



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11202

146

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI  
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

JUICIOS DE VALOR SOBRE LA IMPORTANCIA DE  
LAS DIVERSAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS  
ANESTESIOLOGOS EN EL PERIODO  
PERIOPERATORIO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA  
P R E S E N T A :  
DRA. GABRIELA RODRIGUEZ MONTIEL

ASESOR DE TESIS: DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES



CIUDAD DE MEXICO, D.F.

MARZO DE 2001

291013



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

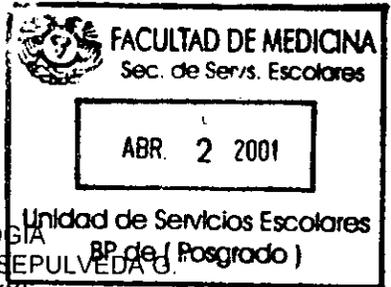
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DR. NIELS WACHER RODARTE**  
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

**DR. TOMÁS DÉCTOR JIMÉNEZ**  
TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO  
DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

**DR. ALFONSO QUIROZ RICHARDS**  
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI



## INDICE

	Pag.
AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	4
MATERIALY METODOS	11
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	16
CONCLUSIONES	19
CUADROS Y GRÁFICAS .....	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS por permitirme estar con vida.

A MI PADRE digno ejemplo de mi vida, quien me rescata de los fracasos y me exhorta al éxito.

A MI MADRE por darme su apoyo, amor y confianza toda la vida.

A MI HIJO SERGIO a quien dedico con gran amor todo lo que hago día con día.

A SERGIO quien se ha convertido en el complemento de mi vida.

A YELI, AMAIRANI Y HÉCTOR por brindarme su apoyo incondicional en todos mis proyectos.

A MIS ASESORES: **Dr. Castellanos y Dra. Vázquez** por brindarme tiempo y paciencia, pero sobre todo por transmitir amablemente su experiencia.

## RESUMEN

### JUICIOS DE VALOR SOBRE LA IMPORTANCIA DE LAS DIVERSAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS ANESTESIÓLOGOS EN EL PERÍODO PERIOPERATORIO

\*Dra. Gabriela Rodríguez Montiel  
\*\* Dr. Antonio Castellanos Olivares  
\*\*\*Dra. Isidora Vásquez Márquez  
\*\*\*\*Dr. Alfonso Quiróz Richards

**INTRODUCCION:** La evaluación de la calidad de la atención médica presenta retos significativos, como el correspondiente a establecer juicios de valor para aspectos de la calidad de la anestesia, para el mejor desarrollo en un procedimiento anestésico

**OBJETIVO:** Comparar los criterios que consideran los cirujanos y los anestesiólogos para evaluar la calidad de un procedimiento anestésico.

**DISEÑO:** Estudio Transversal analítico

**MATERIAL Y METODOS:** Después de contar con la autorización del Comité Local de Investigación y el consentimiento verbal de los anestesiólogos y cirujanos encuestados se interrogó sobre aspectos importantes de la práctica anestésica diaria, mediante 44 preguntas abarcando las etapas pre, trans y postoperatorias.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 212 médicos especialistas, 110 anestesiólogos y 102 cirujanos. Con una edad promedio en años de  $34.93 \pm 7.00$  para los anestesiólogos y  $31.82 \pm 6.13$  en los cirujanos. El turno matutino predominó en ambos grupos de estudio 67.35% y 86.3% respectivamente. La antigüedad laboral en años fue mayor para los anestesiólogos  $6.69 \pm 5.47$  contra  $5.10 \pm 6.03$ . En la etapa preanestésica los anestesiólogos consideraron significativamente más importante los aspectos de presentación con el paciente ( $9.60 \pm 0.72$ ), exploración del paciente ( $9.72 \pm 0.73$ ), monitorización de los signos vitales basales ( $9.82 \pm 0.47$ ) y la explicación del método anestésico al paciente ( $9.53 \pm 0.85$ ). En la etapa transoperatoria la adecuada presentación de jeringas debidamente etiquetadas con la dosificación exacta y la elaboración de la hoja de registro resultaron mayormente importantes para el grupo de anestesiólogos. En la etapa postoperatoria, los anestesiólogos otorgaron mayor importancia a la elaboración de la nota postanestésica ( $9.42 \pm 0.85$ ), acompañar al paciente a recuperación ( $9.18 \pm 1.41$ ). Sin embargo los cirujanos otorgaron mayor importancia a la recuperación del estado de conciencia al término de la cirugía en  $9.37 \pm 1.15$ .

**CONCLUSIONES:** aún cuando existieron diferencias significativas para evaluar los criterios importantes en cada una de las etapas del acto anestésico-quirúrgico, es importante reconocer que, tanto cirujanos como anestesiólogos consideran de vital importancia los aspectos clínicos, técnicos, éticos así como de relación interpersonal para el desarrollo y culminación de una adecuada anestesia.

*Palabras clave: calidad, opinión, cirujanos, anestesiólogos*

\*Médico residente del tercer año de la especialidad en Anestesiología, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

\*\*Subjefe de la División de Educación e Investigación Médica, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

\*\*\*Médica anestesióloga adscrita al Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

\*\*\*\*Médico Jefe del servicio de Anestesiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

## **SUMMARY**

### **JUDGEMENTS OF VALUE ON THE IMPORTANCE OF ACTIVITIES THAT ACOMPLISH THE ANESTHESIOLOGISTS IN PERIOPERATIVE PERIOD**

**INTRODUCTION:** The evaluation of the quality of the medical attention presents significant challenges, as the corresponding one to establish trials of value for aspects of the quality of the eminently subjective anesthesia to define the points to evaluate and those subject to evaluation.

**OBJECTIVE:** to know the approaches that consider the surgeons and the anesthesiologists to evaluate the quality of an anesthetic procedure.

**DESIGN:** Cross-sectional study

**MATERIAL AND METHODS:** after having the authorization of the investigation committee and the verbal autorization of the anesthesiologist studied, I know it designed a work instrument that questioned important aspects of the daily anesthetic practice, by means of 44 questions embracing the stage pre, trans and postoperative.

**RESULTS:** We studied 212 specialists they interviewed, 110 anesthesiologist and 102 surgeons. With an age  $34.93 \pm 7.00$  year-old average in the anesthesiologist and  $31.82 \pm 6.13$  years in the surgeons. The morning shift prevailed in the group of anesthesiologist 67.35% vs 86.3% in surgeons. The labor antiquity was of  $6.69 \pm 5.47$  years for group 1 and  $5.10 \pm 6.03$  for the surgeons. In preanesthetic stage the anesthesiologist considered significantly more important the presentation aspects with the patient ( $9.60 \pm 0.72$ ), the patient's exploration ( $9.72 \pm 0.73$ ), monitored of the basal vital signs ( $9.82 \pm 0.47$ ) and the explication of the anesthetic method to the patient ( $9.53 \pm 0.85$ ). In the transoperative stage the appropriate presentation of syringes properly labeled with the exact dosage and the elaboration of the registration leaf they were mostly important for the anesthesiologist group. In the postoperative stage, the anesthesiologist granted bigger importance to the elaboration of the postanesthetic note ( $9.42 \pm 0.85$ ), to accompany the patient to recovery room ( $9.18 \pm 1.41$ ), however the surgeons granted bigger importance to the recovery of the state of conscience at the end of the surgery in  $9.37 \pm 1.15$ .

**CONCLUSIONS:** still when significant differences existed to evaluate the important approaches in each one of the stages of the anesthetic-surgical act, it is important to recognize that, as much surgeons as anesthesiologists consider very important the clinical aspects, technicians, ethical as well as of interpersonal relationship for the development and culmination of an appropriate anesthesia

**Key Words:** *surgeons, anesthesiologist, opinion, quality*

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El conocer la calidad con que se otorga la atención médica constituye el primer paso para mejorar la prestación del servicio y es una necesidad inherente al acto médico mismo. Hasta 1983 la evaluación de la calidad de la atención médica se había centrado en la información contenida en el expediente clínico. Sin embargo con base a la revisión exhaustiva de la bibliografía, se hizo evidente la necesidad de tomar en cuenta otros aspectos, tales como la suficiencia y la calidad de los recursos físicos, la disponibilidad y la capacidad profesional o técnica de los recursos humanos, congruentes con el nivel de atención que se otorgue.<sup>(1-2)</sup>

El concepto debe entenderse en dos grandes rubros: el técnico, que consiste en la aplicación de las normas y de los conocimientos médicos vigentes y los recursos tecnológicos disponibles para resolver el problema de salud del paciente. El interpersonal, que consiste en el tipo de relación que se establece entre los médicos con el paciente y sus familiares. Las dos dimensiones son complementarias, por lo tanto no es posible proporcionar atención de calidad elevada si alguna de las dos premisas es deficiente.<sup>(3-4)</sup> Por eso es que en 1989, se recomendó dar una mayor atención con relación a las expectativas de los usuarios dando las siguientes recomendaciones: proveer una clara definición de las expectativas hacia el cuidado del paciente, ubicar dichas expectativas en un marco conceptual construido alrededor de la

satisfacción e investigar posibles actitudes de los médicos que ejerzan alguna influencia sobre esta última <sup>(5)</sup>

Dentro del ámbito médico, la relación que tiene el anestesiólogo con el paciente no es igual a la que se lleva al cabo en otras especialidades médicas, esto se debe a que en muchas veces, sobre todo en el ambiente privado, el anestesiólogo conoce al paciente momentos antes de que sea intervenido quirúrgicamente. En el ambiente institucional está bien implementada la visita preanestésica un día antes de la cirugía, pero desafortunadamente lo habitual es que el médico que realiza la visita no es el mismo que aplica el procedimiento anestésico.

La personalidad es un elemento que participa decisivamente en la actitud cotidiana del médico, el anestesiólogo ha sido calificado dentro de los estudios psicométricos como una persona inteligente, algo dominante, sensitivo, independiente, algo inseguro, bastante tenso, además de tolerante, tímido y muy serio. Las anestesiólogas en general son más bondadosas, sensitivas y sobreprotectoras en comparación con los anestesiólogos <sup>(6-7)</sup>

Podemos entender como expectativas del usuario a lo que éste espera de una buena atención médica. Por otro lado la actitud del médico puede estar influenciada por diversos factores, estrés, trabajo excesivo, malas experiencias con otros pacientes, falta de equipo para trabajar, falta de cooperación del personal de apoyo y baja remuneración económica. <sup>(8)</sup>

La calidad se define como el conjunto de rasgos característicos o atributos que constituyen el modo de existencia de un objeto o persona y lo distinguen de los otros.(9)

Desafortunadamente aunque se han realizado grandes esfuerzos para medir la calidad de los servicios que ofrece un hospital, no se cuenta aún con instrumentos integrales totalmente aceptados por la mayoría, lo que ha generado a lo largo del tiempo experiencias aisladas. A nivel nacional Aguirre Gas estableció los criterios para evaluar la estructura, el proceso y el resultado de la atención médica. Definiendo la calidad de la atención como la capacidad de "otorgar atención médica al usuario conforme a las normas, conocimientos de medicina y terminología vigentes, con accesibilidad a los servicios, oportunidad, amabilidad, y trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico, con participación del usuario para lograr su recuperación y un ambiente confortable, que permita mejorar el nivel de salud, la satisfacción del usuario y del trabajador y con ello la calidad de vida en ambos".(10)

La medición de la calidad de la atención a la salud se inició en 1919 con Flexner que efectuó un estudio analítico en las facultades de medicina de los Estados Unidos; en 1946 Lembcke analizó la relación entre la formación médica de postgrado y la mejoría de la atención médica, iniciándose los bibliotecarios especializados en registros médicos para proporcionar datos exactos comparables. Avedis Donabedian menciona que para evaluar la calidad a la atención de la salud es necesario especificar desde un principio los objetivos a seguir y los medios legítimos para alcanzar dicho objetivo, el mismo autor refiere que la calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en diversos grados, se define como: " el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente".(19)

Se ha relacionado también en lo que

respecta a la calidad de la anestesiología la cantidad de investigaciones que tiene un hospital con respecto a otros que no la tienen. Así como lo relacionado con el personal médico certificado del hospital.<sup>(11,15,16,18)</sup>

En 1992 se publicaron Los Estándares de calidad para la práctica de Anestesiología que son producto de la primera reunión sobre estándares de la calidad en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", donde la asociación de profesores de cursos de posgrado en Anestesiología y el Comité de enseñanza de la Federación de Sociedades de Anestesiología de la república mexicana (FSARM) analizaron y aprobaron algunas propuestas basadas en los estándares de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) y en las normas sugeridas por la fundación para la seguridad del paciente anestesiado de la federación mundial de asociaciones de anestesia.<sup>(12,18)</sup>

El anestesiólogo será el responsable de determinar el estado físico del paciente y de ser necesario convocará a otros especialistas para desarrollar un plan de cuidados anestésicos, así mismo comunicará al paciente o a su responsable legal el plan de cuidado anestésico propuesto, que deberá resumir en el expediente clínico después de interrogar y examinar al paciente para el discutir el historial clínico, antecedentes anestésicos, fármacos empleados; asesorar los aspectos del estado físico que pueden afectar las decisiones sobre el riesgo operatorio y el manejo; en caso necesario realizará las pruebas y consultas necesarias para el procedimiento anestésico y determinará la prescripción necesaria para la anestesia. El anestesiólogo será el responsable de verificar que lo anterior sea desarrollado en forma correcta en el expediente del enfermo. El paciente será

evaluado por un médico anesthesiologo antes de la inducción anestésica. Es responsabilidad del anesthesiologo verificar el buen funcionamiento del equipo antes de la inducción anestésica. También es su responsabilidad que los asistentes estén capacitados para encomendarles sus tareas. <sup>(12)</sup>

Durante la etapa transanestésica, la atención es tarea exclusiva de los anesthesiologos, que han contraído un compromiso de servicio con el paciente o con su responsable legal, ya sea directamente o a través del cirujano responsable. El anesthesiologo deberá documentar en el expediente y en la hoja de registro de la anestesia la evaluación preanestésica. Comprobar con anterioridad el funcionamiento adecuado del equipo. Antes de administrar cualquier medicamento consultar la nota preanestésica. Todo paciente bajo anestesia general, regional o sedación deberá recibir oxígeno suplementario. Las máquinas de anestesia deben contar con sistemas de seguridad. Las alarmas de los aparatos no deben ser desactivadas. Se debe monitorizar permanentemente la permeabilidad de la vía aérea con un estetoscopio precordial, pretraqueal o esofágico. Con ventilación mecánica se empleará una alarma para evitar desconexiones. La frecuencia, el ritmo cardiaco, la presión arterial, la temperatura deberán monitorizarse al igual que la profundidad de la anestesia con medición continua de la concentración inspirada de los gases anestésicos. En caso de uso de relajantes musculares se recomienda el empleo de un estimulador de nervios periféricos. Es tarea del anesthesiologo conducir personalmente la anestesia y permanecer en la sala quirúrgica durante todo el procedimiento. Además de prevenir la transmisión de padecimientos infecciosos al paciente o de éste al

médico. La anestesia debe registrarse completamente. En el período postanestésico todo paciente con antecedente de anestesia general, regional o sedación deberá recibir cuidados integrales, con estándares establecidos en el Servicio de la Recuperación y en la Unidad de cuidados intensivos. El paciente debe ser transportado a la Unidad de cuidados postanestésicos por el anesthesiólogo y el cirujano y la evaluación de su estado físico debe ser continua. El anesthesiólogo tiene la obligación de proporcionar información al encargado de la Unidad postanestésica en relación al estado del paciente. El paciente deberá ser observado y monitorizado y debe ser dado de alta usando una escala de evaluación post anestésica (Aldrete). El anesthesiólogo será responsable del alta de los pacientes del servicio de cuidados postanestésicos. En 1994 también la FSARM editó un artículo especial titulado Mínimos de calidad para la práctica de la Anestesiología en México, haciendo alusión a las características que debe reunir el personal y los recursos materiales mínimos para manejo y monitorización del paciente<sup>(12)</sup>

Después de revisar y analizar parte de la bibliografía existente relacionada con la calidad de la atención médica, y los estándares de calidad de la anestesia sintetizamos que la calidad es parte de la estructura y el proceso de la atención médica y los criterios o estándares se pueden resumir en: habilidades y destrezas, actitudes y conocimientos, por lo cual trataremos de adaptar los criterios al acto anestésico y quirúrgico, lo que al identificarlos, que es el objetivo de éste trabajo redundaran en una mejor atención y satisfacción para el paciente y el equipo anestésico quirúrgico

## **MATERIAL Y METODOS**

Se diseñó un estudio Transversal analítico. El Universo de trabajo quedó constituido por los médicos adscritos y residentes de los servicios quirúrgicos y de Anestesiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Siglo XXI". Después de contar con la aprobación del Comité local de Investigación y el consentimiento verbal de los médicos especialistas encuestados, se aplicó cada una de las encuestas, realizando una explicación previa de las etapas del cuestionario (preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria) enfatizando que no existían respuestas buenas o malas, que lo que nos importaba era en realidad lo que cada uno de ellos opinaba y que cada frase debería leerse detenidamente y la contestación debería basarse en un juicio de valor, otorgando una puntuación del 0 al 10 según el grado de importancia para cada una de las preguntas. Cada uno de los participantes contestó la encuesta en forma individual y el investigador permaneció a dos metros de distancia aproximadamente, con la finalidad de no ejercer ninguna influencia en las respuestas y solamente esclarecer cualquier duda que surgiera durante el ejercicio anterior.

Cabe mencionar que el cuestionario se sometió a pruebas de confiabilidad obteniendo un coeficiente alfa de 0.91 para la etapa preoperatoria, 0.90 para la transoperatoria y 0.88 para la postoperatoria.

Las respuestas se capturaron en el paquete estadístico Excell y el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 10 ( Statistical Package Social Sciences ). Las variables medidas en escala cualitativa nominal (género, turno, cargo y especialidad ) se analizaron mediante frecuencia absoluta y relativa, la contrastación de las diferencias fue a través de la prueba chi cuadrada o prueba exacta de Fisher según fuera el caso.

En las variables medidas en escala cuantitativa de radio o razón ( edad, años de antigüedad, escala análogo visual ) se obtuvo el promedio y la desviación estándar, las diferencias entre los grupos se establecieron a través de la prueba t de student o U de Mann-Whitney , en todos los casos se consideró como estadísticamente significativo todo valor de probabilidad menor a 0.05

## RESULTADOS

Se encuestaron un total de 212 médicos especialistas que laboran en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, divididos en dos grupos. El grupo 1 quedó constituido por 110 anesthesiólogos (residentes y médicos de base) y el grupo 2 constituido por 102 cirujanos (residentes y médicos de base) de las distintas especialidades como: Otorrinolaringología, Gastrocirugía, Oftalmología, Neurocirugía, Urología y Cirugía pediátrica. ( Ver Cuadro I)

La edad promedio para el grupo de anesthesiólogos fue de  $34.93 \pm 7.00$  años mayor que el grupo de cirujanos con  $31.82 \pm 6.13$  años. (Ver Cuadro I) En el grupo de anesthesiólogos hubo casi la misma distribución en cuanto a género, 51.8% del sexo masculino y 48.2% del femenino, en cambio en el grupo de cirujanos predominó importantemente el sexo masculino en 83.3%. ( Ver Cuadro I) El turno matutino predominó en 67.35% del grupo de anesthesiólogos seguido del turno vespertino y nocturno con 19.1% y 13.6% respectivamente. Sin embargo en el grupo de cirujanos se notó una tendencia notable en el turno matutino con 86.3% de los encuestados, 8.8% en el turno vespertino y 4.9% en el turno nocturno. La antigüedad laboral para el grupo 1 fue de  $6.69 \pm 5.47$  años y para el grupo 2 de  $5.10 \pm 6.03$  años. ( Ver Cuadro I ).

En el grupo 1 se encuestaron 48.2% residentes y 51.8% médicos de base contra 83.3% y 16.7% del grupo 2 (Ver gráfico 1).

El grupo de los anestesiólogos considera más importante la presentación con el paciente en un  $9.60 \pm 0.72$  contra  $8.96 \pm 1.88$  en el grupo de cirujanos. ( ver gráfico 2 ).

En cuanto a la exploración del paciente los anestesiólogos otorgan un grado de importancia de  $9.72 \pm 0.73$  en comparación con los cirujanos los cuales otorgan un  $9.29 \pm 1.84$ .( Ver gráfico 3 ) La monitorización de los signos vitales en estado basal es para los anestesiólogos tan importante en  $9.82 \pm 0.47$  como para los cirujanos en  $9.65 \pm 0.79$ . ( Ver gráfico 4).

El explicar al paciente en que consiste el método anestésico que recibirá es un punto más importante para los anestesiólogos en  $9.53 \pm 0.85$  que para el grupo de los cirujanos que otorgaron un puntaje de  $8.97 \pm 1.47$ .( Ver gráfico 5)

La presentación de jeringas debidamente etiquetadas con la dosificación exacta resultó ser mayormente importante en los anestesiólogos con  $9.70 \pm 0.57$  que en los cirujanos con  $9.34 \pm 1.30$ .( Ver gráfico 6 )

La elaboración de la hoja de registro anestésico es sin duda mayor en importancia para los anestesiólogos que para los cirujanos ya que los puntajes otorgados fueron de  $9.49 \pm 0.75$  y  $8.94 \pm 1.44$  respectivamente.( Ver gráfico 7 )

En cambio es conveniente recalcar que la recuperación del estado de conciencia al término de la cirugía resultó ser de mayor importancia para los cirujanos en  $9.37 \pm 1.15$  que para los anestesiólogos con  $9.03 \pm 1.06$ .( Ver gráfico 8 ). Lo contrario

sucedió al calificar la importancia de la elaboración de la nota postanestésica ya que los puntajes mayores los dieron los anestesiólogos con  $9.42 \pm 0.85$  contra  $8.72 \pm 1.67$  de los cirujanos. ( Ver gráfico 9 ). Lo mismo sucede con el acompañar al paciente a la sala de recuperación es un punto que consideran más importante los anestesiólogos en  $9.85 \pm 0.43$  en comparación con los cirujanos con  $9.36 \pm 1.35$ .( Ver gráfico 10 ).

Finalmente al calificar la importancia de efectuar una visita anestésica en el período postoperatorio resultó superior para el grupo de los anestesiólogos en  $9.18 \pm 1.41$  que para el grupo de los cirujanos en  $8.52 \pm 2.73$ .( Ver gráfico 11 ).

## DISCUSIÓN

A través del tiempo se han desarrollado grandes esfuerzos para poder medir la calidad de los servicios que ofrece un hospital y si bien podemos contar con algunos instrumentos para medir el PROCESO como una de las bases fundamentales que constituyen la calidad; es necesario obtener datos sobre acontecimientos o resultados finales que no suelen escribirse en el expediente, en cuyo caso puede emplearse un "sistema de información personal", considerando siempre: adaptabilidad a los requerimientos de información, estandarización de definiciones y un muestreo apropiado.(19)

Gracias a diferentes mecanismos de evaluación sé ha hecho énfasis en establecer juicios de valor relacionados con la eficacia en el funcionamiento de las instituciones de salud, con base en la consecución de objetivos, logros de metas y administración racional de los recursos asignados.(11) Recientemente las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, han manifestado su interés por conocer la calidad con que se otorgan los servicios de salud, como punto de partida para promover su mejoría. Así pues, la evaluación de la calidad de la atención médica presenta retos significativos, como el correspondiente a establecer juicios de valor para aspectos de calidad eminentemente subjetivos, definir los puntos a evaluar y los sujetos de evaluación.

De acuerdo a nuestro estudio se analizaron las opiniones de 212 especialistas (cirujanos y anestesiólogos) con respecto al grado de importancia en cada una de las etapas del acto anestésico-quirúrgico.

En la etapa Preoperatoria encontramos una tendencia mayor por parte de los anestesiólogos (en relación con los cirujanos) para asignarles calificaciones más altas a la presentación y exploración del paciente; aún cuando ambas actividades son compartidas. Por otra parte, una monitorización de los signos vitales basales y la explicación del método anestésico que recibirá el paciente aparecen significativamente con mayor importancia para el anestesiólogo aunque, podemos considerar éstos rubros con mayor peso para la responsabilidad del mismo.

En la etapa Transoperatoria encontramos que para los anestesiólogos es de gran importancia la elaboración de la hoja de registro anestésico ( $p=0.001$ ), posiblemente por el conocimiento que ellos tienen con relación a los Mínimos de Calidad en Anestesia, y seguramente porque todos están concientes de que constituye un documento que tiene valor legal y el único que puede salvar a un médico ante una posible demanda.

En la etapa Postoperatoria existió una tendencia similar por la elaboración de la nota postanestésica en el caso de los anestesiólogos, y de igual forma al considerar la compañía al paciente a sala de recuperación y las visitas postquirúrgicas subssecuentes. Es importante señalar que según los mínimos III

y IV de la calidad en anestesia "un paciente que es transportado a la UCPA será acompañado por el anestesiólogo y el cirujano, quienes estarán al tanto de sus condiciones físicas, será evaluado continuamente y conforme las circunstancias, será tratado clínicamente. Además, la supervisión médica general y la coordinación del cuidado del paciente en esta unidad, es responsabilidad tanto del anestesiólogo como del cirujano". (20)

Cabe destacar que en ésta etapa se encontró que a los cirujanos les interesa en forma importante la recuperación del estado de conciencia al término de la cirugía en  $9.37 \pm 1.15$  con un valor de p estadísticamente significativo en 0.024.

## **CONCLUSIONES**

Aún cuando existieron diferencias significativas para evaluar los criterios importantes en cada una de las etapas del acto anestésico-quirúrgico, es conveniente enfatizar que tanto cirujanos y anestesiólogos consideran muy importantes los aspectos clínicos, técnicos y éticos para el desarrollo y culminación de una adecuada anestesia. Por tanto, el desarrollo de una cultura por la calidad y la conciencia de crear un ambiente de cooperación, responsabilidad y dedicación en el trabajo permitirá que la calidad técnica e interpersonal se acreciente, y el nivel de salud y la satisfacción tanto de médicos como de pacientes se incremente en forma sustantiva en los servicios de salud.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

# CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

	CIRUJANOS	ANESTESIÓLOGOS	p
No. SUJETOS	102	110	NS
GÉNERO (M/F)	85/17	57/53	0.000
EDAD (AÑOS)	31.82 ± 6.13	34.93 ± 7.00	0.001
ANTIGUEDAD	5.10 ± 6.03	6.69 ± 5.47	0.045
CATEGORÍA (MB/RES)	17/85	57/53	0.000
TURNO (M/V/N)	88/9/5	74/21/15	0.000

F= FEMENINO, NS= NO SIGNIFICATIVA, p= PROBABILIDAD, No.=NÚMERO  
MB=MÉDICO DE BASE, RES=RESIDENTE, M/V/N=MATUTINO, VESPERTINO,  
NOCTURNO

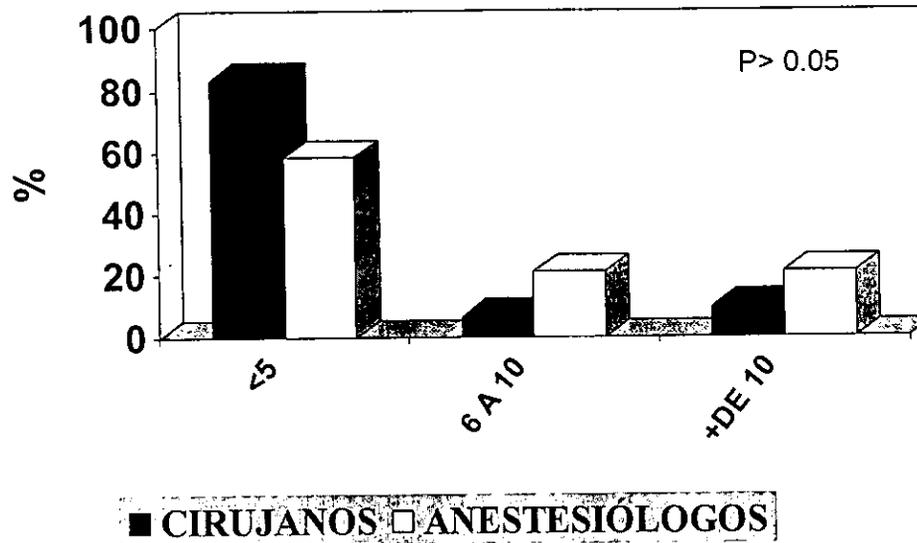


Gráfico 1. Se muestra la distribución de médicos encuestados de acuerdo a los años de antigüedad laboral

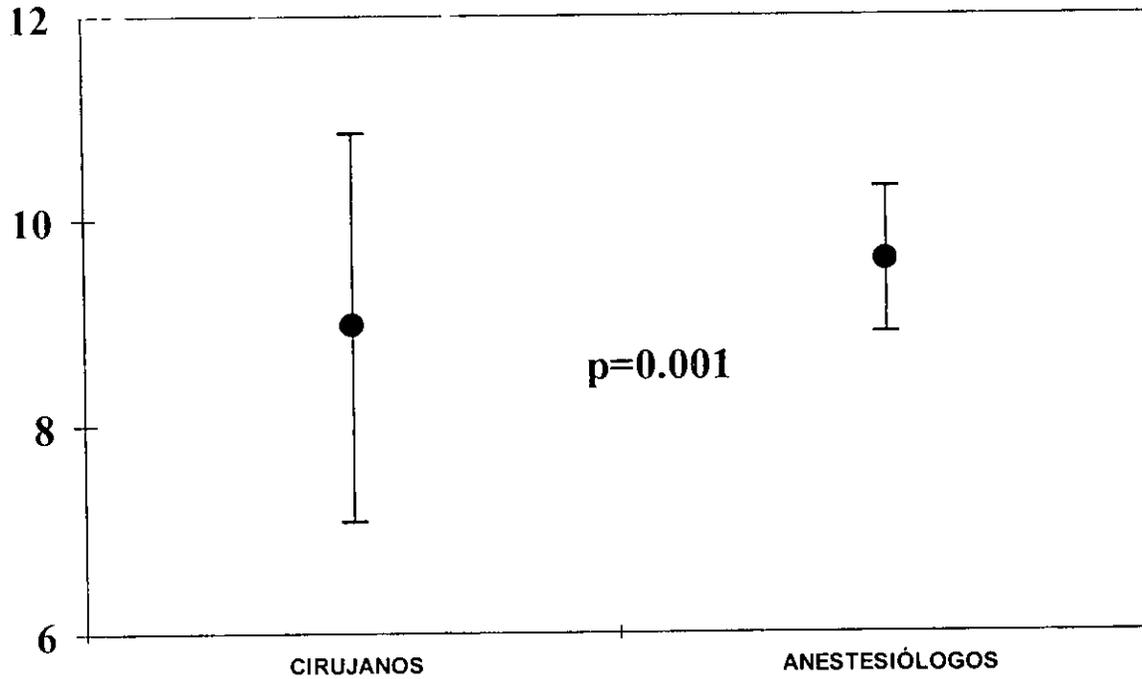


Gráfico 2. Representa el valor expresado en promedio  $\pm$  desviación estándar que los encuestados dieron a la presentación con el paciente

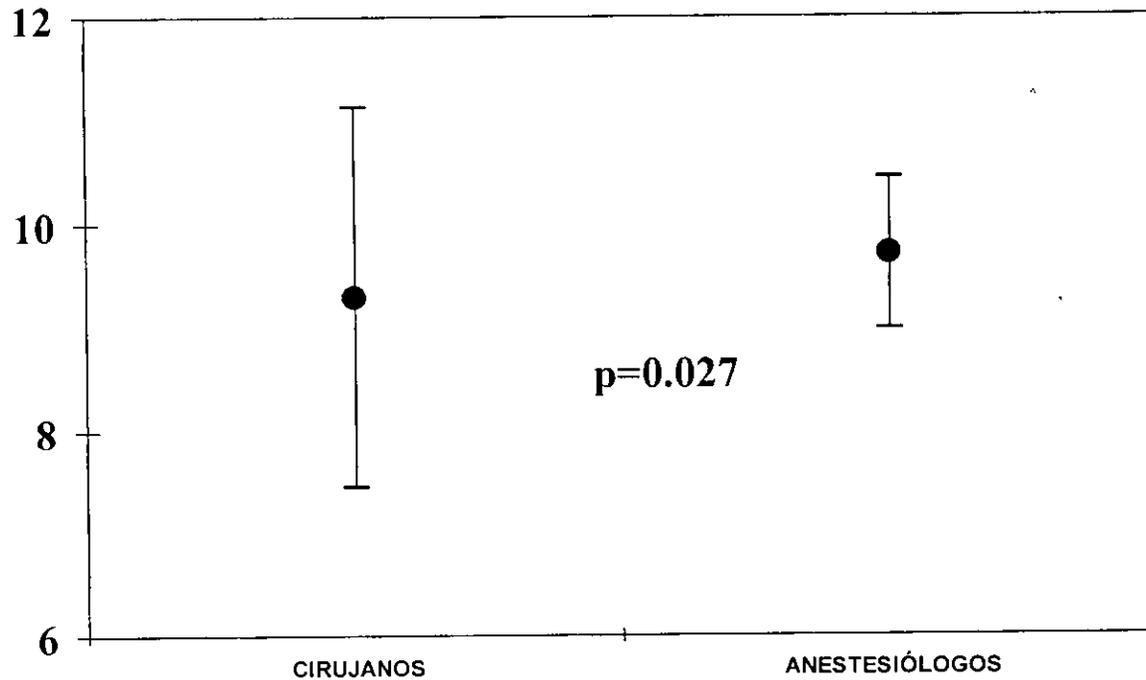


Gráfico 3. Representa el valor expresado en promedio  $\pm$  desviación estándar, que los encuestados dieron a la exploración física del paciente

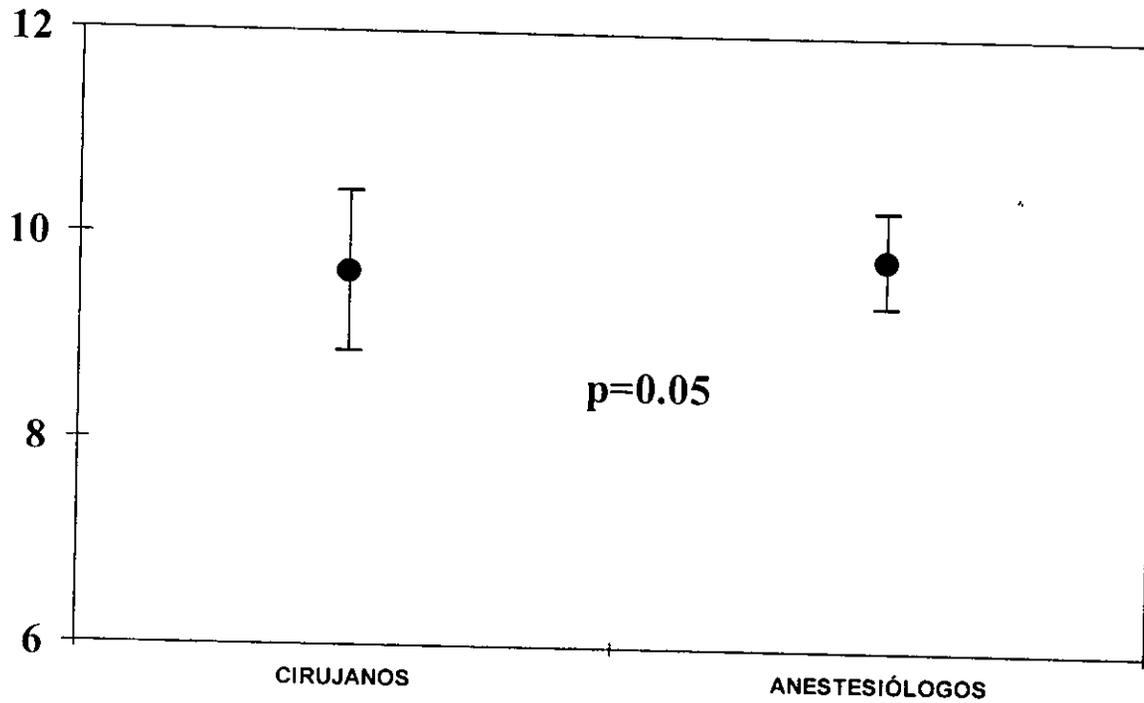


Gráfico 4. Representa el valor expresado en promedio  $\pm$  desviación estándar, que los encuestados dieron a la monitorización de los signos vitales basales .

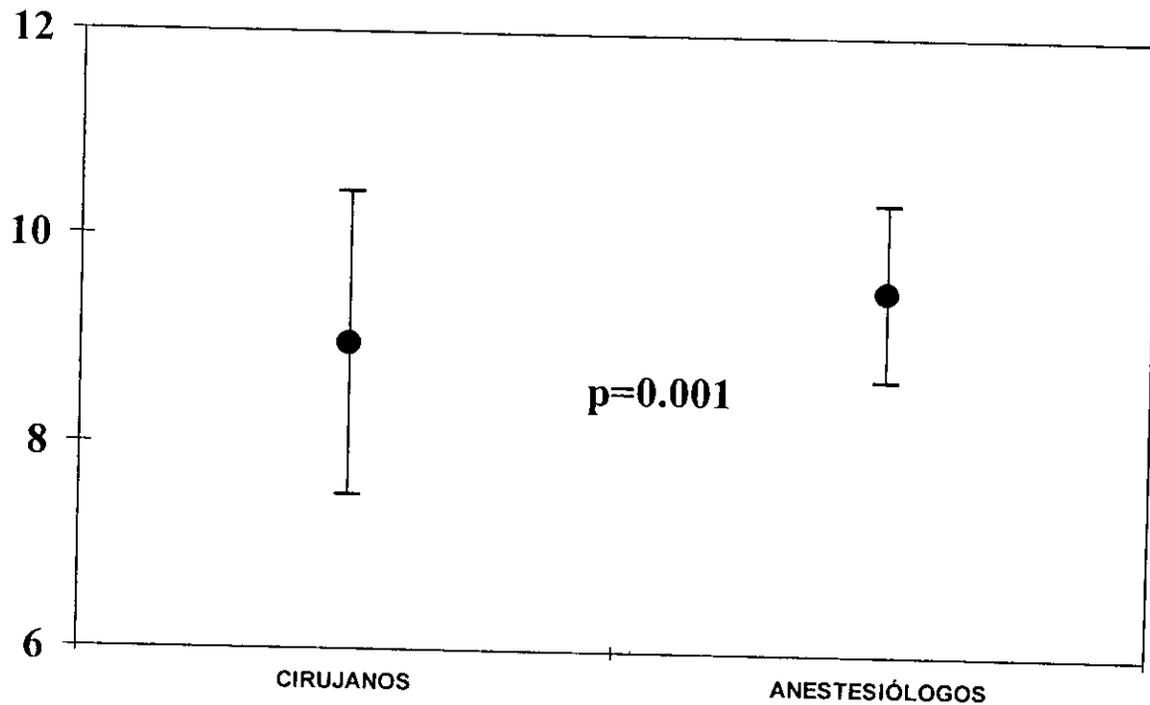


Gráfico 5. Representa el valor expresado en promedio  $\pm$  desviación estándar, que los encuestados dieron a la explicación del método anestésico al paciente

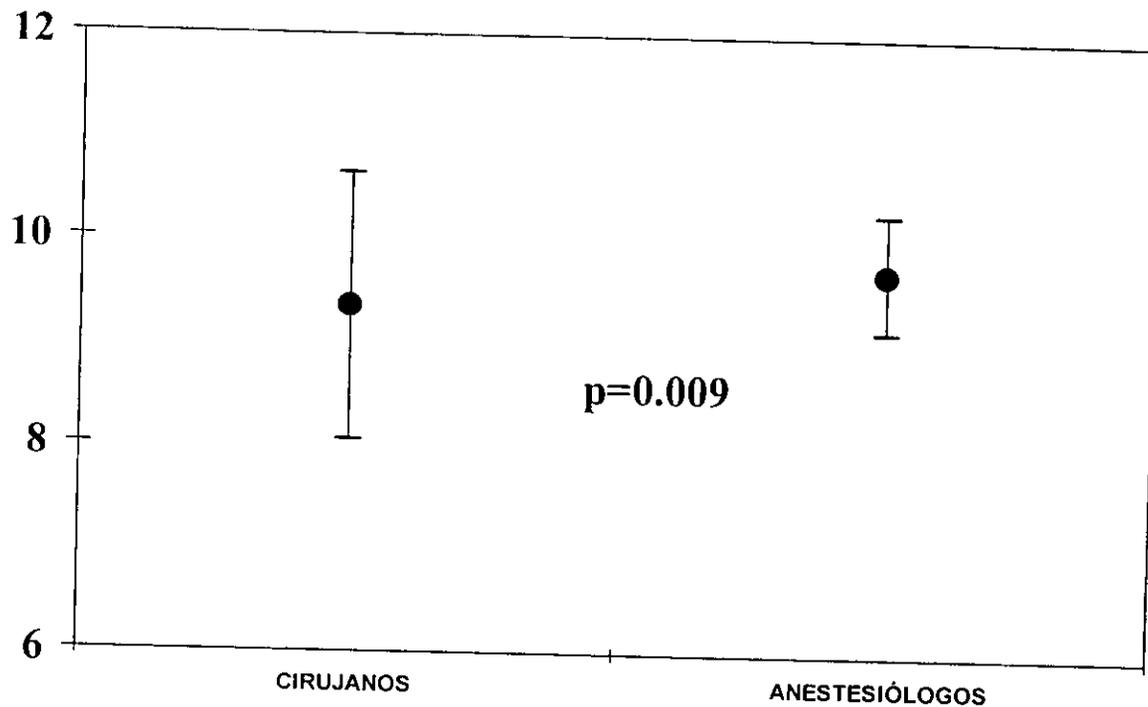


Gráfico 6. Representa el valor expresado en promedio  $\pm$  desviación estándar, que los encuestados dieron a la importancia de etiquetar las jeringas .

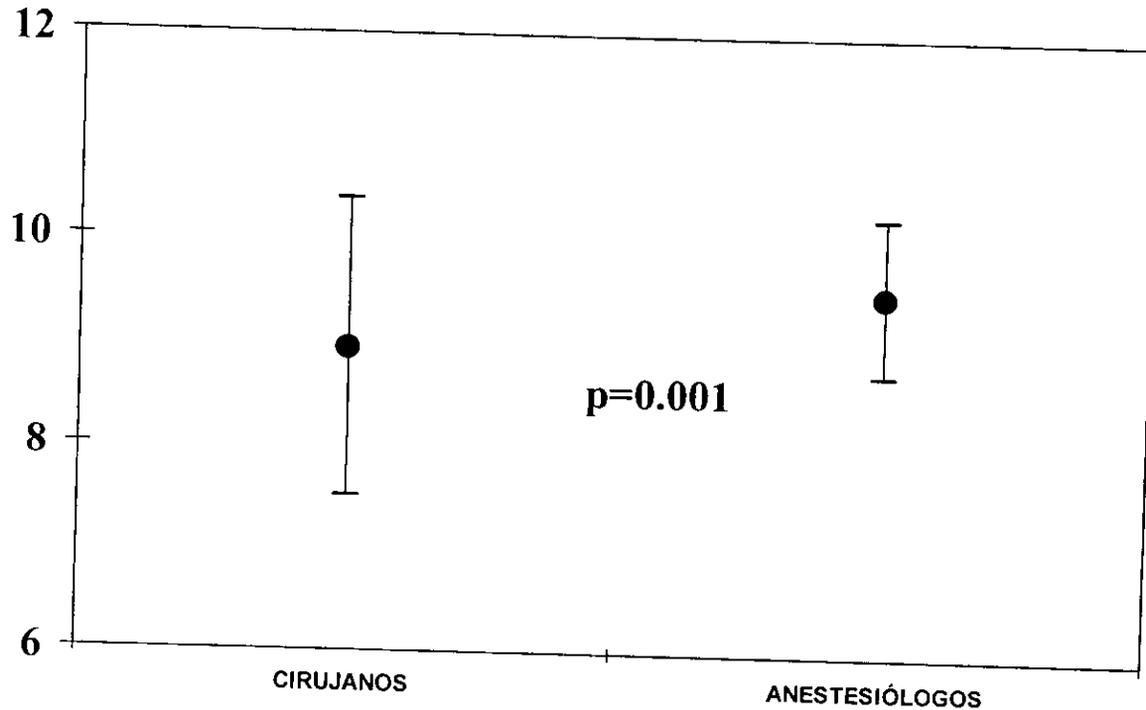


Gráfico 7. Representa el valor expresado en promedio  $\pm$  desviación estándar, que los encuestados dieron a la importancia de elaborar una hoja de registro anestésico.

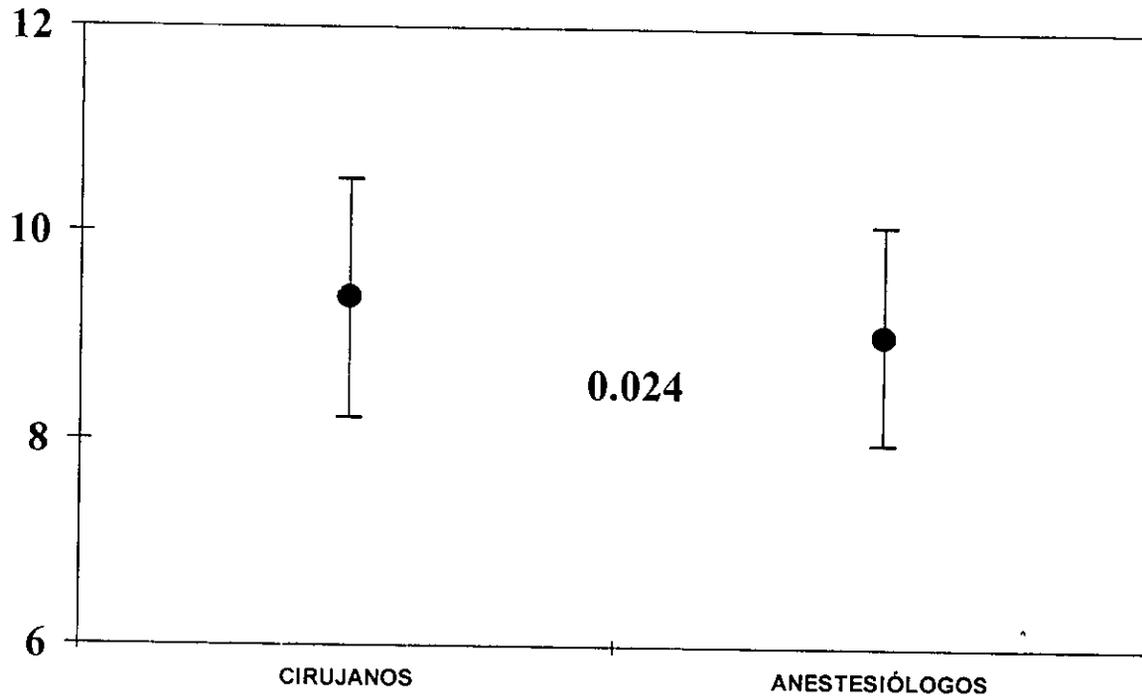


Gráfico 8. Representa el valor expresado en promedio  $\pm$  desviación estándar, que los encuestados dieron a la importancia de que el paciente recupere el estado de conciencia al finalizar la cirugía .

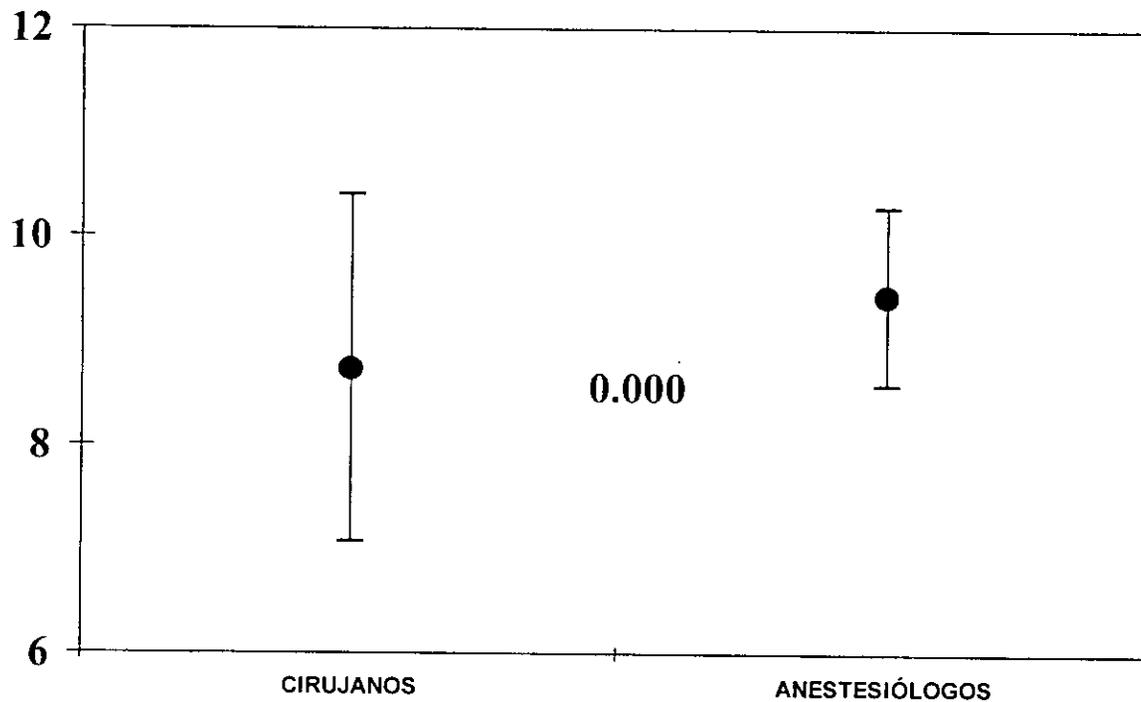


Gráfico 9. Representa el valor expresado en promedio  $\pm$  desviación estándar, que los encuestados dieron a la importancia de que se elabore una nota postanestésica .

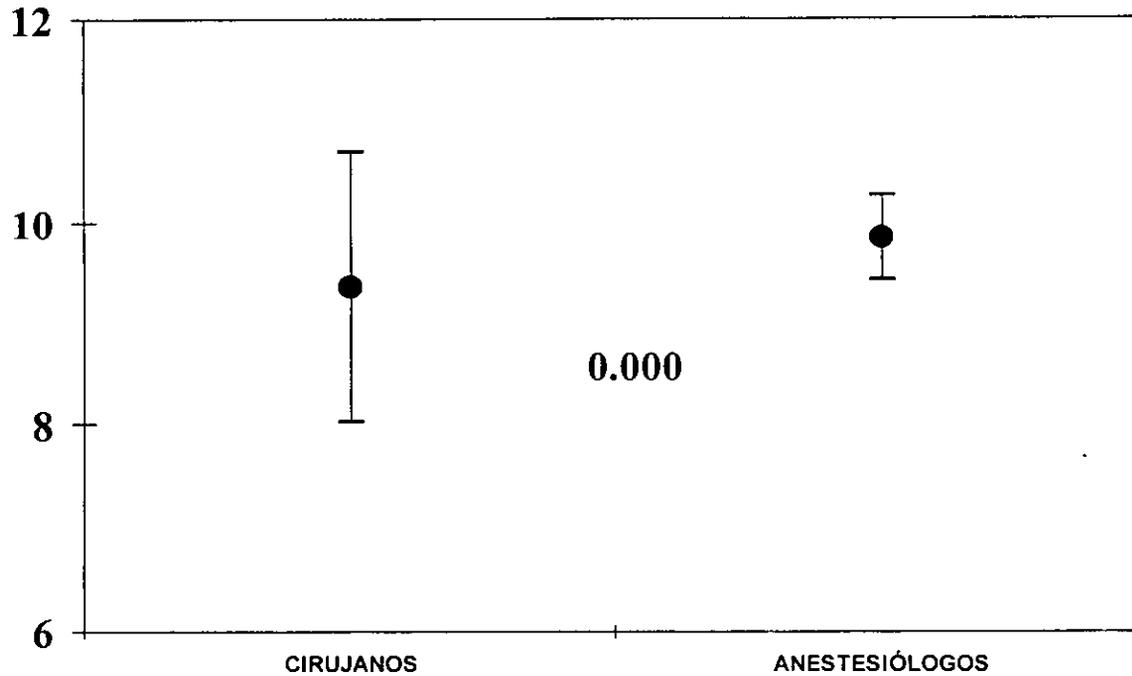


Gráfico 10. Representa el valor expresado en promedio  $\pm$  desviación estándar, que los encuestados dieron a la importancia de que el anesthesiólogo acompañe al paciente a la Sala de Recuperación .

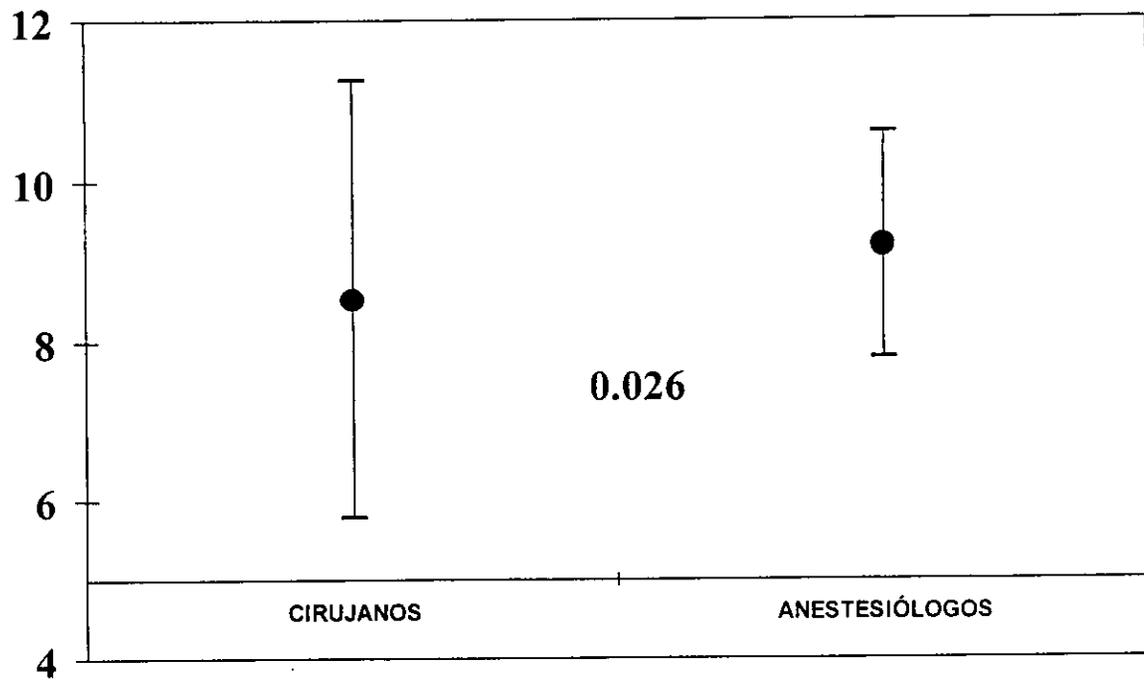


Gráfico 11. Representa el valor expresado en promedio  $\pm$  desviación estándar, que los encuestados dieron a la importancia de la visita postanestésica .

### Encuesta de opinión

1.-Edad\_\_\_\_\_ 2.-Género\_\_\_\_\_ 3.-Turno\_\_\_\_\_

4.-Especialidad\_\_\_\_\_ 5 Antigüedad laboral\_\_\_\_\_ CARGO\_\_\_\_\_

Compañero (a): La mayoría de las siguientes actividades las desarrolla el anestesiólogo habitualmente y comprenden actitudes, conocimientos, habilidades y destrezas en los distintas etapas del manejo anestésico. Por favor lea cada una de ellas y haga un juicio de valor asignandoles una calificación de cero a diez, de acuerdo al grado de importancia que usted considere deba tener cada punto ( donde diez corresponde al máximo valor y cero a ninguno ) Recuerde que no existen puntos buenos o malos, sólo nos interesa conocer que puntaje les dá usted a cada uno de ellos

#### ETAPA PREOPERATORIA

1.-Presentación con el paciente

0\_\_\_\_ 1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3\_\_\_\_ 4\_\_\_\_ 5\_\_\_\_ 6\_\_\_\_ 7\_\_\_\_ 8\_\_\_\_ 9\_\_\_\_ 10\_\_\_\_

2.-Revisión del expediente clínico

0\_\_\_\_ 1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3\_\_\_\_ 4\_\_\_\_ 5\_\_\_\_ 6\_\_\_\_ 7\_\_\_\_ 8\_\_\_\_ 9\_\_\_\_ 10\_\_\_\_

3.-Interpretación y análisis de exámenes de laboratorio y gabinete

0\_\_\_\_ 1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3\_\_\_\_ 4\_\_\_\_ 5\_\_\_\_ 6\_\_\_\_ 7\_\_\_\_ 8\_\_\_\_ 9\_\_\_\_ 10\_\_\_\_

4.-Interrogar al paciente

0\_\_\_\_ 1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3\_\_\_\_ 4\_\_\_\_ 5\_\_\_\_ 6\_\_\_\_ 7\_\_\_\_ 8\_\_\_\_ 9\_\_\_\_ 10\_\_\_\_

5.-Explorar al paciente

0\_\_\_\_ 1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3\_\_\_\_ 4\_\_\_\_ 5\_\_\_\_ 6\_\_\_\_ 7\_\_\_\_ 8\_\_\_\_ 9\_\_\_\_ 10\_\_\_\_

6.-Monitorización de los signos vitales basales

0\_\_\_ 1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_ 6\_\_\_ 7\_\_\_ 8\_\_\_ 9\_\_\_ 10\_\_\_

7.-Puntualidad para iniciar la anestesia

0\_\_\_ 1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_ 6\_\_\_ 7\_\_\_ 8\_\_\_ 9\_\_\_ 10\_\_\_

8.-Valoración anestésica integral

0\_\_\_ 1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_ 6\_\_\_ 7\_\_\_ 8\_\_\_ 9\_\_\_ 10\_\_\_

9.-Optimización del tiempo anestésico quirúrgico

0\_\_\_ 1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_ 6\_\_\_ 7\_\_\_ 8\_\_\_ 9\_\_\_ 10\_\_\_

10.-Explicación al paciente del método anestésico que recibirá

0\_\_\_ 1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_ 6\_\_\_ 7\_\_\_ 8\_\_\_ 9\_\_\_ 10\_\_\_

11.-Interacción positiva con el equipo quirúrgico

0\_\_\_ 1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_ 6\_\_\_ 7\_\_\_ 8\_\_\_ 9\_\_\_ 10\_\_\_

12.-Indicar Medicación pre-anestésica

0\_\_\_ 1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_ 6\_\_\_ 7\_\_\_ 8\_\_\_ 9\_\_\_ 10\_\_\_

13.-Selección previa de la técnica anestésica

0\_\_\_ 1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_ 6\_\_\_ 7\_\_\_ 8\_\_\_ 9\_\_\_ 10\_\_\_

14.-Elaboración de la nota preanestésica.

0\_\_\_ 1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_ 6\_\_\_ 7\_\_\_ 8\_\_\_ 9\_\_\_ 10\_\_\_

15.-Previsión de los recursos materiales a usarse

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

16. Por favor mencione otros criterios que usted considere importantes:

\_\_\_\_\_

**ETAPA TRANSOPERATORIA:**

18.-Conocimientos actualizados en el manejo de medicamentos

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

19.-Conocimientos de la fisiología de las posiciones en anestesia

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

20.-Habilidad para la colocación de venoclisis

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

21.-Habilidad para la intubación endotraqueal

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

22.-Habilidad para aplicar bloqueos regionales

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

23.-Preparar y etiquetar las jeringas con la dosificación adecuada

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

24.-Control y manejo de líquidos y electrolitos

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

25.-Control y manejo de sangre y sus derivados

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

26.-Manejo de la relajación neuromuscular

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

27.-Monitoreo de las constantes vitales

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

28.-Permanencia del anestesiólogo en sala desde el inicio al término de la cirugía

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

29.-Habilidad para canular arterias y colocar cateter central

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

30.-Elaboración de la hoja del registro de anestesia

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

31.-Extubación sin necesidad de revertir fármacos

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

31.-Por favor mencione otros criterios más que usted considere necesarios: \_\_\_\_\_

**ETAPA POSTOPERATORIA:**

32.-Recuperación del estado de conciencia al término de la cirugía

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

33.-Ausencia de dolor en el paciente

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

34.-Ausencia de náuseas en el paciente

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

35.-Ausencia de vómito en el paciente

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

36.-Ausencia de temblor en el paciente

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

37.-Estabilidad de los signos vitales.

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

38.-Elaboración de la nota postanestésica.

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

39.-Acompañar al paciente a la sala de recuperación

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

40.-Informar al servicio de recuperación de las características del acto anestésico quirúrgico y el estado del paciente.

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

41.-Vigilancia del paciente en las primeras horas del postoperatorio

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

42.-Visitar al paciente después de la cirugía

0 \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 \_\_\_ 9 \_\_\_ 10 \_\_\_

44.-Por favor mencione otros criterios que usted considere necesarios

---

---

*¡ MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN !*

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Aguirre GHG, Díaz LJA.** Evaluación de la satisfacción de los usuarios con la atención recibida y de los prestadores de servicios con el trabajo desarrollado. 2ª. Edición México 1997 Ed. CISS 227-49.
2. **Pascoe GC.** Patient satisfaction in primary health cares. A literature review and analysis. *Eval III prog plan* 1983;6:185-210.
3. **Tong D, Chung F, Wong D.** Predictive factors in global and Anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology* 1997; 87:856-64.
4. **Ghosh S, Sallam S.** Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery. *British Journal of surgery* 1994; 81: 1635-38.
5. **King J, Whitfield M.** How to choose a new partner in general practice. *BMJ* 1990;301:1258-60.
6. **Smith r.** All doctors are problem. *BMJ* 1997;314:841-2.

7. **Clarke IMC, Mavin JE.** Personality factors and the practice of Anesthesia and Psychometric evaluation. *Can J Anaesth* 1994;41:393-7.
8. **Fung D, Cohen MM.** Measuring patient satisfaction with Anesthesia care: A review of current methodology. *Anesthesia Analgesia* 1998; 87: 1089-98.
9. **Ruelas-Barajas E.** Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. *Salud Pública de México* 1990; 32: 225-231.
10. **Lee RI, Jones LV.** El concepto de buena atención médica. *Salud Pública de México* 1990; 32: 245-247.
11. **Aguirre-Gas H.** Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública de México* 1990; 32: 170-180.
12. **Guevara U, Tamariz-Cruz O.** Mínimos de calidad para la práctica de la Anestesiología en México. *Anestesia en México* 1994; 6: 386-392.

13. **Gjerdingen DK, Simpson DE.** Patient' and physcicians' attitudes regarding the physician's professional appearance. Arch Intern Med 1987;147:1209-1212.
14. **Herman CR.** An appraisal of anaesthetist-patient relationship. Anaesthesia 1978; 78: 45-48.
15. **Klafta JM, Roizen MF.** Current Understanding of Patients' Attitudes Toward and Preparation for Anesthesia: A review. Anesth. y Analg. 1996; 83: 1314-1321.
16. **Reerink E.** Garantía de la calidad de la atención ala salud en los países bajos. Salud Pública de México 1990; 32: 118-129.
17. **Martínez RA, Guzmán BB, Ruíz OP, Van Dick PMA, León TH, Martínez FA.** Evaluación de la calidad de la atención a la salud. Revista Médica del IMSS 1998; 36: 487-496.
18. **Ruíz CHM, Martínez NG, Calvo RJ, Aguirre GH, Arango RR.** Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud. Salud Pública de México 1990; 32: 156-168.

19. **Donabedian A.** La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México* 1990; 32: 113-117.
20. **Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK.** Anestesia clínica. Tercera edición. Philadelphia 1997. Volumen 1, pp: 111-120.