

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

**“SATISFACCION DEL PACIENTE,
COMO INDICADOR DE CALIDAD
EN LA ATENCIÓN ANESTESICA”**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA
ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA**

PRESENTA:
BEATRIZ ADRIANA CORTEZ PACHECO

ASESOR DE TESIS:
DR. ARMANDO ALVAREZ FLORES

MÉXICO, D.F. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



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. CARLOS VIVEROS CONTRERAS

Jefe de la División de Enseñanza
Hospital Juárez de México

DR. JOSE ANTONIO CASTELAZO ARREDONDO

Jefe del Servicio de Anestesiología
Titular del Curso Universitario de Anestesiología
Hospital Juárez de México

DR. ARMANDO ALVAREZ FLORES

Médico Adscrito al Servicio de Anestesiología
Hospital Juárez de México
ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS.

A *Dios* por permitirme llegar a este momento de realización profesional y personal.

A mis padres, *Abel y Guadalupe*, por haberme dado la vida y la herencia más valiosa: una carrera. Gracias por su apoyo, confianza, y el ejemplo del trabajo diario.

A mi esposo *Eduardo*, gracias por las palabras de aliento y comprensión en momentos difíciles, por permanecer a mi lado todo este tiempo.

A mis hermanos y amigos, que no perdieron la confianza en mí.

Y a todas las personas que contribuyeron en mi formación, maestros y doctores. Especialmente al *Dr. Armando Álvarez*, por su tiempo y paciencia al dirigirme y asesorarme en la elaboración de esta tesis.

Bety Cortez.

ÍNDICE.

	pagina
I. Planteamiento del problema	5
II. Antecedentes	6
III. Objetivos	14
IV. Hipótesis	15
V. Justificación	15
VI. Metodología	16
a. Tipo y diseño de estudio	
b. Población y muestra	
c. Criterios	
d. Variables	
e. Metodología	
f. Análisis estadístico	
g. Recursos humanos	
h. Recursos materiales	
i. Recursos financieros	
VII. Resultados	22
a. Análisis de Resultados	
VIII. Discusión	26
IX. Conclusión	32
X. Anexos	34
XI. Referencias	42

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Existe un permanente aumento de procedimientos quirúrgicos, con la consecuente necesidad de solicitar un manejo anestésico de calidad; en donde la satisfacción del paciente debe de tener prioridad.

La calidad de la asistencia generalmente se evalúa en función de los resultados, contando en la actualidad, con estándares definidos de morbilidad y mortalidad. Sin embargo la valoración de acuerdo a los resultados deja de lado la experiencia subjetiva del paciente, siendo este el que mejor nos puede evaluar esta conducta.

Recordemos que un paciente satisfecho de la atención medica recibida, es uno de los mejores indicadores para confirmar una Atención Médica de Calidad; y esto no tiene que ser diferente en el servicio de Anestesiología.

II. ANTECEDENTES.

En su constante lucha por sobrevivir quizá la batalla más grandiosa y verdadera del ser humano es la librada contra el dolor. La historia es dramática y los avances actuales en el alivio del dolor son resultado de muchos experimentos desalentadores y triunfos aislados. (1)

Históricamente la anestesia representa uno de los avances más grandes de la humanidad, pues permite la solución práctica a los problemas médico quirúrgicos de otra manera imposibles o fatales. (2)

Anestesiología; es una rama de la medicina especializada en la atención médica de los pacientes que son sometidos a procedimientos médico-quirúrgicos, obstétricos o de otra índole, en estado de inconsciencia, insensibilidad al dolor, al estrés emocional o a una combinación de los anteriores, producidos por la administración por distintas vías de sustancias farmacológicas, por lo que también se dedica al cuidado y protección de las funciones de sistemas vitales como el nervioso central, al nervioso autónomo, el cardiovascular, el respiratorio, el hepato-renal y el hematopoyético, con el propósito de mantener la homeostasis del organismo humano. Sus campos de aplicación se extienden al cuidado de pacientes que son sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, al tratamiento del dolor agudo y

crónico y al manejo de enfermos graves a solicitud del médico a cargo de la unidad de cuidados intensivos. Todas las acciones de esta especialidad se realizan antes, durante y después de los procedimientos incluidos en su área de influencia. (3)

La Anestesiología como ciencia al servicio de la humanidad está involucrada en el concepto de calidad y tiene como objetivo, lograr que el paciente se sienta satisfecho con el servicio prestado (analgesia, anestesia); garantizándole la ausencia de molestias y dolor durante el acto quirúrgico, disminuyendo a su vez la presencia de efectos secundarios trans y post anestésicos. (4)

La importancia y trascendencia de los procedimientos anestésicos ha crecido al ritmo y velocidad con que aparecen nuevos conocimientos y técnicas, que permiten al cirujano abordar prácticamente todas las estructuras del organismo humano, en un afán plausible de recuperar la salud y prolongar la vida útil. (3)

La responsabilidad del médico especialista en anestesiología es ahora mayor en un proceso que va desde el estudio y valoración del paciente previo a la aplicación de la anestesia, para seleccionar el procedimiento de menor riesgo y más apropiado a cada situación, la aplicación correcta y oportuna del mismo, vigilando permanentemente las condiciones trans-operatorias del paciente hasta la recuperación post-anestésica, que implica la eliminación del

estado provocado y la estabilidad completa de sus funciones. (5)

El Anestesiólogo juega un rol muy importante para alcanzar estas metas. Esta práctica, junto con una expresión de confianza de un profesional experimentado, creará una atmósfera psicológica idónea para una relación anestesiólogo -paciente apropiada. (5)

La palabra "**calidad**" se usa cada vez con más frecuencia en las compañías, ya sea en los sectores de alimentos, industria o servicios; incluidos los servicios de salud. La Calidad se puede definir como la capacidad de lograr objetivos de operación buscados.

- La norma ISO 8402-94 define la calidad como:

El conjunto de características de una entidad que le otorgan la capacidad de satisfacer necesidades expresas e implícitas.

- La norma ISO 9000:2000 la define como:
La capacidad de un conjunto de características intrínsecas para satisfacer requisitos. (6)

El concepto de calidad, un término de origen neutro, se transforma en un conjunto de parámetros de un proceso: evaluación-transformación-satisfacción de necesidades. (7)

En la práctica, hay dos tipos de calidad:

- Calidad externa, que corresponde a la **satisfacción de los pacientes** (clientes).

El logro de la calidad externa requiere proporcionar servicios que satisfagan las expectativas del paciente para establecer lealtad con él y de ese modo mejorar su participación en el área de salud. Los beneficiarios de la calidad externa son los pacientes y los socios externos de una compañía (en nuestro caso hospital). Por lo tanto, este tipo de procedimientos requiere escuchar a los pacientes y también debe permitir que se consideren las necesidades implícitas que ellos nos expresan. (6)

Los métodos para medir y controlar la calidad de productos y servicios han evolucionado en todas las áreas. Los primeros antecedentes los hallamos grabados en piedra, en las leyes del Código de Hammurabi (1692 a.C.). En la Nueva España, desde 1525 fue de interés la calidad de la atención: con objeto de vigilar el ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras, por lo que se integró el Real Tribunal del Protomedicato, con jurisdicción en todos los problemas de salubridad pública. El Ayuntamiento de la Ciudad de México trató de vigilar la práctica médica y la salud de las habitantes de la ciudad y sus alrededores; dictó disposiciones en las epidemias; normó el ejercicio de la Medicina sólo para quienes hubieran demostrado su capacidad, y ordenó visitas a las boticas. (8)

Obtener calidad es una aspiración universal, impulsada por usuarios/clientes/pacientes cada vez más informados, personas que desean recibir productos y servicios sin defectos ni diferencias. Y el actual acceso a profusa información médica, sumado a la posibilidad de obtener información sobre atención, transforma el quehacer médico en una función que exige calidad total. (8)

En la práctica diaria de la medicina, ya sea pública o privada, es cada vez más importante el otorgar un servicio de calidad o Calidad de Atención Médica (CAM). Esta, ha sido en los últimos años un tema de análisis y de discusión en todo el mundo y a la vez una preocupación desde su definición hasta su instrumentación en una medicina cada vez más globalizada; por lo tanto, es imprescindible conocer qué es la CAM para luego poder implementarla. Uno de sus componentes, la calidad, es la totalidad de propiedades y características de un producto o servicio basados en su capacidad para satisfacer necesidades determinadas, según la American Society for Quality Control, pero el término completo agrupa algunos elementos adicionales. (9)

Una puntualización indispensable es separar el concepto de CAM con el de la satisfacción del usuario, la cual no implica necesariamente a la primera, como lo reportó Cleary, quien encontró que a pesar de que el paciente ha recibido justo el tratamiento indicado ("de calidad") y con resultados acertados, los grados de insatisfacción fueron

significativos concluyendo que los conceptos que tienen los pacientes de la CAM son diferentes y variados como para poder uniformar criterios a partir de ellos y tratar de establecer políticas de salud y sólo existen dos puntos de coincidencia, que sean tratados con respeto y que se les incluya en la decisión acerca de los tratamientos. (10)

Por otro lado, Brook propone que para definirla se debe diferenciar entre la CAM (o el acceso a ella) y la organización de los servicios de salud (con sus costos), lo cual no es lo mismo; en su revisión sobre la calidad de los servicios de salud, menciona que lo esencial es el manejo de tal calidad y no el manejo de la atención y el ahorro en el presupuesto, y a quien gaste menos se le da un incentivo económico. Al enfocarse en la CAM refiere que se requiere una metamorfosis desde la formación de recursos, ya que a los estudiantes más sobresalientes se les envía a los mejores centros hospitalarios profundizando la brecha de conocimientos y destrezas con respecto a los de menor calificación, dando enormes diferencias en la CAM entre los médicos, lo cual no puede tolerarse. Otro punto importante es hacerla accesible a todos y, por último, comprender lo poco atractivo que es dedicarse a lograrla por la poca recompensa que se obtiene, además, la calidad raramente es agradecida por la mayoría de la sociedad. También propone la manera de medirla, al calificar por separado la estructura y el proceso asistencial con, los resultados. (11)

En cuanto a la manera de asegurar la calidad en medicina se tienen como ejemplos en Estados Unidos a la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) o la National Committee for Quality Assurance (NCQA), en Inglaterra con el Department of Health-Working for Patients y en México con la Norma Oficial Mexicana 170 para la Práctica de la Anestesiología. En el primer caso resalta la concepción de la eficacia o cost - effectiveness, la cual pretende lograr mejores resultados al menor costo; en el caso de Inglaterra se trata de lograr la CAM a toda costa (eficiencia), sin mencionar de forma específica una política orientada al ahorro de costos, donde refiere que quien haya aplicado algún procedimiento sea el que dé seguimiento al paciente para detectar aciertos, errores y proponer sus propias soluciones; caso parecido al español, según Muñoz-Ramón en su revisión sobre control de calidad. Por último, en México el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 170 (NOM 170), permite un mejor desempeño del anestesiólogo. (12)

“La ciencia sin la conciencia es la ruina del alma”. No es posible desconocer que la función de la Medicina es trifásica: científica, personalista y profesional; es un quehacer sustentado en el conocimiento, tiene por objetivo al paciente y es un medio que permite la subsistencia del profesional. Luego entonces, una calidad sin estos componentes resultaría una reducción al absurdo. (7)

Es importante recordar lo que decía Donabedian, para quien la calidad de atención médica es “el grado en el que los médicos más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”. (7)

Algunas de las palabras del propio Donabedian fueron: “La calidad que se observa en el hospital realmente está limitada a la competencia técnica y, más recientemente, a la atención superficial al proceso interpersonal. Mantenga contento al paciente, sea amable con el paciente, llámelo señor o señora; recuerde su nombre. La idea de que los pacientes deben involucrarse en su atención en general no es practicada de manera responsable. Hoy día la gente habla de autonomía del paciente, pero en general eso se traduce en abandono del paciente. El médico debe de trabajar diligentemente con el paciente a fin de llegar a una solución que a fin de cuentas sea aceptable para éste pero que no sea dirigida. El papel del médico es asegurarse activamente de que el paciente llegue a una decisión razonable pero sin ser manipulador”. (13)

III. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la calidad de atención brindada por el personal del departamento de anestesiología, durante el periodo perioperatorio, desde el punto de vista del paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar el conocimiento que los pacientes tienen sobre el anestesiólogo y las funciones de este, para su atención.
- Conocer la relación médico-paciente, dentro del servicio de anestesiología.
- Medir el grado de satisfacción de los pacientes con relación al acto anestésico.

IV. HIPÓTESIS.

Sí el personal médico de anestesiología ofrece un manejo peri anestésico adecuado lograra establecer una buena relación médico-paciente, de esta forma conseguirá mayor satisfacción percibida por los usuarios. Misma que nos ayudara como indicador de calidad en la atención anestésica.

V. JUSTIFICACIÓN.

En nuestro medio no existe hasta el momento un estudio en donde se valore la satisfacción del paciente como indicador de calidad en la atención anestésica. Probablemente sea porque la satisfacción es un parámetro cualitativo, difícil de valorar.

Pero tomando en cuenta que en otras áreas de la medicina, actualmente la satisfacción del paciente es uno de los indicadores con importancia para valorar la calidad de atención, vale la pena realizar un estudio para corroborar que la satisfacción percibida por los pacientes sometidos a un evento anestésico-quirúrgico, puede ser tomado en cuenta como un parámetro importante en la evaluación de una atención anestésica de calidad.

VI. METODOLOGÍA.

a. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.

Estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico.

b. POBLACIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA.

- ❖ Población: Pacientes sometidos a procedimiento anestésico quirúrgico electivo, en el Hospital Juárez de México, durante el mes de febrero del 2009.

- ❖ Muestra: Debemos de recordar que no se encontró evidencia de un estudio previo similar. Por lo que se realizó una muestra de 100 pacientes.

Muestra por conveniencia. Para fines del estudio y del investigador. (14)

c. CRITERIOS.

INCLUSIÓN:

- Sexo masculino y femenino
- Edad; 18 - 70 años
- ASA; I , II , III (ANEXO 1)
- Cirugía electiva

NO INCLUSIÓN:

- Pacientes con incapacidad física para contestar el cuestionario.
- Enfermedad que limite la capacidad intelectual para comprender el cuestionario.
- Paciente psiquiátrico.
- Negación del paciente a contestar el cuestionario.

d. VARIABLES.

VARIABLES CUALITATIVAS

UNIVERSALES:

- Género (masculino y femenino)
- Edad (años)
- Estado físico ASA (I , II , III)

INDEPENDIENTES:

- Servicio quirúrgico; (ginecología, cirugía plástica, urología, cirugía de tórax, vascular periférico, cirugía general, ortopedia, neurocirugía, otorrinolaringología, oftalmología, oncología, cirugía maxilofacial).
- Técnica anestésica; (anestesia general, anestesia regional, anestesia combinada, sedación).

DEPENDIENTES: (ORDINALES)

- Conocimiento del paciente sobre las funciones del anestesiólogo; (adecuado, regular, inadecuado).
- Relación médico – paciente; (excelente, regular, deficiente).
- Calidad de atención percibida por los usuarios; (excelente, regular, deficiente).

e. METODOLOGÍA.

Se realizó estudio, previa aprobación del Comité de Investigación y Salud del Hospital Juárez de México, con número de folio **HJM1944/10.11.09-R**

Tomando como referencia las listas de programación de procedimientos anestésico-quirúrgicos, se captaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Una vez confirmada la realización del procedimiento anestésico, se visitaron a los pacientes directamente en su cama ubicada en el área de hospitalización de los diferentes sectores quirúrgicos, aproximadamente 24 horas después de su evento anestésico. Se les informo del estudio que se realizaba y se pidió su consentimiento en forma verbal para ser incluidos en el mismo.

La información se captó realizando una entrevista dirigida y estructurada, utilizando una guía de entrevista (cuestionario) en donde las preguntas se formulan por escrito; dicho cuestionario se aplicó por el investigador. (ANEXO 2)

El cuestionario se estructuró con preguntas de respuesta múltiple, que consiste en una encuesta de 13 preguntas; mismo que tiene un diseño precodificado, para facilitar la captación y análisis de datos. Las preguntas se realizaron en un

lenguaje popular para una adecuada interpretación y respuesta de los pacientes.

Las preguntas 1, 2 y 3 de la encuesta miden el conocimiento del paciente sobre el anestesiólogo; de la pregunta 4 a la 7 se evalúa la relación médico-paciente; y la calidad de atención anestésica es medida por las preguntas 8, 9, 10, 11, 12 y 13. Cada pregunta presenta tres alternativas de respuesta, algunas de estas tienen respuestas escalares.

También se usó el expediente clínico, de donde se obtuvo información de la hoja de registro trans-anestésico, para capturar datos de interés al estudio, tales como: estado físico de ASA, técnica anestésica, edad, sexo, servicio quirúrgico, etc.

f. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Mediante un formato específico, cuestionario, (ANEXO 2) se llevó a cabo la recolección de datos.

El análisis estadístico de las variables universales e independientes se realizó empleando porcentajes y medidas de tendencia central; las variables cualitativas se analizaron únicamente por porcentajes, tomando en cuenta la tabla de precodificación. (ANEXO 3)

g. RECURSOS HUMANOS.

Investigador, asesor y los pacientes que aceptaron colaborar en el estudio.

h. RECURSOS MATERIALES.

Instalaciones del Hospital Juárez de México.

Papelería básica: cuestionarios, bolígrafos.

Expediente clínico y hoja de registro transanestésico.

i. RECURSOS FINANCIEROS.

Del Hospital Juárez de México y del investigador.

j. CONSIDERACIÓN ÉTICA.

Según Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, es un estudio **“Sin Riesgo”** y no requiere de **“Consentimiento informado”** (ANEXO 4)

VII. RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 100 pacientes (n=100); la edad promedio de los encuestados fue de 41 ± 13 años (rango 18-70). La distribución por sexos fue de 43 hombres (43%) y 57 mujeres (57%). El estado físico fue: ASA I (15%), ASA II (55%), y ASA III (30%). (Tabla 1)

A los 100 pacientes encuestados se realizó cirugía electiva, todos ellos pertenecían a diferentes especialidades quirúrgicas. La distribución de las anestесias por especialidad quirúrgica fue la siguiente: cirugía general 25%, cirugía plástica 5%, ginecología 5%, oftalmología 5%, oncología 14%, ortopedia 17%, otorrinolaringología 17%, urología 11% y cirugía vascular periférica 4%. (Tabla 2)

Los tipos de anestesia administrados fueron anestesia general en 46%, Sedación en 7%, y anestesia neuroaxial en 47%: 40 de ellos con bloqueo epidural, y 7 con bloqueo subaracnoideo.

(Grafico 1)

a. ANALISIS DE RESULTADOS.

Se evaluaron tres aspectos: El conocimiento que tienen los pacientes sobre las funciones del anestesiólogo; La relación médico paciente; y La

calidad de atención percibida por los usuarios.

(ANEXO 3)

Al evaluar el conocimiento que los pacientes tienen sobre los anestesiólogos encontramos que solo el 76% de los pacientes consideran que el anestesiólogo es un médico, mientras que el 18% no saben si es médico o no y el 6% refirió que los anestesiólogos no son médicos. (Grafico 2)

También se les pregunto quién era el encargado de su vida durante el procedimiento anestésico-quirúrgico y observamos que el 41% consideran que esta es función del anestesiólogo, 33% que es función del cirujano y el 26% refirió no saberlo.

(Grafico 3) A pesar de los datos obtenidos el 96% de los pacientes consideran que la participación del anestesiólogo en su procedimiento anestésico-quirúrgico es muy importante, y el 3% restante la consideran poco importante. (Grafico 4)

Del 100% de las visitas pre-anestésicas; los pacientes consideraron que esta visita fue adecuada en el 70%, regular en el 28% y deficiente en el 2%. Solo el 83% de los pacientes refiere que su anestesiólogo se presentó con ellos previo al procedimiento, el 7% no se presentó con sus

pacientes y el 10% restante no recuerdan si lo hizo o no.

El 55% de los pacientes consideran que la forma en que su anestesiólogo les explico el procedimiento anestésico fue excelente, el 43% que fue regular y el 2% refirieron que la explicación fue deficiente.

El 78% de los pacientes percibieron mucha seguridad y confianza por parte de su anestesiólogo, mientras que el 21% percibieron solo algo de seguridad y confianza; y solo un paciente contesto no haberse sentido seguro con su anestesiólogo.

Para valorar la calidad de atención percibida por los pacientes nos encontramos que 3% de los pacientes refirieron haberse sentido lastimados durante su procedimiento anestésico, el 29% sintió algo de molestias y el 68% restante no sintió ninguna molestia. El 19% de los pacientes tuvieron recuerdos desagradables de su anestesia.

Al momento en que los pacientes calificaron a sus anestesiólogos el 79% dijo haber tenido un excelente anestesiólogo, y el 21% restante les dio calificación de regular.

El 75% de los pacientes consideran que el trato que recibieron durante su anestesia fue excelente y el otro 25% recibieron un trato regular.

Con los datos anteriores los pacientes que se sintieron muy satisfechos con su evento anestésico fueron el 80% y el 20% se consideran regularmente satisfechos. (Grafico 5) Finalmente al 82% de los pacientes les gustaría volver a ser atendidos por su mismo anestesiólogo y el 8% preferiría cambiar de anestesiólogo en un evento quirúrgico posterior.

VIII. DISCUSIÓN.

Podemos observar que el anestesiólogo es un especialista de la medicina que aún es poco reconocido, del cual se desconocen sus actividades principales ⁽¹²⁾. Como nuestra encuesta revelo hay personas que no reconocen siquiera al anestesiólogo como médico, y una gran cantidad de pacientes consideran que el cirujano es el personaje más importante durante el acto anestésico-quirúrgico, quedando el anestesiólogo en las sombras. Es una creencia común que el anestesiólogo le duerme al paciente, lo deja en manos del cirujano y se van a otro quirófano para anestesiarse a otro paciente simultáneamente. ⁽¹⁵⁾

La anestesiología siempre ha sido mal concebida como especialidad de atrás de la cortina. A pesar de su crecimiento notable en los últimos años, todavía hay conocimiento deficiente por parte del público en cuanto a la especialidad, así como el papel exacto del anestesiólogo. ⁽¹⁶⁾

El conocimiento de las diversas funciones del anestesiólogo en los quirófanos así como las diversas áreas del hospital es escaso no tan solo entre la población en general sino también entre otros trabajadores de la salud. La capacidad de la práctica anestésica y el potencial del anestesiólogo no están bien reconocidos. ⁽¹⁷⁾ El personal administrativo en los hospitales así como en el gobierno no se dan cuenta de la importancia de

esta especialidad. Se han administrado encuestas en todo el mundo para determinar las percepciones del público sobre el anestesiólogo y su papel. (18)

Existe la llamada valoración pre-anestésica, sin embargo es común que esta sea realizada por un médico anestesiólogo diferente al que estará con el paciente en el momento de su procedimiento dentro de quirófano. Este es el momento en el que se inicia la relación médico-paciente y que desafortunadamente en anestesiología no siempre es el caso; ya que en nuestro sistema de salud la gran mayoría de las veces, la relación médico-paciente inicia en el momento en que se llevara a cabo el procedimiento anestésico-quirúrgico, probablemente unos minutos previos en el área pre-anestésica o incluso dentro del mismo quirófano.

Los pacientes que serán anestesiados deben recibir previamente una explicación en términos sencillos acerca del procedimiento anestésico, permitiéndole a la vez formular las preguntas pertinentes para aclarar las dudas al respecto. (4)

En nuestro estudio, todos los pacientes que se entrevistaron, recibieron valoración pre-anestésica; y el 70% de ellos consideró excelente la forma en que se les explico el procedimiento y realizo dicha visita.

Una ardua tarea por parte de los anestesiólogos, es esforzarnos en educar a los pacientes para que

nos identifiquen como médicos especialistas encargados de mantener su integridad durante todo el periodo peri-operatorio. Ya que el 7% de los pacientes nos refirió que no se presentó con ellos su médico anesthesiologo; el 43% comento que la forma en que su anesthesiologo les explico el procedimiento fue regular y el 2% que la explicación fue deficiente. Pero algo más terrible aun es que durante el proceso hay pacientes que se siguen sintiendo inseguros y con desconfianza hacia el anesthesiologo.

El conocimiento por parte de los pacientes referente al anesthesiologo y su quehacer es muy deficiente en la mayoría de los países del mundo. En vez de generar desesperación, estos resultados deben motivar a los anesthesiologos en cada país a mejorar su imagen con el público. Se debe enfatizar que los anesthesiologos deben aumentar su contacto directo con sus pacientes conscientes, utilizar los medios de información como el *Internet*, y esforzarse para entregar atención de alta calidad perioperatoria que ayudará a mejorar su imagen a los ojos del público. (18)

Un factor sugerido como razón por el conocimiento deficiente del papel del anesthesiologo es el contacto muy breve que tiene con el paciente consciente, comparado a otros profesionistas médicos. (18) Sin embargo, es un punto importante para considerar si se quiere cambiar la imagen del anesthesiologo. El establecer una buena relación con el paciente desde el periodo

prequirúrgico hasta el alta del paciente del hospital puede hacer mucho para establecer al anestesiólogo como el médico de mayor importancia en el periodo perioperatorio a los ojos del paciente, así mejorando la imagen de la especialidad. (19)

Cuando analizamos la calidad de atención percibida por los pacientes, nos encontramos que algunos refieren haber sido lastimados por alguno de los procedimientos realizados durante su manejo anestésico y también hay pacientes que refieren recuerdos desagradables de su anestesia.

Al observar el estudio podemos identificar que estos resultados están influenciados por el tipo de anestesia recibida (técnica anestésica). Ya que los pacientes de anestesia neuroaxial (bloqueo peridural y bloqueo subaracnoideo) son los que refieren mayor inconformidad con la técnica anestésica; las razones que ellos dieron fueron el dolor durante las punciones, la posición que tuvieron durante la administración de su anestesia y algunos comentaron que no les gusto sentir manipulación al momento de su cirugía por la condición de estar despiertos.

Por todo lo anterior deducimos que la calidad total de anestesia en nuestro medio casi se ha alcanzado, según lo referido por los pacientes; ya que el 79% de ellos calificaron en forma excelente a su médico anestesiólogo y 75% consideran excelente el trato recibido; el resto de los pacientes

les dieron calificación de regular. Algo muy importante que debemos de analizar es que no tuvimos un control estricto al seleccionar a los pacientes que se entrevistaron, al ser un grupo muy diverso en su morbilidad y manejo anestésico recibido, nos encontramos con diferentes situaciones emocionales que pueden estar influenciando en ellos al responder nuestra encuesta. Situación que fundamentamos al observar que el 80% de los pacientes se sintieron “satisfechos” con su procedimiento anestésico y el 82% permitiría al mismo anestesiólogo manejarlo en un evento quirúrgico posterior.

Existe una diversidad muy importante entre los pacientes: edad, grado de escolaridad, experiencia anestésica previa, morbilidad que condicione la cirugía, etc., factores que influyen en el tipo y cantidad de información con la que cuentan para poder evaluar al anestesiólogo de manera adecuada. Y muchas veces lo que define al grado de satisfacción percibida por los pacientes es la forma en la que se sintieron emocionalmente en el momento del evento anestésico-quirúrgico. Como lo comentamos anteriormente la satisfacción es un indicador muy subjetivo.

Con esto muchos autores consideran que el grado de satisfacción del paciente no está tan relacionado con que se le haya dado una buena calidad de atención. (12)

El concepto de satisfacción aplicado a la asistencia médica funciona mejor en una

concepción consumista del sistema de salud donde el paciente es el cliente y el médico un proveedor de servicios. (20) Sin embargo la mayoría de los pacientes concurren al médico para solucionar un problema y no para “satisfacerse”. Visto de otro modo, los sentimientos de insatisfacción surgirían solamente cuando hubo groseras desviaciones en la atención médica o en el trato con el paciente por lo que los puntajes recibidos en el concepto de satisfacción son casi siempre muy altos. La satisfacción depende más de las relaciones interpersonales que de aspectos técnicos. (21) Esto significa que médicos técnicamente deficientes puedan satisfacer a sus pacientes por su capacidad de comunicación más que por sus capacidades de atención médica.

Es importante no olvidar que la presencia del médico anestesiólogo, realizando personalmente las encuestas, podría estar modificando artificialmente el resultado de estas preguntas. Los resultados nos pueden estar señalando otro problema extra-asistencial, como por ejemplo la influencia de la situación socio-económica, el nivel de escolaridad, el perfil psicológico de nuestra población, o bien, eventos anestésico-quirúrgicos previos. Las encuestas de satisfacción deben de realizarse en función del contexto social y asistencial del paciente y las comparaciones de resultados entre poblaciones diferentes deben ser cuidadosamente analizadas.

IX. CONCLUSIONES.

El análisis de esta experiencia permite darnos cuenta que en nuestro medio la satisfacción percibida por los pacientes, independientemente de que sea un aspecto subjetivo, nos permite evaluar la forma en que los pacientes viven el proceso de atención anestésica y por lo tanto “**si**” nos sirve como indicador de calidad.

Es verdad que nos enfrentamos con la problemática de que no todos los pacientes identifican al anesthesiologo como médico y menos conocen sus funciones; sin embargo esto nos debe motivar a todos los médicos anesthesiologos a esforzarnos todos los días para difundir la importancia de nuestra especialidad y de lo que hacemos tanto dentro de quirófano como fuera de este. Y así dejar de ser el especialista desconocido, al que la mayoría de los pacientes le tiene miedo. Implementando estrategias para mejorar la relación médico-paciente que se debe de tener desde que el paciente sabe que va a recibir manejo anestésico para determinado evento quirúrgico, el trans anestésico y hasta su alta del hospital y no únicamente dentro de quirófano o el sitio donde se realiza su manejo anestésico propiamente dicho.

Este estudio puede ser un detonador para estudios posteriores, en donde se analicen grupos de pacientes más homogéneos, y así evitar todos los sesgos a los que uno se puede enfrentar al analizar poblaciones tan heterogéneas como la nuestra. Al realizar estudios posteriores con poblaciones más controladas y a mayor escala, podríamos reforzar nuestra experiencia y así defender la situación que nos planteamos, apoyando la satisfacción del paciente como indicador de calidad en la atención anestésica.

X. ANEXOS.

ANEXO 1

ASA	Sistema de Clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología
I	Sin alteraciones orgánicas, físicas, bioquímicas, psiquiátricas. El proceso patológico por el cual la cirugía se realizará está localizado y no provoca alteraciones.
II	Enfermedad sistémica de leve a moderada, causada por la condición quirúrgica u otra entidad; (HAS controlada, antecedente de asma, DM controlada, tabaquismo, obesidad moderada, embarazo, edad menor a 1 año o mayor a 70 años).
III	Alteración sistémica severa o enfermedad de cualquier causa descompensada; (angina, estatus postinfarto, HAS y/o DM sin control, obesidad mórbida, etc).
IV	Enfermedad sistémica severa que condiciona incapacidad para el paciente, que ya representa peligro para la vida y no siempre se corrige con la cirugía; (angina inestable, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepatorenal, aneurisma, cráneo hipertensivo, etc).
V	Paciente moribundo quien tiene poca sobrevida, pero es sometido a cirugía irremediamente.
VI	Paciente con muerte cerebral, que ingresa a procuración de órganos para trasplante.

“SATISFACCION DEL PACIENTE COMO INDICADOR DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN ANESTESICA”

Cuestionario		
No. Encuesta:	Edad:	Sexo:
ASA:	Servicio quirúrgico:	Técnica anestésica:
1, ¿El anestesiólogo es médico?		
si	no se	no
2, ¿Quién es el encargado de su vida durante la cirugía?		
el anestesiólogo	no se	el cirujano
3, ¿Cuál es la importancia del anestesiólogo durante su procedimiento anestésico – quirúrgico?		
muy importante	poco importante	nada importante
4, ¿Cómo considera la visita que el anestesiólogo realizó antes de su cirugía?		
excelente	regular	deficiente
5, ¿Se presentó con usted el médico que lo anestesió el día de su cirugía?		
si	no recuerdo	no
6, ¿La forma en que se le explico su procedimiento anestésica fue?		
excelente	regular	deficiente
7, ¿El anestesiólogo le transmitió seguridad y confianza?		
mucha	regular	nada
8, ¿Fue lastimado por alguno de los procedimientos realizados durante su anestesia?		
no	poco	si
9, ¿Tiene recuerdos desagradables de su anestesia?		
ninguno	algunos	muchos
10. ¿Cómo calificaría usted a su anestesiólogo?		
excelente	regular	deficiente
11. ¿Considera que el trato recibido fue?		
excelente	regular	deficiente
12, ¿Qué tan satisfecho se siente con su procedimiento anestésico?		
mucho	regular	nada
13, Si lo tuvieran que volver a operar, ¿le gustaría que lo atendiera el mismo anestesiólogo?		
si	no se	no

ANEXO 3

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivos	Variable	Indicador	Preguntas
1. Evaluar el conocimiento que los pacientes tienen sobre el anesthesiologo y las funciones de este para su atención.	Conocimiento del paciente sobre el anesthesiologo.	Imagen del anesthesiologo dentro de la sociedad.	1 , 2 , 3
2. Conocer la relación médico-paciente, dentro del servicio de anesthesiología.	Relación médico - paciente.	Relación médico - paciente	4 , 5 , 6 7
3. Medir el grado de satisfacción de los pacientes con relación al acto anestésico.	Calidad de atención percibida por los usuarios.	Satisfacción.	8 , 9 , 10 11 , 12 , 13

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

TITULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

ARTÍCULO 23.- En caso de investigación con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

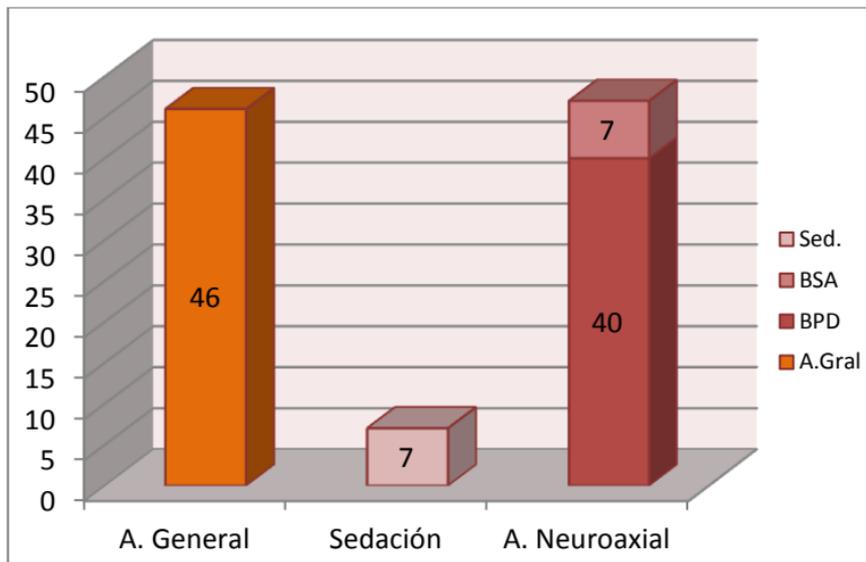
Tabla 1. Datos demográficos y Estado Físico.

	N = 100
Edad (años) media	35
Género (m/f)	43 / 57
ASA I	15
II	55
III	30

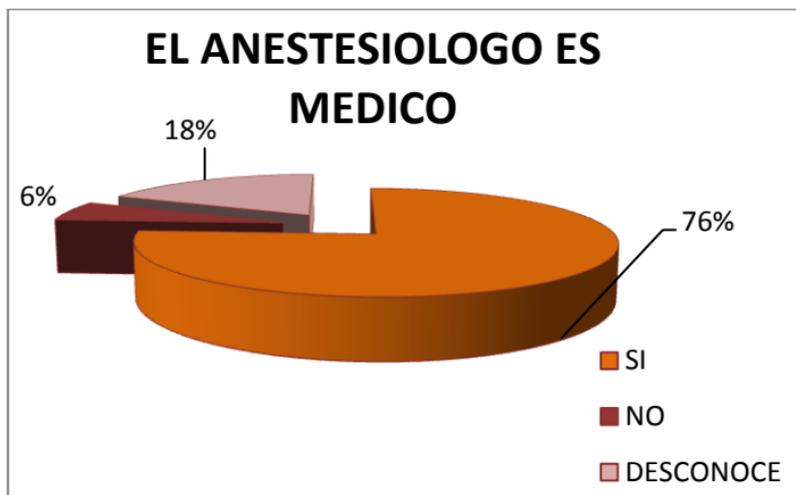
Tabla 2. Distribución por especialidad quirúrgica.

Especialidad	No de casos	%
Cirugía General	25	25
Cirugía Plástica	5	5
Ginecología	5	5
Oftalmología	5	5
Oncología	14	14
Ortopedia	17	17
Otorrinolaringología	17	17
Urología	11	11
Cirugía Vascul ar Periférica	4	4

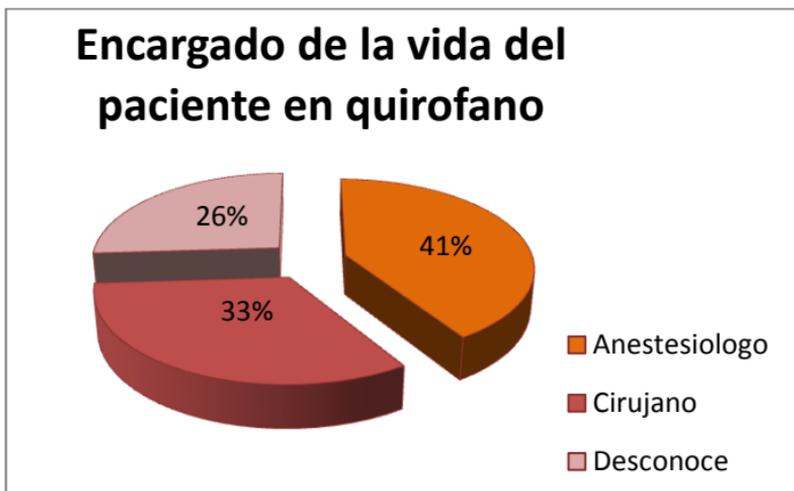
(Grafico 1). TIPO DE ANESTESIA



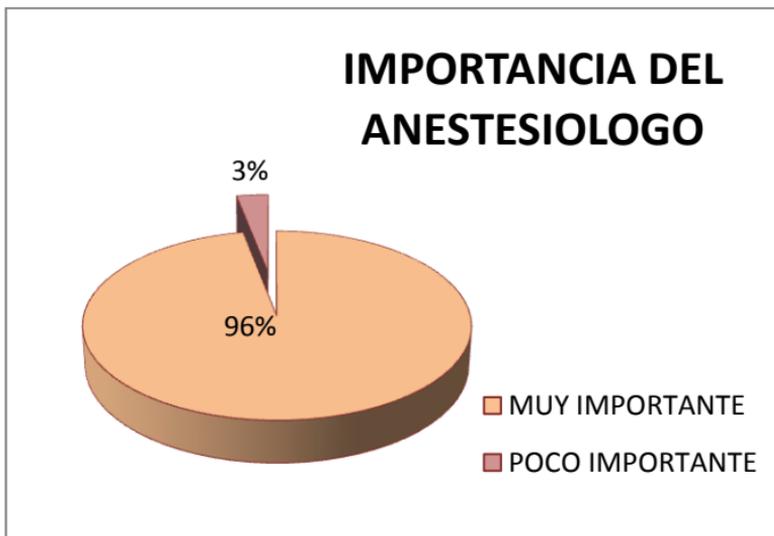
(Grafico 2).



(Grafico 3).



(Grafico 4).



(Grafico 5). QUE TAN SATISFECHO SE SENTIO EL PACIENTE CON SU ANESTESIA



XI. REFERENCIAS.

- 1) Collins V. Historia de la Anestesiología, en Collins Anestesiología General y Regional., III Edición. México D.F., Editorial Interamericana - Me Graw Hill, 1996, Vol I. p 3 - 27,1579 - 93.
- 2) Kiizy R, Vandam G. D. Historia y alcance de la practica anestésica, en Miller R. Anestesia, IV Edición, Barcelona, España. Editorial, Harcourt Brace. 1998, Vol.1, p3 - 24.
- 3) Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA 1-1998, para la práctica de la anestesiología. Diario Oficial de la Federación; lunes 14 de diciembre de 1998.
- 4) Marjorie Ponce-Mendoza, Xenia J. Pineda M. Evaluación de la calidad de la anestesia desde el punto de vista del paciente. Rev Med Post UNAH. Vol 7, No 2, mayo-agosto 2002; 190-195.
- 5) Kapp V. Shaffer A. Anesthesiologist and perióperative comiimieation. Anosthelicsiology 2000. august; 93: 548 -55.

- 6) Jean-François Pillou . Artículo de Calidad, escrito el 16 de diciembre de 2004. www.Kioskea.net.

- 7) Octavio Casa Madrid Mata; La calidad de la atención médica y el Derecho Sanitario; Rev. Fundamentos Médicos Calidad Hospitalaria, volumen 1, número 1, septiembre 2008; 8-10.

- 8) José Jaime González Hernández; El usuario/cliente: causa y fin de la atención en Medicina; Rev. Fundamentos Médicos Calidad Hospitalaria, volumen 1, número 1, septiembre 2008; 5-7.

- 9) Lundberg GD, Wennberg JE. Quality of care. A call for papers for the annual coordinated theme issues of the AMA journals. JAMA 1996; 276:1514.

- 10) Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality. Incorporating consumer perspectives. JAMA 1997; 278:1608-1614.

- 11) Brook RH, McGlynn EA. Quality of care. Part 2: measuring quality of care. N Engl J Med 1996; 335: 966-970.

- 12) Edmundo Alvarado Sil, José C. Alvarez Vega. Visitas pre y postanestésicas: elementos esenciales en la calidad de atención. Experiencia en el Hospital General de México SS. Rev Mex Anest 2000; Volumen 23 (1) : 11-15.

- 13) Donabedian, Avendis; Garantía y monitoria de la calidad de atención médica. Un texto introductorio; Instituto Nacional de Salud Pública; Serie Perspectivas en Salud Pública, México, 1990; 12.

- 14) Ana Belén Salamanca Castro, Cristina Martín-Crespo Blanco; El muestreo en la investigación Cualitativa; Nure Investigación, no 27, Marzo-Abril 2007.

- 15) Hariharan S., Merritt-Charles L., Chen D. Patient perception of the role of anesthesiologist-A Perspective from the caribbean. J Clin Anesth 2006; 18: 504-509.

- 16) Cooper GM, Hutton P. Anaesthesia and the undergraduate medical curriculum. Br J Anaesth 1995; 74:3-5.

- 17) Strunin L. Anaesthesia, what's in a name? – time for change. *Anaesthesia* 2000; 55:941-942.

- 18) Seetharaman Hariharan MD FCCM. Conocimientos y Actitudes de los Pacientes hacia la Anestesia y Anestesiólogos. Una Revisión. *Anestesia en México* 2009; 21 (3): 174-178.

- 19) Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia* 1994;49:715-718.

- 20) Salmon P. Satisfacción de la paciente: captación de la perspectiva de las pacientes en la valoración del cuidado obstétrico In: Birnbach D., Gatt S, Datta S. *Anestesia obstétrica* Mc Graw-Hill. Philadelphia: 2000. P.844-849.

- 21) Karina Rando, Gonzalo Solla, Laura Sálice, alt. Evaluación de la calidad y la satisfacción de la recuperación posanestésica de los pacientes operados en el Hospital de Clínicas. *Anest Analg Reanim* v.18, n.2, Montevideo dic. 2003.