

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“SATISFACCIÓN DE LA VALORACIÓN PRE-ANESTÉSICA POR PARTE DEL  
DERECHOHABIENTE DEL CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC”**

**CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**M.C. MARISELA LARA MENA**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**M.A.H. S.P. JUAN PABLO GÓMEZ ROJAS**

**REVISORES:**

**E. EN ANEST. MARÍA ELENA FABILA MAZA  
E. EN ANEST. CITLALY ROSARIO GONZÁLEZ CHÁVEZ  
E. EN ANEST. JUAN MANUEL MIRANDA CEDILLO  
E. EN ANEST. ALBERTO VELÁZQUEZ DÍAZ**

**TOLUCA ESTADO DE MÉXICO 2021**

## ÍNDICE

1. VALORACIÓN PREANESTÉSICA.....	7
1.1. Concepto.....	7
1.2. Objetivo de la valoración preanestésica.....	7
1.3. Componentes de la valoración preanestésica.....	8
1.3.1. Anamnesis.....	8
1.3.2. Exploración física. ....	8
1.3.3. Solicitud de pruebas complementarias preoperatorias.....	9
1.3.4. Recomendaciones sobre las pautas de ayuno preoperatorio.....	12
1.3.5. Medicación crónica y manejo preoperatorio. ....	13
1.3.6. Consulta de valoración preanestésica.....	17
1.4. Tipos de valoración preanestésica.....	19
1.4.1. La evaluación preanestésica en el paciente geriátrico. ....	19
1.4.2. Valoración preanestésica en el paciente pediátrico.....	20
1.4.3. Valoración preanestésica en la paciente obstétrica.....	21
1.4.4. Valoración preanestésica en el paciente con enfermedad renal. ....	23
1.4.5. Valoración preanestésica en el paciente neumópata. ....	23
1.4.6. Valoración preanestésica en el paciente neurológico.....	24
1.4.7. Valoración pre-anestésica y COVID. ....	25
2. CALIDAD EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA.....	32
2.1. Control del servicio sanitario. ....	33
2.2. Mejora continua de la calidad.....	33
2.3. Seguridad del paciente.....	34
3. SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE.....	36
3.1. Concepto.....	36
3.2. Satisfacción del paciente con las consultas de evaluación preanestésica.....	36
3.3. Clasificación del grado de satisfacción de un paciente. ....	38
3.4. Evaluación de la atención del paciente. ....	38
3.4.1. Indicadores de calidad en medicina. ....	39
3.4.2. ¿Cómo se evalúa la calidad del servicio de anestesiología en el sistema de salud en México?.....	40

4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN ANESTESIOLOGÍA.....	42
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	50
6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	51
7. HIPÓTESIS. ....	51
8. OBJETIVO GENERAL.....	51
9. OBJETIVO ESPECÍFICO .....	51
10. MATERIAL Y MÉTODOS .....	51
11. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES .....	53
12. TAMAÑO DE LA MUESTRA. ....	54
13. ANÁLISIS ESTADÍSTICO. ....	54
14. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO .....	54
15. CONSIDERACIONES ÉTICAS. ....	54
16. RESULTADOS.....	55
16.1 Características sociodemográficas.....	55
16.2 Clasificación por estado físico o ASA.....	55
16.3 Clasificación por especialidad quirúrgica.....	55
16.4 Tipo de procedimiento.....	56
16.5 Grados de satisfacción.....	56
17. DISCUSIÓN. ....	60
18. CONCLUSIONES.....	63
19. REFERENCIAS.....	64
20. ANEXOS .....	67

## RESUMEN.

**INTRODUCCIÓN:** La valoración preanestésica tiene como objetivo establecer una relación médico paciente exitosa para planear el manejo perioperatorio y plan anestésico óptimo. Siendo prioritario ofrecer servicios de mayor calidad para que el usuario se sienta satisfecho con la asistencia proporcionada.

**OBJETIVO:** Determinar el grado de satisfacción de la valoración preanestésica en el derechohabiente de ISSEMYM Ecatepec.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio, transversal, descriptivo durante el periodo del 1/07/2020 al 31/10/2020, en los pacientes que se les realizó valoración preanestésica, donde se aplicó un cuestionario al final de la asistencia del anesthesiologo.

**RESULTADOS:** De un total de 228 pacientes de ambos sexos a quienes se les realizó la encuesta, la edad promedio fue de 42 años con predominio en el sexo femenino, ASA II en 71%, del área ginecológica 42.5%, cirugía general 33.7% y traumatología y ortopedia 23.68%. El 85% sometido a cirugía de urgencia. El grado de satisfacción fueron: muy satisfecho 14.1%, satisfecho 61.23%, medianamente satisfecho 22.03%, insatisfecho 2.64%. El factor que los pacientes consideran mejorar al realizar la valoración preanestésica es crear confianza y seguridad con su médico anesthesiologo con un 59.03%.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes sometidos a valoración preanestésica en ISSEMYM Ecatepec manifestaron estar satisfechos. El factor que consideran los pacientes en necesario mejorar es crear confianza y seguridad con su médico anesthesiologo. Se encontró que existe dependencia en crear confianza y seguridad con el médico anesthesiologo para obtener mejor grado de satisfacción.

**Palabras clave:** satisfacción del usuario, grado de satisfacción, calidad de atención, valoración preanestésica, encuesta, Anesthesiología.

## SUMMARY.

**INTRODUCTION:** The preanesthetic assessment aims to establish a successful patient-doctor relationship to plan the perioperative management and optimal anesthetic plan. Being a priority to offer higher quality services so that the user feels satisfied with the assistance provided.

**OBJECTIVE:** To determine the degree of satisfaction of the pre-anesthetic assessment in the beneficiary of ISSEMYM Ecatepec.

**METHODS:** A cross-sectional, descriptive study was carried out during the period from 07/01/2020 to 10/31/2020, in patients who underwent pre-anesthetic evaluation, where a questionnaire was applied at the end of the anesthesiologist's attendance.

**RESULTS:** Of a total of 228 patients of both sexes who were surveyed, the average age was 42 years with a predominance of females, ASA II in 71%, gynecological area 42.5%, general surgery 33.7% and traumatology and orthopedics 23.68%. 85% underwent emergency surgery. The degree of satisfaction was: very satisfied 14.1%, satisfied 61.23%, moderately satisfied 22.03%, dissatisfied 2.64%. The factor that patients consider to improve when performing the pre-anesthetic assessment is to create confidence and security with their anesthesiologist with 59.03%.

**CONCLUSIONS:** The patients undergoing preanesthetic evaluation at ISSEMYM Ecatepec stated that they were satisfied. The factor that patients consider necessary to improve is to create trust and confidence with their anesthesiologist. It was found that there is dependence on creating trust and security with the anesthesiologist to obtain a better degree of satisfaction.

**Keywords:** user satisfaction, degree of satisfaction, quality of care, pre-anesthetic assessment, survey, Anesthesiology.

## **MARCO TEORICO.**

### **1. VALORACIÓN PREANESTÉSICA.**

#### **1.1. Concepto.**

Es una valoración que precede a un acto anestésico, analgésico y de sedación, tanto para un acto quirúrgico como no quirúrgico. Y la realización de la evaluación preanestésica es responsabilidad únicamente del anesthesiologo. (1)

La valoración preanestésica es el protocolo de estudio que permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente para establecer un plan anestésico de acuerdo con su análisis y, de ser posible, respetar la preferencia del paciente. (2)

#### **1.2. Objetivo de la valoración preanestésica.**

Sus objetivos son: evaluar el estado de salud de los pacientes con anterioridad al acto anestésico, con objeto de determinar si alguna enfermedad coexistente, conocida o no, es lo suficientemente para modificar, retrasar o contraindicar la cirugía; poner al paciente en la mejor condición preoperatoria posible; evaluar el riesgo anestésico y según el tipo de cirugía; planificar la anestesia y el tratamiento del dolor postoperatorio; informar acerca de la técnica o técnicas anestésicas aplicables obteniendo el consentimiento informado y tratar la ansiedad mediante la información y premedicación (1)

La valoración preanestésica nos aporta información sobre el paciente y hacer derivaciones selectivas a los especialistas médicos (p. ej., neumólogos, cardiólogos para complementar manejos y así disminuir el riesgo anestésico quirúrgico. (3)

### **1.3. Componentes de la valoración preanestésica.**

La entrevista preoperatoria consta de 3 elementos básicos: historia clínica y anamnesis, exploración física del paciente y solicitud de las pruebas complementarias preoperatorias personalizadas.

#### **1.3.1. Anamnesis.**

De los tres elementos básicos en la valoración preanestésica; el interrogatorio es el elemento más eficaz.

Es importante Interrogar historia familiar deficiencia de pseudocolinesterasa, hipertermia maligna (HM) en un paciente o un familiar deben estar claramente documentados para permitir que se adopten las medidas adecuadas antes del día de la cirugía y personal de posibles problemas anestésicos si los hubiere. (3)

El interrogatorio sobre el estado del homeostasis del paciente, por ejemplo, su función cardíaca, respiratoria, renal, neurológica, gastrointestinal, hemorrágica, etcétera; así como incluir una serie de preguntas sobre aspectos generales del paciente antecedentes crónico degenerativos, consumo de medicamentos, alergias a alimentos o medicamentos, consumo de alcohol y tabaco, y estado funcional. Antecedentes quirúrgicos y exposición previa a fármacos anestésicos, así como si existió alguna complicación en dichas técnicas anestésicas previas. (1)

Las mujeres en edad fértil deben recordar la última regla y su probabilidad de estar embarazadas. Este antecedente es más fiable si la paciente, sobre todo si es menor de edad, es preguntada en privado.

#### **1.3.2. Exploración física.**

Consiste en apreciar el estado físico del paciente. Debe incluir siempre:

- *Peso, talla e índice de masa corporal (IMC)*. El aumento del IMC es predictivo de dificultades en el abordaje de la vía respiratoria, tanto con ventilación bolsa-mascarilla como con intubación endotraqueal. (3)

- *Signos vitales:* presión arterial, pulso (frecuencia y regularidad) y frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura.
- *Exploración de vía aérea:* Desde la perspectiva del anestesiólogo, la inspección de la vía respiratoria puede ser el componente individual más importante de la exploración física. La documentación sobre la exploración de la vía respiratoria comprende la puntuación de Mallampati, el grado de movilidad del cuello (sobre todo la extensión), la circunferencia del cuello (un tamaño aumentado predice la dificultad con la laringoscopia), la distancia tiromentoniana, el hábito corporal y las deformidades pertinentes. Dado el potencial de lesiones dentales ocasionales durante la anestesia, resulta útil una completa documentación de las anomalías dentales preexistentes<sup>3</sup>
- *Exploración del estado de la dentadura* (prótesis dentales, malposición dentaria, retrognatia, etcétera.).
- *Auscultación cardíaca y respiratoria.*
- *Estado cutáneo,* así como eventuales dificultades anatómicas en caso de que se prevea una anestesia regional.
- *Exploración del acceso vascular* y facilidad de la punción venosa.
- *Búsqueda de factores generales y locales:* que favorezcan la aparición de complicaciones tromboembólicas (estado de la red venosa, presencia de varices, etc.) y factores relacionados con el tipo de cirugía.

### **1.3.3. Solicitud de pruebas complementarias preoperatorias.**

Indispensables en la valoración preanestésica de todos los pacientes con el objetivo de identificar problemas o alteraciones que no se hayan identificado previamente con la anamnesis y la exploración física. Su uso deberá estar limitado a la necesidad individual del paciente y al grado de evidencia científica del grado de la seguridad de cada prueba.<sup>1</sup>

- *Electrocardiograma preoperatorio.* Existe un cierto número de enfermedades cardíacas potencialmente capaces de alterar el manejo anestésico del paciente solo pueden ser descubiertas por el electrocardiograma: isquemia siliente, infarto de miocardio asintomático, bloqueo AV en sus distintos grados, intervalo PR

corto, etcétera. Las recomendaciones actuales para la solicitud del ECG preoperatorio en pacientes sanos asintomáticos están basadas en factores que aumentan el riesgo cardiovascular del paciente, la edad (60 años en mujeres y 40 años en varones), el sexo masculino, enfermedad cardíaca, la hipertensión, el hipercolesterolemia, el consumo de tabaco, la diabetes, la obesidad severa (IMC>40), antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar o el consumo ilícito de drogas.

El porcentaje de anomalías encontradas en los ECG preoperatorios solicitados rutinariamente es alto (entre el 3,7 y el 52,2%) (1 p14)

- *Radiografía de tórax preoperatoria:* La realización de radiografías de tórax preoperatorias para: a) detectar anomalías esqueléticas, respiratorias o cardíacas que incrementen el riesgo de muerte y/o de complicaciones graves durante o después de la cirugía, o constatar las ya conocidas; b) Realizar cambios en la actitud para poder disminuir el riesgo operatorio; c) establecer una valoración basal con la que poder comparar en el postoperatorio si aparecieran complicaciones. (1)
- *Pruebas de laboratorio preoperatorias:* Se pueden solicitar con varios propósitos: identificar una enfermedad o una alteración analítica que pueda afectar el cuidado anestésico perioperatorio; verificar el efecto de una enfermedad conocida, alteración o terapia médica, que pueda influir en el manejo perioperatorio del paciente y formular planes específicos y alternativos para su cuidado perioperatorio.<sup>1</sup>

El período de validez de dichas pruebas de estudio preoperatorio, establecido por un grupo de expertos miembros de las especialidades de anestesiología y reanimación y de cirugía general es de 3 meses en pacientes sintomáticos.<sup>1</sup>

- *Hemograma:* En el año 2001, la Organización Mundial de la Salud planteó como estrategia básica para reducir los riesgos asociados a la transfusión de hemoderivados, la programación de cirugía electiva con tiempo suficiente para poder detectar y corregir la anemia preoperatoria y los eventuales problemas de hemostasia que pudieran aparecer. La prevalencia de anemia en la población general puede llegar al 10%, aumentando con la edad, siendo la hemoglobina

preoperatoria el principal factor predictivo de transfusión en el período perioperatorio.

Está indicada para intervenciones potencialmente hemorrágicas (ortopedia y cirugía cardíaca, seguidas por la cirugía gastrointestinal, vascular y urológica), mujeres en edad fértil y pacientes mayores de 65 años, así como en pacientes con enfermedades sistémicas que puedan tener posible percusión hematológica, hipertensión arterial o pacientes anticoagulados.<sup>1</sup> Así como también, enfermedad renal, quimioterapia o radioterapia recientes, tratamiento con corticoides o anticoagulantes, deficiente estado nutricional. (3)

- *Estudio de coagulación:* La revisión de los artículos más recientemente publicados con respecto a la hemostasia permite determinar la inquietud hemostasia puedan tener en la realización de las técnicas regionales anestésicas y analgésicas

Las normas de recomendación en pacientes asintomáticos son solicitar pruebas de hemostasia solo si en la anamnesis se sugerían problemas de coagulación, alteraciones hepáticas secundarias al consumo de alcohol o terapia con fármacos que alteren la hemostasia. En los pacientes sintomáticos, a estas recomendaciones se añade la presencia de otras enfermedades que alteren la hemostasia (nefropatías, paciente con anticoagulantes, etcétera.) así como el tipo y grado de agresividad del proceso quirúrgico. (1)

- *Química sanguínea.*

- o Creatinina.

La enfermedad renal leve o moderada habitualmente no produce síntomas, pero sí incrementa el riesgo de morbilidad perioperatoria. De acuerdo con estos datos, la determinación de valores séricos de creatinina debería recomendarse en todos los pacientes con edad superior a 40 años.

- o Glucosa.

La frecuencia de encontrar valores de glucemia anormales en pacientes asintomáticos oscila entre 1,8-5,5%, y se incrementa con la edad (el 25% de los pacientes mayores de 60 años tiene glucemia > 120 mg/dl). En determinadas intervenciones, como la cirugía vascular y la revascularización coronaria, se

asocian con un riesgo perioperatorio mayor en el caso de que el paciente sea diabético o tenga valores elevados de glucemia. <sup>1</sup>

- Enzimas hepáticas.

La aspartato aminotransferasa (AST) y la alanino aminotransferasa (ALT) se encuentran alteradas en el 0,3% de los pacientes quirúrgicos.

No se recomienda la determinación rutinaria de las enzimas hepáticas a excepción de pacientes con enfermedad sistémica conocida, y/o en tratamiento médico con diuréticos, corticoides o digitálicos<sup>1</sup>

Las principales indicaciones clínicas son un antecedente de hepatitis (vímica, alcohólica, inducida por fármacos, autoinmune), ictericia, cirrosis, hipertensión portal, enfermedad biliar o de la vesícula biliar, exposición a fármacos hepatotóxicos, afectación tumoral del hígado y trastornos hemorrágicos.<sup>3</sup>

- Análisis de orina.

El objetivo del análisis de orina como parte del estudio preoperatorio del paciente es detectar la presencia de alguna enfermedad renal asintomática o de una infección de tracto urinario.

El análisis de orina no debe realizarse de manera rutinaria como parte de la evaluación preoperatoria del paciente sano, ni siquiera en intervenciones urológicas. Su uso debería limitarse únicamente a los casos en los que el paciente presente sintomatología sugestiva de infección urinaria.

#### **1.3.4. Recomendaciones sobre las pautas de ayuno preoperatorio.**

Puesto que la prevención de la aspiración pulmonar es parte del proceso de evaluación preoperatoria y preparación del paciente, en 1999, la Sociedad Americana de Anestesiólogos elaboró una guía práctica de ayuno preoperatorio dirigida a pacientes sanos de todas las edades para procedimientos electivos. La guía recomienda una valoración pertinente durante la anamnesis y exploración preoperatoria sobre signos y síntomas la motilidad gastrointestinal. Considera apropiado que los adultos eviten la ingesta de líquidos claros 2 o más horas previas al procedimiento anestésico, 4 h de ayuno para la leche materna y 6 h para las fórmulas de leche preparadas en el caso de lactantes, comidas ligeras y leche no materna y 8 horas para alimentos sólidos. (1)

### 1.3.5. Medicación crónica y manejo preoperatorio.

Al menos, un 50% de los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica sigue de manera habitual algún tipo de tratamiento farmacológico. En la planificación preoperatoria del paciente, el anestesiólogo debe decidir qué medicación puede suspenderse, qué medicación no debe dejar de ser administrada o plantear posibles alternativas farmacológicas si las hubiere.

Se anexa figura 1, las consideraciones específicas para algunos medicamentos.

figura 1. Recomendaciones medicamentos del paciente con medicación crónica

Medicación	Consideraciones clínicas anestésicas	Recomendación preoperatoria
<i>Agentes cardiovasculares</i>		
Bloqueadores beta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El cese brusco puede inducir hipertensión, taquicardia e isquemia miocárdica</li> <li>- Se recomienda inicio del tratamiento preoperatorio en pacientes quirúrgicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar el tratamiento incluida la mañana de la intervención. Si no es posible la ingesta oral sustituir por un bloqueador beta i.v.</li> </ul>
Corticoides inhalados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La supresión brusca de corticoides inhalados puede inducir insuficiencia suprarrenal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar el tratamiento incluida la mañana de la intervención</li> <li>- Si no es posible administrar terapia de sustitución i.v. con hidrocortisona</li> </ul>
<i>Agentes endocrinos</i>		
ACO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentan el riesgo de trombosis venosa y tromboembolia (sobre todo los ACO con contenido de estrógeno <math>\geq 35 \mu\text{g}</math>). Su supresión puede incrementar el riesgo de embarazo no deseado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar con los ACO hasta el día previo a la cirugía en intervenciones de bajo riesgo trombótico</li> <li>- Suspender 4-6 semanas en cirugía con alto riesgo de complicaciones tromboembólicas</li> <li>- Empleo de formas anticonceptivas alternativas y solicitud de test de embarazo previo a la intervención en pacientes sexualmente activas</li> </ul>
THS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumenta el riesgo de trombosis venosa y tromboembolia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar la THS hasta el día previo a la cirugía en intervenciones de bajo riesgo trombótico</li> <li>- Suspender 4-6 semanas en cirugía con alto riesgo de complicaciones tromboembólicas</li> </ul>
Moduladores selectivos del receptor de estrógeno (tamoxifeno, raloxifeno)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumenta el riesgo de trombosis venosa y tromboembolia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar la medicación hasta el día previo a la cirugía en intervenciones de bajo riesgo trombótico y cuando la indicación médica es prevención del cáncer de mama y osteoporosis</li> <li>- Suspender 4-6 semanas en caso de cirugía con alto riesgo de complicaciones tromboembólicas y continuar cuando se reinicie la tolerancia oral</li> <li>- En caso de tratamiento para el cáncer de mama consultar con el oncólogo</li> </ul>

Obtenido de: García M.F.J, et al. (2013). Recomendaciones sobre seguridad del paciente quirúrgico. Valoración anestésica preoperatoria y preparación del paciente quirúrgico. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. Vol:60(1), pp:11-26

Continuación de...

figura 1. Recomendaciones medicamentos del paciente con medicación crónica

Diuréticos	- Mantener la medicación puede causar hipovolemia e hipotensión	- No tomar la mañana de la intervención. Si es necesario emplear diuréticos i.v. en el postoperatorio
Estatinas	- Mantener la medicación puede elevar el riesgo de miopatía postoperatoria, pero proporciona protección cardiovascular	- Continuar el tratamiento incluida la mañana de la intervención
Otros hipolipemiantes (gemfibrozil, fenofibrato)	- Pueden causar rabdomiólisis y miopatías - Interferencia con agentes anestésicos de eliminación biliar	- No tomar la medicación la mañana de la intervención
<i>Medicación gastrointestinal</i>		
Antihistamínicos H <sub>2</sub>	- No se conocen efectos secundarios derivados de su uso	- Continuar el tratamiento incluida la mañana de la intervención
Inhibidores de la bomba de protones	- No se conocen efectos secundarios derivados de su uso	- Continuar el tratamiento incluida la mañana de la intervención
<i>Medicación pulmonar</i>		
Broncodilatadores inhalados (beta agonistas y anticolinérgicos)	- No se conocen efectos secundarios derivados de su uso	- Continuar el tratamiento incluida la mañana de la intervención - Pueden administrarse en forma nebulizada en el circuito del respirador
Teofilina	- No se conocen efectos secundarios derivados de su uso, salvo que presenta un estrecho rango terapéutico con las dosis tóxicas, pudiendo generar en estos casos arritmias y neurotoxicidad	- Se recomienda tomar hasta la noche previa a la cirugía y suspender el día de la intervención - Si es necesario pueden emplearse otros broncodilatadores inhalados o nebulizados en el circuito del respirador
Inhibidor de los leucotrienos	- No se conocen efectos secundarios derivados de su uso	- Continuar el tratamiento incluida la mañana de la intervención
Agonistas alfa 1 (terazosin, doxazosin, tamsulosin, alfuzosin)	- Se ha descrito síndrome de iris flácido que dificulta o impide la cirugía de catarata - Potencia algunos antihipertensivos	- Puede suspenderse la medicación antes de la cirugía de catarata
<i>Fármacos antirretrovirales</i>		
Inhibidores de la proteasa e inhibidores de la transcriptasa inversa	- Interacciones con medicación anestésica (midazolam, tiopental)	- Tomar la medicación incluida la mañana de la intervención - Si no fuera posible, suspender la medicación unos días hasta el inicio de la tolerancia oral no afectaría de manera importante la situación infecciosa del paciente
ACO: anticonceptivos orales; ECG: electrocardiograma; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; IRS: inhibidores de la recaptación de serotonina; i.v.: intravenoso; THS: terapia hormonal sustitutiva.		

Obtenido de: Garcia M.F.J, et al. (2013). Recomendaciones sobre seguridad del paciente quirúrgico. Valoración anestésica preoperatoria y preparación del paciente quirúrgico. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. Vol:60(1), pp:11-26

Continuación de...

figura 1. Recomendaciones medicamentos del paciente con medicación crónica

<i>Agentes psicotrópicos</i>		
Antidepresivos tricíclicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentan el riesgo potencial de arritmias</li> <li>- El cese brusco puede inducir insomnio, náuseas, cefalea, salivación y temblor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar con la medicación en pacientes que toman altas dosis o con potencial riesgo de arritmia. En caso contrario pueden suspenderse 1 semana antes de la cirugía y reanudar cuando se reinicie la tolerancia oral</li> </ul>
IRS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementan el riesgo de sangrado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspender la medicación 3 semanas antes de la intervención en cirugía mayor con riesgo de sangrado</li> </ul>
IMAO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El uso de IMAO con otros agentes simpaticomiméticos durante la anestesia (efedrina) puede inducir hipertensión severa</li> <li>- Si se administran IMAO junto con meperidina o dextrometorfan puede inducirse un síndrome serotoninérgico (agitación, cefalea, fiebre, convulsiones, con posibilidad de coma y muerte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaboración estrecha con el psiquiatra antes de suspender la medicación</li> <li>- En cirugía de urgencia evitar fármacos como meperidina. Si precisa simpaticomiméticos: isoprenalina, fenilefrina</li> <li>- Se recomienda suspender la medicación 2 semanas antes de la intervención</li> </ul>
Sales de litio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prolongan el efecto de los relajantes neuromusculares</li> <li>- Pueden inducir hipovolemia e hipernatremia por alteración de la capacidad de concentración renal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar el tratamiento incluido el día de la intervención. Vigilar el balance hídrico y de electrolitos</li> </ul>
<i>Medicación reumatológica</i>		
Metotrexate	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgo potencial de supresión de la médula ósea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar la medicación incluida la mañana de la intervención</li> </ul>
Sulfasalacina y azatriopina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgo potencial de supresión de la médula ósea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspender la medicación 1 semana antes de la intervención</li> </ul>
Hidrocloroquina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo riesgo de efectos secundarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar la medicación incluida la mañana de la intervención</li> </ul>
Agentes antigotosos (colchicina, alopurinol, probenecid)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La suspensión brusca puede inducir crisis de gota</li> <li>- Probenecid tiene interacciones con otras medicaciones perioperatorias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar la medicación hasta la noche anterior a la intervención</li> </ul>
<i>Medicación biológica (rituximab, etanercept, infliximab, anakinra, adalimumab)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumenta el riesgo de infección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener la medicación hasta 1 semana antes de la intervención y reanudar la medicación 1 semana después</li> </ul>

Obtenido de: Garcia M.F.J, et al. (2013). Recomendaciones sobre seguridad del paciente quirúrgico. Valoración anestésica preoperatoria y preparación del paciente quirúrgico. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. Vol:60(1), pp:11-26

Continuación de...

figura 1. Recomendaciones medicamentos del paciente con medicación crónica

Medicación	Consideraciones clínicas anestésicas	Recomendación preoperatoria
Ácido valproico	- No se conocen efectos secundarios derivados de su uso	- Continuar el tratamiento incluida la mañana de la intervención
Antipsicóticos	- Algunos preparados pueden inducir alargamiento QT, y ocasionalmente hipotensión y arritmias, sobre todo junto con anestésicos inhalatorios, eritromicina, quinolonas, amiodarona o sotalol	- Continuar la medicación hasta el día de la intervención en pacientes con riesgo de exacerbación de su psicosis. Solicitar ECG la mañana de la intervención
Benzodiazepinas	- La suspensión brusca puede inducir estado de agitación, hipertensión y delirio	- Continuar el tratamiento incluida la mañana de la intervención - Emplear preparados i.v. de vida media corta si fuera necesario
<i>Medicación neurológica</i>		
Antiepilépticos	- No se conocen efectos secundarios derivados de su uso	- Continuar el tratamiento incluida la mañana de la intervención - Pueden emplearse preparados i.v. como sustitución
Antiparkinsonianos (levodopa, carbidopa)	- El metabolito de la levodopa puede inducir arritmias, hipotensión o hipertensión - La suspensión de la medicación puede inducir empeoramiento de los síntomas parkinsonianos y aparición de síndrome neuroléptico maligno	- Continuar con la medicación hasta la noche anterior a la cirugía por su corta vida media
Antiparkinsonianos (agonistas dopaminérgicos)	- Pueden causar arritmias e hipotensión por estimulación directa de receptores dopaminérgicos	- Tomar la medicación la noche antes de la intervención, al menos 12 h antes
Piridostigmina	- Puede causar efectos muscarínicos	- Continuar el tratamiento hasta la noche antes de la intervención - Restaurar el tratamiento tras la intervención

ACO: anticonceptivos orales; ECG: electrocardiograma; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; IRS: inhibidores de la recaptación de serotonina; i.v.: intravenoso; THS: terapia hormonal sustitutiva.

Obtenido de: Garcia M.F.J, et al. (2013). Recomendaciones sobre seguridad del paciente quirúrgico. Valoración anestésica preoperatoria y preparación del paciente quirúrgico. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. Vol:60(1), pp:11-26

### **1.3.6. Consulta de valoración preanestésica.**

La decisión de desarrollar una consulta de evaluación preoperatoria depende de varios factores clave, como el volumen diario previsto de pacientes quirúrgicos, el nivel predominante de procesos médicos agudos de estos pacientes, la disponibilidad de las instalaciones clínicas, datos demográficos pertinentes del paciente (p. ej., distancias medias de viaje desde los domicilios de los pacientes hasta la consulta), y apoyo necesario del departamento de anestesia, el personal perioperatorio y la administración del hospital. Si se adopta la decisión de poner en marcha un programa de evaluación preoperatoria, los anestesiólogos deben desempeñar una función clave en su liderazgo y gestión. (3)

La comunicación de preoperatoria a intraoperatoria es probablemente mucho mejor cuando los anestesiólogos son responsables de la mayoría de las evaluaciones preanestésicas ambulatorias, como confirmaron estudios previos que mostraron un menor número de cancelaciones de casos de última hora, una duración más corta de las hospitalizaciones y menores costes hospitalarios, con la puesta en marcha de programas de evaluación preoperatoria dirigidos por anestesiólogos. (3)

Los grupos de anestesia en hospitales con muchos pacientes quirúrgicos complejos desde el punto de vista médico se pueden beneficiar de la creación de un centro de evaluación preoperatoria formal con múltiples salas de exploración, personal destinado y un sistema operativo a tiempo completo. La creación de una consulta de evaluación preoperatoria de éxito requiere compromiso, colaboración y apoyo de varias disciplinas hospitalarias. Como mínimo, los departamentos de anestesia, cirugía, enfermería y la administración del hospital deben estar de acuerdo en que tal consulta tiene valor para el hospital, y deben comprometerse a apoyar sus metas operativas.<sup>3</sup>

Las ventajas que existen al contar con área de valoración preoperatoria realizado por anestesiólogos en primer lugar; es la experiencia que tiene sobre el manejo perioperatorio de los pacientes sometidos a alguna intervención quirúrgica; es el especialista que adopta la decisión final de si un paciente es apto para continuar con la anestesia y la cirugía de acuerdo al riesgo beneficio del paciente. En segundo lugar, los anestesiólogos deberían hacer hincapié en las importantes ventajas prácticas de una valoración integrada de pacientes quirúrgicos complejos desde el punto de vista médico.

En concreto, cuando se identifican problemas médicos relevantes antes de la intervención quirúrgica, el programa preoperatorio puede adquirir todos los datos médicos pertinentes anteriores, coordinar cualquier estudio diagnóstico o interconsulta adicional, organizar de antemano cualquier control postoperatorio especializado requerido y estudiar el caso con antelación con el cirujano y el anestesiólogo responsable. Este enfoque asegura que cuando un paciente de este tipo acude a la intervención, el anestesiólogo responsable está satisfecho con proseguir con la intervención quirúrgica, y el equipo perioperatorio dispone de toda la información médica necesaria para tratar al paciente de forma óptima durante la hospitalización. En tercer lugar, se deberían ofrecer garantías informales a los servicios quirúrgicos de que, si un paciente es tratado por el programa de evaluación preoperatoria, la cirugía continuará sin cancelación o demora por el anestesiólogo asignado, a menos que se produzca una enfermedad interpuesta o un episodio médico adverso entre la evaluación ambulatoria y la intervención programada. (3)

- ¿Dónde realizar la valoración preanestésica?

Para un paciente no hospitalizado la valoración preanestésica se efectúa en el contexto de las consultas externas de los centros de salud del servicio público hospitalario. Los estudios más recientes sobre la calidad de la atención, según la opinión del paciente, también revelan que la entrevista médica no es el único elemento que hay que tener en cuenta. La calidad de la recepción, el lugar, la organización, con un énfasis especial en el tiempo de espera, influyen en gran medida sobre la satisfacción de los pacientes. En el momento de la valoración preanestésica; es necesario conocer con precisión el tipo de intervención y sus características. Es indispensable contar con el expediente clínico del paciente y documentos externos, como la receta de sus tratamientos habituales. La posesión de estos elementos permite mejorar de modo significativo la eficiencia de la consulta (reducción de hasta 40% del tiempo necesario. (2)

## **1.4. Tipos de valoración preanestésica.**

### **1.4.1. La evaluación preanestésica en el paciente geriátrico.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como anciano a toda persona con 60 o más años de edad.

A medida que los seres humanos envejecen, aumenta la probabilidad de que algunos de ellos necesiten ser intervenidos quirúrgicamente. Se estima que al menos 50% de los sujetos con edad superior a los 65 años necesitarán de cirugía antes de morir. La valoración de la reserva funcional del paciente geriátrico ha adquirido gran relevancia dentro del plan anestésico, constituyéndose como un marcador pronóstico importante, pues se sabe que los ancianos tienen un «margen estrecho de reserva» en todo el organismo. La reserva funcional depende en gran medida de la capacidad fisiológica y la mejor manera de evaluarla comienza con la relatoría y cuantificación de las actividades de la vida diaria de cada paciente. La capacidad que tiene una persona para ejecutar por sí sola las actividades básicas de la vida diaria como alimentarse, vestirse, bañarse, caminar y controlar esfínteres. (4)

La valoración preanestésica en el paciente geriátrico tiene el objetivo de recabar información pertinente como: edad del paciente, peso, talla, condiciones de la piel, accesos venosos, estado de nutrición, grado de flexibilidad del cuello, el historial médico, la medicación actual, la experiencia vivida con procedimientos anestésicos quirúrgicos previos, el tiempo de ayuno, la capacidad cognitiva y mental.

Los cambios fisiológicos nos obligan a hacer consideraciones farmacocinéticas que alteran el efecto de diferentes drogas como consecuencia de una pérdida progresiva de la actividad funcional; se pueden modificar en grado variable los procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción, lo que puede incrementar la presencia de efectos adversos por sobredosificación si no se modifican los esquemas terapéuticos de acuerdo a la edad de los pacientes.

En la exploración física debemos utilizar las escalas con la mayor sensibilidad y especificidad para predecir una intubación difícil corroborando siempre las condiciones de la dentadura si es propia o postiza, si hay sangrado de las encías y la capacidad para abrir bien la boca. El sistema músculo-esquelético; valorar la presencia de edema, la

facilidad para accesos vasculares, el grado de severidad de la artrosis y la pérdida de la fuerza muscular, ya que pueden producir una marcada reducción de la movilidad torácica o cervical, con una disminución severa de los espacios intervertebrales. En aparato circulatorio: Se deberá evaluar la presencia de: insuficiencia cardíaca congestiva, miocardiopatía, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, angina de pecho, insuficiencia cardíaca y disritmias cardíacas que son más frecuentes en la población geriátrica. Se ha demostrado que más de 50% de los trastornos obtenidos mediante la valoración preanestésica se asocian con enfermedades cardiovasculares, aunque un alto porcentaje de los sujetos permanecen asintomáticos, ya que existen mecanismos compensadores que mantienen la función cardíaca basal dentro de los límites normales. Se debe buscar de manera intencionada la presencia de arritmias, soplos, cianosis o disnea. El aparato respiratorio: Será fundamental valorar la permeabilidad de la vía aérea, así como descartar la existencia de patologías concomitantes, como enfisema, bronquitis e infecciones agudas o crónicas de las vías respiratorias. Evaluando la presencia de: tos, expectoración, dificultad respiratoria, dolor en el pecho. El aparato urogenital se debe de interrogar intencionadamente sobre enfermedades renales, tratamiento con diálisis, presencia de cálculos renales, dificultad en la micción. (4)

#### **1.4.2. Valoración preanestésica en el paciente pediátrico.**

Desde el punto de vista fisiológico, la evaluación y la preparación preoperatorias de los pacientes pediátricos son básicamente similares a las de los adultos; en cambio, la preparación psicológica es diferente.

El principal objetivo de la valoración preoperatoria en niños es hacer énfasis en las áreas que los diferencian de los pacientes adultos. Los puntos más importantes a tomar en cuenta en los pacientes pediátricos van desde antecedentes perinatales, prematuridad, malformaciones congénitas y/o trastornos hereditarios, condiciones al nacimiento, peso y talla, si el producto fue internado en UCIN o requirió de maniobras avanzadas de la vía aérea. En el caso de los pacientes con antecedentes de prematurez la secuela más frecuente durante el procedimiento anestésico es la alteración de la función respiratoria con riesgo de apnea, que incluso puede aparecer en pacientes compensados que serán sometidos a intervenciones menores programadas. Las

malformaciones congénitas, así como los trastornos hereditarios deben ser documentados a fin de prever eventos adversos y complicaciones durante el procedimiento anestésico

Las alteraciones de la función respiratoria, infecciones respiratorias altas y ansiedad por separación son importantes de indagar. Los niños con infecciones de vías respiratorias altas agudas o recientes virales o bacterianas, están en mayor riesgo de sufrir complicaciones pulmonares y de vías respiratorias durante la anestesia, ya que debido al proceso inflamatorio del tracto respiratorio existe una importante hiperreactividad de la vía aérea. Una característica muy importante del proceso preoperatorio no sólo es la preparación para esta experiencia en la vida de un niño, sino también en la de sus padres, es necesario describir el proceso postoperatorio desde el quirófano hasta la sala de recuperación. Cuanto mejor sea la comprensión y la información que tengan los padres, tanto menor será su ansiedad y esta actitud a su vez se reflejará en el niño. De esta manera se reduce importantemente la ansiedad por separación, que en los pacientes pediátricos mayores de seis meses de edad está irremediablemente presente. (2)

Finalmente, uno de los mayores puntos a considerar en la valoración preoperatoria pediátrica es el manejo del ayuno preoperatorio.

#### **1.4.3. Valoración preanestésica en la paciente obstétrica.**

Las medidas de seguridad pueden optimizarse educando al equipo multidisciplinario obstétrico de trabajo, con estrategias que mejoren la calidad de la atención, y eliminen la posibilidad de errores. Estas medidas se inician con las evaluaciones iniciales de la paciente tanto por parte del obstetra como del anesthesiólogo. El manejo anestésico integral de todo paciente se inicia con una adecuada valoración preanestésica, orientada a detectar predictores de riesgo, lo que permite adoptar conductas médicas en forma anticipada, para disminuir la morbi-mortalidad perioperatoria. (5)

Al Interrogatorio se buscan; antecedentes heredofamiliares de importancia (hipertermia maligna), hábitos, alguna farmacodependencia, tipo de anestésicos recibidos con anterioridad (general, regional, local), complicaciones de las mismas, respuesta

indeseable a determinados fármacos, tipo de religión, antecedentes gineco-obstétricos como gestas, partos, cesáreas, antecedentes de preclampsia.

La exploración física además de la Inspección general ya conocida. Nos enfocamos en las características de la tráquea deben ser verificadas, además se debe realizar un examen minucioso de la cavidad oral que comprenda el grado de apertura máxima de la boca, presencia de infecciones bucofaríngeas y amigdalinas, estado de la dentadura, ya que en el embarazo hay disminución del pH de la saliva que predispone al aumento en la incidencia de caries, produciendo en ocasiones la pérdida de alguna pieza dentaria o bien al aflojamiento de éstas. Y a su vez sangrados en cavidad oral (5) I.

La exploración cardiorrespiratoria, cardíaca buscando soplos de grado mayor al II y los terceros ruidos cardíacos (S3) o los soplos diastólicos)<sup>5</sup>. Por último, los signos vitales.

Los cambios fisiológicos del embarazo aunados a la obesidad son de gran importancia y se deben de tener en cuenta en la evaluación preoperatoria, dentro de los más relevantes están (5):

- *Cambios anatómicos que afecten el acceso a la vía aérea:* edema de las mucosas, aumento del diámetro mamario, depósito graso en la vía aérea superior.
- *Cambios respiratorios:* desplazamiento cefálico del diafragma, disminución significativa de la capacidad residual funcional, aumento del consumo de O<sub>2</sub>, lo que se traduce en hipoxemia y rápida desaturación de oxígeno.
- *Cambios cardiovasculares:* gasto cardíaco incrementado, expansión del volumen sanguíneo, anemia dilucional y compromiso en la capacidad de transporte de oxígeno en la hemorragia aguda. Síndrome de hipotensión supina que compromete el flujo sanguíneo útero placentario y pone a la paciente en riesgo de hipotensión y colapso cardiovascular.
- *Cambios hematológicos:* hipercoagulabilidad, aumento de eventos tromboembólicos.
- *Cambios gastrointestinales:* relajación del esfínter esofágico inferior, disminución de la motilidad gastrointestinal, aumento de la presión intraabdominal.
- *Sistema nervioso central y periférico:* aumento de la sensibilidad del tejido neuronal, reducción del diámetro de los espacios epidural y subaracnoideo.

#### **1.4.4. Valoración preanestésica en el paciente con enfermedad renal.**

En los pacientes sometidos a procedimiento quirúrgicos, con función renal disminuida se asoció a mayor índice de morbimortalidad cardíaca, dependiendo de la clase funcional previa del paciente, el estado de la enfermedad y del tipo de cirugía.

En un análisis prospectivo durante los primeros 30 días postoperatorios de revascularización de miembros inferiores se incrementó el riesgo de morir de paro cardíaco, de infarto de miocardio o de intubación prolongada en pacientes con tasa de filtración glomerular entre 30-59 ml/kg//1.73m<sup>2</sup>. (6 p142)

La historia clínica se debe dirigir a condiciones cardíacas activas (infarto de miocardio reciente, insuficiencia cardíaca descompensada, enfermedad valvular severa y arritmias, establecer la capacidad funcional del paciente con los equivalentes metabólicos (MET), según la clasificación adoptada por la *AHA American Heart Association*; en ella los pacientes con capacidad funcional MET <4 habitualmente se debe realizar estudios adicionales para evaluar el riesgo cardiovascular, se recomienda control de electrolitos séricos y tiempos de coagulación 2 horas posterior a la última sesión de hemodiálisis; para optimizar sus requerimientos perioperatorios y así realizar estrategias para reducir el riesgo anestésico quirúrgico. (6)

#### **1.4.5. Valoración preanestésica en el paciente neumópata.**

Se sabe que la mayoría de los procedimientos están relacionados con la alteración de la función pulmonar, generalmente leve a moderado y en menor proporción grave. Tales complicaciones pulmonares son causas importantes de morbimortalidad perioperatoria.

Las clasificaciones de las complicaciones pulmonares pueden ser clasificadas de acuerdo con su potencial de incidencia de muerte en mayores (insuficiencia respiratoria aguda, ventilación mecánica, intubación traqueal durante un tiempo superior a 48 horas u neumonía) o menores (traqueobronquitis purulenta, atelectasia con repercusión clínica o broncoespasmo). (7)

Se recomienda que pacientes con enfermedades respiratorias previas sean evaluadas por un neumólogo. Además, es importante identificar los factores de riesgo y predictivos en pacientes mayores de 60 años, enfermedad pulmonar preexistente como EPOC; ya que estos pacientes tienen mayor riesgo de complicaciones, existe además con la instrumentación de la vía aérea en esos enfermos puede conllevar a la exacerbación del proceso inflamatorio bronquial, con el empeoramiento de la hiperreactividad bronquial y mayor riesgo de broncoespasmo.

Existen otros estudios que se pueden solicitar adecuándolos a cada necesidad del paciente siempre y cuando sus resultados impliquen realmente un cambio de estrategia prevista de la evaluación inicial. La gasometría arterial no debe ser pedida como rutina a excepción de los pacientes con enfermedad pulmonar grave y trastorno ventilatorio moderado a grave en la espirometría. La espirometría es de los estudios mayormente solicitados para evaluar la función pulmonar, sin embargo, no es buen predictor de eventos adversos pulmonares en el posoperatorio como la evaluación clínica.

En paciente portadores de enfermedades neuromusculares, cifoescoliosis, se debe solicitar también las medidas de presión inspiratoria y espiratoria máximas. En estos últimos, el encuentro de los valores de la CVF por debajo de 40% de lo previsto y/o presiones máximas. En esos últimos, el encuentro de valores de la CVF por debajo del 40% de lo previsto y/o presiones máximas por debajo de 30 cm H<sub>2</sub>O, aumenta significativamente el riesgo de fracaso en la extubación en el postoperatorio.

Pacientes con hipertensión arterial pulmonar, la evaluación debe incluir electrocardiograma de reposo y ecocardiograma doppler, además de prueba de esfuerzo de 6 minutos. (7)

#### **1.4.6. Valoración preanestésica en el paciente neurológico.**

El manejo anestésico del paciente neuroquirúrgico debe orientarse según los hallazgos de la valoración preanestésica. Ésta pretende anticiparse y corregir, en la medida de lo posible, situaciones adversas secundarias a la patología presente, de modo que no sólo se disponga de técnicas y recursos idóneos sino también se considere soporte médico especializado preoperatorio y postoperatorio con la finalidad de garantizar un manejo integral al paciente. (8)

La valoración preoperatoria en estos pacientes incluye la exploración física para evaluar la magnitud de los daños neurológicos, a su vez que sirve de referencia para la valoración postoperatoria. La misma debe incluir: valoración de la función cognitiva (nivel de conciencia, comunicación, intelecto), lenguaje; valoración de la escala de Glasgow. Debe de documentarse la presencia de déficit motor y/o sensitivo. En el paciente que tiene manifestaciones epilépticas, debe de precisarse el tipo de crisis, tratamientos recibidos y sus efectos secundarios, ya que el consumo prolongado de agentes antiepilépticos induce un estado de resistencia a diferentes anestésicos por compartir la vía de degradación. Es necesario ser exhaustivos en la exploración física de los pacientes que cursan con tumores hipofisarios ya que pacientes con acromegalia y enfermedad de Cushing. Ambas patologías se asocian con vía aérea difícil.

Durante la valoración preanestésica se debe prestar atención además al sistema respiratorio, su compromiso es la complicación más frecuente en estos pacientes, éste suele ser de origen multifactorial como la presencia de infección respiratoria secundaria a un síndrome de aspiración bronquial.

#### **1.4.7. Valoración pre-anestésica y COVID.**

La enfermedad por COVID-19 (virus SARS-CoV-2), surgida en la Ciudad de Wuhan, China, en diciembre del 2019, ha sido considerada una emergencia internacional y una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde principios de marzo de este año.

La pandemia de SARS-CoV-2 ha puesto a prueba a los sistemas de salud en toda su extensión a lo largo del mundo. En el contexto perioperatorio, surgen múltiples cuestiones que modifican la práctica habitual o requieren una atención especial, como las medidas de protección personal, toma de decisiones en situaciones clínicas y, sobre todo, la instrumentación de la vía aérea. La preparación y planeación minuciosas son clave para lograr con éxito una adecuada atención clínica y mantener la seguridad del equipo de salud en un ambiente de sobrecarga de pacientes.

La evaluación preanestésica debe ser cuidadosa y completa para detectar factores de riesgo o datos clínicos al momento de detectar pacientes con sospecha de enfermedad respiratoria por COVID 19. Sin embargo es importante mencionar que existe

también, el contexto perioperatorio de pacientes sanos o aparentemente sanos, asintomáticos, estimando una proporción de 17.9%; sin embargo, esto es variable, ya que la experiencia ha demostrado que puede haber hasta 80% de asintomáticos durante un período de incubación del virus SARS-CoV-2 de 5 días o más y el desarrollo de síntomas, por lo cual hay pacientes COVID-19 + que pueden ser transmisores durante este período. Es por ello que todo paciente debe ser manejado con precaución a manera de proteger el personal en caso de estar con un paciente asintomático. (9)

La protección del personal es prioritaria; si el personal de salud se enferma, merma la fuerza laboral para combatir la pandemia, se convierte en un paciente más que cuidar y pone en riesgo al resto del personal. En estas áreas, el equipo de protección personal completo (EPP) y los cuidados, como la planeación de rutas de transportación de una sala a otra y protocolos de manejo, ya han sido propuestos universalmente. Sin embargo, la magnitud de la pandemia ha afectado el abasto de equipo de protección personal en muchos sitios; la asignación de estos recursos debe ser juiciosa para maximizar su uso y evitar el dispendio. Por lo tanto, cuando vayamos a realizar la valoración preanestésica de un paciente, del cual no se sospecha coronavirus; para realizar la evaluación de la vía aérea y la exploración física, como equipo mínimo se debe tener cubre bocas N95, así como goggles sellados y guantes. (9)

La valoración preanestésica en este año con la pandemia se ha modificado, realizando además de los ítems ya conocidos de la valoración. Se le suma preguntas para descartar probable infección por Covid. Desde antecedentes de viajes,, historial de contacto COVID, exposición ocupacional. Se valoran además si presenta el paciente síntomas por infección por COVID-19; por ejemplo: tos, fiebre, dificultad respiratoria, dolor torácico, odinofagia, anosmia, disgeusia, mialgias, náusea, diarrea. En la exploración física, además de la exploración física habitual, la evaluación de la vía aérea; buscamos taquipnea, fiebre, desaturación, estertores.

En caso de que, en nuestro interrogatorio, se sospeche que el paciente tiene Covid, recomiendan suspender la cirugía si ésta es electiva y mandarlo al triage COVID-19. Y en caso de ser urgencia; se evalúa riesgo beneficio, considerando protocolo Covid, al pasarlo a cirugía.

La Sociedad Colombiana de Anestesiología menciona en paciente de cirugía electiva, incluso de ser posible debe preferirse una primera aproximación para la valoración preanestésica, de forma no presencial utilizando la modalidad de telemedicina. Sugieren enviar el formato de consentimiento informado antes de la teleconsulta para que el paciente pueda resolver sus dudas durante la consulta, De la misma manera mencionan sobre el tamizaje basado en preguntas que ayuden a identificar historia personal de SARS-COV-2; y si se identifica riesgo de infección por COVID-19, se debe proceder con la remisión para evaluación del paciente antes de continuar con la programación de cirugía. Con esta información y los resultados de la valoración integral realizada por el anestesiólogo, se debe definir si se puede proceder con la programación quirúrgica según lo planeado, suspender o aplazar la cirugía, remitir a otra consulta, o citar a valoración presencial previo a la cirugía. (10)

Esta valoración previa no presencial, no reemplaza la valoración presencial que debe hacer el anestesiólogo el día de la cirugía, previo al inicio de la anestesia. La toma de decisiones para el manejo de pacientes al igual que el consentimiento informado debe ser revisado y concertado entre el paciente y el anestesiólogo encargado del caso conforme a los hallazgos de esta valoración presencial el día de la cirugía, y registrado en la historia clínica del paciente. La información de los riesgos al paciente, además de los riesgos habituales propios de la anestesia que se informan regularmente de acuerdo a la técnica anestésica, debe contener los riesgos relacionados con la realización de procedimientos quirúrgicos en momentos en donde se está viviendo en el país esta situación particular de pandemia.

El paciente debe ser informado de los signos de alarma por los cuales debe consultar en el caso de presentar síntomas de SARS-COV-2/COVID-19 antes o después de la realización de cirugía.

¿Qué consideraciones se deben tener en cuenta para la valoración preoperatoria presencial previo a cirugía electiva?

La institución de salud debe tener los protocolos que definan el manejo de la consulta externa manteniendo las medidas recomendadas de distanciamiento físico, uso de mascarilla e higiene de manos en los cinco momentos sugeridos por la OMS, cuestionario de tamizaje previo, restricción de acompañantes etc. Se deben usar los EPP

recomendados para el manejo de la consulta externa. La exploración de la vía aérea, debe utilizarse un respirador N 95 o su equivalente, usar protección ocular para exploraciones o procedimientos que generen aerosoles y guantes. Debe hacerse una limpieza de las superficies con detergente neutro entre paciente y paciente, así como los dispositivos utilizados tales como tensiómetro o fonendoscopio (desinfección con alcohol del 62 al 70%), conforme lo definido en el protocolo institucional. (10)

La telemedicina es una modalidad de prestación de servicios de salud mediada por el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) con la finalidad de proporcionar cuidados y atención médica a distancia y el caso de Colombia existen consideraciones especiales de esta modalidad de atención validada por normativas gubernamentales.

Se aprecia que cada país y cada institución realiza sus protocolos para la atención, así como algoritmos para actuar de lo mejor manera reduciendo riesgos.

Actualmente existen las siguientes pruebas diagnósticas:

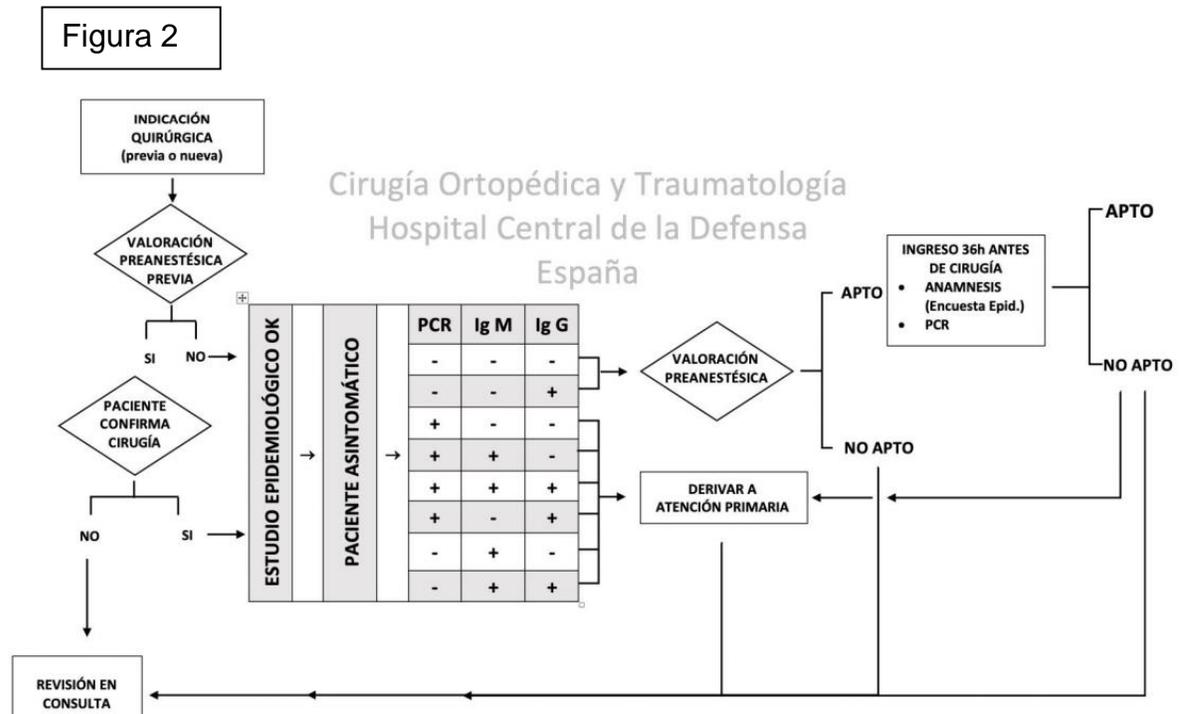
- *PCR*: Prueba basada en la detección de ácidos nucleicos del SARS-CoV-2. Especificidad cercana al 100%, y sensibilidad del 60%. Actualmente es la prueba de elección y de referencia. Las limitantes de esta prueba residen en el incierto valor predictivo negativo por mala técnica en la toma de muestra, el procesamiento o la carga viral indetectable; de lo cual deriva la necesidad de una segunda determinación.<sup>11</sup>
- *Detección de anticuerpos (Ac) Anti SARS-CoV-2*: Especificidad 90%, Sensibilidad 88%. Esta prueba puede ser útil para aumentar la sensibilidad del diagnóstico COVID. La limitación es la aparición tardía de los síntomas una vez iniciados los síntomas.<sup>11</sup>

El método diagnóstico indicado para la detección de COVID-19, sigue siendo PCR. Todas las pruebas de antígenos directos y anticuerpos, se encuentran en discusión como prueba diagnóstica, por la limitación en su sensibilidad. Por lo que la última recomendación de la OMS es no usarlas salvo en el campo de investigación o estudios epidemiológicos. (11)

**Cuadro 1. Recomendación de métodos diagnósticos para un paciente que se someterá a cirugía electiva. (11)**

<p><b>Tres semanas antes de la fecha planeada de cirugía.</b></p>	<p><b>Una semana antes de la fecha planeada de cirugía</b> <i>(dos semanas después de las medidas estrictas de aislamiento/ seguridad).</i></p>	<p><b>El día de la cirugía</b> <i>(tres semanas después de las medidas de aislamiento, una semana después de la toma de PCR (con resultado negativo); estudio de imagen (sin hallazgos) y clínicamente sin desarrollo de síntomas):</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente debe cumplir con todas las medidas de seguridad: aislamiento social, mantener la sana distancia, evitar reuniones, etcétera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prueba de PCR en laboratorios autorizados por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE). De ser posible, solicitar complementariamente las inmunoglobulinas para determinar la etapa de la enfermedad, en caso de ser positiva.</li> <li>- Radrografía simple de tórax. Si se considera, tomografía simple de tórax en unidades certificadas.</li> <li>- Cuestionario clínico dirigido nuevamente a la identificación de síntomas sugerentes de COVID-19, así como a posibles contactos con personas o áreas de riesgo.</li> <li>- Estudios de laboratorio de rutina</li> <li>- Estudios complementarios de acuerdo con la edad y comorbilidades y las respectivas evaluaciones de riesgos quirúrgicos.</li> <li>- En caso de obtener resultados negativos para COVID-19 por PCR, continuar con las medidas estrictas de aislamiento y seguridad hasta la fecha de la cirugía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repetir el cuestionario clínico dirigido a la identificación de síntomas sugerentes de COVID-19, así como a posibles contactos con personas o áreas de riesgo.</li> <li>- Evaluación de la temperatura corporal.</li> <li>- Seguir las nuevas medidas trans y postoperatorias sugeridas para la reanudación quirúrgica tras el inicio de la pandemia.</li> </ul> <p>En el caso de PCR (-) pero es caso sospechoso: Se aplaza la cirugía 15 días. Tras 15 días se reprograma cirugía y se realiza nuevamente todo el protocolo.</p>

En todos los pacientes de cirugía electiva, España les realiza un despistaje de COVID19 basado en criterios epidemiológicos, clínicos, analíticos, prueba de imagen y estudio microbiológico. (valoración conjunta con el Servicio de Anestesiología). (12) como se observa en la siguiente figura 2.



Al realizar la valoración pre- anestésica se realizará historia clínica, y exploración física, con toma de constantes. En función de la situación clínica se decidirá la realización de pruebas diagnósticas adicionales. (13)

Los principales determinaciones recomendadas y hallazgos en estas exploraciones son:

- *Laboratorio:* Perfil COVID-19: Hemograma, bioquímica con perfil hepático completo, LDH, PCR, PCT, gasometría (arterial o venosa según situación clínica, lactato), coagulación con dímero-D.

Las principales alteraciones son: elevación de PCR, leucopenia y linfopenia, aumento de LDH, transaminasas, dímero-D, IL-6 y reducción de pro-BNP. Mientras más alterados estos valores, nos hablan de peor pronóstico.

- *Radiología:* Tomografía simple de tórax. Se planteará la realización TAC torácico únicamente si el paciente presenta hipoxemia o taquipnea, infiltrado en radiografía de tórax.13

Las consideraciones en el caso de ser un paciente positivo Covid que requiera procedimiento de urgencia, van de la mano con su patología actual, sin embargo, en este caso la valoración pre-anestésica, se realiza con el equipo de protección personal pertinente, es necesario mencionar el alto riesgo de morbi-mortalidad por todo el proceso inflamatorio, la insuficiencia ventilatoria y el estado pro trombóticos; que hacen que el riesgo sea mayor, aunado con una cirugía de urgencia. En cuanto al tipo de anestesia que se vaya a realizar, se puede preferir anestesia regional sin es posible para no tener contacto con la vía aérea, pero es importante considerar que son pacientes con alteraciones en plaquetas y que también pueden estar con uso de anticoagulantes, por lo que es necesario valorar cada caso en específico. Y por otra parte, tenemos la anestesia general donde se prefiere la inducción de secuencia rápida, sin ventilación con presión positiva. (9)

Existen además consideraciones en el transoperatorio y en el post operatorio, que ya no mencionare, debido a que ya no forman parte del objetivo de la tesis, que es la evaluación preanestésica. Sin embargo aún seguimos aprendiendo mucho de esta infección viral.

Por último, se requiere de una planificación adecuada y el planteamiento de protocolos, ya que el transporte de un paciente con COVID-19 pone a los médicos y pacientes en alto riesgo de transmisión viral. Para estandarizar este proceso, los hospitales han desarrollado protocolos de transporte para el equipo operativo. El traslado debe realizarse por personal del área respiratoria (enfermera, médico o camillero que porte EPP completo) hacia la sala quirúrgica y debe hacerse de forma coordinada para evitar estancias prolongadas en los diferentes lugares de la transferencia del paciente. El paso del paciente por el transfer debe ser inmediato. El paciente no puede detenerse en ningún punto, ni entrar a sala de recuperación con el resto de los pacientes quirúrgicos. (9)

## 2. CALIDAD EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA.

La calidad es un conjunto de características de los productos o de los servicios que, cuando es alta, denota superioridad en su género. En el ámbito sanitario, el *Institute of Medicine* estadounidense define la calidad asistencial como «el grado en que los servicios de salud destinados a los individuos y a la población es aumenta la probabilidad de conseguir unos resultados de salud y satisfacción óptimos, con los conocimientos actuales». (14)

La calidad asistencial es un concepto complejo en el que están presentes diferentes dimensiones: efectividad, eficiencia, satisfacción, accesibilidad, adecuación, competencia profesional, continuidad, oportunidad y seguridad del paciente. (14)

Se observa en figura 3

Figura 3. Definición de las dimensiones que componen la calidad

<b>Dimensión o componente</b>	<b>Definición</b>
Efectividad	Grado en que una determinada práctica mejora el estado de salud o satisfacción de la población
Eficiencia	Grado en que se consigue el máximo de efectividad al mínimo coste
Continuidad	Grado en que la atención se realiza de forma longitudinal, sin interrupciones en el tiempo, por los mismos profesionales y coordinada en todos sus niveles
Oportunidad	Grado en que una práctica se realiza en el momento oportuno
Adecuación	Grado en que una determinada práctica se realiza cuando está indicada y se corresponde con las necesidades de la población
Satisfacción	Grado en que una determinada práctica cumple con las expectativas del cliente
Accesibilidad	Facilidad para obtener una determinada práctica
Competencia profesional	Conocimientos y habilidades del profesional

Obtenido de: Martín Z.A. et al. *Atención Primaria. Principios, Organización y método en Medicina de Familia* (2014) España, Barcelona: Elsevier, 8ed. Capítulo 18. Calidad asistencial y seguridad del paciente.

## **2.1. Control del servicio sanitario.**

A principios del siglo xx, en pleno desarrollo industrial, cuando el éxito dependía del producto, la industria se preocupó por asegurar su calidad. Este interés propició la aparición del control de calidad. En esta fase, la definición de la calidad viene determinada por la conformidad del producto con especificaciones técnicas. Las actividades de control de la calidad se basan en la inspección. En paralelo al desarrollo del control de calidad empresarial, en el sector sanitario se producen las primeras experiencias orientadas a la medida de resultados y acreditación de servicios. Ernest Codman, cirujano del Massachusetts General Hospital, implantó en 1914 una evaluación de resultados para los cirujanos que querían ingresar en el American College of Surgeons (ACS). Más adelante estableció un conjunto de estándares de estructura de historia clínica y organización del servicio para obtener la acreditación emitida por el ACS (Hospital Standardization Programme), hasta que en 1951 se dando por supuesto que, si son de alta calidad, el resultado también lo será. En esta etapa empieza a darse relevancia al cliente, con la inclusión de sus necesidades en el diseño del producto. (14)

En 1964, la JCAHO instauró como requisito para la acreditación la práctica de auditorías. En los setenta, J. Williamson, A. Donabedian y H. Palmer impulsan la metodología del ciclo de mejora. Con ello se introduce la mejora después de la medición. Se produce el paso del control de la calidad (inspección, auditoría) a la garantía (evaluación para la mejora). (14)

## **2.2. Mejora continua de la calidad.**

Cuando se realiza una evaluación de los resultados de nuestras actividades, se llega a la conclusión de que existen áreas de mejora, bien porque son problemáticas, porque las necesidades y/o expectativas de los pacientes se han modificado o porque percibimos la oportunidad de aplicar avances tecnológicos o de reducir costes. Para ello, las organizaciones deben disponer de una estrategia y un método de actuación que permita abordar los problemas y oportunidades de mejora de forma sistemática e integrada en sus actividades rutinarias. Los pilares

conceptuales de la mejora continua son los principios de la excelencia. Por tanto, los proyectos de mejora continua deben estar orientados a mejorar los resultados y centrarlos en los pacientes. Esta estrategia se operativiza mediante un plan de mejora continua, que garantiza la continuidad, y un método estandarizado o programa de mejora continua, que facilita la sistematización de los proyectos de mejora y la difusión de las experiencias. (14)

El programa de mejora continua es un proceso estructurado y sistemático dirigido a obtener un rendimiento mayor de un proceso, aumentar la calidad de un servicio o disminuir el coste de obtención de actividades que ya se desarrollan de forma habitual. Las características de un programa para la mejora continua: está dirigido a mejorar situaciones reales, es sistemático, fomenta la participación y el reconocimiento de las personas, obtiene resultados cuantificables y se basa en la continuidad a lo largo del tiempo.

### **2.3. Seguridad del paciente.**

En la definición de calidad asistencial cobra relevancia la seguridad del paciente, entendida como «la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la asistencia hasta un mínimo aceptable». La seguridad del paciente es inversamente proporcional al riesgo asistencial, y el error sanitario es una de las causas del riesgo inherente a la asistencia sanitaria. (14)

Orientación a la seguridad del paciente: Será en la primera década del siglo: XXI cuando una de las dimensiones de la calidad cobre especial relevancia, la seguridad del paciente. Es a partir de la publicación en 1999 del informe *Error humano*, del *Institute of Medicine*, cuando se pone de manifiesto que la octava causa de mortalidad en EE. UU. está relacionada con errores médicos. A partir de este informe, son numerosas las instituciones internacionales que emiten diferentes recomendaciones orientadas a promocionar la cultura de la seguridad del paciente en las organizaciones y profesionales, y a la implantación de buenas prácticas para asegurar al paciente la seguridad clínica. Entre las diferentes instituciones que lideran este enfoque de la calidad, destacan:

- Organización Mundial de la Salud ([www.who.int/patientsafety](http://www.who.int/patientsafety)),

- *Joint Commission International* ([www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org))
- *Institute for Safe Medication Practice* ([www.ismp.org](http://www.ismp.org)),
- *National Patient Safety Foundation* ([www.npsf.org](http://www.npsf.org)),
- *Agency for Healthcare Research and Quality* ([psnet.ahrq.gov](http://psnet.ahrq.gov)),
- *National Center for Patient Safety* ([www.patientsafety.va.gov](http://www.patientsafety.va.gov)),
- *Institute of Medicine* ([www.nationalacademies.org](http://www.nationalacademies.org)),
- *National Patient Safety Agency* ([www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)),
- *Comisión Europea* ([ec.europa.eu/health/patient\\_safety](http://ec.europa.eu/health/patient_safety))
- *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social* ([www.seguridaddelpaciente.es](http://www.seguridaddelpaciente.es)).

El concepto de seguridad del paciente será más comprensible para los profesionales y para los ciudadanos que el concepto calidad. La OMS establece una Clasificación Internacional de Seguridad de los pacientes, que permite normalizar los conceptos relacionados con la seguridad. (14)

La práctica de la anestesiología ha cambiado. El creciente papel del anestesiólogo fuera del quirófano redefinirá la contribución de nuestra especialidad a la atención de alta calidad al paciente en el sistema sanitario. A pesar de este papel evolutivo y expansivo de los anestesiólogos en la atención preoperatoria, el propósito principal de la evaluación preoperatoria no cambiará nunca. Es el fundamento clínico para orientar el abordaje perioperatorio del paciente y ofrece la posibilidad de reducir la morbilidad perioperatoria y mejorar el desenlace del paciente. (3)

### **3. SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE.**

#### **3.1. Concepto**

La satisfacción del paciente, se relaciona con la percepción que tiene el paciente del servicio recibido.

En empresas de servicio, como las sanitarias, las dimensiones de la calidad con enfoque al cliente adquieren una especial relevancia. Un trato desagradable o las listas de espera son ejemplos de problemas de calidad valorados por los pacientes. Un paciente tiene más capacidad para percibir los aspectos referentes a la calidad de servicio que los relacionados con la calidad científico-técnica (a no ser que esta última sea muy deficitaria). (14)

Conocer las necesidades y expectativas de los pacientes, diseñar y prestar los servicios de acuerdo con ellas y tenerles correctamente informados son claves para dar un servicio de calidad. Si nuestro equipo no está pensado para las personas que atiende, es posible que estas no entiendan, valoren, acepten ni sigan nuestras actuaciones.

De entre los modelos teóricos existentes sobre la satisfacción del cliente, el más aceptado es el del grupo dirigido por A. Parasuraman, en el que se define la calidad de servicio como la discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los usuarios. El cliente está más satisfecho si su percepción sobre el servicio recibido supera las expectativas que en él tenía depositadas.

Las expectativas son basadas también en las experiencias previas, las necesidades y características individuales (estado de salud, contexto social y personal, y factores de tipo emocional), la comunicación y transmisión oral de otros pacientes, y la imagen externa.

#### **3.2. Satisfacción del paciente con las consultas de evaluación preanestésica.**

Además de abordar las eficiencias perioperatorias y los desenlaces clínicos, los programas preoperatorios también deberían tener en cuenta la experiencia y

la satisfacción de los pacientes que acuden a sus consultas. Durante el desarrollo de las estrategias para mejorar la satisfacción del paciente, deberían considerarse los determinantes subyacentes clave de mejora de la satisfacción. Estos son ser valorado por el mismo anestesiólogo que administrará la anestesia en el quirófano, tiempos de espera más cortos en la consulta y una buena calidad de comunicación del personal de la consulta. Dado que simplemente no es factible que los anestesiólogos finales vean a todos los pacientes en la consulta, el principal foco debería ser mejorar los tiempos de espera y la calidad de la comunicación. Los cambios en los sistemas de reserva de citas, los flujos de proceso y las operaciones en consulta pueden disminuir los tiempos de espera que, a su vez, pueden mejorar notablemente la satisfacción de los pacientes. Además, los programas preoperatorios pueden garantizar que los pacientes reciban una estimación precisa de los tiempos medios de espera antes de su visita programada a la consulta y utilizar cualquier tiempo de espera encontrado para llevar a cabo otras actividades relacionadas con la consulta (p. ej., instrucciones de la fisioterapia, educación preoperatoria a través de vídeos). El desarrollo de un sistema continuo de encuestas y retroalimentación del paciente es un paso inicial importante para ayudar a mejorar la experiencia y satisfacción de los pacientes con los programas de evaluación preoperatoria. En concreto, tales encuestas pueden utilizarse para medir el nivel básico de satisfacción del paciente, identificar oportunidades de mejora y determinar las respuestas a cualquier intervención posterior. Cuando se trata de elegir un instrumento de estudio, los programas preoperatorios encontrarán que la mayoría de las encuestas disponibles actualmente, como la encuesta de satisfacción del paciente Press Ganey Patient Satisfaction Survey and Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS), reflejan la experiencia perioperatoria general. Estas encuestas no son eficaces para discernir la satisfacción de los pacientes con elementos particulares del proceso preoperatorio. Por tanto, varios estudios desarrollaron cuestionarios especializados para medir y ayudar a impulsar la mejora en la calidad comunicada por el paciente de la atención en las consultas de evaluación preoperatoria. (3)

### **3.3. Clasificación del grado de satisfacción de un paciente.**

Medición de la satisfacción de la atención anestésica en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos ha empezado a cobrar importancia apenas en años recientes<sup>3</sup> por dos motivos principales: primero, porque es difícil aislarla del impacto de todo el proceso de atención quirúrgica, y, en segundo lugar, por la complejidad para medirla a través de cuestionarios. Sin embargo, diversos autores han señalado que una mala atención anestésica repercute significativamente en la satisfacción final de un individuo sometido a un proceso quirúrgico. Para evaluar la percepción de satisfacción del sujeto sobre la anestesia recibida se han usado diferentes instrumentos. Estos suelen explorar tres áreas relacionadas con la calidad. La primera es sobre la comunicación y relación paciente-anestesiólogo; en ella se evalúa la información otorgada con respecto a la comprensión del individuo sobre la anestesia a recibir y sus riesgos, así como la empatía y confianza ganada por el anestesiólogo. La segunda, no siempre evaluada, es la calidad de la anestesia en cuanto a su eficiencia, es decir, si la anestesia logró controlar el dolor. En este rubro, cuando se otorgó una anestesia general, se investiga si el sujeto presentó despertares o sensación de no estar dormido durante el procedimiento quirúrgico o si sintió dolor; para la anestesia local-regional, las preguntas van más dirigidas a si tuvo alguna sensación de dolor durante el procedimiento quirúrgico. La tercera área evaluada se dirige al control de síntomas en el postoperatorio seguido de náuseas, vómitos, cefalea, escalofríos, disfonía, sed y mareos, entre los más comúnmente referidos.

### **3.4. Evaluación de la atención del paciente.**

El mundo empresarial durante los ochenta desarrolló diversas estrategias enfocadas a:

- Mejorar los procesos de producción y de servicio,
- Favorecer la satisfacción y recomendación de los clientes y
- Incrementar las ventas.

Dichas estrategias se pueden identificar con varios nombres: «calidad total», «programa cero defectos», «modelo Ishikawa de supervisión empresarial», «ingeniería de valores», «Six Sigma», «ISO», entre otros.

El modelo «Six Sigma» propone mejorar los procesos de producción identificando y suprimiendo aquello que genere defectos o errores. A la identificación de esos defectos operativos se les llamó «áreas de oportunidad». Estas oportunidades de mejora son evaluadas y corregidas sistemáticamente hasta que desaparece el riesgo de falla. El desarrollo de procesos que mejoren tales «áreas de oportunidad» requiere de una metodología estadística que busca la identificación de parámetros medibles tanto antes como después de la intervención. A estos parámetros medibles se les denomina «indicadores» y se definen como el «grupo de valores estadísticos que en conjunto señalan o demuestran el estado o situación de una variable específica». (10)

#### **3.4.1. Indicadores de calidad en medicina.**

A finales del S. XX (1999), la «Agencia para la Investigación y Excelencia de los Sistemas de Salud» de la Unión Americana (*Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ*) en el «Foro Nacional sobre Calidad» (*National Quality Forum*), destacó la necesidad de adoptar «indicadores de calidad» (IC) para evaluar los servicios proporcionados en centros hospitalarios. Para ello, estableció que el desarrollo de tales indicadores debe considerar: (I) importancia, (II) aceptación científica, (III) utilidad, y (IV) posibilidad de realización. <sup>15</sup>

A principios del S. XXI (2001-2003) dicha agencia, AHRQ, publicó diversos documentos que hacían evidente la presencia de «huecos de información» y una «gran variabilidad» en las características y seguridad de la atención sanitaria. Destacando que estos elementos, favorecen innegablemente la ocurrencia de «errores médicos fatales» y promueven la «insatisfacción de los pacientes». Derivado de dichos reportes esta agencia se dio a la tarea de identificar «áreas de oportunidad» en la práctica médica y se desarrollaron «indicadores de calidad» (IC) para evaluar los servicios de salud. (15)

### 3.4.2. ¿Cómo se evalúa la calidad del servicio de anestesiología en el sistema de salud en México?

En México se han implementado diversas normas oficiales, que permitan la homogeneización, sistematización y actualización de diversos procedimientos. Esto favorece la obtención de «buenas prácticas» en los servicios de salud referentes a la seguridad y calidad. Tal conjunto de normas forman parte del «Programa de Reformas del Sector Salud» mismo que tiene como objetivo «mejorar la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, así como fortalecer dichos servicios y sus componentes».

La NOM sobre la práctica de la Anestesiología considera que «como consecuencia de lo anterior, todas las acciones de esta especialidad se realizan antes, durante y después de los procedimientos incluidos en su área de influencia. Considerando que la importancia y trascendencia de los procedimientos anestésicos ha crecido al ritmo y velocidad con que aparecen nuevos conocimientos y técnicas, que permiten al cirujano abordar prácticamente todas las estructuras del organismo humano, en un afán plausible de recuperar la salud y prolongar la vida útil». De igual forma dicha NOM especifica que «la responsabilidad del médico especialista en anestesiología es ahora mayor en un proceso que va desde el estudio y valoración del paciente previo a la aplicación de la anestesia, para seleccionar el procedimiento de menor riesgo y más apropiado a cada situación, la aplicación correcta y oportuna del mismo, vigilando permanentemente las condiciones transoperatorias del paciente hasta la recuperación postanestésica, que implica la eliminación del estado provocado y la estabilidad completa de sus funciones».

Ante esto es obligatorio identificar «áreas de oportunidad» que sean aplicables a la realidad de la anestesiología nacional con la intención de homologar IC útiles. El doctor Ramón de Lille y Fuentes ha propuesto diversos IC que pueden ser implementados en nuestro país; entre ellos destacan: indicadores asistenciales, indicadores estructurales (gerenciales), indicadores de procesos (operativos), indicadores de resultados, e indicadores centinelas.

Los indicadores asistenciales que propone son: número de pacientes atendidos en la consulta de preanestesia, número de pacientes anestesiados y divididos en anestесias generales, anestесias loco-regionales y anestesia local-vigilada, número de anestесias urgentes, número de partos atendidos con alguna técnica analgésica, número de estancias en la sala de recuperación, número de pacientes tratados en la Unidad de Dolor Agudo, e índice de suspensión de quirófanos.

Los indicadores estructurales que propone son: número de reuniones de los miembros del departamento, la asistencia a congresos, las publicaciones realizadas por miembros del departamento, ubicación que ocupa el departamento en el hospital, descripción de su lugar habitual de trabajo, número de quirófanos que atiende y su localización, disponibilidad de salas de recuperación y su tamaño, la consulta de preanestesia.

Los indicadores de proceso que contempla son: informe del estudio preanestésico, donde se recogen los antecedentes anestésicos del paciente, los antecedentes de patologías, los tratamientos, las pruebas complementarias realizadas, las pruebas de laboratorio, las posibles dificultades de intubación, clasificación de estado físico, técnica anestésica, premedicación y cualquier situación que incida en la seguridad del paciente, gráfica de anestesia, donde se recogen las técnicas empleadas, la monitorización, la posición de la intervención, los fármacos utilizados, las constantes vitales y los posibles incidentes, entre otros, gráfica de cuidados postanestésicos, donde se registra la monitorización y la vigilancia que incluya la intensidad del dolor, como quinto signo vital. Los indicadores de resultados y centinelas son descritos por el emérito anestesiólogo mexicano, pero no son puntualizados.

La calidad es relevante en este contexto y puede ser medida después de la anestesia y cirugía bajo dimensiones objetivas y subjetivas. Es necesario uniformar conocimientos relacionados con la generación de dichos indicadores e iniciar la investigación científica que les evalúe. (16)

#### **4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN ANESTESIOLOGÍA**

La satisfacción del paciente es un término que se introdujo en la medicina en los años noventa, conociéndose desde entonces su carácter subjetivo y lo difícil de su medición; hoy por hoy es un gran indicador de la atención y calidad de la asistencia médica, que contribuye a la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado de los servicios de salud. Por tanto, la satisfacción de los pacientes tras un acto anestésico es una medida de calidad de la asistencia que contribuye a la evaluación final del centro sanitario. A pesar de esto, no existen demasiadas publicaciones al respecto que valoren la opinión de nuestros pacientes en función de la experiencia vivida durante todo el procedimiento quirúrgico anestésico.

Para la medición de la satisfacción del paciente, se han utilizado instrumentos unidimensionales (escala numérica, escala visual análoga y escalas categóricas tipo Likert) que brindan información global acerca de todo el cuidado en salud recibida, y encuestas multidimensionales de compleja construcción psicométrica que pueden dar información más específica y confiable por la gran cantidad de variables que evalúan.<sup>12</sup> Estudios previos han encontrado que hay pocos desarrollados adecuadamente y también pocos cuestionarios disponibles que son validados. Barnett.S.F. Et al. realizaron una revisión sistemática para identificar todas las herramientas utilizadas para medir satisfacción del paciente con la anestesia. Realizaron búsquedas en las bases de datos en línea MEDLINE y Embase ISI Web of Science (búsqueda de todas las bases de datos) para artículos publicados entre el 1 de enero de 1980 y el 1 de marzo de 2012 sin exclusión del lenguaje, pero limitada a estudios en humanos, incluyendo todos los estudios que utilizaron cuestionarios para evaluar la satisfacción del paciente con algún aspecto de la anestesia (pacientes pediátricos, satisfacción con anestesia general, anestesia local, anestesia ambulatoria, y anestesia regional) Encontraron más de 3.000 artículos que utilizan la satisfacción del paciente como resultado medido, y solo en 71; utilizaron medidas de satisfacción del paciente que eran multidimensionales y habían sufrido algún tipo del proceso de desarrollo psicométrico.

En dichos artículos encontraron diversas herramientas de evaluación de la satisfacción como: ANP = Anesthesiological Questionnaire; ANP-KA = Anesthesiological

Questionnaire Cardiac; CARE = Consultation and Relational Empathy; ENT = ear, nose, and throat; EVAN = Evaluation du Vecu de l'Anesthesie; ISAS = Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale; AC = Monitored Anesthetic Care; MSSCS = Maternal Satisfaction Scale for Cesarean Section; NRS= numerical rating scale , LPPS= Leiden Perioperative Care Satisfacción.

El instrumento más referenciado para evaluar la satisfacción del cuidado anestésico supervisado es; la escala de satisfacción de anestesia de Iowa (ISAS), que consta de 11 preguntas.

Encontraron un regular número de herramientas bien desarrolladas para medir la satisfacción de la anestesia en el perioperatorio. Sin embargo, concluyen que es necesario el desarrollo de nuevas herramientas validadas. Dicha herramienta debe contar con vocabulario simple y fácil de entender. En cuanto a la longitud óptima del tiempo para completar una evaluación, no está claro, pero un período más corto al realizar el cuestionario, mantiene un buen nivel de validez y fiabilidad. Y es necesario que el cuestionario esté completado con éxito. (17)

En el Hospital Regional 1° de Octubre con el objetivo de reportar el desarrollo de un instrumento para evaluar la satisfacción del usuario (18); se aplicó un cuestionario abierto a los pacientes de la consulta preanestésica para conocer aspectos de importancia para ellos sobre la atención recibida. Se obtuvieron cuatro dominios, y en cada uno se desarrollaron tres preguntas en lenguaje sencillo y con cinco opciones de respuesta (18).

Durante la investigación se hicieron 120 encuestas, se recopilaron resultados y se corrió el alfa de Cronbach, que dio un resultado de 0.84; esto corroboró la alta fidelidad del instrumento de evaluación. Obtuvieron que el servicio de Anestesiología en el periodo preanestésico, tuvo la calidad de la atención en buena, de acuerdo con la siguiente escala: muy satisfecho, 96-100; satisfecho, 81-95; regularmente satisfecho, 66-80; insatisfecho, menos de 65.

En sus resultados compararon las calificaciones, otorgadas de acuerdo con sus características demográficas, y no se encontraron diferencias significativas en las respuestas de los pacientes con diferente escolaridad y con experiencias previas de quirófano, ya sea en esta institución o en otra. Recomiendan que la evaluación del

servicio deberá ser continua y la alta fidelidad de su instrumento de evaluación deberá corroborarse en otras unidades hospitalarias. (18)

Los instrumentos de valoración de la satisfacción en anestesiología varían en cuanto a los rubros que valoran, pues algunos se enfocan a la satisfacción de la evaluación preanestésica, otro en su gran mayoría al transoperatorio y la satisfacción con el procedimiento anestésico, y otros relaciona de manera global el intra, el trans y el postoperatorio. Por ejemplo; Ferreira (19). Realizaron cuestionarios a pacientes sometidos a anestesia general para cirugía general electiva, durante tres meses consecutivos. El cuestionario está constituido por 16 preguntas relacionadas con el periodo pre-operatorio, intra-operatorio y pos-operatorio. Dentro de las conclusiones verificaron que los pacientes presentan niveles altos de satisfacción con el acto anestésico. Los factores que se pueden encontrar relacionados con esa satisfacción son la información de los pacientes relativamente al plan anestésico, el esclarecimiento de sus preocupaciones, el nivel de dolor, así como las náuseas y vómitos en el post-operatorio. (19)

En otro estudio en 470 pacientes que se sometieron a diferentes tipos de cirugía, realizaron el cuestionario LPPS (Leiden Perioperative Care). Con el objetivo de evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes en el cuidado de la anestesia en perioperatorio, tomando en cuenta componentes de la experiencia de los pacientes en el cuidado y satisfacción sobre la información, miedo y preocupación, relación personal-paciente y satisfacción del servicio prestado. Dentro de sus resultados: Se observó menos miedo y preocupación entre los pacientes con puntajes de satisfacción del 87.5%. Y quienes realizaron cirugía electiva tuvieron un mayor nivel de satisfacción que aquellos que realizaron cirugía de emergencia. El estudio concluyó que, la satisfacción general de cuidado anestésico perioperatorio es 68.8% encontrando que la provisión de información es la dimensión más débil. Por ello subrayan la importancia de información y comunicación con el paciente. (20)

En México en el grupo Ángeles con el objetivo de conocer la percepción de la calidad de la atención anestésica; utilizaron un cuestionario diseñado por ellos (Cuestionario de Percepción de Calidad Anestésica, CPCA) con dos dominios; comunicación, eficacia y una pregunta de satisfacción general. En sus resultados las

principales causas para una mala percepción en la comunicación fueron una escasa información sobre los riesgos anestésicos y no identificar al anesthesiologo responsable. Para la calidad, la mayor insatisfacción fue la presencia de dolor postanestésico. (21)

Otro estudio relacionado con la importancia de la comunicación en la valoración preanestésica fueron; Gebremedhn,G.E & Nagaratnam V (22). En dicho estudio todos los pacientes fueron de cirugías electivas, entrevistados 24 horas después de la operación. Agregan datos de evaluación como; si el anesthesiologo se presentó, si proporcionó información, si se redujo la ansiedad después de la visita preanestésica; así como evaluación de las complicaciones posoperatorias, analgesia postoperatoria, náuseas y vómitos postoperatorios. Ellos concluyen en enfatizar la evaluación anestésica preoperatoria ya que la satisfacción del paciente con la evaluación anestésica preoperatoria fue baja en comparación con los estándares del Royal College of Anesthetists. Dentro de su evaluación preanestésica fue relativamente buena con respecto a las instrucciones de ayuno preoperatorio y la adecuación del tiempo que los anesthesiologos pasaron con los pacientes. Por otro lado, identificaron problemas en las áreas de auto-presentación de los anesthesiologos; suministro de información sobre el tipo de anestesia, complicaciones posoperatorias, opciones de analgesia postoperatoria y manejo de NVPO; respuestas de dichos especialistas a las preguntas de los pacientes; y técnicas para tranquilizar a los pacientes. (22)

Es un hecho que la falta de conocimiento de los pacientes con relación a la anestesia y al papel del anestesista en su asistencia puede contribuir a la ansiedad. Ortiz J. et al.(2015)<sup>23</sup>. En su estudio desarrollaron materiales explicativos para el paciente sobre la anestesia que podrían ayudar a mejorar la satisfacción del paciente respecto a su conocimiento del proceso perioperatorio y a disminuir la ansiedad. Una segunda investigación fue realizada después de que se completó el folleto explicativo que se estaba usando en la clínica. La encuesta solicitó información demográfica básica e incluyó preguntas sobre la satisfacción relacionada con la comprensión de la anestesia y también sobre las preocupaciones relacionadas con la cirugía y el dolor.

Sus resultados arrojaron que los pacientes que recibieron el folleto, hubo una mejoría estadísticamente significativa con relación a las preguntas sobre la satisfacción con la comprensión del tipo de anestesia, las opciones para el control del dolor, lo que

los pacientes deberían hacer el día de la cirugía, como también la cantidad de informaciones prestadas sobre el plan de anestesia. En conclusión, los folletos explicativos mejoraron la satisfacción del paciente respecto al conocimiento del proceso perioperatorio, pero no redujeron la ansiedad relacionada con la cirugía. (23)

Diversas teorías psicológicas sugieren que la satisfacción del paciente es un concepto multidimensional que incluye componentes sociodemográficos, cognitivos y afectivos; es la combinación entre las expectativas de éste y la percepción del servicio recibido. Cada paciente comienza con una comparación estándar contra la cual va a juzgar su nueva experiencia; un cambio en la satisfacción ocurre cuando la diferencia entre la situación actual y la expectativa excede la capacidad de asimilar la diferencia por parte del paciente, por lo tanto, la satisfacción depende de la congruencia entre lo que espera el paciente y lo que ocurre realmente. (20)

Entre estos componentes, encontramos los relacionados con el paciente, como factores sociodemográficos y los relacionados con el proceso en sí, como: accesibilidad, conveniencia, servicios auxiliares, factores burocráticos, costos, factores ambientales y organización de los servicios de salud.

No ha sido fácil encontrar la relación entre estos factores y la satisfacción del paciente desde el punto de vista estadístico y hasta hoy no es claro cuáles de ellos son los más importantes.

Otro estudio analizó la satisfacción de la anestesia con los factores sociodemográficos. El estudio concluye; de que no existe asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción del paciente y los factores sociodemográficos estudiados. Sin embargo, encontraron que el grupo de edad que tuvo la mayor satisfacción fueron de 29-38 años. Atribuyendo a que su satisfacción en gran medida es porque son más jóvenes y tienen menos experiencias con la cirugía en comparación con los mayores de 39 años; ya que los que presentan mayor edad, tienen mayores demandas debido a condiciones más comórbidas, tienen más experiencias quirúrgico anestésicas previas, haciendo sus respuestas más críticas. (24)

Gbreegziabher E. & Birlie C.W (25). Encontraron que la satisfacción del paciente en su servicio de anestesia fue baja. Y los factores que afectaron negativamente la satisfacción del paciente fueron conciencia intraoperatoria, dolor durante la operación y

dolor inmediatamente después de la operación. Asociándolo a una mala evaluación preoperatoria que culmina en una preparación intraoperatoria y postoperatoria inadecuadas. (25)

Gutiérrez M.R & Pardo M.R. (26) señala que el mejor indicador de la estructura de un Servicio de Anestesiología es la cartera de servicios que ofrece, basado en todas las posibilidades asistenciales que puede desarrollar; esto implica que el servicio disponga del suficiente número de anestesiólogos, que estos tengan la preparación académica necesaria, y que se cuente con una organización adecuada, así como con el espacio físico, el equipamiento y los materiales indispensables para cumplir con las normas nacionales e internacionales. Aunque existen diferentes indicadores que miden de manera indirecta la calidad dentro de un Servicio de Anestesiología, sólo el trabajo en equipo y la búsqueda de la excelencia podrán asegurar que el paciente, quien es al final el cliente, reciba la mejor atención en respuesta a sus necesidades. (26)

Existe una encuesta posthospitalización llamada SERVQHOS. Abarca los elementos básicos en la evaluación de la calidad percibida, incluyendo la calidad de la atención sanitaria. Es una forma de medir la calidad percibida, no la calidad técnica que ofrece el hospital.

Dentro de la subjetividad de un cuestionario, el SERVQHOS gira en torno a dos dimensiones: *a) la calidad subjetiva*, difícil de ser comprobada, y *b) calidad objetiva*, susceptible de ser comprobada. Se observa ejemplos en la figura 4. (27)

Figura 4	
<p><b>Calidad subjetiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interés por solucionar problemas</li> <li>Interés por cumplir promesas</li> <li>Rapidez de respuesta</li> <li>Disposición para la ayuda</li> <li>Confianza y seguridad</li> <li>Amabilidad del personal</li> <li>Preparación del personal</li> <li>Trato personalizado</li> <li>Comprensión de necesidades</li> <li>Interés de enfermería</li> </ul>	<p><b>Calidad objetiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tecnología biomédica</li> <li>Aspecto del personal</li> <li>Señalización intrahospitalaria</li> <li>Puntualidad de las consultas</li> <li>Comodidad de las habitaciones</li> <li>Información dada por el médico</li> <li>Tiempo de espera</li> <li>Señalización extrahospitalaria</li> <li>Información a familiares</li> </ul>

Los factores subjetivos relacionados con la satisfacción son difíciles de ser comprobados, puesto que son muy variables e impredecibles en la población. En el estudio Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios de Pedro Parra Hidalgo. (28) Realizaron un cuestionario de 31 preguntas organizadas siguiendo la secuencia del proceso de atención<sup>18</sup>, e incluye tres tipos de variables: – a) Sociodemográficas, b) Calidad percibida acerca de la competencia profesional, información, infraestructura, organización, tiempo de espera y trato. C) Satisfacción del usuario, obtenida mediante una valoración numérica global.<sup>30</sup> Encontraron diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad, de modo que los sujetos con menor edad manifestaron grados de satisfacción en promedio más bajos que los de mayor edad. Los sujetos con mayor nivel de estudios manifestaron grados de satisfacción en promedio más bajos (media = 7,77, DT = 1,78) que los sujetos con menor nivel de estudios No se observaron diferencias en el grado de satisfacción declarado cuando se entrevistó al paciente o al acompañante. En dicho estudio mencionan predictores de satisfacción en la hospitalización mediante un cuestionario autoadministrado, el grado de satisfacción fue más bajo cuando las encuestas las respondía una persona distinta al paciente (28). En el estudio de T. Dierssen-Sotos y P. Rodríguez Cundínla (29) relación entre la satisfacción y el nivel de estudios encontraron que los usuarios con nivel de estudios primarios presentaron la mayor proporción de satisfechos mientras que entre los universitarios se observó el nivel más bajo. Sin embargo aún se presentan resultados discrepantes en la literatura médica. (29)

En base a esta revisión se puede llegar a la conclusión de que, en un gran número de estudios, la satisfacción de los pacientes había sido evaluada utilizando cuestionarios de satisfacción en general o no validados. Sólo algunos estudios habían desarrollado cuestionarios con métodos psicométricos rigurosos para medir la satisfacción de los pacientes con la anestesia.

Es un hecho que el paciente ha adquirido una mayor conciencia de sus derechos y es cada vez más frecuente que defienda su capacidad de autodeterminación contando con el apoyo de la familia. La moderna bioética consagra el principio de autonomía para los pacientes competentes, de tal manera que se acepta que pueden incluso negarse a

seguir las prescripciones del médico si no les parecen apropiadas y apoya el derecho del paciente a participar activamente en las decisiones que le conciernen. (30)

Como se observa con estos estudios se puede concluir que valorar la satisfacción de un paciente, depende de muchos factores, sin embargo, la mayoría de los pacientes esperan una anestesia sin problemas, que valorizan la comunicación y la información y que sus principales preocupaciones son el no despertar de la anestesia, las náuseas y vómitos, el dolor pos-operatorio y las complicaciones. Otros factores que contribuyen en la satisfacción, incluyen la accesibilidad de los servicios, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales de la salud y las expectativas o preferencias propias del paciente.

## 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los actos quirúrgicos en nuestro medio son situaciones medicas comunes. Cada paciente que será sometido a un evento quirúrgico, desde un paciente pediátrico hasta un paciente anciano requiere ser valorado para tener un antecedente clínico del mismo. Dicho paciente puede ser un paciente sano o por su edad o bien por su condición clínica puede presentar alguna patología o algún hallazgo que puede aumentar el riesgo de morbimortalidad del mismo.

En nuestro medio la población derechohabiente de ISSEMYM o de cualquier otro sistema de salud debe ser evaluado por el anesthesiólogo para crear un plan anestésico de acuerdo a las condiciones de cada paciente. Dicho plano anestésico es de gran utilidad para favorecer la resolución de un padecimiento quirúrgico, ya sea electivo o de urgencia.

La valoración preanestésica implica una entrevista previa al evento quirúrgico, con la finalidad de crear una relación médico paciente en la que se genera confianza o seguridad con su anesthesiólogo tratante y consecuentemente el conocimiento por parte del médico especialista de la condición del que será sometido al acto quirúrgico.

Actualmente con los protocolos de rehabilitación temprana ha tomado gran importancia, por lo cual dicha valoración debe contemplar parámetros de calidad en la atención del derechohabiente; así mismo tiene la misión de generar un ambiente de confianza y seguridad entre las dos partes. Cabe mencionar que no siempre se logra el último punto, ya sea por la actitud, imagen, y trato del médico tratante.

No son pocos los pacientes que de alguna manera mencionan su inconformidad en este evento, y mencionan entre otras cosas: la actitud prepotente, la evidencia de poco interés, y la apatía durante la valoración preanestésica; esto genera estrés, desconfianza y finalmente no alcanza su objetivo.

En nuestro hospital por ser de tercer nivel cumple con un alto número de cirugías programadas y de urgencia, y dada la importancia de la valoración preanestésica y el objetivo final que esta representa es importante evaluar la percepción del paciente en dicha entrevista, con el propósito de mejorar las condiciones de esta evaluación prequirúrgica creando estrategias de mejora continua.

## **6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuál es el grado de satisfacción de la valoración preanestésica por parte del derechohabiente de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec?

## **7. HIPÓTESIS.**

- Hipótesis de trabajo.

La satisfacción de la valoración preanestésica por parte del derechohabiente de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec es: medianamente satisfecho.

- Hipótesis alterna.

La satisfacción de la valoración preanestésica por parte del derechohabiente de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec es: Insatisfecho

## **8. OBJETIVO GENERAL.**

1. Evaluar la satisfacción de la valoración preanestésica por parte del derechohabiente de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

## **9. OBJETIVO ESPECÍFICO**

1. Identificar el grado de satisfacción de la valoración preanestésica por parte del derechohabiente de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.
2. Identificar que factor consideran los pacientes, que es necesario mejorar al realizar la valoración preanestésica, así como identificar si la satisfacción es dependiente o independiente de los factores a mejorar.

## **10. MATERIAL Y MÉTODOS**

- Universo de estudio.

Pacientes derechohabientes de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec que fueron sometidos a valoración preanestésica del 1 de julio del 2020 al 31 de octubre del 2020

- Diseño de estudio.

Estudio transversal, observacional y descriptivo.

- Criterios de estudio.

*Inclusión.*

- 1- Pacientes derechohabientes de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec que se les realizó procedimiento quirúrgico y que fueron sometidos a valoración preanestésica
- 2- Pacientes derechohabientes de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec que cuenten con educación superior y/o media superior.
- 3- Pacientes derechohabientes de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec que acepten participar y llenen adecuadamente la hoja de recolección de datos.
- 4- Pacientes derechohabientes de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec que tengan edad entre 18 a 69 años.
- 5- Pacientes derechohabientes de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec que sean ASA I, II, III ó IV

*Exclusión.*

- 1- Pacientes derechohabientes de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec que por su condición clínica no sean capaces de emitir un juicio objetivo.

*Eliminación.*

1. Pacientes derechohabientes que no llenen adecuadamente la hoja de recolección de datos.

## 11.DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
<b>EDAD</b>	Tiempo que ha vivido una persona.	Vocablo que permite hacer mención del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona, medida generalmente en años.	Cuantitativa Discreta	De razón	Número de años (1,2,3...)
<b>GÉNERO</b>	Interpretación cultural e histórica que cada sociedad elabora en torno a la diferenciación sexual.	Atributo vinculado a la sexualidad y a los valores y conductas que se atribuyen de acuerdo al sexo, ya sea femenino o masculino.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Femenino/ Masculino
<b>SATISFACCIÓN DE LA VALORACIÓN PRE-ANESTÉSICA.</b>	Es la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.	Es la calidad de la atención anestésica percibida por el paciente.	Cualitativa	Ordinal	Muy satisfecho/ Satisfecho/ Medianamente satisfecho/ Insatisfecho

## **12. TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

A conveniencia.

## **13. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Se realizó análisis estadístico para obtener frecuencia, moda y porcentaje.

## **14. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO**

Habiendo cumplido los criterios de inclusión y una vez que al paciente se le realizó su valoración preanestésica, se le entregó una hoja de recolección de datos; la cual llenó de manera personal y privada. Al final del periodo establecido se analizaron las hojas de recolección de datos y se sometieron a análisis estadístico para obtener la frecuencia, la moda y porcentaje.

## **15. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

De acuerdo con la Declaración de Helsinki 2011, el presente estudio no implica ningún riesgo para los voluntarios, ya que únicamente se aplicarán encuestas, previa firma de consentimiento informado de los voluntarios.

## 16.RESULTADOS.

Se aplicaron 228 cuestionarios a los pacientes sometidos a valoración pre-anestésica en el Centro Médico Issemym Ecatepec, que cumplieron con los criterios de inclusión y sin necesidad de excluir a algún participante. Los cuestionarios fueron aplicados posterior a la valoración pre-anestésica en el periodo de julio a octubre del 2020.

### 16.1 Características sociodemográficas.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	PACIENTES	
	NUMERO	PORCENTAJE
<b>SEXO</b>		
HOMBRE	78	34.36%
MUJER	149	65.64%
<b>EDAD</b>		
18 A 20 AÑOS	5	2%
21 A 29 AÑOS	40	17.54%
30 A 39 AÑOS	64	28.07%
40 A 49 AÑOS	48	21.05%
50 A 59 AÑOS	42	18.42%
60 A 69 AÑOS	29	12.72%
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>		
NIVEL MEDIO SUPERIOR	80	35.98%
SUPERIOR:	138	60.52%
MAESTRÍA	7	3.07%
DOCTORADO	3	1.31%

### 16.2 Clasificación por estado físico o ASA

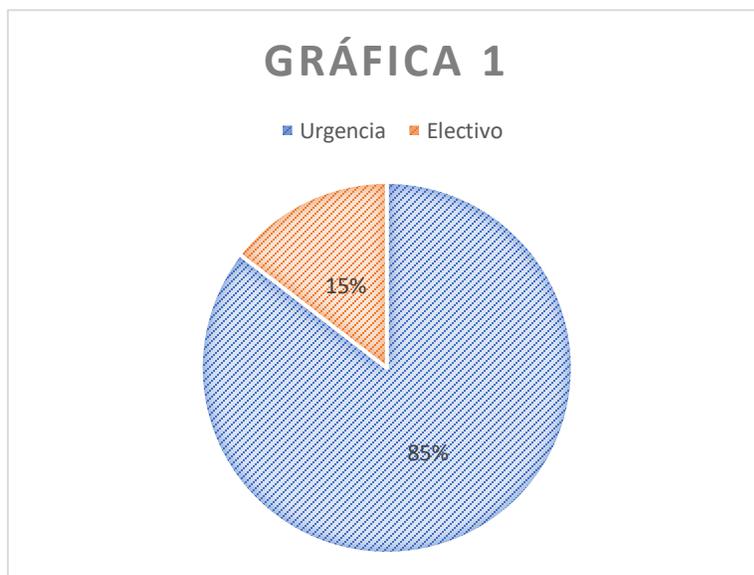
ASA	PACIENTES	
	PACIENTES	PORCENTAJE
<b>CLASIFICACION</b>		
I	5	2.2%
II	163	71.49%
III	57	25%
IV	3	1.31%

### 16.3 Clasificación por especialidad quirúrgica.

ÁREA QUIRÚRGICA	PACIENTES	PORCENTAJE
CIRUGÍA GENERAL	77	33.77%
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	54	23.68%
GINECOLOGÍA	97	42.54%

#### 16.4 Tipo de procedimiento.

De los 228 pacientes, tuvimos a 194 pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico de manera urgente. Y 33 pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico de manera electiva. Se observa la gráfica 1



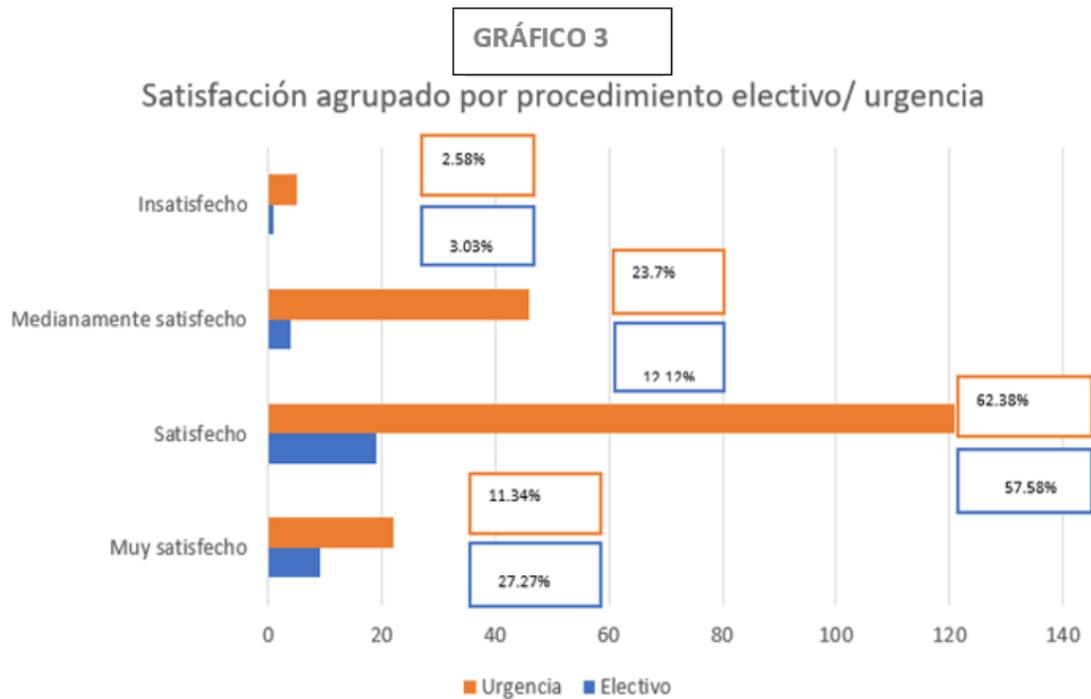
#### 16.5 Grados de satisfacción

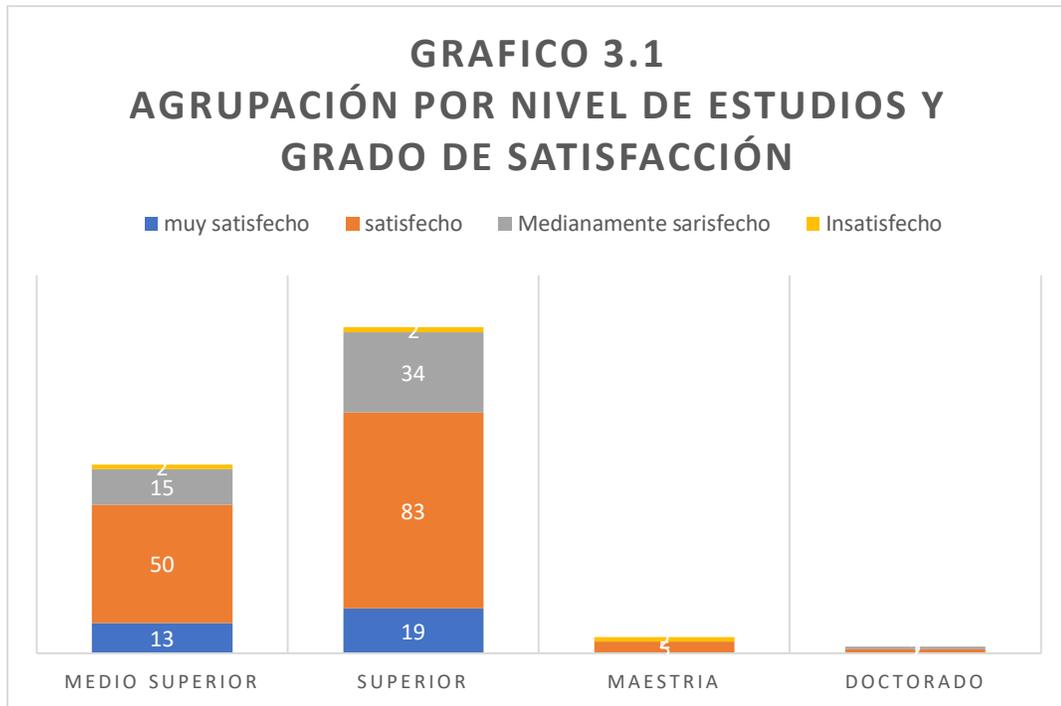
GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA VALORACIÓN PRE-ANESTÉSICA	PACIENTES	PORCENTAJE
MUY SATISFECHO	32	14.10%
SATISFECHO	139	61.23%
MEDIANAMENTE SATISFECHO	50	22.03%
INSATISFECHO	6	2.64%

Se aprecia en el gráfico 2



En los gráficos 3 se observa el grado de satisfacción agrupado por procedimiento electivo/urgencia. Y en el gráfico 3, la agrupación por nivel de estudios y grado de satisfacción.





Dentro de los factores que se agregaron en el cuestionario, (tener espacio adecuado, crear confianza y seguridad con su médico anesthesiologo, aclarar dudas sobre la anestesia, conocer los riesgos del evento anestésico y por último conocer su condición clínica), de los cuales el paciente, solamente seleccionaría uno; para conocer el mas importante de mejorar, al realizar la valoración preanestésica en el centro médico Issemym Ecatepec.

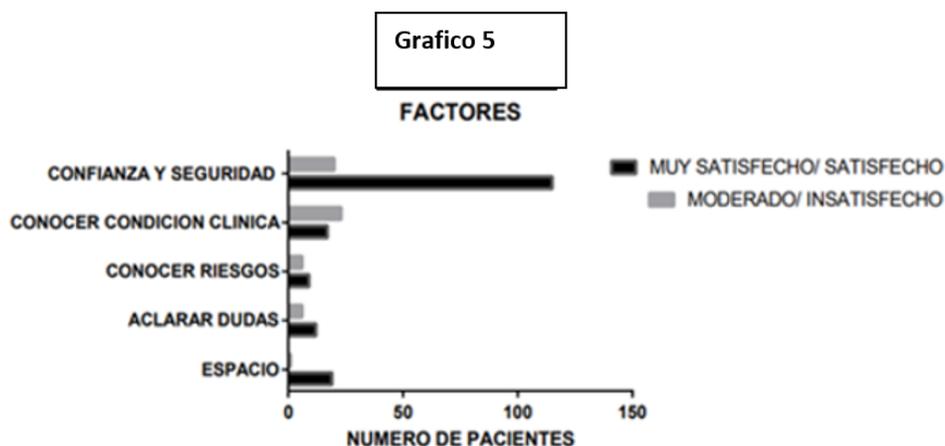
Se obtuvieron las siguientes respuestas:

FACTOR A MEJORAR	PACIENTES	PORCENTAJE
ESPACIO ADECUADO	20	8.77%
ACLARAR DUDAS SOBRE LA ANESTESIA	18	7.89%
CONOCER RIESGOS SOBRE EL EVENTO ANESTÉSICO	15	6.58%
CONOCER SU CONDICIÓN CLÍNICA PARA EL EVENTO ANESTÉSICO	40	17.54%
CREAR CONFIANZA Y SEGURIDAD PARA CON SU MÉDICO ANESTESIOLOGO	135	59.03%

Se observa en el gráfico 4



Por último, se decidió realizar análisis de frecuencias y de la prueba de chi cuadrada aplicada a los datos obtenidos a través del instrumento diseñado, para establecer si existe independencia o dependencia; entre las variables del grado de satisfacción del paciente y los factores necesarios al realizar la valoración pre-anestésica. Encontrando un valor calculado de chi cuadrada de 37.15 ( $p < 0.05$ ) mayor de chi de tablas a 4 grados de libertad y 95% de confianza (9.48) . Se observa el gráfico 5



## 17. DISCUSIÓN.

La consulta de valoración pre-anestésica forma parte de la evaluación y la preparación preoperatoria del paciente. Es un elemento esencial de la seguridad anestésica, puesto que los datos obtenidos en esta consulta permiten, la relación médico paciente, elegir la técnica anestésica y los cuidados perioperatorios más adecuados al estado clínico del paciente y al procedimiento programado. 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. Gracias a la información obtenida del cuestionario se pudo conocer el grado de satisfacción del paciente sometido a valoración pre-anestésica, por el servicio de Anestesiología del Centro Médico Issemym Ecatepec; que corresponde en su mayoría a Satisfecho con un 61.23%. En el caso del factor que los pacientes consideraron que era necesario mejorar, al momento de realizar la valoración pre-anestésica fue; crear confianza y seguridad con su médico anesthesiologo, que va de la mano con la relación médico paciente.

El valor calculado de chi cuadrada de 37.15 ( $p < 0.05$ ) mayor de chi de tablas a 4 grados de libertad y 95% de confianza (9.48), a partir del análisis de frecuencias y de la prueba de chi cuadrada aplicada a los datos obtenidos a través del instrumento diseñado. Se pudo establecer que existe una dependencia entre las variables del grado de satisfacción del paciente y los factores planteados en el cuestionario al realizar la valoración preanestésica; por lo que se rechaza la hipótesis nula de independencia de las variables. Por lo tanto, concluimos, que la satisfacción es dependiente del cumplimiento de esos factores. Y en este caso el factor de crear seguridad y confianza con el medico anesthesiologo es el factor donde se encontró mayor dependencia, con una mejor satisfacción.

En el artículo "Validación de un instrumento para evaluar la satisfacción del usuario durante el periodo preanestésico en el Hospital Regional 1° de Octubre" se encontró que su resultado en cuanto al grado de satisfacción coincide con satisfecho. Igual que en nuestro estudio. Sin embargo, una diferencia de nuestro estudio es el grado de escolaridad puesto que la población de Issemym en su mayor parte son personas con nivel académico medio superior o mayor. Los cuales tal vez pueden tener mayor nivel de exigencia en las necesidades al momento de la valoración preanestésica. Nuestra

muestra fue convenciencia. De nuestros 228 pacientes el 60.52% tiene licenciatura. Por el contrario, en el hospital 1º de octubre incluyeron dentro de su estudio a población analfabeta, siendo para ellos indiferente la escolaridad relacionado con el grado de satisfacción. En nuestro caso encontramos que la mayor parte de los que respondieron insatisfecho, fueron de nivel maestría o doctorado. Sin embargo sabemos que la satisfacción depende de tres variables en general, las variables sociodemográficas, la infraestructura y el manejo del sistema de salud de la unidad y por ultimo del personal de salud. Por lo tanto es necesario hacer mas estudios para llegar a comprender dichas variables sociodemográficas, como edad, sexo, nivel estudios, cultura, etcétera; para saber que tanto influyen estos factores en la satisfacción.

El según lugar con un 22.03% lo ocupa el grado: medianamente satisfecho. A partir de nuestros resultados se puede conocer los aspectos de la atención en Anestesiología, los cuales pueden ser mejorados para incrementar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida. La información aportada por los pacientes nos muestra la evaluación de aspectos que son necesarios desarrollar al realizar la valoración pre-anestésica y de ésta manera realizar modificaciones en la atención que se brinde en un futuro.

El cuestionario utilizado es aplicable a la población mexicana, y de forma sencilla y veraz se obtuvo la información esperada, sin embargo, se requiere la planeación de acciones específicas para incrementar la satisfacción de los pacientes al momento de realizar la valoración pre-anestésica.

Los cinco factores que incluimos (Realizar en un estacio adecuado, crear confianza y seguridad con su medico anesthesiólogo, conocer los riesgo anestésicos, aclarar dudas sobre la técnica anestésica, conocer su condición clínica para el evento quirúrgico, son factores que consideramos base fundamental incluir al realizar la valoración pre-anestésica. Pero existen muchos más como: tecnología, aspecto del personal, comodidad de las habitaciones, información a familiares, rapidez de respuesta, amabilidad del personal, trato personalizado, comprensión de necesidades, interés de enfermería, etcétera. Por lo cual sería bueno incluir en estudios futuros en Issemym Ecatepec, el grado de satisfacción con la evaluación de la calidad percibida, incluyendo la calidad de la atención sanitaria. Por ejemplo incluir la aplicación hospitalaria del SERVQHOS.

Mi sugerencia en el factor de crear confianza y seguridad con el médico anestesiólogo. Es mejorar la comunicación anestesiólogo-paciente, la forma de dirigirse al paciente, presentarse, explicar, cerciorarse de que el paciente entendió el mensaje y las indicaciones, así como aclarar dudas, tener un trato más empático con los pacientes; el cual se relaciona con estar genuinamente interesados en atender amablemente y ser sensible del estado físico y emocional de los pacientes.

En cuanto al apartado de conocer su condición clínica para el evento anestésico, va de la mano con mejorar la comunicación médico-paciente, con un lenguaje bidireccional que facilite la comprensión, ser cortés y respetuoso, controlar el tono de voz, realizar contacto visual, etcétera.

Por último, cabe destacar que la satisfacción de un paciente, depende de muchos factores, además de los ya mencionados y valorados en nuestro instrumento. En todo caso sería bueno realizar estudios más adelante, que nos hablen sobre otros determinantes que estén relacionados con crear seguridad y confianza con el anestesiólogo. Además del personal que aplica dicho cuestionario; puesto que la valoración preanestésica y el cuestionario, de estos pacientes; fue realizada por médicos residentes de anestesiología, lo que nos llevaría a pensar en estudios posteriores, sobre la relación que pueda tener la jerarquía y la experiencia del residente y de los médicos adscritos para dirigirse al paciente y desarrollar una adecuada satisfacción.

Es necesario que los médicos retomemos nuestra responsabilidad de evaluar y mejorar una atención de calidad centrada en el paciente, que tenga en cuenta la oportunidad de la atención, la satisfacción de sus necesidades de salud, en función de la competencia profesional del personal, de la aplicación de los conocimientos médicos vigentes; su seguridad durante el proceso de atención, el respeto a los principios éticos de la práctica médica y la satisfacción de sus expectativas con la atención recibida. El déficit en la satisfacción de los pacientes y las variables ganancia de información retrospectiva muestra la necesidad de llevar a cabo investigaciones como ésta.

Se debe continuar la evaluación para identificar los dominios en los cuales falla el servicio con el fin de realizar las correcciones necesarias que permitan proporcionar la mejor atención durante el periodo preanestésico, sin dejar de lado la normatividad referente a la especialidad, y así mantener altos niveles de satisfacción en los pacientes.

Cabe resaltar que la satisfacción del paciente no fue evaluada después de la cirugía, por lo que se sugiere sea considerado en futuros estudios o ser evaluada tanto antes como después de la cirugía para comprometer la actuación del médico anesthesiologo brindando atención integral con seguimiento del paciente antes, durante y después del acto quirúrgico.

Por otra parte, se logró aumentar la calidad de la atención en Anestesiología, ya que como menciona la literatura, con el simple hecho de evaluar la satisfacción del paciente, ya se cumple con uno de los aspectos más importantes de la calidad en la atención, que es la evaluación constante.

## **18. CONCLUSIONES.**

De acuerdo a nuestro estudio el grado de satisfacción de la valoración pre-anestésica, en Centro Medico ISSEMYM Ecatepec es:

- Muy satisfecho: 32 (14.10%).
- Satisfecho: 139 (61.23%).
- Medianamente satisfecho: 50 (22.03%).
- Insatisfecho: 6 (2.64%).

En cuanto factores asociados a la calidad, al realizar la valoración pre-anestésica: Se encontró que hay dependencia en; crear confianza y seguridad con el medico anesthesiologo, con un mejor grado de satisfacción.

La hipótesis de trabajo que se planteó al iniciar esta investigación es que la satisfacción de la valoración preanestésica por parte del derechohabiente de Centro Médico ISSEMYM Ecatepec es: medianamente satisfecho. Y en el caso de la hipótesis alterna es que la satisfacción de la valoración pre-anestésica es Insatisfecho. Sin embargo con los resultados adquiridos vemos que el mayor porcentaje se encuentra en: satisfecho con un 61.23%. Por lo tanto los datos obtenidos no aportan evidencia a favor de comprobar las hipótesis de trabajo, ni la hipótesis alterna.

## 19. REFERENCIAS

1. García M PR. Valoración anestésica preoperatoria y preparación. Revista Española de Anestesiología. 2013; 60(Supl 1)(11-26).
2. Mena de la Rosa M RME. Valoración preanestésica. Importancia en el paciente quirúrgico. Rev Hosp Jua Mex ; 81(3): 193-198. 2014; 81(3)(193-198).
3. W DN. Capítulo 38. Evaluación preanestésica. In Miller RD, editor. Miller. Anestesia. octava ed. Madrid España: Elsevier; 2015. p. 1085-1153.
4. Castellanos Olivares A ECH. Satisfacción anestésica como indicador de calidad. Revista Mexicana de Anestesiología. 2013 abril-junio; 36 Suplemento 1(250-255).
5. Canto Sánchez A HGLF. Anestesia Obstétrica. Segunda ed. Sánchez.A C, editor. México: El Manual Moderno; 2008.
6. González Cárdenas V.H GVJ. Valoración preanestésica en el paciente con enfermedad renal crónica (énfasis en riesgo cardiovascular). Revista Colombiana de Anestesiología. 2013 abril; 41(2)(139–145).
7. Degani-Costaa LHFSM. Evaluación preoperatoria del paciente neumópata. REVISTA Brasileira de Anestesiología. 2014 noviembre; 64 (1)(22-34).
8. M.A MG. Valoración Preanestésica en el paciente neurológico. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA. 2013; LXX (608) (655 - 663).
9. Garduño-López A.L GREa. Manejo perioperatorio de paciente con COVID-19. Revista Mexicana De Anestesiología. 2020 Abril-Junio ; 43 (2)(109-120).
10. J VRM. Pandemia por SARS-COV-2/COVID-19: Consideraciones Anestésicas Para el Manejo De Pacientes sometidos a procedimientos electivos. Científico. Bogota: Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), Anestesiología; 2020.
11. Martín MO. ¿Cómo descarto el diagnóstico de COVID-19 en un paciente que se someterá a cirugía electiva? Cirugía Plástica. 2020 junio; 30 (1)(22-32).
12. Orellana Gómez-Rico J. A CVDMea. Guía de buenas prácticas en cirugía ortopédica y traumatología en tiempos de pandemia COVID 19. Científico. Madrid España: Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Traumatología Y ortopedia.; 22 DE ABRIL DE 2020.
13. Infecciones C. Protocolo Manejo COVID-19. Divulgación. Alicante España: Hospital General Universitario, Comisión Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica; 2020.

14. Alfredo CG. Indicadores de calidad en la práctica de la anestesiología. Revista Mexicana De Anestesiología. 2018 Abril-Junio; 41. (2) (79-82).
15. Torres-González C.A VRY. Calidad de la atención en el servicio de anestesiología. Percepción del usuario. Acta Médica Grupo Ángeles. 2017 abril-junio; 15,(2)(92-98).
16. A CO. Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica. Revista Mexicana De Anestesiología. 2013 abril-junio; 36,(1)(250-255).
17. Barnett Sarah F RKAea. Patient-Satisfaction Measures in Anesthesia. Anesthesiology,. 2013 august ; 119 (2)(452-478).
18. Ugalde Manrique C SRea. Validación de un instrumento para evaluar la satisfacción del usuario durante el periodo preanestésico en el Hospital Regional 1° de Octubre. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2012 enero-marzo; 17 (1)(44-50).
19. Ferreira. T OF. Evaluación de la satisfacción de los pacientes con la anestesia. Estudio observacional trasversal. Actualidad Médica. 2015 diciembre; 100 (796)(133-138).
20. Mehari Andemeskel. Y TE. Patient satisfaction with peri-operative anesthesia care and associated factors at two National Referral Hospitals: a cross sectional study in Eritrea. BMC Health Services Research. 2019; 19:669(2-8).
21. Torres-González C.A VRYPSM. Calidad de la atención en el servicio. Percepción del usuario. Acta Médica grupo Ángeles. 2017 abril-junio; 15 (2)(92-98).
22. Gebreegziabher Endale GV. Assessment of patient satisfaction with the preoperative anesthetic evaluation. Patient Related Outcome Measures. 2014 septiembre; 5(105-110).
23. Ortiz J WSea. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? Revista Brasileira De Anestesiología. 2014 octubre; 65 (1)(7- 13).
24. Annovi Kunfah J BAKS. Evaluation of Patient Satisfaction of Anaesthetic Assessment in a District Hospital in Ghana. Anesthesia, Critical Care and Pain Management. 2019 July ; 2 (1)(1-12).
25. Gebreegziabher Gebremedhn. E BCW. Patient satisfaction with anaesthesia services and associated factors at the University of Gondar Hospital, 2013: a cross-sectional study. BMC Research Notes. 2015 ; 8 (377)(2-9).
26. Gutiérrez Martínez R PMRV. Calidad de atención en un Servicio de Anestesiología en un hospital de segundo nivel. Archivos De Investigación Materno Infantil. 2013 enero-abril; 5(1)(11-15).

27. Monteagudo O NCea. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. Revista de Calidad Asistencial. 2003 mayo; 18(5)(263-271).
28. Parra Hidalgo P BARM. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Gaceta Sanitaria.. 2012 julio; 26(2)(159–165).
29. Dierssen-Sotos T RCP. Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. An. Sist. Sanit. Navar. 2009 septiembre-diciembre; 32 (3) (317-321).
30. Aragón VMA. La relación médico-paciente. Cirujano General. 2011 Abril-Junio; 33 (2)(122-125).

# 20. ANEXOS

**SATISFACCION DE LA VALORACION PRE-ANESTESICA POR PARTE DEL DERECHOHABIENTE DE CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC.**

FECHA: \_\_\_\_\_ ASA: \_\_\_\_\_ CIRUGÍA: (U)(E) TIPO CIRUGÍA: (CG)(GYO)(TYO)

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO:(F) (M) GRADO DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

**LEA LO SIGUIENTE:** El objetivo de realizarle una valoración preanestésica tiene las siguientes metas:

- Debe ser realizada en un espacio adecuado.
- Aclarar dudas acerca de su evento anestésico.
- Conocer riesgos del evento anestésico
- Conocer su condición clínica para el evento anestésico.
- Crear una relación médico paciente en la que usted genere confianza y seguridad para con su médico anesthesiologo

En base a lo anteriormente leído. Seleccione por favor **solamente uno** de los objetivos que es necesario reforzar o que no se cumplió. (Marque una X en el recuadro en blanco)

A. Debe ser realizada en un espacio adecuado.	<input type="checkbox"/>
B. Aclarar dudas acerca de su evento anestésico.	<input type="checkbox"/>
C. Conocer riesgos del evento anestésico	<input type="checkbox"/>
D. Conocer su condición clínica para el evento anestésico.	<input type="checkbox"/>
E. Crear confianza y seguridad para con su médico anesthesiologo.	<input type="checkbox"/>

Monteagudo O, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción Rev Calidad Asistencial 2003;18(5):263-71

¿cómo calificaría la valoración preanestésica a la que fue sometido? (Marque una X en el recuadro en blanco)

A. Muy satisfecho. (calificación entre 96 y 100)	<input type="checkbox"/>
B. Satisfecho. (calificación entre 81-95)	<input type="checkbox"/>
C. Medianamente satisfecho. (calificación entre 66-80)	<input type="checkbox"/>
D. Insatisfecho. (calificación menor de 65)	<input type="checkbox"/>

Ugalde M.C et al. (2012). Validación de un instrumento para evaluar la satisfacción del usuario durante el periodo preanestésico en el Hospital Regional 1° de Octubre. Revista De Especialidades Médico Quirúrgicas ISSSTE, Vol:17(1), pp:44-50.

*Agradecemos su confianza y apoyo, estos datos nos ayudaran a crear estrategias y corregir nuestros errores.*