

**Comparación de la satisfacción perioperatoria del paciente:
Anestesia general vs Anestesia regional**

**Comparison of patient's perioperative satisfaction:
General anesthesia vs regional anesthesia**



(Clínica Paz Holandesa, 2018)

Dr. Alvaro Martínez Herrera ¹, Dr. Juan Daniel Charles Torres ², Dr. Oscar Téllez Reynoso ³

¹Máster en investigación multidisciplinaria en salud. Medico anestesiólogo, adscrito al Hospital Universitario de Saltillo "Dr. Gonzalo Valdez Valdez". ²Profesor titular del programa de residencia en anestesiología del Hospital Universitario de Saltillo "Dr. Gonzalo Valdez Valdez". ³Profesor de postgrado de la Facultad de Medicina de la U.A. de C. U.S.

Jefe del servicio de gastroenterología del ISSSTE Hospital General Saltillo.

Jefatura de Anestesiología del Hospital Universitario de Saltillo, Calle Francisco I. Madero, 1291,
Zona Centro, C.P. 25000, Saltillo Coahuila, México. Teléfono y fax: (844) 4113000.

E-mail: mherreraalvaro@outlook.com

Resumen

Antecedentes: La satisfacción del paciente es fundamental en la atención perioperatoria, ya que es un determinante de calidad. El objetivo del presente es la validación de Cuestionario de Leiden traducido en español (Satisfacción del Cuidado Perioperatorio del Paciente - LPPSq) en la evaluación de satisfacción y la comparación entre dos técnicas anestésicas.

Metodología: Se realizó el estudio transversal, comparativo. Se incluyeron 79 pacientes de 18 años o más de edad, sometidos a cirugía electiva o de urgencia, clasificación ASA I, II y III. Entre las 6 y 48 horas posteriores a su alta de la UCPA se aplicó el Cuestionario de Leiden (Satisfacción del Cuidado Perioperatorio del Paciente) traducido en español. La confiabilidad y validez del instrumento de medición se evaluó mediante alfa de Cronbach, correlación inter-clase y validez discriminante. Los resultados del LPPSq se expresaron en medias \pm desviación estándar y proporciones de máximas puntuaciones, globales y de cada uno de los constructos. Para conocer las diferencias entre los grupos, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney o H de Kruskal-Wallis según corresponda para variables cuantitativas, y Chi cuadrada o exacta de Fisher para variables cualitativas, mediante el programa SPSS. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: La fiabilidad y la validez del LPPSq fue de 0.83 a 0.94 para cada uno de los constructos, y 0.87 para el global. El porcentaje de satisfacción fue de 78.04 a 88.59, siendo el constructo: "*Miedo y preocupación*" el más bajo, mientras "*Personal de salud*" el más alto y un global para el LPPSq de 85.99. El grupo de AG obtuvo una mayor puntuación que el de AR, aunque esta diferencia no tuvo significancia estadística (86.86 vs 85.14; $p=0.68$).

Conclusión: El LPPSq es un adecuado instrumento confiable y válido, la satisfacción perioperatoria fue adecuada, no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos de anestesia general y anestesia regional.

Palabras Clave: Satisfacción perioperatoria; Calidad perioperatoria; anestesia

Abstract

Background: Patient satisfaction is fundamental in perioperative care as a determinant of quality. The aim of the present survey was to validate the spanish version of the Leiden Perioperative Patient Satisfaction questionnaire, to assess the influence of type of anesthesia on patient satisfaction and comparing two techniques of anesthesia.

Method: Transversal, comparative research. 79 patients over 18 years' old who had undergone to elective or emergency surgery, ASA Class: I, II and III, were included in the study. Leiden's Questionnaire; Leiden Perioperative Care Patient Satisfaction, was applied from 6 up to 24 hours post-op. The reliability and validity were evaluated with Cronbach's Alpha, inter-item correlation and *item discriminant validity*. The Mann–Whitney or Kruskal-Wallis test was used to know difference between groups for quantitative variables and Chi squared or Fisher test for qualitative variables. Statistical analysis was performed using the statistics package SPSS. A *P* value of <0.05 was set as significant for statistical analysis

Results: The reliability estimates for the scale dimensions and the total Spanish (Range: 0.83 to 0.94) were 0.87. The overall mean patient satisfaction score was 85.99%; the lowest was for “Fear and concern” (78.04%) and highest for staffpatient relationship (88.59%). Mean satisfaction scores for GA were higher than RA (86.86 vs 85.14 respectively; $p=0.68$), this difference was not significant.

Conclusion: the LPPSq is a viability and validity instrument, the perioperative satisfaction was good enough, it was not significant differences between groups of general anesthesia and regional anesthesia.

Keywords: Perioperative satisfaction; Perioperative quality; anesthesia

Introducción

Al hablar de satisfacción nos referimos a un concepto subjetivo y complejo el cual se verá influenciado por múltiples factores en distintos ámbitos. Sin embargo, en la actualidad es considerada una variable medible como resultado de los procesos de atención a los usuarios o clientes y dichas mediciones deben de realizarse desde una óptica multidimensional (Auquier y col., 2005; Gurria y col., 2017).

La satisfacción del paciente como resultado de la atención sanitaria, es uno de los determinantes de la calidad de ésta (Zuo y col., 2015). Si bien no existe una definición universal de calidad y ésta dependerá estrictamente del contexto en el que se aplique, al hacerlo en el terreno de la salud para definir la calidad en la atención médica, se debe elegir la que mejor se aplique en este contexto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aborda el tema presentando su propia definición: “[...] una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) combatir la deficiencia en la calidad y asegurar garantías de la misma en la atención sanitaria representa hasta el momento un reto para los sistemas de salud y para la sociedad, principalmente en países en vías de desarrollo (Revilla y col., 2012; Biblioteca mexicana del conocimiento, 2015).

En México los retos aún son grandes, no obstante, existe un creciente interés en torno al tema, como resultado de los problemas que surgen de las carencias de ésta. Al igual que el resto de Latinoamérica, nuestro país tiene largo camino por recorrer en aras de alcanzar y garantizar una atención sanitaria de calidad, ya que enfrenta grandes carencias de recursos que influyen sobre ésta (Ramírez y col., 1995). Los trabajos en pro de la calidad iniciaron desde antes de 1962 en el Hospital La Raza, dando como resultado la edición del documento Auditoría Médica, sentando las bases para que otras instituciones establecieran sus propios instrumentos de autoevaluación, transitando así en el tema de la calidad y cambiando el paradigma de la evaluación, a la garantía de la misma para los usuarios de los servicios (Revilla y col., 2012; Hussain y col., 2017).

La calidad es también una meta en la práctica de la anestesia y el cuidado perioperatorio, identificando seis componentes que se deben cumplir: eficaz, equitativo, oportuno, eficiente, seguro y centrado en el paciente. La anestesiología se ha centrado en la seguridad y en los primeros cuatro componentes, por lo cual se deben focalizar esfuerzos en que el cuidado perioperatorio esté centrado en el paciente, esto se puede lograr mediante la evaluación de la satisfacción. Inicialmente las evaluaciones y mediciones de la calidad en el campo de la anestesia se focalizaron en la mortalidad. Poco tiempo después del primer uso de la anestesia apareció el primer reporte de mortalidad atribuida a la misma. Un siglo después, la mortalidad en la anestesia fue medida en un gran estudio sistemático y multicéntrico, realizado entre 1948 y 1952. Con base en este reporte inicial se observó una gran reducción en la misma para 1982, gracias a la implementación de estrategias sistematizadas y listas de verificación. A pesar de dichos logros, aún existen altas tasas de complicaciones que guardan relación con la anestesia, por lo que un cuidado anestésico de alta calidad tendrá como meta la reducción de éstas. En aras de mejorar la calidad y los resultados es necesario seguir realizando investigación (Bajwa y Kulshrestha, 2016; Johnson y col., 2016; Fleisher, 2018).

Satisfacción perioperatoria

En el contexto clínico perioperatorio la satisfacción del paciente es considerada un indicador de calidad, sin embargo, su evaluación se torna compleja ya que se trata de un concepto subjetivo y de influencia multifactorial, producto de la percepción por parte del paciente de la atención recibida. Para los proveedores de servicios de salud evaluar el impacto que los procesos de atención médica tienen en los pacientes proporciona una retroalimentación (Fung y Cohen, 1998; Martínez, 2013). El desarrollo de instrumentos para su medición debe seguir un proceso riguroso de evaluación psicométrica y posterior validación. Caljouw y col. (2008) desarrollaron el *Leiden Perioperative care Patient Satisfaction questionnaire (LPPSq)*, como un cuestionario de 39 preguntas, basado en el trabajo de Alquier, cuya adaptación al inglés fue validada posteriormente por Jlala y col. (2010) (Barnett y col., 2013). En ésta los pacientes calificaron en una escala tipo *Likert* del 1 al 5 cada pregunta, mediante un auto reporte elaborado por el paciente que consiste en varios enunciados en los cuales el respondiente puede indicar en qué grado de satisfacción o insatisfacción se encuentra en relación con cada uno de éstos. Con la finalidad de medir la satisfacción del cuidado perioperatorio y la anestesia; se incluyen preguntas divididas en cuatro constructos: *Información* (cuatro preguntas), *Molestias y necesidades* (siete preguntas), *Miedo y preocupación* (cuatro preguntas) y *Relación personal-paciente* (trece preguntas); adicionalmente, cuatro preguntas con las cuales se explora la resolución de problemas por parte del personal de salud y por último tres preguntas dirigidas directamente en relación con el servicio, siendo un total de 39 preguntas. Los resultados se expresan a través de la media de puntuación y proporción del puntaje máximo en cada apartado (Caljouw y col., 2008).

La elección de la técnica anestésica se realiza con base en las características del paciente y del tipo de procedimiento al cual será sometido. Sin embargo, otro de los factores determinantes de esta elección es el criterio del anestesiólogo. Durante los

últimos años las ventajas y desventajas de una técnica sobre otra en términos de morbilidad y mortalidad han sido estudiados con el objetivo de incentivar la práctica basada en evidencia.

Actualmente, en Estados Unidos y Canadá se encuentra en marcha el protocolo Anestesia Regional versus General para Promover la Independencia Posterior a Fractura de Cadera, REGAIN, por sus siglas en inglés: *Regional versus General Anesthesia for Promoting Independence after Hip Fracture*. Se trata de un estudio pragmático, multicéntrico, comparativo y aleatorizado, cuyo objetivo es evaluar y comparar los efectos de la anestesia espinal contra la anestesia general en la recuperación de la deambulación a 60 días y otros resultados centrados en el paciente medidos a través del seguimiento durante un año. Dicho protocolo inició en febrero del 2016 y terminará en 2019. En éste también se evalúa, entre sus variables secundarias, la satisfacción del paciente con el cuidado anestésico al día 3 o al egreso hospitalario (Neuman y col., 2016).

Aun cuando abunda la literatura comparativa entre ambas técnicas, los estudios que evalúan la satisfacción como un resultado del cuidado anestésico son pocos. Recientemente Jjala y col. (2010) en Reino Unido, realizaron la comparación de la satisfacción con el cuidado perioperatorio, mediante la validación y aplicación de la versión en inglés del Cuestionario de Leiden Satisfacción del Cuidado Perioperatorio del Paciente (LPPSq). Se incluyeron 100 pacientes mayores de 18 años, sometidos a cirugía ortopédica bajo anestesia general (AG) y regional (AR) (n=50 en cada grupo), encontrando que la media de satisfacción global fue de 86.7%, sin diferencia entre los grupos (AR=85.8% vs AG=88.4%). El grupo de AR se consideró más satisfecho en base a la información recibida en comparación con el grupo de AG, no hubo diferencia entre hombres y mujeres. Sin embargo, los hombres tuvieron un mayor reporte de molestias y necesidades que las mujeres. Las complicaciones como dolor de cabeza fueron mayores en el grupo de AG en comparación con el de AR. El dolor postoperatorio y sed fueron frecuentemente

reportados en ambos grupos con una media de 3 (escala de 1 a 5). Otras complicaciones como dolor de espalda, náuseas, frío y hambre fueron menormente reportadas con una media de 1 (escala de 1 a 5) (Jlala y col., 2010).

Objetivo

El objetivo del presente estudio fue conocer la influencia de la técnica anestésica en la satisfacción perioperatoria del paciente, así como la validación de la traducción al español del Cuestionario de Leiden (Satisfacción del Cuidado Perioperatorio del Paciente), conocer los factores perioperatorios que influyen en la satisfacción del paciente y evaluar la calidad de la atención en el entorno perioperatorio a través de ésta.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio transversal comparativo. Previa aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario de Saltillo “Dr. Gonzalo Valdés Valdés”, mediante el oficio: CEI/14/2017, en el estudio se incluyeron 79 pacientes de 18 años o más, que fueron sometidos a cirugía electiva o de urgencia, clasificación ASA I, II y III, durante el periodo de agosto de 2017 a octubre del 2018. Entre las 6 y 48 horas posteriores a su alta de la UCPA, se les invitó a participar en el estudio y firmar previo consentimiento informado. A los pacientes se aplicó la traducción al español del Cuestionario de Leiden (Satisfacción del Cuidado Perioperatorio del Paciente) por parte de un evaluador independiente al estudio. Posteriormente, se hizo una revisión de la historia clínica, valoración preanestésica, registros anestésicos, así como datos de contacto del expediente clínico para complementar la información.

Las variables sociodemográficas se expresan mediante frecuencias, medias \pm desviación estándar (DE) y proporciones. La confiabilidad y validez del instrumento de medición se evaluó mediante α de Cronbach, coeficiente de correlación interclase (IIC) y validez de variable discriminante (IDV). Los resultados se

expresaron en medias \pm DE y proporciones de máximas puntuaciones, globales y de cada uno de los constructos. Para conocer las diferencias entre los grupos, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney o H de Kruskal-Wallis según correspondiera para variables cuantitativas y Chi cuadrada (X^2) o exacta de Fisher para variables cualitativas mediante el programa SPSS, además de regresión y correlación lineal; se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados

Características de la población

Se aplicó la traducción al español del cuestionario LPPSq a un total de 79 pacientes (entre agosto del 2017 y octubre del 2018). La media de edad de pacientes sometidos en estudio fue de 40.29 años (DE: 15.151 (18 - 73)), con una media de edad de 43.9 años para el grupo de AG y 36.7 años para el grupo de AR ($p=0.029$). El 69.6% de los participantes fueron mujeres y el 63.3% se encontraban en matrimonio al momento de responder el cuestionario sin encontrar diferencia entre ambos grupos; 36.7% de los pacientes presentan alguna comorbilidad (AG: 48.7% vs AR: 25%, $p=0.029$) y tomaban uno o más fármacos como parte de su tratamiento (AG: 51.3% vs AR: 22.5%, $p=0.008$). El IMC promedio fue de 29.65 kg/m² (DE: 6.21 (17 – 48.1)). Al clasificar su estado nutricional se observó que el 20.3% tenían un peso adecuado y un 79.7% sobrepeso y obesidad; el 3.8% de los pacientes reportaron diagnóstico de alguna enfermedad psiquiátrica como parte de sus antecedentes personales patológicos, el 58.2% contaban con antecedente de haber recibido algún tipo de anestesia (AG: 71.8% vs AR: 45%, $p=0.016$). De acuerdo con la clasificación ASA el 19% de los participantes fueron clase I, el 81% clase II y III, sin encontrarse diferencias significativas entre los grupos de AG y AR (Tabla 1).

Condiciones anestésico-quirúrgicas

El 50.6% de los pacientes recibieron AR (n= 40), mientras que el 49.4% restante recibieron AG (n= 39). El 53.2% de los pacientes estuvieron a cargo del servicio de cirugía general, 30.4% a cargo de ginecología y obstetricia y 16.5% a cargo de otros servicios como: oncocirugía, urología, cirugía plástica, cirugía cardiotorácica y traumatología etc. En el 39.2% se realizó cirugía laparoscópica mientras que en el resto fueron aplicadas otras técnicas quirúrgicas en relación con el procedimiento a realizar. Al clasificarlos en relación con la prioridad de realización de la cirugía solo el 26.6% fueron de manera urgente. El tiempo quirúrgico promedio fue de 101.96 minutos (DE: 54.9) (AG: 125 min (DE: 59.92) vs AR: 79.5 min (DE: 38.76); $p < 0.001$) con una duración menor a tres horas en el 92.4%.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la población sometida al estudio.

	Anestesia general (n= 39)	Anestesia regional (n= 40)	Sign.
Media de edad \pm DE	43.92 \pm 14.78	36.75 \pm 14.83	0.029 *
Genero			
Hombres	10 (25.6)	14 (35)	0.366 †
Mujeres	29 (74.4)	26 (65)	
Estado civil			
Casado	25 (64.1)	25 (62.5)	0.883 †
Otro	14 (35.9)	15 (37.5)	
Comorbilidades	19 (48.7)	10 (25)	0.029 †
Polifarmacia	20 (51.3)	9 (22.5)	0.008 †
Enfermedad psiquiatrica	3 (7.7)	0 (0)	0.116 †
Media de IMC \pm DE	29.32 \pm 5.74	29.98 \pm 6.01	0.902 *
Estado nutricional			
Peso adecuado	8 (20.5)	8 (20)	0.955 †
Sobrepeso y obesidad	31 (79.5)	32 (80)	
ASA			
I	5 (12.8)	10 (25)	0.168 †
II y III	34 (87.2)	30 (75)	
Antecedente anestésico	28 (71.8)	18 (45)	0.016 †

DE= Desviación estándar, frecuencia (porcentaje), * prueba U de Mann-Whitney, † prueba de Chi cuadrada o exacta de Fisher

El tiempo anestésico promedio fue de 131.08 minutos (DE: 59.09) (AG: 157.82 (DE: 62.58) vs AR: 105.0 (DE: 41.89); $p < 0.001$) con una duración menor a tres horas en el 83.5%. El 60.8% de los procedimientos fueron realizados durante el turno matutino (Tabla 2 y Tabla 3).

Tabla 2. Condiciones anestésico-quirúrgicas aplicadas a pacientes sometidos al estudio.

	n	%
Tipo de anestesia		
Anestesia General	39	49.4
Anestesia Regional	40	50.6
Tipo de anestesia (AG y AR)		
AGB	35	44.3
ATIV	4	5.1
BSA	25	31.6
BPD	12	15.2
BNP	2	2.5
Infiltracion	1	1.3
Servicio tratante		
Cirugía general	42	53.2
Ginecología y obstetricia	24	30.4
Otros	13	16.5
Tipo de cirugía		
Laparoscopia	31	39.2
Otro	48	60.8
Cirugía realizada		
Colecistectomía	22	27.8
Cesarea	17	21.5
Histerectomía	7	8.9
Hernioplastia	7	8.9
Apendicectomía/LAPE	7	8.9
Osteosíntesis/RAFI	5	6.3
Otra	14	17.7
Media de tiempo quirúrgico ± DE		
	101.96 ± 54.9	
Menor de 3 horas	73	92.4
3 horas o más	6	7.6
Media de tiempo anestésico ± DE		
	131.08 ± 59.09	
Menor de 3 horas	66	83.5
3 horas o más	13	16.5
Turno		
TM	48	60.8
TV	31	39.2
Posición transquirúrgica		
Decubito dorsal	55	69.6
Decubito lateral	3	3.8
Otro	21	26.6

DE= Desviación estándar, n= Frecuencia

Tabla 3. Condiciones anestésico-quirúrgicas por grupo

	Anestesia general (n=39)	Anestesia regional (n= 40)	Sig.
Servicio: Especialidad quirúrgica tratante			
Cirugía general	28 (90.3%)	14 (40%)	p < 0.001 †
Ginecología y obstetricia	3 (9.7%)	21 (60%)	
Tipo de cirugía: grado de urgencia			
Urgencia	2 (5.1%)	19 (47.5%)	p < 0.001 †
Electiva	37 (94.9%)	21 (52.5%)	
Tipo de Cirugía: técnica realizada			
Laparoscopia	28 (71.8%)	3 (7.5%)	p < 0.001 †
Otra	11 (22.8%)	37 (92.5%)	
Media de tiempo quirúrgico ± DE	125 ± 59.92	79.5 ± 38.76	p < 0.001 *
Menor de 3 horas	34 (87.2%)	39 (97.5%)	p = 0.108 †
3 horas o más	5 (12.8%)	1 (2.5%)	
Media de tiempo anestésico ± DE	157.82 ± 62.58	105 ± 41.89	p < 0.001 *
Menor de 3 horas	28 (71.8%)	38 (95%)	p = 0.005 †
3 horas o más	11 (28.2%)	2 (5%)	

DE= Desviación estándar, frecuencia (porcentaje), * prueba U de Mann-Whitney, † prueba de Chi cuadrada exacta de Fisher

Confiabilidad y validez de la prueba

En la primera fase del estudio se realizó la traducción de la versión original del cuestionario LPPSq. Se aplicó una prueba piloto de la versión en español en 17 pacientes, la cual constaba de 34 preguntas divididas en 5 constructos; (I) *Información*, 4 preguntas; (II) *Molestias y necesidades*, 7 preguntas; (III) *Miedo y preocupación*, 4 preguntas; (IV) *Relación paciente-personal de salud*, 13 preguntas y (V) *Servicio*, con 6 preguntas. Se encontró una adecuada fiabilidad y validez a través del α de Cronbach, el cual fue de 0.78 a 0.97 en cada uno de los constructos y 0.85 para el LPPSq (Tabla 4).

Tabla 4. Confiabilidad y validez prueba piloto

Constructo	Numero de variables	α de Cronbach	Media (DE)	Puntaje máximo	% de Máxima puntuación	Correlación entre variables (IIC)	Validez de variable discriminante (IDV)
Información	4	0.95	16.47 (3.955)	20	82.35	0.799 a 0.968*	-0.008 a 0.140
Miedo y preocupación	4	0.78	16.67 (3.716)	20	83.33	0.650 a 0.813*	-0.057 a 0.419
Personal de salud	13	0.97	58.43 (5.840)	65	89.89	0.738 a 0.890*	-0.036 a 0.437
LPPSq	21	0.85	91.25 (9.353)	105	86.9	†	†

Numero de variables; Valor de α de Cronbach; media y desviación estándar; puntaje máximo; porcentaje de máxima puntuación; correlación entre variables (IIC, Inter-item correlation) y validez de variable discriminante (IDV, Item-discriminant validity) por constructo y global (LPPSq); $n=17$ * $P<0.01$; † No comparable

Posterior a la prueba piloto se tomó la decisión a través de un panel de expertos, de eliminar el constructo (V) *Servicio*, ya que se consideró que no evaluaba el proceso. Como resultado se obtuvo la versión final del LPPSq en su traducción al español que consta de 28 preguntas divididas en 4 constructos: (I) *Información*, 4 preguntas; (II) *Molestias y necesidades*, 7 preguntas; (III) *Miedo y preocupación*, 4 preguntas; y (IV) *Relación paciente-personal de salud*, 13 preguntas. Se evaluó la confiabilidad y la validez de la versión final durante el periodo de estudio, los resultados del α de Cronbach fueron para el constructo de “*Información*” de 0.91 (ICC: 0.760 a 0.910; IDV: - 0.405 a 0.499), para el constructo de “*Miedo y preocupación*” de 0.83 (IIC: 0.669 a 0.879; IDV: - 0.551 a 0.455), para el constructo “*Personal de salud*” de 0.94 (IIC: 0.669 a 0.870; IDV: 0.592 a 0.850) y para el global del LPPSq de 0.87 (Tabla 5).

Satisfacción perioperatoria

El porcentaje global de satisfacción del LPPSq fue 85.99, con una puntuación promedio de 90.29 (DE: 8.54); al realizar la evaluación por constructos, encontramos que para el de “*Información*” el porcentaje de satisfacción fue de 85.51, una puntuación promedio de 17.10 (DE: 3.03); para el constructo “*Miedo y preocupación*” el porcentaje de satisfacción fue de 78.04 y una puntuación media de 15.61 (DE: 3.44), siendo dicho constructo en el que se observó el porcentaje más

bajo de satisfacción, mientras que “*Personal de salud*” obtuvo el mayor porcentaje de satisfacción con 88.59 con una media en la puntuación de 57.58 (DE: 7.17) (Tabla 5).

Tabla 5. Confiabilidad y validez de la versión final LPPSq

Constructo	Numero de variables	α de Cronbach	Media (DE)	Puntaje máximo	% de Máxima puntuación	Correlación entre variables (IIC)	Validez de variable discriminante (IDV)
Información	4	0.91	17.10 (3.032)	20	85.51	0.760 a 0.910*	- 0.405 a 0.499
Miedo y preocupación	4	0.83	15.61 (3.447)	20	78.04	0.669 a 0.879*	- 0.551 a 0.455
Personal de salud	13	0.94	57.58 (7.178)	65	88.59	0.669 a 0.870*	0.592 a 0.850
LPPSq	21	0.87	90.29 (8.546)	105	85.99	†	†

Numero de variables; Valor de α de Cronbach; media y desviación estándar; puntaje máximo; porcentaje de máxima puntuación; correlación entre variables (IIC, Inter-item correlation) y validez de variable discriminante (IDV, Item-discriminant validity) por constructo y global (LPPSq); n=17 *P<0.01; † No comparable

Al comparar el porcentaje de satisfacción promedio entre los tipos de anestesia recibidos, se observó un valor ligeramente mayor en el grupo que recibió AG en comparación con el de AR, aunque la diferencia observada no fue estadísticamente significativa (86.86 vs 85.14; p=0.680) (Tabla 6).

Tabla 6. Satisfacción perioperatoria: comparativo entre anestesia general (AG) y anestesia regional (AR).

	Anestesia general (n= 39)	Anestesia regional (n= 40)	Sign.
	Media \pm DE	Media \pm DE	
Información:			
Puntuación	16.87 \pm 3.23	17.33 \pm 2.85	
Porcentaje de satisfaccion	84.36 \pm 16.148	86.63 \pm 14.25	0.333 *
Miedo y preocupación:			
Puntuación	16.18 \pm 3.53	15.05 \pm 3.3	
Porcentaje de satisfaccion	80.9 \pm 17.692	75.25 \pm 16.52	0.085 *
Relacion al personal de salud			
Puntuación	58.15 \pm 5.68	57.03 \pm 8.42	
Porcentaje de satisfaccion	89.47 \pm 8.74	87.73 \pm 12.95	0.886 *
LPPSq			
Puntuación	91.21 \pm 8.2	89.4 \pm 8.87	
Porcentaje de satisfaccion	86.86 \pm 7.81	85.14 \pm 8.84	0.68 *

DE= Desviación estándar, * prueba U de Mann-Whitney

Se realizó un segundo análisis entre las distintas variables categóricas para comparar el porcentaje de satisfacción entre estas. Se observó un mayor grado de satisfacción en pacientes mujeres que en hombres (86.01% vs 85.91%; $p=0.835$). Al categorizar la población de estudio por grupos de edad se encontró un mayor porcentaje de satisfacción en el grupo de 60 años y más, seguido del de 30 a 59 años y por último el de 18 a 29 años (88.92%, 86.54% y 83.38%, respectivamente, $p=0.243$). En relación a su estado civil los pacientes casados obtuvieron una puntuación de 86.57% mientras que aquellos que reportaron otro estado civil obtuvieron 84.99% ($p=0.61$). La presencia de comorbilidades se consideró como un posible determinante de la satisfacción, se observó que ésta fue de 86.60% en los pacientes que si reportaron la presencia de una o más, en comparación con 85.64% en los que no las presentaban ($p=0.81$). Los pacientes con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas obtuvieron un porcentaje de 81.90% en comparación con un 86.15% de aquellos sin dicho antecedente ($p=0.34$). Los pacientes que con base en su IMC fueron clasificados con un peso adecuado presentaron un grado de satisfacción de 86.43% mientras que en los clasificados como con sobrepeso y obesidad fue de 85.99% ($p=0.99$). Además, los participantes con antecedentes anestésicos obtuvieron un mayor porcentaje de satisfacción en comparación con los que no tenían experiencias anestésicas previas (86.79% vs 84.88%; $p=0.24$), así mismo los pacientes clase ASA II y III presentaron porcentajes mayores de satisfacción en comparación con los clase ASA I (86.22% vs 85.02%; $p=0.374$) (Tabla 7).

Los pacientes a cargo del servicio de cirugía general mostraron un mayor grado de satisfacción en comparación con los tratados por parte del servicio de ginecología y obstetricia (86.39% vs 83.93%; $p=0.50$). Sin embargo, en los pacientes a cargo de otros servicios entre los que se engloban: traumatología y ortopedia, urología, oncocirugía, cirugía plástica y reconstructiva, entre otros, el grado de satisfacción fue mayor que en estos dos (88.5%) (Tabla 7).

En cuanto a las condiciones anestésico-quirúrgicas, los pacientes sometidos a cirugía de forma electiva mostraron mayor grado de satisfacción que cuando ésta se realizó de manera urgente (86.55% vs 84.44%, $p=0.63$). La satisfacción fue mayor en los casos en las cuales se realizó cirugía laparoscópica en comparación con las otras técnicas quirúrgicas (86.30% vs 85.79%; $p=0.821$). Paradójicamente el porcentaje de satisfacción fue mayor cuando la cirugía duró tres horas o más (91.11% vs 85.57%, $p=0.13$), obteniendo los mismos resultados en relación con la duración de la anestesia (89.89% vs 85.22%, $p=0.046$) mostrando además una diferencia significativa. En los pacientes cuyas cirugías se realizaron en el turno vespertino (TV) tuvieron un mayor porcentaje de satisfacción que los que fueron operados en el turno matutino (TM) (86.13% vs 85.78%; $p=0.44$) (Tabla 7).

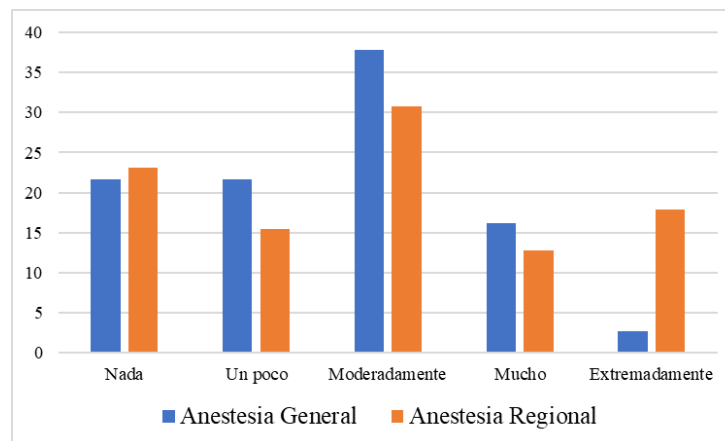
Tabla 7. Satisfacción perioperatoria: comparativo entre grupos.

		LPPSq				
		Puntuación		% de satisfacción		
Variable de agrupación	n	Media	± DE	Media	± DE	Sign.
Genero:						
Hombre	24	90.25	± 7.32	85.95	± 6.97	0.835 *
Mujer	55	90.31	± 9.09	86.01	± 8.66	
Grupo de edad						
18 a 29 años	22	87.55	± 9.86	83.38	± 9.39	0.243 †
30 a 59 años	46	90.87	± 8.12	86.54	± 7.73	
60 años y más	11	93.36	± 6.39	88.92	± 6.09	
Estado Civil:						
Casado	50	90.90	± 7.12	86.57	± 6.78	0.614 *
Otro	29	89.24	± 10.63	84.99	± 10.12	
Comorbilidades:						
Si	29	90.93	± 6.49	86.60	± 6.18	0.811 *
No	50	89.92	± 9.58	85.64	± 9.13	
Polifarmacia						
Si	29	91.72	± 6.87	87.36	± 6.54	0.321 *
No	50	89.46	± 9.35	85.20	± 8.90	
Antecedente de enfermedad psiquiatrica						
Si	3	86.00	± 10.54	81.90	± 10.03	0.348 *
No	76	90.46	± 8.50	86.15	± 8.09	
Antecedentes anestésicos						
Si	46	91.13	± 8.98	86.79	± 8.55	0.248 *
No	33	89.12	± 7.89	84.88	± 7.51	
Clasificación ASA						
ASA I	15	89.27	± 8.89	85.02	± 8.47	0.374
ASA II y III	64	90.53	± 8.52	86.22	± 8.11	
Estado nutricional						
Peso adecuado	16	90.75	± 9.29	86.43	± 8.85	0.995
Sobrepeso y obesidad	63	90.29	± 8.55	85.99	± 8.14	
Servicio tratante						
Cirugía general	42	90.71	± 7.06	86.39	± 6.72	0.509 *
Ginecología y obstetricia	24	88.13	± 10.00	83.93	± 9.52	
Prioridad Quirúrgica						
Urgencia	21	88.67	± 10.01	84.44	± 9.53	0.633 *
Electiva	58	90.88	± 7.97	86.55	± 7.59	
Cirugía realizada						
Laparoscopia	31	90.61	± 7.78	86.30	± 7.41	0.821 *
Otro	48	90.08	± 9.08	85.79	± 8.65	
Tiempo quirúrgico						
Menor de 3 horas	73	89.85	± 8.38	85.57	± 7.98	0.136 *
3 horas o más	6	95.67	± 9.48	91.11	± 9.03	
Tiempo anestésico						
Menor de 3 horas	66	89.48	± 8.33	85.22	± 7.94	0.046 *
3 horas o más	13	94.38	± 8.77	89.89	± 8.35	
Posición transquirúrgica						
Decubito dorsal	55	90.11	± 8.56	85.82	± 8.15	0.297 †
Decubito lateral	3	96.67	± 6.66	92.06	± 6.34	
Otro	21	89.86	± 8.73	85.58	± 8.31	
Turno						
TM	48	90.44	± 9.70	86.13	± 9.24	0.445 *
TV	31	90.06	± 6.52	85.78	± 6.21	

DE= Desviación estándar, n= frecuencia, * prueba U de Mann-Whitney, † prueba H de Kruskal-Wallis

Molestias y necesidades

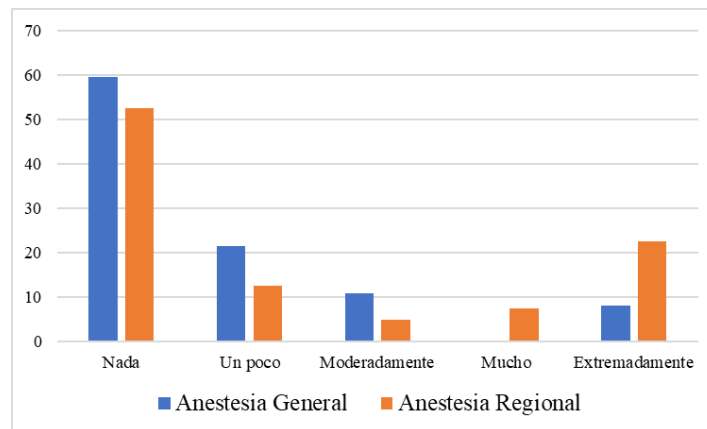
El constructo II “*Molestias y necesidades*” tanto en la versión original como en el presente estudio se analizaron por separado (Tabla 8). A la pregunta: “Después de la operación ¿en qué grado usted presentó dolor?”: el 22.4% (AG: 21.6% vs AR: 23.1%) de los pacientes respondieron - “nada”, 18.4% (AG: 21.6% vs AR: 15.14%) respondieron - “un poco”, el 34.2% (AG: 37.8% vs AR: 30.8%) respondieron - “moderadamente”, 14.5% (AG: 16.2% vs AR: 12.8%) respondieron - “mucho”, y solamente 10.5% (AG: 2.7% vs AR 17.9%) de los pacientes como “extremadamente”; con una media en la escala numérica análoga (ENA: 1-5) de 2.56 en el grupo de AG contra 2.87 en el de AR ($p=0.27$) (Figura 1), mostrando una pobre correlación con el porcentaje global de satisfacción ($R^2=0.021$).



ENA: AG= 2.56 vs AR= 2.87 ($p=0.27$)

Figura 1. *Molestias y necesidades*: Porcentaje (eje de ordenadas) correspondiente a cada respuesta (eje de abscisas) en cada uno de los grupos (Anestesia General (AG) y Anestesia Regional (AR)) ante la pregunta: *Después de la operación ¿en qué grado usted presentó dolor postoperatorio?* Abajo: la comparación entre las puntuaciones en la ENA.

En respuesta a la segunda pregunta del constructo: “Después de la operación ¿en qué grado usted presentó dolor de garganta?” el 55.8% respondió -“nada” (AG: 59.5% vs AR: 52.5%), el 16.9% respondió - “un poco” (AG: 21.6% vs AR: 12.5%), el 7.8% respondieron “moderadamente” (AG: 10.8% vs AR: 5%), 7.5% de los pacientes manifestaron “mucho dolor” en el grupo de AR, 15.6% (AG: 22.5% y AR: 8.1%) de los participantes respondieron “extremadamente”; con una media en la ENA de 1.82 en el grupo de AG y 2.35 en el de AR ($p=0.11$) (Figura 2). De igual forma, su correlación con el porcentaje global de satisfacción fue pobre ($R^2=0.030$).

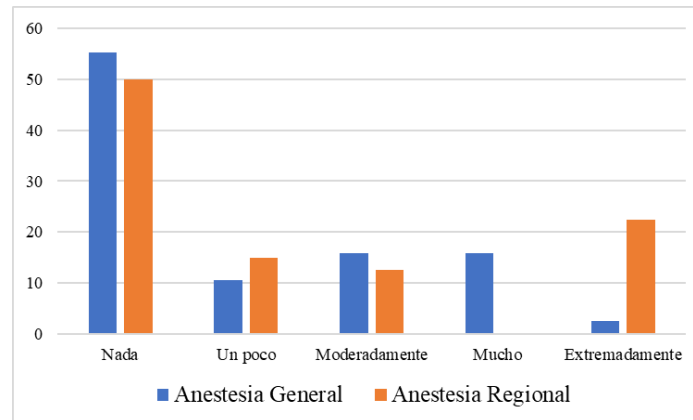


ENA: AG= 1.82 vs AR= 2.35, ($p=0.11$)

Figura 2. Molestias y necesidades: Porcentaje (eje de ordenadas) correspondiente a cada respuesta (eje de abscisas) en cada uno de los grupos (Anestesia General (AG) y Anestesia Regional (AR)) ante la pregunta: *Después de la operación ¿en qué grado usted presentó dolor de garganta?* Abajo: la comparación entre las puntuaciones en la ENA.

A la pregunta: “Después de la operación, ¿en qué grado usted presentó dolor de espalda?”, el 52.6% respondieron “nada” (AG: 55.3% vs AR: 50%), 12.8% respondieron “un poco” (AG: 10.5% vs AR: 15%), 14.1% “moderadamente” (AG: 15.8% vs AR: 12.5%), 15.8% en el grupo de AG respondieron “mucho”, el 12.8% respondieron: “extremadamente” (AG: 2.6% vs AR: 22.5%); con una media en la

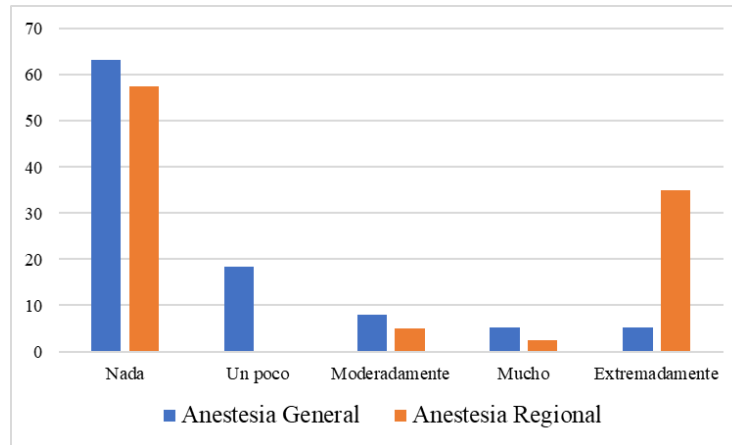
ENA de 2.03 en el grupo de AG y 2.3 en el AR ($p=0.40$) (Figura 3), mostrando además una correlación pobre entre éstas y el porcentaje global de satisfacción ($R^2=0.027$).



ENA: AG= 2.03 vs AR= 2.3, ($p=0.40$)

Figura 3. Molestias y necesidades: Porcentaje (eje de ordenadas) correspondiente a cada respuesta (eje de abscisas) en cada uno de los grupos (Anestesia General (AG) y Anestesia Regional (AR)) ante la pregunta: *Después de la operación, ¿en qué grado usted presentó dolor de espalda?* Abajo: la comparación entre las puntuaciones en la ENA.

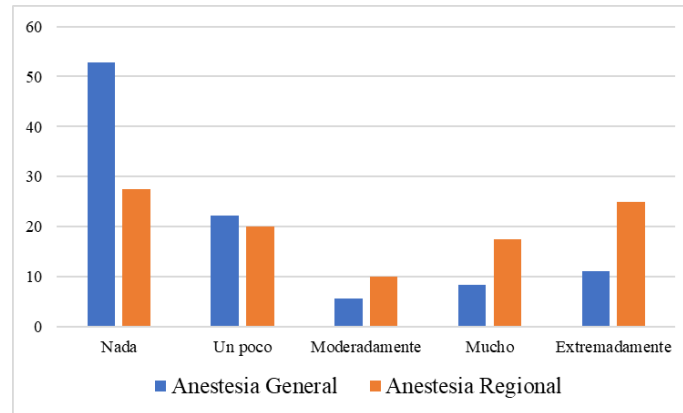
La pregunta: “Después de la operación, ¿en qué grado usted presentó vómito?”, fue respondida en el 60.3% como “nada” (AG: 63.2% vs AR: 57.5%), 18.4% del grupo de AG respondieron “un poco”, 6.4% de los pacientes respondieron “moderadamente” (AG: 7.9% vs AR: 5%), 3.8% “mucho” (AG: 5.3% vs AR: 2.5%), el 20.5% respondieron “extremadamente” (AG: 5.3% vs AR: 35%). Se obtuvo una media en la ENA de 1.74 y 2.58 en los grupos de AG y AR, respectivamente, siendo esta diferencia significativa ($p=0.02$) (Figura 4), mientras que la correlación con el porcentaje global de satisfacción fue pobre ($R^2=0.042$).



ENA: AG= 1.74 vs AR= 2.58, (p=0.02)

Figura 4. Molestias y necesidades: Porcentaje (eje de ordenadas) correspondiente a cada respuesta (eje de abscisas) en cada uno de los grupos (Anestesia General (AG) y Anestesia Regional (AR)) ante la pregunta: *Después de la operación ¿en qué grado usted presentó vómito?* Abajo: la comparación entre las puntuaciones en la ENA.

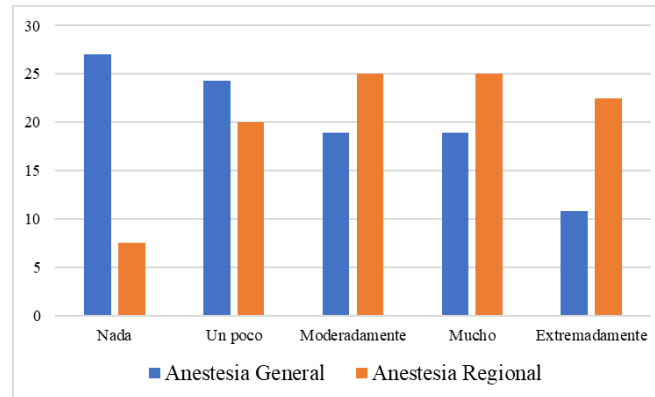
La pregunta 4 explora la presencia de frío: “Después de la operación, ¿en qué grado usted tuvo frío?”, 39.5% respondieron “nada” (AG: 52.8% vs AR: 27.5%), 21.1% la reportó como “un poco” (AG: 22.2% vs AR: 20%), 7.9% respondieron “moderadamente” (AG: 5.6% vs AR: 10%), 3.2% reportaron la presencia de frío como “mucho” (AG: 8.3% vs AR: 17.3%) y 18.4% respondieron “extremadamente” (AG: 11.1% vs AR: 25%) con una ENA de 2.08 para el grupo de AG contra 2.93 en el grupo de AR, una diferencia significativa (p=0.01) (Figura 5) y una correlación pobre con el porcentaje global de satisfacción ($R^2=0.011$).



ENA: AG= 2.08 vs AR= 2.93, (p=0.01)

Figura 5. Molestias y necesidades: Porcentaje (eje de ordenadas) correspondiente a cada respuesta (eje de abscisas) en cada uno de los grupos (Anestesia General (AG) y Anestesia Regional (AR)) ante la pregunta: *Después de la operación ¿en qué grado usted tuvo frío?* Abajo: la comparación entre las puntuaciones en la ENA.

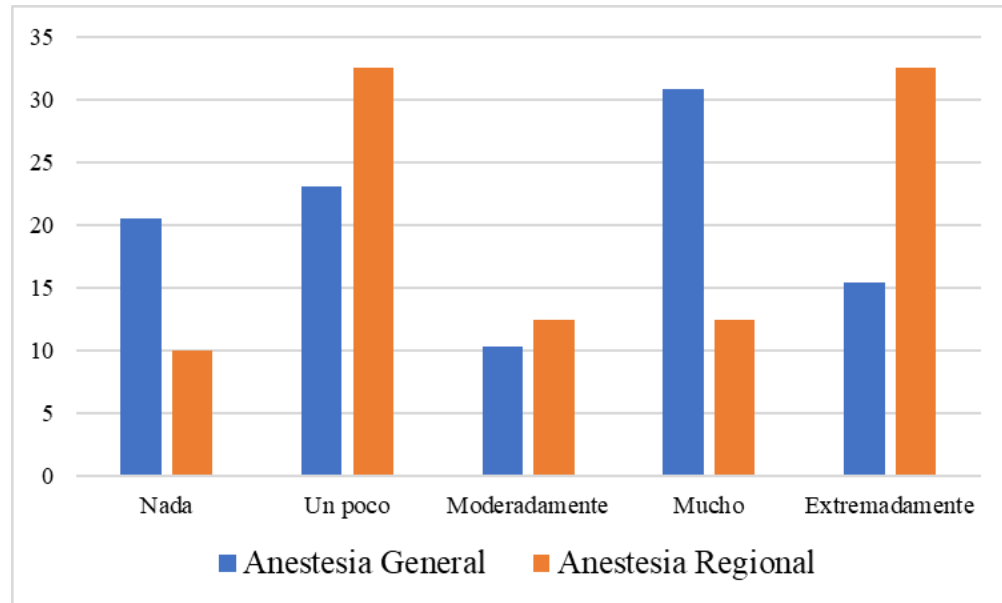
A la pregunta: “Después de la operación, ¿en qué grado usted tuvo hambre?”, el 16.9% respondió “nada” (AG: 27% vs AR: 7.5%), 22.1% respondieron “un poco” (AG: 24.3% vs AR: 20%) de igual forma que “moderadamente” (AG: 18.9% vs AR: 25%) y “mucho” (AG: 18.9% vs AR: 25%), mientras que el 16.9% la reportaron como “extremadamente” (AG: 10.8% vs AR: 22.5%); con una ENA de 2.64 para el grupo de AG y 3.35 para el grupo de AR, mostrando una diferencia significativa entre éstas (p=0.01) (Figura 6), sin presentar la correlación con los porcentajes globales de satisfacción ($R^2 < 0.001$).



ENA: AG= 2.64 vs AR= 3.35, (p=0.01)

Figura 6. Molestias y necesidades: Porcentaje (eje de ordenadas) correspondiente a cada respuesta (eje de abscisas) en cada uno de los grupos (Anestesia General (AG) y Anestesia Regional (AR)) ante la pregunta: *Después de la operación ¿en qué grado usted tuvo hambre?* Abajo: la comparación entre las puntuaciones en la ENA.

Por último, se exploró la presencia de sed mediante la pregunta: “Después de la operación, ¿en qué grado usted tuvo sed?” a la cual el 15.2% respondieron “nada” (AG: 20.5% vs AR: 10%), 27.8% “un poco” (AG: 23.1% vs AR: 35.5%), 11.4% de los pacientes respondieron “moderadamente” (AG: 10.3% vs AR: 12.5%), el 21.5% respondieron “mucho” (AG: 30.8% vs AR: 12.5%), 24.1% respondieron “extremadamente” (AG: 15.4% vs AR: 32.5%), con una ENA de 2.97 para el grupo de AG y 3.25 para el grupo de AR (p=0.39) (Figura 7). Se observó una correlación no significativa con los puntajes globales de satisfacción ($R^2=0.005$). De igual forma se realizó una regresión y correlación lineal entre los puntajes medios del constructo “Molestias y necesidades” con los porcentajes globales del LPPSq, siendo ésta positiva no significativa ($R^2= 0.033$, p=0.117).



ENA: AG= 2.97 vs AR= 3.25, (p=0.39)

Figura 7. Molestias y necesidades: Porcentaje (eje de ordenadas) correspondiente a cada respuesta (eje de abscisas) en cada uno de los grupos (Anestesia General (AG) y Anestesia Regional (AR)) ante la pregunta: *Después de la operación, ¿en qué grado usted tuvo sed?* Abajo: la comparación entre las puntuaciones en la ENA.

Tabla 8. Molestias y necesidades: resultados de encuesta expresados con el número de respuestas y porcentaje correspondiente a cada pregunta en cada grupo (Anestesia General y Anestesia Regional).

	Anestesia General		Anestesia Regional		Total	
Molestias y necesidades: Después de la operación ¿en qué grado usted presentó dolor postoperatorio?						
Nada	8	(21.6)	9	(23.1)	17	(22.4)
Un poco	8	(21.6)	6	(15.4)	14	(18.4)
Moderadamente	14	(37.8)	12	(30.8)	26	(34.2)
Mucho	6	(16.2)	5	(12.8)	11	(14.5)
Extremadamente	1	(2.7)	7	(17.9)	8	(10.5)
Molestias y necesidades: Después de la operación ¿en qué grado usted presentó dolor de garganta?						
Nada	22	(59.5)	21	(52.5)	43	(55.8)
Un poco	8	(21.6)	5	(12.5)	13	(16.9)
Moderadamente	4	(10.8)	2	(5)	6	(7.8)
Mucho	0	(0)	3	(7.5)	3	(3.9)
Extremadamente	3	(8.1)	9	(22.5)	12	(15.6)
Molestias y necesidades: Después de la operación ¿en qué grado usted presentó dolor de espalda?						
Nada	21	(55.3)	20	(50)	41	(52.6)
Un poco	4	(10.5)	6	(15)	10	(12.8)
Moderadamente	6	(15.8)	5	(12.5)	11	(14.1)
Mucho	6	(15.8)	0	(0)	6	(7.7)
Extremadamente	1	(2.6)	9	(22.5)	10	(12.8)
Molestias y necesidades: Después de la operación ¿en qué grado usted presentó vómito?						
Nada	24	(63.2)	23	(57.5)	47	(60.3)
Un poco	7	(18.4)	0	(0)	7	(9)
Moderadamente	3	(7.9)	2	(5)	5	(6.4)
Mucho	2	(5.3)	1	(2.5)	3	(3.8)
Extremadamente	2	(5.3)	14	(35)	16	(20.5)
Molestias y necesidades: Después de la operación ¿en qué grado usted tuvo frío?						
Nada	19	(52.8)	11	(27.5)	30	(39.5)
Un poco	8	(22.2)	8	(20)	16	(21.1)
Moderadamente	2	(5.6)	4	(10)	6	(7.9)
Mucho	3	(8.3)	7	(17.5)	10	(13.2)
Extremadamente	4	(11.1)	10	(25)	14	(18.4)
Molestias y necesidades: Después de la operación ¿en qué grado usted tuvo hambre?						
Nada	10	(27)	3	(7.5)	13	(16.9)
Un poco	9	(24.3)	8	(20)	17	(22.1)
Moderadamente	7	(18.9)	10	(25)	17	(22.1)
Mucho	7	(18.9)	10	(25)	17	(22.1)
Extremadamente	4	(10.8)	9	(22.5)	13	(16.9)
Molestias y necesidades: Después de la operación ¿en qué grado usted tuvo sed?						
Nada	8	(20.5)	4	(10)	12	(15.2)
Un poco	9	(23.1)	13	(32.5)	22	(27.8)
Moderadamente	4	(10.3)	5	(12.5)	9	(11.4)
Mucho	12	(30.8)	5	(12.5)	17	(21.5)
Extremadamente	6	(15.4)	13	(32.5)	19	(24.1)

Frecuencia (porcentaje)

Discusión

El objetivo principal del presente fue conocer la influencia de la técnica anestésica sobre la satisfacción del paciente en relación con la atención perioperatoria, para lo cual es necesario contar con una herramienta apropiada para la evaluación de ésta. Por la naturaleza del concepto es necesario que dicha herramienta cumpliera con la metodología durante su desarrollo y validación de acuerdo con lo planteado por Fung y Cohen (1998). En el presente estudio se tomó el LPPSq de Caljouw y col. (2008), realizando su traducción y adaptación al español mediante un panel de expertos para posteriormente ser aplicada y validada a través de una prueba piloto. Se obtuvo así la versión final del cuestionario el cual fue aplicado, comparando resultados entre los pacientes que recibieron anestesia general y anestesia regional.

De la evaluación de la validez y confiabilidad para la versión en español del LPPSq se obtuvo que ambas fueron adecuadas, demostrando que es una herramienta apropiada para la evaluación de la satisfacción perioperatoria, como una variable determinante de la calidad de la atención brindada en nuestro hospital. El Alfa de Cronbach para los diferentes constructos (*Información* (0.91), *Miedo y preocupación* (0.83) y *Relación con personal de salud* (0.94)) al igual que el global para el LPPSq (0.87) fueron similares a los obtenidos en la versión original de Caljouw y col. (2008) (0.82, 0.69, 0.94 y 0.90, respectivamente) y a la versión en inglés validada por Jjala y col. (2010) (0.95, 0.65, 0.98 y 0.94, respectivamente). De igual forma, el constructo *Relación con Personal de Salud* obtuvo la mayor puntuación, mientras que *Miedo y Preocupación* la menor. La correlación entre variables (IIC: 0.669 a 0.910) y la validez de variable discriminante (IDV: -0.551 a 0.850) también fue adecuada obteniendo similitud con los datos reportados en los estudios antes mencionados. Los resultados del constructo *Molestias y Necesidades* fueron analizados con fines informativos, sin incluirse en la evaluación global del LPPSq, debido a la

heterogeneidad de sus resultados, poca confiabilidad y correlación mostrada tanto en los estudios antes mencionados, como en el presente.

Los resultados obtenidos de la evaluación de la satisfacción global (86.39) fueron similares a los reportados por Jlala y col. (2010) (86.7, $p=0.44$) y menores que los de Caljouw y col. (2008) (92.1, $p<0.01$). El porcentaje de satisfacción más bajo (78.04) fue obtenido en el constructo *Miedo y Preocupación*, por debajo de lo reportado en la literatura antes mencionada (84.2, $p=0.002$ y 93.3, $p<0.001$, respectivamente). Estos valores tienen un impacto directo en la satisfacción global y son un reflejo de la presencia de ansiedad perioperatoria, la cual según Bansal y Joon (2016), tiene una incidencia de 11 a 80% en los pacientes quirúrgicos, dependiendo de las características sociodemográficas y situación clínica, con manifestaciones tanto psicológicas y fisiológicas.

El constructo *Información* explora el grado de satisfacción del paciente en relación con la información recibida sobre el cuidado perioperatorio fue de 85.51%, similar a los resultados de Caljouw y col. (2008) (85.6%, $p>0.05$) y mayor a los de Jlala y col. (2010) (80.8%, $p=0.007$), resaltando la importancia de la comunicación en la relación entre el personal asistencial y el paciente, de igual forma que lo es entre el equipo médico-quirúrgico. Apker y col. (2018) en este sentido resaltan la importancia de las competencias de comunicación de los médicos como esenciales para una atención de calidad. De acuerdo a sus estudios, las mayores puntuaciones en éstas, se encontraron asociadas a menores tasas de readmisión, mayor apego a tratamiento y autocuidado. Ferranti y col. (2010) evaluaron desde la perspectiva del paciente dichas habilidades en el personal hospitalario como *excelentes* en alrededor del 60%, siendo las puntuaciones más altas en referencia al trato respetuoso, mientras que las más bajas relacionadas al involucramiento del paciente en la toma de decisiones. La atención y focalización en estas habilidades de comunicación resulta ser esencial para el personal médico, con un impacto

directo en la relación médico-paciente de acuerdo con la *Joint Commission*. Respecto al presente estudio, dicho constructo (*Relación personal de salud*) obtuvo la puntuación más alta (88.59) al igual que en la versión original y la traducción al inglés (93.4% y 90.3%, respectivamente). Por último, Oswald y col. (2018) reportan que la cantidad de información relacionada con la cirugía y los cuidados postoperatorios tendrá impacto directo en la satisfacción global. De igual forma, en las diferentes evaluaciones se resalta la importancia e interés por parte de los pacientes en su involucramiento para la toma de decisiones respecto al cuidado de su salud (Siu y col., 2016; Van Waesberghe y col., 2017).

El objetivo principal del estudio fue conocer la influencia que tiene la técnica anestésica en la satisfacción del paciente, en relación con la misma y el cuidado perioperatorio; realizando una comparación de anestesia general (86.86%) contra anestesia regional (85.14%). No se encontró diferencia significativa en los porcentajes globales de satisfacción entre éstas, resultados similares a los publicados por Jjala y col. (2010). La ausencia de diferencia estadística se puede deber a la falta de poder ($p=0.80$), siendo necesario aumentar el mismo ya sea a través del aumento de muestra (n) o bien de la disminución de delta. Sin embargo, una diferencia menor de la propuesta en el presente estudio no tiene relevancia de acuerdo con los objetivos de este. Estos resultados son respaldados por lo reportado por Batbaatar y col. (2016) y Heidegger y col. (2006), cuyas investigaciones dejan en manifiesto que la satisfacción perioperatoria tiene influencia multifactorial, basada en diversas teorías y están involucrados factores propios del paciente, del personal de salud, hospitalarios/ambientales e incluso otros como los planteados por Mazurenko y col. (2017), quienes abordan el tema desde una óptica de competencia y mercado.

Como se mencionó anteriormente, Batbaatar y col. (2016) y Heidegger y col. (2006) reconocieron mediante sus estudios la naturaleza multifactorial de la satisfacción

perioperatoria. De acuerdo con los objetivos secundarios, se realizó un análisis con la finalidad de conocer otros factores perioperatorios que influyen de manera directa en ésta. Los resultados fueron concordantes con lo planteado por dichos autores, al no encontrar diferencia significativa entre los porcentajes de satisfacción del LPPSq al comparar las distintas variables categóricas de manera aislada, tanto sociodemográficas como las condiciones anestésico-quirúrgicas. Sin embargo, se observó una diferencia en relación a la duración de la anestesia, siendo mayores valores cuando ésta duró tres horas o más ($p=0.046$), mientras que esta diferencia no tuvo significancia ($p=0.13$) para la covariable: tiempo quirúrgico, dicho resultado puede deberse a la falta de poder para determinarla al mismo tiempo que al número de pacientes ($n = 13$ vs 6) en cada grupo y a la heterogeneidad de la población.

Se realizó un análisis por separado del constructo *Molestias y Necesidades* comparando los resultados entre los grupos, además de una regresión y correlación lineal de los puntajes de dicho constructo con los porcentajes globales de satisfacción. La presencia de dolor postoperatorio mostró resultados que contrastan con lo reportado por Greimel y col. (2017) quienes reportaron un mayor requerimiento de opioides en el grupo de AG y grupo combinado de AG con AR, mientras que las apreciaciones de dolor y la satisfacción en el manejo del dolor fueron significativamente mejores en anestesia regional y combinada ($p < 0,001$, respectivamente). Sin embargo, esta diferencia no mostró relevancia clínica. Donauer y col. (2018) también en el campo de la cirugía ortopédica, reportaron menor requerimiento de opioides y menor dolor en el grupo de AR para cirugía de rodilla. La cirugía de cadera solo se asoció a menor requerimiento de opioides mientras que el dolor fue comparable. En el presente estudio se encontró que la presencia de dolor postoperatorio, fue reportada cómo leve en alrededor del 33%, moderada en 34% y severo en el 25%, por lo cual es necesario realizar esfuerzos para el control del mismo a través de estrategias transoperatorias, así como mediante una adecuada evaluación y manejo por parte del personal en las áreas de

hospitalización. En el mismo constructo se evalúa la presencia de dolor de garganta, siendo ésta reportada desde *poco* hasta *extremadamente* en alrededor del 45% de los pacientes. La presencia de dolor de espalda fue reportada en diversos grados en alrededor del 48% de los pacientes. Sin embargo, no se encontró diferencia en las puntuaciones de estas molestias entre los grupos, además no se correlacionaron con los porcentajes globales de satisfacción. La presencia de náuseas y vómitos postoperatorios fue reportada en menos del 40% de los pacientes, con una diferencia entre los grupos, contrario a lo reportado por Mc Cartney y col. (2004), ésta fue mayor para el grupo de AR. Alrededor del 60% de los pacientes reportaron la presencia de frío en el periodo postoperatorio, siendo este más frecuente en el grupo de AR. La presencia de hambre en el periodo postoperatorio fue una de las molestias reportadas con mayor frecuencia, en alrededor del 73% de los pacientes en diferentes grados en ambos grupos, con mayor frecuencia en el de AR. Los resultados de la evaluación de la presencia de sed fueron muy similares, se presentó en distintos grados en alrededor del 75%, con un 24% a nivel extremadamente. Dichos resultados evidencian la inadecuada indicación de ayuno preoperatorio, aun cuando el tiempo del mismo no fue evaluado, pudiendo realizar modificaciones en la misma en apego a las guías y recomendaciones de la ASA (American Society of Anesthesiologists, 2017). Aun cuando estas molestias fueron frecuentemente reportadas, sus puntuaciones no tuvieron correlación directa con los porcentajes globales de satisfacción. Los resultados de la evaluación del presente constructo se mostraron contradictorios con mucha de la literatura publicada, lo cual puede deberse a la heterogeneidad de la población estudiada así como del tipo de cirugías a las cuales fueron sometidos.

Conclusión

La validez y confiabilidad del LPPSq es adecuada para la versión en español y se trata de una herramienta valiosa para la evaluación de la satisfacción

considerándola como una variable determinante de la calidad de la atención perioperatoria.

La satisfacción perioperatoria global en los pacientes de nuestro hospital fue adecuada, no existe diferencia en los porcentajes de ésta entre la anestesia general y la anestesia regional, al igual que entre las diferentes variables categóricas, por lo cual se trata de una variable influenciada por múltiples factores.

Referencias bibliográficas

- American Society of Anesthesiologists. (2017). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology*. 126(3): 376-393. Doi: 10.1097/ALN.0000000000001452
- Apker, J., Baker, M., Shank, S., Hatten, K. & Van Sweden, S. (2018). Optimizing hospitalist-patient communication: an observation study of medical encounter quality. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 44(4):196–203. Doi: 10.1016/j.jcjq.2017.08.011
- Auquier, P., Pernoud, N., Bruder, N., Simeoni, M.C., Auffray, J. P., Colavolpe C. & Blache J.L. (2005). Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology*. 102(6):1116–1123. <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1941903>
- Bajwa, S.J. & Kulshrestha, A. (2016). Anaesthesia for laparoscopic surgery: General vs regional anaesthesia. *Journal of Minimal Access Surgery*. 12(1):4-9. Doi: 10.4103/0972-9941.169952
- Bansal, T. & Joon, A. (2016). Preoperative anxiety-an important but neglected issue: A narrative review. *Indian Anaesth Forum*. 17: 37-42. <http://www.theiaforum.org/text.asp?2016/17/2/37/195955>
- Barnett, S.F., Alagar, R.K., Grocott, M.P.W., Giannaris, S., Dick, J.R. & Moonesinghe, S.R. (2013). Patient-satisfaction measures in anesthesia: qualitative systematic review. *Anesthesiology*. 119(2): 452-478. Doi: 10.1097/ALN.0b013e3182976014
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M. & Amenta, P. (2016). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*. 137(2):89-101. Doi: 10.1177/1757913916634136
- Biblioteca mexicana del conocimiento. (2015). La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60110/libro_03.pdf

- Caljouw, M. A. A., van Beuzekom, M. & Boer, F. (2008). Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*. 100 (5):637-644. Doi:10.1093/bja/aen034
- Clínica Paz Holandesa. (2018) Disponible en: <https://www.pazholandesa.pe/2018/02/10/ encuesta-satisfaccion-del-paciente/>
- Donauer, K., Bomberg, H., Wagenpfeil, S., Volk, T., Meissner, W. & Wolf, A. (2018). Regional vs. General anesthesia for total knee and hip replacement: an analysis of postoperative pain perception from the international pain out registry. *Pain Practic.*, 18(8):1036-1047. Doi: 10.1111/papr.12708
- Ferranti, D.E., Makoul, G., Forth, V.E., Rauworth, J., Lee, J. & Williams, M.V. (2010). Assessing patient perceptions of hospitalist communication skills using the communication assessment tool (CAT). *Journal of Hospital Medicine*. 5(9):522-527. Doi: 10.1002/jhm.787
- Fleisher, L.A. (2018). Quality Anesthesia: Medicine Measures, Patients Decide. *Anesthesiology*. 129(6):1063-1069. Doi: 10.1097/ALN.0000000000002455.
- Fung, D. & Cohen, M.M. (1998). Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesthesia & Analgesia*. 87(5):1089-1098. Doi: 10.1213/00000539-199811000-00020
- Greimel, F., Maderbacher, G., Zeman, F., Grifka, J., Meissner, W. & Benditz A. (2017). No clinical difference comparing general, regional, and combination anesthesia in hip arthroplasty: a multicenter cohort-study regarding perioperative pain management and patient satisfaction. *The Journal of Arthroplasty*. 32(11):3429-3433. Doi: 10.1016/j.arth.2017.05.038
- Gurria, J., Kuo, P., Kao, A., Christensen, L. & Holterman, A. (2017). General endotracheal vs. non-endotracheal regional anesthesia for elective inguinal hernia surgery in very preterm neonates: A single institution experience. *Journal of Pediatric Surgery*. 52(1):56-59. Doi: 10.1016/j.jpedsurg.2016.10.019
- Heidegger, T., Saal, D. & Nuebling, M. (2006). Patient satisfaction with anesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? *Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology*. 20(2): 331-346.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521689605000832?via%3Dihub>
- Hussain, A.S., Mullard, A., Oppat, W.F. & Nolan, K.D. (2017). Increased resource utilization and overall morbidity are associated with general versus regional anesthesia for carotid endarterectomy in data collected by the Michigan Surgical Quality Collaborative. *Journal of Vascular Surgery*. 66(3):802-809. Doi: 10.1016/j.jvs.2017.01.060

- Jlala, H.A., Caljouw, M.A., Bedforth, N.M. & Hardman J.G. (2010). Patient satisfaction with perioperative care among patients having orthopedic surgery in a university hospital. *Local and Regional Anesthesia*. 3:49–55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3417948/>
- Johnson, R.L., Kopp, S.L., Burkle, C.M., Duncan, C.M., Jacob, A.K., Erwin, P.J., Murad, M.H. & Mantilla, C.B. (2016). Neuraxial vs general anaesthesia for total hip and total knee arthroplasty: a systematic review of comparative-effectiveness research. *British Journal of Anaesthesia*, 116 (2), 163-176. Doi: 10.1093/bja/aev455
- Martínez, R.T. (2013). TIVA-TCI, en pocas palabras. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 36 (1):S262-S266. <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131bh.pdf>
- Mazurenko, O., Collum, T., Ferdinand, A. & Menachemi, N. (2017). Predictors of hospital patient satisfaction as measured by HCAHPS: A Systematic Review. *Journal of Healthcare Management*, 62(4):272-283. Doi: 10.1097/JHM-D-15-00050
- Mc Cartney, C.J., Brull, R., Chan, V.W., Katz, J., Abbas, S., Graham, B., Nova, H., Rawson, R., Anastakis, D.J. & von Schroeder, H. (2004). Early but no long-term benefit of regional compared with general anesthesia for ambulatory hand surgery. *Anesthesiology*. 101(2):461-7. <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1942981>
- Neuman, M.D., Ellenberg, S.S., Sieber, F.E., Magaziner, J.S., Feng, R., Carson, J.L. & the REGAIN Investigators. (2016). Regional versus general for promoting independence after Hip Fracture (REGAIN): protocol for a pragmatic, international multicentre trial. *BMJ Open*, 6 (11): e013473. Doi: 10.1136/bmjopen-2016-013473
- Oswald, N., Hardman, J., Kerr, A., Bishay, E., Steyn, R., Rajesh, P., Kalkat, M. & Naidu, B. (2018). Patients want more information after surgery: a prospective audit of satisfaction with perioperative information in lung cancer surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 13(1):18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5796585/>
- Ramírez, A.M., García, J.E.G.A. & Fraustro, S.R. (1995). A scientific approach to the definition of quality in medical care: a model for Mexican reality. *Cadernos Saúde Pública*. 11(3):456-462. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a08.pdf>
- Revilla, E.A. & Pimentel, C. (2012). Calidad de los Servicios de Salud en México. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*. 5(3):76-78. <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2012/eo123a.pdf>
- Siu, A., Patel, J., Prentice, H.A., Cappuzzo, J.M., Hashemi, H. & Mukherjee, D. (2016). A cost analysis of regional versus general anesthesia for carotid endarterectomy. *Annals of Vascular Surgery*. 39:189-194. Doi: 10.1016/j.avsg.2016.05.124

- Van Waesberghe, J., Stevanovic, A., Rossaint, R. & Coburn, M. (2017). General vs. Neuraxial anaesthesia in hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Anesthesiology*. 17(1):87 doi:[10.1186/s12871-017-0380-9](https://doi.org/10.1186/s12871-017-0380-9)
- Zuo, D., Jin, Ch., Shan, M., Zhou, L. & Li, Y. (2015). A comparison of general versus regional anesthesia for hip fracture surgery: a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 8(11):20295-20301. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4723788/>