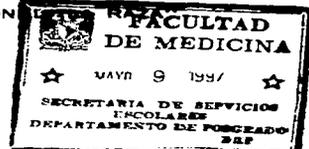


11202²⁴/₂₄



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL



“LA COMUNICACION ANESTESIOLOGO-PACIENTE
COMO DETERMINANTE PARA LA
ACEPTACION DE LA ANESTESIA REGIONAL”

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN
ANESTESIOLOGIA

PRESENTA:

DR: ALFREDO FLORES GUILLEN

No. Bo.
Alfredo



MEXICO, D. F.

AÑO DE 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

TITULO	1
AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	3
INTRODUCCION	4
MATERIAL Y METODO	7
RESULTADOS	10
DISCUSION	14
CONCLUSIONES	17
RESUMEN	18
ANEXOS	19
ABSTRACT	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37

TITULO

"LA COMUNICACION ANESTESIOLOGO-PACIENTE COMO DETERMINANTE PARA LA ACEPTACION DE LA ANESTESIA REGIONAL".

- * **Dr. Alfredo Flores Guillén. Medico becario del tercer año de Anestesiología Hospital de Especialidades centro Medico Nacional "La Raza"**
- * **Dra. Maria Eugenia Guzmán Pruneda. Jefe del Departamento de Anestesiología Hospital de Otopedia "Magdalena de las Salinas"**
- * **Dr. Miguel Angel Santiago Martinez. Medico No familiar adscrito al Hospital de Ortopedia "Magdalena de las Salinas" I.M.S.S.**
- * **Dr. Juan J Dosta Herrera. Profesor titular del curso de Anestesiología del Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional "La Raza"**
- * **Dr. Daniel Flores López. Jefe del Dpto. de Anestesiología del Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional "La Raza"**

Agradezco a la Dra. Maria Eugenia Guzmán y al Dr. Miguel Angel Santiago Martínez por su valiosa colaboración para la realización de este trabajo.

Al Dr. Ricardo Quevedo Hernández, así como al Dr. Juan José Dosta Herrera por su interés y preocupación en la enseñanza del médico residente.

A todos mis profesores:

GRACIAS...

A mis padres: por que gracias a ellos he conseguido el más grande de mis anhelos, que es salir adelante ante la vida pese a sus adversidades.

La mejor virtud de un anesestiólogo es mostrar su humanismo en cada uno de sus pacientes, así como la anticipación a los problemas que puedan surgir en su práctica profesional, siendo lo mas importante el bienestar del paciente

J.J.M.

INTRODUCCION

Hoy en día el uso de la anestesia local es aceptada a nivel mundial como un procedimiento de alta eficacia y que produce mínimos riesgos comparada con la anestesia general.

Sin embargo el paciente desconoce las bondades y beneficios de este procedimiento y por consejos de personas ajenas a la práctica médica, le temen; ya que en un buen número de veces se le ha señalado que pueden presentar complicaciones, por ejemplo el quedar parálíticos. En los libros de anestesia se explica perfectamente la técnica, pero se olvida por completo la comunicación que debe existir entre el médico-paciente, que en la actualidad se encuentra deteriorada.

Con mucha frecuencia el paciente ingresa con enorme angustia ante el temor de su cirugía; manifestada como una inadaptación al medio intrahospitalario y en el área quirúrgica, ya que en la mayoría de las veces es desconocida por el paciente, esto trae como consecuencia el rechazo o no cooperación en la anestesia regional, así como problemas a otros niveles: Dificultad para el procedimiento, alteración de los signos vitales, prolongación del método anestésico y en ocasiones problemas en el periodo transanestésico.

En el marco ideal, la valoración preanestésica deberá contemplar la explicación al paciente del procedimiento a realizar (técnica, indicaciones, riesgos, complicaciones, etc...), que en la actualidad no se efectúa. Por tal motivo, nos levó a realizar el presente estudio, básicamente para valorar, si una adecuada comunicación anesthesiologo-paciente, permitirá disminuir el estres que origina lo señalado anteriormente, justificando que nuestro paciente sometido a un acto quirúrgico, se brinde el tiempo necesario y lograr estabilizar su estado de ánimo y que con ello permita la mejor aceptación de la anestesia regional, dando así la base de un procedimiento anestésico de mejor calidad y en óptimas condiciones.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En las últimas décadas en la comunicación en la relación médico paciente se ha ido deteriorando y más notablemente en el área anestésico-quirúrgica, ya que es frecuente que no se informe adecuadamente al paciente de los métodos anestésicos que se emplearán así como tampoco se toma en cuenta su inquietudes que surgen durante el periodo pretrans-postanestésico; dando como resultado una actitud negativa para aceptar la anestesia regional, así como la realización de la misma. Esta situación a la que con cierta frecuencia se enfrenta el anesthesiólogo, sin llevar a analizarse profundamente las causas que originan esta actitud (1,2).

Esta problemática ha despertado el interés de varios investigadores como el caso de Papanikolaou M. El cual mostró que los factores psicológicos intervienen en la decisión con el tipo de personalidad, edad y educación, también el tipo y duración de la enfermedad así como los antecedentes anestésicos, etc.

De igual manera Keep y Jenkins en 1988 compararon a los pacientes que recibieron una valoración preanestésica rutinaria, en contraposición a los que recibieron una información detallada, encontrándose que estos últimos aceptaron mejor la anestesia regional (4).

Así mismo, los pacientes con experiencia previas fueron los más receptivos y menos influidos por la información dada en nuevas visitas preanestésicas.

Sin duda la confianza que se obtiene al personalizar la visita preanestésica y más aún, si esta la realiza el anesthesiólogo tratante, redundando en una disminución considerable de la ansiedad (5).

Consideramos que es una obligación profesional del anesthesiólogo disminuir el choque psicológico que se presenta en el paciente hospitalizado para un evento quirúrgico, por lo que una de las metas en el manejo anestésico debe ser el brindarle al paciente el mayor confort posible, ya que esta establecido por los autores ya mencionados que esto se logra con una

mejor relación anestesiólogo-paciente.

En forma paralela, en algunos casos, se piensa en forma errónea, que esto se obtiene por medio de la administración anti-asiolíticos o sedantes, que únicamente logran mantener al paciente en estado subhipnótico, y en ningún momento suprimen o atenúan el origen de la ansiedad.

De igual manera, se ha intentado también suprimir estos factores adversos mediante la hipnosis, quienes conocen bien el empleo de esta técnica han ideado métodos para desviar la atención del paciente de la fuente de ansiedad ayudando a inducir un estado de ánimo sereno (6).

Debido a lo expuesto anteriormente, consideramos, que es de una gran relevancia transpolar estas experiencias a nuestro universo de trabajo, colaborando así en gran medida al acercamiento del médico hacia el paciente, y por lo tanto modificando los factores que influyen en la aceptación de la anestesia regional.

Por tal motivo nos planteamos el siguiente objetivo: demostrar la influencia que existe entre una adecuada información anestesiólogo-paciente y el grado de aceptación y satisfacción del procedimiento anestésico empleado, en particular de la anestesia regional.

MATERIALES Y METODOS

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de enseñanza e investigación del Hospital de ortopedia "Magdalena de las Salinas" IMSS. Se obtuvo el consentimiento verbal y por escrito de cada uno de los pacientes.

Se estudiaron 200 pacientes de ambos sexos, con edades entre 25 a 55 años, con clasificación ASA I y II, programados para cirugía de ortopedia y candidatos a manejo anestésico regional (Tabla I).

El tipo de cirugía fue básicamente de miembro torácico, columna, cadera y miembro pélvico (Tabla II). Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban deterioro de su capacidad intelectual por cualquier causa, también los que recibían tratamiento psiquiátrico, a los analfabetas y a aquellos pacientes que recibieron otro procedimiento anestésico diferente al regional y los que se negaron a participar en el estudio.

El estudio se realizó durante la valoración preanestésica, en la sala de preanestésica y la sala de recuperación.

Se formaron dos grupos de 100 pacientes cada uno en forma aleatorizada, grupo control A, n = 100, sólo se le realizó visita preanestésica habitual y la muestra b, n = 100, los cuales recibieron información detallada del procedimiento anestésico en forma breve y sencilla, con palabras simples acerca del procedimiento anestésico/quirúrgico con la finalidad de dar confianza y tranquilidad, también se explicó el tipo de técnica anestésica con sus indicaciones, beneficios, riesgos y posibles complicaciones posteriores al evento.

Se aplicó un cuestionario que contenía preguntas abiertas y cerradas en tres tiempos (en la visita preanestésico, prequirúrgico y postoperatorio).

El contenido de este cuestionario valoró el conocimiento que tiene el paciente acerca de los tipos de anestesia que existen, así como el papel, habilidades y preparación profesional del anesthesiólogo.

Otro rubro de preguntas investigaba la opinión o preferencias del procedimiento anestésico, también la influencia del medio hospitalario sobre el estado emocional, inquietudes generales sobre sensación desagradable o molestias ocasionadas por los efectos anestésicos. Finalmente en la valoración preanestésica se interrogó la aceptación o rechazo del procedimiento anestésico regional.

En sala preanestésica se interrogó únicamente la opinión acerca de la técnica utilizada y satisfacción o no de la anestesia regional.

Durante el período postoperatorio se interrogó al paciente, sobre la opinión que tenía acerca de la técnica anestésica utilizada y el grado de aceptación y satisfacción o no de la anestesia regional.

ANALISIS ESTADISTICO

- 1.- Medidas de tendencia central (media, mediana, moda, y desviación estándar).**
- 2.- La contrastación de las diferencias intergrupales se realizaron por medio de X². Todos los valores con $p < 0.05$ fueron considerados como estadísticamente significativos.**

RESULTADOS

El estudio incluyó 200 pacientes programados para cirugía ortopédica quienes se dividieron en dos grupos, Grupo A (grupo control) el cual sólo recibió visita preanestésica habitual, el grupo B (grupo de estudio) a quien se le proporcionó una adecuada comunicación sobre el procedimiento anestésico. El estudio incluyó 101 mujeres y 99 hombres (Gráfica 1), 14 pacientes rehusaron a participar, por bajo nivel cultural, y 20 porque desconfiaron de los propósitos del estudio.

En cuanto a los datos demográficos (edad, sexo, educación y religión) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Gráfica 2). El promedio de edad osciló entre 36 ± 7 años, nivel de escolaridad de 8.5 ± 4 años y la mayoría de los pacientes eran católicos en ambos grupos.

Para el 41% de los pacientes en el grupo A se operó de miembro pélvico, el 17% de miembro torácico, el 20% de columna y el 22% de cadera, del grupo B el 34% fue de M.P., el 28% de M.T., el 21% de columna y el 17% de cadera (Gráfica 3).

El grado de aceptación de la anestesia regional fue mayor en el grupo B (82 pacientes v.s. 45 del grupo A), siendo estadísticamente significativo $p < 0.05$; el grado de satisfacción de la anestesia regional fue mayor en el grupo B (84 pacientes v.s. 57 del grupo A), siendo estadísticamente significativo con $p < 0.05$ (Gráfica 3).

Con respecto al sexo los hombres aceptaron mejor la anestesia regional mostrando una $p < 0.01$ (Tabla IV).

Encontramos también que el grupo de edad que mejor aceptó la anestesia regional es de 36 - 45 años con $p < 0.05$, por tipo de cirugía encontramos que los pacientes operados de miembro pélvico y de cadera son los que mejor consienten la anestesia regional con $p < 0.05$ y $p < 0.01$ respectivamente (Tabla V). También se encontró que los pacientes se dedicaban a

varios oficios (jornaleros, trabajadores de la construcción y asalariados) aceptaban mejor la A.R. $p < 0.05$, aunque en menor grado los profesionistas $p < 0.05$ (Tabla VII).

Por último, se observó que los pacientes sin antecedentes quirúrgicos anteriores, como los de nivel socioeconómico bajo aceptaron mejor la anestesia regional con $p < 0.05$ y $p < 0.01$ respectivamente (Tabla VIII, IX y X).

DATOS OBTENIDOS DEL TOTAL DE PACIENTES

Con respecto al resultado de las preguntas abiertas se observó que los pacientes que respondieron en forma BREVE las preguntas, solo el 73% de ellos aceptaron la anestesia regional (A.R.) en el grupo muestra, mientras que el grupo control solamente aceptaron el 34%. El grupo de pacientes que se mostraron extrovertidos al contestar, en ambos grupos tuvieron el mismo comportamiento con una aceptación del 55%.

También se encontró que los pacientes no tienen un conocimiento claro del procedimiento anestésico, tampoco de las habilidades, papel y preparación del anestesiólogo pudiendo ser este uno de los motivos por los que los pacientes no aceptaron la A.R. En el grupo muestra el 56% tenía un conocimiento claro del papel del anestesiólogo, en contraste con el grupo de control el cual fue de 12% solamente.

Del total de pacientes el 97% tenía la inquietud de saber cual era el rol y trabajo del anestesiólogo. El 56% de los pacientes no sabía quién se encargaría de su estado de salud en el quirófano, el 12% dijo que el personal paramédico, el resto dijo que todo el equipo quirúrgico. Esta situación no tuvo repercusión importante para el grado de satisfacción y aceptación de la A.R.

A un gran porcentaje de los pacientes (70% les gustaría que el anestesiólogo los visitara después de la cirugía, básicamente para tener información de los posibles complicaciones postanestésicas, saber su comportamiento en el quirófano, para dar las gracias y para el control postoperatorio. El 25% de los pacientes les gustaría escoger a su anestesiólogo (el mejor), el resto argumentó que todos estaban capacitados.

El 39% de los pacientes refirieron tener miedo a presentar complicaciones postanestésicas y el 43% a lo desconocido.

En cuanto a la opinión que tienen los pacientes con respecto a los anestesiólogos sólo el 69% de ellos opinaron que son buenos básicamente por el trato en el quirófano el cual fue amable, da confianza al paciente y que tienen muchos conocimientos, ya que de ellos depende su vida en el quirófano. El 17% de los pacientes se quejó del procedimiento anestésico por la mala aplicación y presencia de molestias durante la colocación del anestésico, siendo más relevante en los pacientes sometidos a cirugía de miembro torácico y columna.

Un 14% se negó a contestar algunas preguntas por no tener repercusiones para su manejo postoperatorio.

Al inicio del estudio la mayoría de los pacientes estudiados tenían la idea de que al hablar de anestesiólogo y anestesia se referían a los mismos, algunos argumentaban que solo había diferencias por el sexo. Posterior al estudio se consiguió que el 62% de los pacientes aceptaran que el anestesiólogo es una persona más preparada para resolver alguna complicación anestésica y parcialmente quirúrgica. Esta situación no tuvo relevancia con respecto a la aceptación de la anestesia regional, no así para la satisfacción, ya que la mayoría argumentó que se sentían más seguros en un quirófano en caso de que se presentara una complicación.

DISCUSION

ELSSAR Y COLS. En 1987 encontraron que los pacientes a quienes no habían recibido una visita preanestésica se mostraron inconformes durante la preparación quirúrgica. Con esto sostuvieron que si se ofrece una buena información acerca de estres y conocimientos se ofrece un buen soporte emocional. En nuestro estudio no solo logramos la mejor participación en la preparación quirúrgica, también se logró una mejor aceptación de la anestesia regional y satisfacción postquirúrgica.

Este mismo autor argumenta que un mejor consentimiento de la A.R. esta asociado con la edad avanzada y la negación a los jóvenes por la falta de madurez a situaciones difíciles, así también , la personalidad, el grado de neurosis, la personalidad extrovertida fueron asociados a la elección del método anestésico.

En nuestro estudio encontramos que no solo la edad avanzada fue asociada a una mejor aceptación de la A.R., sino también, el sexo, el tipo de cirugía, el grado de escolaridad, el nivel socioeconómico, ocupación y los antecedentes quirúrgicos ya que el sexo masculino, los pacientes de cirugía de cadera y miembro pélvico así como los jornaleros profesionistas, obreros, sin antecedentes quirúrgicos, de nivel socioeconómico bajo y de escolaridad de licenciatura junto con los de secundaria aceptaron mejor la anestesia regional.

También este mismo autor comenta los beneficios que trae una información detallada en la visita preanestésica, y refiere que la respuesta al estres no es igual en todos los pacientes. El estudio nos permitió identificar a este tipo de personas, donde se tuvo en ocasiones ofrecerle otro tipo de anestesia. También observamos que mucho de este estres se debía a no conocer el tratamiento quirúrgico, tipo de anestesia y las molestias postquirúrgicas.

ERNEST Y COLS. En 1990 observó en un estudio realizado en 150 pacientes que el 65% de estos dijo que la visita preanestésica los había hecho menos aprensivos, y sus temores

eran básicamente a la A.R. al 70% minutos antes de entrar al quirófano, al 85% momentos antes de la cirugía, y al 65% al escuchar el instrumental en el quirófano. En los pacientes que representaron complicaciones postanestésicas (náuseas, vómitos, dolor en el sitio de la inyección, trastornos visuales, escosor en la lengua, dolor de mandíbula se encontraron satisfecho a la anestésica regional.

En nuestro estudio comparativo se comprobó que la visita preanestésica con información detallada obtuvo mejor consentimiento de la A.R. con disminución de los temores en los pacientes momentos antes de entrar al quirófano, antes de la cirugía y a las complicaciones postanestésicas. También se observó un mejor grado de satisfacción en los pacientes con información detallada por el alto grado de cortesía por parte del anesthesiologo, el buen desarrollo de la anestesia y al escuchar la conversación del anesthesiologo.

Farnyl en 1990, en un estudio entre australianos y canadienses demostró que al 80% de ellos prefieren tener información acerca de las complicaciones y riesgos acerca de su anestesia. Situación similar a nuestro estudio que fue del 70%, pero también refirieron que les gustaría que el anesthesiologo los visitara después de su cirugía básicamente para saber las complicaciones postanestésicas, para darle las gracias al anesthesiologo, para el control del dolor postoperatorio y para preguntarle acerca de su comportamiento en el quirófano.

Swinhoe en 1994, observó que solo el 35% de los anesthesiologos eran calificados como médico y el 80% lo tomo como técnico, que se dedicaba a la administración de la anestesia y al monitoreo. En nuestro estudio pudimos observar que solo el 50% de los pacientes pensaba que el anesthesiologo era médico, el resto no sabía y un 70% argumenta que el término anesthesiologo y anestesista son sinónimos, en 40% dijo que al haber de anestesista se refiere al género femenino de la especialidad, lo contrario sucede cuando se habla de anesthesiologo. Esta situación no mostró ser relevante para la aceptación y la satisfacción de la anestesia regional.

Papanikolau y Voulgary en 1994, demostraron que los pacientes de cualquier tipo de

cirugía, que solo el 56% de los pacientes aceptaron ser anestesiados con anestesia regional, esta decisión fue asociada al tipo de personalidad (extrovertida), ala presencia de ansiedad y la depresión existente en ese momento, también se asoció a aquellos pacientes con presencia de la enfermedad por más de 6 meses. Consistieron mejor la A.R. aquellos pacientes de edad media, con bajo nivel de neurosis y una alta extroversión.

En nuestro estudio, se observó que el consentimiento de la A.R. fue asociada a el sexo, edad avanzada, escolaridad, nivel socioeconómico, tipo de cirugía, ocupación y antecedentes quirúrgicos, influenciando básicamente por la información dada. Durante la visita preanestésica ya comentado anteriormente.

Katan y Sheule, en 1991, en un estudio con 800 pacientes, demostró que solo el 6% de ellos aceptaron la anestesia regional al no tener ninguna información acerca de su procedimiento anestésico y quirúrgico, y un 92% prefirió una anestesia general para no sentir nada, pesaron que era peligrosa. Los pacientes que insistieron en una anestesia regional, sabían que se encontraban ante un anesthesiólogo calificado, con experiencias gratas, presencia de mínimo dolor postquirúrgico, los premedicados y los que tenían medicamentos disponibles para el dolor postoperatorio, los pacientes con más anestésicos generales prefirieron a esta última.

En nuestro estudio demostramos que hay una mejor aceptación y satisfacción de la A.R. cuando existe una mejor información y una mejor relación anesthesiólogo-paciente.

CONCLUSIONES

Nosotros observamos que los pacientes al someterse a un procedimiento anestésico quirúrgico desconocen en su gran mayoría lo relacionado al manejo de anestésico. Con esto, las personas se demuestran inquietas, temerosas, angustiadas u ansiosas ante un procedimiento quirúrgico bajo anestesia regional, lo que trae como consecuencia y conscientemente el rechazo de este procedimiento. Una gran mayoría de estos pacientes prefieren encontrarse sedados o inconscientes durante su cirugía, esto con el fin de no enterarse de nada hasta después de terminarse ésta. Con este estudio concluimos que una adecuada comunicación anesthesiólogo-paciente y una información detallada del procedimiento anestésico donde el paciente conocerá sus indicaciones, beneficios, riesgos o complicaciones, que son mínimas en su gran mayoría, esto incrementará la aceptación de la misma, en comparación de aquellos donde no se establece una adecuada comunicación.

En estas circunstancias, el paciente mejor informado o que conoce las bondades de esta técnica, erradicará la imagen distorsionada que tenía de estos procedimientos y con ello se disminuye la ansiedad y el estrés de la cirugía, aumentando la confianza en el personal que lo está manejando en ese momento, así como una mejor adaptabilidad al medio intrahospitalario y en especial del quirófano. También se incrementará la satisfacción del procedimiento utilizado.

RESUMEN

La comunicación anesthesiólogo-paciente es determinante para la aceptación de la anestesia regional, muy utilizada en nuestros días.

OBJETIVO

Demostrar que una adecuada comunicación anesthesiólogo-paciente influye en la aceptación y satisfacción de la anestesia regional.

DISEÑO

200 pacientes programados para cirugía de cadera, columna, miembro pélvico y torácico, bajo anestesia regional, divididos en 2 grupos de 100 (A = control) recibió visita preanestésica habitual, (B = muestra) con comunicación acerca del procedimiento anestésico, en forma detallada.

Se midió el grado de satisfacción y aceptación del procedimiento anestésico.

RESULTADOS

Hubo una mejor aceptación y satisfacción de la anestesia regional en el grupo B ($p < 0.05$) usando X², influyendo la edad (36 - 45 años), cirugía de miembro pélvico, sin antecedentes quirúrgicos, escolaridad secundaria, nivel socioeconómico bajo y comunicación extrovertida ($p < 0.05$) importantes para la aceptación.

CONCLUSIONES

Una adecuada comunicación anesthesiólogo paciente es determinante para la aceptación del procedimiento anestésico donde influye: edad sexo, escolaridad, antecedentes quirúrgicos, nivel socioeconómico y personalidad extrovertida.

ANEXOS

ABSTRACT

The use of Regional Anaesthesia has been to incremented. But it wasn't accepted by the patients.

OBJETIVE

Investigate if an adequate communication with anesthesist and patient will the acceptance and satisfaction of the Regional Anaesthesia.

DESIGN

We estudiated 200 patients by dividing in 2 groups (A = 100), recived the habitual preanesthetic visit. And (B = 100) recived an adecuate information about the procedures of anaesthesia; measured the grade of satisfaction and acceptance of this.

RESULTS

Using X², for the statistic analisis, was found a major grade of acceptance and satisfaction of the regional anesthesia in te group B. Factors that influenced in this desicion are: patients between 36 - 45 years old, pelvic member surgery, studies at junior high school, socioeconomic level low and open communication ($p < 0.05$).

CONCLUSION

A good communication between anesthesist-patient as well as the age, schooling and open communication, type of surgery and the socioeconomic level determine a better acceptance and satisfaction of the Regional Anaesthesia.

HOJA DE REGISTRO

GLOBALIZACION DE LA INFORMACION

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

**PREPARACION ACADEMICA, PAPEL Y CAPACITACION DEL ANESTESIOLOGO,
INQUIETUDES GENERALES CON RESPECTO AL ANESTESIOLOGO AL
PROCEDIMIENTO ANESTESICO.**

ANTECEDENTES QUIRURGICOS PREVIOS.

PREFERENCIA DEL METODO ANESTESICO POR PARTE DEL PACIENTE.

NIVEL SOCIOECONOMICO.

GRADO DE INSTRUCCION ACADEMICA.

ACEPTACION DE LA ANESTESIA REGIONAL.

**COOPERACION DEL PACIENTE DURANTE EL PROCÉDIMIENTO ANESTESICO
(ANESTESIA REGIONAL)**

GRADO DE SATISFACCION DEL METODO ANESTESICO (A.R.)

SECCION DE TABLAS Y GRAFICAS

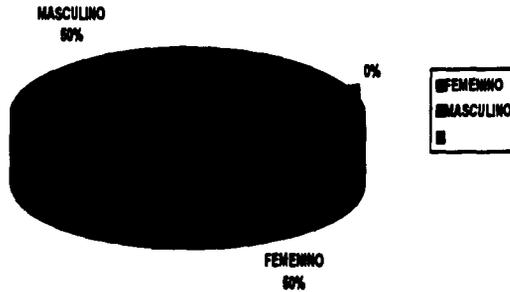
Los datos demográficos que se observan en la tabla I no se encontraron diferencias significativas ($p < 0.01$).

GRUPO	DATOS DEMOGRAFICOS	
	A	B
EDAD	35.8±6.3	38.1±7.5
SEXO M/F	52/48	47/53
EDUCACION	9±4.2	8.4±3.1
RELIGION CATOLICA	97%	96%

TABLA II. Se muestra la distribución de frecuencias porcentuales de ambos grupos por el tipo de cirugía realizada.

TIPO DE CIRUGIA	GRUPO A		GRUPO B	
	No de	ENFERMOS	No de	ENFERMOS
MEMBRANO PELVICO	41%	34%	41%	34%
M. TORACICO	17%	28%	17%	28%
COLUMNA	20%	21%	20%	21%
CADERA	22%	17%	22%	17%

DATOS DEMOGRAFICOS SEXO



23

GRAFICA 1

DATOS DEMOGRAFICOS.



○ GRUPO A ● GRUPO B

Gráfica que muestra los datos demográficos donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con $p < 0.05$

GRAFICA 2

EN LA TABLA III. Se muestra el grado de aceptación y satisfacción del procedimiento anestésico empleado.

	GRUPO A	GRUPO B	P
ACEPTACION	45	52	<0.05
SATISFACCION	57	64	<0.05

Se puede observar en la tabla que tanto en la aceptación como en la satisfacción existe una modificación positiva para el grupo que se le aplicó la maniobra. Con una $p < 0.05$

EN LA TABLA IV. Se muestra la relación entre el sexo y la aceptación del procedimiento anestésico regional.

SEXO	ACEPTACION		P
	GRUPO A	GRUPO B	
MASC. n=22/41	25	41	<0.01
FEM. n=19/33	20	38	<0.05

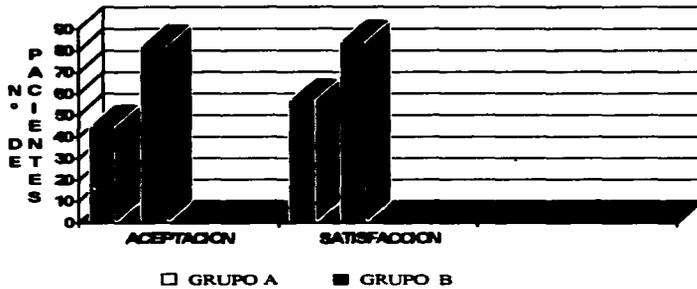
Se observa que los hombres aceptan la anestesia regional mejor que las mujeres teniendo $p < 0.01$, siendo significativa la diferencia, en comparación de las mujeres que mostraron una significancia inferior con una $p < 0.05$

TABLA V. Grupo de edad y la relación con la aceptación de la anestesia regional

EDAD EN AÑOS	GRUPO A	GRUPO B	P
23-35	15	15	<0.05
36-45	19	50	<0.05
46-55	25	20	<0.01

Se encontró un mayor grado de aceptación en las edades comprendidas entre los grupos de 46 a 55 años en el grupo muestral, con $p < 0.01$.

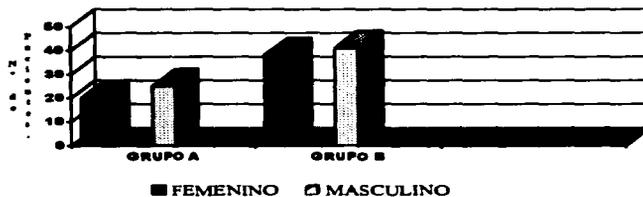
**NIVEL DE ACEPTACION Y SATISFACCION
DE LA ANESTESIA REGIONAL**



Nivel de aceptación y satisfacción de ambos grupos. Siendo estadísticamente significativo. $p < 0.05$.

GRAFICA 3

NIVEL DE ACEPTACION POR SEXO



Nivel de aceptación por sexo: donde los hombres aceptaron mejor la anestesia regional, siendo estadísticamente significativo ($p < 0.05$)

GRAFICA 4

NIVEL DE ACEPTACION DE LA ANESTESIA REGIONAL POR GRUPO DE EDAD



En esta gráfica se muestra que el grupo de edad que consintió mejor la anestesia regional fué el de 36-45 años. Siendo significativo con $p < 0.05$.

GRAFICA 5

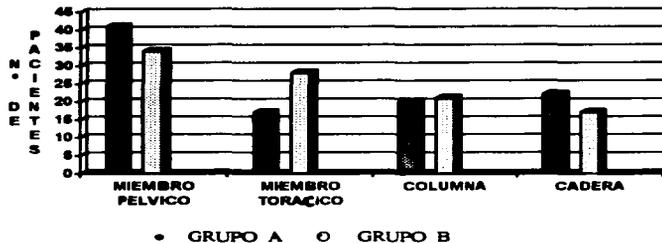
TABLA VI..Tipo de cirugía y relación con la aceptación de la (A.R.)

TIPO DE CIRUGIA	GRUPO A	GRUPO B	P
MIEMBRO PÉLVICO	28	30	<0.05
MIEMBRO TORÁCICO	8	18	NS
CADERA	12	16	<0.01
COLUMNA	10	15	NS

Se encontró que los pacientes de cirugía de columna y miembro torácico no tuvieron significancia estadística. 1.-los pacientes de cirugía de miembro pélvico con $p < 0.05$. 2.-siendo más significativo para aquellos sometidos a cirugía de cadera $p < 0.01$

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TIPO DE CIRUGIA REALIZADA



Grado de satisfacción y aceptación del procedimiento anestésico, por tipo de cirugía donde se muestra que el más significativo fueron aquellos pacientes operados de miembro pélvico y cadera con $p < 0,05$.

GRAFICA 6

OFICIOS Y RELACION CON LA ACEPTACION DE LA ANESTESIA REGIONAL
TABLA VII

	GRUPO A	GRUPO B	P
16	17	NS	
8	11	<0.05	
3	13	NS	
12	15	<0.001	
3	10	<0.05	

Los grupos dedicados al hogar y los comerciantes no presentaron diferencias estadísticamente significativas. El de los obreros y profesionistas mostraron una $p < 0.05$; con respecto al grupo de varios oficios como (electricistas, albañiles, jornaleros, choferes etc.) presentó una mayor significancia estadística mostrando una $p < 0.05$.

TABLA VIII. Relación entre antecedentes quirúrgicos y la aceptación de la anestesia regional.

Antecedentes quirúrgicos	GRUPO A	GRUPO B	P
SI	15	10	<0.05
NO	27	30	<0.01

Todos los pacientes del grupo al que se le administró la maniobra (proporciona la información detallada) mostró diferencias estadísticas, siendo más significativo en los pacientes sin antecedentes quirúrgicos con una $p < 0.01$

**OFICIOS Y EL NIVEL DE ACEPTACION
DE LA ANESTESIA REGIONAL.**



El grupo de varios oficios y obreros aceptaron mejor la anestesia regional, mostrando una $p < 0.05$, en ambos grupos.

GRAFICA 7

**NIVEL DE ACEPTACION DE LA ANESTESIA REGIONAL
CON O SIN ANTECEDENTES QUIRURGICOS.**



En este grupo ;los pacientes que mejor aceptaron la anestesia regional fueron los que no tenían cirugías previas. Este dato fue estadísticamente significativo $p < 0.05$.

GRAFICA 8

TABLA IX. ESCOLARIDAD Y RELACION CON LA ACEPTACION DE LA ANESTESIA REGIONAL

ESCOLARIDAD	GRUPO A	GRUPO B	P
PRIMARIA	22	37	NS
SECUNDARIA	8	18	<0.02
TEC PROFESIONAL	9	14	<0.05
LICENCIATURA	3	10	<0.02

En esta tabla se observa que los pacientes a nivel secundaria y licenciatura aceptaron mejor la A.R. con una $p < 0.02$ en el grupo muestral, a nivel técnico profesional, se observó una $p < 0.05$ siendo menos significativo que el anterior. En los pacientes que sólo tenían estudios de primaria no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

TABLA X.-NIVEL SOCIOECONOMICO Y ACEPTACION DE LA ANESTESIA REGIONAL

NIVEL SOCIOECONOMICO	GRUPO A	GRUPO B	P
ALTO	6	14	<0.05
MEDIO	17	30	<0.05
BAJO	19	35	<0.001

El grupo de nivel socioeconómico bajo aceptó mejor la anestesia regional con $p < 0.001$ siendo más significativo, en comparación con el nivel socioeconómico medio y alto con el mismo nivel de significancia estadística con $p < 0.05$

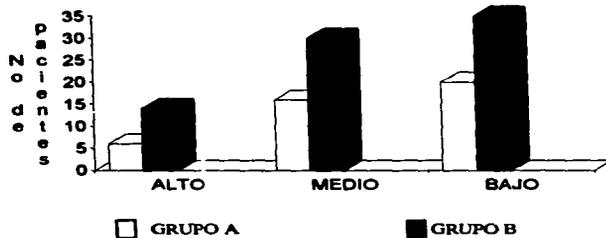
**ESCOLARIDAD Y LA RELACION CON LA ACEPTACION
DE LA ANESTESIA REGIONAL.**



Los pacientes que mostraron mayor aceptación de la anestesia regional con respecto a la escolaridad fueron los de nivel secundaria tomando a $p < 0.05$ como significativo

GRAFICA 9

NIVEL SOCIOECONOMICO Y ACEPTACION DE LA ANESTESIA REGIONAL



El nivel socioeconómico bajo fue el que mejor aceptó la anestesia regional. Siendo estadísticamente significativo con una $p < 0.05$.

GRAFICA 10

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Elsass P., Eikard B., Junge J., Lykke J., Staun P., Rasmussen M., Psychological affect of detaided preanesthetic information, *Anaesthesiol Scand*, 1987, 31: 587-586.
- 2.- Elsass P. Duedani H. Friis B., Moller J., Bredgaard S., The psicological effects of having a contact-personal for the anesthetic staff, *Acta anaesthesiol Scand*, 1987: 31, 584-586.
- 3.- Papanikolaou M., Voulgari A., Lykouras I., Aravinits Y., Christodou lou and Danaour. Psychologyal factors influencing the sugegical patients consent to regional anaesthesia, *Acta Anesthesiol Scand*, 1994: 38, 607-611.
- 4.- Keep P., Jenkins J., From The other end of needle, the patients experiencia of rutine anaesthesia, *Anesthesia* 1987, 33 830-32.
- 5.- Shevde K., Panagopoulos G.A., Suvery of 800 patients Knowledge, accitudes, and concerns regarding anaesthesia, *Aneth Analg* 1991: 73 190-198.
- 6.- Ernest R, Halargarf Y., Sosephine. La hipnósis el alifio del dolor 2a. Ed. México; Cultura Económica; 1990: 89-95.