

11202



**UNIVERSIDAD NACIONAL ³
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA**

**VISITAS PRE Y POSTANESTESICAS:
ELEMENTOS ESENCIALES EN LA
CALIDAD DE ATENCION
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL
GENERAL DE MEXICO S. S.**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGIA**

P R E S E N T A:

EDMUNDO ALVARADO SIL

276700



MEXICO. D. F.

FEBRERO 2000



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).

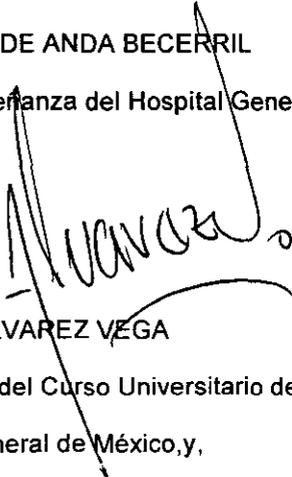
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

DR. EDUARDO DE ANDA BECERRIL

Director de Enseñanza del Hospital General de México.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'ALVAREZ VEGA', is written over the text of the second doctor's name and title. The signature is stylized and somewhat cursive.

DR. JOSE C. ALVAREZ VEGA

Profesor Titular del Curso Universitario de Anestesiología
del Hospital General de México, y,
Asesor de tesis.

DR. HEBERTO MUÑOZ CUEVAS

Jefe del Servicio de Anestesiología
del Hospital General de México.

A toda mi familia y seres queridos
por su apoyo y comprensión en todos estos años.

ÍNDICE	PAGS
INTRODUCCIÓN.....	1
RESUMEN.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
OBJETIVOS.....	10
RESULTADOS.....	11
DISCUSION.....	17
REFERENCIAS.....	19

INTRODUCCION

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 (CDAM).

Ésta, 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.

Existen varios problemas al intentar definirla. El primero es qué se entenderá como calidad para el presente trabajo; el segundo punto tiene que ver con la cultura desde la cual se estudia la calidad: actualmente se encuentran dos culturas médicas, a grandes rasgos la medicina alópata, o moderna, y la tradicional. En la vida diaria las encontramos interactuando dinámicamente con distintas proporciones en la participación de cada una de ellas, dependiendo del individuo, del grupo social, del grupo etario, area geográfica y hasta nivel de estudios , pero sin excluirse por completo entre sí. Para el presente escrito se tomó en cuenta, como modelo dominante de salud, al de los Estados Unidos, que no sólo limita su influencia a la práctica de la medicina y sin dejar de lado las tradiciones curativas arraigadas de nuestra población.

Con esto en mente, desglosamos a continuación el concepto operativo con fines del propio estudio.

Primero, debemos tener claro qué es la CDAM 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*¹, pero el término completo agrupa algunos elementos adicionales.

Una puntualización indispensable es separar el concepto de CDAM con el de la **satisfacción del usuario**, la cual no implica necesariamente a la primera, como lo reportó Cleary², ya que en un estudio se encontró que a pesar de haber recibido el paciente justo el tratamiento indicado (“de calidad”) y con resultados acertados, los grados de insatisfacción eran significativos concluyendo que los conceptos que tienen los pacientes de la CDAM son interminables y variados como para poder uniformar criterios a partir de ellos y tratar de establecer políticas de salud y sólo en dos puntos coincidieron: que sean tratados con respeto y que se les incluya en la decisión acerca de los tratamientos, los cuales son elementos a la mano.

Por otro lado, Brook³ propone que para definirla se debe diferenciar entre la CDAM (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 CDAM refiere que es necesaria una metamorfosis desde la formación de recursos, ya que a los estudiantes más sobresalientes, a los que obtienen el mejor desempeño y muestran las mejores habilidades se les envía a los mejores centros hospitalarios, con la mayor cantidad y calidad de recursos disponibles, profundizando la brecha de conocimientos y destrezas con respecto a los de menor calificación, obteniéndose enormes diferencias en la CDAM a favor de los médicos egresados privilegiados, por sus capacidades innatas y las aprendidas para el desarrollo de la profesión, lo cual no puede tolerarse; otro punto importante es hacerla accesible a todos, lo cual ha desatado dos corrientes, una a favor, que promueve la ampliación de la atención incluso la gratuita, y otra en contra la cual refiere que esto supone un costo que nadie quiere solventar; y, por último, es necesario reconocer lo poco atractivo que es dedicarse a lograrla por la poca recompensa que da, además la calidad raramente es agradecida por la mayoría de la sociedad y su retribución no corresponde al grado y calidad de trabajo, según médicos encuestados en un estudio multicéntrico. También propone la manera de medirla, al calificar por separado la estructura, el proceso asistencial con, finalmente, los resultados. La estructura comprende todos los insumos, hospitales, quirófanos, medicamentos, auxiliares del diagnóstico y el propio personal médico y paramédico; el proceso asistencial corresponde a la realización de maniobras, cirugías, tratamientos y rehabilitación de los pacientes, otorgados con todo lo que incluye la estructura; los resultados incluirán el número de egresos por recuperación total, parcial, complicaciones, secuelas y defunciones, junto con el análisis de causa efecto y

las proposiciones para el futuro.

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*^{4,5}, y en México con la *Norma Oficial Mexicana para la Práctica de la Anestesiología*⁶. En el primer caso resalta la concepción de la eficacia o *cost-efectiveness*, la cual pretende lograr los mejores resultados al menor costo al apoyarse en evidencia estadística significativa basada en grandes cantidades de información; en el caso de Inglaterra se trata de lograr la CDAM a toda costa (eficiencia), sin mencionar de forma específica una política orientada al ahorro de costos, pero maneja el concepto *peer review*: quien haya aplicado algún procedimiento es el que da seguimiento al paciente para detectar aciertos, errores y proponer sus propias soluciones; caso parecido al español, según Muñoz-Ramón⁵ en su revisión sobre control de calidad. Por último, en México el cumplimiento de la *Norma Oficial Mexicana (NOM)* permite un mejor desempeño del anestesiólogo y los estudios realizados han sido sólo relacionados a costos y la manera en que se pueden modificar durante la práctica diaria⁷.

Con base a lo anterior, es imperante un mecanismo que sienta las bases de estudio, implementación, organización y evaluación de la CDAM en la medicina y

en la anestesiología de nuestro país.

Y regresando a la definición de calidad, es que para dar un servicio con ciertas características y propiedades, debemos conocer precisamente esas necesidades a las que hay que definir; las institucionales están escritas en la NOM, pero es esencial saber lo que conoce la población mexicana, qué opina y qué necesita del anesthesiólogo como prestador de un servicio y en cuál sentido se deben dirigir los esfuerzos para corregir o mejorar la imagen de la anestesiología y la CDAM. En éste sentido, Onrubia *et al*⁸ demostró el poco conocimiento que tienen los estudiantes de medicina sobre la especialidad, lo que ya es preocupante y falta precisar lo mismo en la población en general.

Ésta es la razón por la cual se realizó el presente estudio, con el fin de determinar el conocimiento de los pacientes sobre su anesthesiólogo, evaluar las visitas pre y postanestésicas, la relación entre la información de que disponen y sus temores y el grado de satisfacción con el servicio que recibieron, con el objetivo de reafirmar las prácticas correctas y solucionar los problemas que se encuentren.

RESUMEN

Se realizó un estudio para determinar las características e impacto de las visitas pre y postanestésicas en los pacientes programados para cirugía electiva realizada en Quirófanos Centrales, del Hospital General de México. Se aplicó una encuesta con reactivos de respuesta dicotómica, de opciones y con escalas visuales análogas justo antes de ingresar a quirófano y 24 horas después de ser operados, para evaluar si conocían al anestesiólogo, de qué información disponen los pacientes sobre el evento anestésico al que se les sometería, su relación con los temores a dicho evento, si se les visitó en el postanestésico y su calificación para el anestesiólogo y la técnica anestésica recibida. Todo se hizo comparativo en relación al cirujano para obtener un punto de referencia dentro del mismo grupo de trabajo.

Resultados: el 74% no sabía el nombre de su anestesiólogo que lo atendería y el 49% desconoce qué hace en quirófano; el 100% recibió visita preanestésica pero sólo el 3% la postanestésica; y a pesar de ello los pacientes dieron una calificación alta al anestesiólogo y a su técnica anestésica.

Conclusión: el conocimiento que tienen los pacientes de nuestro Hospital sobre el anestesiólogo y sus actividades es mínimo y puede mejorarse, puesto que no saben qué esperar y por ende cómo calificar su actividad, lo cual es el objetivo principal a solucionar.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el desempeño en el trabajo diario conlleva cada vez más exigencias. Nuestros pacientes, como seres humanos, merecen la mejor atención posible. Un punto esencial es que la competencia económica es enorme y no puede ignorarse el esfuerzo por alcanzar la calidad médica, que buscan los enfermos; y, falta mencionar lo relativo a las demandas ciudadanas sobre nuestras actividades, ya sean por comisión u omisión.

Es por todo ello que los esfuerzos a mejorar la Calidad de Atención Médica (CDAM) toman la mayor relevancia en el Hospital.

El presente estudio se diseñó para conocer, evaluar y proponer mejoras al papel que juega el anestesiólogo, como parte de un equipo, y así poder proporcionar al paciente lo que necesita de esta especialidad.

Por último, los resultados servirán para elaborar un material informativo que sea de utilidad al paciente, para proporcionarle la información que debe recibir y la que necesita de una manera precisa y concisa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio clínico, abierto, transversal, en un total de 178 pacientes (n=178), programados para cirugía electiva en el servicio de Quirófanos Centrales del Hospital General de México SS, con la aprobación del Departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital. Se incluyeron a pacientes programados para cirugía electiva en dicho servicio, con edad comprendida entre los 18 y 70 años, ASA I y II, que hablaran el castellano y que dieran su consentimiento informado para cooperar con el estudio.

Se excluyeron a los pacientes que tuvieron alguna complicación (que requiriera intubación endotraqueal, UCI o traslado), aquellos que no se operaron cualquiera que haya sido el motivo y los que se negaron a cooperar en la segunda fase de la encuesta.

Se les aplicó una encuesta (Cuadro 1), con preguntas de carácter dicotómico (sí-no), preguntas de respuesta múltiple y una sección con escalas visuales análogas para dar las diferentes calificaciones a su anestesiólogo y agrado de la técnica anestésica (TA) y compararlas con el cirujano y el trato global recibido. Se efectuó en dos partes, la primera justo antes de ingresar a quirófano y la segunda 24 horas después de la cirugía. Se recopilaron también los datos generales del paciente y los necesarios para su seguimiento en el postquirúrgico. Se compararon los datos con el grado de educación básica (primaria y secundaria) e intermedia (preparatoria y técnica). El análisis estadístico se realizó con Chi

cuadrada, la prueba exacta de Fisher, porcentajes y medidas de tendencia central (media y desviación estándar). Se tomó como significativa una $p < 0.05$ en los casos correspondientes.

OBJETIVOS

- I. Realizar una definición operativa de Calidad de Atención Médica

- II. Evaluar cuál es el conocimiento que tienen los pacientes que se van a operar del anestesiólogo y sus actividades.

- III. Comparar el objetivo II, con el conocimiento que tienen los mismos pacientes del cirujano y sus actividades.

- IV. Definir los temores más frecuentes de los pacientes en relación al evento anestésico.

- V. Definir la frecuencia de la visita postanestésica.

- VI. Obtener la calificación que dan los pacientes al anestesiólogo, al cirujano y al trato médico global a las 24 horas de operados.

- VII. Obtener los datos precisos y necesarios para realizar una herramienta de información para los pacientes programados para cirugía, que sea breve y concisa.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 178 pacientes ($n=178$); la edad promedio de los encuestados fue de 38 años con una desviación estándar de 15 (rango 10-70). La distribución por sexos fue 89 hombres (50%) y 89 mujeres (50%). La escolaridad tuvo la siguiente distribución: nula 29 (16%), primaria 66 (37%), secundaria 51 (29%), preparatoria 28 (16%), técnica 1 (1%) y profesional 3 (2%).

Preanestésico:

Se realizó el 100% de las visitas preanestésicas (VPREA) y sólo el 26% conocía el nombre del anestesiólogo, en comparación al 63% que conocía el del cirujano. Los datos en relación a la influencia del grado de escolaridad se muestran en el Cuadro 3; solamente el 69% contestó que el anestesiólogo es médico y 29% respondió que no estaba a las ordenes del cirujano; 59% respondió que era el especialista encargado de cuidarlo durante la cirugía y se encontró que la escolaridad influyó directamente sobre la respuesta correcta, ya que de los que acertaron el 48% tenía escolaridad intermedia a diferencia del 38% para la básica ($p=0.004$); el 49% respondió que lo vigilaba todo el tiempo, sin encontrarse diferencias significativas según la escolaridad ($p=0.1$).

Aún cuando se realizaron todas las VPREA, el 24% opinó que ésta no duró el tiempo adecuado, el 21% que no había recibido información suficiente sobre los efectos anestésicos adversos y el 47% no sabía qué TA se le aplicaría o si la

podía elegir (90%), pero el 42% refirió que le habría gustado que lo anesthesiara el mismo que lo valoró.

Temores: de 73 pacientes que respondieron afirmativamente y de manera espontánea, cada uno refirió en promedio dos temores (Cuadro 4); no se encontraron diferencias significativas según el grado de escolaridad ($p=0.07$), si se les informó qué TA se les aplicaría ($p=0.4$), o con relación a si tenían información suficiente o no ($p=0.7$).

Postanestésico:

Sólo el 5% recibió visita postanestésica (VPOSTA); el 37% se sabía el nombre de su anesthesiólogo (el del cirujano 68%) influyendo positivamente la educación (Cuadro 3), el 84% refirió que el anesthesiólogo es médico y que, según el 42.5% no estaba a las ordenes del cirujano.

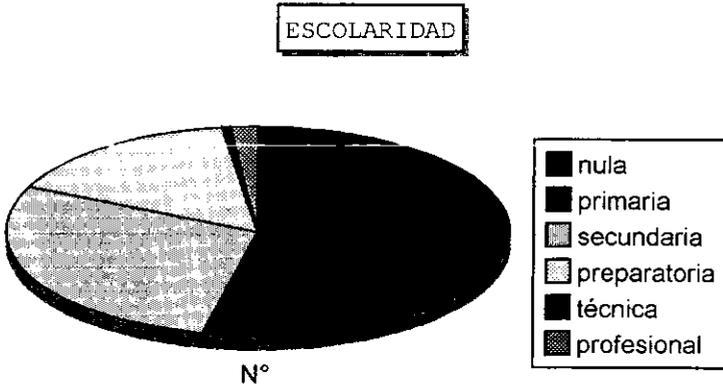
El 85% refirió que le habría gustado que le visitara su anesthesiólogo y el 80% continuaba contestando que no recibió información suficiente sobre los efectos adversos de los medicamentos.

La importancia en todo el cuidado perioperatorio fue para el anesthesiólogo de 8 (rango 1-9), para el cirujano de 8 (rango 1-9), calificaron el agrado a la TA con 9 (rango 6-9) y el trato recibido de 9 (rango 4-9).

CUADRO 2

Distribución según escolaridad

	N°	%
nula	29	16
primaria	66	37
secundaria	51	29
preparatoria	28	15
técnica	1	1
profesional	3	2
Total	178	100



CUADRO 3

Influencia de la escolaridad sobre las respuestas

	EDUCACION BÁSICA		EDUCACION INTERMEDIA	
	SI	NO	SI	NO
PREANESTÉSICO				
Nombre del anestesiólogo	38	108	9	23
Temor	55	91	18	14
POSANESTÉSICO				
Nombre del anestesiólogo	47*	99*	18*	14*

*p<0.05

Basica: primaria y secundaria

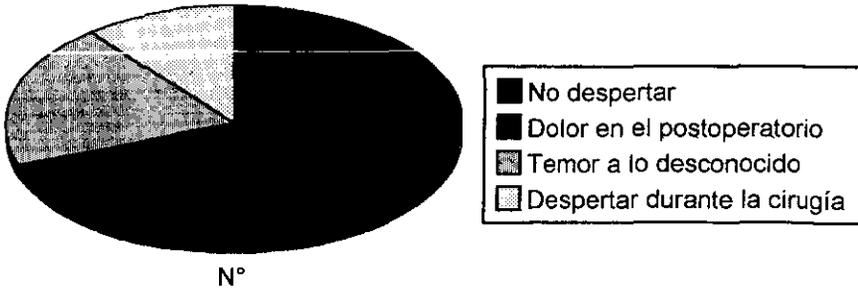
Intermedia: técnica y bachillerato

CUADRO 4

Temor al evento anestésico-quirúrgico

	N°	%
No despertar	52	71
Dolor en el postoperatorio	45	62
Temor a lo desconocido	28	38
Despertar durante la cirugía	15	20

TEMORES



DISCUSIÓN

El anestesiólogo es un especialista de la medicina que es poco reconocido, del cual se desconocen sus actividades principales aún entre los médicos en formación⁸; esto no cambia para la población general la cual tiene una concepción todavía más alejada de la realidad. En gran parte, los mismos anestesiólogos somos los responsables de tal situación ya que aunque se realizó el 100% de la VPREA y el 75% de los pacientes opinó que duró el tiempo adecuado, no recibieron información como qué se le haría en quirófano, los riesgos probables a los que se le sometería con procedimientos y medicamentos no explicados y por último qué especialista sería responsable de qué cosa. De tal manera, se encontraron deficiencias en la VPREA y en el consentimiento informado, los cuales son esenciales para que el paciente comprenda todo el proceso de una manera multidisciplinaria y completa⁹. De alguna forma, durante todo el cuidado perioperatorio el paciente recibe información ya que aumentó un 11% los que sabían el nombre de su anestesiólogo (en mayor medida con respecto a los que estudiaron el nivel bachillerato) y un 15% de los que respondieron que era médico; pero no es suficiente ya que el resto de la información permaneció sin cambios y por lo tanto es imperante modificar la VPREA que se está realizando. Con respecto al agrado con la TA y el trato recibidos, se dieron calificaciones muy altas, ya que los pacientes tenían a su disposición muy poca información para poder evaluarlos de manera adecuada y no tenían con que compararlos; de lo que nos puede dar una idea es acerca del

grado de satisfacción, independientemente que se le haya dado una buena CDAM. Los temores no mostraron alguna relación con ninguna variable y sólo se encontró que son idénticos a los reportados en la literatura¹⁰: el principal es a la muerte, seguido del dolor postquirúrgico, el temor a lo desconocido y finalmente despertar durante la cirugía; el segundo y el tercero subrayan, en parte, la importancia de la información que deben recibir antes del procedimiento anestésico-quirúrgico. Es alarmante que casi todos los pacientes que se atienden en el Hospital (95%), no se les realice VPOSTA. En Inglaterra es obligatorio que el mismo anestesiólogo que dio el procedimiento se encargue de la VPOSTA, y en Estados Unidos es indispensable para poder acreditarse académicamente como especialistas, siendo esencial llevarla a cabo, debido a que da la oportunidad de mejorar la atención transanestésica, la detección oportuna de complicaciones y el tratamiento precoz con el fin de disminuir el mínimo las secuelas^{5,11,12}.

En conclusión, queda por realizar una mejora en la CDAM de todo el cuidado perioperatorio, manteniendo los altos niveles de satisfacción en los pacientes; realizar una VPREA que comprenda la valoración clínica, del expediente y la realización del consentimiento informado que incluya la descripción del procedimiento, riesgos más frecuentes, tratamientos y todo lo necesario para que pueda elegir si se somete al procedimiento o no; realizar una visita postanestésica adecuada con el fin de detectar errores en el transanestésico y complicaciones que ameriten tratamiento oportuno y eficaz.

REFERENCIAS

1. 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.
2. Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality. Incorporating consumer perspectives. JAMA 1997; 278: 1608-1614.
3. Brook RH, McGlynn EA. Quality of care. Part 2: measuring quality of care. N Engl J Med 1996; 335: 966-970.
4. Marwick C, Stephenson J, Skolnick A, Voelker R, Goldsmith M. Medical news & perspectives. Jama 1997; 278: 1555-1562.
5. Muñoz-Ramón JM. Control de calidad en anestesiología. Rev Esp Anesthesiol Reanim 1995; 42: 91-95.
6. Zinker E, Alvarez J. Costos en anestesia. Farmacoeconomía. Rev Mex Anest 1998; 21: 182-189.
7. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA 1-1998, Para la practica de la anestesiología. DIARIO OFICIAL ; Lunes 14 de diciembre de 1998.
8. Onrubia X, de Andres J, Valia JC, Bolinches R. Análisis de los conocimientos de la especialidad de anestesiología en una población de estudiantes de medicina. Rev Esp Anesthesiol Reanim 1995; 42: 324-329.

**ESTA TESTIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

9. Llúbia C. La información clínica y el consentimiento informado. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 1995; 42: 405-406.
10. Duran C. Los temores a la anestesia. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 1995; 42: 39-40.
11. Smith MA, Atherly AJ, Kane RL, Pacala JT. Peer review of the quality of care. Reliability and sources of variability for outcome and process assessments. *JAMA* 1997; 278: 1573-1578.
12. Kane RE. Neurologic deficits following epidural or spinal anesthesia. *Anesth Analg* 1981; 60: 150-161.