



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

---

---



## FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE DE PUEBLA  
"BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA"

"EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN POST ANESTÉSICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE:  
EL QoR-15 MODIFICADO"

### TESIS

PRESENTADA  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN

### ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:

DR. ALDO TELLO VILLANUEVA

ASESOR:

DR. FEDERICO AGUILAR AGUILAR

Puebla, Puebla. Enero 2016

# Carta Dictamen

Comité de Investigación y Ética

Hospital General Zona Norte Puebla "Bicentenario de la Independencia"

Nombre: Aldo Tello Villanueva

Especialidad: Anestesiología

Título de la tesis: Evaluación de la satisfacción post anestésica desde la perspectiva del paciente: el QoR-15 modificado

ASESOR EXPERTO

DR. BERNARDO FEDERICO AGUILAR AGUILAR

Médico anestesiólogo del

Hospital General Zona Norte Puebla "Bicentenario de la Independencia"

COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACIÓN

Dr. B. Federico Aguilar Aguilar

Ced. Prof. 8 3 8 2 6 4

Ced. Esp. AECEM - 2 5 9 2 6

5 7 0 8

ASESOR METODOLÓGICO

DR. LUIS ALFREDO IGNACIO HERNÁNDEZ ÁLVAREZ

Jefatura de Enseñanza e Investigación

Hospital General Zona Norte Puebla "Bicentenario de la Independencia"

Dr. Luis Alfredo I. Hernández Álvarez

JEFATURA DE ENSEÑANZA E  
INVESTIGACIÓN

PUEBLA CED. ESP. 2485024  
HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE

DR. LUIS ALFREDO IGNACIO HERNÁNDEZ ÁLVAREZ

Jefatura de Enseñanza e Investigación

Hospital General Zona Norte Puebla "Bicentenario de la Independencia"

Dr. Luis Alfredo I. Hernández Álvarez

JEFATURA DE ENSEÑANZA E  
INVESTIGACIÓN

PUEBLA CED. ESP. 2485024  
HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO CON EL NUMERO 069 PROPORCIONADO POR EL SISTEMA DE REGISTRO EN LINEA DE LA COMISION DE INVESTIGACION EN SALUD (SIRELCIS)

# Índice

<b>1. Resumen</b>	7
1.1 Abstract . . . . .	8
<b>2. Introducción</b>	9
2.1 Definiciones de calidad y satisfacción . . . . .	9
2.2 Causas de insatisfacción . . . . .	12
2.3 Antecedentes históricos . . . . .	13
<b>3. Justificación</b>	16
<b>4. Planteamiento del problema</b>	17
<b>5. Hipótesis</b>	17
<b>6. Objetivos</b>	17
4.1 General . . . . .	17
4.2 Específicos . . . . .	18
<b>7. Material y métodos</b>	19
7.1 Diseño de estudio . . . . .	19
7.2 Metodología . . . . .	19
7.3 Marco de la muestra . . . . .	20
7.3.1 Universo de trabajo . . . . .	20
7.3.2 Muestra . . . . .	20
7.3.3 Unidad de observación . . . . .	20
7.4 Criterios de Selección . . . . .	20
7.4.1 Criterios de inclusión . . . . .	21
7.4.2 Criterios de exclusión . . . . .	21
7.4.3 Criterios de eliminación . . . . .	21
7.5 Definición de variables . . . . .	21
7.5.1 Variables independientes . . . . .	21
7.5.2 Variables dependientes . . . . .	21
7.6 Método de recolección de datos . . . . .	25
7.7 Técnica y procedimiento . . . . .	25

7.8 Análisis Estadístico . . . . .	25
<b>8. Consideraciones éticas</b>	<b>25</b>
<b>9. Resultados</b>	<b>26</b>
<b>10. Discusión</b>	<b>42</b>
<b>11. Conclusiones</b>	<b>44</b>

# Abreviaturas

Abreviatura	Significado
AGB	Anestesia General Balanceada
AGEV	Anestesia General Endovenosa
ARNA-BPD	Anestesia Regional Neuroaxial/ Bloqueo Peridural
ARNA-BSA	Anestesia Regional Neuroaxial/ Bloqueo Subaracnoideo
ART	Anestesia Regional Troncular
ASA	American Society of Anesthesiology
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
DE	Desviación Estándar
EVA	Escala Visual Análoga
HGZB "BI"	Hospital General Zona Norte de Puebla "Bicentenario de la Independencia
LAPE	Laparotomía Exploradora
LUI	Legrado Uterino Instrumentado
MPD	Miembro Pélvico Derecho
OTB	Oclusión Tubaria Bilateral
PRP	Puntaje de Recuperación Post-anestésica
QoR	Del inglés Quality of Recovery Score
RAFI	Reducción Abierta con Fijación Interna

“El hombre se supera a sí mismo infinitamente  
porque siempre está en camino hacia la plenitud infinita”

*-Blaise Pascal-*

# 1. Resumen

**ANTECEDENTES:** La recuperación post anestésica es un proceso complejo que depende del paciente y de las características anestésicas. Múltiples estudios que evalúan la misma se han enfocado en parámetros psicológicos e incidencia de eventos adversos. Sin embargo ignoran la satisfacción de la recuperación anestésica desde la perspectiva del paciente, por lo tanto se han creado herramientas para cuantificarla como el QoR-15.

**OBJETIVO:** Determinar el grado de satisfacción de los pacientes que fueron sometidos a procedimientos anestésicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio clínico transversal y descriptivo. El tamaño de la muestra fue a conveniencia del investigador 100 pacientes. Criterios de inclusión pacientes de género femenino o masculino, de 14 años de edad en adelante, con estado físico ASA I-IV, con comprensión del idioma español, orientados y conscientes, programados para cirugía de manera electiva o urgente en los diferentes servicios quirúrgicos del Hospital. Se excluyeron pacientes que no cumplieron con los criterios anteriores, que no recibieron procedimiento anestésico y que no tenían hoja de recolección de datos completa. Se evaluó el grado de satisfacción post anestésica a través de la encuesta QoR-15 Modificada a las 24 horas de haber finalizado el procedimiento anestésico-quirúrgico; calificando satisfacción excelente cuando la suma de la Parte A (Bienestar mental) y la Parte B (dolor y comodidad física) es mayor o igual a 70. Se aplicó estadística descriptiva (media, DE, varianza, rango, índice de asimetría y curtosis, estadística frecuencial, histogramas trivariadas, graficas de error estándar, diagrama de caja), coeficiente de correlación y diagrama de dispersión.

**RESULTADOS:** El nivel global de satisfacción presente en nuestro estudio fue de 96%, contra un 4% de insatisfacción. Los factores de insatisfacción correspondieron a la presencia de eventos adversos como el dolor moderado, así como la falta de apoyo del médico Anestesiólogo.

Por otro lado podemos observar que los determinantes de satisfacción en nuestro estudio fueron las dimensiones de comodidad física (respirar con facilidad), apoyo psicológico (capacidad para comunicarse con familiares y amigos) y el estado emocional (sensación de bienestar general).

**CONCLUSIONES.** La encuesta QoR-15 Modificada provee una eficiente evaluación de la satisfacción anestésica en el periodo postoperatorio

## 1.1 Abstract

**BACKGROUND:** The post anesthetic recovery is a complex process that depends on the patient and anesthetic properties. Multiple studies evaluating it have focused on psychological parameters and incidence of adverse events. However they ignore the satisfaction of the anesthetic recovery from the patient's perspective, therefore have created tools to quantify as QoR-15.

**OBJECTIVE:** Determine the degree of satisfaction of patients who underwent surgery and anesthesia.

**MATERIAL AND METHODS:** Transversal and descriptive clinical study. Sample size was of 100 patients. Inclusion criteria patients of female and male, aged 14 and older, ASA physical status I-IV, with understanding of Spanish, language oriented and aware, scheduled for elective or emergency surgery at different surgical services Hospital. Patients who did not meet the above criteria, receiving no anesthetic procedure and had no complete collection sheet data were excluded. The degree of post anesthetic satisfaction through survey property QoR-15 to 24 hours after completion of the anesthetic-surgical procedure was evaluated; great satisfaction when describing the amount of Part A (Mental Welfare) and Part B (pain and physical comfort) is greater than or equal to 70. Descriptive statistics (mean, SD, variance, range, skewness and kurtosis index was applied, frequency statistics, histograms trivariates, standard error graphs, box plot), correlation coefficient and scatter plot

**RESULTS:** The overall level of satisfaction present in our study was 96%, against 4% of dissatisfaction. Dissatisfaction factors accounted for the presence of adverse events as moderate pain, and lack of support from the anesthesiologist. On the other hand we can see that the determinants of satisfaction in our study were the dimensions of physical comfort (breathe easily), psychological support (ability to communicate with family and friends) and emotional state (feeling of general well-being).

**CONCLUSIONS.** The QoR-15 property survey provides an efficient evaluation of the anesthetic satisfaction in the postoperative period



## 2. Introducción

La anestesia se considera en la actualidad un procedimiento relativamente seguro gracias al desarrollo de fármacos con menor cantidad de eventos adversos así como a la implementación de procesos de seguridad y al abordaje sistematizado del análisis del error. En consecuencia, es posible afirmar que en las condiciones actuales, el acto anestésico es lo suficientemente seguro como para garantizar en casi todos los casos un éxito de resultados.<sup>1</sup>

Este trabajo ha sido realizado en el Hospital General de Zona Norte de Puebla (HGZN “BI”). Desde su creación en el año 2007, la complejidad de las intervenciones realizadas en el ha ido creciendo y con ello surge la necesidad de la evaluación de la calidad del servicio otorgado en el área de Anestesiología. El objetivo del estudio fue evaluar la satisfacción del paciente luego de la administración de anestesia general, regional o combinada en el HGZN “BI”, aplicando el cuestionario QoR-15.

### 2.1 Definiciones de calidad y satisfacción

La calidad es un concepto con una amplia gama de acepciones.<sup>2,3</sup> Donabedian (1966)<sup>2,3</sup> ya reconocía el problema en la definición de “calidad de la atención médica”. Este autor la definió como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”. De cualquier modo, ya sea de forma implícita o explícita, implica un grado de comparación de alguna cosa o servicio contra otro u otra de la misma especie (más aún, el objeto o servicio puede ser imaginario, si es la primera vez que lo va a conocer o experimentar).<sup>4</sup>

El concepto de calidad puede elevarse tanto como se quiera y una acepción contemporánea indica que calidad es entregar al cliente no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería y que una vez que lo obtenga, se dé cuenta que era lo que siempre había querido.<sup>5,6</sup> Obsérvese que hemos tratado de acercarnos al concepto de calidad visto desde la parte positiva, o en otras palabras, cuando aún no hay queja por parte del paciente. Así las cosas, la calidad en la prestación de servicios médicos no debería ser exclusivamente evaluada desde las perspectivas de las quejas del paciente, no obstante, desde este último ámbito, se podría también evaluar, lo que correspondería a la formación del

concepto de calidad desde la connotación negativa. Es triste ver que así surja un reflejo de la calidad de cierta prestación del servicio, y se pueda extrapolar una calidad basada en fallas.

Calidad y seguridad tampoco son sinónimos, aunque están estrechamente ligados. Calidad y seguridad en la anestesia se evalúan normalmente mediante el análisis de la mortalidad peri operatoria, la morbilidad y los incidentes.<sup>7,8</sup> A pesar de ello, estos métodos de valoración tienen baja sensibilidad y especificidad para perseguir su objetivo.<sup>7</sup> Un margen amplio de seguridad no necesariamente conlleva a un alto grado de calidad, puesto que puede resultar en un bajo grado de calidad, puesto que puede resultar en un bajo grado de satisfacción. Nuevamente resulta más claro cuando lo vemos desde los resultados adversos: Una intervención anestésica con un resultado adverso grave definitivamente motiva a una concepción por parte del paciente de mala calidad en la atención con insatisfacción hacia ésta (aunque de grado variable en cada individuo). En cambio, una intervención segura, sin repercusiones negativas desprendidas de ella sobre el paciente, puede conllevar a una percepción incierta, por parte de éste, sobre la calidad y satisfacción, pudiendo incluso ser comprendida como de mala calidad. Por otro lado, una intervención arriesgada (o sea, insegura), sin secuelas, puede conducir a una satisfacción elevada por parte del paciente, aunque la calidad pudo haberse comprometido. De conformidad con lo expuesto, no puede evaluarse la calidad de la atención, al menos en salud, basados solamente en quejas de los pacientes (medidas de resultado). Se requiere, pues de distintos indicadores clínicos (medidas de proceso).<sup>7</sup>

Calidad de la salud ha sido definida como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad del resultado de salud deseado consistente con el conocimiento profesional actual. La calidad de vida es relevante en este contexto y puede medirse después de la anestesia y la cirugía por las dimensiones objetivas (resultado de tratamiento deseado, el estado funcional) y/o dimensiones subjetivas, como las evaluaciones de bienestar (componente afectivo) y satisfacción del paciente (componente cognitivo).<sup>10</sup>

La expresión “satisfacción del paciente” fue introducida en la práctica clínica en los años noventa, conociéndose desde entonces la gran subjetividad que la acompaña 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. Cuando consideramos valorar la dimensión de la satisfacción personal, inicialmente topamos con una gran barrera dada por la subjetividad de lo que cada individuo entiende por ello, y entonces observamos que dicha concepción va a verse

afectada por muchas variables, dentro de las cuales cabe citar, nivel educativo, estrato socioeconómico, edad, sexo, religión, raza, etc.<sup>9</sup>

El inicio de cualquier experiencia nueva entiéndase en este momento como acto anestésico va a generar en el paciente una comparación contra la cual se va a juzgar este suceso, una comparación llevada a cabo en base a la idiosincrasia de cada individuo, por lo tanto, 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.<sup>10</sup>

Para la medición de la satisfacción, se han ingeniado y validado escalas que nos permiten un acercamiento a dicha percepción, siendo las más conocidas las de tipo unidimensionales (escala numérica, escala visual análoga y escalas de tipo Likert), que nos brindan información global con relación al cuidado de salud recibido, y las encuestas multidimensionales de compleja construcción psicométrica que puedan dar información más específica y confiable por la gran cantidad de variables que evalúan.<sup>9</sup>

En esa medida, el instrumento QoR (del inglés, Quality or Recovery Score) la versión expandida, el QoR-40 y la nueva versión resumida QoR-15, son actualmente las herramientas validadas intencionalmente que nos sirven para el propósito de indagar sobre la satisfacción del paciente sometido a un acto anestésico-quirúrgico.<sup>9,11</sup> No obstante, dichas encuestas, aunque validadas para este fin, ninguna ha sido validada estrictamente en nuestro medio, y el tipo de preguntas pueden no ser apropiadas para el tipo de pacientes que a diario manejamos.<sup>9</sup>

Una de las cuestiones que se deben analizar cuidadosamente es que el acto anestésico-quirúrgico puede entenderse como un todo, es decir, el paciente no va a someterse a una anestesia, sino a una cirugía, y, en consecuencia, entiende a la anestesia como un agregado de la cirugía. Si bien es cierto que el temor a la anestesia es bastante común entre los pacientes, una vez terminado el acto anestésico-quirúrgico la pregunta que mayor predomina en los pacientes es en cuanto a si salió bien en lo referente a la cirugía en sí. En este orden de ideas, tratar de medir la satisfacción anestésica por separado se hace una misión difícil de acometer, puesto que los pacientes se encuentran satisfechos (o insatisfechos) no sólo con el acto anestésico de forma aislada, sino con el resultado final del procedimiento quirúrgico en conjunto,<sup>10,14</sup> además, habrá que sumar 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.<sup>10</sup>

Por lo anotado hasta el momento queda claro que no hay un método único y objetivo con el cual podamos medir la satisfacción “real” del paciente. Ya que el cerebro humano de cada sujeto experimenta la satisfacción como una retroalimentación que le concede plenitud a cierta expectativa consciente o inconsciente (que en términos bioquímicos podría ser lo equivalente a una compensación energética en las distintas regiones del cerebro), la exposición del sujeto a un mismo acto ya conocido puede concederle confianza (en términos de satisfacción), pero no garantiza que la reiteración le resulte satisfactoria, llegando incluso a serle más desconcertante. Entonces, la satisfacción de un mismo individuo puede variar con el tiempo y varía entre las distintas personas en un mismo instante. Ahora, no es fácil para un sujeto en particular describir lo que entiende por satisfacción; por ello, puede ser pertinente preguntar por su contrario, es decir, por lo que entiende por insatisfacción, que aunque tampoco tenga una definición universal, puede ser entendida en términos de inquietud o sufrimiento. Se desprende por consiguiente, que la satisfacción debe validarse con distintas escalas y en distintos períodos de tiempo.

## 2.2 Causas de insatisfacción

Valdés et al,<sup>8</sup> en un estudio sobre los casos que acuden a la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) describe como baja la frecuencia de quejas referidas a la relación médico-paciente como problema principal, aunque si observan elementos de ese tipo al revisar la narración de los hechos de la mayoría de la quejas llevadas ante esta Comisión; este sentido, la relación médico-paciente que ha conllevado a buscar un árbitro entre estos dos actuantes, que definitivamente ha roto la confianza entre el segundo con el primero, pero no necesariamente habla de la calidad del servicio del primero para con el segundo, sino la aparición de un accidente o incidente que desembocó en una ruptura de la relación concebida como grave por parte del atendido que ameritó una queja formal en una instancia como la citada. En este trabajo se observa que la mayor causante de quejas fueron las que se refieren a problemas de estructura y del proceso de atención.

En el estudio de Lacassie et al <sup>21</sup>, llevado a cabo para detectar los factores de calidad más relevantes del período post operatorio nos refiere que el dolor (descrita como leve) fue el síntoma que con mayor frecuencia fue relatado por los pacientes; le siguieron sed, frío y vómitos. Estos resultados coinciden con lo

publicado por Benn <sup>22</sup> quien menciona la náusea y el dolor post operatorio como las complicaciones más indeseables desde el punto de vista del paciente

Analizando la revisión sistemática llevada a cabo por Haller et al,<sup>7</sup> podemos elaborar un entorno de confianza en el cual enmarcar los criterios para basar un estudio que persiga la evaluación sobre calidad de atención en anestesia. Del total de indicadores únicamente 26 medían exclusivamente una dimensión de la calidad de la atención anestésica (por lo general, seguridad y conveniencia). Aquí queda planteado el debate sobre si en anestesia lo ideal es medir su calidad en términos de medidas de resultado o de proceso.

En resumen la satisfacción en anestesia puede tener distintas acepciones que van a depender desde el punto de vista que se tome: por el paciente, por el médico y por los gestores o administradores de salud.<sup>15, 16</sup> Todos son importantes y tiene su especial relevancia e interés dependiendo del objetivo que se quiera estudiar. En el presente estudio nos interesa el punto de vista del paciente.

## **2.3 Antecedentes históricos**

El hecho de revertir el fenómeno anestésico es tan fascinante como la inducción del mismo. La recuperación gradual o súbita de la consciencia, la sensibilidad, la respiración y la fuerza muscular implica una serie de eventos complejos en la eliminación de los agentes farmacológicos que han sido utilizados. En el pasado el objetivo de la mayoría de los anesthesiólogos era que el efecto de estos agentes se terminara simultáneamente.

Anteriormente, los pacientes quirúrgicos eran transferidos directamente de las salas de cirugía a la cama de hospitalización, donde el cuidado inmediato de enfermería variaba mucho llevando a complicaciones que no eran reconocidas y tratadas a tiempo. La experiencia adquirida durante la Segunda Guerra Mundial, hizo obvia la necesidad de un área donde los pacientes pudieran ser observados después de cirugía mientras se recuperaban de la anestesia. Con la primera sala de recuperación establecida en la Mayo Clinic en 1948, unidades como esta fueron creando en la mayoría de otros hospitales.

La necesidad de la documentación y evaluación de la condición física de los pacientes a su llegada a la sala de recuperación post anestésica, resulta del patrón desorganizado de índices que incluyen los signos vitales, las complicaciones y si se utilizó o no una vía aérea artificial. La falta de unidad de criterios hizo aparente el requerimiento de establecer un sistema puntual reconocido que indicara la condición de llegada del paciente, su progreso hacia la recuperación de reflejos y consciencia y sobre todo, si los pacientes podían ser

trasladados a la zona de hospitalización donde el cuidado de enfermería es menos intenso y donde la valoración es menos frecuente.<sup>18</sup>

En 1970, un intento para medir y documentar el curso de la recuperación gradual de la anestesia, se propuso y publicó como Puntaje de Recuperación Post-anestésica (PRP). Este intento de cuantificar de la manera más objetiva posible se diseñó como una variante del puntaje de Apgar (Apgar 1953), utilizado para evaluar los neonatos en el momento del nacimiento.<sup>17</sup>

Aunque uno quisiera tener un método ideal de evaluación, se debe reconocer que el puntaje de PRP, como fue descrito clásicamente (no considera la posibilidad de algunas condiciones clínicas), tiene limitaciones.

En otro tenor la introducción en la conceptualización de la calidad en la prestación de servicios de salud se afianzó en lo que se había concebido primero en lo entendido como calidad en la industria manufacturera, habiéndose implantado por primera vez en 1982 por el Gobierno Federal de los Estados Unidos para los beneficios de Medicare; por tanto, la evaluación de calidad se hizo con elementos genéricos que distaban bastante del ideal.<sup>7</sup> Entendido el paciente como un cliente, la calidad se podría medir en cuanto se pueda satisfacer la necesidad de éste, es decir, cuando él se siente comprendido, bienvenido, importante, cómodo, en confianza, escuchado, seguro, valioso y satisfecho, entre otros.<sup>4</sup>

Myles y colegas desarrollaron QoR (Quality of Recovery) una escala de medición de resultados peri operatorios y para una revisión clínica.<sup>12</sup> La escala incluye ítems derivados de una larga lista de 40 detalles de medición que incluyen dimensiones tales como el estado de bienestar, ayuda de otros, comprensión de instrucciones, función respiratoria, función intestinal, náusea y dolor entre otros. Análisis psicométricos encontraron que la escala mostró una buena validación y consistencia interna, con factores tales como la invasión de la cirugía, duración de la estancia intrahospitalaria y toda clase de predictores de puntaje de calidad de la recuperación.<sup>19</sup>

El cuestionario QoR-15 es un instrumento que mide 15 ítems con una puntuación total de 150 puntos y ha demostrado su confiabilidad y eficacia en relación a su generadora (el QoR-40), y que puede aplicarse en menos de 3 minutos.<sup>14</sup> La población en donde se validó la prueba puede diferir de la nuestra, y debido al contexto poblacional de nuestro medio (estrato socio económico bajo así como altas tasas de analfabetismo) fue necesario modificar la encuesta original con el agregado de una subdivisión de la EVA de la Parte A de la encuesta con tres sub divisiones (Mal, Regular y Excelente) así como la inclusión en la Parte B de la Escala de evaluación de caras (Wong-Baker FACES Pain Rating Scale) para

la mejor identificación de los síntomas estudiados. El anexo muestra el QoR-15 modificado que aplicamos en esta investigación.<sup>20</sup>

En correspondencia con lo anotado en el párrafo anterior, cabe comentar que la satisfacción para el servicio de anestesia ha sido un tema de gran interés y desarrollo habiéndose desarrollado estudios precedentes que han servido para el mismo propósito que nos concierne ahora, y que en conjunto han arrojado porcentajes altos de satisfacción del paciente sometido a anestesia, que se correlacionan apropiadamente con los hallazgos mundiales en esta materia.<sup>9, 12</sup>

Por último, se requiere una herramienta que no sea tan simple como las unidimensionales (escala verbal análoga), que brindan poca información pero tampoco tan compleja que resulte casi imposible de aplicar en la cotidianidad, como lo sería el QoR-40, máxime el volumen de trabajo que se maneja a diario, pero con la limitación de darle una interpretación adaptado a nuestras realidades, con lo cual no puede afirmarse que se ha hecho con un instrumento validado internacionalmente.

# Justificación, planteamiento del problema, hipótesis y objetivos

## 3. Justificación

El Hospital General Zona Norte de Puebla “Bicentenario de la Independencia” (HGZNP BI) es un importante hospital en el que se brinda una amplia gama de servicios, y en el que se lleva a cabo una gran cantidad de cirugías y por ende, de procedimientos anestésicos, por lo que muchos pacientes son sometidos a diversos eventos.

Resulta por tanto necesario realizar procedimientos anestésicos seguros, y adaptados a todo tipo de pacientes, en los que se integre el más avanzado conocimiento científico aunado al más comprometido esfuerzo humano. No obstante se requiere saber cuán satisfechos se hallan los pacientes sometidos a los distintos tipos de anestesia, y dicha valoración deberá hacerse idealmente con un instrumento estandarizado mundialmente, y en ausencia en la bibliografía actual de dicha herramienta, usar uno validado como el QoR-15, adaptado a las particularidades propias de nuestra región.

El no saber con certeza el grado de satisfacción de nuestros pacientes nos conlleva a realizar procedimientos anestésicos quizá clínicamente seguros, pero no con el resultado esperado en el paciente con relación a su grado de aceptación, lo cual podrá influir negativamente en la evolución posoperatoria subsiguiente, o cuando nuevamente tenga que verse sometido a un procedimiento similar. De igual manera, conocer el grado de satisfacción del paciente con la anestesia brindada nos fortalecerá a seguir manteniendo los estándares que manejamos, o en caso de hallar un resultado adverso, nos proporcionará evidencia para subsanar los posibles errores en que estamos concurriendo.

Si bien es cierto que se han hecho estudios similares en nuestro servicio, se han empleado diversos formatos de encuesta, y han tenido enfoques diferentes. Empero, la satisfacción y calidad del servicio a nuestros derechohabientes es un tópico que se debe estar vigilando constantemente, y las herramientas para su evaluación deben estar actualizadas a los rápidos cambios que se producen en nuestra especialidad.



## **4. Planteamiento del problema**

¿Cuál será el grado de satisfacción de los pacientes que fueron sometidos al procedimiento anestésico, cuantificado a través de la prueba validada QoR-15 Modificada aplicada durante el periodo de recuperación en el Hospital General Zona Norte de Puebla “Bicentenario de la Independencia”?

## **5. Hipótesis**

El grado de satisfacción de los pacientes que fueron sometidos al procedimiento anestésico en el Hospital General Zona Norte de Puebla, “Bicentenario de la Independencia” fue excelente

## **6. Objetivos**

### **6.1 General**

Determinar el grado de satisfacción de los pacientes que fueron sometidos a procedimientos anestésicos en el Hospital General Zona Norte de Puebla, “Bicentenario de la Independencia”

### **6.2 Específicos**

- Determinar las diferentes técnicas anestésicas administradas al paciente y su relación con el grado de satisfacción percibida por el paciente.

- Especificar si existen diferencias en términos de satisfacción con las diferentes técnicas anestésicas.
- Indicar la principal causa atribuida por el paciente como la que mayor grado de satisfacción anestésica le produjo.
- Indicar la principal causa atribuida por el paciente como la que menor grado de insatisfacción anestésica le produjo.
- Evaluar el bienestar físico-mental a las 24 horas post anestésicas

# 7. Material y métodos

## 7.1 Diseño del estudio

Ensayo transversal, descriptivo, observacional, serie de casos en pacientes sometidos a cualquier tipo de procedimiento anestésico en el Hospital General Zona Norte de Puebla “Bicentenario de la Independencia”, que cumplieran con los criterios de inclusión, en el periodo comprendido de marzo a junio de 2015.

## 7.2 Metodología

Previa revisión y aprobación por el Comité de Investigación del Hospital General Zona Norte de Puebla “Bicentenario de la Independencia”, se realizó por parte del residente tesista la encuesta a los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, con un tiempo post anestésico mínimo de 24 horas y no mayor de 72 horas, en el período de tiempo comprendido entre marzo y junio de 2015.

De la programación de cirugía del día anterior a la fecha de aplicación de la encuesta, se procedió a la selección de los posibles candidatos a ser evaluados, se revisó el expediente clínico, se visitó a la cama asignada y se le aplicó la encuesta.

Se aplicó la encuesta QoR-15 Modificada a los pacientes. Se preguntó verbalmente a todo paciente entrevistado que calificara de 0 a 10, donde cero es igual a escasa satisfacción y diez equivale a excelente satisfacción; cada una de las situaciones que se mencionan en la Parte A correspondiente a la valoración del bienestar mental; y la Parte B de la encuesta que corresponde a los ámbitos de dolor y comodidad física. Se calificó de 10 a 0, donde diez significa que nunca se presentó malestar y cero que se presentó malestar todo el tiempo.

La interpretación global de la QoR-15 Modificado fue la siguiente: hubo satisfacción excelente cuando la suma de la Parte A y la Parte B fue mayor o igual a 70. Así mismo, se consideró insatisfacción global cuando la suma antes mencionada fue menor a 70

Los datos demográficos de la hoja de recolección de datos (Anexo [QoR-15 modificado]), como son edad, género, escolaridad, estado físico de la ASA, raza, cirugía realizada, técnica anestésica, servicio tratante, diagnóstico, antecedentes

anestésicos, tipo de cirugía (electiva o de urgencia), presencia o no de complicaciones, se tomaron del expediente clínico.

### **7.3 Marco de la muestra**

#### **7.3.1 Universo de Trabajo**

Pacientes sometidos a cualquier tipo de procedimiento anestésico en el Hospital General Zona Norte de Puebla “Bicentenario de la Independencia”, que cumplieran con los criterios de inclusión, en el periodo comprendido de marzo a junio de 2015

#### **7.3.2 Muestra**

Se realizó por conveniencia, habiendo calculado un tamaño mínimo de 100 pacientes para un poder de 80% discriminatorio del tipo de procedimiento anestésico ofrecido en el Hospital General Zona Norte de Puebla “Bicentenario de la Independencia”

#### **7.3.3 Unidad de observación**

Paciente de 14 años de edad en adelante, programados de manera electiva o de urgencia para cirugía de cualquier servicio tratante en el Hospital General Zona Norte de Puebla “Bicentenario de la Independencia”.

### **7.4 Criterios de selección**

#### **7.4.1 Criterios de inclusión:**

- Pacientes de género femenino o masculino
- Pacientes de 14 años de edad en adelante
- Pacientes con estado físico ASA I, II, III y IV
- Pacientes con comprensión del idioma español
- Pacientes conscientes y orientados

- Pacientes con protocolo completo para cirugía
- Pacientes sometidos a cualquier tipo de procedimiento anestésico

#### **7.4.2 Criterios de exclusión:**

- Pacientes menores de 14 años de edad
- Pacientes que no puedan comunicarse verbalmente
- Pacientes sin comprensión del idioma español
- Pacientes con historia conocida de toxicomanías o abuso de alcohol
- Pacientes con historia de enfermedades psiquiátricas
- Pacientes que no hayan recibido procedimiento anestésico
- Pacientes que no desearon participar en el estudio

#### **7.4.3 Criterios de eliminación**

- Paciente con hoja de recolección de datos incompleta.
- Incomprensión del idioma español

### **7.5 Definición de variables**

#### Metodológica

**7.5.1 Variables independientes:** sexo, escolaridad ASA, raza, cirugía, técnica anestésica, especialidad quirúrgica, diagnóstico, anestésicos previos, presencia de complicaciones, tipo de cirugía (electiva o de urgencia), duración de la anestesia y duración de la cirugía.

**7.5.2 Variables dependientes:** respirar fácilmente, disfrutar la comida, sentirse descansado, dormir bien, aseo personal e higiene, hablar con familiares o amigos, apoyo por el anestesiólogo, sentirse cómodo y con autocontrol, bienestar general, intensidad del dolor, náusea o vómito, preocupación o ansiedad, tristeza o depresión, satisfacción, principal causa de satisfacción, principal causa de insatisfacción

<b>Variables Demográficas</b>		
<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición operativa</b>
<b>Edad</b>	Es el tiempo transcurrido de una persona desde su nacimiento hasta el momento actual	Se tomará en cuenta la edad referida por los pacientes sometidos a anestesia
<b>Sexo</b>	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina	Se tomará el sexo referido por el paciente
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente y que le hacen acreedor a un título	Se tomará en cuenta el título o grado más alto que el individuo haya alcanzado al momento del estudio
<b>ASA</b>	Es la escala de la Asociación Americana de Anestesiología, para clasificar el estado físico del paciente antes de someterse al acto anestésico-quirúrgico. Considera 6 grados	Define el estado físico de los pacientes sometidos a anestesia. Para fines de este estudio, se considerarán los grados 1,2,3 y 4
<b>Raza</b>	Casta o calidad de origen o linaje	Se anotará la raza a la que dice responder el paciente
<b>Variables de Estudio</b>		
<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operativa</b>
<b>Diagnóstico</b>	Calificación que da el médico a la enfermedad según los síntomas-signos que advierte y/o apoyado en diferentes recursos clínicos y paraclínicos	Es el diagnóstico por el que el paciente fue llevado a cirugía, anotado en la historia clínica por el médico cirujano responsable del paciente
<b>Cirugía</b>	Es el nombre del procedimiento quirúrgico que se ejecuta sobre el cuerpo humano vivo, con ayuda de instrumentos adecuados, con finalidad curativa o paliativa	Es el nombre del procedimiento quirúrgico con el que el cirujano describe la principal intervención ejecutada en el paciente anestesiado
<b>Anestesia</b>	Es el tipo de anestesia que el anestesiólogo aplica a un paciente que va a ser sometido a cirugía, con el fin de producir insensibilidad parcial o completa, y que	Será el tipo de anestesia anotado en el registro anestésico

	entraña reversibilidad	
<b>Especialidad quirúrgica</b>	Es la especialidad a la que pertenece el cirujano que ejecuta el procedimiento quirúrgico	Se tendrá en cuenta la especialidad quirúrgica tratante y que aplica la operación
<b>Tipo de cirugía</b>	Se considera electiva si se trata de una cirugía que se programa con anticipación. Se considera cirugía de urgencia si la evolución es aguda y de no realizarse puede originar complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente	Se tomará en cuenta si es electiva o de urgencia conforme aparezca en el registro anestésico
<b>Anestesia Previa</b>	Si un individuo se ha sometido a un procedimiento anestésico previo, sin importar la modalidad empleada	Sólo se considerará la presencia de complicaciones anotadas en el registro anestésico
<b>Complicación</b>	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología inter recurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado	Se registrará la presencia de complicaciones anotadas en el registro anestésico
<b>Respirar fácilmente</b>	Referencia del paciente del acto de respirar sin que presente incomodidad o limitación (ausencia de cualquier grado de disnea)	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0-10 la frecuencia de esta variable en el período post anestésico
<b>Disfrutar la comida</b>	Referencia del paciente en cuanto al gusto que le halle a la comida o del apetito que tenga	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0-10 la frecuencia de esta variable en el período post anestésico
<b>Sentirse descansado</b>	Referencia del paciente a un sueño reparador	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0-10 la frecuencia de esta variable en el período post anestésico
<b>Dormir bien</b>	Referencia del paciente en cuanto a su ausencia de cansancio	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0-10 la frecuencia de esta variable en el período post anestésico
<b>Aseo personal e higiene</b>	Es la capacidad del	Se cuantificará en una

	paciente en poder auto cuidarse así sea mínimamente	escala verbal análoga de 0-10 la frecuencia de esta variable en el período post anestésico
<b>Hablar con familiares y amigos</b>	Referencia del paciente en cuanto a la buena relación médico-paciente, en este caso del anestesiólogo	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0-10 la frecuencia de esta variable en el período post anestésico
<b>Sentirse cómodo y con autocontrol</b>	Referencia del paciente en la calidad de su comodidad general y en poderse sentirse bien de forma general	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0-10 la frecuencia de esta variable en el período post anestésico
<b>Bienestar General</b>	Referencia del paciente en la sensación de sentirse bien de forma general.	Se cuantificará en una escala verbal análoga de 0-10 la frecuencia de esta variable en el período post anestésico
<b>Intensidad del dolor</b>	Experiencia sensorial y emocional; aguda, generalmente desagradable, asociada a una lesión tisular potencial o real; en este caso producido por el acto quirúrgico o incluso por la misma anestesia	El paciente encuestado calificó subjetivamente su dolor como moderado o intenso; luego a cada uno de ellos lo calificará en una escala verbal análoga (10-0) la frecuencia de cada uno de estos ítems
<b>Náusea o vómito</b>	El deseo de vomitar (náusea) o el vómito en sí, esto es la expulsión por la boca del contenido gástrico	Se cuantificó en una escala verbal análoga de 10-0 la frecuencia de esta variable en el período post anestésico
<b>Preocupación o ansiedad</b>	Preocupación: intento cognitivo-verbal dirigido a evitar posibles eventos negativos futuros. Ansiedad. Estado emocional causado por la inseguridad o el temor	Se cuantificó en una escala verbal análoga de 10-0 la frecuencia de esta variable en el período post anestésico
<b>Tristeza o depresión</b>	Tristeza: vivencia afectiva de aflicción y opresión interna, de pesadumbre, abatimiento y vacío, de melancolía del tiempo. Depresión: Alteración afectivo-conductual, caracterizado por sentimientos de tristeza, inhibición de ideas y psicomotora	Se cuantificó en una escala verbal análoga de 10-0 la frecuencia de esta variable en el período post anestésico



## **7.7 Método de recolección de datos**

Llenado de encuesta QoR-15 Modificada

## **7.8 Técnica y procedimiento**

Durante los meses de marzo de 2015 hasta junio de 2015 se identificaron a los pacientes post operados de manera electiva o urgente de los diversos servicios tratantes: Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Angiología, Neurocirugía, Oncocirugía, Coloproctología y Cirugía Plástica y Reconstructiva; se les invitó a participar en el estudio, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, se llenó la encuesta QoR-15 Modificada a las 24 horas, para valorar el grado de satisfacción post anestésica.

## **7.9 Análisis estadístico**

Los datos se tabularon en hoja de cálculo con ayuda del programa Microsoft Excel 2010. Se aplicó estadística descriptiva (media, derivación estándar, varianza, rango, índice de asimetría y curtosis, estadística frecuencial, histogramas trivariabales, graficas de error estándar, diagrama de caja), coeficiente de correlación y diagrama

# **8. Consideraciones éticas**

El presente protocolo se realizó de acuerdo a las normas éticas del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud y con la Declaración de Helsinki de 1975 y modificado en 1989, y con los Códigos y Normas Internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

El estudio se apegó a las normas y reglamentos institucionales y a los de la Ley General de Salud.

Los procedimientos anestésicos y quirúrgicos se llevaron a cabo conforme al apego del marco legal, establecido en La Ley General de Salud, así como dentro del marco legal de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla y la Norma Oficial Mexicana de Anestesiología.

## 9. Resultados

La muestra del estudio estuvo conformada por 100 sujetos, por lo que  $n=100$  de los cuales 37 (37%) fueron del género masculino y 63 (63%) del femenino, el promedio de edad de la muestra estudiada fue de  $34.93 \pm 16.12$  años; 14 años fue el valor mínimo y 86 años el máximo, con un rango obtenido de 72. Respecto al índice de asimetría en relación con la edad, vemos que  $\alpha_3=0.91$ , lo que indica que la distribución con respecto a la edad estuvo sesgada a la derecha, esto se explica debido a que el sujeto de 86 años con respecto a la media (34.96 años) está alejado. Así mismo, en la curtosis, el valor obtenido fue de  $\alpha_4=0.179$  indicando que la distribución estudiada es plana, esto es debido a que el rango es muy grande (72 años) con respecto al tamaño de la muestra. (Ver tablas 1 y 2)

**Tabla 1** Distribución porcentual respecto al género

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Masculino</b>	37	37
<b>Femenino</b>	63	63
<b>Total</b>	100	100

Distribución porcentual de la muestra, donde se observa que la moda corresponde al género femenino con 63 mujeres.

**Tabla 2** Estadística descriptiva respecto a la edad

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media		Desviación	Varianza	Asimetría	Curtosis
						Error típico	Estándar			
<b>Edad</b>	100	72.00	14.00	86.00	34.9600	1.61288	16.12885	260.140	0.910	0.179

Valores obtenidos con el cálculo de la estadística descriptiva, llama la atención la densidad del rango con respecto al tamaño de la muestra lo que explica el valor de la curtosis

Respecto al nivel de instrucción de la muestra estudiada, observamos que un 33% tenían primaria, 33 (33%) secundaria, 29 (29%) preparatoria, 4 (4%) licenciatura y 1 persona tenía carrera técnica. Por lo que compete a los tres primeros niveles de instrucción (primaria, secundaria y preparatoria) la muestra es proporcional a la percepción de la encuesta aplicada, lo que significa que no se esperarían un sesgo con respecto a la escolaridad. (Ver tabla 3)

**Tabla 3** Nivel de Instrucción de la Muestra Estudiada

Grado	Frecuencia	Porcentaje
<i>Primaria</i>	33	33.0
<i>Secundaria</i>	33	33.0
<i>Preparatoria</i>	29	29.0
<i>Licenciatura</i>	4	4.0
<i>Técnica</i>	1	1.0
<b>Total</b>	100	100.0

Se observa la distribución porcentual respecto al nivel de instrucción.

La distribución porcentual de la muestra en relación con el servicio tratante se observó que 32 sujetos (32%) fueron atendidos por el servicio de Cirugía General, 7 (7%) por Traumatología y Ortopedia, 4 por Neurocirugía, 40 por Ginecología y Obstetricia, 3 (3%) Oncocirugía, 4 (4%) Coloproctología, 1 (1%) Oftalmología, 3 (3%) Angiología y 4 (4%) por Cirugía Plástica y Reconstructiva; se observa que la moda estuvo en el servicio de Ginecología y Obstetricia seguido de cirugía general, indicando la demanda de atención con respecto a estos dos servicios. (Ver Tabla 4)

**Tabla 4** Distribución Porcentual con respecto al Servicio Tratante

Servicio Tratante	Frecuencia	Porcentaje
<i>Cirugía General</i>	32	32.0
<i>Trauma y Ortopedia</i>	7	7.0
<i>Neurocirugía</i>	4	4.0
<i>Ginecología y Obstetricia</i>	40	40.0
<i>Oncocirugía</i>	3	3.0
<i>Otorrinolaringología</i>	2	2.0
<i>Coloproctología</i>	4	4.0
<i>Oftalmología</i>	1	1.0
<i>Angiología</i>	3	3.0
<i>Cirugía Plástica y Reconstructiva</i>	4	4.0

Distribución frecuencial y porcentual respecto al servicio tratante donde la moda fue el servicio de Ginecología y Obstetricia.

La distribución porcentual en relación al tipo de cirugía realizada evidencia que el 59% fue cirugía urgente y el 41% electiva; sin embargo en la relación 0.59 y 0.41 no se puede establecer una tendencia estadística respectivamente con respecto al tipo de cirugía, esto es, existe una tendencia a  $p=0.5$  (50%) a que la cirugía pueda ser urgente o electiva. (Ver tabla 5)

**Tabla 5** Distribución Porcentual con Respecto al Tipo de Cirugía

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
<i>Urgente</i>	59	59.0
<i>Electivo</i>	41	41.0
<b>Total</b>	100	100.0

Distribución porcentual respecto al tipo de cirugía, cabe mencionar que los valores obtenidos tienden al  $p=0.5$

Al analizar la distribución porcentual con respecto a la cirugía realizada se encontró que a 1 sujeto se le realizó apendicectomía laparoscópica, 2 plastía umbilical, 4 RAFI, 3 craneotomía, 4 apendicectomía abierta, 7 histerectomía total abdominal, 2 colocación catéter Tenckhoff, 2 amputación de orjejo, 2 drenaje de absceso, 1 recambio de válvula, 4 aseo quirúrgico, 1 panendoscopia, 1 derivación ventrículo peritoneal, 1 tumorectomía, 1 reconexión intestinal, 1 toracotomía izquierda, 1 toma de biopsia, 1 estabilización lumbar, 1 estabilización cadera, 15 cesárea Kerr, 5 LAPE, 4 exceresis, 6 LUI, 2 OTB, 2 marsupialización, 1 turbinoplastía, 1 septumplastía, 2 fistulectomía, 1 hemorroidectomía, 1 revisión de lesión, 1 tiroidectomía, 7 colecistectomía laparoscópica, 1 plastía inguinal, 1 colecistectomía abierta, 1 amputación supra condílea MPD, 2 safenectomía, 3 balneoterapia, 1 revisión de cicatriz y 3 panendoscopia.

La moda de la distribución fue la cesárea tipo Kerr con 15 mujeres, seguida de los procedimientos quirúrgicos histerectomía total abdominal y colecistectomía laparoscópica con 7 sujetos cada una, cabe mencionar que con respecto a la evaluación de la satisfacción de los pacientes, la distribución de la muestra es representativa debido a la variabilidad de intervenciones quirúrgicas realizadas en la muestra estudiada.

Al analizar la técnica anestésica que se utilizó en la muestra estudiada se encontró que en 33 (33%) pacientes se empleó AGB, en 35 (35%) ARNA combinado, en 13 ARNA BPD, 6 (6%) Sedación total, 1 (1%) Sedación, 2 (2%) ART, 2 (2%) ARNA BSA y en 8 AGEV, por lo que la moda de la distribución fue la técnica ARN empleada en 35 sujetos, seguida por la técnica AGB empleada en 33 sujetos. (Ver tabla 6)

**Tabla 6** Distribución Porcentual de la Técnica Anestésica Utilizada

Técnica	Frecuencia	Porcentaje
<i>AGB</i>	33	33.0
<i>ARNA Combinado</i>	35	35.0
<i>ARNA BPD</i>	13	13.0
<i>Sedación Total</i>	6	6.0
<i>Sedación</i>	1	1.0
<i>ART</i>	2	2.0
<i>ARNA BSA</i>	2	2.0
<i>AGEV</i>	8	8.0
<i>Total</i>	100	100.0

Se observa que la moda de la técnica anestésica fue la ARNA Combinado empleada en 35 sujetos.

Al analizar la evaluación ASA en los pacientes del estudio se encontró que 45 (45%) fueron evaluados con I, 35 (35%) con II, 13 (13%) con III, 7 (7%) con IV, siendo la moda I con 45 sujetos seguido por II con 35 sujetos, siendo la proporción de ambas con respecto a la muestra de  $p=0.8$  por lo que la gravedad y las comorbilidades asociados en la muestra no generaron ningún sesgo con las evaluaciones aplicadas en el presente estudio. (Ver tabla 7)

**Tabla 7** Análisis Porcentual de la Evaluación ASA a los Pacientes de la Muestra

ASA	Frecuencia	Porcentaje
<i>I</i>	45	45.0
<i>II</i>	35	35.0
<i>III</i>	13	13.0
<i>IV</i>	7	7.0
<i>Total</i>	100	100.0

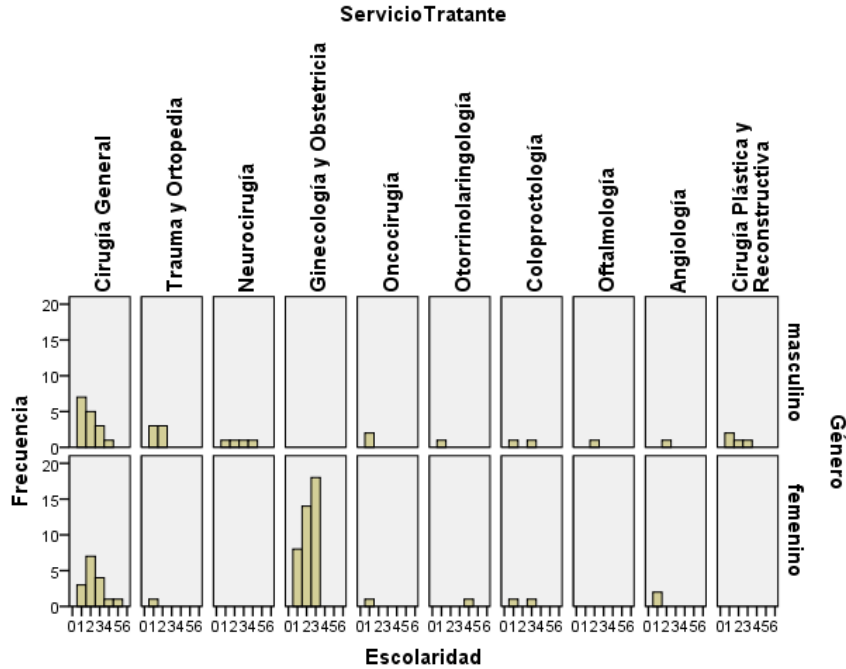
Se observa que la moda es I con 45 sujetos.

Con respecto a la experiencia previa con algún tipo de anestésico se encontró que en 33 (33%) de sujetos de la muestra manifestaron haber tenido antecedentes con algún tipo de anestésicos y 67 (67%) no lo tuvieron.

Se analizó el servicio tratante y la escolaridad respecto al género en donde se encontró que los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por el servicio de cirugía general en el caso de los hombres presentaron una distribución

decreciente, esto es la mayor cantidad de sujetos eran de primaria y decrecen en forma paulatina hasta los de licenciatura, en el caso de las mujeres la distribución tiende a lo normal, con respecto al análisis de la distribución de las pacientes que fueron intervenidas por el servicio de Ginecología y Obstetricia siendo la segunda en frecuencia, con comportamiento creciente, siendo menor la frecuencia de las que tenían instrucción de primaria y la mayoría de preparatoria, es de mencionar que el nivel de instrucción y el servicio tratante pueden generar algún tipo de sesgo con respecto a la percepción de los efectos de la anestesia. (Ver gráfica 1)

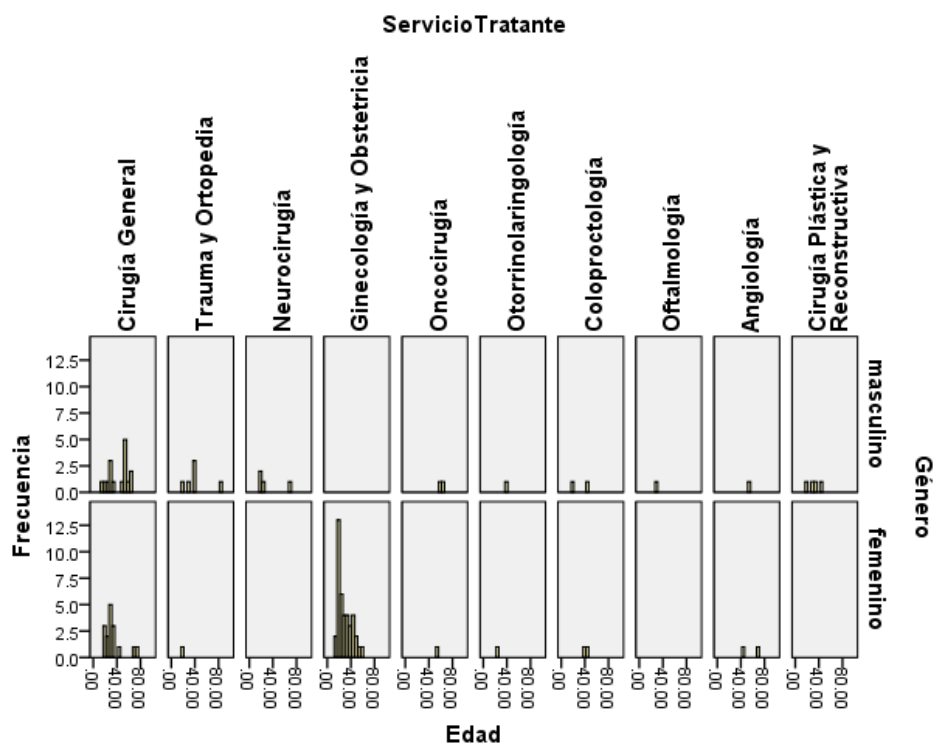
**Gráfica 1** Análisis del servicio tratante y nivel de instrucción vs género



Se observa las distribuciones frecuenciales respecto al servicio tratante, se observa que en Cirugía General, la distribución en los hombres es decreciente y en las mujeres, normal, por otro lado en el servicio de Ginecología y Obstetricia la distribución es creciente.

Al analizar el servicio tratante y la edad vs género, se encontró que los pacientes que fueron atendidos por el servicio de Cirugía General con respecto al género no existió ninguna tendencia con respecto a la frecuencia, y en el caso de la pacientes que fueron atendidas por el servicio de Ginecología y Obstetricia el comportamiento fue decreciente lo que empata con el ciclo reproductivo. (Ver Gráfica 2)

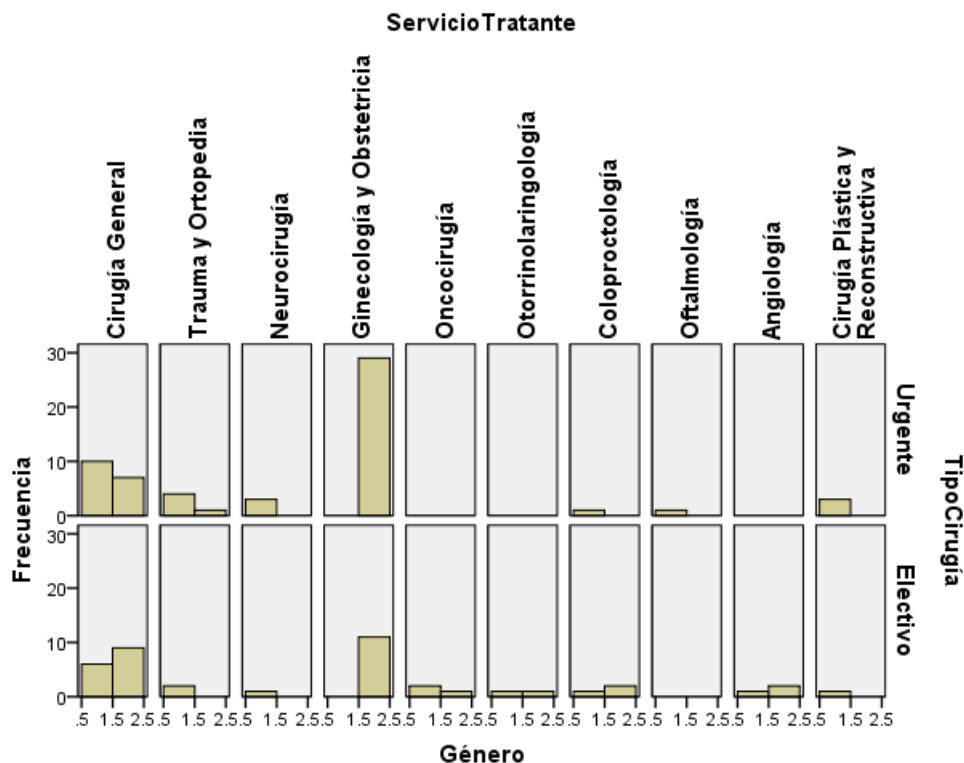
**Gráfica 2** Análisis del Servicio Tratante y Edad vs Género



Sólo hay tendencia decreciente con respecto al servicio tratante y edad en las pacientes que fueron intervenidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, siendo ésta, decreciente.

Al analizar el servicio tratante y género con respecto al tipo de cirugía se encontró que la frecuencia modal fue la de cirugía urgente por el servicio de Ginecología y Obstetricia (Ver Gráfica 3)

**Gráfica 3** Análisis del Servicio Tratante y Género vs Tipo de Cirugía

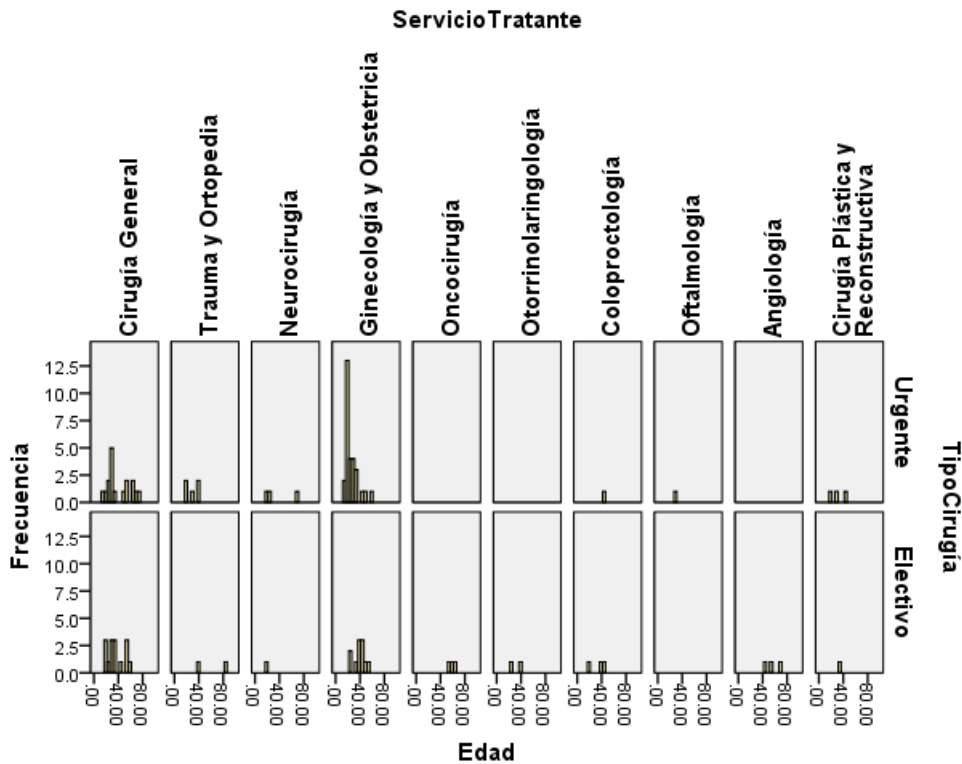


Se observa que la moda se presentó en el servicio de Ginecología y Obstétrica y el tipo de cirugía urgente.

Al evaluar la tendencia de los datos con respecto al servicio tratante y edad con respecto al tipo de cirugía se encontró algún tipo de tendencia frecuencial en el servicio de cirugía general y tipo de cirugía urgente tendiendo a la normalidad, la segunda tendencia frecuencial que mostro una tendencia fue en ginecología y obstetricia y tipo de cirugía urgente, en donde la tendencia de los datos fue decreciente con respecto a la edad, siendo la tendencia de menor edad mayor frecuencia y menor edad menor frecuencia. (Ver Gráfica 4)



**Gráfica 4** Análisis del servicio tratante y edad vs Tipo de cirugía



Se observa la distribución frecuencial en donde las pacientes que fueron intervenidas por el servicio de ginecología y obstetricia tienden a decreciente.

Se calculó los estadísticos descriptivos en las 15 áreas de evaluación en que consistió el instrumento de medición utilizado, donde se observa que el menor rango encontrado fue *Respira usted con facilidad* con 3 teniendo como puntuación mínima 7 y máxima 10, en las otras 14 áreas el rango fue de 10 teniendo valores de 0 a 10, del mismo modo el promedio mas alto fue el mismo con 9.9 y la menor variabilidad en este mismo ítem con una desviación estándar de 0.0605, en caso contrario del promedio mas bajo se encontró en *Dolor moderado* con 6.32, es de llamar la atención que con respecto al índice de asimetría todos estuvieron sesgadas a la izquierda y en el caso de la curtosis solo una fue leptocúrtica (puntiaguda) que correspondió esto es debido al rango de 3 y la muestra de 100, en la tabla 8 se puede observar los valores descriptivos de la muestra estudiada con respecto a los 15 ítems. (Ver Tabla 8)

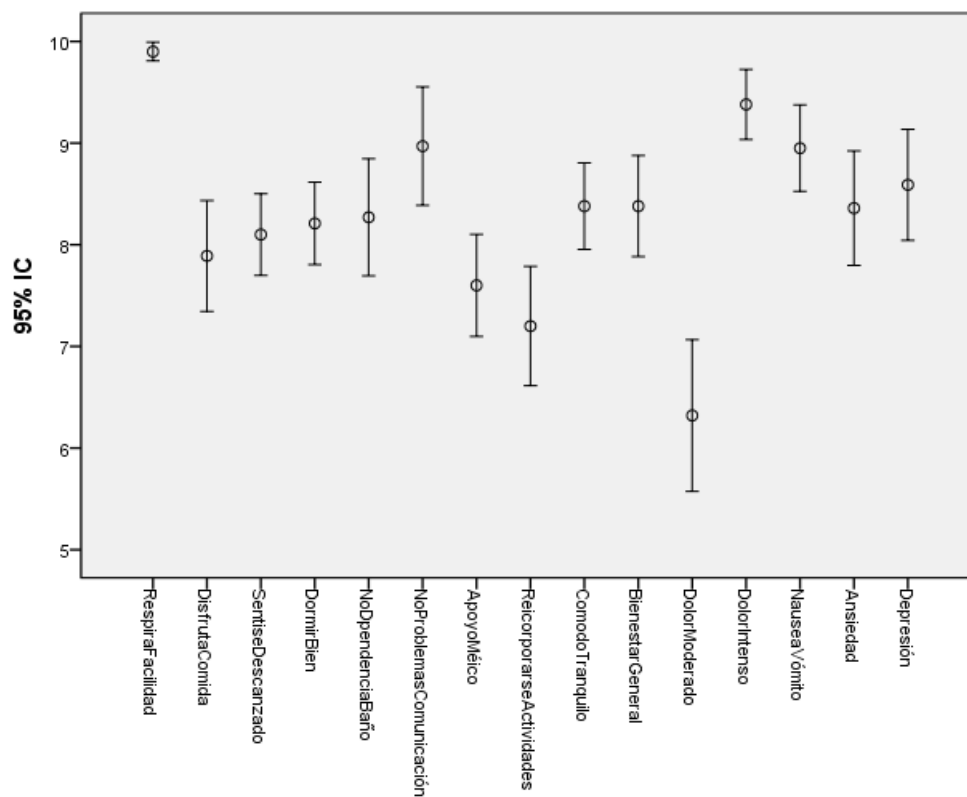
**Tabla 8** Estadística descriptiva de los 15 ítems en que consiste la prueba

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media		DE	Varianza	Asimetría		Curtosis	
						Error típico				Error típico		Error típico
<i>Respira usted con facilidad</i>	100	3.00	7.00	10.00	9.9000	.04606	.46057	.212	-4.811	.241	23.261	.478
<i>Disfruta usted de su comida</i>	100	10.00	0.00	10.00	7.8900	.27484	2.74835	7.553	-1.265	.241	.840	.478
<i>Se ha sentido descansado</i>	100	10.00	0.00	10.00	8.1000	.20276	2.02759	4.111	-1.348	.241	2.297	.478
<i>Ha dormido bien</i>	100	10.00	0.00	10.00	8.2100	.20415	2.04146	4.168	-1.592	.241	3.125	.478
<i>Va al baño y se baña sin ayuda</i>	100	10.00	0.00	10.00	8.2700	.29019	2.90195	8.421	-1.876	.241	2.444	.478
<i>Puede platicar con sus familiares o amigos</i>	100	10.00	0.00	10.00	8.9700	.29352	2.93518	8.615	-2.697	.241	5.530	.478
<i>Ha recibido apoyo del Anestesiólogo</i>	100	10.00	0.00	10.00	7.6000	.25266	2.52663	6.384	-1.546	.241	2.591	.478
<i>Sentirse listo de regresar a trabajar y hacer su vida normal</i>	100	10.00	0.00	10.00	7.2000	.29542	2.95420	8.727	-1.281	.241	.958	.478
<i>Sentirse cómodo y tranquilo</i>	100	10.00	0.00	10.00	8.3800	.21451	2.14514	4.602	-2.031	.241	4.944	.478
<i>Sentirse con sensación de bienestar general</i>	100	10.00	0.00	10.00	8.3800	.25057	2.50567	6.278	-2.361	.241	5.370	.478
<i>Dolor Moderado</i>	100	10.00	0.00	10.00	6.3200	.37629	3.76287	14.159	-.541	.241	-1.273	.478
<i>Dolor Intenso</i>	100	10.00	0.00	10.00	9.3800	.17337	1.73368	3.006	-3.372	.241	12.065	.478
<i>Nausea o vómito</i>	100	10.00	0.00	10.00	8.9500	.21432	2.14323	4.593	-2.811	.241	8.471	.478
<i>Preocupación o ansiedad</i>	100	10.00	0.00	10.00	8.3600	.28374	2.83741	8.051	-1.739	.241	1.966	.478
<i>Tristeza o depresión</i>	100	10.00	0.00	10.00	8.5900	.27528	2.75276	7.578	-2.096	.241	3.416	.478

Se observan los estadísticos descriptivos de las evaluaciones obtenidas por parte de los pacientes en los 15 ítems

Con la media y la desviación estándar obtenidos en las 15 evaluaciones se construyó una gráfica de error estándar en donde se observa la disparidad de los promedios con respecto a cada evaluación, de esta manera *Ha recibido apoyo del Anestesiólogo, Sentirse listo de regresar a trabajar y hacer su vida normal* así como *Dolor Moderado* son las que obtuvieron las evaluaciones mas bajas, por otro lado *Respira usted con facilidad, Puede platicar con sus familiares o amigos* y la ausencia de *Nausea o vómito* fueron las que obtuvieron las evaluaciones mas altas, por último se observa que solo el *Dolor Moderado* en lo que respecta al promedio estuvo por debajo de 7. (Ver Gráfica 5)

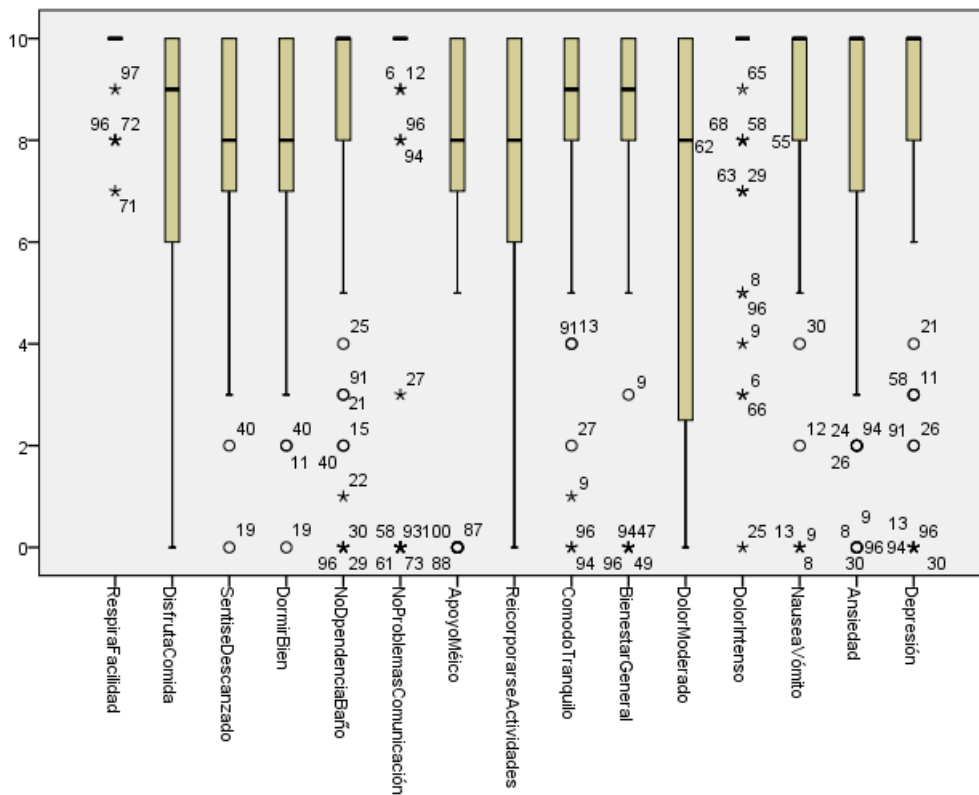
**Gráfica 5** Gráfica de Error Estándar de las 15 Ítems



Se observa el comparativo de los promedios y desviaciones estándar de los puntajes obtenidos en el instrumento de medición utilizado

Con la finalidad de validar los datos obtenidos con respecto a los promedios y desviaciones estándar, se construyó un diagrama de caja con respecto a la mediana y el segundo y tercer cuartil en donde se observó que todas las medianas estuvieron por encima de siete y la existencia de una gran cantidad de datos atípicos excluidos por el software estadístico utilizado, de esta manera en las preguntas *Va al baño y se baña sin ayuda*, *Puede platicar con sus familiares o amigos* y *Dolor Intenso* es donde se encuentran la mayor cantidad de datos atípicos. (Ver gráfica 6)

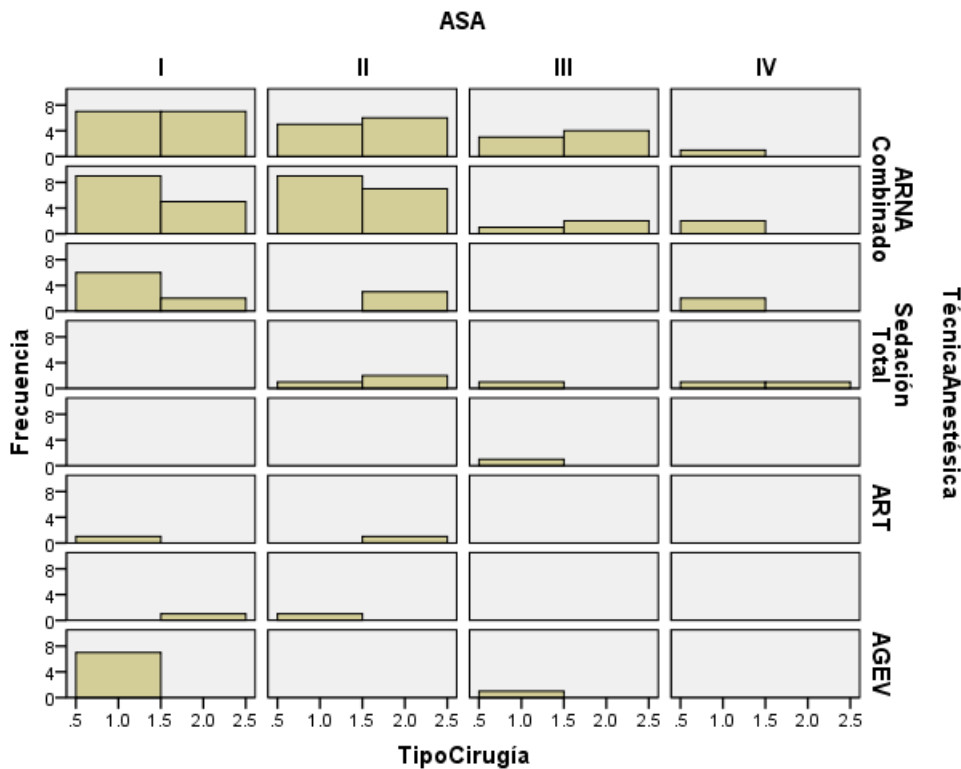
**Gráfica 6** Diagrama de Caja de los 15 Ítems



Se observa el diagrama de caja de las 15 preguntas del instrumento de medición, en donde se aprecia la distribución de los datos con respecto a la mediana el segundo y tercer cuartil, así como los datos atípicos que están por fuera de la caja.

Se comparó la evaluación ASA y el tipo de cirugía con respecto a la técnica anestésica utilizada en donde se encontró que la mayor concentración frecuencial está en la clasificación ASA I y II así como las técnicas anestésicas AGB y ARNA combinado, lo que se puede observar en los dos primeros cuadrantes en la parte superior izquierda de la gráfica 7, que es la región en donde se encuentra la mayor frecuencia de la muestra. (Ver Gráfica 7)

**Gráfica 7** Comparativo entre la evaluación ASA y Tipo de Cirugía vs Técnica Anestésica



Se observa la mayor concentración frecuencial en la parte superior izquierda de la gráfica que corresponde a las clasificaciones ASA I y II así como las técnicas anestésicas AGB y ARNA combinado

En lo que corresponde a los puntajes obtenidos en la satisfacción por parte de los sujetos encuestados se encontró que el rango fue de 5.4 puntos (valor mínimo de 4.6 y máximo de 10), el promedio fue de  $8.29 \pm 1.24$ , el índice de asimetría de  $\alpha_3 = -0.873$  indicando que la distribución esta sesgada a la izquierda debido al puntaje mínimo que fue de 4.6, la curtosis de  $\alpha_4 = 0.552$  indicando que la distribución es plana (planocúrtica) con respecto al rango y la frecuencia. (Ver tabla 9)

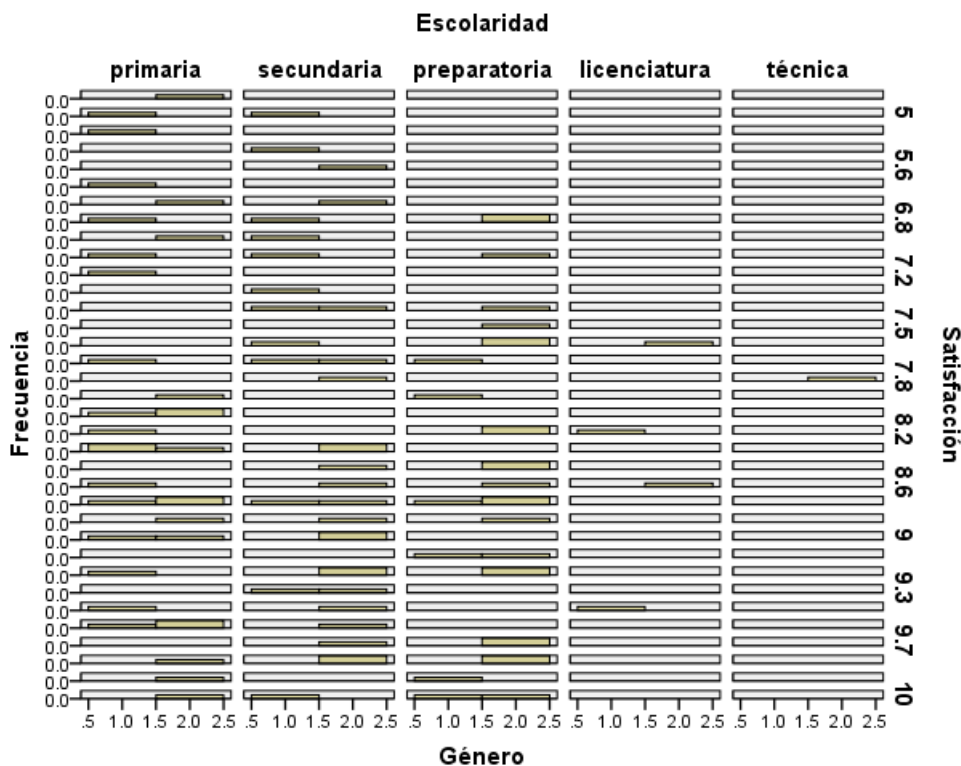
**Tabla 9** Estadística descriptiva de la satisfacción en la muestra

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media		Desviación	Varianza	Asimetría	Curtosis
						Error típico	Estándar			
<b>Satisfacción</b>	100	5.40	4.60	10.00	8.2900	.12425	1.24247	1.544	-0.873	0.552

Se observa los resultados obtenidos en la estadística descriptiva

Se analizó si existía alguna relación entre la escolaridad y género vs puntaje de satisfacción por medio de un histograma trivariable en donde se observa que las evaluaciones ponderadas por la muestra de preparatoria, licenciatura y carrera técnica estuvieron por encima de 6.8 en comparación de los de primaria y secundaria que se encuentran ponderaciones por debajo del valor referido. (Ver Gráfica 8)

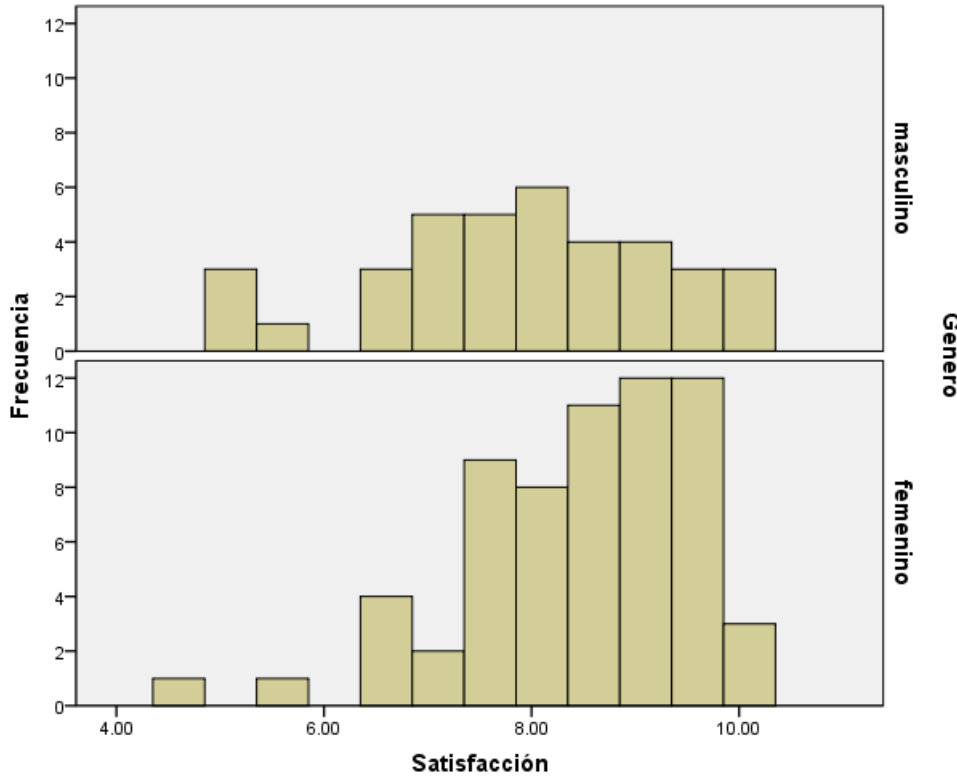
**Gráfica 8** Análisis de la escolaridad y género vs puntaje de satisfacción



Se observa que el nivel de instrucción fue factor con respecto a la evaluación de la satisfacción

Al analizar la distribución de la muestra con respecto al género y nivel de satisfacción se encontró que la ponderación del género masculino fue inferior a la del femenino siendo la moda 6 y tendiendo a una curva normal con respecto a la distribución, en el caso de las mujeres la distribución fue creciente a la derecha siendo la moda puntajes en el rango de 9. (Ver grafica 9).

**Gráfica 9** Distribución de frecuencia del género vs Ponderación de la satisfacción



Se observa que en el caso del género masculino la muestra tiende a una curva de distribución normal y en el caso de las mujeres, creciente a la derecha, llama la atención que los puntajes más altos fueron otorgados por el género femenino.

Se calculó la correlación bivariable entre todas las variables del estudio con la finalidad de evaluar si existía una asociación lineal entre ellas, de esta manera las que poseían  $r \geq 0.05$  indicaron la relación inversa que pudo existir en estas dos mediciones, de esta manera, *Disfruta usted de su comida* y *Se ha sentido descansado*  $r= 0.486$ , *Se ha sentido descansado* y *Ha dormido bien*  $r= 0.698$ , *Va al baño y se baña sin ayuda* y *Sentirse listo de regresar a trabajar y hacer su vida*

normal  $r= 0.595$ , Sentirse listo de regresar a trabajar y hacer su vida normal y Sentirse cómodo y tranquilo  $r= 0.675$ , Sentirse listo de regresar a trabajar y hacer su vida normal y Preocupación o ansiedad  $r= 0.461$ , Sentirse listo de regresar a trabajar y hacer su vida normal y Tristeza o depresión  $r= 0.541$ , Sentirse cómodo y tranquilo y Preocupación o ansiedad  $r= 0.566$ , Sentirse cómodo y tranquilo y Tristeza o depresión  $r= 0.528$ , Dolor Moderado y Dolor Intenso  $r= 0.565$ . Nausea o vómito  $r= 0.460$ , Preocupación o ansiedad y Tristeza o depresión  $r= 0.654$ , siendo las más representativas Se ha sentido descansado y Ha dormido bien, Sentirse listo de regresar a trabajar y hacer su vida normal y Sentirse cómodo y tranquilo, lo que llama la atención ya que estas ponderaciones no son opuestas. (Ver Tabla 10)

**Tabla 10** Correlaciones entre las Ponderaciones del Estudio

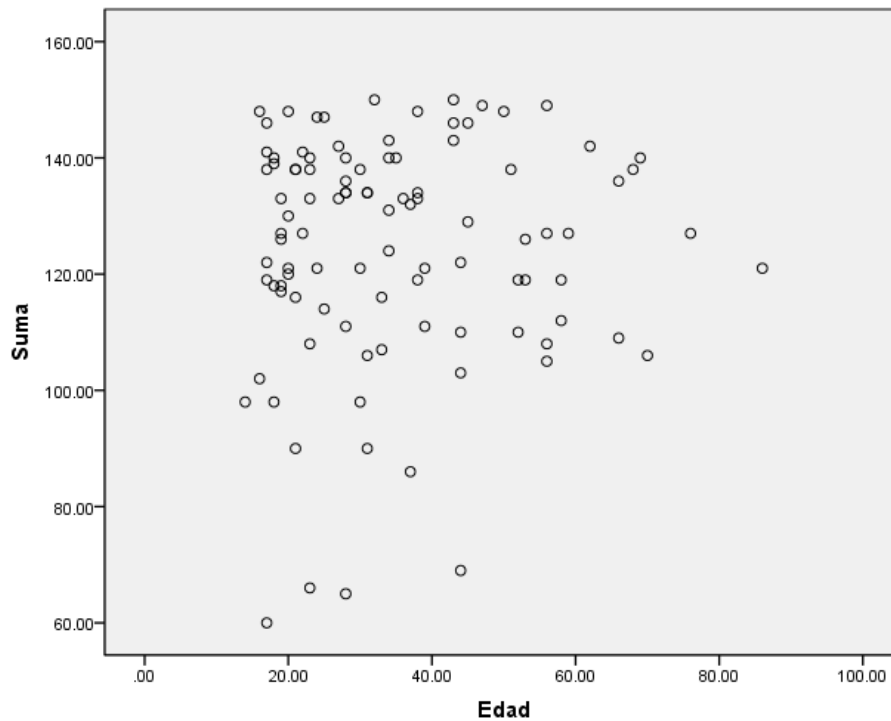
<b>Variables</b>	<b>r</b>
Disfruta usted de su comida y Se ha sentido descansado	0.486
Se ha sentido descansado y Ha dormido bien	0.698
Va al baño y se baña sin ayuda y Sentirse listo de regresar a trabajar y hacer su vida normal	0.595
Sentirse listo de regresar a trabajar y hacer su vida normal y Sentirse cómodo y tranquilo	0.675
Sentirse listo de regresar a trabajar y hacer su vida normal y Preocupación o ansiedad	0.461
Sentirse listo de regresar a trabajar y hacer su vida normal y Tristeza o depresión	0.541
Sentirse cómodo y tranquilo y Preocupación o ansiedad	0.566
Sentirse cómodo y tranquilo y Tristeza o depresión	0.528
Dolor Moderado y Dolor Intenso	0.565
Nausea y vómito	0.460
Preocupación o ansiedad y Tristeza o depresión	0.654

Se observan las correlaciones más contundentes entre las ponderaciones obtenidas



Por último se realizó una gráfica de dispersión con los valores de la suma total vs edad en donde se observa que 4 sujetos de 100 evaluaron por debajo de 70 puntos. (Ver Gráfica 10)

**Gráfica 10** Comportamiento con Respecto Suma Total vs Edad



Se observa que solo 4 sujetos en la suma total se encontró por debajo de 70

## 10. Discusión

Una forma de calificar la calidad del servicio de Anestesiología es evaluando la satisfacción de los pacientes en el periodo post anestésico. Actualmente el proceso anestésico es lo suficientemente seguro para brindar un buen resultado en los pacientes, esto se puede medir a través de variables objetivas y subjetivas.

En nuestro estudio realizado en el Hospital General Zona Norte de Puebla “Bicentenario de la Independencia” de la Secretaria de Salud se aplicó la encuesta QoR-15 (del inglés Quality of Recovery de 15 ítems) a pacientes de los diferentes servicios quirúrgicos.

Según lo establecido en el protocolo, la encuesta se aplicó posterior de haber sido egresado el paciente de la sala quirúrgica, por lo tanto se evaluó la satisfacción del acto anestésico solamente, considerado como un episodio de experiencia más que los efectos secundarios o complicaciones presentadas durante la anestesia.

Se observó en nuestro estudio la importancia el nivel de instrucción respecto a la correcta codificación de las preguntas efectuadas a los pacientes, ya que los sujetos con educación primaria y secundaria otorgaron las evaluaciones más bajas, debido a la mala o nula comprensión o la forma en que se les cuestionó, contrastando con los pacientes con educación técnica, preparatoria y licenciatura que tuvieron los puntajes más altos, ya que en los primeros se obtuvieron las evaluaciones más bajas en comparación con los que tenía un nivel de instrucción mayor (preparatoria y licenciatura).

Por otro lado observamos que el tipo de técnica anestésica que más se empleó y que otorgó una mayor grado de satisfacción en el HGZN "BI" fue la Anestesia Regional Neuroaxial, evidenciada por la baja frecuencia de síntomas como náusea y vómito post operatorio atribuidas a la técnica General Balanceada.

El nivel global de satisfacción presente en nuestro estudio fue de 96%, contra un 4% de insatisfacción que coincide con los resultados publicados.<sup>12</sup> Los factores que mayormente se asociaron a la insatisfacción correspondieron a la presencia de eventos adversos en el área de recuperación tal como el dolor moderado que se asocia con el tipo de cirugía realizada, la falta de apoyo del médico Anestesiólogo corroborando el rol tradicional (limitado al período preoperatorio inmediato y al período intra operatorio), encontrando un área de oportunidad en este rubro en nuestro hospital; así como la imposibilidad o el retardo en la incorporación al trabajo o sus actividades en su vida normal.

Así mismo podemos observar que los determinantes de satisfacción en nuestro estudio fueron las dimensiones de comodidad física (respirar con facilidad), apoyo psicológico (capacidad para comunicarse con familiares y amigos) y el estado emocional (sensación de bienestar general).

Respecto a la calificación global podemos observar en nuestro estudio que los puntajes más altos fueron otorgados por el género femenino, a contraposición del estudio de Myles y colaboradores que reportan una mayor calificación otorgada por el género masculino que por el femenino.<sup>12</sup>

Cabe mencionar que al calcular el coeficiente de correlación se encontró que las correlaciones entre las variables, *Se ha sentido descansado* con *Ha dormido bien*, *Sentirse listo de regresar a trabajar o hacer su vida normal* con *Sentirse cómodo y tranquilo* fueron mayores de  $r \geq 0.65$ , lo que llama la atención ya que estas ponderaciones no son opuestas, esto es, no generan una tendencia creciente, lo que confirma los problemas de codificación que presentaron algunos

sujetos de la muestra estudiada, tendencia que se puede analizar en la gráfica 5 de dispersión y la gráfica 6 de caja en donde se observa la variabilidad con respecto a las desviaciones estándar y en el diagrama de caja en la cantidad de datos atípicos que reporta en análisis estadístico.

El estudio sienta las bases en la capacitación y la forma de aplicación de la evaluación codificando y decodificando las preguntas con base al nivel de instrucción de los sujetos encuestados. Se deben realizar estudios de estas características ampliando el tamaño de la muestra.

# 11. Conclusiones

Las conclusiones finales que hemos llegado son:

- 1) La satisfacción de la atención post anestésica en el HGZN “BI” medida con el QoR-15 modificado es del 96%.
- 2) El instrumento QoR-15 modificado es una herramienta de fácil aplicación y su comprensión está directamente relacionada con el nivel cultural y educacional de la población estudiada.
- 3) Se observó que el género femenino otorgó las calificaciones más altas respecto a la satisfacción percibida por el paciente a contraposición de la literatura consultada.
- 4) La técnica anestésica mayormente empleada y que a la par generó mayor grado de satisfacción fue la Anestesia Regional Neuroaxial
- 5) Un área de oportunidad identificada en nuestro estudio fue la atención y el cuidado post anestésico inmediato

# 12. Bibliografía

1. CARRILLO, R. El error en la práctica de la anestesiología. *Rev. Mex. Anest.* 2011; 34(2):103-110.
2. DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*; 1966(44):166-206.
3. DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. *Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana*. México, D.F., 1984.
4. AGUIRRE, H. Evaluación de la atención médica. Expectativas de pacientes y trabajadores. *Salud Pública Méx* 1990; 32(2): 170-180.
5. FAJARDO, G., HERNÁNDEZ, F. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. *Secretaría de Salud, México DF*, 2012.
6. JARMAN, B. Quality and safety in healthcare revisited: a challenge to anesthetists. *Anaesthesia*, 2014; 69:531-536.
7. HALLER, G., STOELWINDER, J., MYLES, P.S., Mc NEIL, J. Quality and Safety Indicators in Anesthesia: A Systematic Review. *Anesthesiology*. 2009; 110(5):1158-1175.

8. VALDÉS, R., MOLINA, J., SOLÍS, C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud Pública Méx* 2001; 43(5):444-454.
9. GEMPELER, F.E., AVELLANA M.V. Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio. *Rev. Col. Anes.* 2010; 38(2):178-202.
10. MYLES, P.S., WILLIAMS, D.L., HENDRATA, M., ANDERSON, H., WEEKS, A., M. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *Br J Anaesth.* 2000; 84(1):6-10.
11. LEE, A., LUM, M., E. Measuring anaesthetic outcomes. *Anaesth Intensive Care.* 1996; 24(6):685-693.
12. MYLES, P. S., WEITKAMP, B., JONES, K., MELICK, J., HENSEN, S. Validity and reliability of postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *Br J Anaesth .* 2000; 12:11-15.
13. MYLES, P. S., VIRA, D., HUNT, J.O. Quality of life at three years after cardiac surgery: relationship with preoperative status and quality of recovery. *Anaesth Intensive Care.* 2006; 12:176-183.
14. STARK, P. A., MYLES, P. S., BURKE, J. A. Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15. *Anesthesiology* 2013; 118(6):1332-40.

15. LUFT, H. S., HUNT, S. S. Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. *JAMA*, 1986; 255:2780.
16. JIMÉNEZ, R. E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*.2004; 30(1).
17. ALDRETE, J. A. A Post anesthetic Recovery Score. *Anesthesia & Analgesia*. 1970; 924-934.
18. ALDRETE, J. A. Criterios para dar de Alta. El puntaje de recuperación post anestésica. *Rev Col Anest*. 24:305, 1996.
19. BENN, J., ARNOLD, G., WEI, I. Using quality indicators in anaesthesia: feeding back data to improve care. *Br J Anaesth*. 2012 (1): 80-91.
20. QUILES, M. J., VAN-DER HOFSTADT, C. J. Pain assestment tools in pediatric patients (2nd part). *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 360-369.
21. LACASSIE, H. J., FERDINAND, C., MUÑOZ, H. R. Recuperación post anestesia: una perspectiva de los pacientes. *Rev Med Chile*, 2011; 139: 1104-1105.
22. BENN, J., ARNOLD, G. Using quality indicators in anaesthesia: feeding back data to improve care. *Br J Anaesth*. 109 (1): 80-91 (2012)



# 13. Anexos

TEMPORALIDAD	2014			2015								
ACTIVIDADES	Oc t	No v	Di c	En e	Fe b	Ma r	Ab r	Ma y	Ju n	Ju l	Ag o	Se p
1. Elaboración del Marco Teórico-Conceptual-Referencial												
2. Elaboración del Marco Contextual												
3. Desarrollo metodológico												
3.1 Planificación de la investigación												
- Problematización												
- Justificación												
- Objetivos												
- Hipótesis de trabajo												
- Variables de estudio												
- Población												
- Tamaño de la muestra												
- Diseño y prueba del (los) instrumento (s) de recolección de datos												
3.2 Trabajo de campo												
- Recolección de datos												
3.3 Análisis e interpretación de los datos												
- Análisis de la información												
- Prueba de hipótesis												
4. Comunicación												
Redacción del proyecto												

### QoR-15 Encuesta del Paciente (Modificada)

(Esta encuesta se aplicará a las 24 horas post anestésicas)

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Servicio Tratante: \_\_\_\_\_ Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Cirugía realizada: \_\_\_\_\_

Técnica Anestésica: \_\_\_\_\_ ASA: \_\_\_\_\_

Antecedentes anestésicos: \_\_\_\_\_ Complicaciones: \_\_\_\_\_

#### PARTE A

¿Cómo se ha sentido en las últimas 24 horas?

		Mal	Regular	Excelente								
1. Respira usted con facilidad	Nunca	_____										Todo el tiempo
		0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	
2. Disfruta usted de su comida	Nunca	_____										Todo el tiempo
		0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	
3. Se ha sentido descansado	Nunca	_____										Todo el tiempo
		0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	
4. Ha dormido bien	Nunca	_____										Todo el tiempo
		0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	
5. Va al baño y se baña sin ayuda	Nunca	_____										Todo el tiempo
		0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	
6. Puede platicar con sus familiares o amigos	Nunca	_____										Todo el tiempo
		0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	
7. Ha recibido apoyo del Anestesiólogo	Nunca	_____										Todo el tiempo
		0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	
8. Sentirse listo de regresar a trabajar y hacer su vida normal	Nunca	_____										Todo el tiempo
		0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	
9. Sentirse cómodo y tranquilo	Nunca	_____										Todo el tiempo
		0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	
10. Sentirse con sensación de bienestar	Nunca	_____										Todo el tiempo
		0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	

#### PARTE B

¿Ha tenido alguna de las siguientes molestias en las últimas 24 horas?



1. Dolor moderado	Nunca	_____										Todo el tiempo	
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
2. Dolor intenso	Nunca	_____										Todo el tiempo	
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
3. Sensación de náusea o vómito	Nunca	_____										Todo el tiempo	
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
4. Preocupación o ansiedad	Nunca	_____										Todo el tiempo	
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
5. Tristeza o depresión	Nunca	_____										Todo el tiempo	
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	

