



Valoración de la anestesia raquídea para operación cesárea
por parte de la paciente y su relacionamiento con el
Anestesiólogo.
Hospital Pereira Rossell
2019

Ciclo de Metodología Científica II - 2019.
Grupo N° 51

Estudiantes:

Agustina del Palacio.

Andrés González.

Diego Royano.

Palleja.

Martina Salgueiro.

Silvina Davila.

Valentina Garcia.

Orientadores:

Martín Pérez de

Carlos Alvarez.

Centro Hospitalario PEREIRA ROSSELL.
Hospital de la Mujer. Dra. Paulina Luisi

Departamento de Anestesiología.
Facultad de Medicina- UDELAR

Índice:

Resumen.....	2
Introducción.....	3
- Tipos de anestesia para cesárea y sus riesgos.....	4
- Vinculo salud-satisfacción personal.....	5
Objetivo General y específicos.....	9
Metodología.....	10
Resultados.....	11
Discusión.....	16
Conclusiones.....	18
Bibliografía.....	19
Anexo I.....	22

Resumen

En nuestro país las cifras de cesárea a las que se han sometido las mujeres han venido aumentando en los últimos años. El presente estudio pretende determinar la valoración de la anestesia raquídea, así como el relacionamiento con el anestesiólogo tratante, por parte de la paciente. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo en el cual se tomó una muestra de 215 pacientes que recibieron anestesia raquídea para operación cesárea durante el período julio-setiembre del año 2019 en el Hospital Pereira Rossell. La información se recabó mediante encuesta de opinión. De los datos obtenidos resulta que el 76,7% afirma que de ser necesario una cesárea en el futuro lo haría nuevamente con esta misma técnica y más del 90% de las pacientes recibieron buen trato por parte del anestesiólogo tratante. Estos resultados se correlacionan con el hecho de que un 86,5% de las encuestadas refieren una buena experiencia con la anestesia raquídea. Este trabajo logró demostrar una asociación entre elementos relacionados a la técnica anestésica y al trato recibido por el anestesiólogo con el grado de satisfacción frente a la experiencia anestésica.

Palabras claves: Satisfacción, anestesia raquídea, cesárea.

Summary

There has been an increasing tendency during the latest years on caesarean section in our country. The aim of our study is to determine the degree of satisfaction on neuraxial anaesthesia of pregnant women and how they qualify the relationship with the treating anesthesiologist during 2019 at Pereira Rossell Hospital. We conducted a retrospective observational study from July to September from 2019, 215 postnatal women that record having received neuraxial anesthesia during labour were surveyed. Overall, 76.7% women agreed with applying this anesthesia at a future childbirth, and over 90% refer experienced a good relationship with the anesthesiologist. These factors were related to maternal satisfaction due to 86,5% of them recall neuraxial anesthesia as a good experience. This work allows us to demonstrate that anesthetics technic application and the relationship with the anesthesiologist can be related to patients satisfaction towards neuraxial anesthesia.

Introducción

La cesárea es la intervención quirúrgica más frecuente en las salas de operaciones; la mayoría en carácter de urgencia y donde están implicados por lo menos dos pacientes. La técnica anestésica para la operación cesárea se determina por la oportunidad (urgencia), preferencia materna, comorbilidades, presencia de catéter epidural residente para analgesia obstétrica, y sobre todo, la valoración de riesgo ^[1].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un 19% como tasa aceptable de cesáreas, utilizando como criterio que luego de esa cifra el aumento de las cesáreas no se correlaciona con mejores resultados neonatales ^[2]. A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios. En España su número se duplicó en los últimos 15 años y hoy alcanza 23% de los partos. En el Reino Unido los nacimientos por esta vía se incrementaron, de sólo un 4% en 1970 a más de 20% en el momento actual. En Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000. Japón, que hace un uso muy extensivo de las parteras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas en conjunto con Holanda y los países escandinavos que parece haber evitado esta epidemia. Su porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 10% ^[3].

En nuestro país, en el ámbito privado, la incidencia de cesáreas es mayor al 40%, mientras que en el Hospital de la Mujer es de 25%. El Ministerio de Salud propone como metas asistenciales para 2020 la reducción de un 10% del número de cesáreas evitables, junto con la humanización del parto institucional. Varios son los factores que se encuentran en íntima asociación con el aumento de las cesáreas en nuestro territorio. Entre ellas se destacan 1) beneficio económico del ginecólogo. 2) cesáreas por solicitud materna, originada por miedo al dolor, y el falso concepto de que el procedimiento de la cesárea es más seguro que el parto. 3) aumento en el número de las demandas judiciales (por no realizar la cesárea), y 4) la posibilidad real de que esté aumentando el número de mujeres que necesiten una cesárea (por distocia durante el parto) ^[2].

Previo a la realización de cualquier técnica de alivio del dolor periparto, se deberá realizar la valoración anestésica caracterizada por la confección de una adecuada historia clínica de la embarazada, con una correcta anamnesis y exhaustivo examen físico. Mediante este paso se minimizan posibles errores que puedan surgir en el transcurso de los procedimientos.

Tomar una rápida decisión entre la realización de una cesárea y el nacimiento del nuevo ser es de fundamental relevancia, no debiendo superar los 30 minutos en la toma de la misma. Con esta acción se disminuye la morbi-mortalidad isquémica hipóxica neonatal. Para ello los

obstetras se basan en gran medida en el monitoreo electrónico fetal intraparto, que permitiría la detección temprana de hipoxia fetal y la consiguiente reducción en la muerte perinatal y las tasas de parálisis cerebral ^[2].

La OMS recomienda que exista seguridad en la administración de la anestesia y la aplicación sistematizada de la lista de verificación de seguridad quirúrgica. Una buena comunicación dentro del equipo anestésico-quirúrgico es el factor más importante a la hora de garantizar la seguridad en lo que se refiere a los procedimientos quirúrgicos, sobre todo en la cesárea, donde la gran mayoría son de urgencia e involucran dos pacientes ^[2].

Tipos de anestesia para cesárea y sus riesgos

La cesárea es un procedimiento que puede realizarse con anestesia regional o general. Como ya se ha dicho anteriormente en los últimos años viene aumentando el número de cesáreas que se realizan con anestesia regional, dejando la anestesia general para situaciones específicas. Durante muchos años se asoció la anestesia general para cesárea con mayor morbilidad y mortalidad respecto a la anestesia raquídea. Si bien sigue siendo la primera opción la anestesia regional para realizar la cesárea, la anestesia general ha pasado a ser más segura. En el año 1997 Hawkins et al. reportó que la tasa de mortalidad en Estados Unidos en el periodo 1985-1990 era 16.7 veces mayor con anestesia general comparada con anestesia regional. Luego entre el 1997-2002 se detectó que el riesgo relativo de muerte materna asociado a anestesia general comparado con la regional disminuyó, pasando a ser 1,7 mayor con anestesia general. Estas modificaciones se explican a las mejoras en el procedimiento de la anestesia general como ser una mejor monitorización, prevención para evitar la aspiración pulmonar, disponibilidad y acceso a nuevos dispositivos para el manejo de la vía aérea, entre otros. Por otro lado también existen factores que aumentan el riesgo de complicaciones durante el procedimiento anestésico. Entre ellos destacamos ventilación fallida, intubaciones traqueales complejas, neumonía por aspiración (síndrome de Mendelson), náuseas y vómitos postoperatorios, trauma dental, lactancia retardada y sedación del neonato ^[2, 3]. En cuanto a la anestesia raquídea, es una técnica eficaz, efectiva, que no presenta grandes complicaciones. La instauración del bloqueo es rápida y profunda, y tiene la ventaja que permite la confirmación visual de la correcta situación de la aguja mediante la salida del líquido cefalorraquídeo. Otro de los beneficios es que al ser mínima la cantidad de anestésico local utilizado, se observa un riesgo insignificante de toxicidad sistémica y de transferencia placentaria al recién nacido. Evita la manipulación de la vía aérea de la anestesia general y es posible generar apego en el binomio madre-recién nacido. Su incidencia en fallos es entre 0,5 a 4% ^[2]. Además, estudios previos han podido demostrar mayor efectividad de la anestesia raquídea en el control del dolor al compararla con la anestesia general ^[4, 5].

Existen muchos pacientes que temen a la anestesia raquídea probablemente porque ésta es comúnmente asociada a efectos adversos y consecuencias que no están reportadas en la literatura médica. Muchas mujeres creen que esta se asocia a dolores crónicos de espalda, sin embargo, varios estudios han documentado que no existe tal asociación^[6,7,8].

Vínculo salud- satisfacción personal

La OMS define desde 1948 a la salud como el “estado completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. En esta definición la salud es de carácter multidimensional. Algunas personas la critican por clasificarla como utópica e inalcanzable, discusión en la cual no profundizaremos. Esta organización también define la calidad de la asistencia como un “proceso en el que cada enfermo recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos, en el que teniendo en cuenta todos los factores del paciente y del servicio médico, se logra obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente”^[9].

El movimiento hacia una atención más individualizada y centrada en el paciente ha llevado la satisfacción del paciente a la vanguardia. La satisfacción de los pacientes es difícil de definir, se podría decir que es una mezcla entre las expectativas del paciente y la calidad de la atención percibida. Según Linder y Pelz^[10] es la valoración positiva de una serie de actuaciones sanitarias complejas, basándose en la cobertura de expectativas previas. Si bien existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es consenso la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave. La calidad percibida supone la evaluación que el paciente hace sobre la asistencia recibida, la percepción es subjetiva y por lo tanto difícil de cuantificar.”^[10,11]

La calidad asistencial resulta de la suma de dos componentes, uno intrínseco: relacionado capacidad, destreza técnica y tecnología. El otro extrínseco: relacionado con el componente humano, el trato con el paciente y sus familias.^[11]

La atención centrada en el paciente y los factores asociados a la satisfacción con la anestesia han sido ampliamente estudiados. Sin embargo, las consideraciones más importantes en el contexto de la anestesia obstétrica son inciertas. La identificación y el tratamiento de los factores que contribuyen a la insatisfacción del paciente pueden mejorar la calidad de la atención^[12]. El anestesiólogo es parte fundamental en el cuidado del conjunto madre-hijo^[13], de allí surge la importancia de establecer un buen vínculo y comunicación entre ambas partes.

Un estudio realizado en Hospital Lucile Packard en Stanford, California, demostró que las variables que se relacionan a insatisfacción de las pacientes después del parto por cesárea son:

la demora en la aplicación de la anestesia, la intensidad del dolor posparto, el dolor de cabeza y el prurito. Por lo tanto, la analgesia inadecuada o tardía y los efectos secundarios relacionados con el tratamiento están asociados con la insatisfacción materna en la atención de anestesia obstétrica ^[12]. En países como Estados Unidos se ha comenzado a retener el pago debido a un desempeño insatisfactorio utilizando esto como indicador de calidad. Francia, Australia y el Reino Unido también utilizan la satisfacción del paciente como parte de su medida de pago por rendimiento.^[12] El desarrollo de protocolos para facilitar la identificación de analgesia ineficaz y proporcionar un equilibrio apropiado entre eficacia y efectos secundarios, son objetivos importantes para optimizar la satisfacción materna.

Pese a los avances de la anestesiología en las últimas décadas, el conocimiento por parte de los pacientes sobre la especialidad parece escaso. Para la mayoría de los pacientes es desconocido el rol que cumple el anestesiólogo durante una intervención e incluso hay quienes desconocen su formación médica. El anestesiólogo es percibido como la persona que "los duerme" y pocos conocen las actividades y responsabilidades que tiene el profesional durante las intervenciones, muchas veces esto se debe al escaso contacto que tiene éste con la paciente lo que no permite establecer un adecuado vínculo médico-paciente. La buena comunicación es tan importante para proteger la integridad profesional como lo es para la seguridad y satisfacción del paciente.^[14]

Un estudio realizado en un hospital Español de tercer nivel de atención, demostró que muchos pacientes no entendían el papel del anestesiólogo en el tratamiento de cuestiones médicas intraoperatorias, la importancia de la valoración preanestésica o el papel de los anestesiólogos fuera del quirófano. Los resultados han mostrado que el conocimiento de los pacientes sobre anestesiología y el papel de los anestesiólogos es escaso. A pesar de los avances significativos en las pasadas décadas, hay poco conocimiento en la sociedad sobre el papel del anestesta principalmente fuera del quirófano. Los roles del anestesiólogo fuera del quirófano fueron reconocidos por el 10.5% de los pacientes encuestados. El 89.5% restante atribuyó esos roles a otra profesión o especialización, o solo identificaron algunos de ellos como pertenecientes a la especialidad. Por otro lado, cuando se le preguntó sobre los roles del especialista durante la intervención quirúrgica, la mayoría dio la respuesta correcta, mientras que una parte de las encuestadas pensó que el papel consistía solo en inducir el sueño (o anestesiar alguna región del cuerpo) y despertar paciente al final del procedimiento^[15]. El conocimiento sobre el rol del anestesiólogo entre los pacientes, principalmente fuera del quirófano, contrasta con la creciente demanda de información de salud de la población. En consecuencia, es de importancia crítica para los anestesiólogos ofrecer más información durante visitas de pre-anestesia y exigir a las sociedades científicas promover la conciencia sobre esta especialidad. ^[14,15]

Es en este sentido que varios trabajos han estudiado la importancia del vínculo anestesiólogo-paciente previo al tratamiento y han observado que éste tendría un efecto ansiolítico beneficioso siendo comparable al efecto de barbitúricos ^[16,17]. Esto podría estar relacionado a que en esta instancia el paciente es capaz de despejar dudas respecto al tratamiento y el anestesiólogo es capaz de brindar apoyo emocional.

Durante la gestación, las embarazadas deben tomar varias decisiones desde el punto de vista asistencial, contando, en ocasiones, con pocas herramientas para la toma de decisiones. Dentro de éstas, está la elección de la anestesia o analgesia durante el parto. Muchas veces esta decisión debe ser tomada de manera rápida en el contexto de un parto inminente lo que conlleva mayor ansiedad y menor claridad en la elección. En ocasiones esta decisión puede ser previamente planificada por la futura mama, para esto hay quienes solicitan asesoramiento a sus médicos tratantes, otras reciben información en las clases de parto, libros, experiencias de familiares y amigos. Hoy en día es muy frecuente que los pacientes busquen información sobre los tratamientos o las patologías que presentan en internet, ésta información no siempre es de calidad y acorde a las características de un paciente en particular, esto conlleva a que se generen miedos, inseguridades y mayor desinformación en los pacientes. Es por este motivo que la Asociación de Anestesiólogos Obstétricos (OAA), en las Guías de la Asociación de Anestesiólogos para los Servicios de Anestesia Obstétrica, recomienda que todas las embarazadas, independientemente del tipo de parto que haya planificado, se les suministre información actualizada con base científica sobre la analgesia en el parto y la anestesia en la cesárea ^[18,19]. Es importante que el contenido de la información en relación a la anestesia que le será otorgada a la paciente sea proporcionado por el departamento de anestesia tratante y que sea brindado en las etapas tempranas del embarazo. Las guías resaltan que, a pesar de que las mujeres durante el parto mantienen su capacidad de decisión y deben conocer y poder discutir las opciones de tratamiento previamente a su realización, éste no es un buen momento para recibir información nueva. Varios estudios se han realizado para conocer cuál es la práctica médica habitual al momento de informar a las pacientes sobre la técnica analgesica a recibir. Recientemente un estudio multicéntrico realizado en Reino Unido demostró que la mayoría de las embarazadas no recibieron información adecuada en relación a la anestesia durante el embarazo ^[20].

La comunicación entre el anestesiólogo y la paciente en el momento de un parto inminente es todo un desafío. El contacto del anestesiólogo con la paciente es usualmente breve y es necesario de las buenas habilidades comunicacionales del médico para lograr controlar la ansiedad de la usuaria y generar una atmósfera en que la misma se sienta cuidada. La satisfacción de la paciente en cuanto a la anestesia durante el parto es uno de los objetivos más importantes que se persiguen y es también una medida de resultado y calidad en la prestación de un servicio. Consideramos satisfacción como la confirmación de las expectativas del paciente e

insatisfacción cuando los cuidados y atenciones quedan por debajo de lo esperado^[21]. Al hablar de calidad del servicio no sólo se debe considerar el resultado final, en este caso, la disminución del dolor con la epidural, sino también la percepción de la paciente del servicio recibido, lo que comprende el trato, así como la implicación e interés del personal por quien fue asistida. Por lo que cobra relevancia implementar una metodología de estudio centrada en la experiencia del paciente a través de una encuesta de opinión. Esta herramienta permite ser ampliamente aplicada y conocer la opinión no solo de quien es entrevistado sino también de la población a la que pertenece. Es por este motivo que su análisis permitirá identificar fallas a nivel del sistema de salud y una vez éstos sean corregidos, disminuir errores a futuro vinculados con la analgesia, a su vez permitirá evaluar el relacionamiento con el anestesiólogo tratante.

Objetivo

Este trabajo tiene como objetivo valorar la satisfacción del paciente respecto a la anestesia raquídea para la operación cesárea tanto de urgencia como de coordinación y su relacionamiento con el anestesiólogo actuante.

Objetivos específicos:

- Determinar qué elementos desde la óptica del paciente brindan calidad al procedimiento anestésico.
- Estimar el grado de satisfacción que experimenta la paciente respecto a la anestesia raquídea luego de la intervención quirúrgica.
- Evaluar de manera global el conocimiento que presenta la paciente con respecto al procedimiento anestésico-quirúrgico.
- Analizar los factores que determinan el relacionamiento anestesiólogo- paciente.
- Identificar elementos que obstaculicen el vínculo médico-paciente.

Metodología

Se realizó un estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo en embarazadas que recibieron anestesia raquídea para operación cesárea durante el período julio-setiembre de 2019 en el Hospital Pereira Rossell. Las pacientes a las que se les realizó anestesia raquídea fueron encuestadas dentro de las 24-48 horas de haberla recibido (puerperio inmediato). Se les realizó una encuesta de forma verbal de 13 preguntas y se les solicitó a las pacientes que elijan la opción de respuesta que más se ajusta a su opinión personal (Anexo I). Los resultados fueron recabados en soporte electrónico para su posterior análisis.

Quedaron excluidas del estudio las pacientes a las que no se les realizó anestesia raquídea o todas aquellas que no quisieron participar del estudio.

La realización de este estudio fue previamente autorizada por el Comité de Ética del Hospital Pereira Rossell. Todas las pacientes recibieron y autorizaron su participación mediante consentimiento informado en el que se establecen sus derechos de participación, el anonimato de sus respuestas y también se les brindó información acerca del estudio que se estaba realizando.

Se realizó un análisis descriptivo a partir de los datos obtenidos mediante la comparación de los porcentajes de respuestas para cada una de las preguntas realizadas, en base al total de pacientes a las que se les realizó la encuesta. Se analizó la correlación de variables mediante el estadístico Chi-cuadrado para valorar si existe asociación entre el acompañamiento del anestesiólogo durante la intervención y la experiencia de la paciente con la técnica anestesia raquídea. Posteriormente se evaluó el grado de asociación mediante el cálculo del Odds Ratio para dichas variables. Por último se evaluó si existe asociación entre la presencia de vómitos y/o prurito y la satisfacción de la paciente.

Resultados

Se analizaron los resultados obtenidos a partir de una encuesta de opinión, realizada a un total de 215 pacientes que recibieron anestesia raquídea para el parto. El período de estudio estuvo comprendido entre los meses de julio y setiembre de 2019.

En relación al trato recibido por parte del anestesiólogo y al rol del mismo se logró determinar que, del total de las pacientes encuestadas, un 96,7% (IC 95%: 94,65-98,75%) consideraron adecuada la forma en que se presentó el anestesiólogo ante ellas previo al procedimiento. Asimismo, la mayoría de las encuestadas (92,1%) refirieron sentirse acompañadas por el profesional durante al menos algún momento del procedimiento anestésico-quirúrgico (IC 95%: 88,5-95,7%). También se indagó si las pacientes reconocían al anestesiólogo como médico. A partir de esta pregunta, se logró objetivar que para nuestra muestra existe una proporción del 63,3% que identifica al anestesiólogo como médico (IC 95%: 56,5-69,4%), mientras que el 36,7% desconoce su profesión (Figura 1).

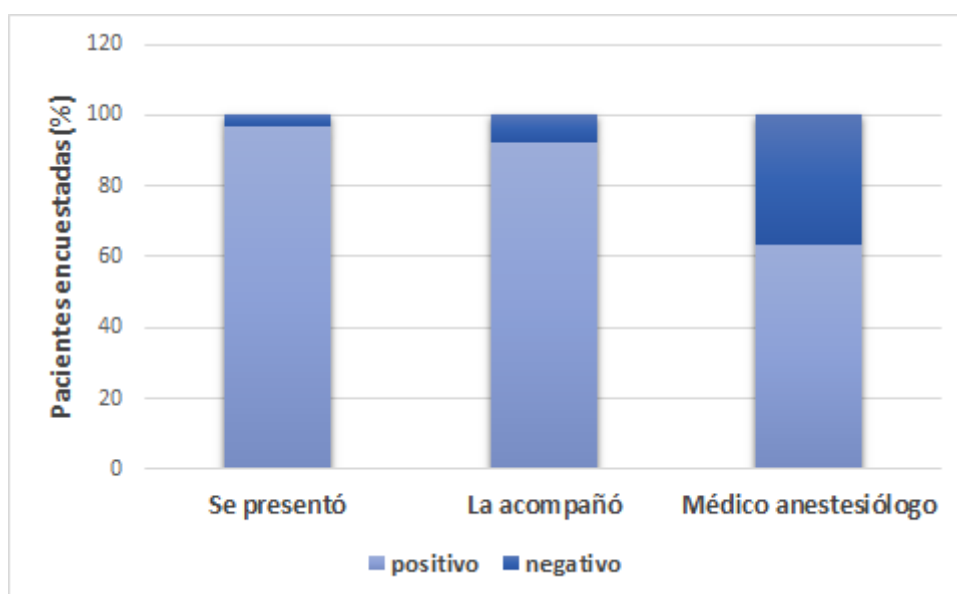


Figura 1. Gráfico que representa el porcentaje de pacientes que afirman (positivo) y niegan (negativo) que el anestesiólogo se presentó, la acompañó, y si conocían su profesión médica.

Se buscó determinar si las pacientes habían recibido información acorde respecto a las diferentes técnicas anestésicas que podía recibir, sus riesgos y complicaciones por parte del anestesiólogo. Los datos obtenidos revelan que el 77,7% de la población encuestada consideran que la explicación fue clara (IC 95%: 71,1-82,6%), mientras que para el 22,3% la explicación no fue clara. En cuanto al temor percibido por las pacientes ante la

técnica anestesia raquídea, se identificó que el 58,1% no sintió miedo frente a la intervención del anestesiólogo, quien le transmitió confianza (IC 95%: 51,5-64,7%). Aun así, el 47% de las pacientes sintieron alguna molestia ante la aplicación de la misma y el 14,4% sintió dolor (IC 95%: 40,3-53,7%) (Figura 2).

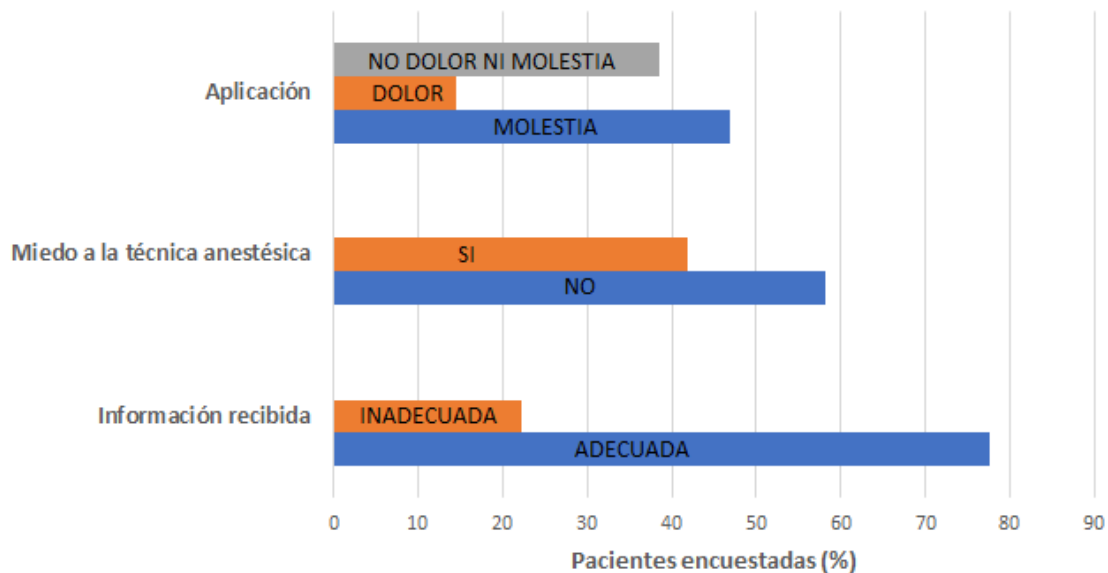


Figura 2. Porcentajes de pacientes encuestadas que refieren haber recibido información acorde o insuficiente, que tuvieron miedo o no a la técnica y que sintieron dolor, molestia o ninguna.

En ocasiones la sensación del bloqueo de las piernas asociada a la anestesia puede resultar una sensación molesta o desagradable. Así lo fue para el 28,4% de las encuestadas, mientras que para el 71,6% el bloqueo de las piernas no les generó desagrado ni molestias (IC 95%: 65,6-77,6%) (Figura 3).

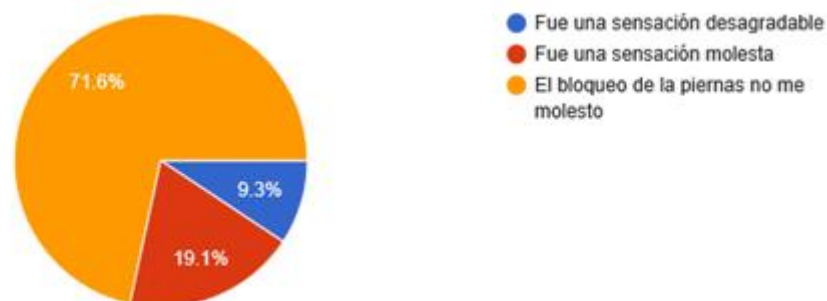


Figura 3. Distribución de las pacientes encuestadas que percibieron el bloqueo de las piernas como una sensación desagradable, molesta o ninguna.

En base a algunos de los conocidos efectos adversos leves asociados a la anestesia raquídea (vómitos y prurito) se observó que el 64,7% de las encuestadas sintieron prurito durante la anestesia (IC 95%: 58,3-71,1%); de éstas la mayoría (60,4%) no lo consideraron una sensación desagradable. Por otra parte los vómitos fueron menos frecuentes, solamente el 28,8% de las pacientes refirió haberlos padecido y de éstas, en su mayoría de forma leve (67,7%) (Figura 4).

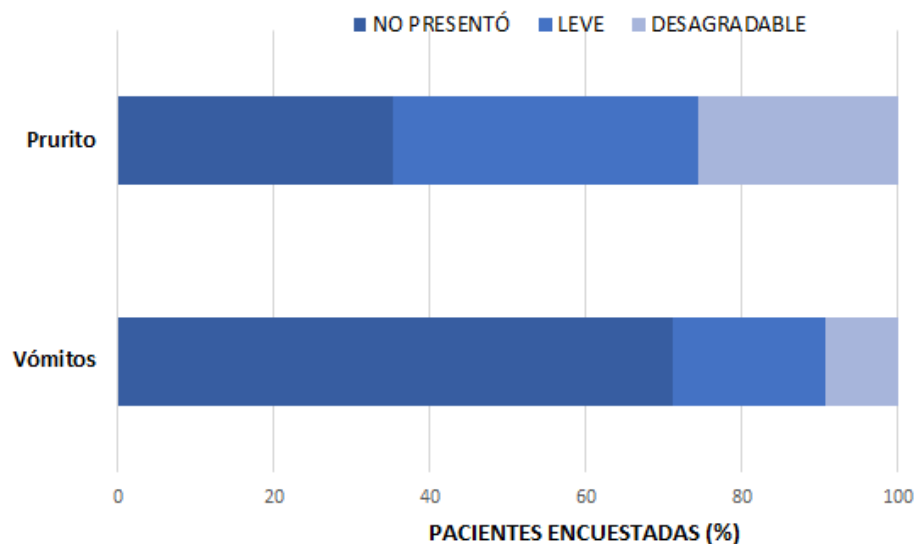


Figura 4. Distribución de pacientes con / sin vómitos y prurito y sus distintas percepciones (leve / desagradable).

Se realizó el relevamiento en relación a la experiencia asociada a la anestesia. De los datos obtenidos resulta que el 86,5% de las encuestadas tuvieron una buena experiencia con la anestesia raquídea (IC 95%: 81,9-91,1%). Tal es así que el 76,7% afirma que de ser necesario una cesárea en el futuro lo haría nuevamente con esta misma anestesia (IC 95%: 71,1-82,4%). Inclusive, el 57,2 % de las pacientes refieren que la recomendaría a familiares y amigos (IC 95%: 50,1-63,8%) (Figura 5).

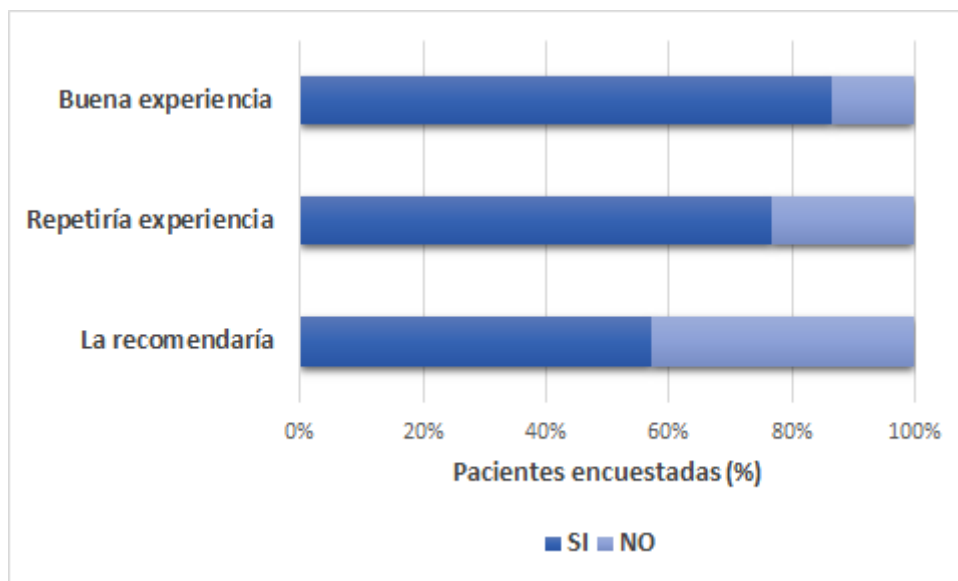


Figura 5. Gráfico que representa el porcentaje de pacientes con una buena o mala experiencia de la anestesia, porcentaje que la repetiría o recomendaría y el que no lo haría.

Del análisis de los test de Chi-cuadrado se puede inferir que existe asociación entre el acompañamiento del anestesiólogo durante la intervención y la experiencia de la paciente (valor p : 0.017). La probabilidad de tener una experiencia desfavorable es 4,15 veces mayor si la paciente no se siente acompañada. (IC 95% OR: 1,4-12) (Tabla 1).

Tabla 1. Prueba Chi-cuadrado para la asociación del acompañamiento y la experiencia, los valores representan en número de pacientes.

	No me sentí acompañada (n=17)	Si me acompañó (n=198)	p valor
Fue una buena experiencia	11	175	0,017
La experiencia fue desagradable	6	23	

Finalmente, se demostró que no existe asociación entre la experiencia de la paciente con la presencia de efectos adversos (valor p : 0.24) (Tabla 2).

Tabla 2. Test Chi-cuadrado del análisis de la asociación de efectos adversos (vómitos y/o prurito) con la satisfacción percibida.

	Vómitos y/o prurito (n=163)	No vómitos ni prurito (n=52)	p valor
Fue una buena experiencia	138	48	0,24
La experiencia fue desagradable	25	4	

Discusión

Este es el primer estudio realizado en Uruguay que busca conocer el grado de satisfacción de las pacientes embarazadas en relación a la anestesia raquídea. A través de los datos analizados, se demostró que la amplia mayoría de las encuestadas (86,5%) definieron como positiva la experiencia con la anestesia raquídea. A pesar de que el 77,7% de las pacientes fueron correctamente informadas en relación a los riesgos y las complicaciones de la anestesia, un 58,1% de la muestra no sintió miedo como consecuencia de la confianza transmitida por el médico anestesiólogo tratante. No podemos dejar de resaltar la importancia de brindar información adecuada de forma oportuna ya que existen estudios que han demostrado su asociación con mayor confianza en la técnica^[20]. La buena experiencia vivida por las pacientes en el presente, es capaz de condicionar futuras elecciones en cuanto a la realización de una nueva anestesia raquídea. El alto porcentaje de pacientes (76,7%) que volvería a elegir este tipo de anestesia y que la recomendaría a algún amigo o familiar (57,2%), sugiere un alto grado de satisfacción asociado a la misma. Por otro lado, se sabe que el dolor es una sensación que influye negativamente en las experiencias médico-quirúrgicas, el hecho que solamente el 14,4% expresara haber sentido dolor al momento de la aplicación de la anestesia raquídea, es un elemento que colabora aún más con el grado satisfacción percibido por las pacientes. Otro determinante fundamental al momento de evaluar el grado de satisfacción es el acompañamiento percibido por la paciente por parte del médico anestesiólogo. Se logró evidenciar la presencia de una asociación significativa entre estos factores demostrando así la importancia de la incidencia del factor humano en la experiencia vivida. A partir de estos datos podemos deducir, que la variable *satisfacción* depende de múltiples factores como, la buena comunicación, la empatía, el rapport generado, la calidad de la atención recibida y la experiencia vivida.

El conocimiento de los pacientes sobre el rol del anestesiólogo y su formación es en ocasiones escaso y poco claro. En general muchas de sus funciones y responsabilidades son ignoradas por los pacientes. A pesar de esto, en este estudio la mayoría de los pacientes reconocen su formación médica, aunque un porcentaje no menor (36,7%) la desconocía. Estos resultados concuerdan con otros estudios realizados en los que los pacientes reconocen el rol del anestesiólogo en porcentajes que van desde el 50% al 99%^[22-27].

Existen algunos efectos adversos asociados a la anestesia raquídea como los vómitos y el prurito que pueden ir en detrimento de la experiencia anestésica. El prurito es considerado generalmente un efecto adverso menor, pero suele ser muy frecuente, llegando a niveles del 60-100% de la población obstétrica ^[28-30]. Es por esto que es de gran importancia advertir a las pacientes sobre su potencial aparición con el objetivo de reducir la insatisfacción asociada al mismo. Este estudio concuerda con los porcentajes reportados en la literatura ya que la mayoría de las encuestadas (64,7%) presentaron prurito. Sin embargo, solo el 25,6% manifestó que éste fue desagradable. En relación a los vómitos, éstos aparecieron en baja frecuencia y en general fueron bien tolerados. En base a los resultados aquí obtenidos se pudo establecer que no existe una correlación significativa entre la presencia de estos síntomas y la satisfacción percibida por la paciente.

A pesar de ser un estudio unicéntrico, retrospectivo y carecer de ciertos datos principalmente poblacionales (edad, nivel socioeconómico, nivel educativo y experiencias previas) el mismo se llevó a cabo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell centro nacional de referencia obstétrico, utilizando una muestra representativa, por lo tanto es posible considerarlo un estudio representativo para nuestra población.

Conclusiones

Es sabido que la satisfacción es una variable difícil de evaluar ya que es algo subjetivo y depende de muchos elementos entre los que destacamos el alivio del dolor y el apoyo por parte del equipo de salud. Este trabajo logró demostrar que la buena percepción de las pacientes frente a ambas condicionantes estuvo reflejado en el grado de satisfacción asociado a la técnica anestésica.

El acompañamiento es una variable de gran peso a la hora de evaluar la satisfacción por parte de la paciente, en este caso logrado por parte del anestesiólogo tratante. Se evidencia a través del análisis estadístico Chi-Cuadrado que es más probable que la paciente experimente una vivencia desfavorable si ésta no se siente acompañada.

Se suele relacionar la presencia de efectos adversos a una experiencia desagradable, sin embargo, este estudio logró demostrar que no existe asociación significativa entre ambos parámetros, siendo la satisfacción independiente de la presencia de vómitos y/o prurito en cualquier grado.

Bibliografía

- 1 - Lamon A., Habib A., 2016. Managing anesthesia for cesarean section in obese patients: current perspectives. *Local Reg Anesth*; 9:45-571
- 2 - Alvarez C., Illescas L., Pérez de Palleva M., Torrado M., 2017. Preoperatorio Operación Cesárea. En: Álvarez. Perioperatorio y analgesia regional obstétrica. 1ª edición. Montevideo BiblioMédica; capítulo 4.
- 3 - Martín J., Hamilton B., Ventura S., Menacker F., Park M., 2002. Births: Final data for 2000. *Natl Vital Stat Rep.*; (5): 1-101.
- 4 - Tyritzis S., Stravodimos K., Vasileiou I., Fotopoulou G., Koritsiadis G., Migdalis V., Michalakakis A., Constantinides C., 2011. Spinal versus general anaesthesia in postoperative pain management during transurethral procedures. *ISRN Urol.*; 6.
- 5 - Ghaffari S., Dehghanpisheh L., Tavakkoli F., Mahmoudi H., 2018. The Effect of Spinal versus General Anesthesia on Quality of Life in Women Undergoing Cesarean Delivery on Maternal Request. *Cureus*; 10(12): 3715.
- 6 - Macarthur A., Macarthur C., Weeks S., 1997. Is epidural anesthesia in labor associated with chronic low back pain? A prospective cohort study. *Anesth Analg*; 85:1066- 1070.
- 7 - Howell C., Dean T., Lucking L., Dziedzic K, Jones P., Johanson B., 2002. Randomised study of long term outcome after epidural versus non-epidural analgesia during labour. *BMJ*; 2002;325:357.
- 8 - Loughnan B., Carli F., Romney M., Dore C., Gordon H., 2002. Epidural analgesia and backache: A randomized controlled comparison with intramuscular meperidine for analgesia during labour. *Br J Anaesth.*; 89:466- 472.
- 9 - World Health Organization. Regional Office for Europe, 1985. The principles of quality assurance. Report on a WHO meeting. *Euro Rep Stud*; 94:1-37.
- 10 - Linder-Pelz S., 1982. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. *Soc Sci Med*; 16(5):583-9.

- 11 - Quintana M., Torrado M., Núñez M., Bouchacourt J., Álvarez E., 2013. Satisfacción y calidad de anestesia en el parto. *Anest Analg Reanim*; 26 (2)
- 12 - Yurashevich M., Carvalho B., Butwick A., Ando K., . Flood P., 2019. Determinants of women's dissatisfaction with anaesthesia care in labour and delivery. *Anaesthesia*; 74, 1112–1120.
- 13 - Rueda Fuentes J., Pinzón C., Vasco M., 2012. Manejo anestésico para operación cesárea urgente: revisión sistemática de la literatura de técnicas anestésicas para cesárea urgente. *Rev. Colombiana de Anestesiología*; 40 (4), 273-286
- 14 - Kopp V., Shafer A., 2000. Anesthesiologists and Perioperative Communication. *Anesthesiology*; 93:548–55.
- 15 - Acosta-Martínez J., Guerrero-Domínguez R., López-Herrera-Rodríguez D., Sánchez-Carrillo F., 2016. The anaesthetist's role from the patient's perspective. *Rev colombiana anestesiología*; 44(2):121–127
- 16 - Egbert L., Battit G., Turndorf H., Beecher H., 1963. The value of the preoperative visit by an anesthetist. A study of doctor-patient rapport. *JAMA*; 185:553–5
- 17 - Egbert L., Jackson S., 2013. Benefit of the Anesthesiologist–Patient Relationship. *Anesthesiology*; 119:1465-8
- 18 - Platt F, Bogod D, Bythell B, 2013. OAA/AAGBI Guidelines for Obstetric Anaesthetic Services. London, UK: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, Obstetric Anaesthetists Association
- 19 - Yentis S., Hartle A., Barker I., 2017 AAGBI: Consent for anaesthesia 2017. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia* 2017; 93–105.
- 20 - Brinkler R., Edwards Z., Abid S., . Oliver M, Lo Q., Stewart, Pan-London Perioperative Audit and research Network (PLAN), 2019. A survey of antenatal and peripartum provision of information on analgesia and anaesthesia. *Anaesthesia* , 74, 1101–1111

- 21 - Gredilla E., Pérez Ferrer A., Martínez B, Alonso E., Díez J, Gilsanz F., 2008. Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para control del dolor del trabajo de parto. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*;55(3):160-4.
- 22 - Hariharan S., 2009. Knowledge and attitudes of patients towards anesthesia and anesthesiologists. A review. *Anestesia en Mexico* ;21:174 - 178.
- 23 - de Oliveira K., Clivatti J., Munechika M., 2011. What do patients know about the work of anesthesiologists? *Rev Bras Anesthesiol*.;61:720-7.
- 24 - Gottschalk A., Seelen S., Tivey S., 2013. What do patients know about anesthesiologists? Results of a comparative survey in an U.S., Australian, and German university hospital. *J Clin Anesth.*; 25:85-91.
- 25 - Leite F., da Silva L., Biancolin S., 2011. Patient perceptions about anesthesia and anesthesiologists before and after surgical procedures. *Sao Paulo Med J*.;129:224-9.
- 26 - Mavridou P., Dimitriou V., Papadopoulou M., 2012. Effect of previous anesthesia experience on patients' knowledge and desire for information about anesthesia and the anesthesiologist: a 500 patients' survey from Greece. *Acta Anaesthesiol Belg.*; 63:63-8.
- 27 - Ribeiro C., Mourão B., 2015. Anesthesiologist: the patient's perception. *Rev. Bras. Anesthesiol.*; 65(6):497-503
- 28 - Lally J., Murtagh M., Macphail S., Thomson R., 2008. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*; 6: 7.
- 29 - Hodnett E., 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 186: S160–72.
- 30 - Kumar K., Singh S., 2013. Neuraxial opioid-induced pruritus: an update. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*; 29: 303–7.

Anexo I

ENCUESTA SATISFACCIÓN ANESTESIA REGIONAL EN CESÁREA

Seleccione la respuesta que más se ajuste a lo que Ud. sintió:

1.- Cómo se sintió en el momento que le informaron que era necesaria una cesárea para el nacimiento de su bebé?

A) angustiada B) Preocupada por la salud de su bebé C) Con miedo D) Se sintió defraudada al no lograr un parto E) Yo la solicité

2.- La información que le brindó el ginecólogo sobre el motivo de la cesárea y los riesgos de la cirugía, le fueron suficientemente explicados?

A) La explicación fue clara B) Me quedaron dudas y las pude resolver C) Me quedaron dudas y no las pude resolver D) La explicación no fue clara

3.- Con respecto al profesional que la asistió en la anestesia para la cesárea

A) Se presentó ante Ud. en forma correcta B) No se presentó C) Se presentó pero no recuerdo su nombre

4.- Con respecto al profesional que la asistió en la anestesia para la cesárea: Ud. sabía que el Anestesista es médico?

A) Si B) No

5.- El Anestesista le explicó en forma adecuada las diferentes técnicas anestésicas que podía recibir, sus riesgos y complicaciones?

A) la explicación fue clara B) Me quedaron dudas y las puse resolver C) Me quedaron dudas y no las puede resolver D) La explicación no fue clara

6.- Cuando le explicaron sobre la técnica anestesia raquídea

A) Sentí miedo ante la posibilidad de que me pasara algo con la punción (pinchazo)
B) Tengo miedo a las agujas C) El Anestesista me transmitió confianza y no tuve miedo

7.- Con respecto a la anestesia raquídea

A) Sentí dolor cuando me la aplicaron B) Sentí molestias cuando me la aplicaron
C) No sentí dolor ni molestias cuando me la aplicaron

8.- Se sintió acompañada por el Anestesista durante la cirugía?

A) Si, me acompañó en todo momento B) Si bien estaba ocupado en su trabajo, en algún momento estuvo hablando conmigo C) No me sentí acompañada, el Anestesista no me hablaba

8.- Con respecto a la anestesia raquídea y al bloqueo de las piernas

A) fue una sensación desagradable B) Fue una sensación molesta C) El bloqueo de las piernas no me molestó

9.- Sintió prurito (picazón) durante la anestesia? En ese caso, le resultó molesto?

A) no sentí prurito B) Sentí prurito pero no fue desagradable C) Sentí prurito y fue desagradable

- 10.- Tuvo vómitos durante la anestesia? En ese caso, le resultaron molestos?
A) no tuve vómitos B) Tuve vómitos pero fueron leves C) Tuve vómitos y fueron muy molestos
- 11.- Cómo definiría la experiencia con la anestesia raquídea?
A) Fue una buena experiencia B) La experiencia fue desagradable
- 12.- Si tuviera que realizarse una nueva cesárea en el futuro, la haría con una anestesia raquídea?
A) Sí, claro B) Lo pensaría y decidiría en ese momento C) De ninguna manera
- 13.- Recomendaría a alguna amiga o familiar que, en caso de tener una cesárea, se haga una anestesia raquídea?
A) Si, claro B) De ninguna manera C) No opinaría, que lo decida ella