



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL
ESTADO DE VERACRUZ "DR. RAFAEL LUCIO"



Autor: ELIANE MONTAÑO RAMIREZ
RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE ANESTESIOLOGIA

Director: DR. DONACIANO DEL MORAL GONZALEZ
PROFESOR ADJUNTO ANESTESIOLOGÍA

Codirector: DR. FERNANDO GUERRERO MORALES
ADSCRITO SERVICIO ANESTESIOLOGIA

Asesor metodológico: DR. GERARDO ALONSO ACOSTA
MAESTRO EN INVESTIGACIÓN CARDIÓLOGO PEDIATRA ADSCRITO

Vo. Bo.: DR. B. OLGA AQUINO TAMAYO
JEFE DE ANESTESIOLOGÍA Y QUIRÓFANO

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención en los pacientes post operados del CEMEVA”

Palabras clave: Satisfacción anestésica, calidad de atención

Beneficios: Conocer la calidad de nuestra atención en el periodo perioperatorio de los post pacientes post operados del CEMEVA.

Producto: Tesis de especialidad y/o publicación en revista indexada.

Fecha de registro en la Unidad de Enseñanza e Investigación:

Fecha de autorización por la Comisión de Investigación:

Xalapa, Enríquez., Ver. febrero 2014.

Abreviaturas

CEMEV. Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz

INDICE

INTRODUCCIÓN	
1. ANTECEDENTES	
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
3. JUSTIFICACIÓN	
4. OBJETIVOS	
4.1 Objetivo General	
4.2 Objetivos Específicos	
5. HIPÓTESIS	
6. METODOLOGÍA	
6.1 Tipo de diseño o estudio	
6.2 Criterios de selección	
6.2.1 Criterios de inclusión	
6.2.2 Criterios de exclusión	
6.2.3 Criterios de eliminación	
6.3 Ubicación espacio-temporal	
6.4 Unidad de estudio	
6.5 Procedimiento de la forma de obtención de las unidades de estudio.....	
6.6 Definición, operacionalización y escalas de medición de las variables.....	
6.7 Procedimiento de la forma de medición de las variables.....	
6.8 Tamaño de muestra	
7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	
8. RECURSOS	
9. ÉTICA	
10. LOGÍSTICA	
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
12. ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un cambio importante en las relaciones médico-paciente. Uno de sus efectos es que el resultado de la asistencia sanitaria se mide hoy en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado. En la literatura es más fácil encontrar estudios sobre la satisfacción del paciente con las condiciones de hospitalización o sobre la organización de las urgencias y las consultas, que sobre los resultados de las intervenciones médicas. Sin embargo, es esta última información la más relevante para el clínico. El concepto de "cuidados centrados en el paciente" obedece a este nuevo planteamiento que se basa en: reconocer el papel activo de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente.

En el CEMEV se realizan alrededor **de 700 cirugías mensuales**, entre las que se incluyen cirugías de alta complejidad, y en la que el servicio de Anestesiología participa activamente. Sin embargo, no conocemos la calidad de nuestra atención, en este trabajo se revisará el concepto de satisfacción del paciente como medida del resultado de la actividad asistencial, a fin de tener un panorama objetivo que nos permita mejorar la calidad y por ende la seguridad de nuestros pacientes en el periodo perioperatorio.

1. ANTECEDENTES

El término anestesiología fue propuesto por primera vez en la segunda década del siglo XX con objeto de recalcar las bases científicas de la especialidad. La práctica de la anestesia ha cambiado de modo espectacular en las últimas décadas, la función que juega el anestesiólogo oscila desde ser un consultante hasta un proveedor primario de cuidados. La importancia de su participación es indiscutible, debido a que el principal objetivo del anestesiólogo es: «cuidar que el paciente enfrente en forma segura y cómoda la cirugía»; no obstante, se encarga de todos los aspectos «no quirúrgicos» en el cuidado de los enfermos. Es función del anestesiólogo, realizar valoraciones que le sirvan como herramienta diagnóstica, pronóstica y terapéutica durante las etapas pre, trans y post-anestésica, ya que todas las acciones de nuestra especialidad se realizan perioperatoriamente, es decir, antes, durante y después de los procedimientos anestésicos(1). La anestesia ya no está confinada a la sala de operaciones, ni tampoco se limita a que los pacientes sean insensibles al dolor; en la actualidad, se requiere que los anestesiólogos vigilen, seden y proporcionen anestesia general o regional fuera de la sala de operaciones: en unidades de litotripsia, endoscopia del tubo digestivo, toma de imágenes por resonancia magnética nuclear, tomografía axial computarizada, fluoroscopia, terapia electroconvulsiva, unidades de cateterización cardíaca y procedimientos ambulatorios que requieren, por su corta duración, optimización de la técnica, del tiempo y de los recursos, ya que si son realizados de manera incorrecta pudieran interferir en la calidad de la atención médica y en las expectativas del paciente(2). La calidad es la totalidad de propiedades y características de un producto o servicio basados en su capacidad para satisfacer determinadas necesidades(3). La calidad en el cuidado de la salud ha sido definida como el grado en el cual los servicios incrementan la tasa de resultados óptimos que son consistentes con el conocimiento médico vigente. La calidad de vida es relevante en este contexto y puede ser medida después de la anestesia y cirugía bajo dimensiones objetivas y subjetivas (efectos adversos y satisfacción del paciente, respectivamente)(4).

La gestión médica sirve como enlace permanente entre el beneficiario del sistema y los diferentes prestadores de los servicios de salud, a fin de que pueda proporcionar asesoría tanto al beneficiario como al prestador de las diferentes carteras de servicios y conozcan los diferentes mecanismos para su gestión. Desde el 1º de enero de 2009 en todos los hospitales certificados por el Consejo de Salubridad General según los Estándares Internacionales para la Acreditación de *Joint Commission International*, se crearon las metas internacionales para la seguridad del paciente; su propósito es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente y detectar las áreas problemáticas dentro de la atención médica y describir las soluciones consensuadas para las mismas, basadas tanto en evidencia científica como en el conocimiento de expertos, reconociendo que un diseño sólido del sistema es fundamental para la prestación de atención médica segura y de alta calidad(5).

La satisfacción del paciente es un término que se introdujo en la medicina en los años noventa, conociéndose desde entonces su carácter subjetivo y lo difícil de su medición; hoy por hoy es un gran indicador de la atención y calidad de la asistencia médica, que contribuye a la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado de los servicios de salud(6,7). Muchos factores contribuyen a ésta, incluyendo la accesibilidad de los servicios, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales de la salud y las expectativas o preferencias propias del paciente(8). Por tanto, la satisfacción de los pacientes tras un acto anestésico es una medida de calidad de la asistencia que contribuye a la evaluación final del centro sanitario. A pesar de esto, no existen demasiadas publicaciones al respecto que valoren la opinión de nuestros pacientes en función de la experiencia vivida durante todo el procedimiento quirúrgico(9,10). Diversas teorías psicológicas sugieren que la satisfacción del paciente es un concepto multidimensional que incluye componentes sociodemográficos, cognitivos y afectivos; es la combinación entre las expectativas de éste y la percepción del servicio recibido. Cada paciente comienza con una comparación estándar contra la cual va a juzgar su nueva experiencia; un cambio en la satisfacción ocurre cuando la diferencia entre la situación actual y la expectativa excede la capacidad de asimilar la diferencia por parte del paciente, por lo tanto, la

satisfacción depende de la congruencia entre lo que espera el paciente y lo que ocurre realmente(11-13).

Entre estos componentes, encontramos los relacionados con el paciente, como factores sociodemográficos: edad, sexo, grado de educación, estado marital, ocupación, raza, etc.; 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 los servicios de salud. No ha sido fácil encontrar la relación entre estos factores y la satisfacción del paciente desde el punto de vista estadístico y hasta hoy no es claro cuáles de ellos son los más importantes(14,15). Para la medición de la satisfacción del paciente, se han utilizado instrumentos unidimensionales (escala numérica, escala visual análoga y escalas categóricas tipo Likert) que brindan información global acerca de todo el cuidado en salud recibida, y encuestas multidimensionales de compleja construcción psicométrica que pueden dar información más específica y confiable por la gran cantidad de variables que evalúan (16). A gran escala se han utilizado cuestionarios como el QoR (por sus siglas en inglés *Quality of Recovery Score*) y la versión expandida QoR-40 en países como Australia(17). En general, se ha llegado a la conclusión de que los pacientes se encuentran satisfechos no sólo con el acto anestésico en sí, sino con el resultado final del procedimiento quirúrgico y muchas otras variables como la accesibilidad, la conveniencia de los servicios de salud, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales de la salud y las propias expectativas y preferencias del paciente, variables que se alejan bastante de la propia experiencia anestésica(18,19). En encuestas realizadas a más de 10 mil pacientes en el Reino Unido, en las que se interrogaba sobre satisfacción y anestesia, se ha documentado que los factores que más se relacionan con la **falta de satisfacción** de los pacientes son el despertar transoperatorio, el dolor intenso no controlado, la presencia de náusea y vómito, sed, frío, temblor y mareo, así como la presencia de cualquier complicación en la Unidad de Cuidados Postanestésicos(20). En cuanto a las **variables que se asocian con la satisfacción** de los pacientes en relación con la anestesia se encuentran: la

anestesia regional por el mayor control del dolor postoperatorio, el adecuado trato del anestesiólogo, la edad avanzada, el sexo masculino y el estado físico, según la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA)(21,22). Otro factor que repercute de forma importante en la percepción de satisfacción del paciente con el manejo anestésico, es la visita postanestésica. El anestesiólogo tiene el deber médico y legal de visitar a sus pacientes en el postoperatorio. Es deber del mismo corroborar la recuperación total del manejo anestésico, así como identificar y tratar cualquier complicación potencialmente relacionada con la anestesia(23). El anestesiólogo, durante mucho tiempo, ha sido distinguido como una figura distante e impersonal, hábil y eficiente, pero no tan «real» como otros médicos(24); en un intento de reducir la morbilidad cardíaca perioperatoria, el estudio y la investigación se han centrado, casi exclusivamente, en el manejo anestésico durante los períodos pre y transoperatorios. El postoperatorio ha sido virtualmente ignorado; sin embargo, existe evidencia que sugiere que deberíamos estar dirigiendo nuestra atención a la evaluación del período postoperatorio inmediato, con la misma intensidad que al transanestésico. En 1990, Mangano y colaboradores estudiaron a 474 pacientes varones con enfermedad arterial coronaria (EAC) o con alto riesgo para ella, sometidos de forma electiva a cirugía no cardíaca.

En este estudio, 41% de los pacientes tuvieron isquemia miocárdica postoperatoria, en comparación con sólo 20% antes de la cirugía, y 25% durante la operación. De mayor importancia, estos episodios isquémicos fueron silentes en 97% de los pacientes. Además, aumentó al triple la probabilidad de tener un resultado cardíaco adverso asociado con la aparición de isquemia postoperatoria, similar a la mostrada con los pacientes sometidos a cirugía cardíaca (25). Esto enfatiza la importancia de la visita postanestésica en el bienestar final del paciente y la percepción que se tiene del manejo anestésico en general. Recientemente, Saal demostró el impacto de la visita postanestésica en la relación anestesiólogo-paciente, así como en la satisfacción general con el procedimiento anestésico (26).

El Centro de Especialidades Medicas del Estado de Veracruz CEMEV cuenta con # servicios de atención médica, ofreciendo 10 especialidades médicas y 7 especialidades quirúrgicas para atender los problemas de salud de la población. Por lo tanto, el Servicio de Anestesiología es un pilar fundamental para la atención de sus pacientes. Dado que el CEMEV es un hospital de referencia y debido a sus características se espera un aumento en el número de procedimientos quirúrgicos en los años siguientes, por lo tanto consideramos evaluar la percepción de los pacientes post operados a fin de tener evidencia de la satisfacción del paciente que se verá reflejada en la visita postanestésica, misma que servirá instrumento de evaluación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el CEMEV se realizan alrededor de x cirugías al año, de las cuales un porcentaje % son en pacientes hospitalizados, así mismo se realizan un numero considerable de cirugías complejas tales como transplante renales, neurocirugia y cirugía de corazón abierto, otro grupo de pacientes corresponde a los llamados de ALTO RIESGO PERIOPERATORIO los cuales en un momento dado son sometidos a cirugías simples pero su comorbilidades los incluyen en este grupo de pacientes. En el año 2013 nuestro servicio elaboró la carpeta de gestión con el objeto de realizar indicadores y el plan de mejora, no obstante hasta la fecha desconocemos la calidad que estamos ofreciendo en nuestro servicio, basándose en la satisfacción del paciente como indicador y en la visita postanestésica como instrumento de evaluación. De lo anterior se desprende la siguiente pregunta:

¿ cuál es el grado de satisfacción de los pacientes postoperados en el Centro de Especialidades Médicas del estado de Veracruz CEMEV?

3. JUSTIFICACIÓN

El tener un documento estadístico que nos refleje de manera objetiva la problemática que diariamente tenemos que enfrentar en nuestro servicio nos permitirá tomar acciones que se encaminen a la mejoría de nuestra atención y por ende beneficien a nuestros pacientes.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Conocer la calidad de la atención anestésica basándose en la percepción de los pacientes en términos de satisfacción

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la edad y género de los pacientes hospitalizados en el postoperatorio inmediato
- Identificar el porcentaje de pacientes quienes recibieron visita postanestésica por su anesthesiologo tratante o por residente
- Cuantificar el porcentaje de pacientes que refieren dolor postoperatorio intenso mal controlado
- Conocer el número de pacientes que refieren buena relación medico-paciente con su anesthesiologo
- Determinar el porcentaje de pacientes que entendieron adecuadamente la información del consentimiento informado

5. HIPÓTESIS

- No aplica

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de diseño o estudio

- Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Encuesta descriptiva.

6.2 Criterios de selección

6.2.1 Criterios de inclusión

- Pacientes postoperados que se encuentren hospitalizados
- Pacientes postoperados de cirugía compleja
- Pacientes postoperados de alto riesgo perioperatorio

6.2.2 Criterios de exclusión

- Pacientes postoperados y manejados como ambulatorios

6.2.3 Criterios de eliminación

- No aplica

6.3 Ubicación espacio-temporal

Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz “Dr Rafael Lucio”, durante el periodo comprendido del 01 marzo 2014 a 30 de octubre de 2014.

6.4 Definición operacional de la entidad nosológica y/o variable principal

Se define como calidad de la atención anestésica como el grado en el cual estos procesos incrementan la tasa de resultados óptimos.

6.5 Definición de la unidad o sujeto de estudio (paciente, muestra, expediente, etc.)

- Pacientes hospitalizados en el postoperatorio inmediato y encuesta descriptiva

6.6 Procedimiento de la forma de obtención de las unidades de estudio

- Del censo diario de pacientes generado por el servicio de anestesiología se eligiran los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. A los cuales se les aplicara la encuesta descriptiva diseñada específicamente para nuestro estudio (anexo número 1)

6.7 Factores de confusión

- No aplica

6.8 Definición, operacionalización y escalas de medición de las variables

Variable	Definición operacional	Instrumento de medición	Unidad de medida	Valores o categoría	Escala de medición
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento:	expediente	Años	> 18	Razón
Genero		Expediente	Categórica	Hombre Mujer	Nominal
Cirugía compleja	Procedimiento quirúrgico el cual requiere de manejo especializado y tecnología avanzada para su realización	Expediente	%	0-100	Intervalo
ARPO	Estado físico de los pacientes que por sus comorbilidades son sujetos de potenciales complicaciones	Expediente	%	0-100	Intervalo
Visita postanestésica	Consulta realizada durante las siguientes 24 hrs posteriores a una cirugía	Expediente	%	0-100	Intervalo

6.9 Procedimiento de la forma de medición de las variables y de la aplicación de maniobras a las unidades de estudio

Una vez registrados los datos de los pacientes sujetos del estudio (anexo numero 2), se ingresarán los mismos a una hoja de calculo de excell para estadísticas de los resultados

6.10 Tamaño de muestra

Todos los pacientes postoperados y hospitalizados durante el periodo comprendido de marzo 2014 a octubre 2014

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicaran tablas de distribución de frecuencia, intervalos de confianza asi como graficos de barras y pastel

8. RECURSOS

8.1 Recursos Humanos

- Investigador
- Director
- Residentes del servicio de anestesiología

9. ÉTICA

De acuerdo al artículo 100 del reglamento de la Ley General de Salud correspondiente al Título Quinto en Materia de Investigación para la salud. El presente protocolo de Investigación en seres humanos, se adaptó a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica en donde hay seguridad de que no se expone a riesgos innecesarios al sujeto investigado, el cual debió firmar el consentimiento informado. También como fundamento en el artículo 103, el médico pudo utilizar recursos terapéuticos y/o de diagnóstico en caso necesario, para salvar la vida del paciente, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento, lo anterior siempre sin perjuicio.

De acuerdo al artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud: Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, en nuestro caso sería de tipo I.

Se cumplieron los requisitos establecidos por la Secretaria de Salud consignada en las Normas Técnicas No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de atención de la salud

Por ser una investigación que se realizará en seres humanos se guiará en los conceptos éticos adoptados por la 18° Asamblea Médica Mundial de Tokio Japón (octubre 1975) , la 35° Asamblea Médica Mundial de Venecia Italia (octubre 1983), la 41° Asamblea Médica Mundial en Hong Kong (septiembre 1989) , a la 48° Asamblea General de Edimburgo Escocia, (octubre 2000), nota de certificación del párrafo 29 agregada por la Asamblea General de la AMM Washington (2002) , nota de clarificación del párrafo 30 agregada por la Asamblea General de la AMM Tokio (2004) , y a lo establecido en el código de Helsinki para anestesia el 13 junio de 2010. Así mismo, nos apegamos a las especificaciones del código de Nuremberg y de las buenas prácticas médicas, por lo que solicitó la autorización de un consentimiento bajo información de los participantes.

10. LOGÍSTICA

ACTIVIDAD	MESES			
	DIC 2013 -MAR 2014	ABR - 2014 JUL 2014	AGO SEPT 2014	OCT 2014
Busqueda bibliográfica y diseño del protocolo				
Registro de información				
Análisis estadístico de la información				
Elaboración del trabajo final				
Presentación final				

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12. ANEXOS

Anexo 1.

Encuesta descriptiva

Anexo 2.

Hoja de registro de participantes.(en excel)

ANEXO 3