

11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

59
24.

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

COMPARACION DEL GRADO DE SATISFACCION
PERSONAL DE ACUERDO AL TIPO DE
INTERVENCION ANESTESICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
P R E S E N T A :
DRA. NORA JULISSA MARTINEZ MORA

ASESOR DE TESIS: DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES.



IMSS

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 1998.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

269053



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

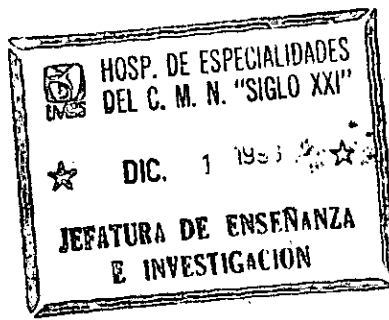


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



wh

DR. NIELS WACHER RODARTE

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

C. J. Jiménez

DR. TOMAS DECTOR JIMÉNEZ

JEFE DEL SERVICIO Y TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
DE ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
PACIENTES, MATERIAL Y METODOS	9
DESCRIPCION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	10
CRITERIOS DE SELECCION	11
PROCEDIMIENTOS	12
ANALISIS ESTADISTICO	14
RESULTADOS	15
DISCUSION	18
CONCLUSIONES	20
CUADROS Y GRAFICOS	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	21

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Por darme la vida, por la educación que me dieron, los valores que me enseñaron, los sacrificios que hicieron para que llegara a culminar mi especialidad, pero sobre todo gracias por darme amor.

A MI ESPOSO

Mil gracias por tú compañía, paciencia y apoyo en todo momento, por el Amor que me has dado; pero lo más importante, *¡ gracias por existir y estar a mi lado !*.

A DIOS

Por permitirme estar en este mundo.

COMPARACION DEL GRADO DE SATISFACCION PERSONAL DE ACUERDO AL TIPO DE INTERVENCION ANESTESICA

* DRA. NORA JULISSA MARTINEZ MORA
** DRA. ISIDORA VASQUEZ MARQUEZ
*** DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

RESUMEN

INTRODUCCION. No se han comparado el porcentaje de satisfacción del paciente con el tipo de técnica anestésica recibida. Por lo que es importante conocer cuál es su opinión, ya que el mismo paciente calificará ese encuentro, permitiendo conocer tanto los aciertos como las fallas con la finalidad de mejorar nuestra atención.

OBJETIVO. Demostrar que no existen diferencias en el porcentaje de satisfacción en los pacientes que reciben anestesia general inhalatoria balanceada versus los que reciben anestesia general endovenosa total.

DISEÑO. Encuesta comparativa

MATERIAL Y METODOS. Después de contar con la autorización del Comité Local de Investigación y el consentimiento verbal de los pacientes intervenidos quirúrgicamente manejados con anestesia general inhalatoria balanceada y anestesia general endovenosa total en los quirófanos del hospital durante un período comprendido de enero a octubre de 1998; se aplicó un cuestionario previamente validado (Alfa de Cronbach de 0.80), 24 horas después de la cirugía. Con 13 preguntas relacionadas con el trato humano y afectivo, la satisfacción con la técnica anestésica utilizada, el diferimiento de la cirugía y la experiencia vivida con el anestesiólogo.

RESULTADOS. Se estudiaron 513 pacientes intervenidos quirúrgicamente, divididos en 2 grupos: Grupo 1 de 364 pacientes que recibieron anestesia general inhalatoria balanceada (AGIB) y Grupo 2, 149 pacientes que recibieron anestesia general endovenosa total (AGET). El promedio de edad fue mayor en el grupo de AGET, 52.04 ± 17.32 años contra 47.51 ± 16.52 años en el grupo de AGIB ($P=0.006$). No hubo diferencias en relación al sexo. El 61.5% de los pacientes del grupo 1 se hospitalizó 24 horas antes de la cirugía en comparación con 81.2% en el grupo 2, el resto de los pacientes se hospitalizaron 48 hrs antes de la cirugía, la cual se realizó en la fecha programada en la mayoría de los grupos. La visita preanestésica se efectuó en 42.6% en el grupo 1 contra 14.1% del grupo 2. La relación con el anestesiólogo fue buena en 90.1% en el grupo 1 y 48.4% en el grupo 2. El porcentaje de satisfacción con la técnica anestésica fue de 87.4% en el grupo 1 versus 86.6% del grupo 2. El promedio \pm ds de la experiencia vivida con el anestesiólogo, calificada con escala Visual análoga, fue 8.72 ± 1.88 para el grupo 1 y 8.07 ± 1.15 para el grupo 2 ($t=4.774$, $p=0.0001$).

CONCLUSIONES. No hay diferencias en cuanto al porcentaje de satisfacción con la técnica anestésica proporcionada, pero si en la manera en que califican la experiencia vivida con el anestesiólogo, la cual es superior en la AGIB.

* Médica residente del tercer año de la especialidad en Anestesiología, Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" Centro Médico Nacional Siglo XXI

** Médica no familiar anestesióloga, adscrita al servicio de Anestesiología, Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" Centro Médico Nacional Siglo XXI

*** Médico no familiar anestesiólogo, Coordinador de Educación e Investigación Médica, Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" Centro Médico Nacional Siglo XXI

ABSTRACT

INTRODUCTION. The degree of satisfaction of a patient with the anaesthetic technique has not been compared, is important to know their opinion so they will be able to grade this encounter, allowing to know the good and bad points and ultimately achieve a better anaesthetic attention.

OBJETIVE. To prove that there is no significant difference in the satisfaction of the patients treated either with general inhalatory balanced anaesthesia (GIBA) or general total endovenous anaesthesia (GTEA).

DESIGN. Transversal study

METHODS. With the authorization of the Local Investigation Comitee, and the verbal consent of the patients that were operated either with GIBA or with GTEA, in Hospital de Especialidades, in a period between january to october 1998, all patients answered a validated questionnaire consisting of 13 question related with the affective and human treatment, the satisfaction achieved with the anaesthetic technique used, the anesthesiologist experience, and the surgery delay. This answers were collected 24 hrs after surgery.

RESULTS. A total of 513 patients were operated in the january october period, these were divided in two groups one of 364 patients that received (GIBA) and one of 149 patients that were managed with (GTEA). Group 1 with a mean age of 47.51 ± 16.52 years and Group 2, 52.04 ± 17.35 years, Group 2 were statistically significantly older ($p=0.006$). Preanaesthetic visit were given in 42.6% of Group 1 and 14.1% of Group 2 and premedication were given in 21.2% and 8.1% respectively. The relation with the anesthesiologist were considered good in 90.1% in Group 1 and 85.9% in Group 2. In all 87.4% of patients in group 1 and 86.6% of patients in group 2 were satisfied with the anaesthetic technique, and grading their experience with analog visual scale 8.72 ± 1.88 in group 1 and 8.07 ± 1.15 for group 2 ($t=4.774$, $p=0.0001$).

CONCLUSIONS. The study concludes that there isn't difference in the satisfaction with the anaesthetic technique used.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El médico no es un ser insensible que realiza diagnósticos, prescribe medicamentos o efectúa intervenciones quirúrgicas; sino una persona con capacidad de sentir amor, temor, dolor, compasión, ternura, frustración, cansancio, etc, elementos que participan decisivamente en la actitud cotidiana . Por otro lado, el paciente requiere quien se preocupe por él en los momentos difíciles y comparta su alegría en los desenlaces venturosos, por lo que en muchas ocasiones el médico tiene que confrontar sus propios afectos para no perder su carácter humanitario respetando a los seres humanos con los que interactúa.¹

El conocer la calidad con que se otorga la atención médica es una necesidad inherente al acto médico mismo. Hasta 1983 la evaluación de la calidad de la atención médica se había centrado en la información contenida en el expediente clínico. Sin embargo con base a la revisión de la bibliografía previa, se hizo evidente la necesidad de tomar en cuenta otros aspectos, tales como la suficiencia y la calidad de los recursos físicos; la disponibilidad y la capacidad profesional o técnica de los recursos humanos, congruentes con el nivel de la atención que se otorgue.²⁻³

Los factores que se han asociado con la satisfacción del usuario son múltiples sin embargo actualmente no existe un consenso para calificar algún factor como el más importante, ya que se han considerado diversos factores; sociodemográficos, el estado de salud, tipo de consulta, actitudes y expectativas del paciente.⁴

En estudios hechos en México se ha observado que los pacientes de mayor edad y las mujeres están más satisfechos con la atención médica que los sujetos jóvenes y los hombres .

Pascoe ^{5,6} señala que la satisfacción es una respuesta emocional del paciente a los aspectos más sobresalientes de su experiencia con el encuentro médico, demostrando que el trato personalizado la incrementa. Por otra parte en cuanto mejor sea la relación médico-paciente, mejor será la comunicación y mayor la satisfacción; motivando que el paciente se sienta bien con su médico, cumpla con sus citas y con su tratamiento, teniendo así los mejores resultados. En este estudio la satisfacción quedó definida como la percepción que tiene el paciente acerca de los aspectos de la técnica médica, la relación interpersonal médico-paciente y los aspectos accesorios de la atención médica.⁵⁻¹¹

En un artículo reciente, se analizó la actitud del público hacia los médicos, se usó el método de Fernston en conjunción con un formato de Likert³ y una modificación en la técnica de evaluación. Se realizó en una población de 300 000 habitantes, seleccionandose 1713 adultos en 1112 residencias, calificando la satisfacción, la cual fué favorable para la competencia médica, para la relación interpersonal médico-paciente y la accesibilidad incluyendo costos y conveniencia con el servicio médico que fueron de menor importancia. Los hombres estuvieron menos satisfechos que las mujeres, y los negros menos satisfechos que los blancos. Igualmente la satisfacción hacia las relaciones interpersonales con su médico fue menor en los hombres de más de 60 años. Los pacientes que tenían una relación estrecha con su médico, quedaron más satisfechos.

Las mujeres de más de 60 años, las clases bajas, los ancianos y los negros son los más insatisfechos, sobre todo, en el aspecto interpersonal de la relación médico-paciente, y satisfechos en general con la habilidad y la técnica médica. Es conveniente mencionar que esta encuesta se realizó por correo con una escala dicótoma de *Satisfecho* o *Insatisfecho*.³

En 1983 se realizó una encuesta por teléfono para valorar *Satisfacción* y *Entendimiento*,⁴ del paciente como predictores de obediencia, esto es la satisfacción del paciente con los aspectos comunicativos de sus visitas médicas, y con el entendimiento de la prescripción médica de la receta. Se realizó un estudio retrospectivo en 1327 pacientes que fueron manejados en el Servicio de Cuidados intensivos, efectuándose dicho estudio después de dos semanas de haber abandonado el hospital. Se encontró una relación positiva en cuanto al entendimiento de su padecimiento, ya que desconocían la terminología médica usada en la explicación del padecimiento, puntualizándose en las sugerencias de los pacientes un lenguaje sencillo, como instrumento de medición se usó una escala de *Satisfecho* o *insatisfecho*.^{1,4}

Por eso, en 1989, se recomendó una mayor atención en la expectativa de los pacientes dando los siguientes pasos:⁶

- * Proveer una clara definición de las expectativas hacia el cuidado del paciente
- * Ubicar dichas expectativas en un marco conceptual construido alrededor de la satisfacción del paciente

- * Desarrollar una taxonomía de las expectativas del paciente, que promueva el mejoramiento del cuidado y la investigación clínica

Las expectativas del paciente pueden ser entendidas como actitudes o creencias que interactúan como ideas que perciben sobre su cuidado. Esto se dedujo de las investigaciones de los últimos 30 años, que indican que las expectativas del paciente pueden expresar probabilidades o valores relacionados a mejorar las visitas médicas, como mayor tiempo y explicación del padecimiento y en un mejor cuidado y explicación al momento del ingreso hospitalario.^{6,7,16}

Algunos autores ponen en duda estas expectativas y se preguntan si la satisfacción del paciente, ¿será un concepto válido ?⁸; ya que durante los últimos 10 años la satisfacción del paciente ha ganado gran reconocimiento como medida de calidad en varios sectores de servicios de salud, la satisfacción del paciente se ha convertido en una importante medida para los servicios de salud de cualquier forma esta utilidad, se basa en la naturaleza del significado que se tiene de satisfacción.

En un revisión de varios artículos encontramos que el paciente puede tener un concepto de ideas que no pueden ser relacionadas con el término de satisfacción.⁶ En consecuencia, la satisfacción da como resultado una ilusión de este término. Para los proveedores de servicios el significado correcto sobre la experiencia y percepciones de los pacientes y la comunidad debe ser primero conducido a identificar, los términos y medidas que los pacientes utilizan para evaluar este servicio.^{8,19}

En 1988 Medical Care, presenta el resultado de dos estudios^{16,19} para la medición de la satisfacción en pacientes y su encuentro con el médico.

Una forma fué usando una escala de medición de seis puntos: *Extremadamente satisfecho, Muy satisfecho, Algo satisfecho, No satisfecho, No insatisfecho, Algo insatisfecho, Muy insatisfecho.*

La otra fue con una escala de cinco puntos: *Excelente, Muy bien, Bien, Regular y Pobre.*

Hay investigaciones previas que sirvieron de guía para el desarrollo de los cuestionarios, como el *Medical Interview Satisfaction Scale (MISS)*, la *Patient Satisfaction Scale (PSS)* desde el desarrollo de Linder-Pelz y cols. y el cuestionario descrito por Ostorwers y Howell. Se concluyó que los métodos para medir la satisfacción del paciente, con visitas específicas, son adecuados; sin embargo, hubo diferencia significativa entre los dos. Por lo que se recomienda el uso de la escala de cinco ítems para el estudio de la satisfacción en pacientes con encuentros o entrevistas medicas, en el cual las respuestas pueden ser más específicas y directas.^{16,19,20}

En el hospital de Especialidades existen once servicios con actividad quirúrgica, además de estudios de diagnóstico que frecuentemente requieren de vigilancia y manejo anestésico. Existen diferentes técnicas anestésicas utilizadas durante los procedimientos anestésico-quirúrgicos, dentro de las cuales se encuentran la anestesia general inhalatoria balanceada, la anestesia general endovenosa total, la anestesia regional, anestesia local y la anestesia troncular.

Las técnicas más utilizadas en el nuestro hospital son la anestesia general inhalatoria balanceada y la anestesia general endovenosa total, una de las diferencias más importantes entre estas

técnicas es el tiempo de emersión, el cual es más prolongado con la anestesia general inhalatoria balanceada.

Por lo que para nosotros es muy importante conocer la opinión del de los pacientes sometidos a procedimientos anestésico quirúrgicos, ya que el resultado, servirá para mejorar la calidad del servicio, ya que se crean mecanismos de retroalimentación, donde se obtiene información útil para modificar y crear nuevas estrategias que satisfagan más a los pacientes.

Para alcanzar lo anterior nos realizamos la siguiente pregunta: ¿ Existirán diferencias en el porcentaje de satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general endovenosa total versus anestesia general inhalatoria balanceada ?

MATERIAL, PACIENTES Y METODOS

DISEÑO METODOLOGICO

Encuesta comparativa (estudio prospectivo, transversal, observacional y comparativo)

UNIVERSO DE TRABAJO

Quedó constituido por los sujetos intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general, en el Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda G" del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de enero a octubre de 1998.

DESCRIPCION DE VARIABLES SEGUN LA METODOLOGIA

VARIABLE INDEPENDIENTE

Anestesia general inhalatoria balanceada

Anestesia general endovenosa total

VARIABLE DEPENDIENTE

Porcentaje de Satisfacción

DESCRIPCION OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Anestesia general inhalatoria balanceada. Es una técnica ampliamente conocida que utiliza un agente inhalatorio de la familia de los halogenados, combinado con dosis variables de narcótico.

Anestesia general endovenosa total. Esta técnica consiste en la aplicación de varios agentes intravenosos (sedantes, hipnóticos, narcóticos).

En ambas técnicas anestésicas se usan relajantes neuromusculares, se proporciona Oxígeno al 100%, se intuba la tráquea y se controla manual o mecánicamente la ventilación.

VARIABLE DEPENDIENTE

Porcentaje de Satisfacción, se tomará en cuenta la opinión de los sujetos que fueron anestesiados, a través de un cuestionario previamente validado.

SELECCION DE LA MUESTRA

Se utilizó un muestreo aleatorio simple

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes adultos de cualquier sexo y edad
- Que se encuentren concientes
- Sin algún impedimento físico que no les permita reponder al cuestionario
- Que sepan leer y escribir
- Que acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Pacientes que se encuentren inconcientes
- Pacientes con algún impedimento físico o mental
- Pacientes que no deseen contestar el cuestionario

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no contesten de manera completa el cuestionario

PROCEDIMIENTOS

De acuerdo a lo que norma la Ley General de Salud de nuestro país y la Declaración de Helsinki, primero solicitamos la aprobación del Comité Local de Investigación del hospital y en el período comprendido de enero a octubre de 1998, se revisaron las listas de programación quirúrgica en el área de Quirófano para identificar a los posibles candidatos; posteriormente en hospitalización se corroboró que cumplieran con los criterios de inclusión. Se recabaron datos relacionados al nombre, No. de afiliación, y No. de cama. Luego se acudió a los diferentes servicios quirúrgicos localizando el expediente de los pacientes postoperados analizando en la hoja de registro anestésico el diagnóstico, la cirugía realizada, el estado físico, técnica anestésica utilizada (anestesia general inhalatoria balanceada y anestesia general endovenosa total), y la calificación de Aldrete obtenida en el postoperatorio inmediato; finalmente se localizó a los pacientes en su cama presentandonos con él e invitándolo a participar en el estudio, explicandoles que no se aplicaría ninguna maniobra invasiva; una vez aprobada su participación se valoró la escala de Glasgow y se procedió a la aplicación del cuestionario de 13 preguntas.

Es importante aclarar que este cuestionario fue validado previamente por el investigador principal, a través de un estudio piloto de 130 sujetos. Se usó la técnica de red semántica en usuarios del servicio de Anestesiología postoperados después de 24 horas, por medio de un cuestionario de 15 preguntas y con la información obtenida se seleccionaron las de mejor entendimiento y las que obtuvieron una confiabilidad mínima de 0.80 con el Coeficiente Alfa de Cronbach. Se analizaron cada una de las preguntas y se obtuvo el poder discriminativo con

la prueba t de student para determinar si el instrumento diferencia entre sujetos satisfechos e insatisfechos y se midió la confiabilidad del cuestionario con el Coeficiente Alfa de Cronbach. Para la validación del concepto de satisfacción se realizó un análisis factorial.

El cuestionario se relaciona con la puntualidad o diferimiento de la cirugía, así como el trato humano y afectivo, satisfacción con la técnica anestésica administrada y la experiencia que vivieron con el anesthesiólogo.

Los datos se vaciaron en el programa Dbase 111 plus y se codificaron las respuestas. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS para Windows.

ANALISIS ESTADISTICO

En las variables medidas en escala cuantitativa de radio o razón (edad, valoración Aldrete, calificación de Glasgow, la comodidad durante su estancia en el Quirófano y la calificación que otorgó el paciente a la experiencia vivida con el anestesiólogo), se hicieron pruebas de sesgo y curtosis; en vista de que siguieron un patrón de distribución normal, se expresaron en promedio y desviación estándar. La contrastación de las diferencias entre los grupos se realizó con una prueba de comparación de promedios para muestras independientes a través de la distribución "t".

En las variables medidas en escala cualitativa nominal (sexo, asa, escolaridad, satisfacción, buena relación con el anestesiólogo, medicación y valoración preanestésica), usamos frecuencia absoluta y porcentajes. Para establecer las diferencias entre los grupos se empleó prueba X^2 y prueba exacta de Fisher. Se consideró estadísticamente significativo todo valor de p menor de 0.05.

RESULTADOS

Se estudiaron 513 pacientes intervenidos quirúrgicamente, divididos en Grupo 1 de 364 pacientes que recibieron anestesia general inhalatoria balanceada (AGIB), y Grupo 2, de 149 sujetos en los que se administró anestesia general endovenosa total (AGET). El promedio \pm desviación estándar (DS) de edad en años, para el grupo 2 fue mayor (52.04 ± 17.32) que la del grupo 1 (47.51 ± 16.52) ($p=0.006$). No hubo diferencia en relación al sexo, 184 pacientes del sexo masculino y 180 del sexo femenino para el grupo 1, en tanto que en el grupo 2 fueron 79 masculinos y 70 femeninos. A todos los pacientes se les aplicó la escala de Glasgow antes de aplicarles los cuestionarios siendo de 14.91 ± 0.96 para el grupo de AGIB y 14.97 ± 0.3 para el grupo de AGEP. (Ver cuadro I)

La calificación de la valoración Aldrete, expresada en promedio \pm ds fue mayor para el grupo 2 8.95 ± 0.34 contra 8.77 ± 0.47 para el grupo 1 ($t= -4.838$, $p=0.0001$). (Ver Cuadro I)

En ambos grupos de estudio predominó el estado físico 2 según la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA). (Ver gráfico 1)

Aunque la escolaridad primaria resultó el de mayor porcentaje para ambos grupos. Hubo más sujetos con preparatoria y estudios profesionales en la anestesia balanceada.(Ver gráfico 2)

La mayoría de los sujetos del grupo de anestesia general endovenosa total se hospitalizaron

24 horas antes de la cirugía contra 61.5% de los pacientes del grupo de anestesia general inhalatoria balanceada. El resto de los pacientes se hospitalizó 48 horas antes de la cirugía en ambos grupos, siendo ésta realizada en la fecha programada en un alto porcentaje en ambos grupos.

Hubo diferencias en relación a la visita preanestésica, ya que se realizó en 42.6% en el grupo 1 contra 14.1% del grupo 2. Recibieron medicación preanestésica solo 21.2% y 8.1% respectivamente. (Ver gráfico 3 y 4)

El trato humano, afectivo y personalizado fué encontrado como bueno en 67.3% en el grupo 1 contra 33.6% en el grupo 2. (Ver gráfico 5)

La relación con el anesthesiólogo fué buena en 90.1% en el grupo 1 y 85.9% en el grupo 2, obteniéndose un porcentaje de satisfacción con la técnica anestésica de 87.4% en el grupo 1 versus 86.6% del grupo 2. (Ver gráfico 6)

Al indicarles que calificaran como fué la experiencia que tuvieron con el anesthesiólogo, usando una escala visual análoga de 0 a 10, los valores expresados en promedio \pm desviación estándar fueron de 8.72 ± 1.88 para el grupo de AGIB y de 8.07 ± 1.15 para el grupo de AGET, ($t=4.774$, $p=0.0001$). (Ver gráfico 7)

La calificación otorgada por los pacientes en relación a la comodidad en el quirófano durante su estancia fué expresada en la escala visual análoga expresada en promedio \pm desviación estándar siendo de 9.32 ± 1.37 para el grupo de anestesia general inhalatoria balanceada y 9.28 ± 0.56 para el grupo de anestesia endovenosa. (Ver gráfico 8)

La cirugía oftálmica predominó en ambos grupos de estudio con 31.05% en el grupo 1 y 50.3% para el grupo 2. (Ver gráfico 9)

DISCUSION

En la época contemporánea cada vez es más frecuente la medición de la calidad de la atención médica y el medir la satisfacción del paciente constituye una medida de calidad.

Aunque la satisfacción es una variable subjetiva, Pascoe la define como una respuesta emocional del paciente a los aspectos más sobresalientes de su experiencia con el médico; él demostró que el trato personalizado incrementa la satisfacción, que a su vez facilita que se sienta bien con su médico cumpla con tratamiento y tenga mejores resultados.

En el presente estudio se analizó el porcentaje de satisfacción que obtuvieron 513 pacientes intervenidos quirúrgicamente, bajo dos técnicas anestésicas diferentes, 364 pacientes manejados con Anestesia General inhalatoria balanceada y 149 pacientes Anestesia general endovenosa total.

El grupo con mayor porcentaje de satisfacción correspondió a los pacientes manejados con anestesia general inhalatoria balanceada que también fueron más jóvenes que los del grupo de anestesia endovenosa; estos datos coinciden con Brawn DL²¹, que en 1997 encontró que el grado de satisfacción, en relación al cuidado y la atención médica recibidas fué mayor para los pacientes jóvenes. En nuestro estudio este hecho también se relaciona con el trato humano y afectivo personalizado 67.3% para los pacientes del grupo 1 más jóvenes contra 33.6% para los del grupo 2 de mayor edad.

En relación al sexo existen reportes que mencionan que los pacientes más satisfechos son del sexo masculino³, nosotros no encontramos esta relación, ya que no hubo diferencias en cuanto a la distribución de pacientes de acuerdo al sexo.

Brown DL, Francis V y Hickson BG, han estudiado el grado de satisfacción de pacientes intervenidos quirúrgicamente que presentaron complicaciones cardiovasculares y respiratorios durante el transoperatorio, y concluyeron que la aceptación del tratamiento o la satisfacción no se modifica por la presentación de estos eventos.^{21,25,26}

Ningún autor ha comparado el porcentaje de satisfacción de acuerdo al tipo de técnica anestésica; como se hizo en el presente estudio, donde encontramos que los pacientes manejados con anestesia endovenosa que tienen puntuaciones de valoración Aldrete más altas que los tratados con anestesia inhalatoria, también presentan menor porcentaje de satisfacción; sin embargo aún no podemos concluir este punto ya que la muestra es mucho más pequeña en el grupo 2.

Con la intención de homogenizar los grupos dado el tipo de pacientes que manejamos en nuestro hospital a todos se les evaluó en la escala de Glasgow no encontrando diferencias entre los grupos en esta evaluación 14.91 ± 0.96 grupo 1 contra 14.97 ± 0.34 en el grupo 2, este aspecto tampoco ha sido considerado por otros autores quienes han realizado estudios sobre satisfacción anestésica.

En cuanto al estado físico de acuerdo a la Asociación Americana de Anestesiólogos, no se encontró diferencia alguna con el porcentaje de satisfacción.

CONCLUSIONES

Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en relación al porcentaje de satisfacción con las técnicas anestésicas administradas. Si hay una diferencia altamente significativa en relación a la manera en que los pacientes califican la experiencia vivida con el anesthesiólogo, la cual favorece a la anestesia general inhalatoria balanceada.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES MANEJADOS CON ANESTESIA GENERAL INHALATORIA BALANCEADA (AGIB) VS ANESTESIA GENERAL ENDOVENOSA TOTAL (AGET)

	AGIB	AGET	p
No. SUJETOS	364	149	
EDAD (AÑOS)	47.51 ± 16.52	52.04 ± 17.32	0.006
SEXO (M/F)	184/180	79/70	NS
GLASGOW	14.90 ± 0.96	14.97 ± 0.34	NS
ALDRETE	8.77 ± 0.47	8.95 ± 0.34	0.0001

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO AL ESTADO FISICO SEGUN LA ASOCIACION AMERICANA DE ANESTESIOLOGOS

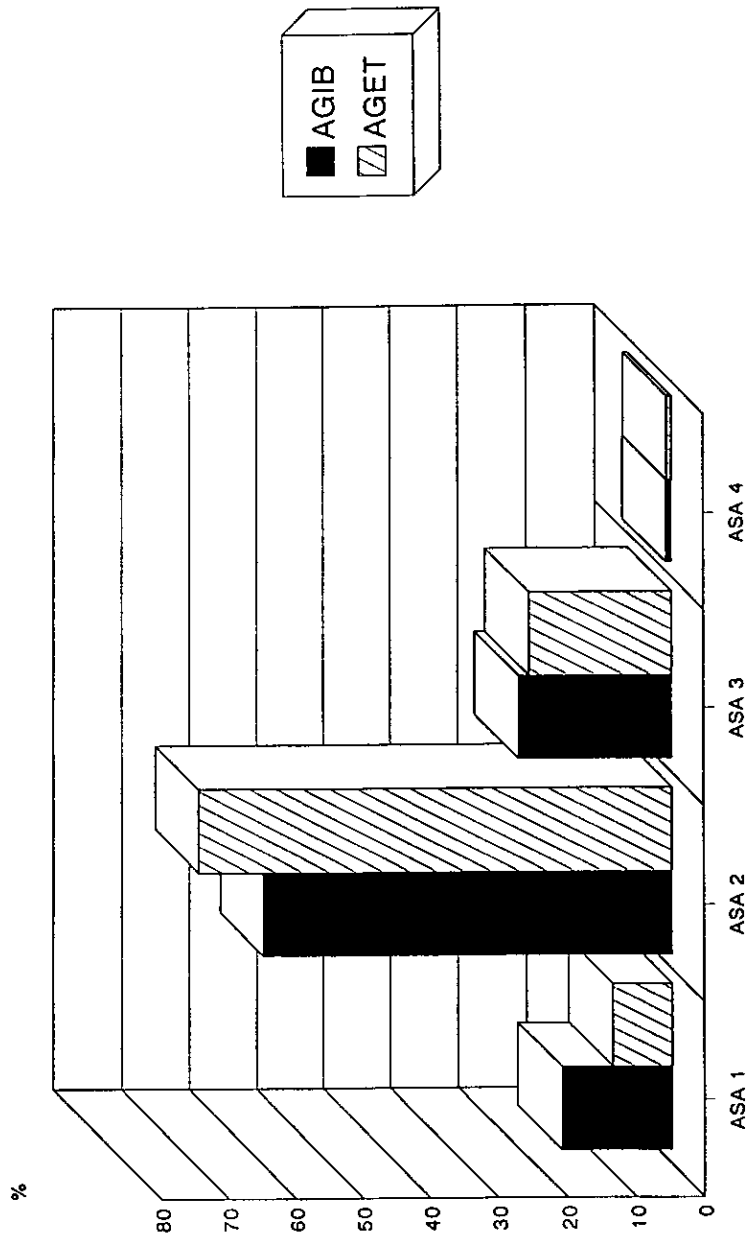


Gráfico 1

GRADO DE ESCOLARIDAD

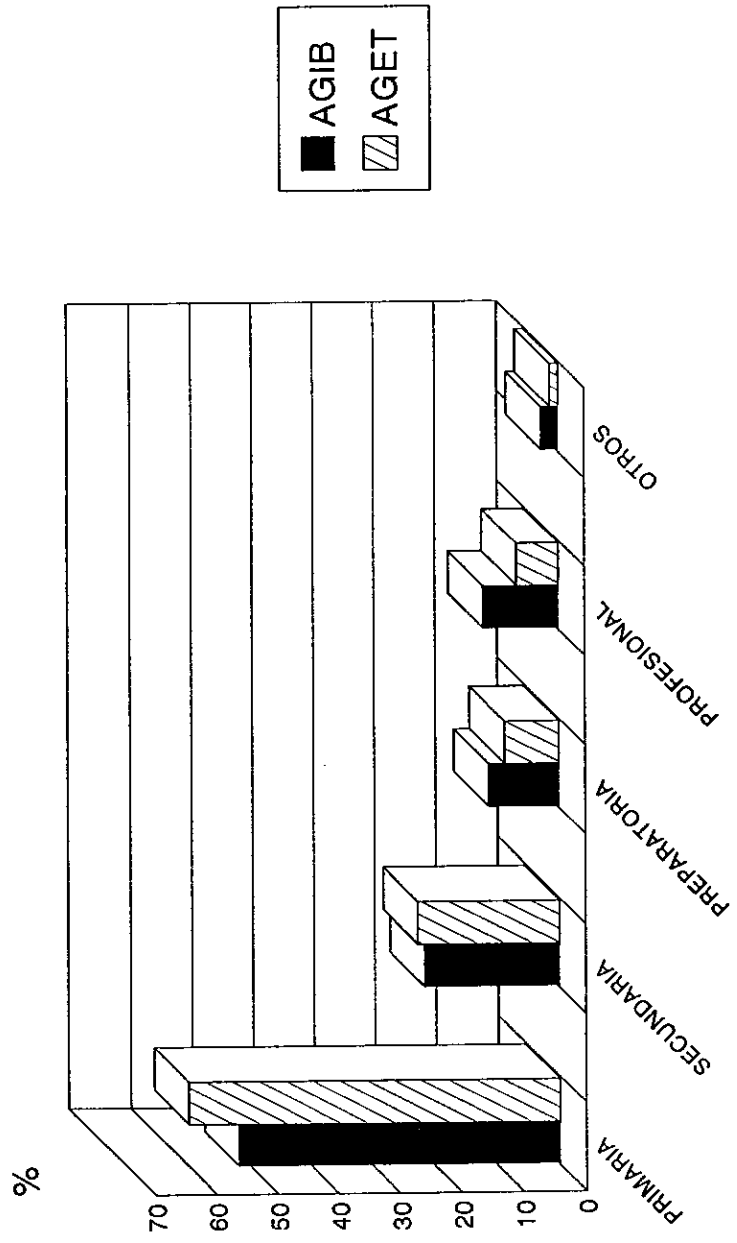


Gráfico 2

RECIBIO USTED VISITA PRE-ANESTESICA ?

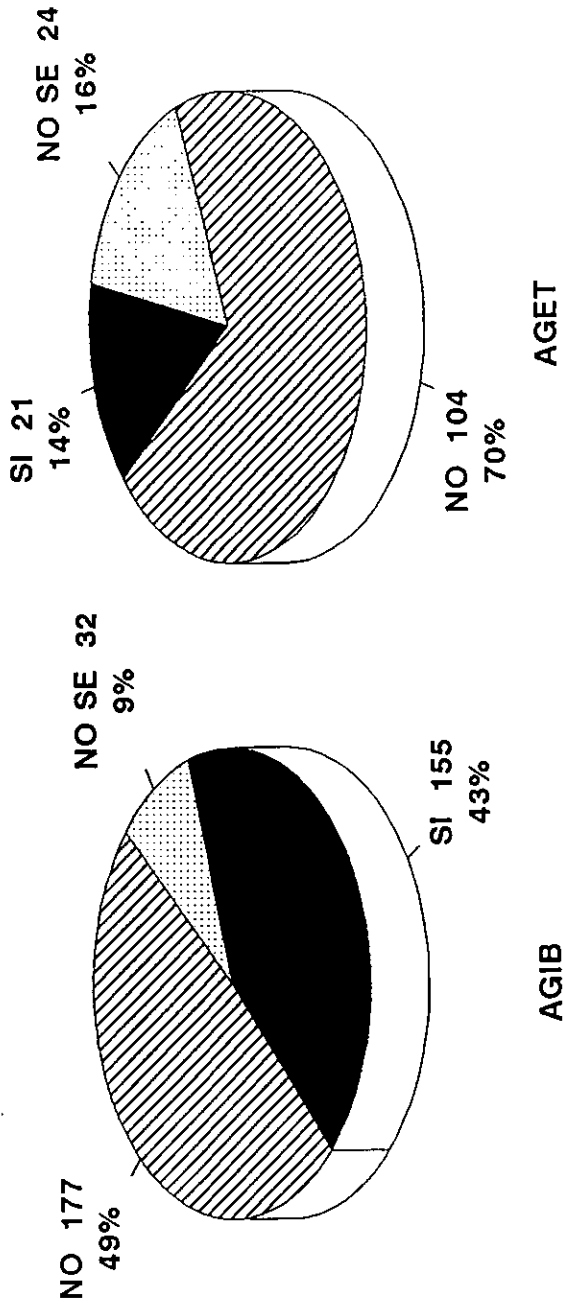


Gráfico 3

RECIBIO USTED MEDICACION PREANESTESICA ?

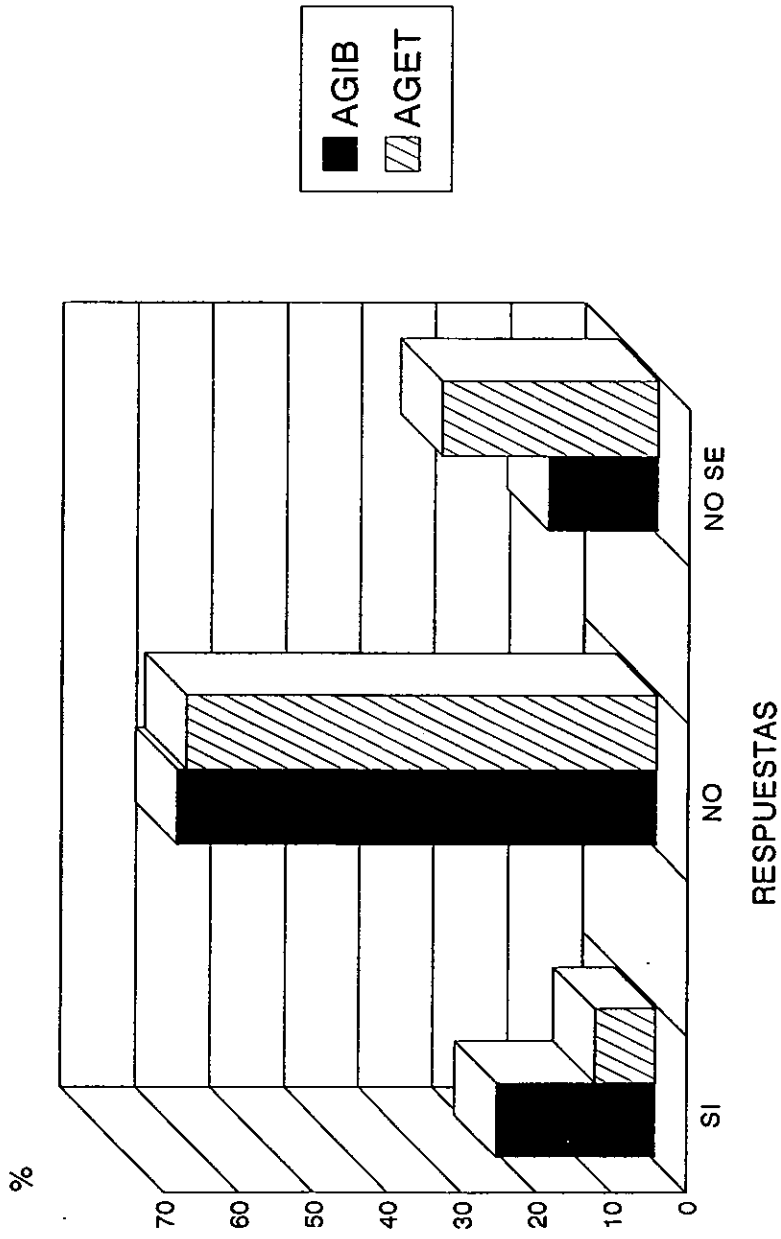


Gráfico 4

CONSIDERA QUE EL ANESTESIOLOGO LE BRINDO UN TRATO HUMANO Y AFECTIVO ?

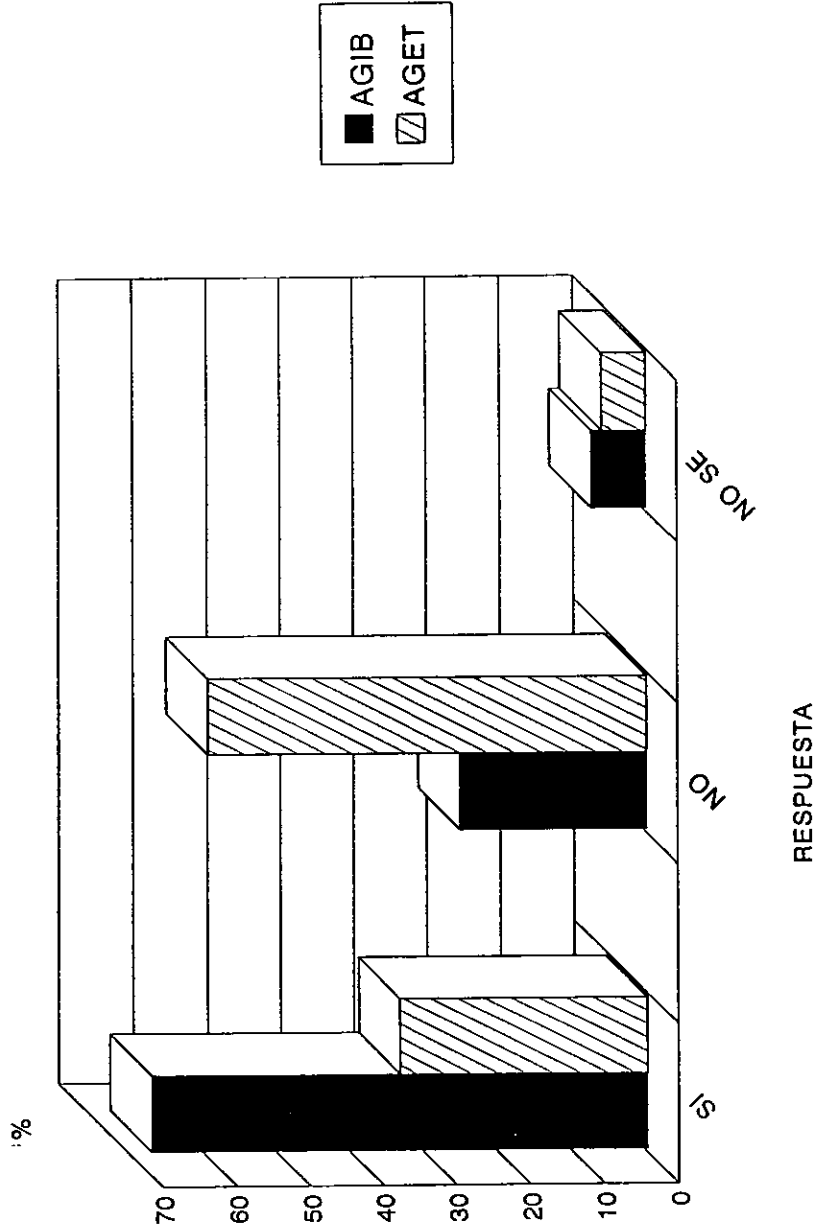


Gráfico 5

QUEDO USTED SATISFECHO CON LA ANESTESIA QUE RECIBIO ?

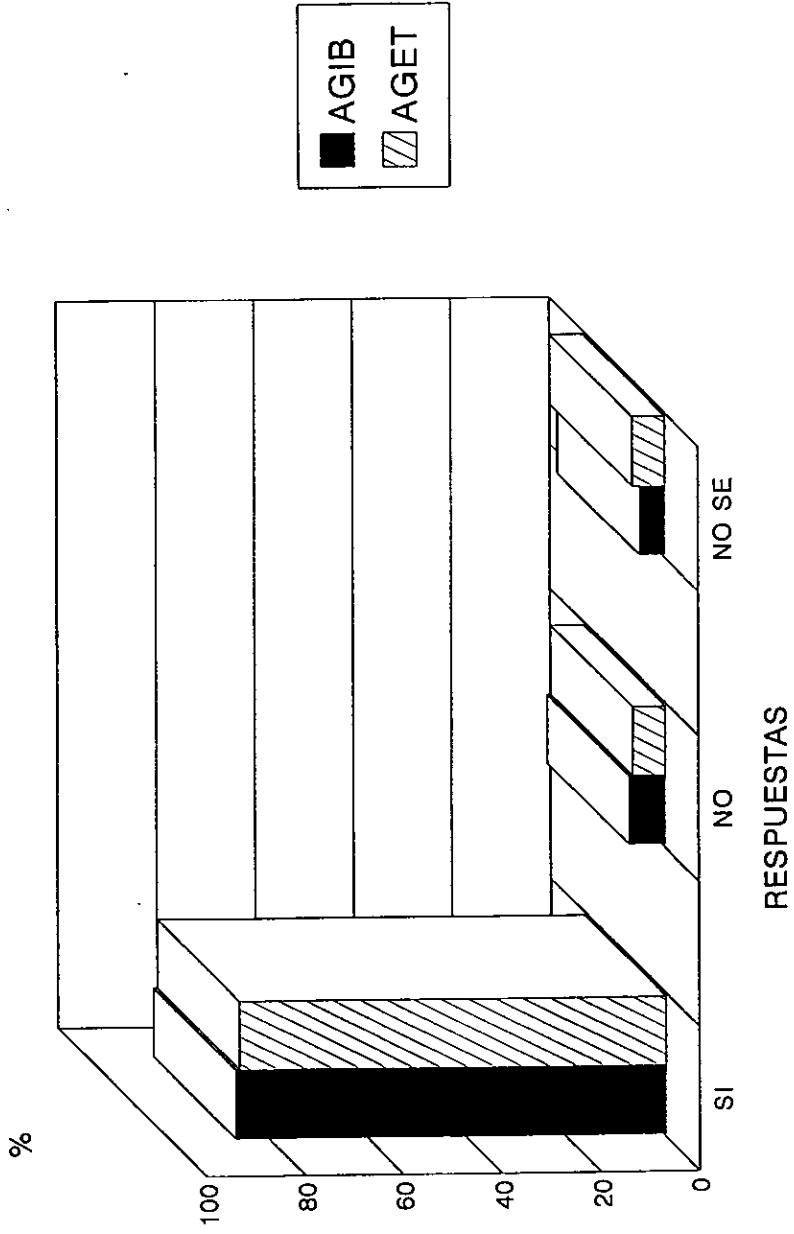


Gráfico 6

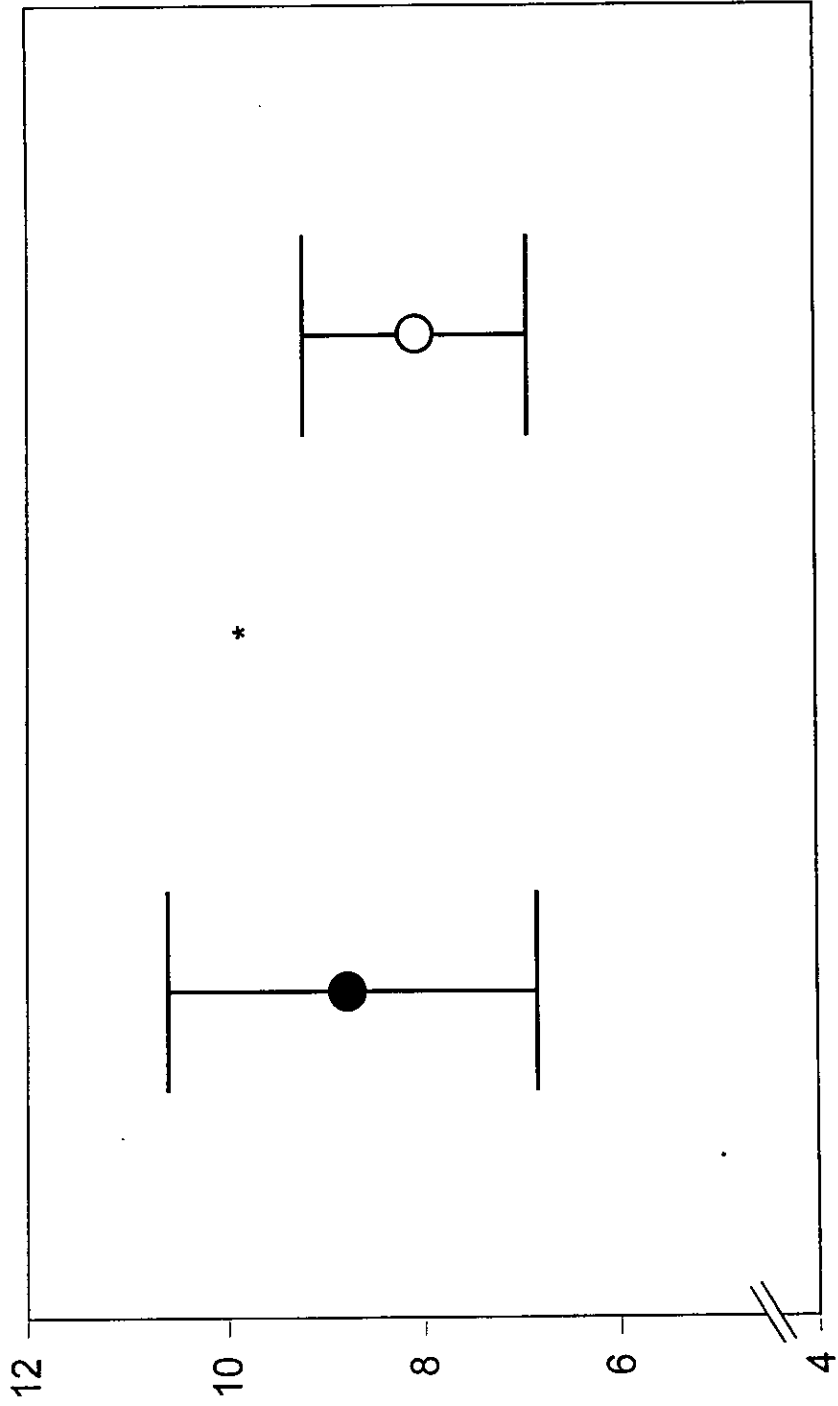


Gráfico No. 7 Los valores expresados en promedio de desviación standart representan la calificación otorgada por los pacientes a la experiencia vivida con el anestesiólogo.
 El círculo obscuro corresponde al grupo de AGIB y el círculo blanco corresponde al grupo de AGET.
 * p= 0.0001 (t student)

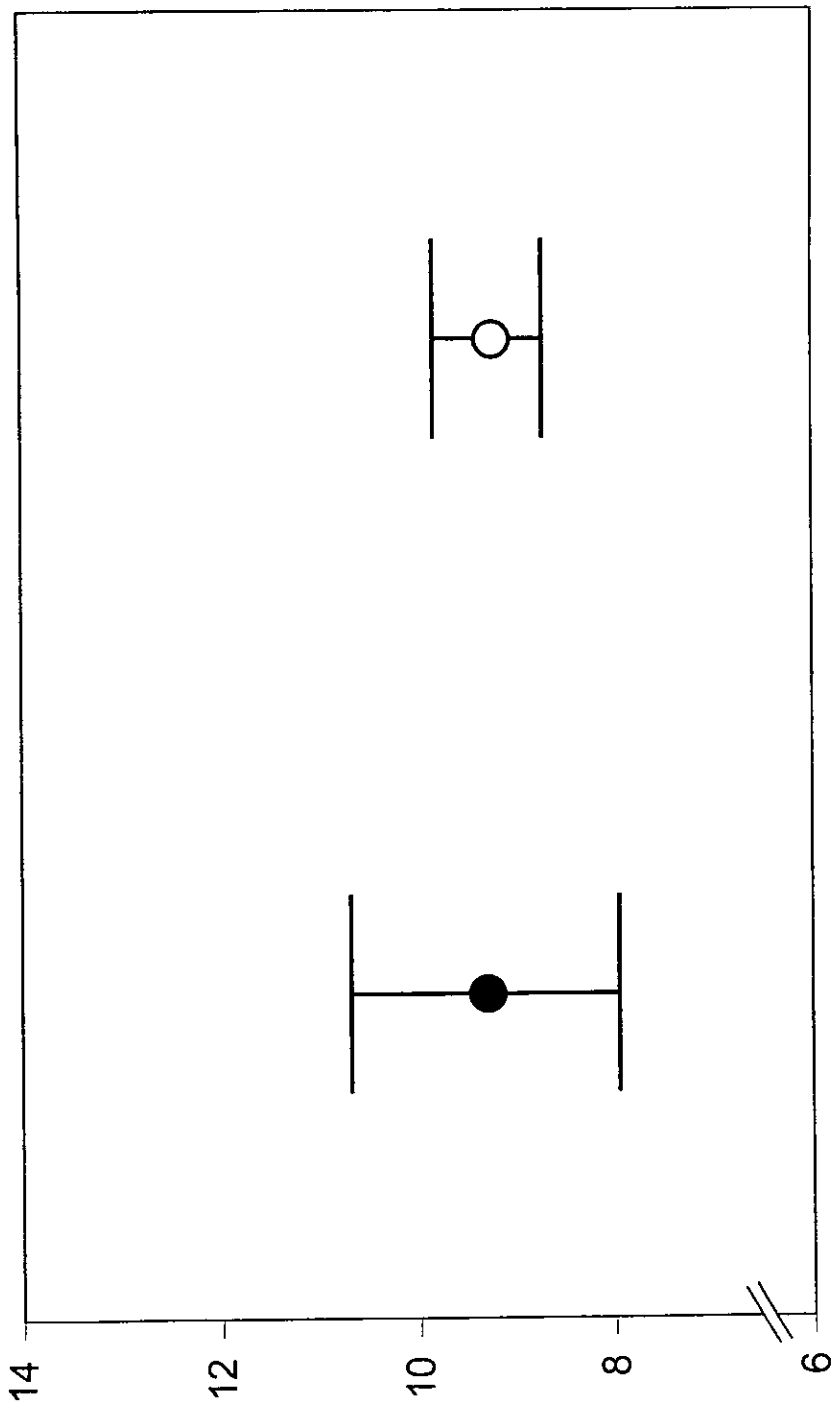
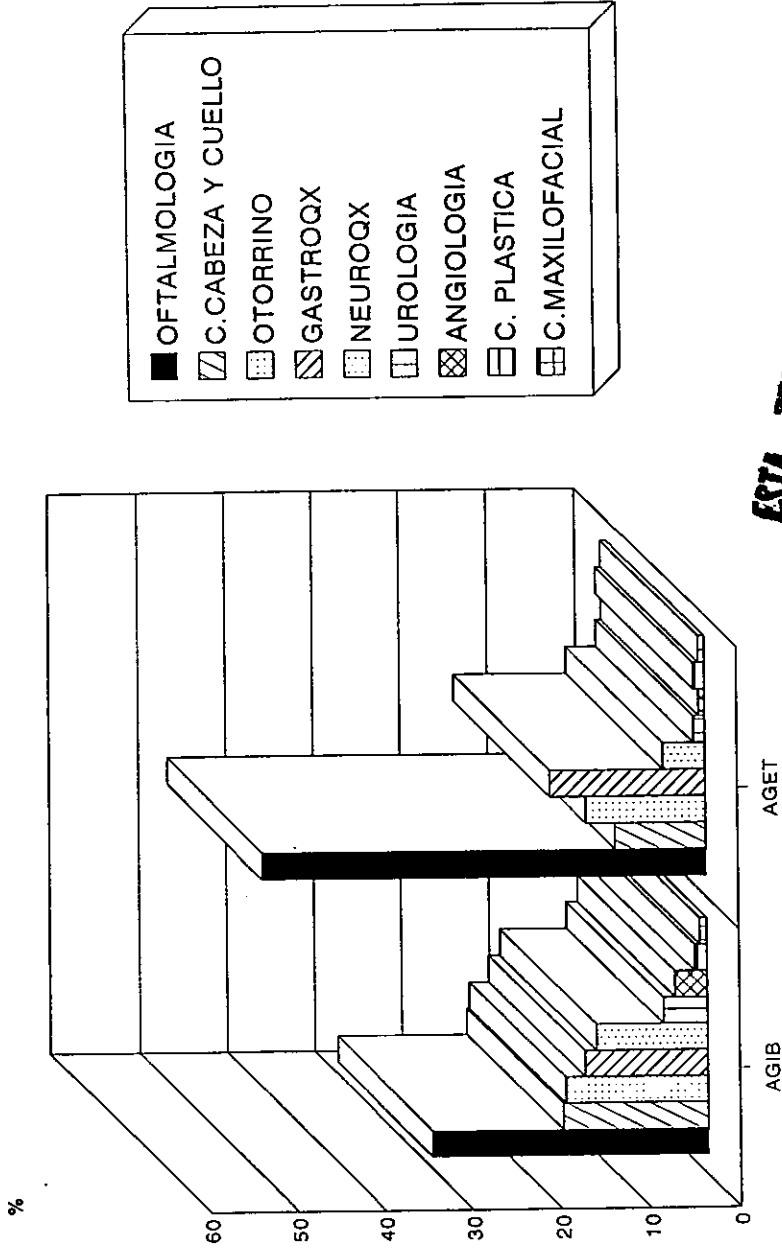


Gráfico No. 8 Los valores expresados en promedio de desviación standart representan la calificación otorgada por los pacientes en relación a la comodidad en el quirófano utilizando la escala visual análoga (EVA). El círculo obscuro corresponde al grupo de AGIB y el círculo blanco corresponde al grupo de AGET.

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD



**ESTA TESIS NO BEBE
SALUD DE LA BIBLIOTECA**

Gráfico 9

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Lishfitz GA.** Historia y Filosofía de la Medicina. Lo humano, humanístico, humanista y humanitario en medicina. *Gac méd Mex* 1997;133:237-43.
2. **Aguirre Gas.** Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública de México* 1990;32:170-243.
3. **Hulka BS, Krupper LL, Daly MB.** Correlates of satisfaction and dissatisfaction with Medical Care: A community perspective. *Med Care* 1975;13:648-56.
4. **Cleary PD, McNeiel BJ.** Patient satisfaction as indicator of quality care. *Inquiry* 1988;25:25-36.
5. **Pascoe GC.** Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Prog Plan* 1983;6:185-210.
6. **Zook CJ, Moore FD.** High-cost users of Medical Care. *N Eng J Med* 1980; 302: 996-1002.

7. **Kravitz RI.** Patients Expectations for medical care:an expanded formulation based on review of the literature. *Med Care Res* 1996;53:3-27.
8. **Vorackova F.** Lo que opinan los pacientes de los servicios del Instituto Nacional de la Nutricion "Salvador Zubirán". *Rev Invest Clin* 1990;42:298-311.
9. **Williams B.** Patient Satisfaction; A valid concept?. *Soc Sci Med* 1994;38:509-16.
10. **Ware JE, Sherbourne CD.** The MOS 36 Item short-form health surven (sf-36) conceptuall framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
11. **Roghmann KJ, Hengst A, Zastowny TR.** Satisfaction with medical care: Its measurement and relation. *Med Care* 1989;17:461-77.
12. **Linder-Pelz.** Social psychological determinants of patient satisfaction a test of five hypotheses; Research note. *Soc Sci Med* 1982;583-589.
13. **Avedis Donabedian MD.** The quality of care. How Can it be assessed? *Jama* 1988;260:1743-48.
14. **Stewart AL, Hayds RD.** The MOS short-form general health survey. *Med Care* 1988;26:724-35.

15. **Green FK, Ware JE.** Patients participation in medical care: Effects on blood Sugar control and quality of life in diabetes. *J GEN Intern Med* 1988;3:448-57.
16. **Ware and Hayds RD.** Methods for measuring patient satisfaction with specific medical. *Med Care* 1988;26:393-402.
17. **Guyatt GH, Feeney DH.** Measuring health related quality of life. *Ann intern med* 1993;118:622-9.
18. **Tarlow AR, Ware JE, Green F.** The medical outcomes study: An applications of methods for monotoring the results of medical care. *JAMA* 1989;262:925-30.
19. **Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes AZ.** Doctor-patient communication. A review of the literature. *Soc Sic Med* 1995;7:903-18.
20. **Linder Peltz S.** Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sic Med* 1982,16.577-582.
21. **Brown DL, Warner ME, Schroeder DR, Offord KP.** Effect of intraoperative anesthetic events on postoperative patient satisfaction. *Mayo Clinic Proc* 1997;72:20-5.
22. **Dexter F, Aker J, Wright WA.** Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care. *Anesthesiology* 1997;87:865-73.

23. **Beers RA, O'Leary CE, Franklin PD.** Comparing the history taking methods used during a preanesthesia visit: The HealthQuiz Versus the Written Questionnaire. *Anesth Analg* 1998;86:134-7.

24. **Flaminio P, Maksay M, Forster A.** Influence of continuity of anaesthetic care on retention of on retention of the information received during the preoperative visit and on patientes' satistaction. *Anaesthesia* 1992;47:801-3.

25. **Francis V, Korsch MB, Morris JM.** Gaps in doctor patient communication. Patients' response to medical advice. *N Eng J of Med* 1969;280:535-540.

26. **Hickson BG, Clayton WW, Entman SS, Miller PB, Githens PB, Whetten-Goldsetein K, Sloan FA.** Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satistaction with care. *JAMA* 1994;272:1583-7.