



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."

**ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA SATISFACCIÓN EXPERIMENTADA POR LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA**

TESIS QUE PRESENTA

DRA. YOLIMA COLLAZOS LIMA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

ASESOR DE TESIS:

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

CIUDAD DE MEXICO, D. F.

DICIEMBRE DE 2010



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.

DRA. DIANA MÉNEZ DÍAZ

Jefa de la División de Educación e Investigación Médica
UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI

MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS

ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

Jefe de Servicio de Anestesiología
UMAE Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda
Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS
Profesor titular del curso Universitario de Especialización en Anestesiología
(Asesor de tesis)

AGRADECIMIENTOS

*A Dios,
Por darme la oportunidad de venir a éste país a hacer realidad mis sueños.*

*A mi Padre,
Sé que estarías muy orgulloso de tu hija y compartirías conmigo mi felicidad,
pero desde donde estés yo sé que estás feliz por mí*

*A mi madre,
Por estar siempre conmigo desde que empecé la larga travesía de mi vida,
Gracias mamita por no fallarme nunca*

*A mi esposo Eduardo,
El angelito que Dios me envió para que fuera mi apoyo incondicional en ésta
empresa.
Gracias mi amor por no dejarme desfallecer y amarme.*

*A Jairo y Jaime, mis hermanos,
Porque aunque lejos fueron mi apoyo invaluable y me alentaron a seguir
adelante con mi propósito*

*Al Doctor Castellanos,
Gracias por estar siempre dispuesto a ayudarme de una manera excepcional,
No tengo palabras para agradecerle su apoyo*

*Al IMSS y a México,
Que me acogieron con los brazos abiertos e hicieron posible seguir
ascendiendo en mi desarrollo profesional*

*A mis pacientes,
Porque gracias a cada una de las experiencias vividas con ellos fue posible
terminar mi especialidad, y con ello también seguir mi crecimiento como un
mejor ser humano.*

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Resumen	6
Antecedentes	7
Planteamiento del problema	12
Hipótesis	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
Material y Métodos	15
Resultados	21
Discusión	31
Conclusiones	33
Bibliografía	34

Abstract:

Purpose: To evaluate through a public opinion survey, the appreciation of users compared with anesthesia as well as connectivity with the anesthesiologist established before, during and after the event-surgical anesthetic.

Design: Cross-analytical.

Material and methods: Subject to the approval of the Local Committee on Research Hospital, evaluated 1098 polls, in patients undergoing surgical procedures and medical postanestésica applied for the visit to 24 or 48 hours a POP measured satisfaction users based on the treatment of the anesthesiologist, clarity in the language employed doctor, empathy occurred, assessment of pain, nausea and vomiting postanestésicos, intraoperative awakening also points related to the pre-anesthetic assessment. We obtained a degree of satisfaction with the type of anesthesia used in 99% of patients, considered as excellent in 66% of cases, considering a good relationship with the anesthesiologist at 99.4%, 95.7% plain language; contact the anesthesiologist before and 97% postprocedimiento visit preanestésica 87.3%; comfortable in the operating room 92% rate of postoperative complications and trans 0.9%.

Conclusions: We conclude that in spite of the short time we have to make a proper empathy with surgical patients, we are making the visit preanestésica anesthetic and the procedure itself, get a proper relationship with our patients, achieving a degree of satisfaction over 90%, which encourages us to continue to evaluate the degree of satisfaction of our customers to help improve the quality anesthetic applied in our UMAE.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar mediante una encuesta de opinión, la apreciación de los usuarios frente al acto anestésico así como la conectividad con el anesthesiologo establecida antes, durante y después del evento quirúrgico-anestésico.

Diseño: Transversal analítico.

Material y métodos: Previa aprobación del Comité Local de Investigación del Hospital, se evaluaron 1093 encuestas de opinión, de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y médicos, aplicados en la visita postanestésica a las 24 o 48 horas del POP que midió el grado de satisfacción de los usuarios con base en el trato del anesthesiologo, claridad en el lenguaje médico empleado, empatía ocurrida, además de puntos relacionados con la valoración preanestésica.

Resultados. Se obtuvo un grado de satisfacción con el tipo de anestesia aplicado en el 99% de los pacientes, considerando como excelente en el 66% de los casos, considerando una relación buena con el anesthesiologo en el 99.4%, lenguaje claro 95.7%; contacto con el anesthesiologo pre y postprocedimiento 97%, visita preanestésica 87.3%; estancia cómoda en el quirófano 92%; porcentaje de complicaciones trans y postoperatorias de 0.9%.

Conclusiones: Concluimos que a pesar del poco tiempo que tenemos para realizar una empatía adecuada con los pacientes quirúrgicos, estamos logrando que la visita preanestésica y el procedimiento anestésico mismo, consiga una relación adecuada con nuestros pacientes, logrando un grado de satisfacción mayor del 90%, lo que nos anima a continuar evaluando el grado de satisfacción de nuestros usuarios que contribuyan a mejorar la calidad anestésica en nuestra UMAE.

Palabras claves: Anesthesiologo, relación médico-paciente, satisfacción, empatía.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El médico ocupa hoy gracias a los avances de la ciencia, a la abnegación y a la honradez de sus cultores, un lugar de privilegiada consideración, en el seno de la Sociedad, donde desempeña además, una importante función de educador, conductor y a menudo de árbitro del destino de muchos de sus semejantes.

El anestesiólogo en el noble ejercicio de su especialidad, lucha contra el dolor, el sufrimiento y la muerte, no establece diferencias de orden discriminatorio, en función de credos, razas, nacionalidades, sexos o grupos sociales. No hay diferencias substanciales en cuanto a los principios que gobiernan la conducta del anestesiólogo con los de otros profesionales médicos y demás miembros de la Sociedad, pero siendo de alta nobleza el carácter de sus ideales y la esencia de su función en cuanto al alivio del dolor, su proyección social y moral hace relevante su actuación profesional dentro de un marco de respeto a los derechos humanos. Este tipo de actuación lleva implícita la necesidad de que el anestesiólogo busque permanentemente la actualización y perfeccionamiento de sus conocimientos para un óptimo desempeño de sus funciones. El decoro y la honestidad se afirman en la vida del médico anestesiólogo, como normas imperativas que exaltan su idealismo a los planos más elevados de la vida de la comunidad.

Por lo anterior, es deber del médico anesthesiologo, buscar la más alta calidad en la atención de sus pacientes, ya sean institucionales o particulares, para lo cual, gestionará ante quien corresponda, las condiciones o elementos básicos que sean necesarios para garantizarla⁽¹⁾

El médico anesthesiologo para el manejo integral y preventivo del paciente, tiene la obligación de cumplir con la Lex Artis de la anesthesiología, porque es la conducta que se le exige en la aplicación de un acto anestésico. De acuerdo a la Lex Artis, se debe establecer un plan de manejo adecuado desde el período preoperatorio, de acuerdo al diagnóstico quirúrgico, al diagnóstico o los diagnósticos médicos, su tiempo de evolución y los tratamientos médicos.⁽²⁾

Para eso debe realizarse una completa y adecuada valoración preanestésica y una clasificación del estado físico del paciente y el grado de riesgo operatorio.

Para establecer un contrato legal con el paciente, la técnica anestésica seleccionada durante la valoración preanestésica, así como los riesgos y beneficios de la misma, deben ser explicadas a los pacientes, a sus familiares o al responsable legal, para que ellos puedan, por escrito, autorizar la aplicación del método seleccionado. En caso de ser necesario es su obligación indicar las consultas y evaluaciones de otros especialistas.⁽²⁾

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 el total 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.⁽³⁾

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 los pacientes tienen de la CAM son diferentes y variados como para poder uniformar criterios a partir de ellos y tratar de establecer políticas de salud y solo existen dos puntos de coincidencia, que sean tratados con respeto y que se les incluya en la decisión acerca de los tratamientos.⁽⁴⁾

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 tensión y el ahorro en el presupuesto y a quien gaste menos se le da un incentivo económico. Al enfocarse en la CAM se refiere que se requiere de una metamorfosis desde la formación de recursos cuando se están formando los nuevos profesionales de salud y hacer que todos pasen por las mismas destrezas y habilidades. También propone la manera de medirla, al calificar por separado la estructura y el proceso asistencial, con los resultados.⁽⁵⁾

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 para la Práctica de la Anestesiología⁽⁶⁾. 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, pero maneja el concepto per review, 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⁽⁷⁾ en su revisión sobre control de calidad. Por último, en México el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana (NOM)⁽⁸⁾, permite un mejor desempeño del anestesiólogo y los estudios realizados han sido sólo relacionados a costos.

Es imperante un mecanismo que sienta las bases de estudio, implementación, organización y evaluación de la CAM en la medicina y en la anestesiología de nuestro país. Regresando a la definición de calidad, para dar un servicio con ciertas características y propiedades, se deben 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 anestesiólogo 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 CAM. En éste sentido, Onrubia et al, demostraron el poco conocimiento que tienen los estudiantes de medicina sobre la especialidad, lo que ya es preocupante y falta determinar lo mismo en la población en general.⁽⁹⁻¹⁰⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuál es la opinión de los usuarios de quirófano y servicios alternos, acerca del acto anestésico al que se somete, según los diferentes eventos médico-quirúrgicos?

Se logra empatía entre el paciente y el anestesiólogo antes, durante y después del acto anestésico?

Queda satisfecho el paciente con el tipo de anestesia aplicado y con el trato del anestesiólogo?

HIPÓTESIS

Durante el acto anestésico y perioperatorio, se establece una adecuada empatía con nuestros pacientes, lo que ha permitido que a través de ésta logremos desmitificar, atenuar temores y dar una información acertada acerca del procedimiento anestésico que se está realizando en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, recordando el hecho de que somos parte integral en la recuperación del paciente y que nuestro trato cuidadoso, respetuoso y amable, redundará en mejores resultados a corto, mediano y largo plazo.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar mediante una encuesta de opinión, la apreciación de los usuarios frente al acto anestésico aplicado para el procedimiento quirúrgico realizado, sus dudas y temores así como la conectividad con el anesthesiólogo establecida antes, durante y después del evento quirúrgico-anestésico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer el nivel de empatía del anesthesiólogo y el paciente sometido para cirugía electiva.

2. Ver si el lenguaje empleado con los pacientes es suficientemente claro y explica de manera precisa el tipo de acto anestésico, su importancia y los efectos adversos, colaterales y posibles accidentes del mismo.
3. Evaluar de la manera más objetiva posible si el paciente participa en la decisión del acto anestésico.
4. En el control del dolor, saber si las medidas empleadas según el tipo de cirugía a la que son sometidos nuestros pacientes, son las más adecuadas.
5. Conocer la incidencia de vómito y náuseas postoperatorias que tenemos en nuestros pacientes.
6. Tener una concepción global acerca del acto anestésico y perianestésico empleado en los pacientes que acuden a nuestros quirófanos con el fin de mejorarlos y brindar una mejor calidad de atención a nuestros usuarios.
7. Disponer de registros adecuados sobre el acto perianestésico, que den paso a futuras investigaciones.

MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, transversal, analítico. Se realizó una encuesta sencilla de 26 puntos, con respuestas de si, no o calificación numeral de 0 a 10 a las 24 o 48 horas de su postoperatorio, si el paciente estaba en condiciones de responderla, aclarándole en los puntos donde surgió duda para responder, sin tener por ningún motivo injerencia en sus decisiones, dejando a su libre expresión las respuestas que él allí se consignaron.

Variable independiente: Las preguntas consignadas en la encuesta de opinión a la que se sometieron los pacientes.

Variable dependiente: Opinión de los pacientes.

Selección de la muestra: Se seleccionaron 1094 encuestas que representa el 70% de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos en los quirófanos y servicios alternos, en el Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda" del CMN S. XXI.

Criterios de Inclusión: Pacientes con Glasgow mayor de 13 puntos, en condiciones de contestar la encuesta, a las 24 o 48hr del postoperatorio.

Criterios de exclusión: Se excluyeron los pacientes que por algún motivo no pudieron responder la encuesta (pacientes intubados, fallecidos en

el postoperatorio inmediato, etc) o los que no desearon participar en el estudio.

Procedimientos:

Se aplicó la siguiente encuesta de opinión a todos los pacientes que pudieron y desearon participar en el estudio.

EL SIGUIENTE CUESTIONARIO TIENE COMO FINALIDAD CONOCER SU OPINION EN RELACION A LA ANESTESIA QUE SE LE PROPORCIONÓ. NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS.

SU PUNTO DE VISTA ES LO QUE MAS NOS INTERESA. ES IMPORTANTE QUE NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER. ¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

1. CUANTAS HORAS ANTES DE LA OPERACIÓN FUE INTERNADO EN EL HOSPITAL?

24HR_____ 48HR_____ MAS DE 48HR_____

2. SU OPERACIÓN FUE LLEVADA A CABO LA FECHA Y HORA PROGRAMADAS?

SI_____ NO_____ NO SE _____

3. FUE VISITADO POR EL ANESTESIOLOGO ANTES DE SU INGRESO AL QUIRÓFANO?

SI_____ NO_____ NO SE _____

4. LE INDICO AL GUN MEDICAMENTO EL ANESTSIOLOG ANTES DE SU OPERACIÓN?

SI_____ NO_____ NO SE _____

5. FUE RECIBIDO EN EL QUIROFANO POR EL ANESTESIOLOGO?

SI_____ NO_____ NO SE _____

6. AL DESPERTAR EN LA SALA DE RECUPERACIÓN EL ANESTESIOLOGO TUVO ALGUN CONTACTO CON USTED?

SI_____ NO_____ NO SE _____

7. ENTENDIO CLARAMENTE EL ELGUAJE QUE USO EL ANESTESIOLOGO CON USTED?

SI_____ NO_____ NO SE _____

8. CONSIDERA QUE FUE BUENA LA RELACION PERSONAL ENTRE EL ANESTSIOLOGO Y USTED?

SI_____ NO_____ NO SE _____

9. EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10, DIGA QUE TAN SATISFECHO QUEDO USTED CON EL TIPO DE ANESTESIA QUE SE LE APLICO?

0__ 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__

10. EN CASO DE SER NUEVAMENTE OPERADO, LE GUSTARIA RECIBIR UNA ANESTESIA IGUAL A ESTA ÚLTIMA?

SI_____ NO_____ NO SE _____

11. EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10 DIGA QUE TAN HUMANO Y AFECTIVO SE PORTÓ CON USTED AL ANESTESIOLOGO?

0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10__

12. EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10, COMO CALIFICARÍA LA EXPERIENCIA QUE VIVIÓ CON EL ANESTESIOLOGO?

0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10__

13. EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10, DIGA QUE TAN CÓMODA FUE SU ESTANCIA EN EL QUIRÓFANO DURANTE SU OPERACIÓN?

0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10__

14. TIENE ALGUN RECUERDO DESAGRADABLE CON RELACIÓN A LA ANESTESIA?

SI_____ NO_____

15. DESPERTÓ USTED DURANTE LA OPERACIÓN?

SI_____ NO_____

16. ESCUCHÓ O VIO ALGO DURANTE LA OPERACIÓN?

SI_____ NO_____

17. SUFRIÓ DE NÁUSEAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN?

SI_____ NO_____

18. CUANTAS VECES VOMITÓ DESPUÉS DE LA OPERACIÓN? _____

19. EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10, DIGA QUE TAN INTENSO FUE EL DOLOR DESPUÉS DE SU OPERACIÓN?

0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10__

20. EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10, DIGA COMO DURMIÓ ANOCHE? (0= INSOMNIO, 10= SUEÑO REPARADOR)

0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10__

21. EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10, DIGA QUE TANTO DOLOR DE GARGANTA TUVO DESPUÉS DE LA OPERACIÓN?

0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10

22. COMO SE LLAMA EL MEDICO QUE LA OPERÓ?

23. COMO SE LLAMA EL MEDICO QUE LE ANESTESIÓ?

24. EL ANESTESIOLOGO LE EXPLICÓ COMO SERIA LA ANESTESIA QUE LE IBA A PROPORCIONAR?

SI_____ NO_____

25. EL ANESTESIOLOGO LE INFORMÓ DE LOS RIESGOS Y EFECTOS ADVERSOS QUE SE PODRÍAN PRESENTAR CON LA ANESTESIA?

SI_____ NO_____

26. EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10, DIGA QUE TAN INTENSO ES EL DOLOR EN ESTE MOMENTO?

0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10_

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables medidas en escala cualitativa nominal u ordinal se expresaron en frecuencia absoluta y porcentaje, como medida de tendencia central se usó la mediana. En las variables medidas en escala cuantitativa se obtuvo el promedio y la desviación estándar, siempre y cuando los datos siguieran un patrón de distribución normal. Para contrastar las diferencias se empleó la prueba chi cuadrada o la exacta de Fisher, en todos los casos se consideró como estadísticamente significativo un valor de probabilidad menor a 0.05.

CONSIDERACIONES ETICAS

Por ser un estudio en donde no hay pruebas farmacológicas o se interviene con su opinión, no representa peligro alguno para nuestros pacientes, en cambio la opinión expresada por ellos va a ser significativa para nosotros, como evaluador de nuestro acto anestésico.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Recursos Humanos: Residentes de segundo y tercer año, del Departamento de Anestesiología.

Recursos Materiales: Encuestas proporcionadas por el departamento de Anestesiología.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El período de recolección comprendió del 1° de enero al 30 de agosto del 2006, y las realizaron los residentes de anestesiología de segundo y tercer año, que estuvieron en contacto con el paciente antes, durante y después del acto quirúrgico.

RESULTADOS

El estudio se realizó entre enero y agosto del 2006 con base en 1093 encuestas postanestésicas, realizadas a pacientes de las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, usuarios del servicio de anestesiología dentro y fuera de quirófano. Hombres 563 pacientes, mujeres 530, edades 15 a 93 años, con una mediana de 53 años, ASA 1 $n= 188$ (17.2%), ASA 2 $n= 536$ (49%), ASA 3 $n= 336$ (31%), ASA 4 $n= 33$ (3%), Glasgow 13-15 puntos, Aldrete postoperatorio (POP) 8-10 puntos.

Características demográficas (cuadro n° 1)

EDAD	93-15 años \approx 54
HOMBRES	563
MUJERES	530
ASA 1	188
ASA 2	536
ASA 3	336
ASA 4	34
GLASGOW	13-15 puntos
ALDRETE POP	8-10 puntos

Cuadro n° 1. Características demográficas.

Se obtuvo un grado de satisfacción con el tipo de anestesia aplicado en el 99% de los pacientes, considerando como excelente en el 66% de los casos, relación buena con el anesthesiologo en el 99.4%, lenguaje claro 95.7%; contacto con el anesthesiologo pre y postprocedimiento 97%, visita preanestésica 87.3%; estancia cómoda en el quirófano 92%; porcentaje de complicaciones trans y postoperatorias de 0.9%. (*figs. 1-8*).

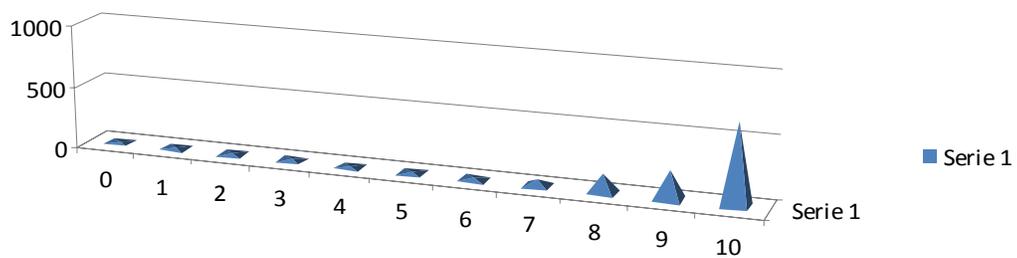
Se reportaron solo cinco complicaciones transoperatorias (0.45%) las que fueron: hipotensión 1, hipertensión 1, bronsoespasmo1, bradicardia

sinusal 1 y acidosis metabólica 1. Las complicaciones postoperatorias fueron 4 (0.36%), hematoma de pared 1, espasmo laríngeo 1, broncoespasmo 1, acidosis metabólica 1. Todos los pacientes sobrevivieron y fueron dados de alta de hospitalización sin complicaciones.

Cuadro N° 1. Estancia cómoda en el quirófano. Escala 0-10.

0	2
2	3
3	4
4	4
5	11
6	15
7	47
8	140
9	224
10	643

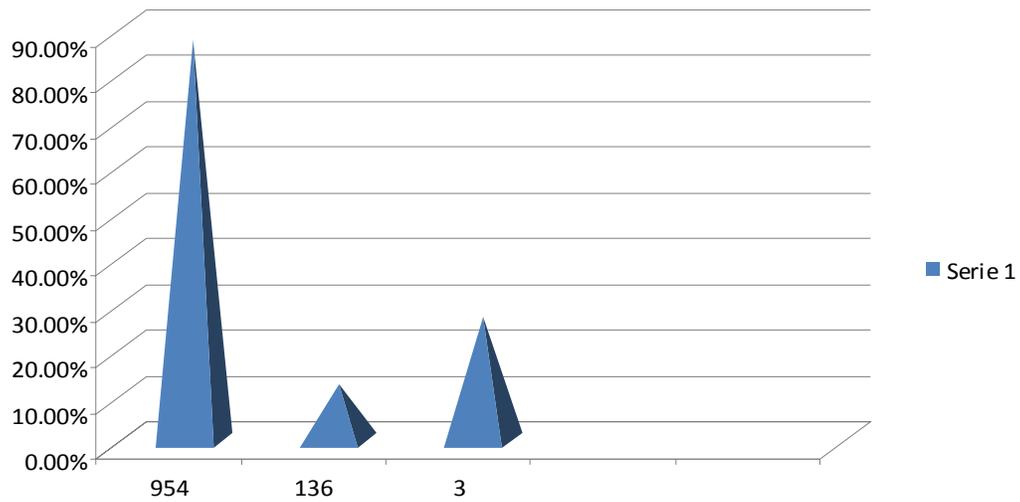
Gráfico N° 1. Estancia cómoda en el quirófano, escala 0-10



Cuadro n° 2. Visita preanestésica

SI	954	87.3%
NO	136	12.4%
NO SE	3	0.27%

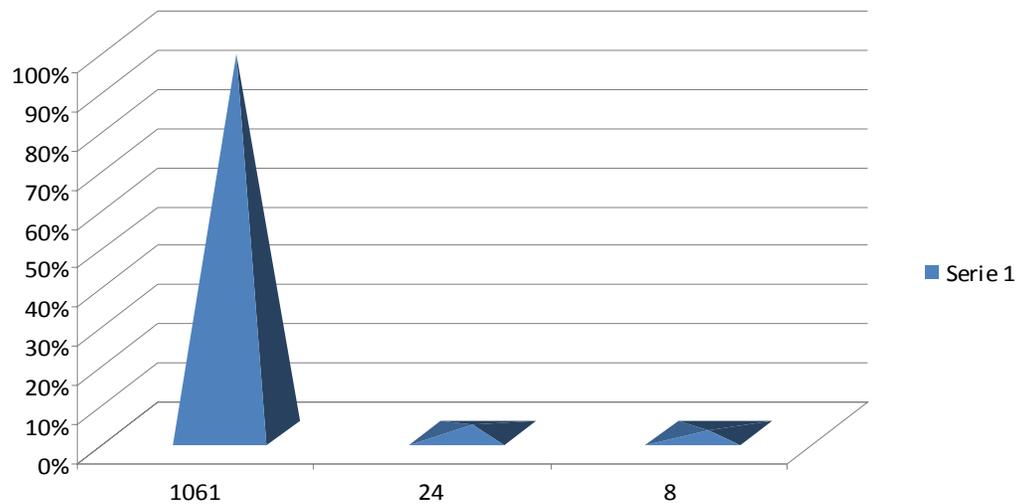
Cuadro N°2. Visita preanestésica



Cuadro n° 3. Recepción por el anestesiólogo en el quirófano

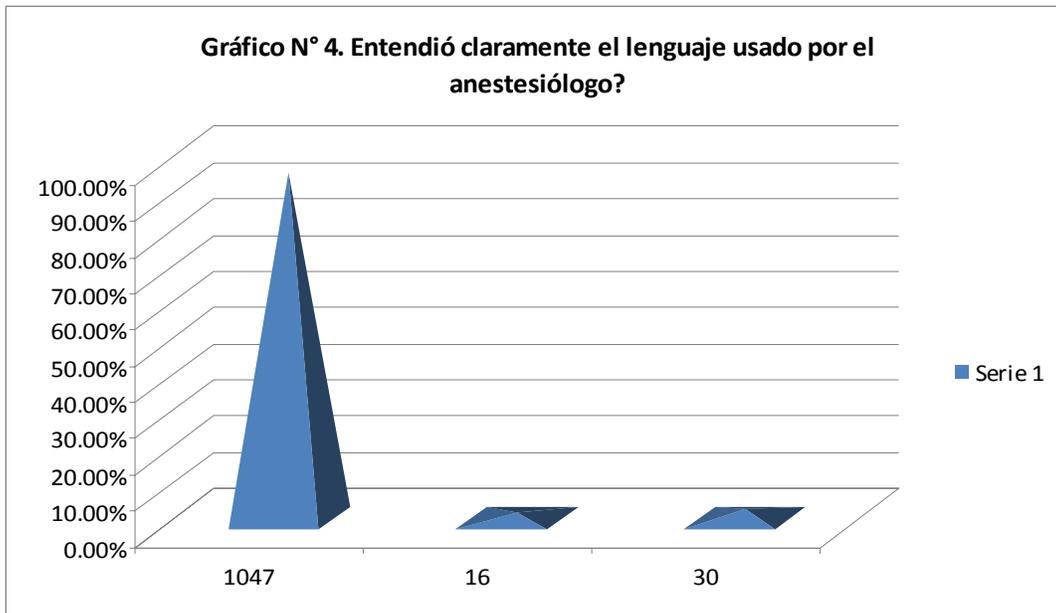
SI	1061	97%
NO	24	2.19%
NO SE	8	0.73%

Cuadro N° 3. Recepción por el anestesiólogo en el quirófano



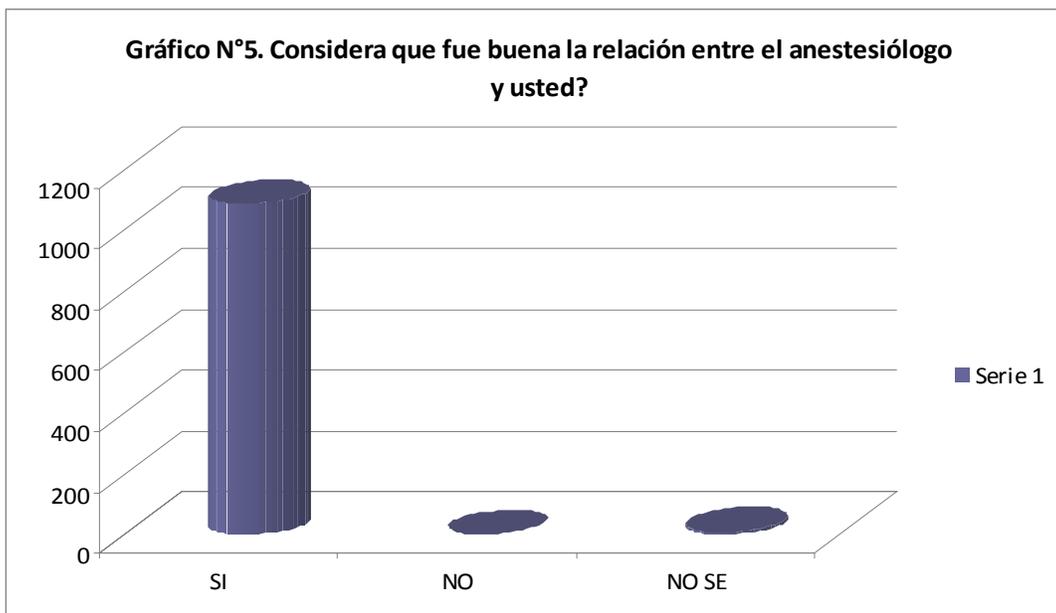
Cuadro n° 4. Entendió claramente el lenguaje que usó el anestesiólogo?

SI	1047	95.7%
NO	16	1.46%
NO SE	30	2.74%



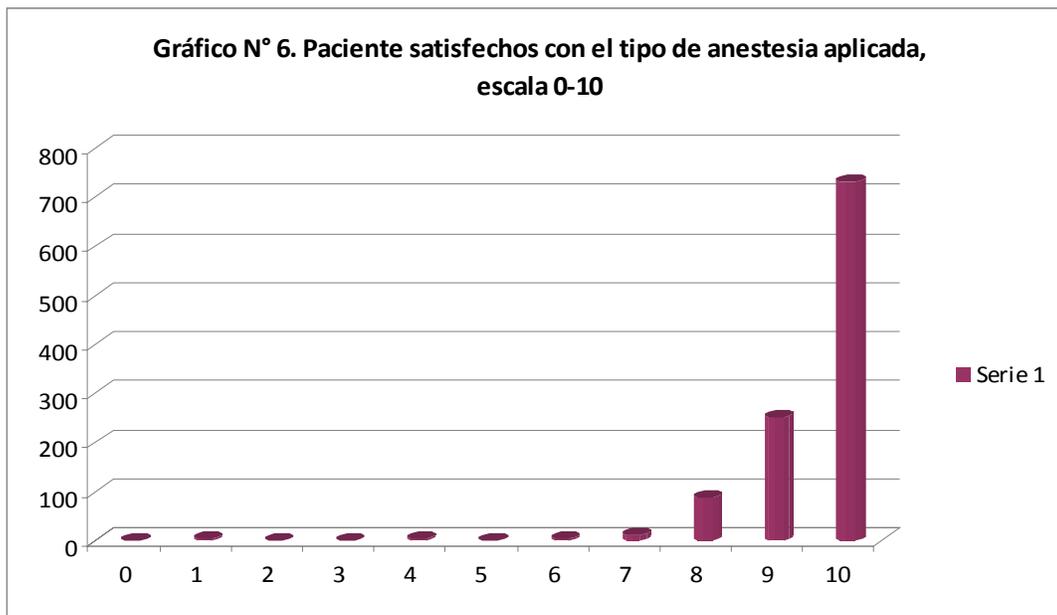
Cuadro N° 5. Considera que fue buena la relación personal entre el anestesiólogo y usted?

SI	1087	99.4%
NO	1	0.09%
NO SE	9	0.82%



Cuadro N° 6. SATISFACCION CON EL TIPO DE ANESTESIA APLICADA.
ESCALA 0-10

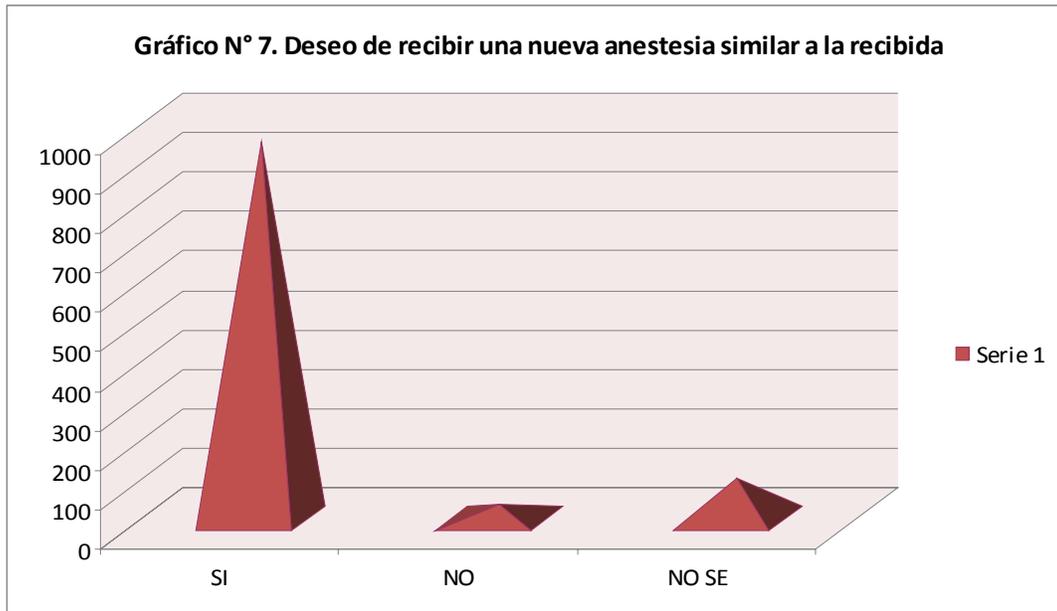
0	1
1	2
4	2
5	1
6	5
7	10
8	88
9	252
10	732



Cuadro N° 7. EN CASO DE SER OPERADO LE GUSTARIA RECIBIR UNA ANESTESIA IGUAL A ESTA ULTIMA?

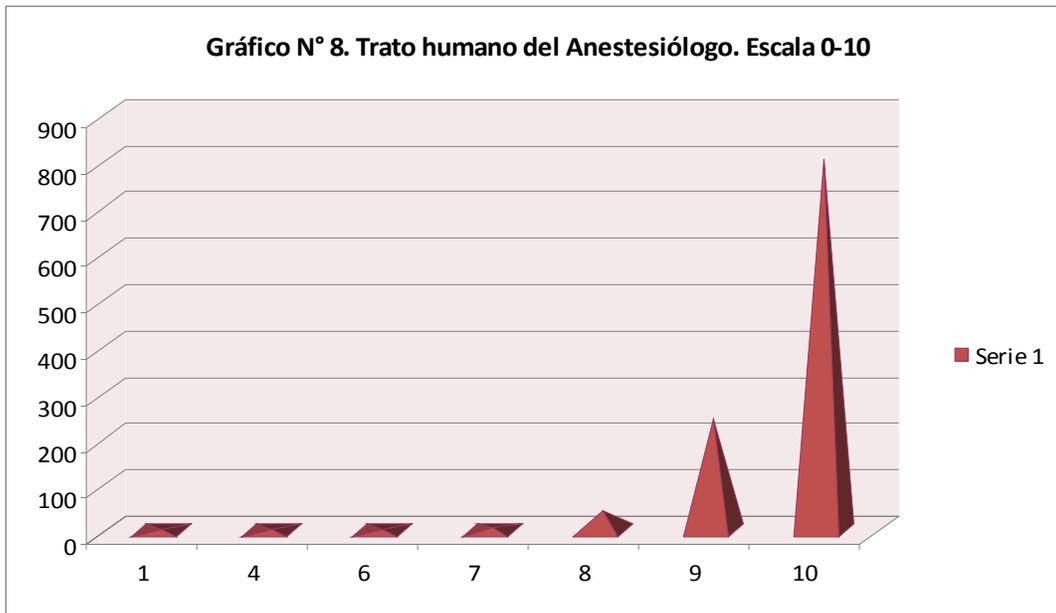
SI	957	87.5%
NO	34	3.11%

NO SE	102	9.33%
-------	-----	-------



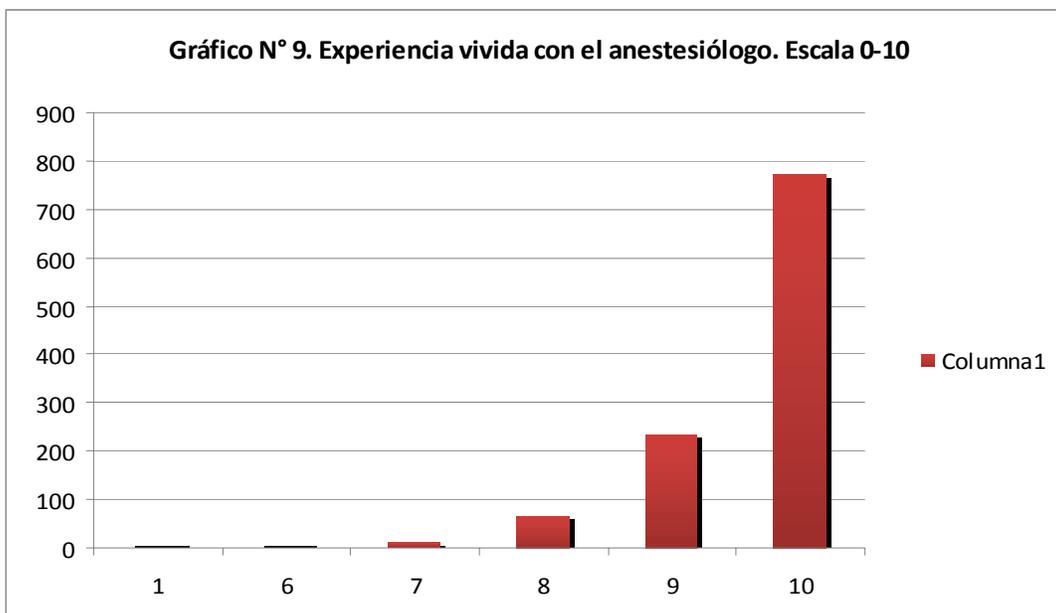
Cuadro N° 8. TRATO HUMANO Y AFECTIVO DEL ANESTESIOLOGO. ESCALA 0-10

1	1
4	1
6	1
7	7
8	43
9	239
10	801



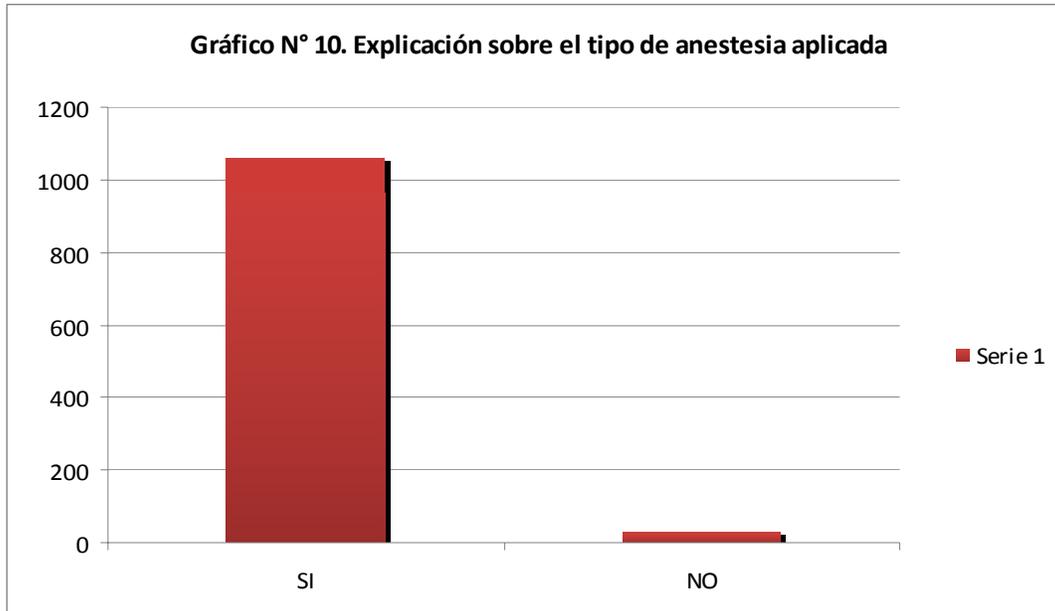
CUADRO N° 9. CALIFICACION DE LA EXPERIENCIA VIVIDA CON EL ANESTESIOLOGO. ESCALA 0-10

1	2
6	2
7	11
8	67
9	237
10	774



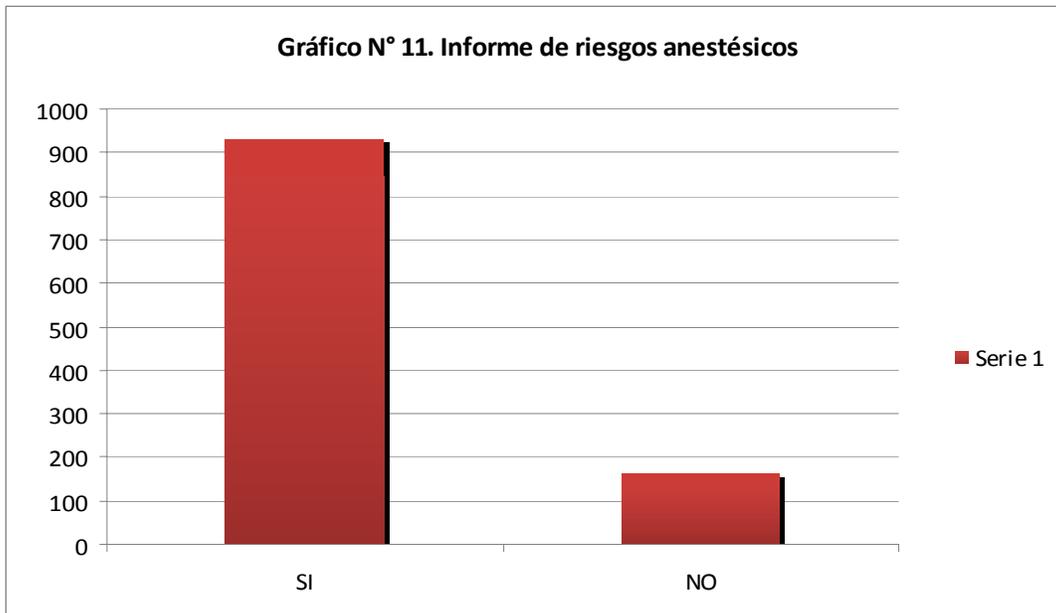
CUADRO N° 10. EL ANESTESIOLOGO LE EXPLICÓ EL TIPO DE ANESTESIA QUE LE IBA A PROPORCIONAR?

SI	1063	97.2%
NO	30	2.8%



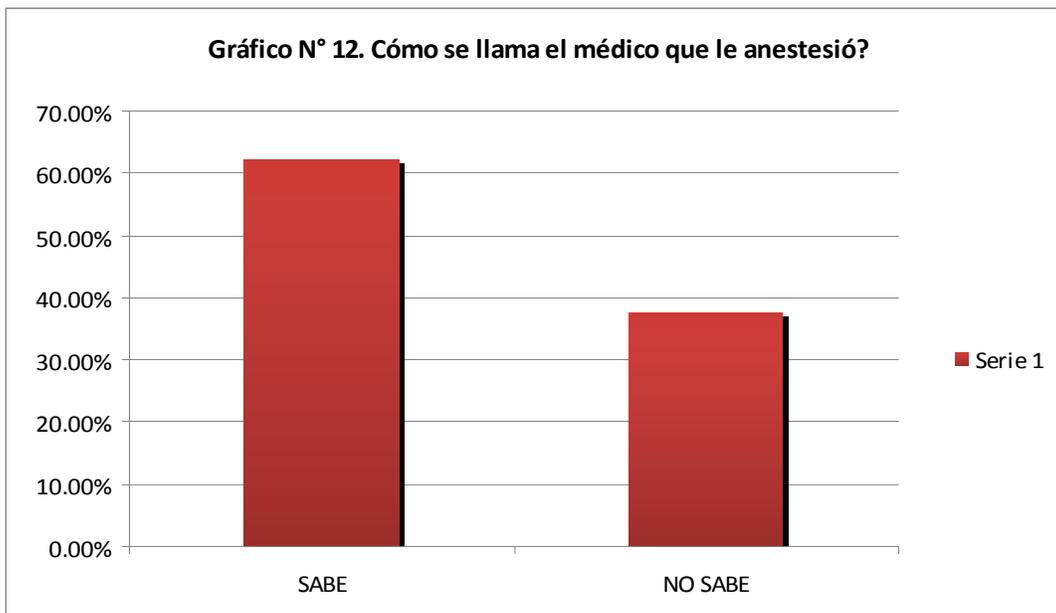
CUADRO N° 11. INFORME SOBRE RIESGOS Y EFECTOS ADVERSOS DE LA ANESTESIA APLICADA

SI	932	85.2%
NO	161	14.8%



CUADRO N° 12. COMO SE LLAMA EL MEDICO QUE LE ANESTESIÓ?

SABE	682	62.3%
NO SABE	411	37.6%



DISCUSIÓN

Los procesos médicos por tratarse procesos biológicos son complejos por definición, es decir, son procesos con unos altos niveles de variabilidad e incertidumbre: una misma acción puede terminar en diferentes resultados, y acciones diferentes pueden terminar en resultados iguales. Esto se hace más evidente cuando se trata de establecer una relación de empatía médico-paciente en el proceso anestésico ya que el tiempo con que a veces contamos es muy efímero para que ésta se dé, de manera adecuada.

Con éste trabajo pretendimos encontrar las fallas en la relación anesthesiologo paciente que sucede en nuestro hospital y con base en esos resultados establecer protocolos que nos permitan acercarnos de manera eficiente a nuestro paciente, con el fin, de desmitificar al acto anestésico y lograr que la población nos vea como facilitadores en el proceso de la obtención de su salud y no como un factor de riesgo agregado.

En nuestro estudio encontramos un nivel de satisfacción cercano al 97%, recepción del anesthesiologo al llegar a quirófano 97%, entendimiento del lenguaje usado por el anesthesiologo 95.7%, relación buena entre el anesthesiologo y el paciente 99.4%, deseos de recibir una anestesia similar a la aplicada en caso de ser intervenido nuevamente 87.5%, percepción de trato amable por parte del anesthesiologo 99%, contacto

con el anestesiólogo al despertar 96.1%, estancia cómoda en el quirófano 95.4% y recuerdo desagradable con respecto a la anestesia en el 4.75%. Sin embargo la identificación del anestesiólogo todavía continúa siendo deficiente con una tasa del 62.3% de recuerdo del nombre del médico que lo anestesió, además de la medicación preanestésica que se hace solo en el 23.6%.

En un trabajo similar al nuestro, realizado en el Hospital General de México publicado en la revista Mexicana de Anestesiología, en el año 2000, se encontró un nivel de satisfacción alto acerca del acto anestésico mismo pero un desconocimiento del anestesiólogo, desconocimiento de sus actividades principales, lo que puso de manifiesto, una visión alejada de la realidad acerca de las funciones del anestesiólogo dentro y fuera de quirófano.

Las fallas que tiene nuestro estudio: primero, no se investigó a fondo sobre los temores relacionados con el acto anestésico, segundo, no se evaluó el conocimiento de los pacientes sobre las funciones del anestesiólogo fuera y dentro del quirófano, lo que nos ayudaría a desmitificar el acto anestésico.

CONCLUSIÓN

Estos resultados nos plantean que a pesar del poco tiempo disponible estamos logrando empatía con nuestros pacientes y nos alienta a buscar medidas o protocolos que nos mantengan en ese rango de aceptación sin caer, dado la cantidad de personal distinto que atendemos diariamente, en la masificación o cosificación de los pacientes además de implementar estrategias que permitan mejorar los procesos que todavía están deficientes, lo que nos invita a una reflexión profunda de lo que estamos realizando en nuestra práctica diaria, haciendo un examen minucioso y a conciencia de todos los protocolos que manejamos con el fin de mejorarlos y llevarlos a los más altos estándares de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- **Lagasse R.** Indicators of anaesthesia safety and quality. *Curr Opin Anaesth* 2002; 15: 239-43.

2- **Lee A, Lum ME.** Measuring anaesthetic outcomes. *Anaesth Int Care* 1996; 24: 685-93.

3- **Myles P, Hunt J, Moloney J.** Postoperative "minor" complications: comparison between men and women. *Anaesthesia* 1997; 50: 300-6.

4- **Warden J, Borton C, Horan B.** Mortality associated with anaesthesia in New South Wales, 1994-1990. *Med J Aust* 1994; 161: 585-93.

5- **Cohen M, Duncan D, Pope W, Wolkenstein C.** A survey of 112.000 anaesthetics at one teaching hospital. *Can J Anaesth* 1987; 33: 22-31.

6- **Marshall GN, Hays RD, Mazel R.** Health status and satisfaction with health care: Results from the medical outcomes study. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 380-390

7- **Tong D, Cunch F, Wong D.** Predictive factors in global and anaesthesia in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology* 1997; 87: 856-64.

8- **Dexter F, Aker J, Wright W.** Development of a measure of patient satisfaction with monitored anaesthesia care. *Anesthesiology* 1997; 87: 865-73.

9- Myles P, William D, Hendrata M, Anderson H, Weeks A. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10811 patients. *Br J Anaesth* 2000; 84 (1): 6-10.

10- Myles P, Reeves M, Anderson H, Weeks A. Measurement of quality of recovery in 5672 patients after anaesthesia and surgery. *Anaesth Int Care* 2000; 28: 276-280.

11- Myles P, Hunt J, Nightingale C, Fletcher H, Beh T, Tanil D. et al. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anaesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg* 1999; 88:83-90.