



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUROESTE
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G.”
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO COMO
INDICADOR DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA**

T E S I S

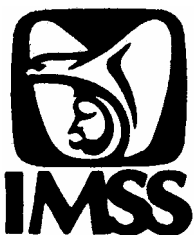
**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

PRESENTA:

DRA. AUREA GABRIELA IBARROLA COVARRUBIAS

ASESOR

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES



MÉXICO, D.F.

AGOSTO, 2007



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.

Doctora

DIANA G. MÉNEZ DÍAZ

*Coordinadora de Educación e Investigación en Salud
UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.”
Centro Médico Nacional Siglo XXI*

Maestro en Ciencias Médicas

ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

*Jefe del Servicio de Anestesiología
UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.”
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Profesor Titular del Curso Universitario de Especialización en Anestesiología
(Asesor de Tesis)*

DRA. ISIDORA VASQUEZ MARQUEZ

*Médico no Familiar Anestesiólogo
UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.”
Centro Médico Nacional Siglo XXI
(Colaboradora de Tesis)*

DEDICATORIA:

A AXEL

Por permitirme la experiencia de crear vida y la fortuna de tenerte en mis brazos.

Por tu deseo de explorar el mundo y alcanzar siempre nuevos horizontes, por querer ser el primero y esforzarte por lograr todos tus sueños.

Por las noches que hemos pasado lejos y haber compartido conmigo el ánimo de ayudar a alguien más que necesitara curar su dolor.

Por preocuparte por mí en mis desvelos.

Por cuidarme, prodigarme de besos y abrazos en cada reencuentro.

Por ser el motor de mi corazón, la chispa de mi vida, mi razón de luchar y ser mejor cada día.

Por ser la expresión más nítida del amor sincero.

Te dedico mi amor entero.

Te amo hijo.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por permitirme vivir tantos matices de la vida.

A MI MADRE

Por enseñarme a luchar con tesón y no darse por vencida, por estar al pendiente de mi hijo, por buscar siempre la solución, y seguir adelante todos los días, por enseñarme a amar.

A MI ESPOSO

Por estar a mi lado, apoyarme, ayudarme y ser el pilar de nuestro hogar, por ser un padre cariñoso, por estar pendiente de mis necesidades, por el amor que nos profesamos, por darme el ánimo para hacer realidad mis sueños, por su voto de confianza y acompañarme durante el camino, te amo.

A MI HERMANO Y SOBRINA

Por ser parte de nuestra familia, y permitirnos la dicha de disfrutar de su amor y compañía, por ser cómplices de juegos y travesuras.

A MIS MAESTROS

Por enseñarme y permitirme ver errores y aciertos.

De forma muy especial al **Dr. Antonio Castellanos**, por su disposición, por su calidad humana, por su Profesionalismo.

INDICE

RESUMEN.....	1
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	2
MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	11
DISCUSIÓN.....	14
CONCLUSIONES.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	16
GRAFICAS Y TABLAS.....	19

RESUMEN

SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO COMO INDICADOR DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

INTRODUCCIÓN: La satisfacción representa en teoría una evaluación de la experiencia con los servicios de salud, la cual está basada en valores, percepción, e interacción y también de reacciones emocionales. La satisfacción del paciente es por lo tanto un indicador de la calidad de los servicios médicos. Se ha demostrado que una buena relación médico paciente durante la valoración pre-anestésica, reduce la ansiedad y se da respuesta a sus inquietudes. Se reporta además que existe diferencia en el grado de satisfacción de acuerdo a la técnica anestésica, por ejemplo, en cirugía ambulatoria, es mayor la satisfacción de los pacientes que son sometidos bajo anestesia general endovenosa que los de balanceada. La satisfacción del paciente, en relación con la anestesia es un indicador de la calidad del control del dolor postoperatorio, pero contrariamente a lo esperado algunos estudios reportan que la satisfacción no es necesariamente proporcional al control del dolor, ya que pacientes que tienen un alto nivel de satisfacción experimentan de moderado a severo dolor postoperatorio. Se cree que el motivo por interacción que se establece con el personal de salud y porque los pacientes generalmente experimentan un dolor de menor intensidad al que esperaban.

DISEÑO: Transversal Analítico

OBJETIVOS: Conocer el grado de satisfacción de los pacientes atendidos por el servicio de anestesiología como indicador de calidad en la atención médica, en nuestro hospital.

MATERIAL Y METODOS: con la aprobación del Comité Local de Investigación del hospital, se realizó un estudio en los registros de pacientes sometidos a cirugía electiva o de urgencia, a los que se les haya realizado vista postanestésica, calificando la atención otorgada por el personal de anestesiología y se analizó la hoja de registro anestésico la edad, sexo, grado de escolaridad, el diagnóstico, cirugía realizada, técnica anestésica, la valoración y medicación pre-anestésicas, el estado físico de acuerdo a la clasificación de la ASA, Glasgow, calificación en el postoperatorio inmediato de Aldrete, complicaciones trans y postoperatorias, así como las dosis de analgésico y antiemético. Se usó un cuestionario de 26 preguntas previamente validado en el Servicio con un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.80. Se analizaron cada una de las preguntas y se determinó a los sujetos satisfechos e insatisfechos. El cuestionario interrogó sobre horas de internamiento previo a la cirugía, visita y medicación pre-anestésicas, puntualidad del procedimiento quirúrgico, se valoró si el trato que le proporcionó el anestesiólogo fue humano y afectivo, la satisfacción con el tipo de anestesia que recibieron, la experiencia que vivieron con el anestesiólogo, la comodidad en quirófano, recuerdo desagradable durante el procedimiento anestésico, náusea y vómito después de la operación así como la valoración de la intensidad del dolor de acuerdo a la Escala Visual Análoga además del reconocimiento del nombre del cirujano y anestesiólogo.

RESULTADOS: Se analizaron 1017 valoraciones postanestésicas de pacientes del servicio de anestesiología, se eliminaron 27 registros, encontrando 540 (54.5%) pacientes femeninos y 450 (45.5%) masculinos, el mayor porcentaje fue para ASA 2, 39.9% (397) y 33.5% (333) ASA 3, para urgencias ASA 3 fue la más frecuente con 5.6% (56). La modalidad anestésica fue general en 55.8% (552), anestesia regional 5.4%, en (53) casos, local en 13% (129) y sedación en 25.9% (256); la valoración preanestésica se lleva a cabo en un 81.7% (812). Estableciendo una buena relación 98.2%, refiriendo como satisfactoria la relación médico paciente en un 96.9% (963), la afectividad fue calificada como excelente en 82.5%. Solo 4.6% afirman tener recuerdos desagradables, náusea en 6.0%. El dolor fue calificado según EVA en todos los casos como leve.

CONCLUSIONES: Por los resultados obtenidos podemos afirmar que la visita preanestésica es punto cardinal de la relación médico paciente y va a determinar de forma importante la confianza, y las expectativas del paciente, por lo que se hace hincapié en que debemos continuar esforzándonos por realizar las valoraciones.

PALABRAS CLAVE: SATISFACCION Y CALIDAD DE ATENCION MEDICA.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La época de oro de la medicina (de 1930 a 1970), se caracterizó por la estima, el respeto y la admiración de los pacientes hacia sus médicos, quienes gozaban de autonomía, en un ambiente de seguridad, sin demandas.(1)

En estos tiempos el tipo de relación médico paciente era paternalista, donde el paciente depositaba su confianza y las decisiones sobre su salud en el juicio de su doctor, por ejemplo antes, si un médico cometía un error el paciente aceptaba la situación y el médico trataba de continuar una buena relación, hoy en día esto no sucede, los pacientes están concientes de que tienen derechos y exigen que se les respete y se les otorgue una atención de calidad.(2)

El respeto al paciente se logra por la reciprocidad, comunicación y preocupación; no se demuestra por el consentimiento informado, sino por la respuesta atenta y sensible a los matices de la conducta del paciente sea o no verbal. (3)

La relación médico - paciente ha sido considerada como el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina.(4) El acto médico se fundamenta en un convenio de confianza que obliga al médico a ser competente y estar al servicio del bienestar de sus pacientes, sin embargo, este convenio está amenazado por la creciente legitimación social de intereses particulares utilitarios, aunado a la presión de organizaciones de salud cuyo fin central es el ánimo de lucro, que han acrecentado en el médico el rol de agente mercantil. Ello ha contribuido a distorsionar la responsabilidad que tiene el médico frente a su paciente como dispensador de cuidado, apoyo y curación en la salud y la enfermedad.(5)

Con las variaciones propias de cada cultura, el rasgo esencial de la relación médico paciente es el encuentro entre el que busca ayuda y el que puede proporcionársela.(6)

Los roles propios del médico según la OMS son: promover la salud, prevenir la enfermedad, tratar las patologías y rehabilitarlas, roles que Alejandro Goic sintetiza en diagnosticar, pronosticar y tratar;(7) empero cada una de estas acciones es más compleja, incierta, inestable, única y conflictiva de lo que usualmente los textos académicos, la enseñanza universitaria o las formulaciones de competencias suelen plantearlas y son el resultado de un largo aprendizaje teórico y práctico vivenciado, es decir de un conocimiento que genera la experiencia profesional. (8)

La relación médico-paciente implica una interacción comunicativa destinada en principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico; pero en muchos casos, permite la posibilidad adicional de promover procesos de transformación y desarrollo humano en sus participantes. Para alcanzar esta posibilidad se requiere que dicha comunicación vaya más allá de un simple intercambio de información y se constituya en una recíproca y fructífera interacción personal, en la cual surja una amistad, entendiendo amistad como la plantea Pedro Laín Entralgo, en el sentido cristiano del término, lo cual implica que existan dos condiciones: proximidad, es decir un amor desinteresado que se prodiga a otro ser humano desconocido y confianza, que consiste en infundir en el otro lo que en la propia persona es más íntimo, más "propio". (9)

Es en aras del respeto a la autonomía del paciente, que la toma de decisiones unilateral se está orientando hacia una toma de decisiones compartida entre el paciente y el equipo de atención a la salud. La vieja relación médico-paciente como relación de poder, se está convirtiendo en una relación equipo de salud - usuario, entre iguales, en tanto que ambos comparten la autonomía como valor y su ejercicio como un derecho. Por otro lado, la beneficencia como valor esencial de la medicina, está modificando su contenido. Ahora no se persigue solamente el beneficio que el médico cree que el paciente debe recibir, sino además, aquel beneficio que el propio paciente considera para sí mismo.(10)

Es por esto que se ha creado una necesidad creciente de una mejor calidad en la prestación de los servicios médicos, sean estos públicos o privados, lo cual implica tanto el compromiso de las instituciones medicas, desde hospitales de alta especialidad, hasta centros de salud rurales, además de la participación de todos los que atienden a la salud, en particular los médicos, las enfermeras, los trabajadores sociales, los técnicos diversos, dietistas, y de otros profesionales. Esta mejoría de la calidad, implica también a los pacientes, ya que estos deben participar en lo que a ellos les corresponde como seguir las instrucciones, informarse, tomar las medidas dietéticas, y cambios de hábitos necesarios. Parecería que los enfermos, al ser los sujetos de atención, son los que deben recibir la buena calidad de la atención, sin necesidad de otra cosa. De hecho el paciente es el centro de este tema, si bien el juega un papel importante en la mejoría de la calidad.

Para los pacientes la satisfacción representa en teoría una evaluación de la experiencia con los servicios de salud, la cual está basada en valores, percepción, e interacción y también de reacciones emocionales. La satisfacción del paciente es por lo tanto un indicador de la calidad de los servicios médicos. (11,12) Se ha demostrado que una buena relación médico paciente durante la valoración pre-anestésica, reduce la ansiedad en el paciente, ya que brinda al paciente información acerca del manejo anestésico y se da respuesta a sus inquietudes. (13)

Se reporta además que existe diferencia en el grado de satisfacción de acuerdo a la técnica anestésica, por ejemplo, en cirugía ambulatoria, es mayor la satisfacción de los pacientes que son sometidos bajo anestesia general endovenosa que los de balanceada. (14)

Por lógica la satisfacción del paciente, en relación con la anestesia es un indicador de la calidad del control del dolor postoperatorio, pero contrariamente a lo esperado algunos estudios reportan que la satisfacción no es necesariamente proporcional al control del dolor, ya que pacientes que tienen un alto nivel de satisfacción experimentan de moderado a severo dolor postoperatorio. Se cree que el motivo es gracias a la e interacción que se establece con el personal de salud y porque los pacientes generalmente experimentan un dolor de menor intensidad al que esperaban.(15-16)

En la etapa postoperatoria además del dolor, la somnolencia, la disfonía, la odinofagia, la retención urinaria, la incomodidad y la sed, son las molestias que más frecuentemente reportan los pacientes, las cuales deben de tomarse en

cuenta con la finalidad de minimizarlas y así mejorar la calidad de la atención médica que se proporciona. En vista de que muchas de estas variables son de carácter subjetivo se han diseñado diversos instrumentos de medición basados en cuestionarios y entrevistas las cuales se han sometido a los procesos de validación correspondientes con la única finalidad de evaluar eficientemente la satisfacción del paciente y conocer su opinión con respecto al tratamiento anestésico. (17) Hoy en día la relación medico paciente así como la satisfacción del paciente son indispensables para poder otorgar una atención médica de calidad, por lo que es indispensable tomar las medidas adecuadas para poder cubrir los requisitos y expectativas del paciente quirúrgico el cual se encuentra en un grado de estrés importante, regularmente los pacientes no tienen contacto con los anesthesiólogos y la única forma de ganar la confianza y disminuir la ansiedad del paciente es realizando visitas preanestésicas eficaces donde, se otorgue información adecuada concisa y precisa al paciente que permita que nuestro trabajo se dignifique. Una forma de monitorear si esta visita fue adecuada es con la visita postanestésica; la cual nos brindará un panorama de los aspectos que si lograron ser cubiertos por la intervención pre y transanestésica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál será el grado de satisfacción de los pacientes anestesiados en una Unidad Médica de Alta Especialidad ?

OBJETIVO:

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes anestesiados en una Unidad Médica de alta Especialidad

MATERIAL Y PACIENTES:

DISEÑO: Estudio Transversal Analítico

UNIVERSO DE TRABAJO: Constituido por los registros postanestésicos de los sujetos sometidos a cirugía bajo anestesia, en el Hospital De Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda G" del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de septiembre 2006 a agosto 2007.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes; pacientes adultos, de cualquier sexo, con Calificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA) 1 a 5, pacientes programados para algún procedimiento quirúrgico o de diagnóstico bajo apoyo anestésico, pacientes sin afección física y/o neurológica que le impida

participar en el estudio, pacientes que contesten cuestionario de visita postanestésica.

Los criterios de no inclusión; discapacidad física o intelectual previa, pacientes que al término del acto quirúrgico ameriten apoyo mecánico ventilatorio. Pacientes que al término del acto quirúrgico necesiten vigilancia por servicio de medicina del paciente en estado crítico.

Los criterios de exclusión; aquellos pacientes que presenten inestabilidad hemodinámica desde su ingreso a sala. Pacientes que no cooperen en el cuestionario post anestésico.

PROCEDIMIENTO:

Después de contar con la aprobación del Comité Local de Investigación del hospital, se realizó un estudio en los registros de pacientes sometidos a cirugía electiva o de urgencia, a los que se les haya realizado visita postanestésica, calificando la atención otorgada por el personal del servicio de anestesiología y se analizó la hoja de registro anestésico la edad, sexo, grado de escolaridad, el diagnóstico, cirugía realizada, técnica anestésica, la valoración y medicación preanestésicas, el estado físico de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), puntajes de la valoración Glasgow, calificación obtenida en el postoperatorio inmediato de la escala de Aldrete, complicaciones trans y postoperatorias, así como las dosis de analgésico y antiemético.

Se uso un cuestionario de 26 preguntas previamente validado en el Servicio con un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.80. Se analizaron cada unas de las preguntas y se determino a los sujetos satisfechos e insatisfechos.

El cuestionario interrogo sobre horas de internamiento previo a la cirugía, visita y medicación pre-anestésicas, puntualidad del procedimiento quirúrgico. Además se valoro si el trato que le proporcionó el anesthesiólogo fue humano y afectivo, la satisfacción con el tipo de anestesia que recibieron, la experiencia que vivieron con el anesthesiólogo, la comodidad en quirófano, presencia de recuerdo desagradable durante el procedimiento anestésico, presencia de náusea y vómito después de la operación así como la valoración de la intensidad del dolor de acuerdo a la Escala Visual Análoga además del reconocimiento del nombre del cirujano y anesthesiólogo.

Se revisaron todas las valoraciones postanestésicas realizadas por el servicio de Anestesiología del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI, ya sea por médicos residentes o médicos de base del servicio en el periodo comprendido de septiembre de 2006 a julio de 2007.

Se tomaron en cuenta procedimientos tanto de diagnóstico que requieran apoyo anestésico como cirugías que requerían manejo anestésico.

Se otorgo la técnica anestésica que el médico anesthesiólogo tratante determino.

Se invito a participar a los médicos anesthesiólogos del servicio.

ANALISIS ESTADISTICO:

Para el análisis estadístico se utilizo prueba t de student, U de Mann-Whitney, Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher, considerando estadísticamente significativo todo valor de probabilidad menor de 0.5.

RESULTADOS

Se analizaron 1017 valoraciones postanestésicas de pacientes del servicio de anestesiología, se eliminaron 27 registros, encontrando 540 (54.5%) pacientes femeninos y 450 (45.5%) sexo masculino. (Ver grafico 1)

El estado físico según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) el mayor porcentaje fue para ASA 2, 39.9%(397) y 33.5% (333) ASA 3, para urgencias ASA 3 fue la mas frecuente con 5.6% (56) (Ver grafico 2)

El grado de escolaridad fue de analfabetas 10.3% (103), escolaridad básica 35.3% (350) escolaridad secundaria 23.3% (222), bachillerato 15.2% (151), carrera técnica 1.9% (19) y licenciatura 13.6% (135). (Ver grafico 3)

La modalidad anestésica otorgada fue de anestesia general en 55.8% (552) casos, anestesia regional 5.4%,en (53) casos, local en 13% (129) casos y sedación en 25.9% (256) casos. (Ver grafico 4)

Los procedimientos son otorgados de forma ambulatoria 208 pacientes, y con un internamiento previo de 24 horas 584 pacientes, internamientos de 48 horas o mas 98 pacientes. (Ver grafico 5)

Siendo operados de forma oportuna, es decir en fecha y hora programadas 936 pacientes que corresponden al 94.2%, la valoración preanestésica se lleva a caso en un 81.7% (812) y solo el 18.3 % (182) no fueron valorados, previo al

procedimiento anestésico. Solo al 24.7 %; 246 de los pacientes se les indica medicación preanestésica. (Ver gráfico 6)

El 98.4% (978) de los usuarios son recibidos al llegar a quirófano por su anesthesiólogo. En recuperación el anesthesiólogo habla con los pacientes en un 98.2% (976), siendo comprendidas de forma clara las indicaciones por el 98.1% (975) de pacientes.

Los pacientes en su mayoría establece una buena relación con su anesthesiólogo en un 98.2% con 976 pacientes, refiriendo como satisfactoria la relación médico paciente en un 96.9% (963), la cual se evalúa con los siguientes grados de satisfacción; mala 0.4%(4), regular, 9% (9), buena 16% de pacientes (157) y como excelente 82.6% de pacientes (712). (Ver gráfico 7)

A 93.2% (926) de los pacientes que son atendidos, le gustaría recibir una anestesia semejante en cirugías posteriores.

La afectividad del anesthesiólogo hacia el paciente fue calificada como buena en .2% por 1 paciente, muy buena en 15.7% por 59 pacientes y como excelente en 82.5% por 364 pacientes, la comodidad dentro del quirófano fue calificada como excelente por el 90.2% por 354 pacientes. (Ver gráfico 8)

El 94.3% (937) de los pacientes no tiene recuerdos de la anestesia mientras que 18 pacientes, representados por el 4.6% afirman tener recuerdos desagradables como, dolor 0.4% (4), incomodidad 0.4% (4), náusea 0.2% (2), dificultad respiratoria 0.2% (2), miedo, frío, dolor en el ojo, despiertos solo uno de cada uno.

La náusea se presentó en 60 pacientes (6.0%), presentando náusea mínimo de 0 a 1, 33 pacientes 55%, leve vómito en 1 ocasión 20 pacientes el 33.3%, moderado vómito en 2 ocasiones 3 pacientes el 5% y de forma severa 3 ocasiones o más solo 1 paciente el 1.6% de los pacientes atendidos.

El dolor posterior a la cirugía según la Escala Análoga Visual calificado con (EVA) de leve con una mediana de 1.25 y una desviación estándar de ± 1.89 .

Los pacientes refieren insomnio previo al acto quirúrgico con una media de 6.57 y una desviación estándar de ± 1.6 .

El dolor de garganta se refiere con una mediana de 0.67 y con una desviación estándar de 1.6%

Al momento de realizar la encuesta el dolor se evaluó como leve con una mediana de 0.84 con una desviación estándar de ± 1.5 .

El nombre del cirujano es recordado por el 38.2% (375) de los pacientes mientras que el del anestesiólogo es recordado en 61.8% (607) de los pacientes al momento de la encuesta; los pacientes son informados por el anestesiólogo sobre los riesgos de su procedimiento en un 81.6% (807) pacientes.

DISCUSION

De los 1018 pacientes encuestados podemos afirmar que la satisfacción por el procedimiento otorgado es mayor del 90%, comparado con los estudios realizados previamente en este mismo hospital podemos decir que la atención medica otorgada por el servicio de anestesiología es de calidad, ya que cumple con los lineamientos y normas establecidas por los organismos regidores de control de calidad, realizándose la mayor parte de las valoraciones preanestésicas, y con una relación medico paciente bien afianzada, logrando disminuir la ansiedad del paciente y comunicando los riesgos y beneficios de cada procedimiento. Si logramos involucrar al paciente con su tratamiento esta bien demostrado que la experiencia para ambas partes será mucho mas enriquecedora y vivenciada de una forma mas agradable.

CONCLUSIONES

La satisfacción del paciente no siempre se relaciona con los puntos cardinales considerados por los consejos médicos para el control de calidad, sin embargo hoy día es indispensable conocer la opinión de nuestros pacientes aunado a los lineamientos médicos para el control de calidad de esta forma podemos hacer que la satisfacción del paciente junto a un proceder adecuado y con lineamientos cumplidos hagan que nuestros usuarios tengan una atención de calidad real, de ambas partes.

Por los resultados obtenidos podemos afirmar que la visita preanestésica es punto cardinal de la relación médico paciente y va a determinar de forma importante la confianza, y las expectativas del paciente, por lo que se hace hincapié en que debemos continuar esforzándonos por que cada uno de los pacientes que sea sometido a procedimiento anestésico tenga de antemano respuesta a sus inquietudes; debemos estudiar los factores que hacen más estresante un procedimiento con sedación y anestesia regional por ejemplo en los procedimientos de oftalmología, donde por la poca accesibilidad a la vía aérea una vez iniciado el procedimiento se prefiere otorgar sedaciones con Ramsay 1 a 2, lo cual hace que el paciente tenga que estar despierto y ser más cooperador, una sugerencia para que esta experiencia no sea vivida de forma desagradable, podría ser mostrar al paciente un video para explicar en que consiste el procedimiento y de esta forma hacerlo participar de una forma conciente y orientada, permitiéndole aclarar todos sus miedos y dudas antes de otorgar el procedimiento anestésico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. **Vargas Martínez A**, Boletín. Vol.XII; No.2 ISSN 1405-4647.
2. **Fuente J**,. Errores frecuentes de la anestesia. Medwave 2003;5:12-26
3. **Kaplan and Sadock**, Sinopsis of psychiatry, Lippincott Williams and Wilkins, 8a ed., Baltimore 1998,1323-75
4. **Laín Entralgo**, P. La relación médico – enfermo, historia y teoría. Alianza editorial. Madrid, 1983,19-45.
5. **Crawshaw R**. Patient-Physician covenant. Police Perspectives. JAMA 1995;273:1553-65
6. **Laín Entralgo P**. Introducción a una antropología médica. En: Antropología Médica. Salvat. Barcelona, 1985.
7. **Goic A**, El médico y el enfermo. En: El fin de la medicina. Mediterráneo, Santiago de Chile, 2000. P. 109.
8. **Shon D**, El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan. Temas de educación. Paidós. No. 47. Traducción José Bayo. 1ª. Edición 1998. (The reflective practitioner, How professionals think in action. Basic Books, a division of Harper Collins Publishers, 1983). P. 28.
9. **Laín Entralgo**, El cristianismo y la relación médica: P Opus Cit 1983:II;104–119.
10. **Kohlberg L**, La educación moral. Barcelona, España: Gedisa; 1999.

11. Fung D, Cohen M. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg* 1998; 83: 1089-98.

12. Rowlingson J. Acute postoperative pain management . *Anesth Analg* 2001; 92: 78-85.

13. Pasternak R, Arens J, Caplan R. Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologist task force on preanesthesia evaluation. *Anesthesiology* 2002; 96: 485-496.

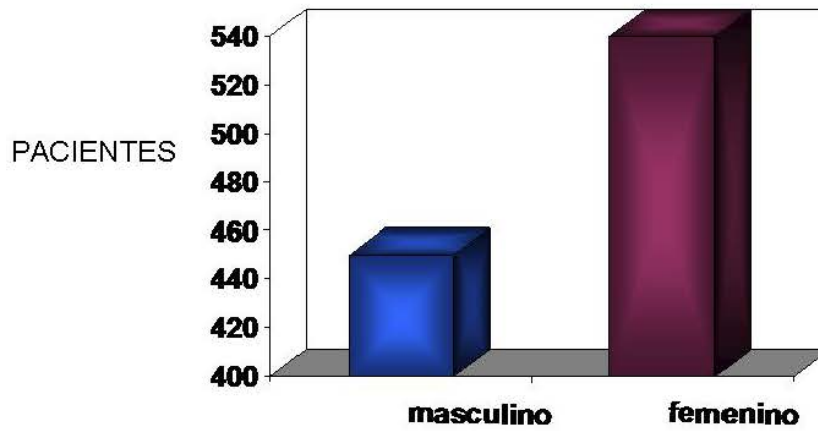
14. Tang J, Chen L, White P, Watcha M, Wender R, Naruse R, Karinger R, Sloninsky A. Recovery profile, cost, and patient satisfaction with propofol and sevoflurane for fast-track office-based anesthesia. *Anesthesiology* 1999; 91: 253 - 261.

15. Gan T, Apfelbaum J, Chen C. Patient surgery experience: primary concerns, analgesia preference, and patient satisfaction. *Anesthesiology* 2000; 93: 880-5.

16. Bostrom B, Rambert T, Davis B, Fridlund B. Survey of postoperative patient's pain managements. *J Nurs Manag* 1997; 5: 341-9.

17. Bauer M, Aichele A. Measuring patient satisfaction with anaesthesia: perioperative questionnaire versus standardised face-to-face interview. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45:65-72.

DISTRIBUCION POR SEXO



GRAFICA 1: Distribución de pacientes por sexo

ESTADO FISICO ASA

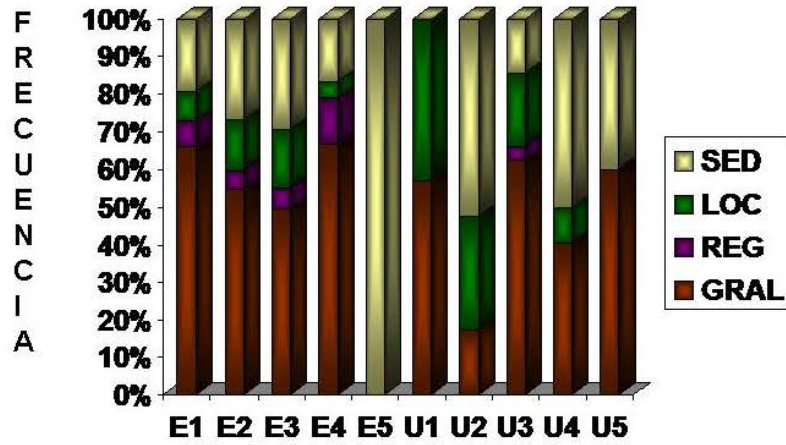


GRAFICO 2: Distribución según clasificación de Sociedad Americana de Anestesiólogos.
E Electiva, U: Urgencia

ESCOLARIDAD

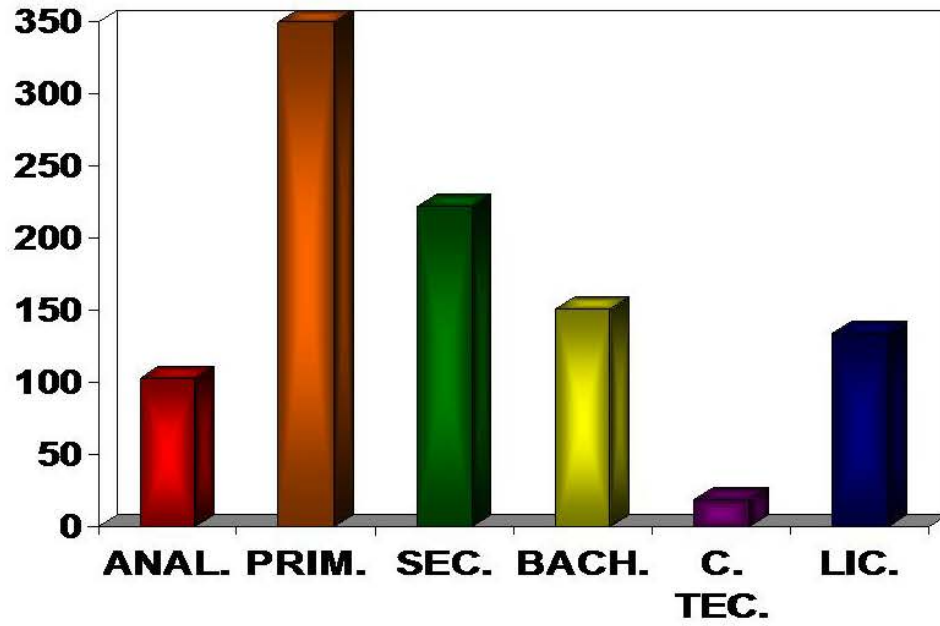


GRAFICO 3: ANAL; analfabetas, PRIM; primaria, .

TIPO DE ANESTESIA

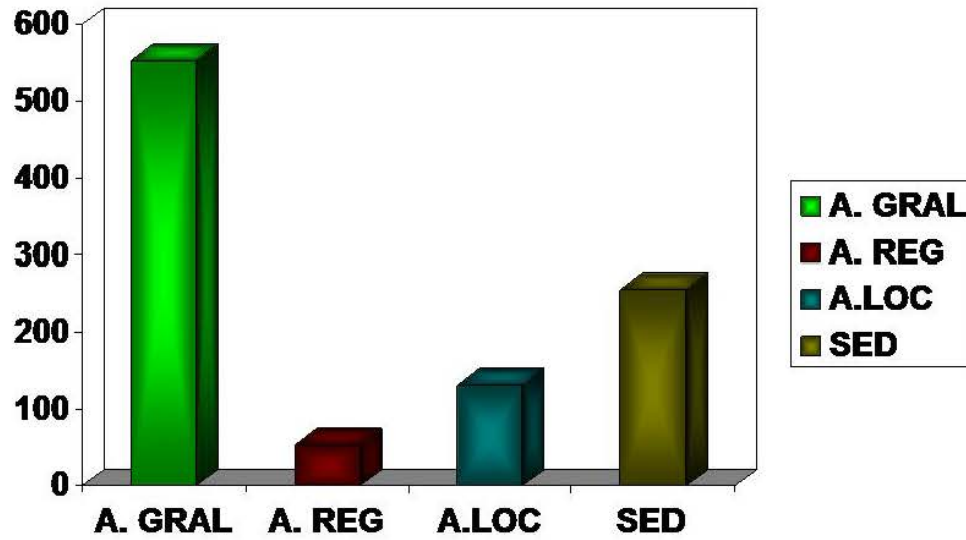


GRAFICO 4: Distribución de técnica anestésica otorgada

A. REG: Anestesia General Balanceada, A. REG: Anestesia Regional, A. LOC: Anestesia local, SED: Sedación.

TIEMPO DE INTERNAMIENTO Y REALIZACION DE
CIRUGIA OPORTUNA

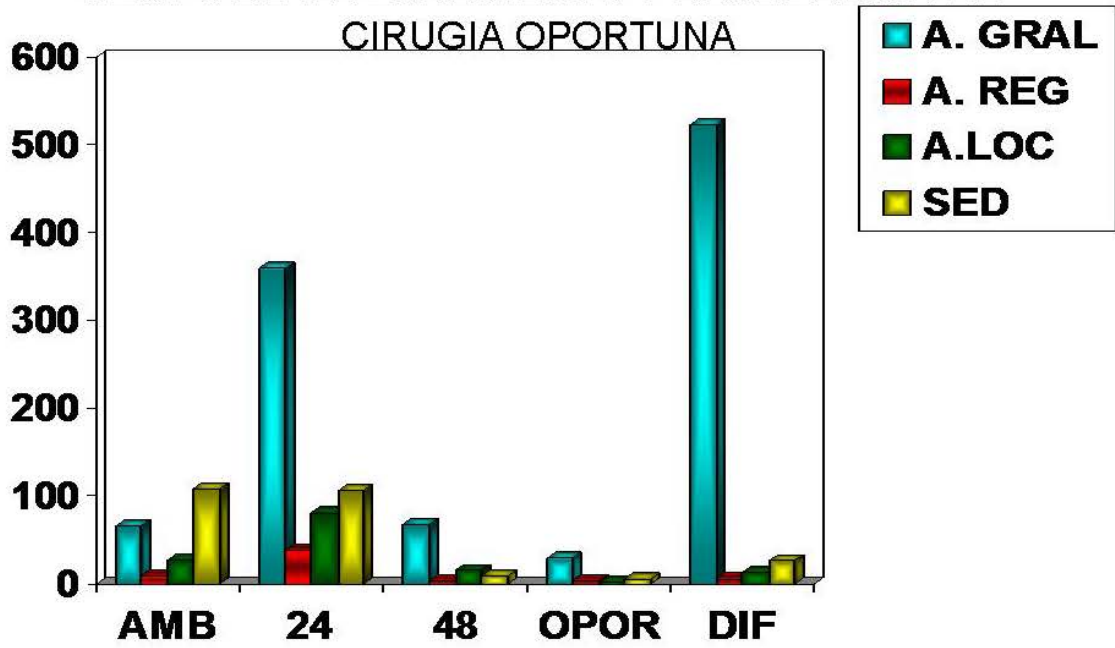


GRAFICO 5: Tiempo de internamiento al momento de la valoración, y Realización de la misma en tiempo programado o diferido.

AMB: ambulatoria, 24; 24 horas de internamiento, 48; 48 horas de Internamiento, OPOR; procedimiento realizado oportuno, DIF: procedimiento diferido

VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y PREMEDICACIÓN

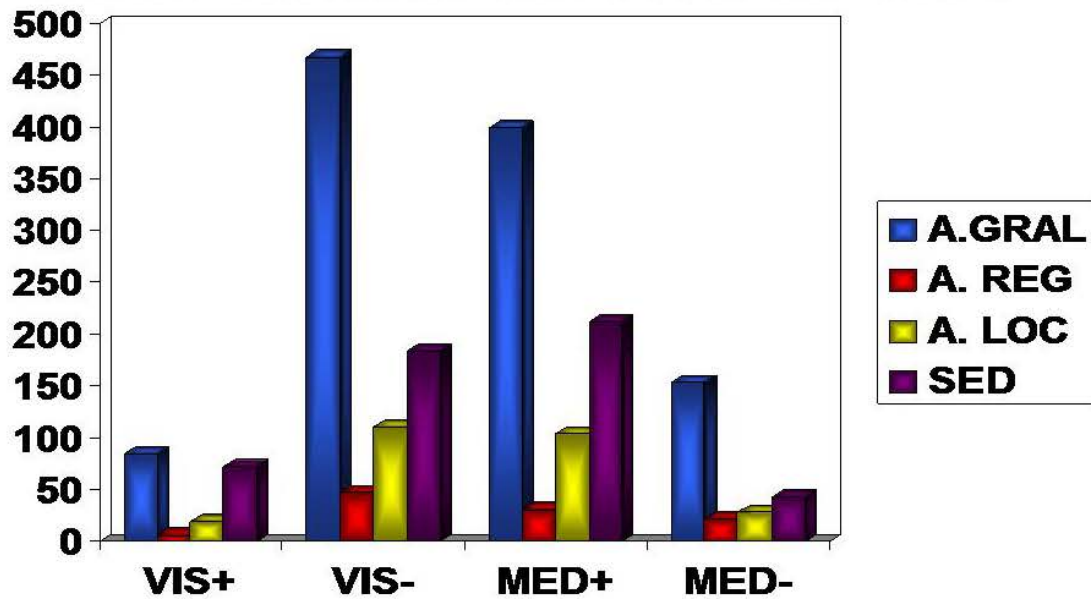


GRAFICO 6: VIS+; visita preanestésica realizada, VIS- vista preanestésica no realizada.
MED+; Medicación preanestésica indicada, MED-; No se indicó medicación preanestésica

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

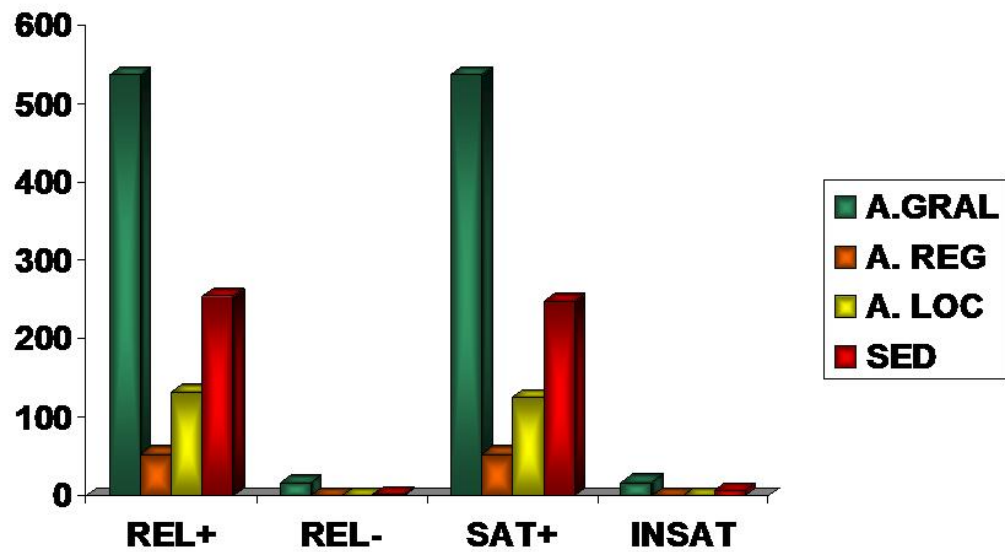
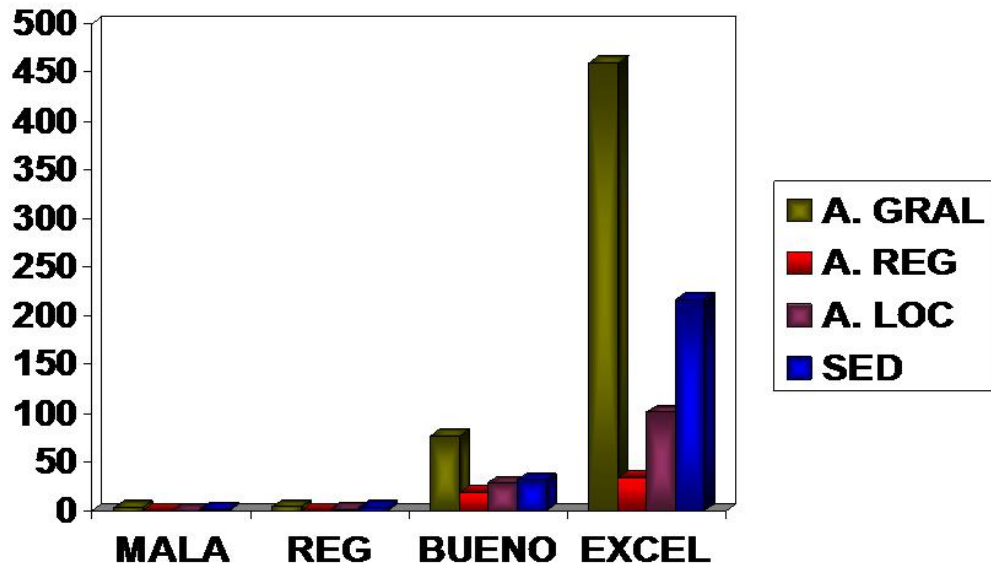


GRAFICO 7: REL+; relación médico paciente positiva, REL-, Relación médico paciente negativa, SAT +; Paciente satisfecho, INSAT; Paciente insatisfecho

AFFECTIVIDAD DEL ANESTESIÓLOGO



GRAFICA 8: MALA: no afectivo, REG: Poco afectivo, BUENO: buena afectividad EXCEL; excelente afectividad