



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

“LA CONSULTA PRE ANESTÉSICA RELACIONADA AL GRADO DE DOLOR Y NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EL POST OPERATORIO DE CIRUGÍA ABDOMINAL”

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGIA

Presenta:

Méd. Gral. Mayra Cristina Ortiz Sanchez

Dirigido por:

Med. Enrique Villarreal Ríos
Med.Esp. Gerardo Enrique Bañuelos

Querétaro, Qro. A Marzo 2024



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



La consulta pre anestésica relacionada al grado de
dolor y nivel de satisfacción en el posoperatorio de
cirugía abdominal

por

Mayra Cristina Ortiz Sanchez

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](#).

Clave RI: MEESN-302803



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad Anestesiología

“LA CONSULTA PRE ANESTÉSICA RELACIONADA AL GRADO DE DOLOR Y
NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EL POST OPERATORIO DE CIRUGÍA
ABDOMINAL”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Anestesiología

Presenta:

Med. Gral. Mayra Cristina Ortiz Sanchez

Dirigido por:

Doc. Enrique Villarreal Ríos
Med.Esp. Gerardo Enrique Bañuelos

Sinodales:

Doc. Enrique Villarreal Ríos
Med.Esp. Gerardo Enrique Bañuelos
Med. Esp. Claudia Castañon Garay
Med. Esp. Diana Marissa Manzo Garcia
Med. Esp. Luis Rodrigo Arteaga Villalba

Centro Universitario,
Querétaro, Qro. Marzo 2024
México

Resumen

Introducción: Objetivo: Material y métodos:

Se realizó un diseño de cohorte en pacientes sometidos a cirugía abdominal en una unidad hospitalaria del sistema de salud, de la ciudad de Querétaro, de noviembre de 2022 a marzo de 2023.

Se evaluó a pacientes que recibieron consulta preanestésica y a los que no la recibieron. Se definió como consulta pre anestésica cuando el anestesiólogo previo a la cirugía realizó la evaluación del paciente en las siguientes dimensiones: Presentación formal con el paciente, explicación adecuada de procedimiento, riesgos y comprensión de los mismos

Se incluyeron pacientes con histerectomía, colecistectomía abierta, cesárea no complicada y ooforectomía abierta.

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula de diseño de cohorte, con nivel de confianza de 95% para una zona de rechazo de hipótesis nula ($Z\alpha=1.64$), poder de la prueba de 80% ($Z\beta=0.84$), El tamaño calculado fue 21 por grupo, sin embargo se trabajó con 50 pacientes sin visita pre anestésica y 39 pacientes con visita pre anestésica.

La técnica muestra fue no aleatoria por casos consecutivos.

Se estudio la edad, sexo, comorbilidades, tipo de cirugía, tipo de anestesia neuroaxial recibida

La satisfacción con la anestésica se evaluó al final de cirugía en el área de cuidados post anestésicos, al término del remanente anestesia, desde dos perspectivas. Utilizando el Cuestionario de Percepción de Calidad Anestésica (CPCA) y la segunda perspectiva de evaluación se obtuvo preguntando directamente al paciente la presencia o ausencia de satisfacción.

El dolor fue evaluado con la Escala Numérica Analógica (ENA).

El plan de análisis estadístico incluyó promedios, desviación estándar, porcentajes, pruebas de t para muestras independientes y prueba de chi cuadrada.

Resultados: La satisfacción del paciente al final del acto quirúrgico en el grupo sin consulta pre anestésica fue 32.0% y en el grupo con consulta pre anestésica fue 100.0% ($p=0.000$) En el grupo sin consulta pre anestésica el dolor se reportó en 5.82 ± 1.43 y en el grupo con consulta pre anestésica en 4.10 ± 1.04 , la diferencia es estadísticamente significativa ($p=0.000$), en conclusión la satisfacción anestésica esta íntimamente relacionada con el dolor post operatorio. De ahí la importancia de una consulta preanestésica de calidad.

Palabras clave: Dolor, Satisfacción, Calidad, Consulta Pre anestésica.

Summary

Objective: Materials and methods:

A cohort design was performed in patients undergoing abdominal surgery in a hospital unit of the health system, in the city of Querétaro, from November 2022 to March 2023.

Patients were evaluated who received pre -anesthetic consultation and those who did not receive it. It was defined as pre -anesthetic consultation when the anesthesiologist prior to surgery carried out the patient's evaluation in the following dimensions: formal presentation with the patient, proper explanation of procedure, risks and understanding of them

Patients with hysterectomy, open cholecystectomy, uncomplicated caesarean section and open oophorectomy were included.

The sample size was calculated with the cohort design formula, with 95% confidence level for a zero hypothesis rejection zone ($Z\alpha = 1.64$), 80% test power ($Z\beta = 0.84$), the size Calculated was 21 per group, however, we worked with 50 patients without a pre -anesthetic visit and 39 patients with a pre -anesthetic visit.

The technique shows was non -random for consecutive cases. Age, sex, comorbidities, type of surgery, type of neuroaxial anesthesia received

Satisfaction with anesthetic was evaluated at the end of surgery in the post -anesthetic care area, at the end of the remaining anesthesia, from two perspectives. Using the anesthetic quality perception questionnaire (CPCA) and the second evaluation perspective was obtained by directly asking the patient the presence or absence of satisfaction. The pain was evaluated with the analog numerical scale (ENA).

The Statistical Analysis Plan included averages, standard deviation, percentages, T tests for independent samples and square shock test.

Results: The patient's satisfaction at the end of the surgical act in the group without pre -anesthetic consultation was 32.0% and in the group with pre -anesthetic consultation it was 100.0% ($p = 0.000$) in the group without pre -anesthetic consult ± 1.43 and in the group with pre -anesthetic consultation in 4.10 ± 1.04 , the difference is statistically significant ($p = 0.000$), in conclusion the anesthetic satisfaction is intimately related to post operative pain. Hence the importance of a pre -Anesthetic Quality Consultation.

Keywords: pain, satisfaction, quality, pre -anesthetic consultation.

Dedicatorias

Esta tesis va con mucho cariño para mis padres Jorge Ortiz y Cristina Sánchez, los cuales siempre han sido mi mas grande motor, me han impulsado para poder salir adelante, que con su amor y su trabajo arduo, me han traído a donde estoy ahora. Los cuales me enseñaron el verdadero valor de trabajo y de que se necesita luchar por lo que uno ama.

A mis hermanos Fany, Hannia, Jorge por el apoyo que me han brindado a lo largo de toda mi carrera

A Gustavo Icasbalceta, por enseñarme que a pesar de que haya dificultades, el trabajo duro y la disciplina siempre nos llevaran a grandes resultados, gracias por haber estado en todos mis buenos y malos momentos, por su amor y por impulsarme a seguir adelante.

Agradecimientos

A mis Asesores Dr Enrique Villareal Ríos por haberme acompañando en esta etapa de mi trayectoria académica, por sus consejos y su paciencia durante la elaboración de esta tesis.

A mis Amigas Giselle, Alejandra, Brissa, Bertha, por haberme alentado a seguir adelante con la especialidad, por haber estado en los momentos mas difíciles y por recordarme que siempre se puede salir adelante.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes/estado del arte	3
III. Fundamentación teórica	
III.a Origen del dolor	6
III.b Satisfacción anestésica	10
IV. Hipótesis o supuestos	13
V. Objetivos	14
V.1 General	
V.2 Específicos	
VI. Material y métodos	15
VI.1 Tipo de investigación	15
VI.2 Población o unidad de análisis	15
VI.3 Muestra y tipo de muestra	15
VI. Técnicas e instrumentos	16
VI. Procedimientos	21
VII. Resultados	26
VIII. Discusión	28
IX. Conclusiones	29
X. Propuestas	30

XI. Bibliografía	31
XII. Anexos	34

Índice de cuadros

Cuadro		Página
Tabla 1	Tipo de cirugía en pacientes sin consulta pre anestésica y pacientes con consulta pre anestésica	26
Tabla 2	Tipo de técnica anestésica en pacientes sin consulta pre anestésica y pacientes con consulta pre anestésica	27
Tabla 3	Prevalencia de comorbilidades crónicas en pacientes sin consulta pre anestésica y pacientes con consulta pre anestésica	27
Tabla 4	Tabla 4. Satisfacción del paciente al final del evento quirúrgico en pacientes sin consulta pre anestésica y pacientes con consulta pre anestésica	27
Tabla 5	Dolor del paciente al final del evento quirúrgico en pacientes sin consulta pre anestésica y pacientes con consulta pre anestésica	27

Abreviaturas y siglas

Cuestionario de Percepción de Calidad Anestésica (CPCA)

Escala Numérica Analógica (ENA)

I. Introducción

La consulta preanestésica una practica que se ha dado por sentada en algunas ocasiones, minimizándola o inclusive omitiéndola de cierta manera por tiempo o por falta de un lugar para realizarla.

Si realmente se le diera la importancia que merece, podríamos encontrar herramientas fuertes para el manejo del paciente durante el acto anestésico; motivo por el cual se debe hablar de calidad y satisfacción de dicha practica médica.

Si bien son conceptos ambiguos de evaluar, estar relacionados con diversos procesos fisiológicos que pueden condicionar una mejor o peor recuperación para los pacientes; Y precisamente estos puntos se estarán tocando durante el desarrollo de esa tesis, se hablara de los fundamentos básicos del dolor, del estrés, de como este cambia el pronostico de los pacientes. Se tocarán temas como satisfacción anestésica en el paciente post operado de cirugía abdominal y de si existe o no una relación con el dolor en el post operatorio.

Justificación:

El poder apreciar al paciente como un ser biopsicosocial, permite identificar que en el ámbito de la medicina no se ven enfermedades aisladas, se ven personas que tienen una enfermedad, personas mejor conocidas como pacientes, los cuales acuden a los profesionales de la salud, para poder resolver o en su defecto aminorar dichas enfermedades.

Es por eso la importancia en generar estrategias que mejoren la calidad de la atención que se les proporciona, enfocándose en todas las esferas que lo componen, motivo por el cual hablar de satisfacción y dolor es algo de suma importancia.

Es por eso que en el presente trabajo se quiere indagar si existe relación, entre el grado de satisfacción anestésica que tiene un paciente, con la presencia de dolor en el post operatorio inmediato-mediato. Ya que, de encontrarse relación, se podrán plantear estrategias para mejorar dicho grado de satisfacción, favoreciendo la

calidad anestésica, esto generando a su vez una disminución considerable en el dolor post operatorio que se llegara a presentar en los pacientes, disminuyendo cantidad de medicamentos administrados, costos de estancia hospitalaria, favoreciendo la recuperación oportuna y disminución de las complicaciones en los pacientes. Y finalmente la implementación de la consulta pre anestésica como política de salud.

II. Antecedentes

Antecedentes generales

El ritmo acelerado del día a día, el estrés diario al que los médicos son sometidos, la carga excesiva de trabajo, han hecho que poco a poco se vaya perdiendo el componente humano, la empatía, la preocupación por el estado psicológico y emocional del paciente, haciendo que el enfoque de la mayoría de los tratamientos sea meramente farmacológico dirigido a tratar la enfermedad y no tanto al paciente como un organismo con componente biopsicosocial.

“Es usual que los pacientes recuerden a su cirujano, pero no a su anesthesiologo, o la importancia que este tiene en su cuidado perioperatorio”.¹ En ocasiones incluso los pacientes se han llegado a preguntar si el anesthesiologo es médico, si es un ayudante de un médico y en otros casos ni siquiera tienen idea de cuál es el papel real del anesthesiologo en el quirófano; tal vez el origen del problema no sea tanto el desconocimiento de los pacientes, tal vez está en nosotros ganar o generar en ellos el valor que por sí misma la especialidad merece.

“Aunque sea controversial afirmar que el conocimiento de los pacientes respecto de la formación del anesthesiologo se traduzca en beneficios para ellos, diversas investigaciones ya fueron realizadas para intentar retratar la percepción del público con relación al anesthesiologo”²

Existe un estudio llevado a cabo en un hospital universitario brasileño el cual arrojó de resultados que solo el 58% de los pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico tenían el conocimiento de que el anesthesiologo tenia una formación medica, mientras que el 20% desconocía totalmente sus funciones dentro del quirófano.²

El conocimiento o divulgación de la practica anestésica por parte de los medios de comunicación es escaso y por lo general se concentra mas en las complicaciones físicas y repercusiones legales que se pudieran presentar durante la practica anestésica, esto propicia confusión, ansiedad y desconfianza en los pacientes sobre

los probables escenarios y el manejo por parte del anestesiólogo durante la intervención quirúrgica.³

El papel del anestesiólogo no inicia como tal dentro del quirófano, inicia en la valoración preanestésica, es aquí donde el profesional de la salud conoce al paciente, analiza el procedimiento al cual se va a someter y sobre todo plantea el manejo que se le proporcionara para que se pueda llevar a cabo el acto quirúrgico.³

“El objetivo del tratamiento es el máximo control posible del dolor postoperatorio, para evitar un sufrimiento innecesario de los pacientes y las repercusiones fisiopatológicas asociadas al mal control del dolor que pueden interferir en la recuperación postoperatoria”⁴

Si bien se está haciendo referencia de que la principal labor del anestesiólogo es evitar el sufrimiento innecesario o dolor, primero se debe establecer que es el dolor, en 2020 la IASP propuso: “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con el daño tisular real o potencial”⁵

De igual manera en base a la revisión bibliográfica se puede definir al dolor como: “La experiencia subjetiva que está influenciada por la genética, el género, los parámetros sociales, culturales y personales. A diferencia del dolor crónico, que por definición tiene que durar al menos 3 meses, el dolor agudo se debe principalmente a un trauma, afecciones médicas agudas o tratamiento”⁶

En el caso de los procedimientos quirúrgicos como se ha mencionado, la herida y manipulación propiamente del acto quirúrgico desencadenan una serie de procesos y estímulos nociceptivos los cuales generan impulsos eléctricos cuyo destino final es la medula espinal a través de fibras aferentes Aδ y C. Estas neuronas aferentes primarias generaran sinapsis con la segunda neurona del asta dorsal de la medula espinal haciendo llegar los impulsos eléctricos mediante la vía espinotalámico y la espino reticular contralateral (vías principales del dolor) dichos impulsos se integrarán a nivel cerebral generando así la percepción del dolor.⁴

El dolor inflamatorio se debe a la cascada de mediadores de inflamación que se generan posterior a la señalización del impulso nervioso, las citocinas, bradicinina y prostaglandinas liberadas del sitio de la lesión, son las responsables del daño

tisular, el estímulo repetitivo en los receptores nociceptivos genera plasticidad, si bien es reversible, esto produce un aumento en la sensibilidad al dolor en el sitio lesionado, a esto se le conoce como sensibilidad periférica ⁴

El dolor cumple una función protectora, sin embargo, tiene repercusiones directas en la homeostasis, recuperación y función del organismo, motivo por el cual se debe evitar o aminorar al máximo posible. ⁴

“Se estima que aproximadamente el 60-70% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente sufren dolor de moderado a intenso en el postoperatorio” ²⁰

El riesgo del mal control del dolor post operatorio va de la mano en el aumento de la comorbilidad y complicaciones mediatas e inmediatas en los pacientes generando en la mayoría de los casos un aumento en su estancia hospitalaria.

III. Fundamentación teórica

Origen del dolor

Existen múltiples estudios que establecen que el dolor tiene diversos componentes, los cuales serían a grandes rasgos: el biológico (lesiones propiamente en el organismo, disfunciones, alteraciones per se, mutaciones genéticas) el psicológico (problemas emocionales, ansiedad, estrés, desconocimiento de la situación) y sociales (apreciación cultural, apreciación de género, etnia, vivencias, escolaridad)

En algunos artículos distinguen el dolor en dos modalidades:

“1) dolor interoceptivo que es de origen endógeno o visceral, donde predomina el componente afectivo y la participación emocional”.⁷

“2) dolor exteroceptivo en el que el factor predominante es sensitivo y donde el componente emocional no es tan notorio”⁸

Para poder entender algo tan complejo como el dolor, primero se tienen que definir los siguientes conceptos:

Estímulos nocivos: estímulo que genera daño o que probablemente dañara la integridad de un organismo, órgano o tejido.⁹

- Nocicepción: proceso mediante se genera la detección, trasmisión y señalización de los estímulos nocivos.⁹
- Sufrimiento: reacción del organismo a consecuencia del estímulo doloroso.⁹
- Comportamiento: manera en que manifiesta el dolor, es decir como hace evidente que un estímulo le produce dolor.⁹

Siguiendo esta línea de pensamiento se ha establecido que existen diversos factores que pueden modificar la percepción de dolor, estos factores pueden ser endógenos y exógenos, de los cuales destacan los ambientales,

genéticos, vivencias culturales, por consiguiente podemos entender que la manifestación de un mismo estímulo doloroso puede tener una presentación completamente en un individuo que por primera vez recibe dicho estímulo a uno que ha sido sometido de manera frecuente al estímulo en cuestión.⁹

“Una de las manifestaciones que se asocian con el dolor es la ansiedad, estado subjetivo en el que se producen cambios fisiológicos mediados por el sistema neurovegetativo, como taquicardia, sudación, entre otras; La ansiedad puede ser anticipadora ante determinado evento, o ser componente emocional de la experiencia dolorosa.”⁸

En base a referencias bibliográficas se ha estipulado que: “La ansiedad potencia el estímulo nociceptivo, exacerbando así el dolor y estableciendo una relación en ambos sentidos (el dolor provoca ansiedad que aumenta el dolor)”⁴ El siempre hecho de estar en un entorno ajeno para el paciente, el no conocer que se le va a realizar, el que un extraño se acerque a realizar una revisión manual en el cuerpo del paciente, o algo tan sencillo como no presentarse ante el paciente, genera un incremento de estrés y ansiedad directamente en el paciente.⁴

“Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia”¹⁰

La literatura refiere que el momento en el cual el paciente experimenta un grado mayor de ansiedad es justo antes de la cirugía, cuando se encuentra en “preparación para ingresar a quirófano” es dicho momento donde el paciente se encuentra vulnerable, en un entorno desconocido, desnudo o con poca ropa lo que condiciona cierto grado de incomodidad, es aquí donde llegan a surgir las interrogantes que mayor conflicto llegan a causar ¿Me va a doler? ¿Qué pasa si no despierto de la anestesia? ¿Qué pasa si no “me hace la anestesia”? ¿Cómo será que me mutilen o corten una parte de mi cuerpo? ¿Cuánto tiempo va a tardar la cirugía? ¿Qué pasa si muero? En fin, esta y muchas interrogantes se pueden presentar en el paciente generando ansiedad, miedo y angustia. Si bien existen diversos mecanismos que

ayudan al ser humano a atenuar los estados de ansiedad ante lo desconocido, estos la mayoría de las ocasiones necesita ser guiado por el profesional de salud, el cual pueda resolver sus dudas, generar confianza y evitar la respuesta neuroendocrina que este estado, genera por si mismo¹⁰

“El control de la ansiedad preoperatoria permite disminuir la incidencia de inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y la cirugía, además de favorecer una recuperación más rápida en el postoperatorio al reducir o evitar trastornos que observan en algunos pacientes, sobre todo en edades extremas (ancianos y niños) manifiestan en formas de desorientación, agresividad, requerimientos excesivos de analgesia, conductas psicóticas, hipocinesia, aislamiento e incluso conductas regresivas, lo que produciría un descenso en la morbimortalidad”.¹⁰

En la literatura se ha asociado a la ansiedad preoperatoria con “mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria y mayores niveles de dolor postoperatorio”¹⁰

Por lo general se dividen a los pacientes con ansiedad leve o mínima, moderada y severa o extrema, en estudios realizados se encontró que aquellos que tienen ansiedad moderada son los que llegan a presentar una mejor evolución en cuanto a la recuperación, los de ansiedad grave o extrema tienen una evolución tórpida, presentan mayor irritabilidad, disconfort y dolor en el periodo postoperatorio, de igual manera los pacientes que presentan ansiedad leve o mínima pueden llegar a presentar una evolución pobre por sus altas expectativas del proceso quirúrgico-anestésico.¹⁰

Existen estudios diversos estudios en donde se comprueba la eficacia de los fármacos para el manejo del dolor, por lo general se compara fármaco versus fármaco, midiendo su eficacia y las interacciones con la sensibilidad del dolor, sin embargo, se encontró que: “la ansiedad tuvo una marcada influencia en los resultados de la prueba”¹¹; es decir que si representa un factor importante en el manejo del dolor.

“Aunque se publican menos datos sobre la ansiedad y el dolor, la relación es consistente en todos los estudios, ya que el aumento de la ansiedad conduce a una mayor gravedad del dolor percibido y una disminución de la tolerancia al dolor. La ansiedad, así como el miedo, el estrés y la catastrofización también han demostrado ser mediadores en la vía causal entre el dolor y la discapacidad.”¹²

Existen estudios que muestran estrategias eficaces para reducir los niveles de ansiedad en los pacientes sometidos a intervenciones anestésico-quirúrgicas, dichas técnicas son enfocadas al factor psicológico entre las cuales destacan: “técnicas cognitivas, conductuales, combinadas, intraoperatorias e informativas”.¹³

Este campo tiene una gran ventaja, la ansiedad y el miedo preanestésico son variables que se pueden modificar y en las que el anestesiólogo por medio de la información proporcionada al paciente, juega un papel importante, porque cabe mencionar que es de los primeros personajes con los que el paciente tiene contacto previo a su ingreso a quirófano. ¹³

“El disponer de una buena información sobre el proceso quirúrgico reduce los niveles de ansiedad en el periodo postoperatorio”¹³

Aún está en debate si realmente la visita preanestésica tiene importancia significativa en la reducción de la ansiedad previa al evento quirúrgico anestésico, es por lo cual se han hecho diversas investigaciones, de las cuales cabe mencionar una realizada en los años 60. “El estudio de Egbert et al. evidenció que la información para disminuir la ansiedad preoperatoria era mucho más efectiva que la medicación con sedación”¹⁴

Incluso en el ámbito de la enfermería se han realizado estudios en los cuales el personal de enfermería realiza ciertas estrategias psicológicas para disminuir el grado de ansiedad y miedo en los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente en dichos estudios se ha encontrado que efectivamente la visita prequirúrgica ya sea por parte de los médicos o del servicio de enfermería “Es una herramienta eficaz para disminuir la ansiedad,

de momentos previos a la intervención y la percepción del dolor postoperatorio durante las primeras 72 horas, así como mejora la percepción de bienestar”¹⁴

Revisando conclusiones de los estudios con los que se cuenta actualmente podemos deducir que la información individualizada en la visita pre anestésica puede reducir considerablemente los niveles de dolor post operatorio, sin embargo se requieren mas estudios para constatar este hecho, como se ha mencionado previamente las diferentes fuentes de ansiedad preoperatoria son; falta de conocimiento de los procesos a los que serán sometidos, aislamiento social o familiar, riesgo de muerte, perdida de la privacidad, alteración en la imagen corporal, perdida de funciones, órganos, extremidades, incapacidad relativa o absoluta de funciones, etc.¹⁵

Satisfacción anestésica.

Es ahí donde surge la interrogante ¿Qué tan importante es que un paciente sometido a una intervención anestésico -quirúrgica este satisfecho? Este tema ha ido ganando importancia en el terreno de la investigación, si bien se considera difícil de evaluar por que puede ser bastante subjetivos sus resultados, se ha encontrado que una mala atención anestésica si repercute de manera significativa en la satisfacción final del individuo¹⁶

La bibliografía ha dado a conocer que la falta de información acerca del acto anestésico, a menudo genera angustia y miedo en los pacientes que serán sometidos a alguna intervención quirúrgica, motivo por el cual el hecho de ofrecer información precisa, clara, adecuada a el grado de escolaridad de cada paciente podría contribuir de manera positiva a disminuir el estado de angustia de los pacientes; “De no llevarse a cabo esta interacción médico-paciente, corremos el riesgo de que se desencadene una respuesta neuroendocrina que aumente el riesgo de morbilidad durante su estancia intrahospitalaria”¹⁷

En situaciones cotidianas el grado de satisfacción referente a algún tema, se puede medir mediante encuestas directas o indirectas, escalas análogas,

escalas gráficas, de manera verbal o escrita, en cuanto a la satisfacción anestésica en la actualidad contamos con escalas ya valoradas y aprobadas entre las cuales se encuentra “Cuestionario de percepción de calidad anestésica” (CPCA)¹⁶

La satisfacción anestésica tiende a ser evaluada en 3 áreas principalmente, la primera es el área de comunicación, esta se establece entre el paciente y el anestesiólogo, la cual inicia desde el momento en el que el anestesiólogo se presenta formalmente ante el paciente, se evalúan factores de respeto, cortesía, comprensión, empatía y confianza generada por el profesional de salud, así mismo si este es capaz de resolver sus dudas e inquietudes, generando cierto grado de ansiolisis no farmacológica previa a la cirugía; la segunda área es mediante el manejo de dolor, se logro o no se logró controlar el dolor durante el evento quirúrgico; el tercer rubro esta dirigido al post operatorio, evidencia de dolor, nausea, vomito, cefalea, escalofríos, síntomas en general. ¹⁶

“En México, durante décadas, se han desarrollado diversos programas nacionales para mejorar la calidad de la atención, enfocándose principalmente a la calidad clínica; ejemplo de ello son las certificaciones de hospitales y la expansión de los servicios de salud, programas que no necesariamente conllevan a la mejora en la calidad percibida.”¹⁷

Se encontró que: “La calidad de la atención médica se define como otorgar atención oportuna al usuario, conforme a los conocimientos y principios médicos vigentes, para satisfacer las necesidades de salud y las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución”.¹⁸

Continuando en esta misma línea de pensamiento, en otro artículo se describe que: “El buen control del dolor refleja la calidad de la asistencia del paciente quirúrgico, y aunque en otras publicaciones, como la de Liu et al.5, se defiende que reducciones modestas en las puntuaciones de dolor no necesariamente equivalen a alivios clínicos del paciente, la mejora de la analgesia postoperatoria conduce a una mayor satisfacción del paciente”¹⁹

Desde 1996 contamos con la CONAMED organismo que se encarga de la calidad de la atención médica en general, el cual genera sus lineamientos y normas en base a encuestas de satisfacción de los pacientes.¹⁷

“Aunque existen diversos instrumentos propuestos a nivel internacional para medir la satisfacción anestésica, muy pocos cuentan con una construcción y validación estrictas y ninguno ha logrado abarcar de manera adecuada los aspectos que influyen en la percepción del paciente, por lo que se requiere de nuevas propuestas que exploren los aspectos más importantes de la percepción anestésica”¹⁷

Al referirnos a satisfacción en términos coloquiales es lograr cumplir las expectativas que tiene el paciente con respecto a su manejo anestésico, en el cual se incluirá la atención oportuna, el establecimiento del diagnóstico (otorgado en manera conjunta con el cirujano tratante), propuesta de tratamiento o manejo anestésico, posibles complicaciones o eventos adversos y de igual manera rutas alternas para solucionar dichos eventos adversos, generando en el paciente cierta calma y confianza en su médico anesthesiólogo. ¹⁸

Eventualmente el médico anesthesiólogo debe comprometerse cada vez más en el desarrollo de indicadores de calidad, los cuales puedan ser evaluados, replicados y mejorados, todo esto en pro del beneficio del anesthesiólogo, la institución y principalmente del paciente, tratando de disminuir las complicaciones, eventos adversos, gastos excesivos y estancias hospitalarias prolongadas innecesarias.

IV. Hipótesis

Hipótesis estadísticas

Ho: En el grupo de pacientes con consulta pre anestésica el promedio de dolor en el post operatorio es menor o igual a 4 y en el grupo de pacientes sin consulta pre anestésica el promedio de dolor en el post operatorio es menor o igual a 8.

Ha: En el grupo de pacientes con consulta pre anestésica el promedio de dolor en el post operatorio es mayor a 4 y en el grupo de pacientes sin consulta pre anestésica el promedio de dolor en el post operatorio es mayor a 8.

Ho: En el grupo de pacientes con consulta pre anestésica el nivel de satisfacción excelente en el post operatorio es menor o igual a 61% y en el grupo de pacientes sin consulta pre anestésica el nivel de satisfacción excelente en el post operatorio es menor o igual a 20%.

Ha: En el grupo de pacientes con consulta pre anestésica el nivel de satisfacción excelente en el post operatorio es mayor a 61% y en el grupo de pacientes sin consulta pre anestésica el nivel de satisfacción excelente en el post operatorio es mayor a 20%.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

1. Determinar la efectividad de la consulta pre anestésica en el control de la intensidad del dolor y el nivel de satisfacción en el post operatorio.

V.2 Objetivos específicos

1. Determinar la efectividad de la consulta pre anestésica en el control de la intensidad del dolor en el post operatorio.
2. Determinar la efectividad de la consulta pre anestésica en el nivel de satisfacción en el post operatorio

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación: Cohorte.

VI.2 Población o unidad de análisis: pacientes sometidos a cirugía abdominal

VI.3 Muestra y tipo de muestra

- **Grupo expuesto.** Pacientes sometidos a consulta pre anestésica, entendida a la consulta pre anestésica como el evento realizado por el Anestesiólogo previo a la cirugía e incluye, presentación del Médico Anestesiólogo, interrogatorio, exploración física, análisis de laboratorios, explicación de procedimientos de manera clara, objetiva y en lenguaje adecuado al paciente, aclaración de dudas y preguntas.
- **Grupo no expuesto.** Paciente que no es sometido a consulta preanestésica.

VI.3.1 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- **Mayores de 18 años.**
- **Patología quirúrgica abdominal programada.**
- **Patología quirúrgica abdominal de urgencia paciente no complicado.**
- **Patología quirúrgica obstétrica paciente no complicado**
- **Patología quirúrgica ginecológica paciente no complicado**

Criterios de exclusión

- **Pacientes con alteraciones en el estado de conciencia.**
- **Patología abdominal complicada.**
- **Pacientes con cirugía de urgencia complicada.**

- **Pacientes con ASA III, IV**

Criterios de eliminación

- **Pacientes que se nieguen a contestar el cuestionario.**
- **Pacientes que fallezcan durante la cirugía.**
- **Pacientes con complicaciones durante la cirugía que ameriten terapia intensiva.**

VI.3.2 Variables estudiadas

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de distribución	Escala de medición	Fuente de información
Consulta pre anestésica					
Consulta preanestésica	“Valoración integral realizada por el medico anesthesiologo, previa a intervención quirúrgica “	Consulta preanestésica incluye la atención por parte del anesthesiologo previo a cirugía medido como si o no	Cualitativa	Nominal 0= no 1= sí	Paciente
Efectividad					

Dolor	“Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”	Medido con la escala ENA con valor mínimo de 0 y máximo de 10	Cuantitativa	Discreta	Paciente
Satisfacción	“Es la sensación de placer que tienen las personas cuando han hecho realidad un deseo o han cubierto una necesidad.”	Medido con el CPCA	Cualitativa	Ordinal 3= excelente 2= muy buena 1= buena 0= mala	Paciente
Características de los pacientes					
Sexo	“Condición orgánica que distingue a hombres de mujeres”	Determinado por sexo asentado en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal 0= hombre 1= mujer	Expediente

Edad	“Tiempo que ha vivido una persona en años”	Tiempo transcurrido desde el nacimiento medido en años	Cuantitativa	Discreta	Paciente
Comorbilidades					
Diabetes	“Grupo de Enfermedades metabólicas cuyo nexo en Común es la hiperglucemia secundaria a un Déficit de la secreción de la insulina, a un Defecto de su actividad metabólica, o a Ambos”	Diagnostico medico asentado en el expediente	Cualitativa	Nominal 0= no 1= si	Expediente
Hipertensión	“elevación continua de la presión arterial (PA) por encima de unos límites establecidos”	Diagnostico medico asentado en el expediente	Cualitativa	Nominal 0= no 1= si	Expediente

ERC	<p>“La enfermedad renal crónica (ERC) se define por la presencia de lesiones renales y/o el descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) de más de 3 meses de evolución, y puede clasificarse en cinco estadios”</p>	<p>Diagnostico medico asentado en el expediente</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal 0= no 1= si</p>	<p>Expediente</p>
-----	--	---	--------------------	------------------------------------	-------------------

VI.4 Técnicas e instrumentos

Encuesta

Hospital General Regional No 1 Querétaro

Efectividad de la consulta preanestésica en el control de la intensidad del dolor y el nivel de satisfacción en el post operatorio

Número de seguridad social		Folio	
----------------------------	--	-------	--

Características										
Sexo					Edad					
0=Femenino			1=Masculino		años					
Perfil de uso de Servicios										
Diabetes			Hipertensión Arterial				Enfermedad Renal Crónica			
Sí = 1		No = 0		Sí = 1		No = 0		Sí = 1		No = 0
Motivo de la Cirugía y Grupo										
Diagnóstico Prequirúrgico					Grupo de comparación					
					Consulta preanestésica			No consulta preanestésica		
Dolor										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Satisfacción										
Excelente			Muy buena			Buena			Mala	

Cuadro 1. Cuestionario de percepción de calidad anestésica (CPCA).

- Pregunta 1. ¿El anestesiólogo lo visitó antes de la cirugía?
Pregunta 2. ¿Considera que le explicó adecuadamente el procedimiento anestésico?
Pregunta 3. Dentro de la información que le dio acerca del procedimiento anestésico, ¿le mencionó los riesgos del mismo?
Pregunta 4. ¿Considera que la explicación ofrecida fue bien comprendida por usted?
Pregunta 5. ¿Resolvió el anestesiólogo todas sus dudas sobre la anestesia?
Pregunta 6. ¿Sintió dolor después de su anestesia?
Pregunta 7. ¿Presentó alguna molestia durante la atención anestésica? Anotar de las siguientes (puede ser más de una): náusea, vómito o cefalea
Pregunta 8. ¿Quedó satisfecho con el servicio de anestesia?
- Evaluación general: ¿Cómo consideró la atención que le otorgó el anestesiólogo?
Mala () Regular () Buena () Excelente ()

VI.5 Procedimientos: La consulta pre anestésica se realizará en la cama del paciente antes de ingresar al servicio de quirófano.

La evaluación de la satisfacción y dolor se realizará en la cama del paciente 8 horas después de egresar del quirófano. Se realizará entrevista directa y aplicación del “cuestionario de percepción de calidad anestésica CPCA” y la escala ENA.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se realizó un diseño de cohorte en pacientes sometidos a cirugía abdominal y gineco obstétrica, en una unidad hospitalaria del sistema de salud, de la ciudad de Querétaro en fecha noviembre 2022 a marzo 2023.

Se considero como grupo de expuesto a los pacientes que recibieron visita pre anestésica; el grupo no expuesto lo integraron los pacientes sin consulta pre anestésica, se estableció como consulta pre anestésica exitosa cuando el anestesiólogo previo a cirugía, le realizó una evaluación al paciente, la cual incluyó: presentación formal con el paciente, explicación adecuada del procedimiento anestésico, explicación de riesgos propios del procedimiento, adecuado entendimiento de este y de igual manera, resolver dudas acerca de dicho

procedimiento, tomamos como base para la evaluación de una consulta anestésica el instrumento de medición: “CPCA (Cuestionario de Percepción de Calidad anestésica)” dicho instrumento concentra la información obtenida en una percepción general del paciente con respecto a su anestesiólogo generando un grado de satisfacción Excelente, Bueno, Regular o Malo.

Se incluyeron en el estudio pacientes sometidos a cirugía abdominal principalmente a histerectomía, colecistectomía abierta, cesárea no complicada y ooforectomía abierta.

Y que de igual manera aceptaron contestar la encuesta en el área de cuidados post anestésicos durante las primeras horas de su post operatorio.

Se excluyeron a pacientes menores de edad, pacientes que tuvieron cirugías abdominales de menor grado (apendicetomía, colocación de Catéteres de Tenckhoff, plastias abdominales) y fueron eliminadas aquellas que presentaron complicación post quirúrgica, que impidió la evaluación.

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula de diseño de cohorte, con nivel de confianza de 95% para una zona de rechazo de la hipótesis nula “En el grupo de pacientes con consulta pre anestésica el promedio de dolor en el post operatorio es menor o igual a 4 y en el grupo de pacientes sin consulta pre anestésica el promedio de dolor en el post operatorio es menor o igual a 8 y En el grupo de pacientes con consulta pre anestésica el nivel de satisfacción excelente en el post operatorio es menor o igual a 61% y en el grupo de pacientes sin consulta pre anestésica el nivel de satisfacción excelente en el post operatorio es menor o igual a 20%. ($\alpha=1.64$), poder de la prueba 80% ($\beta=0.84$), asumiendo que en el grupo de pacientes que recibió visita la satisfacción fue ($p_0=0$.)

Asumiendo que en el grupo con consulta pre anestésica el 61% considera satisfacción excelente en el post operatorio ($P_0= 0.61$) y en el grupo sin consulta

pre anestésica el 20% (P1= 0.20) considera satisfacción excelente en el post operatorio.

El tamaño calculado= 21 sin embargo se decidió trabajar con un mayor numero de pacientes para buscar tener una significancia estadística.

Inicialmente se trabajó con 175 pacientes sin embargo se decidió delimitar el tipo de cirugía dependiendo del grado de manipulación quirúrgica, para unificar así los parámetros de evaluación, excluyendo a pacientes de plastias abdominales, colocación de catéter Tenckhoff y cirugías menores, no obstante se trabajó con 50 pacientes sin visita y 39 pacientes con visita preanestésica los cuales se sometieron a cirugía abdominal y gineco obstétrica (colecistectomía abierta, cesárea no complicada, ooforectomía, histerectomía)

La técnica muestra fue no aleatoria por casos consecutivos, empleando como marco muestral el listado de pacientes que acudieron al servicio de anestesiología y que fueron sometidos a cirugía.

Se estudio la edad, comorbilidades (Diabetes Mellitus, hipertensión Arteria, Insuficiencia Renal) el tipo de cirugía, el tipo de anestesia neuroaxial recibida (bloqueo subaracnoideo, bloqueo peridural, bloqueo mixto)

La satisfacción anestésica se evaluó al final de cirugía en el área de cuidados post anestésicos o recuperación, al termino del remanente anestesia, en base al cuestionario de percepción de calidad anestésica "CPCA")

El punto clave para la evaluación fue preguntar directamente el nivel de satisfacción anestésica: si o no, la cual fue una de las preguntas incorporada al "CPCA"

Y se clasifico en 4 categorías. Excelente, Buena, Regular, Mala

El dolor fue evaluado con la ENA 1 como mínimo o prácticamente inexistente y máximo 10. En donde 1 es ausencia y 10 es máximo o el peor dolor experimentado en la vida.

El plan de análisis estadístico incluyó promedios, desviación estándar, porcentajes, pruebas de t para muestras independientes, prueba de chi cuadrada, riesgo relativo e intervalo de confianza para riesgo relativo.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En esta investigación se trabajará directamente con pacientes por lo tanto se les solicitará consentimiento informado elaborando para ello la carta respectiva. Aunado a lo señalado se cumplirá con los principios recomendados para realizar proyectos de investigación, específicamente Autonomía, Beneficencia y Justicia.

En la realización del presente estudio se considerarán las normas éticas internacionales en materia de investigación, apegándose a la declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza, Brasil, en 2013. En la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, que requiere consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de estos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 01 de septiembre de 2011, en su Título segundo, capítulo 1. Artículo 17. sección I. esta investigación es considerada como una Investigación sin riesgo, no viola los derechos humanos y se protegerá la confidencialidad del participante. La aplicación de los instrumentos puede ocasionar pérdida sentida de tiempo, ansiedad. En caso de presentar alguna de estas situaciones se canalizará al participante de manera inmediata a servicio de atención médica continua. Este proyecto de investigación requiere carta de consentimiento informado, ya que la información se obtendrá directamente de los pacientes que deseen participar en el estudio, así como la aplicación de instrumentos.

La información recolectada estará bajo resguardo de los responsables de la investigación en un lugar seguro para evitar pérdidas o daños al material. En cuanto a la base de datos se utilizarán contraseñas para su acceso, los registros de papel se mantendrán en un lugar cerrado y protegido.

A los pacientes que acepten participar se les entregará una hoja de consentimiento informado para que tengan la oportunidad de conocer la información recabada y asegurándonos de que se les respondan las dudas que tengan antes de firmar el consentimiento informado. El consentimiento informado será otorgado y recolectado por el médico Residente.

El protocolo se registrará ante el Comité de Investigación y Ética de la Institución y la información generada se manejará con absoluta confidencialidad, se mantendrá

el anonimato de los pacientes estudiados y la información será resguardada por el investigador principal.

VII. Resultados

En el grupo sin consulta pre anestésica, el promedio de edad fue 38.50 años \pm 13.55 y en el grupo con consulta pre anestésica 35.00 años \pm 13.64 ($t=1.20$ $p=0.231$). En ambos grupos predominó el sexo femenino, 87.57% en el grupo sin consulta pre anestésica y 75.5% en el grupo con consulta pre anestésica ($\text{Chi}^2 = 2.04$, $p=0.152$). El tipo de cirugía predominante en ambos grupos fue cesárea no complicada, 38.0% en el grupo sin consulta pre anestésica y 46.2% en el grupo con consulta pre anestésica ($p= 0.192$). En la tabla 1 se presenta la información.

La técnica anestésica fue diferente en los dos grupos, pero en ambos predominó el bloque sub aracnoideo, 44.0% en el grupo sin consulta pre anestésica y 59.0% en el grupo con consulta pre anestésica ($p=0.009$). Tabla 2

La prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas en el grupo sin consulta pre anestésica y con consulta pre anestésica fue similar ($p>0.05$), en la tabla 3 se presenta la información.

La satisfacción del paciente al final del acto quirúrgico en el grupo sin consulta pre anestésica fue 32.0% y en el grupo con consulta pre anestésica fue 100.0% ($p=0.000$). En la tabla 4 se presenta la satisfacción por grupo y por nivel de satisfacción.

En el grupo sin consulta pre anestésica el dolor se reportó en 5.82 ± 1.43 y en el grupo con consulta pre anestésica en 4.10 ± 1.04 , la diferencia es estadísticamente significativa ($p=0.000$). En la tabla 5 se presenta la información

Tabla 1. Tipo de cirugía en pacientes sin consulta pre anestésica y pacientes con consulta pre anestésica

Tipo de cirugía	Consulta Pre Anestésica (porcentajes)		Chi2	p
	No (n = 50)	Sí (n = 39)		
Cesárea no complicada	38.0	46.2	4.73	0.192
Colecistectomía abierta	38.0	25.6		
Ooforectomía abierta	18.0	28.2		
Histerectomía	6.0	0.0		

Tabla 2. Tipo de técnica anestésica en pacientes sin consulta pre anestésica y pacientes con consulta pre anestésica

Técnica anestésica	Consulta Pre Anestésica (porcentajes)		Chi2	p
	No (n = 50)	Sí (n = 39)		
Bloqueo Suba Aracnoideo	44.0	59.0	9.92	0.007
Bloqueo Peridural	20.0	33.3		
Mixto (subaracnoideo-peridural)	36.0	7.7		

Tabla 3. Prevalencia de comorbilidades crónicas en pacientes sin consulta pre anestésica y pacientes con consulta pre anestésica

Comorbilidad	Consulta Pre Anestésica		Chi2	p
	No (n=50)	Sí (n=39)		
Diabetes Mellitus				
No	88.0	87.2	0.01	0.907
Sí	12.0	12.8		
Hipertensión Arterial Sistémica				
No	88.0	74.4	2.76	0.096
Sí	12.0	25.6		
Enfermedad Renal Crónica				
No	100	94.9	2.62	0.105
Sí	0.0	5.1		

Tabla 4. Satisfacción del paciente al final del evento quirúrgico en pacientes sin consulta pre anestésica y pacientes con consulta pre anestésica

Satisfacción	Consulta Pre Anestésica (porcentaje)		Chi 2	p
	No Consulta (n=50)	Sí Consulta (n=39)		
Cuestionario de Percepción de Calidad Anestésica				
Mala	8.0	0.0	58.34	0.000
Regular	72.0	5.1		
Buena	20.0	33.3		
Excelente	0.0	61.5		
Pregunta directa del nivel de satisfacción				
No Satisfecho	68.0	0.0	42.91	0.000
Satisfecho	32.0	100		

Tabla 5. Dolor del paciente al final del evento quirúrgico en pacientes sin consulta pre anestésica y pacientes con consulta pre anestésica

Calificación del dolor	Consulta Pre Anestésica		Diferencia	t	p
	No Consulta (n=50)	Sí Consulta (n=39)			
Promedio	5.82	4.10	1.71	6.27	0.000
Desviación estándar	1.43	1.04			

* El dolor se evaluó con Escala Numérica Análoga, escala del cero al diez, cero ausencia de dolor y diez el peor dolor imaginable.

VIII. Discusión

1. En base a los resultados obtenidos en esta tesis podemos observar que como “El estudio de Egbert et al. evidenció que la información para disminuir la ansiedad preoperatoria era mucho más efectiva que la medicación con sedación”¹⁴ El hecho de que un paciente se sienta tranquilo, seguro, en paz, condiciona menos estrés y por ende menos activación de los sistemas de autorregulación del cuerpo, la generación de citocinas e interleucinas causantes del estrés sistémico y de la respuesta inflamatoria que se genera ante una agresión física (en este caso una agresión quirúrgica), motivo por el cual cuando un paciente se siente tranquilo, en un entorno adecuado, de confianza se disminuyen significativamente los niveles de dolor en el post operatorio.
2. “Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia”¹⁰ y el hecho de que un paciente presente mayor grado de estrés y ansiedad no solamente influye en el dolor que pueda presentar, si no en el tiempo en el que este se recupere y esto impacta de manera significativa en el ámbito emocional, por que genera mayor estrés, en el ámbito laboral, por que lo incapacita para continuar sus actividades diarias y por ende en el ámbito económico para el paciente y para el hospital porque cada día de estancia hospitalaria incrementa el dinero invertido en el paciente y en sus cuidados.
3. La mejor estrategia que puede utilizar el anestesiólogo es la comunicación efectiva, generar vínculos de confianza con el paciente y proporcionándole la información que el necesita para darle tranquilidad y disminuir la ansiedad preoperatoria, es por eso que es de vital importancia instaurar la practica de la consulta pre anestésica de calidad y como protocolo quirúrgico para cualquier paciente.

IX. Conclusiones

1. En conclusión, podemos observar que efectivamente que cada acción realizada por el medico anestesiólogo influye positiva o negativamente en la recuperación del paciente y en el grado del dolor que este llega a presentar en el periodo post operatorio, es por eso la importancia de proporcionar atención de calidad y generar las mejores condiciones para que se lleve a cabo el acto quirúrgico-anestésico.
2. La comunicación médico-paciente es un factor clave durante la intervención anestésica, es donde se establecen vínculos de confianza lo que contribuye de manera positiva
3. Las acciones, aunque parezcan insignificantes como un saludo o el hecho de presentarse formalmente con un paciente establece vínculos de confianza.
4. El estrés desencadena reacciones adversar al organismo e influye en el grado de recuperación y de percepción del dolor. Es por eso que una ansiolisis no farmacológica es una estrategia adecuada como adyuvante a la hora de cualquier procedimiento anestésico.
5. Tener empatía con los pacientes, explicarles y cuestionarles su entendimiento sobre los diversos procedimientos anestésicos, genera una sensación de confianza y satisfacción, lo que disminuye satisfactoriamente la ansiedad que puedan presentar.

IX. Propuestas

1. Implementar un área para la realización de la consulta preanestésica, el cual cuente con la infraestructura mínima necesaria para llevar a cabo una

valoración médica. (mesa de exploración, luz adecuada, escritorio, sillas para el médico, paciente y familiar)

2. Capacitar al personal medico sobre la importancia de la calidad de la consulta preanestésica.
3. Estandarizar la valoración anestésica como parte del protocolo quirúrgico.
4. Capacitar al personal de salud en técnicas de comunicación efectiva para mejorar la calidad de su relación medico paciente.

X. Bibliografía

1. GiraldoTascón VL, Castillo GG, Quintero Saker U, Palacio L, Díaz Ante Y, Palacio Arboleda M, et al. Perception about the anesthesiologist–patient relationship assessed during the post-operative of ASA I and II patients at level III and IV institutions (RAP-2 trial) in Cali, Colombia. *Colomb J Anesthesiol* [Internet]. 2014;42(1):20–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcae.2013.12.001>
2. de Oliveira KF, Clivatti J, Munechika M, Falcão LF dos R. What do patients know about the work of anesthesiologists? *RevBrasAnesthesiol* [Internet]. 2011;61(6):720–7.[citadoel 17 de abril de 2022]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7094\(11\)70081-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7094(11)70081-2)
3. Acosta-Martínez J, Guerrero-Domínguez R, López-Herrera-Rodríguez D, Sánchez-Carrillo F. Rol del anestesiólogo: punto de vista de lospacientes. *Colomb J Anesthesiol* [Internet]. 2016;44(2):121–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.02.010>
4. Alicia P, Luis B-S, Anestesiólogo M, Al Departamento De Anestesiología A, Carlos I, Médico H-R, et al. Postoperative acute pain control: Reviewarticle [Internet]. *Fmcaac.mx*. [citadoel 14 de abril de 2022]. Disponible en: https://fmcaac.mx/revistaanestesia/revista3/Articulo4_compressed.pdf
5. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises: Concepts, challenges, and compromises. *Pain* [Internet]. 2020;161(9):1976–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
6. Michaelides A, Zis P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgrad Med* [Internet]. 2019;131(7):438–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/00325481.2019.1663705>
7. García-López J, Domingo Vicent F, Montes Pérez A, Dürsteler C, Puig Riera de Conías MM. Comparación de dos métodos para la recogida de datosclínicosutilizandoelcuestionario de PAINOUT (base de datos europea para la gestión del dolor postoperatorio). *RevEspAnesthesiolReanim* [Internet]. 2011;58(5):273–8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0034-9356\(11\)70061-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0034-9356(11)70061-5)
8. Aldana Vilas Laura, Lima Mompó Gilda, Casanova Sotolongo Pedro, Casanova Carrillo Pedro, Casanova Carrillo Carlos. Enfoquepsicológico y fisiológico del dolor agudo. *RevCubMedMil* [Internet]. 2003 Sep [citado 2022 Abr 15] ; 32(3). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572003000300006&lng=es.
9. Martínez-Vázquez De Castro J, ToRe LM, Adjunto M. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteracionesfisiopatológicas y sus repercusiones [Internet]. *Sedolor.es*. [citadoel 14 de abril de 2022]. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2000_07_07.pdf
10. CarapiaSadurni A, Mejía Terrazas GE, NacifGobera L, Hernández Ordóñez N. Efecto de la intervenciónepsicológicasobre la ansiedadpreoperatoria. *Revistamexicana de anestesiología* [Internet]. 2011 [citadoel09 de abril de 2022];34(4):260–3. Disponible en:

<https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de-anestesiologia/articulo/efecto-de-la-intervencion-psicologica-sobre-la-ansiedad-preoperatoria>

11. Von Graffenried B, Adler R, Abt K, Nüesch E, Spiegel R. The influence of anxiety and pain sensitivity on experimental pain in man. *Pain* [Internet]. 1977;4(Supp C):253–63. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(77\)90137-3](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(77)90137-3)
12. Michaelides A, Zis P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgrad Med* [Internet]. 2019;131(7):438–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/00325481.2019.1663705>
13. Miguel Romeo MC, SagardoyMuniesa L. Efectos del uso de un tríptico informativo en la reducción de la ansiedad y el dolor perioperatorios en pacientes intervenidos de patología urológica. *Enferm Clin* [Internet]. 2014;24(4):233–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.008>
14. BagésFortacín Cristina, LleixàFortuno María del Mar, Español Puig Cristina, Imbernón Casas Gloria, MuntéPrunera Nuria, Vázquez Morillo Dolores. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Jul [citado 11 de abril 2022]; 14(39): 29-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300002&lng=es.
15. Ertürk EB, Ünlü H. Effects of pre-operative individualized education on anxiety and pain severity in patients following open-heart surgery. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2018 Jul-Aug;12(4):26-34. PMID: 30022900; PMCID: PMC6040857. [citado el 14 de abril de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30022900/>
16. Torres-González CA, Valera-Rodríguez Y, Pinto Segura-María E. Calidad de la atención en el servicio de anestesiología. Percepción del usuario. *Acta Médica Grupo Ángeles* [Internet]. 2017;15(2):92–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/72339>
17. Rocher-Hernández DJ, Luna-Rivera EM. Percepción del paciente ante el acto anestésico: desarrollo de una encuesta breve en español para medir satisfacción. *Rev Mex Anestesiología*. [Internet] 2021; 44 (4): 263-271. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/100871>
18. Manrique CU, Soto Rivera B, Vicente J, Barrientos R, Trujillo Esteves C. Artículo original Validación de un instrumento para evaluar la satisfacción del usuario durante el periodo preanestésico en el Hospital Regional 1° de Octubre [Internet]. Unam.mx. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Revistadeespecialidadesmedicoquirurgicas/2012/vol17/no1/9.pdf>
19. N. Cabedo, R. Valero, A. Alcón, C. Gomar, Prevalence and characterization of postoperative pain in the Postanaesthesia Care Unit, *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*, Volume 64, Issue 7, August–September 2017, Pages 375-383 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.redar.2016.11.006>
20. Covarrubias-Gómez A. Indicadores de calidad en la práctica de la anestesiología. *Revista mexicana de anestesiología* [Internet]. 2018;41(abril/junio):79–82. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma182a.pdf>
21. Anguita-Palacios MC, Talayero-San-Miguel M, Herrero-Cereceda S, Martín-Cadenas M, Pardo-Cuevas P, Gil-Martínez A. Comportamientos de miedo y ansiedad prequirúrgicos e intensidad de

dolor percibidatrasunaartroscopia de rodilla. *Enferm Clin* [Internet]. 2016;26(4):227–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.02.002>

22. Montes Pérez A, García Álvarez J, Trillo Urrutia L. Situación actual del dolor postoperatorio en el “Año Global Contra el Dolor Agudo”. *RevEspAnestesiolReanim* [Internet]. 2011;58(5):269–72. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0034-9356\(11\)70060-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0034-9356(11)70060-3)

XI. Anexos

X1.1 Hoja de recolección de datos

Encuesta

Hospital General Regional No 1 Querétaro

Efectividad de la consulta preanestésica en el control de la intensidad del dolor y el nivel de satisfacción en el post operatorio

Número de seguridad social				Folio						
Características										
Sexo				Edad						
0=Femenino		1=Masculino		años						
Perfil de uso de Servicios										
Diabetes		Hipertensión Arterial		Enfermedad Renal Crónica						
Sí = 1	No = 0	Sí = 1	No = 0	Sí = 1	No = 0					
Motivo de la Cirugía y Grupo										
Diagnóstico Prequirúrgico				Grupo de comparación						
				Consulta preanestésica		No consulta preanestésica				
Dolor										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Satisfacción										
Excelente		Muy buena		Buena		Mala				


XI.2 Instrumentos

Cuadro 1. Cuestionario de percepción de calidad anestésica (CPCA).

- Pregunta 1. ¿El anesestesiólogo lo visitó antes de la cirugía?
- Pregunta 2. ¿Considera que le explicó adecuadamente el procedimiento anestésico?
- Pregunta 3. Dentro de la información que le dio acerca del procedimiento anestésico, ¿le mencionó los riesgos del mismo?
- Pregunta 4. ¿Considera que la explicación ofrecida fue bien comprendida por usted?
- Pregunta 5. ¿Resolvió el anesestesiólogo todas sus dudas sobre la anestesia?
- Pregunta 6. ¿Sintió dolor después de su anestesia?
- Pregunta 7. ¿Presentó alguna molestia durante la atención anestésica? Anotar de las siguientes (puede ser más de una): náusea, vómito o cefalea
- Pregunta 8. ¿Quedó satisfecho con el servicio de anestesia?
- Evaluación general: ¿Cómo consideró la atención que le otorgó el anesestesiólogo?
 Mala () Regular () Buena () Excelente ()

XI.3 Carta de consentimiento informado.

Carta de Consentimiento Informado

		<p align="center">Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad de educación e investigación en Salud Carta de Consentimiento Informado para participación en Protocolos de Investigación (Adultos)</p>	
<p align="center">Efectividad de la consulta preanestésica en el control de la intensidad del dolor y el nivel de satisfacción en el post operatorio</p>			
Patrocinador externo (si aplica)		No aplica	
Lugar y fecha		Querétaro México, fecha por definir	
Número de registro		Por definir	
Justificación y objetivo del estudio		Es muy importantes que cuando a usted le realicen una cirugía pueda llevarla en las mejores condiciones posibles, antes y después del evento. El dolor y la satisfacción es un aspecto muy importante, por ello se desea saber si recibir la consulta del anestesiólogo antes de la cirugía disminuye el nivel de dolor y aumenta su satisfacción después de que usted se operó	
Procedimientos		Le realizaremos algunas preguntas para poder evaluar el dolor y conocer su satisfacción. El tiempo de la entrevista es de 10 minutos	
Posibles riesgos y molestias		Probablemente se pueda sentir incomodo durante la entrevista si esto sucede y usted lo desea se puede suspender la entrevista	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio		El beneficio para usted será mínimo, pero el resultado general servirá para proponer la consulta preanestésica en consultorio a todos los pacientes que se programen a cirugía	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento		Le informaremos del resultado de la evaluación para ello le pediremos cómo informarle	
Participación o retiro		Usted puede aceptar o rechazar participar sin que esto influya en el tratamiento que se ha planeado	
Privacidad y confidencialidad		Los datos que nos proporcionen serán manejados con discreción, no serán públicos y existirá un responsable de guardarlos	
En caso de colección de material biológico (si aplica)		No aplica	
		Sí autoriza que se tome la muestra	
		Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio	
		Sí autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica)			
Beneficios al término del estudio		Contribuir a la posible instalación de un consultorio de valoración preanestésica	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a			
Investigador Responsable		Dra Mayra Cristina Ortiz Sánchez mayra_cris1@hotmail.com 44 22 11 21 23	
Colaboradores		Dr. Enrique Villarreal Ríos enriquevillarrealrios@gmail.com 44 22 11 21 23	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico comision.etica@imss.gob.mx			
Nombre y firma del Paciente		Mayra Cristina Ortiz Sánchez	
		Nombre y firma del Investigador	
Testigo 1		Testigo 2	
Nombre, dirección , relación y firma		Nombre, dirección , relación y firma	

