

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DIVISIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

TÍTULO

**EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA ATENCIÓN ANESTÉSICA: EL
QoR-15 MODIFICADO**

TESIS QUE PRESENTA
DR. WÍLDER ANTONIO NAVAS CARVAJAL

PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE LA ESPECIALIDAD EN
ANESTESIOLOGÍA

ASESOR:

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

MÉXICO D.F.

FEBRERO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3601
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI,
D.F. SUR

FECHA 15/07/2014

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA ATENCIÓN ANESTÉSICA: EL QoR-15 MODIFICADO

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-3601-181

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS FRÉDY CUEVAS GARCÍA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



DOCTORA
DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD
DEL H. ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA", CMN SIGLO XXI, IMSS.



DOCTOR
ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
ANESTESIOLOGÍA
DEL H. ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA", CMN SIGLO XXI, IMSS.



ASESOR CLÍNICO
DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
ANESTESIOLOGÍA
DEL H. ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA", CMN SIGLO XXI, IMSS.

Dedicatoria

A mis padres que con su humildad me enseñaron a conquistar logros con base en el trabajo metodológico y con amor hacia todo lo que me rodea. A Juan, por revelarme la virtud de entender el mundo desde la aparente sencillez de la niñez.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la posibilidad de hacer parte de su prestigiosa comunidad.

A la UMAE HE “Dr. Bernardo Sepúlveda” CMN S. XXI, por haberme dado la oportunidad de interactuar con su personal trabajador y académico que allí reside y con todos los pacientes a los que tuve la fortuna de atender.

Al Dr. Castellanos y a la Dra. Vázquez, por los múltiples consejos que recibí y que condujeron a concretar esta meta.

A todos mis hermanos, especialmente a Luz, quienes de una u otra forma me auparon para no dejarme derrumbar por las distintas adversidades que hube de superar.

Tabla de contenido

Dedicatoria	4
Agradecimientos.....	5
Tabla de contenido.....	6
Índice de gráficas	8
Índice de tablas	9
Lista de abreviaturas	10
Resumen	11
Abstract	12
Hoja de datos	13
Antecedentes Científicos.....	14
Justificación.....	23
Planteamiento del problema.....	24
Objetivos	25
General	25
Específicos	25
Materiales, pacientes y métodos.....	26
Diseño del estudio	26
Universo de trabajo.....	26
Definición de variables.....	26

Metodológica.....	26
Conceptual y operativa.....	27
Selección de la muestra.....	29
Tamaño de la muestra	29
Criterios de Selección.....	29
Criterios de inclusión	29
Criterios de exclusión	30
Criterios de eliminación	30
Procedimiento.....	31
Análisis estadístico	34
Consideraciones éticas	34
Resultados	35
Discusión.....	52
Conclusiones.....	57
Referencias	58
Anexo	61

Índice de gráficas

Gráfica 1. Comparación interna de la satisfacción	39
Gráfica 2. Principales causas de Satisfacción	40
Gráfica 3. Principales causas de Insatisfacción	40
Gráfica 4. Comparación de la anestesia general contra la anestesia regional	41
Gráfica 5. Comparación de la anestesia general contra la sedación	41
Gráfica 6. Comparación de la anestesia general contra la combinada	42
Gráfica 7. Comparación de la anestesia regional contra la sedación	42
Gráfica 8. Comparación de la anestesia regional contra la combinada	43
Gráfica 9. Comparación de la sedación contra la anestesia combinada	43
Gráfica 10. Comparación con relación al sexo	44
Gráfica 11. Comparación con relación a la edad	45
Gráfica 12. Comparación con relación al tipo de cirugía	46
Gráfica 13. Comparación con relación a anestesias previas	47
Gráfica 14. Comparación con relación a la duración de la anestesia	47
Gráfica 15. Comparación con relación a la presencia de anestesias previas	47

Índice de tablas

Tabla 1. Definición conceptual y operacional de las variables de trabajo	27
Tabla 2. Resumen de las variables cuantitativas	35
Tabla 3. Descripción de las variables cualitativas	36
Tabla 4. Cuantificación obtenida de la calidad de la atención anestésica.	38
Tabla 5. Comparación de la anestesia general contra la anestesia regional	41
Tabla 6. Comparación de la anestesia general contra la sedación	41
Tabla 7. Comparación de la anestesia general contra la combinada	42
Tabla 8. Comparación de la anestesia regional contra la sedación	42
Tabla 9. Comparación de la anestesia regional contra la combinada	43
Tabla 10. Comparación de la sedación contra la anestesia combinada	43
Tabla 11. Comparación con relación al sexo	44
Tabla 12. Comparación con relación a la edad	45
Tabla 13. Resumen de comparaciones de los otros tipos de variables	46
Tabla 14A. Satisfacción con relación a la especialidad quirúrgica	48
Tabla 14B. Comparación de la satisfacción entre las diferentes especialidades quirúrgicas	49
Tabla 15A. Satisfacción con relación al sitio quirúrgico	51
Tabla 15B. Comparación de la satisfacción entre las diferentes especialidades quirúrgicas	51

Lista de abreviaturas

AG: Anestesia general

AGB: Anestesia general balanceada

AGE: Anestesia general endovenosa

AL: Anestesia local

AR: Anestesia regional

ASA: Asociación Americana de Anestesiología, escala para clasificar el estado físico del paciente antes de someterse a al acto anestésico–quirúrgico.

BPD: Bloqueo peridural (epidural o extradural)

BSA: Bloqueo Subaracnoideo

F: Femenino

h: Hora

HECMN S. XXI: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.

hh:mm: Formato hora:minuto.

M: Masculino

Pcte: Paciente

Pctes: Pacientes

QoR: Del inglés, Quality of Recovery Score

SED: Sedación

SGC: Satisfacción global calculada

TA: Técnica anestésica

Resumen

ANTECEDENTES: Es bien conocida la ansiedad que produce una operación, y sobre todo, la anestesia que se requiere para que ésta se ejecute. En no pocas ocasiones el paciente se halla mal informado sobre la anestesia, aunque si bien es cierto que hoy por hoy crece la información disponible para el usuario, lo es también que a la par asciende la desinformación; todo ello va a contribuir en la percepción final de satisfacción del paciente una vez culminado el acto anestésico. Como son muchas y diversas las formas de evaluar la satisfacción final y la calidad del servicio prestado y en ausencia de una herramienta ideal y universal para este propósito, se hace necesario utilizar instrumentos multidimensionales que a la vez sean fáciles de aplicar, y que aporten información confiable sobre estos tópicos. Hoy día es imprescindible retroalimentarnos sobre los procedimientos que a diario ejecutamos. La calidad en anestesia puede tener distintas acepciones que van a depender desde el punto de vista que se tome: Por el paciente, por el médico y por los gestores de salud. En el presente estudio nos interesa estudiar la percepción final por parte del paciente. Utilizar un tipo de herramienta basado en el QoR-15 es un medio para garantizar la puesta a tono con los estándares internacionales que se usan para el propósito que nos ocupa.

OBJETIVO. Determinar la calidad en la atención de los pacientes anestesiados por medio de la cuantificación de la satisfacción del paciente sometido a cualquier tipo de técnica anestésica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, observacional: Serie de casos. Se aplicaron 101 encuestas válidas en el lapso comprendido entre mayo a julio de 2014 a los pacientes que habían cumplido como mínimo 24 horas posanestésicas. Las variables numéricas fueron resumidas con media y desviación estándar, y presentadas en cuadros; las cualitativas fueron resumidas en porcentajes y presentadas en gráficas de sectores o barras. Para establecer la diferencia entre las distintas variables independientes y el grado de satisfacción se utilizó ANOVA de una vía paramétrico cuando la distribución se asemejó a la normal. Se consideró significativo si $p < 0.05$.

RESULTADOS: Sobre el total de 101 pacientes se halló una calidad/satisfacción del 80% en la atención anestésica. La anestesia neuroaxial presentó mayor satisfacción para el paciente ($p > 0.05$) con respecto a la anestesia general, sedación y anestesia combinada. El sexo masculino presentó igualmente mayor grado de satisfacción ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES: La atención anestésica en el HECMN S. XXI es percibida por parte del paciente como de buena calidad. El QoR-15 modificado es una buena herramienta para valorar la calidad en la atención anestésica.

Abstract

INTRODUCTION: It is well known that anxiety produces an operation, and above all, anesthesia is required for it to be executed. On many occasions the patient is misinformed about anesthesia, although it is true that today grows the information available to the user, who is also at par amounts misinformation; all will contribute to the final perception of patient satisfaction after completion of the anesthetic. As are many different ways to assess the final satisfaction and quality of service, and in the absence of an ideal and universal tool for this purpose, it is necessary to use multidimensional instruments that are both easy to apply, and to provide information reliable information on these topics. Today it is imperative to feed back on the procedures to execute daily. The quality of anesthesia can have different meanings that will depend from the point of view that you take: For the patient, physician and health managers. In the present study we are interested in the final perception of the patient. Use a tool type based on the QoR-15 is a means to ensure the implementation in line with international standards used for the purpose at hand.

OBJECTIVE: Determine the quality of care of patients anesthetized by the quantification of patient satisfaction under any type of anesthetic technique.

MATERIAL AND METHODS: Case series: A prospective, descriptive, observational study. 101 valid surveys in the period between May and July 2014 patients who had completed at least 24 hours after anesthetic was applied. Numerical variables were summarized as mean and standard deviation, and presented in tables; qualitative percentages were summarized and presented in pie charts or bar. To establish the difference between the various independent variables and satisfaction in a parametric way ANOVA was used when the distribution was similar to normal. Were considered significant if $p < 0.05$.

RESULTS: Of the total of 101 patients' quality / satisfaction 80% in anesthetic care was found. Neuraxial anesthesia had higher patient satisfaction ($p > 0.05$) with respect to general anesthesia, sedation and anesthesia combined. Males also showed higher satisfaction ($p < 0.05$).

CONCLUSIONS: The anesthesia care in HECMN S. XXI is perceived by the patient as good quality. The QoR-15 modified is a good tool to assess the quality of anesthesia care.

Hoja de Datos

1. Datos del Alumno

Apellido paterno: Navas
Apellido materno: Carvajal
Nombre: Wílder Antonio
Teléfono: 5552852662
Universidad: Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad: Facultad de Medicina
Carrera: Anestesiología
No. de Cuenta: 512711306

2. Datos del Asesor

Apellido paterno: Castellanos
Apellido materno: Olivares
Nombre: Antonio

3. Datos de la Tesis

Título: EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA ATENCIÓN ANESTÉSICA: EL QoR-15 MODIFICADO.
No. de Páginas: 61 pág.
Año: 2015
No. de Registro: R-2014-3601-181

Antecedentes Científicos

Gracias al avance tecnológico aplicado a la medicina actualmente podemos decir con cierta seguridad que el acto anestésico se ha convertido en un procedimiento seguro, si bien, no exento de complicaciones, si llegaren a ocurrir éstas, en la mayoría de las ocasiones son debidas a fallas humanas¹. En consecuencia, fuera del ámbito vanaglorioso, es posible afirmar que en las condiciones actuales, la anestesiología, cuando el profesional se encuentra completamente entregado y dedicado durante todo su desarrollo en un paciente en particular, es lo suficiente segura como para garantizar en casi todos los casos un éxito de resultados¹.

Sin embargo, existen diferencias entre lo que se considera un “buen” resultado en términos puramente clínicos, y entre la satisfacción personal del paciente. En cuanto a lo primero, las variables usualmente son objetivas, y en especial aquéllas relacionadas con la hemodinamia (verbigracia, tensión arterial, frecuencia cardíaca, entre otras); aun así, otras no son tan fáciles de medir u objetivar, como por ejemplo, el resultado neurológico de determinados agentes anestésicos. Cuando consideramos valorar la dimensión de la satisfacción personal, inicialmente topamos con una gran barrera dada por la subjetividad de lo que cada individuo entiende por ello, y entonces observamos que dicha concepción va a verse afectada por muchas variables, dentro de las cuales cabe citar, nivel educativo,

estrato socioeconómico, edad, sexo, religión, raza, etc.² A pesar de esto, hay trabajos previos que han encarado este problema, y por ello, se han ingeniado y validado escalas que nos permiten un acercamiento a dicha percepción, siendo las más conocidas las de tipo unidimensionales (escala numérica, escala visual análoga y escalas categóricas tipo Likert), que nos brindan información global con relación al cuidado de salud recibido, y las encuestas multidimensionales de compleja construcción psicométrica que pueden dar información más específica y confiable por la gran cantidad de variables que evalúan. En esa medida, el instrumento QoR (del inglés, Quality of Recovery Score) y su versión expandida, el QoR-40, y la nueva versión resumida QoR-15, son actualmente las herramientas validadas internacionalmente que nos sirven para el propósito de indagar sobre la satisfacción del paciente sometido a un acto anestésico–quirúrgico.³⁻⁶ No obstante, dichas encuestas, aunque validadas para este fin, ninguna ha sido validada estrictamente en nuestro medio, y el tipo de preguntas pueden no ser apropiadas para el tipo de pacientes que a diario manejamos.²

Una de las cuestiones que se deben analizar cuidadosamente es que el acto anestésico–quirúrgico puede entenderse como un todo, es decir, el paciente no va a someterse a una anestesia, sino a una cirugía, y, en consecuencia, entiende a la anestesia como un agregado de a cirugía. Si bien es cierto que el temor a la anestesia es bastante común entre los pacientes, una vez terminado el acto anestésico–quirúrgico la pregunta que mayor predomina en los pacientes es en cuanto a si salió bien en lo referente a la cirugía en sí. En este orden de ideas, tratar

de medir la satisfacción anestésica por separado se hace una misión difícil de acometer, puesto que los pacientes se encuentran satisfechos (o insatisfechos) no sólo con el acto anestésico de forma aislada, sino con el resultado final del procedimiento quirúrgico en conjunto,²⁻¹⁴ además, habrá que sumar 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 anestésica.²

Por lo anotado hasta el momento queda claro que no hay un método único y objetivo con el cual podamos medir la satisfacción “real” del paciente. Ya que el cerebro humano de cada sujeto experimenta la satisfacción como una retroalimentación que le concede plenitud a cierta expectativa consciente o inconsciente (que en términos bioquímicos podría ser lo equivalente a una compensación energética en las distintas regiones del cerebro), la exposición del sujeto a un mismo acto ya conocido puede concederle confianza (en términos de satisfacción), pero no garantiza que la reiteración le resulte satisfactoria, llegando incluso a serle más desconcertante. Entonces, la satisfacción de un mismo individuo puede variar con el tiempo y varía entre las distintas personas en un mismo instante. Ahora, no es fácil para un sujeto en particular describir lo que entiende por satisfacción; por ello, puede ser pertinente preguntar por su contrario, es decir, por lo que entiende por insatisfacción, que aunque tampoco tenga una definición universal, puede ser entendida en términos de inquietud o sufrimiento. Se

desprende, por consiguiente, que la satisfacción debe validarse con distintas escalas y en distintos periodos de tiempo.

La calidad es un concepto con una amplia gama de acepciones⁷⁻⁹. Donabedian (1966)^{7,8} ya reconocía el problema en la definición de “calidad de la atención médica”. Este autor la definió como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”. De cualquier modo, ya sea de forma implícita o explícita, implica un grado de comparación de alguna cosa o servicio contra otra u otro de la misma especie (mas aún, el objeto o servicio de comparación puede ser imaginario, si es la primera vez que lo va a conocer o experimentar).⁹ La introducción en la conceptualización de la calidad en la prestación de servicios de salud se afianzó en lo que se había concebido primero en lo entendido como calidad en la industria manufacturera, habiéndose implantado por primera vez en 1982 por el Gobierno Federal de los Estados Unidos para los beneficiarios de Medicare; por tanto, la evaluación de calidad se hizo con elementos genéricos que distaban bastante del ideal.¹² Entendido el paciente como un cliente, la calidad se podría medir en cuanto se pueda satisfacer las necesidades de éste, es decir, cuando él se siente comprendido, bienvenido, importante, cómodo, en confianza, escuchado, seguro, valioso y satisfecho, entre otros. El concepto de calidad puede elevarse tanto como se quiera y una acepción contemporánea indica que calidad es entregar al cliente no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería y que

una vez que lo obtenga, se dé cuenta que era lo que siempre había querido.¹⁰⁻¹¹ Obsérvese que hemos tratado de acercarnos al concepto de calidad visto desde la parte positiva, o en otras palabras, cuando aún no hay queja por parte del paciente. Así las cosas, la calidad en la prestación de servicios médicos no debería ser exclusivamente evaluada desde las perspectivas de las quejas del derechohabiente, no obstante, desde este último ámbito, se podría también evaluar, lo que correspondería a la formación del concepto de calidad desde la connotación negativa. Es triste ver que así surja un reflejo de la calidad de cierta prestación del servicio, y se pueda extrapolar una calidad basada en fallas.

Calidad y seguridad tampoco conceptos son sinónimos, aunque están estrechamente ligados. Calidad y seguridad en la anestesia se evalúan normalmente mediante el análisis de la mortalidad perioperatoria, la morbilidad y los incidentes.¹²⁻¹⁴ A pesar de ello, estos métodos de valoración tienen baja sensibilidad y especificidad para perseguir su objetivo.¹² Un margen amplio de seguridad, no necesariamente conlleva a un alto grado de calidad, puesto que puede resultar en un grado bajo de satisfacción. Nuevamente resulta más claro cuando lo vemos desde los resultados adversos: Una intervención anestésica con un resultado adverso grave definitivamente motiva a una concepción por parte del paciente de mala calidad en la atención con insatisfacción hacia ésta (aunque de grado variable en cada individuo). En cambio, una intervención segura, sin repercusiones negativas desprendidas de ella sobre el paciente, puede conllevar a una percepción incierta, por parte de éste, sobre calidad y satisfacción, pudiendo incluso ser

comprendida como de mala calidad. Por otro lado, una intervención arriesgada (o sea, insegura), sin secuelas, puede conducir a una satisfacción elevada por parte del paciente, aunque la calidad pudo haberse comprometida. De conformidad con lo expuesto, no puede evaluarse la calidad de la atención, al menos en salud, basados solamente en quejas de los pacientes (medidas de resultado). Se requiere, pues, de distintos indicadores clínicos (medidas de proceso).¹²

Valdés, et al,¹³ en un estudio sobre los casos que acuden a la Conamed (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) describe como baja la frecuencia de quejas referidas a la relación médico-paciente como problema principal, aunque sí observan elementos de ese tipo al revisar la narración de los hechos de la mayoría de las quejas llevadas ante esta Comisión; este sentido, la relación médico-paciente que ha conllevado a buscar un árbitro entre estos dos actuantes, que definitivamente ha roto la confianza entre el segundo para con el primero, pero no necesariamente habla de la calidad del servicio del primero para con el segundo, sino de la aparición de un accidente o incidente que desembocó en una ruptura de la relación concebida como grave por parte del atendido que ameritó una queja formal en una instancia como la citada. En este trabajo se observa que la mayor causante de quejas en las instituciones de seguridad social, y en las que atienden a la población no asegurada, fueron las que se refieren a problemas de estructura y del proceso de atención.

Analizando reiteradamente la revisión sistemática llevada a cabo por Haller et al,¹² podemos elaborar un entorno de confianza en el cual enmarcar los criterios para basar un estudio que persiga la evaluación sobre la calidad de atención en anestesia. En dicha revisión se hallaron 834 artículos con relación a este tópico, pero solo 22 cumplían todos los criterios de inclusión; adicionalmente seleccionaron 26 páginas web, manuales y documentos técnicos para la extracción de datos; se encontraron 108 indicadores clínicos diferentes relacionados con la práctica de la anestesia; de ellos 55 indicadores relacionados específicamente a la práctica de la anestesia y otros 53 que también se relacionaban con la práctica de la cirugía, el servicio en la sala de urgencias o en la unidad de recuperación. Del total de indicadores únicamente 26 medían exclusivamente una dimensión de la calidad de la atención anestésica (por lo general, seguridad y conveniencia). Todos los demás evaluaron varias dimensiones de la calidad al mismo tiempo. La combinación que más a menudo identificaron fue la conformidad (pertinencia a las necesidades clínicas del paciente), la eficacia (el cuidado correcto de acuerdo al estado actual del conocimiento), y la seguridad del paciente (ausencia de complicaciones iatrogénicas evitables). La seguridad fue la dimensión más común medida por los indicadores clínicos de anestesia (83%), seguidos de efectividad (68%). Más de la mitad de los indicadores (57%) fueron medidas de resultado, y los restantes fueron de proceso (42%) o indicadores de estructura (1%). Aquí queda planteado el debate sobre si en anestesia lo ideal es medir su calidad en términos de medidas de resultado o de proceso.

Otros autores como Luft y Hunt^{15, 16} definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”.

En resumen, la calidad en anestesia puede tener distintas acepciones que van a depender desde el punto de vista que se tome: Por el paciente, por el médico y por los gestores o administradores de salud.^{15,16} Todos son importantes y tiene su especial relevancia e interés dependiendo del objetivo que se quiera estudiar. En el presente estudio nos interesa el punto de vista del paciente.

A esta altura, deberíamos darle la razón a De Geyndt (citado por Jiménez)¹⁶ quien apunta a que las distintas definiciones que se la han dado a la calidad son un reflejo de lo difícil que puede resultar arribar a un consenso debido a los valores implícitos en las distintas definiciones. Señala que el concepto de atención médica o atención sanitaria es multidimensional y que esto explica la existencia de tantas definiciones y formas para evaluarla; y por ende, hemos de aceptar que imposible alcanzar una definición universalmente aplicable de calidad de la atención médica (y por ende en anestesiología) y que en asentimiento de las similitudes y concordancias que puedan existir entre todas las definiciones, habrá que introducirle al concepto en cada caso el carácter local que irremediablemente tiene.

El cuestionario QoR-15 es un instrumento que mide 15 ítems con una puntuación total de 150 puntos y ha demostrado su confianza y eficacia en relación a su generadora (el QoR-40), y que puede aplicarse en menos de 3 minutos.⁶ La población en donde se validó puede diferir de la nuestra, y además se ideó para pacientes sometidos a anestesia general e incluyó paciente ambulatorios. Por este motivo hay ítems que no pueden ser aplicados en el presente estudio, por lo que se modificó. El Anexo muestra el QoR-15 modificado que aplicaremos en esta investigación.

En correspondencia con lo anotado en el párrafo anterior, cabe comentar que la satisfacción para el servicio de anestesia ha sido un tema de gran interés y desarrollo habiéndose desarrollado estudios precedentes que han servido para el mismo propósito que nos concierne ahora, y que en conjunto han arrojado porcentajes altos de satisfacción del paciente sometido a anestesia,¹⁷⁻²⁰ que se correlacionan apropiadamente con los hallazgos mundiales en esta materia.²⁻⁴

Por último, se requiere una herramienta que no sea tan simple como las unidimensionales (escala verbal análoga), que brindan poca información, pero tampoco tan compleja que resulte casi imposible de aplicar en la cotidianidad, como lo sería el QoR-40, máxime el volumen de trabajo que se maneja a diario, pero con la limitación de darle una interpretación adaptado a nuestras realidades, con lo cual no puede afirmarse que se ha hecho con un instrumento validado internacionalmente.

Justificación

El Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI (HECMN S. XXI) es un importante instituto en el que se brinda una amplia gama de servicios, y en el que se lleva a cabo una enorme cantidad de cirugías y por ende, de anestесias, por lo que muchos pacientes son sometidos a diversos procedimientos.

Resulta por tanto necesario realizar procedimientos anestésicos seguros, y adaptados a todo tipo de pacientes, en los que se integre el más avanzado conocimiento científico aunado al más comprometido esfuerzo humano. No obstante, a pesar de los múltiples avances en materia tecnológica, y de los cuales el HECMN S. XXI se ha hecho poseedor, se requiere saber cuán satisfechos se hallan los pacientes sometidos a los distintos tipos de anestesia, y dicha valoración deberá hacerse idealmente con un instrumento estandarizado mundialmente, y en ausencia en la bibliografía actual de dicha herramienta, usar uno validado como el QoR-15, adaptado a las particularidades propias de nuestra región.

El no saber con certeza el grado de satisfacción de nuestros pacientes nos conlleva a realizar procedimientos anestésicos quizá clínicamente seguros, pero no con el resultado esperado en el paciente con relación a su grado de

aceptación, lo cual podrá influir negativamente en la evolución posoperatoria subsiguiente, o cuando nuevamente tenga que verse sometido a un procedimiento similar. De igual manera, conocer el grado de satisfacción del paciente con la anestesia brindada nos fortalecerá a seguir manteniendo los estándares que manejamos, o en caso de hallar un resultado adverso, nos proporcionará evidencia para subsanar los posibles errores en que estamos concurriendo.

Si bien es cierto que ya se han hecho estudios similares en nuestro servicio, se han empleado diversos formatos de encuesta, y han tenido enfoques diferentes. Empero, la satisfacción y calidad del servicio a nuestros derechohabientes es un tópico que se debe estar vigilando constantemente, y las herramientas para su evaluación deben estar actualizadas a los rápidos cambios que se producen en nuestra especialidad.

Planteamiento del problema

¿Cuál será la calidad en la prestación de la anestesia del HECMN S. XXI, al ser cuantificada por medio de variables que a la vez midan multidimensionalmente la satisfacción percibida por el paciente?

Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad en la atención de los pacientes anestesiados por medio de la cuantificación de la satisfacción del paciente sometido a cualquier tipo de técnica anestésica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las principales fortalezas con que cuenta el servicio de anestesia.
- Establecer las principales falencias que se presentan en la atención al paciente por parte de anestesiología.
- Determinar las distintas técnicas anestésicas ofrecidas al paciente y su relación con el grado de satisfacción percibida por el paciente.
- Discernir si existe diferencias en términos de satisfacción con las diferentes técnicas anestésicas.
- Hallar las causas de insatisfacción (si las hubiera) en general, y las específicas para cada técnica anestésica.
- Precisar la principal causa atribuida por el paciente como la que le causa mayor grado de satisfacción anestésica.

Material, pacientes y métodos

Diseño del estudio

Prospectivo, descriptivo, observacional: Serie de casos.

Universo de trabajo

Pacientes sometidos a cualquier tipo de anestesia de procedimientos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de mayo a julio de 2014.

Definición de variables

Metodológica

Variables independientes: Sexo, escolaridad, ASA, raza, cirugía, técnica anestésica, especialidad quirúrgica, diagnóstico, anestesias previas, presencia de complicaciones, tipo de cirugía (electiva o de urgencia), duración de la anestesia y duración de la cirugía.

Variables dependientes: Respirar fácilmente, Disfrutar la comida, Sentirse descansado, Dormir bien, Aseo personal e higiene, Hablar con familiares o amigos, Apoyo por el anestesiólogo, Sentirse cómodo y con autocontrol, Bienestar General, Intensidad del dolor, Náusea o vómito, Preocupación o ansiedad, Tristeza o depresión, Satisfacción, Principal causa de satisfacción, Principal causa de insatisfacción.

Conceptual y Operacional

La Tabla 1 resume la definición operacional y conceptual de las variables del estudio.

Tabla 1. Definición conceptual y operacional de las variables de trabajo.

Variables Demográficas		
Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa
Edad	Es el tiempo transcurrido de una persona, desde su nacimiento hasta el momento actual.	Se tomará en cuenta la edad referida por los pacientes sometidos a anestesia.
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.	Se tomará el sexo referido por el paciente.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente y que le hacen acreedor a un título.	Se tomará en cuenta el título o grado más alto que el individuo haya alcanzado al momento del estudio.
ASA	Es la escala de la Asociación Americana de Anestesiología, para clasificar el estado físico del paciente antes de someterse a al acto anestésico-quirúrgico. Considera 6 grados.	Define el estado físico de los pacientes sometidos a anestesia. Para fines de este estudio se consideraron los grados 1, 2, 3 y 4.
Raza	Casta o calidad del origen o linaje.	Se anotará la raza a la que dice responder el paciente.
Variables de Estudio		
Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa
Diagnóstico	Calificación que da el médico a la enfermedad según los síntomas signos que advierte y/o apoyado en diferentes recursos clínicos y paraclínicos.	Es el diagnóstico por el que el paciente fue llevado a cirugía, anotado en la historia clínica por el médico cirujano responsable del paciente.
Cirugía	Es el nombre del procedimiento quirúrgico que se ejecuta sobre el cuerpo humano vivo, con ayuda de instrumentos adecuados, con finalidad curativa o paliativa.	Es el nombre del procedimiento quirúrgico con el que el cirujano describe la principal intervención ejecutada en el paciente anestesiado.
Anestesia	Es el tipo de anestesia que el anesthesiologo aplica a un paciente que va a ser sometido a cirugía, con el fin de producir insensibilidad parcial o completa, y que entraña reversibilidad.	Será el tipo de anestesia anotado en el registro anestésico.
Especialidad Quirúrgica	Es la especialidad a la que pertenece el cirujano que ejecuta el procedimiento quirúrgico.	Se tendrá en cuenta la especialidad quirúrgica tratante y que aplica la operación.
Tipo de cirugía	Se considera electiva si se trata de una cirugía que se programa con anticipación. Se considera cirugía de urgencia si la evolución e aguda y de no realizarse puede originar	Se tomará en cuenta si es electiva o de urgencia conforme aparezca en el registro anestésico.

	complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente.	
Anestesia previa	Si un individuo se ha sometido a un procedimiento anestésico previo, sin importar la modalidad empleada.	Sólo se considerará anestesia previa en caso de que ésta no haya sido local exclusivamente.
Complicación	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.	Se registrará la presencia de complicaciones anotadas en el registro anestésico.
Tiempo anestésico.	Tiempo en el que se llevan a cabo una serie de acciones para la vigilancia y corrección de los parámetros clínicos, con el propósito de mantener la estabilidad del paciente durante la anestesia.	Se tomará el tiempo del registro anestésico en horas y minutos.
Tiempo quirúrgico	Tiempo en el que se lleva a cabo el acto quirúrgico.	Se tomará el tiempo del registro anestésico en horas y minutos.
Respirar fácilmente	Referencia del paciente del acto de respirar sin que presente incomodidad o limitación (ausencia de cualquier grado de disnea).	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Disfrutar la comida	Referencia del paciente en cuanto al gusto que le halle a la comida o del apetito que tenga.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Sentirse descansado	Referencia del paciente en cuanto a su ausencia de cansancio.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Dormir bien	Referencia del paciente a un sueño reparador.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Aseo personal e higiene	Es la referencia de la capacidad del paciente en poder autocuidarse así sea mínimamente.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Hablar con familiares o amigos	Referencia del paciente de poder comunicarse agradablemente con sus allegados.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Apoyo por el anesthesiólogo	Referencia del paciente en cuanto a la buena relación médico–paciente, en este caso del anesthesiólogo.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Sentirse cómodo y con autocontrol	Referencia del paciente en la calidad de su comodidad general y en poderse autocontrolar.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Bienestar General	Referencia del paciente en la sensación de sentirse bien de forma general.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Intensidad del dolor	Experiencia sensorial y emocional; aguda, generalmente desagradable, asociada a una lesión tisular potencial o real; en este caso producido por el acto quirúrgico o incluso por la misma anestesia.	El paciente encuestado calificará subjetivamente su dolor como moderado o intenso; luego a cada uno de ellos lo calificara en una escala verbal análoga (0–10) la frecuencia de cada uno de estos ítems.

Náusea o vómito.	El deseo de vomitar (náusea) o el vómito en sí, esto es la expulsión por la boca del contenido gástrico.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Preocupación o ansiedad.	Preocupación: Intento cognitivo-verbal dirigido a evitar posibles eventos negativos futuros. Ansiedad: Estado emocional causado por la inseguridad o el temor.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Tristeza o depresión	Tristeza: Vivencia afectiva de aflicción y opresión interna, de pesadumbre, abatimiento y vacío, de melancolía, de «falta de claridad» y de lentificación del tiempo. Depresión: Alteración afectivo-conductual, caracterizada por sentimientos de tristeza, inhibición de ideas y psicomotora.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Satisfacción	Estado mental del individuo con sentimientos de gusto o placer (bienestar) con el mismo o para con los demás o con un ente o proceso.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0–10 la frecuencia de esta variable en el periodo posanestésico.
Principal causa de satisfacción	Es la razón aducida por el paciente que le está causando una sensación de bienestar con algo actual o pasado.	Se anotará la principal causa de satisfacción mencionada por el paciente con relación a la anestesia.
Principal causa de insatisfacción	Es la razón aducida por el paciente que le está causando una sensación de malestar con algo actual o pasado.	Se anotará la principal causa de insatisfacción mencionada por el paciente con relación a la anestesia.

Selección de la muestra

Tamaño de la muestra

El muestreo se hizo por conveniencia, habiéndose calculado un tamaño mínimo de 100 pacientes para un poder de 80% discriminatorio del tipo de anestesia ofrecida del HECMN S. XXI.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Mayores de 17 años

- Comprensión del idioma Español
- Masculinos o femeninos
- Estado físico de la ASA 1-4
- Sometidos a cualquier tipo de anestesia
- Que se encuentren conscientes y orientados

Criterios de exclusión

- Que no puedan comunicarse verbalmente.
- Con alteraciones del sensorio.
- Sin comprensión del idioma Español.
- Con historia conocida de drogadicción o abuso de alcohol.
- Con historia de enfermedades psiquiátricas.
- Que tengan indicación de ayuno por parte de su servicio tratante.
- Que tengan indicación de reposo absoluto
- Que no hayan recibido apoyo por anestesiología.

Criterios de eliminación

- Que no quisieron o no pudieron contestar la encuesta o la contestaron parcialmente.
- Que no se pudieron ubicar luego del procedimiento anestésico–quirúrgico.

Procedimiento

Previa revisión y aprobación por el Comité de Investigación del Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI, se aplicó por parte del residente tesista la encuesta del Anexo a los pacientes que cumplieran los criterios de selección, con un tiempo posanestésico mínimo de 24 horas y no mayor de 72 horas, en el periodo de tiempo comprendido entre mayo y julio de 2014.

De la programación de cirugía del día anterior a la fecha de aplicación de la encuesta, se procedió a seleccionar los posibles candidatos a ser evaluados, procediéndose a revisar el expediente y si aún era candidato posteriormente se visitó en la cama asignada y se les aplicó la encuesta.

Se preguntó verbalmente a todo paciente entrevistado que calificara de 0 a 10 cada una de las situaciones que se mencionan en el anverso de la Anexo (encuesta QoR-15 modificada). Es necesario tener en cuenta que la calificación de 0-10 no indica el grado de intensidad de la variable, si no su presencia o ausencia en el tiempo transcurrido desde el acto anestésico-quirúrgico; por ejemplo, una calificación de “8” del apartado “ha respirado fácilmente” no significa que en ese momento el paciente tenga una disnea* de 2/10, si no que ha presentado disnea (de cualquier intensidad) en una proporción de tiempo 2/10 (es decir, que en un 80%

* Semiológicamente “disnea” puede interpretarse como “sed de aire”; en el sentido acá usado se refiere a cualquier incomodidad para respirar agradablemente.

del tiempo ha estado sin disnea o incomodidad para respirar). La misma aclaración es pertinente anotarla para el acápite “dolor moderado” y “dolor intenso”, puesto que no se está preguntando sobre la intensidad del dolor al momento de la encuesta ni en ningún momento determinado, sino que al calificar su dolor en “bajo”, “moderado” e “intenso” estipule cuánto porcentaje de tiempo ha presentado o dolor moderado o dolor intenso. Por otro lado, se presenta cierta limitación para averiguar ciertas circunstancias que exige la encuesta, en especial lo referente al disfrute de la comida (dada las peculiaridades de la comida hospitalaria), por lo que se valoró sobre todo la presencia de apetito (en todo caso eran pacientes en quienes ya estaba indicada la dieta). En lo referente a su autocuidado de igual forma hay que reseñar que si bien es cierto que en muchas ocasiones no pueden valorarse algunos aspectos como ir excusado o a la ducha, al menos pudo evaluarse cosas mínimas como peinarse o cepillarse los dientes.

Para la parte A y C se entiende satisfacción con un puntaje mayor que 5, mientras que para la parte B se entiende satisfacción con un puntaje menor que 5. La interpretación global de la QoR-15 modificado es la siguiente: Habrá satisfacción global cuando la suma de la Parte A y C es mayor o igual que 50 y la suma de la Parte B es menor que 50. O lo que es lo mismo: Si la diferencia de restarle a la Parte B la suma de la Partes B y C es mayor que cero, se considera satisfacción, de lo contrario será considerado insatisfacción. En términos aritméticos: Si $B - (A+C) > 0$, si sí, entonces hubo satisfacción del paciente; en consecuencia, la completa insatisfacción tendría un valor de 0, mientras que la total satisfacción obtendría un

puntaje de 100. También se les preguntó de forma abierta que mencionaran la principal causa de satisfacción o de insatisfacción con respecto al acto anestésico.

Los datos recogidos con relación al reverso de la hoja de recolección de datos (Anexo [QoR-15 modificado]), como son edad, sexo, escolaridad, estado físico de la ASA, raza, cirugía, técnica anestésica, especialidad quirúrgica, diagnóstico, anestесias previas (sí o no), tipo de cirugía (electiva o de urgencia), presencia o no de complicaciones y el tipo de complicación surgida si la hubo, duración de la anestesia y duración de la cirugía, se tomaron del expediente clínico. Se ejecutó una agrupación con relación al tipo de cirugía y al diagnóstico (“sitio de cirugía” [ver Tabla 3]), formándose 5 grupos: 1) Intracraneal: Que requirió apertura de la bóveda craneana; 2) Cara y cuello: cirugía facial (nariz, oído, craneal pero sin apertura de la bóveda craneana, etc.), y de cuello (tiroidectomía, drenajes de abscesos, cirugía de carótidas, etc.); 3) Abdominal/intraperitoneal: cirugía con manipulación de vísceras intraperitoneales; 4) Pélvico-genitoanal/extraperitoneal: cirugía de órganos extraperitoneales (nefrectomías) y genitales, anales o perineales; y, 5) Hueso/tejidos blandos: comprende las cirugías de extremidades (por cualquier causa, incluidas amputaciones y angio-exploraciones) y de pared torácica o abdominal (sin acceder a la cavidad) y de mama. Igualmente se hizo una división etaria de los pacientes así: Mayores o iguales que 50 años o menores que 50 años (ver Tabla 12).

Análisis estadístico

Las variables numéricas fueron resumidas con media y desviación estándar, y presentadas en cuadros y gráficos de barras. Las variables cualitativas fueron resumidas en porcentajes y presentadas en gráficas de sectores o barras.

Para establecer la diferencia entre la satisfacción del paciente en relación con las distintas variables independientes (técnica anestésica, sexo, etc.) se utilizó ANOVA de una vía paramétrico ya que la distribución de los datos se asemejó a la distribución normal. Se consideró significativo si la $P < 0.05$.

Las tablas y los gráficos y el análisis estadístico fueron realizados en una hoja de cálculo (LibreOffice Calc Versión: 4.2.5.2) y el SPSS versión: 24.

Consideraciones éticas

Dado que es un estudio observacional, no fue necesario el consentimiento informado de los pacientes; este proyecto fue evaluado y autorizado por el Comité de Investigación del Hospital de Especialidades, CMN S. XXI. El manejo de los datos fue confidencial y únicamente para fines de este estudio como lo recomiendan la Ley General de salud y el Código de Helsinki.

Resultados

Se recolectaron 110 encuestas de las cuáles se eliminaron 9 por no haberse completado adecuadamente, quedando para el análisis 101 pacientes. La Tabla 2 y la Tabla 3 resumen las características de los pacientes. En la Tabla 2 se recogen las variables cuantitativas, resumidas en promedios y sus respectivas desviaciones estándar, junto con los mínimos y máximos. La Tabla 3 agrupa las distintas variables cualitativas en donde se expresa su frecuencia absoluta y su porcentaje respectivo.

Tabla 2. Resumen de las variables cuantitativas.

Características	Media	DE	Min.	Máx.
Edad (años)	49.96	±16.76	18	84
Duración de la anestesia (hh:mm)	02:57	±01:40	00:30	08:45
Duración de la cirugía (hh:mm)	02:05	±01:24	00:25	07:05
Parte A				
A1: Ha respirado fácilmente	8.3	±1.76	2	10
A2: Ha disfrutado la comida	8.41	±1.73	0	10
A3: Se ha sentido descansado	7.93	±1.75	3	10
A4: Ha dormido bien	7.48	±2.03	0	10
A5: Ha hecho su aseo personal e higiene sin ayuda	8.27	±2.03	0	10
A6: Ha hablado con sus familiares o amigos	9.76	±0.51	8	10
A7: Se ha sentido apoyado por su anesthesiologo	9.45	±0.92	6	10
A8: Se ha sentido cómodo y con autocontrol	9.43	±0.92	6	10
A9: Ha sentido sensación de bienestar general	9.39	±0.95	6	10
Parte B				
B1: Dolor moderado	3.42	±2.35	0	10
B2: Dolor intenso	0.75	±1.59	0	9
B3: Náusea o vómito	0.3	±0.81	0	4
B4: Preocupación o ansiedad	1.51	±2.1	0	4
B5: Tristeza o depresión	1.51	±2.03	0	10
Parte C				
C: ¿Qué tan satisfecho se siente con la anestesia recibida?	9.1	±1.1	6	10

hh:mm: Horas y minutos; DE: Desviación estándar; Min.: valor mínimo de la serie; máx.: valor máximo de la serie.

Tabla 3. Descripción de las variables cualitativas.

Característica		n	%
Sexo	Hombres	44	43.56
	Mujeres	57	56.44
Escolaridad	Ninguna	3	2.97
	Primaria	28	27.72
	Secundaria	10	9.9
	Preparatoria	31	30.69
	Licenciatura	29	28.71
ASA	1	10	9.9
	2	46	45.54
	3	42	41.58
	4	3	2.97
Raza	Mestiza	101	100
Sitio de cirugía*	Intracraneal	9	8.91
	Cara y cuello	39	38.61
	Abdominal/intraperitoneal	14	13.86
	Pélvico-genitourinaria/extraperitoneal	28	27.72
	Hueso/tejidos blandos	11	10.89
Técnica anestésica	Anestesia General	82	81.19
	Regional	9	8.91
	Sedación	8	7.92
	Combinada	2	1.98
Especialidad quirúrgica	Neurocirugía	14	13.86
	Cabeza y cuello	14	13.86
	Otorrinolaringología	16	15.84
	Oftalmología	4	3.96
	Angiología	6	5.94
	Gastrocirugía	15	14.85
	Urología	21	20.79
	Cirugía Plástica	3	2.97
	Trasplante renal	4	3.96
	Maxilofacial	2	1.98
	Colon y recto	2	1.98
Anestesiología previas	Sí	75	74.26
	No	26	25.74
Tipo de cirugía	Electiva	90	89.11
	Urgencia	11	10.89
Complicación	Sí	0	0
	No	101	100

*Ver el texto

La edad promedio de los pacientes encuestados fue de aproximadamente 50 \pm 17 años, con un rango de 18 a 84 años; el tiempo medio fue de casi 3 h \pm 1½ h para la anestesia y de 2 \pm 1½ h para la cirugía; en cambio, el tiempo mínimo anestésico bordeó la ½ h similar al tiempo quirúrgico, empero, el tiempo máximo tuvo por poco 2 h de diferencia (cerca de 9 h para anestesia y de 7 h para la cirugía). En lo relacionado con las preguntas de la Parte A de la encuesta la variable mejor calificada y más homogénea fue la A6 (9.76 \pm 0.51) (ver Tabla 2) (rango 8–10), seguida de A7 (9.45 \pm 0.92). En cambio, las que tuvieron peor rendimiento fueron A4 (7.48 \pm 2.03) y A3 (7.93 \pm 1.75), aunque si bien A4 tuvo la mayor heterogeneidad (0–10) al igual que A5. Tres variables de esta sección presentaron puntuación mínima de 0 (A2, A4 y A5), y por el contrario, todas lograron la máxima puntuación posible.

De la Parte B la variable B1 tuvo el mayor promedio (3.42 \pm 2.35), alcanzado la puntuación de 10; B5 también logró la puntuación máxima (10), compartiendo el promedio (1.51 \pm 2.03) con B4 y similar DE; por su parte, B2 adquirió un máximo de 9 puntos, pero con un promedio menor que B1 (0.75 \pm 1.59 Vs 3.42 \pm 2.35). B3 tuvo la mejor calificación (0.3 \pm 0.81), acercándose al ideal (0).

La variable C tuvo una media de 9.1 \pm 1.1, con un rango de 6–10.

Todos los pacientes se definieron como mestizos y en ningún registro anestésico se consignó alguna complicación. La mayoría de las cirugías fueron electivas (\pm 90%) y la técnica anestésica que más se aplicó fue la general (81.2%). La distribución por sexo fue similar (H:M : 44:57). Aunque se apuntaron desde el ASA 1 al 4, la gran mayoría de los entrevistados perteneció a la clase 2 y 3, y así

mismo, más del 65% de la población estudiada tenía estudios de la secundaria hacia arriba. Se hallaron 11 especialidades quirúrgicas como servicios intervinientes, siendo urología el servicio que aportó el mayor porcentaje de pacientes (20.79%). No obstante, el sitio quirúrgico (ver sección de “procedimiento”) más frecuente manipulado fue el de cara y cuello (que es de esperar por ser en donde mayormente confluyen varios tipos de especialidades quirúrgicas).

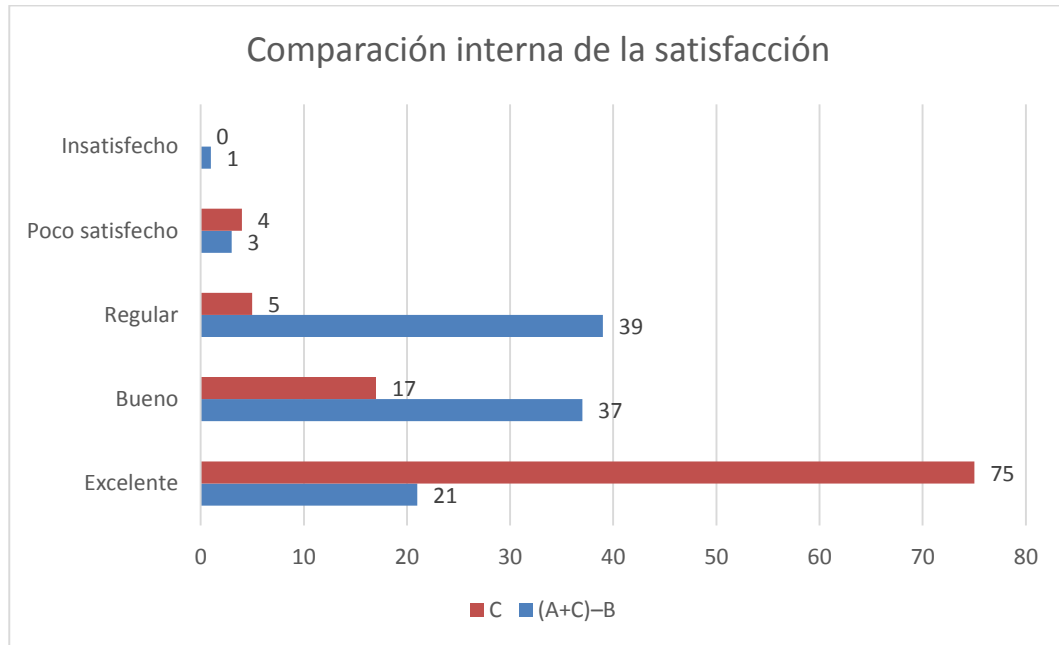
La satisfacción global calculada (Tabla 4) fue de 80/100, con DE: ± 11.70 y en un rango de 18 a 100. También hay que mencionar que sólo un paciente se sintió insatisfecho con un puntaje de 18.

Tabla 4. Cuantificación obtenida de la calidad de la atención anestésica.

	Media	DE	Min.	Máx.
Satisfacción Global Calculada	80	± 11.70	18	100

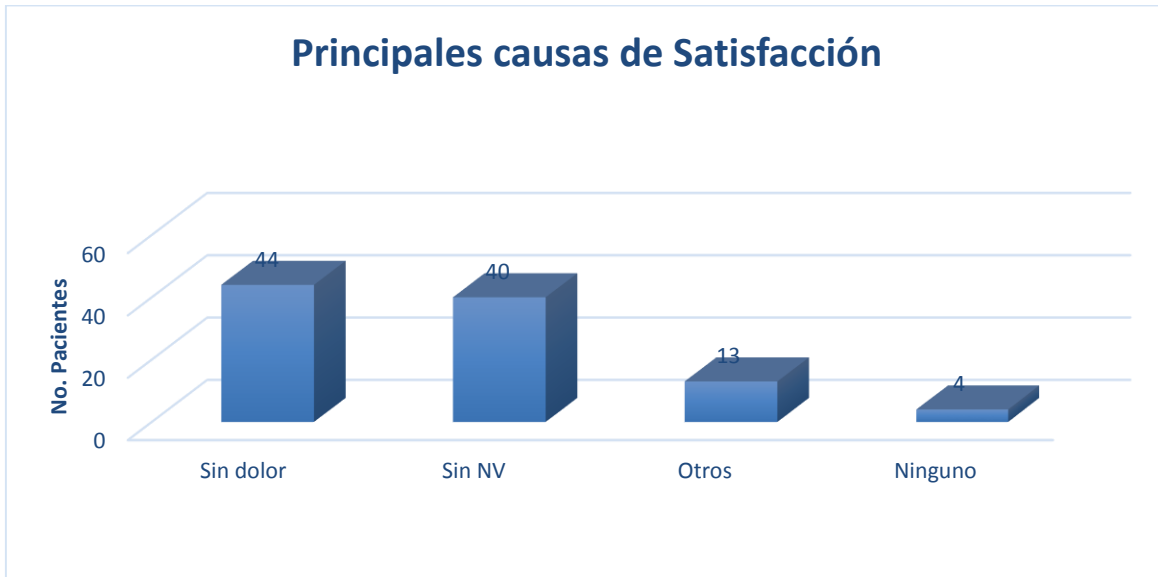
La Gráfica 1 compara la calidad de la atención anestésica si solamente se tiene en cuenta la pregunta de la Parte C, es decir, su apreciación subjetiva unidimensional sobre la satisfacción percibida, contra toda la encuesta de trabajo. La calificación “excelente” se dio para puntuaciones ≥ 90 (o 9 en la parte C), “buena” para un puntaje entre ≥ 80 y < 90 (≥ 8 y < 9), “regular” para valoraciones entre 60 y 80 (6 y 8), “poco satisfecho” para cálculos entre 50 y 60 (5 y 6), e “insatisfecho” para valoración ≤ 50 . Puede notarse que no hay pacientes insatisfechos cuando se aplica sólo la Parte C, pero los pacientes “poco satisfechos” se hallan en similar proporción. No obstante aumenta considerablemente la calificación correspondiente a “excelente” (de 21 a 75).

Gráfica 1. Comparación interna de la satisfacción.

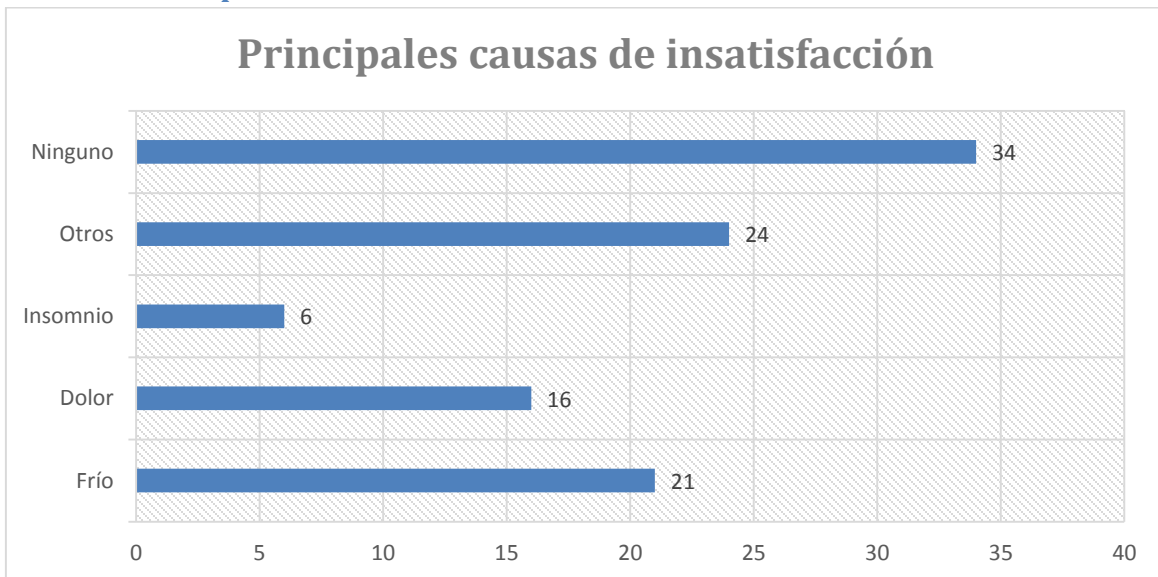


En cuanto a las causas de satisfacción en la Gráfica 2 se muestran las principales causas que refirieron los pacientes como que le habían gustado más del acto anestésico; es de anotar que dichas causas se pudieron agrupar en 6 grupos [no haber sentido dolor en la cirugía (44), no haber tenido náusea/vómito (40), no recordar nada de la cirugía (11), no haber presentado disnea (1), el buen trato del anestesiólogo (1) y aquéllos que no refirieron ninguna (4)]. En contraposición, las causas de insatisfacción, Gráfica 3, fueron más diversas, pudiéndose agrupar en 15 grupos [Insomnio (6), náusea/vómito (3), Ruido en la sala (1), Disnea (3), Dolor de cualquier índole (16), Parestesias (2), Luces del quirófano (1), Dolor punción/infiltración (3), Odontalgia (4), Estar consciente (1), Tos (4), Inapetencia (1), Mareo (1), ninguna (34)].

Gráfica 2. Principales causas de Satisfacción.



Gráfica 3. Principales causas de Insatisfacción.



La relación entre la satisfacción global calculada (SGC) y la técnica anestésica (TA), se muestran en las tablas del 5–10, y en las Gráficas de la 4 a la 9. Como puede observarse, solo hubo diferencia estadísticamente significativa entre la anestesia regional (que en el estudio se redujeron a técnicas neuroaxiales) contra

las otras modalidades. Además, fue con la anestesia general que se halló el único paciente insatisfecho, con un puntaje (18) muy inferior al promedio (77.77).

Tabla 5. Comparación de la anestesia general contra la anestesia regional.

AG Vs AR				
Técnica Anestésica	No. Pctes.	Satisfacción (\bar{x})	DE (min-máx)	ANOVA (p)
AG	82	77.77	11.29 (18-95)	0.002063
AR	9	92.78	4.02 (86-100)	

Gráfica 4. Comparación de la anestesia general contra la anestesia regional.

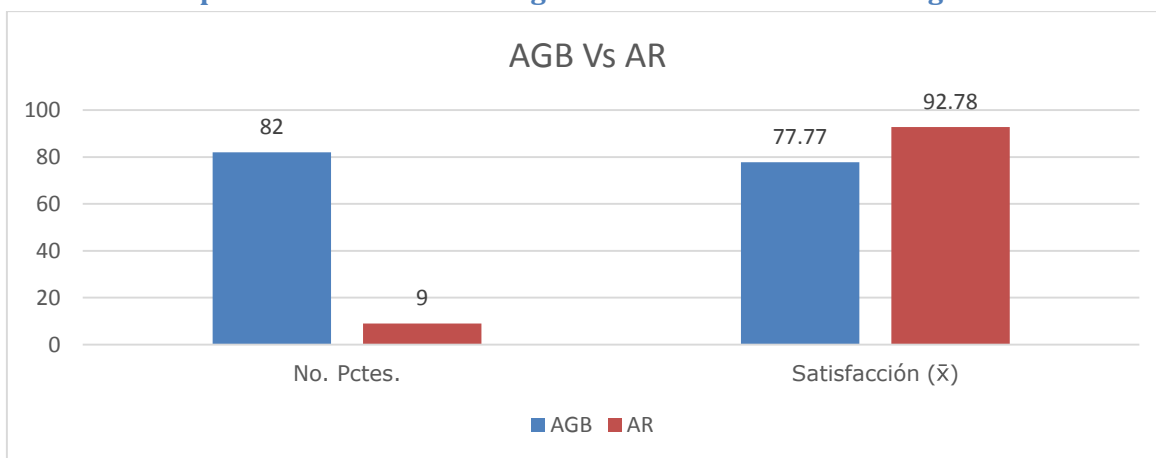


Tabla 6. Comparación de la anestesia general contra la sedación.

AG Vs SED				
Técnica Anestésica	No. Pctes.	Satisfacción (\bar{x})	DE (min-máx)	ANOVA (p)
AG	82	77.77	11.29 (18-95)	0.350922
SED	8	86.75	9.63 (74-98)	

Gráfica 5. Comparación de la anestesia general contra la sedación.

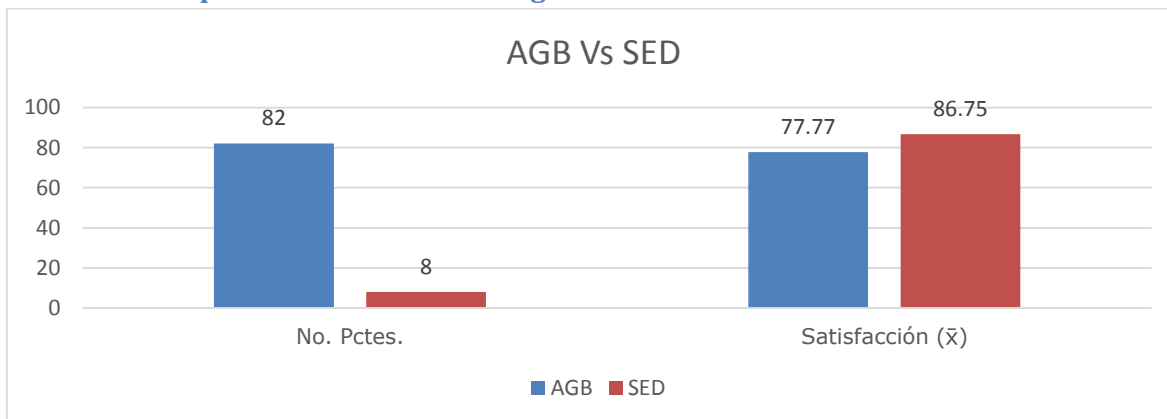


Tabla 7. Comparación de la anestesia general contra la combinada

AG Vs AG+AR				
Técnica Anestésica	No. Pctes.	Satisfacción (\bar{x})	DE (min-máx)	ANOVA (p)
AG	82	77.77	11.29 (18-95)	0.172156
AG+AR	2	87	15.56 (76-98)	

Gráfica 6. Comparación de la anestesia general contra la combinada

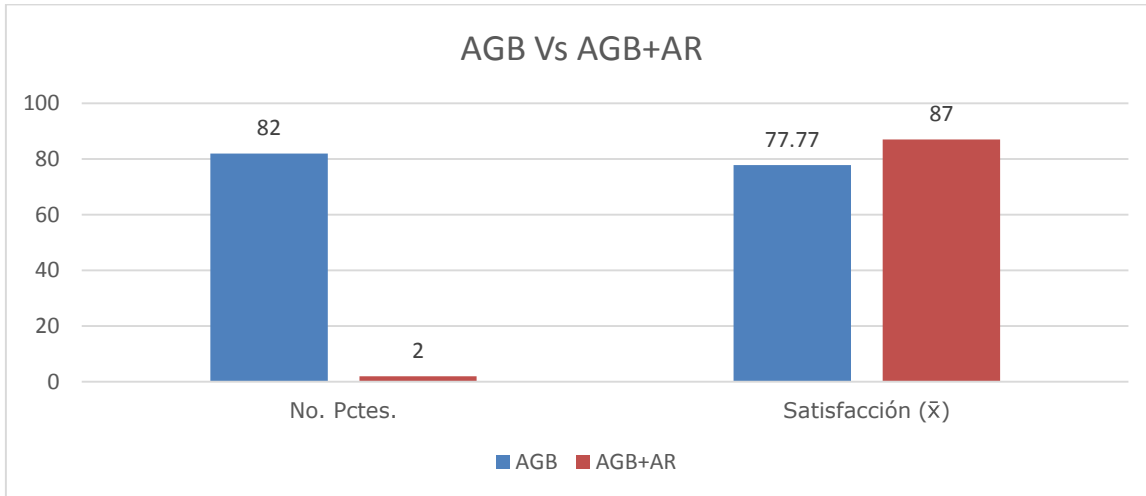


Tabla 8. Comparación de la anestesia regional contra la sedación.

AR Vs SED				
Técnica Anestésica	No. Pctes.	Satisfacción (\bar{x})	DE (min-máx)	ANOVA (p)
AR	9	92.78	4.02 (86-100)	0.01258
SED	8	86.75	9.63 (74-98)	

Gráfica 7. Comparación de la anestesia regional contra la sedación.

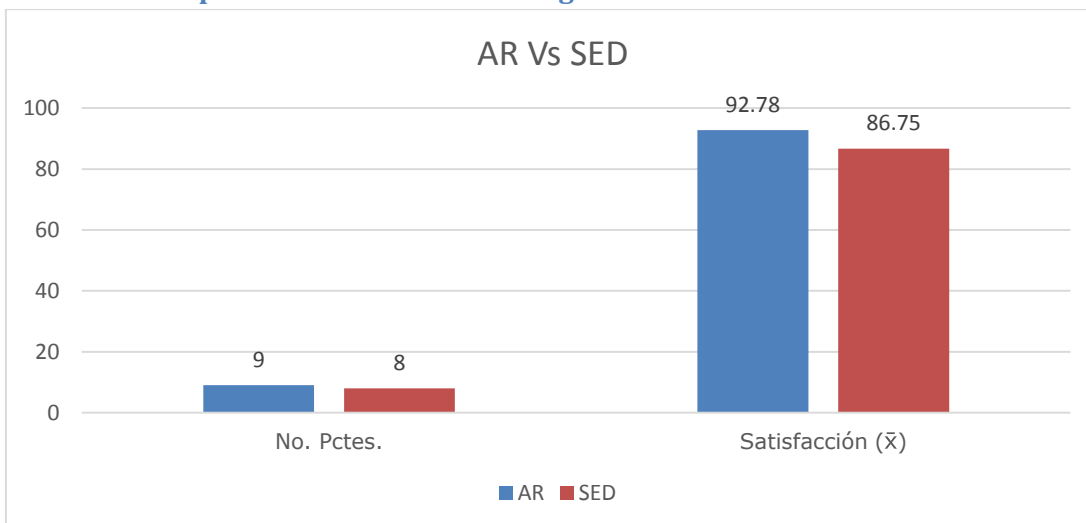


Tabla 9. Comparación de la anestesia regional contra la combinada.

AR Vs AG+AR				
Técnica Anestésica	No. Pctes.	Satisfacción (\bar{x})	DE (min-máx)	ANOVA (p)
AR	9	92.78	4.02 (86-100)	0.00477
AG+AR	2	87	15.56 (76-98)	

Gráfica 8. Comparación de la anestesia regional contra la combinada.

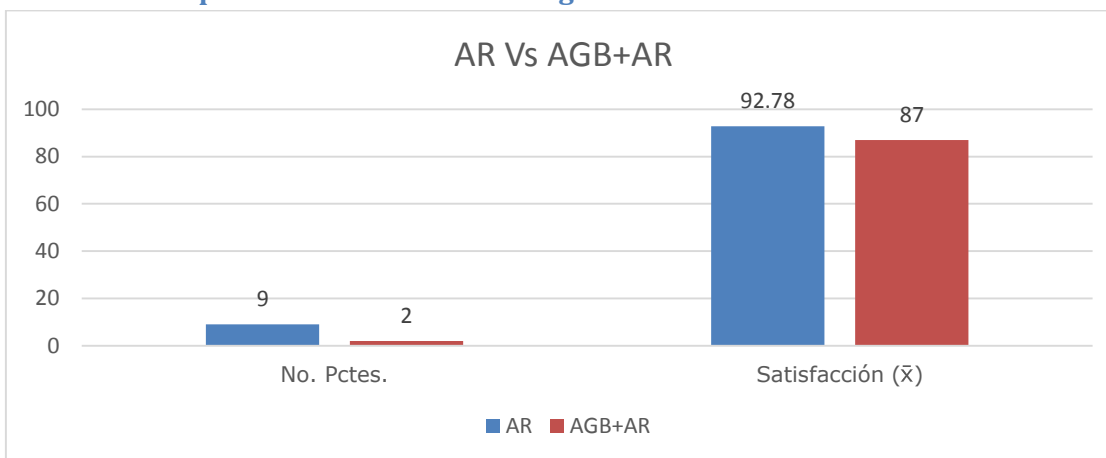
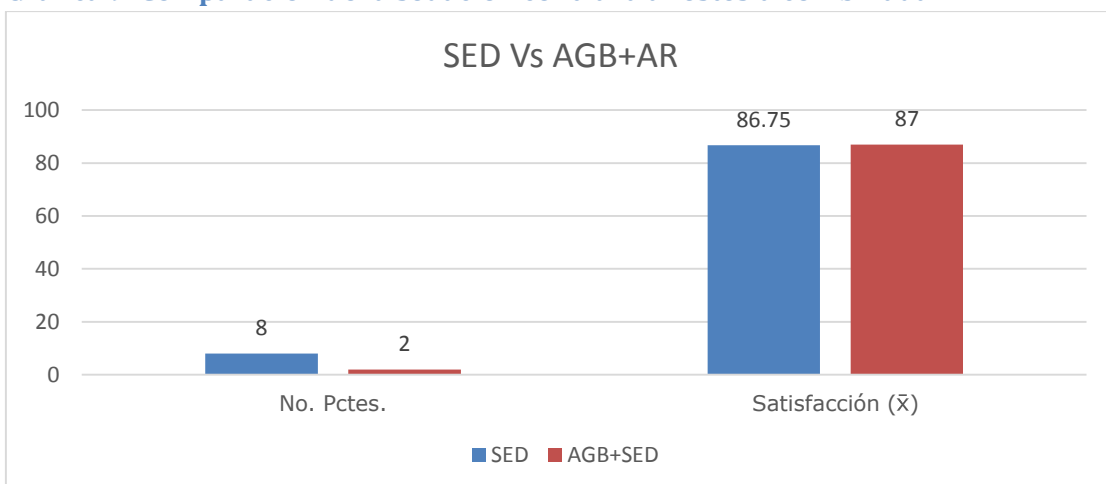


Tabla 10. Comparación de la sedación contra la anestesia combinada.

SED Vs AG+AR				
Técnica Anestésica	No. Pctes.	Satisfacción (\bar{x})	DE (min-máx)	ANOVA (p)
SED	8	86.75	9.63 (74-98)	0.150349
AG+AR	2	87	15.56 (76-98)	

Gráfica 9. Comparación de la sedación contra la anestesia combinada.

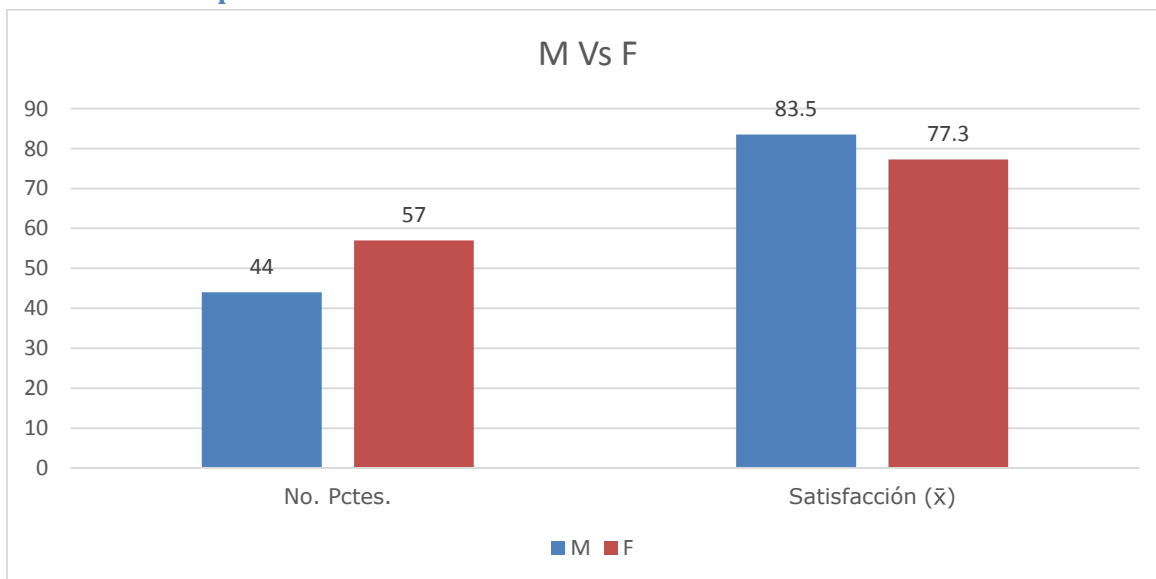


La comparación entre la satisfacción con relación al sexo (Tabla 11 y Gráfica 10) demuestra que el sexo masculino se reporta más satisfecho con el acto anestésico con relación a su contraparte, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.025$); también se observa que fue precisamente una mujer la única que se reportó insatisfecha con la atención anestésica recibida; además mientras que el valor máximo de los varones fue de 100, en las mujeres este valor alcanzó 98.

Tabla 11. Comparación con relación al sexo.

M Vs F				
Sexo	No. Pctes.	Satisfacción (\bar{x})	DE (min – máx)	ANOVA (p)
M	44	83.5	9.45 (63–100)	0.02559
F	57	77.3	12.61 (18–98)	

Gráfica 10. Comparación con relación al sexo.



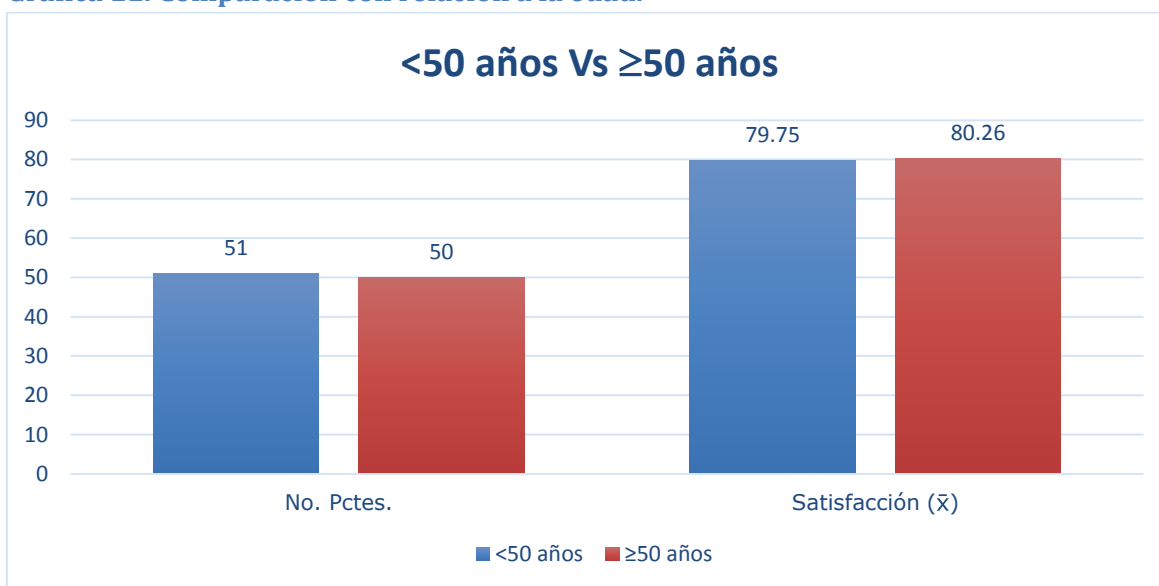
Al dividir a los pacientes estudiados en dos grupos etarios, es decir, un grupo de edad mayor o igual que 50 años comparado con otro grupo de edad menor que

50 años (ver Tabla 12 y Gráfica 11) obtenemos los siguientes resultados: Hubo 51 pacientes menores que 50 años con una media aritmética de satisfacción de 79.75 \pm 9.04, contra 50 pacientes mayores de 50 años con media aritmética 80.26 \pm 10.69, siendo $p < 0.04$, que nos habla sobre mayor satisfacción en los pacientes años con respecto a los más jóvenes con una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 12. Comparación con relación a la edad.

M Vs F				
Grupo Etario	No. Pctes.	Satisfacción (\bar{x})	DE (min – máx)	ANOVA (p)
<50 años	51	79.75	9.04 (58–98)	0.041742
\geq 50 años	50	80.26	10.69 (59–100)	

Gráfica 11. Comparación con relación a la edad.



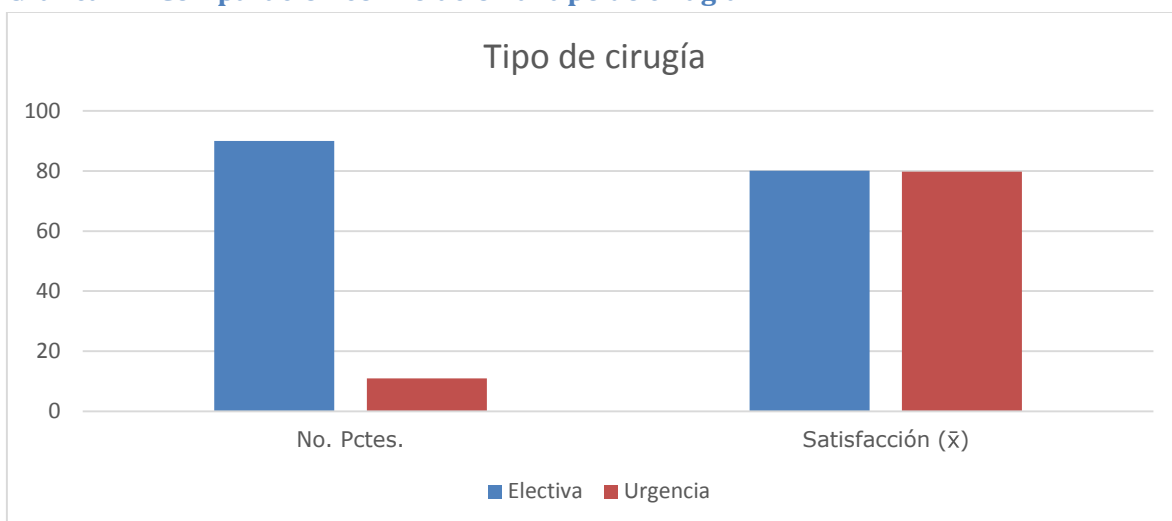
La Tabla 13 (Gráficas de 12 a 15) resume las distintas comparaciones de la satisfacción con respecto al tipo de cirugía, antecedente de anestésicos previos, duración de la anestesia (conglomerada en 2 grupos: < 4 h y ≥ 4 h) y el nivel de estudios (entendido como bajo de secundaria hacia abajo y altos de preparatoria

hacia arriba). Como puede observarse, ninguno mostró diferencias estadísticamente significativas, pero con relación al nivel de estudios la p estuvo sobre el límite ($p = 0.051$).

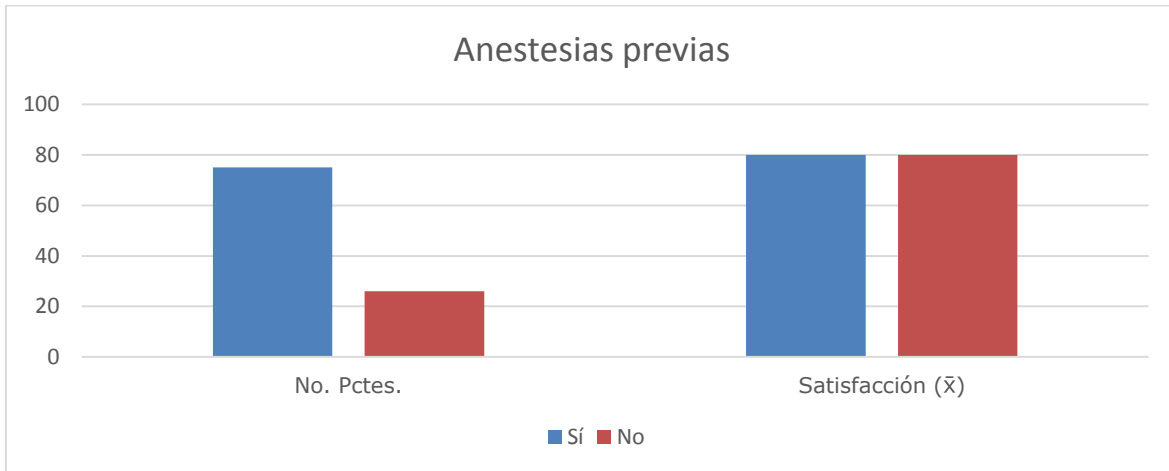
Tabla 13. Resumen de comparaciones de los otros tipos de variables.

Comparaciones de diversas variables				
Condicionante	No. Pctes.	Satisfacción (\bar{x})	DE (min – máx)	ANOVA (p)
Tipo de cirugía				
Electiva	90	80.03	12.07 (18–100)	0.108383
Urgencia	11	79.73	8.46 (68–91)	
Anestesia previas				
Sí	75	79.99	11.93 (18–100)	0.38051
No	26	80.04	11.26 (56–98)	
Duración anestesia				
<4:00h	76	80.87	11.95 (18–100)	0.275665
≥4:00 h	25	77.36	10.69 (58–98)	
Nivel estudios				
Ninguno, primaria o secundaria	41	81.32	9.98 (59–100)	0.051445
Preparatoria o licenciatura	60	79.1	12.69 (18–98)	

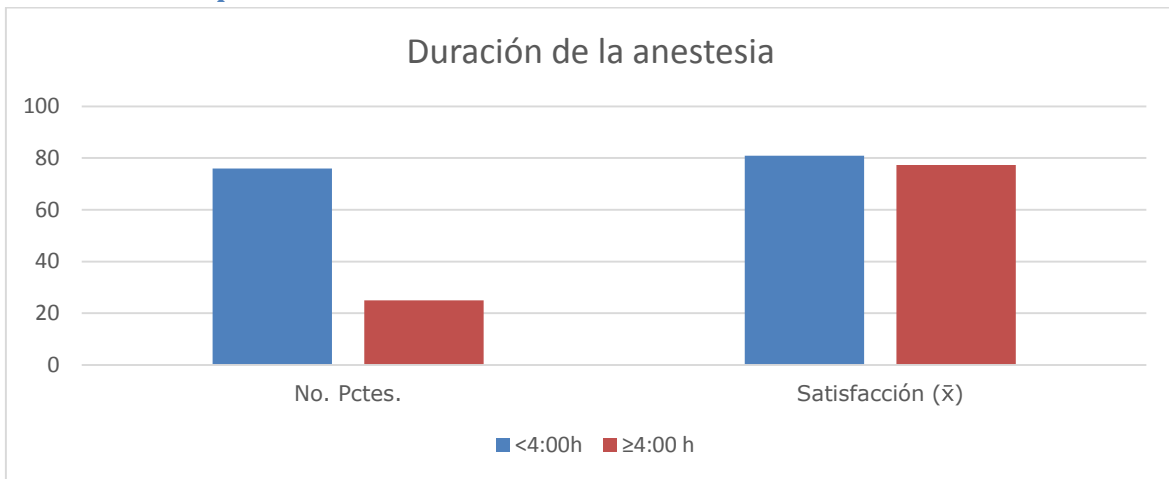
Gráfica 12. Comparación con relación al tipo de cirugía.



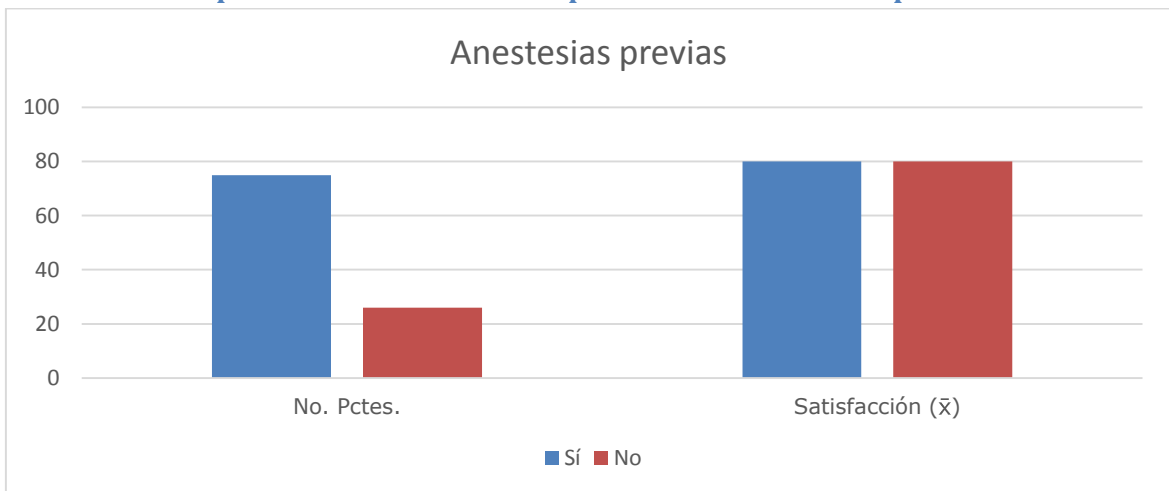
Gráfica 13. Comparación con relación a anestésicos previas.



Gráfica 14. Comparación con relación a la duración de la anestesia.



Gráfica 15. Comparación con relación a la presencia de anestésicos previas.



La Tabla 14A resume la satisfacción del paciente con respecto a la especialidad quirúrgica; dicha tabla fue ordenada de mayor a menor satisfacción halla por su media aritmética. Con base en ésta, podemos afirmar la mayor satisfacción referida por el paciente fue con la especialidad de Colon y recto (media: 91.5 ± 4.9), seguida muy de cerca por la de cirugía plástica (91 ± 4.3). Al contrario, la que menor satisfacción demostró fue neurocirugía (71.5 ± 17.7). Ahora, ¿Son estadísticamente significativas las diferencias relacionadas en la Tabla 13A? En la Tabla 14B observamos que sí hay diferencia entre las especialidades de otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello, gastrocirugía y urología con respecto a neurocirugía. Entre todas las demás correlaciones p fue mayor que 0.05.

Tabla 14A. Satisfacción con relación a la especialidad quirúrgica.

Especialidad quirúrgica	\bar{x}	DE
Colon y recto	91.5	4.94
Cirugía Plástica	91	4.358
Oftalmología	86.25	6.65
Urología	85.95	9.38
Angiología	84.16	8.51
Otorrinolaringología	79.31	9.55
Maxilofacial	79	8.48
Trasplante renal	78.75	13.37
Cabeza y cuello	77.78	7.57
Gastrocirugía	75.46	10.76
Neurocirugía	71.85	17.69

Tabla 14B. Comparación de la satisfacción entre las diferentes especialidades quirúrgicas.

Comparación entre las especialidades quirúrgicas				
Especialidades Comparadas	No. Pctes.	Satisfacción (\bar{x})	DE	ANOVA (<i>p</i>)
<i>Neurocirugía Vs</i>	14	71.85	17.69	
Cirugía de Cabeza y cuello	14	77.78	7.57	0.002201
Otorrinolaringología	15	79.31	9.55	0.014321
Oftalmología	4	86.25	6.65	0.066567
Angiología	6	84.16	8.51	0.058196
Gastrocirugía	15	75.46	10.76	0.037927
Urología	21	85.95	9.38	0.005472
Cirugía Plástica	3	91	4.358	0.058594
Trasplante renal	4	78.75	13.37	0.356189
Maxilofacial	2	79	8.48	0.360421
Cirugía de Colon y recto	2	91.5	4.94	0.215879
<i>Cirugía de Cabeza y cuello Vs</i>	14	77.78	7.57	
Otorrinolaringología	15	79.31	9.55	0.20352
Oftalmología	4	86.25	6.65	0.469301
Angiología	6	84.16	8.51	0.336397
Gastrocirugía	15	75.46	10.76	0.10737
Urología	21	85.95	9.38	0.215706
Cirugía Plástica	3	91	4.358	0.275875
Trasplante renal	4	78.75	13.37	0.063087
Maxilofacial	2	79	8.48	0.283036
Cirugía de Colon y recto	2	91.5	4.94	0.475021
<i>Otorrinolaringología Vs</i>	15	79.31	9.55	
Oftalmología	4	86.25	6.65	0.302065
Angiología	6	84.16	8.51	0.43006
Gastrocirugía	15	75.46	10.76	0.325821
Urología	21	85.95	9.38	0.462216
Cirugía Plástica	3	91	4.358	0.18558
Trasplante renal	4	78.75	13.37	0.163431
Maxilofacial	2	79	8.48	0.611471
Cirugía de Colon y recto	2	91.5	4.94	0.388009
<i>Oftalmología Vs</i>	4	86.25	6.65	
Angiología	6	84.16	8.51	0.362867
Gastrocirugía	15	75.46	10.76	0.232441
Urología	21	85.95	9.38	0.314803
Cirugía Plástica	3	91	4.358	0.314495
Trasplante renal	4	78.75	13.37	0.140632
Maxilofacial	2	79	8.48	0.291911
Cirugía de Colon y recto	2	91.5	4.94	0.489198
<i>Angiología Vs</i>	6	84.16	8.51	
Gastrocirugía	15	75.46	10.76	0.317432
Urología	21	85.95	9.38	0.452276
Cirugía Plástica	3	91	4.358	0.220424

Trasplante renal	4	78.75	13.37	0.177272
Maxilofacial	2	79	8.48	0.63506
Cirugía de Colon y recto	2	91.5	4.94	0.413588
<i>Gastrocirugía Vs</i>	15	75.46	10.76	
Urología	21	85.95	9.38	0.281318
Cirugía Plástica	3	91	4.358	0.149669
Trasplante renal	4	78.75	13.37	0.246922
Maxilofacial	2	79	8.48	0.556385
Cirugía de Colon y recto	2	91.5	4.94	0.347346
<i>Urología Vs</i>	21	85.95	9.38	
Cirugía Plástica	3	91	4.358	0.192052
Trasplante renal	4	78.75	13.37	0.142085
Maxilofacial	2	79	8.48	0.623128
Cirugía de Colon y recto	2	91.5	4.94	0.396148
<i>Cirugía Plástica Vs</i>	3	91	4.358	
Trasplante renal	4	78.75	13.37	0.097516
Maxilofacial	2	79	8.48	0.19096
Cirugía de Colon y recto	2	91.5	4.94	0.373901
<i>Trasplante renal Vs</i>	4	78.75	13.37	
Maxilofacial	2	79	8.48	0.42909
Cirugía de Colon y recto	2	91.5	4.94	0.264072
<i>Maxilofacial Vs</i>	2	79	8.48	
Cirugía de Colon y recto	2	91.5	4.94	0.336183

Por último, la Tabla 15A recopila la información de la correlación de la satisfacción con el sitio quirúrgico. Obsérvese que la cirugía intracraneal (que es campo de trabajo de la especialidad neuroquirúrgica) es la que presenta la menor satisfacción de sus intervenidos (65.55 ± 18.6), mientras que los pacientes sometidos a cirugía extraperitoneal y la de tejidos blandos representan la mayor satisfacción (85.6 ± 9.9 Vs 84.18 ± 7.8 , respectivamente). En la Tabla 14B veíamos que no había diferencia estadísticamente significativa de la satisfacción entre neurocirugía y todas las demás subespecialidades, pero al analizar la Tabla 15B razonamos que dicha falta de diferencia se da porque es con la cirugía intracraneal con la que realmente puede haber diferencia; en otras palabras, la cirugía

intracraneal presenta menor satisfacción anestésica cuando se compara con el resto de sitios quirúrgicos estudiados, siendo en todos los casos $p < 0.05$.

Tabla 15A. Satisfacción con relación al sitio quirúrgico.

Sitio quirúrgico	\bar{x}	DE
Pélvico-genitourinaria/extraperitoneal	85.60	9.91
Hueso/tejidos blandos	84.18	7.80
Cara y cuello	80.23	8.842
Abdominal/intraperitoneal	74.14	9.82
Intracraneal	65.55	18.60

Tabla 15B. Comparación de la satisfacción entre las diferentes especialidades quirúrgicas.

Comparación entre las especialidades quirúrgicas				
Especialidades Comparadas	No. Pctes.	Satisfacción (\bar{x})	DE	ANOVA (p)
<i>Intracraneal Vs</i>	9	65.55	18.60	
Cara y cuello	39	80.23	8.842	0.000747
Abdominal/intraperitoneal	14	74.14	9.82	0.020199
Pélvico-genitourinaria/extraperitoneal	28	85.60	9.91	0.006503
Hueso/tejidos blandos	11	84.18	9.82	0.006577
<i>Cara y Cuello Vs</i>	39	80.23	8.842	
Abdominal/intraperitoneal	14	74.14	9.82	0.294912
Pélvico-genitourinaria/extraperitoneal	28	85.60	9.91	0.253817
Hueso/tejidos blandos	11	84.18	9.82	0.352582
<i>Abdominal/intraperitoneal Vs</i>	14	74.14	9.82	
Pélvico-genitourinaria/extraperitoneal	28	85.60	9.91	0.506469
Hueso/tejidos blandos	11	84.18	9.82	0.236446
<i>Pélvico-genitourinaria/extraperitoneal Vs</i>	28	85.60	9.91	
Hueso/tejidos blandos	11	84.18	9.82	0.216497

Discusión

Encontramos que la satisfacción global del acto anestésico–quirúrgico al aplicar la encuesta QoR–15 modificada es del 80%, un valor que si bien se halla por debajo del histórico publicado en el hospital CMN S. XXI,¹⁷⁻²⁰ está completamente considerado en diferentes publicaciones.²⁻⁹

Gempeler FE, et al², si bien reportó una satisfacción mayor al 90%, él no publicó la hoja de trabajo ni tampoco aplicó una escala multidimensional. Si nos atuviéramos meramente a la evaluación unidimensional subjetiva hallaríamos en que en nuestro estudio la satisfacción se encuentra efectivamente por arriba del 90% (ver Gráfico 1).

Hemos encontrado con el QoR–15 modificado que hay una diferencia estadísticamente significativa entre la anestesia regional (específicamente neuroaxial ya que en el estudio no se consideraron otros tipos de bloqueos neuroconductivos) y las demás técnicas anestésicas estudiadas, es decir, que el paciente percibe que la anestesia neuroaxial le es más agradable. Ha de tenerse en cuenta que si bien se halló que la calidad mejoraba con las técnicas conductivas neuroaxiales, no necesariamente el paciente calificó mejor el apartado C de la encuesta (la apreciación subjetiva que tiene el paciente sobre la satisfacción del acto anestésico), sino que de forma indirecta el paciente puede verse de cierto modo mejor recuperado. También hay que tener cuidado al querer hacer generalizaciones, puesto que es casi imposible valorar el acto anestésico independientemente del acto quirúrgico²⁻¹⁰. Por ello, la recuperación del paciente

depende de múltiples factores que en un momento dado son imposibles de determinar aisladamente. En todo caso, tiene significancia clínica que un paciente que pueda tener la opción de aplicársele una técnica neuroaxial versus una general, siempre y cuando las circunstancias clínicas y los factores humanos (tanto habilidades del anesthesiologo como la preferencia del paciente) lo permitan, se debiera considerar la primera sobre la segunda, tanto porque es la directriz general que rige nuestro quehacer diario que es ir de lo simple a lo complejo, aunado, como queda demostrado en el presente estudio, por un posible agregado como sería la mejor calidad en la atención dada por mayor satisfacción en la recuperación posanestésica percibida por el paciente.

Hay que discutir también el porqué de una sola calificación insatisfactoria y con un puntaje tan bajo (18). La razón fue que se trató de una paciente, perteneciente al servicio de neurocirugía, quien al momento de la entrevista se hallaba con un dolor intenso el cual había referido que lo estuvo presentando toda la noche y se asociaba a disnea intensa y constante, y que por tanto no pudo conciliar el sueño ni sentirse descansada. Es de recalcar que aún así su calificación de la Parte C fue mayor que 5. Esto nos habla que el paciente aún ve al anesthesiologo como alguien quien está exclusivamente en el quirófano, y que, por tanto, su labor se limita a la atención técnica. La mala atención en este caso, por parte de la paciente, pudiera estar imputada a su servicio tratante (neurocirugía), empero, como anesthesiologos no podemos obviar que es también nuestra responsabilidad la atención del paciente aún fuera del quirófano.²⁻¹⁶.

Es importante tener en cuenta que si bien la especialidad de neurocirugía fue la que presentó mayor insatisfacción del paciente con relación a otras especialidades, al analizar la Tabla 15B puede concluirse que el problema de la insatisfacción puede radicarse más en el sitio quirúrgico (intracraneal) que en la misma especialidad quirúrgica. Ello pudiera explicarse porque al manipularse las estructuras intracraneales el paciente puede alterar su percepción de la comodidad anestésico–quirúrgica, aunque clínicamente no presente disfunción de sus facultades mentales superiores.

De otra parte, observamos que la percepción en la satisfacción del paciente hallado con nuestro instrumento de trabajo estuvo condicionada también por el género, al ser mayor su satisfacción con el sexo masculino, tal como está reportado en la literatura.²⁻¹² Asimismo encontramos que a mayor edad también hay menos quejas del paciente que se refleja en mayor satisfacción, acorde con lo publicado.²⁻¹² Con respecto a otras variables estudiadas, como fueron, tipo de cirugía, presencia de anestésicos previas, duración de la anestesia y nivel de estudios, la presente investigación no encontró diferencias estadísticamente significativas, a pesar de que distintas publicaciones²⁻¹² relacionan disyuntivas entre éstas y la percepción por parte del paciente. Con respecto al nivel académico la p fue de 0,051, con lo que se encuentra limítrofe. Una posible razón de esto es que el tamaño de la muestra estuvo orientada para encontrar diferencias entre las distintas técnicas anestésicas y no para todas las variables que se investigaron.

Un hallazgo interesante del presente trabajo es que la presentación de la náusea/vómito es bastante bajo en nuestro hospital, y su ausencia es un importante marcador de satisfacción percibida por el paciente. Dentro de las causas de satisfacción referidas, la mayor es la ausencia de dolor. En contraposición, el frío (incluido el temblor) fue la mayor conjetura que adujeron los encuestados como elemento insatisfactorio; en ese mismo sentido, la presencia de dolor fue el segundo mayor motivante de inconformidad de la anestesia percibida por el paciente. Esta información es interesante puesto que nos manifiesta que en el campo de la profilaxis antiemética nos hallamos en muy buen nivel, al igual que en el control del dolor. Sin embargo, debemos enfatizar aún más el adecuado control del dolor fuera del quirófano y de tomar las medidas necesarias para moderar el frío o la presencia de temblor o escalofrío. A pesar de ello, las causas de satisfacción/insatisfacción no difieren mayormente de las publicadas.²⁻¹⁹

Debe subrayarse que el presente estudio presenta varias limitantes, siendo la principal la falta de aleatorización de las encuestas, por lo que los hallazgos podrían no ser aplicados fuera de la muestra abordada y, en su mejor caso, sería limitado para el HECMN SIGLO XXI en el periodo examinado. Asimismo al inicio de la aplicación de la encuesta puede haber cierta confusión para aplicar apropiadamente las preguntas para conseguir el objetivo deseado, pero ello se supera rápidamente una vez se familiariza con la técnica. Es de resaltar que el promedio de aplicación del QoR-15 modificado no sobrepasa los 5 min, aún cuando se está en frente de un paciente bastante aprehensivo y/o demandante, el cual no

varía ampliamente con el publicado por Stark PA, et al.⁶ que fue de aproximadamente 3 min.

Pese a lo expuesto en el párrafo anterior, se ha demostrado la aplicabilidad de la encuesta QoR-15 modificada tanto en su parte aplicativa técnica como en su abstracción estadística,⁶ por lo que se motiva a otros investigadores a aplicar los cambios que resulten en mejoras y/o que amplíen el tamaño de la muestra.

De igual forma, la presente encuesta puede ser una alternativa a adoptar por distintos centros asistenciales para valorar la atención anestésica-quirúrgica, y poseer así de una herramienta neutra que sirva para la evaluación interinstitucional.

Conclusiones

Las conclusiones finales a que hemos llegado son:

- 1) La calidad de la atención por parte de anestesiología en el HECMN S. XXI, medida con el QoR-15 modificado es del 80%.
- 2) El instrumento QoR-15 modificado es una herramienta de fácil aplicación y de fácil interpretación.
- 3) Se comprueba una vez más que el masculino y la edad son factores protector es con respecto a la satisfacción percibida por el paciente y quizá también el nivel educativo bajo.
- 4) Las principales fortalezas con que cuenta el servicio de anestesiología del HECMN S. XXI es el buen trato hacia el paciente, aunado a la buena calidad de la atención reflejada tanto en la casi ausencia de náusea/vómito perioperatorio y la muy baja frecuencia de dolor.
- 5) Dentro de las debilidades que se hallaron, cabe mencionar la relativamente alta incidencia de frío/temblor/escalofrío en el quirófano, y en algunos casos el mal control de dolor, sobre todo, fuera del quirófano, por lo que se recomienda intensificar el seguimiento posanestésico.
- 6) Sería conveniente una mayor comunicación con el servicio de neurocirugía para dar un tratamiento integral al paciente que redunde en una mayor calidad de la atención en términos de una mejor percepción de satisfacción por parte del paciente.

Referencias

1. Carrillo R. El error en la práctica de la anestesiología. *Rev. Mex. Anest.* 2011;34(2):103–110.
2. Gempeler FE, Avellaneda MV. Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio. *Rev. Col. Anest.* 2010;38(2):178–202.
3. Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *Br J Anaesth.* 2000;84(1):6–10.
4. Myles PS, Weitkamp B, Jones K, Melick J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *Br J Anaesth.* 2000;12:11–15.
5. Myles PS, Viira D, Hunt JO. Quality of life at three years after cardiac surgery: relationship with preoperative status and quality of recovery. *Anaesth Intensive Care.* 2006;12:176–183.
6. Stark PA, Myles PS, Burke JA. Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15. *Anesthesiology.* 2013;118(6):1332-40.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q;* 1966(44):166–206.

8. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México, D.F.: Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, 1984.
9. Aguirre H. Evaluación de la atención médica. Expectativas de pacientes y trabajadores. Salud Pública Mex 1990;32(2):170-180.
10. Fajardo G, Hernández F. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. Secretaría de Salud, México DF, 2012.
11. Jarman, B, Quality and safety in healthcare revisited: a challenge to anaesthetists. Anaesthesia, 2014;69:531–536.
12. Haller G, Stoelwinder J, Myles, PS, McNeil, J. Quality and Safety Indicators in Anesthesia: A Systematic Review. Anesthesiology. 2009;110(5):1158-1175.
13. Valdés R, Molina J, Solís C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Salud Pública Méx 2001;43(5):444-454.
14. Lee A, Lum ME. Measuring anaesthetic outcomes. Anaesth Intensive Care. 1996;24(6):685–693.
15. Luft HS, Hunt SS. Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. JAMA, 1986;255:2780.

16. Jiménez RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(1).
17. González J, León L. Evaluación de la Calidad de la Anestesiología, Tesis para obtener el título de Especialista en Anestesiología, IMSS–HECMN SXXI, UNAM; 2001.
18. Ríos A, Hernández y Soto M. Calidad de la Anestesia El Anestesiólogo Frente al Paciente, Tesis para obtener el título de Especialista en Anestesiología, IMSS–HECMN SXXI, UNAM; 2003.
19. Rocha M, Castellanos A. Determinación de los Tiempos Anestésico Quirúrgicos como Indicadores de Calidad en la Atención Anestésica, Tesis para obtener el título de Especialista en Anestesiología, IMSS–HECMN SXXI, UNAM; 2006.
20. Ibarrola A, Castellanos A. Satisfacción del Usuario Externo como Indicador de Calidad en la Atención Médica, Tesis para obtener el título de Especialista en Anestesiología, IMSS–HECMN SXXI, UNAM; 2007.

Anexo

Hoja de recolección de datos: QoR-15 Modificado.

QoR-15 Encuesta del Paciente (Modificada)

Fecha: ___/___/___

Estudio #: _____

(Esta encuesta se aplicará a las 24 horas posanestésicas)

PARTE A

¿Cómo se ha sentido en las últimas 24 horas?

(0 a 10, dónde: 0 = nunca [mal], y, 10 = siempre [excelente])

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Ha respirado fácilmente | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 2. Ha disfrutado la comida | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 3. Se ha sentido descansado | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 4. Ha dormido bien | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 5. Ha hecho su aseo personal e higiene sin ayuda | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 6. Ha hablado con sus familiares o amigos | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 7. Se ha sentido apoyado por su anesthesiologo. | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 8. Se ha sentido cómodo y con autocontrol | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 9. Ha sentido sensación de bienestar general | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

PARTE B

¿Ha tenido alguna de las siguientes molestias en las últimas 24 horas?

(0 a 10, dónde: 0 = nunca [excelente], y, 10 = siempre [mal])

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 10. Dolor moderado | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 11. Dolor intenso | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 12. Náusea o vómito | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 13. Preocupación o ansiedad | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 14. Tristeza o depresión | Nunca _____ Siempre |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

PARTE C

(0 a 10, dónde: 0 = Nada satisfecho, y, 10 = Completamente satisfecho)

15. ¿Qué tan satisfecho se siente con la anestesia recibida? Nada _____ Mucho
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mencione la que considera la principal causa de Satisfacción: _____

Mencione la que considera la principal causa de Insatisfacción: _____

Datos Demográficos y del Acto Anestésico-Quirúrgico

Edad: _____	Sexo: _____
Escolaridad: _____	ASA: _____
Raza: _____	Qx: _____
Anestesia: _____	Especialidad Qx: _____
Dx: _____	Anestésias previas (S/N): _____
Tipo de cirugía: _____	Complicación: _____
Duración de la Anestesia: _____	Duración de la Cirugía: _____