

11202  
160



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
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 PORCENTAJE DE SATISFACCION ANESTESICA DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: RODRIGUEZ CRUZ  
SERGIO

FECHA: 26 AGOSTO 2002

FIRMA: [Firma]

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA PRESENTA  
DR. SERGIO RODRIGUEZ CRUZ

MEXICO, D. F.

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN





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.



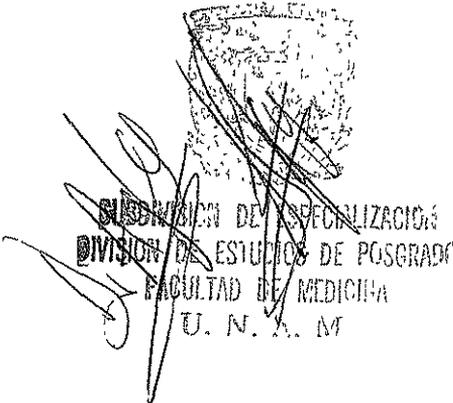
**DR. NIELS WACHER RODARTE**  
MEDICO NO FAMILIAR INTERNISTA  
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR BERNARDO SEPULVEDA G "  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



**DR. TOMÁS DÉCTOR JIMÉNEZ**  
MEDICO NO FAMILIAR ANESTESIOLOGO  
JEFE DEL SERVICIO Y TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO  
DE ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR BERNARDO SEPULVEDA G "  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI



**DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES**  
MEDICO NO FAMILIAR ANESTESIOLOGO  
SUBJEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR BERNARDO SEPULVEDA G "  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI  
(ASESOR DE TÉSIS)



DIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M



2000  
DIVISION DE ESPECIALIZACION Y ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M

## INDICE

	Pag
RESUMEN	1
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	2
MATERIAL, PACIENTES Y METODOS	5
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIONES	18
CUADROS Y GRÁFICAS	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

## COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN ANESTÉSICA DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES

**INTRODUCCIÓN.** La satisfacción del paciente, está determinada por múltiples factores como los sociales, culturales, demográficos, el estado de salud, el tipo de consulta, actitudes y expectativas del paciente, así como el nivel escolar y no existe un consenso para calificar algún factor como el más importante

**OBJETIVO.** Conocer si existen diferencias en el grado de satisfacción de acuerdo al nivel de escolaridad de los pacientes que recibieron anestesia

**DISEÑO.** Transversal analítico

**MÉTODOS.** Se aplicó un cuestionario ya validado (alfa de Cronbach 0.80%), con 13 preguntas relacionadas con trato humano y afectivo, la satisfacción con la anestesia, retraso de la cirugía, la comodidad en quirófano y la experiencia con el anestesiólogo se calificó con una escala visual análogo de 0 a 10

**RESULTADOS.** Se estudiaron 723 pacientes postoperados, 364 hombres y 359 mujeres, con edad de  $49.7 \pm 16.8$  años, con Glasgow de  $14.94 \pm 0.43$ , predominó el estado físico ASA 2 en 62%, la valoración Aldrete fue  $8.83 \pm 0.57$ . Los grados escolares fueron primaria 49%, secundario 24%, Preparatoria 12%, Profesional 11% y Analfabetas 4%. El 62.5% de los sujetos se hospitalizaron 24 hrs antes de la cirugía. En 82% se efectuó la cirugía en la fecha programada. La visita preanestésica se dio en 46% y la medicación preanestésica en 16%. Hubo una relación buena con el anestesiólogo en 89.1%. Sólo 59.9% estuvieron satisfechos con la anestesia. La experiencia vivida con el anestesiólogo fue altamente calificada por el grupo de analfabetas  $9.36 \pm 1.97$  y la más baja  $8.58 \pm 1.63$  la dieron los de escolaridad secundaria. La comodidad en quirófano fue mayor  $9.64 \pm 0.83$  para el grupo sin escolaridad, el 93% de ese grupo consideró que hubo un trato humano y afectivo de parte del anestesiólogo y 32% de los de primaria contestaron lo contrario.

**CONCLUSIONES.** Los pacientes con mayor porcentaje de satisfacción correspondieron al grupo de analfabetas y los del grupo de secundaria tuvieron el mayor porcentaje de insatisfacción.

*Palabras clave: satisfacción, escolaridad, técnica anestésica*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La práctica de la anestesia ha cambiado de modo espectacular desde que John Snow adoptó la especialidad. La función que juega el anestesiólogo oscila desde ser un consultante hasta un proveedor primario de cuidados. El papel que desempeña como consultante resulta apropiado, debido a que el principal objetivo del anestesiólogo es *“cuidar que el paciente enfrente en forma segura y cómoda la cirugía”*. No obstante los anestesiólogos se encargan de todos los aspectos *“no quirúrgicos”* de los cuidados del sujeto en el período perioperatorio inmediato <sup>2</sup>

La práctica de la anestesia ya no está confinada a la sala de operaciones, ni tampoco se limita a que los pacientes sean insensibles al dolor. En la actualidad, se requiere que los anestesiólogos vigilen, seden y proporcionen anestesia general o regional fuera de la sala de operaciones en unidades de litotipsia, toma de imágenes por resonancia magnética, tomografía computarizada, fluoroscopia, terapéutica electroconvulsiva y unidades de cateterización cardíaca <sup>2</sup>

La relación médico-paciente es de particular importancia para el anestesiólogo, quien de ordinario no se pone en contacto con el paciente, sino hasta la noche anterior o durante la mañana de la cirugía. Otro problema radica en que el enfermo no está bajo los cuidados del anestesiólogo. Por tal razón, las visitas preoperatorias y postoperatorias al sujeto adquieren una importancia vital <sup>2</sup>



Como resultado de los grandes cambios que se han realizado en los últimos años de la década de los 90, están los problemas relacionados con la medicina, los detalles y las finanzas de la práctica, exigen ahora mayor atención y esfuerzo que en cualquier época anterior <sup>1</sup>

La educación como proceso es un fenómeno dinámico entre los individuos y las colectividades, que se manifiesta en los comportamientos humanos mediante la incorporación de conocimientos, actitudes y prácticas <sup>4</sup>

Los procesos educativos se han caracterizado por difundir la ideología dominante, y por divulgar el avance de la ciencia y del conocimiento. Es innegable que las ciencias de la educación han avanzado con la humanidad y en su transcurso histórico enfocan la realidad desde diversas ópticas. Una de estas ciencias caracteriza al proceso como un cúmulo de información y adaptación, haciendo del ser un sujeto reproductor de las condiciones de vida y existencia. Otro punto de vista plantea el fenómeno educativo como algo que permite al individuo vivir como sujeto, ser creativo con capacidad de discernir y transformar su realidad concreta. Niega la acumulación del conocimiento y la pasividad del individuo como objeto y contribuye a que el sujeto aprenda a comportarse como tal <sup>4</sup>

Por otra parte las actitudes del personal de las organizaciones de atención a la salud, en las que el elemento humano es fundamental, a pesar de que esta necesidad es reconocida, no se ha definido un instrumento que permita medir el grado de satisfacción ( actitud fundamental en la afectividad de los individuos )

Lichtenstein en uno de sus trabajos señala que la insatisfacción del médico puede significar altos costos para las unidades organizadas de atención a la salud, en forma de baja moral, alta rotación y baja productividad, y calidad en la atención. Stamps se refiere al personal de enfermería, y añade los riesgos de renuncia y abandono de los empleos en unidades de atención a la salud. En nuestro país existen antecedentes de estudios que exploraron algunos indicadores involucrados en la satisfacción, tanto de usuarios como de prestadores de servicios, pero sin puntualizar factores específicos o personales.<sup>5</sup>

Manuel Chávez Hernández estudió la satisfacción en médicos y enfermeras que ocupan puestos de confianza, encontrando un nivel de satisfacción medio en 66% del personal estudiado, y el personal con menos antigüedad en el puesto, tiene mayor probabilidad de presentar satisfacción baja, lo cual podría repercutir en la satisfacción de los pacientes.<sup>6</sup> La satisfacción de los pacientes puede medirse desde que el paciente ingresa a las unidades médicas o incluso antes de su admisión a éstas. Brown DL, Francis V y Hickson, estudiaron el grado de satisfacción de pacientes que presentaron complicaciones cardiovasculares y respiratorias durante el transoperatorio, concluyeron que la satisfacción no se modifica por la presentación de esos eventos.<sup>28, 32, 33</sup>

En el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI existe una gran actividad quirúrgica, ya que se realizan aproximadamente 40 cirugías diarias, por lo que es muy importante para nosotros conocer el grado de satisfacción de esos pacientes y valorar si existen diferencias de acuerdo al grado de escolaridad de los mismos.

## **MATERIAL, PACIENTES Y METODOS**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

Encuesta comparativa (estudio prospectivo, transversal, observacional comparativo)

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Quedó integrado por los pacientes de las diferentes especialidades quirúrgicas del Hospital de Especialidades “Dr Bernardo Sepúlveda ” del Centro Médico Nacional Siglo XXI, intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia en el período comprendido de marzo de 1998 a enero de 2000.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## DESCRIPCION DE LAS VARIABLES SEGÚN LA METODOLOGIA

### VARIABLES INDEPENDIENTES

*Grado de escolaridad.* Se tomaron en cuenta los estudios con los que cuenta el paciente a la fecha de aplicarse la encuesta

### VARIABLE DEPENDIENTE

*Porcentaje de satisfacción* A través de un cuestionario previamente validado se tomó en cuenta la opinión de cada uno de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia

### SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se utilizó un muestreo aleatorio simple

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes adultos de cualquier edad y sexo
- Pacientes que se encuentran conscientes
- Sin ningún impedimento físico que no le permita contestar el cuestionario
- Que acepten participar en el estudio

## **CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN**

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

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que no completen el cuestionario

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## PROCEDIMIENTOS

El estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación del hospital. Se incluyeron todos los pacientes que reunieron los criterios de selección antes mencionados. Un día antes de la cirugía se revisaron las listas de programación quirúrgica para identificar a los posibles candidatos; posteriormente en hospitalización se corroboró que cumplieran con los criterios de inclusión. Se recabaron datos relacionados al nombre, número de afiliación, y número de cama, luego se acudió a los diferentes servicios quirúrgicos localizando el expediente de los pacientes postoperados y analizando en la hoja de registro anestésico, el diagnóstico, la cirugía realizada, el estado físico, técnica anestésica, y la calificación de Aldrete obtenida en el postoperatorio inmediato, finalmente se localizó a los pacientes en su cama, después de presentarnos e identificarnos con él se les invitó a participar en el estudio. Mediante la escala de Glasgow se valoró el estado de conciencia posteriormente se procedió a la aplicación del cuestionario.

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 después de 24 horas de la anestesia, 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

diferenciaba entre los sujetos satisfechos e insatisfechos. Para la validación del concepto de satisfacción se realizó un análisis factorial.

El cuestionario interroga sobre la puntualidad o diferimiento de la cirugía, así como valorar si el trato que proporcionó cada anestesiólogo fue humano y afectivo, la satisfacción con el tipo de anestesia que recibieron, la experiencia que vivieron con el anestesiólogo, su comodidad con el quimófono.

Los datos se vaciaron en el programa Dbase III plus y se codificaron las respuestas. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS para Windows. Para el análisis estadístico primero se exploró el tipo de distribución que seguían los datos, realizando pruebas de sesgo y curtosis, cuando hubo distribución normal se empleó promedio y desviación estándar en las variables cuantitativas de lo contrario se calculó la mediana. En las variables medidas en escala nominal u ordinal se utilizó frecuencia absoluta y porcentaje, las diferencias entre los grupos se realizaron con prueba Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher considerando estadísticamente significativo todo valor de p menor de 0.05.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 723 pacientes, de los cuales 364 (50.3%) fueron del sexo masculino y 359 (49.7%) fueron de sexo femenino. El promedio de edad en años fue mayor en el grupo de analfabetas con  $63.43 \pm 10.11$  y los más jóvenes estuvieron en el grupo de preparatoria con  $35.67 \pm 13.92$  años (Ver Cuadro I)

La escolaridad de los pacientes correspondió a primaria con 356 pacientes (49.2%), secundaria 171 pacientes (23.7%), preparatoria 87 pacientes (12%), profesional 81 pacientes (11.2%) y otros en donde se incluyeron analfabetas con 28 pacientes (3.9%)

Se encontró que 200 pacientes (27.7%) se dedicaban a labores del hogar, 19 pacientes (2.6%) eran estudiantes, 72 pacientes (10%) profesionistas, 203 pacientes (28.1%) pensionados y otras labores 229 pacientes (31.7%)

El estado físico según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) de los pacientes fue ASA 1 105 pacientes (14.5%), ASA 2 449 pacientes (62.1%), ASA 3 163 pacientes (22.5%), ASA 4 6 pacientes (0.8%), ningún paciente perteneció a la clase 5 de la ASA (Ver figura 1)

El Distrito Federal fue el lugar de residencia que predominó en los grupos estudiados (Ver figura 2)



El glasgow promedio fue mayor de 14 puntos (14.94 puntos) con una desviación estándar de 0.43% y la calificación de Aldrete fue mayor de 8 (8.83), con una desviación estándar de 0.47% (Ver Cuadro I)

El tipo de anestesia que recibieron los pacientes fue anestesia general balanceada AGB 547 (76.1%) pacientes, anestesia general endovenosa AGE 152 (21.1%) pacientes, bloqueo peridural BPD 20 (2.85%) pacientes y anestesia local más sedación en 4 (0.5%) de los pacientes ( Ver Cuadro I)

De las 723 cirugías realizadas, 281 (38.9%) correspondieron a Oftalmología, 161 (16%) a Gastrocirugía, 86 (11.9%) a Otorrinolaringología, 83 (11.5%) a Cirugía de cabeza y cuello, 57 (7.9%) a Neurocirugía, 21 (2.9%) a Cirugía máxilofacial, 15 (2.1%) a Angiología, 6 (0.8%) a Transplante renal (Ver figura 3)

De los 723 pacientes estudiados, 591 (81.7%) pacientes se intervinieron quirúrgicamente en la fecha y hora programadas, mientras que 117 (16.2%) pacientes no fue intervenido en la fecha y hora programadas y 15 pacientes (2.1%) no sabe si su cirugía se realizó en la fecha y hora programadas ( Ver figura 4 )

En cuanto al nivel de escolaridad, los pacientes que tenían como estudios preparatoria se intervinieron con mayor oportunidad en 89.6%, mientras que los de primaria se intervinieron con menor oportunidad en 20.5% ( Ver figura 5 )

Recibieron visita preanestésica 333 pacientes (46.1%), 326 pacientes (45.15%) no la recibieron y 64 pacientes (8.9%) ignoran si recibieron algún tipo de visita. Los pacientes del grupo de analfabetas fue quien recibió en mayor porcentaje visita preanestésica en 75%, y en los de primaria la frecuencia de esa visita fue menor ( Ver figura 6 )

Solamente 116 (16%) recibieron medicación preanestésica, mientras que 487 (67.4%) no la recibieron y 120 (16.6%) no sabe si fue premedicado, los profesionistas fueron los que se premedicaron más frecuentemente y los que se medicaron menos fueron los de secundaria ( Ver figura 7 )

El 70.7% de los pacientes fueron recibidos en el quirófano por el anestesiólogo y 8.2% no fue recibido por el anestesiólogo y el porcentaje restante (21.2%) no sabe quien lo recibió. Los profesionistas fueron recibidos por el anestesiólogo en un 90.1% y 10.3% de los pacientes con estudios de primaria fueron recibidos por el anestesiólogo ( Ver figura 8 )

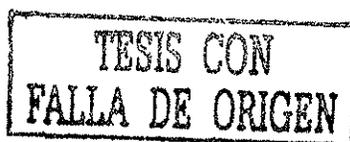
Unicamente 317 pacientes (43.8%) recuerdan haber tenido algún contacto con el anestesiólogo al despertar, 443 pacientes refieren no haber tenido ningún contacto con el anestesiólogo al despertar de su anestesia, y 163 pacientes (22.5%) no sabe si tuvo algún contacto con él. Los que en mayor porcentaje recuerda haber tenido algún contacto con el anestesiólogo correspondió al grupo de analfabetas en 75% de los pacientes, y el grupo de primaria es el que refiere haber tenido menos contacto ( Ver figura 9 )

El trato que recibieron 496 (68.6%) pacientes, fue satisfactorio y para 186 (25.7%) no fue satisfactorio, mientras que para 40 pacientes (5.5%), el trato que recibieron les fue indiferente. El grupo que quedó más satisfecho con el trato que recibió, fueron los analfabetas, ya que 92.8% de los pacientes dentro de este grupo quedó satisfecho, en tanto que el grupo menos satisfecho correspondió al grupo de primaria, 31.4% de ellos no quedó satisfecho. ( Ver figura 10 )

En cuanto a la comprensión del lenguaje que utilizó el anestesiólogo al dirigirse a los pacientes, 67.4% entendieron claramente su lenguaje, 28.2% no entendieron claramente el lenguaje. El grupo de los profesionistas fue el que más comprendió el lenguaje del anestesiólogo y el grupo que menos comprendió el lenguaje del anestesiólogo correspondió al de primaria ( Ver figura 11 )

En cuanto a la relación con el anestesiólogo 91 % refiere haber tenido buena relación con éste, 5.2% no la tuvieron y al 3.6% de los pacientes les fue indiferente. Los profesionistas tuvieron mejor relación con el anestesiólogo en 96.2% de los casos y los que no tuvieron una buena relación con el anestesiólogo correspondió al grupo de analfabetas con 7.1% ( Ver figura 12 )

De los 723 pacientes estudiados 645 (89.2%) quedaron satisfechos con el tipo de anestesia administrada, 43 (5.9%) no quedaron satisfechos con el tipo de anestesia que recibieron y 35 (4.8%) pacientes fueron indiferentes. El 93% del grupo de los analfabetas manifestó



están satisfecho con la técnica anestésica que recibieron, y en el grupo con antecedente de estudios de preparatoria hubo menor porcentaje de satisfechos ( Ver figura 13 )

Del total de pacientes estudiados, 70.1% recomiendan el tipo de anestesia que recibieron, 10.7% no la recomiendan y 19.2% no supo que contestar. El grupo de analfabetas es el que en mayor porcentaje (85%) recomiendan el tipo de anestesia que recibieron para un procedimiento quirúrgico similar y los que no recomiendan el tipo de anestesia que recibieron son los de escolaridad primaria, en 10.9% de los pacientes, 66% si la recomienda, y a 23% les es indiferente ( Ver figura 14 )

Cuando se les pidió que calificaran numéricamente la experiencia que vivieron con el anesthesiologo los puntaje más altos ( $9.36 \pm 1.97$ ) los proporcionaron los sujetos del grupo de analfabetas y los más bajos los dió el grupo con antecedente de estudios de primaria ( $8.58 \pm 1.63$ ) ( Ver cuadro II )

Con relación a la calificación que le otorgaron al comodidad que experimentaron en el Quiófano, todos los grupos estudiados manifestaron puntajes por arriba de 9, aunque los analfabetas dieron la puntuación más alta ( $9.64 \pm 0.83$ ) y la más baja la dieron los pacientes con estudios de secundaria ( $9.27 \pm 1.05$ ) (Ver cuadro III )

## DISCUSIÓN



Comprender la satisfacción del paciente es importante al pretender mejorar la atención anestésica y minimizar la litigación por una práctica anestésica de mala calidad. Muchas investigaciones en el paciente con atención anestésica se han enfocado en el reconocimiento postoperatorio de efectos como náusea o vómito después de la operación o en aumentar la satisfacción con el alivio del dolor postoperatorio.

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 aumenta la satisfacción, que a su vez facilita que se sienta bien con su médico, cumpla con su tratamiento y tenga mejores resultados.

La satisfacción del paciente, está determinada por múltiples factores como los sociales, culturales, demográficos, el estado de salud, el tipo de consulta, actitudes y expectativas del paciente, así como el nivel escolar y no existe un consenso para calificar algún factor como el más importante.

La calidad es un componente esencial de la práctica médica contemporánea y la satisfacción del paciente es un elemento importante de la calidad.

Ya se ha demostrado que una buena relación médico paciente durante la visita preanestésica, reduce la ansiedad en el paciente, esta puede ser realizada con la

información de los pacientes acerca de su manejo anestésico, y dirigiendo la palabra a sus inquietudes específicas en cuanto a la anestesia. Aunque la entrevista personal con el paciente reduce la ansiedad, otro factor importante a considerar es conocer la satisfacción del paciente con relación a la técnica anestésica que recibió, para así poder estar en posibilidad de ejercer un proceso de mejoría continua de la calidad.

La satisfacción de los pacientes puede medirse desde que el paciente ingresa a las unidades médicas o incluso antes de su admisión a éstas.

Nosotros quisimos estudiar la satisfacción de los pacientes de acuerdo al grado de escolaridad desde que el paciente ingresa a nuestro hospital y es sometido a una intervención anestésico-quirúrgica, programado de manera electiva o de urgencia, hasta que se recupera del efecto anestésico.

El presente estudio analizó el porcentaje de satisfacción que obtuvieron 723 pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general y bloqueo peridural, los cuales quedaron distribuidos equitativamente en relación al género.

La mayoría de los pacientes pertenecieron al grupo con escolaridad primaria (49.2%), los grupos con las frecuencias más bajas fueron los profesionistas (11.2%) y los analfabetas (3.9%).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

El estado físico según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) nos da una idea del tipo de pacientes que son intervenidos en nuestro hospital, ya que la gran mayoría (85%) corresponden a las categorías 2 y 3 de la ASA. Es por este hecho que la mayoría (97%) de las intervenciones en el hospital se realizan bajo anestesia general, condicionado también por el tipo de cirugías.

El porcentaje de satisfacción global es muy alto ya que del total de pacientes estudiados 89% quedó satisfecho con el tipo de anestesia que se les administró, solamente el 6% de los sujetos manifestó insatisfacción y 5% no supo responder.

En cuanto a la relación, escolaridad y satisfacción, se encontró que 93% del grupo de analfabetas quedaron satisfechos y en los pacientes con estudios de preparatoria hubo el mayor porcentaje (8%) de insatisfechos.

David L. Brown encontró que uno de los principales factores de insatisfacción fue la demora, sin embargo nosotros encontramos que de los 723 pacientes estudiados, 591 (81%) se intervinieron quirúrgicamente en la fecha y hora programada, mientras que 117 pacientes (16.2%) no fueron intervenidos en la fecha y hora programadas, y 15 pacientes (2.1%) no sabe si su cirugía se realizó en la fecha y hora programada.

En cuanto al nivel de escolaridad, los pacientes con estudios de preparatoria se intervinieron con mayor oportunidad en 89.6% de los casos, mientras que en los de primaria fue menor el porcentaje de oportunidad (77.5%).



## CONCLUSIONES

Los pacientes con mayor porcentaje de satisfacción correspondieron al grupo de analfabetas y los del grupo de secundaria tuvieron el mayor porcentaje de insatisfacción

# CUADRO I. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

	ANALFABETAS	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	PROFESIONAL
No. SUJETOS	28	356	171	87	81
EDAD (AÑOS)	63.43 ± 10.11	57.50 ± 14.22	41.54 ± 14.39	35.67 ± 13.92	42.69 ± 15.10
SEXO (M/F)	11/17	166/190	88/83	49/38	50/31
A. GRAL. BALANCEADA	24 (86%)	257 (72%)	130 (76%)	72 (83%)	65 (80%)
A. GRAL ENDOVENOSA	2 (7%)	92 (26%)	36 (21%)	13 (15%)	12 (15%)
BLOQUEO PERIDURAL	2 (7%)	7 (2%)	5 (3%)	2 (2%)	4 (5%)
GLASGOW	15.0 ± 0.0	14.92 ± 0.53	14.94 ± 0.44	15.0 ± 0	15.0 ± 0.0
ALDRETE	8.93 ± 0.38	8.82 ± 0.54	8.82 ± 0.41	8.71 ± 0.99	9.00 ± 0.34

ANALFABETA	9.36 ± 1.97
PRIMARIA	8.58 ± 1.63
SECUNDARIA	8.59 ± 1.76
PREPARATORIA	9.16 ± 1.10
PROFESIONAL	9.35 ± 1.40

18-b

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO III. ¿ QUE TAN COMODA FUE SU ESTANCIA EN EL QUIROFANO ?

ANALFABETA	9.64 ± 0.83
PRIMARIA	9.28 ± 1.27
SECUNDARIA	9.27 ± 1.05
PREPARATORIA	9.53 ± 0.59
PROFESIONAL	9.51 ± 1.15

180

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se usó una escala visual analoga con puntos del 0 al 10  
Los valores se expresan en promedio ± desviacion estándar

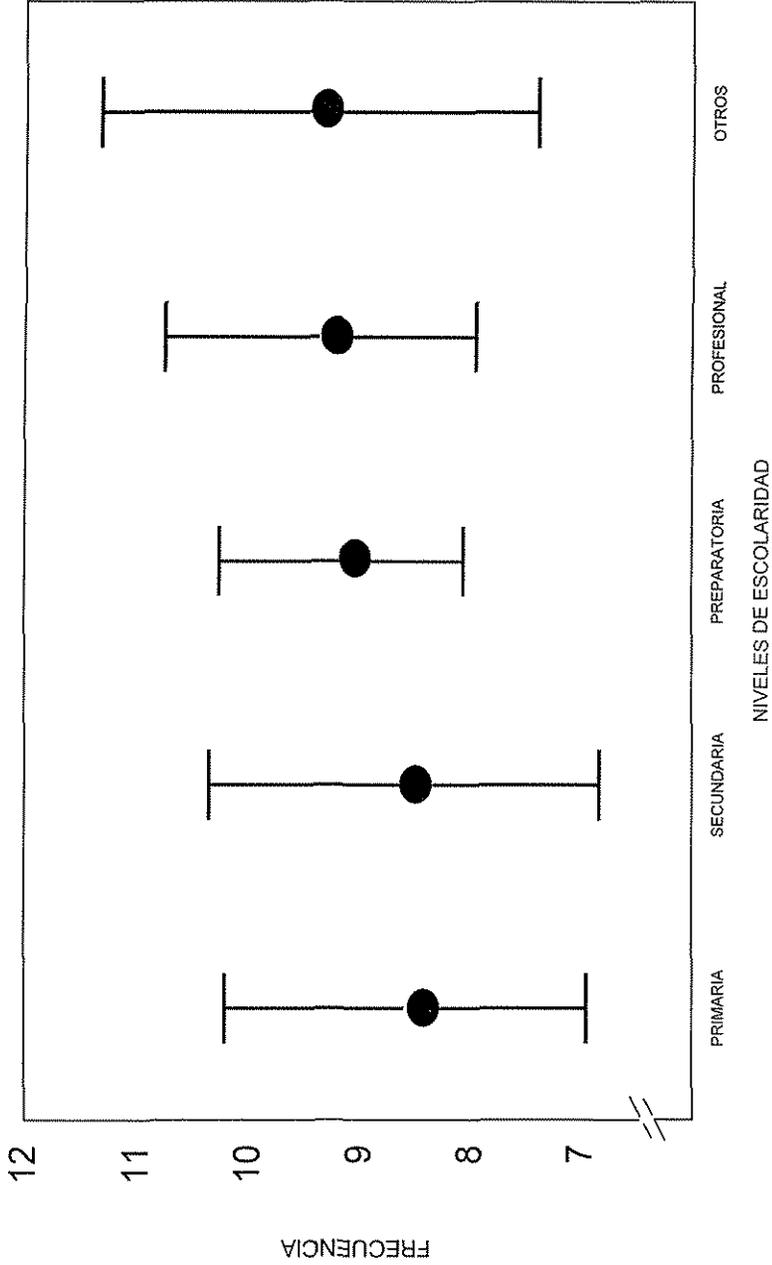


GRAFICO No. 1 REPRESENTA LOS VALORES EXPRESADOS EN PROMEDIO MAS MENOS D.E. DE LAS CALIFICACIONES OTORGADAS A LA EXPERENCIA VIVIDA CON LOS ANESTESIOLOGOS.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

18-d

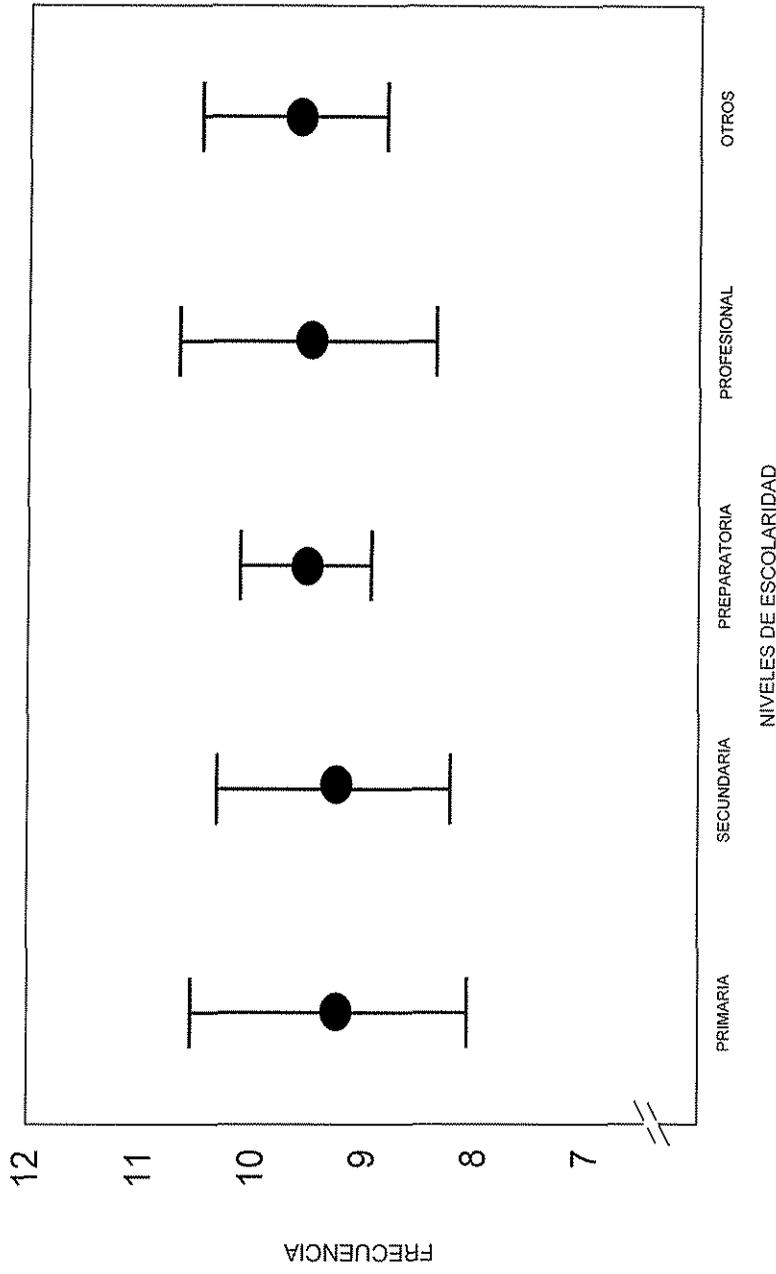


GRAFICO No. 1 REPRESENTA LOS VALORES ABSOLUTOS EXPRESADOS EN PROMEDIO MAS MENOS D.E. DE LA LA COMODIDAD DURANTE SU ESTANCIA EL EL QUIROFANO.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

18-e

# ESTADO FISICO SEGUN LA CLASIFICACION DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGOS (ASA)

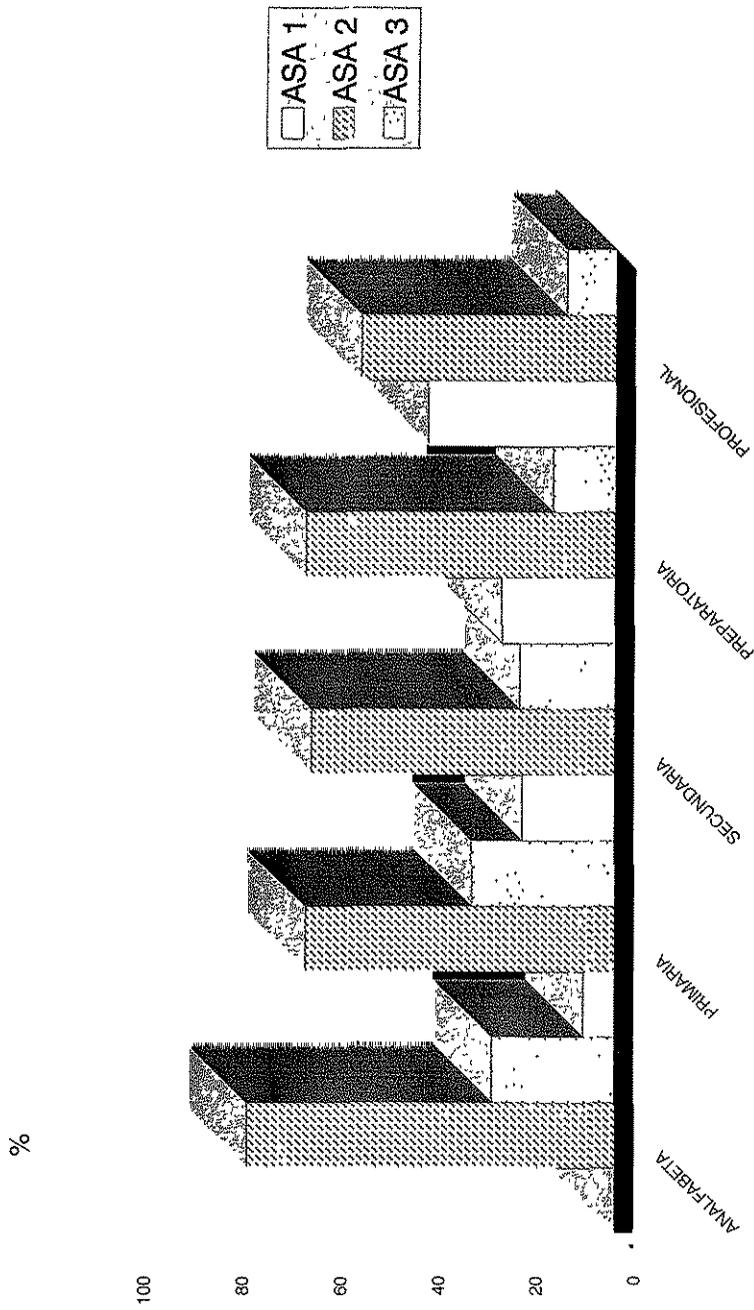


Figura 1

18-f

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# LUGAR DE RESIDENCIA EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS

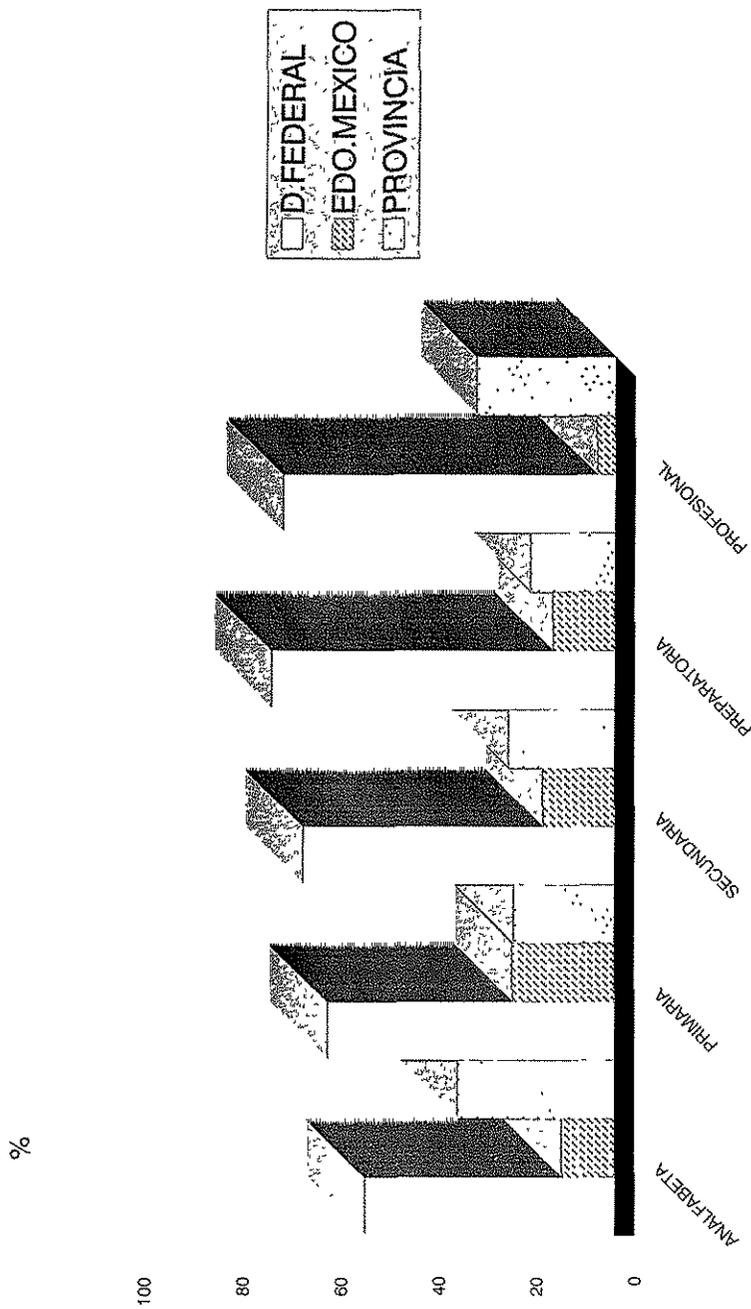
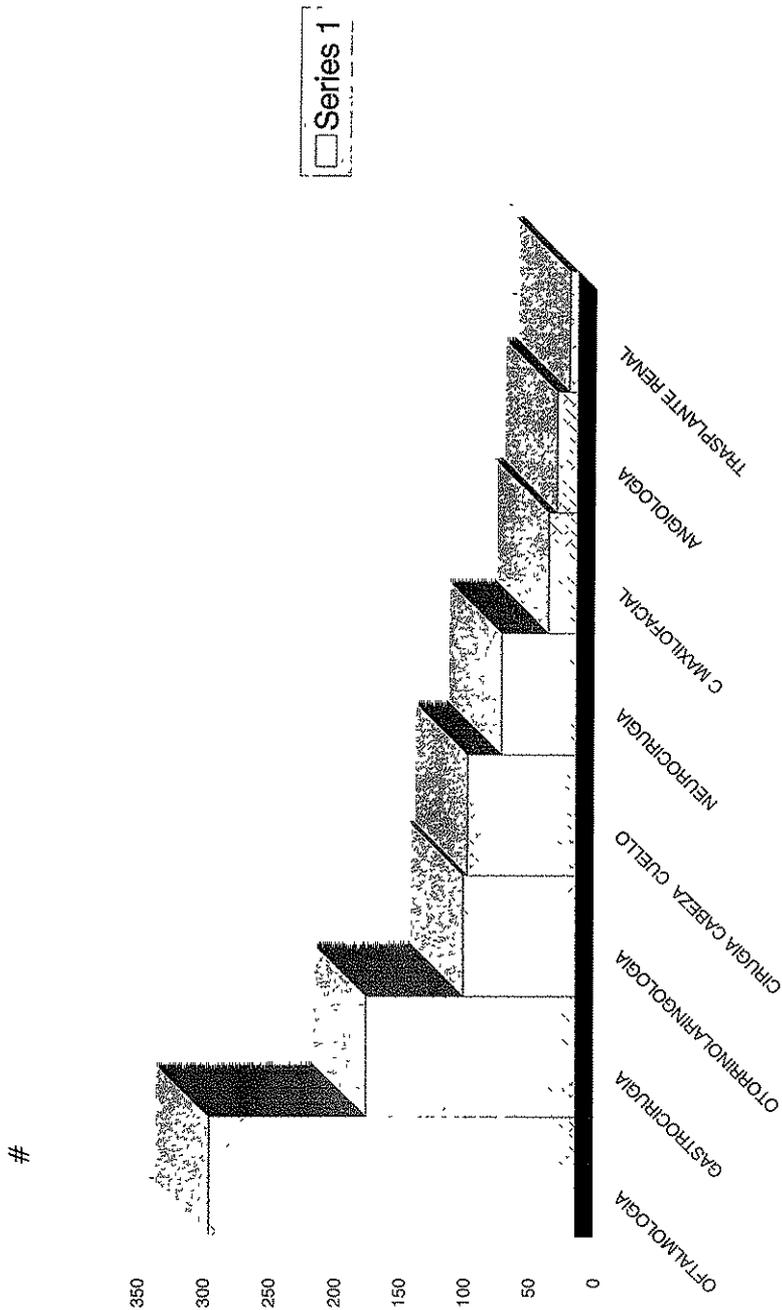


Figura 2

18-9

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD



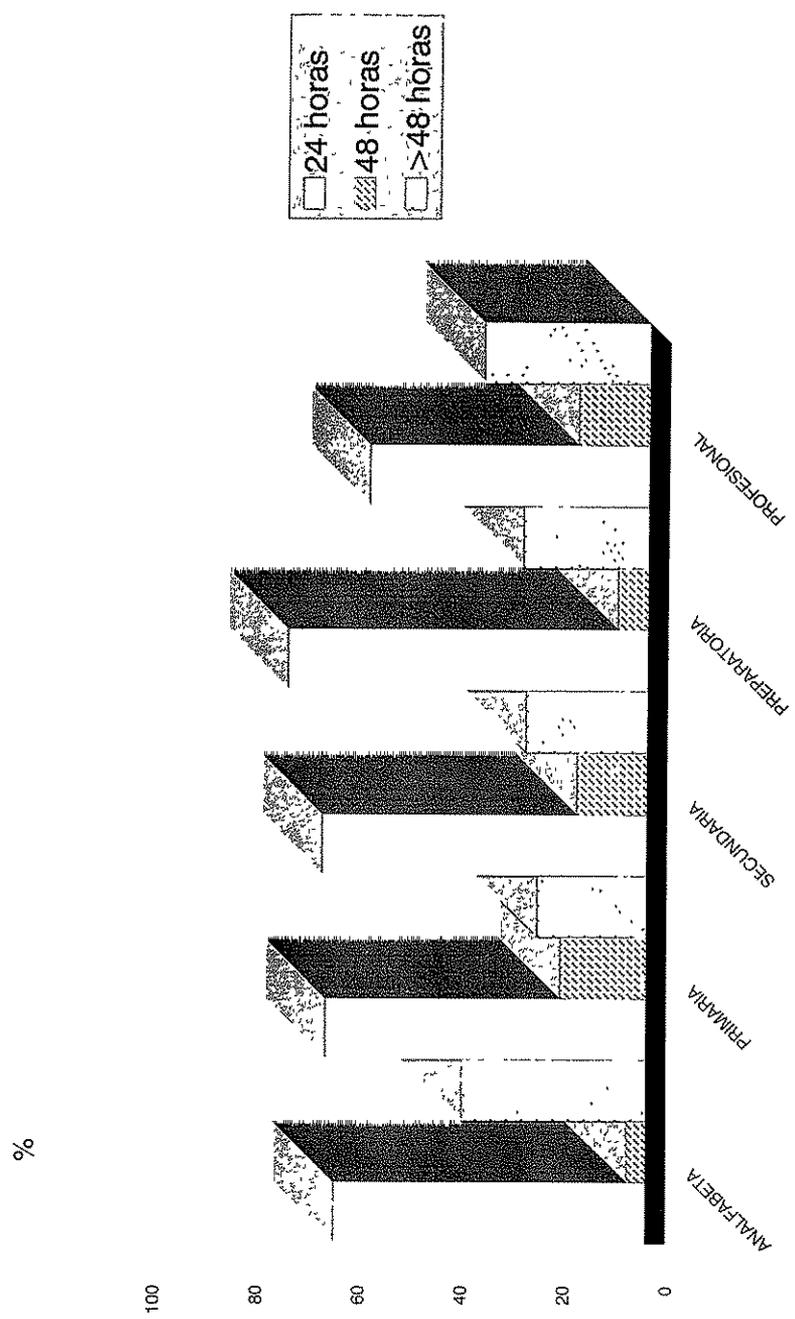
Series 1

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

18-h

Figura 3

# TIEMPO DE INTERNAMIENTO ANTES DE LA CIRUGIA

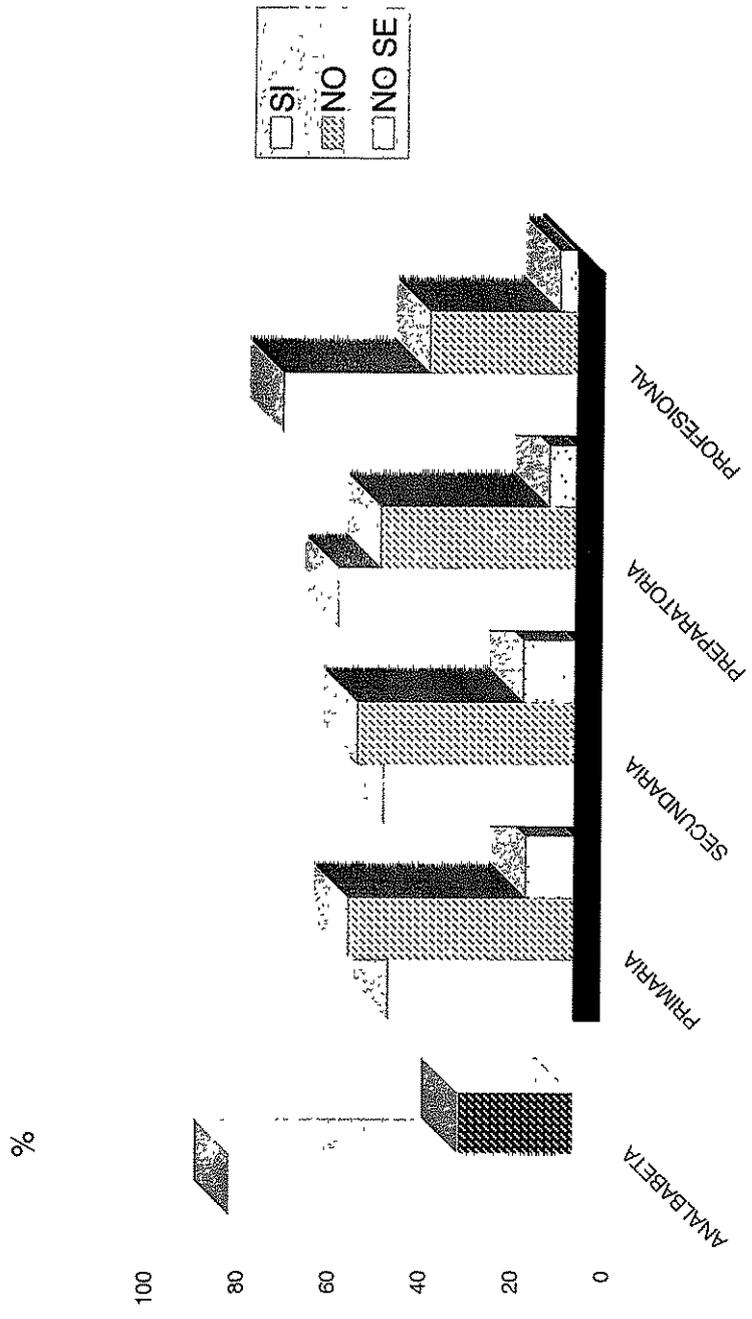


18-i

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Figura 6

# ANTECEDENTE DE VISITA PREANESTESICA

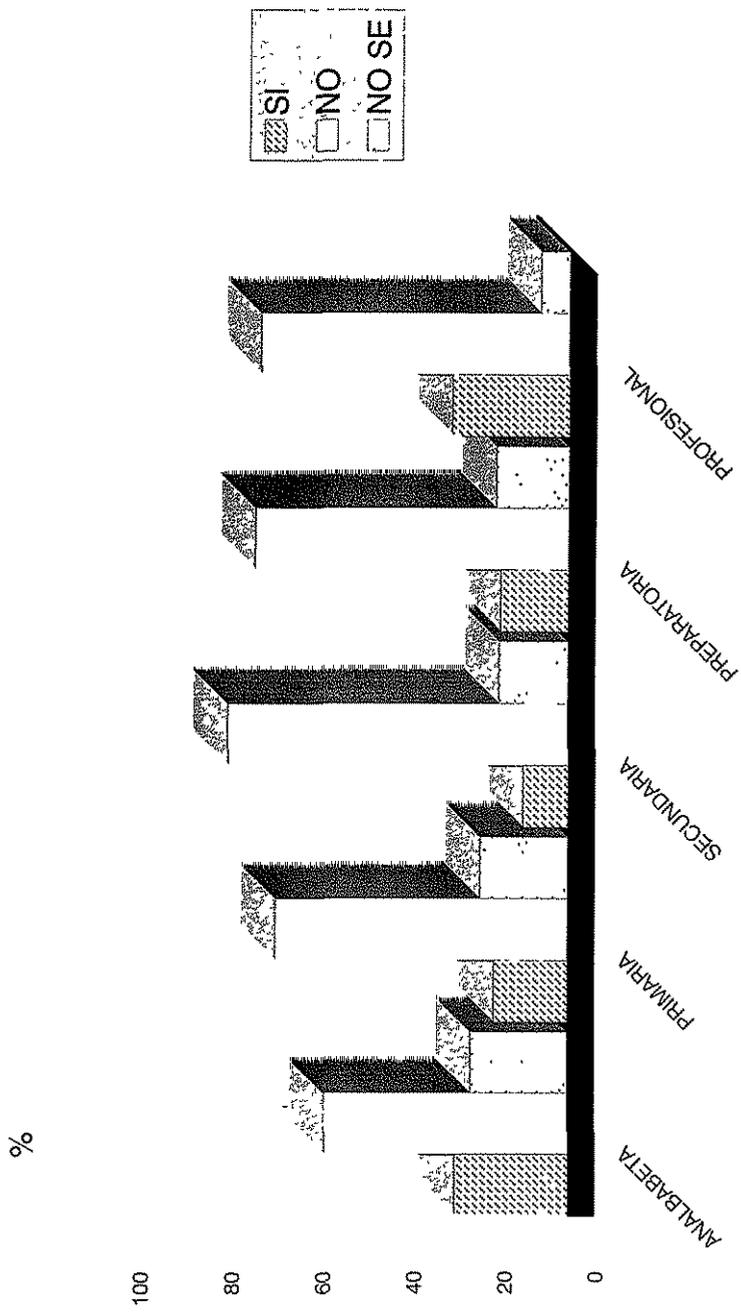


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

18-j

Figura 6

# FRECUENCIA DE MEDICACION PREENESTESICA

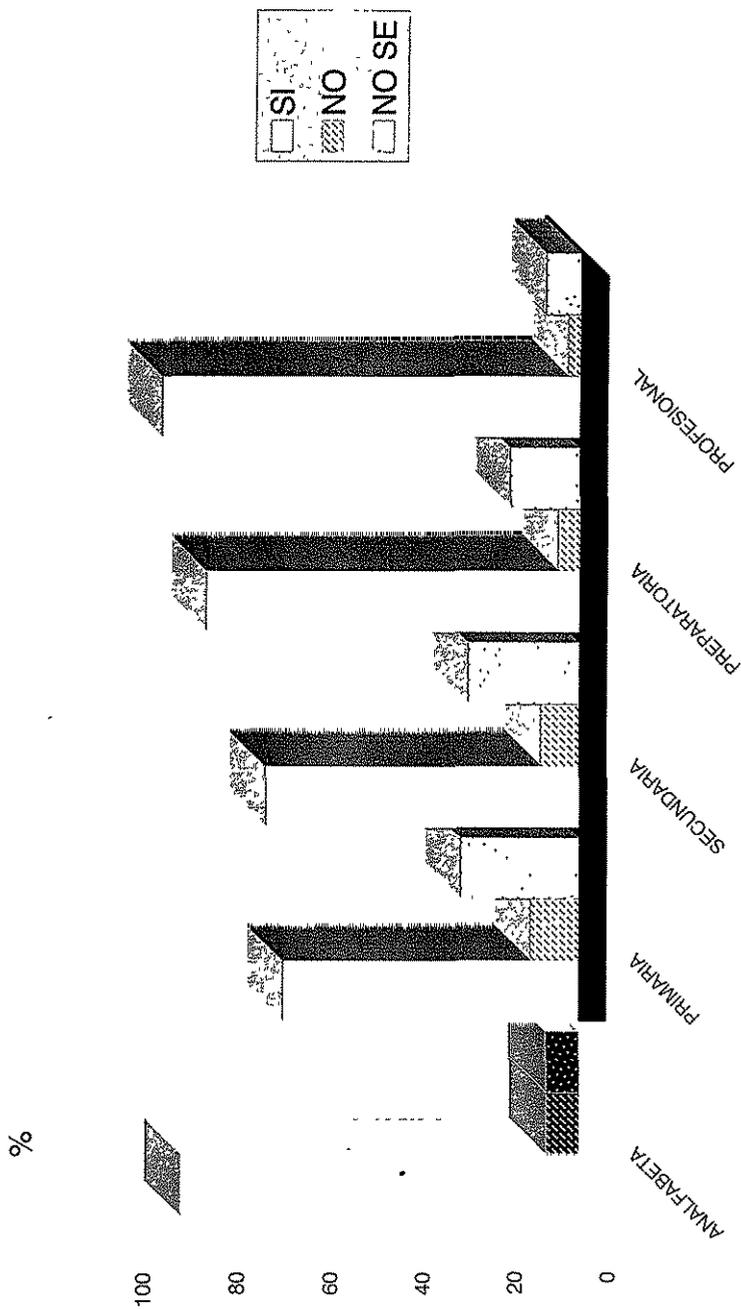


18-k

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Figura 7

# AL LLEGAR USTED AL QUIROFANO..... ¿ FUE RECIBIDO POR EL ANESTESIOLOGO ?



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

18-L

Figura 8

# AL DESPERTAR..... ¿ ESTABA EL ANESTESIOLOGO A SU LADO ?

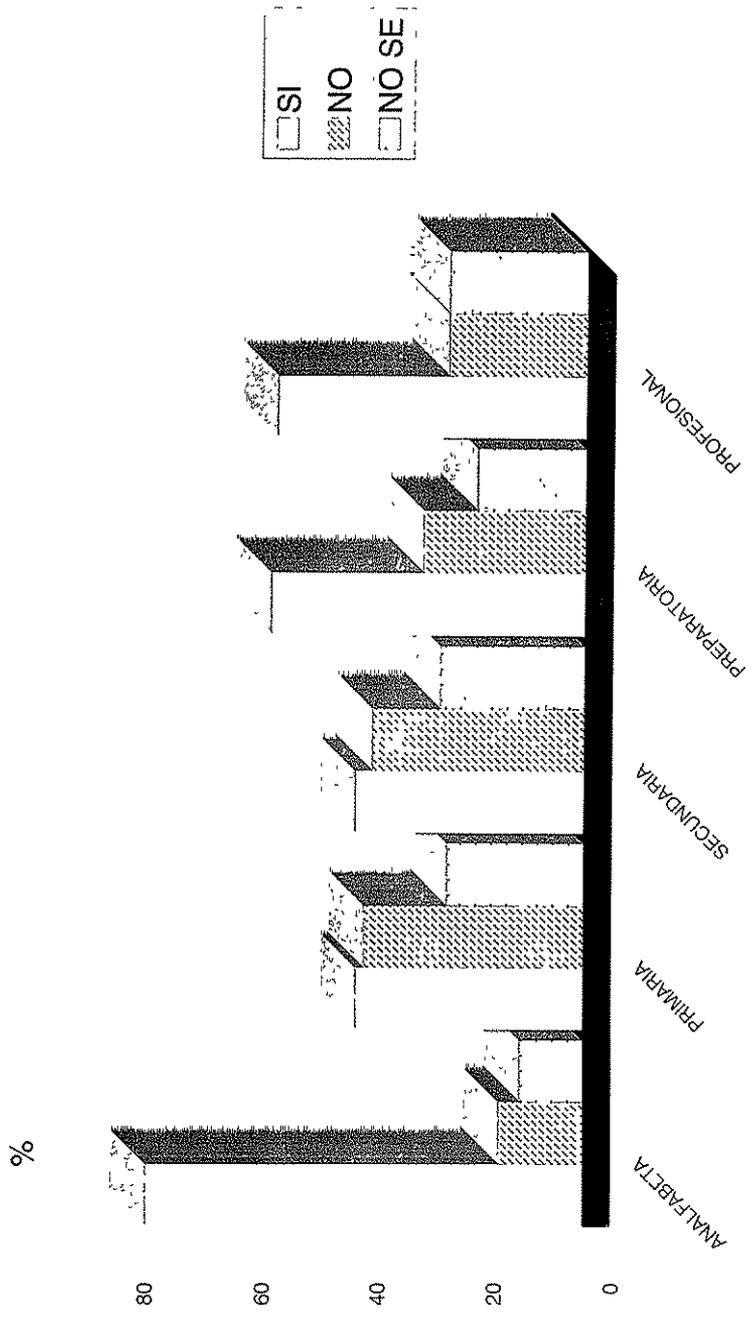


Figura 9

18-m

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

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

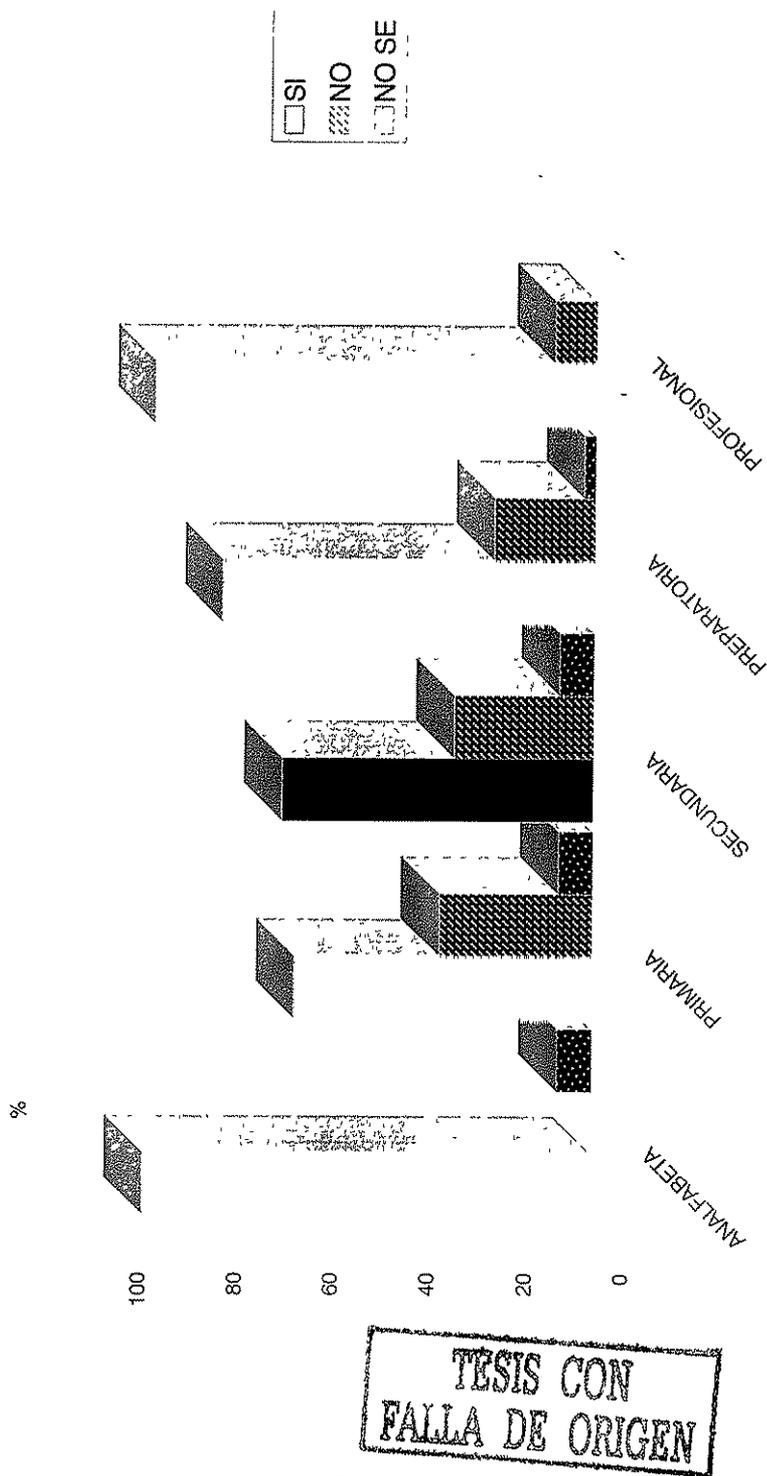
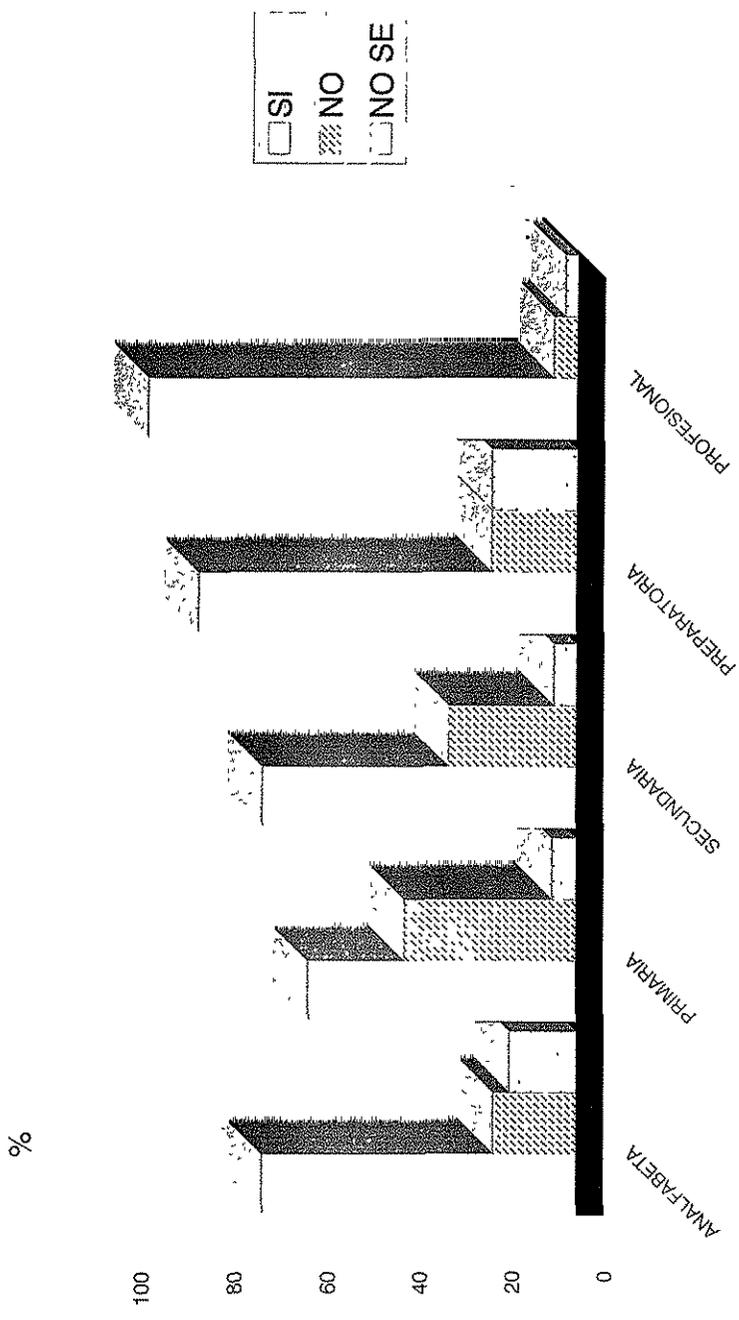


Figura 10

¿ ENTENDIO USTED EL LENGUAJE EMPLEADO POR EL ANESTESIOLOGO ?

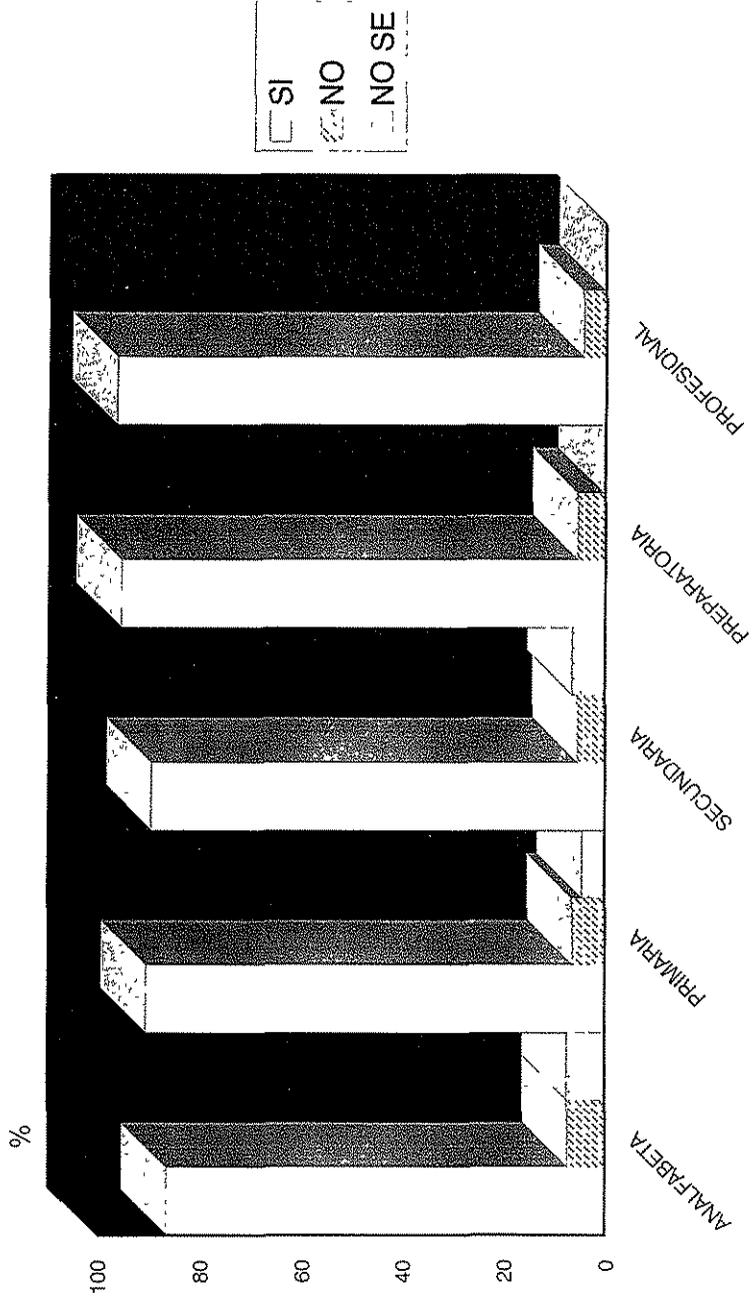


18-5

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Figura 11

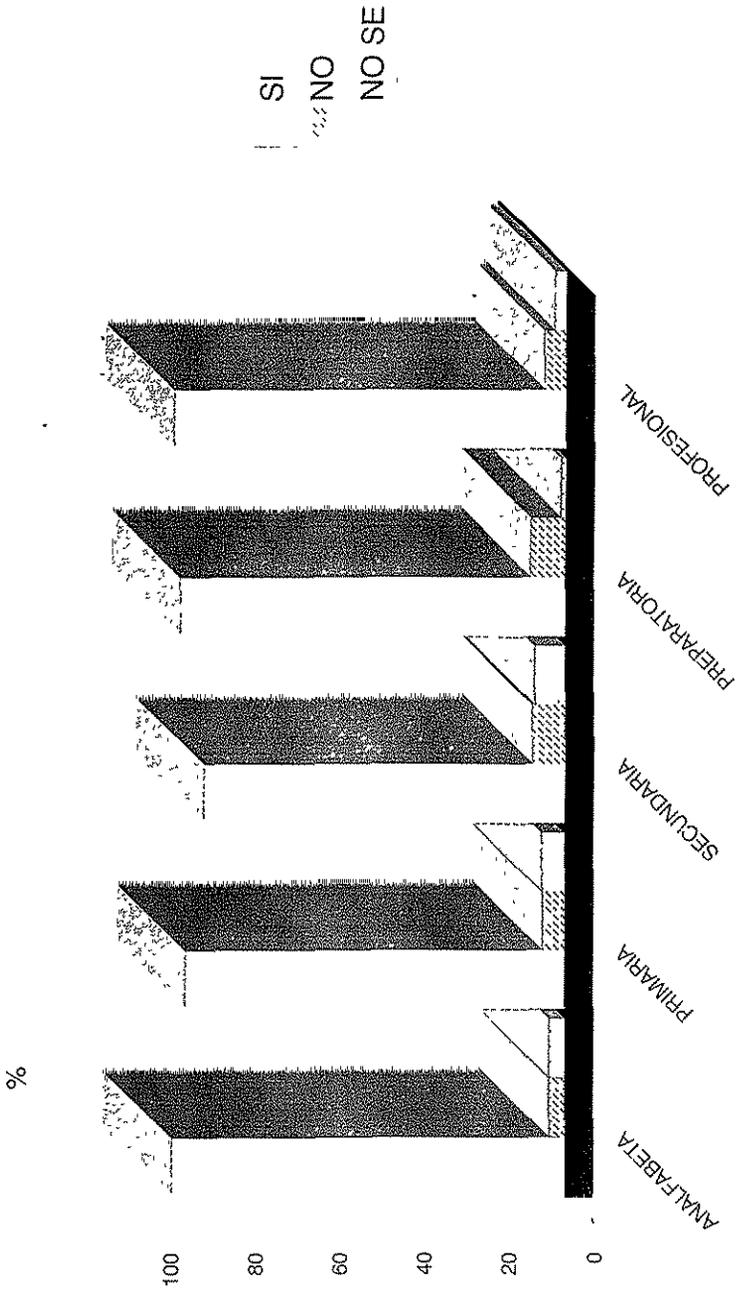
¿ CONSIDERA QUE FUE BUENA LA RELACION PERSONAL CON SU ANESTESIOLOGO ?



18-0 TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Figura 12

¿ QUEDO USTED SATISFECHO CON LA ANESTESIA QUE RECIBIO ?

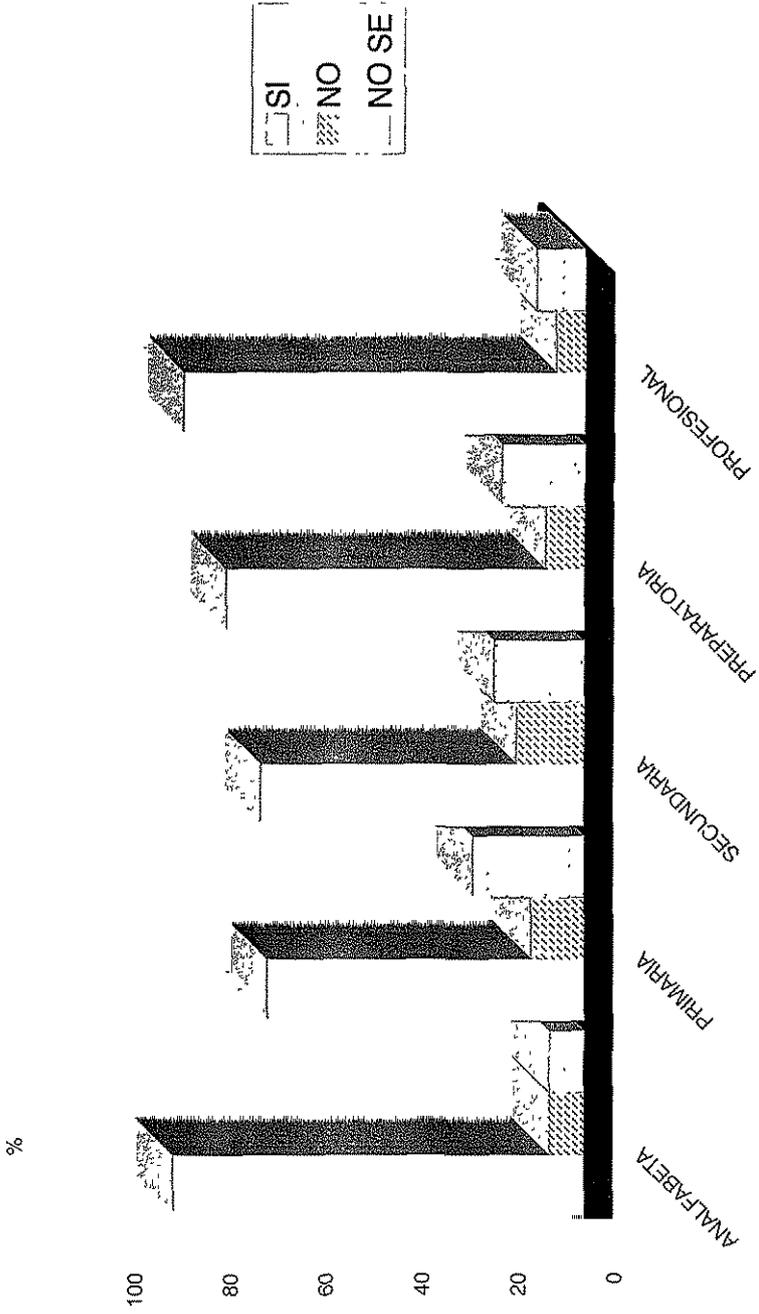


18-p

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Figura 13

RECOMENDARIA USTED EL TIPO DE ANESTESIA QUE RECIBIO ?



6.81

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Fig 14

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 **Barash P, Cullen B, Stoelting R.** Anestesia Clínica Mc Graw-Hill Interamericana  
3a edición,1997, 35-65
  
- 2 **Morgan G E, Mikhail MS.** Anestesiología clínica Manual moderno 1° edición  
1995 3-16
  
- 3 **Aguirre Gas H** 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
  
- 4 **Cabrera PC, Lomelí ZR, Salas LA.** Educación para la salud en derechohabientes  
del primer nivel de atención Rev Med IMSS 1995,33 429-34
  
- 5 **Chávez HM, Alvarez MM, García PM.** Satisfacción laboral en médicos y  
enfermeras Rev Med IMSS 1996;34 253-256
  
- 6 **Lishfitz GA.** Historia y Filosofía de la medicina Lo humano, humanístico, humanista  
y humanitario en medicina Gac Med Mex 1997, 133 237- 43
  
- 7 **Hulka BS, Krupper LL, Daly MB** Correlates of satisfaction and dissatisfaction  
with Medical Care A community perspective Med Care 1075, 13 648-56

- 8 **Sheude K, Panagopoulos GA** A Survey of 800 patients knowledge, Attitudes, and concerns Regarding, Anesthesia *Anesth Analg* 1991, 73 190-8
- 9 **Allan P, Roizen MF.** Educating patients about anesthesia *Anesth Analg* 1996,83 671-2
- 10 **Klafta JM, Roizen MF** Current understanding of patients attitudes Toward and preparation for Anesthesia A review *Anesth Analg* 1996, 83 1314-21
- 11 **Cleary PD, McNeil BJ** Patient satisfaction as indicator of quality care *Inquiry* 1988, 25 25-36
- 12 **Pascoe GC** Patient satisfaction in primary health a literature review and analysis *Eval Prog Plan* 1983, 6 185-210
- 13 **Zook CJ, Moore FD** High-cost users of Medical Care *N Eng J Med* 1980, 302 996-1002
14. **Kravitz RI** Patients expectations for medical care an expanded form solution based on review of the literature *Med Care Res* 1996, 53 3-27

- 15 **Vorackova F** Lo que opinan los pacientes de los servicios del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubuan" Rev Inv Clin 1990, 42 298-311
- 16 **Williams B** Patient satisfacci3n ; a valid concept? Soc Sci Med 1994, 38 509-16
- 17 **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
- 18 **Roghmann KJ, Hengst A, Zastowny TR** Satisfaction with medical care Its measurement and relation Med Care 1989, 17 461-77
- 19 **Linder-Pelz** Social psychological determinants of patient satisfaction a test of five hypoteses, research note Soc Sci Med 1982, 583-9
- 20 **Donabedian A** The quality of care How can it be assessed? JAMA 1988, 260 1743-48
- 21 **Steward AL, Hayds RD.** The MOS short-form general health survey Med Care 1988, 26 724-35
- 22 **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



- 23 **Ware A, Hayds RD.** Methods for measuring patient satisfaction with specific medical  
Med Care 1988, 26 393-402
- 24 **Guyatt GII, Feeney DII** Measuring health related quality of life Ann intern med  
1993, 118 622-9
- 25 **Tarlow AR, Ware JE, Green F** The medical outcomes study An applications of  
methods for monitoring the results of medical care JAMA 1989, 262 925-30
- 26 **Ong LML, DeHaes JCJM, Hoos AM, Lammes AZ** Doctor-patient  
communication A review of the literature Soc Sic Med 1995, 7 903-18
- 27 **Linder Peltz S.** Toward a theory of patient satisfaction Soc Sic Med 1982, 16 577-  
582
- 28 **Brown DL, Warner ME, Schroeder DR, Offord KP** Effect of intraoperative  
anesthetic events on postoperative patient satisfaction Mayo Clin Proc 1997, 72 20-5
- 29 **Dexter F, Aker J, Wright WA** Development of a measure of patient satisfaction  
with monitored anesthesia care Anesthesiology 1997, 87 865-73

- 30 **Beers RA, O'Leary CE, Franklin PD** Comparing the history taking methods used during a preanesthesia visit The Health Quiz Versus the Written Questionnaire *Anesth Analg* 1998, 86 134-37
- 31 **Flaminio P, Maksay M, Forster A** Influence of continuity of anaesthetic care on retention of the information received during the preoperative visit and on patients satisfaction *Anaesthesia* 1992,47 801-3.
- 32 **Francis V, Korsch MB, Morris JM.** Gaps in doctor patient communication Patients response to medical advice *N Eng J of Med* 1969, 280 535-40
- 33 **Hicson BG, Clayton WW, Entman SS, Miller PB, Githens PB, Whetten-Golsetein K, Sloan FA.** Obstetricians' prior malpractice experience and patients satisfaction with care *JAMA* 1994, 272 1583-7

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN