

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN ANTE EL PROCESO
ANESTÉSICO QUIRÚRGICO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE LA CIUDAD DE
QUITO Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE ESTADÍA EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS POSTANESTÉSICOS, DURANTE EL PRIMER
TRIMESTRE DEL 2015.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTOR:

ANDREA CAROLINA GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ

Director:

Dr. Jaime Quezada

Asesor metodológico:

Dr. Carlos Erazo

Quito, 2015

DEDICATORIA

La culminación de esta etapa tan importante de mi vida la dedico en primer lugar a Dios, por ser la luz que guía mi camino y por darme la fuerza para seguir adelante; a mis padres, Libia y Roberto por estar siempre a mi lado y ser mi ejemplo de lucha y superación; a mis abuelitos César y Blanca por su apoyo incondicional y consejos brindados para no dejarme vencer ante ninguna adversidad; a mis hermanos, César y Oscar que con su cariño han sabido darle un toque de alegría a mi vida y a todas las personas que formaron parte de este proceso y me han ayudado a cumplir mi sueño.

Andrea Carolina Gutiérrez Rodríguez

AGRADECIMIENTO

Quiero hacer un especial agradecimiento a las autoridades y médicos del Hospital Enrique Garcés, por su apertura y colaboración para llevar a cabo mi investigación, esperando que mi esfuerzo y dedicación proporcionen resultados beneficiosos para la institución.

A mis maestros que durante toda esta valiosa etapa de estudio me han brindado su conocimiento para llegar a ser una gran profesional.

A todas las personas que permitieron que esta investigación se lleve a cabo, en especial a mi director de tesis y asesor metodológico, que con su apoyo y paciencia han sabido guiarme para alcanzar de la mejor manera mi objetivo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

<i>GLOSARIO DE TÉRMINOS</i>	14
Términos referidos a la calidad en salud	14
Términos referidos al procedimiento anestésico quirúrgico	18
<i>RESUMEN</i>	21
<i>ABSTRACT</i>	24
<i>CAPÍTULO I</i>	26
INTRODUCCIÓN	26
Justificación	28
<i>CAPÍTULO II</i>	30
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	30
RESEÑA HISTÓRICA	30
CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	31
Tipos de calidad de atención en salud.....	31
ELEMENTOS PRINCIPALES	32
Protagonistas de la calidad de atención	32
Modelos de evaluación de la calidad.....	33
Atributos de la calidad.....	34
Dimensiones de la calidad.....	34
INDICADORES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	34
Tipos de indicadores.....	35
GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD	35
SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD	36
Factores para llegar a la garantía de la calidad.....	36
CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL ECUADOR	38
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ANTE LOS SERVICIOS DE SALUD	39
Aspectos determinantes en la satisfacción del paciente	40

Características del paciente	40
Causas de insatisfacción de los pacientes.....	40
Características de los proveedores.....	41
Valoración de la satisfacción del paciente en anestesiología.....	42
PROCESO ANESTÉSICO QUIRÚRGICO	43
Atención preoperatoria del paciente quirúrgico.....	44
Valoración pre anestésica	44
Valoración preoperatoria del riesgo anestésico quirúrgico	45
DECISIÓN DEL TIPO DE ANESTESIA PARA EL PACIENTE QUIRÚRGICO	45
ANESTESIA GENERAL	46
Anestesia total intravenosa (TIVA).....	47
Anestesia general balanceada	51
ANESTESIA NEUROAXIAL.....	53
Anestesia raquídea o intradural	53
ANESTESIA COMBINADA	56
RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA.....	56
COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS PRODUCIDAS POR LA ANESTESIA	57
Obstrucción de la vía aérea	57
Hipoxemia	57
Inestabilidad hemodinámica.....	58
Hipotermia y temblor	58
Nausea y vómito	59
Dolor agudo postoperatorio.....	60
<i>CAPÍTULO III</i>	62
MATERIALES Y MÉTODOS	62
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	62
OBJETIVOS:	62
Objetivo General:	62
Objetivos Específicos:	63

HIPOTESIS:	63
METODOLOGÍA	64
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	64
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	71
POBLACIÓN ESTUDIADA	71
Criterios de inclusión:	72
Criterios de exclusión:	72
TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	72
TIPO DE ESTUDIO	73
Alcance del diseño de estudio: Descriptivo.	73
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	73
Fuentes de información:	73
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	76
ASPECTOS BIOÉTICOS	77
<i>CAPÍTULO IV</i>	78
RESULTADOS	78
<i>CAPÍTULO V</i>	91
DISCUSIÓN	91
Limitaciones del estudio:	98
<i>CAPÍTULO VI</i>	100
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	100
<i>BLIBLIOGRAFÍA:</i>	104
<i>ANEXOS:</i>	116
ANEXO 1	116
CLASIFICACIÓN DEL ESTADO FÍSICO DE LA AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS	116
ANEXO 2	117
ENCUESTA SOBRE SATISFACCIÓN ANTE EL PROCESO ANESTÉSICO QUIRÚRGICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS	117

ANEXO 3.....	120
QoR-40 (Quality of Recovery score 40).....	120
ANEXO 4:	123
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA	123
ANEXO 5.....	127
Tabla 3. FACTORES ASOCIADOS A LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ANTE EL PROCESO ANESTÉSICO QUIRÚRGICO.....	127
ANEXO 6.....	128
Tabla 4. Distribución por edad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	128
Tabla 5. Distribución por género de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	128
Tabla 6. Distribución por estado civil de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	129
Tabla 7. Distribución por nivel educativo de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	129
Tabla 8. Distribución por tipo de condición laboral de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	130
Tabla 9. Distribución por tipo de salario o ingreso económico mensual de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	130
Tabla 10. Distribución por lugar de residencia en los últimos dos años de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	131

Tabla 11. Distribución por Provincia donde residen los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	131
Tabla 12. Distribución por riesgo preoperatorio (Escala de ASA) de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	132
Tabla 13. Distribución según el tiempo de admisión de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	132
Tabla 14. Medidas de dispersión y tendencia central del tiempo de admisión de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015.....	135
Tabla 15. Distribución según forma de ingreso de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	135
Tabla 16. Distribución según la técnica quirúrgica utilizada en los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	136
Tabla 17. Distribución según el tipo de cirugía realiza por especialidad en los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	136
Tabla 18. Distribución según el tipo de cirugía realizada a los pacientes del servicio de Cirugía General intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015.....	137
Tabla 19. Distribución según el tipo de cirugía realizada a los pacientes del servicio de Cirugía Ortopédica intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	137
Tabla 20. Distribución según el tipo de cirugía realizada a los pacientes del servicio de Cirugía Urológica intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	138

Tabla 21. Distribución según el tipo de técnica anestésica utilizada para los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	138
Tabla 22. Distribución según la duración de la cirugía de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	139
Tabla 23. Medidas de dispersión y tendencia central para el tiempo de duración de la cirugía de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	140
Tabla 24. Distribución de los pacientes según mediana de puntuaciones del tiempo de duración de la cirugía de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	140
Tabla 25. Distribución según el tiempo de estadía en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	141
Tabla 26. Medidas de dispersión y tendencia central para el tiempo de estadía en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	142
Tabla 27. Distribución de los pacientes según mediana de puntuaciones del tiempo de estadía en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	142
Tabla 28. Distribución según tipo de complicaciones inmediatas presentadas en los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015.....	143
Tabla 29. Puntuaciones del cuestionario QoR 40 de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	143

Tabla 30. Medidas de dispersión y tendencia central de las puntuaciones del cuestionario QoR 40 de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	145
Tabla 31. Distribución de los pacientes según la media de puntuaciones del cuestionario QoR 40 de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	145
Tabla 32. Medidas de dispersión y tendencia central de las puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de confort de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	146
Tabla 33. Distribución de los pacientes según la media de puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de confort de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	146
Tabla 34. Medidas de dispersión y tendencia central de las puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de emociones de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	147
Tabla 35. Distribución de los pacientes según la media de puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de emociones de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	147
Tabla 36. Medidas de dispersión y tendencia central de las puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de apoyo psicológico de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	148
Tabla 37. Distribución de los pacientes según la media de puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de apoyo psicológico de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	148

Tabla 38. Medidas de dispersión y tendencia central de las puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de independencia física de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	149
Tabla 39. Distribución de los pacientes según la media de puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de independencia física de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	149
Tabla 40. Medidas de dispersión y tendencia central de las puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de dolor de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	150
Tabla 41. Distribución de los pacientes según la media de puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de dolor de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	150
Tabla 42. Grado de satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por el servicio de Cirugía General en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	151
Tabla 43. Grado de satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por el servicio de Cirugía Ortopédica en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	151
Tabla 44. Grado de satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por el servicio de Cirugía Urológica en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015	152
ANEXO 7.....	153
Tabla 45. Revisión bibliográfica relacionada a la búsqueda del grado de satisfacción y calidad de recuperación de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico con la escala del QoR 40.....	153

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ISO	International Organization for Standardization
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
MAIS	Modelo de Atención integral del Sistema Nacional de Salud
QoR 40	Quality of Recovery Score 40
ASA	American Society of Anaesthesiologists
TIVA	Anestesia Total Intravenosa
GABA	Ácido gamma-aminobutírico
5-HT3	Receptor de la serotonina
CAM	Concentración alveolar mínima
PaCO ₂	Presión de dióxido de carbono en sangre arterial
OTS	Osteosíntesis
Fx.	Fractura
RTUP	Resección transuretral de próstata
Colelap	Colecistectomía laparoscópica
Herniolap	Hernioplastia laparoscópica

UCPA	Unidad de cuidados postanestésicos
SaO ₂	Saturación de oxígeno
PA	Presión arterial
HTA	Hipertensión arterial esencial
NVPO	Náusea y vómito postoperatorios
AINEs	Antiinflamatorios no esteroideos
IC	Intervalos de confianza
OR	Odds ratio
X ²	Chi cuadrado
SD	Desviación estándar

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Términos referidos a la calidad en salud

Accesibilidad: Condiciones que permiten a las personas acceder a los servicios de salud, disminuyendo barreras geográficas; socioeconómicas; organizativas y culturales.

Aceptabilidad: Conformidad del paciente y sus familiares ante la atención médica solicitada y obtenida.

Atención en salud: Conjunto de servicios que se brindan al usuario y actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales que se prestan a toda la población.

Calidad: Grado en el que un conjunto de características cumple con los requisitos.

Calidad de atención en salud: Provisión de servicio de salud a los usuarios, de forma accesible y equitativa, con un nivel profesional óptimo, bajo un balance entre riesgos, beneficios y costos; teniendo como objetivo la adhesión y satisfacción de los usuarios.

Control de calidad: Proceso de gestión orientado a verificar el cumplimiento de requisitos de la calidad.

Demanda: Disposición a pagar que tiene la persona por un determinado bien.

Desigualdad: Diferenciación en la esfera colectiva o poblacional.

Efectividad: Capacidad de lograr un efecto deseado, en salud busca conseguir mejoras con cambios en el impacto de la morbimortalidad ante las diferentes patologías.

Eficacia: Capacidad de alcanzar un objetivo con el uso mínimo de los recursos existentes.

Eficiencia: Capacidad de disponer de recursos suficientes, al costo más bajo y sin disminuir las mejoras.

Equidad: Distribución de los recursos en función de las necesidades poblacionales.

Evento adverso: Resultado de la atención de salud, que de manera no intencional produjo un daño.

Gestión: Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una institución.

Impacto: Resultado o consecuencia de una causa a largo plazo.

Implementación: Cumplimiento de normas, con la adecuación necesaria de recursos humanos y materiales para el logro de la misión.

Infraestructura: Instalaciones, equipos y materiales necesarios para el adecuado funcionamiento de una institución.

Integralidad: Acciones dirigidas a la persona, familia y comunidad en un proceso que asegure la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.

Mejora continua: Acción realizada permanentemente, para aumentar la capacidad de cumplir requisitos y optimizar el desempeño.

Misión: Objetivo o meta del programa, en el que se enfoca todo el esfuerzo de planificación.

Norma: Reglas que se deben ajustar a las conductas, tareas o actividades; que deben cumplirse de forma obligatoria y otras que se realizan por conveniencia.

Oferta: En salud es el producto que se ofrece a los usuarios.

Oportunidad: Posibilidad que tiene el usuario de adquirir los servicios que requiere, sin retrasos que pongan en riesgo su vida o salud.

Orientación al cliente: Aspecto relevante en el logro del éxito del programa estratégico, ya que el cliente debe saber qué es lo que va a recibir con la finalidad de que lo espere con motivación y positividad.

Participación social: Procesos que permiten a la población intervenir en la toma de decisiones respecto a políticas y estrategias sanitarias.

Producto y/o servicio: Resultado de un proceso o conjunto de procesos.

Proceso: Componente que identifica la evaluación y monitoreo, permitiendo el ajuste periódico de los programas de salud establecidos.

Planificación de calidad: Parte del proceso de gestión encargada del establecimiento de objetivos para alcanzar la calidad y la especificación de los procesos y recursos para cumplir estos objetivos.

Proveedor: Organización o persona que proporciona un producto y/o servicio.

Relación médico paciente: Interacción entre un agente de salud (médico, equipo de médicos, enfermeras, personal auxiliar) y una o varias personas (pacientes) con necesidad de asistencia con el objetivo de diagnosticar, curar, mejorar sus condiciones de salud y prevenir una enfermedad.

Respeto: Considerar a la persona como un sujeto de derecho, respetando su cultura y condiciones individuales.

Resultados: Logros y efectos tras brindar un servicio.

Riesgo: Posibilidad de presentar situaciones que pueden afectar el desarrollo normal de la institución o el alcance de sus objetivos.

Seguridad: Condiciones que garanticen a los usuarios el acceso al servicio de salud sin la presencia de riesgos para él o el medio ambiente.

Satisfacción de los usuarios: Percepción del usuario sobre el grado en que se cumplieron sus requerimientos.

Satisfacción del personal de salud: Grado en el que el personal de salud valora las condiciones de su trabajo, las relaciones que allí se establecen, la toma de decisiones y el nivel de liderazgo alcanzado por un servicio.

Trabajo en equipo: Grupo de personas que se encuentran continuamente involucradas con la finalidad de realizar una tarea específica, apoyando con sus aptitudes y habilidades.

Usuario o cliente: Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.

Validación: Sistema para comprobar los resultados obtenidos.

Visión: Resultado del estudio sobre pertinencia, oportunidades, ventajas, desventajas, posibilidades y viabilidad del programa.

Términos referidos al procedimiento anestésico quirúrgico

Anestesia: Pérdida completa de sensaciones en parte del cuerpo o en todo el organismo, por medio del uso de medicamentos que producen depresión del sistema nervioso ya sea a nivel local o general.

Anestesia general: Pérdida completa de sensaciones, a través de un estado reversible y controlado de depresión del sistema nervioso central.

Anestesia general inhalatoria: Cuando durante el mantenimiento se emplea solamente un agente anestésico inhalatorio halogenado.

Anestesia general Endovenosa (TIVA): Cuando el mantenimiento se realiza a partir de drogas por vía endovenosa.

Anestesia balanceada: Anestesia general conseguida por la combinación de diferentes fármacos (inhalatorios o endovenosos), que suman sus efectos para conseguir el efecto deseado.

Anestesia regional: Pérdida de sensación en un área extensa del cuerpo, pero no en todo el organismo.

Anestesia combinada: Aquella en la cual se utilizan diferentes tipos de técnicas anestésicas.

Analgesia: Abolición de la sensibilidad al dolor.

Bupivacaina: Anestésico local de larga duración familia de las amidas.

Cirugía abierta: Corte de piel o tejidos para exponer estructuras y órganos relacionados con el procedimiento.

Cirugía electiva u opcional: Cirugía que se realiza bajo la decisión del paciente, y de la que no depende para continuar su vida en condiciones óptimas.

Cirugía mínimamente invasiva: No necesita de un amplio corte de piel o tejidos para su realización (laparoscopia, endoscopia, etc.).

Farmacocinética: Relación existente entre la dosis administrada y la concentración plasmática. Implica el conocimiento de lo que sucede con el fármaco en el organismo, en cuanto a su absorción, distribución y biotransformación.

Farmacodinamia: Relación existente entre la concentración plasmática del fármaco y su efecto. Explica qué hace el fármaco a nivel del organismo.

Hipnosis: Sueño inducido artificialmente, bajo uso de medicamentos.

Laparoscopia: Procedimiento realizado mediante un tubo con luz y lentes de cámara en su extremo (laparoscopio) para examinar órganos.

Narcosis: Estado de conciencia alterado con sopor o sedación que puede producirse con o sin hipnosis.

Postquirúrgico: Etapa del proceso quirúrgico que inicia cuando el paciente sale de quirófano y termina en el momento de su alta hospitalaria.

Preoperatorio: Etapa del proceso quirúrgico que inicia desde que se decide la realización de la intervención hasta la entrada del paciente a quirófano.

Proceso anestésico quirúrgico: Conjunto de actos médicos y de enfermería proporcionados a un paciente que está siendo intervenido por presentar una patología de resolución quirúrgica.

Sedación: Depresión del sistema nervioso central, con el objetivo de tener un paciente relajado, tranquilo que pueda tener contacto verbal racional con el personal encargado.

Transoperatorio o intraoperatorio: Intervención quirúrgica propiamente dicha.

Unidad de cuidados postanestésicos: Área donde permanece el paciente luego de terminada la cirugía hasta su recuperación total de los efectos de la anestesia.

Valoración preoperatoria: Base clínica del tratamiento perioperatorio del paciente que puede ayudar a reducir la morbilidad quirúrgica y mejorar sus resultados.

RESUMEN

CONTEXTO: La recuperación pos anestésica es un estado en el que el paciente está sometido a una serie de cambios tanto físicos como fisiológicos, tras un proceso anestésico quirúrgico, que conlleva una serie de acontecimientos que inician desde la llegada del paciente por primera vez a la casa de salud hasta el momento en el que se ha resuelto su problema, tras haber sido sometido a una intervención quirúrgica bajo una serie de factores estresantes que pueden llevar a una disminución de su satisfacción ante el proceso de atención. Por lo que en los últimos años, en múltiples países, se ha visto la necesidad de la valoración de la calidad de atención ante el proceso anestésico quirúrgico, con la creación de escalas que llevan al análisis del estado de salud del paciente y su satisfacción tras la cirugía y anestesia.

OBJETIVO: Identificar la asociación existente entre el grado de satisfacción del paciente postquirúrgico atendido en el servicio de Cirugía del Hospital Enrique Garcés, durante su recuperación inicial (primeras 24 horas) con el proceso anestésico quirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo transversal, durante el primer trimestre del 2015, con la participación de 200 pacientes postquirúrgicos, pertenecientes al servicio de Cirugía del Hospital Enrique Garcés, de las subespecialidades de Cirugía General, Traumatología y Urología. Durante la recolección de los datos, los pacientes fueron los encargados de responder preguntas referidas a datos sociodemográficos y antecedentes personales, además de completar el cuestionario del QoR 40 (Quality of Recovery Score 40); con puntuaciones entre 122 a 198 puntos (122-161 puntos = baja satisfacción o pobre calidad de

recuperación y 162-198 puntos = alta satisfacción o adecuada calidad de recuperación). Posteriormente, se utilizaron las historias clínicas de los pacientes como fuente de información secundaria, para la obtención de datos sobre el proceso anestésico quirúrgico. Al final, los datos fueron ingresados y analizados en el programa Epi Info versión 7.1.4.

RESULTADOS: De los 200 pacientes que participaron en el estudio, un gran porcentaje (60.5%), presentó un alto grado de satisfacción o adecuada calidad de recuperación. No se encontró diferencia significativa entre la edad y sexo ($p > 0.05$), pero tras el análisis realizado encontramos que ser joven y pertenecer al sexo masculino son factores protectores contra insatisfacción. No se observó relación entre las experiencias anestésicas previas y la satisfacción con el tipo de anestesia recibida en la actual cirugía. Las técnicas anestésicas utilizadas no mostraron diferencias estadísticamente significativas, pero observamos que los valores más altos del QoR 40 fueron de los pacientes que recibieron anestesia regional. Tampoco se observó diferencia significativa en cuanto al tipo de cirugía, pero las puntuaciones más altas fueron de los pacientes del servicio de Urología. Durante la recuperación inicial no se encontró diferencia significativa en relación al grado de satisfacción para quienes necesitaron un mayor o menor tiempo en UCPA. Posterior al análisis de regresión logística, los factores asociados a satisfacción fueron: Edad entre 18 a 41 años; estado civil de unión libre, divorciado y viudo; no tener ningún nivel educativo o tener una educación media a superior; ingreso igual o menor al sueldo mensual básico; no haber presentado complicaciones en cirugía anterior; haber recibido

anestesia regional (raquídea) con bupivacaina sola; pertenecer al servicio de Urología y haber recibido profilaxis antiemética y analgésica.

CONCLUSIONES: Existe un alto grado de satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés ante el proceso anestésico quirúrgico, que mostró no tener una asociación estadísticamente significativa con la técnica anestésica utilizada y el tipo de cirugía, y que está ligada principalmente al apareamiento de técnicas quirúrgicas menos agresivas y el uso de medicamentos seguros para el manejo anestésico que disminuyen el tiempo de estadía en la UCPA, evitan el apareamiento de complicaciones y favorecen la recuperación inicial.

ABSTRACT

BACKGROUND: The post-anesthetic recovery is a state in which the patient is subjected to a series of physical and physiological changes, after a surgical anesthetic process, which involves a series of events starting from the patient arrives at hospital until the moment when the problem is resolved, after undergoing an operation on a number of stressors that can lead to decreased satisfaction with the care process. For this reason, in recent years, many countries have seen the need for assessing the quality of care to the surgical anesthetic process, with the creation of scales leading to the analysis of health status and patient satisfaction after surgery and anesthesia.

OBJECTIVE: Identify the association between patients satisfaction belonging to Surgery department of Enrique Garcés Hospital, during his initial recovery (24 hours) with the surgical anesthetic process.

MATERIALS AND METHODS: Did a cross-sectional study during the first quarter of 2015, with the participation of 200 postoperative patients, belonging to Surgery department of Enrique Garcés Hospital, in the specialties of General Surgery, Orthopedics and Urology. During data collection, patients answered questions about their socio demographic data and personal history, also patients completed the QoR 40 questionnaire (Quality of Recovery Score 40); with scores between 122-198 points (122-161 points = low satisfaction or poor quality of recovery and 162-198 points = high satisfaction or adequate quality of recovery). Subsequently, the medical records of patients were used as a source of secondary information, to obtain data on the surgical anesthetic process. Finally, the data were introduced and analyzed using Epi Info version 7.1.4.

RESULTS: Of the 200 patients participated in the study, a big percentage (60.5%) had a high degree of satisfaction or adequate quality of recovery. Didn't exist significant difference between age and sex ($p > 0.05$), but after we did the analysis we found that being young and being male are protective factors against dissatisfaction. There was relationship between previous anesthetic experiences and satisfaction with the type of anesthesia used in actual surgery. Anesthetic techniques didn't showed statistically significant difference, but we saw that the highest values of QoR 40 were of the patients receiving regional anesthesia. Neither existed significant difference with the type of surgery but we saw that higher scores were of Urology department patients. During the initial recovery, weren't found significant difference in relation to the degree of satisfaction for patients who needed a longer or shorter time in PACU. After logistic regression analysis, factors associated with satisfaction were: Age between 18-41 years; marital status of cohabiting, divorced and widowed; have a higher average education; have an income at or below the basic monthly salary; patients who didn't have complications in previous surgeries; patients that receive regional anesthesia (spinal) with bupivacaine alone; users of urological surgery and patients that received antiemetic and analgesic prophylaxis.

CONCLUSIONS: Was found a high degree of satisfaction in Enrique Garcés Hospital's patients, for the surgical anesthetic process, which no showed statistically significant association from anesthetic technique and the type of surgery, but is linked to use of less invasive surgical techniques and the used of safe medicines for the anesthetic management that reduced the time spent in the PACU, prevent complications and promote early recovery

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Han transcurrido ya varios años, desde que Avedis Donabedian, quién creó por primera vez un modelo de calidad de atención en salud, define a la misma como “aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar”¹, basándose principalmente en la búsqueda de la satisfacción de los pacientes, mediante el mejoramiento de las relaciones entre el personal de salud y el usuario, además de la aplicación correcta de la ciencia y tecnología en el manejo de cada uno de los problemas de salud. Por lo que, en la actualidad, “la realización de estudios clínicos sobre medición del estado de salud de los pacientes y su calidad de vida se han convertido en un punto importante en los medios sanitarios, ya que representan un gran indicador de la atención y calidad de la asistencia médica”², contribuyendo así a la evaluación de los servicios de salud.

En el Ecuador, la búsqueda de la calidad de vida se ha vuelto el eje central del gobierno actual, quienes por medio de la creación del Plan Nacional del Buen Vivir (2009-2013)³, admiten que la salud es un derecho fundamental de la población, y mediante el Art, 363 de la Constitución Nacional⁴, responsabilizan al Estado con el objetivo de universalizar y garantizar la gratuidad de la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad, ampliar la cobertura y promover el desarrollo integral del personal de salud; con un enfoque encaminado a garantizar el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión; la aplicación de normas, protocolos y guías establecidos por el Ministerio de Salud Pública y la implementación de un

sistema de control de la garantía de calidad de los servicios que incorpore la percepción de las y los usuarios⁵.

La recuperación postoperatoria es la consecuencia de un acto quirúrgico, un proceso dinámico en el que los pacientes se esfuerzan por recuperar funciones anteriores y volver a establecer las actividades preoperatorias que se encuentran bajo el manejo del personal de anestesiología y enfermería, por lo que nuestro interés ante la calidad de atención en el área de anestesiología, se presenta porque la mayoría de mediciones de indicadores utilizados para evaluar la calidad de recuperación pos anestésica han considerado, la percepción del personal de salud y han dejado de lado la del paciente. Además; los estudios en este ámbito son escasos, y se han utilizado instrumentos tanto unidimensionales como multidimensionales que de una forma simple o compleja proporcionaron información relacionada al tema de calidad².

Debido a la gran subjetividad y dificultad en la medición que acompaña a la evaluación del grado de satisfacción de un paciente ante un proceso anestésico, Myles y colaboradores han trabajado en la creación de varios instrumentos entre los cuales se encuentra el QoR (Quality of Recovery Score) y su versión expandida QoR-40 que considera cinco esferas tales como: el estado emocional, confort físico, apoyo psicológico, independencia física y dolor. Estos instrumentos tienen una sensibilidad (pacientes completamente satisfechos) de 95,4% y una especificidad (pacientes insatisfechos) de 43,8%, en cuanto a la medición de satisfacción⁶. Por ejemplo, en un estudio realizado en el 2000, en Australia como parte del proceso de validación de dicha escala, se encontró valores de satisfacción superiores al 85%⁷.

A nivel latinoamericano se evidencia la existencia de pocos estudios relacionados directamente con el tema, a nivel nacional no se han encontrado este tipo de estudios; por lo que se cree pertinente llevar a cabo esta investigación, considerando además que la satisfacción pos anestésica es uno de los aspectos menos estudiados. Este estudio proporcionará información útil para el planteamiento de mejoras, multidisciplinarias; tanto con el personal de salud como con el personal administrativo, orientando el uso de esta información por parte de las autoridades competentes. Finalmente, se aplicará el cuestionario a los pacientes atendidos en el servicio de Cirugía durante las primeras 24 horas del postquirúrgico, se explorará y describirán los resultados; de tal forma que se conviertan en conocimiento útil para lo anteriormente mencionado.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente, en las instituciones de salud del país, en los distintos niveles de atención; se han realizado evaluaciones del grado de satisfacción de los pacientes ante la calidad de atención, enfocadas principalmente en la valoración del contacto con los pacientes a nivel de consulta externa, con el fin de crear en los usuario una cultura de promoción y prevención de las distintas enfermedades, lo que ha ocasionado que se de poca importancia a la evaluación de la opinión de los pacientes ante los servicios hospitalarios, dando lugar a la pérdida de un alto número de usuarios que se han visto obligados a desistir del uso de dichos servicios. Por lo que, a pesar de contar con personal altamente capacitado y comprometido con el objetivo de alcanzar la calidad de atención, no se han contemplado las principales medidas sobre las que se debe intervenir para llegar a garantizar el cumplimiento de las

expectativas del paciente, especialmente en las áreas con mayor demanda de usuarios, por ejemplo el área de cirugía, donde la falta de valoración de la atención de salud y la satisfacción de los pacientes ha llevado a un manejo inadecuado de complicaciones, lo que ha aumentado la duración de la estancia hospitalaria y el tiempo en el que el paciente vuelve a sus actividades normales.

Por esta razón, el interés de la investigación se centra en el intento de llevar a cabo mejoras continuas en los servicios brindados a los usuarios, a partir de la percepción de la calidad del servicio anestésico quirúrgico a ser valorado en este estudio, con el fin de obtener resultados que podrían ser utilizados para afianzar las fortalezas de las instituciones de salud y corregir sus debilidades, partiendo de un área específica, con visión posterior a un cambio de todas las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud; buscando así el beneficio tanto para el usuario como para el proveedor, en base al aumento de la productividad con mejor adaptación a los procesos tecnológicos y la búsqueda de un servicio equitativo, que sea efectivo y se encuentre al alcance de toda la población; contando además con profesionales adecuadamente capacitados, con el fin de cubrir las necesidades básicas en salud de una población cada vez más demandante.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

RESEÑA HISTÓRICA

Durante varios años la relación médico paciente y los procesos de interrelación (empatía) que se produce entre ambos, han sido considerados como herramientas fundamentales para la valoración de resultados finales de la atención médica.

Los primeros antecedentes de la valoración en calidad de atención en salud datan a partir del siglo XIX, cuando una enfermera inglesa decide realizar un estudio para investigar la tasa de mortalidad de pacientes atendidos en hospitales militares durante la Guerra de Crimea ¹.

En 1980, Avedis Donabedian propone por primera vez una definición de calidad asistencial, formulada de la siguiente manera: “Calidad de atención es aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes” ⁸, y a partir de entonces transforma el pensamiento sobre los sistemas de salud tras la ampliación de métodos para la evaluación de su calidad.

En 1989, la International Organization for Standardization (ISO) “define la calidad de atención como el grado en que las características de un producto o servicio cumple los objetivos para los que fue creado” ⁸.

Finalmente, en 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmaba que: “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la

población, de una forma total y precisa, destinando los recursos de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”².

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

La calidad se ha convertido en un término difícil de definir por su gran subjetividad y por encontrarse en constante evolución¹. Al momento en lo referido a la calidad en atención médica la definición más utilizada fue propuesta en 1991 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y perfeccionada en el 2001 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes manifestaron que la atención en salud, debe estar dirigida a garantizar la vida del ser humano bajo el compromiso del estado, proveedores y usuarios de los servicios^{8,9}, definiendo a la calidad como: “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta los factores y conocimientos del paciente y personal de salud para lograr un mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, buscando la máxima satisfacción del paciente ante el proceso”¹⁰.

Tipos de calidad de atención en salud

- **Calidad técnica**

“Garantizar seguridad, efectividad, utilidad y oportunidad en la prestación del servicio de salud (QUÉ se hace)”¹¹.

- **Calidad percibida por el usuario (calidez)**

“Condiciones materiales, administrativas, éticas y de interrelación con las cuales se proveen los bienes o servicios (CÓMO se hace)”¹¹.

ELEMENTOS PRINCIPALES

Protagonistas de la calidad de atención

Clientes externos

- **Los pacientes, sus familiares y la comunidad:** Ven a la calidad como la búsqueda eficaz de la resolución de problemas que los aquejan, al menor precio posible y con el mayor grado de satisfacción ¹². Los principales aspectos que valora el paciente son:
 - Amabilidad del personal
 - Características físicas del sitio donde recibe la atención
 - Tiempo que transcurre entre la solicitud del servicio y la atención
 - Resultados y complicaciones

Clientes internos

- **Trabajadores de los servicios de salud:** Para ellos, la calidad está centrada en el cumplimiento de normas, pero su participación en equipo es fundamental para garantizarla, ya que cada miembro con su esfuerzo aporta distintas ideas para mejorar la calidad ¹². La valoración de este grupo de calidad hace referencia a la experiencia de los profesionales y tecnología disponible.
- **Administradores o dirigentes:** Ven a la calidad como la relación entre costos y producción, con énfasis en la eficiencia; ya que para ellos un servicio eficiente es aquel que proporciona los mejores resultados ^{12, 13, 14}, cubriendo

las necesidades que demanda el paciente con un buen uso de los recursos disponibles.

Modelos de evaluación de la calidad

Se conocen por lo menos tres grandes modelos que permiten evaluar la calidad en los servicios de salud, los cuales son:

- **Auditoría técnico administrativa:** Se refiere al área de la auditoría médica, que se encarga del control del cumplimiento de normas, evaluación constante de la utilización de los servicios, vigilancia del rendimiento de los recursos y atención a las debilidades de los procesos; con el fin de prevenir posibles fallas ¹³.
- **Modelo industrial:** Busca la aplicación del concepto de calidad total o excelencia, que hace referencia a “una estrategia de gestión, que tiene como objetivo satisfacer de manera equilibrada las necesidades y expectativas de todos sus grupos de interés (clientes, empleados, accionistas y la sociedad en general)” ^{13, 14}, con el fin de buscar mejoras continuas en cuanto a los productos y servicios.
- **Modelo médico o de la atención en salud:** Descrito por Donabedian en 1993, considera que la responsabilidad de la calidad de un servicio depende del desempeño de las unidades asistenciales, de modo que sus integrantes son los que hacen el aporte para lograr la calidad en la atención, por lo que busca un cambio a nivel de las conductas y no del sistema ¹².

Atributos de la calidad

Son los componentes que reflejan las cualidades que debe presentar un servicio en busca de la calidad, los más importantes en el ámbito de atención en salud son: efectividad, eficacia, eficiencia, equidad, accesibilidad, integralidad, seguridad, respeto y participación social.

Dimensiones de la calidad

- **Personal:** Trato que brinda el equipo de salud a los usuarios, como respeto, privacidad, etc.
- **Técnica:** Hace referencia al contenido técnico del servicio que bajo el cumplimiento de normas y protocolos busca proporcionar el mayor beneficio evitando riesgos innecesarios para los pacientes.
- **Ambiental:** Condiciones físicas y de comodidad a las que el usuario puede aspirar al ser atendido en un servicio de salud.

INDICADORES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Según la OMS, se define un indicador como “variable con características de calidad, cantidad, y tiempo, utilizada para medir directa o indirectamente cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla”¹⁵.

En la atención hospitalaria, los indicadores de calidad tienen el fin de medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar la institución, que nacen del planteamiento de Donabedian de tres elementos básicos para evaluar el sistema: la estructura, el proceso y los resultados^{15, 16}.

Tipos de indicadores

Indicadores de estructura

Miden la calidad y características del medio donde se prestan los servicios y el estado de los recursos tanto materiales (instalaciones y equipos) como humanos (cantidad de personal) para prestarlos.

Indicadores del proceso

Miden la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente, donde la interacción del paciente con el equipo de salud, juegan un papel importante.

Indicadores de resultados

Miden el nivel de satisfacción alcanzado en el paciente, buscando probar que se ha conseguido lo que se esperaba con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

Pueden ser cuantitativos (número de nacimientos y defunciones, porcentaje de consultas, complicaciones, etc) y cualitativos (grado de satisfacción del paciente ante la atención brindada).¹⁷

GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD

A nivel de las casas de salud la exigencia de calidad está en los más altos niveles, debido a que el servicio va dirigido a la preservación de la vida del ser humano, por

lo que el control y aseguramiento de calidad son más estrictos buscando la máxima seguridad en los procedimientos y acciones ⁹.

Para nuestro estudio hemos utilizado la definición de garantía de calidad en salud como “un proceso técnico-científico, administrativo y financiero, que bajo un conjunto de mecanismos o acciones, busca asegurar una adecuada prestación de servicios de salud, esperando el mayor grado de bienestar para el paciente y su satisfacción” ¹³.

SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD

Factores para llegar a la garantía de la calidad

Joseph Juran y Deming, precursores del modelo de calidad total, consideran que no podría hablarse de calidad sin cumplir tres pasos fundamentales, que son: la planeación, control y mejora de la calidad, a los cuales se les ha agregado en los últimos años dos factores encargados de la valoración del aseguramiento de la calidad y medición del grado de satisfacción del usuario o evaluación de la calidad, con los cuales se busca asegurar una adecuada garantía de calidad en salud ^{12, 13}.

- **Planeación o planificación**

Se encarga de las estrategias propuestas por la empresa, estableciendo los objetivos para conseguir resultados según los requerimientos del paciente y las políticas de la institución. Se compone de los siguientes factores: visión, misión, formulación estratégica, implementación y orientación al cliente ¹⁸.

Está dividida en dos fases: La primera, encargada de definir las metas (QUÉ). La segunda, relacionada a la forma con la cual se busca conseguir la meta (CÓMO).

- **Control de calidad**

“Sistema integrador de los esfuerzos en el desarrollo y mantenimiento de la calidad, para la producción de bienes y servicios, que tienen como objetivo principal la satisfacción del cliente”¹³.

Es manejado mediante la auditoría en salud, que debe conformarse por un equipo especializado en temas gerenciales, administrativos, docentes, técnicos y científicos de la institución, con la finalidad de realizar evaluaciones permanentes del cumplimiento de normas, manejo de los recursos, posibles fallas y debilidades del proceso con recomendaciones para solucionarlas y así garantizar el cumplimiento del objetivo de la institución^{18,19}.

- **Mejoramiento de la calidad**

Representa el compromiso permanente de todos aquellos que forman parte de la institución, fomentando el trabajo en equipo para la creación de un círculo de calidad, conformado por un equipo humano motivado y organizado en busca de mejoras para beneficio personal y del usuario, mediante el aumento de la productividad; con disminución de los costos en busca de un equilibrio progresivo de la institución²⁰.

- **Aseguramiento de la calidad**

Mecanismo que tras una adecuada auditoría en salud se encarga del aval en la integración de normas, esfuerzo del personal, aplicación de políticas y manejo de los recursos para que el objetivo de la institución sea una realidad.

- **Evaluación de la calidad**

Factor fundamental para alcanzar la garantía de calidad, ya que valora todo el proceso desde sus inicios y no solamente los resultados y su impacto. Además hace referencia a la evaluación de cada uno de los componentes que forman parte del sistema, que son la demanda, oferta, estructura, proceso, producto, resultado, impacto y efecto ¹³.

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL ECUADOR

En el Ecuador, la búsqueda de calidad de atención en salud ha llevado a la creación de varias estrategias, siendo la de mayor importancia la iniciada en el año 2009 en busca del fortalecimiento de la red de servicios y la creación del Modelo de Atención integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS), que hace referencia al mejoramiento de la infraestructura y servicios en el primer nivel de atención, por ser hoy en día la puerta de entrada al segundo y tercer nivel de salud.

Asimismo, dicha estrategia propone para todos los niveles de atención el fortalecimiento de la calidad por el talento humano con un enfoque que necesita contar con personal altamente capacitado, que responda a las necesidades del sector público y privado, con el fin de que el primer y segundo nivel de atención cuenten con médicos generales y especialistas, que lleven la atención sanitaria a nivel

familiar como generadores de nuevos estilos de vida, fomentando principalmente la promoción y prevención de las enfermedades ⁵.

Además, por ser la búsqueda de la calidad el eje central del gobierno actual, quienes por medio de la creación del Plan Nacional del Buen Vivir (2009-2013) ³, admiten que la salud es un derecho fundamental de la población, y mediante el Art, 363 de la Constitución Nacional ⁴, responsabilizan al Estado el universalizar y garantizar la gratuidad de la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad, ampliar la cobertura y promover el desarrollo integral del personal de salud; con un enfoque encaminado a garantizar estándares de calidad con el cumplimiento de normas, protocolos y guías establecidos por el Ministerio de Salud Pública más la implementación de un sistema de control de calidad que incorpore la percepción de las y los usuarios ^{3,4,5}.

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ANTE LOS SERVICIOS DE SALUD

Desde el punto de vista de la Psicología la satisfacción humana es un proceso subjetivo y multidimensional que se define como “una confirmación de expectativas que aumenta mientras mayor sea el rendimiento del servicio prestado, siendo además parte de un proceso de comparación social, en el que los individuos evalúan su satisfacción a partir de otras personas de su mismo contexto social” ²¹, siendo de interés determinarla a nivel sanitario por el hecho de creer en la probabilidad de que los pacientes satisfechos presentan mejor adherencia al tratamiento médico, estando esto último, íntimamente relacionado con el componente afectivo, siendo la combinación entre expectativas y percepciones del usuario el punto de partida que lleva a definir la calidad de un servicio de salud ^{19, 20, 21}.

ASPECTOS DETERMINANTES EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Características del paciente

Factores como edad, sexo, nivel educativo, ingreso económico y las expectativas ante los servicios brindados por el personal de salud forman parte de las principales características de los pacientes que deberán ser tomadas en cuenta para la valoración de su satisfacción.

Ante esto, se ha encontrado que existe una ligera tendencia hacia mayor satisfacción por los servicios de salud en pacientes de menor edad, y en personas de ingresos económicos medios y superiores²². Además, en lo que respecta al sexo, se ha afirmado que el pertenecer al sexo femenino es un factor de riesgo para presentar menor grado de satisfacción, especialmente en los servicios de cirugía donde se ha visto que la mujer presenta un mayor número de complicaciones inmediatas (especialmente náusea y vómito) por lo que necesita un mayor tiempo para su recuperación total que el varón⁷.

Desde otra perspectiva, en los últimos años se ha hecho énfasis en investigar cuáles son las expectativas del paciente ante las actitudes y conductas de los trabajadores de salud, encontrándose que el paciente espera del profesional una actitud confiable, empática y de respeto^{22,23}.

Causas de insatisfacción de los pacientes

En un estudio realizado en México con el fin de valorar la percepción de la calidad de los servicios de salud, se obtuvo como resultado que un 18.8% de pacientes

valoraban la atención recibida como mala ²⁴, siendo las principales causas de su insatisfacción las siguientes:

- Diagnóstico y tratamiento: Resultados adversos o inesperados, demoras en admisión o retrasos de las pruebas diagnósticas, altas prematuras y sensación de falta de progreso en la resolución de la enfermedad.
- Relación médico paciente: Falta de cortesía o trato rudo, inadecuada información o ausencia de la misma y falta de confidencialidad e intimidad para el paciente.
- Accesibilidad y disponibilidad: Altos costos del servicio, demoras y dificultades para obtener una cita, no atender a las necesidades del paciente y no mantener la continuidad del tratamiento.

Características de los proveedores

Para alcanzar una reacción satisfactoria en un individuo, en este caso el paciente, debe existir una intención por parte del personal en realizar acciones que provoquen en sus usuarios ciertos resultados positivos ²². La cordialidad con la que brinda su servicio el personal es un gran indicador de la satisfacción del paciente, debido a que la misma varía dependiendo de algunas condiciones relacionadas con el proceso de interacción entre el médico y/o enfermera y el paciente, provocando esto una enorme influencia sobre la evolución médica, adherencia al tratamiento y recuperación del enfermo ²³.

Además, el personal debe estar capacitado en dirigir su entrevista con el paciente, para alentarlos a manifestar sus verdaderos problemas, permitiéndoles expresarse con

libertad y proporcionándole la información suficiente, lo que ayuda a alcanzar altos grados de satisfacción y por ende el cumplimiento de las indicaciones emitidas por el personal ²⁵.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ANESTESIOLOGÍA

La calidad del servicio de anestesiología, se ha convertido en las últimas décadas en una preocupación para los profesionales, por lo cual se han desarrollado varias herramientas con el fin de cuantificar el nivel de calidad según la percepción del paciente ²⁴.

De estas herramientas, hemos decidido aplicar en nuestro estudio el Quality of Recovery Score-40 (QoR-40), escala validada en el año 2000, por Myles y cols, quienes obtuvieron alrededor de 50 a 60 ítems, relacionados con las principales situaciones que afectaban la satisfacción del paciente después de ser sometido a una técnica anestésica. Tras análisis factorial, los autores simplifican estos factores obteniendo 40 ítems, ubicándolos en 5 grupos: confort (n=12), emociones (n=9), apoyo psicológico (n=7), independencia física (n=5) y dolor (n=7) ⁷, con una sensibilidad (pacientes completamente satisfechos) de 95,4% y especificidad (pacientes insatisfechos) de 43,8% ⁶.

La escala del QoR 40 (Quality of Recovery Score 40), se valora mediante la aplicación de una escala de Likert con valores de 1 al 5, donde cada puntaje significa: todo el tiempo = 5, casi todo el tiempo = 4, frecuentemente = 3, pocas veces = 2 y nunca =1; pero en caso de que el evento investigado se asocie a mala calidad (por ejemplo presencia de dolor, náusea y vómitos, etc), el puntaje se

otorgará a la inversa, obteniéndose al final una puntuación total con un mínimo de 40 y un máximo de 200 puntos, que tras la aplicación de una escala conceptual se dividen en las siguientes dimensiones: insatisfecho = 40 a 99, parcialmente satisfecho = 100 a 150 y totalmente satisfecho = 151 a 200²⁶, pero se ha encontrado en los diversos estudios realizados con esta escala que conservando su metodología, se puede establecer la media de la población^{27, 28, 29}, con el fin de tener dos grupos de pacientes, el primero (puntuación por debajo de la media) representa a los pacientes poco satisfechos y el segundo (puntuación por arriba de la media) a los pacientes satisfechos; decidiendo utilizar para nuestra investigación este método, debido a que, al aplicar la escala conceptual no hemos conseguido pacientes que entren en el grupo de insatisfechos, por lo que el establecimiento de la media de los puntajes observados en nuestra población nos permitirá tener una idea más clara de la situación (Anexo 3).

PROCESO ANESTÉSICO QUIRÚRGICO

El proceso anestésico quirúrgico se define como el conjunto de actos médicos y cuidados de enfermería proporcionados a un paciente que va a ser intervenido por presentar una patología, cuya solución es quirúrgica³⁰. Este proceso, se encuentra dividido en tres etapas claramente diferenciadas como son: el preoperatorio, transoperatorio y el postoperatorio³¹.

ATENCIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Valoración pre anestésica

La evaluación completa y meticulosa del paciente quirúrgico proporciona al médico una visión correcta del problema del paciente, permitiéndole elaborar un plan de intervención adecuado, educar al paciente y su familia, determinar las pruebas de laboratorio y estudios diagnósticos adecuados, proporcionar opciones para el control del dolor postoperatorio y especialmente exponer los riesgos anestésicos y conseguir el consentimiento informado ³².

La valoración pre anestésica tiene como objetivos fundamentales el obtener información pertinente en base a una adecuada anamnesis y examen físico sobre los datos médicos del paciente con el fin de valorar su riesgo intraoperatorio y así reducir la morbilidad quirúrgica ³³; además de minimizar retrasos y cancelaciones el día de la intervención y brindar los cuidados y educación de buena calidad para el paciente, preparándolo física y mentalmente para disminuir el riesgo de la intervención y facilitar una recuperación favorable.

Otro aspecto de importancia, es que la valoración pre anestésica es el momento adecuado para establecer la relación anestesiólogo-paciente, ya que en estudios realizados se ha llegado a la conclusión de que la mayoría de usuarios recuerdan solamente al cirujano, dejando de lado el valor de los cuidados proporcionados por el anestesiólogo durante el preoperatorio ^{34, 35}. Ante esto, un estudio realizado por Giraldo V. y cols. en el año 2013; reveló como resultado que solo un 74.1% de las personas reconocía a su anestesiólogo como un médico especialista, a pesar de que el

99% de estos pacientes afirmaban estar satisfechos con el trato del médico que realizó la valoración ³⁶.

Valoración preoperatoria del riesgo anestésico quirúrgico

En la actualidad, la valoración del riesgo asociado a la anestesia e intervención quirúrgica se ha realizado por medio de aplicación de sistemas de clasificación o escalas, siendo las más utilizadas la escala de Goldman y la clasificación de la ASA (American Society of Anaesthesiologists), misma que fue escogida para estratificar el riesgo quirúrgico de los pacientes que formarán parte de nuestra investigación; por ser un sistema de clasificación sencillo, dividido en 6 categorías, que fue creado en el año de 1941, con el fin de dar un riesgo subjetivo basado en los datos obtenidos en la anamnesis del paciente ³² (Anexo 1).

DECISIÓN DEL TIPO DE ANESTESIA PARA EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Ante la labor de brindar un servicio de calidad en el procedimiento anestésico quirúrgico, uno de los puntos de mayor relevancia es la utilización de la técnica anestésica adecuada, que tenga como fin cubrir las necesidades y expectativas del paciente, disminuir el grado de estrés que produce la cirugía y evitar el apareamiento de complicaciones y si estas aparecen solucionarlas en el menor tiempo posible.

A continuación se muestra un análisis de los distintos tipos de anestesia y principales fármacos, que han sido utilizados en los pacientes que formaron parte de nuestra investigación.

ANESTESIA GENERAL

Procedimiento mediante el cual, tras la administración de fármacos con acción depresora del sistema nervioso central se produce en el paciente un estado de inconciencia reversible, anulación de reflejos y de la actividad sensitiva y motriz.

Acción de los anestésicos sobre el sistema nervioso central

El principal mecanismo de acción de la mayoría de los medicamentos utilizados en anestesia general tiene como labor una transmisión sináptica inhibitoria ^{37, 38}. En el sistema nervioso central los principales transmisores inhibitorios son el ácido gama amino butírico (GABA) y la glicina.

La acción de los anestésicos a nivel encefálico es la de prolongar e intensificar la acción hiperpolarizante del GABA, que ha sido considerado como el transmisor inhibitorio predominante ³⁷. La hiperpolarización además, se produce por un aumento de la conductancia de los canales de cloro con su consecuente activación, lo cual a su vez disminuye la excitabilidad neuronal ³².

Etapas de la anestesia general

El acto anestésico se encuentra dividido en tres grandes etapas, la inducción, el mantenimiento y la recuperación; que tienen como objetivo mantener al paciente en un estado de hipnosis, analgesia y relajación muscular durante todo el acto quirúrgico.

Tipos de técnicas en anestesia general

En las últimas dos décadas, el aumento del conocimiento de fármacos intravenosos ha dejado de lado el uso de anestésicos inhalados, especialmente en el proceso de inducción y mantenimiento ³⁹, ya que se ha evidenciado que los nuevos fármacos hipnóticos y analgésicos son fármacos caracterizados por un rápido inicio de acción, corta duración del efecto clínico y pocos efectos indeseables por su administración bajo la técnica de infusión continua ⁴⁰.

ANESTESIA TOTAL INTRAVENOSA (TIVA)

Técnica de anestesia general administra por vía intravenosa, bajo la combinación de medicamentos en ausencia de cualquier anestésico inhalado ⁴¹, obteniendo de acuerdo a la necesidad de cada paciente un adecuado nivel anestésico y analgésico.

El objetivo de la terapéutica intravenosa es obtener los efectos deseados con un menor número de efectos adversos, mediante la administración en infusión continua, de pequeñas dosis de medicamentos que alcanzan concentraciones plasmáticas estables que tras retirar su perfusión permiten una recuperación más rápida del paciente ^{41, 42}.

Ventajas: Gran estabilidad hemodinámica, profundidad anestésica más equilibrada, recuperación rápida y predecible, menor cantidad de medicamento administrado, menor toxicidad, no produce contaminación ambiental perjudicial para el paciente y el equipo quirúrgico ⁴³.

Desventajas: Presencia de reacciones anafilácticas, sobredosificación e intoxicación aguda, mayor dificultad técnica, necesidad de equipo especial para infusión del medicamento, ventilación constante del paciente con O₂ por mayor riesgo de depresión respiratoria y aumento de la posibilidad de despertar intraoperatorio ⁴¹.

Los fármacos utilizados para la anestesia total intravenosa (TIVA) son:

PROPOFOL

Fármaco del grupo de los hipnóticos, familia de los alquifenoles (diisopropifenol), muy utilizado en la actualidad, debido al descubrimiento de su uso en infusión continua, que permite el control de su concentración plasmática estable con optimización de su efecto, dando como resultado una recuperación más rápida y satisfactoria con una mínima aparición de efectos adversos ⁴⁴.

En anestesiología, el propofol es utilizado como un inductor y agente para el mantenimiento anestésico, pero su utilización ha ido más allá del campo de la anestesia^{44, 45}, utilizándose hoy en día para realizar procedimientos terapéuticos, estudios especiales y sedación en las salas de cuidados intensivos.

Mecanismo de acción: Incrementa la actividad inhibitoria del ácido gamma-aminobutírico (GABA).

Farmacocinética: Se comporta según el modelo farmacológico tricompartmental (1era fase distribución de 2 a 4 minutos; 2da fase de eliminación metabólica de 30 a 60 minutos; y 3era fase de redistribución lenta de 6 a 10 horas) ⁴⁴. Tiene una alta liposolubilidad y fijación a las proteínas en un 95%, lo que permite una distribución rápida y un aumento de su capacidad para atravesar la barrera hematoencefálica, con

pérdida de conciencia en apenas 30 a 45 segundos. Su vida media es de 2 a 4 minutos que aumenta a 210 a 405 minutos administrado en infusión continua, con un aclaramiento de 30 ml/kg/min. Su metabolismo y eliminación se realizan a nivel hepático, con producción de metabolitos. Además presenta eliminación extrahepática por medio de excreción urinaria (87.7%) y fecal (1.6%) ^{44, 46}.

Farmacodinamia: Posee propiedades ansiolíticas, antieméticas y antipruriginosas. A nivel del sistema nervioso central produce sedación o pérdida de conciencia que son dosis dependientes. Reduce el flujo sanguíneo cerebral, el consumo de oxígeno por el encéfalo y la presión intracraneal. Su efecto cardiovascular más importante es la disminución de la presión arterial sistólica y diastólica (20 a 30%) ⁴⁷, debido a su efecto vasodilatador arterial y la disminución en el gasto cardíaco. A nivel del sistema respiratorio produce depresión respiratoria, dosis dependiente por disminución en el volumen corriente.

Efectos secundarios: Puede producir irritación venosa dolorosa en un 75% de los casos, flebitis (0.6%) y trombosis (0.2%) ^{44, 48}. El efecto adverso más preocupante es la presentación de reacciones anafilácticas (rash cutáneo, hipotensión y broncoespasmo). La incidencia de náusea y vómito son bajas en comparación con el uso de anestésicos inhalatorios, 7 a 8% y 30 a 35% de los casos respectivamente ³⁹. Además, se han descrito cefalea, alucinaciones e inquietud.

REMIFENTANIL

Nuevo y potente opiáceo sintético, desarrollado con el fin de tener un opiáceo de acción ultracorta, que posee un inicio de acción breve y una recuperación rápida ⁴⁹.

Mecanismo de acción: Agonista puro de los receptores μ de la morfina.

Farmacocinética: Al igual que el propofol se comporta bajo un modelo tricompartmental. Presenta unión a las proteínas en un 70%. Su vida media es de 3 a 5 minutos sin importar el tiempo que dure la infusión. El inicio de su acción se produce 90 segundos tras el comienzo de su administración y sus efectos desaparecen rápidamente al retirarla (80% del efecto en los primeros 10 minutos) ⁴⁹.
⁵⁰. Su metabolismo se produce a nivel extrahepático, mediante hidrólisis por colinesterasas no específicas, obteniéndose metabolitos inactivos.

Farmacodinamia: Posee propiedades idénticas a otros derivados de la morfina. Su efecto principal es la producción de analgesia, la cual es dosis dependiente. A nivel del sistema nervioso central no posee efecto hipnótico y no da lugar a amnesia, por lo que es indispensable su combinación con otros fármacos ⁵¹; además no ejerce efecto sobre el flujo sanguíneo cerebral ni la presión intracraneal. A nivel respiratorio, produce depresión respiratoria y apnea, que son dosis dependiente y pueden ser revertidas con el uso de naloxona. Presentando además, efectos cardiovasculares como bradicardia de origen vagal y reducción de la presión arterial en un 15 a 20% ⁴⁹.

Efectos secundarios: Comunes a todos los opioides como náusea, vómito, hipotensión, prurito, bradicardia, rigidez muscular y depresión respiratoria.

ANESTESIA GENERAL BALANCEADA

Tipo de anestesia general que incluye la inducción intravenosa en bolo de un agente inductor, con el posterior mantenimiento anestésico a base de un agente inhalatorio⁴⁸. Caracterizada por el uso de distintos tipos de medicamentos con efectos sinérgicos como son los agentes anestésicos inhalatorios e intravenosos, los bloqueantes neuromusculares y los analgésicos; que se utilizan en dosis menores pero con la misma garantía de conseguir condiciones quirúrgicas óptimas^{32, 48}.

Ventajas: Los efectos anestésicos son aditivos, permite una monitorización fácil de la concentración del gas utilizado, precisa menores dosis de otros fármacos para conseguir el mismo efecto, rápida eliminación y fácil despertar tras su suspensión.

Desventajas: Mayor cantidad de efectos adversos y toxicidad especialmente hepática y renal, depresión respiratoria y cardiovascular dosis dependiente, aumento del riesgo de hipertermia maligna, implicación ecológica por contaminación ambiental con riesgos en la salud del equipo quirúrgico (anestesiólogo, cirujano, enfermeras), aumento en la incidencia de náusea y vómitos postoperatorios.

Los fármacos utilizados en nuestros pacientes para anestesia balanceada son:

SEVOFLUORANE

Anestésico general inhalatorio, potente, del grupo de los éteres halogenados; que se caracteriza por permitir una inducción y recuperación anestésica rápidas.

Mecanismo de acción: No es claro. Varias teorías refieren que actúa mediante la interrupción de la transmisión sináptica normal y alteración en la recaptación de neurotransmisores y sus receptores ^{52, 53}.

Farmacocinética: Se distribuye rápidamente en el organismo y atraviesa la barrera hematoencefálica. Presenta una potencia o concentración alveolar mínima (CAM) del 2 %. Menos del 5% es absorbido y metabolizado en el hígado por el citocromo P-450, con liberación de fluoruro inorgánico que es conjugado y eliminado por la orina, el 95% restante es absorbido y eliminado a nivel pulmonar ⁵⁴. Posee una baja tasa de solubilidad (coeficiente sangre/gas de 0.60) que permite una rápida inducción y recuperación anestésica que se consigue en los primeros 10 a 20 minutos tras la anestesia.

Farmacodinamia: En el sistema nervioso central se ha observado un aumento de la actividad convulsiva, disminución de la resistencia cerebrovascular e incremento de la presión intracraneal. A nivel pulmonar puede ocasionar depresión respiratoria caracterizada por incremento en la PaCO₂ (Presión de dióxido de carbono en sangre arterial) y una respuesta ventilatoria reducida. A nivel cardiovascular disminuye la presión arterial medida por vasodilatación con un gasto cardíaco dentro de límites normales ^{53, 54}.

Efectos secundarios: En la actualidad, la utilización de nuevos anestésicos inhalatorios como el sovofluorano, han permitido disminuir la incidencia de efectos indeseables que antes se producían con otros gases inhalados (halotano, enflurano e isofluorano)⁵⁵, pero aún se evidencia la producción de: depresión cardiorespiratoria,

hipotensión, náusea y vómito, tos, agitación psicomotriz, vértigo, somnolencia, entre otras.

ANESTESIA NEUROAXIAL

Las técnicas anestésicas neuroaxiales raquídea, epidural y caudal producen un bloqueo simpático, analgesia sensitiva y bloqueo motor según la dosis y concentración del anestésico local ³².

ANESTESIA RAQUÍDEA O INTRADURAL

Definida como la administración de fármacos anestésicos o derivados mórficos a nivel del espacio intradural, con el uso de una aguja para punción en la zona lumbar (por lo general L2-L3, L3-L4 o, a veces, en el espacio entre L4-L5), mientras el paciente se encuentra sentado o en decúbito lateral ⁵⁶.

La anestesia raquídea, es la técnica evaluada en nuestro estudio y se ha convertido en la más utilizada, debido a que produce un efecto de analgesia sensitiva profunda con una excelente relajación musculoesquelética a menores dosis.

Indicaciones

Cualquier tipo de anestesia neuroaxial, está indicada en procedimientos quirúrgicos abdominales, cirugías de miembros inferiores, realización de cesáreas (por carecer de efectos sobre el feto) e intervenciones urológicas ⁵⁷, con la gran ventaja de que no solo proporciona anestesia y analgesia durante el transoperatorio y gracias a la adición de medicamentos con efecto analgésico, como los opiáceos, han conseguido un excelente manejo del dolor postoperatorio ^{50,58}.

Contraindicaciones

- Contraindicaciones absolutas: Negativa del paciente e hipertensión intracraneal.
- Contraindicaciones relativas: Coagulopatías intrínsecas o idiopáticas, infección cutánea en el lugar de inserción de la aguja, hipovolemia grave y falta de experiencia del anestesiólogo.

Características de los fármacos utilizados

BUPIVACAINA

Anestésico local que produce bloqueo reversible de la conducción de los impulsos nerviosos, lo que impide la propagación de potenciales de acción en axones de fibras nerviosas autónomas, sensitivas y motoras ⁴⁸. Su inicio de acción es lento y presenta larga duración (240 a 480 minutos), con una vida media de 2.7 horas, potencia relativa de 8, un volumen de distribución de 73L, depuración de 0.58 L/min y unión a proteínas del 95% ⁵⁹. Presenta efectos analgésicos, que se consiguen a concentraciones de 0.0625 y 0.125% ⁶⁰.

La bupivacaina es un medicamento seguro, pero a pesar de esto, se han reportado casos de paro cardíaco con la administración intravenosa accidental del fármaco, atribuyéndole un efecto cardiotoxico, que se reporta a concentraciones de 0.25% a 0.75% ⁶¹.

BUPRENORFINA

Medicamento agonista parcial, con una potencia 33 veces superior a la morfina. Ejerce su efecto farmacológico a nivel de los receptores μ de la médula espinal en un 70%, con un efecto menor sobre los receptores delta (24%) y kappa (6%)^{48, 62}. Su efecto máximo aparece a partir de las tres horas de su aplicación y dura aproximadamente 10 horas. Presenta metabolismo hepático y sus metabolitos se eliminan por vía biliar. El volumen de distribución es de 2.8 L/kg y el aclaramiento de 20 ml/kg/min.

Su uso principal está dado para el control del dolor agudo postoperatorio, especialmente en cirugía ortopédica; como se evidencia en el estudio realizado por Gómez J. y cols., quienes demuestran un mayor control del dolor en el postoperatorio inmediato de pacientes en los que se usó un anestésico local (bupivacaina) combinado con buprenorfina, que en los que se usó bupivacaina sola; demostrándose además, una menor necesidad de analgesia de rescate en el grupo que recibió buprenorfina (45% de casos) versus la bupivacaina sola (95% de los casos)^{62, 63}. En otro estudio se demostró además, que la buprenorfina administrada junto a anestesia espinal presenta un efecto analgésico más duradero (8 a 12 horas) que otros derivados morfínicos como el fentanil⁵⁹.

Complicaciones

Las principales complicaciones de la anestesia raquídea consisten en cambios neurológicos, hipotensión, náusea y vómito (20% de casos), paradas cardíacas inesperadas y la más frecuente la cefalea postpunción dural⁶⁴; caracterizada por dolor

lumbar que se presenta en el 10 a 50% de pacientes sometidos a anestesia espinal como demuestran los datos obtenidos por Sprung y cols., quienes atribuyen el apareamiento de dolor a la realización de diversas punciones y a la presencia de sangre a nivel del espacio intradural ⁶⁵.

ANESTESIA COMBINADA

El término de anestesia combinada, ha sido definido en nuestro estudio como la necesidad de conversión a partir de anestesia regional a anestesia general. Lo cual se ha demostrado en la literatura no ser dependiente de una técnica defectuosa sino de la presencia de una sedación o control de la ansiedad inadecuados ³².

RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA

La recuperación postanestésica es el periodo comprendido tras la salida del paciente del quirófano, hasta la recuperación total de sus funciones orgánicas anteriores.

Para nuestro estudio hemos considerado la evaluación del postoperatorio inmediato o primeras 24 horas de recuperación del paciente, haciendo énfasis en la importancia de los cuidados que se realizan en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA); área donde se recibe y observa al paciente tras la cirugía, hasta asegurar la pérdida total del riesgo de depresión respiratoria y conseguir que el estado mental del paciente llegue a la normalidad ³²; sin ser necesario un tiempo de estancia mínima en la unidad, mismo que depende del estado clínico del paciente y puede llegar a ser de pocos minutos hasta muchas horas ⁶⁶.

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS PRODUCIDAS POR LA ANESTESIA

Generalmente, posterior al proceso anestésico quirúrgico el paciente presenta durante su recuperación inmediata una serie de alteraciones fisiológicas capaces de afectar a múltiples órganos y sistemas.

Estudios realizados por Hines y cols. demostraron una incidencia de complicaciones postquirúrgicas en el 24% de pacientes, siendo de estas las más frecuentes las relacionadas con problemas respiratorios o de la vía aérea (43%), náusea y vómito (6.8%) e hipotensión (2.7%)⁶⁷.

Las principales complicaciones postanestésicas que figuran en la literatura y han sido evidenciadas en pacientes que formaron parte de nuestro estudio son:

Obstrucción de la vía aérea

Producida principalmente por efectos residuales de los medicamentos administrados para la anestesia (anestésicos inhalatorios, bloqueantes musculares y opiáceos), que pueden provocar en el paciente una disminución del tono orofaríngeo (causa más frecuente), laringo y broncoespasmo. Situaciones que hacen necesario un adecuado soporte de la vía aérea hasta que el paciente se haya recuperado totalmente de los efectos farmacológicos de la anestesia.

Hipoxemia

Producida principalmente por el efecto residual de los medicamentos y la

disminución del tono de la musculatura torácica y abdominal con depresión de los movimientos respiratorios, lo que clínicamente se evidencia con la pulsioximetría ^{68, 69}, obteniéndose una saturación de oxígeno (SaO₂) < 90%.

Inestabilidad hemodinámica

- Hipotensión

Se considera hipotensión un valor de presión arterial (PA) < 90/60 mmHg. Las causas más frecuentes son un volumen intravascular disminuido, especialmente por reposición inadecuada de líquidos; efecto por pérdida del tono simpático y sangrado.

Se debe considerar un sangrado como normal cuando se presenta en cantidad moderada, principalmente en ciertos tipos de cirugías (ortopédica, urológica y cirugía abdominal mayor), pero si es excesivo se convierte en una complicación de importancia que debe ser manejada inmediatamente.

- Hipertensión

Se define como un valor de presión arterial > 130/80 mmHg. En el proceso postoperatorio se presenta de forma frecuente en pacientes con antecedente de hipertensión arterial esencial previa (HTA) ⁷⁰, bajo la acción ejercida por el dolor, la hipoxemia, náusea, vómito y retención urinaria.

Hipotermia y temblor

Se considera como hipotermia una temperatura corporal entre los 33 a 35 °C

y los temblores como la expresión de la misma (incidencia del 68% para la anestesia general y 33% para la regional) ⁶⁷.

Su mecanismo está mediado por los centros termorreguladores y la acción de receptores a nivel de la médula espinal (receptores opioides kappa y 5-hidroxitriptamina) ³², traducándose clínicamente como malestar del paciente con aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial y consumo de oxígeno.

Nausea y vómito

Para tener claro esta complicación se han definido tres términos de importancia, siendo la náusea una “sensación de malestar y disconfort en el estómago con necesidad de vomitar”, que en el postoperatorio está producida por la acción de toxinas y fármacos con la capacidad de activar quimiorreceptores (área postrema del órgano circunventricular del cuarto ventrículo) y estimular el sistema vestibular ³².

El vómito, se define como un síntoma clínico que hace referencia a la expulsión forzada del contenido gástrico a través de la boca o nariz y las arcadas como un término similar al vómito, con la diferencia de que ningún contenido gástrico entra a la faringe (ondas secas).

La náusea y vómitos postoperatorios (NVPO), son la segunda queja somática (primera dolor), con incidencia de 20 a 30% durante la estancia en la unidad de cuidados postanestésicos que puede incrementarse hasta un 50% en el transcurso de las primeras 24 horas ⁷¹, dependiendo para su aparición de diversos factores de riesgo (sexo femenino, no fumador, antecedente de

NVPO y uso de opioides)⁷² y el tipo de anestesia utilizada (10 a 80% de pacientes presentan NVPO con anestesia general inhalatoria)^{71, 72, 73}.

En cuanto al tipo de cirugía, no se ha encontrado una relación con la producción de NVPO⁷¹, aunque se piensa que la irritación peritoneal y liberación de serotonina en cirugía abdominal, se podría considerar un factor de riesgo aún no demostrado⁷⁴. Sin embargo, se ha podido explicar la relación con el tiempo de duración de la intervención, tras la observación de NVPO en el 50% de pacientes sometidos a cirugías mayores a dos horas⁷⁵.

El tratamiento profiláctico de la NVPO ha sido un tema controvertido a lo largo de los años⁷⁶, en las últimas guías de la American Society of Anesthesiologists (ASA), 2013; apoyan el uso de medidas profilácticas especialmente en pacientes con factores de riesgo que van a ser sometidos a anestesia general inhalatoria o al uso de opiáceos intravenosos. Además, se definen como medidas profilácticas la consideración de modificar la técnica anestésica y la aplicación de tratamiento farmacológico, especialmente con el uso de antagonistas del receptor de la serotonina (5-HT3), como el ondansetron que presenta una alta evidencia de la reducción de una terapia de rescate^{77, 78}.

Dolor agudo postoperatorio

Se ha definido como una sensación y experiencia emocional desagradable que aparece en las primeras horas tras la cirugía debido a la presencia de lesión tisular capaz de producir una respuesta sistémica con liberación de mediadores inflamatorios (respuesta neurohumoral) y sensibilización de

receptores dolorosos periféricos (nociceptores), que se encargan de la aparición y mantenimiento del dolor ^{78, 79}.

En un estudio de prevalencia, realizado en el Hospital Universitario La Paz en Madrid, se demostró que el 80% de pacientes presentan dolor en las primeras 24 horas tras su cirugía (35% refirieron dolor leve y 45% dolor moderado-intenso), de los cuales un 36% recibió un analgésico durante su estancia en la UCPA ^{79, 80}.

El dolor agudo postoperatorio, presenta factores de riesgo relacionados con el paciente (ansiedad y miedo ante la cirugía), tipo de intervención quirúrgica (cirugía intrabdominal, ortopédica y cualquier otro tipo de cirugía mayor) ⁸⁰ y el acto anestésico quirúrgico (incluye la preparación del paciente, el tipo de técnica anestésica y los cuidados postanestésicos).

El principal objetivo de la American Society of Anesthesiologist (ASA) en relación con el manejo del dolor agudo es su rápido reconocimiento y tratamiento (analgesia preventiva o anticipada), con el uso de combinaciones de varios agentes analgésicos (analgesia multimodal) ⁸¹, principalmente analgésicos de tipo opiáceo (como medicamentos de primera elección) ^{81, 82} más antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) en dosis de rescate, en aquellos pacientes que no presenten riesgo de desarrollar complicaciones asociadas con este último grupo de medicamentos ^{83, 84}.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Al contar con poca evidencia de la valoración de la calidad de atención brindada en nuestros servicios de salud, en especial en el área postquirúrgica, se ha generado un riesgo de incremento de la morbilidad y complicaciones de los pacientes que han sido sometidos a cirugía, lo que lleva a un aumento del tiempo de estadía en la institución y un mayor uso de recursos económicos, por lo que es necesario identificar las principales causas que producen insatisfacción de los pacientes ante el servicio prestado y su relación con el tiempo en que el paciente tarda en recuperarse. El uso de escalas para medir el estado de salud de un paciente tras la cirugía y anestesia, como el QoR-40 nos permitirá demostrar que la satisfacción del paciente es una medida clínicamente significativa para lograr una menor duración de la estancia hospitalaria tras un proceso de recuperación que garantice que el paciente ha recobrado adecuadamente sus funciones físicas, fisiológicas y sociales.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Identificar la asociación existente entre el grado de satisfacción del paciente postquirúrgico atendido en el servicio de Cirugía del Hospital Enrique Garcés, durante su recuperación inicial (primeras 24 horas) con el proceso anestésico quirúrgico.

Objetivos Específicos:

1. Determinar el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico (ingreso del paciente al chequeo; diagnóstico; ingreso al hospital; ingreso a quirófanos; transoperatorio; postoperatorio inmediato) con las diferentes técnicas anestésicas (general, regional y combinada).
2. Definir el tiempo de estadía (postoperatorio inmediato) requerido por los pacientes en la unidad de cuidados postanestésicos y su relación ante el grado de satisfacción.
3. Identificar las condiciones más frecuentes que prolongan el tiempo de recuperación en el postoperatorio inmediato (durante las primeras 24 horas tras la cirugía).

HIPOTESIS:

La aplicación de diferentes técnicas anestésicas y la calidad de atención recibida durante el proceso anestésico quirúrgico están asociados con el grado de satisfacción del paciente durante su recuperación inicial (primeras 24 horas tras la cirugía).

METODOLOGÍA

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL</u>	<u>CATEGORÍAS O DIMENSIONES</u>	<u>INDICADOR</u>
1. EDAD	<p>Años de vida de los participantes del estudio</p> <p>Variable cuantitativa discreta, se tomó como criterio de selección para la muestra, únicamente los pacientes entre 18 a 65 años.</p>	<p>18-41 años</p> <p>42-65 años</p>	<p>Media, mediana, moda y desviación estándar</p>
2. SEXO	<p>Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer.</p> <p>Variable cualitativa nominal, definida como la caracterización que hace el paciente de su propio sexo, marcando el espacio correspondiente a F si pertenece al sexo femenino, o M para el sexo masculino, en la sección de datos sociodemográficos del cuestionario.</p>	<p>Femenino</p> <p>Masculino</p>	<p>Frecuencias absolutas y relativas</p>
3. ESTADO CIVIL	<p>Situación del paciente al momento del estudio determinada por sus relaciones familiares o de parentesco.</p> <p>Variable cualitativa nominal, definida como la identificación por parte del paciente de su situación civil al momento de realizar la encuesta.</p>	<p>Soltero</p> <p>Unión libre</p> <p>Casado</p> <p>Divorciado</p> <p>Viudo.</p>	<p>Frecuencias absolutas y relativas</p>
4. NIVEL EDUCATIVO	<p>Años durante los cuales una persona ha permanecido en un sistema educativo</p>	<p>Ninguno</p> <p>Educación básica</p>	<p>Frecuencias absolutas y relativas</p>

	<p>Variable cualitativa ordinal, definida como la identificación que hace el paciente de su nivel educativo alcanzado.</p> <p>Ninguno (No haber recibido educación formal), Educación básica (desde 1ero de básica hasta completar el 10mo año), Educación media (Bachillerato = Tres últimos años de educación en el colegio), Educación superior (Educación profesional/Universidad) y Postgrado (Educación tras haber terminado la carrera universitaria)</p>	<p>Educación media</p> <p>Educación superior Postgrado</p>	
5. CONDICIÓN LABORAL	<p>Características del trabajo que se encuentra realizando el paciente al momento del estudio; que puede dividirse en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empleo formal: Actividad laboral en la cual la persona ha firmado un contrato y recibe un salario fijo. • Empleo informal: Actividad laboral que se realiza sin la firma de un contrato con un ingreso insuficiente y variable. <p>Variable cualitativa nominal, que se definirá por la identificación del paciente al marcar su condición laboral actual.</p>	<p>Ninguna</p> <p>empleo formal</p> <p>empleo informal</p>	Frecuencias absolutas y relativas
6. INGRESO MENSUAL	<p>Suma de dinero que recibe la persona por la realización de tareas o fabricación de productos durante un mes de trabajo</p> <p>Variable cualitativa ordinal, que se definirá mediante la identificación del paciente del monto de dinero que ingresa a su hogar de forma mensual.</p>	<p>Menor al básico</p> <p>Básico</p> <p>Mayor al básico</p>	Frecuencias absolutas y relativas
7. LUGAR DE RESIDENCIA	Lugar geográfico donde la persona reside de forma permanente desde	Zona urbana	Frecuencias absolutas y

	<p>hace dos años. Pudiéndose dividir en dos grandes grupos que son: 1) Zona urbana: donde vive un número superior a 2500 habitantes (grandes ciudades), 2) Zona rural: donde vive un número menor a 2500 habitantes (pueblos, comunidades).</p> <p>Variable cualitativa nominal, que será definida por la identificación del paciente de la zona en donde reside en los últimos dos años.</p>	<p>Zona rural</p> <p>Además; el paciente proporcionará el dato de la provincia y barrio donde reside actualmente.</p>	<p>relativas</p>
<p>8. FAMILIAR DEPENDIENTE</p>	<p>Hecho de tener en casa familiares que necesiten la presencia de otra persona para su cuidado y/o apoyo para realizar actividades de la vida diaria</p> <p>Variable cualitativa, que será definida por el dato proporcionado por el paciente, de si este posee familiares que lo esperan en casa, y son estos dependientes de su cuidado.</p>	<p>SI/NO</p> <p>Hijos</p> <p>Ancianos</p> <p>Familiares</p> <p>Discapacitados</p>	<p>Frecuencias absolutas y relativas</p>
<p>9.HISTORIA QUIRÚRGICA Y ANESTÉSICA PREVIA</p>	<p>Relato del paciente sobre cirugías realizadas previamente, el tipo de anestesia utilizada y la presencia o no de complicaciones, por ejemplo: Problemas con la vía aérea, problemas al momento del bloqueo o reacciones adversas a medicamentos.</p> <p>Variable cualitativa, que será evaluada bajo el relato del propio paciente, que en caso de afirmar la existencia de un proceso anestésico previo prestará además datos del tipo de anestesia y la existencia o no de complicaciones.</p>	<p>SI/NO</p>	<p>Frecuencias absolutas y relativas</p>
<p>10.ESTADO DE SALUD (ESCALA DE ASA)</p>	<p>Condición médica del paciente al momento de la evaluación</p> <p>Variable cualitativa ordinal, que será medida mediante la escala de ASA</p>	<p>Clase I</p> <p>Clase II</p>	<p>Frecuencias absolutas y relativas</p>

	<p>(American Society of Anesthesiologist).</p> <p>Clase I: Paciente saludable no sometido a cirugía electiva.</p> <p>Clase II: Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.</p> <p>Clase III: Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.</p>	Clase III	
11. DURACIÓN DE LA ADMISIÓN	<p>Tiempo que ha transcurrido desde la primera llegada del paciente a la casa de salud para su evaluación hasta el día de su cirugía</p> <p>Variable cuantitativa discreta, que será evaluada por medio del dato recogido de la historia clínica sobre el tiempo que ha transcurrido desde que el paciente fue evaluado por el personal médico por primera vez hasta el día de su cirugía.</p>	<p>1-<178 días</p> <p>178-<356 días</p>	<p>Media, mediana, moda y desviación estándar</p>
12. TIPO DE CIRUGÍA	<p>Tipo de intervención quirúrgica a la que será sometido el paciente, la cual se puede dividir en dos grandes grupos que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Convencional: Conocida también como cirugía abierta, en la que se realizan grandes cortes con la ayuda de bisturí, para así poder concretar la intervención quirúrgica. · Laparoscópica: Técnica 	<p>Cirugía general</p> <p>Convencional: Restitución de tránsito intestinal, herniorrafias y hernioplastias, tiroidectomía</p> <p>Laparoscópica: ColecitECTomía laparoscópica, hernioplástia laparoscópica y</p>	<p>Frecuencias absolutas y relativas</p>

	<p>quirúrgica que se realiza a partir de pequeñas incisiones, con asistencia de un sistema óptico que permite al médico visualizar el campo quirúrgico.</p> <p>Variable cualitativa, que será evaluada por medio del dato recogido de la historia clínica, sobre el tipo de intervención quirúrgica a la cual fue sometido el paciente, tomando en cuenta las cirugías que se realizan en esta casa de salud en las distintas subespecialidades</p>	<p>cirugía bariátrica.</p> <p>Cirugía Ortopédica Convencional: Osteosíntesis de fracturas de miembro superior e inferior, colocación de prótesis de cadera y rodilla, plastias tendinosas y osteotomías. Laparoscópica: Artroscopia de hombro y rodilla.</p> <p>Urología Convencional: Protatectomía abierta, cistopexia y varicocelelectomía Laparoscópica: Litotricia intracorpórea y resección transuretral de próstata.</p>	
<p>13.TIPO DE ANESTESIA</p>	<p>Uso de fármacos controlado para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa del paciente, con o sin cambios en el nivel de conciencia. Podemos encontrar los siguientes tipos: General (TIVA o balanceada), Regional (raquídea) y combinada.</p> <p>Variable cualitativa, que será evaluada por medio del dato recogido de la historia clínica del paciente, sobre el tipo de anestesia proporcionada y los fármacos recibidos en la misma.</p>	<p>Anestesia General Anestesia total intravenosa (TIVA) Anestesia balanceada</p> <p>Anestesia Regional (Raquídea) Bupivacaina Sola Bupivacaina + Buprenorfina</p> <p>Anestesia</p>	<p>Frecuencias absolutas y relativas</p>

		combinada	
14. DURACIÓN DE LA CIRUGÍA	<p>Tiempo que tarda la realización del proceso quirúrgico desde el momento de la aplicación de la anestesia hasta la salida del paciente del quirófano.</p> <p>Variable cuantitativa discreta, que será evaluada por medio del dato tomado a partir de la gráfica de anestesia y/o el protocolo postquirúrgico, del tiempo que el paciente permaneció en quirófano para realización de su cirugía</p>	<p>45-104 minutos</p> <p>105-265 minutos</p>	<p>Media, mediana, moda y desviación estándar</p>
15. TIEMPO DE ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POSTANESTÉSICOS	<p>Tiempo que el paciente permanece en la unidad de cuidados postanestésicos, desde el momento que deja el quirófano tras la cirugía hasta que recibe el alta por el personal de anestesiología, en el momento que el paciente haya alcanzado una recuperación total de la anestesia sin complicaciones o tras la corrección de las mismas y pueda ser enviado a su cama de hospitalización.</p> <p>Variable cuantitativa discreta, que será evaluada por medio del dato tomado a partir de la gráfica de recuperación.</p>	<p>60-149 minutos</p> <p>150-340 minutos</p>	<p>Media, mediana, moda y desviación estándar</p>
16. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EN EL INTRAOPERATORIO (ANTIEMÉTICOS Y/O ANALGÉSICOS)	<ol style="list-style-type: none"> Fármacos antieméticos, son aquellos que bajo diferentes mecanismos de acción impiden el apareamiento de náusea y vómito en el postquirúrgico inmediato. Fármacos analgésicos, son aquellos que bajo diferentes mecanismos de acción impiden el apareamiento dolor en el postquirúrgico inmediato. 	<p>Antieméticos: Antagonistas del receptor 5-HT₃: Ondansetrón. Antagonistas de la dopamina: Metoclopramida.</p> <p>Analgésicos: AINES: Ketorolaco, dipirona (Metamizol), diclofenaco sódico.</p>	<p>Frecuencias absolutas y relativas</p>

	Variable cualitativa nominal, con la que evaluaremos si el paciente recibió o no medicación antiemética y/o analgésica con fármacos que no forman parte del esquema anestésico habitual, durante la cirugía, y cuáles fueron los fármacos administrados.	Opiáceos: Tramal, buprenorfina.	
17. COMPLICACIONES POSTANESTÉSICAS FRECUENTES	<p>Situaciones que se presentan tras el proceso anestésico quirúrgico, complicando el estado general del paciente poniendo o no en riesgo su vida.</p> <p>Variable cualitativa nominal, que será valorada en las notas obtenidas la historia clínica del paciente, especialmente de la hoja de recuperación (gráfica de recuperación), donde consta el dato de la presencia de complicaciones durante la estancia del paciente en la unidad de cuidados postanestésicos.</p>	<p>Obstrucción de la vía aérea</p> <p>Hipoxemia (SaO2 <90%)</p> <p>Hipotensión (PA <90/60).</p> <p>Hipertensión (PA >130/80).</p> <p>Arritmias (FC >100 lpm).</p> <p>Agitación psicomotriz</p> <p>Dolor</p> <p>Náuseas y vómitos</p> <p>Hipotermia y temblor (Temperatura corporal por debajo de 35 °C).</p> <p>Oliguria (<0,5 ml/kg/hora de diuresis)</p> <p>Sangrado</p>	Frecuencias absolutas y relativas
18. GRADO DE SATISFACCIÓN DEL	Grado en el que el paciente confirma haber alcanzado sus expectativas en	Baja satisfacción o pobre calidad	Frecuencias absolutas y

<p>PACIENTE POSTQUIRÚRGICO</p>	<p>cuanto al procedimiento anestésico quirúrgico.</p> <p>Variable cualitativa ordinal, que será evaluada mediante las respuestas del paciente al cuestionario QoR40 (Quality of recovery score 40), que consta de 40 ítems divididos en 5 subescalas que son: confort (n=12), emociones (n=9), independencia física (n=5), apoyo psicológico (n=7) y dolor (n=7).</p>	<p>de recuperación (122-161 puntos)</p> <p>Alta satisfacción o pobre calidad de recuperación (162-198 puntos)</p>	<p>relativas</p>
---------------------------------------	--	---	------------------

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN ESTUDIADA

El estudio fue llevado a cabo en un período de 7 semanas, de martes a sábado (desde el 15 de diciembre del 2014 hasta el 31 de enero del 2015) teniendo como población, los pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Enrique Garcés, que fueron intervenidos quirúrgicamente por cirugía electiva con los distintos tipos de anestesia (general, raquídea y combinada), y que formaban parte de las tres subespecialidades que realizan con mayor frecuencia este tipo de cirugías, las cuales son: Cirugía General, Traumatología y Urología.

Un total de 200 pacientes fueron incluidos en el estudio [Cirugía Ggeneral (n=98), Traumatología (n=76) y Urología (n=26)], tras adquirir el consentimiento informado y realizar la valoración de las características de los sujetos de estudio (criterios de inclusión y exclusión).

Criterios de inclusión:

1. Estar dentro del periodo de estudio.
2. Sexo femenino o masculino.
3. Edad entre 18 y 65 años.
4. Pacientes con ASA Clase I, II y III.
5. Pacientes programados para cirugía electiva, pertenecientes a las siguientes subespecialidades del servicio de Cirugía del Hospital Enrique Garcés: Cirugía General, Traumatología y Urología.

Criterios de exclusión:

1. < de 18 años y > de 65.
2. Pacientes con ASA Clase IV.
3. Pacientes que tras el postquirúrgico requieren UCI.
4. Pacientes con incapacidad de comunicación oral e incapacidad mental.
5. Pacientes sometidos a cirugías por urgencias vitales.

TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tras muestreo probabilístico, de universo finito, con un total de 773 pacientes; pertenecientes al servicio de Cirugía del Hospital Enrique Garcés, que fueron sometidos a distintos tipos de cirugía durante un período de tres meses (de enero a marzo del 2014), en las subespecialidades de: Cirugía General, Traumatología y Urología, se realiza el cálculo con un nivel de significancia del 95% y un error máximo de estimación de 5.0%, en el programa StatCalc de Epi Info 7 a través de la aplicación de la fórmula:

$$n = \frac{N * (Z)^2 * p * q}{(d)^2 * (N - 1) + (Z)^2 * p * q}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

Z: Desviación de la curva de distribución normal (para un intervalo de confianza de 95% = 1.96)

p: proporción estimada de la población objeto de estudio = 0,025

q = 1-p

d = grado de precisión deseada = 0,05.

Con lo que al remplazar los datos en la fórmula obtenemos un valor de n = 189, al cual se le suma un 10% más de pacientes debido a la existencia de posibles pérdidas, motivo por el cual, se obtuvo para el estudio una muestra total de 200 pacientes.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal

Alcance del diseño de estudio: Descriptivo.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Fuentes de información:

Durante el proceso de recolección de los datos tuvimos dos tipos de fuentes de información, una primaria que fueron los propios pacientes, encargados de responder a las preguntas referidas en el cuestionario sobre los datos

sociodemográficos y antecedentes personales, además de ser quienes completaron con la ayuda directa de la investigadora, los 40 ítems de la escala validada del QoR-40 (Quality of Recovery Score 40), que fue aplicada entre las 15 a 24 horas posteriores a la cirugía para el análisis de la calidad de recuperación.

Posteriormente, tras la autorización del manejo de las historias clínicas de los pacientes por parte de los jefes de cada servicio, se las utilizó como fuente de información secundaria, para la obtención de los datos sobre el proceso anestésico quirúrgico, haciendo uso de documentos como: 1) hoja de datos del chequeo pre anestésico, 2) gráfica anestésica durante transoperatorio, 3) protocolo postquirúrgico y 4) hoja de datos de la recuperación del paciente durante su estancia en la UCPA (Unidad de cuidados pos anestésicos).

Instrumento:

La recolección de la información fue realizada en dos fases con el fin de obtener un instrumento adecuado para cumplir con los objetivos de nuestra investigación.

PRIMERA FASE:

Primero, se procedió a la traducción del cuestionario del QoR-40 (Quality of Recovery Score 40), mismo que por encontrarse en el idioma inglés no podía ser aplicado de forma directa a nuestros pacientes. La traducción formal fue realizada en la escuela de Lingüística de la Universidad Católica del Ecuador, misma que al ser entregada fue analizada por expertos en anestesiología del Hospital Enrique Garcés, e inmediatamente comparada con la traducción encontrada en el estudio aplicado en Uruguay por Rando K. y cols.²⁶, tras lo cual los expertos decidieron que se debería utilizar esta traducción, debido a que la terminología e idioma utilizados se adapta más a nuestra población.

Posteriormente, se realizó una primera prueba piloto con la colaboración de 10 pacientes, que habían sido sometidos a cirugía y se encontraban dentro de las primeras 24 horas de su postquirúrgico, quienes necesitaron un tiempo de 5 a 10 minutos para completar los 40 ítems del QoR-40 tras una breve explicación proporcionada por la investigadora, quien concluye junto a su director que no existen problemas al momento de aplicar el cuestionario, debido a que este está compuesto de preguntas claras y concisas, decidiéndose su utilización sin modificaciones para el estudio.

SEGUNDA FASE:

Para evaluar la relación de la satisfacción del paciente ante el proceso anestésico quirúrgico e identificar las condiciones más frecuentes que prolongan el tiempo de recuperación en el postoperatorio inmediato (primeras 24 horas), se aplicó una encuesta; que constó de 18 preguntas que abarcan los datos sociodemográficos, historia quirúrgica y anestésica previa; y proceso anestésico quirúrgico actual (Anexo 2).

Posterior a lo cual, se procedió a evaluar la satisfacción del paciente ante su proceso de recuperación pos anestésica en base al cuestionario QoR-40 (Quality of Recovery Score 40), que consta de 40 ítems, divididos en cinco sub escalas: confort, emociones, apoyo psicológico, independencia física y dolor. Cada ítem se califica con una escala de Likert de 1 a 5, proporcionando una puntuación mínima de 40 y máxima de 200 puntos que son interpretados con una escala conceptual.

Finalmente, tras la aplicación y análisis de los resultados obtenidos con el QoR-40 , encontramos puntuaciones entre 122 (valor mínimo) a 198 (valor máximo), decidiéndose después de la revisión de la literatura prescindir del uso de la escala

conceptual, creando dos grupos a partir de la media de puntuaciones (162 puntos), teniendo que: puntuación de 122 a 161 representa baja satisfacción o pobre calidad de recuperación y valores de 162 a 198 alta satisfacción o adecuada calidad de recuperación (Anexo 3).

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Primero, se generó una base de datos y a continuación se realizó el análisis y limpieza de la misma, tras lo cual, los datos fueron introducidos en el software Epi Info versión 7.1.4, para la realización de la segunda fase que fue el análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas del estudio, que fueron expresadas como número, porcentaje (%), media y proporciones.

A continuación, se realizó el cruce de las variables de interés mediante la creación de tablas de contingencia (tablas 2x2), estableciéndose las posibles asociaciones mediante pruebas no paramétricas como Chi² o prueba exacta de Fisher. Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas cuando $p < 0.05$.

Finalmente, se efectuó análisis multivariado con el fin de encontrar factores asociados a la satisfacción, mediante el modelo de regresión logística, para lo cual, se escogieron las asociaciones con $p < 0.20$ para formar parte de dicho modelo.

Todos los análisis se realizaron utilizando Epi InfoTM versión 7.1.4 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA).

ASPECTOS BIOÉTICOS

Todas las entrevistas que se realizaron a los pacientes que fueron programados para cirugía en el Hospital Enrique Garcés pertenecientes al servicio de Cirugía en sus distintas subespecialidades (General, Traumatología y Urología), fueron aplicadas de forma anónima, con el fin de proteger la identidad del paciente para que pueda expresarse con libertad y sin temores, tras la autorización de los mismos mediante consentimiento informado (Anexo 4), en el cual se explicaron los detalles y fines de la investigación y se aseguró el derecho de privacidad. Toda la información recopilada será única y exclusivamente con fines investigativos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Durante el período de estudio de las tres subespecialidades escogidas se realizaron alrededor de 450 cirugías programadas, con un total de 200 pacientes estudiados. Doscientos cincuenta pacientes fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión o porque se negaron a participar en el estudio, debido a situaciones como náusea y vómito incoercible, dolor severo y temor a brindar la información que se les solicitaba.

Las edades oscilaron entre los 18 y 65 años, la media de edad de los participantes, al igual que la mediana fue de 42 años, con una desviación estándar de 15,3 y una moda de 65, con lo que se formó dos grupos, de 18 a 41 años y de 42 a 65, que tuvieron aproximadamente el mismo número de participantes (99 vs 101 respectivamente). En relación al sexo, existió una muy ligera predominancia de participantes mujeres (n=112) que varones (n=88). El estado civil de los pacientes estudiados se dividió en 5 categorías, encontrándose que el mayor número de participantes estaban casados. El nivel educativo fue valorado según los años cursados de estudio, con lo que hemos observado que la mayoría de los participantes tienen un nivel educativo básico o medio (35.5 y 45% respectivamente). En cuanto a la condición laboral de los pacientes la mayoría refería no tener un empleo o este era informal, pero un gran número de participantes declaró tener un ingreso mensual igual al básico (354 dólares), ya sea obtenido por él u otro familiar. Un gran porcentaje de pacientes vivían en la zona urbana (85%), concentrándose principalmente en la provincia de Pichincha (Tabla1).

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y DETALLES CLÍNICOS

Variable	n (%)
<i>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</i>	
1) EDAD (años)	
18 – 41	99 (49.5)
42 – 65	101 (50.5)
2) SEXO	
Femenino	112 (56)
Masculino	88 (44)
3) ESTADO CIVIL	
Soltero	45 (22.5)
Unión libre	32 (16)
Casado	88 (44)
Divorciado	19 (9.5)
Viudo	16 (8)
4) NIVEL EDUCATIVO	
Ninguno	11 (5.5)
Educación básica	71(35.5)
Educación media	90 (45)
Educación superior	28 (14)
5) CONDICIÓN LABORAL	
Ninguna	91 (45.5)
Empleo formal	38 (19)
Empleo informal	71 (35.5)
6) INGRESO MENSUAL	
Menor al básico	48 (24)
Básico	92 (46)
Mayor al básico	60 (30)
7) LUGAR DE RESIDENCIA	
Zona urbana	170 (85)
Zona rural	30 (15)
8) PROVINCIA	
Pichincha	177 (88.5)
Otras	23 (11.5)

9) TIENE FAMILIARES DEPENDIENTES	
Si	127 (63.5)
No	73 (36.5)

10) TIPO DE FAMILIAR DEPENDIENTE	
Hijos	
Ancianos	86 (43)
Discapacitados	10 (5)
Otros (nietos, esposo/a, hermanos, etc.)	3 (1.5)
	28 (14)

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

11) CIRUGÍA ANTERIOR	
Si	108 (54)
No	92 (46)

12) TIPO DE ANESTESIA USADA EN CIRUGÍA ANTERIOR	
General	61 (30.5)
Regional	47 (23.5)

13) COMPLICACIONES EN LA CIRUGÍA ANTERIOR	
Si	
No	13 (6.5)
	95 (47.5)

14) RIESGO PREOPERATORIO (Escala de ASA)	
Clase I	108 (54)
Clase II	74 (37)
Clase III	18 (9)

15) TIEMPO DE ADMISIÓN (días)	
1 - <178	194 (97)
178 - <356	6 (3)

16) FORMA DE INGRESO AL HOSPITAL	
Consulta externa	88 (44)
Emergencia	112 (56)

CARACTERÍSTICAS INTRAOPERATORIAS

17) TÉCNICA QUIRÚRGICA	
Convencional	102 (51)
Laparoscópica	98 (49)

18)TIPO DE CIRUGÍA POR ESPECIALIDAD

Cirugía general	98 (49)
Cirugía ortopédica	76 (38)
Cirugía urológica	26 (13)

19)TÉCNICA ANESTÉSICA UTILIZADA PARA LA CIRUGÍA

General TIVA	35 (17.5)
General Balanceada	88 (44)
Raquídea con bupivacaina sola	49 (24.5)
Raquídea con bupivacaina + buprenorfina	25 (12.5)
Combinada	3 (1.5)

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS**20) ANTIEMÉTICOS**

Si	168 (84)
No	32 (16)

TIPO DE ANTIEMÉICO UTILIZADO

Ondasetron	149 (74.5)
Metoclopramida	19 (9.5)
Ninguno	32 (16)

21) ANALGÉSICOS

Si	198 (99)
No	2 (1)

TIPO DE ANALGÉSICO UTILIZADO

Ketorolaco	13 (6.5)
Metamizol	56 (28)
Buprenorfina	1 (0.5)
Tramadol	2 (1)
Buprenorfina + Ketorolaco	33 (16.5)
Buprenorfina + Metamizol	22 (11)
Tramadol + Ketorolaco	31 (15.5)
Tramadol + Metamizol	40 (20)
Ninguna	2 (1)

22) DURACIÓN DE LA CIRUGÍA (minutos)

45 - 104	97 (48.5)
105 – 265	103 (51.5)

CARACTERÍSTICAS DE LA RECUPERACIÓN

23) COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS INMEDIATAS

Ninguna	96 (48)
Dolor	52 (26)
Hipoxemia	23 (11.5)
Nausea y vómito	14 (7)
Hipertensión	9 (4.5)
Otras (Arritmias, sangrado, obstrucción de la vía aérea y oliguria)	6 (3)

24) DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN UCPA (minutos)

60 - 149	
150 - 340	96 (48)
	104 (52)

RESULTADOS POSTOPERATORIOS POR GRUPOS

25) QoR 40 POR CATEGORÍAS

Confort	
26 - 44	82 (41)
45 - 60	118 (59)
Emociones	
20 - 37	67 (33.5)
38 - 45	133 (66.5)
Apoyo	
27 - 31	60 (30)
32 - 35	140 (70)
Independencia física	
10 - 18	81 (40.5)
19 - 25	119 (59.5)
Dolor	
13 - 26	78 (39)
27 - 34	122 (61)

26) PUNTUACIÓN GLOBAL QoR 40

Baja satisfacción o pobre calidad de recuperación (122 - 161)	79 (39.5)
Alta satisfacción o buena calidad de recuperación (162 - 198)	121 (60.5)

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

El tiempo de admisión de los pacientes, desde su primer control hasta el día del ingreso antes de la cirugía, osciló entre 1 a 351 días, con una media de 42, mediana de 13, desviación estándar de 56.4 y moda de 7. El ingreso se realizó especialmente por el área de emergencia, lo que disminuyó el tiempo de admisión de estos pacientes en comparación a los que ingresaron a través de la consulta externa. La mayor cantidad de pacientes admitidos para cirugía electiva se clasificaron con un riesgo preoperatorio según escala de ASA de I y II (Tabla 1).

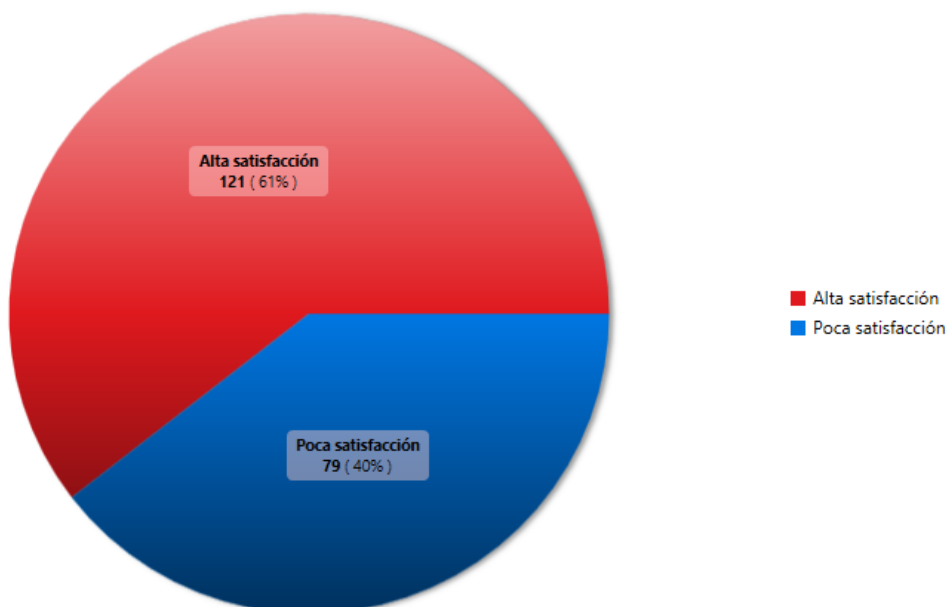
En relación a la técnica anestésica, hemos observado un uso predominante de anestesia general de tipo balanceada, principalmente en la realización de los procedimientos del servicio de cirugía General, siendo este mismo servicio el que realizó el mayor número de cirugías electivas durante este período (Tabla 1). La técnica quirúrgica no presentó diferencia significativa en cuanto al número de pacientes sometidos a las mismas (convencional o laparoscópica), pero pudimos observar que durante el tiempo que duró el estudio se realizaron una amplia gama de cirugías en las distintas subespecialidades (Anexo 6). Durante el intraoperatorio, se brindó profilaxis antiemética y analgésica a la mayor parte de pacientes, solamente dos de ellos (1%), pertenecientes al servicio de Urología no recibieron medicamentos analgésicos durante su cirugía (Tabla 1).

La duración de las cirugías tuvo un promedio de 110 minutos, con un tiempo mínimo de 45 y máximo de 265 minutos, mediana de 105, desviación estándar de 39.4 y moda de 120; tras lo cual los pacientes fueron enviados a la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) para su recuperación inicial, donde permanecieron aproximadamente de 60 a 340 minutos, con una media de 153, mediana de 150,

desviación estándar de 51.5 y moda de 120. Durante este tiempo de estadía en la UCPA la mayor parte de pacientes no presentó complicaciones inmediatas y los síntomas de las personas que las tuvieron fueron predominantemente dolor, hipoxemia, náusea y vómito (Tabla 1).

La media de puntuación para el cuestionario QoR-40 (Quality of Recovery score 40) fue de 162 puntos, identificándose como pacientes con alta satisfacción o adecuada calidad de recuperación aquellos que presentaron puntajes iguales o mayores a esta (de 162 a 198 puntos), con un total de 121 pacientes (60.5%) en este grupo (Gráfica 1).

Gráfica 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN LOS PORCENTAJES GLOBALES DEL CUESTIONARIO QoR-40



FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

De acuerdo a las sub escalas del QoR-40, observamos que la mayor parte de los participantes con alta satisfacción (puntaje global del QoR-40 >162 puntos), exhibían valores superiores a la media de puntuaciones de las diferentes categorías (confort: 45, emociones: 38, apoyo: 32, independencia física 19 y dolor: 27) (Tabla 1 y 2).

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la edad y sexo ($p > 0.05$), pero tras el análisis realizado pudimos encontrar que el ser joven (edad entre 18 a 41 años), es un factor protector (OR=0.6), que se encuentra asociado a la presencia de un mayor grado de satisfacción. Por otro lado, hemos visto que las participantes pertenecientes al sexo femenino obtuvieron puntuaciones menores del cuestionario QoR-40, convirtiéndose el hecho de ser mujer en un factor de riesgo (OR=1.06) para tener una menor satisfacción ante el proceso anestésico quirúrgico.

Con lo referente al nivel educativo, descubrimos que el tener una educación media es un factor protector (OR=0.36) para tener un puntaje más alto de satisfacción, hallazgo que también resultó ser estadísticamente significativo ($p < 0.05$). El ingreso mensual básico, es otra variable que presenta una diferencia estadísticamente significativa, mostrándose que la mayor parte de los participantes que reciben un salario mensual aproximado de 354 dólares tienen una mayor satisfacción. En relación al lugar de residencia, hemos observado que el vivir en una zona rural, a pesar de no ser estadísticamente significativo, muestra un número más alto de participantes que presentan un mayor grado de satisfacción.

No se observó relación entre las experiencias anestésicas previas y la satisfacción con el tipo de anestesia recibida en la actual cirugía.

En lo que se refiere al riesgo preoperatorio, podemos apreciar que el tener una clase de ASA tipo I se encuentra asociado a presentar un mayor grado de satisfacción, a pesar de no ser este un hallazgo estadísticamente significativo ($p > 0.05$).

Con respecto a la técnica anestésica utilizada, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres tipos de anestesia en relación a la satisfacción pero, hemos podido observar que los valores del QoR-40 fueron más altos en pacientes que recibieron anestesia regional que los que recibieron anestesia general o combinada (Tabla 2). Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas del tipo de cirugía realizada (General, Ortopédica o Urológica), en relación al grado de satisfacción; observándose que los pacientes del servicio de Urología fueron quienes presentaron puntuaciones más altas del cuestionario QoR-40 (Tabla2).

Tabla 2. Grado de satisfacción de los pacientes obtenido tras la aplicación y análisis de los resultados del QoR 40

Variable	Baja satisfacción (122-161) n (%)	Alta satisfacción (162-198) n (%)	Total n	OR (95% IC)	X ²	p (< 0.05)
EDAD (años)				0.65 (0.36 - 1.15)	2.18	0.13
18 - 41	34 (34.34)	65 (65.66)	99			
42 - 65	45 (44.55)	56 (55.45)	101			
SEXO				1.06 (0.6 - 1.88)	0.04	0.82
Femenino	45 (40.18)	67 (59.82)	112			
Masculino	34 (38.64)	54 (61.36)	88			
ESTADO CIVIL						
Soltero	16 (35.56)	29 (64.44)	45	0.8 (0.4 - 1.6)	0.37	0.53
Unión libre	7 (21.88)	25 (78.13)	32	0.37 (0.15 - 0.9)	4.95	0.02
Casado	34 (38.64)	54 (61.36)	88	0.93 (0.52 - 1.66)	0.04	0.82
Divorciado	11 (57.89)	8 (42.11)	19	2.28 (0.87 - 5.96)	2.97	0.08
Viudo	11 (68.75)	5 (31.25)	16	3.75 (1.25-11.25)	6.22	0.01
NIVEL EDUCATIVO						
Ninguno	8 (72.73)	3 (27.27)	11	4.43 (1.13 - 17.2)	5.37	0.02
Educación:					0.02*	
Básica	32 (45.07)	39 (54.93)	71	1.43 (0.79 - 2.58)	1.42	0.23
Media	24 (26.67)	66 (73.33)	90	0.36 (0.19 - 0.66)	11.27	0.0007
Superior	15 (53.57)	13 (46.43)	28	1.94 (0.87 - 4.35)	2.69	0.10

CONDICIÓN LABORAL						
Ninguna	36 (39.56)	55 (60.44)	91	1 (0.56 - 1.77)	0.0003	0.98
Empleo formal	17 (44.74)	21 (55.26)	38	1.3 (0.63 - 2.66)	0.53	0.46
Empleo informal	26 (36.62)	45 (63.38)	71	0.82 (0.45 - 1.5)	0.38	0.53
INGRESO MENSUAL						
Menor al básico	27 (56.25)	21 (43.75)	48	2.47 (1.27 - 4.79)	7.41	0.006
Básico	29 (31.52)	63 (68.48)	92	0.53 (0.29 - 0.95)	4.53	0.03
Mayor al básico	23 (38.33)	37 (61.67)	60	0.93 (0.5 - 1.73)	0.04	0.82
LUGAR DE RESIDENCIA						
Zona urbana	70 (41.18)	100 (58.82)	170	0.61 (0.26 - 1.41)	1.33	0.24
Zona rural	9 (30)	21 (70)	30			
FAMILIARES DEPENDIENTES						
Si	47 (37.01)	80 (62.99)	127	0.75 (0.41 - 1.35)	0.90	0.34
No	32 (43.84)	41 (56.16)	73			
Tipo de familiar dependiente						
Hijos	31 (36.05)	55 (63.95)	86	0.77 (0.43 - 1.37)	0.75	0.38
Ancianos	3 (30)	7 (70)	10	0.64 (0.16 - 2.56)	0.39	0.52
Discapacitados	1 (33.33)	2 (66.67)	3	0.76 (0.06 - 8.55)	0.39*	0.82
Otros	12 (42.86)	16 (57.14)	28	1.17 (0.52 - 2.63)	0.04	0.69
					0.65*	
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS						
Cirugía anterior						
Si	45 (41.67)	63 (58.33)	108	1.21 (0.68 - 2.15)	0.46	0.49
No	34 (36.96)	58 (63.04)	92			
Tipo de anestesia utilizada en la cirugía anterior						
General	26 (42.62)	35 (57.38)	61	1.20 (0.65 - 2.22)	0.35	0.54
Regional	19 (40.43)	28 (59.57)	47	1.05 (0.53 - 2.04)	0.02	0.88
Complicaciones en cirugía anterior						
Si	3 (23.08)	10 (76.92)	13	0.4 (0.11 - 1.64)	1.56	0.21
No	42 (44.21)	53 (55.79)	95	1.45 (0.8 - 2.57)	0.16*	0.19
					1.68	
RIESGO PREOPERATORIO (Escala ASA)						
Clase I	37 (34.26)	71 (65.74)	108	0.62 (0.35 - 1.09)	2.69	0.10
Clase II	32 (43.24)	42 (56.76)	74	1.28 (0.71 - 2.29)	0.68	0.40
Clase III	10 (55.56)	8 (44.44)	18	2.04 (0.77 - 5.43)	2.13	0.14
DURACIÓN DE LA ADMISIÓN (días)						
1 - <178	77 (39.69)	117 (60.31)	194	1.31 (0.23 - 7.36)	0.09	0.75
178 - <356	2 (33.33)	4 (66.67)	6		0.55*	

FORMA DE INGRESO				1.02 (0.57 - 1.80)	0.004	0.94
Consulta externa	35 (39.77)	53 (60.23)	88			
Emergencia	44 (39.29)	68 (60.71)	112			
TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA						
General TIVA	16 (45.71)	19 (54.29)	35	1.36 (0.65 - 2.84)	0.68	0.40
General Balanceada	36 (40.91)	52 (59.09)	88	1.11 (0.62 - 1.96)	0.13	0.71
Raquídea (bupivacaina sola)	14 (28.57)	35 (71.43)	49	0.52 (0.26 - 1.06)	3.24	0.07
Raquídea (bupivacaina + buprenorfina)	11 (44)	14 (56)	25	1.23 (0.53 - 2.88)	0.24	0.62
Combinada	2 (66.67)	1 (33.33)	3	3.11 (0.27 - 34.9)	0.94 0.34*	0.33
TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA				0.97 (0.55 - 1.72)	0.007	0.93
Convencional	40 (39.22)	62 (60.78)	102			
Laparoscópica	39 (39.80)	59 (60.20)	98			
TIPO DE CIRUGÍA						
Cirugía General	40 (40.82)	58 (59.18)	98	1.11 (0.63-1.96)	0.13	0.70
Cirugía Ortopédica	33 (43.42)	43 (56.58)	76	1.30 (0.72 - 2.32)	0.78	0.37
Cirugía Urológica	6 (23.08)	20 (76.92)	26	0.41 (0.15 - 1.08)	3.37	0.06
DURACIÓN DE LA CIRUGÍA (minutos)				0.89 (0.50 - 1.58)	0.14	0.70
45 - 104	37 (38.14)	60 (61.86)	97			
105 – 265	42 (40.78)	61 (59.22)	103			
MEDICAMENTOS UTILIZADOS						
Antieméticos				1.8 (0.79 – 4.18)	2.06	0.15
Si	70 (41.67)	98 (58.33)	168			
No	9 (28.13)	23 (71.88)	32			
Tipo de antiemético						
Ondansetrón	64 (42.95)	85 (57.05)	149	1.80 (0.91 - 3.58)	2.91	0.08
Metoclopramida	6 (31.58)	13 (68.42)	19	0.68 (0.24 - 1.87)	0.55	0.45
Ninguno	9 (28.13)	23 (71.88)	32	0.54 (0.23 - 1.25)	2.06	0.2
Analgésicos					1.31 0.36*	0.25
Si	79 (39.90)	119 (60.1)	198			
No	0 (0)	2 (100)	2			
Tipo de analgésico						
Ketorolaco	8 (61.54)	5 (38.46)	13	2.61 (0.82 - 8.3)	2.82	0.09
Metamizol	19 (33.93)	37 (66.07)	56	0.71 (0.37 - 1.37)	1.01	0.31
Buprenorfina + Ketorolaco	16 (48.48)	17 (51.52)	33	1.55 (0.73 - 3.29)	1.33	0.24
Buprenorfina + Metamizol	8 (36.36)	14 (63.64)	22	0.86 (0.34 - 2.15)	0.10	0.74
Tramadol + Ketorolaco	14 (45.16)	17 (54.84)	31	1.31 (0.60 - 2.85)	0.49	0.48
Tramadol +	12 (30)	28 (70)	40	0.59 (0.28 - 1.25)	1.88	0.16

Metamizol						
Buprenorfina	0 (0)	1 (100)	1			
Tramadol	2 (100)	0 (0)	2			
Ninguno	0 (0)	2 (100)	2			
COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS INMEDIATAS						
Ninguna	25 (26.04)	71 (73.96)	96	0.32 (0.17 - 0.59)	13.99	0.000
Arritmias	2 (100)	0 (0)	2		3.09 0.15*	0.07
Dolor	23 (44.23)	29 (55.77)	52	1.3 (0.68 - 2.47)	0.65	0.41
Hipertensión	3 (33.33)	6 (66.67)	9	0.75 (0.18 - 3.11)	0.15 0.49*	0.69
Hipoxemia	10 (43.48)	13 (56.52)	23	1.2 (0.5 - 2.89)	0.17	0.67
Nausea y Vómito	13 (92.86)	1 (7.14)	14	23.6 (3.02 – 184)	17.93 0.00*	0.000
Sangrado	1 (100)	0 (0)	1	1.5 (0.09 – 24.9)	0.09	0.76
Obstrucción de la vía aérea	1 (100)	0 (0)	1			
Oliguria	1 (50)	1 (50)	2			
TIEMPO DE ESTANCIA EN UCPA (minutos)						
60 - 149	36 (37.5)	60 (62.5)	96	0.85 (0.48 - 1.5)	0.30	0.57
150 - 340	43 (41.35)	61 (58.65)	104			
QoR 40 POR CATEGORÍAS						
Confort				0.10 (0.05 - 0.19)	52.3	0.000
26-44	57 (69.51)	25 (30.49)	82			
45-60	22 (18.64)	96 (81.36)	118			
Emociones				0.08 (0.04 – 0.16)	56.5	0.000
20-37	51 (76.12)	16 (23.88)	67			
38-45	28 (21.05)	105 (78.95)	133			
Apoyo				0.26 (0.14 - 0.5)	17.62	0.000
27-31	37 (61.67)	23 (38.33)	60			
32-35	42 (30)	98 (70)	140			
Independencia física				0.13 (0.07 - 0.25)	42.04	0.000
10-18	54 (66.67)	27 (33.33)	81			
19-25	25 (21.01)	94 (78.99)	119			
Dolor				0.15 (0.08 - 0.29)	35.85	0.000
13-26	51 (65.38)	27 (34.62)	78			
27-34	28 (22.95)	94 (77.05)	122			

Prueba exacta de Fisher*

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Durante la recuperación inicial no se encontró diferencia estadísticamente significativa en relación al grado de satisfacción para quienes necesitaron un mayor o menor tiempo de recuperación en la unidad de cuidados pos anestésicos. Además, nos fue difícil asociar un mayor grado de satisfacción a uno de los grupos, ya que no existe una diferencia en cuanto a la relación de proporciones (Tabla2).

Posterior al análisis de regresión logística, con el fin de identificar predictores independientes ($p < 0.05$); hemos encontrado que los factores asociados a satisfacción fueron: Edad comprendida entre 18 a 41 años, tener un estado civil como unión libre, divorciado o viudo; no tener ningún tipo de nivel educativo o haber cursado una educación media o superior; tener un ingreso menor o igual al salario mensual básico (354 dólares); tener como antecedente quirúrgico el no haber presentado complicaciones en la cirugía anterior; haber recibido anestesia regional (raquídea) con bupivacaina sola; pertenecer al servicio de Urología; haber recibido durante el intraoperatorio profilaxis antiemética con ondansetrón y analgésica con Ketorolaco o Tramadol+Metamizol. (Anexo 5).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En la actualidad la satisfacción de los usuarios ante los servicios de salud, a pesar de ser un tema relacionado con un alto grado de subjetividad, se ha convertido en la clave para la valoración de la calidad de atención de los servicios brindados en los distintos establecimientos de salud ^{24,25}. Nuestro interés fue valorar como influye la percepción del usuario sobre el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Enrique Garcés, con la aplicación de una escala, que a base de puntuaciones numéricas, nos permitió encontrar cuales son las áreas más susceptibles a una intervención en busca de mejorías, con el fin de brindar un servicio de alta calidad a todos nuestros usuarios.

El principal hallazgo de nuestra investigación fue el encontrar que un 60.5% de pacientes presentan alta satisfacción o adecuada calidad de recuperación en las primeras 24 horas tras la cirugía, lo que se respalda con los resultados encontrados en la literatura actual, en base a los estudios de Monteiro M. (2013) ²⁷ y Pereira L. (2006) ²⁸, que fueron realizados en poblaciones similares a la nuestra en hospitales de atención pública, donde se encontró al igual que en nuestra investigación altos valores de satisfacción que oscilaban entre el 70 y 90%, lo que fue atribuido al manejo oportuno de las principales dimensiones que afectan el grado de satisfacción tras la cirugía, proporcionando un apoyo constante por parte del personal para controlar estados emocionales como la ansiedad y miedo que repercuten en la percepción del paciente ante el servicio recibido ²⁷, además de brindar una adecuada profilaxis de las principales complicaciones postquirúrgicas como la náusea, vómito

y dolor postoperatorio ^{27, 28}; práctica que de igual manera se realiza en el Hospital Enrique Garcés, por lo que atribuimos el haber alcanzado un alto porcentaje de satisfacción a estas mismas causas.

El tipo de técnica anestésica utilizada para la cirugía no mostró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al grado de satisfacción y calidad de recuperación de los participantes de nuestra investigación, al igual de lo que se encontró en los estudios realizados en centros hospitalarios de Uruguay ²⁶, Portugal ⁸⁵ y África del Sur ⁸⁶, donde se concluyó que dicho hallazgo está ligado a que en la actualidad, los fármacos más utilizados para el manejo anestésico brindan una mayor seguridad, con un número mínimo de complicaciones y un mejor control del dolor postoperatorio ^{85, 86, 87}; lo que se asemeja a nuestro servicio de Anestesiología donde hoy en día, tratantes y residentes utilizan únicamente medicamentos seguros y recomendados por guías internacionales ^{78, 79, 80, 81}. Además, en estos estudios ^{26, 85, 86}, a pesar de no contar con una diferencia significativa entre los distintos tipos de anestesia, todos los investigadores concuerdan que los valores más altos del cuestionario QoR 40 fueron obtenidos en los pacientes en los que se utilizó anestesia regional; dato que fue confirmado en nuestra investigación tras aplicar el modelo de regresión logística, mediante el cual, encontramos que la anestesia regional (raquídea con bupivacaina sola) es un factor asociado para presentar un mayor grado de satisfacción tras la cirugía.

Ante la técnica quirúrgica y el tipo de cirugía por especialidad no encontramos diferencia estadísticamente significativa en cuanto al grado de satisfacción como se ve apoyado en el estudio de Monteiro. M (2013) ²⁷, en el cual se obtuvieron

resultados similares a los de nuestro estudio; concluyendo que esto se encuentra ligado a que en la actualidad se ha visto un mejoramiento de las técnicas quirúrgicas utilizadas siendo estas menos agresivas, en especial tras el apareamiento de la cirugía laparoscópica ⁸⁷. Aun así, al aplicar el modelo de regresión logística obtuvimos una asociación significativa para los pacientes que fueron intervenidos por el servicio de Urología, encontrándonos que el pertenecer a este servicio es un factor asociado para presentar mayor satisfacción, lo que atribuimos a factores de tipo ambiental y de apoyo físico y emocional ^{88, 89}, debido a que el espacio físico con el que cuenta este servicio permite que exista un menor número de pacientes por habitación en comparación a otros servicios, lo que hace que la atención prestada por los profesionales sea más continua y personalizada, datos que difieren del estudio realizado por Martin S. y cols (2012) ⁹⁰, donde a pesar de haber encontrado un alto número de pacientes satisfechos en el servicio de Urología (69%), los investigadores atribuyen como causa de mayor satisfacción el control del dolor severo en el postoperatorio con el uso de analgesia por vía epidural, lo que nos lleva a pensar, que esta también podría ser una de las causas de la mayor satisfacción de nuestros pacientes de Urología, especialmente de aquellos que fueron sometidos a cirugía radical, como prostatectomías, en las cuales, la mayor parte de pacientes recibió analgesia por vía intratecal con buprenorfina, que está comprobado presenta un control del dolor postquirúrgico superior a la analgesia intravenosa de aproximadamente 8 a 12 horas ⁵⁹.

El tiempo de estancia en la unidad de cuidado postanestésicos (UCPA), no ha mostrado ser un factor que influya en la satisfacción del paciente postquirúrgico

como se observa en los resultados encontrados por diferentes investigadores^{2, 85, 86, 91}, los cuales, al igual que nosotros descubrieron que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estos dos parámetros, hecho que puede estar asociado a otro tipo de variables que son las que están presentando un mayor peso para el aumento o disminución del tiempo de recuperación inicial tras la cirugía, por ejemplo, el importante hallazgo de la menor necesidad de estancia en la UCPA en los pacientes que recibieron anestesia regional^{85,86}, variable que hemos visto sí se encuentra estadísticamente asociada a la satisfacción.

Con respecto a las características sociodemográficas, en lo que hace referencia a la edad, hemos descubierto que no existe una asociación estadísticamente significativa en relación a la satisfacción, pero al someter esta variable al análisis multivariado podemos ver que la edad si es un factor asociado para presentar mayor satisfacción. Además, observamos que un 65.66% de pacientes menores de 40 años presenta una puntuación mayor a la media obtenida de los resultados del QoR 40, hallazgo que se fundamenta en los estudios realizados por Mkoiko S. (2012)⁸⁶, Buchanan F. y cols (2011)⁹² y Williams B. y cols. (2007)⁹³, que han utilizado para su investigación grupos etáreos similares a los de nuestro estudio, mostrando también que el ser joven se muestra como un factor asociado a presentar una mayor satisfacción; hecho que los investigadores atribuyen al mejor estado físico de estos pacientes antes de la cirugía, lo que les permite una más rápida adaptación al momento de la recuperación postquirúrgica inicial; además de ser pacientes, que por su edad, en pocas ocasiones presentan otro tipo de patologías que se suman a la patología quirúrgica por la que ingresaron en el hospital, teniendo un riesgo menor de complicaciones^{91, 92}. Pero a

pesar de esto, pudimos encontrar un estudio realizado en el año 2000 por Myles y cols ⁸⁹, donde se demostró que el tener una edad igual o mayor a 65 años se asociaba a presentar satisfacción, hecho que no mostró una explicación pertinente por parte de los investigadores; razón por la cual nos apoyamos más en los estudios que muestran resultados similares a nuestra investigación, atribuyendo los hallazgos encontrados a las mismas causas.

Con respecto al sexo, se encontró al aplicar el análisis bivariado, que a pesar de no tener una asociación significativa, los pacientes masculinos eran quienes presentaban una mayor satisfacción ante el proceso anestésico quirúrgico, como se puede comparar con los estudios realizados en Australia ^{7, 92}, donde se muestra que los pacientes del sexo masculino presentan un mayor grado de satisfacción y adecuada calidad de recuperación, ya que a diferencia de las mujeres tienen una prevalencia menor de complicaciones postquirúrgicas como náusea, vómito, escalofríos y dolor^{7, 92}; factores que se han demostrado tras el estudio realizado por Williams B. y cols. (2007) ⁹³, son los responsables de la menor satisfacción y pobre calidad de recuperación en las pacientes de sexo femenino ^{92, 93}.

En cuanto a la relación del estado civil y la satisfacción, a pesar de que no mostró una diferencia estadísticamente significativa, hemos obtenido tras el análisis de regresión logística que el encontrarse en unión libre, divorciado o viudo son factores asociados a satisfacción, lo cual está parcialmente fundamentado en una investigación realizada en Perú ⁹⁴, que muestra asociación al hecho de estar divorciado con la satisfacción, sin una conclusión clara del porqué de la misma; motivo por el cual, nos hemos visto limitados a pensar que se necesita realizar un

mayor número de investigaciones con el fin de hallar si dicha asociación es positiva y cuáles son las causas de la misma.

Ante el nivel educativo, podemos ver que el grado de educación más prevalente de nuestros participantes es la educación media, la cual ante el análisis bivariado, mostró tener una significancia estadística en relación a la satisfacción, lo que coincide con los resultados de la investigación realizada por Seclén J. (2005) ⁹⁴, donde al igual que en nuestro estudio se realiza análisis de regresión logística, con el fin de demostrar la verdadera asociación de estas variables, encontrándose que el presentar un mayor nivel educativo (educación media y superior), si representa ser un factor asociado a satisfacción. A pesar de esto, también podemos ver que en la misma investigación ⁹⁴, el autor afirma que el no presentar ningún tipo de nivel educativo es un factor de riesgo para insatisfacción, lo que atribuye a un fenómeno de tipo sociocultural donde los participantes creen que la provisión del servicio escapa a su cosmovisión y racionalidad local ⁹⁴, hecho que se encuentra contrario a nuestros hallazgos, ya que hemos visto que el modelo de regresión logística, muestra que el presentar ningún nivel educativo es un factor asociado a satisfacción, a lo que atribuimos como causa, que la falta de conocimiento del proceso del acto quirúrgico y sus complicaciones asociadas, produce un menor grado de estrés y ansiedad por ende mayor satisfacción ⁸⁹.

El ingreso económico mensual no ha sido evaluado en otros estudios para encontrar su relación con la satisfacción. El estudio de Seclén J. (2005) ⁹⁴, es el único estudio donde encontramos que presentan esta variable pero a diferencia de nuestra investigación definen a la misma con el nombre de nivel socioeconómico, declarando

como pobres aquellos participantes con un ingreso mensual bajo (menor o igual al básico) y no pobres a los participantes con ingreso mensual alto (mayor al básico), con esto tras el análisis multivariado llegan a la conclusión que el presentar un ingreso mensual bajo (menor o igual al básico) es un factor estadísticamente significativo para tener una mayor satisfacción, siendo estos resultados los mismos que fueron obtenidos en nuestro estudio, atribuyéndole como causa aparente el hecho de que es más fácil cubrir las expectativas de estos pacientes con el tipo de atención brindada en un hospital público, donde a pesar de la escases de recursos, hoy en día se cuenta con equipos para procedimientos avanzados, haciendo que estos pacientes no exijan un servicio de mayor complejidad y estén satisfechos ante el servicio prestado ^{88, 89}.

Por último, al referirnos al uso de profilaxis antiemética y analgésica, vemos que en nuestro establecimiento de salud como en otros hospitales del mundo, se han convertido en una práctica habitual ^{76, 77, 78, 79, 80, 81, 82}. Por lo que, los datos relevantes que obtuvimos de nuestro estudio sobre estas prácticas, pueden servir para efectuar comparaciones con otras investigaciones. Observando que, a pesar de no existir una asociación estadísticamente significativa para estas variables, encontramos que el no haber sufrido náusea, vómito y dolor en los pacientes que recibieron profilaxis, ayuda a obtener mejores puntuaciones del cuestionario QoR 40 ⁹⁵, por lo que podríamos concluir que estas prácticas presentan algún tipo de asociación en cuanto a la satisfacción; misma que fue comprobada al someter nuestras variables al análisis multivariado, mediante el cual encontramos la presencia de una asociación estadísticamente significativa del haber recibido profilaxis antiemética,

especialmente con ondansetrón, para tener una mayor satisfacción. Hallazgo que tiene como causa aparente según la literatura^{77, 78, 79}, que el ondansetrón presenta una eficacia mayor que otros antieméticos (70%) para disminuir la náusea y vómito postoperatorio y mejorar la satisfacción del paciente y su recuperación, especialmente si se combina con dexametasona^{93, 96, 97}, fármaco que también está siendo administrado por nuestro equipo de anestesiólogos durante las cirugías. De igual forma, hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa para la profilaxis analgésica con ketorolaco y combinaciones como tramadol + metamizol, hallándonos que la literatura apoya el hecho de usar combinaciones de analgésicos como una estrategia para el mejor control del dolor, en busca de una alta calidad de recuperación, siendo el tramadol y metamizol los fármacos mayormente utilizados por su acción dual (central y periférica)⁹³.

Limitaciones del estudio:

La limitación más importante para la investigación fue que al tratarse de un estudio con un gran componente subjetivo podemos encontrar la posibilidad de un menor grado de fidelidad y veracidad de los datos.

Otra limitación, constituye el no haber encontrado un adecuado número de estudios que utilicen el mismo instrumento que el manejado en nuestra investigación, lo que puede abrir las puertas a otros investigadores para la aplicación de estudios similares con el mismo instrumento, especialmente a nivel local.

Para finalizar, debido al diseño y características del estudio nos resulta difícil establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas, habiendo sólo establecido su relación.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- 1) Se demostró que la técnica anestésica utilizada para la cirugía no presenta asociación con el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico atribuyéndolo al hecho, de que los especialistas en anestesiología del Hospital Enrique Garcés se rigen al uso de protocolos para el manejo anestésico con medicamentos seguros, de corta duración y rápida recuperación; asegurándose así, de una menor presentación de efectos residuales pos anestésicos y complicaciones.

- 2) No se encontró asociación del tipo de cirugía con el grado de satisfacción. Lo que tiene su origen en el mejoramiento de las técnicas y procedimientos quirúrgicos que han disminuido la agresividad y traumas que se producen al paciente, siendo estas técnicas por excelencia menos invasivas.

- 3) Se encontró que no existe una relación directa entre el grado de satisfacción y el tiempo de estancia en la unidad de cuidados pos anestésicos (UCPA), por lo que concluimos que los factores que intervienen en la recuperación inicial tras la cirugía no se encuentran ligados a las expectativas de los pacientes y dependen principalmente de sus antecedentes patológicos personales, del estado físico al momento de la cirugía y de la reacción individual de cada

paciente a los medicamentos utilizados, por lo que creemos conveniente que estos factores deberían ser posteriormente estudiados.

- 4) No se demostró una asociación entre el grado de satisfacción y el apareamiento de complicaciones posquirúrgicas inmediatas en la unidad de cuidados postanestésicos, a excepción de la náusea y vómito postoperatorio, que muestra ser un factor de riesgo estadísticamente significativo para presentar un menor grado de satisfacción especialmente, en los pacientes que recibieron anestesia general de tipo balanceada. Concluyendo que, se debería realizar una mejor valoración de aquellos pacientes que presentan factores de riesgo para NVPO, con el fin de brindarles una anestesia con menor riesgo de producir esta tan molesta sintomatología.
- 5) En cuanto a los tipos de anestesia, vemos que el uso de anestesia raquídea con bupivacaina sola se ve relacionada a un mayor nivel de satisfacción, lo que está dado por la menor necesidad de medicamentos para conseguir el efecto anestésico, especialmente en comparación con la anestesia general.
- 6) El grado de satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por cirugía electiva en el Hospital Enrique Garcés presenta un alto porcentaje (60.5%), pero es importante destacar, que el medir la satisfacción, a pesar de contar con instrumentos validados como el QoR-40, nos proporciona resultados con alta subjetividad. Concluyendo que, la mayor parte de los factores asociados a satisfacción están relacionados con factores emocionales, que pueden aumentar o disminuir las expectativas del paciente ante la calidad

de atención y pueden producir un menor grado de fidelidad de los datos obtenidos para la investigación.

RECOMENDACIONES:

- 1) Ante la necesidad de conocer cuál es el impacto de la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención en salud, recomendamos la realización de nuevos estudios de tipo analítico, que puedan determinar las causas o factores que están ocasionando un menor grado de satisfacción de nuestros usuarios. La colaboración que hacemos con nuestra investigación, deja la puerta abierta a la utilización de nuestra base de datos para futuras investigaciones, que bajo la misma temática puedan comparar los resultados entre hospitales del mismo nivel de atención o entre establecimientos públicos y privados a nivel local.
- 2) Sugerimos además, realizar investigaciones con el uso de la misma escala a largo plazo, es decir, con la aplicación del mismo cuestionario en las primeras horas tras la cirugía y en días posteriores al alta del paciente, con el fin de valorar si existen cambios en el grado de satisfacción de los participantes durante el postoperatorio tardío y compararlo con los datos obtenidos en el postoperatorio inmediato.
- 3) Debido a la influencia de factores emocionales que aumentan o disminuyen el grado de satisfacción y las expectativas de los pacientes ante la calidad de atención, sugerimos que el médico encargado de administrar la anestesia, realice una pequeña visita al paciente antes de su

cirugía, especialmente porque hemos visto que, en el Hospital Enrique Garcés la falta de disponibilidad de tiempo, hace que el anestesiólogo derive la responsabilidad de la visita preanestésica a otra persona, lo que provoca una falta de reconocimiento de la labor del anestesiólogo en el cuidado y recuperación del paciente postquirúrgico.

- 4) Brindar adecuada información sobre todo lo que va a suceder y como se va a desarrollar el proceso anestésico quirúrgico, con el fin de aumentar la confianza del paciente y disminuir su grado de temor o ansiedad ante la cirugía.
- 5) Fortalecer el espíritu de servicio y trabajo en equipo de todo el personal que conforma el Hospital Enrique Garcés, teniendo como objetivo, alcanzar el más alto grado de satisfacción de nuestros pacientes ante la atención proporcionada por el personal.
- 6) Procurar un adecuado manejo profiláctico de las complicaciones inmediatas más frecuentes como son la náusea, vómito y dolor; especialmente en aquellos pacientes que recibieron un tipo de anestesia que amerite el uso de fármacos que aumentan la aparición de dicha sintomatología y en el caso de que esta se presente, se debe solucionar con la mayor brevedad posible, aumentando así el confort y bienestar del paciente y por lo tanto su satisfacción.

BLIBLIOGRAFÍA:

1. Fuentes R. Calidad en anestesia. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2013. Vol. 36 (1): 69-74.
2. Fritz E., Avellaneda MV. Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio. *Rev. Col. Anest.* 2010; Vol. 38 (2): 178-202.
3. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Ecuador: Quito; 2009.
4. Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador de 2007. Constitución Política de la República del Ecuador. Ecuador: Montecristi; 2008.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral del Sistema nacional de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. Ecuador; 2012.
6. Royce C., Chung F., Newman S., Stygall J., Wilkinson D. Predictors of patients satisfaction with anaesthesia and surgery care: a cohort study using the postoperative Quiality of Recovery Scale. *European Society of Anaesthesiology*. 2012; Vol. 29. 1-5.
7. Myles P.S., Weitkamp B., Jones K., Melick J., Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *BJA*. 2000; Vol. 84 (1): 11-15.
8. Castillo D., Lauro J., Rojas Á., Luzeldy T. Algunas consideraciones en el

- análisis del concepto: satisfacción del paciente. 2004; Vol. 22(2): 128–137.
9. Emilio C. M. (2001). Calidad de la Atención Médica : ¿ Paciente o cliente ?, 12(3), 96–99.
 10. González V., Ciencias, Zulia U., González V. Calidad en la prestación de servicios de salud : Parámetros de medición. Revista de Ciencias Sociales. 2013. Vol. 19 (4), 663–671.
 11. Donabedian A. Criterios y métodos de evaluación de la calidad asistencial. Rev. Calidad Asistencia. 1978; Vol. 200: 856-864.
 12. Fernández, N. Calidad de la atención médica. Rev Calidad Asistencial. n.d. 1–38.
 13. Malagón Londoño G. Garantía de calidad en Salud. 2da. edición. Editorial Panamericana. Bogotá-Colombia. 2006.
 14. Shewhart, W. Calidad Total: Principios y Modelos de gestión. Certificación ISO. Satisfacción del cliente interno y externo. Fundación Vasca-Osakidetza. 2011; 1–18.
 15. Rosa E., Jiménez P. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Rev. Cubana de Salud Pública. 2004; Vol.30 (1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662004000100004&script=sci_arttext&tlng=pt
 16. Massip C., Ortiz R., Llanta MC., Peña M., Infante I. La evaluación en la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev. Cubana de Salud Pública. 2008; Vol. 34 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci_arttext

17. Donabedian A. Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. Rev. Calidad Asistencial. 1966; Vol. 44: 166-203.
18. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Rev. Calidad Asistencial. 2001; Vol. 16: 11-27.
19. Donabedian A. Criterios y métodos de evaluación de la calidad asistencial. Rev. Calidad Asistencial. 1978; Vol. 200: 856-864.
20. Donabedian A. Relevancia de los criterios y estándares para la evaluación y mejora de la calidad. Rev. Calidad Asistencia. 1986; Vol. 12: 99-108.
21. López L., Poveda F., Izquierdo, M. Revisión de conceptos de calidad. Enfermería Integral. 2008; 32–37.
22. Donabedian A. La influencia de los factores socioeconómicos sobre la calidad asistencial. Rev. Calidad Asistencial. 1985; Vol. 22: 282-292.
23. Pérez E., Clúa F. Calidad en los servicios médicos en anestesiología : algunas consideraciones actuales. Rev. Cubana Anestesiología Y Reanimación. 2010; Vol. 10 (1): 2–11.
24. Ramírez T., Nájera P., Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México : perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México. 1998; Vol. 40 (1), 1–10.
25. Mira J., Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica. 2000; Vol. 114 (3), 26–33.
26. Rando K., Barreiro G., Mojoli M., Di Cicco V., Varela G. Evaluación subjetiva de la calidad de recuperación postoperatoria de pacientes operadas de cesárea con anestesia general o regional. Rev. Chil. Anestesia. 2008; Vol. 37: 39-48.

27. Monteiro da Costa M. Quality of Recovery after anesthesia. *European Journal of Anaesthesiology*. 2013; 1-35.
28. Pereira L., Moreto A., Abelha F. Poor quality of recovery and QoR-40 prior to surgery. *European Journal of Anaesthesia*. 2013; Vol. 30: 5-10.
29. Gower S., Quiqq C., Hunt J., Wallace S., Myles P.S. A comparison of patient self-administered and investigator administered measurement of quality of recovery using the QoR-40. *Anaesthesia and Intensive Care*. 2006.
30. Aldrete, J. A., Criterios para dar de alta El puntaje de recuperación post anestésica. *Rev. Col. Anest.* 1996; Vol. 24: 305-312.
31. Søreide, E., Eriksson, L. I., Hirlekar, G., Eriksson, H., Henneberg, S. W., Sandin, R., & Raeder, J., Pre-operative fasting guidelines: an update. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2005; 49 (8): 1041-1047.
32. Miller RD. *Miller Anestesia*. 7ma edición. Philadelphia, Penn.; Elsevier/Churchill Livingstone; 2005.
33. Kluger, M. T., Tham, E. J., Coleman, N., Runciman, W. B., & Bullock, M. F., Inadequate pre-operative evaluation and preparation: a review of 197 reports from the Australian Incident Monitoring Study. *Anaesthesia*. 2000; Vol. 55(12): 1173-1178.
34. Bascu, L., Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev. Med. Chile*. 2005; Vol. 133: 11-16.
35. Rodríguez H., La relación médico paciente. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 2006; versión On-line ISSN 0864-3466. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000400007.

36. Giraldo V., Castillo G., Saker U., Palacio L., Díaz Y. , Palacio M., Gómez J., Ariza F., Alzate O., Pachón M., Percepción de la relación anestesiólogo-paciente valorada en el posoperatorio de pacientes ASA I y II en instituciones de nivel III y IV. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2013; Vol. 42 (1): 20-27.
37. Youngs EJ., Shafer SL., Basic pharmacokinetic and pharmacodynamic principles. *Intravenous Anesthesia*. Williams and Wilkins. 1997: 10-26.
38. Catherine K., New drugs in anesthesia. Part II. Narcotic agonists and antagonist. *Anest Clin North Am*. 1994; Vol. 12 (1): 65-89.
39. Sneyd J., Carr A., Byrom W., Bilski A. A meta-analysis of nausea and vomiting following maintenance of anaesthesia with propofol or inhalational agents. *Eur J Anaesthesiol*. 1998; Vol. 15 (4): 433-445.
40. Quintero, J. M. Costo efectividad en anestesia pediátrica : Anestesia total intravenosa versus inhalada con sevoflurane. *Rev. Col. Anest*. 2001; Vol. 29 (2).
41. Tafur L., Lema E., Anestesia total intravenosa : de la farmacéutica a la farmacocinética. *Rev. Col. Anest*. 2010; Vol.38 (2): 215–231.
42. Soler E., Faus M. T., Burguera R., Fernández J. A., Mula P., Calidad, ética y profesión en Anestesiología. *Anestesia*. Cap.2. 2013.
43. Eyres R. Update on TIVA. *Paediatr Anaesth*. 2004; Vol. 14 (5): 374-379.
44. Muñoz J., De la Cruz M., Olivero Y., Propofol ayer y hoy. *Rev. Mexicana de Anestesiología*. 2005; Vol. 28 (3): 148–158.
45. Fulton B., Sorkin EM., Propofol: An Overview of its pharmacology and review of its clinical efficacy in intensive care sedation. *Drugs*. 1995; Vol. 50

(41): 636-657.

46. Coetzee JF., Glen JB., Wium CA., Boshoff L. Pharmacokinetic model selection for target controlled infusions of propofol. Assessment of three parameter sets. *Anesthesiology*. 1995; Vol. 82 (6):1328-1345.
47. Schnider TW., Minto CF., Shafer SL., Gambus PL., Andresen C., Goodale DB. The influence of age on propofol pharmacodynamics. *Anesthesiology*. 1999; Vol. 90 (6):1502-1516.
48. Zubirán S., Tamariz O., Flores J., Alfonso L., Manual de Anestesiología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. México: Editorial El Manual Moderno, 2001.
49. Iglesias L., Sánchez J., Morales J., Mesa C., Payá C., Puigdoménech L., González F. Anestesia general con remifentanilo en dos casos de cesárea urgente. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2001; Vol. 48: 244–247.
50. Hernandez J., Doménech P., Burguillos S., Segura B., Sánchez L., L. F. Estudio comparativo de remifentanilo combinado con propofol o sevoflurano para el mantenimiento y recuperación de la anestesia en craneotomía por neoplasia supratentorial. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2006; Vol. 53: 88–94.
51. Tafur LA., Gómez JM. Validación de nomogramas de remifentanil y propofol para la administración de anestesia total endovenosa. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2009; Vol. 37 (1): 21–28.
52. Vásquez, M. P. Sevoflurano. Depto. de Anestesiología Del Hospital Universitario Del Valle. 1971;181–87.

53. Brown, B. R. Sevoflurano un nuevo anestésico inhalatorio. *Rev. Col. Anest.* 1993; Vol. 21: 221–222.
54. Holaday DA., Smith FP., Clinical characteristics and biotransformation of sevoflurane in healthy human volunteers. *Anesthesiology.* 1981; Vol. 54: 100-106.
55. Doi M., Ikeda K. Sevoflurane irritates airway least among four anesthetic agents: halothane, enflurane, isoflurane, and sevoflurane. *Anesthesiology.* 1992; Vol. 77 (3).
56. Eltzschig, H., Lieberman, E., & Camann, W. Regional anesthesia and analgesia for labor and delivery. *The New England Journal of Medicine.* 2003; Vol. 348 (4), 319–332.
57. Lacassie, H. J. Actualización en anestesia y analgesia epidural y subaracnoidea en adultos. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación.* 2008; Vol. 55 (7), 418–425.
58. Flores ME., H. M. Bupivacaína-buprenorfina vs . bupivacaína por vía caudal para analgesia postoperatoria en el paciente pediátrico en cirugía ortopédica. *Rev. Soc. Esp. Dolor.*, 2011; Vol. 18, 84–90.
59. Santana D., Cruz H., Rojas E., L. M. Eficacia de la analgesia epidural posoperatoria con fentanil y bupivacaína en comparación con buprenorfina y bupivacaína en pacientes sometidos a artroplastia de cadera. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.* 2010; Vol. 15 (4), 204–210.
60. Liu SS., Allen HW., Olsson G. Patient-controlled epidural analgesia with bupivacaine and fentanyl on hospital wards: prospective experience with, 1030 surgical patients. *Anesthesiology.* 1998; Vol. 88 (3): 688-695.

61. Fortín M. G., Mejía A. M. . Anestesia Espinal con Bupivacaina. *Revista Médica Hondureña*. 1989; Vol. 57: 169–176.
62. Areli R., Jaimes R., Eduardo M., Herrera M., Salazar E. G., Peralta S. V., Fajardo, Y. M. Buprenorfina epidural vs. Bupivacaina al 0.125% para el manejo del dolor en el paciente Post-operado de cesárea. *Rev. Mexicana de Anestesiología*. 2001; Vol. 1 (2), 8–11.
63. Gómez J., González D. Eficacia y seguridad de la buprenorfina en anestesia espinal en cirugía ortopédica. *Rev. Mexicana de Anestesiología*. 2004; Vol. 27 (2), 81–85.
64. Tornero J. C., Gómez M., Fabregat G., Aliaga L., Roqués V., Escamilla B., Guerrí A. Complicaciones tras técnicas de anestesia regional. *Revista Española de Anestesiología Y Reanimación*. 2008; Vol. 55 (9), 552–562.
65. Sprung J. Devcic A., Cruze A., Haddox J. Backache after spinal anesthesia. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*. 1994; Vol. 19 (5): 364-365.
66. Practice guidelines for postanesthetic care: A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*. 2002; Vol. 96: 742-752.
67. Hines R., Barash PG., Watrous G., O Connor T. Complications occurring in the postanesthesia care unit: A survey. *Anesth Analg*. 1992; Vol. 74: 503-509.
68. Siddiqui N., Teresi J., Arzola C., Fox G. Hypoxemia on arrival to PACU: An observational audit. *Can J Anesth*. 2006; Vol. 53(1).

69. DiBenedetto RJ., Graves SA., Gravenstein N., Konicek C. Pulse Oximetry monitoring can change routine oxygen supplementation practices in the postanesthesia care unit. *Anesth Analg.* 1994. Vol. 78: 365-368.
70. Gal TJ., Cooperman LH. Hypertension in the immediate postoperative period. *Br J Anaesth.* 1975; Vol. 47: 70-74.
71. Koivuranta M., Lara E., Snare L., Alahuhta S. A survey of postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesia.* 1997; Vol. 52: 443-449.
72. Apfel CC., Lara E., Koivuranta M. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: Conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology.* 1999; Vol. 91: 693-700.
73. Apfel CC., Korttila K., Abdalla M. A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *New England Journal.* 2004; Vol. 350: 2441-2451.
74. Apfel CC., Kranke P., Eberhart LH. Comparison of surgical site and patient's history with a simplified risk score for the prediction of postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesia.* 2004; Vol. 59: 1078-1082.
75. Sinclair DR., Chung F., Mezei G. Can postoperative nausea and vomiting be predicted?. *Anesthesiology.* 1999; Vol. 91: 109-118.
76. Bolton CM., Myles PS., Nolan T., Sterne JA. Prophylaxis of postoperative vomiting in children undergoing tonsillectomy: A systematic review and meta-analysis. *Br J Anesth.* 2006; Vol. 97: 593-604.
77. Neufeld SM., Newburn CV. The efficacy of 5-HT₃ receptor antagonists for the prevention of postoperative nausea and vomiting after craniotomy. *Journal Neurosurg Anesthesiol.* 2007; Vol. 19: 10-17.

78. Practice Guidelines for Postanesthetic Care. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*. 2013; Vol: 118 (2): 1-17.
79. McCracken G., Houston P., Lefebvre G. Guideline for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Clinical Practice Guidelines*. 2008; Vol. 209: 600-607.
80. López B., Caballero J., Ramón J., Grande P., Sebastián J. Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.* 2006; Vol. 53: 408–418.
81. Carr DB., Jacox AK., Chapman RC. Clinical Practice Guideline: Acute Pain Management. Department of Health Care Policy and Research. 1992.
82. Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000; Vol. 7:465-476.
83. National Health and Medical Research Council of Australia. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Second Edition 2005. Disponible en <http://www.nhmrc.gov.au/publications/subjects/clinical.htm>.
84. Bader, P., Ehtle, D., Fonteyne, V., Livadas, K., Meerleer, G. De, Borda, A. P., Vranken, J. H. Guía clínica sobre el tratamiento del dolor. *Revista de La Asociación Europea de Urología*. 2010; 1185–1235.
85. Coelho G. Anestesia Geral vs. Bloqueio Subaracnoideu: avaliação da qualidade de recobro com o questionário QoR-40 - dados preliminares. *Universidade da Beira Interior*. 2010; 1-55.

86. Mkoko S. Study on the Exploratio of Satisfaction, Length of Stay and Related Factors among Anesthesia Cesarean Patients in Swaziland. Taipei Medical University. 2012; 1-146.
87. Glenn E., Meghan L., Peggy G. Patient Satisfaction and Experience with Anesthesia. Elsevier. 2014;1–23.
88. Asunta G. Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval. Callao. Univ Nac Myor San Marcos. 2003;1:1–137.
89. Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery : results of a prospective survey of 10 811 patients. *Br J Anaesth.* 2000;84(1):6–10.
90. Martin S., Rodríguez F., Calvo R. CF. Grado de satisfacción del paciente sometido a cirugía. *Libr virtual gestión Sanit.* 2012;73. Disponible en: <http://bazar.fundacionsigno.com/documentos/proceso-asistencial-del-paciente/grado-de-satisfaccion-del-paciente-sometido-a-cirugia-urologica-radical-con-analgesia-epidural-postoperatoria.-valladolid-2012/view>
91. Kane SM, Garcia-tomas V, Alejandro-rodriguez M, Astley B, Pollard RR. Randomized trial of transversus abdominis plane block at total laparoscopic hysterectomy : effect of regional analgesia on quality of recovery. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;419–21.
92. Buchanan FF, Myles PS, Cicuttini F. Effect of patient sex on general anaesthesia and recovery. *Br J Anaesth.* 2011;106(6):832–9.
93. Williams BA, Kentor ML, Irrgang JJ, Bottegal MT, Williams JP. Nausea, vomiting, sleep, and restfulness after discharge home following outpatient

anterior cruciate ligament reconstruction with regional anesthesia and multimodal analgesia-antiemesis. 2008;32(3):193–202.

94. Seclén-palacin J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud : Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados . Perú , 2000. An Fac Med Lima. 2005;66(2):127–41.
95. Myles PS, Wengritzky R. Simplified postoperative nausea and vomiting impact scale for audit and post-discharge review. Br J Anaesth. 2012;108(3):423–9.
96. Gómez J, Aguilar J, Bovaira P, Bustos F. Recomendaciones de prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios y / o asociados a las infusiones de opioides. Rev Soc Esp Dolor. 2011;18:24–42.
97. Gornall BF, Myles PS, Smith CL, Burke J a, Leslie K, Pereira MJ, et al. Measurement of quality of recovery using the QoR-40: a quantitative systematic review. Br J Anaesth. 2013;111(2):161–9.

ANEXOS:

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO FÍSICO DE LA AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

ASA 1	Paciente sano sin enfermedades orgánicas, bioquímicas ni psiquiátricas.
ASA 2	Paciente con enfermedad sistémica leve, por ejemplo, asma leve o hipertensión bien controlada. Sin repercusión significativa en la actividad diaria. Improbable que repercuta en la anestesia y la intervención quirúrgica.
ASA 3	Paciente con enfermedad sistémica significativa o grave que limita la actividad normal, p. ej., insuficiencia renal en diálisis o insuficiencia cardíaca congestiva clase 2. Repercusión significativa en la actividad diaria. Probable repercusión en la anestesia y la intervención quirúrgica.
ASA 4	Paciente con enfermedad grave que es una amenaza constante para la vida o requiere un tratamiento intensivo, p. ej., infarto agudo de miocardio, insuficiencia respiratoria que exige ventilación mecánica. Limitación acentuada de la actividad de la vida diaria. Repercusión importante en anestesia e intervención quirúrgica.
ASA 5	Paciente moribundo que tiene las mismas probabilidades de morir en las siguientes 24 horas con o sin intervención quirúrgica.
ASA 6	Donante de órganos en muerte cerebral.

Disponible en: www.asahq.org.

ANEXO 2

ENCUESTA SOBRE SATISFACCIÓN ANTE EL PROCESO ANESTÉSICO QUIRÚRGICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

Sírvase contestar a las siguientes preguntas, en forma anónima. Estimamos que su respuesta será de mucha utilidad para la investigación que estamos realizando. Le agradecemos anticipadamente.

1. **¿Cuántos años tiene usted?** _____

2. **¿Cuál es su sexo?**
Masculino () Femenino ()

3. **¿Cuál es su estado civil?**
Soltero () Unión libre ()
Casado () Divorciado ()
Viudo ()

4. **¿Cuál es su nivel de educación?**
Ninguna ()
Educación básica ()
Educación media ()
Educación superior ()
Postgrado ()

5. **En la actualidad, ¿cuál es su condición laboral?**
Ninguna ()
Empleo formal ()
Empleo informal ()

6. **¿Cuál es su salario o ingreso económico?**
Menor al básico ()
Básico ()
Mayor al básico ()

7. **¿Cuál es su lugar de residencia en los últimos dos años?**

Provincia:

Barrio:

Zona urbana ()

Zona rural ()

8. Al momento en su hogar, tiene familiares que dependen de su presencia para realizar sus actividades diarias o necesiten de su cuidado?

SI / NO

En caso de ser la respuesta afirmativa:

8.1 Qué familiar depende de su presencia en casa?

Hijos ()

Ancianos ()

Discapacitado ()

Otros ()

9. ¿Ha sido usted operado anteriormente?

SI / NO

En caso de ser la respuesta afirmativa:

9.1. ¿Qué tipo de anestesia recibió en su anterior cirugía?

9.2. En aquella ocasión, ¿existió alguna complicación relacionada a la anestesia?

10. Según la escala de ASA, ¿cuál es el riesgo del paciente ante el proceso anestésico?

Clase I ()

Clase II ()

Clase III ()

11. ¿Cuál fue el tiempo que transcurrió desde que llegó usted por primera vez al hospital para ser evaluado por el médico hasta el día de su cirugía?

Fecha del 1er control: ____/____/____

Fecha de cirugía: ____/____/____

Total en días:

- 12. ¿Qué tipo de cirugía le realizaron?**
- 13. ¿Qué tipo de anestesia recibió para su cirugía?**
- 14. ¿Cuál fue el tiempo que duró la cirugía?**
- 15. ¿Cuál fue el tiempo que permaneció el paciente en la unidad de cuidados postanestésicos?**
- 16. ¿Recibió el paciente medicación antiemética durante el transoperatorio?
SI/NO.
Cuál o cuáles fueron los medicamentos administrados?**
- 17. ¿Recibió el paciente medicación analgésica durante el transoperatorio?
SI/NO.
Cuál o cuáles fueron los medicamentos administrados?**
- 18. ¿Qué complicación postanestésica presentó el paciente durante su estancia en la unidad de cuidados postanestésicos?**

ANEXO 3

QoR-40 (Quality of Recovery score 40)

TRADUCIDO AL ESPAÑOL

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES COMPONENTES DE LA RECUPERACIÓN TRAS EL PROCESO ANESTÉSICO

INDICACIONES:

Señale con una X el valor que le atribuye usted a los siguientes componentes de su recuperación tras la cirugía. Los valores tienen el siguiente significado:

1 = nunca, **2** = pocas veces, **3** = frecuentemente, **4** = casi todo el tiempo, **5** = todo el tiempo.

En caso de que la pregunta se refiera a un aspecto negativo de su recuperación, encontrará una *N*, que le indica cuales son los ítems donde la escala se invierte, teniendo ahora los valores el siguiente significado:

1 = todo el tiempo, **2** = casi todo el tiempo, **3** = frecuentemente, **4** = pocas veces, **5** = nunca.

REFERENTE AL CONFORT:					
	1	2	3	4	5
1. Pudo respirar sin dificultad?					
2. ¿Pudo dormir bien?					
3. ¿Disfrutó de la comida?					
4. ¿Se sintió descansado?					
5. ¿Sintió náuseas? <i>N</i>					
6. ¿Tuvo vómitos? <i>N</i>					
7. ¿Sintió “arcadas” o impulso de vómitos? <i>N</i>					
8. ¿Se sintió cansado? <i>N</i>					

9. ¿Se sintió inquieto? <i>N</i>					
10. ¿Sintió temblores? <i>N</i>					
11. ¿Sintió mucho frío? <i>N</i>					
12. ¿Sintió mareos? <i>N</i>					
TOTAL:					
EN RELACIÓN A LAS EMOCIONES					
	1	2	3	4	5
13. ¿Tuvo sensación de bienestar y alegría?					
14. ¿Estuvo tranquilo?					
15. ¿Se sintió cómodo?					
16. ¿Tuvo pesadillas? <i>N</i>					
17. ¿Se sintió ansioso? <i>N</i>					
18. ¿Se sintió enojado? <i>N</i>					
19. ¿Se sintió deprimido? <i>N</i>					
20. ¿Se sintió solo? <i>N</i>					
21. ¿Le costó dormirse? <i>N</i>					
TOTAL:					
EN RELACIÓN AL APOYO QUE RECIBIÓ:					
	1	2	3	4	5
22. ¿Pudo comunicarse correctamente con el personal de salud?					
23. ¿Pudo comunicarse correctamente con sus familiares?					
24. ¿Sintió que sus familiares y amigos le apoyaron?					
25. ¿Comprendió correctamente las indicaciones que le hicieron?					

26. ¿Sintió que los médicos le apoyaron?					
27. ¿Sintió que los enfermeros le apoyaron?					
28. ¿Se sintió confundido? <i>N</i>					
TOTAL:					
EN RELACIÓN A LA INDEPENDENCIA FÍSICA:					
	1	2	3	4	5
29. ¿Pudo hablar normalmente?					
30. ¿Pudo lavarse y cepillarse los dientes?					
31. ¿Pudo escribir?					
32. ¿Se preocupó por su apariencia personal como lo hace habitualmente?					
33. ¿Pudo realizar las actividades que hacía antes de operarse en el hospital: ir al baño, bañarse, servirse la comida?					
TOTAL:					
EN RELACIÓN AL DOLOR:					
	1	2	3	4	5
34. ¿Sintió dolor moderado? <i>N</i>					
35. ¿Sintió dolor severo? <i>N</i>					
36. ¿Sintió dolor en la espalda? <i>N</i>					
37. ¿Sintió dolor de cabeza? <i>N</i>					
38. ¿Sintió dolor en la garganta? <i>N</i>					
39. ¿Sintió dolor en la boca? <i>N</i>					
40. ¿Sintió dolores musculares? <i>N</i>					
TOTAL:					

ANEXO 4:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo: “Evaluación del grado de satisfacción ante el proceso anestésico quirúrgico en pacientes del servicio de cirugía del hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito y su relación con el tiempo de estadía en la unidad de cuidados postanestésicos, durante el primer trimestre del 2015.”

Investigadora: Andrea Carolina Gutiérrez Rodríguez

Estudiante de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Sede donde se realizará el estudio: Hospital General Dr. Enrique Garcés

INFORMACIÓN

Introducción.-

Soy estudiante de la facultad de Medicina de la PUCE y me encuentro realizando mi trabajo de disertación de grado para obtener el título de Médico General. La información proporcionada a continuación es con la finalidad de invitarle a participar de nuestro estudio. Si tiene alguna duda, siéntase en libertad de hacerme conocer sus inquietudes.

Propósito.-

En los últimos años la evaluación del grado de satisfacción de los pacientes ante los servicios médicos se ha convertido en un gran indicador de la calidad de atención en salud.

La finalidad de mi estudio es averiguar cómo las expectativas del paciente ante la técnica anestésica utilizada en su cirugía, intervienen en el grado de satisfacción y tiempo de recuperación que el paciente pasa en la unidad de cuidados postanestésicos.

Tipo de Investigación.-

Si usted desea participar en el estudio deberá llenar únicamente una encuesta anónima que se le entregara a continuación, donde evaluaremos 10 preguntas, cuyas respuestas serán manejadas con total confidencialidad.

Selección de participantes.-

La invitación está abierta a todos los pacientes del servicio de Cirugía General que se someterán a cirugía programada.

Participación Voluntaria.-

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o negarse a hacerlo.

Confidencialidad.-

En ningún momento de esta encuesta se solicitará sus nombres, únicamente su número de historia clínica. La información que usted proporcione será puesta fuera del alcance de personas ajenas a los investigadores. A Todos los datos obtenidos se les asignará un número en lugar de su nombre.

Derecho a Negarse.-

Usted no está en la obligación de participar en esta investigación, y al negarse no existirán represalias.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a la siguiente persona:

Andrea Gutiérrez

Celular: 0992723984

E-mail: andreguti1990@hotmail.com

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el comité de evaluación ética del Hospital General Dr. Enrique Garcés, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte.

Formulario de Consentimiento:

He sido invitado a participar en la investigación de la evaluación del grado de satisfacción y tiempo de recuperación según la técnica anestésica utilizada en pacientes del servicio de Cirugía General del Hospital Enrique Garcés. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que puede ser fácilmente contactada usando los nombres y las direcciones que se me han proporcionado.

He leído la información concedida. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento

voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

ANEXO 5

Tabla 3. FACTORES ASOCIADOS A LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ANTE EL PROCESO ANESTÉSICO QUIRÚRGICO

Factor asociado	Total n	Satisfechos	Bivariado OR (95% IC)	Multivariado OR (95% IC)	p (<0.05)
Edad (18-41 años)	99	65	0.65 (0.36-1.15)	1.2 (1.03-1.41)	0.0199
Estado civil					
Unión libre	32	25	0.37 (0.15-0.91)	3.19 (2.65-3.84)	0.0000
Divorciado	19	8	2.28 (0.87-5.96)	0.53 (0.45-0.62)	0.0000
Viudo	16	5	3.75 (1.25-11.2)	0.41 (0.34-0.5)	0.0000
Nivel educativo					
Ninguno	11	3	4.43 (1.13-17.2)	0.49 (0.4-0.61)	0.0000
Educación media	90	66	0.36 (0.19-0.66)	2.11 (1.87-2.37)	0.0000
Educación superior	28	13	1.94 (0.87-4.35)	0.7 (0.63-0.88)	0.0007
Ingreso mensual					
Menor al básico	48	21	2.47 (1.27-4.79)	0.5 (0.49-0.67)	0.0000
Básico	92	63	0.53 (0.29-0.95)	1.35 (1.18-1.54)	0.0000
Antecedentes quirúrgicos					
Sin complicaciones en cirugía anterior	95	53	1.45 (0.8-2.57)	0.88 (0.79-0.98)	0.0199
Clase de ASA					
Clase I	108	71	0.62 (0.35-1.09)	0.97 (0.82-1.14)	0.7540
Clase III	18	8	2.04 (0.77-5.43)	1.18 (0.99-1.42)	0.0637
Tipo de anestesia utilizada					
Raquídea (bupivacaina sola)	49	35	0.52 (0.26-1.06)	1.45 (1.27-1.66)	0.0000
Tipo de cirugía					
Cirugía Urológica	26	20	0.41 (0.15-1.08)	2.31 (1.94-2.75)	0.0000
Medicamentos utilizados					
Antieméticos					
Ondansetrón	149	85	1.80 (0.91-3.58)	0.73 (0.64-0.84)	0.0000
Analgésicos					
Ketorolaco	13	5	2.61 (0.82-8.3)	0.21 (0.17-0.26)	0.0000
Tramadol + Metamizol	40	28	0.59 (0.28-1.25)	1.61 (1.41-1.83)	0.0000

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

ANEXO 6

Tabla 4. Distribución por edad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Edad grupos	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
18-41	99	49.50%	49.50%	42.37%	56.64%
42-65	101	50.50%	100.00%	43.36%	57.63%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 5. Distribución por género de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Sexo	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Femenino	112	56.00%	56.00%	48.83%	62.99%
Masculino	88	44.00%	100.00%	37.01%	51.17%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 6. Distribución por estado civil de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Estado civil	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Casado	88	44.00%	44.00%	37.01%	51.17%
Divorciado	19	9.50%	53.50%	5.82%	14.44%
Soltero	45	22.50%	76.00%	16.91%	28.92%
Unión libre	32	16.00%	92.00%	11.21%	21.83%
Viudo	16	8.00%	100.00%	4.64%	12.67%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 7. Distribución por nivel educativo de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Nivel educativo	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Educación básica	71	35.50%	35.50%	28.88%	42.56%
Educación media	90	45.00%	80.50%	37.98%	52.18%
Educación superior	28	14.00%	94.50%	9.51%	19.59%
Ninguno	11	5.50%	100.00%	2.78%	9.63%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 8. Distribución por tipo de condición laboral de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Condición laboral	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Empleo formal	38	19.00%	19.00%	13.81%	25.13%
Empleo informal	71	35.50%	54.50%	28.88%	42.56%
Ninguna	91	45.50%	100.00%	38.46%	52.67%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 9. Distribución por tipo de salario o ingreso económico mensual de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Ingreso económico mensual	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Básico	92	46.00%	46.00%	38.95%	53.17%
Mayor al básico	60	30.00%	76.00%	23.74%	36.86%
Menor al básico	48	24.00%	100.00%	18.26%	30.53%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 10. Distribución por lugar de residencia en los últimos dos años de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Lugar de residencia	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Zona rural	30	15.00%	15.00%	10.35%	20.72%
Zona urbana	170	85.00%	100.00%	79.28%	89.65%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 11. Distribución por Provincia donde residen los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Provincia	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
BOLIVAR	2	1.00%	1.00%	0.12%	3.57%
CAÑAR	1	0.50%	1.50%	0.01%	2.75%
CHIMBORAZO	2	1.00%	2.50%	0.12%	3.57%
COTOPAXI	5	2.50%	5.00%	0.82%	5.74%
EL ORO	1	0.50%	5.50%	0.01%	2.75%
ESMERALDAS	2	1.00%	6.50%	0.12%	3.57%
GALÁPAGOS	1	0.50%	7.00%	0.01%	2.75%
GUAYAS	2	1.00%	8.00%	0.12%	3.57%
LOS RIOS	1	0.50%	8.50%	0.01%	2.75%
MANABI	1	0.50%	9.00%	0.01%	2.75%
PICHINCHA	177	88.50%	97.50%	83.25%	92.57%
SANTO DOMINGO	1	0.50%	98.00%	0.01%	2.75%
SUCUMBOS	1	0.50%	98.50%	0.01%	2.75%
TUNGURAHUA	3	1.50%	100.00%	0.31%	4.32%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 12. Distribución por riesgo preoperatorio (Escala de ASA) de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Clase de ASA	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Clase I	108	54.00%	54.00%	46.83%	61.05%
Clase II	74	37.00%	91.00%	30.30%	44.09%
Clase III	18	9.00%	100.00%	5.42%	13.85%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 13. Distribución según el tiempo de admisión de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Tiempo de admisión (días)	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1	3	1.50%	1.50%	0.31%	4.32%
2	7	3.50%	5.00%	1.42%	7.08%
3	8	4.00%	9.00%	1.74%	7.73%
4	10	5.00%	14.00%	2.42%	9.00%
5	9	4.50%	18.50%	2.08%	8.37%
6	4	2.00%	20.50%	0.55%	5.04%
7	16	8.00%	28.50%	4.64%	12.67%
8	10	5.00%	33.50%	2.42%	9.00%
9	6	3.00%	36.50%	1.11%	6.42%
10	4	2.00%	38.50%	0.55%	5.04%
11	10	5.00%	43.50%	2.42%	9.00%
12	5	2.50%	46.00%	0.82%	5.74%
13	8	4.00%	50.00%	1.74%	7.73%
14	2	1.00%	51.00%	0.12%	3.57%
15	5	2.50%	53.50%	0.82%	5.74%
16	1	0.50%	54.00%	0.01%	2.75%
17	2	1.00%	55.00%	0.12%	3.57%

18	2	1.00%	56.00%	0.12%	3.57%
19	2	1.00%	57.00%	0.12%	3.57%
20	2	1.00%	58.00%	0.12%	3.57%
22	1	0.50%	58.50%	0.01%	2.75%
24	1	0.50%	59.00%	0.01%	2.75%
25	1	0.50%	59.50%	0.01%	2.75%
28	1	0.50%	60.00%	0.01%	2.75%
29	1	0.50%	60.50%	0.01%	2.75%
31	5	2.50%	63.00%	0.82%	5.74%
33	3	1.50%	64.50%	0.31%	4.32%
34	1	0.50%	65.00%	0.01%	2.75%
35	3	1.50%	66.50%	0.31%	4.32%
36	1	0.50%	67.00%	0.01%	2.75%
37	1	0.50%	67.50%	0.01%	2.75%
38	2	1.00%	68.50%	0.12%	3.57%
42	2	1.00%	69.50%	0.12%	3.57%
50	1	0.50%	70.00%	0.01%	2.75%
52	1	0.50%	70.50%	0.01%	2.75%
55	3	1.50%	72.00%	0.31%	4.32%
56	1	0.50%	72.50%	0.01%	2.75%
59	1	0.50%	73.00%	0.01%	2.75%
60	2	1.00%	74.00%	0.12%	3.57%
63	1	0.50%	74.50%	0.01%	2.75%
64	1	0.50%	75.00%	0.01%	2.75%
66	1	0.50%	75.50%	0.01%	2.75%
67	1	0.50%	76.00%	0.01%	2.75%
69	1	0.50%	76.50%	0.01%	2.75%
70	2	1.00%	77.50%	0.12%	3.57%
71	1	0.50%	78.00%	0.01%	2.75%
75	1	0.50%	78.50%	0.01%	2.75%
79	2	1.00%	79.50%	0.12%	3.57%
82	1	0.50%	80.00%	0.01%	2.75%
83	2	1.00%	81.00%	0.12%	3.57%
87	1	0.50%	81.50%	0.01%	2.75%
88	2	1.00%	82.50%	0.12%	3.57%
89	1	0.50%	83.00%	0.01%	2.75%
90	1	0.50%	83.50%	0.01%	2.75%
93	1	0.50%	84.00%	0.01%	2.75%
94	1	0.50%	84.50%	0.01%	2.75%

97	1	0.50%	85.00%	0.01%	2.75%
99	1	0.50%	85.50%	0.01%	2.75%
101	1	0.50%	86.00%	0.01%	2.75%
103	1	0.50%	86.50%	0.01%	2.75%
105	1	0.50%	87.00%	0.01%	2.75%
108	2	1.00%	88.00%	0.12%	3.57%
111	1	0.50%	88.50%	0.01%	2.75%
112	3	1.50%	90.00%	0.31%	4.32%
120	1	0.50%	90.50%	0.01%	2.75%
122	1	0.50%	91.00%	0.01%	2.75%
124	1	0.50%	91.50%	0.01%	2.75%
128	1	0.50%	92.00%	0.01%	2.75%
130	2	1.00%	93.00%	0.12%	3.57%
131	1	0.50%	93.50%	0.01%	2.75%
132	1	0.50%	94.00%	0.01%	2.75%
157	1	0.50%	94.50%	0.01%	2.75%
160	1	0.50%	95.00%	0.01%	2.75%
161	1	0.50%	95.50%	0.01%	2.75%
167	1	0.50%	96.00%	0.01%	2.75%
170	1	0.50%	96.50%	0.01%	2.75%
173	1	0.50%	97.00%	0.01%	2.75%
188	1	0.50%	97.50%	0.01%	2.75%
189	1	0.50%	98.00%	0.01%	2.75%
240	1	0.50%	98.50%	0.01%	2.75%
247	1	0.50%	99.00%	0.01%	2.75%
270	1	0.50%	99.50%	0.01%	2.75%
351	1	0.50%	100.00%	0.01%	2.75%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 14. Medidas de dispersión y tendencia central del tiempo de admisión de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
Tadmision	200	8541	42.705	3183.3849	56.4215	1	7	13.5	65	351	7

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 15. Distribución según forma de ingreso de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Forma de ingreso al hospital	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Consulta externa	88	44.00%	44.00%	37.01%	51.17%
Emergencia	112	56.00%	100.00%	48.83%	62.99%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 16. Distribución según la técnica quirúrgica utilizada en los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Técnica quirúrgica	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Convencional	102	51.00%	51.00%	43.85%	58.12%
Laparoscópica	98	49.00%	100.00%	41.88%	56.15%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 17. Distribución según el tipo de cirugía realiza por especialidad en los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Cirugía por especialidad	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
General	98	49.00%	49.00%	41.88%	56.15%
Ortopédica	76	38.00%	87.00%	31.25%	45.11%
Urológica	26	13.00%	100.00%	8.67%	18.47%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 18. Distribución según el tipo de cirugía realizada a los pacientes del servicio de Cirugía General intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

CIRUGÍA GENERAL	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Cirugía bariátrica	2	1.00%	1.00%	0.12%	3.57%
Colelap	67	33.50%	34.50%	27.00%	40.50%
Herniolap	14	7.00%	41.50%	3.88%	11.47%
Herniorrafia/Hernioplastia	12	6.00%	47.50%	3.14%	10.25%
NO APLICA	102	51.00%	98.50%	43.85%	58.12%
Restitución de tránsito intestinal	2	1.00%	99.50%	0.12%	3.57%
Tiroidectomía	1	0.50%	100.00%	0.01%	2.75%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 19. Distribución según el tipo de cirugía realizada a los pacientes del servicio de Cirugía Ortopédica intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

CIRUGÍA ORTOPÉDICA	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Artroscopía de hombro	3	1.50%	1.50%	0.31%	4.32%
Artroscopía de rodilla	7	3.50%	5.00%	1.42%	7.08%
NO APLICA	124	62.00%	67.00%	54.89%	68.75%
Osteosíntesis Fx. MI	32	16.00%	83.00%	11.21%	21.83%
Osteosíntesis Fx. MS	24	12.00%	95.00%	7.84%	17.33%
Osteotomías	1	0.50%	95.50%	0.01%	2.75%
Plastias tendinosas	6	3.00%	98.50%	1.11%	6.42%
Prótesis rodilla	1	0.50%	99.00%	0.01%	2.75%
Prótesis cadera	2	1.00%	100.00%	0.12%	3.57%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 20. Distribución según el tipo de cirugía realizada a los pacientes del servicio de Cirugía Urológica intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Cirugía Urológica	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Cistopexia	9	4.50%	4.50%	2.08%	8.37%
Litotripcia intracorpórea	2	1.00%	5.50%	0.12%	3.57%
NO APLICABLE	174	87.00%	92.50%	81.53%	91.33%
Prostatectomía abierta	10	5.00%	97.50%	2.42%	9.00%
RTUP	3	1.50%	99.00%	0.31%	4.32%
Varicocelectomía	2	1.00%	100.00%	0.12%	3.57%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 21. Distribución según el tipo de técnica anestésica utilizada para los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Técnica anestésica utilizada	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Combinada	3	1.50%	1.50%	0.31%	4.32%
General (Balanceada)	88	44.00%	45.50%	37.01%	51.17%
General (TIVA)	35	17.50%	63.00%	12.50%	23.49%
Raquídea bupivacaina + buprenorfina	25	12.50%	75.50%	8.26%	17.90%
Raquídea bupivacaina sola	49	24.50%	100.00%	18.71%	31.06%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 22. Distribución según la duración de la cirugía de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Duración de la cirugía (minutos)	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
45	1	0.50%	0.50%	0.01%	2.75%
55	1	0.50%	1.00%	0.01%	2.75%
60	9	4.50%	5.50%	2.08%	8.37%
65	3	1.50%	7.00%	0.31%	4.32%
70	13	6.50%	13.50%	3.51%	10.86%
75	13	6.50%	20.00%	3.51%	10.86%
80	19	9.50%	29.50%	5.82%	14.44%
85	5	2.50%	32.00%	0.82%	5.74%
90	10	5.00%	37.00%	2.42%	9.00%
95	15	7.50%	44.50%	4.26%	12.07%
100	8	4.00%	48.50%	1.74%	7.73%
105	9	4.50%	53.00%	2.08%	8.37%
110	8	4.00%	57.00%	1.74%	7.73%
115	5	2.50%	59.50%	0.82%	5.74%
120	28	14.00%	73.50%	9.51%	19.59%
125	4	2.00%	75.50%	0.55%	5.04%
130	10	5.00%	80.50%	2.42%	9.00%
135	6	3.00%	83.50%	1.11%	6.42%
140	4	2.00%	85.50%	0.55%	5.04%
145	1	0.50%	86.00%	0.01%	2.75%
150	5	2.50%	88.50%	0.82%	5.74%
155	2	1.00%	89.50%	0.12%	3.57%
160	3	1.50%	91.00%	0.31%	4.32%
165	1	0.50%	91.50%	0.01%	2.75%
170	3	1.50%	93.00%	0.31%	4.32%
180	4	2.00%	95.00%	0.55%	5.04%
185	1	0.50%	95.50%	0.01%	2.75%
190	1	0.50%	96.00%	0.01%	2.75%
195	1	0.50%	96.50%	0.01%	2.75%
205	1	0.50%	97.00%	0.01%	2.75%
210	1	0.50%	97.50%	0.01%	2.75%
240	1	0.50%	98.00%	0.01%	2.75%
250	2	1.00%	99.00%	0.12%	3.57%
255	1	0.50%	99.50%	0.01%	2.75%
265	1	0.50%	100.00%	0.01%	2.75%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 23. Medidas de dispersión y tendencia central para el tiempo de duración de la cirugía de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
Tcirugía	200	22045	110.225	1557.6124	39.4666	45	80	105	125	265	120

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 24. Distribución de los pacientes según mediana de puntuaciones del tiempo de duración de la cirugía de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Tcirugíamediana	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
45-104	97	48.50%	48.50%	41.39%	55.65%
105-265	103	51.50%	100.00%	44.35%	58.61%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 25. Distribución según el tiempo de estadía en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Tiempo de estancia en UCPA (minutos)	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
60	1	0.50%	0.50%	0.01%	2.75%
75	6	3.00%	3.50%	1.11%	6.42%
80	3	1.50%	5.00%	0.31%	4.32%
85	1	0.50%	5.50%	0.01%	2.75%
90	9	4.50%	10.00%	2.08%	8.37%
95	3	1.50%	11.50%	0.31%	4.32%
100	7	3.50%	15.00%	1.42%	7.08%
105	8	4.00%	19.00%	1.74%	7.73%
110	3	1.50%	20.50%	0.31%	4.32%
120	32	16.00%	36.50%	11.21%	21.83%
125	1	0.50%	37.00%	0.01%	2.75%
130	9	4.50%	41.50%	2.08%	8.37%
135	8	4.00%	45.50%	1.74%	7.73%
140	4	2.00%	47.50%	0.55%	5.04%
145	1	0.50%	48.00%	0.01%	2.75%
150	14	7.00%	55.00%	3.88%	11.47%
155	2	1.00%	56.00%	0.12%	3.57%
160	3	1.50%	57.50%	0.31%	4.32%
165	6	3.00%	60.50%	1.11%	6.42%
170	2	1.00%	61.50%	0.12%	3.57%
175	2	1.00%	62.50%	0.12%	3.57%
180	30	15.00%	77.50%	10.35%	20.72%
190	4	2.00%	79.50%	0.55%	5.04%
195	7	3.50%	83.00%	1.42%	7.08%
205	1	0.50%	83.50%	0.01%	2.75%
210	8	4.00%	87.50%	1.74%	7.73%
220	2	1.00%	88.50%	0.12%	3.57%
225	2	1.00%	89.50%	0.12%	3.57%
230	1	0.50%	90.00%	0.01%	2.75%
240	12	6.00%	96.00%	3.14%	10.25%
250	1	0.50%	96.50%	0.01%	2.75%
260	1	0.50%	97.00%	0.01%	2.75%
270	2	1.00%	98.00%	0.12%	3.57%
285	2	1.00%	99.00%	0.12%	3.57%
315	1	0.50%	99.50%	0.01%	2.75%
340	1	0.50%	100.00%	0.01%	2.75%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 26. Medidas de dispersión y tendencia central para el tiempo de estadía en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
TUCPA	200	30975	154.875	2661.919	51.5938	60	120	150	180	340	120

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 27. Distribución de los pacientes según mediana de puntuaciones del tiempo de estadía en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

TUCPAMEDIANA	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
60-149	96	48.00%	48.00%	40.90%	55.16%
150-340	104	52.00%	100.00%	44.84%	59.10%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 28. Distribución según tipo de complicaciones inmediatas presentadas en los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Tipo de complicación inmediata	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Arritmias	2	1.00%	1.00%	0.12%	3.57%
Dolor	52	26.00%	27.00%	20.07%	32.66%
Hipertensión	9	4.50%	31.50%	2.08%	8.37%
Hipoxemia	23	11.50%	43.00%	7.43%	16.75%
Nausea y vómito	14	7.00%	50.00%	3.88%	11.47%
Ninguna	96	48.00%	98.00%	40.90%	55.16%
Obstrucción vía aérea	1	0.50%	98.50%	0.01%	2.75%
Oliguria	1	0.50%	99.00%	0.01%	2.75%
Sangrado	2	1.00%	100.00%	0.12%	3.57%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 29. Puntuaciones del cuestionario QoR 40 de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

TOTAL ESCALA QoR-40	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
122	1	0.50%	0.50%	0.01%	2.75%
134	2	1.00%	1.50%	0.12%	3.57%
135	2	1.00%	2.50%	0.12%	3.57%
136	2	1.00%	3.50%	0.12%	3.57%
137	1	0.50%	4.00%	0.01%	2.75%
140	2	1.00%	5.00%	0.12%	3.57%
141	2	1.00%	6.00%	0.12%	3.57%
143	1	0.50%	6.50%	0.01%	2.75%
144	2	1.00%	7.50%	0.12%	3.57%
146	4	2.00%	9.50%	0.55%	5.04%
147	6	3.00%	12.50%	1.11%	6.42%
148	2	1.00%	13.50%	0.12%	3.57%

150	1	0.50%	14.00%	0.01%	2.75%
151	2	1.00%	15.00%	0.12%	3.57%
152	5	2.50%	17.50%	0.82%	5.74%
153	2	1.00%	18.50%	0.12%	3.57%
154	4	2.00%	20.50%	0.55%	5.04%
155	7	3.50%	24.00%	1.42%	7.08%
156	5	2.50%	26.50%	0.82%	5.74%
157	4	2.00%	28.50%	0.55%	5.04%
158	4	2.00%	30.50%	0.55%	5.04%
159	5	2.50%	33.00%	0.82%	5.74%
160	9	4.50%	37.50%	2.08%	8.37%
161	4	2.00%	39.50%	0.55%	5.04%
162	12	6.00%	45.50%	3.14%	10.25%
163	7	3.50%	49.00%	1.42%	7.08%
164	10	5.00%	54.00%	2.42%	9.00%
165	6	3.00%	57.00%	1.11%	6.42%
166	10	5.00%	62.00%	2.42%	9.00%
167	9	4.50%	66.50%	2.08%	8.37%
168	7	3.50%	70.00%	1.42%	7.08%
169	8	4.00%	74.00%	1.74%	7.73%
170	4	2.00%	76.00%	0.55%	5.04%
171	7	3.50%	79.50%	1.42%	7.08%
172	6	3.00%	82.50%	1.11%	6.42%
173	4	2.00%	84.50%	0.55%	5.04%
174	5	2.50%	87.00%	0.82%	5.74%
175	3	1.50%	88.50%	0.31%	4.32%
176	2	1.00%	89.50%	0.12%	3.57%
177	1	0.50%	90.00%	0.01%	2.75%
178	2	1.00%	91.00%	0.12%	3.57%
179	2	1.00%	92.00%	0.12%	3.57%
180	4	2.00%	94.00%	0.55%	5.04%
181	4	2.00%	96.00%	0.55%	5.04%
182	2	1.00%	97.00%	0.12%	3.57%
185	2	1.00%	98.00%	0.12%	3.57%
186	2	1.00%	99.00%	0.12%	3.57%
195	1	0.50%	99.50%	0.01%	2.75%
198	1	0.50%	100.00%	0.01%	2.75%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 30. Medidas de dispersión y tendencia central de las puntuaciones del cuestionario QoR 40 de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
TOTALQoR40	200	32550	162.75	142.1985	11.9247	122	156	164	170	198	162

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 31. Distribución de los pacientes según la media de puntuaciones del cuestionario QoR 40 de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

satisfacciomedia	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
122-161	79	39.50%	39.50%	32.68%	46.64%
162-198	121	60.50%	100.00%	53.36%	67.32%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 32. Medidas de dispersión y tendencia central de las puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de confort de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
TCONFORT	200	9094	45.47	35.1649	5.93	26	43	46	50	60	43

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 33. Distribución de los pacientes según la media de puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de confort de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

TCONFORTmedia	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
26-44	82	41.00%	41.00%	34.11%	48.16%
45-60	118	59.00%	100.00%	51.84%	65.89%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 34. Medidas de dispersión y tendencia central de las puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de emociones de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
TEMOCIONES	200	7622	38.11	12.2692	3.5027	20	36	39	40	45	40

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 35. Distribución de los pacientes según la media de puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de emociones de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

TEMOCIONESmedia	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
20-37	67	33.50%	33.50%	27.00%	40.50%
38-45	133	66.50%	100.00%	59.50%	73.00%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 36. Medidas de dispersión y tendencia central de las puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de apoyo psicológico de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
TAPOYO	200	6545	32.725	4.6727	2.1617	27	31	33	35	35	35

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 37. Distribución de los pacientes según la media de puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de apoyo psicológico de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

TAPOYOmedia	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
27-31	60	30.00%	30.00%	23.74%	36.86%
32-35	140	70.00%	100.00%	63.14%	76.26%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 38. Medidas de dispersión y tendencia central de las puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de independencia física de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
TINDEPENDENCIAFISICA	200	3830	19.15	10.1784	3.1904	10	17	19	21	25	21

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 39. Distribución de los pacientes según la media de puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de independencia física de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

TINDEPENDENCIAFISICamedia	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
10-18	81	40.50%	40.50%	33.63%	47.65%
19-25	119	59.50%	100.00%	52.35%	66.37%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 40. Medidas de dispersión y tendencia central de las puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de dolor de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
TDOLOR	200	5459	27.295	8.4402	2.9052	13	26	27	29	34	26

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 41. Distribución de los pacientes según la media de puntuaciones del cuestionario QoR 40 según dimensión de dolor de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

TDOLORmedia	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
13-26	78	39.00%	39.00%	32.20%	46.13%
27-34	122	61.00%	100.00%	53.87%	67.80%
TOTAL	200	100.00%	100.00%		

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 42. Grado de satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por el servicio de Cirugía General en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Cirugía General	122-161	162-198	TOTAL
Cirugía bariátrica	1	1	2
Colelap	28	39	67
Herniolap	5	9	14
Herniorrafia/Hernioplastia	5	7	12
NO APLICA	39	63	102
Restitución de tránsito intestinal	0	2	2
Tiroidectomía	1	0	1
TOTAL	79	121	200

Chi-square	df	Probability
3.2527	6	0.7765

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 43. Grado de satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por el servicio de Cirugía Ortopédica en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Cirugía Ortopédica	122-161	162-198	TOTAL
Artroscopía de hombro	2	1	3
Artroscopía de rodilla	2	5	7
NO APLICA	46	78	124
Osteosíntesis Fx. MI	14	18	32
Osteosíntesis Fx. MS	10	14	24
Osteotomías	0	1	1
Plastias tendinosas	3	3	6
Prótesis rodilla	1	0	1
Prótesis cadera	1	1	2
TOTAL	79	121	200

Chi-square	df	Probability
4.4186	8	0.8175

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

Tabla 44. Grado de satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por el servicio de Cirugía Urológica en el Hospital Enrique Garcés del 15 de diciembre del 2014 al 31 de Enero del 2015

Cirugía Urológica	122-161	162-198	TOTAL
Cistopexia	2	7	9
Litotripcia intracorpórea	0	2	2
NO APLICA	73	101	174
Prostatectomía abierta	3	7	10
RTUP	1	2	3
Varicocelectomía	0	2	2
TOTAL	79	121	200

Chi-square	df	Probability
4.5997	5	0.4667

FUENTE: Encuesta sobre el grado de satisfacción de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico.

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.

Output Epi Info 7.1.4

ANEXO 7

Tabla 45. Revisión bibliográfica relacionada a la búsqueda del grado de satisfacción y calidad de recuperación de los pacientes ante el proceso anestésico quirúrgico con la escala del QoR 40.

Autor	País y Año	Título	Diseño	Muestra o población	Instrumento	Principal hallazgo
María Francisca Monteiro da Costa	Portugal 2013	Quality of Recovery after anesthesia	Prospectivo observacional	114 pacientes	QoR-40	Pruebas de significancia no paramétricas: Chi cuadrado y Prueba exacta de Fisher. Hallazgo: 24% de pacientes presentaron pobre satisfacción o mala calidad de recuperación. Se encontró bajas puntuaciones en las primeras 24 horas en las sub escalas referentes al estado emocional, confort y dolor.
Serkan Karaman y cols.	Turquía 2014	Validation of the Turkish version of the quality of recovery-40 questionnaire	Estudio de validación	137 pacientes	QoR-40	Alfa de Cronbach y coeficiente de correlación de Spearman (Hallazgos: Cronbach's α : 0,93, Media de respuesta estandarizada del total de respuestas: 0,62)
Myles P.S. y cols.	Australia 2000	Validity and reliability of a postoperative quality of	Estudio de validación	160 pacientes	QoR-40	Alfa de Cronbach, ρ (rho) y rango intercuartil (Hallazgos: r: 0,68, ρ : 0,24;

		recovery score: the QoR-40				ri: 0,92; Cronbach's α : 0.93, 85% de pacientes satisfechos).
Buchanan F.F y cols.	Australia 2011	Effect of patient sex on general anaesthesia and recovery	Estudio multicéntrico, prospectivo de cohorte	500 pacientes	QoR-40	Las diferencias entre hombres y mujeres se analizaron utilizando: Prueba t de Student (prueba paramétrica de significancia), coeficiente de determinación coeficiente de Pearson ² (medida de asociación) y análisis de varianza (ANOVA). Para la asociación entre sexo, concentración hormonal y patrón de recuperación se utilizó correlación de Spearman (medida de asociación). Hallazgos: Mujeres necesitaron mayor estancia en UCPA por presentar mayor dolor y necesidad de tto para NVPO. QoR-40 = se encontraron

						puntuaciones más bajas en mujeres (pobre calidad de recuperación y menor satisfacción en comparación a los varones).
Pereira L. y cols.	Portugal 2006	Poor quality of recovery and QoR-40 prior to surgery	Prospectivo observacional	114 pacientes	QoR-40	Pruebas de significancia no paramétricas: Chi cuadrado y Prueba exacta de Fisher Hallazgo: 9.7% de pacientes insatisfechos. Se encontró bajas puntuaciones en las primeras 24 horas en las subescalas referentes al estado emocional, confort y dolor.
						Se utilizó Chi ² (análisis entre variables categóricas) y prueba de Kruskal Wallis (análisis de variables categóricas-numéricas). Hallazgos: No se encontró diferencia significativa entre sexo y

Coelho G.	Portugal 2010	Anestesia Geral vs. Bloqueio Subaracnoideu : qualidade de recobro com o questionário QoR-40	Prospectivo observacional	87 pacientes	QoR-40	tampoco para la recuperación entre los dos tipos de anestesia (general y regional). Los valores de QoR- 40 fueron más bajos en los pacientes que recibieron anestesia general que en los que recibieron anestesia regional. Se encontró bajas puntuaciones en las primeras 24 horas en las sub escalas referentes a la independencia física, confort y dolor.
						Datos demográficos y perioperatorios se presentan con medidas de tendencia central y de dispersión, además de rangos y número (%). Para medir correlación entre QoR 40 autoadministrado y administrado por el investigador se usó coeficiente

Gower S.T. y cols.	Australia 2006	A comparison of patient self-administered and investigator-administered measurement of quality of recovery using the QoR-40.	Prospectivo observacional	62 pacientes	QoR-40	de correlación interclase (ICC) y método de Bland-Altman. Para estimar asociación de variables se usó método de Pearson y Spearman. Para identificar factores asociados se usó regresión lineal. Hallazgos: El tiempo de aplicación disminuye cuando el cuestionario es aplicado por el investigador, no se encontró diferencia significativa en la puntuación del cuestionario al ser aplicado por el investigador o por el mismo paciente.
Tanaka Y. y cols.	Japón 2011	Validation of the Japanese version of the quality of recovery score QoR-40.	Estudio de validación	192 pacientes	QoR-40	Alfa de Cronbach y coeficiente de correlación de Spearman
		Rabdomized trial of transversus abdominis plane block at total			QoR-40 +	Se utilizaron: mediana, prueba de Fisher y prueba de Mann-Whitney Hallazgos: No

Kane SM. Y cols.	Estados Unidos 2012	laparoscopia hysterectomy: effect of regional analgesia on quality of recovery.	Ensayo aleatorizado, simple ciego	58 pacientes	escala visual análoga del dolor	hubo diferencia significativa en la puntuación del QoR-40 ante los distintos tipos de anestesia.
Rando K. y cols.	Uruguay 2008	Evaluación subjetiva de la calidad de recuperación postoperatoria de pacientes operadas de cesáreacon anestesia general o regional.	Descriptivo	63 pacientes	QoR40 + escala visual análoga del dolor	<p>Variables discretas se expresaron como mediana y rango y se les aplicó el test no paramétrico de Mann-Witney.</p> <p>Variables cualitativas (tipo si-no) se usó χ^2 o Fisher.</p> <p>Variables continuas se expresaron por media y SD y para su análisis se aplicó test de Student.</p> <p>Hallazgos: Mayor puntaje de QoR 40 en pacientes en los que se usó anestesia subaracnoidea que los que recibieron anestesia general. Al analizar los 40 ítems se vió diferencias estadísticamente significativas en lo relacionado a la sensación de</p>

						bienestar, mialgias y odinofagia. No se encontró diferencia significativa entre los pacientes que tuvieron su ingreso por emergencia vs consulta externa.
Lesly K. y cols.	Australia 2003	Quality of recovery from anesthesia in Neurosurgical patients.	Descriptivo	200 pacientes	QoR-40	Para comparar variables se usó test de Kolmogorov Smirnov, χ^2 y prueba exacta de Fisher. Puntajes de QoR 40 (entre dos grupos) se comparó con prueba de Wilcoxon. Hallazgos: Las puntuaciones del QoR 40 fueron bajas en ambos grupos de pacientes en las 1eras 24 horas tras la cirugía. Dimensiones del QoR 40 afectadas en ambos grupos fueron independencia física, confort y dolor.
		Evaluación de la satisfacción				χ^2 de Pearson, odds ratio, V de

Fritz E. y cols.	Colombia 2010	y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio.	Prospectivo observacional	550 pacientes	Escala visual análoga	Cramer, tablas de contingencia, medidas de tendencia central y de dispersión (Hallazgo: 99.1% de pacientes satisfechos).
Myles P.S	Australia 2012	Simplified postoperative nausea and vomiting impact scale for audit and post discharge review.	Prospectivo observacional	163 pacientes	QoR-40	Los datos se resumen en media, mediana o número (%). Las diferencias entre proporciones se analizaron con test X2 y las estimaciones de riesgo con OR e IC. Hallazgo: 21% de pacientes presentaron importante náusea y vómito postoperatorio.
Royce C. y cols.	Australia 2012	Predictors of patient's satisfaction with anaesthesia and surgery care: a cohort study using the postoperative Quality of	Prospectivo observacional	573 pacientes	QoR-40	El análisis univariar se realizó usando prueba de X^2 o prueba exacta de Fisher y para identificar predictores independientes se utilizó análisis de regresión logística. Hallazgo: Factores asociados a insatisfacción fueron:

		Recovery Scale.				Presentación inmediata y persistente de dolor y vómito durante la recuperación, mayor duración de la anestesia, antecedentes de uso de cigarrillo y alcohol, cirugía mayor y pacientes con test de depresión y ansiedad positivos.
Mkoko Samuel.	África Austral o del Sur 2012	Study on the exploration of satisfaction length of stay and related factors among anesthesia cesarean patients in Suaziland.	Prospectivo observacional	80 pacientes	QoR-40	Para predecir factores que influyen en satisfacción se usó análisis de regresión múltiple. Hallazgos: Pacientes >40 años bajas puntuaciones en dimensión de confort e independencia física. Menor puntuación en dimensión de confort y apoyo en pacientes que recibieron atención en hospital gubernamental (público). Menor satisfacción en pacientes intervenidos con anestesia general.

						Factores influyentes: tipo de hospital, intubación traqueal, técnica utilizada, condición médica y diagnóstico.
Myles P.S. y cols.	Australia 2000	Patient satisfaction after anesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10.811 patients	Descriptivo	10.811 pacientes	QoR-40	Análisis descriptivo se expresó en número (%) y media. Se usaron para el análisis bivariado χ^2 y t test. Para el análisis multivariado se aplicó el modelo de regresión logística. Hallazgo: Pacientes satisfechos 96.8%, algo satisfechos 2.3% e insatisfechos 0.9%. Se encontró mayor insatisfacción en pacientes jóvenes. Los síntomas que produjeron insatisfacción fueron la presencia de dolor postoperatorio, náusea y vómito.
		Nausea,				La diferencia

Williams B. y cols.	Estados Unidos 2007	vomiting, sleep, and restfulness after discharge home following outpatient anterior cruciate ligament reconstruction with regional anesthesia and multimodal analgesia-antiemesis	Descriptivo	233 pacientes	QoR-40	entre grupos se analizó mediante análisis de varianza (variables continuas) o prueba de χ^2 (variables categóricas). Además en busca de predictores independientes se aplicó el modelo de regresión logística.
---------------------	---------------------	---	-------------	---------------	--------	---

ELABORADO POR: Andrea Carolina Gutiérrez.