

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA**



TRABAJO DE GRADO:

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE, AÑO 2017

PRESENTADO POR:

**GONZÁLEZ ARRIAZA, CRISTÓBAL ANTONIO
QUINTANILLA PORTILLO, ELÍAS NOE
PORTILLO MARAVILLA, ELVIS OTONIEL**

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:

LICENCIADO EN ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA

DOCENTE DIRECTOR:

LICENCIADA ZOILA ESPERANZA SOMOZA DE BELTRÁN

NOVIEMBRE, 2017

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

LICENCIADO ROGER ARMANDO ARIAS
RECTOR

DOCTOR MANUEL DE JESÚS JOYA ABREGO
VICE-RRECTOR ACADÉMICO

INGENIERO NELSON BERNABÉ GRANADOS
VICE-RRECTOR ADMINISTRATIVO

MAESTRO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICE DECANO

LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

LICENCIADO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DE DEPARTAMENTO**

**LICENCIADA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ANESTESIOLOGÍA E
INHALOTERAPIA**

**LICENCIADO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA
CARRERA DE ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA**

TRIBUNAL CALIFICADOR

LICENCIADA ZOILA ESPERANZA SOMOZA DE BELTRÁN
DOCENTE ASESOR

LICENCIADA ANA CAROLINA CRUZ BARAHONA
TRIBUNAL CALIFICADOR

DOCTORA ISABEL TATIANA MARÍA ORELLANA DE REVELO
TRIBUNAL CALIFICADOR

AGRADECIMIENTOS

AL SEÑOR NUESTRO DIOS

Por habernos regalado nuestra vida, por brindarnos salud y ser el pilar más importante en nuestras vidas. Por estar con nosotros siempre en cada momento, por habernos permitido llegar al final de nuestra carrera como profesionales.

A NUESTRAS FAMILIAS

Por todo su amor y el apoyo incondicional que siempre nos brindaron en todo momento.

A LOS DOCENTES

Por habernos dado los conocimientos académicos en el transcurso de nuestra carrera, en especial a los maestros del departamento de Anestesiología, Licda. Canales, Licda. Cruz, Licda. Villegas, Dra. de Revelo, y en especial a la Licda. Zoila Esperanza Somoza de Beltrán (docente asesor) y el Lic. Jorge Pastor Fuentes Cabrera (asesor estadístico) por brindarnos su tiempo y apoyo.

AL PERSONAL QUE LABORA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE.

Por su apoyo incondicional con el grupo de investigación, en especial al jefe del departamento de anestesiología, la Licda. Rosa Milagro Hernández Pérez, al director del hospital Dr. Paul Aluis Zaun Chávez y al jefe de epidemiología Dr. Rómulo Vides.

CRISTÓBAL GONZÁLEZ, NOÉ QUINTANILLA Y ELVIS PORTILLO

DEDICATORIA

AL SEÑOR NUESTRO DIOS

Por estar ahí siempre en cada momento de mi vida, por ayudarme a seguir adelante y cumplir una meta más.

A MIS PADRES

Por el apoyo que siempre me brindaron a lo largo de toda la carrera, por sus sacrificios que tuvieron que hacer por mí y por darme siempre fuerzas para seguir adelante.

A MIS HERMANOS

Por haberme apoyado siempre ante cualquier circunstancia y animado a luchar por mis metas.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS

Por unir nuestros esfuerzos para así lograr un bien común y haber logrado la finalización de este trabajo.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a brindarme su apoyo incondicional y motivarme siempre.

CRISTÓBAL GONZÁLEZ

DEDICATORIA

Quiero agradecer a ese Ser Supremo que me da la vida, me da el ser, me da la salud y fuerza necesaria para poder con esta y todas las pruebas de superación que he afrontado. Gracias por todas las bendiciones que me das, gracias por todo lo que tengo y por todo lo que me falta y quiero alcanzar. Gracias Dios.

A mi madre:

Que formo un gran apoyo, que en todo momento estuvo alentándome a seguir adelante, que estuvo a mi lado incluso antes de iniciar mi carrera, me acompaña desde el momento que nací. Te estoy infinitamente agradecido mamá.

Mi familia:

A mis hijos, a ellos que representan mi más grande tesoro, que me llenaron de fuerzas cuando estuve cansado o fatigado, que son mi más grande proyecto y los cuales reafirman mi motivación por superarme. También agradezco a esa amada persona que me acompaña en la batalla de la vida, mi compañera, mi amiga, mi complemento, mi apoyo, la que me ayuda a seguir en pie, agradezco su comprensión y su decisión de ayudarme a alcanzar la meta.

Mi hermano:

Que igual que a mi creció sin padre y demostrarle que si yo pude, el también puede por difícil que parezca el camino.

NOÉ QUINTANILLA

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO

Por ser quien me ha brindado salud, y todo lo que tengo, y porque sé que es el único que siempre esta incondicionalmente a nuestro lado, y el único amigo que nunca falla.

A MI FAMILIA

(Mi padre: Celio Elvis Portillo contreras, mi hermana: Marlín Alicia Portillo Maravilla) pero aun de manera más especial a mi madre: Dora Alicia Maravilla Romero. Por ser quien realmente me apoyo de manera incondicional durante toda mi carrera

A MI ABUELA MATERNA

María Margoth Olivares Romero por ser una persona muy especial para mí y para mi familia.

A MI TIO

Gilberto de Jesús Maravilla Romero. Por su apoyo

ELVIS PORTILLO

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PAGINAS
Resumen	xv
Introducción.....	xvi

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema.....	19
1.1 Antecedentes del fenómeno objeto de estudio.....	19
1.2 Enunciado del problema.....	31
1.3 Justificación del estudio.....	32
1.4 Objetivos de la Investigación.....	33
1.4.1 Objetivo general.....	33
1.4.2 Objetivos específicos.....	33

CAPÍTULO II

2.0 Marco teórico.....	35
2.1 Satisfacción.	35
2.1.1 Satisfacción del usuario en el sistema de salud.....	36
2.1.2 Niveles de satisfacción.....	37
2.2 Calidad de atención.....	38
2.3 Calidad de atención en salud.....	39
2.4 Calidad de servicio del área quirúrgica.....	40
2.4.1 Estándares de atención del área quirúrgica.....	41
2.4.2. Estándares de anestesia y atención quirúrgica.....	42
2.4.3 Estándares de calidad del área quirúrgica.....	44
2.5 Integrantes del equipo quirúrgico y sus roles.....	45
2.5.1 Profesional de anestesia.....	46

2.5.2 Profesional de enfermería.....	56
2.5.3 Profesional médico-cirujano.....	62
2.6 Área quirúrgica infraestructura del hospital de nueva guadalupe....	70
2.6.1 Recursos humanos Y funcionamiento del área quirúrgica.....	71

CAPÍTULO III

3.0 Sistema de hipótesis.....	75
3.1 Hipótesis de investigación.....	75
3.2 Hipótesis nula.....	75
3.3 Hipótesis alternativa.....	75
3.4 Operacionalización de la hipótesis de investigación.....	76

CAPÍTULO IV

4.0 Diseño metodológico.....	79
4.1 Tipo de estudio.....	79
4.2 Población.....	80
4.2.1 Muestra.....	80
4.2.1.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	81
4.2.1.1.1 Criterios de inclusión.....	81
4.2.1.1.2 Criterios de exclusión.....	81
4.3 Tipo de muestreo.....	82
4.4 Técnicas de recolección de datos.....	82
4.5. Instrumento de recolección de datos.....	83
4.6 Procedimiento.....	83
4.6.1 Planificación.....	83
4.7 Resultados esperados.....	86
4.8 Consideraciones éticas.....	86
4.9. Riesgos y beneficios.....	87

4.9.1 Riesgos.....	87
4.9.2 Beneficios.....	87
4.10. Recursos materiales y equipo.....	87
4.10.1 Recursos humanos.....	87
4.10.2 Materiales.....	88
4.10.3 Equipo.....	88

CAPÍTULO V

5.0 Análisis e interpretación de resultados.....	90
5.1 Tabulación, análisis y presentación de resultados.....	90

CAPÍTULO VI

6.0 Conclusiones Y recomendaciones.....	102
6.1 Conclusiones.....	102
6.2 Recomendaciones.....	103

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
--	------------

LISTA DE TABLAS

CONTENIDO	PAGINAS
TABLA 1 Edades de los usuarios en relación con el nivel de satisfacción.....	91
TABLA 2 Nivel de satisfacción general del usuario en la calidad de atención..	92
TABLA 3 Género en relación al grado académico del usuario.....	93
TABLA 4 Nivel académico del usuario en relación con el nivel de satisfacción hacia el personal del área quirúrgica.....	94
TABLA 5 Comparación del nivel de satisfacción entre médico-cirujano, anestesista, enfermería.....	95
TABLA 6 Nivel de satisfacción del usuario hacia el médico-cirujano.....	96
TABLA 7 Nivel de satisfacción del usuario hacia el anestesista.....	97
TABLA 8 Nivel de satisfacción del usuario hacia enfermería.....	98
TABLA 9 Género del usuario encuestado y tipo de anestesia recibida.....	99
TABLA 10 Nivel de satisfacción general según el género del usuario.....	100

LISTA DE ANEXOS

CONTENIDO	PAGINAS
ANEXO 1 Cronograma General de Actividades a Desarrollar en el Proceso de Graduación Ciclo I y II año 2017.....	113
ANEXO 2 Cronograma Específico de Actividades a Desarrollar en el Proceso de Graduación Ciclo I y II año 2017.....	114
ANEXO 3 Cuestionario.....	115
ANEXO 4 Consentimiento informado.....	132
ANEXO 5 Presupuesto.....	133
ANEXO 6 Definición de términos básicos.....	135
ANEXO 7 Satisfacción del usuario.....	140
ANEXO 8 Grado de satisfacción del usuario.....	141
ANEXO 9 Calidad de atención.....	142
ANEXO 10 Calidad de atención en salud.....	143
ANEXO 11 Estándares de calidad del área quirúrgica.....	144
ANEXO 12 Estándares de atención del área quirúrgica.....	145
ANEXO 13 Sala de operaciones.....	146
ANEXO 14 Profesional de anestesia.....	147
ANEXO 15 Profesional de enfermería.....	148
ANEXO 16 Profesional médico-cirujano.....	149

RESUMEN

La investigación surge al notar la ausencia de un estudio del nivel de satisfacción del usuario sobre la calidad de atención del personal de salud del área quirúrgica. Dicha problemática llevo a formular el **tema:** Nivel de Satisfacción del Usuario en la Calidad de Atención del Personal de Salud en el Área Quirúrgica del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, año 2017.

Una vez formulado el tema, fue elaborado el **objetivo:** Evaluar el nivel de satisfacción del usuario en la calidad de atención del personal de salud en el área quirúrgica del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe. Se elaboró la **metodología** del estudio, según el alcance de resultados fue descriptivo, porque se basó en la muestra observada; según el periodo fue transversal, ya que se recolecto datos en un solo momento; y de campo, ya que se estuvo en contacto con los usuarios durante la investigación. La selección de los usuarios fue realizada por medio de los criterios de inclusión y exclusión, lo que resulto un total de 78 usuarios. El instrumento fue: el cuestionario, que fue llenado después de recibir el alta anestésica, estando aun dentro del área de recuperación anestésica.

Se obtuvieron los **resultados** que fueron procesados por el sistema SPSS versión 24, donde se aceptó la Hipótesis de Investigación El usuario tiene alto nivel de satisfacción sobre la calidad de atención del personal de salud del área quirúrgica del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe. Ni nivel académico ni género influyó en la satisfacción referida por el usuario en la calidad de atención. No hubo diferencia significativa en la calidad de atención brindada por los profesionales del área quirúrgica. **Palabras clave:** nivel de satisfacción, calidad de atención, área quirúrgica, personal de salud, medico, anestesista, enfermería.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación cuyo tema es: nivel de satisfacción del usuario en la calidad de atención del personal de salud en el área quirúrgica del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe año 2017.

Este documento de investigación se divide de la siguiente manera:

En el capítulo uno, se puntualiza el planteamiento del problema que consta de los antecedentes del fenómeno objeto de estudio del nivel de satisfacción del usuario en la calidad de atención del personal de salud en el área quirúrgica. También se hace mención al enunciado del problema objeto de estudio, que se expresa como interrogante a la investigación.

Posteriormente la justificación que describe porqué se realiza la investigación.

Luego se destacan los objetivos, tanto el general como específicos que son la base y punto de partida para la investigación.

Posterior á este se presenta el capítulo dos, el cuál es el marco teórico donde se detalla el fundamento teórico que influye en el fenómeno objeto de estudio.

Seguido capítulo tres, en el cual se presenta sistema de hipótesis el cual contiene: la hipótesis de investigación, hipótesis nula, hipótesis alternativa y la operacionalización de las variables.

De la misma manera se presenta el capítulo cuatro, el cual comprende el diseño metodológico en el cual se especifica el tipo de investigación, la población, los criterios de inclusión y exclusión, las técnicas a usar para la recolección de datos, el instrumento a usar para la recolección de datos, y también se describe el procedimiento que se realizó para la recolección de datos.

De igual manera se encuentra el capítulo cinco, el análisis e interpretación de resultados, en este apartado fue realizada la presentación de los resultados obtenidos, la tabulación de datos, así como su análisis e interpretación.

En el capítulo seis, se presentan las conclusiones y recomendaciones respectivas, que dieron respuestas a los objetivos de la investigación.

Para finalizar se detallan las referencias bibliográficas que describen aspectos teóricos relacionados al tema de estudio para poder ahondar más en dicho tema y conocer más acerca de éste. Posteriormente se presentan los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO.

“En los últimos años se han realizado diferentes esfuerzos orientados a reorganizar los sistemas de salud en la mayoría de países latinoamericanos, con el propósito de brindar servicios de salud de calidad a la población para que el usuario se sienta satisfecho con la atención recibida cuando asiste a un centro hospitalario.

En 1992 en Alicante y Elche España se estudió: Validez de constructo de tres escalas de satisfacción del paciente mediante la estrategia de matrices multirrasgo-multimétodo.

Material y método: Los sujetos participantes son usuarios ingresados en los hospitales de Alicante y Elche. La extracción de la muestra se ha realizado por muestreo al azar simple. Mediante la numeración de las camas hospitalarias, quedando fuera de la población las unidades de urgencias, observación, intensivos y aislamiento de las demás unidades. Se han excluido aquellos usuarios que tenían menos de 48 horas ingresados, los que no estuvieran conscientes y orientados también los usuarios con edad de 16 o menos años de edad. En total se contactó con 180 personas, de los que 116 accedieron a participar en la cumplimentación de los cuestionarios. Y 62 sólo accedieron a facilitar datos sociodemográficos.

Instrumentos de medida.

1. Escala de satisfacción del usuario con los cuidados de enfermería (LOPSS). La escala de satisfacción del paciente (LOPSS) de la mónica et al (1986), es un instrumento compuesto de 41 ítem que describen conductas de enfermería, 17 de ellos están redactados en forma negativa (por ejemplo. "Las enfermeras no están lo atentas que deberían). Y los restantes en forma positiva (por ejemplo. "Están disponibles cuando necesito apoyo). Cada uno de los enunciados es seguido por una escala de siete puntos. Desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo.¹

2. Cuestionario de evaluación con la hospitalización F M. (ISG-GM)

3. Escala de satisfacción general con la hospitalización A-D (ESGH-AD)

De los tres métodos empleados. El de los ítem con formato positivo y el de los negativos. Aproximadamente producen el mismo tamaño de varianza de método: el formato excelente-malo les supera ligeramente. Por tanto los tres métodos son casi comparables en cuanto a la cantidad de varianza: no obstante, los ítems negativos frente a los positivos pueden constituir escalas menos fiables. Aunque en nuestro estudio esto no ha sido así. Que la escala EM con muy pocos ítems logra los niveles de fiabilidad relativamente superiores a las otras dos."¹

En 1998 un estudio en España sobre: Un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria.

Material y método Se trata de un estudio de validación de un cuestionario de calidad percibida de la atención hospitalaria. El cuestionario está diseñado para ser enviado por correo al domicilio del paciente a los veinte días de haber sido dado de alta hospitalaria. La encuesta fue realizada en dos fases: noviembre

de 1997 y mayo de 1998. Solo se realizó un envío postal, no realizándose ningún recordatorio para incitar la respuesta, ni por teléfono ni por carta. Los análisis realizados han consistido en: (i) análisis de los elementos del cuestionario, (ii) análisis de la consistencia del cuestionario y la fiabilidad de la división por mitades e inter observadores, (iii) análisis de la validez del cuestionario. Métodos: Estudio de validación de un cuestionario denominado SERVQHOS que, basado en SERVQUAL, ha sido diseñado pensando en el medio hospitalario público de nuestro país.

Algunas de sus conclusiones: Mediante análisis discriminante se confirmó que el porcentaje de casos clasificados correctamente, en virtud de las puntuaciones SERVQHOS, fue del 64.44% sobre el criterio “satisfacción referida por el usuario”, del 76.67% en el caso del criterio “recomendar el hospital a otros usuarios” y de un 58.89% de correctas clasificaciones sobre “si al usuario le pareció adecuado el tiempo de ingreso”.²

En 2001, en España un estudio de: Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos.

Material y Métodos: Mediante un estudio descriptivo basado en la realización de encuestas anónimas por correo se analizó la evolución del nivel de calidad percibida en dos hospitales a lo largo de un período de algo más de dos años. Los hospitales fueron seleccionados por cuanto que desde hacía algún tiempo venían realizando sistemáticamente evaluaciones de la opinión de los pacientes dados de alta, utilizaban una metodología similar y, fundamentalmente, la información que obtenían en estas evaluaciones era sistemáticamente analizada por los equipos directivos a fin de introducir mejoras. Además, una de las características del hospital B era, precisamente, hacer gala de una atención hacia el paciente más próxima y orientada a lograr su satisfacción. No obstante, hay que indicar que su ubicación, número de camas y antigüedad los

diferenciaban. La metodología seguida en la fase de encuesta en ambos hospitales fue similar, tanto en cuanto instrucciones de respuesta, como a método de encuesta, selección de los sujetos, época del año, etc., controlando de este modo posibles variables de confusión. Los usuarios recibieron, aproximadamente a los 20 días del alta hospitalaria, el cuestionario de calidad de la asistencia hospitalaria percibida por el paciente SERVQHOS (Mira, Buil, Rodríguez-Marín y Aranaz, 1997; Mira et al, 1998), y una encuesta adicional con tres preguntas sobre: si conocían el nombre del médico responsable de su proceso (variable dicotómica), el nombre de la/s enfermera/s asignada (variable dicotómica) y si recomendarían el hospital a otros pacientes (escala de 3 pasos, nunca, sin dudarlo, tengo mis dudas), junto a una cuarta pregunta directa sobre su nivel de satisfacción global tras el alta hospitalaria (evaluada en una escala de 5 pasos, de muy insatisfecho a muy satisfecho). No se efectuó ningún recordatorio para motivar la respuesta.”³

Entre 2002 y 2004, en Caracas Venezuela un estudio de: La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación.

Material y método: A partir de dos fases de estudio, se construyó el cuestionario cuidado de su salud durante la hospitalización (CSH). Se aplicó en una muestra piloto de 31 usuarios hospitalizados y luego se validó en una segunda muestra de 394 usuarios hospitalizados en el hospital universitario de Caracas-Venezuela. Se realizó un análisis estadístico para la selección de los reactivos, un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax para la validez de constructo y el cálculo de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach); se empleó el programa SPSS 10 para Windows.

Conclusiones: El cuestionario elaborado (CSH) se presenta como una herramienta promisorio para la medición válida y confiable de la satisfacción del

usuario. Se plantea un conjunto de recomendaciones con la finalidad de fortalecer el instrumento en investigaciones futuras.”⁴

En 2003, en Lima Perú se realizó un estudio el tema fue: Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el hospital de la base naval callao.

Material y método La presente investigación es un estudio de naturaleza cuantitativa, descriptivo y prospectivo. Asimismo es de corte transversal ya que analizó e interpretó la satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el hospital de la base naval del callao.

Conclusiones: La mayoría de los usuarios externos estuvieron satisfechos con respecto a la dimensión humana de la calidad de atención de salud de la consulta externa en el hospital de la base naval del callao. La mayoría de los usuarios no estuvieron satisfechos con respecto a la dimensión técnico-científica de la calidad de atención de salud de la consulta externa.”⁵

En el 2006 en pamplona España se realiza un estudio cuyo título fue: Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria.

Objetivo. Identificar la influencia sobre la alta satisfacción de factores sociodemográficos, asistenciales y de comunicación.

Material y Métodos. Estudio de corte transversal mediante encuesta telefónica a usuarios dados de alta durante el mes de septiembre de 2006. Instrumento de medida: cuestionario SERQVHOS. Como medida de fuerza de asociación se ha utilizado la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) al

95%. Para el ajuste por factores de confusión se ha utilizado el análisis de regresión logística.

Conclusiones. La comunicación incide favorablemente en la percepción final de la asistencia lo que justifica que se continúe trabajando en su mejora en los centros sanitarios de nuestra comunidad.”⁶

En 2009, en El Salvador un estudio cuyo tema era: Evaluación de la calidad de atención en los servicios de salud en la ciudad de san salvador.

Método Participantes la muestra estaba formada por 1,210 personas, entre hombres y mujeres, de la población general de san salvador. El tamaño de la muestra obtenido tiene un nivel de confianza del 95% con un error de estimación del 3%. Es un estudio descriptivo mediante encuesta (León y Montero, 2007), con un diseño retrospectivo, el muestreo es no probabilístico de tipo incidental (Hernández, Fernández, y Baptista 2006). Sin embargo, hay que destacar que la selección del número de participantes se obtuvo mediante la fórmula para poblaciones finitas, apoyando la posibilidad de obtener generalizaciones de sus hallazgos, mediante la utilización de pruebas paramétricas y no paramétricas en el análisis de resultados.

Instrumentos. Instrumento de elaboración propia. Se construyó un cuestionario que buscaba medir un conjunto de variables sociodemográficas consideradas fundamentales para el estudio. Escala de calidad de atención en los servicios de salud (ECASS). Tras la revisión de algunos modelos teóricos sobre la calidad de atención en los servicios de salud, se adoptó el modelo de Donabedian (1966), quien plantea que la calidad de atención en salud deberá evaluarse desde la perspectiva del usuario.

Conclusiones. Se encontraron diferencias importantes entre hombres y mujeres en relación con la percepción de los costos económicos de enfermarse y curarse en san salvador, indicando que los hombres tienen una visión más negativa que las mujeres. Así mismo, las actitudes hacia el sistema de salud son más positivas en las mujeres que en los hombres.”⁷

En 2011. En Chile: Propuesta metodológica para medir calidad percibida y satisfacción en la atención de salud hospitalaria.

Método. A los participantes se les pidió que pusieran una nota a las distintas afirmaciones que se planteaban en la encuesta pensando en responder la pregunta formulada anteriormente. Para este propósito se diseñó una escala con puntuación de notas conocidas utilizadas en el cotidiano de los ciudadanos chilenos, es decir, de 1 a 7, estableciendo rangos de importancia donde de 1 a 3 es poco o nada importante, de 4 a 5 es de importancia intermedia y de 6 a 7 muy importante. En la segunda ronda, se mostró la media del grupo para cada pregunta y a su vez, se les dio la oportunidad de argumentar su desacuerdo en caso que lo hubiere.

Algunas de sus **conclusiones** son: existen diferencias significativas el hecho de que el médico le dé espacio para preguntar y le responda en términos que él entienda. Este elemento en casi un 100% de los participantes usuarios es catalogado con un 7 lo que es valorado como muy importante, mientras que, en el equipo de salud sólo parte de ellos lo consideran importante. Asimismo, existe discrepancia respecto de la importancia que se le asigna a la calidez y preocupación proporcionada por la auxiliar de enfermería, donde los usuarios lo perciben como menos importante que el personal de salud. Esto tiene lógica porque si bien les importa este aspecto, lo más valorado es el apoyo físico en sus necesidades y limitaciones al estar enferma (visto en el estudio de Focus Group

y en la primera ronda del Delphi). Por su parte, casi la totalidad del personal de salud le asigna el máximo nivel de importancia a este aspecto.”⁸

“En abril del 2011 se realizó un estudio que trato sobre, la evaluación de la calidad de la atención en el servicio de emergencia del hospital nacional de Nueva Guadalupe. Procedimiento, se entrevistó a 80 usuarios que consultaron la emergencia del hospital y a sus familiares y los 28 trabajadores del área de emergencia en horarios diurnos, nocturnos y fines de semana. Resultados. Al analizar las encuestas se pudo determinar que la unidad de emergencia del Hospital de Nueva Guadalupe, no cuenta con la capacidad instalada para brindar atención de calidad pero sus servicios es accesible a la población.

En relación a la calidad técnica existe un cumplimiento de los protocolos y guías de manejo, en un buen porcentaje de pacientes, lo que hace que consulten constantemente. La dimensión de la continuidad de los servicios brindados, se ha visto alterada por las relaciones interpersonales no apropiadas de los trabajadores lo que se dificulta en la atención. Los usuarios internos y externos expresan que la infraestructura es mala y la demora de tiempo de espera de los usuarios, es mayor para recibir la atención del médico y el complemento de los tratamientos, lo que genera muchas veces abandono y atraso en el proceso asistencial. Por lo que se realizan recomendaciones al Ministerio de Salud (MINSAL) y a autoridades del Hospital Nacional Nueva Guadalupe así como una propuesta de mejora la cual consiste en mejorar los servicios de atención en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, enfocado en la capacitación al personal de salud para la mejora de las relaciones interpersonales y de los procesos de atención lo que favorecerá la atención de calidad del hospital en mención hacia la población a la cual atienden.”⁹

En 2012, en México una investigación sobre: La satisfacción/insatisfacción de los del sistema de salud con la atención desde sus expectativas y experiencias.

“En objetivo de esta investigación fue crear un instrumento, compuesto por apartados cuantitativos y cualitativos, para evaluar la expectativa y experiencias de los pacientes y acompañantes en su interacción con el sistema de salud en la unidad médica.

Método: El estudio combina la metodología cuantitativa, que permite generalizar, con la cualitativa, fundamentación teórica que posibilita la profundización y el descubrimiento del mundo del paciente, sus necesidades y preocupaciones cuando irrumpe la enfermedad.

Para propósitos de este estudio, se dividió a la población objetivo en dos grupos: el grupo A conformado por los usuarios efectivos, es decir las personas que recibieron los servicios de atención médica y el grupo B que estuvo conformado por aquellos individuos que desde su punto de vista consideraron que les fue negada la atención médica y/o por alguna razón se retiraron antes de ser atendidos.

Los resultados de atención y trato denotan que el encuentro con el médico y las relaciones humanas que se establecen en el ámbito hospitalario son muy relevantes para que el usuario se sienta muy satisfecho con la atención recibida. A pesar de ello, los reactivos que no resultaron significativos en el modelo logístico múltiple fueron la resolución del problema de salud, el trato recibido en cada área del hospital (vigilancia, informes, trabajo social, cajá, archivo clínico), y el maltrato, falta de respeto o discriminación.

La tesis central del trabajo consiste en afirmar que mientras más conocimiento se obtenga de las trayectorias, inquietudes, significados, creencias y valores de las personas cuando está presente la enfermedad, la respuesta de los prestadores de servicios sanitarios en las unidades médicas e instituciones podrá ser más sensible, humana y cercana a sus preocupaciones, lo que implica, en ocasiones, el rediseño de la organización y la implementación de distintas estrategias para la atención médica.”¹⁰

También en 2012 en México otro estudio de: Satisfacción de los usuarios hospitalizados con la atención de enfermería.

“Material y métodos: Estudio comparativo, correlacional, prospectivo y transversal. Muestra (n = 286) aleatoria simple tomada del censo diario de los servicios de hospitalización; incluyó usuarios adultos, todos alerta en sus tres esferas y que desearon participar voluntariamente en el estudio. Se utilizó el cuestionario SERVQUAL con una escala de respuesta tipo Likert, dando un valor mínimo de 1 y máximo de 7. Para determinar el grado de satisfacción se utilizó una puntuación: 1-66 = totalmente insatisfecho, 67-88 = parcialmente insatisfecho, 89-110 = regularmente satisfecho, 111-132 = parcialmente satisfecho y 133-154 = totalmente satisfecho. Datos analizados con el programa SPSS versión 17 mediante frecuencias, porcentajes, media, prueba de Pearson, Spearman, t de Student y ANOVA; se consideró estadísticamente significativo $p < 0.05$.

Resultados: El 54.5% eran hombres; la media de edad fue de 49.9 + 17 años. El 57% refiere estar totalmente satisfecho y el 20.6% está parcialmente satisfecho con la atención de enfermería; se asocia más con la fiabilidad ($r = 0.941$, $p = 0.000$). Los hombres están más satisfechos que las mujeres ($t = -1.04$, $gl = 284$, $p = 0.295$); los usuarios con educación superior están más satisfechos. ($F = 0.580$, $gl = 284$, $p = 0.629$).

Conclusiones: La mayoría de los usuarios están satisfechos independientemente de su género, edad o nivel académico; sin embargo, se requiere mantener una atención con calidad y calidez.”¹¹

En el 2013 en Colombia se realizó un estudio cuyo tema fue: Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados en institución prestadora de servicios de salud de barranquilla.

Objetivo: Determinar la calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados en institución prestadora de servicios de salud (IPS) de barranquilla, de agosto a octubre de 2011. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, en el que se encuestaron 158 usuarios a través del Cuestionario SERVQHOS-E, previo cumplimiento de criterios de inclusión. Los datos se tabularon y graficaron en excel y se creó la base de datos en el programa epi-info 3.5.3 versión 2011, posteriormente se graficó con histogramas para el análisis de variables discretas y continuas; diagrama de líneas y sectores para el análisis de variables de tipo nominal y ordinal, como también el diagrama de Boxplot para el análisis de las distribuciones del conjunto de datos, de acuerdo con lo planteado en el plan de análisis para determinar calidad percibida, utilizando medidas de tendencia central, y frecuencias absolutas y relativas; guardando el rigor ético y metodológico correspondiente. Resultados: El 44% fueron hombres y el 56% mujeres, con una media de 48.5 años. La calidad percibida de la atención de enfermería es “peor y mucho peor de lo que esperaba” en un 4%, “Como me lo esperaba” en un 17%, y “mejor y mucho mejor de lo que me esperaba” en un 78%. El 48.7% estuvo “muy satisfecho”, el 48.1% “satisfecho”, y el 3% “poco y nada satisfecho”.

Conclusiones: De acuerdo a la teoría de la desconfirmación de expectativas de Oliver y los postulados de Parasuraman et al, el 78% de los usuarios evidenció altos niveles de calidad percibida de la atención de

enfermería, el 17% modestos niveles de calidad percibida y el 4% bajos niveles de calidad percibida. Resultado coherente con otros estudios, los cuales muestran que la calidad percibida como buena oscila entre el 60% y 100%. El 96.8% se sintió satisfecho y el 97% recomendaría la IPS.”¹²

En 2014 en Murcia España un estudio sobre: Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería.

Diseño y método: Para esta revisión se realizó una búsqueda a través de las bases de datos: PubMed, Trip Database, Cochrane, además de Google Scholar y SciELO, con el propósito de analizar estudios relacionados con calidad de servicio. Los límites comprendieron: textos completos, idioma español y/o inglés, de los últimos 10 años y acceso gratuito. Se seleccionaron 17 artículos para la revisión.

Conclusiones: La calidad de servicio es percibida de diferentes maneras. Existen múltiples factores que determinan la calidad de servicio uno de ellos es el estado de salud de los usuarios.”¹³

En el salvador se cuenta con una evaluación para el sistema de salud mediante una ONG (APSIES) sin embargo los resultados de dichas evaluaciones no son socializados y no se conoce que nivel de satisfacción se tiene del área quirúrgica de dicho hospital.

Actualmente la satisfacción de los usuarios se utilizó como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios de salud pues proporcionan información valiosa sobre el nivel de satisfacción del usuario.

Hasta el presente año (2017) no se cuenta con un estudio basado en la calidad de atención del área quirúrgica del Hospital de Nueva Guadalupe.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

De lo antes expuesto se deriva el problema el cual se enuncia de la siguiente manera:

¿Qué nivel de satisfacción tiene el usuario en la calidad de atención del personal de salud en el área quirúrgica del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe año 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En el contexto del mundo globalizado, donde la ciencia, la tecnología y la información están dentro del alcance de muchos; las profesiones, y específicamente el personal de salud, enfrentan la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo con vistas a garantizar cuidados con calidad a los usuarios.

Las nuevas tecnologías en el cuidado de salud han aumentado los costos del sector salud y las expectativas de la población con relación a los servicios ofrecidos. Sin embargo, estudios indican fallas en la calidad y seguridad de la atención, con ocurrencia de eventos indeseados, perjudicando la imagen de las organizaciones de salud.

Debido a lo anterior en el presente trabajo de investigación se pretende conocer el nivel de la calidad de atención del personal de salud del área quirúrgica del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, tomando en cuenta que al área quirúrgica llegan usuarios con miedos, creencias, mitos e inquietudes propios del estrés quirúrgico. De ahí la importancia de esclarecer al usuario todo tipo de dudas que tenga acerca del personal que labora en dicha área, los diferentes profesionales que conforman el equipo quirúrgico, sus funciones y cuál debería ser el trato adecuado, eficiente, además de ser comprensivos y orientar al usuario sobre todo lo que se le va a realizar para que tenga una estancia lo más cómoda posible, sin inquietudes y garantizar la plena satisfacción del mismo.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de satisfacción del usuario en la calidad de atención del personal de salud en el área quirúrgica del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el nivel de satisfacción que tiene el usuario en la calidad de atención del área quirúrgica del Hospital Nacional Nueva Guadalupe.

Categorizar los niveles de satisfacción que tiene el usuario en la calidad de atención en el área quirúrgica según su nivel académico alcanzado.

Determinar el nivel de satisfacción de la calidad de atención brindada por el personal de anestesia, enfermería y cirugía.

Describir según el género del usuario el nivel de satisfacción que tiene sobre la calidad de atención del personal de salud del área quirúrgica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II

2.0 MARCO TEÓRICO

2.1 SATISFACCIÓN

“La Real Academia de la Lengua Española define etimológicamente la palabra “satisfacción” como “la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria”. La satisfacción para Donabedian es “una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud”. Autores como Contreras y col. afirmaron que: La satisfacción se obtiene como resultado de un trato humano, individualizado y afable, que los hacen sentir personas únicas en la medida en que se atienden sus necesidades particulares y se logra su bienestar.”¹⁴ **Ver Anexo 7**

“Dicho de otra manera satisfacción es aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objetivo a los fines que la reducen. Es decir, satisfacción es la sensación de término relativo de una motivación que busca sus objetivos.”¹⁴

“Satisfacción del usuario es una sensación subjetiva que experimenta este, al colmar sus necesidades y expectativas cuando se le otorga un servicio. La satisfacción está subordinada a numerosos factores, entre los que se incluyen las experiencias previas, las expectativas y la información recibida de otros usuarios y del propio establecimiento de salud. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias.”¹⁵

2.1.1 SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SISTEMA DE SALUD

“Es la complacencia del usuario con los servicios de salud con los proveedores y con los resultados de la atención. La satisfacción del usuario debe ser un objetivo irrenunciable para cualquier responsable de los servicios sanitarios y una medida del resultado y sus intervenciones dicho de otra forma es la medida que hace que el usuario se sienta satisfecho y que se haya cumplido con las expectativas que tenía con respecto a la resolución del problema de salud”¹⁶

“La satisfacción del usuario se puede conseguir mediante trabajo en equipo bien realizado; identificando las expectativas de los usuarios buscando alcanzar satisfacer a su usuarios teniendo muy claro que ellos buscan un servicio. En lo que se refiere a satisfacción del usuario, se han planteado estrategias entre las cuales está un programa de garantía de calidad que se propone involucrar a todas las categorías del personal de salud en todos los niveles y la mejora de procedimientos para la buena gestión en las entidades de salud.”¹⁷

“Cumplir las expectativas en la atención específicamente en los servicios hospitalarios es una tarea complicada de realizar, pues lo más importante en cualquier servicio es lo que se le brinde al usuario. Las entidades de salud deben cumplir una importante función social y humanitaria en la comunidad y en nuestro país tenemos muchas dificultades con la atención no solo con el recurso humano sino problemas económicos que afectan la atención”.¹⁷

“La satisfacción del usuario implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio; está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y a

la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de la atención de salud."¹⁷

2.1.2 NIVELES DE SATISFACCIÓN

"El nivel de satisfacción se entenderá como el grado de conformidad que tiene el usuario con la atención recibida". Por parte del personal del área quirúrgica (personal médico, de anestesiología y de enfermería) por ello se han predefinido 3 niveles de satisfacción: nivel alto, nivel medio, nivel bajo.

Dicho de otra forma es la manera en que tan complacidos se sienten los pacientes con la calidad de la atención recibida.

"La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios prestados sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas."¹⁸

Por tanto " Las encuestas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, midiendo el parecer de los que han recibido asistencia; pero no representa la opinión general de la comunidad sobre el sistema sanitario, las encuestas más utilizadas en los servicios de salud son las de satisfacción realizadas tras la realización del proceso de atención. Satisfacción refleja cuánto gusta/disgusta un servicio al usuario, después de su utilización y sobre la base de las consecuencias anticipadas. Conceptualmente se trata de un fenómeno posterior al uso de un servicio. En lo referente a su operacionalización, el concepto de satisfacción es asimilado

a la medición de las actitudes, dado que el mismo puede ser valorado como la suma de satisfacciones específicas con los variados atributos del bien o servicio incorporados previamente."¹⁸

Visto "desde el punto de vista psicológico, la satisfacción está relacionada con la necesidad que es el estado de carencia, de escasez o falta de una cosa que se tiende a corregir. La necesidad es la expresión de lo que un ser vivo quiere indispensablemente para su conservación y desarrollo."¹⁸ **Ver Anexo 8**

2.2 CALIDAD DE ATENCIÓN.

“Muchos tratadistas la han definido desde hace mucho tiempo; inicialmente referido exclusivamente a la manufactura y posteriormente generalizado a los servicios. Su percepción se ha simplificado hasta llegar al punto de resumirse en el concepto de lograr la satisfacción del cliente o superar expectativas con nuestro producto o servicio. En referente al sector salud se han difundido varias definiciones. Entre las más relevantes, citadas por Dueñas, están la de Roemer y Montoya Organización Mundial de la Salud (OMS, 1988): “Es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”; o la más conocida de Donabedian a.: “Proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica”.¹⁹ **Ver Anexo 9**

2.3 CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

“Avedis Donabedian, en su discurso sobre la naturaleza de la calidad refiere que una característica que distingue al modelo industrial es su enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad. Es el consumidor quién, en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. El objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad.”²⁰

Ver Anexo 10

“El mismo autor refiere que en el modelo de atención a la salud se encuentran semejanzas y diferencias importantes. Una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes aceptables y agradables. Para ello y de una forma aún más importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud. Sin embargo, el modelo de atención a la salud difiere en la necesidad que existe de acomodar, dentro de la definición de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidad hacia los usuarios y la sociedad. Esto añade, a la vez, riquezas y tensiones internas a la definición de la calidad de la atención a la salud.”²⁰

“Con respecto a los individuos, continúa Donabedian, no sólo somos proveedores de satisfacción quizá porque los usuarios no están, con frecuencia, capacitados para distinguir entre una atención buena y una mala. Los profesionales de la salud tienen una responsabilidad fiduciaria: la de actuar en nombre de los usuarios, sirviendo a sus intereses de la manera que sea más adecuada. Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, nuestros conceptos acerca de cómo

manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios. Si se toma en cuenta que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de los miembros del equipo de salud y usuarios, el “cliente” es parte de la línea de producción, de forma más íntima. La capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados a la salud es un atributo sobresaliente, característico de la calidad de la atención sanitaria. Finalmente, con respecto a las responsabilidades hacia la sociedad, los profesionales de la salud actúan bajo un contrato social muy diferente del que regula los negocios y la industria. Por una parte, son responsables del bienestar de los individuos y, por la otra, del bienestar social. Sus responsabilidades sociales toman diversas formas existiendo la obligación de lograr la equidad en la distribución de los beneficios de la atención a la salud.”²⁰

2.4 CALIDAD DE SERVICIO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA.

"La calidad es un proceso que debe responder a las necesidades y expectativas de las personas, debe ser consistente y profesional, eficiente y productiva, con trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente.”²¹

Por ello por calidad de servicio en el área quirúrgica debe entenderse que son los cuidados oportunos efectivos, eficaces y de la mejor calidad posible que se le ofrecen al usuario, dentro del área quirúrgica hasta el momento en que abandona esta área ya sea porque es trasladado a su servicio donde continuará con su recuperación o es dado de alta.

De lo anterior se deduce que el área quirúrgica debe contar con la mejor calidad de servicio posible dado que se atienden a usuarios que por uno u otro diagnóstico ameritan que se les realice un procedimiento quirúrgico el cual

conlleva muchas inquietudes y miedos que los vive el propio usuario . De ahí radica la importancia de recalcar que se debe tratar de esclarecer todo tipo de dudas que el usuario tenga y los profesionales que integran el área quirúrgica: personal de cirugía, de anestesiología o de enfermería. Le deben brindar el trato más adecuado y eficiente posible además deben ser compresivos y orientar al usuario sobre todas las acciones que se le realizarán para que logre tener una estancia lo más cómoda posible.

2.4.1 ESTÁNDARES DE ATENCIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA

“Es necesario tener presente la definición de estándar según Joint Commission International (JCI) la cual lo define como el conjunto de “requisitos que definen las expectativas de funcionamiento con respecto a la estructura, el proceso y a los resultados que deben estar sólidamente en un lugar apropiado en la organización para alcanzar la seguridad y la calidad para el cuidado del usuario. **Ver Anexo 11**

El centro quirúrgico es el conjunto de ambientes, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminaciones.

El usuario es atendido en salas de cirugía, siendo éste el lugar en el cual se desarrollan el conjunto de actividades de un grupo multidisciplinario compuesto por personal de enfermería, cuerpo médico, personal de anestesia, personal asistencial y de apoyo que garantizan al usuario calidad en la atención; por lo anterior, los hospitales encaminan sus esfuerzos en el cumplimiento de exigencias que acrediten sus procesos de atención quirúrgica como los mejores en su campo, mediante la oferta de servicios con la más alta garantía en calidad nacional e internacional.”²²

2.4.2 ESTÁNDARES DE ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA

“Anestesia y Atención Quirúrgica (ASC), la Joint Commission International (JIC) refiere que los estándares para anestesia y cirugía son aplicables en todos los casos que requieran anestesia y/o sedación moderada o profunda, de igual forma donde se requiere practicar un procedimiento quirúrgico o invasivo. Los estándares definidos según el documento oficial de la Joint Commission Internacional. Estándares de acreditación para hospitales” se dividen en atención anestésica y atención quirúrgica, y son los siguientes:

Estándares de Atención Anestésica

ASC. 1 Los servicios de anestesia están disponibles para atender las necesidades de los usuarios y todos esos servicios cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales correspondientes y con los estándares profesionales.

ASC. 2 Habrá una o más personas calificadas responsables de gestionar los servicios de anestesia.

ASC. 3 Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los usuarios que se someten a sedación moderada o profunda.

ASC. 4 Una persona calificada lleva a cabo una evaluación previa a la anestesia y una evaluación previa a la inducción.

ASC. 5 Se planifica y documenta la atención de anestesia de cada usuario.

ASC. 5.1 Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el usuario, su familia o quienes toman decisiones en nombre del usuario.

ASC. 5.2 Se anotan la anestesia utilizada y la técnica anestésica en el expediente clínico del usuario.

ASC. 5.3 Durante la administración de la anestesia, se monitorea permanentemente el estado fisiológico de cada usuario y se anota en su expediente clínico.

ASC. 6 Se monitorea y documenta el estado posterior a la anestesia de cada usuario y cada usuario es dado de alta de recuperación por una persona calificada mediante el empleo de criterios establecidos.

Estándares de Atención Quirúrgica:

ASC. 7 Se planifica y documenta la atención quirúrgica de cada usuario basándose en los resultados de evaluación.

ASC. 7.1 Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el usuario y su familia o quienes toman decisiones en nombre del usuario.

ASC. 7.2 Se anota la cirugía realizada en el expediente clínico del usuario.

ASC. 7.3 Durante la cirugía e inmediatamente después de la misma, se monitorea permanentemente el estado fisiológico de cada usuario y se anota en su expediente clínico.

ASC. 7.4 Se planifica y se documenta la atención del usuario después de la cirugía.”²³

2.4.3 ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL ÁREA QUIRÚRGICA

“Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado. **Ver Anexo 12**

Es importante resaltar que cada uno de los estándares mencionados adelante cuenta con una particularidad en común: El proceso de mejoramiento continuo. Éste proceso, que parte desde la planeación, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades, propuesta de evaluación de resultados y comunicación de los mismos, hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el sistema de gestión de la calidad, ésto es, que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en soportes técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrollen mecanismos de evidencia y soporte que permitan a todos los actores sociales constatar su compromiso con la gestión de calidad en salud.

Ese sistema explícito ha definido que variables e indicadores integran el sistema de verificación o cumplimiento del estándar.

Propósitos de los Estándares de Calidad del Área Quirúrgica

Seguridad a los usuarios: constituye la razón de ser de los estándares y justifica su existencia al ligarlos a una de las funciones fundamentales del estado en el sistema de salud, garantizar el derecho de las personas a recibir atención de salud de calidad.

Garantizar el cumplimiento: Implica la obligatoriedad en el cumplimiento de los estándares, pues su omisión estaría significando la existencia de un servicio de salud que no garantiza condiciones de seguridad al usuario.”²⁴

Principios de los Estándares de Calidad del Área Quirúrgica

“Sencillez: La sencillez debe guiar la definición de los estándares, y los procedimientos de medición y verificación, de forma que sean entendibles y aplicables por todo el personal de salud.

Validez: Los estándares y sus indicadores de medición deben ser realmente esenciales, por ello su definición debe estar soportada en evidencia de una relación directa entre su presencia y la prevención de un riesgo prioritario para la vida y la salud en la prestación del servicio.

Confiabilidad: La forma de aplicación y verificación del estándar debe estar explícita y ser tan clara que permita una aplicación homogénea por los verificadores.”²⁵

2.5 INTEGRANTES DEL EQUIPO QUIRÚRGICO Y SUS ROLES.

“El equipo quirúrgico está formado por: Cirujano (especialista), medico ayudante, profesional de anestesia e Instrumentista. En situaciones poco complicadas el cirujano trabaja con la instrumentista solamente y en otras más complicadas hasta trabaja con tres ayudantes y dos instrumentistas. Existe, por supuesto, toda una gama de situaciones intermedias. En los casos que se emplee anestesia inhalatoria y o equipamientos para controles del usuario como por ejemplo monitoreo cardíaco, respiración asistida, etc., se hace imprescindible un anestesista. **Ver Anexo 13**

El orden en el que deben ingresar al quirófano es: primero profesional de anestesia, luego la instrumentista, luego el medico ayudante, y por último el cirujano especialista.

2.5.1 PROFESIONAL DE ANESTESIA.

El término anestesia fue acuñado por el Dr. Wendell Holmes el 21 de noviembre de 1846 al unir las raíces griegas “an,” que significa sin, y “estres,” sensibilidad. Desde entonces, el concepto se relaciona con la técnica empleada para evitar el dolor durante las intervenciones quirúrgicas, aunque etimológicamente el bloqueo del dolor se ajusta al término analgesia, an, sin, algia, dolor. Actualizando el término, anestesia puede definirse como la pérdida reversible de la sensibilidad por empleo de agentes químicos y con fines de terapéutica quirúrgica. De acuerdo con la extensión de la anestesia, se divide en: a) general, cuando su efecto se ejerce a nivel del sistema nervioso central, que se asocia a pérdida reversible de la conciencia y es extensiva a todo el cuerpo; b) regional, cuando el bloqueo es a nivel de troncos nerviosos y ocasiona pérdida de la sensibilidad en una región anatómica, y c) local cuando por depósito de los agentes anestésicos en un sitio o área determinada se bloquean las fibras nerviosas terminales.”²⁶

“Con el descubrimiento de tantos agentes y técnicas para aliviar el dolor y el reconocimiento de que una buena anestesia sólo podría efectuarse a través del conocimiento de la fisiología y la farmacología, de inmediato se reconoció que la anestesia era una especialidad en medicina. Como resultado, un gran número de hospitales, en especial aquellos que mantenían alguna relación con escuelas de medicina y universidades, iniciaron la organización de departamentos de anestesiología. En 1937 se formó el American Board of Anesthesiology; en ese mismo año la American Medical Association reconoció a la anestesiología como

una especialidad. El primer encuentro de esta sección en la American Medical Association se llevó a cabo en Chicago en 1941. **Ver Anexo 14.**

Departamento de anestesiología. Un departamento de anestesiología bien organizado y Coordinado puede y debe suministrar asistencia y consulta a todos los otros servicios médicos de un hospital“. Además de las responsabilidades inherentes a la sala de operaciones, el alcance de la actividad del anestesiólogo incluye un grupo de servicios auxiliares en los cuales sus conocimientos y capacidades pueden emplearse en beneficio del usuario. Estos servicios incluyen:

1. Alivio de diferentes estados del dolor y establecimiento de una clínica de bloqueo de nervio.
2. Manejo y supervisión de la terapéutica por inhalación, incluyendo todos los aspectos de la aplicación de oxígeno y helio y las técnicas para la administración de aerosoles.
3. Reanimación, incluyendo la del recién nacido, tratamiento de casos de intoxicación con fármacos, como barbitúricos e intoxicación con morfina, y participación con el equipo de trata: las enfermedades crónicas respiratorias.
4. Supervisar y asumir la responsabilidad de la terapéutica con líquidos intravenosos, en especial durante los procedimientos quirúrgicos, y en algunas instituciones la supervisión y administración de un banco de sangre.”²⁷

“Evaluación pre anestésica. La Evaluación Preanestésica (EP) se define como un proceso de recopilación de información clínica referente al usuario que recibirá anestesia general o regional para ser sometido a un procedimiento quirúrgico, terapéutico o diagnóstico en forma electiva o de urgencia. La EP intenta caracterizar los riesgos individuales del usuario al ser sometido a los

procedimientos anteriormente expuestos, así como mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.

Momento de la evaluación pre anestésica: La evaluación puede efectuarse en diferentes momentos antes del procedimiento quirúrgico. Se recomienda que en procedimientos de gran invasividad o en usuarios con patología agregada grave, la evaluación sea efectuada días antes. En procedimientos de invasividad intermedia o en usuarios con patología agregada leve a moderada, pueda hacerse el día antes o inmediatamente antes. Finalmente, en aquellos procedimientos poco invasivos o en pacientes sin patología agregada, la evaluación puede hacerse inmediatamente antes de la cirugía.

Uso de medicamentos en el perioperatorio: Se realizarán por el anesthesiologo las indicaciones generales que correspondan a cada uno de ellos y en relación a sus posibles interacciones y efectos adversos basados en la evidencia científica médica disponible.

Exámenes Preoperatorios: La indicación de exámenes preoperatorios se relaciona con la historia clínica, examen físico y tipo de cirugía. Se consideran como vigentes los exámenes informados en los últimos 6 meses, siempre que no exista un antecedente mórbido en el período.

Recomendaciones de Ayuno para la Cirugía Electiva:

a) Ayuno de por lo menos 2 horas para la ingestión de líquidos claros, con excepción de alcohol.

b) Ayuno de por lo menos 4 horas para la ingestión de leche materna y 6 horas para la ingestión de otro tipo de leche.

c) Ayuno de por lo menos 8 horas para la ingestión de alimentos sólidos livianos.

Hoja de Evaluación Preanestésica y los diversos factores contenidos:

- a) Fecha de realización de la evaluación preanestésica.
- b) Nombre y edad del usuario.
- c) Diagnóstico y cirugía propuesta
- d) Antecedentes mórbidos existentes.
- e) Alergias.
- f) Clasificación de riesgo de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA).
- g) Nombre o firma de anestesiólogo que realiza la evaluación preanestésica.

Resultado de la Evaluación Preanestésica:

Se debe explicar el resultado de la evaluación preanestésica al usuario y equipo médico si es necesario.

A) Asegurar que todo usuario que va a recibir anestesia general o regional, sea evaluado por el médico anestesiólogo que suministrará la anestesia antes del procedimiento.

B) Mejorar las condiciones médicas del usuario y generar un plan anestésico y postoperatorio.

C) Informar al usuario de los aspectos generales de las diferentes técnicas anestésicas, riesgos, complicaciones, manejo del dolor post-operatorio y disminuir la ansiedad o estrés del mismo.

Realizar indicaciones específicas de ayuno, uso de medicamentos, evaluaciones médicas complementarias u otros.”²⁸

“La visita preoperatoria tiene como finalidad la reducción de la morbilidad perioperatoria relativa a la intervención quirúrgica y al propio acto anestésico. Para ello, en todos los usuarios debe definirse el riesgo anestésico-quirúrgico. Con este objetivo, durante la visita preanestésica deben conseguirse los siguientes objetivos:

1. Evaluar la historia clínica, examen físico y estudios complementarios.
2. Detectar patologías preexistentes y determinar el riesgo individual.
3. Optimizar el estado preoperatorio del usuario.
4. Establecer profilaxis específicas.
5. Considerar posibles interacciones medicamentosas con fármacos anestésicos.
6. Establecer una adecuada relación médico-usuario, que permita una adecuada comprensión del proceso anestésico-quirúrgico, favoreciendo la ansiólisis.
7. Desarrollar una estrategia anestesiológica, minimizando los riesgos individuales perioperatorios.
8. Proporcionar una adecuada información del proceso y obtener una cobertura legal a través del consentimiento informado para procedimientos anestésicos.
9. Pautar una pre medicación. La adecuada revisión de la historia clínica y la anamnesis orientada, pueden permitir la detección de patologías preexistentes

en el 97% de los casos, y con ello la toma de decisiones en cuanto a la necesidad de pruebas complementarias, de interconsultas a otros especialistas y de cuidados perioperatorios concretos.

Valoración del Riesgo Anestésico-Quirúrgico.

El principal factor que determina el riesgo es el estado clínico del usuario. No obstante, la definición del riesgo debe hacerse en base a las siguientes clasificaciones:

1. Escalas de riesgo.

2. Grado de complejidad quirúrgica. En usuarios con cardiopatía conocida, factores de riesgo para la misma o edad avanzada, se aconseja el uso de una escala específica.

3. Evaluación preoperatorio cardiovascular en usuarios sometidos a cirugía no cardíaca: Guía Preoperatorio del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Estadounidense del Corazón (ACC/AHA).

Escalas de riesgo.

1a. Clasificación de la ASA En 1961 la American Society of Anaesthesiologists (ASA) estableció una clasificación que describe el estado preoperatorio de los usuarios según la presencia de determinadas patologías. Aunque su finalidad inicial no era establecer grupos de riesgo, posteriormente se comprobó una correlación positiva entre esta clasificación y la mortalidad relacionada con el acto anestésico.

ASA I Sin alteración orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica. El proceso patológico por el que se realiza la intervención es localizado y no produce alteración sistémica.

ASA II Enfermedad sistémica leve a moderada, producida por el proceso que se interviene o por otra patología Hipertensión Arterial (HTA) bien controlada, asma bronquial, anemia, Diabetes Mellitus (DM) bien controlada, obesidad leve, tabaquismo.

ASA III Alteración sistémica grave o enfermedad de cualquier etiología, aunque no sea posible definir un grado de discapacidad. Angor, estado post infarto agudo del miocardio (IAM), hipertensión arterial (HTA) mal controlada, obesidad severa, patología respiratoria sintomática (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica). (EPOC)

ASA IV Alteraciones sistémicas graves que amenazan constantemente la vida del usuario, no siempre corregible con la intervención. Angor inestable, insuficiencia cardiaca crónica (ICC), enfermedad respiratoria incapacitante, fallo hepatorenal.

ASA V Usuario moribundo, con pocas posibilidades de supervivencia, sometido a la intervención como único recurso para salvar su vida.

ASA VI Usuario donante de órganos para trasplante, en estado de muerte cerebral.

Si se trata de una urgencia se añade 'U' a la clase de riesgo. 'E' en terminología inglesa.

Grado de complejidad quirúrgica. Para facilitar la valoración preoperatoria, ésta es la misma clasificación que se emplea para la petición de pruebas complementarias específicas. La guía preoperatorio del National Institute for Clinical Excellence (NHS), clasifica las cirugías en 4 niveles, en base a la estimación de hemorragia severa o inadvertida, el tiempo quirúrgico y la recuperación posterior.

Grado I procedimientos menores: Escasa agresividad quirúrgica, en zonas con escaso riesgo de sangrado o en caso de producirse, fácilmente detectable.

Grado II procedimientos medianos: Mayor probabilidad de hemorragia y mayor riesgo de pasar inadvertida (cavidades).

Grado III procedimientos mayores: mayor agresión quirúrgica y postoperatorio estimado prolongado.

Grado IV procedimientos muy relevantes: Aquellos que en el postoperatorio requieren cuidados críticos o muy especializados.

Pruebas complementarias preoperatorias La petición racional de pruebas complementarias debe basarse en:

Estado de salud del usuario.

Tipo de cirugía.

Edad del usuario.

Solicitud de pruebas preoperatorias en el resto de los usuarios. Analítica no precisan: Cirugía de grado I y sin patología asociada, hemograma, tiempo de protrombina (TP), glucosa, creatinina.

Cirugía de grado III >60 años y cirugía de grado II tromboplastina parcial (TTP). Tratamiento con anticoagulantes o coagulopatía cirugía de grado II o III y edad 45 años: siempre, excepto si se dispone de electrocardiograma (ECG) previo 60 años y cirugía de grado III patología respiratoria avanzada, neoplasias, fumadores severos valorar en obesidad mórbida, patología tiroidea.

Pruebas funcionales respiratorias y gasometría arterial. Valorar en cirugía grado III o en cirugía torácica, si el usuario presenta patología respiratoria avanzada y en obesidad mórbida.

El anestesista que realizará el procedimiento anestésico: Verifica que el usuario cuente con valoración preanestésica y que esté registrada en el expediente clínico.

Verifica que los equipos de anestesia y oximetría funcionen correctamente y que los gases requeridos para la cirugía estén debidamente conectados incluyendo: anestésicos, oxígeno y aire a presión, así como la aspiración, etc.

Verifica nuevamente que el nombre del usuario corresponda con el registrado en el programa quirúrgico, en la pulsera de identificación y con el expediente clínico.

Aplica las medidas de seguridad del usuario de su competencia.

Verifica que la cirugía que se realizará y el cirujano que la llevará a cabo, correspondan con los que se encuentran en el programa quirúrgico y con los que están registrados en el expediente clínico.

Inicia el procedimiento anestésico.

Es el responsable de la anestesia del usuario. No debe estar vestido en forma aséptica.

Normas de comportamiento:

Realiza la canalización del usuario.

Interviene en la preparación del campo operatorio.

Da la orden para el comienzo de la cirugía.

Ayuda a la sujeción del usuario en la mesa operatoria, tratando de que el mismo tenga la mejor posición.

Debe monitorear permanentemente al usuario y llevar una planilla anestésica donde figurarán la evolución intraoperatoria de todos los parámetros vitales.

No se debe retirar de la mesa anestésica mientras dure la intervención.

Finalizada la cirugía debe seguir monitoreando al usuario hasta que logre una completa recuperación. Debe realizar un informe mencionando si hubo alteraciones pre, intra o post operatorias de los parámetros normales del usuario. Ubicación frente a la mesa de operaciones de los distintos integrantes del equipo operatorio. La cabeza del usuario está frente al anestesista y la disposición de los integrantes es para un Cirujano diestro.

Su función en la sala de cirugía se ha reconocido ampliamente que el desarrollo de la cirugía se debe en gran parte a los avances de la anestesiología. Nadie puede negar que en la medida que se tecnifica la anestesia, los cirujanos pueden incursionaren nuevas y más complejas técnicas quirúrgicas. Los

progresos de la neurocirugía, la cirugía cardíaca, trasplantes renales, cirugía ocular, etc., para nombrar solo algunos, son consecuencia del adelanto de la anestesia, entre otros avances de la tecnología moderna.”²⁹

2.5.2 PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

“Enfermería ha estado relacionada históricamente a los cambios ocurridos en la sociedad y a todas las condicionantes sociales, económicas, biológicas y ecológicas que influyen en el proceso salud-enfermedad, así como, por el predominio de determinada corriente filosófica. **Ver Anexo 15**

El personal de enfermería de la sala de operaciones y sus roles. Entrada al quirófano. Esta verificación se realizará a la entrada del enfermo al quirófano, antes de proceder a la inducción anestésica y corresponde al personal de enfermería y anestesia revisar: Identidad del usuario, consentimientos informados, control de seguridad anestésico completo, pulsioxímetro puesto, alergias conocidas, riesgo de aspiración/ vía aérea, riesgo de sangrado. Acude a recibir al usuario y se presenta con él por nombre y apellidos y le informa que es la enfermera que estará a cargo de él en la sala de operaciones.

Le pregunta su nombre y verifica que corresponda con el registrado en el expediente clínico, en la pulsera de identificación y en el programa de cirugía de la sala de operaciones.

Aplica las medidas de seguridad del usuario.

Se lava las manos antes de iniciar los procedimientos de enfermería para la atención del usuario.

-Verifica que la cirugía registrada en el programa, corresponda con la que se indica en el expediente clínico, así Como con el cirujano que está registrado para llevarla a cabo.

-Verifica que se cuente con el instrumental y con el material requerido para la cirugía y que éstos se encuentren debidamente esterilizados. Se cerciora de que los testigos de esterilización estén presentes y acrediten la esterilidad del material e instrumental.

-Es responsable de verificar que se haya cumplido con los procedimientos para garantizar la esterilidad de la sala de operaciones y del aire que se inyecta al quirófano, en cuanto a la realización de cultivos periódicos y cambio de filtros absolutos de los ductos de aire acondicionado.

-Es responsable de verificar que no se encuentren frascos de medicamentos abiertos previamente, para ser utilizados.

-Informa al cirujano y al anestesiólogo de la presencia del usuario y que todo está correctamente dispuesto para iniciar la cirugía.

Enfermera Instrumentista y sus Roles

Es aquella que se encarga de ayudar al médico en la preparación del campo quirúrgico y la encargada de suministrar el material durante la intervención, teniendo siempre en cuenta los cuidados de los usuarios en sus etapas preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria. Esta categoría de enfermería no está reconocida académicamente por ello debe cumplirla una enfermera con conocimientos y experiencia. Debe estar coordinada con el médico especialista de cada intervención. Preparar al usuario previo a la cirugía una vez dentro del quirófano, como la limpieza de la piel y monitorización. Equipa

el quirófano con los materiales necesarios para la intervención como la cama de quirófano con la postura correspondiente a cada intervención, su propia mesa quirúrgica con material de instrumentación y otros aparatos necesarios para cada acto quirúrgico en cuestión. Verifica que antes, durante y después de la intervención este todo el material quirúrgico tanto el fungible como el no fungible.

Es la responsable del cuidado de la herida quirúrgica. Al finalizar la intervención se encargara del correcto ordenamiento del material quirúrgico usado y lo envía a la zona de esterilización reponiendo las faltas del material fungible usado. Realizara cualquier otra función que se le asigne como enfermera que es en caso de ser necesario.

Enfermera Circulante y sus Roles

Tiene distintas funciones:

- Es la encargada del mantenimiento general del quirófano.
- Asiste al enfermo antes, durante y después de la intervención.
- Coordina la intervención a nivel de enfermería en los cuidados del usuario teniendo una visión global de las necesidades del usuario y del resto del equipo quirúrgico. Verifica que la intervención, usuario y material quirúrgico sean los correspondientes al acto quirúrgico.
- Prepara el quirófano con el material, aparatos y mesa quirúrgica correspondiente para la cirugía en cuestión y se encarga de que estos funcionen. Como los monitores de constantes vitales, bisturí eléctrico, sistemas de aspiración y mesa quirúrgica.

- Recibe al usuario, comprobando datos personales y numero de historia clínica.

- Comprueba que previamente a la intervención haya sido vista en la consulta externa de anestesia con sus pruebas complementarias correspondientes para poder realizar el preoperatorio y validadas por el facultativo correspondiente y el usuario este apto para la práctica quirúrgica (radiografías, analíticas. Electrocardiograma y pruebas más específicas dependiendo del tipo de intervención).

- Comprueba que el usuario no lleve anillos, joyas, prótesis dentales, verifica alergias para comunicarlo al equipo antes de la intervención. Comprueba algún otro tipo de preocupación por parte del usuario, con ello disminuirémos la ansiedad del usuario antes de la intervención.

- Ayuda en la colocación del usuario.

- Colabora en la monitorización de constantes vitales del usuario.

- Ayuda a vestir con indumentaria estéril al personal encargado de la instrumentalización y al cirujano en cuestión.

- Colabora con la enfermera instrumentista y cirujanos en que no falte nada de material estéril, siendo para ello muy importante el contaje de material fungible que se usa durante la intervención.

- Mantiene durante la intervención el quirófano limpio y ordenado.

- Mantiene la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico con otro personal sanitario como laboratorio, banco de sangre, anatomía patológica o radiología.

Normas de Comportamiento de la Instrumentista:

-Deberá conocer en detalle la cirugía en la que participará para preparar todo lo necesario y proveer toda complicación posible.

-Debe tratar, en lo posible, de resolver los problemas que se presentan sin complicar al cirujano.

-Ingresar al quirófano antes que el cirujano y el usuario para tener todo listo y preparado antes de la entrada de éstos.

-El armado de la mesa debe hacerlo en un orden habitual y sistemático.

-Se colocará en uno de los extremos de la camilla de operaciones.

-Una vez lista la mesa no se alejará de su puesto, salvo expresa orden del cirujano.

-Al pasar el instrumental deberá ir de su mano a la del cirujano.

-Debe facilitar y acelerar el ritmo de la cirugía.

-No discutirá órdenes ni opiniones del cirujano y ayudantes.

-No se distraerá con hechos extra operarios y hablará solo lo indispensable.

-Debe pasar el instrumental de manera que el Cirujano sienta que lo tiene en su mano (recordar que el Cirujano no la mira, sino que sólo tiende la mano para recibir lo pedido).

-Seguirá la cirugía atentamente, adelantándose a las necesidades del Cirujano o Ayudantes.

-Todo el material devuelto a la mesa debe ser limpiado con una gasa antes de colocarlo en su lugar.

-Mantendrá la mesa lo más ordenada y limpia posible, para que al final de la cirugía esté igual que al principio.

Normas de Comportamiento: Enfermera Circulante

Debe preparar el quirófano para la cirugía a realizar: instrumental, guantes y vestimenta estéril, suturas, gasa, una bandeja con antiséptico, una bandeja para retirar la pieza proveniente de la cirugía (si ésta lo requiere), y asegurarse que el lebrillo esté preparado para su uso.

Preparará el frontoluz, el aspirador, el instrumental especial, etc. Antes de la operación debe realizar el control de todo el equipo eléctrico para asegurarse su funcionamiento.

Ayudará al Anestesiista en la tranquilización del usuario.

Realizará, en la sala de preparación del usuario (pre quirófano), todos los pasos previos que correspondan a la antisepsia del campo operatorio (tricotomía y lavado).

Ayudará a la instrumentadora a vestirse asépticamente y luego en todo lo que ésta necesita para la preparación de la mesa.

Estará atenta durante toda la cirugía (que por supuesto debe conocer y seguir atentamente) a cualquier situación imprevista que se presente a la instrumentadora o al cirujano.

-Cuidará de no contaminar lo que deba manipular, si esto sucede debe avisar, aunque tema la reprimenda, para evitar una complicación postquirúrgica. Su acción correcta y eficiente es también necesaria para el buen desarrollo de la intervención y el posterior buen resultado.

-Una vez finalizada la cirugía, debe limpiar bien la zona de la herida y colaborar con el la instrumentador/a en el vendaje de la misma.

-Ayudará a el/la instrumentador/a en el lavado y secado del instrumental.”³⁰

2.5.3 MÉDICO-CIRUJANO.

“La solución de muchos problemas clínicos se fundamenta en la tecnología, basada en la ciencia; así los deslumbrantes avances obtenidos en la metodología bioquímica y en las técnicas biofísicas de diagnósticos por imagen que permiten acceder a las zonas más recónditas del organismo son un producto de la ciencia. Lo mismo sucede con las maniobras terapéuticas que, de manera creciente, forman parte de la práctica médica. Sin embargo, la experiencia en el manejo de los procedimientos más complejos de las técnicas de laboratorio o en la utilización de las últimas modalidades terapéuticas no basta por sí sola para ser un buen médico. **Ver Anexo 16**

Del médico se espera un trato amable y con comprensión, por que el usuario no debe verse solamente como un caso clínico, sino como un ser humano que acude a la consulta en busca de alivio y ayuda. Por ello el profesional de la

medicina debe ser hábil en el diagnóstico de su enfermedad orgánica, también debe poseer un inmenso interés por influir positivamente en su estado general de su salud de los usuarios.

La relación médico-usuario. Parece idóneo hacer hincapié en que los médicos deben considerar a los usuarios no como “casos” o “enfermedades,” sino como individuos cuyos problemas, con mucha frecuencia, trascienden las quejas que los incitan a consultar. A menudo, los usuarios hacen lo indecible por convencerse a sí mismos de que la enfermedad no existe, o bien, conscientemente, desarrollan defensas para desviar la atención del problema real que ellos perciben como algo grave o amenazador para su vida. Algunos utilizan la enfermedad para solicitar cuidados, o se sirven de ella como refugio para librarse de una situación emocionalmente tensa: otros llegan a simular enfermedades físicas. Independientemente de la actitud del usuario, el médico debe tener en cuenta el terreno en el que se produce la enfermedad, no solo en relación con el propio usuario, sino también en relación con su entorno familiar y social. Con demasiada frecuencia, las historias clínicas y los registros médicos no tienen la información necesaria acerca de los orígenes del usuario, sus estudios, empleo, hogar y familia, como tampoco sobre sus esperanzas y temores.

Atención del usuario. La atención del usuario comienza con el desarrollo de una relación personal entre él y el médico. Si el primero no tiene confianza en el segundo, la eficacia de la mayor parte de las medidas terapéuticas disminuirá. Cuando hay confianza, las palabras reconfortantes del médico pueden contribuir al mejor tratamiento, no necesitándose nada más. De igual forma cuando no hay soluciones fáciles ni tratamientos efectivos, la convicción por parte del enfermo de que el médico está siendo todo lo que puede constituye una de las más importantes medidas terapéuticas que pueden formarse.

Un aspecto importante de las condiciones clínicas y de la atención al usuario es relacionado con el concepto de “calidad de vida” que, a su vez, entraña la jerarquía de valores propia del usuario. Dicha jerarquía obliga al conocimiento detallado y a veces íntimo de la persona que, a menudo, se logra por medio de conversaciones prudentes, sin prisas y frecuentes.

Responsabilidad. En todo el mundo, el médico titulado, con licencia para ejercer su profesión, no está obligado a rendir cuenta de sus acciones ante nadie, salvo ante sus iguales. Sin embargo, en Estados Unidos se está produciendo un aumento de las demandas ejercidas contra los médicos para pedirles cuenta de la manera en que practican su profesión, basándose para ello en algunas normas prescritas por los gobiernos federales y estatales. La hospitalización de los usuarios de cuya salud se hace cargo el estado a través de instituciones de la Seguridad Social (Medicare y Medicaid) y otras terceras partes está sujetos a revisión de la utilización de los servicios. Esto quiere decir que el médico debe justificar tanto la causa por la cual se ingresó al paciente como la duración de su hospitalización, si ésta excede de ciertos límites considerados como criterios de promedio. En algunos casos es necesaria una segunda opinión antes de que el paciente pueda ser sometido a cirugía electiva. El objetivo perseguido por tales medidas es contener la espiral creciente de costes de la atención médica. Es posible que este tipo de revisión se extienda a todas las fases de la atención médica con lo cual esta se alterara aún más profundamente.

Consentimiento informado. El consentimiento informado exige que el médico trate con el usuario la naturaleza de la asistencia propuesta, las alternativas, los riesgos y los beneficios de cada una de ellas y las posibles consecuencias y que obtenga su autorización. El consentimiento informado implica algo más que la simple obtención de la firma del usuario en los impresos de autorización; los médicos deben también comentar las opciones con los usuarios, educarlos acerca de su enfermedad, responder a sus preguntas y ayudarlos a

deliberar. Al mismo tiempo, los médicos deben evitar abrumar a los usuarios con su jerga, dando explicaciones innecesarias y complicadas y proporcionando demasiada información de una vez.

Ocultación de la información. Los médicos pueden considerar la posibilidad de reservarse un diagnóstico grave, desfigurarlo o limitar los comentarios sobre el pronóstico o los riesgos, ante el temor de que el usuario presente ansiedad o depresión grave o rechace la asistencia necesaria. No debe forzarse a los usuarios a recibir información contra su voluntad. Sin embargo, la mayoría de las personas desea conocer su diagnóstico y pronóstico, incluso aunque sean enfermos terminales. En general, los médicos deben proporcionar la información pertinente, a la vez que ofrecen simpatía y esperanza, y ayudan a los usuarios a enfrentarse a las malas noticias.

Asistencia de urgencia. El consentimiento informado no es necesario cuando los usuarios no pueden dar su autorización y retrasar el tratamiento pondría su vida o su salud en peligro. Se presupone que las personas desean la asistencia de urgencia, a no ser que haya indicado otra cosa.

Actuación en beneficio del usuario. La pauta del beneficio precisa que el médico desarrolle actividades en beneficio del usuario. Los profanos no poseen experiencia médica y pueden ser vulnerables debido a su enfermedad. En consecuencia. Los usuarios confían en que los médicos les proporcionen consejo y promuevan su bienestar. Los médicos alientan tal confianza. Por estas razones. Tienen el deber fiduciario de actuar en el mejor beneficio de sus usuarios. Además el interés de los usuarios debe primar sobre el interés del propio médico y sobre el de terceras partes, como el hospital o las compañías de seguros. Estas obligaciones fiduciarias contrastan netamente con el mundo de los negocios, donde el objetivo consiste en lograr los máximos beneficios. No en actuar en el mejor interés de los clientes. La norma de no perjudicar prohíbe a los médicos

prescribir tratamientos ineficaces o actuar sin el debido cuidado. Este precepto, aunque citado a menudo, es sólo una pauta limitada, ya que muchas intervenciones beneficiosas también conllevan importantes riesgos.³⁰

Rol de evaluación preoperatoria del usuario quirúrgico por médico-cirujano. La meta de la evaluación preoperatoria es asegurar que el usuario ingrese al quirófano en las mejores condiciones fisiológicas posibles a fin de reducir la morbi-mortalidad vinculada con la intervención a la que será sometido, teniendo en cuenta que la anestesia y el acto quirúrgico suman a la enfermedad de base una injuria adicional puesto que estimulan el eje neuroendocrino, incrementan la carga circulatoria y respiratoria, y acrecientan el metabolismo. De esta evaluación pueden surgir asimismo recomendaciones sobre el mejor manejo clínico en el periodo perioperatorio.

El objetivo final es lograr que la cirugía se realice con el menor riesgo contingente y el máximo beneficio para el usuario, que el postoperatorio transcurra sin interrecurrencias desfavorables y, finalmente, que todo el proceso se desarrolle de manera costo-efectiva.

Desde el punto de vista cronológico la asistencia del enfermo quirúrgico (y por lo tanto la actuación del cirujano), se puede dividir esquemáticamente en tres períodos: el preoperatorio, el intraoperatorio y el postoperatorio. Cada uno de ellos se caracteriza por requerir del profesional distintas acciones y generarle diferentes preocupaciones. A su vez el usuario, al transcurrir por cada una de estas fases, sufre modificaciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas influidas por la preparación para la cirugía y la agresión quirúrgico-anestésica. El resultado final será adecuado si el encadenamiento y el progreso de las tres etapas es normal y armónico.

Una Evaluación Apropiaada por Parte del Médico- Cirujano Incluye

- El examen y la indagación acerca de: Peso y talla.
- Estado general y cardiopulmonar.
- Antecedentes hematológicos: hemostasia (historia personal o familiar),
- Anemia.
- Posibilidad de embarazo.
- Experiencias quirúrgico-anestésicas previas.
- Tabaquismo.
- Alcoholismo

En cuanto a la condición clínica, se pueden distinguir dos grandes categorías: enfermos estables y enfermos críticos. En este último grupo se pueden a su vez diferenciar las situaciones de urgencia de las de emergencia.

Enfermos estables: Grupo 1. Enfermos con patología crónica en los que se practicará una intervención programada.

Enfermos críticos: Grupo 2. Enfermos con patología aguda o urgente en los que se cuenta con un preoperatorio mínimo de seis horas (urgencia).

Grupo 3. Enfermos con inminente y evidente riesgo de muerte (emergencia).”³¹

Rol del cirujano en sala de operaciones. Verifica que se cuente con los estudios previos necesarios y el material quirúrgico requerido.

Indica y verifica la aplicación de las medidas de seguridad del usuario. Especialmente en los casos en que la cirugía pueda ser practicada en cualquiera de los dos lados del cuerpo, revisa el expediente clínico y se cerciora que el lado a operar está debidamente identificado y preferentemente con marca de tinta en la piel.

En caso de que se espere un sangrado mayor de 500 ml, verifica que la sangre requerida esté disponible y que corresponda al usuario, cotejando con el expediente clínico y la pulsera de identificación.

Si se indicó antibiótico profiláctico, verificar que se hubiera administrado dentro de los 60 minutos previos.

Realiza un lavado pre quirúrgico escrupuloso de manos conforme a la normatividad vigente.

Coloca la vestimenta quirúrgica, con especial atención a evitar la contaminación.

Normas de la actuación del cirujano: Debe desarrollar y ejercitar su criterio, lo que permitirá tomar decisiones rápidas y seguras en los momentos necesarios (por ejemplo: situaciones imprevistas o complicaciones que obliguen a variar los pasos de la cirugía).

Debe trabajar rodeado de las mejores condiciones: buena luz, buen instrumental, lencería suficiente, adecuada anestesia, debiendo haber previsto con anterioridad todos los elementos que utilizaría durante el acto quirúrgico. Debe trabajar con orden y minuciosidad.

No debe realizar una cirugía careciendo del conocimiento de la patología y/o de la técnica que debe aplicar.

El operador diestro se coloca a la derecha de la mesa de operaciones, quedando el anestesista a su izquierda y el instrumentador a su derecha.

El operador zurdo se coloca a la izquierda de la mesa de operaciones, quedando el anestesista a su derecha y el instrumentador a su izquierda.

Debe exigir orden y trabajo sistemático a todo el equipo y señalar los errores a quienes lo asisten, pues es el responsable de su formación y perfeccionamiento.

Debe tratar de realizar los llamados de atención sin humillar a los componentes del equipo (usar tono severo pero cordial).

Debe conocer al detalle el trabajo de todos los integrantes del equipo para poder corregirlos y entender las dificultades que puedan presentárseles.

Todo el instrumental que utilice debe devolverlo a la instrumentadora. Es de mala técnica dejar el instrumental sobre la mesa de operaciones.

No debe realizar maniobras ciegas, debe reconocer bien lo que se incide o se disecciona; no se deben realizar maniobras incompletas.

El trabajo del cirujano debe ser minucioso. Con los progresos de la anestesia no tienen ya sentido las antiguas maniobras realizadas con la velocidad de un prestidigitador, pero que muchas veces llevaban por delante un vaso importante o incluía en una ligadura un filete nervioso. Lo recomendable es el trabajo minucioso sin pérdida de tiempo.

Al pedir instrumental no debe desviar la vista de la herida, es la instrumentadora quien debe ir hacia el cirujano, debiendo solicitarlo en voz alta y clara, presentando la mano de manera que ésta pueda entregar lo pedido, a través del lenguaje de gestos que está perfectamente reglado y codificado.

Es conveniente que el cirujano se haga el tiempo necesario para hacer la crítica o elogio de la acción a cada uno de los componentes de equipo, una vez finalizada la cirugía.

2.6 ÁREA QUIRÚRGICA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE.

El área quirúrgica del Hospital de nueva Guadalupe está comprendida por las siguientes estructuras.

Recepción del área quirúrgica. En la recepción se encuentra la estación de enfermería con un mueble grande de madera el cual contiene papelería correspondiente a dicha área. Dos lavamanos dos escritorios ropa quirúrgica y batas, insumos para el cumplimiento de medidas de bioseguridad para usuarios y personal que en ella labora.

Área de trabajo de parto. Cuenta con 8 camas cómodas para las futuras madres, aire acondicionado, lavamanos, baños para el personal y usuarios, cuenta con dos ultrasonidos doppler para el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal.

Área de expulsión. Área donde las gestantes culminan su embarazo vaginal, cuenta con aire acondicionado, la mesa quirúrgica, el monitor de signos vitales, una máquina de anestesia, dos mesas para insumos, fuentes de oxígeno, óxido nitroso, guantes estériles, etc.

Área de quirófanos. Esta área cuenta con tres quirófanos con buena iluminación, con paredes lisas para su fácil desinfección, cada uno con aire acondicionado y salida de gases, abastecido con centrales de oxígeno y empotrados de óxido nitroso, una máquina de anestesia, laringoscopios, sillas,

mesas mayo, solo cuentan con dos camas quirúrgicas, y dos monitores en total, tres aspiradores de secreciones para anestesia, dos máquinas de succión para cirugía, dos cauterios, un reanimador de emergencias, los tres quirófanos cuentan con buena iluminación. El pasillo de los quirófanos cuenta con una ventana que tiene conexión directa con el área de esterilización de equipo médico, donde se reciben los equipos necesarios para las cirugías.

Área de recuperación. Área donde los usuarios provenientes del área de expulsión y del área de quirófanos se recuperan del procedimiento y de la anestesia. Cuenta con buena iluminación, 6 camas con ruedas, con fuentes de oxígeno una por cada cama, insumos para el cuidado de los usuarios, laringoscopios, un solo monitor de signos vitales, tensiómetros manuales, sueros etc.

Área de recién nacidos. Área donde se llevan los recién nacidos para su limpieza o reanimación si ésta fuera necesaria, cuenta con iluminación, cuna térmica, laringoscopio, palas de laringoscopio y mascarillas, tubos oro traqueales adecuados para recién nacidos, bolsas auto inflables y fuente de oxígeno.

Bodega de anestesia. Acá se encuentran todos los insumos necesarios para la administración mantenimiento y recuperación de la anestesia, así como los medicamentos que requieren de refrigeración para prolongar la vida útil de los mismos.

2.6.1 RECURSOS HUMANOS Y FUNCIONAMIENTO DEL ÁREA QUIRÚRGICA.

Recursos humanos. Cuenta con una jefe de enfermería, dos enfermeras circulares y dos instrumentistas, una enfermera encargada del área de trabajo de partos, una enfermera encargada del área de recuperación y una encargada del

área expulsión, se cuenta con cuatro ginecólogos, tres cirujanos, cinco anestesiistas y un residente de cirugía encargado de ayudar al cirujano en operaciones mayores.

Funcionamiento. Cuando llega el usuario al área quirúrgica el cual va acompañado de una enfermera del servicio del que procede, lo reciben las dos enfermeras circulares y la enfermera de recuperación, las cuales verifican, que el expediente clínico este completo, que todos los exámenes estén en orden dentro de los valores normales, que cuente con las evaluaciones pertinentes del usuario en cuestión, según su estado físico, que se hayan cumplido con las indicaciones del médico tratante y anestesia para un manejo adecuado, dentro de la sala de operaciones. Después de recibirlo las enfermeras lo llevan a la cama quirúrgica con la presencia del anestesiista; el anestesiista monitoriza al usuario sus signos vitales verifica que los accesos venosos sean permeables, si todo está en orden procede a la administración de la anestesia con la ayuda de la enfermera circular para la depresión de la vía aérea, en caso de anestesia general o para la punción en el caso de anestesia raquídea. La instrumentista es la encargada de preparar todos los insumos y el equipo necesario para que el cirujano trabaje adecuadamente. Cuando la anestesia ya está administrada y fijada el médico ya vestido con ropa estéril con la ayuda de la enfermera circular y la instrumentista procede a hacer una asepsia profunda en el lugar donde se llevara a cabo la cirugía. Anestesia es el área encargada en el trans-operatorio del mantenimiento de la anestesia y de la restitución de los líquidos del usuario. Cuando el cirujano termina el procedimiento la enfermera circular guarda y lava los equipos. El anestesiista revierte la anestesia solo si es necesario. Cuando el usuario despierta se retira el tubo oro traqueal, y aspira secreciones y administra oxígeno, y retiro del equipo de monitorización del usuario, y con la ayuda del cirujano, enfermera circular e instrumentista pasan al usuario al carrito para llevarlo a la sala de recuperación. Ya en sala de recuperación se entrega el usuario a la enfermera encargada de la sala de recuperación, después de haberlo

monitorizado el anestesista y procede a colocar la bigotera con oxígeno suplementario si este fuera necesario. En sala de recuperación permanece el usuario con monitoreo continuo de signos vitales aproximadamente tres horas, el anestesista de turno da el alta anestésica al usuario, después de que el alta es otorgada por el médico es traslado a su servicio correspondiente si amerita ingreso.

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS

CAPÍTULO III

3.0 SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

El usuario tiene alto nivel de satisfacción sobre la calidad de atención del personal de salud del área quirúrgica del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe.

3.2 HIPÓTESIS NULA

El usuario tiene bajo nivel de satisfacción sobre la calidad de atención del personal de salud del área quirúrgica del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe.

3.3 HIPÓTESIS ALTERNATIVA

El usuario tiene un nivel medio de satisfacción sobre la calidad de atención del personal de salud del área quirúrgica del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
El usuario tiene alto nivel de satisfacción sobre la calidad de atención del personal del área quirúrgica del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe.	V.I Nivel de satisfacción	Es el nivel de conformidad del usuario, cuando se atienden sus necesidades particulares.	Mediante un cuestionario se obtuvo información acerca del nivel de satisfacción de los usuarios, el cual consiste en una serie de preguntas que se le realizaron al usuario sobre la calidad de atención brindada por el personal del área quirúrgica.	Estructura del área quirúrgica	Infraestructura Accesibilidad Fuente de iluminación Servicio sanitario Aseo e higiene Trabajo en equipo
				Organización	
				Tiempo de espera	Espera menor de 30 minutos Espera menor de una hora Espera menor de 3 horas Espera mayor de 3 horas
				Atención al usuario	Atención inmediata, atención oportuna o atención tardía
				Relaciones interpersonales	Muy insatisfecho, insatisfecho, satisfecho Muy satisfecho,
				Información y orientación al usuario	Ausente, incompleta, completa
Seguridad	En la atención brindada al usuario				

	V.D Calidad de atención del personal del área quirúrgica	Es un proceso para la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los usuarios. Está compuesto por personal de diferentes especialidades; cuya principal función es ofrecer la mejor asistencia anestésico-quirúrgica para el usuario	A través de un cuestionario se conoció la calidad con que son atendidos los usuarios en el área quirúrgica. Se buscó conocer el grado de organización y capacitación del personal del área quirúrgica. Estuvo dirigida al usuario en el posoperatorio luego de haber recibido el alta anestésica. El cual constó en un mismo número de ítems a rellenar mediante la escala de Likert para cada personal del área quirúrgica.	Médicos	-Información recibida -Orientación del usuario -Amabilidad -Empatía -Tono de voz -Orden y limpieza -Aplicación de medidas de bioseguridad -Atención oportuna -Privacidad en la información -Recuperación del usuario
				Anestesiistas	Información recibida -Orientación del usuario -Amabilidad -Empatía -Tono de voz -Orden y limpieza -Aplicación de medidas de bioseguridad -Atención oportuna -Privacidad en la información -Recuperación del usuario
				Enfermería	Información recibida -Orientación del usuario -Amabilidad -Empatía -Tono de voz -Orden y limpieza -Aplicación de medidas de bioseguridad -Atención oportuna -Privacidad en la información -Recuperación del usuario

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV

4.0 DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

Durante la presente investigación el grupo investigador, después de haberse planteado la base teórica y luego formular las hipótesis necesitaron, saber cuál es el próximo paso para ejecutar el estudio, por lo que, se elaboró un diseño que sirvió de guía para alcanzar los objetivos que se plantearon al inicio del mismo.

La investigación fue **prospectiva**; según el tiempo de ocurrencia de los hechos, ya que los datos que registraron el nivel de satisfacción en la calidad de atención fue en el posoperatorio inmediato.

Fue **exploratoria** porque se pretendió dar una visión general de la realidad que se vive dentro del área quirúrgica de dicho hospital

Según el periodo de tiempo que duro la investigación fue **transversal**, ya que se recolectaron los datos en un solo momento, se realizó en el periodo de tiempo de junio a agosto del 2017.

Según el alcance de los resultados la investigación fue, **descriptiva**, porque se describió una característica como el nivel de satisfacción con la calidad de atención del área quirúrgica.

La investigación fue de **campo** ya que se recolectaron los datos a partir de fuentes primarias e instrumentos de trabajo como lo es la encuesta que se elaboró minuciosamente.

4.2 POBLACIÓN:

Para determinar la población objeto de estudio se revisaron los archivos del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, y se tomaron como base a 315 usuarios que fueron atendidos quirúrgicamente en el año 2016.

4.2.1 MUESTRA

Se revisaron los datos estadísticos de los usuarios de cirugía electiva atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe durante el año 2016 con el fin de conocer el número total de usuarios de cirugías electivas los cuales constituyen la población total de usuarios

Se obtuvo un total de 315 usuarios los cuales representan la población, por tanto se utilizó la siguiente fórmula para determinar la muestra.

$$x = \frac{A \times B}{C}$$

Dónde:

A= Número de usuarios por año

B= Número de meses en que se realiza el estudio

C= Número de meses del año (12 meses)

Quedando plantada de la siguiente manera:

Sustituyendo:

$$x = \frac{315 \times 3}{12}$$

$x = 78$ Usuarios

Por lo tanto la muestra fue de 78 usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

4.2.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.2.1.1.1 Criterios de inclusión.

Usuarios de ambos sexos

Usuarios de 18 a 60 años.

Usuarios sometidos a cirugía en el horario de 7am a 3pm.

Usuarios que física y mentalmente puedan dar su consentimiento informado y puedan responder a las preguntas del cuestionario.

Usuarios sometidos a cirugía electiva durante el periodo de junio a agosto de 2017

4.2.1.1.2 Criterios de exclusión.

Usuarios con alteración del estado de conciencia.

Usuarios bajo efecto de sedación.

Usuarios con trastornos del lenguaje.

Usuarios a quienes su estado de salud les impide responder el cuestionario.

Usuarios menores de 18 años y mayores de 60 años

Usuarios de cirugía de emergencia y urgencias.

4.3 TIPO DE MUESTREO

El tipo de **Muestreo fue no probabilístico por conveniencia**; debido a que el grupo investigador consideró los criterios de inclusión y exclusión para la elección de la muestra, por esa razón no dependió de la probabilidad y no todos los usuarios tuvieron la misma oportunidad de ser elegidos, como sujetos de muestra, sino que fue debido a las características específicas de la investigación que están representadas en los criterios de Inclusión. El estudio se realizó con los usuarios sometidos a cirugía electiva en el periodo de tiempo de junio a agosto de 2017.

4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la obtención de información se hizo uso de las técnicas documentales:

Documental bibliográfica: Porque se requirió de fuentes bibliográficas como: libros, diccionarios especializados, y documentos para la obtención de Información sobre el tema que se estudió.

Documental hemerográfica: Porque se utilizaron revistas y estudios relevantes al tema. Documental de información electrónica: Ya que se consultaron páginas electrónicas. Documental escrita: Porque se obtuvieron datos estadísticos indagando en libros de registro del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, San Miguel, y se hizo una revisión del respectivo cuadro clínico de cada usuario que contribuyo a tal estudio.

De campo: Porque es de primera mano y se obtuvo mediante la encuesta que se realizó haciendo uso del cuestionario permitiendo realizarles una serie de preguntas al usuario.

4.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estos ayudaron para recolectar la información y los datos requeridos de la investigación.

Fichas bibliográficas: que sirvieron como instrumento de identificación de las fuentes consultadas y clasificación de acuerdo a la conveniencia del trabajo.

Fichas Hemerográficas: Conteniendo conceptos relacionados con el tema de investigación. Recopilados de libros y revistas, que sirvieron para la estructuración del marco teórico.

El cuestionario. El cual estuvo dirigido a los usuarios que participaron en el estudio, el cual tuvo una serie de respuestas en niveles de satisfacción mediante a la escala de Likert. Se registró el nombre, edad, género, nivel académico, tipo de diagnóstico, tipo de cirugía, técnica anestésica a través del cual se obtuvieron los datos haciendo un registro de los más relevantes al fenómeno en estudio.

4.6 PROCEDIMIENTO

El procedimiento de la investigación se llevó a cabo en dos fases específicas que fueron planificación y ejecución que a continuación se detallan.

4.6.1 Planificación.

La primera fase consistió. En la planificación de la investigación que comprendió la elección del tema; aprobación de este por el asesor, asesorías para darle continuidad, luego, se procedió a elaborar el perfil de investigación que

incluye, los objetivos tanto general como los específicos, seguidamente se buscó, recopilar y analizar la información bibliográfica en relación con el tema, con tales datos se realizó el enunciado del problema, los antecedentes objeto de estudio y la justificación de la investigación. Que fue determinante para elegir el tipo de alcances con los que conto el estudio. Luego se elaboró el protocolo de la investigación constituido por: el marco teórico, el sistema de hipótesis, la operacionalización de las variables; y se elaboró para su comprobación el diseño metodológico, el estudio finalizo con la bibliografía y los anexos correspondientes.

La segunda fase de la investigación consistió en la ejecución de la investigación, que se realizó en el periodo comprendido de junio a agosto de 2017 y se desarrolló a través de la aplicación del instrumento el “cuestionario” y fue de la manera siguiente:

Se hizo uso de un cuestionario, el cual se llenó con las respuestas que brindó el usuario en el momento de que recibió el alta anestésica, los integrantes del grupo investigador se presentaron con el usuario, se le dio a conocer en que consistió el estudio y se procedió a obtener el consentimiento informado, se le explico al usuario el tiempo aproximado que tardaría para pasar el cuestionario el cual sería de aproximadamente 20 minutos, posteriormente se le brindaron las indicaciones generales al usuario y las cuatro posibles respuestas a cada una de la preguntas, dichas repuestas fueron anotadas por los integrantes del grupo, se pasó el cuestionario al usuario en el área de recuperación después del alta postanestésica.

El diseño del instrumento tuvo como propósito a mediano plazo enfrentar nudos críticos de atención, fortalecer procesos de impacto positivo en los usuarios, autoevaluar la gestión desde las distintas perspectivas del usuario. En este sentido el instrumento se diseñó a partir de la unificación de un cuestionario

haciendo uso de la escala de Likert, constando con 17 preguntas con opción cuádruple de respuesta.

El instrumento se midió mediante la Escala Likert la cual se divide en 4 evaluaciones una evaluación general sobre el área quirúrgica una evaluación sobre el personal médico otra sobre el personal de anestesiología y una sobre el personal de enfermería. Cada evaluación individual realizada consta con 17 preguntas, para cada pregunta hay 4 posibles respuestas: (1) muy insatisfecho, (2) insatisfecho (3) satisfecho, (4) muy satisfecho.

Una respuesta con un valor de 1 y 2 corresponde a un nivel de satisfacción bajo, una respuesta con un valor de 3 corresponde a un nivel de satisfacción medio, y una respuesta con un valor de 4 corresponde a un nivel de satisfacción alto.

El valor mínimo que se puede obtener como respuesta por cada pregunta es 1 y el valor máximo es 4 por lo tanto cada puntaje total obtenido de cada evaluación individual mediante la sumatoria de los valores obtenidos con las 17 preguntas puede dar como resultado un valor mínimo de 17 y un valor máximo de 68.

La sumatoria de la puntuación total global de las 4 evaluaciones puede dar como resultado un mínimo de 68 y un máximo de 272 el valor máximo que es de 272 se divide entre 4 para obtener una puntuación para cada nivel de satisfacción. Por lo tanto una puntuación global total con un valor máximo de 136 corresponde a un nivel de satisfacción bajo. Un valor entre 137 y 204 corresponde a un nivel de satisfacción medio. Y un valor entre 205 y 272 corresponde a un nivel de satisfacción alto. Este instrumento fue sometido a validación de expertos así como discutido y presentado ante la gerencia del centro hospitalario.

Teniendo la aprobación del instrumento, se procedió a completarlo con las respuestas de los usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión, después de haber obtenido el alta anestésica.

Posterior a esto se pasó al análisis e interpretación de datos, donde las respuestas de los usuarios se procesaron dentro del programa estadístico SPSS versión 24 para poder elaborar tablas de resumen y de fácil entendimiento, cumpliendo con los objetivos planteados al inicio de la investigación, se culminó con la elaboración de las conclusiones del estudio y las recomendaciones.

4.7 RESULTADOS ESPERADOS

Con los resultados esperados se pretendió conocer el nivel general de la satisfacción del usuario con la calidad de atención recibida por el personal del área quirúrgica.

También se buscó conocer el nivel de satisfacción entre las diferentes ramas o profesionales que laboran en el área quirúrgica de dicho hospital.

Conocer que género de la población objeto de estudio tiene un mayor nivel de satisfacción.

4.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El equipo investigador responsable del estudio utilizó información confidencial del usuario la cual no se publicó bajo ninguna circunstancia, y se obtuvo la participación del usuario para tal estudio respetando su voluntad y criterio sin ningún tipo de persuasión orientada por el grupo investigador. Para lo cual se documentó su decisión en un consentimiento informado.

La muestra se seleccionó sin ningún tipo de discriminación, tratando a los participantes del estudio con igual consideración y respeto.

4.9 RIESGOS Y BENEFICIOS.

4.9.1 Riesgos.

Entre los riesgos que se pudieron encontrar en la planificación y ejecución de la investigación estaban: la falta de participación o colaboración por parte de los usuarios en el estudio, ya que con esto no se hubieran podido obtener los datos requeridos para la realización del mismo.

4.9.2 Beneficios.

Mejorar la calidad de atención y satisfacción de los usuarios.
Hacer conciencia al personal de salud sobre sus funciones.

4.10. RECURSO, MATERIALES Y EQUIPO

4.10.1 RECURSO HUMANO

Para la presente investigación fue necesario conocer con qué tipo de recursos y facilidades, contaba el grupo investigador para la realización del estudio:

Grupo investigador.
Docente asesor de la investigación.
Colaboración del jefe y personal de anestesiología.

4.10.2 MATERIALES

Resma de papel bond

Lapiceros

Folders

Engrapador

Perforador

4.10.3 EQUIPO

Computadora

USB

Impresora

CAPÍTULO V
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CAPÍTULO V

5.0 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

En este estudio se incluyeron 78 usuarios entre las edades de 18 a 60 años hombres y mujeres, clasificados como usuarios ASA I, ASA II, en cirugías electivas en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, con el propósito de conocer el nivel de satisfacción del usuario en la calidad de atención del personal de salud en el área quirúrgica.

Se utilizó una encuesta para recolectar los datos, mediante el uso de un cuestionario con preguntas que se le realizaron al usuario. Para obtener información, sobre nivel de satisfacción del usuario del personal de salud del área quirúrgica, satisfacción del usuario en relación al nivel académico, satisfacción del usuario en la calidad de atención de médico-cirujano, anestesista y enfermería, nivel de satisfacción del usuario, según su género respecto a la atención que les brindó el personal de salud del área quirúrgica . Además para calcular la amplitud de la clase y el número de rango se hizo uso de la fórmula de STURGES la cual se le aplicó solamente a la tabla 1. Todos estos parámetros se obtuvieron al momento del alta anestésica del usuario mediante una encuesta que duró 20 minutos aproximadamente por cada usuario al que se encuestó.

Inicialmente, con ayuda del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), se elaboró una base de datos con todas las variables que fueron sometidas a dicho estudio.

De acuerdo a la aplicación del programa estadístico SPSS. Se determinó que se acepta la hipótesis de investigación por lo tanto no se realizó la prueba para la validación de la misma.

TABLA 1 EDADES DE LOS USUARIOS EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE SATISFACCIÓN.

NIVELES DE SATISFACCIÓN				
EDADES	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
18-23	-	-	13	13
24-29	-	1	24	25
30-35	-	-	15	15
36-41	-	-	11	11
42-47	-	1	9	10
48-53	-	-	-	-
54-60	-	-	4	4
Total	-	2	76	78

*Fuente Cuestionario

Análisis e Interpretación: De un total de 78 usuarios encuestados con edades entre 18 y 60 años ningún usuario se ubicó en el nivel bajo, 2 se ubicaron en el nivel medio y 76 en el nivel alto de satisfacción. Los rangos de edades de los usuarios atendidos no está relacionada con su nivel de satisfacción, sin embargo existe un factor que si influyó y fué: la falta de recomendaciones brindadas a los usuarios por parte del personal del área quirúrgica antes y después de su respectiva cirugía.

TABLA 2 NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN

NIVELES DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
BAJO	-	-	-
MEDIO	2	2.60 %	2.60 %
ALTO	76	97.40 %	97.40 %
TOTAL	78	100 %	100 %

*Fuente: Cuestionario

Análisis e Interpretación: En el cuadro anterior se puede observar el 100 % de los usuarios encuestados en donde 2 de ellos representan el (2.60%) y se encuentran en el nivel medio de satisfacción y 76 de ellos representan (el 97.40 %) y se encontraron en el nivel alto. Existió un factor que condicionó a que esa cantidad pequeña de usuarios tuvieran un nivel de satisfacción medio el cual fue: el tiempo que tuvieron que esperar para ser atendidos quirúrgicamente el día que se le programó la cirugía.

TABLA 3 GÉNERO EN RELACIÓN AL GRADO ACADÉMICO DEL USUARIO

GÉNERO DEL USUARIO	SIN GRADO ACADÉMICO	EDUCACIÓN PRIMARIA	EDUCACIÓN SECUNDARIA	TOTAL
FEMENINO	8	40	15	63
MASCULINO	2	7	6	15
TOTAL	10	47	21	78

*Fuente: Cuestionario

Análisis e Interpretación: De un total de 78 usuarios que formaron parte del estudio. En donde 63 usuarios son del género femenino, 8 sin grado académico, 40 de educación primaria y 15 de educación secundaria. 15 usuarios del género masculino, 2 sin grado académico, 7 de educación primaria y 6 de educación secundaria. A pesar de que hubo una diferencia significativa del género del Usuario con una mayor presencia femenina que masculina en relación a su grado académico. Por lo que se puede determinar que el género no es un factor determinante en los usuarios encuestados en este estudio. Por lo que no influye en el grado académico que tiene el usuario.

TABLA 4 GRADO ACADÉMICO DEL USUARIO EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE SATISFACCIÓN HACIA EL PERSONAL DEL ÁREA QUIRÚRGICA

GRADO ACADÉMICO ALCANZADO	NIVELES DE SATISFACCIÓN											
	BAJO			MEDIO			ALTO			TOTALES INDIVIDUALES		
	ANE	ENF	MED	ANE	ENF	MED	ANE	ENF	MED	ANE	ENF	MED
SIN GRADO ACADÉMICO	-	-	-	-	-	1	10	10	9	10	10	10
PRIMARIA	-	1	-	2	1	3	45	45	44	47	47	47
SECUNDARIA	-	-	-	-	1	3	21	20	18	21	21	21
TOTAL	-	1	-	2	2	7	76	75	71	78	78	78

*Fuente Cuestionario **Ane**= Anestesia **Enf**= Enfermería **Med**= Medico

Análisis e Interpretación: En la tabla anterior se muestran las evaluaciones del personal del área quirúrgica. En la evaluación al personal de anestesiología hubieron 2 usuarios con grado académico de primaria, en el nivel medio y 76 usuarios en el nivel alto, de los cuales 10 son sin grado académico, 45 de primaria y 21 de secundaria. En la evaluación al personal de enfermería hubo 1 usuario con nivel bajo con grado de primaria, 2 usuarios en el nivel medio 1 de primaria y 1 de secundaria y 75 usuarios en el nivel alto de los cuales 10 son sin grado académico, 45 de primaria y 20 de secundaria. En la evaluación al personal Médico-Cirujano hubo 1 usuario sin grado académico, 3 con grado académico de primaria, y 3 con grado académico de secundaria todos en el nivel medio y 71 usuarios en el nivel alto de los cuales 9 fueron sin grado académico, 44 de primaria y 18 de secundaria. Hubo un pequeño grupo de usuarios es decir la minoría que fue más exigente a la hora de evaluar al personal del área quirúrgica. Los factores condicionantes para que los usuarios ubicarían en esos niveles (nivel

bajo y nivel medio) al personal que labora en el área quirúrgica, no tiene relación con el grado académico de los usuarios sino con factores como los siguientes: que hubo personal que no se identificó al momento de atenderlos, también que no se les brindó apoyo emocional previo a su cirugía, otros profesionales no fueron discretos al momento de dar a conocer su estado de salud.

TABLA 5 COMPARACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN ENTRE MEDICO-CIRUJANO, ANESTESISTA, ENFERMERIA.

NIVELES DE SATISFACCIÓN	PERSONAL DE SALUD		
	MEDICO	ANESTESISTA	ENFERMERÍA
BAJO	-	-	1
MEDIO	7	2	2
ALTO	71	76	75
TOTAL	78	78	78

*Fuente Cuestionario

Análisis e Interpretación: En la tabla anterior se observa que 1 usuario evaluó en el nivel bajo al personal de enfermería, 7 usuarios evaluaron en el nivel medio al personal médico, y 2 usuarios al personal de anestesia, y 2 usuarios al personal de enfermería, 71 usuarios evaluaron en el nivel alto al personal médico, 76 usuarios al personal de anestesia, y 75 usuarios al personal de enfermería. Las evaluaciones de los profesionales correspondientes al nivel bajo y medio, se relaciona con condicionantes tales como: la forma en que se dirigió el profesional de salud al usuario cuándo le atendió, respecto del momento en el que los profesionales deberían haberse identificado con el usuario, la manera de brindarle la información del procedimiento quirúrgico que se le realizaría.

TABLA 6 NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO HACIA EL MEDICO-CIRUJANO.

NIVELES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
BAJO	-	-	-
MEDIO	7	9 %	9%
ALTO	71	91 %	91 %
TOTAL	78	100 %	100 %

*Fuente Cuestionario

Análisis e Interpretación: En el cuadro anterior se observa el 100 % de la evaluación realizada hacia el personal médico-cirujano, donde 7 usuarios que representan el (9 %) evaluaron al médico-cirujano en el nivel medio. Y 71 usuarios que representan el (91 %) de la muestra obtenida evaluaron al personal médico-cirujano en el nivel alto. Los factores que influyeron para que 7 usuarios ubicarán en el nivel medio a estos profesionales de la salud están: El Médico-Cirujano no se identificó al momento de la consulta con el usuario, no tenía discreción al momento de darle información de su estado de salud y no le brindaba apoyo emocional previo a su cirugía.

TABLA 7 NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO HACIA EL ANESTESISTA

NIVELES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
BAJO	-	-	-
MEDIO	2	2.60 %	2.60 %
ALTO	76	97.40 %	97.40 %
TOTAL	78	100 %	100 %

*Fuente Cuestionario

Análisis e Interpretación: En la tabla anterior se muestran el 100 % de la evaluación realizada al personal de anestesiología, donde 2 usuarios que representan el (2.60 %) evaluaron al personal de anestesiología en el nivel medio, y 76 usuarios que representan el (97.40 %) de la muestra evaluaron al personal de anestesiología en el nivel alto. Los factores que influyeron en que 2 usuarios evaluarán a dichos profesionales en el nivel medio, fueron que: El anestesista no se identificó con el usuario la primera vez que lo atendió, y la falta de apoyo emocional antes y después de su cirugía.

TABLA 8 NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO HACIA ENFERMERIA

NIVELES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
BAJO	1	1.20 %	1.20 %
MEDIO	2	2.60 %	2.60 %
ALTO	75	96.20 %	96.20 %
TOTAL	78	100 %	100 %

*Fuente Cuestionario

Análisis e Interpretación: En el cuadro anterior se observa el 100 % de la evaluación realizada al personal de enfermería. Donde 1 usuario que representa el (1.20 %) evaluó al personal de enfermería en el nivel bajo, 2 usuarios que representan el (2.60%) evaluaron al personal de enfermería en el nivel medio, y 75 usuarios que representan el (96.20 %) evaluaron al personal de enfermería en el nivel alto. El hecho de que 1 usuario haya evaluado al personal de enfermería en el nivel bajo, y 2 usuarios que los evaluaron en el nivel medio, se debe a los siguientes factores: No se identificó el profesional de la salud al usuario al momento que lo atendió, y se pudo observar que al usuario nunca se le ofreció el apoyo emocional por parte del personal de enfermería. También no se le brindaban las recomendaciones correspondientes acordes al tipo de cirugía realizada.

TABLA 9 GÉNERO DEL USUARIO ENCUESTADO Y TIPO DE ANESTESIA RECIBIDA.

GÉNERO DEL USUARIO	TIPO DE ANESTESIA		
	RAQUÍDEA	GENERAL	TOTAL
FEMENINO	47	16	63
MASCULINO	11	4	15
TOTAL	58	20	78

*Fuente: Cuestionario

Análisis e Interpretación: En la tabla anterior se muestran los 78 usuarios en total, de los cuales se encontraron 58 anestésias raquídeas de las cuales 47 fueron en el género femenino y 11 en el género masculino y 20 anestésias generales de las cuales 16 se dieron en el género femenino y 4 en el masculino. Prevalció en su totalidad la anestesia raquídea, esto debido a que en el periodo de tiempo en que se llevó a cabo el estudio se realizaron más procedimientos del área de ginecología y estas se efectuaban con anestesia raquídea.

TABLA 10 NIVEL DE SATISFACCIÓN SEGÚN EL GÉNERO DEL USUARIO

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
BAJO	-	-	-
MEDIO	2	-	2
ALTO	61	15	76
TOTAL	63	15	78

*Fuente Cuestionario

Análisis e Interpretación: En el cuadro anterior se muestra 2 usuarios ambos del género femenino que pertenecen al nivel medio, y en el nivel alto hubieron 76 usuarios de los cuales 61 son del género femenino y 15 del género masculino. Una pequeña cantidad de usuarios se ubicaron en el nivel medio, esto se debió a un factor. El cual fue el tiempo de espera que a los usuarios no les pareció adecuado en el momento que fueron atendidos, sobre todo con el tiempo y la disponibilidad del médico para dar inicio al procedimiento quirúrgico, y se pudo visualizar que el género femenino hacia más énfasis en el tiempo de espera que fue muy deficiente.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO VI

6.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES.

Al finalizar el trabajo de: nivel de satisfacción del usuario en la calidad de atención del personal de salud en el área quirúrgica del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, año 2017 el equipo investigador concluye que:

De los 78 usuarios encuestados entre 71 y 76 estuvieron dentro del nivel de satisfacción alto. Y la minoría de usuarios estuvieron dentro de un nivel de satisfacción medio, notándose una pequeña diferencia entre cada personal que no es muy significativa. Por lo anterior la hipótesis de investigación que dice: el usuario tiene alto nivel de satisfacción sobre la calidad de atención del personal de salud del área quirúrgica del hospital nacional de nueva Guadalupe. Es la que se aceptó y por lo tanto se rechazó la hipótesis nula, debido a que no hubo una diferencia significativa de los resultados. Y por lo tanto no hubo motivo para realizar la prueba de hipótesis.

Se concluye que el grado académico de los usuarios no es un factor que influyó en el nivel de satisfacción que se obtuvo, ya que se pudo evaluar a los diferentes profesionales del área quirúrgica. Los factores que se pudieron observar que influyeron en la insatisfacción del usuario se pueden mencionar: El tono de voz, el lenguaje usado, y las relaciones interpersonales del personal del área quirúrgica.

En la atención brindada por todos los profesionales del área quirúrgica hubo presencia de un nivel de satisfacción alto. Por tanto no existió una diferencia marcada en el nivel de satisfacción entre el personal que labora en dicha área.

No existió una diferencia amplia en cuanto al nivel de satisfacción entre el género masculino y femenino a pesar que la mayoría de usuarios encuestados fueron del género femenino debido a que los procedimientos más realizados fueron del área ginecológica. Y se pudo observar que el género no es un factor determinante en la satisfacción hacia el personal de salud.

La totalidad de los usuarios estuvieron satisfechos con la infraestructura del área quirúrgica y con las medidas de bioseguridad que se tienen en dicha área.

Respecto al tiempo que tuvieron que esperar los usuarios el día que serían intervenidos quirúrgicamente dio como resultado 2 casos de usuarios a quienes no les pareció adecuado ese tiempo. Sin embargo el tiempo de espera no fue significativo para determinar el nivel de satisfacción.

6.2 RECOMENDACIONES.

En relación a las experiencias vividas durante la investigación, por parte de los investigadores se realizan las siguientes recomendaciones:

Se sugiere al personal de salud que continúen brindando una atención de calidad y en la medida de lo posible se mejore el trato al usuario para que se mantenga la percepción sobre la calidad de la atención.

Se debe de brindar una atención de igual calidad sin discriminación y preferencias para todos los usuarios atendidos sin distinción por su grado académico.

Se le recomienda al personal que labora en el área quirúrgica que mantenga la calidad de la atención y se tomen el tiempo necesario para evaluar a los

usuarios previó a los procedimientos quirúrgicos y resolverles sus dudas e inquietudes.

La atención debe brindar una igualdad de condiciones tanto a hombres como mujeres sin distinción de género, a pesar de que por la naturaleza de los procedimientos quirúrgicos se atiendan a más usuarios del género femenino.

Mantener la infraestructura en condiciones óptimas y mantener las medidas de bioseguridad dentro del área quirúrgica.

Se le sugiere al personal que labora en el área quirúrgica que: oriente acerca del tiempo estimado de estancia de manera más adecuada a los usuarios y sobre el tiempo de espera de acuerdo al procedimiento quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrero García J, Martínez MR, Ferrer AR. Validez de Constructo de Tres Escalas de Satisfacción del Paciente Mediante la Estrategia de Matrices Multirrasgo-Multimetodo. [Internet]. 1992. Alicante y Elche, España [citado 24 de febrero de 2017]. Págs.37 de: <https://dps.ua.es/es/documentos/pdf/1999/validez-de-constructo-de-tres-escalas.pdf>.
2. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez MJ, Buil J, Castell M, Vitaller J. Un Cuestionario para Evaluar la Calidad Percibida de la Atención Hospitalaria. [Internet]. 1998. Alicante, España. [Citado 24 de febrero de 2017]. Págs. 15. Disponible de: http://calite-revista.umh.es/indep/web/art_servqhos.pdf.
3. Rodríguez M, Moyano J y et al. Evolución de la Calidad Percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. [Internet]. 2001. Oviedo, España. [Citado 24 de febrero de 2017]. Págs.6. Disponible de: <http://www.psicothema.com/pdf/482.pdf>.
4. Feldman L, Vivas E, Zoraide L, Alviarez V, Pérez MG, Bustamante S. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. [Internet]. 2002 y 2004. Caracas, Venezuela. [Citado 24 de febrero de 2017]. Págs. 8. Disponible de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-satisfaccion-del-paciente-hospitalario-13102462>.
5. Huiza Guardia GA. Satisfacción del Usuario Externo Sobre La Calidad de Atención de Salud en el Hospital de la Base Naval callao. [Tesis]. Lima, Perú.

Universidad Mayor de San Marcos. 2003. Disponible de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1891/1/Huiza_gg.pdf

6. Dierssen Sotos T, Cundín P, Robles García M, Brugos Llamazares V, Gómez Acebo I, Llorca J. Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. [Internet]. 2006. Pamplona, España. [Citado 24 de febrero de 2017]. Disponible de: <file:///E:/Factores%20que%20determinan%20la%20alta%20satisfacci%C3%B3n%20del%20usuario%20con%20la%20asistencia%20hospitalaria.html>.

7. Gutiérrez Quintanilla JR. Evaluación de la Calidad de Atención en los Servicios de Salud en la Ciudad de San Salvador. [Internet]. 2009. San Salvador, El Salvador. [Citado el 24 de febrero de 2017]. Disponible de: <http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/entorno/56232.pdf>.

8. Pezoa M, Rojas C. Propuesta Metodológica para Medir Calidad Percibida y Satisfacción en la Atención de Salud Hospitalaria. [Internet]. 2011. Chile. [Citado el 24 de febrero de 2017]. Disponible de: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles7516_recurso_1.pdf.

9. Mejía Gutiérrez YE, Amaya Castillo RC. Evaluación de calidad de Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe en el período de abril a junio 2011. [Tesis]. El salvador. Universidad de el salvador. 2011. (Consultada el 7 de abril del 2017). Disponible de: http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=256&Itemid=85.

10. Hamui Sutton L, Fuentes García R, Aguirre Hernández R, Ramírez de la Roche OF. La satisfacción Insatisfacción de los del Sistema de Salud con la Atención desde sus Expectativas y Experiencias. [Internet]. 2012. México. [Citado el 24 de febrero de 2017]. Págs. 208. Disponible de: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>.

11. Álvarez de la Rosa AE, Olivares Ramírez C, Cadena Estrada JC, Olvera Arreola SS. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. [Internet]. 2012. México. [Citado el 24 de febrero de 2017]. Págs. 5. Disponible de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122c.pdf>.

12. Borre Ortiz YM, Vega Vega Y. Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por Pacientes Hospitalizados. [Internet]. 2013. Barraquilla. Colombia. [Citado el 24 de febrero de 2017]. Disponible de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532014000300008&script=sci_arttext&tlng=en.

13. Gallardo Ferrada A, Grandón R y et al. Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería. [Internet]. 2014. Murcia. España. [Citado el 24 de febrero de 2017]. Págs. 11. Disponible de: <file:///E:/estudio%202014.pdf>.

14. Sobeida L, Quezada Díaz AA y et al Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería. Rev Med UV, Enero. Junio 2014: 1 Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Veracruzana. México Disponible de: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num1/articulos/satisfaccion.pdf. Consultada: 12 de marzo de 2017

15. Tesis: Uruce Velazco IN, Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica, 2006 [tesis]. Lima – Perú; 2007. Disponible de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1345/1/Uruce_vi.pdf. Consultada: 13 de marzo 2017

16. Tesis: Morales Gonzáles CG, nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención de salud, en el distrito de Risaralda. Febrero a abril de 2009 [tesis]. Santafé Bogotá; 2009. Disponible de: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis12.pdf>. Consultada: 13 de marzo 2017.

17. Tesis: Huiza Guardia GA, satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el hospital de la base naval. Callao. Octubre–diciembre 2003 [tesis]. Lima Perú; 2006. Disponible de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1891/1/Huiza_gg.pdf. Consultada: 13 de marzo 2017

18. Osorio Figueroa TI. Nivel de Satisfacción del Usuario Externo Respecto al Cuidado de Enfermería que recibe en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Yungay abril-junio del 2015. [Tesis]. Chincha-Ica-Peru.2015. (Consultada el 9 de abril del 2017). Disponible de: <http://repositorio.autonomaedica.edu.pe/bitstream/autonomaedica/20/1/teodocia%20irene%20osorio%20figueroa%20%20nivel%20de%20satisfaccion%20del%20usuario%20externo.pdf>.

19.Álvarez de la Rosa AE, Olivares Ramírez C, Cadena Estrada JC, Olvera Arriola SS. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11: México. Disponible de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122c.pdf>. Consultada: 12 de marzo de 2017.

20. Cedeño Macías R,. Evaluación de la calidad de atención de enfermería del centro quirúrgico del hospital "rodríguez Zambrano" manta 2010. [TESIS] Guayaquil ecuador .2011.Fecha de acceso: 28 de marzo de 2017. Disponible de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1072/1/TESIS%2520UNIVERSIDAD%2520DE%2520GUA YAQUILLIC.%2520ROSALBA%2520CEDE%25C3%2591O.pdf>.

21. Fuquen Fraile L, Proceso de Acreditación en Estándares Internacionales para la Seguridad del Paciente Quirúrgico en la Fundación Santa Fe de Bogotá, aplicando el modelo de la Joint Commission International. (Tesis). Bogotá. Colombia. 2012.

22. Hidalgo Jara R_ Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud. [Internet] 2002 [fecha de acceso: 28 de febrero de 2017].Disponible de: http://www.minsa.gob.pe/DGSP/observatorio/documentos/seg_pac/Estandar1erNiel2003.pdf

23. Martínez Dubois S. Anestesia Quirúrgica [Internet] 2009 [fecha de acceso: 14 de marzo de 2017]. págs.26. Disponible de: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwizp8yeto3SAhUI52MKHeSHA10QFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fhigher.ed.mheducation.com%2Fsites%2Fdl%2Ffree%2F9701068734%2F786175%2Fmartinez_cirugia_4e_ap_muestra_08.pdf&usg=AFQjCNFnzNp4-jru26j3OqUUIScUK8BV7A.

24. Collins Vincent J, (Traducido por: Dr. Orizaga Samperio, J y PEREZ GOMEZ, J). Anestesiología-Anestesia General Y Regional Vol. I Y II.; Tercera Edición en Español; México; INTERAMERICANA-Mc GRAW-HILL. (1996), 1720 Págs.

25 Sorto Gatica J. PROTOCOLO EVALUACIÓN PREANESTÉSICA, [Internet] 2005 [fecha de acceso: 14 de marzo de 2017]. págs. 8. Disponible de: <http://www.clinicamayor.net/protocolos/filesprotocolos/GCL%201.120160205110013.pdf>

26. Gimeno Moro AM, Soldado Matoses MÁ. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. [Internet] 2014 [fecha de acceso: 14 de marzo de 2017]. Disponible de: http://chguv.san.gva.es/documents/10184/42996/0812_protocolo_gimeno_soldado.pdf/a4c37607-3181-4c9c-aa46-b95e9e3bb179

27. Ocampo B, Papel del anesthesiologo en el equipo médico quirúrgico, [Internet] [fecha de acceso: 14 de marzo de 2017]; Disponible de: <http://www.revcolanestold.com.co/pdf/esp/1978/1978%20julio%20%20septiembre/mejor/Papel%20del%20anesthesiologo%20en%20el%20equipo%20medico%20quirurgico.pdf>.

28. Soria-Aledo, V, Ruiz Hontanga, A, ET AL. La Enfermera en el Quirófano. [Internet] 2013 [Fecha de acceso: 15 de marzo de 2017]. Disponible de: <http://acreditiformacion.com/wp-content/uploads/2013/06/Qx-Tema-Muestra-Unidad-3.pdf>

29., Braunovald F , Martin. H y et al Principios de Medicina Interna Decima cuarta edición, vol. 1. MCGRAW HILL, España 1998. 1308Págs.

30. Bumaschny E, Raffa CI, Rechman P: Evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico. Enciclopedia Cirugía Digestiva F. Galindo y colab. [Internet],2013 [fecha de acceso: 15 de marzo de 2017]. Disponible de: <http://www.sacd.org.ar/ucerouno.pdf>.

ANEXOS

ANEXO Nº 1

**CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN CICLO I
Y II AÑO 2017**

MESES	Feb./17				Mar./2017				Abr./2017				May./17				Jun./17				Jul./2017				Ago./2017				Sep./2017				Oct.72017				Nov./2017			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	2	4				
1. Reuniones generales con la Coordinación del Proceso de Graduación	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
2. Elección del Tema	x	x	X	x																																				
3. Inscripción del Proceso de Graduación		x																																						
4. Aprobación del Tema y Nombramiento de Docente Asesor			X	x																																				
5. Elaboración de Protocolo de Investigación				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																											
6. Entrega Final de Protocolo de Investigación.													Mayo de 2017																											
7. Ejecución de la Investigación																	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x												
8. Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos.																									x	x	x	x												
9. Redacción del Informe Final																									x	x	x	x	x	x										
10. Entrega del Informe Final																																	Octubre de 2017							
11. Exposición de Resultados																																								

ANEXO 2
CRONOGRAMA ESPECÍFICO DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACION
CICLO I Y II AÑO 2017

Nombre	Junio de 2017 Horario de 7:00am-3:00pm																														
	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	
Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Cristóbal	X				X		X	X				X		X	X				X		X	X				X		X	X		
Noé		X				X			X				X			X				X			X				X			X	
Elvis		X				X			X				X			X				X			X				X			X	
Nombre	Julio de 2017 Horario de 7:00am-3:00pm																														
	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Cristóbal			X		X	X				X		X	X				X		X	X				X		X	X				X
Noé				X			X				X			X				X			X				X			X			
Elvis				X			X				X			X				X			X				X			X			
Nombre	Agosto de 2017 Horario de 7:00am-3:00pm																														
	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Cristóbal			X		X	X				X		X	X				X		X	X				X		X	X				X
Noé							X			X	X			X				X			X				X			X			
Elvis							X				X			X				X			X				X			X			

ANEXO N. 3

CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA



TEMA: Nivel de satisfacción del usuario en la calidad de atención del personal de salud en el área quirúrgica del Hospital de Nueva Guadalupe.

OBJETIVO: Con el propósito de conocer los datos personales sobre cada usuario y aspectos generales sobre la satisfacción de estos; luego de su experiencia en el área quirúrgica.

INDICACIÓN GENERAL: A continuación se le presenta una serie de aspectos, por favor conteste cada uno de ellos de acuerdo a su criterio.

I DATOS GENERALES

Edad: _____ Género: _____

Nivel académico: _____

Tipo de diagnóstico: _____

Tipo de cirugía: _____

Técnica anestésica: _____

INDICACIÓN ESPECÍFICA: Marque con una x de acuerdo con las alternativa que se les presente

1= muy insatisfecho 2= insatisfecho 3= satisfecho 4=muy satisfecho

Evaluación general sobre el área quirúrgica

1. ¿Respecto a la atención que recibió desde que ingreso hasta su salida del área quirúrgica Ud. esta?

1	2	3	4
---	---	---	---

2. ¿De acuerdo al tiempo que esperó para ser atendido quirúrgicamente el día del procedimiento como lo considera?

1= una espera mayor de 3 horas

2= una espera menor de 3 horas

3= una espera menor de 1 hora

4= una espera menor de 30 minutos

1	2	3	4
---	---	---	---

3. ¿Con relación a la información que le brindaron los profesionales del área quirúrgica antes y después de su operación Ud. se encuentra?

1	2	3	4
---	---	---	---

4. ¿Cuál es su opinión En cuanto al aseo e higiene del área quirúrgica?

1	2	3	4
---	---	---	---

5. El trabajo que realizan de manera grupal los profesionales del área quirúrgica como considera su valoración a ese desempeño.

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Con el nivel de contaminación acústica (ruido) que hay en el área quirúrgica se siente.

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Según su opinión respecto al nivel de profesionalidad que demuestra el personal del área quirúrgica.se encuentra.

1	2	3	4
---	---	---	---

8. Con la iluminación, equipos y orden de las partes con las que cuenta el área quirúrgica usted en lo personal se siente.

1	2	3	4
---	---	---	---

9. Con la forma en cómo se relaciona el personal del área quirúrgica relataría que ha quedado.

1	2	3	4
---	---	---	---

10. Debido a la manera en que los profesionales del área quirúrgica resolvieron sus dudas e inquietudes puede decir que realmente ¿Ud. esta?

1	2	3	4
---	---	---	---

11. Por la forma en que los profesionales se dirigieron a Ud. cuando ingreso al área quirúrgica ha quedado.

1	2	3	4
---	---	---	---

12. ¿Respecto al trato que le brindaron los profesionales que laboran en el área quirúrgica. Según su opinión indicaría que personalmente se siente?

1	2	3	4
---	---	---	---

13. ¿Con el aseo, limpieza, y aspecto higiénico que tienen los servicios sanitarios con los que cuenta el área quirúrgica diría usted que esta?

1	2	3	4
---	---	---	---

14 Mencione su grado de satisfacción con los cuidados que se le brindaron después de su operación.

1	2	3	4
---	---	---	---

15. Indique su grado de satisfacción general con la atención recibida en el área quirúrgica.

1	2	3	4
---	---	---	---

16. ¿Debido al trato que usted recibió cuando brindo sus datos en archivo, le realizaron los exámenes de laboratorio, y le dieron cita para realizarle su cirugía afirma que se siente?

1	2	3	4
---	---	---	---

17. ¿En cuanto al tiempo que usted invirtió cuando realizó todos los trámites para que le dieran cita para su cirugía, refiere que se encuentra?

1	2	3	4
---	---	---	---

Puntaje total obtenido (PTO) _____

PTO (Total de aspectos evaluados): _____

Evaluación del personal médico

1. Defina. Como se siente con forma en la cual el médico se dirigió a Ud. por primera vez.

1	2	3	4
---	---	---	---

2. Especifique cómo calificaría la forma en que el médico se identificó con usted.

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Según su opinión cómo evalúa la forma en la cual el médico le brindó apoyo emocional antes del procedimiento quirúrgico.

1	2	3	4
---	---	---	---

4. Diga cómo valora la forma en la que el médico le brindo información detallada, precisa y clara del procedimiento quirúrgico sus riesgos y beneficios y su recuperación.

1	2	3	4
---	---	---	---

5. Según su criterio cómo definiría la forma y el lenguaje que utilizó el médico para brindarle explicaciones.

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Establezca lo que Ud. considera de cómo se siente con el trato que recibió de parte del médico.

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Diga como valoraría Ud. la seguridad que el médico le mostro al momento de brindarle información de la técnica o procedimiento a realizarse.

1	2	3	4
---	---	---	---

8. En relación con la forma en que el médico atendió sus necesidades cuál es su opinión.

1	2	3	4
---	---	---	---

9. De qué forma valoraría Ud. el tono de voz en el que habló el médico al dirigirse a Ud.

1	2	3	4
---	---	---	---

10. Según su valoración como se siente con el trato recibido de parte de el médico.

1	2	3	4
---	---	---	---

11. Según su opinión de que forma calificaría la manera en cómo se relaciona el médico con los otros profesionales del área quirúrgica.

1	2	3	4
---	---	---	---

12. La atención recibida por parte del médico según su consideración como la evaluaría.

1	2	3	4
---	---	---	---

13. Con el orden, la limpieza y la presentación personal del médico. Establecería que se siente.

1	2	3	4
---	---	---	---

14. Con la capacidad que demostró el médico para atenderle definiría de que esta.

1	2	3	4
---	---	---	---

15. De qué manera especificaría que se siente con las recomendaciones que el médico le realizó después de su operación.

1	2	3	4
---	---	---	---

16. ¿Con los cuidados que tuvo el médico para evitar que se le contaminara la herida donde le realizaron la operación usted está?

1	2	3	4
---	---	---	---

17. ¿Con la forma como el médico tuvo una manera privada y personal para manejar la información sobre su estado de salud define que se siente?

1	2	3	4
---	---	---	---

Puntaje total obtenido (PTO) _____

PTO (Total de aspectos evaluados): _____

Evaluación del personal de anestesiología

1. Defina. Como se siente con forma en la cual el anestesista se dirigió a Ud. por primera vez.

1	2	3	4
---	---	---	---

2. Especifique cómo calificaría la forma en que el anestesista se identificó con usted.

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Según su opinión cómo evalúa la forma en la cual el anestesista le brindó apoyo emocional antes del procedimiento quirúrgico.

1	2	3	4
---	---	---	---

4. Diga cómo valora la forma en la que el anestesista le brindo información detallada, precisa y clara del procedimiento quirúrgico sus riesgos y beneficios y su recuperación.

1	2	3	4
---	---	---	---

5. Según su criterio cómo definiría la forma y el lenguaje que utilizó el anestesista para brindarle explicaciones.

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Establezca lo que Ud. considera de cómo se siente con el trato que recibió de parte del anestesista.

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Diga como valoraría Ud. la seguridad que el anestesista le mostro al momento de brindarle información de la técnica o procedimiento a realizarse.

1	2	3	4
---	---	---	---

8. En relación con la forma en que el anestesista atendió sus necesidades cuál es su opinión.

1	2	3	4
---	---	---	---

9. De qué forma valoraría Ud. el tono de voz en el que habló el anestesista al dirigirse a Ud.

1	2	3	4
---	---	---	---

10. Según su valoración como se siente con el trato recibido de parte de el anestesista.

1	2	3	4
---	---	---	---

11. Según su opinión de que forma calificaría la manera en cómo se relaciona el anestesista con los otros profesionales del área quirúrgica.

1	2	3	4
---	---	---	---

12. La atención recibida por parte del anestesista según su consideración como la evaluaría.

1	2	3	4
---	---	---	---

13. Con el orden, la limpieza y la presentación personal del anestesista. Establecería que se siente.

1	2	3	4
---	---	---	---

14. Con la capacidad que demostró el anestesista para atenderle definiría de que esta.

1	2	3	4
---	---	---	---

15. De qué manera especificaría que se siente con las recomendaciones que el anestesista le realizó después de su operación.

1	2	3	4
---	---	---	---

16. ¿Con los cuidados que tuvo el anestesista para evitar que se le contaminara la herida donde le realizaron la operación usted está?

1	2	3	4
---	---	---	---

17. ¿Con la forma como el anestesista tuvo una manera privada y personal para manejar la información sobre su estado de salud define que se siente?

1	2	3	4
---	---	---	---

Puntaje total obtenido (PTO) _____

PTO (Total de aspectos evaluados): _____

Evaluación del personal de enfermería

1. Defina. Como se siente con forma en la cual la enfermera(o) se dirigió a Ud. por primera vez.

1	2	3	4
---	---	---	---

2. Especifique cómo calificaría la forma en que la enfermera(o) se identificó con usted.

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Según su opinión cómo evalúa la forma en la cual la enfermera(o) le brindó apoyo emocional antes del procedimiento quirúrgico.

1	2	3	4
---	---	---	---

4. Diga cómo valora la forma en la que la enfermera(o) le brindó información detallada, precisa y clara del procedimiento quirúrgico sus riesgos y beneficios y su recuperación.

1	2	3	4
---	---	---	---

5. Según su criterio cómo definiría la forma y el lenguaje que utilizó la enfermera(o) para brindarle explicaciones.

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Establezca lo que Ud. considera de cómo se siente con el trato que recibió de parte de la enfermera(o).

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Diga como valoraría Ud. la seguridad que la enfermera(o) le mostro al momento de brindarle información de la técnica o procedimiento a realizarse.

1	2	3	4
---	---	---	---

8. En relación con la forma en que la enfermera(o) atendió sus necesidades cuál es su opinión.

1	2	3	4
---	---	---	---

9. De qué forma valoraría Ud. el tono de voz en el que habló la enfermera(o) al dirigirse a Ud.

1	2	3	4
---	---	---	---

10. Según su valoración como se siente con el trato recibido de parte de la enfermera(o).

1	2	3	4
---	---	---	---

11. Según su opinión de que forma calificaría la manera en cómo se relaciona la enfermera(o) con los otros profesionales del área quirúrgica.

1	2	3	4
---	---	---	---

12. La atención recibida por parte de la enfermera(o) según su consideración como la evaluaría.

1	2	3	4
---	---	---	---

13. Con el orden, la limpieza y la presentación personal de la enfermera(o). Establecería que se siente.

1	2	3	4
---	---	---	---

14. Con la capacidad que demostró la enfermera(o) para atenderle definiría de que esta.

1	2	3	4
---	---	---	---

15. De qué manera especificaría que se siente con las recomendaciones que la enfermera(o) le realizó después de su operación.

1	2	3	4
---	---	---	---

16. ¿Con los cuidados que tuvo la enfermera(o) para evitar que se le contaminara la herida donde le realizaron la operación usted está?

1	2	3	4
---	---	---	---

17. ¿Con la forma como la enfermera(o) tuvo una manera privada y personal para manejar la información sobre su estado de salud define que se siente?

1	2	3	4
---	---	---	---

Puntaje total obtenido (PTO) _____

PTO (Total de aspectos evaluados): _____

Puntaje global total obtenido de todos los aspectos evaluados: _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO N. 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____

He sido seleccionado(a) para participar en la investigación denominada:

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN
DEL PERSONAL DE SALUD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL
NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE, AÑO 2017**

El grupo investigador me ha explicado de manera comprensible en qué consiste la investigación, cuales son los beneficios que se obtendrán y cuál es la finalidad por la cual se realiza, de la misma manera he tenido la oportunidad de preguntar todo lo que considero necesario y han sido aclaradas todas las dudas que me he planteado. También se me ha hecho saber que la información recopilada es estrictamente confidencial y que puedo dejar de participar en el estudio en el momento que yo desee y sin brindar ningún tipo de explicación. Por lo cual acepto voluntariamente participar en la investigación

Firma o huella dactilar: _____

Fecha de participación: _____

ANEXO N° 5

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

A continuación se detalla lo que se necesitó para ejecutar la investigación:

UNIDADES REQUERIDAS	N° DE UNIDADES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Personal	3 recurso humano	-	-
Equipo de oficina	1 impresora	\$ 40	\$ 40
Materiales y suministros de oficina Fotocopias	5 Resma de papel bond	\$ 4.50	\$ 22.50
	Copias 750	\$ 0.03	\$ 22.50
	10 Lapiceros	\$ 0.20	\$ 2.00
	15 Folder tamaño carta	\$ 0.20	\$3.00
	1 Engrapador	\$1.50	\$1.50
	1 Perforador	\$2.00	\$2.00
	5 Anillados	\$ 2.00	\$ 10.00
	1 caja de grapas	\$3.50	\$3.50
	1 caja de fasteners	\$3.00	\$3.00
Materiales y suministros informáticos	2 Tintas para impresora Blanco y negro	\$17.00	\$ 51.00
	2.Tintas para impresora a color	\$24.00	\$48.00
	3. USB	\$8.00	\$24.00
	Impresiones	\$90.00	\$90.00
	1computadora	\$500	\$500

Viáticos	Investigador 1	\$205	\$753
	Investigador 2	\$288	
	Investigador 3	\$260	
SUB TOTAL A INVERTIR			\$1,576
Imprevistos *(10%)	Cantidad variable	Cantidad variable-	\$ 157.60
TOTAL:			\$1,733.60

*Fuente de financiamiento por los responsables de la investigación de la siguiente manera:

Elías Quintanilla: 33.33%(\$577.86%), Cristóbal González: 33.33%(\$577.86%), Y Elvis Portillo: 33.33% (577.86%)

ANEXO N. 6

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

GLOSARIO

Algia: Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas

Área quirúrgica: Conjunto de uno o más quirófanos e instalaciones adjuntas, tales como la zona de almacenamiento estéril, la sala de lavado y la sala de recuperación.

Anamnesis: Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico.

Anova: Técnica fundamental que, en su diseño más sencillo, desarrolla un contraste de hipótesis estadísticas, que afecta simultáneamente a los valores medios o esperados de k poblaciones (variables aleatorias) con distribución normal y homoscedásticas, es decir, con idénticas varianzas.

Ansiolisis: Disminución del temor en relación con una situación dada. No se altera el estado mental del paciente.

Asistencia sanitaria: Prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por las profesiones de medicina, farmacia, odontología, obstetricia, enfermería y afines.

Bioseguridad: es un conjunto de normas, medidas y protocolos que son aplicados en múltiples procedimientos realizados en investigaciones científicas y trabajos docentes con el objetivo de contribuir a la prevención de riesgos o infecciones derivadas de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o con cargas significativas de riesgo biológico, químico y/ físicos, como por ejemplo el manejo de residuos especiales, almacenamiento de reactivos y uso de barreras protectoras entre otros.

Cardiopatía: puede englobar a cualquier padecimiento del corazón o del resto del sistema cardiovascular. Habitualmente se refiere a la enfermedad cardíaca producida por asma o por colesterol.

Cavidad: Zona hueca que se encuentra en un cuerpo.

Complacencia: Satisfacción o placer con que se hace o se recibe algo.

Experiencia cognoscitiva: Se centra en los procesos de pensamiento y en la conducta de aquel que refleja estos procesos.

Equidad: Cualidad que consiste en dar a cada uno lo que se merece en función de sus méritos o condiciones.

Empatía: Participación afectiva de una persona en una realidad ajena a ella, generalmente en los sentimientos de otra persona.

Escala Likert: Es uno de los ítems más populares y utilizados en las encuestas. A diferencia de las preguntas dicotómicas con respuesta sí/no, la escala de Likert nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le propongamos.

Escrupuloso: Que cumple sus deberes, realiza su trabajo o se comporta en sus relaciones con otra persona con rectitud y delicadeza.

Frontoluz: Lámpara frontal con cinta de cabeza para sujetarla

Hospitalización: Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico.

Injuria: Hecho o insulto que ofende a una persona por atentar contra su dignidad, honor, credibilidad, etc., especialmente cuando es injusto.

Jerga: Es el nombre que recibe una variedad lingüística del habla diferente de la lengua estándar y a veces incomprensible para los hablantes de esta, usada con frecuencia por distintos grupos sociales con intenciones de ocultar el verdadero significado de sus palabras, a su conveniencia y necesidad.

Lebrillo: Es un recipiente tradicional de barro vidriado o de metal, con forma de tronco de cono invertido y similar a un plato hondo o una fuente circular, pero de mayor tamaño por lo general, utilizado con fines culinarios, decorativos o de higiene personal y doméstica.

Neoplasia: Es un tipo de formación patológica de un tejido, cuyos elementos componentes sustituirán a los de los tejidos normales.

Obesidad mórbida: Es la enfermedad por depósito excesivo de grasa, causada por diversos factores, que acorta la vida y tiene múltiples consecuencias nocivas. La Organización Mundial de la Salud define la obesidad mórbida como un Índice de Masa Corporal (IMC) igual a 40 kg/m² o mayor.

Obligación fiduciaria: Es la responsabilidad de los administradores de fondos de inversión institucional para actuar en el mejor interés de los beneficiarios del fondo. Es también un individuo o entidad que posee una especial confianza y responsabilidad por parte de otros individuos.

Profilaxis: prevención de enfermedades, a través de tratamientos preventivos.

Reprimenda: Reprensión muy severa de desaprobación que se le hace a una persona a causa de su actuación o su comportamiento

SIGLAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

JIC: Únete a la Comisión Internacional

ECASS: Escala de Calidad de Atención en los Servicios de Salud.

IPS: Institución Prestadora de Salud.

ONG. Organización No Gubernamental.

APSIES: Asociación Para la Salud y el Servicio Intercomunal en el Salvador.

ASC: Anestesia y Atención Quirúrgica.

AMA: Asociación Médica Americana.

ASA: Sociedad Americana de Anestesiología.

ACC. Colegio Americano de Cardiología.

AHA: Asociación Estadounidense del Corazón.

NHS: Instituto Nacional para la Excelencia Clínica.

LOPSS: Escala de Satisfacción del Paciente con los Cuidados de Enfermerías.

ESGH. Escala de Satisfacción General con la Hospitalización.

CSH: Cuidado de su Salud durante la Hospitalización.

ISG: Índice de Satisfacción Global.

ABREVIATURAS.

Cat: Catéter

Dx: Diagnostico

E: Egresos

Fc: Frecuencia Cardiaca.

GyO: Ginecología y obstetricia

Hb: Hemoglobina

Int: Interno

Dr: Doctor

Lic: Licenciado

Dra: Doctora

Min: Minuto

ANEXO Nº: 7
SATISFACCIÓN DEL USUARIO



ANEXO N° 8
GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO



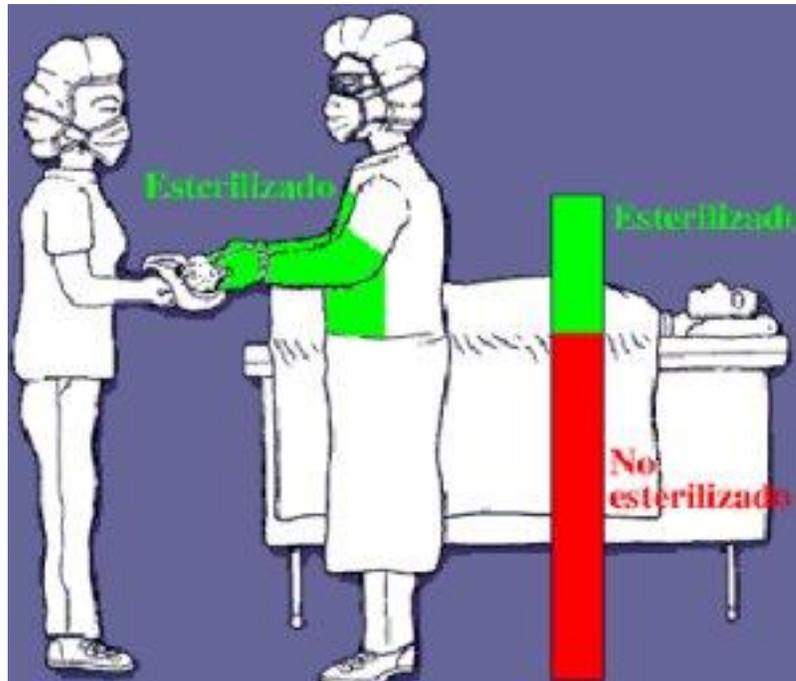
ANEXO N°9
CALIDAD DE ATENCIÓN



ANEXO Nº10
CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD



ANEXO N° 11
ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL ÁREA QUIRÚRGICA

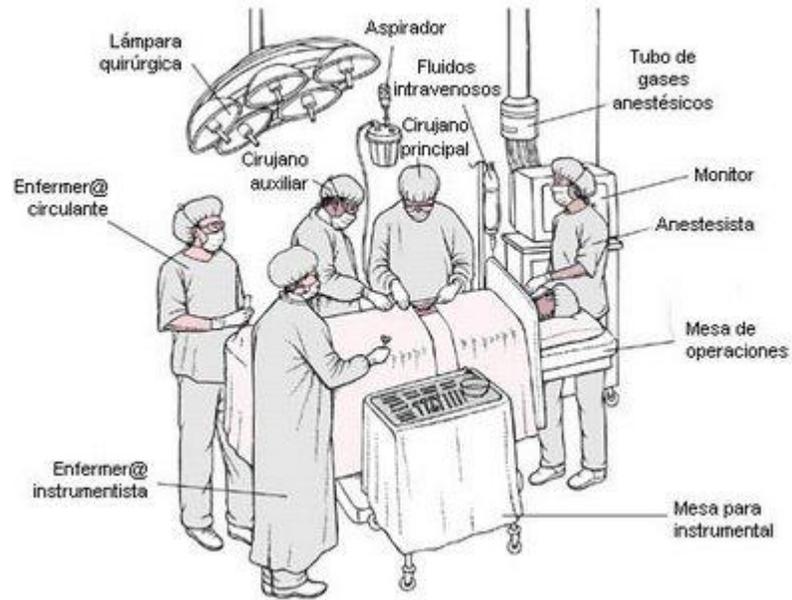


ANEXO Nº12
ESTÁNDARES DE ATENCIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA



ANEXO Nº13

EQUIPO QUIRÚRGICO



ANEXO Nº14
PROFESIONAL DE ANESTESIA



ANEXO N° 15
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO Nº16
PROFESIONAL MÉDICO-CIRUJANO.

