanestésica en relación con el grado de satisfacción se encontró que no existe una relación. El 83% de la población encuestada refiere sentirse satisfecha con la experiencia en general mientras que el 17 % mostró una tendencia negativa. Con todo lo anterior se concluye que la Satisfacción del Paciente en general aún no se ha alcanzado en el Hospital Español de México, lo que se ve influenciado principalmente por falta de una relación médico-paciente adecuada, y la aparición de efectos secundarios indeseables en el período posoperatorio; por lo que se deben tomar acciones tendentes a mejorar la calidad de la atención que se da y esforzarse por brindar al paciente un trato digno y personalizado. La evolución de la

especialidad en Anestesiología, hoy mismo, es hacia la mayor complejidad y mayor responsabilidad, y requerimos mejorar los índices de calidad y satisfacción con el propósito de brindar una mejor atención a nuestros pacientes.

Finalmente es importante reconocer que una atención de calidad no implica una satisfacción del paciente, debido a que la satisfacción es multidimensional, conlleva expectativas, grado de escolaridad, edad, sexo, actitud profesional, competencia técnica por parte del anestesiólogo y varía en función del contexto clínico y el resultado final, sin embargo, el trato digno, el brindar la información de manera clara y adecuada así como la amabilidad de los profesionales tienen tanta influencia en el paciente como el resultado clínico. Hasta el día de publicación de este trabajo no existe un consenso para definir satisfacción; se considera un concepto en evolución constante.

Una atención de calidad con una valoración integral del paciente, un plan anestésico adecuado a cada paciente el cual reduzca los riesgos innecesarios y tenga una vigilancia estrecha durante el periodo perioperatorio parece ser la manera más adecuada de buscar la satisfacción del paciente.

15. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación del Hospital Español de México, cumple con los aspectos bioéticos de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ronald D Miller; Miller Anestesia, Elsevier, 6ª. Edición, 2003
2. Silva-Jiménez, Arturo; Calidad, seguridad y ética en la práctica de la anestesiología <Programa de cirugía segura>. Revista Mexicana de Anestesiología, Vol 33. No 4. Octubre-Diciembre 2010, pp 228-232
3. Castellanos-Olivares, Antonio; Evangelina-Cervantes, Hilda. Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica en paciente geriátrico. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol 36, Supl 1, Abril-Junio 2013 pp S250-S255
4. Gonzales Pérez, Elvis; Fernández Clúa, Margarita. Calidad en los servicios médicos de anestesiología: algunas consideraciones. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación; 10 (1) 2-11
5. Ledesma, María Rosario; Calidad: Anestesia y Cirugía Segura; XI Curso de Actualización en Anestesiología en Ginecología y Obstetricia. 2010.
6. Secretaria Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones, 12 años de experiencia. Cap 2 p 35-46. Primera Edición. Diciembre 2012. México D.F.
7. M de Lille- y Fuentes, Ramón; Calidad en anestesia. Revista Mexicana de Anestesiología, Vol 36. Supl 1. Abril-Junio 2013. S69-S74.
8. Wui-Chiu Mui, M.D., Chia-Ming Chang, Ph. D., et al; Development and validation of the Questionnaire of satisfaction with perioperative anesthetic care for general and regional anesthesia in Taiwanese patients. Anesthesiology, V 114 No 5, May 2011.
9. Pascal Auquier, M.D., Nicolas Pernoud, M.D., et al; Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. Anesthesiology V 102, No 6 Jun 2005; 102: 1116-23.
10. P. S. Myles, D. L. Williams; et al. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10 811 patients. British Journal of Anaesthesia 84 (1): 6-10 (2000)
11. Colin F. Royle; Frances Chung; et al; Predictors of patient satisfaction with anaesthesia and surgery care: a cohort study using the Postoperative Quality of Recovery Scale. European Society of Anaesthesiology 0265-0215; 2012
12. Pratamaporn Chanthong M. D. ; et al; systematic Review of Questionnaires Measuring Patient Satisfaction in Ambulatory Anesthesia. Anesthesiology V 110, No 5 May 2009; 110:1061-7
13. Heidegger, Thomas; et al; Patient satisfaction with anesthesia care: information alone does not lead to improvement. Canadian journal of anesthesia. 2004, 51: 8 pp 801-805
14. Fritz e. Gempeler; et al; Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio; Revista colombiana de anestesiología, mayo-julio 2010 Vol 38 No 2; 178-202
15. Maurice-Szambrurski, Axel; et al; Development and Validation of perioperative satisfaction questionnaire in regional anesthesia. Anesthesiology. Vol 18, No 1; January 2013.
16. The University of New South Wales. Complaints and patient satisfaction: a comprehensive review of the literature. 1st produced 2009 by the Centre for Clinical Governance Research

- in Health, Faculty of Medicine, University of New South Wales, Sydney, NSW 2052.
Debono D, Travaglia J. 2009
17. López, Martín; ¿Qué piensan los pacientes de la anestesia? Encuesta de satisfacción postoperatoria en cirugía ambulatoria comparando anestesia general y subaracnoidea. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2003; 50: 439-443
 18. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000; 114 (Supl 3):26-33.
 19. Benatar-Haserfaty; et al; Satisfacción del paciente con el cuidado anestésico monitorizado durante la focoemulsificación. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2007; 54, 480-483.
 20. Barnett, Sarah; Warner, David S; Patient Satisfaction Measures in Anesthesia, Qualitative Systematic Review; *Anesthesiology*, V 119, No2, August 2013
 21. Gillespie, Brigid M; et al; Effect of using a Safety checklist on patient complications after surgery, *Anesthesiology*, V 120, No 6, June 2014.
 22. Merry, Alan F; et al; International Standards for a Safe Practice Of Anesthesia 2010. *Canadian Journal of Anesthesia*, 2010, 57: 1027-1034.