

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

Evaluación de la satisfacción del usuario respecto a la atención provista durante la visita preanestésica en cirugía electiva y de emergencia.

Mayra Viviana Villena Galarza

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

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

Quito, 6 de junio 2023

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Evaluación de la satisfacción del usuario respecto a la atención provista durante la visita preanestésica en cirugía electiva y de emergencia en el Hospital de los Valles, octubre 2022 a marzo 2023.

Mayra Viviana Villena Galarza

Santiago Esteban 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, MD
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud,
USFQ

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

Quito, 6 de 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: Mayra Viviana Villena Galarza

Código de estudiante: 00213202

C.I.: 0503251019

Lugar y fecha: Quito, 6 de junio 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UNPUBLISHED DOCUMENT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

Dedico este trabajo a DIOS por ser mi guía y mi protección, a mis amados padres por ser mi inspiración y mi mejor ejemplo de esfuerzo y dedicación, a mis queridos hermanos por ser quienes siempre me dieron una palabra de aliento, a mi gran amor *Vinicio* por ser el mejor amigo, compañero y por brindarme su apoyo incondicional, a mi pequeño hijo *Benjamín* quien me da la fuerza necesaria para seguir adelante y por haberme acompañado desde el tercer año de residencia, a mi prima Gissela quien fue parte de este sueño y no dudo de mi en ningún momento, a mi amiga Stefy Mendoza con quien compartí estos cuatro años con su apoyo e incondicional amistad, y a mi compañero fiel Tribilin quien siempre me espero en la puerta al llegar a casa.

Tres cosas hay que son permanentes: La Fe, La Esperanza y El Amor; pero lo más importante de los tres es el amor.

AGRADECIMIENTOS

La vida me puso frente a un grupo de personas, que me supieron guiar en mi formación desde el primer día hasta el final de mi residencia, permitiéndome cumplir el sueño de ser especialista en Anestesiología, agradezco a la Universidad San Francisco de Quito que me abrió las puertas para formarme en su institución, a las autoridades Universitarias: a su Rector Diego Quiroga, a su Vicerrectora Andrea Encalada, al Decano de la Escuela de Especialidades Médicas Dr. Iván Cevallos, al Coordinador del programa de especialización en Anestesiología Dr. Santiago Ruales, a quien admiro profundamente, al Coordinador de Investigación de la Escuela de Especialidades Médicas Dr. Fabricio González. Al personal Administrativo del Colegio de Posgrados Consuelo Santamaría y Alexandra Huertas. A quienes fueron mis tutores en el Hospital de los Valles: Dra. Paulina Ortega, Dr. Francisco López, Dra. Brigitte Martineau, Dr. José Delgado, Dra. Anabel Sánchez, Dra. Gabriela Sánchez, Dra. M. Ángeles Segovia, Dra. Vanessa Guayanay. A mis tutores del Hospital Carlos Andrade Marín: Dra. Ana Mena, Dr. Edgardo Venegas. A mis tutores en del Hospital San Francisco de Quito: Dra. Chavarria. A mi tutora del Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Dra. Diana Muñoz, Dr. Pablo Martínez. Hospital SOLCA, Dr. Milton Romero, Dra. Karla Naranjo, Dra. Graciela Hinojosa, Dr. Patricio Yáñez, y a la Dra. Ana Mejía, Dr. Santana Eduardo y, por último agradezco a mis compañeros que fueron parte de este gran camino.

Resumen

Objetivo: Evaluar el nivel de satisfacción del usuario respecto a la atención provista durante la visita preanestésica.

Métodos: estudio cualitativo con encuestas para usuarios sometidos a cirugía electiva y de emergencia en el Hospital de los Valles de octubre 2022 a marzo 2023.

Resultados: De los 360 individuos que se incluyeron en el estudio, se mostró una edad predominante entre los 36 y 64 años con el 42% y sexo masculino en el 68%. Se asoció con hipotiroidismo en 7% y obesidad/sobrepeso en 6%. Con categorización ASA II fueron el 26%. El anestesiólogo informó adecuadamente en el 96% de la población y respondió a todas sus inquietudes en el 94%. 1% de los pacientes informaron que el anestesiólogo no los visitó antes del procedimiento. El 2% no volverá a recibir una nueva consulta preanestésica con el mismo médico. El 98% estimó que la información prestada fue excelente y buena. El 95% consideró que la valoración prequirúrgica a tiempo, fue buena y excelente.

Conclusión: El 64% de los pacientes recibió anestesia general. 6% estuvo insatisfecho de la información brindada por el anestesiólogo. El 13% no conoció el tipo de anestesia propuesta. El 25% consideró que la explicación fue inadecuada y el 1% consideró que el lugar donde se realizó la visita preanestesia fue inapropiado. El desconocimiento de la modalidad de anestesia se presentó en el 13% de los individuos. El 71 % de la muestra consideró que el chequeo preoperatorio fue excelente, 28% bueno y 1% entre malo y regular.

Palabras clave (MESH): anestesia general, anestesia raquídea, anestesia peridural, satisfacción, calidad, confort, visita preanestésica.

Abstract

Objective: Evaluate the level of user satisfaction regarding the care provided during the pre-anesthetic visit.

Methods: qualitative study with surveys for users undergoing elective and emergency surgery at the Hospital de los Valles from October 2022 to March 2023.

Results: Of the 360 individuals that were included in the study, a predominant age between 36 and 64 years was shown with 42% and male sex in 68%. It was associated with hypothyroidism in 7% and obesity/overweight in 6%. With ASA II categorization they were 26%. The anesthesiologist informed adequately in 96% of the population and responded to all his concerns in 94%. 1% of patients reported that the anesthesiologist did not visit them before the procedure. 2% will not receive a new pre-anesthetic consultation with the same doctor. 98% considered that the information provided was excellent and good. 95% considered that the pre-surgical assessment on time was good or excellent.

Conclusion: 64% of the patients received general anesthesia. 6% were dissatisfied with the information provided by the anesthesiologist. 13% did not know the type of anesthesia proposed. 25% considered that the explanation was inadequate and 1% considered that the place where the pre-anesthesia visit took place was inappropriate. Ignorance of the anesthesia modality occurred in 13% of the individuals. 71% of the sample considered that the preoperative check-up was excellent, 28% good, and 1% between bad and regular.

Keywords (MESH): general anesthesia, spinal anesthesia, epidural anesthesia, satisfaction, quality, comfort, pre-anesthetic visit.

Tabla de Contenidos

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	12
Metodología y diseño de la investigación	16
Análisis de datos.....	18
Discusión.....	28
Conclusión.....	37
Referencias	38
ÍNDICE DE ANEXOS.....	41

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de los pacientes por tipo de cirugía según características clínicas.....	18
Tabla 2. Distribución de los pacientes por tipo de cirugía según satisfacción sobre trato, procedimiento e información.....	20
Tabla 3. Distribución de los pacientes por tipo de cirugía según nivel de satisfacción de la visita preanestésica.....	22
Tabla 4. Relación nivel de satisfacción sobre comunicación en la visita preanestésica y tipo de cirugía.....	26
Tabla 5. Relación nivel de satisfacción del conocimiento sobre la anestesia propuesta y tipo de cirugía.....	27

Abreviaturas:

ASA: American Society of Anesthesiologists.

HTA: Hipertensión arterial.

DM: Diabetes mellitus.

OMS: Organización mundial de la salud.

ACC: Colegio Americano de Cardiología.

AHA: Asociación Americana del Corazón.

EEUU: Estados Unidos.

Introducción

Desde hace casi 35 años, se vienen realizando estudios sobre la calidad de atención en el sistema de salud. El grado de satisfacción de la atención recibida es uno de los indicadores más importantes, tanto en el ámbito privado como en el sistema público y hace énfasis en mejorar la atención de salud, hacia una medicina personalizada y de precisión [1].

La Anestesiología como ciencia al servicio de la humanidad, está involucrada en el concepto de calidad y tiene como objetivo lograr que el paciente se sienta satisfecho con el servicio brindado, garantizándole la ausencia de molestias y dolor durante el acto quirúrgico, disminuyendo a su vez la presencia de efectos secundarios durante la intervención quirúrgica y así como en la recuperación postanestésica.

La calidad, es un concepto que depende de las características de los pacientes. Varía con la edad, sexo, nivel educativo y socioeconómico y con los cambios del estado de salud [2]. La percepción de la calidad se puede modificar considerablemente cuando un individuo está grave o cuando ya está en un proceso de recuperación [3]. Además, representa una evaluación de su experiencia; ajustada por sus valores, cultura, rumores e interacciones con el entorno médico, que suele reflejarse a través de la satisfacción [4,5].

La calidad de la atención médica es asistir al usuario oportunamente, para satisfacer las necesidades de salud y sus expectativas, a través de la prestación de servicios por medio de la infraestructura e insumos de las instituciones de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó como el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones, incrementan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se fundamenta en los conocimientos de los profesionales basados en la evidencia y es necesaria para lograr la cobertura sanitaria universal.

La satisfacción del paciente es un proceso cognitivo que está determinado por múltiples factores que engloban el perioperatorio. La ansiedad, el estado funcional, el nivel socio – cultural y el control del dolor postoperatorio son algunos de los aspectos importantes en el manejo de los pacientes quirúrgicos y están relacionados con una recuperación exitosa y por lo tanto un alto grado de satisfacción.

Para lograr que los individuos estén plenamente satisfechos; se requiere una adecuada accesibilidad y oportunidad en la atención, amabilidad en el trato del profesional, suficiente personal sanitario y debidamente capacitado, disponibilidad de equipos, materiales y medicamentos. Brindar información completa y oportuna sobre el plan de estudios y su tratamiento, sus resultados y pronóstico; asocia, además a una buena relación entre el médico y el paciente [6].

Los estudios de satisfacción en el campo de la anestesiología han presentado poca evolución, debido a problemas metodológicos, pues no abarcan toda la estructura de calidad [7,8]. Algunos se centran en la satisfacción relacionada con el resultado de determinados procesos o técnicas anestésicas [9,10]. Varias publicaciones recientes han profundizado en los predictores posibles de satisfacción en anestesia [11,12].

Las intervenciones quirúrgicas se realizan a cualquier edad, pero son más prevalentes en personas adultas en edad reproductiva, independientemente del sexo y a veces presentan más de una enfermedad asociada. Las patologías más frecuentemente encontradas en los estudios, son asociaciones entre la hipertensión arterial, Diabetes mellitus (DM), hipotiroidismo, cardiopatías, sobrepeso/obesidad y enfermedades renales. Estas patologías representan una alta tasa de morbimortalidad, tanto en cirugía electiva como de emergencia, y muchas veces no tienen relación con el tipo o modalidad de acto anestésico.

De manera global, la cirugía no cardíaca, se asocia con una tasa de complicaciones del 7% al 11% y una mortalidad entre el 0,8% y 1,5% [13]. Cada año se llevan a cabo más de 50

millones de procedimientos quirúrgicos en Estados Unidos (EEUU). Dado que la mayoría de las cirugías son electivas, esto brinda una amplia oportunidad para identificar a los pacientes con mayor riesgo de eventos adversos perioperatorios y optimizarlos para la cirugía.

Basados en el consenso de expertos del Colegio Americano de Cardiología (ACC) y la Asociación Americana del Corazón (AHA), se establecieron 3 categorías para clasificar a los tipos de intervención quirúrgica según su necesidad. Se considera como cirugía de emergencia a aquella que debe ser resuelta dentro de los primeros 30 minutos, por la alta probabilidad de fallecimiento de un paciente. En la cirugía urgente se requiere resolver una enfermedad dentro de las primeras 24 horas posteriores al diagnóstico. Cirugía electiva es aquella que se realiza en óptimas condiciones, luego de evaluar el estado de un paciente, haber definido su mejor tratamiento y debe ser realizada dentro del primer año del diagnóstico [14,15].

Uno de los principales componentes de la anestesiología, es la evaluación de los pacientes antes cualquier procedimiento y debe realizarse en forma exhaustiva, para garantizar la administración segura de la anestesia en cada uno [16,17]. El entorno de la práctica médica puede desempeñar un papel importante en el tipo de paciente y el procedimiento a realizarse; sin embargo, no debe reducirse la calidad de la atención de ningún individuo, independientemente de la naturaleza pública o privada. La metodología para la evaluación preanestésica varía de acuerdo a las necesidades médicas del paciente, los procedimientos quirúrgicos a realizarse, la disponibilidad de recursos, la conveniencia del paciente y quizás el elemento clave, la disponibilidad del personal. Cada entorno de práctica necesita desarrollar sus propias soluciones para mejorar la atención de calidad [18].

Para el anestesiólogo, la percepción del paciente acerca del acto anestésico representa a menudo un problema, derivado principalmente de la falta de información o entendimiento [19]. Desde el momento del ingreso al hospital, los pacientes experimentan una gran incertidumbre, angustia y/o miedo; situación que podría solventarse al ofrecer información clara e involucrarlo

en la toma de decisiones y respetando su autonomía. Se ha demostrado que esto influye en la coordinación exitosa de la atención perioperatoria [20].

Según Nagrampa et al, encontraron que hasta un 83% de los pacientes considera importante conocer al anestesiólogo antes de la cirugía; hasta un 65% cree que deberían conocerlos al menos el día previo a la cirugía y un 87% desearía que el anestesiólogo discutiera a detalle con ellos respecto a su anestesia [21]. Además, menciona que la mayoría de los pacientes perciben que los anestesiólogos son médicos especialistas y que duermen a los pacientes, pero estos pacientes no están seguros de su función o función exacta durante la cirugía o fuera de la sala de operaciones [22]. La percepción del paciente sobre el anestesiólogo, es influida por la escasez de conocimiento acerca de la especialidad y conlleva a que la anestesia sea una de las mayores preocupaciones al momento de someterse a cirugía [23].

El propósito de este estudio es evaluar el nivel de satisfacción del usuario respecto a la atención provista durante la visita preanestésica, determinar las causantes de una inadecuada atención, estimar el grado de entendimiento del paciente de la información brindada por el anestesiólogo e identificar los factores que favorecen una atención anestesiológica de calidad.

Metodología y diseño de la investigación

Diseño del estudio: cualitativo, con encuesta.

Número de participantes: n = 360.

Escenarios: Hospital de los Valles (HDLV) en Cumbayá, Quito, Ecuador. Entre octubre de 2022 y marzo de 2023 se recopiló una muestra de 284 pacientes que fueron atendidos durante la visita preanestésica para cirugía electiva y de emergencia.

Participantes: Se incluyeron pacientes residentes en Ecuador, con una edad mayor de 18 años, ASA I – III, ambos sexos. Incluimos 360 pacientes que fueron atendidos durante la visita preanestésica para cirugía electiva y de emergencia, que tengan consentimiento informado.

Variables: En las características demográficas incorporaron la edad (grupo etario), sexo, clasificación ASA, tipo de cirugía, tipo de anestesia y comorbilidades.

Fuentes de datos: Accedimos a los datos para la investigación de las historias clínicas del HDLV en Cumbayá, Quito, Ecuador. Se obtuvieron edad (grupo etario), sexo, clasificación ASA, tipo de cirugía, tipo de anestesia y comorbilidades.

Anonimizamos y anulamos la identificación de los datos individuales antes del análisis.

Mediciones: Se realizaron encuestas en el HDLV en el periodo octubre de 2022 a marzo de 2023, en la que se incluyeron en las variables establecidas, once preguntas de respuesta afirmativa o negativa; a continuación, trece preguntas con respuesta de tipo escala y la clasificación de la atención percibida por el usuario en la visita preanestésica.

Control del sesgo: Una sola persona recopiló y transcribió la información. Se utilizó una hoja de recolección de datos estandarizada.

Tamaño del estudio: El presente estudio incluyó 360 pacientes, a quienes se les realizó visita preantésica para cirugía electiva y de emergencia en el HDLV. Se obtuvieron 206 pacientes para cirugía electiva y 154 para cirugía de emergencia.

Variables cuantitativas: Las variables cuantitativas incluidas fueron edad (grupo etario), sexo, clasificación ASA, tipo de cirugía, tipo de anestesia y comorbilidades.

Métodos estadísticos: Los análisis se realizaron con los paquetes estadísticos RStudio e IBM SPSS versión 29, para lo cual se empleó estadísticas descriptivas, utilizando tablas representando los valores absolutos y relativos de las variables cualitativas.

Se relacionó las características clínicas y el nivel de satisfacción 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. La significancia estadística se estableció para p-valor <0,05.

Aspectos éticos: Todos los pacientes proporcionaron los datos de forma voluntaria y firmaron un consentimiento informado. La información obtenida es confidencial y fueron anónimos todos los datos individuales. Se conserva la información en una base de datos digital que solo la tiene acceso el investigador principal. Recibí la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito (CEISH-USFQ), con la aprobación No 2022.10.03 14:38:11-05'00'-CA 2022-066TPG-CEISG-USFQ.

La información presentada al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito "CEISH-USFQ", es verídica y me hago totalmente responsable de ella.

Análisis de datos

Para evaluar la satisfacción del usuario respecto a la atención provista durante la visita preanestésica en cirugía electiva y de emergencia, la muestra quedó conformada por 360 pacientes atendidos en el Hospital de los Valles, durante el periodo octubre 2022 a marzo 2023.

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

Características clínicas	Total	Tipo de cirugía		p-valor
		Electiva	Emergencia	
Grupo de edad (n (%))				
	136			
18-35	(37,78)	70 (33,98)	66 (42,86)	
	152			0,228
36-64	(42,22)	92 (44,66)	60 (38,96)	
≥65	72 (20)	44 (21,36)	28 (18,18)	
Sexo (n (%))				
	244	136		
Masculino	(67,78)	(66,02)	108 (70,13)	0,409
	116			
Femenino	(32,22)	70 (33,98)	46 (29,87)	
Comorbilidades (n (%))				
HTA	95 (26,39)	51 (24,76)	44 (28,57)	0,417
Insuficiencia cardiaca	28 (7,78)	19 (9,22)	9 (5,84)	0,236
DM	36 (10)	26 (12,62)	10 (6,49)	0,055
Obesidad/sobrepeso	22 (6,11)	8 (3,88)	14 (9,09)	0,041*
Hipotiroidismo	26 (7,22)	9 (4,37)	17 (11,04)	0,016*
Insuficiencia respiratoria	12 (3,33)	6 (2,91)	6 (3,9)	0,607
Clasificación ASA (n (%))				
		129		
ASA I	220 (61)	(62,14)	91 (59,48)	0,029*
ASA II	92 (25,63)	44 (21,36)	48 (31,37)	
ASA III	48 (13,37)	34 (16,5)	14 (9,15)	
Tipo de anestesia (n (%))				
		147		
General	233 (63,9)	(71,36)	86 (54)	<0,001*
Regional	28 (8,02)	9 (4,52)	19 (12,67)	
Raquídea	95 (27,22)	45 (22,61)	50 (33,33)	

Peridural	4 (1,11)	4 (1,51)	0 (0)
-----------	----------	----------	-------

Nota: * diferencias significativas, basada en la prueba Chi-cuadrado

Fuente: Hospital de los Valles, Quito. Elaboración propia

En la tabla 1 se presenta la distribución de los pacientes por tipo de cirugía según características clínicas de los pacientes, observándose lo siguiente: La distribución por edad de los pacientes fue 37,78% entre 18 a 35 años, 42,22% entre 36 a 64 años y 20% ≥ 65 años. Por sexo, 67,78% masculino y 32,22% femenino. La comorbilidad por sobrepeso y obesidad presentó diferencias significativas por tipo de cirugía con p-valores 0,041, siendo las proporciones de 3,88% para cirugía electiva vs 9,09% para cirugía de emergencia. La clasificación ASA presentó diferencias significativas por tipo de cirugía con p-valores 0,038, siendo las proporciones para la clasificación ASA-I de 62,14% para cirugía electiva vs 59,48% para cirugía de emergencia; clasificación ASA-II con proporción 21,36% para cirugía electiva vs 31,37% para cirugía de emergencia; clasificación ASA-III con proporción 16,5% para cirugía electiva vs 9,15% para cirugía de emergencia.

El tipo de anestesia presentó diferencias significativas por tipo de cirugía con p-valores $< 0,001$, siendo las proporciones para anestesia general de 71,36% para cirugía electiva vs 54% para cirugía de emergencia; anestesia regional con proporción 4,52% para cirugía electiva vs 12,67% para cirugía de emergencia; anestesia raquídea con proporción 22,61% para cirugía electiva vs 33,33% para cirugía de emergencia; anestesia peridural con proporción 1,51% para cirugía electiva vs 0% para cirugía de emergencia.

Tabla 2. Distribución de los pacientes por tipo de cirugía según satisfacción sobre trato, procedimiento e información.

Encuesta satisfacción sobre trato, procedimiento e información	Total	Tipo de cirugía		p-valor
		Electiva	Emergencia	
El anestesiólogo lo visitó antes de la cirugía				
Sí	358 (99,44)	204 (99,03)	154 (100)	0,510
No	2 (0,56)	2 (0,97)	0 (0)	
Considera que le explicó adecuadamente el procedimiento anestésico.				
Sí	345 (95,83)	196 (95,15)	149 (96,75)	0,450
No	15 (4,17)	10 (4,85)	5 (3,25)	
Fue informado sobre los riesgos inherentes de la anestesia.				
Sí	350 (97,22)	199 (96,6)	151 (98,05)	0,526
No	10 (2,78)	7 (3,4)	3 (1,95)	
Se sintió a gusto con el trato brindado por parte del anestesiólogo.				
Sí	359 (99,72)	206 (100)	153 (99,35)	0,428
No	1 (0,28)	0 (0)	1 (0,65)	
El anestesiólogo respondió a todas sus inquietudes.				
Sí	339 (94,17)	186 (90,29)	153 (99,35)	<0,001*
No	21 (5,83)	20 (9,71)	1 (0,65)	
Conoce usted en que consiste la anestesia propuesta.				
Sí	314 (87,22)	170 (82,52)	144 (93,51)	0,002*
No	46 (12,78)	36 (17,48)	10 (6,49)	
Considera que el trato recibido fue cordial y respetuoso.				
Sí	359 (99,72)	206 (100)	153 (99,35)	0,428

No	1 (0,28)	0 (0)	1 (0,65)	
Se siente cómodo con la valoración médica, aceptaría recibir una nueva atención con el mismo médico.				
Sí	353 (98,06)	200 (97,09)	153 (99,35)	0,246
No	7 (1,94)	6 (2,91)	1 (0,65)	
Usted conoció a su médico anestesiólogo (tratante), antes de iniciar la cirugía.				
Sí	356 (98,89)	204 (99,03)	152 (98,7)	1,000
No	4 (1,11)	2 (0,97)	2 (1,3)	
El anestesiólogo le dio la oportunidad de hacer preguntas o platicar de sus preocupaciones acerca de la anestesia				
Sí	344 (95,56)	195 (94,66)	149 (96,75)	0,340
No	16 (4,44)	11 (5,34)	5 (3,25)	
Considera que la Visita preanestésica es fundamental antes de una cirugía.				
Sí	360 (100)	206 (100)	154 (100)	1,000
No	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Nota: * diferencias significativas, basada en la prueba Chi-cuadrado

Fuente: Hospital de los Valles, Quito. Elaboración propia

En la tabla 2 se presenta la relación entre el tipo de cirugía y satisfacción sobre trato, procedimiento e información sobre la cita preanestesia, observándose lo siguiente:

Sobre si el anestesiólogo respondió a todas las inquietudes se observó diferencias significativas por tipo de cirugía con p-valor<0,001, siendo las proporciones de 90,29% para cirugía electiva vs 99,35% para cirugía de emergencia. En cuanto al conocimiento del paciente en que consiste la anestesia propuesta se observó diferencias significativas por tipo de cirugía con p-valor 0,002, siendo las proporciones de 82,52% para cirugía electiva vs 93,51% para cirugía de emergencia.

Tabla 3. Distribución de los pacientes por tipo de cirugía según nivel de satisfacción de la visita preanestésica.

Nivel de satisfacción visita preanestésica	Total	Tipo de cirugía		p-valor
		Electiva	Emergencia	
Qué opinión tiene sobre el anesthesiólogo que realizó su visita preanestésica.				
Regular	2 (0,56)	2 (0,97)	0 (0)	0,470
Buena	89 (24,72)	51 (24,76)	38 (24,68)	
Excelente	269 (74,72)	153 (74,27)	116 (75,32)	
Como fue el trato que recibió por parte del anesthesiólogo durante la visita preanestésica.				
Regular	2 (0,56)	2 (0,98)	0 (0)	0,437
Buena	87 (24,23)	51 (24,88)	36 (23,38)	
Excelente	270 (75,21)	152 (74,15)	118 (76,62)	
Qué opinión tiene del ambiente en el que se le realizó la visita preanestésica				
Regular	13 (3,61)	11 (5,34)	2 (1,3)	0,098
Buena	76 (21,11)	40 (19,42)	36 (23,38)	
Excelente	271 (75,28)	155 (75,24)	116 (75,32)	
En relación al tiempo de evaluación preanestésica usted considera.				
Regular	13 (3,61)	10 (4,85)	3 (1,95)	0,283
Buena	75 (20,83)	40 (19,42)	35 (22,73)	
Excelente	272 (75,56)	156 (75,73)	116 (75,32)	
La presentación verbal durante la visita preanestésica considera que fue.				
Regular	2 (0,56)	2 (0,97)	0 (0)	0,246
Buena	87 (24,17)	45 (21,84)	42 (27,27)	
Excelente	271 (75,28)	159 (77,18)	112 (72,73)	
Su percepción de la anestesia es:				
Regular	1 (0,28)	1 (0,49)	0 (0)	0,222
Buena	84 (23,33)	42 (20,39)	42 (27,27)	

Excelente	275 (76,39)	163 (79,13)	112 (72,73)	
Durante su primera consulta antes de la cirugía. ¿Cómo le pareció el tiempo que tuvo que esperar desde la hora de su cita hasta que fue atendido por un anestesiólogo?				
Regular	7 (1,94)	6 (2,91)	1 (0,65)	
Buena	92 (25,56)	45 (21,84)	47 (30,52)	0,067
		155		
Excelente	261 (72,5)	(75,24)	106 (68,83)	
¿Qué tan clara le pareció la explicación por parte de su médico anestesiólogo?				
Regular	6 (1,67)	6 (2,91)	0 (0)	
	105			
Buena	(29,17)	49 (23,79)	56 (36,36)	0,005*
	249			
Excelente	(69,17)	151 (73,3)	98 (63,64)	
¿Usted considera que los términos usados para comunicarse durante la visita preanestésica fueron?				
Regular	6 (1,67)	6 (2,91)	0 (0)	
	104			
Buena	(28,89)	47 (22,82)	57 (37,01)	0,002*
	250	153		
Excelente	(69,44)	(74,27)	97 (62,99)	
¿Considera que el lugar donde se realizó su visita preanestésica fue?				
Mala	1 (0,28)	1 (0,49)	0 (0)	
Regular	8 (2,22)	7 (3,4)	1 (0,65)	
	103			
Buena	(28,61)	50 (24,27)	53 (34,42)	0,037*
	248	148		
Excelente	(68,89)	(71,84)	100 (64,94)	
Que tan satisfecho está con la atención que le brindó el anestesiólogo				
Regular	1 (0,28)	1 (0,49)	0 (0)	
Buena	97 (26,94)	53 (25,73)	44 (28,57)	0,583
	262	152		
Excelente	(72,78)	(73,79)	110 (71,43)	
¿Cómo considera el tiempo en el que se realizó la visita preanestésica?				

Mala	1 (0,28)	1 (0,49)	0 (0)	
Regular	2 (0,56)	1 (0,49)	1 (0,65)	
Buena	103 (28,61)	57 (27,67)	46 (29,87)	0,805
Excelente	254 (70,56)	147 (71,36)	107 (69,48)	
¿La explicación de cómo debería prepararse para la intervención quirúrgica fue?				
Mala	1 (0,28)	1 (0,49)	0 (0)	
Regular	2 (0,56)	2 (0,97)	0 (0)	
Buena	99 (27,5)	53 (25,73)	46 (29,87)	0,410
Excelente	258 (71,67)	150 (72,82)	108 (70,13)	

Nota: * diferencias significativas, basada en la prueba Chi-cuadrado

Fuente: Hospital de los Valles, Quito. Elaboración propia

En la tabla 3 se presenta la relación entre el tipo de cirugía y nivel de satisfacción de la visita preanestésica, observándose lo siguiente:

El nivel de satisfacción por la explicación por parte del médico anestesiólogo presentó diferencias significativas por tipo de cirugía con p-valores 0,005, siendo las proporciones para la satisfacción regular de 2,91% para cirugía electiva vs 0% para cirugía de emergencia; buena satisfacción con proporción 23,79% para cirugía electiva vs 36,36% para cirugía de emergencia; excelente satisfacción con proporción 73,30% para cirugía electiva vs 63,64% para cirugía de emergencia. El nivel de satisfacción sobre los términos de comunicación utilizados en la visita presentó diferencias significativas por tipo de cirugía con p-valores 0,002, siendo las proporciones para la satisfacción regular de 2,91% para cirugía electiva vs 0% para cirugía de emergencia; buena satisfacción con proporción 22,82% para cirugía electiva vs 37,01% para cirugía de emergencia; excelente satisfacción con proporción 74,27% para cirugía electiva vs 62,99% para cirugía de emergencia.

El nivel de satisfacción del lugar donde se realizó la visita preanestésica presentó diferencias significativas por tipo de cirugía con p-valores 0,037, siendo las proporciones para satisfacción mala de 0,49% para cirugía electiva vs 0% para cirugía de emergencia; satisfacción regular con proporción de 3,40% para cirugía electiva vs 0,65% para cirugía de emergencia; buena satisfacción con proporción 24,27% para cirugía electiva vs 34,42% para cirugía de emergencia; excelente satisfacción con proporción 71,84% para cirugía electiva vs 64,94% para cirugía de emergencia.

Tabla 4. Relación nivel de satisfacción sobre comunicación en la visita preanestésica y tipo de cirugía.

Variable	B	Wald	p-valor	OR	95% C.I. OR	
					Inferior	Superior
Tipo de cirugía Electiva (referencia)						
Emergencia	2,80	7,39	0,007*	16,45*	2,18	123,98

Nota: * Variable significativa, basada en regresión logística ordinal, la variable respuesta es ordinal a mayor puntaje mejor resultado clínico

Fuente: Hospital de los Valles, Quito. Elaboración propia

En la tabla 4 se presenta la relación del nivel de satisfacción sobre comunicación en la visita preanestésica y tipo de cirugía, observándose que la cirugía de emergencia presentó significancia con p-valor 0,007, donde los pacientes con este tipo de cirugía presentaron 16,45 veces más satisfacción sobre la comunicación con respecto a los pacientes con cirugía electiva.

Tabla 5. Relación nivel de satisfacción del conocimiento sobre la anestesia propuesta y tipo de cirugía.

Variable	B	Wald	p-valor	OR	95% C.I. OR	
					Inferior	Superior
Tipo de cirugía Electiva (referencia)						
Emergencia	1,11	8,84	0,003*	3,05*	1,46	6,36

Nota: * Variable significativa, basada en regresión logística ordinal, la variable respuesta es ordinal a mayor puntaje mejor resultado clínico

Fuente: Hospital de los Valles, Quito. Elaboración propia

En la tabla 5 se presenta la relación del nivel de satisfacción del conocimiento sobre la anestesia propuesta y tipo de cirugía, observándose que la cirugía de emergencia presentó significancia con p-valor 0,003, donde los pacientes con este tipo de cirugía presentaron 3,05 veces más satisfacción sobre el conocimiento con respecto a los pacientes con cirugía electiva.

Discusión

En la tabla 1, se exhiben las características clínicas de la población en estudio. Comorbilidades como obesidad e hipotiroidismo y otras variables como clasificación ASA y tipo de anestesia, muestran diferencias estadísticas significativas.

La hipertensión arterial y Diabetes mellitus fueron las enfermedades más usuales, correspondiendo a un 36%. Representan una alta tasa de morbimortalidad en el mundo, tanto en cirugía electiva como de emergencia, independientemente del tipo de acto anestésico; sin embargo, no presentan diferencias significativas en este estudio. El hipotiroidismo es una enfermedad que se ha mantenido latente en el país, en nuestro estudio predominó en un 11% de las cirugías de emergencia con respecto a un 4% de las cirugías electivas. Los individuos de este grupo apreciaron una mayor satisfacción para cirugía de emergencia; no obstante, es una percepción dada por cada individuo y basada en la experiencia y expectativas previas de los usuarios; a quienes se les brindó información adecuada sobre su condición clínica, necesidades y requerimientos quirúrgicos. Además de la disponibilidad de acceso a medios y los aspectos propios del beneficiario; acorde a su nivel socio cultural y económico.

El grupo de obesidad/sobrepeso (6%) que fueron sometidos a cirugía de emergencia, se mostraron muy satisfechos con el trato proporcionado por el personal médico. Estas experiencias se infieren, puesto que a requirieron más cuidados, por un mayor riesgo de intubación difícil, mayor probabilidad de cambios hemodinámicos en la ventilación y porque requieren un manejo anestésico más exhaustivo. La edad, sexo, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria no fueron variables estadísticamente significativas y no exhibieron relación con el tipo de cirugía realizada, al ser grupos con similar número de usuarios. La

clasificación ASA es una escala de valoración objetiva del estado físico del paciente, antes de una intervención quirúrgica. El grupo ASA I y anestesia general, predominaron en cirugías electivas y de emergencia, con respecto a los demás grupos.

Se observó que los usuarios atendidos en cirugía de emergencia de estos dos grupos, percibieron una mejor atención durante la visita preanestésica; la cual, estuvo determinada por una entrevista completa, integral y respondiendo a sus requerimientos perioperatorios, acordes a su intervención quirúrgica. El estado físico ASA II tiene una tasa probable de muerte entre un 0.27% a 0.40% según los estudios publicados por la Sociedad Americana de Anestesiología en 2014. En este grupo predominó un 31% de usuarios para cirugía de emergencia versus al 21% para cirugía electiva, debido a las múltiples enfermedades encontradas como hipotiroidismo, obesidad/sobrepeso, hipertensión, diabetes mellitus e insuficiencia respiratoria. Por lo tanto, estos usuarios, tuvieron una mayor expectativa en la atención, requirieron una información precisa, completa y con amabilidad, además de acompañamiento, seguridad, empatía y confianza ofrecida por el anesthesiólogo.

En un menor porcentaje se presentó el grupo ASA III, con 16% para cirugía de emergencia y 9% para cirugía electiva, cuya estimación de mortalidad se encuentra entre 1.8% y 4.3%. Estos individuos tienen alteraciones sistémicas graves que provocan limitación funcional, no incapacitante y mayor vulnerabilidad; al tener un mayor riesgo de padecer complicaciones graves y e incluso mortales dentro los primeros 30 días postoperatorios. De acuerdo con el tipo de enfermedad y según las modalidades de anestesia a las cuales pueden someterse las personas, el médico anesthesiólogo proporcionó información adecuada para cada una de ellas y al final fue aceptada por el paciente. La anestesia general preponderó en 71% para cirugía electiva y en 81% para cirugía de emergencia. La predilección de este tipo de

anestesia, fue por decisión del paciente, usando su total autonomía, en base a su conocimiento, experiencias previas y por la falta de comprensión de otras modalidades de anestesia.

Además de considerar, que la anestesia general posee una mayor seguridad y confort para el paciente, con un menor índice de complicaciones mayores, con respecto a las demás modalidades. La anestesia regional fue brindada en 4% de individuos para cirugía electiva y 12% para cirugía de emergencia, debido a las características de la enfermedad, al procedimiento quirúrgico realizado y por la desaprobación del usuario para consentir otras modalidades de anestesia. La anestesia raquídea se realizó en el 22% de usuarios para cirugía electiva y 33% para cirugía de emergencia. La mayor aceptación en esta última técnica, fue debido al tipo de procedimiento quirúrgico y el menor tiempo que se requirió para resolver la enfermedad subyacente.

La anestesia peridural fue realizada solo en 1% de pacientes de cirugía electiva. Esta modalidad fue aceptada para manejo integral de dolor postoperatorio y por rechazo a otros métodos anestésicos. No se reportaron individuos con este modelo de anestesia en cirugía de emergencia, por la premura del tiempo y el tipo de procedimiento quirúrgico efectuado.

En la tabla 2 se describe el grado de satisfacción, información y el trato brindado por el anestesiólogo durante la visita preanestésica. En la mayoría de las preguntas de la encuesta, los individuos se encontraron satisfechos con la visita preanestésica efectuada por el médico anestesiólogo, con diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos. En las variables con más significancia estadística, se observó que el anestesiólogo respondió a todas las inquietudes de los usuarios en el 94% de la población estudiada; de los cuales, el 90% de

los sometidos a cirugía electiva estuvieron satisfechos, mientras que para cirugía de emergencia fue superior en el 99% de los individuos.

Una comunicación inadecuada, genera una percepción negativa del paciente con respecto a la visita preanestésica; es por ello, que el 6% de la población, no se sintió conforme con la explicación del médico. La inconformidad del individuo se debe a tres factores, los cuales tienen que ver con el comportamiento del médico, las características del paciente y el proceso administrativo de la institución. En cuanto al médico, porque no logró proporcionar una información correcta, el tiempo fue insatisfactorio para la visita preanestésica o porque usó lenguaje incomprensible que no estuvo acorde al nivel de educación del individuo. Con respecto al paciente, por una actitud defensiva o de miedo frente al médico examinador, por su capacidad de entendimiento limitada o por desconocimiento de los tipos de anestesia y las complicaciones de cada una.

El desconocimiento de la modalidad de anestesia propuesta se presentó en un total de 13 % de los sujetos, 17 % para cirugía electiva y 6% para cirugía de emergencia. Se atribuye por las características anteriormente mencionadas y también porque no habían sido intervenidos quirúrgicamente anteriormente o porque era la primera vez que presentaban en el escenario médico – quirúrgico. El 1% de los pacientes informaron que el anestesiólogo que intervino en su cirugía, no los visitó antes del procedimiento. Este fenómeno se produjo, porque el paciente que negó la valoración relató no haber tenido un contacto previo con el especialista a cargo, sin embargo, tuvo contacto directo con el residente asignado y con el médico anestesiólogo de la consulta preanestésica. Y el otro paciente, explicó que no logró recordar el nombre del médico y su forma física inclusive.

Es importante resaltar, que ningún usuario entró a su cirugía, sin una valoración previa y todos los pacientes entraron a block quirúrgico con la firma de consentimiento informado y hoja de visita preanestésica correctamente llenada. El 5% de individuos que se sometieron a cirugía electiva consideraron que la explicación del procedimiento anestésico no fue adecuada, mientras que para cirugía de emergencia fue un 3 % y a su vez un 3%, advirtió que no se comunicó de manera adecuada de los riesgos inherentes de la anestesia. Una mala comunicación anestesiólogo – paciente puede ser la causa. Proporcionar la información, es tan importante como recibirla, un paciente informado está más tranquilo, cómodo y colaborador.

El 1% de la muestra estudiada consideró que el trato recibido no fue cordial e irrespetuoso, debido a un trato informal del médico que realizó la visita preanestésica. Puede estar justificado por una visita preanestésica en un lugar inapropiado como el pasillo de emergencia, en una silla de ruedas al momento del ingreso al centro quirúrgico o en una silla de oficina de un lugar administrativo. Las personas que acuden a la visita preanestésica, presentan un cierto grado de ansiedad y generan expectativas con respecto a sus experiencias anteriores o de acuerdo al grado de información previa, brindada por el cirujano. El 7% de la población en estudio, afirmó que no volvería a recibir la atención y tampoco acudiría a una nueva consulta preanestésica con el mismo médico.

Los individuos compararon las experiencias nuevas, en relación con las anteriores y ocurrió un cambio en la satisfacción. Esto sucede cuando la diferencia entre la situación actual y la expectativa previa, excede la capacidad de asimilar un acontecimiento o enfermedad diferente, al cual van ser intervenidos. Y, por lo tanto, la satisfacción no solo depende de la congruencia entre lo que espera el paciente, sino lo que ocurre realmente. Frente a una cirugía de emergencia, solo el 3% de los individuos comunicaron que no tuvieron la oportunidad de

realizar preguntas concretas o aclarar sus preocupaciones, acerca del tipo de anestesia que iban a recibir. Esto se dio por información incomprensible, tiempo limitado en la visita, por la urgencia de la intervención quirúrgica o por falta de interés del profesional sobre el caso. Una percepción ligeramente mayor, se presentó en un 5% para cirugía electiva.

Toda la población estudiada, independientemente del tipo de cirugía, consideró que la visita preanestésica es indispensable e irremplazable antes de cualquier tipo de procedimiento quirúrgico. La evaluación preanestésica se convirtió en una instancia muy importante antes de cualquier intervención quirúrgica. Además de ser considerado como un acto médico – legal; evalúa los factores de riesgo del paciente, reduce la ansiedad de los individuos, busca alternativas terapéuticas, optimiza las condiciones médicas de los usuarios, orienta a los sujetos a decidir ante diferentes alternativas de técnicas anestésicas y satisface las necesidades y exigencias que se persiguen en cada operación. De esta manera, se logra mantener una calidad y eficiencia en la administración de recursos de cada área hospitalaria.

En la tabla 3 se expone el grado de satisfacción de la visita preanestésica, con una excelente experiencia, en términos generales. El 36 % de los individuos que se sometieron a cirugía de emergencia, consideraron que la explicación del anesthesiólogo fue regular y buena, al ser confusa e incompleta por el tiempo insuficiente para la valoración y una menor proporción del 27% de los sujetos sometidos a cirugía electiva, respondieron a las causas previas, agregándose, falta de empatía antes los cuestionamientos que surgieron en la entrevista. El 98% de los pacientes estimó que la información prestada fue excelente y buena, debido a la comprensión del tipo de acto anestésico; mientras que el 2%, opinó como regular al no entender en forma adecuada la terminología utilizada para describir las complicaciones anestésicas.

Uno de cada cuarenta pacientes mostró incomodidad por el lugar donde se realizó la visita preanestésica. Las causas reportadas fueron; un espacio físico pequeño, falta de camillas para un adecuado examen físico, valoración en una oficina administrativa y ausencia de privacidad para una correcta interrelación médico – paciente. En la presentación verbal durante la visita preanestésica, 1 de cada 4 pacientes consideró entre regular y buena la atención; debido a la utilización terminología compleja, vocabulario muy rápido con poco entendimiento y apuro en la atención médica. Tres de cada cuatro pacientes consideraron, que la atención anesthesiólogo, así como su trato fue excelente; puesto que mantuvo una adecuada comunicación, explicaciones claras, competencia técnica, clima de confianza, mostró interés en resolver los cuestionamientos y dudas por parte de los individuos.

La visita preanestésica puede realizarse en cualquier momento; siempre y cuando sea antes del acto quirúrgico, de forma sistematizada, ordenada y sin alterar el estado emocional del usuario. Por lo tanto, puede ser efectuada varios días antes de la cirugía, el día previo o el mismo día de la intervención, hasta horas o minutos antes, inclusive. Por lo que depende de la indicación quirúrgica o el grado de complejidad que requiere ser resuelta la patología. El 95% de la población consideró que la valoración prequirúrgica a tiempo, fue buena y excelente. El 24% de los pacientes consideraron a la información sobre la modalidad de la anestesia como buena y regular; por su escaso conocimiento de alternativas anestésicas, uso de nuevos fármacos y poco reconocimiento del papel de la anestesia durante el acto operatorio.

El tiempo de espera para la consulta preanestésica puede generar incomodidad, ansiedad e inseguridad. Muchos pacientes muestran insatisfacción en los tiempos de espera, hasta la complementación de valoraciones y pruebas de rutina. La evaluación preanestésica puede efectuarse en un período de tiempo muy variable, de acuerdo la complejidad de la patología de

base y las morbilidades asociadas. El 28 % de la muestra informó que el tiempo de espera desde la hora citada hasta la atención real, fue entre regular y buena; y la mayoría, correspondiente al 72%, la consideró excelente. La preparación de los individuos que van a someterse a un procedimiento quirúrgico electivo o emergente es indispensable. Permite organizar de forma ordenada, un plan anestésico, con el fin de evitar complicaciones en la inducción anestésica, durante el acto quirúrgico y en el cuidado postoperatorio. El 71 % de la muestra consideró que las indicaciones brindadas en el chequeo preoperatorio fueron excelentes, 28% lo estimaron como buenas y el 1% entre malas y regulares.

En las tablas 4 y 5, se observó que los individuos sometidos a cirugía de emergencia se sintieron más satisfechos (OR: 16,45; IC 95%: 2,18 – 123,98) con respecto al grupo de cirugía electiva. De igual manera sintieron mayor seguridad con la modalidad de anestesia a realizarse en cirugía de emergencia (OR: 3,05; IC 95%: 1,46 – 6,36) en relación con la cirugía programada. Las principales causas de sensación de mayor satisfacción de los usuarios en el ámbito de la emergencia; se debió a una correcta información preanestésica, a la elección de la técnica de anestesia que les brindó mayor seguridad y confianza; pero, sobre todo con la rapidez y eficiencia, que se solucionaron las enfermedades quirúrgicas subyacentes.

Limitaciones: Hay tres limitaciones importantes en este estudio que podrían abordarse en investigaciones futuras. Primero, la falta de estudios previos sobre el tema. Si bien existen numerosos artículos que valoran el grado de satisfacción del usuario de manera general, no existen suficientes, que se enfoquen en la satisfacción del individuo en el ámbito preanestésico, por lo tanto, se recomienda más estudios en ese sentido. Segundo, se considera otra limitación, sobre la ausencia de estudios similares realizados en el Hospital de los valles o en algún otro hospital del país. Y tercero, la población del presente estudio pertenece a un solo centro médico

de la ciudad de Quito, por lo cual puede ser un estudio sesgado, al no poder compararse con otros centros.

Generalización: Consideramos que se puede tomar los resultados obtenidos en este estudio como una referencia estadística local de satisfacción del usuario desde el punto de vista preoperatorio, debido a que incluye una muestra poblacional importante. Además, los hallazgos encontrados no difieren de los reportados en la literatura científica internacional. Sin embargo, no se puede generalizar estos datos debido a que la población en estudio fue tomada solo de un centro de la ciudad de Quito.

Conclusión

El perfil de nuestros pacientes fue, 6% de obesos, 7% de hipotiroideos y 36% entre hipertensos y diabéticos. El grupo ASA II (26%), ASA III (9%), edad, sexo, insuficiencia cardíaca e insuficiencia respiratoria no fueron variables estadísticamente significativas. El 64% recibió anestesia general. En relación con la encuesta de satisfacción, el 6% estuvo insatisfecho en relación a la información brindada por parte el anesestesiólogo, 94% de los pacientes se encontraron satisfechos con las respuestas a sus inquietudes, el 13% de los usuarios no conoció el tipo de anestesia propuesta, el 25% consideró que la explicación no fue adecuada, el 2% comunicó terminología no adecuada y el 1% consideró que el lugar donde se realizó la visita preanestesia no fue apropiado por el espacio físico y falta de privacidad. El desconocimiento de la modalidad de anestesia propuesta se presentó en un total de 13 % de los sujetos, 17 % para cirugía electiva y 6% para cirugía de emergencia. El 71 % de la muestra consideró que el chequeo preoperatorio fue excelente, 28% lo estimaron como buenas y el 1% entre malas y regulares.

Referencias

1. Mira J, Aranaz N. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin*, 114 (2000), pp. 26-33.
2. Hanefeld J, Powell-Jackson T, Balabanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bull World Health Organ*. 2017;95:368-374.[doi:org/10.2471/BLT.16.179309](https://doi.org/10.2471/BLT.16.179309)
3. Oh J, Cho H, Kim YY, Park HJ, Kim HK. An integrative review on development of “QUality Of care Through the patients’ Eyes” (QUOTE) instruments. *J Nurs Care Qual*. 2015;30:E26-E231.[doi:org/10.1097/NCQ.000000000000127](https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000127)
4. Hawkins RJ, Swanson B, Kremer MJ, Fogg L. Content Validity Testing of Questions for a Patient Satisfaction With General Anesthesia Care Instrument. *J PeriAnesthesia Nurs*. 2014;29(1):28-35. [doi:10.1016/j.jopan.2013.05.011](https://doi.org/10.1016/j.jopan.2013.05.011)
5. Alfred M, Ubogaya K, Chen X, Wint D, Worrall PS. Effectiveness of culturally focused interventions in increasing the satisfaction of hospitalized Asian patients. *JBIR Database Syst Rev Implement Rep*. 2016;14(8):219-256. [doi:10.11124/jbisrir-2016-003048](https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-003048)
6. Aranguren Z. Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del Instituto de Previsión del Profesorado de la Universidad Central de Venezuela, durante el último trimestre del 2004. *Acta Odontológica Venezolana* 2009;47(1). 8.
7. 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](https://doi.org/10.1007/bf03019728)
8. Fung, M.M. Cohen. Measuring patient satisfaction with anesthesia care. A review of current methodology. *Anesth Analg*, 87 (1998), pp. 1089-1098
9. Barnett SF, Alagar RK, Grocott MP, Giannaris S, Dick JR, Moonesinghe SR. Patient-Satisfaction Measures in Anesthesia. *Anesthesiology*. 2013;119(2):452-478. [doi:10.1097/aln.0b013e3182976014](https://doi.org/10.1097/aln.0b013e3182976014)

10. Heidegger D, Saal M, Nübling. Patient satisfaction with anaesthesia-Part 1: Satisfaction as part of outcome-and what satisfies patients. *Anaesthesia*, 68 (2013), pp. 1165-1172. doi:org/10.1111/anae.12347
11. Nübling M, Saal D, Heidegger T. Patient satisfaction with anaesthesia - Part 2: Construction and quality assessment of questionnaires. *Anaesthesia*. 2013;68(11):1173-1178. doi:10.1111/anae.12348
12. Royse CF, Chung F, Newman S, Stygall J, Wilkinson DJ. Predictors of patient satisfaction with anaesthesia and surgery care. *Eur J Anaesthesiol*. 2013;30(3):106-110. doi:10.1097/eja.0b013e328357e584
13. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New Engl J Med*. 2009;360(5):491-499. doi:10.1056/nejmsa0810119
14. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*. 2012;116(3):522-538. doi:10.1097/aln.0b013e31823c1067
15. Savery KE, Kleiman AM, Walters SM. Preoperative Assessment and Optimization of Cardiopulmonary Disease in Noncardiac Surgery. *Clin Colon Rectal Surg*. 2023. doi:10.1055/s-0043-1760869
16. Maurer WG, Borkowski RG, Parker BM, Quality and resource utilization in managing preoperative evaluation. *Anesthesiology Clin North Am*. 2004 Mar;22(1):155-75. doi: 10.1016/j.atc.2003.12.001.
17. Fleisher LA, Fleischmann KE, AD de Auerbach, et al. Guía ACC/AHA de 2014 sobre la evaluación y el manejo cardiovascular perioperatorio de pacientes sometidos a cirugía no cardíaca: resumen ejecutivo: un informe del Grupo de trabajo sobre guías prácticas del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón. *Circulación*. 2014; 130 : 2215-2245

18. Flowerdew RM. Preanesthetic evaluation in private practice. *Anesthesiol Clin North Am.* 2004;22(1):141-153. doi:10.1016/s0889-8537(03)00114-7
19. Castillo MCM, Valladares-García J, Abad JJH, Halabe-Cherem J. Valoración preoperatoria en cirugía no cardíaca: un abordaje por pasos. *Gac Med Mex.* 2019;155(3):298-306. doi:10.24875/GMM.18004492
20. Ortiz J, Wang S, Elayda A, Tolpin DA. Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety? *Rev Bras Anesthesiol.* 2015;65:7-13. Available from:doi.org/10.1016/j.bjan.2013.07.009
21. Nagrampa D, Bazargan-Hejazi S, Neelakanta G, Mojtahedzadeh M, Law A, Miller M. A survey of anesthesiologists' role, trust in anesthesiologists, and knowledge and fears about anesthesia among predominantly Hispanic patients from an inner-city county preoperative anesthesia clinic. *J Clin Anesth.* 2015; 27, 97–104
22. Singh PM, Kumar A, Trikha A. Rural perspective about anesthesia and anesthesiologist: A cross-sectional study. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2013; 29:228-34. 17.Kaur H, Singh G, Singh A, Sharda G, Aggarwal S. Evolving with modern technology: Impact of incorporating audiovisual aids in preanesthetic checkup clinics on patient education and anxiety. *Anesth Essays Res.* 2016; 10:502-7
23. Ribeiro CS, Mourão JIdB. Anesthesiologist: the patient's perception. *Rev Bras Anesthesiol.* 2015; 65: 497-503

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
ANEXO B. CARTA DE APROBACIÓN CEISH-USFQ.....	45
ANEXO C. CARTA DE APROBACIÓN DEL HOSPITAL.....	47

ANEXOS

Anexo A. Hoja de recolección de datos.

Bloque 1. Datos generales

No. De documento:	
Establecimiento de salud:	Hospital De Los Valles

Bloque 2. Datos demográficos (marque con una x)

Género	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
Edad (años cumplidos)	18-35 años <input type="checkbox"/>	36-64 años <input type="checkbox"/>	>65 años <input type="checkbox"/>
Lugar de nacimiento	Ciudad:	Provincia:	
Lugar de residencia	Ciudad:	Provincia:	

Bloque 3. Comorbilidades

	Si	No
Hipertensión Arterial		
Insuficiencia Cardíaca		
Diabetes Mellitus		
Obesidad/Sobrepeso		
Hipotiroidismo		
Insuficiencia respiratoria		
Otro		
Especifique		

Bloque 4. 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	Electiva <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>					
Tipo de Anestesia	General <input type="checkbox"/>	Neuroaxial <input type="checkbox"/>	Regional <input type="checkbox"/>	Sedación <input type="checkbox"/>	Neuroaxial <input type="checkbox"/>	Peridural <input type="checkbox"/>	Raquídea <input type="checkbox"/>

Bloque 5. Encuesta de satisfacción y calidad.

<i>Ítem</i>	<i>Pregunta</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
1	El anestesiólogo lo visitó antes de la cirugía		
2	Considera que le explicó adecuadamente el procedimiento anestésico.		
3	Fue informado sobre los riesgos inherentes de la anestesia.		
4	Se sintió a gusto con el trato brindado por parte del anestesiólogo.		
5	El anestesiólogo respondió a todas sus inquietudes.		
6	Conoce usted en que consiste la anestesia propuesta.		
7	Considera que el trato recibido fue cordial y respetuoso.		
8	Se siente cómodo con la valoración médica, aceptaría recibir una nueva atención con el mismo médico.		
9	Usted conoció a su médico anestesiólogo (tratante), antes de iniciar la cirugía.		
10	El anestesiólogo le dio la oportunidad de hacer preguntas o platicar de sus preocupaciones acerca de la anestesia		
11	Considera que la visita preanestésica es fundamental antes de una cirugía.gg		

<i>Ítem</i>	<i>Pregunta</i>	<i>Mala</i>	<i>Regular</i>	<i>Buena</i>	<i>Excelente</i>
1	Qué opinión tiene sobre el anesthesiólogo que realizó su visita preanestésica.				
2	Como fue el trato que recibió por parte del anesthesiólogo durante la visita preanestésica.				
3	Qué opinión tiene del ambiente en el que se le realizó la visita preanestésica				
4	En relación al tiempo de evaluación preanestésica usted considera.				
5	La presentación verbal durante la visita preanestésica considera que fue.				
6	Su percepción de la anestesia es :				
7	Durante su primera consulta antes de la cirugía. ¿Cómo le pareció el tiempo que tuvo que esperar desde la hora de su cita hasta que fue atendido por un anesthesiólogo?				
8	¿Qué tan clara le pareció la explicación por parte de su médico anesthesiólogo?				
9	Usted considera que los términos usados para comunicarse durante la visita preanestésica fueron?				
10	¿Considera que el lugar donde se realizó su visita preanestésica fue?				
11	Que tan satisfecho está con la atención que le brinda el anesthesiólogo				
12	¿Cómo considera el tiempo en el que se realizó la visita preanestésica?				
13	¿La explicación de cómo debería prepararse para la intervención quirúrgica fue?				

Anexo B. Carta de aprobación CEISH-USFQ



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ



Oficio N°. 125-2022-CA-CEISH-USFQ
Quito, 03 de octubre de 2022

Señora
Mayra Villena Galarza
Investigador Principal
Universidad San Francisco de Quito USFQ
Presente

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 evaluó los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos de la investigación "Evaluación de la satisfacción del usuario respecto a la atención provista durante la visita preanestésica en cirugía electiva y de emergencia en el Hospital de los Valles, 2022-2023" con código 2022-066TPG, acordando Aprobar el estudio registrado con los siguientes datos:

Código CEISH-USFQ	2022-066TPG		
Código informe de evaluación CEISH-USFQ	IE02-EX137-2022-CEISH-USFQ		
Area de Investigación	Ciencias de la Salud		
Duración de la Investigación	Seis (6) meses		
Investigadores e instituciones participantes	Nombre	Rel	Institución
	Mayra Villena	Investigador principal	Universidad San Francisco de Quito
	Fabrizio Gonzalez	Director de Tesis	

Documentos aprobados de esta investigación:

	Documentos aprobados	Versión	Fecha	# Pág.
1	Protocolo de investigación	E02	29 ago 2022	06
2	Formulario de consentimiento informado	E02	29 ago 2022	04
3	Formulario de recolección de información y Encuesta	E02	29 ago 2022	03

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 de la investigación.

La vigencia de aprobación de la investigación es de seis (6) meses, desde el 03 de octubre de 2022, hasta el 31 de marzo de 2023.

Recordamos que, usted deberá notificar al CEISH-USFQ del inicio y finalización de la investigación, emitir informe de avance, y cumplir con los demás compromisos contraídos con el CEISH-USFQ en la "Carta compromiso del investigador principal".



UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ



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

cc. Archivos digitales

Adjunto

Informe IE02-EX137-2022-CEISH-USFQ



Anexo C. Carta de aprobación del Hospital

Quito, 27 de junio de 2022

Señor Doctor

Santiago Ruales Bastidas**Director Médico****HOSPITAL DE LOS VALLES - QUITO**

De mi consideración:

Yo, **Mayra Viviana Villena Galarza**, con C.I. 050325101-9, 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 *"Evaluación de la satisfacción de atención y la información brindada por parte del anestesiólogo durante la visita preanestésica en cirugía electiva y de emergencia en el Hospital de los Valles"*, 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 hasta los 75 años de edad, de cualquier grupo étnico, sometidos a cirugías electivas y de emergencia, que serán sometidos a procedimiento quirúrgico bajo anestesia general, neuroaxial, regional y sedación, categorizados como pacientes ASA I y II, que hayan aceptado 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.

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, además se mantendrá completa reserva con los datos personales de cada paciente.

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 y mi agradecimiento.

Atentamente,



Mayra Viviana Villena Galarza

Mayvi87@live.com

*Médico Postgradista de Anestesiología**Universidad San Francisco de Quito*

cc. personal


DR. SANTIAGO RUALES B.
ANESTESIOLOGO
2022 JUN 27 10:52 AM