

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**Valoración del nivel de confort
postanestésico en adultos ASAI-ASAII; bajo cirugía de emergencia vs
cirugía programada, en el HDVQ,
durante ene-dic 2022, mediante escala IOWA de satisfacción anestésica.**

Stefany Valeria Mendoza Navarrete, MD

**Fabricio González-Andrade, MD, PhD.
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista en Anestesiología

Quito, 05 de junio de 2023

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Valoración del nivel de confort
postanestésico en adultos ASAI-ASAI; bajo cirugía de emergencia vs
cirugía programada, en el HDVQ,
durante ene-dic 2022, mediante escala IOWA de satisfacción anestésica**

Stefany Valeria Mendoza Navarrete

Santiago Ruales Bastidas, MD
Director del Programa de Posgrado
Anestesiología, USFQ

Fabricio González-Andrade, MD, Ph.D.
Director del trabajo de Titulación,
Escuela de Especialidades Médicas,
Colegio de Ciencias de la Salud, USFQ

Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca, MD
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud,
USFQ

Iván Cevallos, Ph.D.
Decano del Colegio de Posgrados, USFQ

Quito, junio 2023

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Educación Superior del Ecuador.

Nombre del estudiante: Stefany Valeria Mendoza Navarrete

Código de estudiante: 00213187

C.I.: 1312590563

Lugar y fecha: Quito, 05 de junio de 2023.

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following graduation project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

DEDICATORIA

“Este trabajo científico está dedicado:

A Dios por ser el guía de mi vida, por protegerme y darme fortalezas para siempre seguir adelante a pesar de las adversidades.

A mi familia, quienes han sido mi apoyo primordial, en las buenas y malas, y con su amor y enseñanzas me han ayudado a crecer como persona; en especial, a mi mami, Bernardita, mi ejemplo de vida, mujer luchadora y brillante, a quien amo y me llena de orgullo, que ha sido mi mayor soporte en cada uno de mis pasos, y a pesar de las dificultades procuró todo para que nunca me falte nada; a mi hermana Sharon, mi confidente, mi mejor amiga y mi consejera, la que me hace sonreír con su forma de ser y siempre está para mí sin importar las circunstancias; a mis tíos, quienes representan dos padres en mi vida, mi tío Joselo, por su amor, comprensión, paciencia y magno apoyo incondicional que me permitieron lograr una de mis grandes metas, y mi tío Galo, por su amor y consejos para emprender y luchar con perseverancia por este sueño; a mi mamita Zoila, por su gran cariño; a María, por siempre estar presente; a mis primos, Galito, Valentina, Lupita, y Mía, que con su inocencia y muestras de afecto me contagian de su alegría y me hacen apreciar lo bonito que es tenerlos en mi vida.

A mi abuelita Ramona, quién es mi ángel guardián que me cuida desde el cielo con su bendición, y a quien recuerdo desde niña con amor.

A mi papito Galo, de quién guardo sus recuerdos en mi corazón, pues él fue un cimiento en mi formación desde mis estudios primarios.

A Patricio, mi compañero en momentos felices y en desaciertos, por ser estar a mi lado, entenderme, escucharme, aconsejarme y ayudarme, siempre con paciencia y cariño sincero.

Finalmente, a mis demás amigos y seres queridos, en especial Mayra Villena mi compañera de estudios, por su amistad incondicional luchando juntas en este sueño.”

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Santiago Gangotena, PhD (+), Fundador y Canciller y Miembro del Consejo de Regentes; a Diego Quiroga Ferri, PhD, Rector; a Andrea Encalada Romero, PhD, Vicerrectora; a Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca, MD, fundador y exdecano de la Escuela de Medicina y Decano del Colegio de Ciencias de la Salud; a Henry Vásquez, MD, actual Decano de la Escuela de Medicina; a Iván Cevallos Miranda, MD, Decano de la Escuela de Especialidades Médicas; a Santiago Ruales Bastidas, MD; Coordinador del Programa de la Especialidad de Anestesiología; a Fabricio González-Andrade, MD, PhD, tutor de investigación y director del trabajo de investigación con fines de titulación; a la Coordinadora de Posgrados, Lic. Consuelo Santamaría, MSc.

También agradezco a mis profesores Francisco López, MD; MD; Anabel Sánchez, MD; Brigitte Martineau, MD, Edgardo Venegas, MD; José Santana, MD; Iván Cevallos, MD; Iván Sisa, MD; Michelle Grunauer, MD; Luis Pinela, MD; Ana Mena, MD; Pablo Santillán, MD; Edgar Paredes, MD; a mis tutores hospitalarios del Hospital de Los Valles, Anabel Sánchez, MD; Brigitte Martineau, MD; José Miguel Delgado, MD; Vanessa Guayanay, MD; María De Los Ángeles Segovia; Lourdes Chavarría, MD; Gabriela Sánchez, MD; Fausto Parra, MD; Ana Mejía, MD; Ana Mena, MD; y de manera especial a los doctores Santiago Ruales, MD y Paulina Ortega, MD, a quienes considero mis mentores; a mis tutores hospitalarios del Centro Quirúrgico Da Vinci, Ana Mejía, MD; Gabriela Cadena, MD; a mis tutores hospitalarios de NovaClínica, Luis Miguel Delgado, MD; Patricio Palomeque, MD; Guadalupe Herrera (+), MD; Omar Vinuesa, MD; César Carrillo, MD; a mis tutores hospitalarios de Solca-Quito, Patricio Yáñez, MD; Milton Romero, MD; Graciela Hinojosa, MD; Karla Naranjo, MD; Alejandro Medina, MD; Fredy Durán, MD; Sebastián Paredes, MD; Janina Pazmiño, MD; Ricardo Ortiz, MD; a mis tutores hospitalarios del Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Pablo

Martínez, MD; Diana Muñoz, MD; Ana Mora, MD; Elena Sizonenko, MD; Deorel Contreras, MD, Ruben Yora, MD; Guyen Cuellar, MD; Paulina Lagla, MD; Nelson Guaman, MD; Alexandra Iza, MD; Mercedes Turro, MD; Paola Herrera, MD; Liliana Sánchez, MD; Tatiana Villacreses, MD; Cynthia Cabrera, MD; Claudia Gallegos, MD; Jenny Peñaloza, MD; Azucena Barrera, MD; Verónica Cañar, MD; Esthela Barona, MD; Miguel Álvarez, MD; a mis tutores hospitalarios del Hospital Metropolitano Jorge Almeida, MD; Francisco Altamirano, MD; Julio Andrade, MD; Andrés Castellanos, MD; Diana Chango, MD; Gustavo Cifuentes, MD; Alberto Corral, MD; Vinicio Garzón, MD; Xavier Mantilla, MD; Moisés Mayorga, MD; Byron Monge, MD; Alex Navarrete, MD; Manuel Panzeri, MD; Edgar Paredes, MD; Paola Pastrano, MD; María Belén Pazmiño, MD; Cristian Pozo, MD; a todo el personal de los establecimientos donde realicé mis rotaciones Hospital De Los Valles, Novaclínica-Santa Cecilia, Hospital Metropolitano de Quito, Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Centro Quirúrgico Da Vinci, Hospital Dr. Carlos Andrade Marín, Hospital Solca Núcleo de Quito; a mis compañeros del posgrado Mayra Villena, Geraldine Paredes, Santiago Romo, Stephanie Jarrín, Fernanda Vizcaíno, Alexandra Palomeque, Diana Romero, Carolina Guananga, Tania Puebla, Diego Tapia; a los asistentes administrativas de la Escuela de Especialidades Médicas Alexandra Huertas y David Calderón.

A mi familia y mis seres queridos, Bernardita Navarrete, Mg. Gs, mamá; Sharon Mendoza, Od., hermana; José Navarrete, MV, tío; Galo Navarrete, Arq., tío; Zoila Menéndez, abuela; María Menéndez, tía abuela; Azucena Pozo, tía abuela; Patricia Pico, Lic., tía política; Rosa Intriago, Ec., tía política; Josué Navarrete, primo; Valentina Navarrete, prima; Guadalupe Navarrete, prima; Mía Navarrete, prima; Patricio Carreño, MD, pareja; Diego Arguello, Od., cuñado; Martha Medranda; y a mis amigos entrañables de toda la vida Ana Alarcón y Jonathan Palacios.

RESUMEN

Objetivo: Valorar el nivel de confort postanestésico en pacientes adultos ASA I – ASA II, sometidos a cirugía de emergencia vs cirugía programada, en el Hospital de Los Valles de Quito, durante Julio-Diciembre 2022, mediante Escala Iowa de Satisfacción Anestésica.

Métodos: Se realizó un estudio observacional y cualitativo, para evaluar el confort postanestésico, en el Hospital de los Valles - Quito, Ecuador; durante el periodo de seis meses, entre julio a diciembre de 2022, con 347 pacientes. Se encuestaron pacientes con la hoja de recolección de datos, posterior a la respectiva intervención quirúrgica.

Resultados: Se mostró que 40.35% tuvo entre 36 y 55 años, más predominante en el sexo masculino en 51.59%, mestizos 96.54%, sobrepeso y obesidad en 49.28% como principal comorbilidad; 74.64% tuvo cirugías previas no relacionadas con la actual como factor de riesgo determinante, 55.04% fueron ASA I, 57.64% recibieron anestesia general, 55.04% tuvo cirugía mayor según la extensión, 30.55% presentó dolor como complicación más relevante, 60.52% tuvo su sitio de desenlace en hospitalización. La Escala IOWA mostró que 83.57% indicó Nada en “vomitó o tuvo ganas de vomitar”, el 94.24% “Se sintió relajado(a) o tranquilo(a), el 69.45% tuvo Nada en “sintió dolor”.

Conclusión: En general, el 97.78% de usuarios se sintió satisfecho con el posquirúrgico, el 1.73% moderadamente satisfecho y el 0.29% nada satisfecho. De manera particular, se sintió satisfecho; el 97.12% por el prurito, el 94.24% por la sensación de tranquilidad, y el 96.25% por la sensación de confianza; parcialmente satisfecho, el 83.57% por náuseas y vómitos y el 72.91% por la sensación de frío o calor; y, no se sintió satisfecho, el 69.45% por el tratamiento del dolor.

Palabras clave: Confort Postanestésico; Clasificación ASA; Cirugía de Emergencia; Cirugía Programada; Complicaciones postanestésicas; Escala IOWA; Satisfacción.

ABSTRACT

Aim: To assess the level of post-anesthetic comfort in adult ASA I - ASA II patients undergoing emergency surgery vs. scheduled surgery, at the Hospital de Los Valles in Quito, during July-December 2022, using the Iowa Anesthetic Satisfaction scale.

Methods: An observational and qualitative study was carried out to evaluate post-anesthetic comfort, at the Hospital de Los Valles - Quito, Ecuador, during a period of six months, from July to December 2022, with 347 patients. Patients were surveyed with the data collection sheet, after the respective surgical intervention.

Results: It was shown that 40.35% were between 36 and 55 years old, more predominantly in the male sex in 51.59%, mestizos 96.54%, overweight and obesity in 49.28% as the main comorbidity, 74.64% had previous surgeries not related to the current one as a risk factor. determinant, 55.04% were ASA I, 57.64% received general anesthesia, 55.04% had major surgery according to the extension, 30.55% presented pain as the most relevant complication, 60.52% had their outcome site in hospitalization. The IOWA Scale showed that 83.57% indicated Nothing in "vomited or felt like vomiting", 94.24% "Feel relaxed or calm", 69.45% had Nothing in "felt pain".

Conclusion: In general, 97.78% of users felt satisfied with the post-surgical procedure, 1.73% moderately satisfied and 0.29% not at all satisfied. In a particular way, the patient was satisfied; 97.12% due to pruritus, 94.24% due to the feeling of tranquility, and 96.25% due to the feeling of confidence; partially satisfied, 83.57% due to nausea and vomiting and 72.91% due to the sensation of cold or heat; and, 69.45% did not feel satisfied with the pain treatment.

Keywords: Post anesthetic comfort; ASA Classification; Emergency Surgery; Scheduled Surgery; Post anesthetic complications; IOWA Scale; Satisfaction.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria.....	5
Agradecimientos.....	6
Resumen	8
Abstract	9
Tabla de contenido.....	10
Índice de tablas.....	11
Introducción	12
Metodología y diseño de la investigación	20
Resultados.....	23
Discusión.....	33
Conclusiones.....	49
Declaraciones.....	50
Referencias.....	51
ÍNDICE DE ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA # 1: Distribución de los pacientes por tipo de cirugía según características demográficas. 23

TABLA # 2: Distribución de los pacientes por tipo de cirugía según características clínicas. 24

TABLA # 3: Distribución de los pacientes por tipo de cirugía según satisfacción de la Escala IOWA 27

TABLA # 4: Relación satisfacción de la escala iowa y tipo de cirugía, con vomitó o tuvo ganas de vomitar, con sentirse relajado o tranquilo, y con sintió dolor. 29

TABLA # 5: Relación de complicaciones y nivel de satisfacción en la anestesia 30

INTRODUCCIÓN

La satisfacción posanestésica del paciente, es un concepto complejo y multidimensional y se relaciona con una recuperación exitosa y nivel elevado de confort [1]. Incluye componentes sociodemográficos, cognitivos y afectivos, y está determinado por múltiples factores que modificarán la expectativa del paciente; y, por ende, su grado de apreciación de la atención [2], principalmente el tiempo de espera prequirúrgico, el tipo de hospital, la relación médico-paciente, y las complicaciones que se pueden presentar en el transquirúrgico y en el postquirúrgico [3]. El confort apreciado por los pacientes representa un marcador positivo de la atención de salud, ya que este es, en última instancia, una combinación de las expectativas del paciente y el servicio percibido. Regularmente, la satisfacción se ve alterada cuando el paciente compara la diferencia entre la situación actual y sus expectativas, las cuales exceden de lo esperado [3,4].

Entre las principales causas que pueden alterar la percepción de la satisfacción y confort posanestésico, encontramos “los relacionados con el paciente, como edad, sexo, grado de educación, ocupación, etnia; los relacionados con el proveedor de salud, como interacciones verbales, no verbales y competencia profesional; y los relacionados con el proceso en sí, como accesibilidad, conveniencia, servicios auxiliares, factores burocráticos, costos, factores ambientales y organización de servicios de salud” [4]. Los servicios de anestesia de baja calidad pueden desalentar a los pacientes a utilizar los servicios disponibles, y a ser más conscientes de sus derechos y expectativas, lo cual aumenta el riesgo de demandas por mejoras en la atención de todos los proveedores de anestesia brindar la mejor atención posible, tanto en cirugías programadas como en procedimientos de emergencia [5].

La cirugía programada se realiza cuando los pacientes tienen tiempo para analizar cuidadosamente los riesgos y beneficios de la cirugía, y decidir la terapia que mejor se adapta

a sus necesidades y expectativas. La esencia de este tipo de cirugía, a diferencia de la cirugía de emergencia, es que se puede acordar entre el médico y el paciente el tiempo óptimo para realizarla, con adecuada planificación [6]. La correcta organización de las cirugías programadas, en su esfera prequirúrgica, transquirúrgica y postquirúrgica, favorece la adecuada percepción de los pacientes sobre las funciones de los anestesiólogos [6]. Esto puede mejorar los resultados de la anestesia, disminuir complicaciones, mejorar la imagen del personal de salud responsable y de la institución [5,6].

A contraposición, los servicios de emergencia se caracterizan por una gran afluencia de usuarios y presión en los profesionales de la salud, para un diagnóstico y tratamiento eficaz y eficiente de procesos patológicos urgentes, en ocasiones acompañados de situaciones de estrés y falta de apoyo, incluso pueden incurrir en deshumanización en el trato, y todo esto alterar la percepción de la calidad de la atención [7]. Debido a que la cirugía de emergencia se realiza con poca o ninguna planificación previa, existe un mayor riesgo de lesiones y complicaciones que pueden afectar la apreciación de la satisfacción en los pacientes; ya que, no se puede programar el período de ayuno recomendado y podrían ocurrir náuseas, vómitos o aspiración del contenido gástrico durante la inducción de la anestesia, en la cirugía o en el período postoperatorio inmediato [7].

Las características demográficas pueden llegar a ser una barrera para acceder a atención de salud de calidad. Entre los factores que se asociaron a estas barreras están lo intrapersonal (declive funcional, actitud pasiva y falta de implementación), interpersonal (falta de apoyo social) y comunitario (condiciones restrictivas, problemas de accesibilidad y falta de infraestructura) [8]. Ecuador es un país de gran diversidad cultural, con una amplia y exigente visión de cultura y salud. El nexo entre la cultura y la salud se complica por las diferentes

interpretaciones del cuerpo humano, los diferentes conceptos de la realidad y las teorías de curación específicas de cada sitio y cultura [9].

La práctica usual de la medicina intercultural se muestra como intento superficial de diálogo y comprensión entre los diversos grupos étnicos del Ecuador y la medicina occidental. La verdadera medicina intercultural requiere un nivel más profundo de respeto mutuo y comprensión intercultural que demuestre simetría en la relación médico-paciente, para lograr un adecuado grado de confort de estas personas en las Unidades de Salud de nuestro país [9]. En Ecuador, las características demográficas de los pacientes pueden constituir un factor de riesgo en la calidad de la atención de cuidados posanestésicos recibidos. El Estado ecuatoriano trabaja en garantizar la universalidad de la salud en sus políticas, bajo el principio de igualdad y no discriminación; sin embargo, esta propuesta de inclusión no siempre se cumple, en especial en la accesibilidad a los servicios de salud [10].

Datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reflejan que la tasa de empleos 2018 una diferencia de ser 14,6% más alta en hombres que en mujeres en Ecuador [11], es decir con mayores oportunidades laborales para el sexo masculino. Para complicar esta problemática, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Uso del tiempo (2012), las mujeres ocupan un promedio de cuatro veces más tiempo en oficios no remunerados, principalmente de tipo doméstico y el cuidado a personas, en relación a los hombres [12]. Debido a estos factores socioeconómicos, el acceso femenino a la atención médica de calidad disminuye.

Las condiciones clínicas patológicas pueden afectar la percepción de la calidad de la atención provista. La presencia de comorbilidades, se expresan como enfermedades coexistentes que pueden agravar o influenciar de manera negativa el perfil de riesgo clínico del paciente, en especial ante los cambios fisiológicos propios que conlleva el uso de anestésicos, por lo que se requiere en estos pacientes un plan de manejo perioperatorio óptimo [13].

El sobrepeso y la obesidad son comorbilidades que se caracterizan por un exceso de acumulación de grasa corporal hasta rangos dañinos para la salud; constituyen un grave problema a nivel mundial, y su prevalencia está aumentando a un ritmo acelerado; por lo tanto, es fundamental conocer las adecuadas técnicas y protocolos anestésicos perioperatorios, en especial las consideraciones específicas para esta población [14]. Muchos de estos pacientes no presentan patología crónica específica, pero por su estado corporal tienen una mayor tendencia a complicaciones perioperatorias; en especial, mayor riesgo de síndrome de apnea-hipopnea obstructiva de sueño (SAHOS) e inclusive, de trombosis venosa profunda (TVP), que se asociaron a efectos adversos postoperatorios [14].

Existirá una reducción de la capacidad residual funcional (CRF) en los pacientes obesos, que predispone a un mayor riesgo de complicaciones pulmonares, como es la presencia de atelectasias y desequilibrio de la relación ventilación/perfusión (V/Q) por shunts pulmonares [15]. Conjuntamente, en los pacientes con obesidad hay otras alteraciones asociadas, como un incremento en su tasa metabólica basal, en la demanda de oxígeno y, por ende, en la intensidad del esfuerzo respiratorio realizado; este grupo de mecanismos alterados, va a producir una disminución de los niveles de oxígeno arterial en episodios de apnea, con mayor facilidad para la desaturación; por lo cual, se destaca la importancia de un buen manejo de la vía aérea, para evitar trastornos ventilatorios que afecten la satisfacción respiratoria en ellos. Así mismo, la obesidad en relación con los pacientes con peso corporal normal, está asociada a un 30% más de riesgo de dificultades para intubación, el cual se incrementa a 35% ante la presencia de cuello ancho por una medida de circunferencia igual o mayor a 60 cm. Además, en ellos se constata un riesgo aumentado para una correcta coaptación de la bolsa-mascarilla facial, en la cual se requiere tamaños más grandes y no siempre disponibles, en relación con pacientes normopesos, lo que incrementa su riesgo de ventilación difícil. Todo esto hace que aumente la posibilidad

de dolor postquirúrgico por maniobras de ventilación e intubación, y bajen las tasas de satisfacción [14, 15].

El sistema de clasificación del estado físico de la Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos (ASA) surgió para ofrecer a los médicos perioperatorios una categorización simple del estado fisiológico de un paciente para ayudar a predecir el riesgo quirúrgico. [16,17]. Esta es una de las escalas más utilizada por anestesiólogos en el mundo y se correlaciona bien con el riesgo perioperatorio, en los aspectos funcional y mortalidad [17]. Una correcta clasificación ASA permite un mejor abordaje clínico del paciente y comunicar de forma clara los riesgos posibles del procedimiento quirúrgico, para que el equipo médico y el paciente puedan tomar medidas preventivas al actuar, evalúe la técnica anestésica que mejor reduzca la ansiedad perioperatoria y contribuya a la satisfacción del paciente y al trabajo confortable del personal de Anestesiología [17].

Por motivos históricos, la Anestesia General ha sido la técnica de preferencia hace varias décadas, lo que favorece que varios pacientes se hayan acostumbrado a ella. En estudios previos, se pudo demostrar una mayor predilección a la anestesia general, principalmente dado por preocupación de las técnicas regionales apoyadas en miedo presentar dolor de espalda, al pinchazo de la aguja, y a sentir dolor durante la intervención, han sido determinantes para la preferencia por la anestesia general en la mayoría de los pacientes. Además, la aprensión ante el hecho de estar despierto en la cirugía, favorece la ansiedad [18].

El miedo y la ansiedad son sensaciones inherentes al ser humano, las que se expresan en general cuando el paciente será sometido a una cirugía. El anestesiólogo debe establecer con el paciente una relación de confianza, darle un papel activo y hacerle participar en las decisiones terapéuticas, para lograr un efecto tranquilizador en los pacientes, que permita tener una mejor perspectiva de la atención anestésica [19,20]. Poder llegar a conocer la percepción de

satisfacción del paciente, respecto a su sensación de bienestar durante el periodo de recuperación posanestésica, conlleva un proceso en el que cada persona reflexiona acerca de los aspectos de la atención otorgada por el personal de salud, sobre los resultados de la atención, y permite a los pacientes relacionar bienestar con satisfacción [20].

Medir la satisfacción del paciente hoy en día es una necesidad; por eso, en Anestesiología se utiliza la Escala Iowa de Satisfacción posanestésica, para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes posterior a su atención en el quirófano. Esta escala utiliza una serie de preguntas de tipo Likert para establecer la satisfacción posanestésica, de acuerdo a las características propias de cada persona intervenida en procedimientos quirúrgicos y se asoció con la apreciación personal de los pacientes a la atención brindada [21]. La Escala Iowa fue desarrollada por Dexter et al (1997), fue el primero que introdujo algoritmos científicos de ítems psicométricos, con un indicador de la confianza de la medición [22]. La satisfacción del paciente es una medida importante de la calidad de la atención médica y se utiliza la Escala Iowa como medida de resultado en estudios de intervención y de mejora de la calidad [23].

La seguridad de la anestesia ha mejorado significativamente debido al constante liderazgo en la búsqueda de aplicar el fármacos modernos, avances tecnológicos y estrategias de investigación sobre sistemas y factores humanos. A medida que continuamos esforzándonos por mejorar la atención al paciente y satisfacción percibida, las preocupaciones por la seguridad del paciente siguen siendo una prioridad principal [22]. Es imperiosa una práctica anestésica segura, que se ejecute en todo el territorio ecuatoriano, en un ambiente idóneo, con una técnica anestésica adecuada, minimizando los riesgos. Los profesionales médicos de la salud deben velar por la integridad y la seguridad del paciente anestesiado, cumpliendo estándares de calidad internacional [24].

Las complicaciones postoperatorias pueden afectar la evaluación del paciente referente al sistema de prestación de servicios clínicos y quirúrgicos que recibe; por lo cual, un adecuado abordaje postoperatorio aumenta significativamente la satisfacción y se refleja con tasas más altas de supervivencia, a su vez disminuye eventos adversos y admisiones no planeadas a las Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) [25]. En general, las complicaciones postoperatorias afectan el nivel de supervivencia de quienes fueron intervenidos para dichos procedimientos, sobretodo en cirugía mayor o pacientes añosos. Los primeros días posteriores a la cirugía se pueden presentar muchas complicaciones, que pueden ser del sistema respiratorio, del sistema nervioso como delirio, temperatura, urinarias, cardíacas como infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardíaca aguda, y sangrado; e inclusive muchas de estas complicaciones terminan en admisiones no planeadas en la UCI, a pesar de que la mayor parte son prevenibles [25].

El anestesiólogo es responsable de trasladar al paciente a la Unidad de Cuidados postanestésicos (UCPA), una vez finalizado el procedimiento quirúrgico, con un personal capacitado en reanimación anestésica que monitoreará al paciente y, bajo la supervisión del anestesiólogo determinará su posterior alta médica, a su vez que se encarga de tratar el dolor asociado con la cirugía de forma óptima [26]. El dolor constituye una de las complicaciones anestésicas más preocupantes, el cual será medido mediante la Escala Análoga Visual (EVA 1-10) los pacientes, determinando como un dolor moderado aquel con valores sobre los 5 puntos. Este es un evento predecible en sucesos agudos como las cirugías, que se podría asociar a reacciones psicológicas, emocionales y conductuales, y si no se tratara adecuadamente, podría cronificarse [27].

Entre otras, parte de las complicaciones anestésicas consideradas a evaluar son los trastornos digestivos como la náusea y vómito postoperatorio (NVPO), pues el uso de agentes anestésicos potencia su presentación en pacientes con factores de riesgo, como ser de sexo

femenino, no fumar o el uso de opioides. Además, existen ciertos agentes anestésicos inhalatorios como el sevoflurano que generan NVPO por la estimulación del área postrema y aferentes vagales [28]. Evitar las complicaciones en los sistemas respiratorio, nervioso, urinario; y, de temperatura, también favorecerán un aumento significativo de la supervivencia, se reducirán los eventos deletéreos y las admisiones no previstas a la UCI, si se afrontan con un buen abordaje anestésico postoperatorio; todo lo cual también pueden afectar la evaluación del paciente, referente al sistema de prestación de servicios clínicos [27].

Independientemente de todos los desafíos clínicos en el período posoperatorio, el personal de la UCPA, procura cuidar a los pacientes en el frágil período posterior a la cirugía y la anestesia, y brindarles soporte terapéutico requerido. La prestación del servicio de UCPA en los hospitales ha dado lugar a resultados clínicos y fisiológicos positivos en general, así como a una mayor satisfacción del servicio de tratamiento del dolor proporcionado.

La importancia de esta investigación radica en saber el nivel de cumplimiento de estándares de calidad, saber cuáles son las fortalezas y debilidades con las que cuenta la unidad de salud y determinar cómo mejorar en pro del paciente. En este estudio se destaca la evaluación de la satisfacción anestésica mediante la escala de IOWA y la tabla de recolección de datos, lo cual nos ayudará a tener una visión clara de la atención dada por el servicio de Anestesiología del Hospital de Los Valles de Quito y posibles aspectos a mejorar.

El objetivo de este paper es evaluar el nivel de confort posanestésico que presentan los pacientes adultos ASA I – ASA II sometidos a cirugía de emergencia vs cirugía programada, en el Hospital de Los Valles de Quito, durante Julio-Diciembre 2022, mediante escala Iowa de Satisfacción Anestésica, para reconocer fallas en la atención anestésica y entender cómo mejorar la satisfacción de la atención en estos pacientes.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño del estudio: Estudio observacional, cualitativo.

Número de participantes: n= 347

Escenarios: Hospital de los Valles (HDLV) en Cumbayá, Quito, Ecuador. Entre julio del 2022 y diciembre del 2022 se recopiló una muestra de 347 pacientes ASA I y ASA II, que requirieron intervención quirúrgica programada y emergente.

Participantes: Se incluyeron pacientes residentes en Ecuador, entre 18 y 65 años, de ambos sexos y de cualquier grupo étnico asistidos en el HDLV. Se trata de pacientes ASA I y ASA II, intervenidos para cirugías de emergencia y cirugías programadas, para lo cual fueron sometidos a procedimientos bajo anestesia general, anestesia neuroaxial, anestesia regional, y sedación. Se determinó el nivel de confort posanestésico mediante encuesta posanestésica.

Variables: Las características demográficas incorporaron sexo, edad, etnia, lugar de nacimiento y lugar de residencia. Las características antropométricas reunieron peso, talla, IMC y caracterización de biotipo corporal. Se incorporaron además comorbilidades que incluían HTA, diabetes, obesidad, hipotiroidismo, asma, entre otras varias. Los factores de riesgo se concentraron en tabaquismo, sedentarismo, uso de drogas recreacionales, cirugías previas, uso de alcohol social. Los datos quirúrgicos incorporaron clasificación ASA, tipo de cirugía, tipo de anestesia, extensión de cirugía. Las complicaciones posanestésicas determinadas incluyeron respiratorias, cardiovasculares, sistema nervioso, dolor, temperatura, digestivas, urinarias. El sitio de desenlace del paciente incluyó hospitalización, consulta externa, UCI y alta a domicilio. La escala Iowa de satisfacción anestésica incorpora una serie de preguntas predefinidas de tipo Likert.

Fuentes de datos: Se accedieron a los datos para la investigación mediante encuestas con Hoja de Recolección de datos realizadas a los pacientes postquirúrgicos, previo

consentimiento informado, así como también de las historias clínicas del HDLV en Cumbayá, Quito, Ecuador. Se obtuvieron sexo, edad, etnia, lugar de nacimiento y lugar de residencia, peso, talla, IMC, comorbilidades, factores de riesgo como tabaquismo, sedentarismo, uso de drogas recreacionales, cirugías previas, uso de alcohol social, además datos quirúrgicos como clasificación ASA, tipo de cirugía, tipo de anestesia, extensión de cirugía, complicaciones posanestésicas y sitio de desenlace del paciente. Se anonimizó y anuló la identificación de los datos individuales antes del análisis.

Mediciones: Se evaluó el nivel de confort posanestésico mediante el llenado de encuesta con hoja de recolección de datos en el postquirúrgico inmediato (dentro de las primeras 24 horas de hospitalización posterior a la cirugía) en donde constan antecedentes clínicos y quirúrgicos del paciente, las complicaciones que él/ella pueden haber presentado, y los diferentes ítems contenidos en la Escala de Iowa, así como también se tomaron datos de la historia clínica del paciente para recolección de variables antropométricas y comorbilidades.

Control del sesgo: Una sola persona recopiló la información. Se utilizó una hoja de recolección de datos estandarizada. La encuesta fue realizada por la investigadora principal, con el respectivo llenado de la hoja de recolección de datos por el paciente. Los datos obtenidos fueron sintetizados en un documento de Excel por un solo investigador.

Tamaño del estudio: El presente estudio incluye 347 pacientes ASA I – ASA II, bajo cirugía de emergencia vs cirugía programada, intervenidos en el HDLV.

Variables cuantitativas: Las variables cuantitativas incluidas fueron edad, peso, índice de masa corporal, talla, clasificación ASA, Escala Iowa.

Métodos estadísticos: Los análisis se realizaron con los paquetes estadísticos RStudio e IBM SPSS versión 29; para lo cual, se emplearon estadísticas descriptivas, con tablas que representan los valores absolutos y relativos de las respectivas variables cualitativas. Se

relacionó las características generales, clínicas y la escala de IOWA por tipo de cirugía mediante la prueba Chi-cuadrado o el estadístico exacto de Fisher. Se empleó regresión logística ordinal para determinar la relación entre el nivel de satisfacción y el tipo de cirugía, también se realizó regresión logística simple para determinar la relación entre el nivel de satisfacción medido mediante la escala IOWA y las complicaciones post cirugía. La significancia estadística se estableció para p-valor $<0,05$.

Aspectos éticos: Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado, y proporcionaron sus datos de forma voluntaria. Toda información recopilada es confidencial y todos los datos individuales fueron anonimizados. Los investigadores conservan los datos. Se recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Riesgos Mínimos de la Universidad San Francisco de Quito (CEISH-USFQ), mediante la aprobación con Oficio N°079-2022-CA-P22-021TPG-CEISH-USFQ, el 01 de julio de 2022.

RESULTADOS

Para valorar el nivel de confort posanestésico mediante Escala Iowa de Satisfacción anestésica en pacientes adultos ASA I – ASA II sometidos a cirugía de emergencia vs cirugía programada, la muestra quedó conformada por 347 pacientes atendidos en el Hospital de Los Valles de Quito, durante julio-diciembre 2022.

Tabla 1. Distribución de los pacientes por tipo de cirugía según características demográficas.

Características demográficas	Total	Tipo de cirugía		p-valor (<0.05)
		Programada	Emergencia	
Edad (n (%))	137			
18-35	(39,48)	68 (32,23)	69 (50,74)	
	140			
36-55	(40,35)	97 (45,97)	43 (31,62)	0,006*
56-65	62 (17,87)	40 (18,96)	22 (16,18)	
>65	8 (2,31)	6 (2,84)	2 (1,47)	
Sexo (n (%))	179			
Masculino	(51,59)	101 (47,87)	78 (57,35)	0,084
	168			
Femenino	(48,41)	110 (52,13)	58 (42,65)	
Etnia (n (%))	335			
Mestizo	(96,54)	205 (97,16)	130 (95,59)	
Nativo-amerindio	2 (0,58)	0 (0)	2 (1,47)	
Afroamericano	2 (0,58)	2 (0,95)	0 (0)	0,287
Montuvio	1 (0,29)	1 (0,47)	0 (0)	
Índigena	4 (1,15)	2 (0,95)	2 (1,47)	
Otra	3 (0,86)	1 (0,47)	2 (1,47)	
Clasificación IMC (n (%))				
Delgadez muy extrema	1 (0,29)	1 (0,47)	0 (0)	
Delgadez extrema	1 (0,29)	0 (0)	1 (0,74)	
Poco peso	5 (1,44)	2 (0,95)	3 (2,21)	
Normal	169 (48,7)	97 (45,97)	72 (52,94)	0,086
Sobrepeso	135 (38,9)	81 (38,39)	54 (39,71)	
Obesidad grado I	30 (8,65)	24 (11,37)	6 (4,41)	
Obesidad grado II	5 (1,44)	5 (2,37)	0 (0)	
Obesidad grado III	1 (0,29)	1 (0,47)	0 (0)	
	171			
Sobrepeso y obesidad	(49,28)	111 (52,61)	60 (44,12)	0,354

Biotipo (n (%))	172			
Endomórfico	(49,57)	111 (52,61)	61 (44,85)	0,346
Mesomórfico	169 (48,7)	97 (45,97)	72 (52,94)	
Ectomórfico	6 (1,73)	3 (1,42)	3 (2,21)	

Nota: *diferencias significativas, prueba Chi-cuadrado.

Fuente: datos del estudio

Elaboración: autor

En la tabla 1 se presenta la relación entre el tipo de cirugía y las características demográficas de pacientes ASA I – ASA II, observándose lo siguiente: En cuanto a la edad, 38,47% se encontraba entre 18 a 35 años, 40,35% entre 36 a 55 años, 17,87% entre 56 a 65 años y 2,31% >65 años; la edad presenta diferencias significativas por tipo de cirugía con p-valor 0,006, siendo las diferencias entre los rangos de edad 18 a 35 años con proporciones de 32,23% para cirugía programada vs 50,74% para cirugía de emergencia; así como para el rango de edad entre 36 a 55 años con proporciones de 45,97% para cirugía programada vs 31,62% para cirugía de emergencia. La distribución por sexo es de 51,49% masculino y 48,41% femenino; la mayoría es de etnia mestiza es un 96,54%.

Tabla 2. Distribución de los pacientes por tipo de cirugía según características clínicas.

Características clínicas	Total	Tipo de cirugía		p-valor (<0.05)
		Programada	Emergencia	
Comorbilidades (n (%))				
HTA	24 (6,92)	19 (9)	5 (3,68)	0,056
DM	9 (2,59)	5 (2,37)	4 (2,94)	0,742
171				
Sobrepeso y obesidad	(49,28)	111 (52,61)	60 (44,12)	0,123
Hipotiroidismo	22 (6,34)	17 (8,06)	5 (3,68)	0,102
Asma	6 (1,73)	3 (1,42)	3 (2,21)	0,683
Factores de riesgo (n (%))				
Tabaquismo				
>3Unidades/día	23 (6,63)	13 (6,16)	10 (7,35)	
165				
Social o 1c/semana	(47,55)	105 (49,76)	60 (44,12)	0,580
159				
No fumador	(45,82)	93 (44,08)	66 (48,53)	

	301			
Sedentarismo	(86,74)	183 (86,73)	118 (86,76)	0,993
Drogas recreacionales	5 (1,44)	3 (1,42)	2 (1,47)	1,000
	259			
Cirugías previas	(74,64)	168 (79,62)	91 (66,91)	0,008*
	101			
Alcohol social	(29,11)	65 (30,81)	36 (26,47)	0,385
Datos quirúrgicos (n (%))				
Clasificación ASA				
	191			
ASA I	(55,04)	107 (50,71)	84 (61,76)	0,043*
	156			
ASA II	(44,96)	104 (49,29)	52 (38,24)	
Tipo de anestesia				
	200			
General	(57,64)	96 (45,5)	104 (76,47)	
Raquídea	26 (7,49)	9 (4,27)	17 (12,5)	<0,001*
Peridural	3 (0,86)	3 (1,42)	0 (0)	
	118			
Sedación	(34,01)	103 (48,82)	15 (11,03)	
Cirugía según la extensión				
	156			
Cirugía menor	(44,96)	113 (53,55)	43 (31,62)	<0,001*
	191			
Cirugía mayor	(55,04)	98 (46,45)	93 (68,38)	
Complicaciones (n (%))				
Respiratorias	7 (2,02)	5 (2,37)	2 (1,47)	0,709
Cardiovascular	16 (4,61)	16 (7,58)	0 (0)	<0,001*
Sistema Nervioso	34 (9,8)	17 (8,06)	17 (12,5)	0,174
	106			
Dolor	(30,55)	49 (23,22)	57 (41,91)	<0,001*
Temperatura	84 (24,21)	47 (22,27)	37 (27,21)	0,295
Digestivas	56 (16,14)	23 (10,9)	33 (24,26)	<0,001*
Urinarias	1 (0,29)	0 (0)	1 (0,74)	0,392
Sitio desenlace (n (%))				
	210			
Hospitalización	(60,52)	91 (43,13)	119 (87,5)	<0,001*
Consulta externa	98 (28,24)	91 (43,13)	7 (5,15)	<0,001*
	138			
Alta domicilio	(39,77)	121 (57,35)	17 (12,5)	<0,001*

Nota: *diferencias significativas, prueba Chi-cuadrado.

Fuente: datos del estudio

Elaboración: autor

En la tabla 2 se presenta la relación entre tipo de cirugía y características clínicas observándose lo siguiente: Se observan diferencias significativas en la proporción de cirugías previas con p-valor 0,008, siendo las proporciones de 79,62% para cirugía programada vs 66,91% para cirugía de emergencia. En cuanto a la clasificación ASA se observan diferencias significativas con p-valor 0,043, siendo la proporción para ASA I de 50,71% para cirugía programada vs 61,76% para cirugía de emergencia, mientras para ASA II 49,29% para cirugía programada vs 38,24% para cirugía de emergencia. El tipo de anestesia presenta diferencias significativas con p-valor<0,001, siendo las principales diferencias para anestesia general con proporción de 45,50% para cirugía programada vs 76,47% para cirugía de emergencia; así como para sedación con proporción de 48,82% para cirugía programada vs 11,03% para cirugía de emergencia. La cirugía según extensión también presenta diferencias significativas con p-valor<0,001, siendo la proporción de cirugía menor de 53,55% para cirugía programada vs 31,62% para cirugía de emergencia, mientras para cirugía mayor de 46,45% para cirugía programada vs 68,38% para cirugía de emergencia. En cuanto a las complicaciones se observan diferencias significativas para las cardiovasculares con p-valor<0,001, siendo las proporciones de 7,58% para cirugía programada vs 0% para cirugía de emergencia; para complicaciones relacionadas con el dolor con p-valor<0,001, con proporciones de 23,22% para cirugía programada vs 41,91% para cirugía de emergencia; complicaciones digestivas con p-valor<0,001, siendo las proporciones de 10,09% para cirugía programada vs 24,26% para cirugía de emergencia. El sitio de desenlace presenta diferencias significativas para hospitalización con p-valor<0,001, siendo las proporciones de 43,13% para cirugía programada vs 87,50% para cirugía de emergencia; consulta externa con proporciones de 43,13% para cirugía programada vs 5,15% para cirugía de emergencia; alta a domicilio con proporciones de 57,35% para cirugía programada vs 12,50% para cirugía de emergencia.

Tabla 3. Distribución de los pacientes por tipo de cirugía según satisfacción escala IOWA.

Escala IOWA	Total	Tipo de cirugía		p-valor (<0.05)
		Programada	Emergencia	
Vomitó o tuvo ganas de vomitar				
Mucho	2 (0,58)	1 (0,47)	1 (0,74)	0,027*
Poco	5 (1,44)	2 (0,95)	3 (2,21)	
Muy poco	13 (3,75)	4 (1,9)	9 (6,62)	
Casi nada	37 (10,66)	17 (8,06)	20 (14,71)	
	290			
Nada	(83,57)	187 (88,63)	103 (75,74)	
Recibiría la misma anestesia otra vez				
Levemente o poco de acuerdo	3 (0,86)	2 (0,95)	1 (0,74)	0,802
Moderadamente de acuerdo	8 (2,31)	4 (1,9)	4 (2,94)	
	336			
Siempre de acuerdo	(96,83)	205 (97,16)	131 (96,32)	
Sintió picazón o prurito				
Moderado	2 (0,58)	1 (0,47)	1 (0,74)	0,636
Poco	1 (0,29)	0 (0)	1 (0,74)	
Casi nada	7 (2,02)	4 (1,9)	3 (2,21)	
	337			
Nada	(97,12)	206 (97,63)	131 (96,32)	
Se sintió relajado(a) o tranquilo(a)				
Muy poco de acuerdo	1 (0,29)	0 (0)	1 (0,74)	0,023*
Poco de acuerdo	4 (1,15)	2 (0,95)	2 (1,47)	
Moderado acuerdo	15 (4,32)	4 (1,9)	11 (8,09)	
	327			
Muy de acuerdo	(94,24)	205 (97,16)	122 (89,71)	
Sintió dolor				
Mucho	10 (2,88)	5 (2,37)	5 (3,68)	<0,001*
Moderado	6 (1,73)	5 (2,37)	1 (0,74)	
Poco	12 (3,46)	6 (2,84)	6 (4,41)	
Muy poco	29 (8,36)	13 (6,16)	16 (11,76)	
Casi nada	49 (14,12)	18 (8,53)	31 (22,79)	
	241			
Nada	(69,45)	164 (77,73)	77 (56,62)	
Se sintió seguro(a) o confiado (a)				
Moderado	13 (3,75)	6 (2,84)	7 (5,15)	0,270
	334			
Mucho	(96,25)	205 (97,16)	129 (94,85)	

Sensación de mucho frío o calor				
Mucho	3 (0,86)	3 (1,42)	0 (0)	
Moderado	2 (0,58)	1 (0,47)	1 (0,74)	
Poco	17 (4,9)	12 (5,69)	5 (3,68)	
Muy poco	19 (5,48)	10 (4,74)	9 (6,62)	0,239
Casi nada	53 (15,27)	26 (12,32)	27 (19,85)	
Nada	253 (72,91)	159 (75,36)	94 (69,12)	
Satisfecho con su cuidado anestésico				
Poco	1 (0,29)	0 (0)	1 (0,74)	
Moderado	6 (1,73)	4 (1,9)	2 (1,47)	0,441
Mucho	340 (97,98)	207 (98,1)	133 (97,79)	
Sintió dolor durante la cirugía				
Casi nada	6 (1,73)	4 (1,9)	2 (1,47)	
Nada	341 (98,27)	207 (98,1)	134 (98,53)	1,000
Se sintió bien				
Poco	3 (0,86)	1 (0,47)	2 (1,47)	
Moderado	5 (1,44)	4 (1,9)	1 (0,74)	0,422
Mucho	339 (97,69)	206 (97,63)	133 (97,79)	
Se sintió lastimado				
Casi nada	4 (1,15)	2 (0,95)	2 (1,47)	
Nada	343 (98,85)	209 (99,05)	134 (98,53)	0,646

Nota: *diferencias significativas, prueba Chi-cuadrado.

Fuente: datos del estudio

Elaboración: autor

La tabla 3 presenta la relación del tipo de cirugía y la satisfacción medida mediante la escala IOWA observándose lo siguiente: En cuanto a la presencia de vómito o sensación de vomitar se observó diferencias significativas con p-valor 0,027, donde las principales diferencias se observan para nada de vómito o sensación de vomitar con proporción de 88,63% para cirugía programada vs 75,74% para cirugía de emergencia. En cuanto a la sensación de estar relajado o tranquilo se observan diferencias significativas con p-valor 0,0023, siendo las

principales diferencias para la opción de muy de acuerdo con proporción de 97,16% para cirugía programada vs 89,71% para cirugía de emergencia. En cuanto a sentir dolor se observan diferencias significativas con p-valor <0,001, siendo las principales diferencias para nada de dolor con proporciones 77,73% para cirugía programada vs 56,62% para cirugía de emergencia; y casi nada de dolor con proporciones de 8,53% para cirugía programada vs 22,79% para cirugía de emergencia.

Tabla 4. Relación satisfacción de la escala IOWA y tipo de cirugía, con vomitó o tuvo ganas de vomitar, con sentirse relajado o tranquilo, y con sintió dolor.

1. Relación satisfacción para vomitó o tuvo ganas de vomitar de la escala IOWA y tipo de cirugía.						
Variable	B	Wald	p-valor (<0.05)	OR	95% C.I. OR	
					Inferior	Superior
Tipo de cirugía Programada (referencia)						
Emergencia	0,93	9,92	0,002*	2,52*	1,42	4,49

2. Relación satisfacción se sintió relajado(a) o tranquilo(a) de la escala IOWA y tipo de cirugía.						
Variable	B	Wald	p-valor (<0.05)	OR	95% C.I. OR	
					Inferior	Superior
Tipo de cirugía Programada (referencia)						
Emergencia	1,36	7,37	0,007*	3,90*	1,46	10,40

3. Relación satisfacción sintió dolor de la escala IOWA y tipo de cirugía.						
Variable	B	Wald	p-valor (<0.05)	OR	95% C.I. OR	
					Inferior	Superior
Tipo de cirugía Programada (referencia)						
Emergencia	0,86	13,57	<0,001*	2,36*	1,49	3,72

Nota: * Variable significativa, basada en regresión logística ordinal, la variable respuesta es ordinal a mayor puntaje mejor resultado clínico
Fuente: datos del estudio
Elaboración: autor

En la tabla 4 se realiza la regresión logística ordinal para determinar la relación del nivel de satisfacción con el tipo de cirugía, donde se transformó la escala IOWA de manera de presentar mayor satisfacción a menor satisfacción observándose lo siguiente: En la relación entre la satisfacción para vómito o ganas de vomitar y el tipo de cirugía, observándose significancia con p-valor 0,002, donde para los pacientes atendidos con cirugía de emergencia presentaron 2,52 veces menor satisfacción con respecto a los de cirugía programada. En la relación entre la satisfacción de sentirse relajado o tranquilo y el tipo de cirugía, observándose significancia con p-valor 0,007, donde para los pacientes atendidos con cirugía de emergencia presentaron 3,90 veces menor satisfacción con respecto a los de cirugía programada. En la relación entre la satisfacción del sentir dolor y el tipo de cirugía, observándose significancia con p-valor <0,001, donde para los pacientes atendidos con cirugía de emergencia presentaron 2,36 veces menor satisfacción con respecto a los de cirugía programada.

Tabla 5. Relación de complicaciones y nivel de satisfacción en la anestesia

1. Relación de complicaciones por dolor y nivel de satisfacción sintió dolor en la anestesia						
Variable	B	Wald	p-valor (<0.05)	OR	95% C.I. OR	
					Inferior	Superior
Satisfacción dolor Escala IOWA						
Satisfecho(referencia)						
Insatisfecho	4,41	18,43	<0,001*	82,03*	10,97	613,44
2. Relación de complicaciones digestivas y nivel de satisfacción por vómito en la anestesia.						
Variable	B	Wald	p-valor (<0.05)	OR	95% C.I. OR	
					Inferior	Superior
Satisfacción vómito Escala IOWA						
Satisfecho(referencia)						
Insatisfecho	3,55	10,59	0,001*	34,80*	4,10	295,24

3. Relación de complicaciones cardiovasculares y nivel de satisfacción sintió dolor en la anestesia

Variable	B	Wald	p-valor (<0.05)	OR	95% C.I. OR	
					Inferior	Superior
Satisfacción dolor Escala IOWA						
Satisfecho(referencia)						
Insatisfecho	1,45	5,56	0,018*	4,26*	1,28	14,23

4. Relación de complicaciones de temperatura corporal (hipertermia o hipotermia) y nivel de satisfacción de frío o calor en la anestesia.

Variable	B	Wald	p-valor (<0.05)	OR	95% C.I. OR	
					Inferior	Superior
Satisfacción sensación de mucho frío o calor Escala IOWA						
Satisfecho(referencia)						
Insatisfecho	3,71	24,15	<0,001*	40,78*	9,29	178,98

Nota: * Variable significativa, basada en regresión logística, la variable respuesta es ordinal a mayor puntaje mejor resultado clínico
Fuente: datos del estudio
Elaboración: autor

En la tabla 5 se presenta la relación entre las complicaciones posanestésicas y su asociación con el nivel de satisfacción posterior: Se incorpora la relación entre la complicación por dolor y la satisfacción del sentir dolor en la anestesia, observándose significancia con p-valor <0,001, donde para los pacientes con insatisfechos con el sentir dolor en la anestesia presentaron 82,03 veces más probabilidad de presentar complicaciones por dolor. Se presenta la relación entre complicación digestiva y la satisfacción presentar vómito en la anestesia, observándose significancia con p-valor <0,001, donde para los pacientes insatisfechos por vómito en la anestesia presentaron 34,80 veces más probabilidad de presentar complicaciones digestivas. Se muestra la relación entre complicación cardiovasculares y la satisfacción del sentir dolor en la anestesia, observándose significancia con p-valor 0,018, donde para los pacientes con insatisfechos con el sentir dolor en la anestesia presentaron 4,26 veces más probabilidad de presentar complicaciones cardiovasculares. Se exhibe la relación entre

complicación de temperatura corporal (hipertermia o hipotermia) y la satisfacción de frío o calor en la anestesia, observándose significancia con $p\text{-valor} < 0,001$, donde para los pacientes insatisfechos con frío y calor durante la anestesia presentaron 40,78 veces más probabilidad de presentar complicaciones de temperatura corporal.

DISCUSIÓN

La tabla 1 mostró diferencias significativas en los pacientes por cirugía según características demográficas. El 40.35% tuvo entre 36 y 55 años, más predominante en el sexo masculino en un 51.59%, mestizos 96.54%, con sobrepeso y obesidad 49.28%. Este perfil se explica porque, la edad predominante en el estudio está comprendida entre los 36-55 años, de los cuales el 45.97% acudieron para procedimientos programados en esta institución; lo cual se justifica porque este grupo poblacional posee estabilidad laboral y productividad económica para acceder más fácilmente a la atención médica en los hospitales de salud privados, como el que analizamos, de preferencia para procedimientos de tipo estético o tratamientos médicos de resolución quirúrgica, sin necesidad de una espera de un agendamiento sistemático como es en el sistema operacional de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud.

Respecto a sexo, etnia, índice de masa corporal (IMC) y biotipo morfológico corporal, no mostraron diferencias significativas. La mayoría de pacientes atendidos fueron de sexo masculino, el 51.59%; lo cual se justifica porque este censo tiene una base referencial económica, porque muchos pacientes masculinos pertenecen a empresas con seguro de salud privado, cuya normativa es vigilar la salud ocupacional de sus empleados mediante chequeos médicos periódicos de salud, lo que les da más accesibilidad a la atención médica rutinaria. De acuerdo a la tasa de empleo del INEC 2018, el 47,2% son hombres y el 32,6% son mujeres, lo que significa que la tasa de empleo para los hombres es 14,6% mayor que de las mujeres en Ecuador [29], es decir con mayores oportunidades laborales para el sexo masculino; y, por lo tanto, mayor acceso a salud.

La etnia no mostró diferencias significativas, el 96.54% fueron mestizos, considerada la clasificación étnica más prevalente en el país; lo cual no incidió en los resultados por tipo de cirugía, sea para procedimiento quirúrgico de emergencia o programado. Esto se explica según

el último censo del INEC 2010 [30], pues el grupo étnico que predomina hombres y mujeres ecuatorianos es la población mestiza, quienes residen principalmente las áreas urbanas y hablan castellano.

El índice de masa corporal (IMC) no mostró diferencias significativas en este estudio, el 49,28% de los encuestados se clasificaron con sobrepeso y obesidad, con un IMC mayor a 29.9 puntos. Tuvo mayor presentación en el grupo de cirugías programadas, entre las que se incluyen procedimientos estéticos habituales en la población con sobrepeso y obesidad, como liposucción y abdominoplastia. Todo esto es condicionante, debido a que el incremento del índice de masa corporal incide como factor de riesgo para tener mayor predisposición a complicaciones quirúrgicas, intraoperatorias y postoperatorias, las cuales pueden ser problemas cardiacos, trombosis venosa profunda, infecciones a nivel de sitio quirúrgico y mayor tendencia a estancias hospitalarias prolongadas con incrementos de costos en salud.

El biotipo morfológico corporal no mostró diferencias significativas en este estudio. El 49.57% fue endomórfico, con mayor presentación en el grupo de cirugías programadas. Esto se explica porque las personas con biotipo endomórfico son personas robustas, con metabolismo lento, facilidad para acumular grasa y con un peso por encima del medio; por eso, se relaciona el biotipo morfológico corporal con la presencia de sobrepeso y obesidad, lo cual conlleva a mostrar una mayor tendencia a disconfort posanestésico, ya que en estos pacientes es más frecuente que se presenten signos de hipoventilación, episodios de apnea o hipopnea y/o desaturación de oxígeno en el área de Recuperación, por su textura corporal.

La tabla 2 mostró diferencias significativas en los pacientes por cirugía según características clínicas. El 49.28% tuvo sobrepeso y obesidad como principal comorbilidad, 74.64% presentó cirugías previas no relacionadas con la actual como factor de riesgo determinante, 55.04% fueron ASA I, 57.64% recibieron anestesia general, 55.04% tuvieron

cirugía mayor según la extensión, 30.55% presentó dolor como complicación más relevante, 60.52% tuvo su sitio de desenlace en hospitalización.

Esto se debe a que el sobrepeso y obesidad son la comorbilidad predominante en la mayoría de los pacientes, en 49.28%. La obesidad y sobrepeso se definen como enfermedades crónicas no transmisibles, complejas, multifactoriales y altamente prevenibles, que repercuten de forma negativa en la salud de los individuos. Por esto se explica que existe una alta morbimortalidad postquirúrgica en esta población, por lo cual se requiere un adecuado cuidado anestésico para evitar las complicaciones postoperatorias, que son las que principalmente afectan el grado de satisfacción en estos pacientes.

El factor de riesgo de cirugías previas no relacionadas con la actual, mostró diferencias significativas en este estudio. El 74.64% de los pacientes presentó una cirugía previa; estos datos fueron similares entre tipo de cirugía, es decir para procedimientos quirúrgicos programados y de emergencia. Esto se justifica porque la mayoría de los pacientes tuvo una cirugía previa, sin complicaciones; por lo cual se sometieron a un nuevo procedimiento quirúrgico, con la certeza de que la actual cirugía ocurra sin novedades. Entre las complicaciones que se suelen presentar, habitualmente son moderadas, cortas y tratables, como mareos, náuseas y vómitos, cefalea, disfagia, alteración de las cifras tensionales arteriales y dolor; por lo general las complicaciones más graves son raras.

La clasificación ASA mostró diferencias significativas, el 55.04% fue ASA I, es decir la mayoría de los pacientes que ingresaron a cirugías eran individuos sanos. En ambos tipos de procedimientos quirúrgicos se presentó, en su mayoría, este grupo de categorización de los pacientes. Esto se justifica porque la clasificación ASA, de la Asociación Americana de Anestesiología, valora en escala de seis categorías, centrada en el estado físico de los pacientes y su asociación a riesgos potenciales, en donde ASA I corresponde al estado del paciente sin

patología previa, sin alteración física ni metabólica, sin necesidad de medicación habitual; por lo cual, es comprensible que la mayoría de pacientes que acuden a hospitales privados son personas sanas pero que asisten a realizarse procedimientos quirúrgicos como cirugías estéticas, reducción de traumatismos óseos y apendicectomías, las cuales son cirugías que se realizan por motivos diferentes a alguna enfermedad crónica.

El tipo de anestesia mostró diferencias significativas, el 57.64% fue bajo anestesia general; se presentó con mayor predominio en ambos tipos de cirugía, tanto programada como de emergencia. Esto se debe a que la mayoría de los pacientes que ingresaron al quirófano de un hospital privado prefirieron estar dormidos durante la cirugía, no quisieron recordar ni sentir nada, y muchos de ellos presentaron fobia a las agujas y se negaron a ser pinchados por técnicas regionales, es decir raquídea y epidural, a nivel de la espalda. Dado que el rechazo del paciente es una contraindicación absoluta para realizar una anestesia regional, la técnica preferida aplicada fue la general.

La cirugía según la extensión mostró diferencias significativas, el 55,04% fue cirugía mayor, con una presentación más frecuente a nivel de procedimientos emergentes. Esto se justifica porque la cirugía mayor es aquella que se realiza a nivel de cabeza, cuello, tórax como las mamas, y algunas cirugías a nivel abdominal, y que, por su extensión o área se asocian con un riesgo mayor de que se presenten complicaciones; las cuales constituyen los procedimientos quirúrgicos que se realizan con mayor frecuencia en el hospital privado de estudio, entre sus estadísticas se encontró cirugías plásticas faciales, rinoseptoplastia, tiroidectomía, prótesis mamarias, herniorrafias, abdominoplastia y procedimientos laparoscópicos abdominales para procesos inflamatorios intestinales.

Las complicaciones posanestésicas mostraron diferencias significativas especialmente a nivel cardiovascular, de dolor y digestivas. El 4.61% de los pacientes presentó complicaciones

cardiovasculares, tanto en cirugía programada como emergente; esto se asocia a que el cuerpo humano ante una situación de estrés, por ejemplo, las molestias posquirúrgicas como el dolor, van a generar una reacción catecolaminérgica secundaria a la hiperactividad simpática, con signos clínicos iniciales de elevación de la presión arterial y taquicardia, que se expresaron en el paciente como complicaciones cardiovasculares.

El dolor se presentó en 30,55% de los pacientes intervenidos, con mayor tendencia en cirugía de emergencia. Esto se explica porque la valoración del dolor se ejecutó mediante la Escala Análoga Visual (EVA 1-10), puntuada por los pacientes como un dolor moderado con valores sobre los 5 puntos en ambos grupos, con mayor predominio en los procedimientos de emergencia. Lo cual es debido a que los procedimientos emergentes conllevan procesos inflamatorios que generan una mayor sensibilidad para el dolor, mientras que en procedimientos programados es más fácil planificar una mejor terapia analgésica. Especialmente se encontró el dolor de garganta, ocasionado por la colocación del tubo endotraqueal para anestesia general, y también el dolor a nivel de sitio quirúrgico, pues existe una mayor manipulación de los órganos corporales en las cirugías de emergencia.

El 16.14% de los pacientes operados presentó complicaciones digestivas, con mayor predominio en las cirugías de emergencia. Esto se explica porque el uso de agentes anestésicos hace a los pacientes más susceptibles a presentar náusea y vómito postoperatorio (NVPO), por estimulación directa del centro del vómito en la médula oblonga. Debido a esto, es importante el tipo de cirugía que se realizó, ya que la duración del procedimiento, que generalmente es mayor en procedimientos emergentes, aumenta la exposición a fármacos anestésicos potencialmente inductores de emesis. Además, una gran parte de las patologías de ingreso a emergencia fueron cuadros inflamatorios agudos a nivel abdominal, en donde la enfermedad de base se asocia a síntomas digestivos, con náusea y vómito previo, que persiste.

El sitio de desenlace mostró diferencias significativas, el 60.52% tuvo desenlace en Hospitalización, el 28.24% en Consulta Externa, y el 39.77% tuvo Alta a Domicilio. Este aspecto se explica porque la mayoría de los pacientes tuvo patologías quirúrgicas que requirieron realizar un seguimiento de su evolución bajo cuidados hospitalarios, para evitar complicaciones o por necesidad de instauración de terapia antibiótica intravenosa. Todo esto con la finalidad de que el paciente pueda recuperar su salud sin inconvenientes, y que, a su vez, tenga una percepción de su bienestar durante la hospitalización, ya que al encontrarse hospitalizado la experiencia de muchos pacientes es la de sentirse vulnerable.

El desenlace a consulta externa se relacionó con los pacientes que acudieron para endoscopías y colonoscopías, debido a que estos pacientes presentaron patologías digestivas no emergentes de tratamiento crónico, que no requirieron su ingreso a áreas de hospitalización; y, por lo general, el protocolo de manejo en estos procedimientos es la realización de una consulta médica por el especialista de cabecera del paciente para explicar los resultados obtenidos en el estudio, posterior a que se eliminaran los efectos de los anestésicos. Esto garantizó que muchos pacientes se sientan satisfechos con conocer los resultados de su procedimiento realizado y su respectivo análisis médico, de forma inmediata, sin esperar varios días.

El alta a domicilio se justificó su presentación en los pacientes intervenidos para procedimientos estéticos de baja complejidad, como blefaroplastia, peeling facial, ritidectomía, los cuales son cirugías corta duración que se realizan de forma habitual en los hospitales privados; y, en donde los médicos de cabecera suelen emitir el alta médica a domicilio de forma temprana, ya que son procedimientos que no representan mayores riesgos de complicaciones. Esto garantizó que muchos pacientes atendidos por esta causa se sientan satisfechos con la atención brindada, por la comodidad de realizar su recuperación en su domicilio, con los beneficios que ello conlleva para el paciente y sus familiares.

La tabla 3 mostró diferencias significativas en la distribución de los pacientes por tipo de cirugía según satisfacción escala IOWA en “vomitó o tuvo ganas de vomitar”, “Se sintió relajado(a) o tranquilo(a)” y “sintió dolor”. El 83.57% indicó Nada en “vomitó o tuvo ganas de vomitar”, el 96.83% estuvo siempre de acuerdo en “recibiría la misma anestesia otra vez”, el 97.12% tuvo nada de “sintió picazón o prurito”, el 94.24% “Se sintió relajado(a) o tranquilo(a), el 69.45% tuvo Nada en “sintió dolor”, el 96.25% tuvo Mucho en “Se sintió seguro(a) o confiado (a)”, el 72.91% tuvo Nada en “Sensación de mucho frío o calor”, el 97.98% tuvo Mucho en “Satisfecho con su cuidado anestésico”, el 98.27% tuvo Nada en “sintió dolor durante la cirugía”, el 97.69% tuvo Mucho en “Se sintió bien”, y el 98.85% tuvo Nada en “Se sintió lastimado”. Esto se explica por lo siguiente:

La mayoría de los pacientes indicó Nada en “vomitó o tuvo ganas de vomitar”, con igual presentación según tipo de cirugía, ya sea programada o de emergencia. Sin embargo, el 0.58% indicó Mucho. Esto se justifica en que la administración de medicamentos anestésicos provoca, que, al entrar estos fármacos al cuerpo, se desencadenen una serie de estímulos a nivel de sensores digestivo y cerebral, que producen náuseas y vómitos. Al ser la NVPO una complicación usualmente esperada, en esta unidad hospitalaria se previno la aparición de estos casos mediante la aplicación del “Protocolo de náusea y vómito postoperatorio”, cuya medicación complementaria ayudó a resolver molestias y reducir lo mayor posible el grado de insatisfacción general asociado a este suceso.

El 96,83% estuvo siempre de acuerdo con la variable “recibiría la misma anestesia otra vez”, para ambos tipos de cirugía. Esta respuesta positiva se asoció a que los procedimientos quirúrgicos realizados en esta unidad de salud siguieron normas y protocolos de calidad propias de un hospital privado de tercer nivel, con apoyo de insumos modernos e implementos necesarios, lo cual pudo reducir al mínimo las posibles molestias o complicaciones en los

pacientes a quienes se les realizó algún procedimiento quirúrgico. Todo esto, hizo de forma consecuente que la perspectiva de la anestesia recibida sea positiva, con buena aceptación.

El 97.12% tuvo Nada en “sintió picazón o prurito”, con igual prevalencia de estos valores tanto en procedimientos programados como en los de emergencia. Esto se explica porque una de las causas más comunes para la presencia de picazón o prurito, es la administración de opioides mediante técnicas regionales neuroaxiales, ya sea vía epidural o intratecal; sin embargo, diversos pacientes solicitaron que sus procedimientos se realicen bajo anestesia general, y como la negativa del paciente constituye una contraindicación absoluta para la realización de la anestesia regional, se respetó la decisión de los pacientes y se optó por la técnica de anestesia general, que a su vez produce menos prurito pero con un tratamiento más complejo del dolor.

El 94.24% estuvo muy de acuerdo en “se sintió relajado(a) o tranquilo(a)”, con igual tendencia entre los encuestados para procedimientos programados y emergentes; por el contrario, el 0.29% de los pacientes se encontraron muy poco de acuerdo. Todo esto indicó que la mayoría de los pacientes ingresaron a sus procedimientos quirúrgicos en confianza total con el equipo de Anestesiología a su cargo. Esto se explica por una buena relación médico-paciente, para lograr disipar la preocupación de los pacientes ante la condición de vulnerabilidad que representa ingresar a un quirófano, por la complejidad propia de las cirugías con sus posibles complicaciones a presentarse, como el riesgo de mortalidad. Por todo esto, una misión del Anestesiólogo fue brindar seguridad y tranquilidad a los pacientes a su cargo, lo cual ayudó a aumentar su percepción de satisfacción.

El 69.45% tuvo nada en “sintió dolor”, con predominio en ambos tipos de cirugía. Por el contrario, el 2.88% tuvo mucho en “sintió dolor”. En la mayoría de pacientes el dolor fue adecuadamente controlado, sin embargo, un menor porcentaje estuvo insatisfecho. Esto se

explica porque el dolor postoperatorio ocurre secundario a la manipulación de tejidos durante el acto quirúrgico, lo cual genera un daño a las células del cuerpo, que produce sustancias inductoras de dolor que se liberan a la sangre, posterior a una lesión o trauma directo en el tejido expuesto a la cirugía; y todo esto, va a transmitir la señal de dolor hacia el sistema nervioso central. Algunas de las causas de la prevalencia del dolor fue la insuficiente planeación de terapia analgésica intraoperatoria y una valoración inadecuada de la intensidad del dolor.

El 96.25% tuvo mucho en “se sintió seguro(a) o confiado (a)”, con igual tendencia en ambos tipos de cirugía. Esto se explica porque la confianza se deriva de una adecuada comunicación entre médico y paciente, que inició desde la primera consulta en el chequeo preanestésico, y que, permitió al usuario comprender a cabalidad el procedimiento al que se somete y a su vez aclarar preocupaciones, temores y ansiedad; ante esto, se hace consciencia en la importancia de trabajar en pro de disminuir las percepciones negativas y temores percibidos por los pacientes, con una comunicación clara durante el proceso anestésico del que somos responsables.

El 72.91% tuvo Nada en “sensación de mucho frío o calor”, con igual predominio en ambos tipos de cirugía. Por el contrario, en el 0,86% de ellos se presentó “mucho”. Esto se justifica porque, durante la primera hora de anestesia general se va a producir una redistribución interna del calor, que va a ocasionar el descenso de 1 a 1,5 °C de la temperatura corporal de los pacientes; por lo cual, la sensación de hipotermia y escalofríos es una de las complicaciones que se presentan con mayor tendencia en los pacientes que han recibido anestesia. Los cambios de temperatura corporal, en especial la hipotermia, se han asociado a trastornos cardiovasculares, metabólicos, sangrado y alteraciones de la coagulación, que incrementan la estadía y costos sanitarios. Por todo lo mencionado, en esta unidad hospitalaria se previno

mediante el uso de mantas térmicas a nivel intraoperatorio y postoperatorio, para calentar al paciente de una forma homogénea en cualquiera de sus puntos de contacto.

El 97.98% tuvo Mucho en “satisfecho con su cuidado anestésico”, tanto para cirugías programadas como para cirugías de emergencia. Esto es debido a que la atención global brindada por el servicio de Anestesiología fue reconocida como satisfactoria, por lograr cumplir las expectativas de la mayoría de los pacientes que acudieron a este servicio, brindar comodidad y dar resolución a cualquier posible evento adverso presentado. Los pilares en los que se basó el cuidado anestésico fueron un trato adecuado, comunicación, respeto por la autonomía, atención oportuna, disminución de efectos secundarios, y expectativas de satisfacción del usuario.

El 98.27% tuvo Nada en “sintió dolor durante la cirugía”, con un porcentaje de presentación similar entre procedimientos programados y de emergencia. Por el contrario, 1.73% tuvo Casi nada en “sintió dolor durante la cirugía”. Esto se explica porque la Anestesiología tiene como uno de sus pilares de analgesia, la cual es la ausencia de dolor frente a un estímulo que normalmente sería doloroso, y fue lo que se logró en la mayoría de procedimientos realizados. La posibilidad de presentar dolor leve o moderado durante los procedimientos quirúrgicos se asocian a infra dosificación de analgesia intravenosa en anestesia general, o a finalización del tiempo de acción de los efectos farmacológicos iniciales de la anestesia neuroaxial, en cirugías con tiempo quirúrgico prolongado. Si no se logró cubrir adecuadamente este pilar “analgesia”, se afecta la percepción de satisfacción.

El 97.69% tuvo Mucho en “se sintió bien”, con una aprobación similar tanto en los grupos de cirugía programada como cirugía emergente. El 0.86% de los pacientes tuvo Poco en “se sintió bien”. Esto se justifica porque la atención anestésica que se brindó fue lo capaz de cumplir las expectativas preoperatorias de estos pacientes, y el trato que ellos recibieron fue

amable, con explicaciones claras, y atención oportuna ante complicaciones y malestares presentados en el Área de Recuperación, como dolor, náuseas o vómitos, sensación de hipotermia, o alguna otra molestia asociada a la anestesia o cirugía. Todos estos cuidados influyeron para que los pacientes sientan bienestar en la atención recibida.

El 98.85% tuvo Nada en “se sintió lastimado”, con igual predominio en ambos tipos de cirugía. Esto se explica porque el médico anestesiólogo es el profesional que procura aliviar el dolor y que está dedicado al cuidado global del paciente, antes, durante y después de un procedimiento que requiere de su vigilancia; y, en toda su práctica profesional, evita causar un daño físico a la persona que está bajo su cuidado. Es posible que se produzca durante su cuidado, sin intención, la infiltración de una vía venosa al canalizar una vía periférica; o, dolor postquirúrgico de difícil control, que haga que muchos pacientes no tengan una tolerancia adecuada, manteniendo la expectativa de una solución rápida a su problema. A pesar de todo esto, el anestesiólogo busca generar seguridad y eliminar cualquier sensación de injuria en el paciente, mediante una atención eficiente y eficaz para preservar la salud del usuario.

La tabla 4 mostró un análisis multivariante sobre la relación de la satisfacción de la escala IOWA y tipo de cirugía, con vomitó o tuvo ganas de vomitar, con sentirse relajado(a) o tranquilo(a), y con sintió dolor.

Los pacientes intervenidos para cirugía de emergencia tuvieron 2,52 veces más satisfacción de la escala de Iowa en relación con el tipo de cirugía y con vomitó o tuvo ganas de vomitar. Esto se explica porque los pacientes que ingresan por el área de emergencia son pacientes a quienes se les brinda una atención más rápida, los tiempos de espera se acortan, y no existen expectativas altas. Sin embargo, en los pacientes para cirugías programadas siempre va a existir una mayor expectativa, que se asocia mucho a problemas de comunicación médico-paciente, y si no se habla claro sobre las posibles problemáticas que se pueden presentar,

probablemente el paciente se muestre reacio a cambiar sus perspectivas de atención esperada, si se presentan efectos adversos como haber vomitado o presentado ganas de vomitar.

Los pacientes intervenidos para cirugía de emergencia tuvieron 3,90 veces más satisfacción de la escala de Iowa en relación con el tipo de cirugía y con sentirse relajado(a) o tranquilo(a). Esto se justifica porque los pacientes que ingresan por emergencia confían en que el tratamiento quirúrgico a realizarse va a mejorar su situación clínica actual y les va a dar en lo posterior una mejor calidad de vida, e inclusive puede evitar que lleguen a complicaciones deletéreas. Sin embargo, el paciente ingresado para cirugía programada siente miedo, está asustado, pues se enfrenta a la vulnerabilidad de entregar el cuidado de su persona a otros individuos, y se expone al riesgo de resultados desconocidos posteriores a su respectiva cirugía, que podrían ser peligrosos; por lo cual, estos pacientes van a tener una expectativa más elevada y por consiguiente niveles de ansiedad pre y postoperatorios mayores.

Los pacientes intervenidos para cirugía de emergencia tuvieron 2,36 veces más satisfacción de la escala de Iowa en relación con el tipo de cirugía y con “sintió dolor”. Esto se deduce porque en los pacientes bajo criterios de emergencia se brinda una atención médica más ágil, y su cuadro de dolor inicial se trata de controlar desde su ingreso a la Emergencia con analgésicos opioides potentes de rápida acción. Además, los pacientes de emergencia asociaron que el dolor postoperatorio fue menor en relación con el de su ingreso. Por el contrario, en el paciente para cirugía programada se tiene una ausencia de un dolor previo, por lo cual reflejaron un menor grado de tolerancia al dolor postoperatorio, y en ellos es más notoria la sensación de discomfort.

La tabla 5 mostró un análisis multivariante sobre la relación de complicaciones y nivel de satisfacción en la anestesia. Se mostró 82.03 veces más insatisfacción en la relación de complicaciones por dolor y nivel de satisfacción con sintió dolor en la anestesia, 34.80 veces

más insatisfacción en la relación de complicaciones digestivas y nivel de satisfacción con vómito en la anestesia, 4.26 veces más insatisfacción en la relación de complicaciones cardiovasculares y nivel de satisfacción con sintió dolor en la anestesia, y 40.78 veces más insatisfacción en la relación de complicaciones de temperatura corporal (hipertermia o hipotermia) y nivel de satisfacción de frío o calor en la anestesia.

Los pacientes intervenidos para ambos tipos de cirugía tuvieron 82,03 veces más insatisfacción de la escala de Iowa en relación con complicaciones por dolor y nivel de satisfacción sintió dolor en la anestesia. Esto refleja que la mayor parte de los pacientes presentó dolor postoperatorio y no recibieron una adecuada solución a su molestia de forma inmediata. Esto probablemente se explica porque los pacientes tuvieron una expectativa alta sobre el dolor, el cual es una complicación usualmente esperada tras un procedimiento quirúrgico, que suele estar presente al menos en las primeras horas postquirúrgicas, y puede deberse un conocimiento insuficiente del manejo por parte del personal de salud, inadecuada comunicación del nivel de dolor por parte del paciente, desconocimiento de las consecuencias del dolor con tratamiento incorrecto, valoración errónea de las escalas de dolor. Por esto, es importante como equipo de salud hablar claro al paciente, sin generar falsas expectativas, y siempre comunicando la posibilidad de sucesos adversos.

Los pacientes intervenidos para ambos tipos de cirugía tuvieron 34,80 veces más insatisfacción de la escala de Iowa en relación con complicaciones digestivas y nivel de satisfacción con vómito en la anestesia. Esto se justifica porque las náuseas y vómitos son una complicación desagradable muy usual posterior a la administración de anestesia, pero que se asocian a índices negativos de satisfacción. La presencia de náusea y vómito incrementa el riesgo de aspiración y se puede asociar a evisceración, dehiscencia de sutura anastomótica y otros riesgos, además, contribuyen a retrasar el alta de Recuperación. Es importante tomar a

consideración que la etiología de la náusea y vómito es multifactorial, e involucra factores relacionados con el paciente, con la cirugía y con la anestesia, por lo que se amerita una adecuada valoración en el chequeo preanestésico para disminuir la posibilidad de estos eventos adversos a nivel postoperatorio.

Los pacientes intervenidos para ambos tipos de cirugía tuvieron 4,26 veces más insatisfacción de la escala de Iowa en relación con complicaciones cardiovasculares y nivel de satisfacción con sintió dolor en la anestesia. Se mostró en esta investigación que los pacientes presentaron una buena respuesta cardiovascular, con pocas complicaciones a nivel cardiovascular, cuyo evento más frecuente fue el incremento de tensión arterial, con presentación habitual en cuadros de dolor, cuya etiología se asoció al estrés postquirúrgico, por lo cual el plan de tratamiento que presentó mejores resultados fue optimizar la terapia analgésica para impedir la exacerbación del dolor y evitar incrementos de tensión arterial asociados.

Los pacientes intervenidos para ambos tipos de cirugía tuvieron 40,70 veces más insatisfacción de la escala de Iowa en relación con complicaciones de temperatura corporal (hipertermia o hipotermia) y nivel de satisfacción de frío o calor en la anestesia. Esto se asoció a que la exposición quirúrgica de cavidades abdominales en ocasiones produce bajas de temperatura corporal, la cual cabe mencionar es una complicación frecuente y habitualmente subestimada en el paciente quirúrgico, donde se puede producir hipotermia perioperatoria inadvertida por falta de uso de sistemas de calentamiento por aire forzado convectivo mediante mantas térmicas durante la cirugía. Esta complicación se corrigió con la colocación inmediata de este tipo de mantas para lograr normotermia y evitar complicaciones mayores.

En un análisis general, se destacó que la comunicación adecuada, la actitud de cuidado hacia los pacientes y una oportuna educación de los pacientes antes de las cirugías pueden

ayudar a aumentar la tasa de satisfacción y mejorar la recuperación de los pacientes después de la operación.

Limitaciones:

Hay tres limitaciones importantes en este estudio que podrían abordarse en investigaciones futuras.

Primero, la disponibilidad de tiempo para realizar las encuestas entre cirugías, ya que, en ocasiones, la autora ha tenido que participar en largos procedimientos quirúrgicos que han retrasado la ejecución de la encuesta a los pacientes en el área de Área de Cuidados posanestésicos, en especial los días de turno de 24 horas, donde no es factible contar con apoyo de compañeros posgradistas que suplan los cuidados anestésicos dentro del quirófano. Sin embargo, se logró ejecutar las encuestas en la mayoría de los pacientes operados, durante el tiempo establecido.

Segundo, la falta de estudios previos sobre el tema. Si bien existen numerosos artículos relacionados con la satisfacción posanestésica, no existen como tal, investigaciones relacionadas a los cuidados pos-anestésicos brindados en Ecuador, y mucho menos en el Hospital de los Valles.

Por último, la población del presente estudio pertenece a un solo centro médico de la ciudad de Quito, en Ecuador, pero existen otras instituciones sanitarias a nivel nacional, en que se realizan cirugías en pacientes ASA I – ASA II, y realizar esta investigación en otras unidades de salud nos permitiría conocer una situación más real del panorama de los Cuidados posanestésicos y la satisfacción del paciente en Quito, Ecuador.

Generalización:

Consideramos que se puede tomar los resultados obtenidos en este estudio como una referencia estadística local del nivel de confort posanestésico de los pacientes atendidos en el Hospital de los Valles en adultos ASA I – ASA II bajo cirugía de emergencia vs cirugía programada, debido a que incluye una muestra poblacional importante. Además, los hallazgos encontrados se pueden asociar mucho con los reportados en la literatura científica internacional, en donde los servicios de anestesiología suelen suplir las necesidades de satisfacción posanestésica de estos pacientes, sin mayor novedad. Sin embargo, no se puede generalizar estos datos debido a que la población en estudio fue tomada solo de un centro de cirugía de la ciudad de Quito.

CONCLUSIONES

Existe una mayor tendencia a la intervención de procedimientos quirúrgicos programados en adultos entre 36 a 55 años, hecho que se asocia a la estabilidad laboral y económica de este grupo etario. El sexo, la etnia, el IMC y el biotipo corporal no fueron relevantes. Las comorbilidades más relevantes fueron el sobrepeso y la obesidad. El factor de riesgo más llamativo fue el antecedente de cirugía previa no relacionada a la actual. La Clasificación ASA mayormente encontrada fue ASA I. La técnica anestésica más utilizada fue la anestesia general y se realizaron con mayor frecuencia procedimientos que se agrupan como Cirugía Mayor. La principal complicación fue el dolor.

En general, el usuario se sintió satisfecho con el postquirúrgico; en particular, con el tratamiento del prurito, por la sensación de tranquilidad, por la sensación de confianza; parcialmente satisfecho, con el tratamiento de náuseas y vómitos, con la sensación de frío o calor; y, no se sintió satisfecho por el tratamiento del dolor.

Se destaca la importancia del resolver las complicaciones en el área de Cuidados Posanestésicos, para lograr mejorar la percepción de satisfacción del paciente.

DECLARACIONES

Contribución de los autores

El autor fue el investigador principal, quien realizó el protocolo de investigación y su diseño, recolección de datos, análisis estadístico, evaluación, interpretación de los datos, discusión y redacción. El coautor realizó la evaluación y aprobación final del manuscrito.

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos que respaldan este manuscrito están disponibles previa solicitud al autor correspondiente.

Fuente de financiamiento

Los autores declaran que los recursos económicos para la elaboración de esta investigación provienen de su autogestión.

Conflicto de intereses

Los autores no reportan conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Gan TJ, Habib AS, Miller TE, White W, Apfelbaum JL. Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Curr Med Res Opin.* 2014;30(1):149-160. doi:10.1185/03007995.2013.860019
2. Le May S, Hardy JF, Taillefer MC, Dupuis G. Patient satisfaction with anesthesia services. *Can J Anaesth.* 2001;48(2):153-161. doi:10.1007/BF03019728
3. Vivas JP, Reyes E, Ríos F, Lozano R, Pérez JA, Plazas M. Measurement of satisfaction with anesthetic recovery in a high-complexity postanesthetic care unit: A patient perspective. *Colomb J Anesthesiol.* Published online 2018:1. doi:10.1097/cj9.0000000000000070
4. Gempeler FE, Avellaneda S MV. Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio. *Colomb J Anesthesiol.* 2010;38(2):178–202. doi:10.1016/s0120-3347(10)82003-9
5. Andemeskel YM, Elsholz T, Gebreyohannes G, Tesfamariam EH. Patient satisfaction with peri-operative anesthesia care and associated factors at two National Referral Hospitals: a cross sectional study in Eritrea. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):669. Published 2019 Sep 18. doi:10.1186/s12913-019-4499-x
6. Leite F, Silva LM, Biancolin SE, Dias A, Castiglia YM. Patient perceptions about anesthesia and anesthesiologists before and after surgical procedures. *Sao Paulo Med J.* 2011;129(4):224-229. doi:10.1590/s1516-31802011000400005
7. Vidal Ó, Manuel Romero J, Ginestà C, et al. Factores asociados con la satisfacción en el cuidado y la asistencia en el departamento de cirugía de urgencias de los pacientes mayores de 65 años. *Cir Esp.* 2008;83(5):260–265. doi:10.1016/s0009-739x(08)70565-7
8. Ogburn T, Voss C, Espey E. Barriers to women's health: why is it so hard for women to stay healthy?. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(4):737-ix. doi:10.1016/j.ogc.2009.10.007
9. Herrera D, Hutchins F, Gaus D, Troya C. Intercultural health in Ecuador: an asymmetrical and incomplete project. *Anthropol Med.* 2019;26(3):328-344. doi:10.1080/13648470.2018.1507102
10. Torres I, López-Cevallos D. ¿Reforma de salud en Ecuador como modelo de éxito? Crítica al número especial de la Revista Panamericana de Salud Pública. *Rev Panam Salud Publica.* 2017;41:e148. Published 2017 Dec 12. doi:10.26633/RPSP.2017.148
11. Gómez García AR. Seguridad y salud en el trabajo en Ecuador [Safety and Health at Work in Ecuador]. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2021;24(3):232-239. Published 2021 Jul 15. doi:10.12961/aprl.2021.24.03.01

12. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica [Gender, equality, and health services access: an empirical approximation]. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5-6):327-334.
13. Dickerson SC. Perioperative Guidelines in Anesthesia. *Otolaryngol Clin North Am*. 2019;52(6):981-993. doi:10.1016/j.otc.2019.08.001
14. Nazar J. C, Coloma D. R, Contreras C. JI, Molina P. I, Fuentes H. R. Consideraciones perioperatorias en el paciente obeso. *Rev Chil Cir*. 2018;70(6):580–588. doi:10.4067/s0718-40262018000600580
15. Pelosi P, Croci M, Ravagnan I, et al. The effects of body mass on lung volumes, respiratory mechanics, and gas exchange during general anesthesia. *Anesth Analg*. 1998;87(3):654-660. doi:10.1097/00000539-199809000-00031
16. Doyle DJ, Hendrix JM, Garmon EH. American Society of Anesthesiologists Classification. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; December 4, 2022.
17. Clasificación American Society of Anesthesiologists Physical Status: Revisión de ejemplos locales – Chile. *Rev Chil Anest*. 2022;51(3). doi:10.25237/revchilanestv5114031424
18. Lavado JS, Gonçalves D, Gonçalves L, Sendino C, Valente E. ¿General o regional? Preferencias anestésicas de los pacientes y su percepción sobre la anestesia regional. *Rev Esp Anesthesiol Reanim (Engl Ed)*. 2019;66(4):199–205. doi:10.1016/j.redar.2018.12.004
19. Moreno Monsiváis MG, Interrial Guzmán MG. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index Enferm*. 2012;21(4):185–189. doi:10.4321/s1132-12962012000300002
20. Porcar E, Peral D. Usefulness of pre-anesthetic consultation to reduce the degree of anxiety in patients scheduled for surgical intervention. Utilidad de la consulta preanestésica para disminuir el grado de ansiedad en pacientes programados para intervención quirúrgica. *Rev Esp Anesthesiol Reanim (Engl Ed)*. 2020;67(10):545-550. doi:10.1016/j.redar.2020.08.009
21. Gravenstein JS. Safety in anesthesia. *Anaesthesist*. 2002;51(9):754-759. doi:10.1007/s00101-002-0319-4
22. Bell DM, Halliburton JR, Preston JC. An evaluation of anesthesia patient satisfaction instruments. *AANA J*. 2004;72(3):211-217.
23. Barnett SF, Alagar RK, Grocott MP, Giannaris S, Dick JR, Moonesinghe SR. Patient-satisfaction measures in anesthesia: qualitative systematic review. *Anesthesiology*. 2013;119(2):452-478. doi:10.1097/ALN.0b013e3182976014

24. Liu LL, Larson MD. Patient Safety During Anesthesia: 100 Years of Progress Documented in Anesthesia & Analgesia. *Anesth Analg*. 2022;135(2S Suppl 1):S37-S47. doi:10.1213/ANE.0000000000005906
25. Benavides Caro CA, Prieto Alvarado FE, Torres M, et al. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Controles posquirúrgicos. *Colomb J Anesthesiol*. 2015;43(1):20–31. doi:10.1016/j.rca.2014.10.008
26. Bustamante R. ¿QUÉ HACEMOS LOS ANESTESIOLOGOS? DESDE LA VIGILANCIA ANESTÉSICA MONITORIZADA HASTA LA ANESTESIA GENERAL. *Rev médica Clín Las Condes*. 2017;28(5):671–681. doi:10.1016/j.rmclc.2017.08.001
27. Othow CO, Ferede YA, Tawuye HY, Aytolign HA. The magnitude and associated factors of post-operative pain among adult patients. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;81:104406. Published 2022 Aug 22. doi:10.1016/j.amsu.2022.104406
28. Campanero PD, Rubio SP, Cayuela MAM, Flores MLM. Actualización en náuseas y vómitos postoperatorios. *Rev electrón AnestesiaR*. 2022;14(3). doi:10.30445/rear.v14i3.1069
29. Mugabure Bujedo B. Actualización en el manejo del prurito inducido por opioides neuraxiales. *Rev Soc Esp Dolor*. 2016;24(1):27–38. doi:10.20986/resed.2016.3541/2016
30. Nagar SD, Conley AB, Chande AT, et al. Genetic ancestry and ethnic identity in Ecuador. *HGG Adv*. 2021;2(4):100050. Published 2021 Aug 20. doi:10.1016/j.xhgg.2021.100050

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. Hoja de recolección de datos	pp. 55
ANEXO B. Aprobación del Comité de Bioética	pp. 59
ANEXO C. Solicitud y aprobación del establecimiento de salud	pp. 61

ANEXO A: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ



Proyecto de investigación: "Valoración del nivel de confort postanestésico en pacientes adultos ASA I – ASA II sometidos a cirugía de emergencia vs cirugía programada, en el Hospital de Los Valles de Quito, durante Julio-Diciembre 2022, mediante Escala Iowa de Satisfacción Anestésica."

Formulario de recolección de información

Código interno: _____

Si decide participar en esta investigación le pediremos que responda a una entrevista de 9 bloques de preguntas sobre la satisfacción de la atención anestésica recibida. Los datos a recopilar incluyen datos demográficos, datos antropométricos, comorbilidades, factores de riesgo, datos quirúrgicos, complicaciones clínicas postanestésicas, escala Iowa de Satisfacción Anestésica, sitio de desenlace. Responder la encuesta le tomará aproximadamente 10 minutos.

Bloque 1. Datos generales

No. Historia clínica	
Establecimiento de salud procedencia	Hospital De Los Valles
Nombre quien llena el formulario	
Contacto telefónico	
Otro dato relevante	

Bloque 2. Datos demográficos (marque con una x)

Sexo	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>			
Edad (años cumplidos)	18-35 años <input type="checkbox"/>	36-55 años <input type="checkbox"/>	5-65 años <input type="checkbox"/>	5 años <input type="checkbox"/>	
Etnia	Mestizo <input type="checkbox"/>	Nativo Amerindio <input type="checkbox"/>	ecuatoriano <input type="checkbox"/>	ásico <input type="checkbox"/>	Mont <input type="checkbox"/>
	Indígena <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>			
Lugar de nacimiento	Ciudad:	Provincia:			
Lugar de residencia	Ciudad:	Provincia:			

Bloque 3. Antropometría al ingreso (llene con el valor)

Peso en kg		Talla en cm	
IMC		Sobrepeso/Obesidad (si o no)	
Biotipo	Endomórfico <input type="checkbox"/>	Mesomórfico <input type="checkbox"/>	Ectomórfico <input type="checkbox"/>

Estatura promedio: hombres 167 cm y mujeres 154 cm (OMS data).

Bloque 4. Comorbilidades

	Si/No
Hipertensión Arterial	
Diabetes Mellitus	
Obesidad/Sobrepeso	
Hipotiroidismo	
Asma	
Otro	

Bloque 5. Factores de riesgo

	Si/No
Tabaquismo	
Sedentarismo	
Consumo de drogas recreacionales	
Cirugías previas	



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ



Proyecto de investigación: "Valoración del nivel de confort postanestésico en pacientes adultos ASA I – ASA II sometidos a cirugía de emergencia vs cirugía programada, en el Hospital de Los Valles de Quito, durante Julio-Diciembre 2022, mediante Escala Iowa de Satisfacción Anestésica."

Bloque 6. Datos quirúrgicos

Clasificación ASA	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/>
Tipo de Cirugía	Programada <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/>
Tipo de Anestesia	General <input type="checkbox"/> Conductiva <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Sedación <input type="checkbox"/>
Tipo de cirugía según la extensión	Cirugía menor <input type="checkbox"/> Cirugía mayor <input type="checkbox"/>

Bloque 7. Complicaciones clínicas postanestésicas

Ítem	Aspectos a valorar	Seleccione con una X si presentó alguna de las siguientes complicaciones en su postoperatorio:
1	Respiratorio	Obstrucción de la vía aérea <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Desaturación <input type="checkbox"/> Depresión respiratoria por fármacos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____
2	Cardiovascular	Hipotensión <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Pérdidas sanguíneas > 500 ml <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____
3	Nervioso	Alteración del estado de consciencia <input type="checkbox"/> Agitación <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Desorientación <input type="checkbox"/> Somnolencia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____
4	Dolor	Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Dolor oro-faríngeo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____
5	Temperatura	Hipotermia <input type="checkbox"/> Escalofríos / Temblores <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sensación de calor <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____
6	Digestivos	Náusea <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____
7	Urinario	¿Cuáles? _____
8	Ninguno	<input type="checkbox"/> Seleccione en caso de no haber presentado complicaciones



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ



Proyecto de investigación: "Valoración del nivel de confort postanestésico en pacientes adultos ASA I – ASA II sometidos a cirugía de emergencia vs cirugía programada, en el Hospital de Los Valles de Quito, durante Julio-Diciembre 2022, mediante Escala Iowa de Satisfacción Anestésica."

Bloque 8. Escala Iowa de Satisfacción Anestésica

Ítem	Criterio	Seleccione una opción:	Tiempo 1 (Sala de Recuperación)	Tiempo 2 (habitación)
1	¿Vomitó o tuvo ganas de vomitar?	Totalmente en desacuerdo Moderadamente en desacuerdo Levemente en desacuerdo Levemente de acuerdo Moderadamente de acuerdo Totalmente de acuerdo	-3 -2 -1 1 2 3	-3 -2 -1 1 2 3
2	¿Le gustaría recibir la misma anestesia otra vez?	Totalmente en desacuerdo Moderadamente en desacuerdo Levemente en desacuerdo Levemente de acuerdo Moderadamente de acuerdo Totalmente de acuerdo	-3 -2 -1 1 2 3	-3 -2 -1 1 2 3
3	¿Sintió picazón o prurito?	Totalmente en desacuerdo Moderadamente en desacuerdo Levemente en desacuerdo Levemente de acuerdo Moderadamente de acuerdo Totalmente de acuerdo	-3 -2 -1 1 2 3	-3 -2 -1 1 2 3
4	¿Se sintió relajado(a) o tranquilo(a)?	Totalmente en desacuerdo Moderadamente en desacuerdo Levemente en desacuerdo Levemente de acuerdo Moderadamente de acuerdo Totalmente de acuerdo	-3 -2 -1 1 2 3	-3 -2 -1 1 2 3
5	¿Sintió dolor?	Totalmente en desacuerdo Moderadamente en desacuerdo Levemente en desacuerdo Levemente de acuerdo Moderadamente de acuerdo Totalmente de acuerdo	-3 -2 -1 1 2 3	-3 -2 -1 1 2 3
6	¿Se sintió seguro(a) o confiado (a)?	Totalmente en desacuerdo Moderadamente en desacuerdo Levemente en desacuerdo Levemente de acuerdo Moderadamente de acuerdo Totalmente de acuerdo	-3 -2 -1 1 2 3	-3 -2 -1 1 2 3



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ



Proyecto de investigación: "Valoración del nivel de confort postanestésico en pacientes adultos ASA I – ASA II sometidos a cirugía de emergencia vs cirugía programada, en el Hospital de Los Valles de Quito, durante Julio-Diciembre 2022, mediante Escala Iowa de Satisfacción Anestésica."

7	¿Tuvo sensación de mucho frío o calor?	Totalmente en desacuerdo	-3	-3
		Moderadamente en desacuerdo	-2	-2
		Levemente en desacuerdo	-1	-1
		Levemente de acuerdo	1	1
		Moderadamente de acuerdo	2	2
		Totalmente de acuerdo	3	3
8	¿Quedó satisfecho con su cuidado anestésico?	Totalmente en desacuerdo	-3	-3
		Moderadamente en desacuerdo	-2	-2
		Levemente en desacuerdo	-1	-1
		Levemente de acuerdo	1	1
		Moderadamente de acuerdo	2	2
		Totalmente de acuerdo	3	3
9	¿Sintió dolor durante la cirugía?	Totalmente en desacuerdo	-3	-3
		Moderadamente en desacuerdo	-2	-2
		Levemente en desacuerdo	-1	-1
		Levemente de acuerdo	1	1
		Moderadamente de acuerdo	2	2
		Totalmente de acuerdo	3	3
10	¿Se sintió bien?	Totalmente en desacuerdo	-3	-3
		Moderadamente en desacuerdo	-2	-2
		Levemente en desacuerdo	-1	-1
		Levemente de acuerdo	1	1
		Moderadamente de acuerdo	2	2
		Totalmente de acuerdo	3	3
11	¿Se sintió lastimado?	Totalmente en desacuerdo	-3	-3
		Moderadamente en desacuerdo	-2	-2
		Levemente en desacuerdo	-1	-1
		Levemente de acuerdo	1	1
		Moderadamente de acuerdo	2	2
		Totalmente de acuerdo	3	3

La Escala IOWA consta de 11 ítems escritos como afirmaciones positivas o negativas, y para cada ítem existe una respuesta de carácter politómico de 6 posibilidades de tipo numérico con un puntaje de -3 a +3 que permite un análisis cuantitativo. Antes de calcular el puntaje final de la escala, el cual es el promedio de los valores para los 11 ítems, el puntaje que se haya dado para las afirmaciones con un sentido negativo debe ser revertido. Un paciente totalmente satisfecho tendrá un puntaje de 3 que es el máximo posible.

Bloque 9. Sitio de Desenlace

Ítem	Destino/Desenlace	SI/NO
1	Permanencia en hospitalización	
2	Otros servicios de consulta externa	
3	UCI	
4	Alta a domicilio	

ANEXO B: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ



Oficio N°079-2022-CA-P22-021TPG-CEISH-USFQ
Quito, 01 de julio de 2022

Doctora
Stefany Valeria Mendoza Navarrete
Investigadora principal
Universidad San Francisco de Quito USFQ
Presente

Referencia: P22-021TPG
Asunto: Aprobación de nuevo estudio

De nuestra consideración:

El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito "CEISH-USFQ", notifica a usted que, con informe de evaluación **IE02-EX050-2022-CEISH-USFQ**, evaluó los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos de la investigación: *Valoración del nivel de confort postanestésico en adultos ASA I-ASA II bajo cirugía de emergencia vs cirugía programada, en el HDVQ, durante ene-dic 2022, mediante escala IOWA de satisfacción anestésica*, acordando **aprobar** el estudio registrado con los siguientes datos:

Códigos USFQ	CEISH-2022-021TPG		
Tipo de estudio	Observacional descriptivo prospectivo; longitudinal con dos cohortes		
Campo de estudio	Ciencias de la salud		
Equipo de investigación	Investigador	Institución	Rol en la investigación
	Stephany Valeria Mendoza Navarrete	Universidad San Francisco de Quito USFQ, Posgrado Anestesiología	Investigadora principal
	Fabrizio González	USFQ	Tutor
Lugar de implementación	Zona	Provincia	Ciudad
	09	Pichincha	DMQ
	Centro de investigación Hospital de los Valles de Quito, HDQ Contacto: Dr. Santiago Ruales		
Duración del estudio	06 meses: desde el 01 de julio de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022		

Documentos aprobados de esta investigación:

	Documentos aprobados	Idioma Versión	Fecha	# Pgs
1	Protocolo de la investigación	E03	20 jun 2022	07
2	Formulario de consentimiento para aplicación digital	E03	20 jun 2022	04
3	Hoja para registro de datos recolectados	E02	20 jun 202	04

Para la aprobación de esta investigación, se ha tomado en consideración la pertinencia y/o relevancia científica de la investigación, la idoneidad del equipo de investigación, la factibilidad de la investigación y la idoneidad de los recursos e instalaciones de la investigación.



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ



La vigencia de aprobación de la investigación es de seis meses, contados a partir del **01 de julio de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022**, tomando en cuenta el tiempo de duración del protocolo versión 03 que se aprueba con este oficio.

Se recuerda al investigador que, según lo acordado en la *Carta compromiso del investigador principal*, deberá cumplir con los demás compromisos contraídos con el CEISH-USFQ. Esto incluye remitir:

1. El informe de inicio de la investigación, dentro de los 30 días posteriores a su comienzo.
2. El informe final, dentro de los 90 días posteriores a su terminación.

El CEISH-USFQ deslinda cualquier responsabilidad en cuanto a la veracidad de la información presentada.

Atentamente,

Iván Sisa, MD, MPH, MS
 Presidente CEISH-USFQ
comitebioetica@usfq.edu.ec



Adjunto: IE02-EX050-2022-CEISH-USFQ

*cc. Archivos digitales
 IS/ammt*

ANEXO C. SOLICITUD Y APROBACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Quito, 20 de junio de 2022

Señor Doctor

Santiago Ruales Bastidas**Director Médico**

HOSPITAL DE LOS VALLES - QUITO

De mi consideración:

Yo, **Stefany Valeria Mendoza Navarrete**, con C.I. 131259056-3, en Calidad de médico Postgradista de Anestesiología de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ), me dirijo a Usted, de la forma más respetuosa, para expresar mi interés libre y voluntario en realizar el estudio observacional Valoración del nivel de confort postanestésico en adultos ASA I – ASA II, bajo cirugía de emergencia vs cirugía programada, en el Hospital de Los Valles de Quito, como parte de mi proyecto de titulación, para lo cual solicito a Usted, se me autorice la ejecución de encuestas a pacientes que cumplan los criterios de inclusión (hombres y mujeres mayores de 18 años, de cualquier grupo étnico, sometidos a cirugías de emergencia y cirugías programadas, para procedimientos bajo anestesia general, anestesia local y regional, y sedación, clasificados como pacientes ASA I y II, sin enfermedades neurológicas o psiquiátricas, que cognitivamente puedan responder a la encuesta aplicada, que autoricen mediante consentimiento informado la realización de encuesta), tal como lo plantea el Acuerdo Ministerial 150, del 09 de noviembre de 2021, de la normativa del MSP para estudios observacionales, en su artículo 42, numeral 9; como un requisito para la aprobación por parte del CEISH de la USFQ.

Cabe mencionar, que en mi calidad de investigadora cuento con los insumos necesarios para la ejecución del presente proyecto de investigación, y que la misma será realizada en el postquirúrgico inmediato de los respectivos pacientes (24 horas posteriores a su procedimiento) en el área de hospitalización.

Agradezco su atención a la presente y esperando su aprobación a mi solicitud me suscribo de Usted, no sin antes desearle éxito en sus funciones.

Atentamente,

Stefany Mendoza Navarrete
Médico Postgradista de Anestesiología
Universidad San Francisco de Quito

cc. personal

DR. SANTIAGO RUALES B.
ANESTESIOLOGO
MSP 17118144