

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL  
DOLOR**



**VALORACIÓN DE SATISFACCIÓN ANESTÉSICA Y FACTORES  
RELACIONADOS, EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A  
CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO  
DE LA CIUDAD DE QUITO DESDE ENERO A ABRIL 2019**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL  
DOLOR**

**AUTORES**

**MD. NAULA ICHINA SILVIA ELIZABETH**

**MD. PICO CHICA GLORIA SOLEDAD**

**DIRECTOR DR. CRISTHIAN ROBLES**

**DIRECTOR METODOLÓGICO DR. GADY TORRES**

**QUITO, 2019**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco la bendición y el cuidado que Dios nos dio cada día de estos 4 años, a nuestros familiares por ofrecernos amor y apoyo incondicional, a nuestros tutores dentro y fuera del hospital por contribuir con sus conocimientos en nuestra formación y a todos los amigos incondicionales por hacer cada día de este camino mucho más llevadero.

Al Dr. Cristhian Robles, Dr. Gady Torres y Dr. Luis Reascos por todos sus conocimientos impartidos y por haber colaborado con gran entrega y dedicación en este proyecto de investigación, gracias por mostrarse siempre dispuestos a sugerir mejoras durante el desarrollo del mismo.

Al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo especialmente al Área de quirófano y Recuperación por habernos brindado todas las facilidades para llevar a cabo este estudio.

SILVIA Y GLORIA

## **DEDICATORIA**

Culminar este sueño que parecía tan distante es una alegría que jamás podre describir; quiero dedicarle este trabajo y mi futura vida profesional, primero a Dios por ser mi guía y mi protección; a mi hija Valentina por ser mi fuerza y mi razón de vida, a mi madre adorada Martha, a mis hermanos Carlos y John porque a pesar de las adversidades siempre fueron y serán mis mejores amigos y por último me lo dedico a mí por el esfuerzo y las ganas que le puse a mi formación.

## **SILVIA**

En este largo camina de conseguir mi sueño de ser Especialista le dedico este trabajo a DIOS por darme la sabiduría, ser el guía de mi vida

Le dedico todo este trabajo y esfuerzo realizado a mi madre Hortencia y mi hermano Fausto que ambos están en el Cielo guiando mi camino siempre.

A los amores más grandes de mi vida Alejandra y Santiago por estar siempre junto a mi ayudándome dándome ánimos.

A mi papa Byron y mis Hermanos por siempre apoyarme en todo, y a todas personas que me ayudaron en estos 4 años.

## **GLORIA**

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>II</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>III</b>
<b>TABLA DE CONTENIDOS</b> .....	<b>IV</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE DE ILUSTRACIONES</b> .....	<b>IX</b>
<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS</b> .....	<b>X</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>XI</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>XII</b>
<b>CAPITULO I</b> .....	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPITULO II</b> .....	<b>2</b>
<b>2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>2</b>
2.1. CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA .....	2
2.2. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO INDICADOR DE CALIDAD .....	3
2.2.1. CARACTERÍSTICAS DE SATISFACCIÓN.....	4
2.2.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN GLOBAL .....	4
2.3. VALORACIÓN DE SATISFACCIÓN.....	5
2.3.1. “THE IOWA SATISFACTION WITH ANESTHESIA SCALE (ISAS)” .....	6
2.3.2. MODELO SERVQHOS PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	7
2.4. SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN .....	9
2.5. ANESTESIA EN CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA .....	10
2.5.1. OJO .....	11
2.5.2. PRESIÓN INTRAOCULAR.....	12
2.5.3. REFLEJO ÓCULO-CARDIACO .....	12
2.5.4. VISITA PREANESTESICA .....	12
2.6. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OFTALMOLÓGICOS .....	13
2.6.1. GLAUCOMA.....	14
2.6.2. CATARATA .....	14
2.6.3. CIRUGÍA VITREORRETINIANA .....	14
2.6.4. CIRUGÍA DE ESTRABISMO.....	15
2.6.5. TRASPLANTE DE CORNEA.....	15
2.6.6. CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA .....	15
2.6.7. URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS .....	16
2.6.8. INCISIÓN Y DRENAJE DE CALACIO.....	17
2.6.9. ENUCLEACIÓN .....	17
2.7. CUIDADOS ANESTÉSICOS MONITORIZADOS EN ADULTOS (MAC) .....	17

2.7.1.	MONITOREO FISIOLÓGICO ESTÁNDAR.....	17
2.7.2.	ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE (ASA).....	17
2.8.	TÉCNICAS ANESTÉSICAS EMPLEADAS EN CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA.....	18
2.8.1.	ANESTESIA REGIONAL.....	18
2.8.2.	ANESTESIA TÓPICA.....	19
2.8.3.	SEDACIÓN Y ANALGESIA.....	19
	SEDACIÓN CON BENZODIACEPINAS.....	20
	ANALGÉSICOS.....	21
	AGONISTAS ADRENÉRGICOS.....	22
	OTROS AGENTES SEDANTES.....	23
2.8.4.	ANESTESIA GENERAL.....	23
2.8.5.	RECUPERACIÓN TRAS LA ANESTESIA.....	24
2.8.6.	COMPLICACIONES EN ANESTESIA OFTALMOLÓGICA.....	25
	DOLOR.....	25
	NÁUSEA Y VOMITO POSTOPERATORIO.....	26
2.9.	ANSIEDAD QUIRÚRGICA.....	27
	<b>CAPITULO III.....</b>	<b>29</b>
3.1.	<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>29</b>
3.2.	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>30</b>
3.3.	<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>31</b>
3.4.	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
3.4.1.	OBJETIVO GENERAL.....	32
3.4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
3.5.	<b>MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>33</b>
3.5.1.	METODOLOGÍA.....	33
3.5.2.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	33
3.5.3.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	34
3.5.4.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	35
3.5.5.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	35
3.6.	<b>PLAN DE ANÁLISIS.....</b>	<b>35</b>
3.7.	<b>ASPECTOS BIOÉTICOS.....</b>	<b>35</b>
	<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>37</b>
4.1.	<b>ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....</b>	<b>37</b>
4.4.	<b>CONFLICTOS DE INTERÉS.....</b>	<b>39</b>
	<b>CAPITULO V.....</b>	<b>40</b>
5.1.	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
5.2.	<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICAS.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
5.3.	<b>VARIABLES DESCRIPTIVAS ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO.....</b>	<b>41</b>
5.3.1.	ESTADO FÍSICO DE LA AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA).....	41

5.3.2.	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	41
5.3.3.	TIPO DE CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO .....	41
5.3.4.	TIEMPO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO .....	42
5.3.5.	TIPO DE ANESTESIA Y PROFESIONAL QUE ADMINISTRA LA ANESTESIA. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	43
<b>5.4.</b>	<b>VARIABLES DESCRIPTIVAS ASOCIADAS A SATISFACCIÓN Y CALIDAD .....</b>	<b>44</b>
5.4.1.	VALORACIÓN DE SATISFACCIÓN ANESTÉSICA (ESCALA IOWA-EISA) EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 ....	44
5.4.2.	SATISFACCIÓN ANESTÉSICA GLOBAL DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	45
5.4.3.	VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ESCALA SERVQHOS) EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	46
5.4.4.	SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	47
5.4.5.	VALORACIÓN DE ANSIEDAD PERIOPERATORIA (ESCALA DE ANSIEDAD DE AMSTERDAM), EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	47
5.4.6.	NECESIDAD DE INFORMACIÓN ANESTÉSICO-QUIRÚRGICA, MEDIDO MEDIANTE LA ESCALA DE AMSTERDAM, EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	48
<b>5.5.</b>	<b>ASOCIACIÓN DE VARIABLES .....</b>	<b>49</b>
5.5.1.	SATISFACCIÓN ANESTÉSICA VS VARIABLES DEMOGRÁFICAS .....	49
5.5.2.	SATISFACCIÓN ANESTÉSICA VS VARIABLES DESCRIPTIVAS ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO .....	49
5.5.3.	SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SERVQHOS) VS VARIABLES DEMOGRÁFICAS .....	50
5.5.4.	SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS (SERVQHOS) VS VARIABLES DESCRIPTIVAS ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO .....	51
5.5.5.	ANSIEDAD VS VARIABLES DEMOGRÁFICAS .....	52
5.5.6.	ANSIEDAD VS VARIABLES DESCRIPTIVAS ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO. ....	53
5.5.7.	ANSIEDAD VS NECESIDAD DE INFORMACIÓN .....	54
5.5.8.	COMPLICACIONES VS SATISFACCIÓN ANESTÉSICA .....	55
<b>5.6.</b>	<b>ANÁLISIS GENERAL .....</b>	<b>55</b>
5.6.1.	SATISFACCIÓN ANESTÉSICA (ESCALA DE IOWA) VS SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ESCALA SERVQHOS) .....	55
5.6.2.	SATISFACCIÓN ANESTÉSICA VS ANSIEDAD .....	56

5.6.3. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SERVQHOS) VS ANSIEDAD (ESCALA DE AMSTERDAM) .....	56
<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>58</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>58</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>63</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>65</b>
<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO 2. ESCALA SERVQHOS PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO 3: ESCALA DE ANSIEDAD DE ÁMSTERDAM (ADAPTADA) .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO 5: TABLAS .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO 6. TRÍPTICO DE VISITA PREANESTESICA EN OFTALMOLOGÍA .....</b>	<b>81</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 INSTRUCCIONES DE ESCALA EISA .....	7
TABLA 2 DECLARACIONES DE LA ESCALA EISA .....	7
TABLA 3 MODELO DE PUNTUACIÓN SERVQHOS: EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD .....	9
TABLA 4 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OFTALMOLÓGICOS .....	13
TABLA 5 ESCALA RAMSAY .....	20
TABLA 6 PUNTUACIÓN DE RECUPERACIÓN ALDRETE MODIFICADA .....	25
TABLA 7 ELEMENTOS DE CONFORT ANALGÉSICO POSTOPERATORIO .....	26
TABLA 8 ESCALA DE ANSIEDAD AMSTERDAM (AP AIS) .....	27
TABLA 9 MATRIZ DE VARIABLES .....	33
TABLA 10 DATOS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	40
TABLA 11 ESTADO FÍSICO (ASA) DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	41
TABLA 12 TIPOS DE PROCEDIMIENTOS OFTALMOLÓGICOS. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	42
TABLA 13 TIEMPO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO .....	43
TABLA 14 ESCALA IOWA/EISA CALIFICACIÓN PROMEDIO POR RESPUESTAS .....	45
TABLA 15 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	46
TABLA 16 SATISFACCION ANESTÉSICA VS VARIABLES DEMOGRÁFICAS .....	49
TABLA 17 SATISFACCIÓN ANESTÉSICA VS VARIABLES DESCRIPTIVAS ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO.....	50
TABLA 18 SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SERVQHOS) VS VARIABLES DEMOGRÁFICAS .....	51
TABLA 19 SATISFACCIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SERVQHOS) VS VARIABLES DESCRIPTIVAS ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO .....	52
TABLA 20 ANSIEDAD Y VARIABLES DEMOGRÁFICAS .....	53
TABLA 21 ANSIEDAD VS VARIABLES DESCRIPTIVAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ..	54
TABLA 22 ANSIEDAD VS NECESIDAD DE INFORMACIÓN.....	55
TABLA 23 COMPLICACIONES VS SATISFACCION ANESTÉSICA .....	55
TABLA 24 SATISFACCION ANESTÉSICA VS SATISFACCION CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS .....	56
TABLA 25 SATISFACCIÓN ANESTÉSICA VS ANSIEDAD .....	56
TABLA 26 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD VS ANSIEDAD .....	57

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1 DIMENSIONES DE LA CALIDAD EN SALUD.....	3
ILUSTRACIÓN 2 FASES DE LA RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA.....	24
ILUSTRACIÓN 3 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	41
ILUSTRACIÓN 4 TIPO DE CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	42
ILUSTRACIÓN 5 TIPO DE ANESTESIA.....	43
ILUSTRACIÓN 6 PROFESIONAL QUE ADMINISTRA LA ANESTESIA.....	44
ILUSTRACIÓN 7 PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN ANESTÉSICA GLOBAL DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	45
ILUSTRACIÓN 8 SATISFACCION CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019....	47
ILUSTRACIÓN 9 VALORACIÓN DE ANSIEDAD PERIOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO 2019.....	48
ILUSTRACIÓN 10 NECESIDAD DE INFORMACION EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA OFTALMOLOGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019 .....	48

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

**ASA:** American Society of Anesthesiologists

**CAM:** Cuidados Anestésicos Monitorizados

**ISAS-EISA:** Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale. Escala IOWA de Satisfacción con la Anestesia

**NVPO:** Nausea y vómito Postoperatorio

**PIO:** Presión Intraocular

**SERVQHOS:** Modelo de calidad percibida de la atención hospitalaria

**SERVQUAL:** Modelo de calidad de servicio

## RESUMEN

**Introducción:** La satisfacción del paciente es un concepto complejo determinado por múltiples factores que abarcan la etapa pre quirúrgica, transquirúrgica y postquirúrgica; la ansiedad preoperatoria, el control del dolor postoperatorio son algunos de los aspectos importantes en el tratamiento de los pacientes quirúrgicos y están interrelacionados con una recuperación exitosa y el grado de satisfacción.

**Objetivo:** Determinar el nivel de satisfacción anestésica y factores asociados en pacientes sometidos a cirugía oftalmológica del HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.

**Métodos:** Se realizó un estudio de tipo Observacional, descriptivo, transversal, durante los meses de enero a abril del 2019, se tomaron los datos de los primeros 100 pacientes postquirúrgicos del servicio de oftalmología del Hospital Eugenio Espejo. Los pacientes contestaron 3 cuestionarios debidamente validados: la Escala IOWA-EISA que evalúa satisfacción anestésica, la Escala SERVQHOS evalúa calidad de los servicios de salud y la Escala de AMSTERDAM, que mide niveles de ansiedad perioperatoria. Para cuantificar el grado de asociación entre variables se utilizó odds ratio (OR) y para medir significancia estadística: Chi cuadrado, valor de p e intervalos de confianza del 95% (IC del 95%).

**Resultados:** De los 100 pacientes que participaron en el estudio, el 74% presentaron satisfacción con el cuidado anestésico y 92% con la calidad de los servicios de salud. No existe asociación significativa entre las variables edad/sexo y el grado de satisfacción con el cuidado anestésico y con la calidad de los servicios de salud ( $p > 0,05$ ). El ASA, el tipo de cirugía (programada o de emergencia), el tiempo quirúrgico, el tipo de anestesia recibida (anestesia general, local y local asistida) y el profesional que administro la anestesia (oftalmólogo/anestesiólogo) no demostraron influir en la satisfacción con la anestesia y con la calidad de los servicios de salud. La ansiedad es un factor causante de insatisfacción, en el presente estudio se presentó en el 61% de los pacientes, predominantemente en mujeres. Las principales complicaciones que causaron insatisfacción en nuestros pacientes fueron: dolor (18%), náuseas y vomito (11%) y prurito (10%).

**Conclusiones:** Es importante la evaluación continua de satisfacción en pacientes de cirugía oftalmológica. Los altos niveles de satisfacción permiten afianzar nuestro propósito en salud, que es atención con calidad y calidez.

## ABSTRACT

**Introduction:** Patient satisfaction is a complex concept determined by multiple factors that include the pre-surgical, trans-surgical and post-surgical stage; preoperative anxiety, control of postoperative pain is some of the important aspects in the treatment of surgical patients and are interrelated with a successful recovery and the degree of satisfaction.

**Objective:** To determine the level of anesthetic satisfaction and associated factors in patients undergoing ophthalmologic surgery at the HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.

**Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out, during the months of January to April of 2019; the data of the first 100 post-surgical patients of the ophthalmology service of the Eugenio Espejo Hospital were taken. The patients answered 3 duly validated questionnaires: the IOWA-EISA Scale that assesses anesthetic satisfaction, the SERVQHOS Scale assesses quality of health services and the AMSTERDAM Scale, which measures levels of perioperative anxiety. To quantify the degree of association between variables, odds ratios (OR) were used and to measure statistical significance: Chi square, p value and confidence intervals (95%).

**Results:** Of the 100 patients who participated in the study, 74% presented satisfaction with anesthetic care and 92% with the quality of health services. There is no significant association between the variables age / sex and the degree of satisfaction with anesthetic care and with the quality of health services ( $p > 0.05$ ). The ASA, the type of surgery (scheduled or emergency), the surgical time, the type of anesthesia received (general, local and local anesthesia assisted) and the professional who administered the anesthesia (ophthalmologist / anesthesiologist) did not demonstrate influence on satisfaction with anesthesia and with the quality of health services. Anxiety is a factor causing dissatisfaction, in the present study it was presented in 61% of patients, predominantly in women. The main complications that caused dissatisfaction in our patients were: pain (18%), nausea and vomiting (11%) and pruritus (10%).

**Conclusions:** The continuous evaluation of satisfaction in ophthalmic surgery patients is important. The high levels of satisfaction allow us to strengthen our purpose in health, which is care with quality and warmth.

## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

La satisfacción del paciente es un concepto complejo que está determinado por múltiples factores que abarcan la etapa pre quirúrgica, transquirúrgica y postquirúrgica; la ansiedad preoperatoria, el estado funcional limitado y el control del dolor postoperatorio son aspectos importantes en el tratamiento de los pacientes quirúrgicos y están relacionados con una recuperación exitosa y un nivel elevado de satisfacción. (Gebremedhn & Lemma, 2017)

Cabe mencionar que la anticipación preoperatoria es uno de los principales predictores de experiencias, insatisfacción y trastorno del estado de ánimo después de la operación. (Kiyak, 1988)

La anestesia para cirugía oftalmológica presenta una serie de desafíos a ser superados para obtener un óptimo grado quirúrgico. El anestesiólogo debe tener conocimientos de anatomía ocular, fisiología y farmacología, ya que este tipo de cirugías son consideradas como los “pequeños-grandes detalles”, con muchas peculiaridades que de no tomarse en cuenta, podrían alterar el pronóstico visual del paciente, ocasionando incluso ceguera. (Martínez, 2013)

La presencia del anestesiólogo durante el procedimiento quirúrgico permite realizar cirugías sin dolor, sin complicaciones sistémicas o locales y facilitar un procedimiento libre de estrés para el cirujano y el paciente.

En la década anterior, la anestesia peribulbar (AP) para la cirugía de catarata era la técnica más popular, sin embargo, los avances en la cirugía de catarata y el uso de incisiones pequeñas, acorta la duración de la cirugía, lo que resulta en el uso de anestésicos de acción más corta. (Kuldeep Dole, 2014)

El tipo de intervención, la técnica anestésica y el tipo de paciente, son determinantes para la sedo/analgesia que se va a administrar. La sedoanalgesia puede evitar la taquicardia e hipertensión asociadas a la ansiedad, a la cirugía y a la punción de la anestesia local, ejerciendo un efecto protector en pacientes ancianos, diabéticos o con enfermedades cardiovasculares. Mantener la sedoanalgesia entre niveles superficiales a moderados (grados 3-5 de la escala de Ramsay) es una tarea difícil que requiere una vigilancia continua. (Benatar-Haserfaty & Tercero-López, 2012) La evaluación y la información preoperatoria dada por el oftalmólogo sobre el procedimiento y sus características disminuyen la ansiedad y mejora la satisfacción del paciente. políticamente importante, aunque es un concepto poco especializado, pero comúnmente medido. (Batbaatar. et al, 2015).

## CAPITULO II

### 2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

#### 2.1. CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

La calidad en la atención médica deriva de preguntas básicas propias a la naturaleza misma de la Medicina. Durante las últimas décadas, la calidad de la atención ha alcanzado un desarrollo tal que a la fecha puede describirse y cuantificarse, aun cuando los resultados obtenidos con dicha evaluación deban interpretarse con cautela. (Forrellat. M, 2014)

El esfuerzo de evaluar la calidad de la atención ha sido denominado por Arnold Relman, editor de la revista médica *New England Journal of Medicine*, como **una tercera revolución en la atención médica**. En parte la evaluación de la calidad de la atención se relaciona con los crecientes costos que se derivan de proporcionar dichos servicios, los cuales, a su vez, no necesariamente impactan en una mejoría clara en el estado de salud de la población. (Forrellat. M, 2014)

Se debe considerar algunos aspectos relacionados a calidad:

1. Calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que, por el contrario, debe ser la misma en todos los niveles de atención.
2. No constituye un término absoluto, sino que es un proceso de mejoramiento continuo.
3. Es una cualidad objetiva y medible.
4. Por último, no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la organización. (Forrellat. M, 2014)

Existen varias definiciones para el concepto de calidad aplicado al sector salud, de todas es importante citar, que calidad hace mención a:

"Desempeño adecuado (de acuerdo con las normas) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tienen la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad y discapacidad". (Ipinza Riveros M, 2007)

"La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios". (Ipinza Riveros M, 2007)

Tomando en cuenta el nuevo modelo de atención integral, la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar sus riesgos; la medición del grado de calidad tiene como objetivo

fundamental la **HUMANIZACIÓN DE LA SALUD**. (Ministerio de Salud, 2012)

Esta concepción comparte con las ideas previas de Deming y Juran, el principio de que lo importante en calidad es la orientación hacia el cliente, así que reside en los ojos de quien la contempla.(Camisón, Cruz, & González, 2007)

La satisfacción de las expectativas de los clientes tiene un alto componente subjetivo, por dos razones:

- Se considera que los consumidores tienen diferentes necesidades y expectativas. Cada consumidor percibe cada producto como un conjunto de atributos con diferentes capacidades, para ofrecerle los beneficios deseados y satisfacer sus necesidades.
- La percepción de calidad en la mente del cliente se forja en las impresiones recibidas, en experiencias personales previas.(Camisón et al., 2007)

Calidad, en el sector salud se orienta hacia: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. La prestación de servicios debe realizarse con equidad, esto es, dar más a quién más necesita, garantizando la accesibilidad, con eficiencia, rendimiento y costos acordes.

**ILUSTRACIÓN 1 DIMENSIONES DE LA CALIDAD EN SALUD**



Tomado: Modelo de Atención Integral de salud, MSP, 2012

## **2.2. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO INDICADOR DE CALIDAD**

La satisfacción del paciente ha sido un término popular en los servicios de salud en las últimas décadas debido a su idoneidad. La evaluación de la satisfacción del paciente con los servicios de salud permite algunos cambios positivos en la calidad de la atención médica mediante la identificación de problemas. Un reflejo del punto de vista de los pacientes sobre el funcionamiento de un servicio de salud, mejora la gestión del servicio y el comportamiento de los profesionales de la salud, permite determinar las políticas y los procedimientos de

gestión adecuados y priorizar las asignaciones de recursos y las necesidades de capacitación.(Batbaatar et al., 2015)

Cisne et al. mencionan que la satisfacción del paciente se define como una respuesta emocional a la experiencia de la hospitalización, pero es un proceso cognitivo de la comparación de los resultados con las normas. (Batbaatar et al., 2015)

Del mismo modo, Eriksen formuló que la satisfacción del paciente es una calificación de evaluación de un servicio o proveedor basado en una comparación de las normas subjetivas del paciente a la atención recibida, y presenta una respuesta emocional positiva a la comparación.(Batbaatar et al., 2015)

Donabedian, en su modelo de valoración de la calidad de la asistencia sanitaria basado en los tres componentes de ésta, estructura, proceso y resultado, incluye a la satisfacción como parte de este último. Basándose en este modelo, la satisfacción del paciente podría definirse como una medida de los resultados desde el punto de vista del paciente.(Dra, Jesús, & López, 2015)

Cuando un paciente se encuentra satisfecho, lo está con variables tales como: la accesibilidad, la conveniencia de los servicios de salud, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales de la salud y las propias expectativas y preferencias del paciente; la satisfacción por tanto es considerada de forma complementaria un criterio para la acreditación de instituciones de salud tanto públicas como privadas.(Moura, 2014)

### **2.2.1. Características de satisfacción**

- Es emocional o afectiva.
- Es una congruencia de las expectativas y experiencias reales de un servicio de salud.
- Es una evaluación global de los diferentes aspectos de un servicio de salud, tiene diferentes significados para cada individuo de acuerdo a las creencias, valores, percepciones, emociones, características personales y estado de salud. Por lo tanto, se trata de algo subjetivo y dinámico ya que es relativo de una teoría y juicio humano.(Batbaatar et al., 2015)

### **2.2.2. Factores que influyen en la satisfacción global**

Se han estudiado varios factores que influyen en la satisfacción del paciente y se los divide en categorías:

- **Categoría A: Características del paciente**(Martín, 2015)

Edad, nivel educativo y nivel socioeconómico influyen definitivamente en el grado de satisfacción; proveniente de estudios de calidad, se ha visto una tendencia a que pacientes de edad avanzada, que tienen estudios superiores y su nivel socio económico medio-alto tienen

un grado de satisfacción mayor que aquellos de características opuestas.(Monar, E., 2017)

Con respecto al estado de salud, pacientes con enfermedades crónicas se van a mostrar más insatisfechos con el cuidado pre quirúrgico, pero esto podría ser motivo de discrepancia ya que el estado de insatisfacción se puede presentar por su propia enfermedad y no en relación al cuidado médico, a grosso modo, entre mayor sea la valoración del estado físico ASA, mayor será el grado de insatisfacción.(Monar, E., 2017)

Respecto al género no hay resultados claros sobre su influencia en el nivel de satisfacción, al igual que ocurre con el nivel económico. Por último, el grado de satisfacción alcanzado parece relacionarse directamente con el cumplimiento de las expectativas del paciente. (Martín., 2016)

- **Categoría B: Características de la organización sanitaria**

Se incluyen el acceso, burocracia, organización, instalaciones o comodidades. Los factores implicados en la satisfacción varían según los estudios, desde aquellos que detectan mayor relación con la comodidad, hasta otros como la información o coordinación; la demora en los procesos de registro o alta, es otro de los factores que determina insatisfacción en el paciente.(Martín., 2016)

- **Categoría C: Características de la relación entre paciente y profesional sanitario.**

Existe fuerte evidencia que el determinante más importante de la satisfacción es la confianza que infunde el personal médico que atiende el paciente, ya que de una correcta relación médico-paciente derivan la disminución de estrés, ansiedad y requerimientos de analgesia. (Martín., 2016)

“Un estudio realizado en Colombia 2012, reportó que un 43 % de los pacientes marcaron el adecuado trato de los anesthesiólogos como factor que influye en la satisfacción”.(Monar, E., 2017)

### **2.3. VALORACIÓN DE SATISFACCIÓN**

El alto costo de la atención sanitaria obliga asegurar que el servicio que se presta es de alta calidad. Los métodos de autoevaluación se están introduciendo como una parte integral del sistema sanitario, con el propósito de asegurar eficacia, equidad y seguridad en la atención prestada. (Martín., 2016)

Desde tiempos inmemorables el uso de los formularios de quejas y reclamos fue el instrumento más utilizado para medir el grado de insatisfacción de los pacientes, sin embargo, los datos nunca fueron concluyentes.(Lioudi, 2013)

Existen varios cuestionarios que evalúan la satisfacción de usuario con la atención médica, como ejemplos tenemos: La Escala de satisfacción de IOWA (ISAS) y la Escala de calidad de

recuperación postoperatoria (PQRS), de sus siglas en inglés.(Ayala, 2011)(De los Rios, 2017)

### **2.3.1. “THE IOWA SATISFACTION WITH ANESTHESIA SCALE (ISAS)”**

Esta escala fue desarrollada rigurosamente y ha demostrado ser válida y confiable para evaluar la satisfacción del paciente con el Cuidado Anestésico Monitorizado (CAM) en múltiples escenarios, sobretodo cirugías oftalmológicas; un instrumento de estas características es importante dado el auge que el CAM está teniendo en el medio. Fue desarrollada en la Universidad de Iowa por Dexter et al. en 1972 y es de estimación directa, unidimensional y de tipo discriminativo compuesto por un instructivo corto (Tabla 1), tiene 11 ítems todos con el mismo peso o importancia (Tabla 2). Los ítems están escritos como afirmaciones donde la primera expresa una sensación negativa, la segunda una sensación positiva y así sucesivamente.(Iowa, 2014)

Este ordenamiento evita el sesgo de aquiescencia, definida como la tendencia de los sujetos a estar siempre de acuerdo con las preguntas o afirmaciones de la escala sin importar su contenido. Para cada ítem existe una respuesta de carácter politómico de 6 posibilidades de tipo numérico con un puntaje de -3 a +3 que permite un análisis cuantitativo. Para las afirmaciones que están escritas con sentido positivo como, por ejemplo: Me sentí bien (I felt good) si se responde con una de las opciones «de acuerdo» implicaría satisfacción con la anestesia y para las afirmaciones escritas con sentido negativo si se responde con una opción «desacuerdo» se estaría expresando insatisfacción con la anestesia; al final de la encuesta las preguntas negativas son revertidas y se realiza un promedio de las 11 preguntas, el puntaje medio determina: si el valor es menor al puntaje medio, el paciente se encuentra insatisfecho y si el valor se encuentra por encima de la media, el paciente está satisfecho con el cuidado anestésico. El tiempo promedio de completar la escala toma entre 4 a 5 minutos. (Dexter, 2014)

Jiménez García y Capera aplicaron como instrumento definitivo la escala de satisfacción de Iowa (ISAS original) en 117 sujetos mayores de 18 años, ASA I-III, en dos instituciones de salud en Villavicencio (Departamento del Meta, Colombia) para medir la validez de criterio concurrente entre los pacientes y su anesthesiólogo. Se estableció la consistencia interna de la escala en su primera aplicación a los sujetos y se aplicó por segunda y tercera vez para verificar confiabilidad. Concluyeron que la escala ISAS, es un instrumento válido y confiable (valor del alfa de Cronbach de 0,71 para un intervalo de confianza del 95%) para medir objetivamente la satisfacción del paciente en cirugía oftalmológica bajo cuidados anestésicos monitorizados e incluso otro tipo de anestesia. (De los Ríos. et al., 2017)

A continuación, se detallan los puntos a valorar en la escala:

**TABLA 1 INSTRUCCIONES DE ESCALA EISA**

Cada declaración en la encuesta describe una sensación que pudo haber tenido durante su anestesia. Para cada pregunta, marque la respuesta que mejor describa como usted se sintió. Si la sensación expresada no describe cómo se sintió, marque una respuesta en desacuerdo. Si la sensación describe cómo se sintió, marque una respuesta de acuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Marque una sola respuesta, haga esto colocando una X al lado de la línea que mejor exprese su opinión acerca de la pregunta en cuestión. Nadie debería ayudarlo a completar la encuesta. Solo debe leer encuesta y marcar la respuesta que parece encajar mejor. Por favor tómese su tiempo. Queremos que sus respuestas sean precisas.

Tomado y modificado de Dexter et al. 2014

**TABLA 2 DECLARACIONES DE LA ESCALA EISA**

- 1 Vomité o sentí ganas de vomitar
- 2 Me gustaría tener la misma anestesia de nuevo
- 3 Sentí comezón
- 4 Me sentí relajado, tranquilo
- 5 Sentí dolor
- 6 Me sentí seguro, confiado
- 7 Tenía demasiado frío o calor
- 8 Quede satisfecho, contento con mi cuidado anestésico
- 9 Sentí dolor durante la cirugía
- 10 Me sentí bien
- 11 Me duele

#### Opciones de respuesta para la escala EISA

##### Puntuación.

- .....En total desacuerdo -3
- .....En moderado desacuerdo -2
- .....En leve desacuerdo -1
- .....En leve acuerdo +1
- .....En moderado acuerdo +2
- .....En total acuerdo +3

Adaptado de Dexter et al. 2014

Estas opciones de respuesta están impresas debajo de cada afirmación y verticalmente para evitar que quien responde marque una opción que no es la escogida. Antes de calcular el puntaje final de la escala, el cual es el promedio de los valores para los 11 ítems, el puntaje que se haya dado para las afirmaciones con un sentido negativo debe ser reversado. Un paciente totalmente satisfecho tendrá un puntaje de 3 que es el máximo posible.

Tomado y modificado de Dexter et al. 2014

## 2.3.2. MODELO SERVQHOS PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El cuestionario SERVQHOS desarrollado en España, es una herramienta en el sector hospitalario, que permite conocer la calidad percibida por el paciente. Este cuestionario es una

adaptación de la escala SERVQUAL y ha demostrado ser una opción adecuada para evaluar satisfacción hospitalaria. (Barragan, 2010).

Permite identificar oportunidades de mejora y, por tanto, capacita para la toma de decisiones a la dirección y a los propios profesionales sanitarios que intervengan en el proceso del paciente.(Numpaqué-Pacabaque & Rocha-Buelvas, 2016)

Está organizado en cuatro partes:

1. Objetivos e importancia de la información solicitada al usuario. Establece aspectos éticos (consentimiento para su aplicación); determina que la información será manejada de forma anónima y confidencial,
2. 19 ítems que se evalúan mediante una escala de Likert,
3. Encuesta adicional que indaga sobre la satisfacción global y aspectos relacionados con la misma.
4. Datos sociodemográficos de los usuarios que diligencian el cuestionario, como sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y ocupación. Existe un espacio en blanco adicional en el cual el usuario puede escribir las sugerencias que tenga para el mejoramiento de la calidad de la atención hospitalaria.(Numpaqué-Pacabaque & Rocha-Buelvas, 2016)

El cuestionario SERVQHOS posee confiabilidad alfa de Cronbach de 0.96, estos valores reflejan una confiabilidad aceptable de la escala y su aplicabilidad a cualquier tipo de estudio. Las 19 preguntas, se agrupan en dos bloques: 10 preguntas valoran la calidad subjetiva (cortesía, empatía, capacidad de respuesta y competencia profesional), y 9 preguntas valoran la calidad objetiva (estado de las habitaciones la fiabilidad de los horarios). El paciente da una puntuación en una escala de Likert, que va de 1 (mucho peor de lo que esperaba) a 5 (mucho mejor de lo que esperaba). (Tabla 3)

Para valorar los resultados de la encuesta, se calcula la media aritmética de cada uno de los bloques de preguntas y a su vez, la media entre los dos bloques. Se ha seleccionado como punto de corte una puntuación final de 2.99, de esta manera serán considerados pacientes satisfechos aquellos cuya puntuación final sea superior a 2.99 y pacientes insatisfechos aquellos cuya puntuación final sea inferior a 2.99.

**TABLA 3 MODELO DE PUNTUACIÓN SERVQHOS: EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD**

ÍTEMS	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Lo que esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
	1	2	3	4	5
1. Amabilidad del personal					
2. Apariencia del personal					
3. Comprensión de sus necesidades					
4. Confianza y seguridad					
5. Disposición para su ayuda					
6. Tiempo de espera					
7. Comodidad de las Habitaciones					
8. Información que da el Anestesiólogo					
9. Interés por cumplir objetivos pre quirúrgicas					
10. Señalización fuera de quirófano					
11. Preparación del personal para su cirugía					
12. Puntualidad de su cirugía					
13. Rapidez de respuesta ante sus demandas					
14. Señalización en quirófano					
15. Trato personalizado					
16. Interés del personal enfermería					
17. Interés por solucionar sus problemas					
18. Información a sus familiares					
19. Tecnología biomédica en quirófano					

**Tomado:** Estudio de satisfacción en pacientes hospitalizados en un servicio de urología, 2014

#### **2.4. SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN**

La gestión médica sirve como enlace permanente entre el beneficiario del sistema de salud y los diferentes prestadores de los servicios de salud. (Castellanos. et al, 2013)

Desde el 1° de enero de 2009 en todos los hospitales certificados por el Consejo de Salubridad General según los Estándares Internacionales para la Acreditación de *Joint Commission International*, se crearon las metas internacionales para la seguridad del paciente; su propósito es promover mejoras y detectar las áreas problemáticas dentro de la atención médica, describir las soluciones para las mismas y por ultimo reducir costos, todo basado en evidencia científica así como en el conocimiento de expertos. (Castellanos-Olivares et al., 2013)

En Ecuador desde hace una década se ha impulsado una mejora en los procesos hospitalarios, con el fin de brindar una mejor atención a sus pacientes, invirtiendo en instalaciones, contratando personal capacitado, implementado tecnología médica de punta. (Monar, E., 2017)

## **2.5. ANESTESIA EN CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA**

La cirugía oftálmica es actualmente el procedimiento más común entre la población adulta y sobretodo anciana, su resultado suele ser bueno dado que los trastornos oculares generalmente no son mortales. (Fang, 2016)

La vista es considerada como nuestro sentido más valioso, ya que permite una interacción con el entorno. Es fácil comprender que un individuo sometido a una operación oftalmológica desarrolle un alto grado de ansiedad, que será aún mayor si la intervención transcurre con dolor. (García Alcolea, 2010)

Los pacientes programados para cirugía oftalmológica, por lo general, cursan los extremos de la vida, son pacientes neonatos o ancianos, éstos últimos con múltiples comorbilidades que ponen en una balanza lo que se debería hacer en cuanto al manejo anestésico y lo que se puede hacer para no complicar dichas comorbilidades. (VEGA, 2014)

Como hemos hablado anteriormente la mayoría de procedimientos se llevan a cabo bajo anestesia loco-regional donde el oftalmólogo es el encargado de su administración, pero que pasa cuando el anesthesiólogo interviene para la administración de sedo-analgésia, tal vez la percepción de los pacientes mejora en cuanto a satisfacción global con un servicio. (VEGA, 2014)

La mayoría de cirugías oftalmológicas se realizan en pacientes ancianos, en quienes la administración de anestesia loco-regional, puede desencadenar complicaciones graves que si no son manejadas adecuadamente pueden llevar a la muerte del paciente, de ahí la importancia de conocer los mecanismos fisiológicos de la respuesta sensorial ocular. (Nazar J, Zamora H, & González A, 2015)

### 2.5.1. Ojo

El ojo es una esfera con un diámetro aproximado de 24 mm. Está alojado en la órbita ósea piramidal. (Ronald D. Miller, 2015)

La pared del globo ocular tiene tres capas:

- La capa fibrosa externa (córnea y esclerótica)
- La capa vascular media (corioides, cuerpo ciliar e iris)
- La capa interna (retina)

Párpados: el margen del párpado está formado por la placa tarsal subyacente que proporciona fuerza a los párpados y les ayuda a abrazar la superficie ocular. El sistema canalicular es esencial para drenar las lágrimas desde la superficie ocular hacia la nasofaringe.

La órbita ósea se compone de siete huesos, pero se puede simplificar clínicamente en el techo orbital, el piso, la pared medial y la pared lateral. La pared medial es muy delgada y comúnmente fracturada, a menudo junto con el piso. (Matthew F Gardiner et al., n.d.)

**COMPARTIMENTO ORBITAL:** además del ojo, el compartimento orbital alberga las siguientes estructuras:

- Músculos extra oculares
- La grasa retro orbital
- La arteria oftálmica (que da lugar a la arteria retiniana central)
- Las venas orbitales superior e inferior

Las estructuras oculares están inervadas por nervios craneales. El nervio óptico (II) transmite las señales neurales de la retina. Los nervios oculomotor (III), troclear (IV) y abducens (VI) controlan los músculos extraoculares. La sensibilidad del tacto y del dolor se transmite por el nervio trigémino (V). (Ronald D. Miller et al., 2010)

La sensibilidad del párpado inferior se vehicula por el nervio maxilar y la del superior por el ramo frontal del nervio oftálmico. El ramo nasociliar del nervio oftálmico envía fibras sensitivas al ángulo medial del ojo, el saco lagrimal y el ganglio ciliar. El ganglio ciliar proporciona la inervación sensitiva a la córnea, el iris y el cuerpo ciliar. Las fibras parasimpáticas se originan en el nervio oculomotor (III) y hacen sinapsis en el ganglio ciliar antes de inervar el músculo esfínter del iris. Las fibras simpáticas se originan en el plexo carotideo y discurren a través del ganglio ciliar para inervar el músculo dilatador del iris. El bloqueo con anestesia local del ganglio ciliar produce una pupila fija en posición de dilatación media. El nervio facial (VII) sale de la base del cráneo por el agujero estilo mastoideo. Proporciona la inervación motora del músculo orbicular a través del ramo cigomático. (Ronald D. Miller, 2015)

### **2.5.2. Presión intraocular**

El riesgo sanguíneo de la retina y del nervio óptico depende de la presión de perfusión intraocular. Esta presión de perfusión se define como la diferencia entre la presión arterial media y la presión intraocular (PIO). Una PIO alta disminuye el riego sanguíneo y causa disfunción del nervio óptico. Después de hacer una incisión en el globo ocular, los factores que suben la PIO pueden causar prolapso y pérdida del contenido intraocular, con la consiguiente pérdida permanente de la visión.(Ronald D. Miller, 2015) La presión normal es de 10 a 20 mmHg. (Dania Idelisa, Leslie J, Pozo Romero, & Colmenares Sancho, 2010)

Entonces, cualquier evento anestésico que altere la presión intraocular como la laringoscopia, intubación, obstrucción de las vías respiratorias, tos y posición de Trendelenburg, puede producir ceguera en el paciente. (VEGA, 2014)

### **2.5.3. Reflejo óculo-cardíaco**

Los primeros en describir el reflejo óculo-cardíaco fueron Aschner y Dagnini en 1981. Aplicar tracción a los músculos extraoculares o presión sobre el globo ocular produce bradicardia, bloqueo auriculo-ventricular, ectopia ventricular o asistolia.(Ronald D. Miller, 2015)

Los receptores de estiramiento se localizan en los músculos extraoculares. Una vez activados, estos receptores envían señales aferentes a través de los nervios ciliares cortos y largos. Los nervios ciliares se unen a la división oftalmológica del nervio trigémino a nivel del ganglio ciliar. El nervio trigémino conduce estos impulsos al ganglio de Gasser, aumentando de este modo el tono parasimpático y la subsiguiente bradicardia.(Dania Idelisa et al., 2010)

La estimulación de los nervios parasimpáticos del corazón (vagos) hace que se libere acetilcolina en las terminaciones vagales, disminuyendo la rapidez del ritmo del nodo Sino-Auricular y también la excitabilidad de las fibras de unión Auriculo-Ventriculares, con lo cual hace más lenta la transmisión del impulso cardíaco hacia los ventrículos. Una estimulación muy enérgica de los vagos puede parar completamente la contracción rítmica del nodo Sino-Auricular.(Dania Idelisa et al., 2010)

Ante la aparición del reflujo óculo cardíaco debemos: (1) notificar inmediatamente al cirujano y que cese temporalmente la estimulación quirúrgica hasta que aumenta la frecuencia cardíaca; (2) confirmar ventilación, oxigenación y profundidad anestésica adecuada; (3) administrar atropina intravenosa (10 mcg/kg) si persiste la bradicardia severa.(Morgan, 2013)

### **2.5.4. Visita preanestésica**

La cirugía oftalmológica puede ser un episodio de vital importancia en la vida del paciente

que cursa los extremos de la vida.

Crear una relación profesional disminuye la ansiedad y ayuda a preparar al paciente para la intervención quirúrgica. Dar información es tan importante como recibirla. Un paciente informado está más tranquilo, cómodo y colaborador. (Ronald D. Miller, 2015)

Algunos expertos creen que no es necesaria una evaluación preoperatoria porque la extracción de una catarata es una intervención poco invasiva y sin pérdida de sangre. (Ronald D. Miller, 2015) Numerosos estudios muestran que las cirugías oftalmológicas al ser procedimientos poco invasivos no deberían tener control pre anestésico excepto en situaciones especiales como aquellos que no toleran el decúbito supino, con dolor precordial, disnea, tienen marcapasos o desfibriladores internos o en quienes sufrieron un síndrome coronario agudo reciente, están en diálisis o se administran insulina.(Vega et al., 2014)

Mencionamos este aspecto, porque si bien es cierto que la relación médico-paciente es la clave de un nivel de satisfacción anestésico adecuado, también lo es el tiempo transcurrido desde la programación de la cirugía hasta la visita pre anestésica; muchos pacientes muestran insatisfacción por los tiempos de espera, hasta la complementación de valoraciones y pruebas de rutina, en ocasiones nos enfrentamos a pacientes que arrastran procedimientos suspendidos lo cual disminuye su grado de satisfacción tanto con el personal como con el sistema. Los estudios complementarios deberían ser indicados en pacientes en quien la posibilidad de anestesia general es alta y sumado a esto, tienen comorbilidades. (Schein & Pronovost, 2017)

## **2.6. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OFTALMOLÓGICOS**

Estos procedimientos deberían ser conocidos por todo el equipo médico, sin embargo, en algunas unidades de salud se desconocen los mismos y en ocasiones el no dar información al paciente sobre el procedimiento, lleva a que se sienta inseguro y con ansiedad en la cirugía.

**TABLA 4 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OFTALMOLÓGICOS**

---

Extracción de cataratas
Reparación de laceración corneal
Trasplante de córnea (queratoplastia penetrante)
Iridectomía periférica
Eliminación de cuerpos extraños
Reparación de globo roto
Implantación de lente intraocular secundaria
Trabeculectomía
Vitrectomía (anterior y posterior)
Reparación de fugas de heridas

---

Tomado y modificado: Morgan., 2013

### **2.6.1. Glaucoma**

El glaucoma de ángulo abierto generalmente surge de la obstrucción crónica del drenaje del humor acuoso y se caracteriza por un curso progresivo e insidioso que puede ser indoloro.(Álvaro A, 2018)

**Cirugías de glaucoma:** (Trabeculectomía, procedimientos de ángulo y procedimientos de derivación de tubo (por ejemplo, válvula de glaucoma Ahmed y otros implantes)). Estos procedimientos toman aproximadamente de 30 a 60 minutos. Por lo general, se requiere un bloqueo regional, ya sea retro bulbar, peri bulbar o sub-Tenon, para el procedimiento. A menudo se necesita un nivel moderado de sedo analgesia para liberar la ansiedad y el dolor de los pacientes si el bloqueo regional es incompleto, lo que ocurre en 1-5% de los casos. (Fang, 2016)

### **2.6.2. Catarata**

Son opacidades del cristalino del ojo. El tiempo para realizar una cirugía de catarata varía de 10 minutos a 40 minutos, dependiendo de la densidad de la catarata, la cooperación del paciente y la habilidad y experiencia de los cirujanos. El control del dolor en este tipo de procedimientos puede lograrse mediante un bloqueo regional (bloqueo retro bulbar, peri bulbar o subtenon) o anestésicos tópicos con lidocaína intracameral, aunque este último está ganando popularidad en la actualidad. A menudo las incisiones son pequeñas y sin suturas lo cual permite que se pueda usar anestesia tópica con una sedación leve. La adecuada evaluación preoperatoria del paciente, la preparación eficiente del paciente el día de la cirugía, la titulación cuidadosa de los sedantes, permite asegurar que los pacientes estén cómodos sin dolor o movimiento y la recuperación sea rápida. La sedación adecuada, es especialmente importante durante la cirugía de cataratas con anestésicos tópicos o locales. (Ronald D. Miller et al., 2010)

### **2.6.3. Cirugía vitreorretiniana**

**Desprendimiento de retina:** El tratamiento del desprendimiento de retina consiste en determinar todos los orificios, crear adherencias coriorretinianas y doblar la esclerótica con cintas de silicona alrededor del globo ocular para que la esclerótica sustente la retina. (Ronald D. Miller, 2015)

**Vitrectomía:** Es la extirpación quirúrgica del contenido de la cámara vítrea y su sustitución por suero fisiológico. (Ronald D. Miller, 2015). La vitrectomía posterior está indicada para extraer cuerpos libres, reparar desprendimientos de retina, extirpar membranas y opacidades, y para disminuir la tracción del vítreo sobre la retina.(Ronald D. Miller et al., 2010). El tiempo necesario para la cirugía de retina por vitrectomía varía desde 15 minutos para

desprender una membrana epirretiniana hasta varias horas para reparar el desprendimiento de retina complejo. Por lo general, se realiza bajo monitorización anestésica continua con bloqueo retro bulbar. (Cortinas et al., 2006)

#### **2.6.4. Cirugía de estrabismo**

Es un procedimiento para alterar la longitud de los músculos extraoculares. En el transquirúrgico es importante evaluar:

1. La manipulación quirúrgica frecuentemente provoca el reflejo oculocardíaco especialmente cuando se manipula el músculo ocular interno.
2. Náuseas y vómito posoperatorio (NVPO) son muy frecuentes. (Richard M. Pino, MD, PhD, 2016)

La reparación se puede realizar bajo anestesia tópica y monitorización continua anestésica para reparaciones simples, aunque la mayoría se realiza bajo anestesia general; un paciente cooperador bajo monitorización continua anestésica durante la reparación del estrabismo idealmente permitirá a los cirujanos controlar el resultado del procedimiento.(Fang, 2016)

El monitoreo vigilante del ritmo cardiaco por electrocardiograma y el tratamiento oportuno es imprescindible. Se requieren de 15 a 30 minutos para reparar un músculo del ojo, sin embargo, podría llevar de dos a tres horas completar una reparación de múltiples músculos. (Fang, 2016)

#### **2.6.5. Trasplante de cornea**

La mayoría del trasplante de córnea se realiza bajo monitoreo anestésico continuo con bloqueo retrobulbar, aunque la anestesia general se sigue reservando para pacientes no cooperadores, procedimientos prolongados combinados con vitrectomía, en pacientes donde el bloqueo retrobulbar está contraindicado debido a su anatomía, o después de un trauma.(Ronald D. Miller et al., 2010)

Dependiendo de la técnica que se use, el trasplante de córnea tarda de una a dos horas en completarse.(Fang, 2016)

#### **2.6.6. Cirugía oculoplástica**

La mayor parte de la cirugía oculoplástica se realiza con anestesia local mediante infiltración. En algunas intervenciones más intensivas y prolongadas, es necesaria una anestesia general.

**Reparación de ectropión:** El ectropión está causado habitualmente por los efectos del envejecimiento en el párpado. Otras causas son los trastornos mecánicos o congénitos. El párpado se voltea hacia fuera. El entropión involutivo suele estar relacionado con el

envejecimiento y el párpado se invierte o voltea hacia dentro.(Ronald D. Miller et al., 2010)

**Reparación de ptosis:** la caída del párpado superior, puede ser congénita (distrofia del músculo elevador) o adquirida por envejecimiento o traumatismo.

**La Blefaroplastia:** es una cirugía de los párpados para extirpar tejido redundante que obstruye la visión o para mejorar la estética.(Ronald D. Miller, 2015). Estos procedimientos duran entre 30 minutos y dos horas, dependiendo de la extensión de la reparación. Se realiza casi exclusivamente con MAC y con inyección de anestésicos locales. Es importante tomar en cuenta la dosis total de lidocaína inyectada durante el procedimiento para prevenir la toxicidad, especialmente si el procedimiento es prolongado y se requieren múltiples inyecciones.

**La orbitotomía y la dacriocistorrinostomía:** son mucho más invasivas en términos de daño tisular y potencial de hemorragia en comparación con los procedimientos de los párpados, que demoran alrededor de una o dos horas. Los procedimientos que involucran la estructura ósea de la pared orbitaria o la abertura nasal del conducto lagrimal tienen el potencial de causar un dolor mayor. La mayoría de los cirujanos prefieren realizar ambos procedimientos bajo anestesia general debido a su preocupación de que el control del dolor pueda no ser adecuado.(Leiva, 2017)

### **2.6.7. Urgencias oftalmológicas**

La mayor parte de las intervenciones quirúrgicas oftalmológicas urgentes no precisan una actuación inmediata. Esto es importante, porque el plan anestésico debe tener en cuenta el estado de ayuno y el estado de salud global del paciente. Esto no se aplica a las auténticas emergencias oftalmológicas, en las cuales el tratamiento debe iniciarse en minutos. Otras intervenciones quirúrgicas oftalmológicas urgentes pueden empezar entre 1 y varias horas después, sin que esto influya en el resultado. (Richard M. Pino, MD, PhD, 2016)

**Emergencias reales:** Quemaduras químicas de la córnea u oclusión de la arteria central de la retina.

**Situaciones urgentes:** Lesiones abiertas del globo ocular, endoftalmitis, glaucoma de ángulo estrecho agudo, desprendimiento de retina agudo, cuerpo extraño corneal y desgarro palpebral.(Ronald D. Miller, 2015)

**Situaciones semi-urgentes** El tratamiento debe empezar en días, pero en ocasiones puede retrasarse varias semanas.

Estas situaciones comprenden tumores oculares, fracturas por estallido de la órbita, catarata congénita y desprendimiento de retina crónico.(Ronald D. Miller, 2015)

### **2.6.8. Incisión y drenaje de calacio**

Un calacio es una masa en el párpado causada por la inflamación crónica de una glándula de Meibomio. El tratamiento quirúrgico está indicado si la respuesta a las medidas conservadoras es inadecuada. (Ronald D. Miller, 2015)

### **2.6.9. Enucleación**

Se refiere a la extirpación de todo el globo ocular después de haber cortado los músculos y el nervio óptico. Las indicaciones son un ojo ciego doloroso y los tumores intraoculares. (Ronald D. Miller, 2015)

## **2.7. CUIDADOS ANESTÉSICOS MONITORIZADOS EN ADULTOS (MAC)**

El cuidado de anestesia monitorizado (MAC, por sus siglas en inglés) es un tipo de servicio de anestesia en el que un anestesiólogo realiza una monitorización continua de las funciones vitales del paciente; diagnostica y trata los problemas clínicos que ocurren; realiza la administración de medicamentos sedantes, ansiolíticos o analgésicos si es necesario; y se convierte en anestesia general si es necesario. Aproximadamente un tercio de los servicios de anestesia ambulatoria oftalmológica para procedimientos diagnósticos o terapéuticos en los Estados Unidos se brindan como MAC a menudo en ubicaciones fuera de la sala de operaciones. (Eric B Rosero, 2018)

### **2.7.1. Monitoreo fisiológico estándar**

Además de la observación clínica, se debe emplear el monitoreo estándar de la American Society of Anesthesiologists (ASA) durante MAC (es decir, electrocardiograma, presión arterial no invasiva, oximetría de pulso, temperatura, frecuencia cardíaca) como si se tratara de anestesia general. Además, la monitorización del dióxido de carbono exhalado (capnografía) es un monitor estándar para los pacientes que reciben sedación moderada a profunda o anestesia general. Durante la sedación, la capnografía facilita la detección temprana de apnea y obstrucción de las vías respiratorias, predice el desarrollo de hipoxemia y puede reducir lesiones relacionadas con depresión respiratoria. (Eric B Rosero, 2018)

### **2.7.2. Estado físico del paciente (ASA)**

En caso de monitorización continua anestésica, el paciente debe ser evaluado para detectar afecciones que aumentan la sensibilidad a los medicamentos sedantes y analgésicos. Según las directrices de la Sociedad Europea de Anestesiología para sedación y analgesia de procedimiento, los pacientes con las siguientes comorbilidades y afecciones tienen un mayor riesgo de complicaciones: enfermedad cardiovascular grave, riesgo documentado o

sospechado de síndrome de apnea obstructiva del sueño, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, enfermedad crónica enfermedad hepática (modelo para el puntaje de enfermedad hepática en etapa terminal >10), edad >70 años y estado físico III a IV de la Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos (ASA). (Eric B Rosero, 2018)

## **2.8. TÉCNICAS ANESTÉSICAS EMPLEADAS EN CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA**

### **2.8.1. Anestesia regional**

La cirugía oftalmológica requiere de manera habitual, inmovilidad (acinesia) del ojo y una anestesia profunda del foco quirúrgico. Cualquier molestia durante la intervención puede magnificarse por la ansiedad del paciente y el miedo a una posible pérdida de visión. Se han ideado diversas técnicas de anestesia regional para satisfacer las necesidades de la cirugía oftalmológica que generalmente son fiables y seguras, sin embargo, muchos de estos bloqueos se asocian a malestar y ansiedad, y también a complicaciones poco frecuentes pero graves. A menudo se emplea sedación intravenosa complementaria y control continuo del paciente. (Álvaro A, 2018)

La cirugía de catarata y la vitrectomía son los procedimientos intraoculares más frecuentemente realizados bajo técnicas de anestesia locoregional.(VEGA, 2014)

#### **a.- Bloqueo peribulbar (Bloque extraconal)**

Tiene un perfil de riesgo menor, al permanecer porque se realiza fuera del cono muscular y conserva la ventaja de la anestesia con aquinesia. Se han utilizado varios compuestos en esta inyección regional, que incluyen lidocaína, bupivacaína, ropivacaína o una combinación de los mismos. (Assam J & A., 2018)

La técnica peribulbar regional Sub-Tenon fue descrita por Stevens en una serie de 50 pacientes en 1992. Los factores de riesgo para la modalidad anestésica sub-Tenon incluyen quemosis, hemorragia subconjuntival, hemorragia retrobulbar, infección y trauma de los músculos extraoculares y los nervios craneales dentro de la órbita. El dolor durante la inyección a menudo se reporta como moderado. (Assam J & A., 2018)

#### **b.- Bloqueo retrobulbar (Bloqueo intraconal)**

De manera general la anestesia retrobulbar consiste en la inyección de 3-5 ml de anestésico en el espacio intraconal, causando un bloqueo de los pares craneales II, III y VI, lo que produce parálisis de los músculos extraoculares distintos del oblicuo superior. Las inyecciones retrobulbares típicamente utilizan una formulación compuesta que incorpora una amida de acción prolongada para proporcionar una duración de bloqueo con una amida de acción corta para acelerar el inicio. Con mayor frecuencia, se usa lidocaína al 2% y bupivacaína 0,75%,

pero se han reportado otras formulaciones. Esta técnica es aún común en áreas del mundo donde la sedación consciente y otras modalidades son menos accesibles. La inyección en el espacio intraconal puede ser dolorosa, asociada con un aumento de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco, y puede causar efectos secundarios graves que incluyen perforación del globo ocular, anestesia del tallo cerebral, hemorragia retrobulbar y lesión del nervio óptico. (Assam J & A., 2018)

El dolor y la ansiedad generalmente se experimentan en el momento de inyección. Tanto la inserción de la aguja como la expansión de líquido en el espacio retrobulbar pueden causar molestias. Las técnicas de reducción del dolor incluyen pre medicación, cambios en la técnica de inyección y utilización de terapia adjunta.(Álvaro A, 2018)

### **2.8.2. Anestesia tópica**

La anestesia tópica tiende a ser la opción preferida por algunos cirujanos y se ha informado que ofrece menos complicaciones con un costo menor que las técnicas regionales. (Assam J & A., 2018) Un meta análisis ha demostrado que, aunque los bloqueos regionales pueden proporcionar mejor control del dolor sobre la anestesia tópica sola, los pacientes tienden a preferir las opciones tópicas. (Álvaro A, 2018)

**Desventajas:** La anestesia tópica es menos adecuada en casos de falta de cooperación o pacientes demasiado ansiosos y requiere más experiencia para evitar complicaciones quirúrgicas. La técnica solo anestesia las fibras superficiales del trigémino, esto deja estructuras intraoculares sin anestésicar, que aumenta el dolor en casos complicados que requieren la manipulación del iris o la sutura posterior del implante de la lente. (Assam et al., 2018)

Apil y colaboradores, evaluaron el dolor intraoperatorio en diferentes etapas de la cirugía de catarata con la aplicación de proparacaína tópica al 0,5%. En el intraoperatorio, se experimentó una diferencia significativa en el dolor con los pasos de hidrodissección y facoemulsificación en comparación con otros pasos del procedimiento. (Álvaro A, 2018). Otras formas descritas para reducir el dolor en casos de anestesia tópica incluyen lidocaína intracameral.(Assam J & A., 2018)

### **2.8.3. Sedación y Analgesia**

La sedación implica una disminución del estado de conciencia inducido por fármacos que puede ir desde la vigilia hasta la anestesia general. Si se administran sedantes y/o analgésicos durante el MAC, la profundidad de la sedación debe evaluarse continuamente para evitar una sedación excesiva o anestesia general.(Eric B Rosero, 2018)

**Evaluación clínica de la sedación:** la ASA ha creado definiciones ampliamente aceptadas para la sedación mínima, moderada y profunda basadas en la capacidad de respuesta a la estimulación verbal, táctil y dolorosa. De acuerdo con estas definiciones, los pacientes que han recibido sedación profunda responden solo a la estimulación repetida o dolorosa, pueden requerir intervención en la vía aérea y pueden tener una ventilación espontánea inadecuada. Es importante destacar que, cualquier paciente que es inmune a un estímulo doloroso está, por definición, bajo anestesia general. Además de las definiciones de ASA, otros instrumentos validados para la evaluación del nivel de sedación que pueden utilizarse durante MAC incluyen la Escala de sedación de Ramsay. (Eric B Rosero, 2018)

**TABLA 5 ESCALA RAMSAY**

<b>Puntuación clínica</b>	<b>Características del paciente</b>
<b>1</b>	Despierto; agitado o inquieto o ambos
<b>2</b>	Despierto; cooperativo, orientado y tranquilo
<b>3</b>	Despierta, pero solo responde a los comandos
<b>4</b>	Dormido; respuesta enérgica al toque ligero o estímulo auditivo fuerte
<b>5</b>	Dormido; respuesta lenta al toque ligero o estímulo auditivo fuerte
<b>6</b>	Dormido; no hay respuesta al estímulo auditivo fuerte

Tomado de: Eric B Rosero, 2018

### **Sedación con benzodiazepinas**

Las benzodiazepinas reducen la ansiedad del paciente, pero no son analgésicos. No mitigan directamente la transmisión del dolor, sino que producen amnesia anterógrada lo cual hace que el paciente pierda la capacidad de recordar el dolor. Los efectos secundarios incluyen desinhibición a dosis mínimas a moderadas y depresión respiratoria a dosis altas, estos efectos presentan mayor impacto en pacientes de edad avanzada, ya que aumentan el riesgo de demencia y delirio. La decisión sobre el uso de benzodiazepinas y el tipo de agente a usar, pueden variar según las necesidades del paciente o del cirujano, y la duración del procedimiento. (Assam J & A., 2018)

Venkatakrishnan y colaboradores, investigaron pacientes sin y con sedación usando midazolam y encontraron que los pacientes que recibieron sedación, experimentaron significativamente menos ansiedad, fueron más cooperadores y se vieron significativamente menos afectados por la luz del microscopio quirúrgico. (Assam J & A., 2018)

Boezaart y colaboradores, en cambio evaluaron los beneficios de varias benzodiazepinas para el alivio del dolor en la inyección retrobulbar, y no encontraron diferencias en el dolor

postquirúrgico o el dolor durante la inyección. Este estudio señaló además que un número significativamente mayor de pacientes describió la incomodidad con la colocación de la vía intravenosa para la administración de sedantes más que la inyección regional. Tales observaciones llevaron a los autores a concluir que la terapia ansiolítica puede ser innecesaria cuando la técnica de inyección causa un dolor mínimo y puede presentar mayor riesgo por los efectos secundarios. (Assam J & A., 2018)

Un ensayo clínico no ciego comparó diazepam oral administrado 30 minutos antes de la cirugía con midazolam intravenoso inmediatamente antes de la cirugía y mostró una mejor cooperación y menos movimientos indeseados en el grupo de diazepam oral, aunque no hubo diferencias en cuanto a niveles de dolor.

Los intentos de administración oral y sublingual de sedantes no son nuevos en la cirugía oftálmica, y existen incentivos para encontrar métodos de administración de ansiolíticos y anestésicos menos invasivos. Un producto emergente que demuestra esta tendencia de invasividad reducida es el MKO Melt (Imprimis Pharmaceuticals, Inc., San Diego, CALIFORNIA). Este producto es una combinación formulada de midazolam, ketamina y ondansetron envasado en un sistema de administración sublingual; ha sido promocionado para reducir los tiempos quirúrgicos y mejorar la satisfacción del paciente, aunque la evidencia actual sobre la eficacia del producto sigue siendo anecdótica.

### **Analgésicos**

El fentanilo y el remifentanilo se usan a menudo como adyuvantes sedantes en caso de bloqueos nerviosos regionales o en anestesia tópica, particularmente en pacientes mayores de 65 años, donde los efectos secundarios de las benzodiacepinas presentan mayores riesgos. El uso suplementario de estos opiáceos sintéticos ha demostrado una eficacia superior en la reducción de los movimientos no deseados en comparación con el propofol. (Assam J & A., 2018)

**Fentanilo** : el fentanilo se usa generalmente en bolos intravenosos intermitentes pequeños de 25 a 50 mcg IV, con dosis reducidas en adultos mayores o cuando se administra en combinación con otros sedantes / hipnóticos. El inicio de acción es de uno a tres minutos, con un efecto máximo en aproximadamente seis minutos. La duración de la acción del fentanilo es de aproximadamente 30 a 60 minutos.(Eric B Rosero, 2018)

Los riesgos de usar fentanilo incluyen miosis, depresión respiratoria, náuseas, vómitos, prurito y aumento de la sensibilidad de los opioides en las poblaciones ancianas; sin embargo, se ha demostrado que dosis más bajas de 0,7 µg / kg son seguras en esta población.(Assam J

& A., 2018)a

**Remifentanilo** : el remifentanilo es un opioide de acción ultracorta con un inicio de efecto muy rápido (60 a 90 segundos) y un tiempo medio de eliminación sensible al contexto de aproximadamente tres minutos, independientemente de la duración de la infusión. El remifentanilo puede usarse para proporcionar una analgesia intensa y valorable durante la estimulación de porciones de un procedimiento de cualquier duración, sin depresión respiratoria residual cuando termina la estimulación.(Eric B Rosero, 2018)

### **Acetaminofén y AINES**

La administración de acetaminofén oral 1 hora antes de la cirugía se ha encontrado en un estudio doble ciego como una solución rentable. La administración preoperatoria de un fármaco antiinflamatorio no esteroideo tópico (AINE), conocido por inhibir la producción de prostaglandinas, es valioso para amortiguar la inflamación postoperatoria que lleva al dolor. Existen varias formulaciones de AINEs, y los ensayos iniciales muestran una eficacia similar, aunque algunos pueden tolerarse más fácilmente que otros debido a los perfiles de preservativo y pH. Los estudios que examinaron el efecto del pre tratamiento con AINE antes de la cirugía de catarata asistida con láser han demostrado hallazgos significativos en la reducción de los niveles de prostaglandinas. (Assam J & A., 2018)

### **Agonistas adrenérgicos**

Se ha encontrado que la clonidina, un agonista  $\alpha_2$ , podría ser beneficiosa para el alivio del dolor quirúrgico. Un ensayo de control doble ciego de Santiago y colaboradores, encontró que la clonidina oral administrada 20 minutos antes del inicio de la cirugía resultó en una disminución del dolor intraoperatorio durante cada paso de la cirugía de cataratas mientras se mantenía la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y la presión intraocular más bajas.

**Dexmedetomidina:** es un agonista adrenérgico alfa<sub>2</sub> selectivo con efectos analgésicos sedantes y ansiolíticos. En las dosis utilizadas para sedación, no produce depresión respiratoria y mantiene la respuesta ventilatoria normal a la hipercapnia.(Eric B Rosero, 2018)

El inicio de acción es relativamente lento en comparación con otros sedantes utilizados para MAC. Los efectos clínicos a menudo no se observan hasta aproximadamente 15 minutos después del inicio de una dosis de carga. En un estudio de sedación durante la anestesia regional, se logró la sedación dirigida en 10 minutos con una infusión de propofol y se tomó 25 minutos con dexmedetomidina. La recuperación de la infusión de dexmedetomidina es variable, desde cuatro minutos después de una infusión de 10 minutos hasta 250 minutos después de una infusión de ocho horas.(Eric B Rosero, 2018)

Generalmente se administra con una dosis de carga de 0.5 a 1.0 mcg / kg IV durante 10 minutos, seguida de una infusión de 0.2 a 0.7 mcg / kg / hora. La administración rápida y las dosis altas pueden causar bradicardia e hipotensión o hipertensión.

Un pequeño estudio aleatorizado identificó puntuaciones de la escala de anestesia de satisfacción posoperatoria de Iowa (ISAS) significativamente mejor para los pacientes que recibieron dexmedetomidina versus un régimen de propofol y fentanilo (ISAS 50,3 versus 42,7,  $p < 0,001$ ). Además, la dexmedetomidina intravenosa, en comparación con el midazolam intravenoso, demostró una sedación similarmente eficaz, lo que mejoró las condiciones operatorias. Un estudio contrapuesto aleatorizado doble ciego, desaconsejó el uso de dexmedetomidina debido a sus efectos secundarios como bradicardia e hipotensión, que puede dar como resultado un retraso en el alta del paciente desde la sala de recuperación. (Assam J & A., 2018)

### **Otros agentes sedantes**

**Propofol** (30-50 mg) es un sedante / hipnótico de acción rápida, con propiedades amnésicas y antieméticas moderadas a dosis subhipotéticas sin efectos analgésicos. El propofol se usa ampliamente para MAC debido a su perfil farmacocinético, incluido el equilibrio del sitio de efecto rápido y el corto tiempo de eliminación incluso después de una infusión prolongada. Por lo tanto, la profundidad de la sedación se puede ajustar rápidamente y los pacientes se recuperan rápidamente sin efectos psicomotores residuales produce una amnesia y una sedación excelentes para hacer bloqueos regionales. (Eric B Rosero, 2018)

**Ketamina:** produce un estado disociativo acompañado de amnesia y analgesia intensa con depresión respiratoria mínima a dosis sedantes (ketamina 0,25 a 0,5 mg / kg IV). A menudo administramos pequeñas dosis de ketamina durante MAC para mejorar la analgesia y disminuir la necesidad de opioides. Tiene un inicio de acción rápido (un minuto) y una duración de acción relativamente corta (10 a 20 minutos, con una vida media de eliminación de dos a tres horas). Dado sus efectos disociativo se prefiere su uso concomitante con una benzodiacepina. (Eric B Rosero, 2018)

### **2.8.4. Anestesia general**

Un pequeño porcentaje de pacientes adultos sometidos a cirugía oftálmica requieren anestesia general. Estos incluyen pacientes que no pueden comunicarse y aquellos que no pueden cooperar debido a una disfunción neurocognitiva, ansiedad severa o claustrofobia, que se mencionó en varios acápites anteriores. (Álvaro A, 2018)

La anestesia general reduce por completo la preocupación por el dolor intraoperatorio, sin

embargo, existen mayores riesgos asociados. Los cambios hemodinámicos inducidos que acompañan a la anestesia general tienen un mayor potencial para causar daño cardíaco. Además, es más probable que los ancianos presenten un deterioro cognitivo asociado con demencia / enfermedad cerebrovascular. Se sabe que los anestésicos generales exacerbaban los síntomas asociados con estas enfermedades. Como resultado, la anestesia general normalmente se restringe solo a casos seleccionados que incluyen pacientes pediátricos, pacientes con retraso del desarrollo (p. Ej., Síndrome de Down, parálisis cerebral) enfermedades neurológicas (p. Ej., Parkinsonismo, síndrome de piernas inquietas, ansiedad severa o claustrofobia) que provocan sacudidas craneales.(Assam J & A., 2018)

### 2.8.5. Recuperación tras la anestesia

La recuperación se divide clásicamente en tres fases:

**ILUSTRACIÓN 2 FASES DE LA RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA**



Tomada y modificado de Viñoles & Argente, 2013

En la recuperación de fase temprana los pacientes deben estar despiertos, orientados, mantener estabilidad hemodinámica y mecánica ventilatoria adecuada. Posterior a esto pasan a una **unidad de recuperación postanestésica (URPA)** (recuperación intermedia) en donde debe permanecer el tiempo necesario para que de acuerdo a niveles de puntuación basados en la escala de Aldrete puedan ser dados de alta a domicilio o a hospitalización.

Recuperación tardía es la reanudación de sus actividades normales, incluida la recuperación psicológica. El paciente está en su domicilio, escapa por tanto del ámbito hospitalario. (Viñoles & Argente, 2013)

**TABLA 6 PUNTUACIÓN DE RECUPERACIÓN ALDRETE MODIFICADA**

<b>Actividad</b>	Mueve las cuatro extremidades voluntariamente o a la orden	<b>2</b>
	Mueve dos extremidades voluntariamente o a la orden	<b>1</b>
	No mueve las extremidades voluntariamente o a la orden	<b>0</b>
<b>Respiración</b>	Respira profundamente y tose libremente	<b>2</b>
	Disnea o respiración limitada	<b>1</b>
	Apneico	<b>0</b>
<b>Circulación</b>	Presión Arterial $\pm$ 20% del nivel preanestésico	<b>2</b>
	Presión Arterial $\pm$ 20-49% del nivel preanestésico	<b>1</b>
	Presión Arterial $\pm$ 50% del nivel preanestésico	<b>0</b>
<b>Nivel de Conciencia</b>	Completamente despierto	<b>2</b>
	Se despierta al llamarlo	<b>1</b>
	No responde	<b>0</b>
<b>Oxigenación</b>	Mantiene una saturación > 92% con aire ambiente	<b>2</b>
	Necesita oxígeno para mantener una saturación > 90%	<b>1</b>
	Saturación < 90% incluso con oxígeno	<b>0</b>

Tomado y modificado de: Miller, 2015

### **2.8.6. Complicaciones en anestesia oftalmológica**

Evaluar las complicaciones postanestésicas en cirugía oftalmológica nos permite mantener un registro de incidentes que a su vez, ayuda a que toda la unidad operatoria de salud tenga datos que pueden ser de utilidad en auditorías. (Ophthalmologists, 2012)

Todas las instituciones deben contar con métodos de recopilación de datos, sistemas electrónicos de registros médicos que recopilen información a nivel nacional y permitan determinar la cantidad de eventos adversos que aumenten los días de estancia hospitalaria. (Ophthalmologists, 2012)

### **DOLOR**

La mayoría de las complicaciones en este tipo de cirugías son menores o leves, aunque a veces el dolor puede ser intenso, especialmente tras la cirugía vítreo-retiniana y de estrabismo. Estos resultados deberían incitar a la imperiosa necesidad de seguir los protocolos analgésicos en todos los pacientes quirúrgicos, con independencia de la intervención y tipo de anestesia practicadas. El dolor severo puede ser un factor desencadenante de vómitos, y el tratamiento del dolor a su vez puede exacerbar los cuadros eméticos, circunstancias que pueden provocar complicaciones graves (dehiscencias de sutura, hemorragias intraoculares) en pacientes oftalmológicos intervenidos. (Cortinas et al., 2006)

La presencia de dolor conlleva efectos deletéreos que afectan al estado físico y emocional del paciente, produce cambios hemodinámicos, ventilatorios, hormonales, inmunológicos y en la

esfera emocional, estados de ansiedad y depresión. (Arribas del Amo, Bustos Molina, Castellet Feliu, & Col., 2006)

En el sistema de salud incrementa la necesidad de personal sanitario, aumenta los costos y reduce la eficiencia, es un indicador de calidad en las encuestas de satisfacción, siendo causa de demoras e ingresos hospitalarios no planificados (Arribas del Amo et al., 2006)

Para diseñar una estrategia analgésica efectiva es de gran utilidad identificar los factores que favorecen o predisponen la aparición de dolor postoperatorio. La mejora de las pautas analgésicas e incluso la elaboración de guías de práctica clínica también se apoya en el análisis de las llamadas telefónicas que se hacen a los enfermos y en las que se reciben en la unidad, durante la recuperación domiciliaria. (Lemos, Jarrett, & Philip, 2006)

El objetivo de alcanzar el máximo confort postoperatorio se consigue con una planificación preoperatoria del tratamiento analgésico a seguir, en función de las necesidades del paciente, y con la información y educación que deben darse, a él y a sus acompañantes, sobre los acontecimientos adversos que pueden surgir durante su recuperación y el modo de resolverlos.(Arribas del Amo et al., 2006)

**TABLA 7 ELEMENTOS DE CONFORT ANALGÉSICO POSTOPERATORIO**

Control de dolor postoperatorio
Reducción de los efectos secundarios de los analgésicos
Restauración precoz del tránsito intestinal
Ausencia de náusea y vómito
Conservación del nivel de conciencia y del estado de alerta
Control del nivel de ansiedad

Tomado de: Manual de anestesia ambulatoria en atención primaria, 2006

## **NÁUSEA Y VOMITO POSTOPERATORIO**

Tiene una incidencia muy variable, dependiendo de la población considerada, de la utilización o no de profilaxis y del periodo postoperatorio a considerar. En una revisión del año 2002, en todo tipo de procedimientos ambulatorios sin profilaxis, se observa una incidencia global, de náuseas en el 17% (0-55%) de los casos y de vómitos en el 8% (0-16%). El 14% de los pacientes presentaron síntomas durante tres o más días de duración y el 62% requirió una media de 3 días para retornar a sus actividades diarias. (Capitán, 2015)

Los cuadros de vómitos y náuseas clásicamente se han considerado causas importantes de admisión hospitalaria. La prevención de náusea y vómito también es una parte importante de la anestesia ambulatoria oftálmica. Los procedimientos oftálmicos conllevan una incidencia muy alta de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), tan alto como 60 - 70% en la

reparación de estrabismo. El acto de vomitar puede elevar la presión intraocular con las consiguientes complicaciones mayores. Administrar dexametasona, ondansetron, una hidratación adecuada, anestesia total intravenosa (TIVA) y la prevención del óxido nitroso son efectivos en la prevención de NVPO, especialmente si se requiere anestesia general.(Cortinas et al., 2006)

## 2.9. ANSIEDAD QUIRÚRGICA

Se define como un miedo excesivo a procedimientos médicos, dentales o quirúrgicos que resultan en angustia o interferencia aguda para completar los procedimientos necesarios. Los pacientes pueden experimentar ansiedad anticipada o durante muchos tipos de procedimientos.(Valenzuela-M, Barrera-S, & Ornelas-Aguirre, 2010)

**Anestesia general:** El Temor a la anestesia general es un factor importante que contribuye a la ansiedad por procedimientos agudos y cirugías significativamente invasivas. Los altos niveles de ansiedad preoperatoria pueden afectar negativamente la recuperación de la anestesia y el control del dolor postoperatorio. Como ejemplo, un estudio observó que los pacientes con alta ansiedad preoperatoria requerían un período más largo de recuperación de la anestesia, experimentaban más efectos secundarios y dolor postoperatorios y tenían mayores requerimientos de analgesia postoperatoria.(Choy, 2015)

Debido a esto, es necesario evaluar y prevenir la ansiedad en todo individuo que va a ser sometido a algún procedimiento anestésico-quirúrgico, para lo cual existen varias escalas siendo la que mayor acogida tiene la escala de ansiedad preoperatoria y de información de Ámsterdam (APAIS), diseñada y utilizada por Moerman y colaboradores en 1996. (Ham. et cols, 2014)

**TABLA 8 ESCALA DE ANSIEDAD AMSTERDAM (APAIS)**

Estoy preocupado por la anestesia
La anestesia está en mi mente continuamente
Me gustaría saber todo lo que pueda sobre la anestesia
Estoy preocupado por el procedimiento
El procedimiento está en mi mente continuamente
Me gustaría saber todo lo posible sobre el procedimiento

**Tomado de** Escala de Ámsterdam sobre ansiedad en la fase preoperatoria  
Autor: González Guillermo, 2005

La escala de Ámsterdam fue creada específicamente para anestesia, ésta evalúa el nivel de ansiedad e información en el estado preoperatorio y ha demostrado adecuada validez y confiabilidad. Las dos primeras preguntas se relacionan con ansiedad por anestesia, la 4 y 5 con ansiedad por cirugía y la suma se considera como ansiedad preoperatoria que puede variar

de 4 a 20 puntos, se consideran pacientes ansiosos quienes presentan puntajes iguales o mayores a 11. Los ítems 3 y 6 se refieren a la información de anestesia y cirugía respectivamente dando una puntuación total entre 2 y 10; los pacientes con puntajes iguales o mayores a 5 puntos requirieron información adicional. Las respuestas se evalúan con escala tipo Likert del 1 al 5; uno significa no en lo absoluto y 5 totalmente.

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y analítico, en pacientes del Hospital General Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Obregón, Sonora, con la intención de evaluar la presencia de ansiedad preoperatoria en un grupo de pacientes mediante la Escala de Ansiedad e Información de Ámsterdam, se evaluaron 135 pacientes, de estos 106 (80%) fueron intervenidos y se evaluaron 24 horas previas al procedimiento y 24 horas después, se realizó una adaptación al español mexicano de la escala en inglés y con una prueba piloto, se obtuvo una consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.86, lo cual la vuelve una escala con criterio para aplicabilidad.(Valenzuela-Millán et al., 2010).

## CAPITULO III

### 3.1. JUSTIFICACIÓN

A pesar del advenimiento de nuevas técnicas y tecnología en cirugía oftalmológica, la realización de bloqueos retrobulbares y peribulbares todavía es frecuente; si bien es cierto la colocación de anestésico local de acción prolongada por detrás del ojo con una aguja evita el movimiento ocular y en teoría volvería a la cirugía indolora, para John P. Berdahl, MD, el uso de estas técnicas sin sedo analgesia, lo vuelve un procedimiento incómodo para el paciente: “A nadie le encanta tener un aguja metida detrás de su ojo”. (Berdahl. J. 2015)

Existen numerosos factores que modifican la expectativa del paciente y por ende su grado de satisfacción, estos incluyen el tiempo de espera prequirúrgico, el tipo de hospital, la relación médico-paciente, así como las complicaciones que se pueden presentar en el transquirúrgico. (Numpaque-Pacabaque & Rocha-Buelvas, 2016)

Un estudio retrospectivo realizado en el Hospital General de Barrow en Reino Unido, evaluó el grado de satisfacción anestésica en 150 pacientes sometidos a cirugía de catarata: 93 pacientes estaban satisfechos con los tiempos de espera hasta su cirugía, sin embargo, 57 pacientes se mostraron molestos por la demora de hasta 7 meses. Naumann y colaboradores, encontraron que notificar a los pacientes sobre el tiempo de espera estimado es importante y aumenta su percepción de imparcialidad y satisfacción.

Chet y McCluskey, compararon la satisfacción de los pacientes oftalmológicos operados en instituciones públicas y privadas, y se encontró que el 90% de los pacientes privados estaban satisfechos con la información que recibieron respecto a la cirugía y la anestesia, mientras que en el sector público el 45% se mostraron insatisfechos; un punto clave de las entidades privadas evaluadas es que tomaron en cuenta la mala memoria del paciente, se entregaron folletos con información sobre posibles complicaciones y datos adicionales, lo cual dejó tiempo para que el anesthesiólogo discuta el plan anestésico de ese paciente en particular, se debe mencionar también que el entregar información preoperatoria integral, causa menos ansiedad en el paciente. (Chet. at cols. 2016)

Por último, el evaluar complicaciones asociadas a la técnica anestésica o quirúrgica es crucial en estudios de calidad, a pesar de que en cirugías oftalmológicas las complicaciones son mínimas, un estudio realizado a 349 pacientes con catarata sometidos a facoemulsión mostro que la mayoría de paciente insatisfechos, referían dolor de leve a moderado a pesar de la colocación de anestesia subtenoniana (81%) o peribulbar (77%). Se refieren 11 casos de complicaciones mayores entre: ruptura de la cápsula posterior (7), ptosis palpebral (1),

subluxación anterior del cristalino (1), y hemorragia orbital (2). Las complicaciones mayores se asocian con hospitalizaciones prolongadas y riesgo de infecciones nosocomiales, lo que hace que el paciente que ingresa para una cirugía del día, por razones obvias disminuya su puntuación de satisfacción. (Chet. At cols. 2016)

Debido a la gran afluencia de pacientes a las entidades públicas de salud para cirugías de éste tipo, la importancia de esta investigación radica en saber el nivel de cumplimiento de estándares de calidad, saber cuáles son las fortalezas y debilidades con las que cuenta la unidad de salud y determinar cómo mejorar en pro del paciente. Nuestro estudio se destaca de otros porque evaluamos satisfacción anestésica mediante la escala de Iowa, satisfacción con el ambiente hospitalario con la escala de SERVQHOS, evaluamos la presencia de ansiedad con la escala de AMSTERDAM y por ultimo evaluamos incidencia de delirium postquirúrgico, común en adultos mayores, que son los pacientes que más de operan de patologías oculares; además es importante destacar que ningún otro estudio ha evaluado esto, cada estudio realizado solo aplica una escala individual.

### **3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La satisfacción del paciente es un importante resultado de salud, por lo que es necesario comprender tanto los dominios de satisfacción como su importancia para los pacientes, de esta manera se pueden mejorar la calidad general de la atención. Reunirse con el médico, presentar toda la información relevante y proporcionar información impresa son factores muy importantes para mejorar la satisfacción del paciente con la cirugía de cataratas. (Valenzuela-Millán et al., 2010)

En 2007 un estudio prospectivo realizado en un hospital de España, con 233 pacientes intervenidos de catarata, evaluó satisfacción anestésica usando la escala de Iowa de satisfacción con la anestesia y encontró que 84,5% (197 pacientes) estaban satisfechos con el cuidado anestésico monitorizado y la presencia de un médico anestesiólogo en la sala, que les brinda la seguridad en caso de posibles complicaciones. (HASERFATY J, 2007)

Un estudio realizado en Brigham sobre la satisfacción del paciente en servicios hospitalarios, mostro que la evaluación del paciente y del sistema de prestación de servicios clínicos condujo a mejorar la efectividad clínica continua, disminuir el tiempo de espera y mejorar la satisfacción del paciente. ((Valenzuela-Millán et al., 2010)

En 2014 se realizó un estudio descriptivo en pacientes sometidos a colocación de inyección intravitrea en el Hospital Universitario Infanta Cristina desde marzo hasta junio, la encuesta dio como resultado una satisfacción global de 87,5% de los pacientes que ingresaron para

cirugía del día en un consultorio y 91,1% en pacientes que ingresaron por hospitalización y fueron llevados a quirófano. A pesar de que el grado de satisfacción es alto y el análisis costo-beneficio indica que involucrar a más personal médico implicaba más gastos, se determinó también que, los pacientes prefieren que sus cirugías sean realizadas en una sala preparada, con personal capacitado, menores tiempos de espera y sobretodo prefieren no ser hospitalizados.(Rodríguez Ramírez, Del Barrio Manso, & Martín Sánchez, 2014)

En la ciudad de Quito se llevó a cabo un trabajo de investigación con alrededor de 60 pacientes sometidos a cirugía ambulatoria en la Novaclínica “Santa Cecilia”, cabe destacar que el 33.3% de los pacientes de este estudio son pacientes de cirugía oftalmológica, un porcentaje realmente alto en relación a otras especialidades. en éste estudio se encontró que aplicando la encuesta EISA el promedio de pacientes satisfechos con su atención fue del 98.3%, solo un encuestado estuvo insatisfecho (puntaje inferior a 0; 1.7%); los efectos adversos presentados fueron dolor posoperatorio en 5.3% (3), náusea y vómito posoperatoria 1-15% (17) incluso 37%, frío o escalofríos 35% (23), el prurito 6.5%, a pesar de ello los demás parámetros evaluados en la encuesta pesan más consiguiendo este valor de satisfacción.(Monar, E., 2017)

En base a lo antes mencionado realizaremos una investigación Observacional, transversal, para determinar el grado de satisfacción en pacientes de cirugía oftalmológica, con Cuidados Anestésicos Monitorizados en el Hospital Eugenio Espejo en Quito, Ecuador y con esto analizaremos si el país está dentro de los rangos de las estadísticas mundiales y si se están cumpliendo estándares de calidad.

El Ministerio de Salud Pública busca atención de calidad con calidez, y con nuestro estudio pretendemos demostrar esto.

### **3.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los niveles de satisfacción y los factores relacionados, en pacientes adultos sometidos a cirugía oftalmológica del hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito desde enero a abril 2019?

### **3.4. OBJETIVOS**

#### **3.4.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar los niveles de satisfacción anestésica y factores asociados en pacientes sometidos a cirugía oftalmológica del HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

#### **3.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- Estimar el nivel de satisfacción anestésica mediante la escala de IOWA y satisfacción con la calidad de los servicios con la escala SERVQHOS.
- Valorar el nivel de ansiedad de los pacientes sometidos a cirugía en oftalmológica.
- Identificar la calidad de información obtenida por los pacientes en el área de recuperación.
- Identificar la presencia de eventos adversos en recuperación pos anestésica.

### 3.5. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.5.1. METODOLOGÍA

**TIPO DE ESTUDIO:** Basado en nuestros objetivos, justificación y planteamiento del problema, nuestro estudio es de tipo **Observacional Descriptivo Transversal**.

#### MUESTRA

Se calculó una muestra con la siguiente fórmula:

$$n = z^2 \cdot \frac{p(1-p)}{e^2}$$

95% de confianza

$z=1,96$  para un intervalo de confianza

$p$ = prevalencia de la patología 0,93 (93%)

$e$ = precisión propuesta 0,05 y se obtuvo una muestra de **100 pacientes**.

Para este estudio se incluyeron a los primeros 100 pacientes mayores de 18 años que se realizaron cirugía oftalmológica desde enero a abril de 2019, en el hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito.

#### 3.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**TABLA 9 MATRIZ DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA O CATEGORÍA
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento hasta la actualidad	CUANTITATIVA	Años
<b>Sexo</b>	Conjunto de características fenotípicas.	CUALITATIVO	1. HOMBRE 2. MUJER
<b>Nivel de instrucción</b>	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	CUALITATIVA	1. NINGUNA 2. PRIMARIA 3. SECUNDARIA 4. SUPERIOR
<b>Sistema de clasificación American Society of Anesthesiologists (ASA)</b>	Sistema de clasificación de American Society of Anesthesiologists que estima el riesgo que plantea la anestesia para los estados del paciente.	CUALITATIVA	ASA I ASA II ASA III compensada

<b>Cirugía oftalmológica</b>	Procedimiento quirúrgico realizado en ojo, bajo anestesia local, general y tópica.	CUALITATIVA	Listado de procedimientos según CPT
<b>Tiempo Quirúrgico</b>	Tiempo que transcurre desde la incisión en el sitio quirúrgico, el abordaje, hasta el cierre del mismo con suturas.	CUANTITATIVO	Horas
<b>Ansiedad quirúrgica</b>	Reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales	CUALITATIVO	ESCALA DE ANSIEDAD DE ÁMSTERDAM Likert de 5 puntos de 1 "nada" a 5 "extremadamente"
<b>SERVQHOS</b>	Escala que mide el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del usuario de dicho bien o servicio.	CUALITATIVO	Escala de Likert 1 (mucho peor de lo que esperaba) a 5 (mucho mejor de lo que esperaba)
<b>Satisfacción Anestésica</b>	Medida de calidad de la asistencia que contribuye a la evaluación final del centro sanitario Estado de bienestar existente entre las expectativas del paciente y lo que se ha conseguido con la administración de la anestesia.	CUALITATIVA	ESCALA "THE IOWA SATISFACTION WITH ANESTHESIA SCALE (ISAS)"
Profesional que administra anestesia	Médico especialista en anestesiología u oftalmología que administra anestesia	CUALITATIVO	OFTALMÓLOGO ANESTESIÓLOGO
<b>Tipo del anestesia</b>	Procedimiento médico que tiene como objetivo bloquear temporalmente la capacidad del cerebro de reconocer un estímulo doloroso	CUALITATIVO	GENERAL REGIONAL LOCAL SEDOANALGESIA

Realizado por Naula S, Pico G. 2019

### 3.5.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para el presente estudio recogimos datos en el postquirúrgico inmediato, las encuestas fueron aplicadas a los pacientes que aceptaron participar en el estudio, una vez firmado el consentimiento informado, tomamos datos de la historia clínica del paciente y el paciente

contesto solo, las encuestas de IOWA y SERVQHOS, sobre satisfacción y calidad de servicios respectivamente y la encuesta de AMSTERDAM sobre ansiedad.

Todas estas escalas son validadas y tienen criterio para aplicabilidad. Todos los datos se introdujeron en una base de datos en Excel y en base a las variables de estudio.

#### **3.5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Hombres y mujeres
- Mayores de 18 años
- Cirugía mayor y menor de oftalmológica
- Procedimiento bajo anestesia general, anestesia local y regional, y sedación
- Pacientes ASA I II y III compensados
- Pacientes que cognitivamente puedan responder a la encuesta aplicada

#### **3.5.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Menores de 18 años
- Pacientes ASA III descompensados-IV
- Embarazadas
- Patologías psicológicas o psiquiátricas previas
- Deterioro cognitivo previo
- Dolor nausea y vomito previo

#### **3.6. PLAN DE ANÁLISIS**

Recopilamos datos de los primeros 100 pacientes sometidos a cirugía oftalmológica del Hospital Eugenio Espejo, desde enero a abril del 2019, a través de encuestas debidamente validadas, crearemos una base de datos en Microsoft Excel, para luego exportarla al paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión actual.

Se realizó una descripción de las variables con medidas de tendencia central y dispersión, para variables cuantitativas promedio y desviación estándar; para variables cualitativas, frecuencia y porcentaje.

Posteriormente realizamos un análisis con cruces de variables, se utilizaron tablas de contingencia 2x2; para cuantificar el grado de asociación usamos odds ratio (OR) y para la significancia el Chi cuadrado, valor de p y los intervalos de confianza del 95% (IC del 95%).

#### **3.7. ASPECTOS BIOÉTICOS**

Para la realización del presente trabajo de investigación nos basamos en los principios éticos

enunciados en la declaración de Helsinki, considerado un documento importante en la ética de la investigación con seres humanos.

El principio básico de este proyecto es respetar la vida, salud y la intimidad de los pacientes del Hospital Eugenio Espejo; se solicitó la aprobación del establecimiento de salud en donde se realizó el estudio, por medio de la documentación presentada a la Dirección Médica, Departamento de Docencia, Anestesiología y Oftalmología.

El consentimiento informado es importante y se obtuvo de cada paciente previa explicación de los objetivos y métodos de la investigación a realizarse; pretendemos generar conocimientos científicos sin que esto vaya en contra de los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia.

Los datos obtenidos en esta investigación, son confidenciales y no se revelarán nombres ni características de los pacientes que serán encuestados.

## CAPITULO IV

### 4.1. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

**Lugar y tiempo donde se va a realizar la investigación:** Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en la ciudad de Quito de Enero a abril 2019

#### **Instrumento de investigación**

- Escala Iowa para Satisfacción Anestésica (EISA)
- Escala SERVQHOS
- Escala de ANSIEDAD DE ÁMSTERDAM

#### **Recursos**

- Humanos:
- Investigadores: Naula Silvia MD

Pico Gloria MD

- Tutor de tesis: Dr. Cristhian Robles
- Asesor metodológico: Dr. Gady Torres
- Pacientes sometidos a cirugía oftalmológica en el Hospital Eugenio Espejo

#### **Materiales**

- Computador para recolección de datos
- Materiales de oficina
- Fuentes bibliográficas

#### **Financieros:**

Autofinanciado

#### 4.2. CRONOGRAMA DE TRABAJO (tentativo)

ACTIVIDADES	MESES							
	AGOSTO 2018	Septiembre 2018	OCTUBRE -2018 MARZO 2019	ABRIL - MAYO 2019	JUNIO - JULIO 2019	AGOSTO 2019	SEPTIEMBRE 2019	
Presentación de Protocolo de Investigación								
Aprobación del Comité de ÉTICA PUCE								
Presentación de Protocolo de Investigación en HEE								
Recolección de datos en HEE								
Procesamiento de datos								
Análisis Estadístico								
Elaboración de tesis final								
Presentación de proyecto final								

#### 4.3. PRESUPUESTO

Categoría	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
Papelería: - RESMA DE Hojas - Copias - Impresiones B/N - Impresiones color - Carpetas - Esferos	8 300 50 20 5 4	7 0,10 0,05 0,15 2 2	109,50 dólares
Tecnología: - Memory stick - CDs	2 6	12 0,60	27,60 dólares
Movilización para recolectar datos diarios - Transporte	150 días	4	600
Extras	.....	...	200
Costo Total aprox.	937,10		

#### 4.4. CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras de la presente investigación, declaran que no tienen conflicto de interés.

## CAPITULO V

### 5.1. RESULTADOS

Se aplicó la “Escala Iowa de satisfacción anestésica” (EISA), “Evaluación de calidad de servicios de salud” (SERVQHOS) y Escala de Ansiedad de AMSTERDAM, en los primeros 100 pacientes sometidos a cirugía oftalmológica del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito en el periodo comprendido entre enero a abril del 2019, que cumplieran criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio previo a la firma del consentimiento informado, los cuestionarios fueron aplicados en las primeras 12 horas posterior al acto anestésico. Durante el periodo de estudio, en ésta unidad de salud se realizaron en total 232 cirugías de este tipo.

### 5.2. Datos sociodemográficos

El 48% de pacientes fueron mujeres y 52% hombres, con una razón de feminidad de 0.92. La distribución de edad fue variable con una edad promedio de 50,6 años, una edad máxima de 89 años y una edad mínima de 18 años. (DE 20,9). El 50% tuvo educación secundaria, 43% instrucción primaria, 6 % tuvo cuarto nivel de educación y 1% no tiene ningún tipo de instrucción formal. Al evaluar el lugar de residencia, el 81% de los pacientes vivían en la Provincia de Pichincha y 19% residía en otras provincias.

**TABLA 10 Datos sociodemográficas de los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica. Hospital Eugenio Espejo, 2019**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	PACIENTES	
	Numero	Porcentaje
<b>EDAD</b>		
18-60 años	63	63%
>61 años	37	37%
<b>SEXO</b>		
Hombre	52	52%
Mujer	48	48%
<b>INSTRUCCIÓN</b>		
Ninguna	1	1%
Primaria	43	43%
Secundaria	50	50%
Superior	6	6%
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>		
Pichincha	81	81%
Otras Provincias	18	18%
Extranjeros	1	1%

Fuente: Encuesta por entrevista      Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### 5.3. Variables descriptivas asociadas al procedimiento quirúrgico y anestésico

#### 5.3.1. Estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)

La clasificación ASA estima el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente, el 48% de los pacientes fueron ASA I, el 45% ASA II, y el 7% ASA III.

TABLA 11 Estado físico (ASA) de los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica. Hospital Eugenio Espejo, 2019

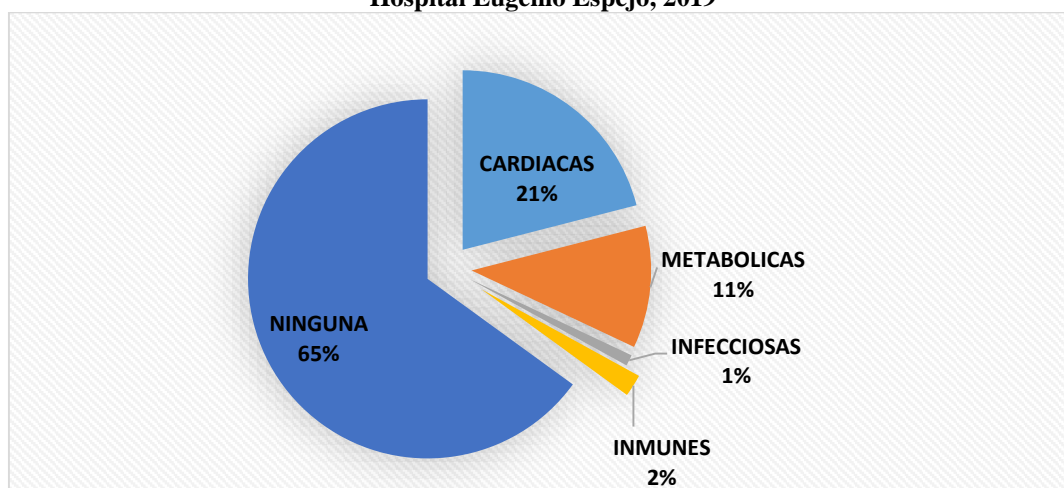
ASA	NUMERO	PORCENTAJE
I	48	48%
II	45	45%
III	7	7%
TOTAL	100	100%

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

#### 5.3.2. Antecedentes patológicos personales de los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica. Hospital Eugenio Espejo, 2019

En la valoración de antecedentes patológicos personales, el 65% de pacientes no presentaron antecedentes patológicos, 22% presentaba enfermedades cardíacas principalmente hipertensión arterial y trastornos de la conducción, 11% alteraciones metabólicas como diabetes mellitus, hipotiroidismo y obesidad, 2% presentó trastornos inmunes (alergias medicamentosas) y 1% presento problemas infecciosos (toxoplasmosis). (Ilustración 3)

ILUSTRACIÓN 3 Antecedentes patológicos personales de los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica. Hospital Eugenio Espejo, 2019



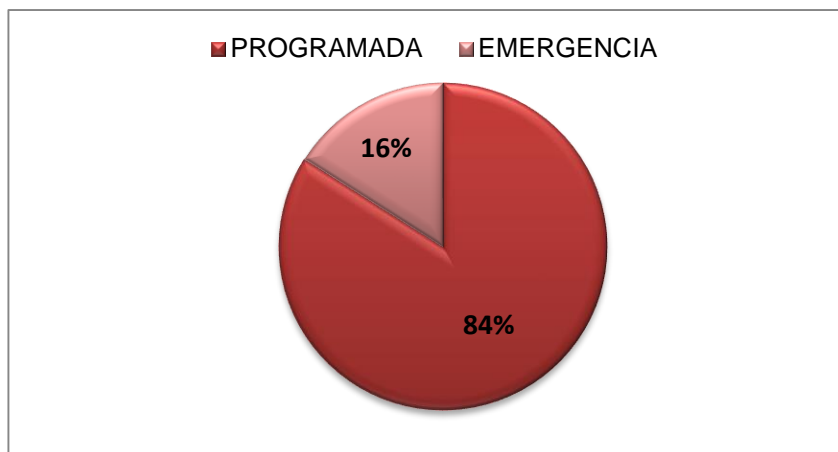
Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

#### 5.3.3. Tipo de cirugía y procedimiento quirúrgico

El 84% de cirugías oftalmológicas realizadas fueron programadas, mientras que el 16% se realizaron de manera emergente (Ilustración 4), en cuanto al procedimiento quirúrgico: 91%

de cirugías oftalmológicas fueron procedimientos mayores, entre ellos destacan Facoemulsificación mas colocación de lente intraocular (30%), 17% vitrectomía pars plana, 14% exploración más síntesis corneal, otros procedimientos abarcan el tanto por ciento restante, entre ellos: colocación de anillos estromales, trasplantes de córnea, corrección de estrabismo, crioterapia, inyección de agentes intravítrea y varios; los procedimientos menores se realizaron en 9% de los pacientes. (Tabla 12)

**ILUSTRACIÓN 4 Tipo de cirugía oftalmológica. Hospital Eugenio Espejo, 2019**



Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

**TABLA 12 TIPOS DE PROCEDIMIENTOS OFTALMOLÓGICOS. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019**

CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	NUMERO	PORCENTAJE
CORRECCIÓN DE ESTRABISMO	1	1%
RETIRO DE RESTOS CONJUNTIVALES	1	1%
NEVUS CONJUNTIVALES	1	1%
TRASPLANTE DE CORNEA	2	2%
RETIRO DE SUTURAS CORNEALES	3	2%
TARSORRAFIA	4	4%
EVISCERACIÓN	6	6%
OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES	8	8%
COLOCACIÓN DE ANILLOS INTRAESTROMALES	13	13%
EXPLORACIÓN MAS SÍNTESIS CORNEAL	14	14%
VITRECTOMÍA	17	17%
FACOEMULSIFICACIÓN MAS LENTE INTRAOCULAR	30	30%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

#### 5.3.4. Tiempo quirúrgico y anestésico

Se evaluó el tiempo total del procedimiento (quirúrgico y anestésico), el tiempo mínimo es de 0:30 minutos y el máximo de 6:00 horas, con una media de 1:39 horas (DE 1:01 horas).

**TABLA 13 TIEMPO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO**

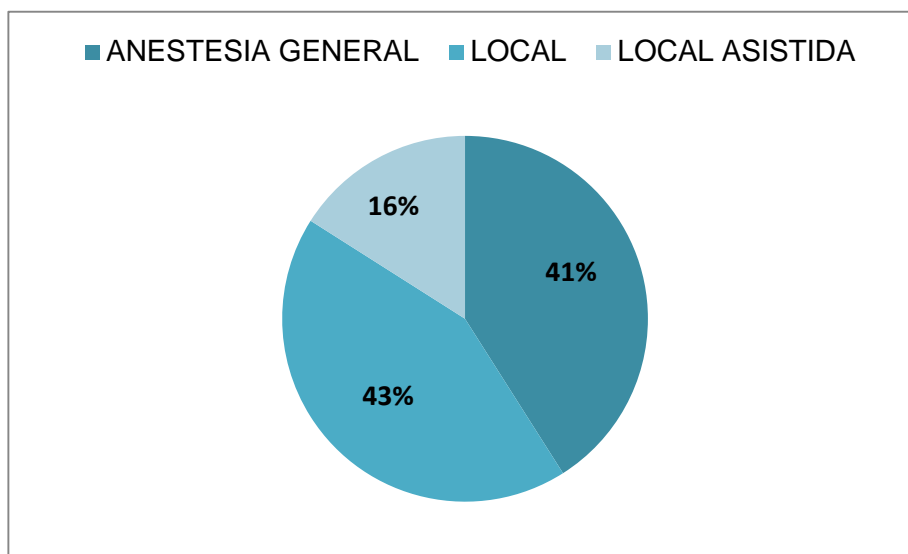
	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. DESVIACIÓN
TIEMPO QUIRÚRGICO	100	0:30	6:00	1:39	1:01
N válido (por lista)	100				

Fuente: Encuesta por entrevista  
 Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

**5.3.5. Tipo de anestesia y profesional que administra la anestesia. Hospital Eugenio Espejo, 2019**

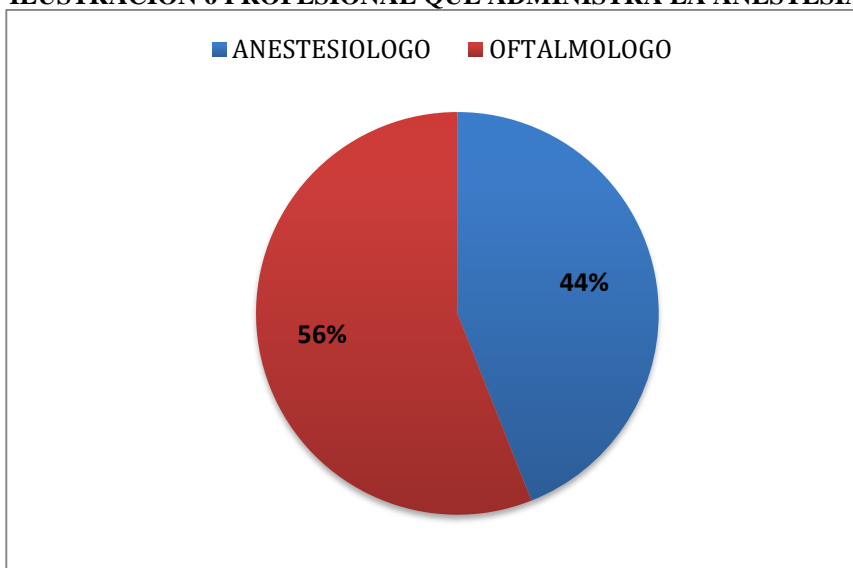
Del total de procedimientos oftalmológicos realizados, el 43% de los pacientes recibió anestesia local, 41% recibió anestesia general y 16% anestesia local más cuidado anestésico monitorizado o anestesia local asistida (**Ilustración 5**); en cuanto al profesional que administro la anestesia el 56% la recibió del oftalmólogo y el 44% del anesthesiólogo (**Ilustración 6**).

**ILUSTRACIÓN 5 TIPO DE ANESTESIA**



Fuente: Encuesta por entrevista  
 Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

#### ILUSTRACIÓN 6 PROFESIONAL QUE ADMINISTRA LA ANESTESIA



Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

#### 5.4. VARIABLES DESCRIPTIVAS ASOCIADAS A SATISFACCIÓN Y CALIDAD

##### 5.4.1. Valoración de satisfacción anestésica (ESCALA IOWA-EISA) en los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica. Hospital Eugenio Espejo, 2019

Para evaluar el grado de satisfacción con el cuidado anestésico se aplicó la “Escala de IOWA de satisfacción anestésica” (EISA), en nuestro estudio tiene un criterio de validez de 0,87 (Alfa de Cronbach), el promedio del puntaje total de la escala de IOWA fue de 2.3. Tomando en cuenta este punto medio, se obtuvieron puntajes menores de 2.3 (valores negativos/insatisfacción) en las siguientes preguntas: sintió dolor 2.29, tuvo mucho frío o calor 2.02, sintió dolor durante la cirugía 2.14, quedó satisfecho/contento con su cuidado anestésico 2.18, se sintió bien 2.07, se sintió lastimado 2.29; Valores positivos/satisfacción (>2.3) para las siguientes preguntas: vomitó o tuvo ganas de vomitar 2.3, sintió picazón 2.57, le gustaría recibir la misma anestesia otra vez 2.53, se sintió relajado/tranquilo 2.53, se sintió seguro/confiado 2.38 (Tabla 14).

**TABLA 14 ESCALA IOWA/EISA CALIFICACIÓN PROMEDIO POR RESPUESTAS.**

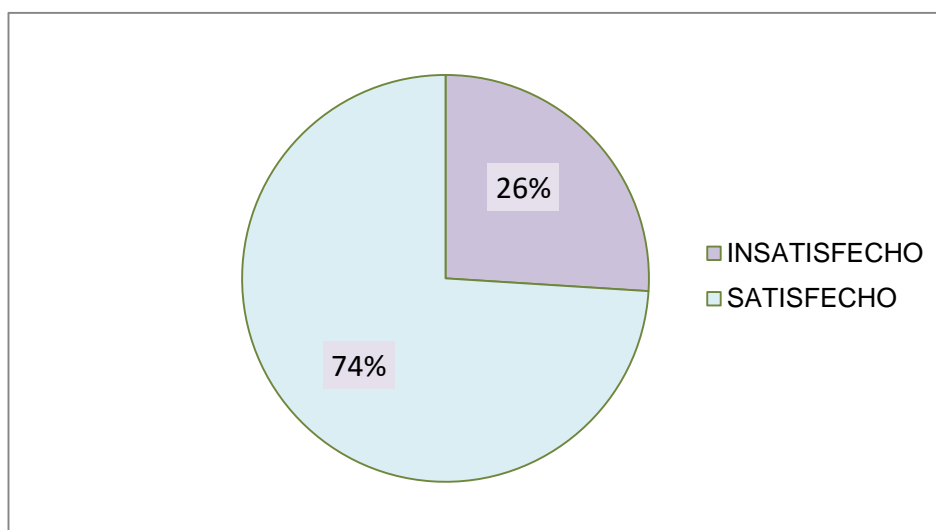
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
VOMITÓ O TUVO GANAS DE VOMITAR	-3	3	2,30	1,910
SINTIÓ PICAZÓN	-3	3	2,57	1,486
LE GUSTARÍA RECIBIR LA MISMA ANESTESIA OTRA VEZ	-3	3	2,53	1,417
SE SINTIÓ RELAJADO/TRANQUILO	-3	3	2,53	1,501
SINTIÓ DOLOR	-3	3	2,29	1,754
SE SINTIÓ SEGURO/CONFIADO	-3	3	2,38	1,607
TUVO MUCHO FRÍO O CALOR	-3	3	2,02	2,132
QUEDÓ SATISFECHO, CONTENTO CON SU CUIDADO ANESTÉSICO	-3	3	2,18	1,789
SE SINTIÓ BIEN	-3	3	2,07	1,882
SINTIÓ DOLOR DURANTE LA CIRUGÍA	-3	3	2,14	1,928
SE SINTIÓ LASTIMADO	-3	3	2,29	1,737
N válido (por lista)				

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

#### **5.4.2. Satisfacción anestésica global de los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica, Hospital Eugenio Espejo, 2019**

El puntaje general de la **Escala Iowa de satisfacción anestésica (EISA)** fue de 2.3, tomando en cuenta este punto de corte, 74% de pacientes se encontraban satisfechos con el cuidado anestésico y 26% estaban insatisfechos. (**Ilustración 7**)

**ILUSTRACIÓN 7 PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN ANESTÉSICA GLOBAL DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019**



Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### 5.4.3. Valoración de la calidad de los servicios de salud (ESCALA SERVQHOS) en los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica, Hospital Eugenio Espejo, 2019

Se evaluó la calidad de los servicios de salud con el cuestionario SERVQHOS, se realizó una estadística de fiabilidad de Alfa de Cronbach de 0,979 de 19 elementos de un total de 100 encuestas. El valor promedio de respuesta satisfactoria fue de 3.62. Se valoró en la encuesta, calidad subjetiva y objetiva, calidad subjetiva con las siguientes preguntas: Interés por solucionar problemas 3.55, Interés por cumplir objetivos prequirúrgicas 3.55, Rapidez de respuesta 3.50, Disposición para la ayuda 3.58, Confianza y seguridad 3.57, Amabilidad del personal 3.62, Preparación del personal para su cirugía 3.53, Trato personalizado 3.59, Comprensión de necesidades 3.66, Interés de enfermería 3.55 y calidad objetiva con las siguientes preguntas: Tecnología biomédica 4.86, Aspecto del personal 3.60, Señalización en quirófano 3.56, Puntualidad de su cirugía 3.53, Comodidad de las habitaciones 3.55, Información dada por el médico anestesiólogo 3.49, Tiempo de espera 3.51, Señalización fuera de quirófano 3.57, Información a familiares 3.47. (Tabla 15)

**TABLA 15 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019**

	N	Media	Desviación
AMABILIDAD DEL PERSONAL	100	3,62	,632
APARIENCIA DEL PERSONAL	100	3,60	,682
COMPRENSIÓN DE SUS NECESIDADES	100	3,66	,639
CONFIANZA Y SEGURIDAD	100	3,57	,655
DISPOSICIÓN PARA SU AYUDA	100	3,58	,638
TIEMPO DE ESPERA	100	3,51	,674
COMODIDAD DE LAS HABITACIONES	100	3,55	,642
INFORMACIÓN QUE DA EL ANESTESIOLOGO (SABE QUIÉN FUE?)	100	3,49	,674
INTERÉS POR CUMPLIR OBJETIVOS PRE QUIRÚRGICOS	100	3,55	,687
SEÑALIZACIÓN FUERA DE QUIRÓFANO	100	3,57	,640
PREPARACIÓN DEL PERSONAL PARA SU CIRUGÍA	100	3,53	,674
PUNTUALIDAD DE SU CIRUGÍA	100	3,53	,674
RAPIDEZ DE RESPUESTA ANTE SUS DEMANDAS	100	3,50	,689
SEÑALIZACIÓN EN QUIRÓFANO	100	3,56	,625
TRATO PERSONALIZADO	100	3,59	,653
INTERÉS DEL PERSONAL ENFERMERÍA	100	3,55	,672
INTERÉS POR SOLUCIONAR SUS PROBLEMAS	100	3,55	,657
TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	100	4,86	,349
INFORMACIÓN A SUS FAMILIARES	100	3,47	,688

Fuente: Encuesta por entrevista

Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

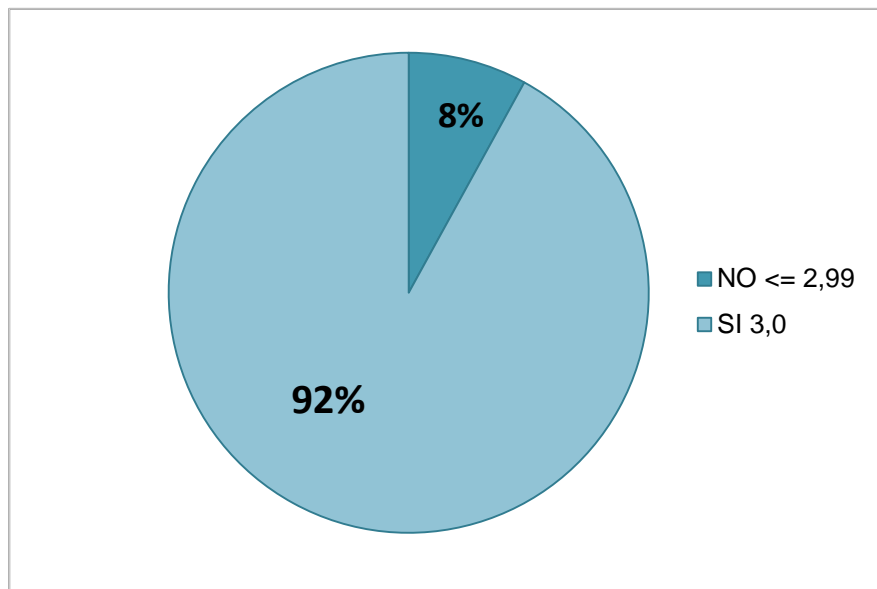
#### 5.4.4. Satisfacción con la calidad de los servicios de salud en pacientes sometidos a cirugía oftalmológica del Hospital Eugenio Espejo, 2019

Para valorar los resultados de la encuesta, se ha seleccionado como punto de corte una puntuación final en el cuestionario igual o inferior a 2,99. De esta manera serán considerados pacientes satisfechos aquellos cuya puntuación final del cuestionario sea superior a 2,99 y pacientes insatisfechos aquellos cuya puntuación final del cuestionario sea inferior a 2,99.

El nivel de satisfacción con la calidad de los servicios de salud de los 100 pacientes que se sometieron a cirugía oftalmológica fue del 92% y 8% se encontraban insatisfechos.

**(Ilustración 8)**

**ILUSTRACIÓN 8 SATISFACCION CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019**

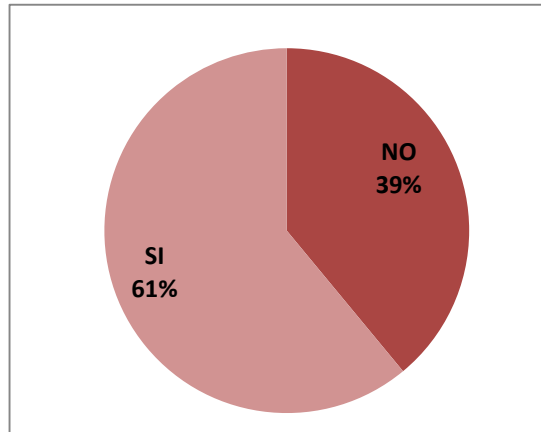


Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

#### 5.4.5. Valoración de ansiedad perioperatoria (ESCALA DE ANSIEDAD DE AMSTERDAM), en pacientes sometidos a cirugía oftalmológica, Hospital Eugenio Espejo, 2019

Se valoró ansiedad por medio de la Escala de Ansiedad de Ámsterdam; en la literatura y en la práctica clínica se indica que los pacientes con una puntuación  $>11$ , se deben considerar como casos de ansiedad, su grado de fiabilidad en nuestro estudio fue Alfa Cronbach de 0,9 con seis elementos estudiados. Encontramos que existió ansiedad en 61% de los pacientes, tanto por la anestesia, como por el procedimiento quirúrgico, un 39% no presentó ansiedad. **(Ilustración 9)**

**ILUSTRACIÓN 9 VALORACIÓN DE ANSIEDAD PERIOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO 2019**



Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

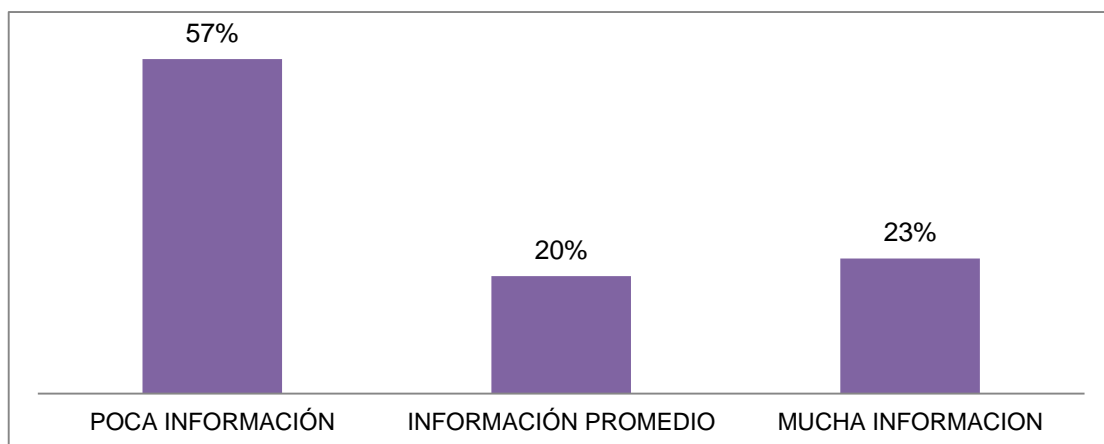
**5.4.6. Necesidad de información anestésico-quirúrgica, medido mediante la ESCALA DE AMSTERDAM, en pacientes sometidos a cirugía oftalmológica, Hospital Eugenio Espejo, 2019**

Los pacientes con una puntuación de 2 a 4 en la escala de necesidad de información, pueden ser clasificados como: necesidad de información poco exigente, los pacientes con una puntuación de 5 a 7 pueden ser clasificados como: requisito de información promedio y aquellos con una puntuación de 8 a 10 como: alta demanda de información.

Encontramos que la mayor parte de la población del estudio (57%) no tiene la necesidad de obtener mayor información a la ya proporcionada.

El 20% de los pacientes necesita obtener información promedio y 23% tiene alta necesidad de información. (Ilustración 10)

**ILUSTRACIÓN 10 NECESIDAD DE INFORMACIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, 2019**



Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

## 5.5. ASOCIACIÓN DE VARIABLES

### 5.5.1. Satisfacción anestésica vs Variables demográficas

Como medida de fuerza de asociación se ha utilizado el odds ratio, entre satisfacción y sexo se observó un OR=1.36 IC 95% (0.55-3.33). Se encuentran satisfechos con la anestesia ambos sexos.

No existe relación de dependencia significativa entre las variables demográficas: edad y sexo y el grado de satisfacción con el cuidado anestésico, medido con la encuesta de IOWA (ISAS-EISA por obtener una  $p > 0.05$ . (Tabla 16)

**TABLA 16 SATISFACCION ANESTÉSICA vs VARIABLES DEMOGRÁFICAS**

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	ESCALA DE IOWA	OR IC 95%	p=
	<b>SATISFECHOS</b>		
<60 AÑOS	50%	0,48 (0.19-11.19)	0,11
>60 AÑOS	24%		
HOMBRES	37%	1.36 (0.55-3.35)	0,49
MUJERES	37%		

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### 5.5.2. Satisfacción anestésica vs variables descriptivas asociadas al procedimiento quirúrgico y anestésico

Como medida de fuerza de asociación se ha utilizado odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. No se encontró asociación entre la categoría ASA I-II-III, (OR=0.59), el tipo de cirugía (OR=0,37) y el tiempo quirúrgico (OR= 0,65) con el nivel de satisfacción anestésico. (Tabla 17)

En cuanto a la variable tipo de anestesia recibida por el paciente, no existe asociación significativa al recibir anestesia local (OR=0,96), anestesia local asistida (OR=0,93) y el grado de satisfacción. Sin embargo, existe asociación en pacientes que recibieron anestesia general (OR=1.07), pero ésta no tiene significancia,  $p=0.87$ . El personal que administra la anestesia podría influir en el grado de satisfacción con la anestesia OR=1.35, sin embargo, este dato no es significativo  $p=0,5$ . (Tabla 17)

**TABLA 17 SATISFACCIÓN ANESTÉSICA VS VARIABLES DESCRIPTIVAS ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO**

VARIABLES DESCRIPTIVAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO	SATISFACCION ANESTÉSICA (ESCALA DE IOWA)		
	SATISFECHOS	OR IC 95%	p=
<b>ASA</b>			
<b>I</b>	38%	0.59 (0,23-1,47)	0,25
<b>II-III</b>	36%		
<b>CIRUGÍA</b>			
<b>PROGRAMADA</b>	65%	0.37 (0.12-1.14)	0.07
<b>EMERGENCIA</b>	9%		
<b>ANESTESIA LOCAL</b>			
<b>SI</b>	32%	0.96 (0.38-2.37)	0.93
<b>ANESTESIA GENERAL</b>			
<b>SI</b>	30%	1.07 (0.4-2.66)	0.87
<b>ANESTESIA LOCAL ASISTIDA</b>			
<b>SI</b>	12%	0.93 (0,27-3.21)	0.92
<b>TIEMPO QUIRÚRGICO</b>			
<b>&lt; 1:30</b>	42%	0.65 (0.26-1.6)	0,35
<b>&gt;1.30</b>	32%		
<b>PROFESIONAL QUE ADMINISTRA LA ANESTESIA</b>			
<b>ANESTESIÓLOGO</b>	31%	1.35 (0.55-3.32)	0.5
<b>OFTALMÓLOGO</b>	43%		

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### 5.5.3. Satisfacción con la calidad de los servicios de salud (SERVQHOS) vs Variables demográficas

Mediante la aplicación de chi cuadrado y odds ratio, encontramos que no existe asociación entre edad y sexo con el grado de satisfacción con la calidad de los servicios (OR= 0.32 y OR = 0.53, respectivamente). No existe relación de dependencia significativa ( $p > 0.05$ ). (Tabla 18)

**TABLA 18 SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SERVQHOS) vs VARIABLES DEMOGRÁFICAS**

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	SATISFACCION CON LA CALIDAD DE SERVICIOS (SERVQHOS)		
	SATISFECHOS	OR IC DEL 95%	p=
<b>EDAD</b>			
<60 AÑOS	60%	0.32 (0.07-1.42)	0.11
>60 AÑOS	32%		
<b>SEXO</b>			
HOMBRES	49%	0.53 ( 0.11-2.33)	0.30
MUJERES	43%		

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

#### **5.5.4. Satisfacción con la calidad de los servicios (SERVQHOS) vs Variables descriptivas asociadas al procedimiento quirúrgico y anestésico**

No existe asociación entre las variables ASA I-II-III (OR=0.33), el tipo de cirugía (OR=0.53), el tipo de anestesia (anestesia local OR=0,17) y el tiempo quirúrgico (OR=0.48) con la satisfacción con la calidad de los servicios.

Se encontró un factor de asociación entre el personal que administro la anestesia (OR=1.3), el tipo de anestesia recibido por el paciente (anestesia general (OR=1.4) y anestesia local asistida (OR=3.6)) y el grado de satisfacción con la calidad de los servicios. (Tabla 19)

No existe relación de dependencia significativa entre las variables descriptivas de procedimiento quirúrgico y anestésico vs grado de satisfacción con la calidad de los servicios,  $p > 0.05$ .

**TABLA 19 SATISFACCIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SERVQHOS) vs VARIABLES DESCRIPTIVAS ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO**

VARIABLES DESCRIPTIVAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO	SATISFACCION CON LA CALIDAD DE SERVICIOS (SERVQHOS)		
	SATISFECHO	OR IC DEL 95%	p=
<b>ASA</b>			
<b>I</b>	46%	0.33 (0.06-1.37)	0.17
<b>II-III</b>	46%		
<b>CIRUGÍA</b>			
<b>PROGRAMADA</b>	78%	0.53 (0.09-2.94)	0.46
<b>EMERGENCIA</b>	14%		
<b>ANESTESIA LOCAL</b>			
<b>SI</b>	42%	0.17 (0.02-1.4)	0.06
<b>ANESTESIA GENERAL</b>			
<b>SI</b>	37%	1.4 (0.34-6.31)	0.5
<b>ANESTESIA LOCAL ASISTIDA</b>			
<b>SI</b>	13%	3.6 (0.77-17.1)	0.08
<b>TIEMPO QUIRÚRGICO</b>			
<b>&lt; 1:30</b>	51%	0.48 (0.10-2.13)	0.3
<b>&gt;1.30</b>	41%		
<b>PROFESIONAL QUE ADMINISTRA LA ANESTESIA</b>			
<b>ANESTESIÒLOGO</b>	40%	1.3 (0.30-5.51)	0.72
<b>OFTALMÓLOGO</b>	52%		

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### 5.5.5. Ansiedad vs Variables demográficas

Con relación a edad se encontró un OR=0.75, es decir existe relación entre ansiedad y edad, la cual vemos que es inversa. Mientras que el sexo se presentó como un factor de riesgo para presentar ansiedad con un OR=1.8, las mujeres tienen 1.8 veces más riesgo de presentar ansiedad que los hombres, sin embargo, estos datos no pueden extrapolarse, ya que no existe relación de dependencia significativa entre las variables demográficas (edad y sexo)  $p > 0.05$ . (Tabla 20)

**TABLA 20 ANSIEDAD Y VARIABLES DEMOGRÁFICAS**

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	ANSIEDAD ESCALA DE (AMSTERDAM)		
	SI	OR IC 95%	P
<b>EDAD</b>			
<60 AÑOS	40%	0.75 (0.32-1.72)	0.5
>60 AÑOS	21%		
<b>SEXO</b>			
HOMBRES	28%	1.8 (0.83-4.27)	0.12
MUJERES	33%		

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### **5.5.6. Ansiedad vs Variables descriptivas asociadas al procedimiento quirúrgico y anestésico.**

El ODDS RATIO muestra que, en los pacientes con ansiedad, el ASA (OR=0,74), el tiempo quirúrgico (OR=0,98) y el profesional que administra la anestesia (OR=0,97) se comportan como un factor protector. (Tabla 21)

El tipo de cirugía representa un factor de riesgo para ansiedad (OR=1.07), por tanto, en las cirugías programadas el riesgo de ansiedad es de 1.07 veces más que en las cirugías de emergencia, pero estas dos variables no están asociadas estadísticamente, p= 0.8.

De acuerdo al tipo de anestesia recibida, la anestesia local asistida presenta un OR= 1.7 por lo tanto los pacientes que recibieron anestesia local asistida presentaron 1.7 veces más probabilidad de presentar ansiedad, que los que no la recibieron, pero estas dos variables no están asociadas por presentar una p= 0.32. El recibir anestesia general no se considera como un factor de riesgo para presentar ansiedad OR=1, sin embargo, no es significativo p=0.9. (Tabla 21).

**TABLA 21 ANSIEDAD VS VARIABLES DESCRIPTIVAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO**

VARIABLES DESCRIPTIVAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO	ANSIEDAD ESCALA DE (AMSTERDAM)		
	SI	OR IC 95%	p=
<b>ASA</b>			
<b>I</b>	31%	0.74 (0.33-1.67)	0.48
<b>II-III</b>	30%		
<b>CIRUGÍA</b>			
<b>PROGRAMADA</b>	51%	1.07 (0.35-3.24)	0.8
<b>EMERGENCIA</b>	10%		
<b>ANESTESIA LOCAL</b>			
<b>SI</b>	28%	0.73 (0.32-1.66)	0.4
<b>ANESTESIA GENERAL</b>			
<b>SI</b>	25%	1 (0.4-2.26)	0.9
<b>ANESTESIA LOCAL ASISTIDA</b>			
<b>SI</b>	8%	1.7 (0.58-5.01)	0.32
<b>TIEMPO QUIRÚRGICO</b>			
<b>&lt; 1:30</b>	33%	0.98 0.44-2.21	0.98
<b>&gt;1:30</b>	28%		
<b>PROFESIONAL QUE ADMINISTRA LA ANESTESIA</b>			
<b>ANESTESIÓLOGO</b>	27%	0.97 (0.43-2.18)	0.94
<b>OFTALMÓLOGO</b>	34%		

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### 5.5.7. Ansiedad vs Necesidad de información

La encuesta de Ámsterdam se enfoca en la necesidad del paciente por obtener más información de la intervención quirúrgica y del procedimiento anestésico, encontramos que el 43% de pacientes con ansiedad, necesita información de media a alta y 18% necesitan poca información. Se analizó el chi cuadrado y valor de p, encontrando una  $p=0.000$  estadísticamente significativa, por lo que existe asociación entre éstas 2 variables, determinando que la calidad de información es un determinante de ansiedad en los pacientes.

Al analizar odds ratio encontramos asociación entre estas dos variables, ansiedad y necesidad de información; existe 3.33 veces mayor ansiedad en pacientes que obtuvieron poca necesidad de información. (Tabla 22)

**TABLA 22 ANSIEDAD vs NECESIDAD DE INFORMACIÓN**

NECESIDAD DE INFORMACIÓN	ESCALA DE ANSIEDAD DE AMSTERDAM		
	SI	NO	TOTAL
POCA NECESIDAD DE INFORMACIÓN	18	39	57
MEDIA Y ALTA NECESIDAD DE INFORMACIÓN	43	0	43
<b>TOTAL</b>	61	39	100

OR	IC 95%		X2	p=
	LI	LS		
3.33	2.2	4.9	48.2	0.000

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### 5.5.8. Complicaciones vs satisfacción anestésica

En el análisis de las complicaciones en el postoperatorio, encontramos que las mayores molestias fueron: dolor en el 18%, náuseas y vómito en el 11% y prurito en el 10%. Estos datos son extrapolables ya que, se obtuvo una  $p < 0.05$ , que indica que esta relación es estadísticamente significativa.

En el análisis de odds Ratio, encontramos también una asociación entre complicaciones y satisfacción anestésica.

**TABLA 23 COMPLICACIONES VS SATISFACCION ANESTÉSICA**

COMPLICACIONES	N	p=	OR	LI	LS
<b>DOLOR</b>	18%	0,000	32.2	8.0	129.9
<b>NAUSEAS Y VÓMITO</b>	11%	0,000	45.6	5.4	382.2
<b>PRURITO</b>	10%	0,000	38.6	4.5	325.9

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

## 5.6. ANÁLISIS GENERAL

### 5.6.1. Satisfacción anestésica (ESCALA DE IOWA) vs Satisfacción con la calidad de los servicios de salud (ESCALA SERVQHOS)

En el análisis general realizamos el cruce de las variables de dos escalas, tanto de la escala de satisfacción anestésica de IOWA como de la escala de satisfacción con la calidad de los servicios SERVQHOS y encontramos que 71% de los pacientes se encuentran satisfechos con el cuidado anestésico y la calidad de los servicios, el 5% se encuentra insatisfecho con ambos servicios.

En el análisis de odds Ratio, encontramos un  $OR=5.63$  con un IC del 95% (1.24-25.5), existiendo asociación entre éstas variables y una  $p=0.01$  que es estadísticamente significativa, permitiendo la extrapolación de éstos datos. (Tabla 24)

**TABLA 24 SATISFACCION ANESTÉSICA VS SATISFACCION CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS**

IOWA	SERVQHOS		TOTAL
	SATISFECHO	INSATISFECHO	
SATISFECHO	71	3	74
INSATISFECHO	21	5	26
TOTAL	92	8	100

OR	IC 95%		X2	p=
	LI	LS		
5.63	1.24	25.5	6.02	0.01

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### 5.6.2. Satisfacción anestésica vs Ansiedad

Mediante la realización de pruebas de correlación no paramétricas: chi cuadrado y odds ratio, se analizó si existe relación entre satisfacción anestésica y ansiedad, y encontramos que el 42% de pacientes satisfechos con la anestesia presentó ansiedad, 32% de pacientes satisfechos no presentó ansiedad y tan solo 7% no presento ansiedad y se mostró insatisfecho con la anestesia .En el análisis del odds ratio encontramos que no existe asociación estadísticamente significativa entre satisfacción anestésica y ansiedad perioperatoria OR= 0.40, p=0.14. (Tabla 25)

**TABLA 25 SATISFACCIÓN ANESTÉSICA VS ANSIEDAD**

IOWA	ANSIEDAD		TOTAL
	SI	NO	
SATISFECHO	42	32	74
INSATISFECHO	19	7	26
TOTAL	61	39	100

OR	INTERVALO DE CONFIANZA		X2	P
	LI	LS		
0.48	0.18	1.2	2.15	0.14

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### 5.6.3. Calidad de los servicios de salud (SERVQHOS) vs Ansiedad (ESCALA DE AMSTERDAM)

Mediante la realización de pruebas de correlación no paramétricas: chi cuadrado y odds ratio, se analizó si existe relación entre calidad de los servicios de salud y ansiedad, encontramos que el 55% de los pacientes que se presentaron satisfechos con la calidad de servicios también presentó ansiedad, el 37% se encontraron satisfechos, pero no tuvieron ansiedad, el 2% presentó insatisfacción, pero no ansiedad.

En el análisis del odds ratio encontramos que no existe relación entre las 2 variables OR= 0.49 con un IC de confianza del 95% de (0.09-2.5), p= 0.39. (Tabla 26)

**TABLA 26 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD VS ANSIEDAD**

SERVQHOS	ANSIEDAD		TOTAL
	SI	NO	
SATISFECHO	55	37	92
INSATISFECHO	6	2	8
TOTAL	61	39	100

OR	INTERVALO DE CONFIANZA		X2	p=
	LI	LS		
0.49	0.09	2.5	0.71	0.39

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 20

## CAPITULO VI

### DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó el nivel de satisfacción anestésica y los factores relacionados, de los pacientes adultos sometidos a cirugía oftalmológica del hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito desde enero a abril del 2019, para lo cual se realizó encuestas a los primeros 100 pacientes intervenidos quirúrgicamente en el periodo mencionado.

Evaluamos satisfacción anestésica por medio de la escala IOWA, calidad de los servicios de salud con la escala SERVQHOS y ansiedad perioperatoria con la escala de AMSTERDAM, éstos parámetros son importantes para el control de calidad y mejoramiento continuo en la atención hospitalaria.

La satisfacción de los pacientes con el procedimiento anestésico es un reflejo de la calidad asistencial y señala el valor que el paciente le da a una atención personalizada; en nuestro estudio encontramos que el nivel de satisfacción anestésica en los pacientes encuestados es del 74%. En Arabia Saudita un estudio realizado en el hospital de la Universidad Rey Saud, en el área de pos anestésica, mostró un nivel de satisfacción con el procedimiento anestésico de 95,2%. (Alshehri A, 2015). Otro estudio en Uruguay, encontró una satisfacción global de 93.4% (Ayala, 2011) y, por último, un estudio en Quito-Ecuador mostró que en una unidad de cirugía ambulatoria el nivel de satisfacción fue de 98.3%. (Monar, E., 2017) Nuestros datos concuerdan con los resultados observados en otros centros asistenciales, esto se atribuye al manejo adecuado de las variables que afectan el grado de satisfacción, el apoyo constante del personal y el control de miedo y ansiedad que repercute en la percepción del servicio. Es recomendable complementar las encuestas con medidas objetivas de calidad como índice de suspensión, ingresos hospitalarios imprevistos y morbilidades.

Como mencionamos anteriormente utilizamos la escala de IOWA (ISAS) para valorar la satisfacción con el cuidado anestésico y demostramos que es una escala confiable, válida y útil, en un rango de situaciones mucho más amplio que el evaluado en la Clínica de Cirugía Ambulatoria de la Universidad de IOWA donde se aplicó el cuestionario por primera vez. (Dexter & Candiotti, 2011) Medir la satisfacción del paciente nos da pistas precisas acerca de que debemos mejorar tanto el personal médico como de enfermería, por ello, analizamos la percepción de los pacientes sobre la calidad de los servicios de salud prestados y evidenciamos que el nivel de satisfacción de los pacientes que se sometieron a

cirugía oftalmológica fue del 92%; estos datos son similares a los encontrados en un estudio comparativo entre dos centros hospitalarios en España (Hospital Universitario Vinalopó e IMED), se valoró calidad de los servicios de salud mediante la escala SERVQHOS y se encontró que el 80% de los usuarios en Vinalopó y el 75% en IMED, valoran su asistencia por encima de las expectativas. El 97,1% en Vinalopó y el 97,5% en IMED estaban satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida y el 97,1% en Vinalopó y el 92,5% en IMED no dudarían en recomendarlo. (Pérez Cantó, Maciá Soler, & González Chordá, 2018). Los datos comparativos son similares, como mencionamos antes, son medidas subjetivas dependientes de las expectativas del paciente.

La escala SERVQHOS, es un instrumento diseñada para evaluar atención hospitalaria, combina expectativas y percepciones del paciente. (Numpaqué-Pacabaque & Rocha-Buevas, 2016). Este modelo ha sido elegido y validado en Colombia, y sus resultados se presentaron en el siguiente artículo: “Validity and reliability of Servqhos for nursing Boyacá, Colombia”, publicado en el año 2010, éstos datos lo vuelven un elemento confiable que puede utilizarse en una población de estudio como la nuestra. (Henao, 2017) Algunas desventajas de no satisfacer a los pacientes en su procedimiento anestésico-quirúrgico son: aumento de ansiedad, miedo, angustia e irritabilidad, que repercuten en las patologías preexistentes, esto implica aumento de costos hospitalarios por reprogramación quirúrgica o por aumento en los días de hospitalización; consideramos importante evaluar ansiedad perioperatoria en los pacientes de nuestro estudio. Mediante la escala de AMSTERDAM, encontramos que el 61% de los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica presenta ansiedad tanto para el procedimiento quirúrgico como para la anestesia y el 39% no la presenta. Dos estudios realizados en el Hospital Eugenio Espejo-Quito en 2012 y 2015 muestran datos afines a los de nuestro estudio, 60.2% y 82% de pacientes que se sometían a un procedimiento electivo respectivamente, presentaban ansiedad posiblemente asociada a la falta de conocimiento e información que reciben los pacientes, previo al acto quirúrgico anestésico. (Naranjo. Salazar., 2012) (Gavilanes. Ortiz., 2015)

Otro punto que engloba la escala de Ámsterdam es la necesidad del paciente por obtener más información de la intervención quirúrgica o del procedimiento anestésico. Observamos que existe asociación entre las variables ansiedad y necesidad de información ( $p=0.000$ , estadísticamente significativa), determinando que la calidad de información es un determinante de ansiedad; encontramos 3.33 veces mayor ansiedad en pacientes que

manifestaron poca necesidad de información. Lemaitre y sus colaboradores, mencionan que los pacientes que recibieron anestesia general tuvieron puntajes más altos de ansiedad, pero la necesidad de información complementaria fue más baja, al igual que en nuestro estudio, esto posiblemente relacionado al deseo de recibir menos información para evitar exacerbar su ansiedad. A pesar de que se han realizado las explicaciones pertinentes, esto no significa que los usuarios hayan quedado satisfechos con las explicaciones.

Con respecto a las variables demográficas encontramos que no existe relación significativa entre las variables edad/sexo y el grado de satisfacción con el cuidado anestésico y con la calidad de los servicios de salud ( $p>0,05$ ). Dos estudios realizados en 2005 y 2007 respectivamente, señalan que edad, sexo, escolaridad y lugar de residencia no influyeron en el nivel de satisfacción de los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica (Fung at cols, 2005) (Benatar at cols, 2007), lo cual se relaciona con nuestro estudio ya que el grado de satisfacción anestésica y con la calidad de los servicios fue similar en todos los grupos etarios sin predominio alguno, al igual que el sexo del paciente; otros estudios de calidad mencionan que la edad avanzada y el sexo masculino son factores que influyen en la satisfacción, sin embargo de acuerdo con la bibliografía, la edad no es un criterio de exclusión. (Baroudi, Nofal, & Ahmad, 2010) En cuanto a ansiedad, en nuestro estudio encontramos que existe relación entre edad/sexo y ansiedad. El sexo se presentó como un factor de riesgo para ansiedad, ya que las mujeres tienen 1.8 veces más riesgo de ansiedad que los hombres. Estos datos coinciden con los datos encontrados en la literatura (Ebirim, 2010) (Kiyohara, 2004), en donde además se menciona que, si bien existe una relación entre estas variables, la misma no tiene significancia estadística ( $p>0.05$ ) y la relación encontrada se debería al azar, lo cual corroboramos.

El ASA, el tipo de cirugía (programada o de emergencia), el tiempo quirúrgico y el tipo de anestesia recibido (anestesia local y local asistida), no demostraron influir en el nivel de satisfacción anestésico ni con la calidad de los servicios de salud, los datos son similares a los encontrados en otros estudios (Shah, 2015) (Fung, 2005), esto se debe a que en la mayoría de unidades de salud se ha establecido protocolos de atención que personalizan la atención y mitigan las complicaciones que se pudieran presentar, esto desde el punto de vista de calidad mejora la percepción de la atención recibida y los niveles de satisfacción.

Encontramos asociación entre satisfacción y pacientes que recibieron anestesia general y con relación al profesional que administró la anestesia (anestesiólogo/oftalmólogo), sin embargo, la misma no es estadísticamente significativa ( $p>0,05$ ). Gempeler at cols, en su estudio de satisfacción mencionan que 43% de sus pacientes se encontraba satisfecho con

el cuidado transquirúrgico por parte de un anestesiólogo. Podemos argumentar que el mayor nivel de satisfacción en los pacientes que recibieron anestesia general se debe a que muchos pacientes se sienten seguros con la idea de estar dormidos y no sentir nada durante el procedimiento y como se explicó anteriormente el hablar de satisfacción es hablar de percepción del paciente algo netamente subjetivo. Debemos mencionar que los pacientes se encontraban más satisfechos con la anestesia aplicada por el oftalmólogo esto debido a que en nuestro estudio la mayoría de procedimientos fueron realizados con anestesia local, esto constituye un sesgo en nuestro estudio y sería motivo de otros estudios con una distribución más equitativa.

El ASA, el tipo de cirugía, tipo de anestesia recibido por el paciente, el tiempo quirúrgico y el personal que administra la anestesia parecen no influir en el nivel de ansiedad de los pacientes de nuestro estudio, ya que no hubo significancia estadística. Cabe recalcar que no existe un estudio que englobe todas nuestras variables, por ende, al analizar otros estudios como los realizados en Francia y Ecuador, que trabajan con algunas variables como ASA, tipo de cirugía (programada o de emergencia) y tipo de anestesia, y compararlos con el nuestro, tampoco se encuentra asociación. (Gavilanes. 2015) (Lemaitre, Blumen-Ohana, Akesbi, Laplace, & Nordmann, 2014)

Demostramos que el riesgo de ansiedad es 1.07 veces mayor en las cirugías oftalmológicas programadas, esto posiblemente a una falta de información en la visita preanestésica, tanto del oftalmólogo como del anestesiólogo, además se evidencia que el riesgo de ansiedad aumenta al recibir anestesia general y cuidados anestésicos monitorizados, sin embargo, como mencionamos al inicio esta relación no es significativa y todo podría deberse al azar. Tomando en cuenta las preguntas 1, 3, 5 y 9 de la encuesta de IOWA (satisfacción anestésica) pudimos determinar las principales complicaciones que causaron molestia en nuestros pacientes; encontramos que los pacientes con dolor (18%) presentan 32 veces más insatisfacción, aquellos con náuseas y vomito (11%) 45 veces y los que presentaron prurito (10%) hasta 38 veces más insatisfacción con el servicio anestésico, éstos datos son significativos y extrapolables ( $p < 0.05$ ). Un estudio realizado en Quito, indica que las principales molestias encontradas en sus pacientes fueron náuseas y vomito (10%), prurito (6.7%), frío o calor (5%) y dolor durante la cirugía (3.4%). (Monar, E., 2017)

El estudio realizado en la Universidad de IOWA indica que los factores como náuseas vómito y dolor, bajan la puntuación de la escala de IOWA, convirtiéndose en molestias que los pacientes estén dispuestos a pagar para evitarlos. (Dexter & Candiotti, 2011)

Nuestros datos coinciden con los encontrados en la literatura, por lo cual corroboramos que

la presencia de complicaciones menores, se relaciona con bajos niveles de satisfacción anestésica, de allí que la principal medida para mitigar éstas complicaciones sea el adecuado manejo de protocolos de profilaxis.

En el análisis entre satisfacción anestésica y satisfacción con la calidad de los servicios de salud, demostramos que la probabilidad de satisfacción con la anestesia es de 5.63 veces más, que, con la calidad de los servicios, éste dato es significativo ( $p=0.01$ ). No hay estudios que, de manera conjunta, utilicen nuestros instrumentos de recolección de datos y comparen estas 2 variables, por lo cual, consideramos que la atención anestésica fue la adecuada y esto influenció en la percepción de satisfacción con el anesthesiólogo.

## CONCLUSIONES

- Concluimos que los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica del Hospital Eugenio Espejo tienen un alto grado de satisfacción tanto anestésica (Escala de IOWA 74%) como con la calidad de los servicios de salud (SERVQHOS 92%), estos datos fueron significativos por tanto pueden extrapolarse.
- En nuestro estudio las características sociodemográficas como edad, sexo, nivel de instrucción o lugar de residencia no influyeron en el grado de satisfacción, éstos resultados son importantes pues ayudan a priorizar que datos deben tomarse en cuenta en los programas de gestión de calidad.
- Mostramos que existe una relación directa entre satisfacción anestésica medida con la escala de IOWA y satisfacción con la calidad de los servicios de salud medida con la escala SERVQHOS, ya que el 71% de los pacientes estudiados se mostró satisfecho con ambos aspectos, esto confirma el compromiso de atención con calidez.
- Otro de los factores que influye en la calidad de atención es la presencia de ansiedad perioperatoria, en éste estudio el 61% de pacientes presentó ansiedad tanto para el proceso anestésico como quirúrgico, lo cual invita a establecer una adecuada relación médico-paciente que contribuye en la toma de decisiones durante el procedimiento quirúrgico sobre todo en cuidados anestésicos monitorizados.
- La calidad de información que el anestesiólogo entrega al paciente fue adecuada en este estudio, además este hallazgo incide en la satisfacción global, la cual se incrementa con información completa.
- Por último, la presencia de complicaciones que pueden presentarse, en éste tipo de cirugías, durante o después del procedimiento, pueden influir en el grado de satisfacción; en nuestro estudio encontramos que la presencia de dolor en el 18%, náusea y vómito 11% y prurito 10%, cuestionó la calidad de los servicios recibidos por parte del médico anestesiólogo y estos datos fueron significativos en términos estadísticos, esto obliga a poner más énfasis en los protocolos de cirugía oftálmica.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar una monitorización continua de la satisfacción anestésica con el criterio de ir mejorando la calidad en la atención.
- La selección individualizada de la técnica anestésica, como tratamiento del dolor perioperatorio y la administración de sedantes pueden mejorar la satisfacción global del paciente de cirugía oftalmológica.
- Difundir los protocolos de atención quirúrgica y anestésica en cirugía oftalmológica a todo el personal del área de quirófano para normatizar la atención en estos pacientes, aumentar su satisfacción con la anestesia y con la calidad de los servicios hospitalarios.
- La Escala de Ámsterdam es útil para identificar pacientes con alto nivel de ansiedad y podría ser útil para el chequeo preanestésico. Sería importante realizar cartillas de información, tanto del acto anestésico, así como del acto quirúrgico de acuerdo al nivel sociocultural de cada paciente.
- Difundir los resultados obtenidos en la presente investigación a las diferentes áreas quirúrgicas del Hospital Eugenio Espejo, con la finalidad que la personal salud mejore la calidad de la atención al paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alshehri A. (2015). A survey on postanesthetic patient satisfaction in a university hospital. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 303–305. <https://doi.org/DOI: 10.4103/1658-354x.158499>
- Álvaro A, Mdj. B. (2018). Anesthesia for elective eye surgery - UpToDate. In <https://www.uptodate.com/contents/search>.
- Arribas del Amo, D., Bustos Molina, F., Castellet Feliu, E., & Col. (2006). Manejo del paciente quirúrgico ambulatorio en atención primaria, 1–206.
- Assam J, & A., B. (2018). Intraoperative and postoperative pain in cataract surgery. *Survey of Ophthalmology*, 63(1), 75–85. <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2017.07.002>
- Ayala, S. (2011). Satisfacción del paciente en un servicio de Anestesia Ambulatoria. *Anestesia, Analgesia y Reanimación*. 2011, 53–58.
- Baroudi, D., Nofal, W., & Ahmad, N. (2010). Patient satisfaction in anesthesia: A modified Iowa Satisfaction in Anesthesia Scale. <https://doi.org/10.4103/0259-1162.73513>
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., & Amenta, P. (2015). Conceptualisation of patient satisfaction: A systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health*, 135(5), 243–250. <https://doi.org/10.1177/1757913915594196>
- Benatar-Haserfaty, J., & Tercero-López, J. (2012). El cuidado anestésico en oftalmología anaesthetic care in ophthalmology. *Revista Espanola de Anestesiologia y Reanimacion*, 59(8), 407–409. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2012.07.009>
- Camisión, C., Cruz, S., & González, T. (2007). *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. <https://doi.org/8420542628>
- Capitán, J. (2015). Indicadores de calidad actuales en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Revista Médica de Jaén*, 14, 14–19.
- Castellanos-Olivares, A., Hilda Evangelina-Cervantes, D., & Petra Isidora Vásquez-Márquez, D. (2013). Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica en el paciente geriátrico, 36, 250–255.
- Choy, Y. (2015). Acute procedure anxiety in adults: Course, screening, assessment, and differential diagnosis. *UpToDate*.
- Cortinas, M., Martinez, L. L., Granados, J. M., Puerto, N., Mendez, M., Lizan-Garcia, M., & Lopez-Moya, J. (2006). [Results of an outpatient major surgery program in ophthalmology]. *Arch Soc Esp Oftalmol*, 81(12), 701–708.
- Dania Idelisa, de miranda remedios, Leslie J, C. B., Pozo Romero, J. A., & Colmenares Sancho, F. (2010). Reflejo oculo-cardiaco: Consideraciones anestésicas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14, 1–11.
- De los Ríos-Arellano, J. G., Cordero-Escobar, I., Pérez-Martínez, G., & Mora-Díaz, I. (2017). Satisfacción de la recuperación anestésica postoperatoria, según escala en pacientes con anestesia general y neuroaxial. *Revista Mexicana de Anestesiologia*, 40(4), 264–272.
- Dexter, F., & Candiotti, K. A. (2011). Multicenter assessment of the iowa satisfaction with anesthesia scale, an instrument that measures patient satisfaction with monitored anesthesia care. *Anesthesia and Analgesia*, 113(2), 364–368. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318217f804>

- Ebirim, M Tobin. Factors Responsible For Pre-Operative Anxiety In Elective Surgical Patients At A University Teaching Hospital: A Pilot Study. *The Internet Journal of Anesthesiology*. 2010 Volume 29 Number 2.
- Eric B Rosero. (2018). Cuidado de anestesia monitoreado en adultos. In *uptodate.com* (p. 10).
- Eslava-Schmalbach, J., Gaitán-Duarte, H., & Gómez-Restrepo, C. (2006). Escala para medir la calidad de la recuperación postanestésica desde la perspectiva del usuario. *Revista de Salud Pública*, 8(1), 52–62. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642006000100005>
- Fang, Z. T. (2016). Anesthesia Management of Ophthalmic Surgery in Geriatric Patients Overview of Ophthalmic Surgery and Anesthesia.
- Forrellat. M. (2014). ( CHAPTER VII SUMMARY OF FINDINGS AND CONCLUSIONS This study has made an attempt to investigate and compare the nature of employment , migration and living conditions of the several categories of construction workers in both urban and rural areas of Tirun, 30(2), 179–183.
- Fung, D., Cohen, M. M., Stewart, S., & Davies, A. (2005). What determines patient satisfaction with cataract care under topical local anesthesia and monitored sedation in a community hospital setting? *Anesthesia and Analgesia*, 100(6), 1644–1650. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000154206.81132.B9>
- García Alcolea, E. E. (2010). Algunos aspectos básicos de la anestesia convencional en oftalmología. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(3), 353–362.
- Gavilanes, G. & Ortíz, J. (2015). NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PREOPERATORIO Y SU INFLUENCIA EN LA RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA INMEDIATA EN PACIENTES DE 18 A 65 AÑOS DE EDAD CON ASA I, ASA II Y ASA III QUE SERÁN SOMETIDOS A CIRUGÍA PROGRAMADA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO DE JULIO A SEPTIEMBRE DEL 2015, <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9858/NIVELES%20DE%20ANSIEDAD%20EN%20EL%20PREOPERATORIO%20Y%20SU%20INFLUENCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y2>
- Gebremedhn, E. G., & Lemma, G. F. (2017). Patient satisfaction with the perioperative surgical services and associated factors at a university referral and teaching hospital, 2014: A cross-sectional study. *Pan African Medical Journal*, 27, 1–14. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.176.10671>
- Gempeler, F. E., & S, M. V. A. (2010). Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio Evaluation of Patient Satisfaction and Recovery Time Following Different Anesthetic Techniques at the San Ignacio Univer. *Rev Colom Anesthesiol*, 38(2), 178–202. [https://doi.org/10.1016/S0120-3347\(10\)82003-9](https://doi.org/10.1016/S0120-3347(10)82003-9)
- Gutierrez, A. (2015). 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, <file:///C:/Users/DELL/Desktop/TESIS%20EUGENIO/ARTICULOS/SATISFACCION%20ECUAD>

[OR/Calidad%20y%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20de%20Salud\\_%20dos%20conceptos%20inseparables%20-%20PDF.pdf](#).

- Ham. at cols. (2014). Ansiedad preoperatoria. *Medicine*, VI(2), 79–84.
- Henaó, D. (2018). Instrumentos para evaluar la calidad percibida por los usuarios en los servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2018, 17(34), ISSN: 1657-7027.
- Iowa, T. (2014). Revista Colombiana de Anestesiología ~ de la escala « The Iowa Validación al espa nol satisfaction with anesthesia scale ( ISAS ) » para cuidado anestésico monitorizado en cirugía de oftalmología Luisa Fernanda Jiménez García a , \* y Alexis del Real Caper, 2(4), 272–280.
- Ipinza Riveros M. (2007). Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables.
- Jorge-Cerrudo, J., Ramón, J. M., Goday, A., González, S., Sánchez, P., Benaiges, D., ... Grande, L. (2012). Estudio descriptivo de la mejora de la calidad percibida en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica tras la implantación de una vía clínica. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(4), 226–232. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.01.007>
- Kiyak, H. (1988). Patients' expectations as predictors of orthognatic surgery outcomes. *Health Psychol.*, 7, 251–268.
- Kiyohara L Y et al. Surgery information reduces anxiety in the preoperative period. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*. 2004;59(2): 51-56
- Leiva, A. (2017). Anestesia Fuera De Pabellón. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 738–746. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.003>
- Lemaitre, S., Blumen-Ohana, E., Akesbi, J., Laplace, O., & Nordmann, J. P. (2014). Évaluation De L'Anxiété Préopératoire Chez Les Patients Nécessitant Une Chirurgie Filtrante Du Glaucome. *Journal Francais d'Ophthalmologie*, 37(1), 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2013.07.008>
- Lemos, P., Jarrett, P., & Philip, B. (2006). Day Surgery development and practice.
- Lioudi, S. (2013). Importance of Patient Satisfaction Measurement and Electronic Surveys: Methodology and Potential Benefits. . 2013; *International Journal of Health Research and Innovation*.
- Marengo-Arellano, V., Ferreira, L., Ramalle-Gómara, E., Crespo, A., Rupérez, A., & Fraile, E. (2017). Valoración de la satisfacción materna con la analgesia epidural para el control del dolor del trabajo de parto. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(3), 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.006>
- Martín, C.(2016). Detección de efectos adversos e incidentes en cirugía mayor ambulatoria. Seguridad y calidad percibida en usuarios de cirugía sin ingreso, Universidad de Sevilla, 2016
- Martínez, R. (2013). *Anestesia en oftalmología*.
- Matthew F Gardiner, M., Sección:, E. de la, Susan B Torrey, M., Jonathan Trobe, M., Adjunto:, E., & James F Wiley, II, MD, M. (n.d.). Acercamiento a lesiones oculares en el departamento de emergencias.
- Ministerio de Salud. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI). *Ministrerio de Salud Publica Del Ecuador*, 64–72. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Monar, E. (2017). “Grado de satisfacción en el manejo anestésico de pacientes ambulatorios en la NOVA CLINICA ‘Santa Cecilia’, junio - agosto del 2016.” Central del Ecuador.
- Morgan. (2013). *CLINICAL ANESTHESIOLOGY. Saudi Journal of Anaesthesia* (FIFTH EDIT, Vol. 7).

<https://doi.org/10.4103/1658-354X.109819>

- Moura, A. (2014). Patient Satisfaction with Anesthesia Care in a General Hospital. *Acta Med Port.*, 33–41.
- Naranjo, K., & Salazar, J. (2012). COMPARACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD E INFORMACIÓN PREOPERATORIA DE AMSTERDAM REALIZADA EN LA VISITA PRE ANESTÉSICA Y COMPARADA CON GRUPO CONTROL EN LOS HOSPITALES EUGENIO ESPEJO Y CLÍNICAS PICHINCHA MARZO – OCTUBRE 2012, <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1113/1/T-UCE-0006-39.pdf>.
- Nazar J, C., Zamora H, M., & González A, A. (2015). Cirugía Ambulatoria: Selección De Pacientes Y Procedimientos Quirúrgicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 67(2), 207–213. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262015000200017>
- Numpaque-Pacabaque, A., & Rocha-Buelvas, A. (2016). Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. *Revista de La Facultad de Medicina*, 64(4), 715. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54839>
- Ophthalmologists, R. C. of A. and R. C. of. (2012). Local anaesthesia for ophthalmic surgery, (February).
- Pérez Cantó, V., Maciá Soler, M. L., & González Chordá, V. M. (2018). User satisfaction in 2 hospitals with different management models. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(6), 334–342. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.07.005>
- Richard M. Pino, MD, PhD, F. (2016). *Handbook of Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital* (9th Editio).
- Rodríguez Ramírez, M., Del Barrio Manso, M. I., & Martín Sánchez, M. D. (2014). Inyecciones intravítreas: y ¿qué prefieren los pacientes? Análisis de satisfacción y preferencias sobre la ubicación de la realización de inyección intravítrea. *Archivos de La Sociedad Espanola de Oftalmologia*, 89(12), 477–483. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2014.05.010>
- Ronald D. Miller, M. (2015). *MILLER ANESTESIA* (OCTAVA EDI).
- Ronald D. Miller, M., Professor Lars I. Eriksson, MD, P. P. and A. C., Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine Karolinska University Hospital, Solna, Stockholm, S., Lee A. Fleisher, M. R. D. D. P. and C., Medicine, D. of A. and C. C. P. of, University of Pennsylvania School of Medicine Philadelphia, P., & Jeanine P. Wiener-Kronish, M. (2010). *Miller Anesthesia*. ( an imprint of E. I. R. Copyright © MMX, by Churchill Livingstone, Ed.) (SEPTIMA ED).
- Schein, O. D., & Pronovost, P. J. (2017). A Preoperative Medical History and Physical Should Not Be a Requirement for All Cataract Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 32(7), 813–814. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4043-9>
- Shah, U. (2015). Patient satisfaction and positive patient outcomes in ambulatory anesthesia. *Ambulatory Anesthesia*, 2, 29–37.
- Singh, A., Dev, S., Shilpa, N., Nanwani, D., Prabhu, S., & Ganesh, S. (2015). Evaluation and Comparison of Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Combined Surgery ( Phacoemulsification and Trabeculectomy ), 5(February), 123–129.
- Valenzuela-Millán, J., Barrera-Serrano, J. R., & Ornelas-Aguirre, J. M. (2010). Ansiedad preoperatoria en

procedimientos anestésicos. *Cirugía y Cirujanos*, 78(2), 151–156.

Vega, J., Gonzalez, D., Yankovic, W., Oroz, J., Guamánb, R., & Castroc, N. (2014). Aneurismas de la aorta torácica. Historia natural, diagnóstico y tratamiento. *Revista Chilena de Cardiología*, 33(2), 127–135. <https://doi.org/10.4067/S0718-85602014000200007>

VEGA, M. (2014). *Utilidad de la dexmedetomidina en infusión iv, para el control de la presión arterial en pacientes hipertensos sometidos a cirugía de catarata, en el hospital general Dr. Nicolás San Juan durante el periodo agosto-octubre 2013.*”. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO.

Viñoles, J., & Argente, P. (2013). Criterios de alta en cirugía ambulatoria Discharge criteria in ambulatory surgery. *Cirugía Mayor Ambulatoria*, 18(3), 125–132.

## CAPITULO VI

### ANEXOS

#### ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Postgrado de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor

**TEMA: VALORACIÓN DE SATISFACCIÓN ANESTÉSICA Y FACTORES RELACIONADOS, EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO**

#### INSTRUCTIVO GENERAL

Esta encuesta forma parte de un proyecto de investigación académica, para que la investigación nos otorgue resultados verdaderos y confiables es muy importante que usted conteste con la mayor sinceridad.

Para contestar tenga presente las siguientes indicaciones:

- Cada declaración en la encuesta describe una sensación que usted pudo haber sentido antes, durante y después de su anestesia
- La anotación se hace marcando con una (X) el literal con la opción elegida por el encuestado.
- En caso de que alguna pregunta no esté clara o se tenga dudas al respecto, el encuestador aclarará la misma(s).
- Tómese su tiempo

De antemano agradecemos su colaboración.

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: H M

Nivel de Instrucción: Ninguna\_\_\_\_ Primaria\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_ Superior\_\_\_\_

Lugar de Residencia: \_\_\_\_\_

ASA: \_\_\_\_\_ (Valorado por el encuestador)

Antecedentes Patológicos Personales \_\_\_\_\_

TIPO DE PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_(valorado por el encuestador)

TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_(valorado por el encuestador)

TIEMPO QUIRÚRGICO: HORAS \_\_\_\_\_(valorado por el encuestador)

#### ESCALA IOWA DE SATISFACCIÓN CON LA ANESTESIA (adaptada)

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <b>1. Vomitó o tuvo ganas de vomitar</b>                  | ____ Totalmente en desacuerdo    |
| ____ Totalmente en desacuerdo                             | ____ Moderadamente en desacuerdo |
| ____ Moderadamente en desacuerdo                          | ____ Levemente en desacuerdo     |
| ____ Levemente en desacuerdo                              | ____ Levemente de acuerdo        |
| ____ Levemente de acuerdo                                 | ____ Moderadamente de acuerdo    |
| ____ Moderadamente de acuerdo                             | ____ Totalmente de acuerdo       |
| ____ Totalmente de acuerdo                                |                                  |
| <b>2. Le gustaría recibir la misma anestesia otra vez</b> | ____ Totalmente en desacuerdo    |
|   | ____ Moderadamente en desacuerdo |

- Levemente en desacuerdo
- Levemente de acuerdo
- Moderadamente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

**4. Se sintió relajado/tranquilo**

- Totalmente en desacuerdo
- Moderadamente en desacuerdo
- Levemente en desacuerdo
- Levemente de acuerdo
- Moderadamente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

**5. Sintió dolor**

- Totalmente en desacuerdo
- Moderadamente en desacuerdo
- Levemente en desacuerdo
- Levemente de acuerdo
- Moderadamente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

**6. Se sintió seguro/confiado**

- Totalmente en desacuerdo
- Moderadamente en desacuerdo
- Levemente en desacuerdo
- Levemente de acuerdo
- Moderadamente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

**7. Tuvo mucho frío o calor**

- Totalmente en desacuerdo
- Moderadamente en desacuerdo
- Levemente en desacuerdo
- Levemente de acuerdo

- Moderadamente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

**8. Quedó satisfecho, contento con su cuidado anestésico**

- Totalmente en desacuerdo
- Moderadamente en desacuerdo
- Levemente en desacuerdo
- Levemente de acuerdo
- Moderadamente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

**9. Sintió dolor durante la cirugía**

- Totalmente en desacuerdo
- Moderadamente en desacuerdo
- Levemente en desacuerdo
- Levemente de acuerdo
- Moderadamente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

**10. Se sintió bien**

- Totalmente en desacuerdo
- Moderadamente en desacuerdo
- Levemente en desacuerdo
- Levemente de acuerdo
- Moderadamente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

**11. Se sintió lastimado**

- Totalmente en desacuerdo
- Moderadamente en desacuerdo
- Levemente en desacuerdo
- Levemente de acuerdo
- Moderadamente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

**Tiempo aproximado de llenado:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 2. ESCALA SERVQHOS PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ÍTEMS	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Lo que esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
	1	2	3	4	5
1. Amabilidad del personal					
2. Apariencia del personal					
3. Comprensión de sus necesidades					
4. Confianza y seguridad					
5. Disposición para su ayuda					
6. Tiempo de espera					
7. Comodidad de las Habitaciones					
8. Información que da el Anestesiólogo (sabe quién fue?)					
9. Interés por cumplir objetivos pre quirúrgicos					
10. Señalización fuera de quirófano					
11. Preparación del personal para su cirugía					
12. Puntualidad de su cirugía					
13. Rapidez de respuesta ante sus demandas					
14. Señalización en quirófano					
15. Trato personalizado					
16. Interés del personal enfermería					
17. Interés por solucionar sus problemas					
18. Información a sus familiares					
19. Tecnología BIOMÉDICA					

**Tiempo aproximado de llenado:** \_\_\_\_\_

### ANEXO 3: ESCALA DE ANSIEDAD DE ÁMSTERDAM (ADAPTADA)

En la siguiente tabla marque una X en el casillero que mejor se acople a como se sintió durante su cirugía

	1	2	3	4	5
ESTA PREOCUPADO POR LA ANESTESIA					
LA ANESTESIA ESTA EN SU MENTE CONTINUAMENTE					
LE GUSTA SABER TODO LO QUE PUEDA SOBRE LA ANESTESIA					
ESTA PREOCUPADO POR EL PROCEDIMIENTO					
EL PROCEDIMIENTO ESTA EN SU MENTE CONTINUAMENTE					
LE GUSTA SABER TODO LO QUE PUEDA SOBRE EL PROCEDIMIENTO					

Tome en cuenta que

- 1 Totalmente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Ni acuerdo ni desacuerdo
- 4 De acuerdo
- 5 Totalmente de acuerdo

**Tiempo aproximado de llenado:** \_\_\_\_\_

## **ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador**

**Postgrado de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor**

**TEMA: VALORACIÓN DE SATISFACCIÓN ANESTÉSICA Y FACTORES RELACIONADOS, EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO**

### **Objetivos de la investigación:**

- Determinar el nivel de satisfacción anestésica y factores asociados en pacientes sometidos a cirugía oftalmológica del HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
- Describir las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- Estimar el nivel de satisfacción del usuario en la etapa pre anestésica y post anestésica mediante las escalas IOWA Y SERVQHOS.
- Valorar el nivel de ansiedad de los pacientes sometidos a cirugía en oftalmológica.
- Valorar la prevalencia de delirium postquirúrgico en adultos mayores en cirugía oftalmológica.
- Identificar la calidad de información obtenida por los pacientes en el pre y post anestésico.
- Identificar la presencia de eventos adversos en recuperación pos anestésica.

### **Riesgos y beneficios**

El presente estudio de investigación no conlleva ningún riesgo en su atención y mucho menos va a atentar en contra de su salud e integridad; al contrario, el beneficio va a ser enorme ya que por medio de este trabajo se valorará la calidad de atención que recibió y se podrá mejorar en procedimientos subsecuentes en usted y en los demás pacientes.

### **Confidencialidad**

Toda la información obtenida de los participantes será manejada con absoluta confidencialidad por parte de los investigadores y los organismos de evaluación de la Pontificia Universidad del Ecuador.

### **Derechos**

Si ha leído el presente documento y ha decidido participar en el presente estudio, entiéndase que su participación es voluntaria y que usted tiene derecho de abstenerse o retirarse del estudio en cualquier momento del mismo sin ningún tipo de penalidad. Tiene del mismo modo derecho a no contestar alguna pregunta en particular, si así, lo considera.

Yo, \_\_\_\_\_, portador de la Cédula de Identidad No. \_\_\_\_\_ he recibido la información necesaria sobre la presente investigación o estudio, y acepto participar voluntariamente en la ejecución de la misma. Los investigadores Silvia Elizabeth Naula Ichina y Gloria Soledad Pico Chica, me han brindado información suficiente en relación al estudio y me han permitido efectuar preguntas sobre el mismo, entregándome respuestas satisfactorias. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio cuando lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello afecte mis cuidados médicos. También he sido informado/a de forma clara, precisa que los datos de esta investigación serán tratados y custodiados para respeto de mi intimidad. Doy, por tanto, mi consentimiento para utilizar la información necesaria para la investigación de la que se me han instruido y para que sea utilizada exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder esta, en todo o en parte a otro investigador, grupo o centro distinto. Declaro que he leído y conozco el

contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente.  
Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

---

Nombre del paciente

Cédula Identidad:

Hemos discutido el contenido de esta hoja de consentimiento, así como hemos explicado los riesgos y beneficios que deriven del mismo.

Silvia Naula MD.  
1804242962

Gloria Pico MD.  
0604038448

## ANEXO 5: TABLAS

### SATISFACCION ANESTÉSICA VS VARIABLES DEMOGRÁFICAS

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	ESCALA IOWA		
	SATISFECHO	INSATISFECHO	TOTAL
EDAD			
<60 AÑOS	50%	13%	63
>60 AÑOS	24%	13%	37
<b>TOTAL</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100</b>
SEXO			
<b>HOMBRES</b>	37%	15%	52%
<b>MUJERES</b>	37%	11%	48%
<b>TOTAL</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### SATISFACCIÓN ANESTÉSICA VS VARIABLES DESCRIPTIVAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO

VARIABLES DESCRIPTIVAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO	VARIABLE DE SATISFACCION ANESTÉSICA ESCALA DE IOWA		
	SATISFECHO	INSATISFECHO	TOTAL
ASA			
<b>I</b>	38%	10%	48%
<b>II-III</b>	36%	16%	52%
<b>TOTAL</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>
CIRUGÍA			
<b>PROGRAMADA</b>	65%	19%	84%
<b>EMERGENCIA</b>	9%	7%	16%
<b>TOTAL</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>
ANESTESIA LOCAL			
<b>SI</b>	32%	15%	43%
<b>NO</b>	42%	11%	57%
<b>TOTAL</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>
ANESTESIA GENERAL			
<b>SI</b>	30%	11%	41%
<b>NO</b>	44%	15%	59%
<b>TOTAL</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>
ANESTESIA LOCAL ASISTIDA			
<b>SI</b>	12%	4%	16%
<b>NO</b>	62%	22%	84%
<b>TOTAL</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>

TIEMPO QUIRÚRGICO			
< 1:30	42%	12%	54%
>1.30	32%	14%	46%
<b>TOTAL</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>

PROFESIONAL QUE ADMINISTRA LA ANESTESIA			
<b>ANESTESIÓLOGO</b>	31%	13%	44%
<b>OFTALMÓLOGO</b>	43%	13%	56%
<b>TOTAL</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SERVQHOS) Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	VARIABLE DESCRIPTIVA DE CALIDAD DE SERVICIOS (SERVQHOS)		
	SATISFECHO	INSATISFECHO	TOTAL
EDAD			
<60 AÑOS	60%	3%	63
>60 AÑOS	32%	5%	37
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>	<b>8%</b>	<b>100</b>
SEXO			
<b>HOMBRES</b>	49%	3%	52
<b>MUJERES</b>	43%	5%	48
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SERVQHOS) Y VARIABLES DESCRIPTIVAS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO

VARIABLES DESCRIPTIVAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO	VARIABLE DE CALIDAD DE SERVICIOS (SERVQHOS)		
	SATISFECHO	INSATISFECHO	TOTAL
ASA			
<b>I</b>	46%	2%	48%
<b>II-III</b>	46%	6%	52%
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>
CIRUGÍA			
<b>PROGRAMADA</b>	78%	6%	84%
<b>EMERGENCIA</b>	14%	2%	16%
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>
ANESTESIA LOCAL			
<b>SI</b>	42%	1%	43%
<b>NO</b>	50%	7%	57%
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>
ANESTESIA GENERAL			

SI	37%	4%	41%
NO	55%	4%	59%
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>
<b>ANESTESIA LOCAL ASISTIDA</b>			
SI	13%	3%	16%
NO	79%	5%	84%
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>
<b>TIEMPO QUIRÚRGICO</b>			
< 1:30	51%	3%	54%
>1.30	41%	5%	46%
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>
<b>PROFESIONAL QUE ADMINISTRA LA ANESTESIA</b>			
ANESTESIÓLOGO	40%	4%	44%
OFTALMÓLOGO	52%	4%	56%
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

#### ANSIEDAD Y VARIABLES DEMOGRÁFICAS

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	VARIABLE DE ANSIEDAD ESCALA DE (AMSTERDAM)		
	SI	NO	TOTAL
<b>EDAD</b>			
<60 AÑOS	40%	23%	63%
>60 AÑOS	21%	16%	37%
<b>TOTAL</b>	<b>61%</b>	<b>39%</b>	<b>100</b>
<b>SEXO</b>			
HOMBRES	28%	24%	52%
MUJERES	33%	15%	48%
<b>TOTAL</b>	<b>61%</b>	<b>39%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

#### ANSIEDAD Y VARIABLES DESCRIPTIVAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO

VARIABLES DESCRIPTIVAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO	VARIABLE DE ANSIEDAD ESCALA DE (AMSTERDAM)		
	SI	NO	TOTAL
<b>ASA</b>			
I	31%	17%	48%
II-III	30%	22%	52%
<b>TOTAL</b>	<b>61%</b>	<b>39%</b>	<b>100%</b>
<b>CIRUGÍA</b>			
PROGRAMADA	51%	33%	84%
EMERGENCIA	10%	6%	16%
<b>TOTAL</b>	<b>61%</b>	<b>39%</b>	<b>100%</b>
<b>ANESTESIA LOCAL</b>			
SI	28%	15%	43%
NO	33%	24%	57%
<b>TOTAL</b>	<b>61%</b>	<b>39%</b>	<b>100%</b>
<b>ANESTESIA GENERAL</b>			
SI	25%	16%	41%
NO	36%	23%	59%
<b>TOTAL</b>	<b>61%</b>	<b>39%</b>	<b>100%</b>

<b>ANESTESIA LOCAL ASISTIDA</b>			
<b>SI</b>	8%	8%	16%
<b>NO</b>	53%	31%	84%
<b>TOTAL</b>	<b>61%</b>	<b>39%</b>	<b>100%</b>
<b>TIEMPO QUIRÚRGICO</b>			
<b>&lt; 1:30</b>	33%	21%	54%
<b>&gt;1.30</b>	28%	18%	46%
<b>TOTAL</b>	<b>61%</b>	<b>39%</b>	<b>100%</b>
<b>PROFESIONAL QUE ADMINISTRA LA ANESTESIA</b>			
<b>ANESTESIÓLOGO</b>	27%	17%	44%
<b>OFTALMÓLOGO</b>	34%	22%	56%
<b>TOTAL</b>	<b>61%</b>	<b>39%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta por entrevista  
Elaboración: Naula S, Pico G. 2019

### **CORRELACIÓN DE LA PUNTUACIÓN DE SERVQHOS CON RESPECTO A LA SATISFACCION GLOBAL**

<b>CORRELACIONES</b>			
AMABILIDAD DEL PERSONAL	CORRELACIÓN	DE	,408**
	PEARSON		
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
APARIENCIA DEL PERSONAL	CORRELACIÓN	DE	,424**
	PEARSON		
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
COMPRENSIÓN DE SUS NECESIDADES	CORRELACIÓN	DE	,422**
	PEARSON		
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
CONFIANZA Y SEGURIDAD	CORRELACIÓN	DE	,484**
	PEARSON		
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
DISPOSICIÓN PARA SU AYUDA	CORRELACIÓN	DE	,385**
	PEARSON		
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
TIEMPO DE ESPERA	CORRELACIÓN	DE	,554**
	PEARSON		
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
COMODIDAD DE LAS HABITACIONES	CORRELACIÓN	DE	,370**
	PEARSON		
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
INFORMACIÓN QUE DA EL ANESTESIÓLOGO (SABE QUIÉN FUE?)	CORRELACIÓN	DE	,325**
	PEARSON		
	SIG. (BILATERAL)		0,001

	N		100
INTERÉS POR CUMPLIR OBJETIVOS PRE QUIRÚRGICOS	CORRELACIÓN PEARSON	DE	,399**
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
SEÑALIZACIÓN FUERA DE QUIRÓFANO	CORRELACIÓN PEARSON	DE	,322**
	SIG. (BILATERAL)		0,001
	N		100
PREPARACIÓN DEL PERSONAL PARA SU CIRUGÍA	CORRELACIÓN PEARSON	DE	,508**
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
PUNTUALIDAD DE SU CIRUGÍA	CORRELACIÓN PEARSON	DE	,508**
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
RAPIDEZ DE RESPUESTA ANTE SUS DEMANDAS	CORRELACIÓN PEARSON	DE	,430**
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
SEÑALIZACIÓN EN QUIRÓFANO	CORRELACIÓN PEARSON	DE	,325**
	SIG. (BILATERAL)		0,001
	N		100
TRATO PERSONALIZADO	CORRELACIÓN PEARSON	DE	,438**
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
INTERÉS DEL PERSONAL ENFERMERÍA	CORRELACIÓN PEARSON	DE	,353**
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
INTERÉS POR SOLUCIONAR SUS PROBLEMAS	CORRELACIÓN PEARSON	DE	,530**
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	CORRELACIÓN PEARSON	DE	-0,013
	SIG. (BILATERAL)		0,900
	N		100
INFORMACIÓN A SUS FAMILIARES	CORRELACIÓN PEARSON	DE	,471**
	SIG. (BILATERAL)		0,000
	N		100
SERVQHOS (AGRUPADA)	CORRELACIÓN PEARSON	DE	1
	SIG. (BILATERAL)		
	N		100

\*\* . LA CORRELACIÓN ES SIGNIFICATIVA EN EL NIVEL 0,01 (BILATERAL).

## **ANEXO 6. TRÍPTICO DE VISITA PREANESTESICA EN OFTALMOLOGÍA**

**PROPUESTA A IMPLEMENTARSE EN LA VISITA PREANESTESICA DE  
OFTALMOLOGIA EN EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO POR PARTE DE LAS DRAS.  
SILVIA NAULA Y GLORIA PICO.**

**TEMA: VALORACIÓN DE SATISFACCION ANESTÉSICA Y FACTORES  
RELACIONADOS, EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA  
OFTALMOLÓGICA**

¿Sabes quién es el anestesiólogo?

Anestesiología es mucho más que dormir...

## ¿Sabe de qué se trata su procedimiento?

La anestesia en oftalmología es considerada como uno de los “pequeños-grandes detalles dentro de la medicina.





## Preguntas frecuentes

### “NUNCA OLVIDE SUS HORAS DE AYUNO”

#### ¿Qué tipo de anestesia se hace para una cirugía ocular?

Se puede utilizar anestesia local, anestesia local más sedación o anestesia general. La elección de la técnica anestésica depende de la cooperación del paciente, de la dificultad quirúrgica, de la duración del procedimiento y de la patología que presente.

#### ¿Qué va a sentir?

Si se coloca anestesia local no podrá mover el ojo y tampoco sentirá dolor con la manipulación, su párpado se mantiene abierto durante toda la cirugía, si siente dolor comuníquelo a su anestesiólogo.

Con la **sedación**, el paciente entra en un estado de semiinconsciencia y relajación, pero mantiene su capacidad de colaborar si fuera necesario.

#### ¿Cuánto tiempo durará el procedimiento?

La anestesia local tiene una duración entre 2 a 3 horas y la anestesia general depende del procedimiento.

#### ¿En qué casos se realiza anestesia general en la cirugía oftalmológica?

La mayoría de las cirugías oculares se realizan con anestesia local y sedación. La cooperación y la ausencia de movimientos de la cabeza son de vital importancia para el éxito de esta técnica.

Los pacientes que presentan enfermedad mental, psicosis o discapacidad o que sean incapaces de mantenerse quietos o en el caso de niños pequeños puede que no sea adecuada la anestesia local. En ese caso, se precisaría anestesia general.

## Datos clave

¡No sea tímido! Pregunte todo aquello que le cause miedo o preocupación sea de su cirugía o de su anestesia.

Confíe en su equipo de salud. Todos esperamos que su experiencia sea agradable.