



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D
SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA**

“Evaluación del nivel Satisfacción analgésica en pacientes embarazadas en trabajo de parto sometidos a bloqueo peridural en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga”

TESIS

Para obtener el título de la especialidad en:
ANESTESIOLOGIA

PRESENTA:
MARIO ALBERTO CONTRERAS VALENCIA

TUTOR DE TESIS:

YESHICA RESÉNDIZ ÁLVAREZ

MEXICO D.F. JUNIO DEL 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.



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.

SERVICIO DONDE SE REALIZARA:

El proyecto de investigación se tiene previsto realizar en el servicio de ginecología y obstetricia unidad 112 del Hospital General de México O.D

TIPO FINANCIAMIENTO: Recursos existentes en el hospital

TIPO DE INVESTIGACIÓN: epidemiológica

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dra. Yeshica Reséndiz Álvarez
Médico Adscrito al servicio de Anestesiología
Medico de base adscrito al servicio de quirófanos centrales unidad 203
RFC: REAY80805
Celular: 5513019429
Correo: yra9dic@hotmail.com

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Dr. Mario Alberto Contreras Valencia
Médico Residente de tercer año de Anestesiología
RFC: COVM8608195J8
Celular: 4432145570
Correo: mario_abdiel_cv@hotmail.com

AUTORIZACIÓN JEFE SERVICIO ANESTESIOLOGÍA:

Dr. Erasmo Francisco Javier Yáñez Cortés
Titular del Curso Universitario de Postgrado
Hospital General de México

CRONOLOGÍA

FECHA PRESENTACIÓN PROTOCOLO

1 mayo del 2015

FECHA INICIO PROTOCOLO

15 julio del 2015

FECHA FINALIZACIÓN PROTOCOLO

Al completar la muestra calculada por estadística

RESUMEN

Los notables cambios y avances en la tecnología han repercutido en el mejoramiento de las intervenciones terapéuticas. La anestesiología ha sido uno de las especialidades que más se han visto beneficiadas por lo cual solo el trato médico se ha enfocado en el padecimiento médico dejando de lado las expectativas que tiene el paciente, así como el creciente número de mujeres embarazadas que entran en trabajo de parto en nuestro país es grande y dolor que se presenta al final del mismo es demasiado por lo cual la analgesia brindada es a través del bloqueo peridural con anestésicos locales a dosis analgésicas, por lo cual es necesario conocer el nivel de satisfacción analgésica que se está brindando en nuestro hospital, así como que medicamento es el mejor analgésico y si ellas recomendarían la técnica que se les brinda a otras pacientes, lo cual servirá para adecuar la asistencia sanitaria y normal conductas respecto a lo que nuestra población piensa.

PALABRAS CLAVE: ANALGESIA, BLOQUEO PERIDURAL, SATISFACCION, ANESTESICOS LOCALES

CONTENIDO

RESUMEN.....	5
PALABRAS CLAVES.....	5
MARCO TEORICO.....	9
Introducción.....	9
Definiciones.....	9
Antecedentes.....	9
Anatomía y técnica de bloqueo peridural.....	10
Dolor en trabajo de parto.....	13
Periodos de trabajo de parto.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
HIPOTESIS.....	15
OBJETIVOS GENERALES.....	15
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
METODOLOGÍA.....	16
Tipo de estudios.....	16
Tamaño de muestra.....	16
Criterios de inclusión.....	16
Criterios exclusión y eliminación.....	17
DEFINICION, VARIBALES Y FORMAS DE MEDIRLAS.....	18
PROCEDIMIENTO.....	20
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	20

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	21
ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.....	21
RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS.....	21
RECURSOS DISPONIBLES.....	21
ENCUESTA.....	22
RESULTADOS Y GRÁFICAS.....	25
DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIÓN.....	48
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	52

AGRADECIMIENTO

A mi familia mis padres, mi esposa Mónica y mis hijos que sin su gran apoyo incondicional no hubiese logrado concluir mi especialidad.

A la Dra. Yeshica Reséndiz Álvarez, gracias por la ayuda y por confiar en este proyecto.

A todos mis maestros que confiaron en mí, por sus enseñanzas y me brindaron la oportunidad de pertenecer a esta gran institución.

A todos mis compañeros que fueron un gran apoyo y una gran enseñanza.

MARCO TEORICO

INTRODUCCIÓN

En la anestesia, como en la medicina en general el paciente representa el eje y el actor más importante de las intervenciones, a pesar de esto en la literatura científica los resultados solo se enfocan a evaluar los resultados de las intervenciones realizadas y nunca de la satisfacción⁹. La evolución de satisfacción del paciente en los procedimientos anestésicos es un importante parámetro para la mejoría de la calidad y de la atención intrahospitalaria¹⁰

La poca información de estudios que existe respecto a la satisfacción de los pacientes sometidos a un procedimiento anestésico, existe un gran campo en la mejoría de este ámbito solo que se desconoce la forma realizarlas o en qué forma las decisiones deben ser tomadas entre médico y paciente¹¹

No importa si el grado de satisfacción de los pacientes refleja el grado de competencia del médico o de la atención brindada, lo importante es que si el paciente está insatisfecho, el cuidado de la salud no se cumplió su objetivo. Esto lo dice el autor Vuori en su artículo como un marcador importante en la atención integral del paciente¹²

DEFINICIONES

La satisfacción de los pacientes es parte de resultado de la calidad en la atención. Una definición es el grado de congruencia entre la expectativa y lo cumplido. De acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua Española SATISFACCIÓN se define como: Razón, acción o modo en que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria a gusto de alguien cumplidamente, este concepto es muy complicado y nada claro, ya que está influenciado por factores culturales, sociodemográficos, cognitivos y efectivos.

ANTECEDENTES

El primer bloque de la historia fue aplicado en 1898 por Augusto Bier quien administro 15 mg de cocaína a un paciente en el espacio intratecal, desde entonces ha sido una técnica muy empleada en el manejo tanto anestésico como analgésico. El bloqueo peridural consiste en introducir una aguja en el espacio peridural y administrar en fármaco ya sea a concentración anestésica o analgésica según la necesidades que requiera el paciente en dicho momento. ¹

Sir James Young Simpson médico escocés, como el padre de la anestesia obstétrica, El 19 de Enero de 1847 Simpson administró éter dietílico a una mujer con pelvis deforme, para abolir su dolor mientras paría. La historia de esta primera administración de anestesia a las parturientas comenzó unas semanas antes, el 16 de Octubre de 1846, cuando un dentista de Boston, William Thomas Green Morton, dio la

Primera demostración pública exitosa de una anestesia moderna para cirugía en una habitación del Hospital General de Massachussets. La reina Victoria de Inglaterra, quien tuvo tres partos en la década de 1850. Ya muchas mujeres de la aristocracia inglesa habían recibido anestesia durante sus partos cuando el médico de cámara de la reina consultó a John Snow, médico de Londres, quien ya se estaba haciendo famoso por su dominio de la anestesia, y éste administró cloroformo a Victoria durante el parto que tuvo en 1853, para el nacimiento de su hijo el príncipe Leopoldo, y nuevamente en 1857.³

ANATOMIA Y TECNICA DEL BLOQUEO PERIDURAL

El espacio peridural se encuentra desde el foramen mango hasta el hiato sacro cubriendo a la medula espinal en todo su trayecto, terminando en la segunda tercera vertebra sacra, la medula espinal termina a nivel de la primera-segunda vertebral lumbar, los límites del espacio peridural son a nivel ventral es la duramadre y a nivel dorsal el ligamento amarillo, la máxima separación entre estas 2 estructuras son 4-8 mm. La técnica de bloqueo es con el paciente sentado o decúbito lateral, se realiza asepsia, se infiltra anestesia local en piel y tejido subcutáneo, posterior se introduce la aguja perpendicular al axis la profundidad dependerá del espacio elegido, de la estatura, edad y peso del paciente.¹

Las estructuras que se atraviesan son la piel tejido celular subcutáneo, ligamentos supra e interespinosos hasta llegar al ligamento amarillo el cual se atraviesa y ahí es donde hay perdida de la resistencia la cual indica que estamos en el espacio peridural.¹

Los pacientes que experimentan dolor la función pulmonar se altera en el paciente con dolor, lo cual produce menor distensibilidad pulmonar, se ven afectados la función diafragmática y los músculos intercostales porque se incrementa su tono, disminuye la capacidad residual funcional y, con ello, aumenta la posibilidad de atelectasia, neumonía y alteraciones en la relación ventilación-perfusión, lo cual resulta en hipoxemia.1 A nivel cardiaco aumenta el volumen por minuto, con aumento de consumo miocárdico de oxígeno. En términos metabólicos, hay un estado hipermetabólico como respuesta primaria e inespecífica a la lesión.⁴

La técnica ideal de analgesia durante el trabajo de parto debería abolir el dolor, además de permitir a la paciente que participe en forma activa en el nacimiento de su hijo, por lo que debería tener mínimos efectos sobre el bebé o sobre la evolución del trabajo de parto La anestesia regional cada día es más utilizada en la paciente obstétrica, debido a que produce deaferentación, bloquea los impulsos nociceptivos desde la periferia, protege al cerebro del dolor e impide la liberación de hormonas del estrés.³

Previo a la colocación de la analgesia la paciente tendrá que firmar una hoja de consentimiento informado en donde se les informa el riesgo beneficio de la técnica empleada esto para disminuir la ansiedad, miedo por la técnica y que se desarrolle una comunicación médico-paciente, deberá de estar

Canalizada, con monitorización continua de signos vitales, así como un trabajo de parto efectivo con más de 3 cm de dilatación y contracciones efectivas, el anestesiólogo tendrá que realizar una anamnesis.⁷

Las ventajas del bloqueo epidural se enumeran a continuación: 1. Puede proporcionar analgesia continua y efectiva desde temprano en el trabajo de parto hasta después del nacimiento. Se evitan así depresores maternos y fetales. 2. La madre permanece despierta y con sus reflejos intactos, a menos que padezca hipotensión arterial severa. 3. En dosis adecuadas, no interfiere con la evolución del trabajo de parto. 4.- En dosis adecuadas, la madre conserva el poder de pujar con efectividad. 5. Algo que gusta mucho a las madres es permanecer despiertas y sostener a su bebe inmediatamente después de nacer. 6. Si el obstetra o el cardiólogo desean que la madre no pujan, fácilmente se les complace intensificando el grado de bloqueo. 7. La revisión de la cavidad uterina y la sutura de la episiotomía se realizan sin molestia para la paciente. 8. Se puede conducir una prueba del trabajo de parto después de una cesárea, de manera segura, al mantener bajas las dosis de la epidural. Así se elimina el dolor de las contracciones, pero se conservan los signos de alarma de ruptura uterina. 9. Con un catéter peridural bien, puede adecuarse el bloqueo rápida y efectivamente, para una operación cesárea, así como permanecer en su sitio para una oclusión tubaria y analgesia postoperatoria

Complicaciones 1.-bloqueo subaracnoideo total este se presenta 1 por cada mil paciente se da por la punción inadvertida de la duramadre con el deposito total de anestésico lo cual produce alteraciones neurológicas y cardiovasculares.¹

2.- bloqueo fallido se presenta del 2-6% la cual depende de la técnica y habilidad del anestesiólogo para localizar el espacio peridural, administración equivocada del fármaco en los músculos o en tejido graso, bajas dosis del mismo o que se encuentre caducado.^{1,4}

3.- punción inadvertida de duramadre se presenta en el 1.8% cuando hay salida de líquido cefalorraquídeo por lo cual se recomienda cambiar de técnica a subaracnoide o cambiar de espacio, esta se relaciona con cefalea intensa la cual es llamada cefalea postpunción de duramadre la cual se presenta en pacientes jóvenes teniendo una incidencia del 25%, se cree que la causa es por la disminución de líquido cefalorraquídeo y la otra posible causa es la vasodilatación meníngea causada por la compensación a la disminución del líquido cefalorraquídeo, se presenta cefalea frontal punzante la cual se presenta cuando el paciente se incorpora y disminuye al encontrarse en decúbito dorsal, por lo general se resuelve de manera espontánea al cabo de 3-7 días en caso de no ser así se administrara analgésicos como AINES, cafeína o triptanos.¹

4.- canalización de vaso el cual puede haber absorción de anestésico local causando toxicidad en sistema nervioso central y cardiovascular o un hematoma el cual se presenta con cefalea intensa y dolor de espalda.¹

5. complicaciones relacionadas con el catéter se encuentra ruptura del mismo, enrollamiento o que se anude.¹

6.- dolor de espalda se presenta en el 18-25% es una causa muy común de desconfort y causa de rechazo a futuras anestесias regionales.¹

7.- hipotensión esta se presenta en un 12-23% el cual se debe al bloqueo de las fibras preganglionares simpáticas el cual ocasiona una vasodilatación esta se ve más acentuada en las pacientes embarazadas las cuales se encuentran ya con hipotensión por el aumento de la presión intraabdominal ocasionado compresión aorto-cava el cual puede causar complicaciones en el feto de disminución del flujo sanguíneo placentario, del aporte de glucosa y de oxígeno, este problema se puede prevenir con una adecuada carga hídrica y la colocación de una cuña lateral derecha a nivel de la cadera de la mujer para prevenir la compresión aorto-cava.^{1,4}

8.- complicaciones ginecológicas las cuales son controversiales por que se creen que la administración de analgesia obstétrica en trabajo de parto con dilatación menor a 4 cm se asocia a distocia del trabajo de parto por la pérdida de tono muscular y de la intensidad de las contracciones secundaria a la analgesia obstétrica aunque estudio hecho por la american journal gynecologist and obstetricians se vio que pacientes sometidos analgesia obstétrica con dilatación menor de 4 cm no interfiere en la progresión de trabajo de parto.¹

9.- complicaciones neurológicas son las más temidas por los pacientes el hecho de daño transitorio o permanente de las raíces nerviosas las cuales les ocasionen un déficit motor o sensitivo los cuales pueden ser por daño directo del catéter, de la aguja, de los fármacos utilizados, por isquemia de los vasos, por compresiones de hematomas o en casos más graves una neuroinfección.^{1,4}

Esta técnica al ser a ciegas y percutánea la colocación del catéter peridural al final de la técnica no sabemos en dónde queda la colocación del mismo, por lo cual puede haber fallos en la colocación del mismo y así en la administración de fármacos, pero la causa más común del fallo es la salida del catéter, dosis inadecuada del fármaco, ya que Panni et al demostraron en su estudio que la obesidad disminuye el espacio peridural por el acumulo de grasa entre los cuerpos vertebrales ya que se vio que en las mujeres embarazadas con un índice de masa corporal mayor a 30 la dosis necesaria disminuía hasta el 60% que en aquellas pacientes con índice de masa corporal menor de 30. Ahora surge una duda cual forma es la mejor para administrar en bolo o en perfusión Huggan et al estudiaron cadáveres al cual se le administro colorante y se vio que en bolo la distribución era homogénea mientras que con que en perfusión es más errática.²

Se ha visto que la analgesia otorgado por bloqueo peridural con la colocación de catéter es de 2-4 días pero si se retira antes de las 24 hrs la analgesia es mínima o nula, la utilización de anestésicos locales

Más opioides ofrecen una adecuada analgesia con mínimos efectos secundarios y con dosis menores de ambos por la sinergia.⁴

DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO

El soportar por períodos prolongados este dolor intenso, puede provocar, entre otras respuestas fisiológicas al dolor: 1. Incremento dramático en la producción y liberación de catecolaminas, que producen: a. Disminución de la efectividad de las contracciones, y por lo tanto el primer período del trabajo de parto se prolonga. b. Constricción de las arterias, incluidas las uterinas, lo cual provoca hipoperfusión uterina, hipoxia fetal y acidosis fetal. c. Taquicardia materna. 2. Aumento importante del gasto cardíaco, y del retorno venoso después de la contracción, lo que nos da: a. Aumento de la precarga. Contraindicado en ciertas cardiopatías. b. Aumento del consumo metabólico de oxígeno. 3. Taquipnea y aumento de la actividad muscular errática, lo que conlleva: a. Alcalosis respiratoria, que produce constricción arterial. b. Acidosis metabólica. c. Aumento de los requerimientos metabólicos y deshidratación. Constricción arterial. b. Acidosis metabólica. c. Aumento de los requerimientos metabólicos y deshidratación.³

PERIODOS DE TRABAJO DE PARTO

1. El primero, que inicia con la fase latente del trabajo de parto. En él ocurre dilatación cervical progresiva causada por contracciones uterinas periódicas e intensas. Este período concluye cuando el cérvix se ha dilatado completamente (dilatación de 10 cm.). Este período se divide a su vez en dos estadios: el primer estadio o fase latente, comprende el borramiento y dilatación temprana del cérvix. El segundo estadio o fase activa, comprende una más rápida dilatación cervical, usualmente iniciando a los

3 o 4cm. El dolor está mediado por los aferentes nerviosos del útero a través del nervio simpático que penetra la médula espinal por los segmentos T10 a L1. Los nervios hacen conexiones a nivel medular con neuronas del asta posterior y ascienden al sistema nervioso central (SNC) por medio de las vías espinotalámicas laterales. Por esta razón, una mínima dosis de opioides aplicadas en el espacio subaracnoideo puede suprimir eficazmente el dolor del primer estadio de este período.³

2. El segundo período inicia con la dilatación completa del cérvix y termina en el momento del nacimiento del producto. 3. El tercer período incluye la expulsión de la placenta y membranas (alumbramiento). En el segundo y tercer periodo de trabajo de parto Al ir descendiendo la cabeza fetal, se produce distensión del canal del parto inferior y del perineo. Este dolor se transmite a lo largo de aferentes somáticas que se originan en el plexo sacro, que comprenden porciones de los nervios pudendos, y que acompañan a los vasos pudendos, y penetran a la médula espinal en los niveles S2,S3 y S4.³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto de satisfacción es un concepto nuevo introducido en la práctica clínica durante los años 90s, conociendo desde entonces su subjetividad y su forma difícil de medirla, hoy en día en día es un importante indicador de calidad y de atención de la asistencia médica, que contribuye a la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado de los servicios de salud¹⁰.

Los Psicólogos dicen que la satisfacción es una combinación de las expectativas y la percepción de servicio recibido, cada paciente comienza con una comparación estándar contra la cual va a juzgar una nueva experiencia, un cambio ocurre cuando la diferencia entra la situación actual y la expectativa excede la capacidad de asimilar la diferencia por parte del paciente, por lo tanto la satisfacción dependerá de la realidad que pasa con el paciente y la expectativa deseada del mismo.

Diversos factores influyen en el mismo a la hora de encuetar al paciente sobre l nivel de satisfacción brindado como la edad, sexo, escolaridad, demografía, estado civil, ocupación, raza. Así mismo se encuentran los relacionados con el proveedor de salud como la comunicación verbal, la no verbal y el conocimiento del mismo.

El principal problema es que no se ha encontrado una relación directa entre estos factores y el grado de satisfacción desde el punto de vista estadístico, a pesar de la literatura no está bien claro. A pesar de ellos el porcentaje de satisfacción en los niveles de salud es alto de 85%.

El bloqueo peridural como analgesia es un procedimiento muy frecuente en el quehacer diario del anesthesiólogo en mujeres embarazadas con trabajo de parto; sin embargo no hay reportes en la literatura científica acerca de la satisfacción o del des confort que presenta el paciente ante dicho procedimiento.

Por lo cual en este trabajo se tiene previsto evaluar la satisfacción o el malestar del paciente tanto en el trato, en la técnica empleada, ver que fármaco empleado es el mejor como analgésico que recibió durante el bloqueo peridural y si lo volvería a recomendar como técnica para otras pacientes.

JUSTIFICACIÓN

La búsqueda permanente del mejoramiento de la calidad de la atención ofrecida a los pacientes del servicio de anestesiología en nuestra institución, es la base fundamental para el desarrollo una herramienta que permita evaluar y conocer la perspectiva de los pacientes que reciben cuidados anestésicos, acerca de la atención recibida. Dada la literatura publicada, en la que se resalta la falta de instrumentos validados y confiables para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes de anestesia, se considera como un área de oportunidad para nuestro ejercicio profesional, poder contar con un método de evaluación interno en nuestro desempeño cotidiano y que de esta manera se pueda detectar los puntos en los que debe de hacerse énfasis en los planes de optimizar los niveles de atención.

En el servicio de ginecología del Hospital General de México se aplican 1104 procedimientos de analgesia obstétrica al año, no se encuentra con mecanismo para conocer el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos.

Esto nos permitirá reconocer en los diferentes servicios las perspectivas y canalizar de manera eficaz los esfuerzos para superar el nivel satisfacción de los pacientes sometidos a un procedimiento anestésico.

HIPOTESIS

Saber la satisfacción analgésica con la técnica empleada, la percepción percibida de la atención médica, y si recomendaría en bloqueo peridural como una técnica de manejo del dolor y evaluar cual anestésico local es mejor para mitigar el dolor según la perspectiva de la paciente en base a la escala verbal análoga(EVA).

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar modelos de evaluación y Demostrar si las pacientes con trabajo de parto sometidos a bloqueo peridural analgésico están satisfechos con dicha técnica, con la atención brindada y ver si la recomendarían a otras pacientes en misma situación como técnica analgésica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar de manera objetiva si al analgesia brindada por el bloqueo peridural fue suficiente
- Determinar si la técnica realizada fue la adecuada según las expectativas del paciente
- Determinar si los pacientes la recomendarían a otros pacientes.
- Determinar cuál de los anestésicos locales es mejor para mitigar el dolor.

MATERIALES Y METODOS:

El diseño de este método es analítico observacional aplicado a un instrumento tipo cuestionario a los pacientes que recibieron procedimiento anestésico en el Hospital General de México y que aceptan la participación en el desarrollo de este estudio con el fin de reconocer el grado de satisfacción y detectar áreas de potencial mejoramiento en la calidad de atención. Para la obtención de datos de aplicará un instrumento tipo encuesta. El análisis de datos se realizara por medio de estadísticas descriptivas como medidas de tendencia central y dispersión. Las tablas y graficas respectivas se realizaron por medio de hojas de cálculo de Microsoft Exel 2013.

METODOLOGIA

TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Observacional.

POBLACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó mediante el método de estimación de una proporción con una frecuencia de satisfacción del 90%(P=0.9) con un nivel de confianza del 95% y con una delta del 0.05 se tuvo un tamaño de 138 pacientes. En los pacientes embarazadas en trabajo de parto sometidos analgesia obstétrica en los periodos comprendidos de mayo y junio del 2015.

Se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{(n-1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Z= Nivel de confianza

P= Probabilidad de que ocurra el suceso

Q= Probabilidad de que no ocurra el suceso

E= Margen de erro

N= Universo o Población.

n= Tamaño de muestra

SUSTITUCIÓN

$$Z = 95\% = 1.96$$

$$P = 0.5$$

$$Q = 0.5$$

$$E = 0.05$$

$$N = 215$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5) \cdot (215)}{(215-1) \cdot (0.05)^2 + (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) \cdot (0.5) \cdot (0.5) \cdot (215)}{(215-1) \cdot (0.0025) + (3.8416) \cdot (0.5) \cdot (0.5)}$$

$$n = \frac{206.486}{1.4954} = 138.08$$

Por lo cual se tomarán 138 encuestas a pacientes embarazadas en trabajo de parto a las cuales se les coloque analgesia obstétrica en el servicio 112 de ginecología y obstetricia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes sometidos a bloqueo peridural analgésico
- Pacientes femeninas embarazadas con trabajo de parto
- Pacientes ASA 1 Y ASA 2

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Paciente que rechacen el procedimiento analgésico.
- Paciente que vayan a ser sometidos a cesárea.
- Alergia conocida a los anestésicos locales, lidocaína, ropivacaina o bupivacaina.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Paciente que posterior a la colocación de la analgesia peridural presenten alguna complicación y que sean sometidas a cesárea de urgencia.
- Pacientes que presenten punción accidental de duramadre.

DEFINICION VARIABLES Y FORMAS DE MEDIRLAS

Las variables dependientes serán:

- dolor
- trabajo de parto

Variables Dependientes	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
Dolor	Es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una daño tisular real o potencial	Se obtendrá de forma directa por la testificación o interrogación.	Cualitativa nominal	Presente o ausente
Trabajo de parto	Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto en la mujer)	Se obtendrá de forma directa por la testificación o interrogación.	Cualitativa nominal	Presente o ausente

Las variables independientes serán:

- Edad
- Número de embarazos
- ASA

Variables Independientes	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento	Se obtendrá por interrogatorio directo	Cuantitativa continua	Años
Número de embarazo	Número de gestaciones que presenta una mujer durante su edad reproductiva	Se obtendrá por examen físico del paciente	Cualitativa Nominal	Embarazos
ASA	Clasificación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiología, la cual es mundialmente utilizada por anesestesiólogos para categorizar la condición física de los pacientes previos a cirugía.	Se obtendrá por examen físico del paciente.	Cualitativa ordinal	I: sano II: Con enfermedad sistémica controlada III: enfermedad sistémica descontrolada IV: enfermedad sistémica incapacitante V: Mal estado general que no se espera que sobreviva en 24 Hrs VI: muerte cerebral

PROCEDIMIENTO

Previo consentimiento informado, se estudiarán 138 pacientes de forma aleatorizada para aplicación del cuestionario sometidas a analgesia obstétrica la cual será como el médico anesthesiologo la desee con la dosis y el fármaco que elija. Una vez finalizada el parto y estando en la unidad de cuidados postanestésicos del servicio de ginecología y obstetricia se realizara la encuesta.

De forma escrita por medio de un cuestionario diseñado e impreso para tal fin el cual será evaluado por otras personas ajenas al médico anesthesiologo tratante para evitar influir en las respuestas dadas por el paciente.

Posteriormente los datos recolectados se tabulará en la hoja de recolección de datos, en donde se agrupan para ser indexadas en el análisis estadístico.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El proyecto esta propuesto para realizarse de la siguiente manera:

	2015				
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Revisión de bibliografía					
Elaboración de protocolo					
Trabajo de campo					
Procesamiento de datos					
Análisis estadístico					
Informe Final					

ANALISIS ESTADISTICO

Para el análisis estadístico cuantitativo con distribución normal, se realizara con medidas de desviación estándar mientras que los de distribución libre se expresaran en mediana con rango intercuartilicos y las variables nominales se expresaran en porcentaje.

Para comparación de los datos se utilizara estadística paramétrica y no paramétrica dependiendo de las variables. Una $P < 0.05$ se considera estadísticamente significativa.

ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Se informara y explicara ampliamente a cada paciente que la información depositada en los cuestionarios es anónima y confidencial, así como su identidad o datos personales no serán utilizados en ninguna fase del protocolo. Se les solicita completa transparencia con las respuestas basándose única y exclusivamente en la percepción personal de la atención recibida por parte del servicio de anestesiología durante el procedimiento por el cual se encuentra internado en el momento de la realización de la encuesta.

RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS

La relevancia de los resultados del estudio cobran especial interés puesto que la encuesta nos ayudara ya que se encuentra descrito en la literatura científica pero sin encontrarse hasta el momento un estudios multicentricos sobre la satisfacción analgésica, si la técnica empleada es la correcta y ver cuál de los medicamentos es el mejor .

Dentro de las expectativas de este protocolo se encuentra; la difusión del conocimiento obtenido, el entrenamiento y afinación en la realización de investigación durante el posgrado, obtener la titulación de la especialidad de anestesiología y publicación del estudio en una revista científica.

RECURSOS DISPONIBLES

Humanos:

- Médicos anestesiólogos investigador responsable y profesores asociados.
- Médicos residentes de la especialidad de anestesiología como investigador asociado

Materiales:

- 138 Encuestas impresas en tamaño carta
- 10 hojas de recolección de datos

RECURSOS A SOLICITAR

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE ANALGESIA OBSTETRICA EN PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO
EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO POR PARTE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA**

FOLIO _____

FECHA ____/____/____ **ESTADO CIVIL** _____

EDAD _____ **SEMANAS DE GESTACIÓN** _____ **DILATACION** ____CM **BORRAMIENTO** ____%

EMBARAZOS PREVIOS SI ____ **NO** ____ **SI LA RESPUESTA FUE SI ¿CUÁNTOS?** _____

MEDICAMENTO UTILIZADO Y CONCENTRACION UTILIZADA _____

INSTRUCCIONES RESPONDA LO QUE CREA MAS ADECUADO RESPECTO A LO QUE SE LE PREGUNTA

1.- Escolaridad (grado de estudio)

a.- Ninguna b.-Primaria c.- Secundaria d.- Técnico e.- Universitario

2.-¿ Fue informada sobre la técnica anestésica que se le emplearía?

a.- Si b.- No

3.-¿Fue informado del riesgo beneficio de la técnica anestésica?

a.- Si b.- No

4.- ¿Firmo el consentimiento (autorización) para la administración de la anestesia?

a.- Si b.-No

5.- El trato que se me brindo por el servicio de anestesiología ¿fue?

a.- Muy malo b.- malo c.- bueno d.- muy bueno e.- excelente

6.- la técnica analgésica que se me realizó usted la considera que ¿fue?

a.- Muy mala b.- mala c.- buena d.- muy buena e.- excelente

7.- ¿qué calificación le daría al dolor antes de la analgesia del cero al diez? En cierre en un circulo

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

8.- después de la colocación de la analgesia a los 5 minutos ¿qué calificación le da al dolor del cero al diez? En cierre en un círculo

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

9.- Por lo tanto usted considera que la disminución en la intensidad del dolor ¿fue?

a.- Muy mala b.- mala c.- buena d.- muy buena e.- excelente

10.- si usted ha tenido otros embarazos, con colocación de analgesia obstétrica, la analgesia brindada respecto a mis otros partos ¿fue?

a.- Muy mala b.- mala c.- buena d.- muy buena e.- excelente

11.- recomendaría esta técnica para otras pacientes en trabajo de parto

a.- Si b.- No

12.- ¿por qué?

13.- Por lo tanto en porcentaje que grado de satisfacción nos daría evaluado del 0 al 100%

a.- 0% b.-30% c.-50% d.- 80% e.- más del 95%

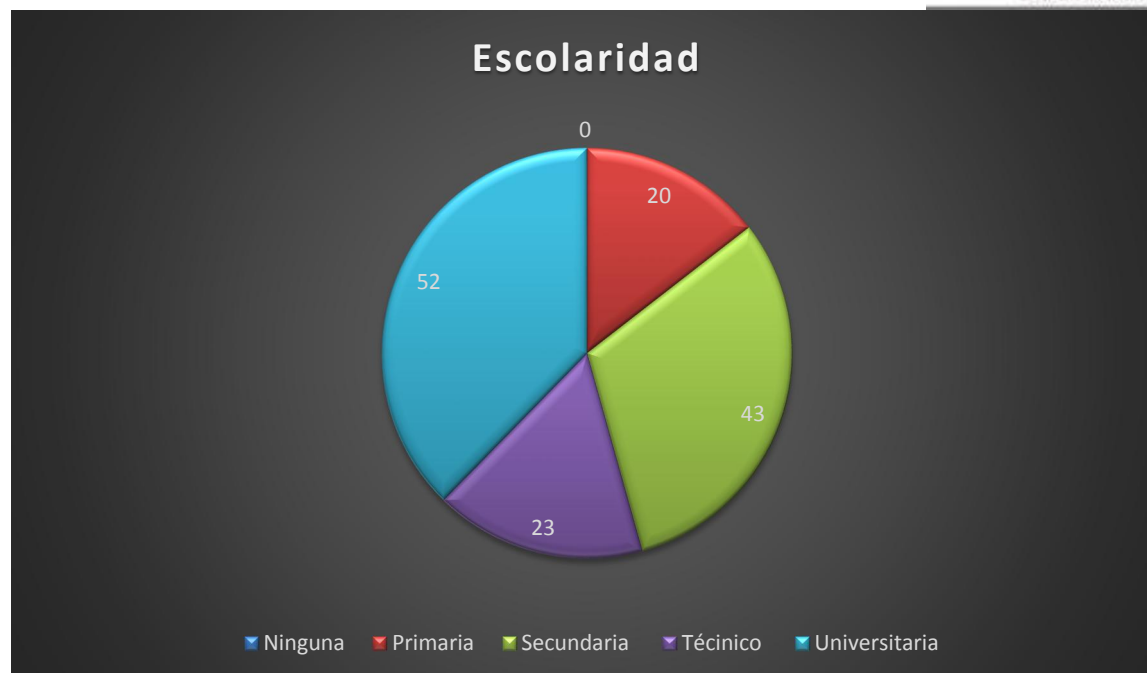
RESULTADOS

Se aplicó el instrumento tipo cuestionario a un total de 138 pacientes en el servicio de ginecología el periodo del puerperio inmediato (posterior al parto), que recibieron atención por el servicio de anestesiología del Hospital General de México, donde a través del medio de valoración de 12 preguntas los aspectos relevantes sobre la atención brindada

A Continuación se presentan los resultados Obtenidos:

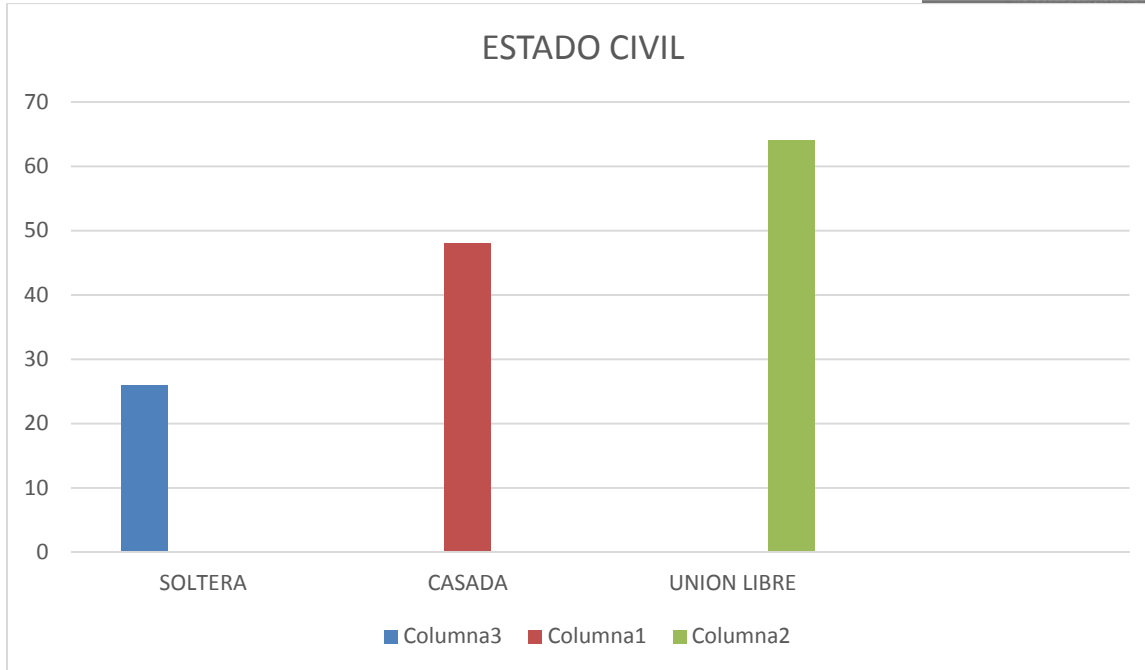
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL GRADO DE ESCOLARIDAD

GRADOS DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	0	0
PRIMARIA	20	14.49
SECUNDARIA	43	31.15
TECNICO	23	16.66
UNIVERSITARIO	52	37.68
TOTAL	138	100



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL

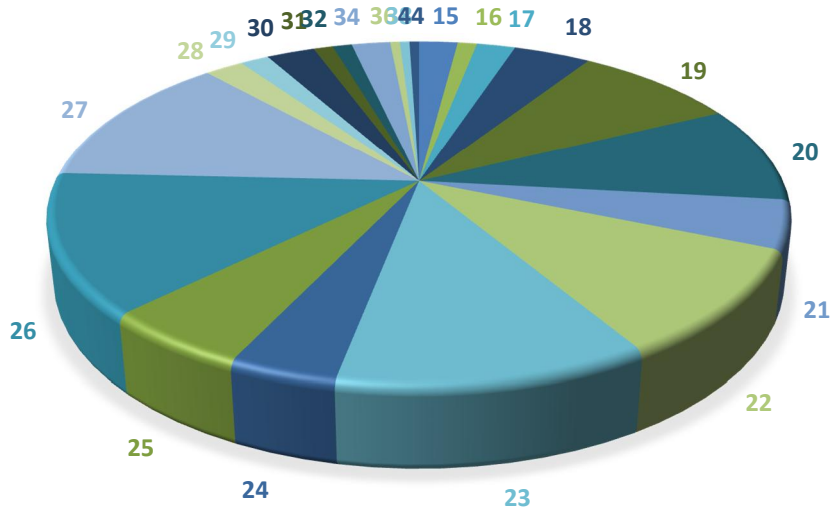
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	26	18.84
CASADA	48	34.78
UNION LIBRE	64	46.37
TOTAL	138	100



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EDAD:

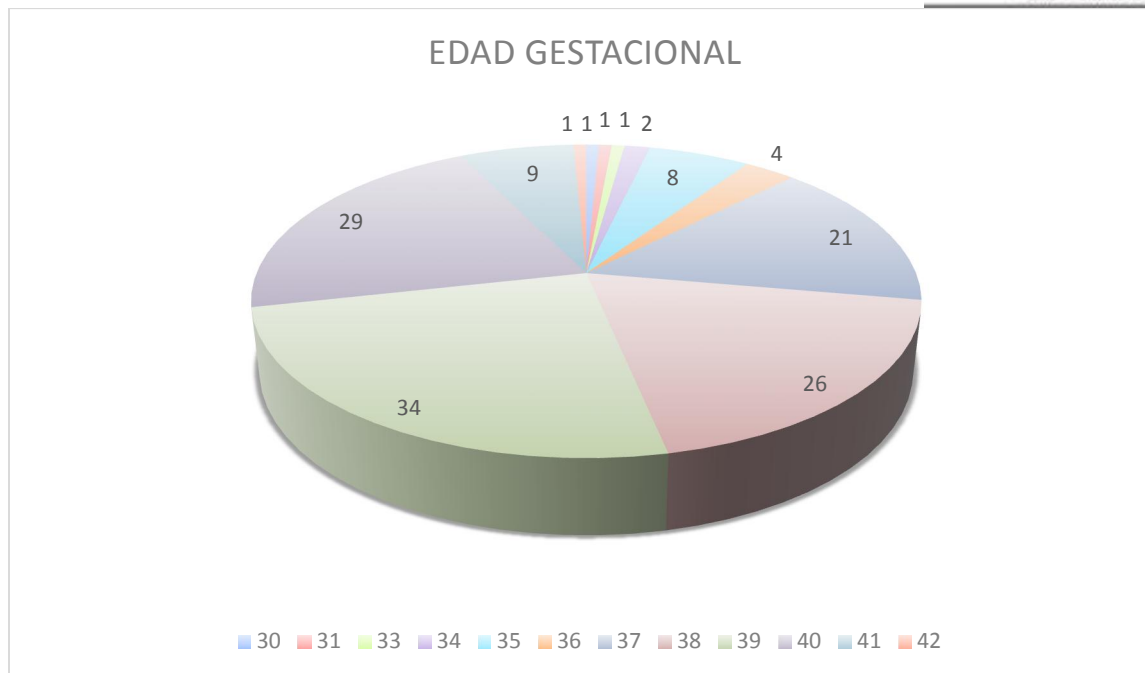
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15	4	2.89
16	2	1.44
17	4	2.89
18	8	5.79
19	17	12.31
20	18	13.04
21	9	6.52
22	20	14.49
23	23	16.66
24	8	5.79
25	11	7.97
26	26	18.84
27	25	18.11
28	4	2.89
29	3	2.17
30	5	3.62
31	2	1.44
32	2	1.44
34	4	2.89
36	1	0.72
38	1	0.72
44	1	0.72

EDADES DE LAS PACIENTES



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30	1	0.72
31	1	0.72
33	1	0.72
34	2	1.44
35	8	5.79
36	4	2.89
37	21	15.21
38	26	18.84
39	34	24.66
40	29	21.01
41	9	6.52
42	1	0.72
TOTAL	100	100



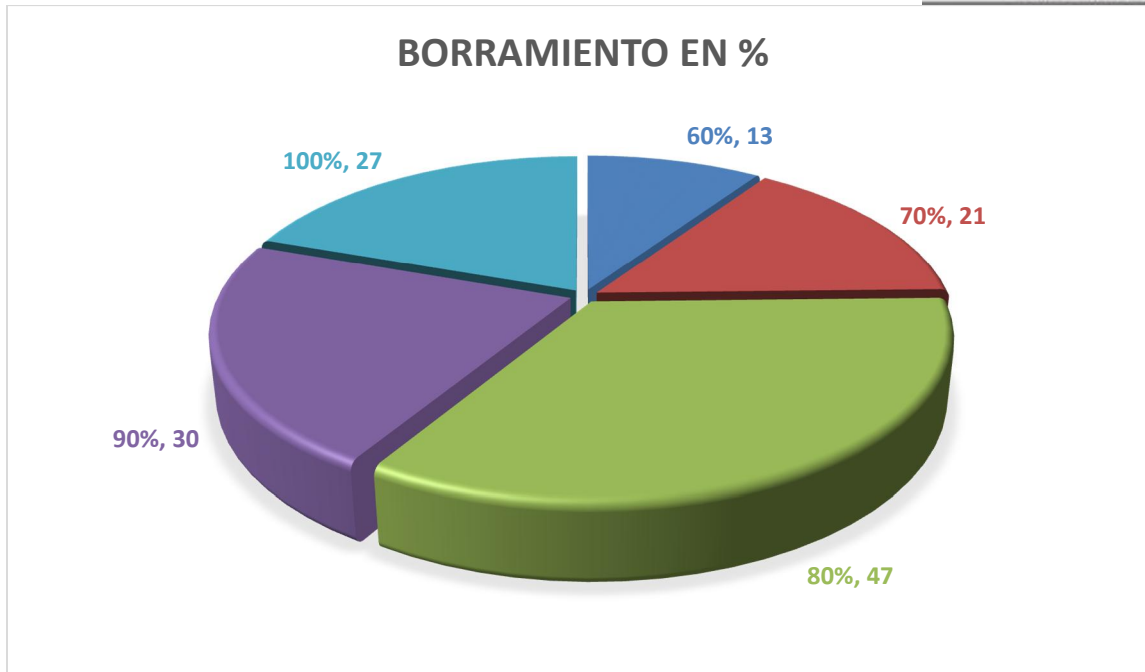
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A DILATACIÓN EN CENTIMETROS

DILATACIÓN CM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6 cm	66	47.82
8 cm	54	39.13
10cm	18	13.04
TOTAL	100	100



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL BORRAMIENTO EN %

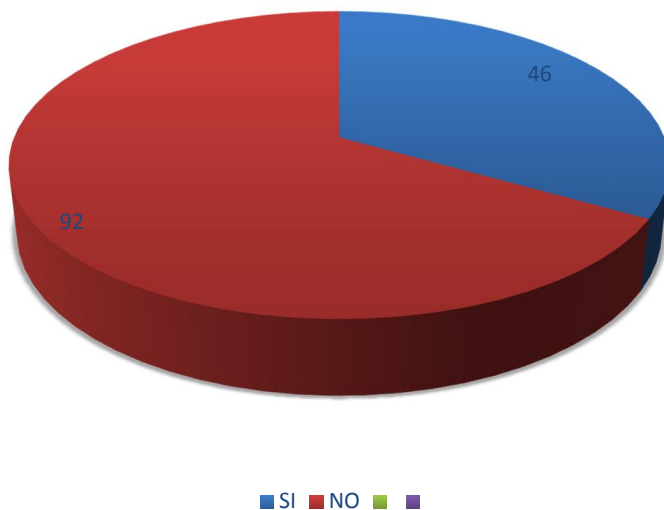
BORRAMIENTO %	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60%	13	9.42
70%	21	15.21
80%	47	34.05
90%	30	21.73
100%	27	19.56
TOTAL	100	100



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SI HAN TENIDO EMBARAZOS PREVIOS CON COLOCACIÓN DE ANALGESIA OBSTETRICA

EMBARAZO PREVIOS CON ANALGESIA OBSTETRICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	46	33.33333
NO	92	66.66666
TOTAL	100	100

EMBARAZO PREVIOS CON ANALGESIA OBSTETRICA



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO SI SE LE INFORMO SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE SE LE REALIZARIA

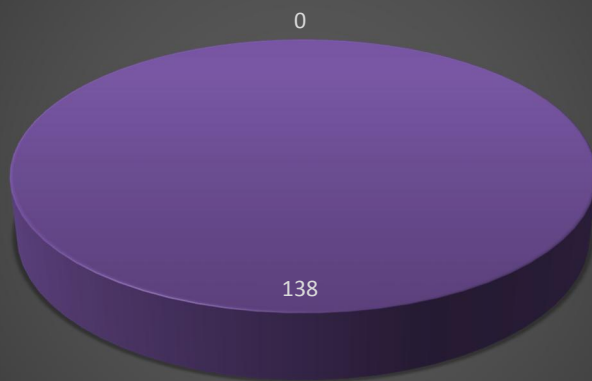
SE LE INFORMO EL PROCEDIMIENTO QUE SE REALIZARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	138	100
NO	0	0
TOTAL	100	100



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO SI SE LE INFORMO SOBRE RIESGO BENEFICIO DE TÉCNICA ANESTESICA

SE LE INFORMO EL RIESGO BENEFICIO DE LA TÉCNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	138	100
NO	0	0
TOTAL	100	100

SE LE INFORMO RIEGO BENFICIO DE LA TÉCNICA ANESTESICA



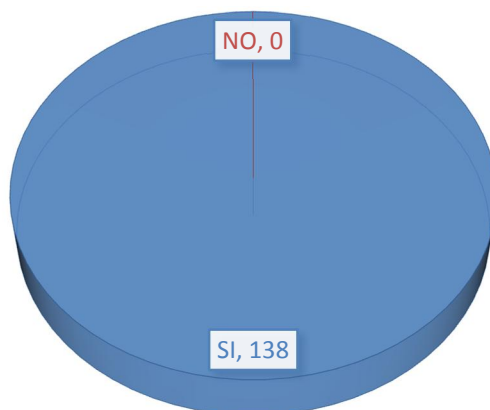
SI NO

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO SI SE FIRMO HOJA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO ANESTESICO

SE FIRMO CARTA DE
CONCENTIMIENTO
INFORMADO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	138	100
NO	0	0
TOTAL	100	100

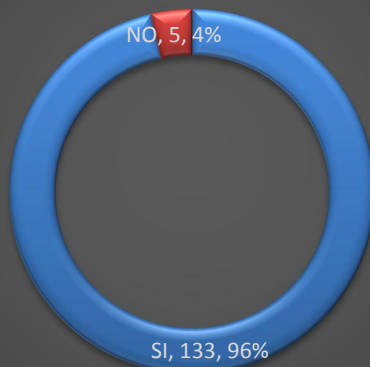
SE FIRMO CARTA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SI LO RECOMENDARIAN COMO TÉCNICA ANALGESICA PARA OTRAS PACIENTES

LO RECOMENDARIA COMO TÉCNICA ANALGESICA PARA OTRAS PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	133	96.37
NO	5	3.62
TOTAL	100	100

SI LO RECOMENDARIAN COMO TÉCNICA ANALGESICAS PARA OTRAS PACIENTES

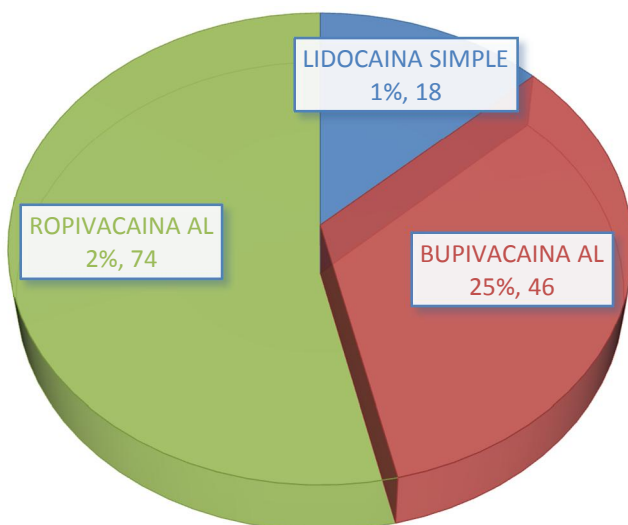


SI NO

DISTRIBUCIÓN DEACUERDO A LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS

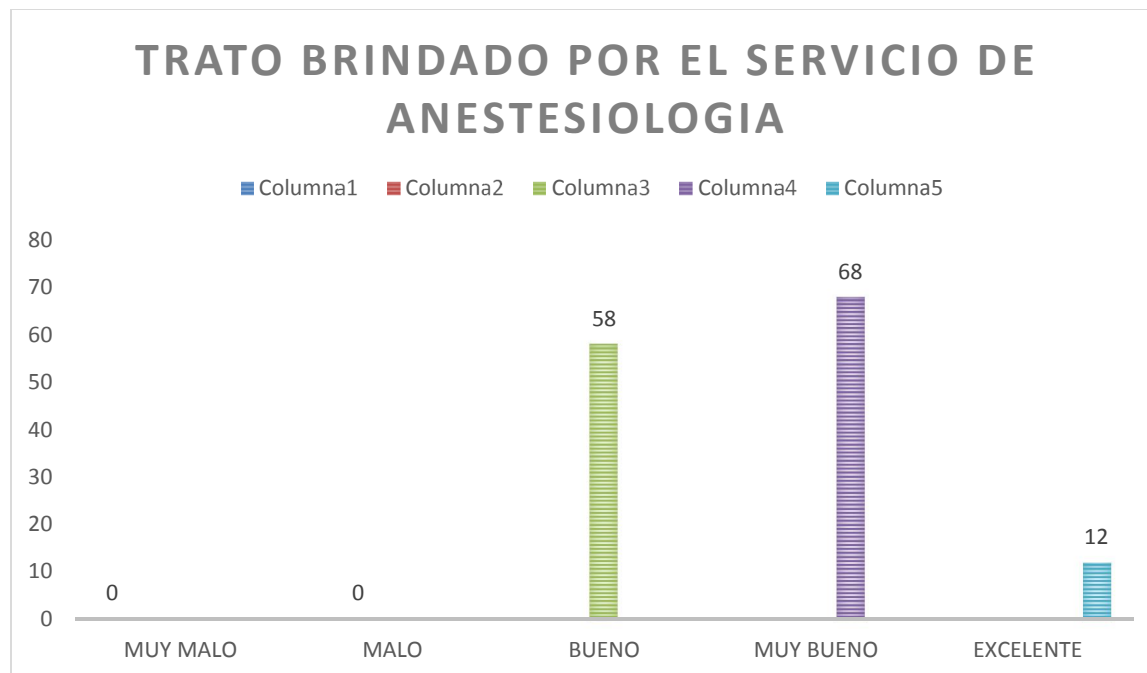
MEDICAMENTOS UTILIZADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LIDOCAINA SIMPLE 1%	18	13.04
BUPIVACAINA AL 25%	46	33.33
ROPIVACAINA AL 2%	74	53.62
TOTAL	100	100

MEDICAMENTOS UTILIZADOS



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TRATO QUE SE LE BRINDO POR EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA DE LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

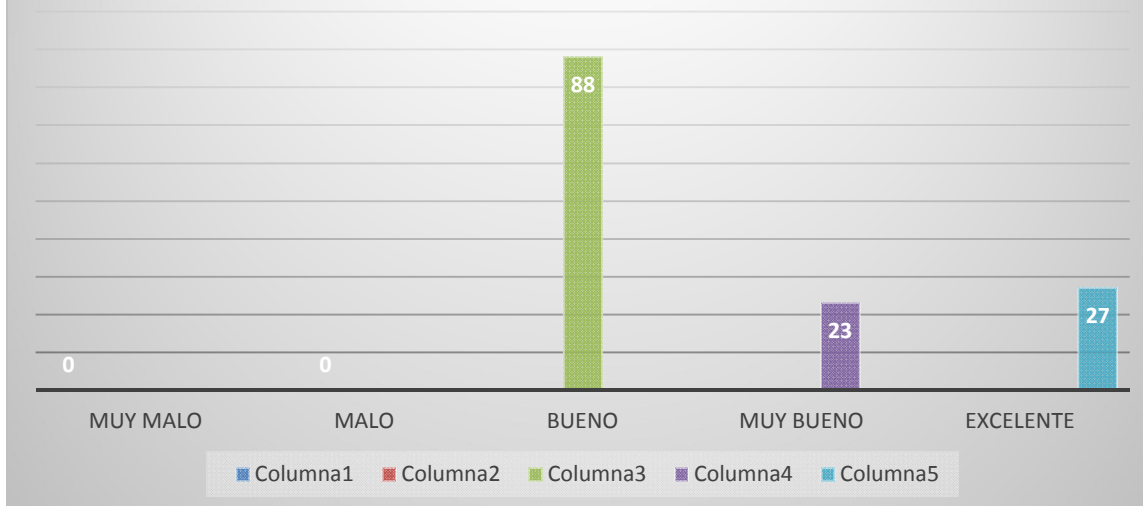
EL TRATO QUE SE BRINDO POR EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY MALO	0	0
MALO	0	0
BUENO	58	42.02
MUY BUENO	68	49.27
EXCELENTE	12	8.69
TOTAL	100	100



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA TÉCNICA ANALGESICA QUE SE LE REALIAZO

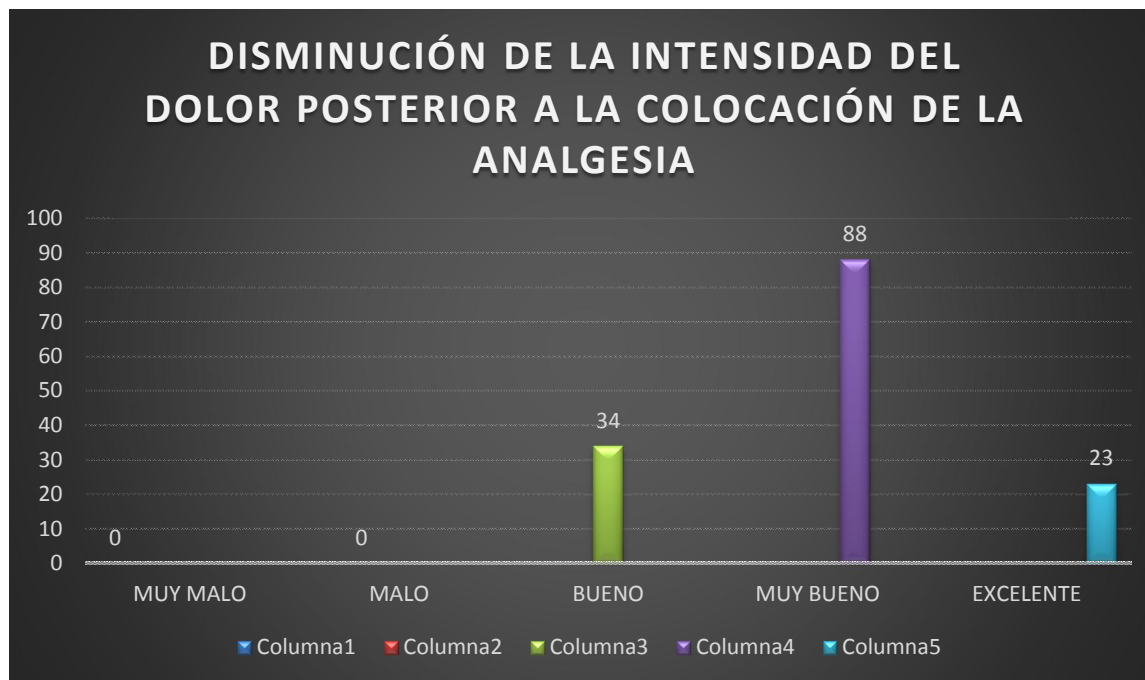
LA TÉCNICA ANALGESICA QUE SE LE REALIZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY MALO	0	0
MALO	0	0
BUENO	88	63.76
MUY BUENO	23	16.66
EXCELENTE	27	19.56
TOTAL	100	100

COMO CONSIDERA LA TÉCNICA ANALGESICA QUE SE LE BRINDO



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA DIMINUCIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

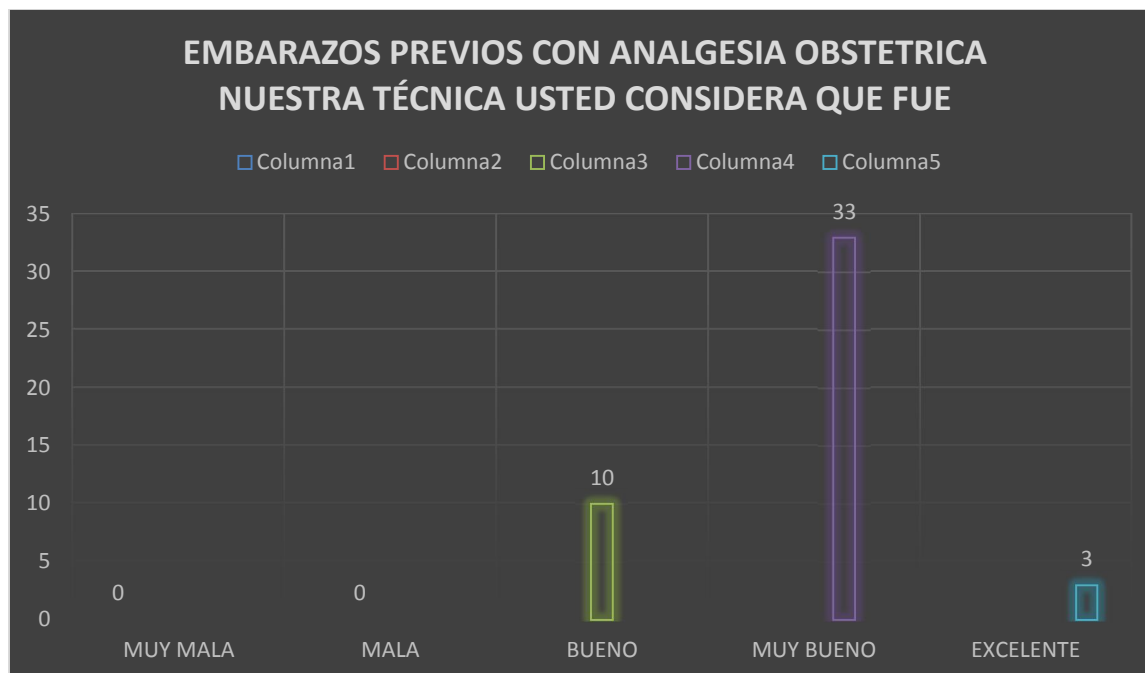
DISMINUCIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY MALO	0	0
MALO	0	0
BUENO	34	24.63
MUY BUENO	81	58.69
EXCELENTE	23	16.66
TOTAL	100	100



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A EMBARAZOS PREVIOS CON COLOCACIÓN DE ANALGESIA OBSTETRICA

EMBARAZOS PREVIOS CON COLOCACIÓN DE ANALGESIA OBSTETRICA USTED CONSIDERA QUE NUESTRA TÉCNICA FUE

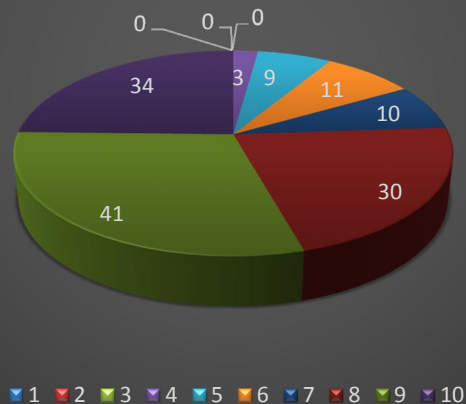
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY MALO	0	0
MALO	0	0
BUENO	10	21.73
MUY BUENO	33	71.73
EXCELENTE	3	6.52
TOTAL	46	100



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA INTENSIDAD DEL DOLOR PREVIO A LA COLOCACIÓN DE LA ANALGESIA EVALUADO POR ESCALA VERBAL ANÁLOGA(EVA)

INTENSIDAD DEL DOLOR PREVIO A LA COLOCACIÓN DE LA ANALGESIA EVALUADO POR EVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	3	2.17
5	9	6.52
6	11	7.97
7	10	7.24
8	30	21.73
9	41	29.71
10	34	24.63
TOTAL	100	100

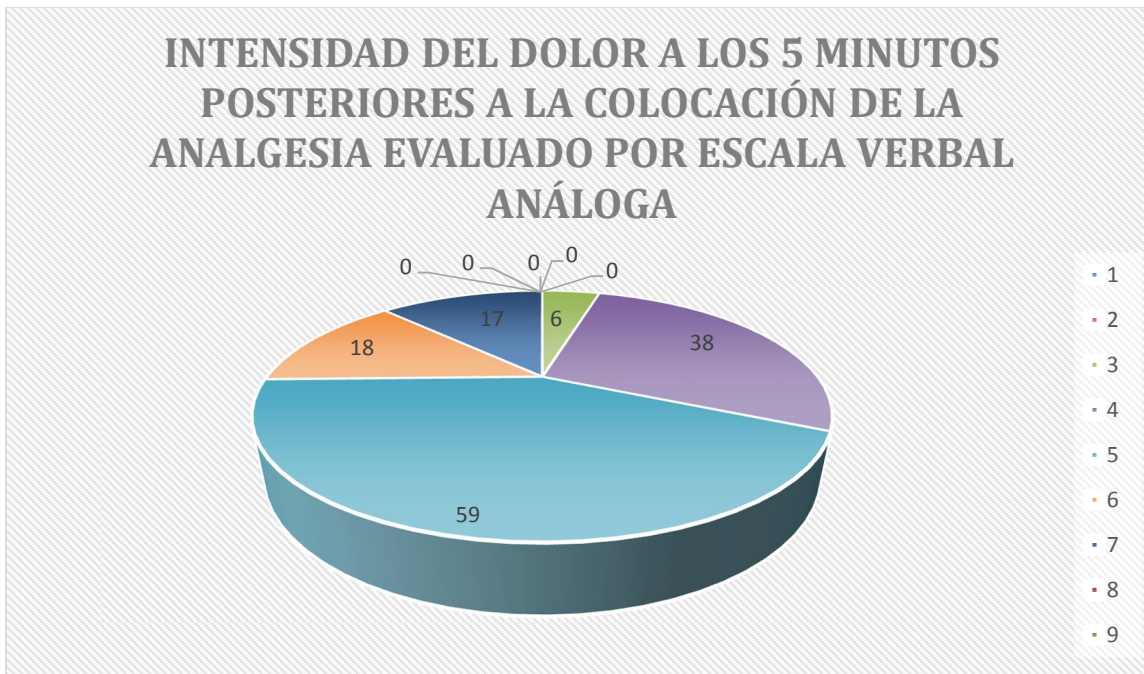
INTENSIDAD DEL DOLOR PREVIO A LA COLOCACIÓN DE LA ANALGESIA OBSTÉRICA EVALUADO POR LA ESCALA VERBAL ANÁLOGA (EVA)



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA INTENSIDAD DEL DOLOR A LOS 5 MINUTOS POSTERIOR A LA COLOCACIÓN DE LA ANALGESIA

INTENSIDAD DEL DOLOR
POSTERIOR A LA COLOCACIÓN
DE LA ANALGESIA
EVALUADO POR EVA

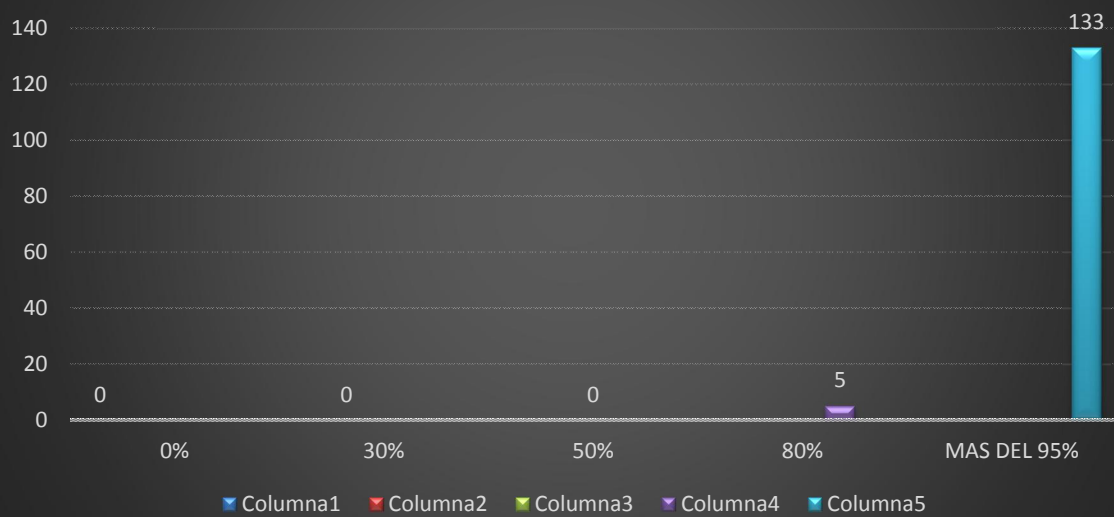
INTENSIDAD DEL DOLOR POSTERIOR A LA COLOCACIÓN DE LA ANALGESIA EVALUADO POR EVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	0	0
2	0	0
3	6	4.34
4	38	27.53
5	59	42.75
6	18	13.04
7	17	12.31
8	0	0
9	0	0
10	0	0
TOTAL	100	100



DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES

PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0%	0	0
30%	0	0
50%	0	0
80%	5	3.62
MAS DEL 95%	133	96.37
TOTAL	100	100

PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES



DISCUSIÓN:

Este estudio se enfocó a evaluar el nivel de satisfacción de las pacientes, en el campo de la anestesiología.

El tamaño de la muestra fueron (n=138) pacientes en edad reproductiva que fue de 15 a 44 años con una media de 22 años, se encontró un nivel de escolaridad de secundaria de 31.15% y universidad de 37.68, la mayoría de las pacientes su estado civil es en unión libre con 46.37%, las edades gestacionales fueron desde las 30 hasta las 42 semanas de gestación con una mayor prevalencia de mujeres en trabajo de parto a las 39 semanas lo que equivale a 24.66%.

También se encontró que todas las pacientes a las que se le solicitó el procedimiento se encontraban ya en trabajo de parto en fase activa y la mayoría se solicitó con una dilatación de 6 centímetros con un 47.82% y un borramiento del 80% con un 34.05%, de las 138 pacientes solo 46 de ellas que equivale al 33.3333% habían presentado embarazo previo con colocación de analgesia obstétrica, las cuales se les encuestó la comparación de la analgesia previa versus esta y se encontró que había sido un muy buen procedimiento en 71.73%.

En cuanto a la firma del consentimiento informado para la realización de la analgesia obstétrica se encontró que el 100% de las pacientes lo firmaron, al igual se vio que se les informó por parte del anestesiólogo tratante la técnica que se le realizaría en un 100% y los riesgos beneficios de la misma de igual manera en un 100%, los cuales considero que son puntos de suma importancia en la relación médico paciente y que evitan malos entendidos, complicaciones y por lo tanto disminuye la ansiedad y miedo de la paciente, por ende aumenta la satisfacción de las pacientes.

En el estudio se vio que el 96.37% de las pacientes si recomendarían el bloqueo peridural como una buena técnica para mitigar el dolor en el trabajo de parto el restante 3.62% no lo recomienda porque aún se ven influenciadas por los tabús que el bloqueo peridural conlleva como son dolor crónico de espalda con el frío, la pérdida de la deambulación etc.

Los medicamentos más utilizados por los médicos son la bupivacaina isobárica al 25% y la ropivacaina al 2% en 33.33% y 53.62% respectivamente por lo cual la lidocaína queda más en desuso y solo se aplicó para aquellas pacientes con 10 cm de dilatación.

En cuanto al trato que se les brindó por parte del servicio de anestesiología las pacientes lo calificaron en bueno en 42.02% y muy bueno en 49.27% lo que habla de un buen trato por dicho servicio, en cuanto al aspecto en la evaluación de la técnica analgésica recibida se encontró que las pacientes lo calificaron como bueno en un 63.76% y de manera excelente un 19.56

En cuanto a la evaluación correspondiente al dolor que es síntoma que más les aqueja y por el cual se solicita de nuestro apoyo se encontró que previo a la colocación de la analgesia obstétrica las pacientes presentaban una intensidad de dolor alta, evaluado por la escala verbal análoga (EVA), arrojando los siguientes datos intensidad de 8 fue del 21.73%, de 9 de 29.71% y de 10 fue 24.63%, 5 minutos posterior a la colocación de la analgesia se les pregunto cómo se habían sentido a lo cual se encontró una disminución de manera significativa en la intensidad de dolor reportando que la mayoría se encontraban entre el 4 y 5 con un 27.53% y 42.75% respectivamente por lo tanto en la evaluación de cómo habían considerado la disminución de la intensidad del dolor respondieron lo siguiente bueno en un 24.63% y muy bueno en un 58.69%.

Por último la encuesta por la cual surgió dicho estudio que fue la evaluación del nivel de satisfacción de las pacientes las cuales respondieron de manera favorable al nivel de satisfacción que se les brindó el servicio de anestesiología como lo reporta la bibliografía de más del 95% en un total de 133 pacientes lo que da un 96.37% de pacientes satisfechas.

CONCLUSIÓN

La satisfacción referida por parte de los pacientes es un indicador de mayor fidelidad para el seguimiento y medición de la calidad en la atención ofrecida. El desarrollo de un instrumento que permita obtener la información aportada directamente por el paciente, debería ser una tarea primordial para todos los prestadores del servicio de salud, a pesar de esto en la práctica cotidiana, no es adoptado de manera cotidiana, lo que crea un campo de oportunidad para aplicar un diferente método y estudios tal como se propuso en este estudio de investigación.

Este instrumento sugiere que la valoración del estado del paciente sea de manera integral incluyendo su perspectiva respecto a la atención que se les brindara, todo ello para mejorar el estado de estrés y ansiedad, así como la relación anestesiólogo-paciente, disminuir las complicaciones y por ende una mejor evolución.

Además de misma manera que el paciente califique la atención médica, recibida por medio de preguntas, se busca reciprocidad en cada paciente, aspecto en la práctica anestésica cotidiana no se vio alterada, como se puede ver en los resultados obtenidos y los altos grados de satisfacción como se ve en los estudios realizados en otros países.

El nivel académico, científico, técnico y tecnológico que implica el ejercicio de la anestesiología, no debe apartarse del componente humano. La sensibilidad a la experiencia emocional que representa para un paciente la intervención quirúrgica, máxime cuando se involucran padecimientos terminales o determinantes en la evolución de una patología o en su expectativa de vida. Esta sensibilidad es una faceta que no debe perderse en la frialdad del acto anestésico-quirúrgico.

La calidez en el trato desde la amabilidad, la comprensión del temor a una situación inusual o desconocida, el respeto a las creencias culturales o religiosas, el pudor de cada paciente, buscar el mayor confort en la mesa quirúrgica, son muy importantes así como el conocimiento médico que conlleva nuestra especialidad.

Con base a los datos obtenidos en este protocolo de investigación, se estable un punto de partida para la aplicación automatizada y generalizada de un instrumento como el presentado en este estudio, que permita y facilite la retroalimentación activa y organizada de opinión emitida por parte de los pacientes que reciban cualquier manejo anestésico. La obtención de la información la cual refleja el grado de satisfacción tiene un impacto considerable como indicador de calidad en atención médica y se puede identificar de manera apropiada y confiable las áreas de oportunidad en búsqueda de un continuo mejoramiento.



Finalmente hago un llamado a todos los integrantes de nuestro servicio que no olviden que el paciente es una esfera de emociones lo cual puede llevar a ser determinante en su evolución que requiere tanta atención como la que brindamos a la esfera orgánica con nuestro arsenal farmacológico.

CARTA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO

“Satisfacción analgésica en pacientes embarazadas en trabajo de parto sometidos a bloqueo peridural”

Se le invita a participar en el presente estudio, sin riesgo para usted.

Justificación y objetivos de la investigación: Al elegir el uso de ciertos medicamentos en cualquier técnica anestésica el principal objetivo es otorgar al paciente, seguridad, la mejor analgesia, el mínimo número de complicaciones, la mejor calidad y facilitar la recuperación postoperatoria de los pacientes.

Hay pocos estudios y protocolos acerca de la satisfacción analgésica otorgada a las pacientes en trabajo de parto.

Los resultados obtenidos en éste estudio deberán servirnos para evaluación, satisfacción y ver si la técnica realizada es la adecuada en pacientes sometidas en trabajo de parto, en la unidad quirúrgica del Hospital General de México. Los resultados deberán aprovecharse para canalizar nuestros esfuerzos en conocer si es o no adecuado el manejo analgésico que le brindamos a las pacientes en trabajo de parto.

Procedimientos: Se aplicara un cuestionario escrito (varias preguntas) 1 hora después de su procedimiento quirúrgico.

. El estudio no incluye ningún procedimiento de tipo experimental para usted.

Beneficios: Usted no tendrá ningún beneficio directo, todo será en beneficio de futuros pacientes.

Ventajas: no tendrá ningún costo extra para usted. Usted tendrá el derecho de aclarar cualquier duda acerca del procedimiento.

Usted puede negarse a participar en el estudio y es importante que sepa que esto no traerá ningún tipo de consecuencia para su atención y tratamiento en el hospital.

Sus datos personales y la información que nos otorgue se mantendrán en confidencialidad, esto quiere decir que no se divulgarán a nadie.

El presente estudio de investigación no le causara ningún daño; usted tendrá derecho a recibir tratamiento médico en caso de presentar algún daño causado directamente por la investigación.



Usted podrá dirigirse en caso de cualquier duda o comentario acerca del presente estudio con las siguientes personas Dr (a)

Contreras Valencia Mario Alberto, Médico Residente de tercer año del Curso de Anestesiología, teléfono 4432145570.

He leído y comprendo la información presentada en éste Consentimiento Informado, acepto participar en éste estudio de manera voluntaria y espontánea.

Nombre y firma ó huella del paciente (ó representante legal)

Nombre y firma del investigador

Testigo 1: Nombre, firma, dirección y parentesco

Testigo 2: Nombre, firma, dirección y parentesco

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Valverde Rodríguez P. anestesia peridural y sus complicaciones. revista médica de Costa Rica y centro América. 19-22, 2006**
- 2.- H.J. Lacassie. Actualizaciones en anestesia y analgesia epidural y subaracnoidea en adultos. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2008, 55:418-425.**
- 3.- Dra. Bernardette Casillas-Sánchez. Analgesia obstétrica moderna. Anestesia en México. 2009,21(1);12-22.**
- 4.- Gorian-Lemus CE. Manejo espinal de la analgesia postoperatoria. Revista mexicana de anestesiología. Vol. 30. Supl. 1, Abril-Junio 2007 pp S246-S248**
- 5.- Santana Hernández DA et al. Eficacia de la analgesia epidural posoperatoria con fentanil y bupivacaína en comparación con buprenorfina y bupivacaína en pacientes sometidos a artroplastia de cadera. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2010;15(4):204-210**
- 6.- Carrillo Esper R et al. Guía de práctica clínica para el manejo de la anestesia regional en el paciente que recibe anticoagulación y tromboprolifaxis. Revista mexicana de anestesiología. Vol. 35. Supl. 2 Julio-Septiembre 2012 pp S390-S424.**
- 7.- Campuzano C. Protocolo de analgesia epidural obstétrica en el contexto de la gestión innovadora de la asistencia y de los criterios de calidad y seguridad. Rev. Soc. Esp. Dolor 2: 117-124; 2007**
- 8.- Grediella E. Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para control del dolor del trabajo de parto. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2008; 55: 160-164**
- 9.- Capuzzo M, Alvisi R. Is it possible to measure and improve patients satisfactions with anesthesia? Anesthesiology Clin. 2008;26: 613-623.**
- 10.-Gempeler Fe, Avellaneda MV. Evaluación de la satisfacción y tiempo recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el hospital universitario San Ignacio. Revista Colombiana de Anestesiología 2010;38(2), 178-202**
- 11.- Heidegger T, Saal D, Nuebling M. Patients Satisfactions with anesthesia care: what is patient satisfaction, how should it be measured and what is de evidence for ussering high patient satisfaction? Best Practices and Reseach Clinic anesthesiology 2006;20(2), 331-346**
- 12.- Vouri H. Patients Satisfaction-Does its matter?Quality Assuranse Health Care 1991;3:183-189**