



Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica en el paciente geriátrico

Dr. Antonio Castellanos-Olivares,* Dra. Hilda Evangelina-Cervantes,**
Dra. Petra Isidora Vásquez-Márquez***

* Médico anestesiólogo con Maestría en Ciencias Médicas, Jefe del Servicio de Anestesiología.

** Médica anestesióloga.

*** Médica anestesióloga con Maestría en Investigación Clínica.

Servicio de Anestesiología, UMAE Hospital de Especialidades «Dr. Bernardo Sepúlveda G» del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

El término anestesiología fue propuesto por primera vez en la segunda década del siglo XX con objeto de recalcar las bases científicas de la especialidad. La práctica de la anestesia ha cambiado de modo espectacular en las últimas décadas, la función que juega el anestesiólogo oscila desde ser un consultante hasta un proveedor primario de cuidados. La importancia de su participación es indiscutible, debido a que el principal objetivo del anestesiólogo es: «cuidar que el paciente enfrente en forma segura y cómoda la cirugía»; no obstante, se encarga de todos los aspectos «no quirúrgicos» en el cuidado de los enfermos. Es función del anestesiólogo, realizar valoraciones que le sirvan como herramienta diagnóstica, pronóstica y terapéutica durante las etapas pre, trans y post-anestésica, ya que todas las acciones de nuestra especialidad se realizan perioperatoriamente, es decir, antes, durante y después de los procedimientos anestésicos⁽¹⁾.

La anestesia ya no está confinada a la sala de operaciones, ni tampoco se limita a que los pacientes sean insensibles al dolor; en la actualidad, se requiere que los anestesiólogos vigilen, seden y proporcionen anestesia general o regional fuera de la sala de operaciones: en unidades de litotripsia, endoscopia del tubo digestivo, toma de imágenes por resonancia magnética nuclear, tomografía axial computarizada, fluoroscopía, terapia electroconvulsiva, unidades de cateterización cardíaca y procedimientos ambulatorios que requieren, por su corta duración, optimización de la técnica, del tiempo y de los recursos, ya que si son realizados de manera incorrecta pudieran interferir en la calidad de la atención médica y en las expectativas del paciente⁽²⁾.

La calidad es la totalidad de propiedades y características de un producto o servicio basados en su capacidad para satisfacer determinadas necesidades⁽³⁾.

La calidad en el cuidado de la salud ha sido definida como el grado en el cual los servicios incrementan la tasa de resultados óptimos que son consistentes con el conocimiento médico vigente. La calidad de vida es relevante en este contexto y puede ser medida después de la anestesia y cirugía bajo dimensiones objetivas y subjetivas (efectos adversos y satisfacción del paciente, respectivamente)⁽⁴⁾.

La gestión médica sirve como enlace permanente entre el beneficiario del sistema y los diferentes prestadores de los servicios de salud, a fin de que pueda proporcionar asesoría tanto al beneficiario como al prestador de las diferentes carteras de servicios y conozcan los diferentes mecanismos para su gestión. Desde el 1º de enero de 2009 en todos los hospitales certificados por el Consejo de Salubridad General según los Estándares Internacionales para la Acreditación de *Joint Commission International*, se crearon las metas internacionales para la seguridad del paciente; su propósito es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente y detectar las áreas problemáticas dentro de la atención médica y describir las soluciones consensuadas para las mismas, basadas tanto en evidencia científica como en el conocimiento de expertos, reconociendo que un diseño sólido del sistema es fundamental para la prestación de atención médica segura y de alta calidad⁽⁵⁾.

La satisfacción del paciente es un término que se introdujo en la medicina en los años noventa, conociéndose desde entonces su carácter subjetivo y lo difícil de su medición; hoy por hoy es un gran indicador de la atención y calidad de la asistencia médica, que contribuye a la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado de los servicios de salud^(6,7). Muchos

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

factores contribuyen a ésta, incluyendo la accesibilidad de los servicios, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales de la salud y las expectativas o preferencias propias del paciente⁽⁸⁾.

Por tanto, la satisfacción de los pacientes tras un acto anestésico es una medida de calidad de la asistencia que contribuye a la evaluación final del centro sanitario. A pesar de esto, no existen demasiadas publicaciones al respecto que valoren la opinión de nuestros pacientes en función de la experiencia vivida durante todo el procedimiento quirúrgico^(9,10).

Diversas teorías psicológicas sugieren que la satisfacción del paciente es un concepto multidimensional que incluye componentes sociodemográficos, cognitivos y afectivos; es la combinación entre las expectativas de éste y la percepción del servicio recibido. Cada paciente comienza con una comparación estándar contra la cual va a juzgar su nueva experiencia; un cambio en la satisfacción ocurre cuando la diferencia entre la situación actual y la expectativa excede la capacidad de asimilar la diferencia por parte del paciente, por lo tanto, la satisfacción depende de la congruencia entre lo que espera el paciente y lo que ocurre realmente⁽¹¹⁻¹³⁾.

Entre estos componentes, encontramos los relacionados con el paciente, como factores sociodemográficos: edad, sexo, grado de educación, estado marital, ocupación, raza, etc.; los relacionados con el proveedor de salud como: interacciones verbales, no verbales y competencia profesional; y los relacionados con el proceso en sí, como: accesibilidad, conveniencia, servicios auxiliares, factores burocráticos, costos, factores ambientales y organización de los servicios de salud. No ha sido fácil encontrar la relación entre estos factores y la satisfacción del paciente desde el punto de vista estadístico y hasta hoy no es claro cuáles de ellos son los más importantes^(14,15).

Para la medición de la satisfacción del paciente, se han utilizado instrumentos unidimensionales (escala numérica, escala visual análoga y escalas categóricas tipo Likert) que brindan información global acerca de todo el cuidado en salud recibida, y encuestas multidimensionales de compleja construcción psicométrica que pueden dar información más específica y confiable por la gran cantidad de variables que evalúan⁽¹⁶⁾. A gran escala se han utilizado cuestionarios como el QoR (por sus siglas en inglés *Quality of Recovery Score*) y la versión expandida QoR-40 en países como Australia⁽¹⁷⁾.

En general, se ha llegado a la conclusión de que los pacientes se encuentran satisfechos no sólo con el acto anestésico en sí, sino con el resultado final del procedimiento quirúrgico y muchas otras variables como la accesibilidad, la conveniencia de los servicios de salud, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales de la salud y las propias expectativas y preferencias del paciente, variables que se alejan bastante de la propia experiencia anestésica^(18,19).

En encuestas realizadas a más de 10 mil pacientes en el Reino Unido, en las que se interrogaba sobre satisfacción y anestesia, se ha documentado que los factores que más se relacionan con la falta de satisfacción de los pacientes son el despertar transoperatorio, el dolor intenso no controlado, la presencia de náusea y vómito, sed, frío, temblor y mareo, así como la presencia de cualquier complicación en la Unidad de Cuidados Postanestésicos⁽²⁰⁾. En cuanto a las variables que se asocian con la satisfacción de los pacientes en relación con la anestesia se encuentran: la anestesia regional por el mayor control del dolor postoperatorio, el adecuado trato del anestesiólogo, la edad avanzada, el sexo masculino y el estado físico, según la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA)^(21,22). Otro factor que repercute de forma importante en la percepción de satisfacción del paciente con el manejo anestésico, es la visita postanestésica. El anestesiólogo tiene el deber médico y legal de visitar a sus pacientes en el postoperatorio. Es deber del mismo corroborar la recuperación total del manejo anestésico, así como identificar y tratar cualquier complicación potencialmente relacionada con la anestesia⁽²³⁾. El anestesiólogo, durante mucho tiempo, ha sido distinguido como una figura distante e impersonal, hábil y eficiente, pero no tan «real» como otros médicos⁽²⁴⁾; en un intento de reducir la morbilidad cardíaca perioperatoria, el estudio y la investigación se han centrado, casi exclusivamente, en el manejo anestésico durante los períodos pre y transoperatorios. El postoperatorio ha sido virtualmente ignorado; sin embargo, existe evidencia que sugiere que deberíamos estar dirigiendo nuestra atención a la evaluación del período postoperatorio inmediato, con la misma intensidad que al transanestésico. En 1990, Mangan y colaboradores estudiaron a 474 pacientes varones con enfermedad arterial coronaria (EAC) o con alto riesgo para ella, sometidos de forma electiva a cirugía no cardíaca. En este estudio, 41% de los pacientes tuvieron isquemia miocárdica postoperatoria, en comparación con sólo 20% antes de la cirugía, y 25% durante la operación. De mayor importancia, estos episodios isquémicos fueron silentes en 97% de los pacientes. Además, aumentó al triple la probabilidad de tener un resultado cardíaco adverso asociado con la aparición de isquemia postoperatoria, similar a la mostrada con los pacientes sometidos a cirugía cardíaca⁽²⁵⁾. Esto enfatiza la importancia de la visita postanestésica en el bienestar final del paciente y la percepción que se tiene del manejo anestésico en general. Recientemente, Saal demostró el impacto de la visita postanestésica en la relación anestesiólogo-paciente, así como en la satisfacción general con el procedimiento anestésico⁽²⁶⁾.

A mayor edad de la población aumenta la probabilidad de que sus integrantes necesiten ser intervenidos quirúrgicamente. El índice de cirugías se incrementa con la edad, ya que habitualmente se practican cerca de 136 intervenciones

por cada 100,000 habitantes de 45 a 64 años de edad, pero éstas aumentan a 190 en sujetos de 75 años o más⁽²⁷⁾. En las primeras décadas del siglo XX se pensaba que las personas mayores de 50 años no deberían ser sometidas a cirugía; en la actualidad cada vez es más común administrar anestesia a pacientes de mayor edad y esto ha motivado a los anestesiólogos a perfeccionar, refinar y crear nuevas técnicas anestésicas con la finalidad de ofrecer un alto margen de seguridad y calidad en la atención médica. Existe suficiente evidencia científica para que la cirugía no sea diferida tomando exclusivamente como criterio la edad cronológica, pues existe una gran variabilidad en el proceso de envejecimiento de una persona a otra por lo que es más trascendente considerar la edad fisiológica de los pacientes, sobre todo en lo que concierne a la estimación de riesgos de complicaciones perioperatorias. La valoración de la capacidad funcional ha llegado a ser la parte más importante en el plan anestésico del paciente senil, siendo un marcador pronóstico integral que nos permite atenuar los riesgos de la anestesia y la cirugía^(28,29).

Como se ha observado en estudios previos, existe un incremento en el número de procedimientos quirúrgicos realizados en el paciente geriátrico. En nuestro servicio, se reporta una incidencia de 34% de procedimientos en pacientes mayores de 60 años⁽³⁰⁾.

De acuerdo a los resultados del US *National Hospital Discharge Survey* esta frecuencia aumentará en prácticamente todos los grupos de edad y el mayor incremento ocurrirá en los grupos de adultos y ancianos para los próximos 20 años en los que se acelerará el envejecimiento de la población, lo cual tendrá un impacto importante en el manejo perioperatorio del paciente⁽³¹⁾.

La Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades «Dr. Bernardo Sepúlveda G» del Centro Médico Nacional Siglo XXI cuenta con 51 servicios de atención médica, ofreciendo 14 especialidades médicas y 11 especialidades quirúrgicas para atender los problemas de salud de la población derechohabiente. Por lo tanto, el Servicio de Anestesiología es un pilar fundamental para la atención de esta población. Dada la inversión de la tasa de crecimiento poblacional y partiendo del hecho de que se espera un incremento en el número de procedimientos realizados en pacientes geriátricos, consideramos menester evaluar la percepción que tiene este grupo poblacional del acto anestésico y evidenciar la importancia de la visita postanestésica como herramienta para dicha evaluación.

Se diseñó una encuesta comparativa, previamente validada y después de contar con la aprobación del Comité Local de Investigación del Hospital, se revisaron 1,025 encuestas de visita postanestésica localizados en el Archivo Clínico del Servicio de Anestesiología de pacientes sometidos a cirugía bajo anestesia general durante el período comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre de 2011. El universo de trabajo quedó constituido por la población quirúrgica mayor de 60 años sometidos a cirugía electiva bajo anestesia general

balanceada o anestesia general endovenosa. Se realizó una codificación de acuerdo a la edad, género, técnica anestésica, valoración y medicación preanestésica, náusea, vómito, dolor en herida quirúrgica, dolor en garganta, satisfacción con el manejo anestésico, oportunidad quirúrgica, relación médico-paciente, comunicación. La información se vació en una base de datos diseñada en una hoja de cálculo de Excel y posteriormente se procesó mediante el programa estadístico SPSS.

La edad promedio en años fue de 70 ± 8 . El 51% fueron mujeres y 49% hombres. En 75% se aplicó anestesia general balanceada y en 25% anestesia general endovenosa. El peso promedio fue de 67 ± 17 kg con una talla de 151 ± 34 cm. La distribución de sujetos de acuerdo al estado físico según la Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA) fue la siguiente: ASA 1=2%, ASA 2=36%, ASA 3=54% y 4=8% (Cuadro I).

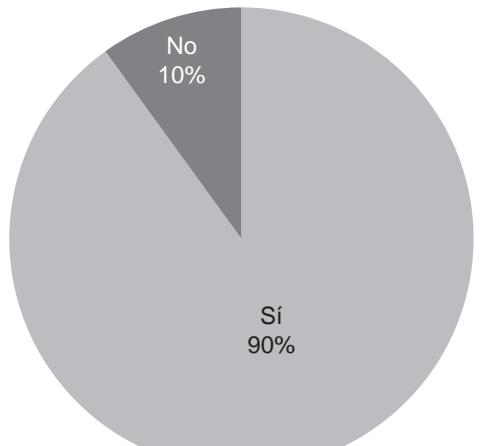
El 90% de los pacientes refirió haber recibido visita preanestésica durante su estancia en piso de los diferentes servicios; el 95% mencionó que recibió información acerca del procedimiento a realizarse, de los cuales 99.48% comentaron haber entendido las indicaciones e información brindada encontrando que 95.66% refirieron estar satisfechos con la relación que establecieron con el anestesiólogo (Figuras 1 y 2).

El 95% de los pacientes mencionaron estar satisfechos con el manejo anestésico recibido, de los cuales 95.3% lo calificaron como buena, 4.2% regular y sólo 0.5% malo. Cuando se les preguntó si les gustaría recibir un manejo anestésico semejante en caso de requerir un nuevo procedimiento quirúrgico, el 91% contestó afirmativamente (Figuras 3 y 4).

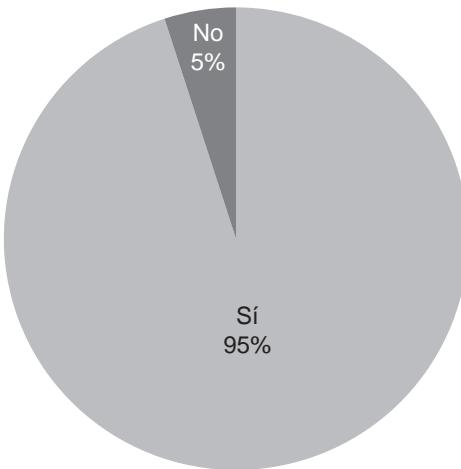
En cuanto a la incidencia de efectos adversos postoperatorios se encontró una incidencia de náusea 8.2% y vómito 13.3%; el 60.5% de los pacientes presentaron dolor en sitio de herida quirúrgica (Figura 5). El dolor postoperatorio se clasificó de acuerdo a su intensidad en: leve (EVA 1-3), moderado (EVA 4-7), severo (EVA 8-10) o ausente (EVA 0) encontrándose 50% sin referir dolor, 35% con dolor leve, 12% con dolor moderado y 3% con dolor severo (Figura 6).

Cuadro I. Características generales.

Variable	Frecuencia
Tamaño de muestra	1,025
Edad (años)	70 ± 8
Género F/M (%)	51/49
Peso (kg)	67 ± 17
Talla (cm)	151 ± 34
ASA 1	2%
ASA 2	36%
ASA 3	54%
ASA 4	8%



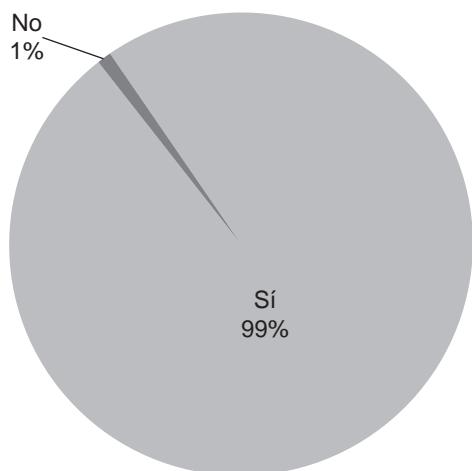
Valoración preanestésica



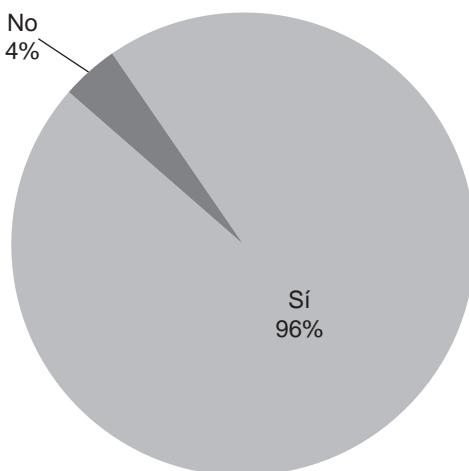
¿Recibió información sobre la anestesia?

Figura 1.

Visita preanestésica.



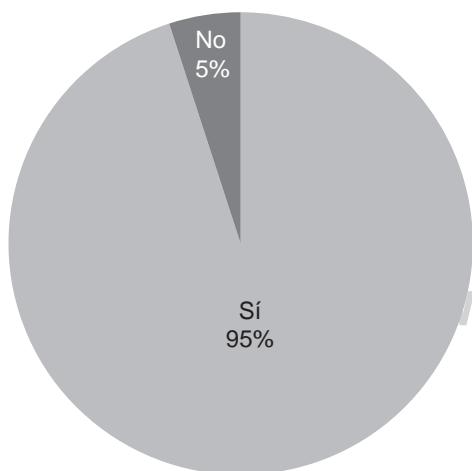
¿Entendió usted los informes del anestesiólogo?



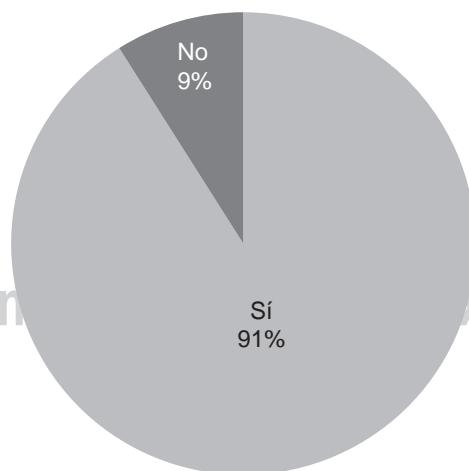
¿Quedó satisfecho con la relación con su anestesiólogo?

Figura 2.

Relación anestesiólogo-paciente.



¿Quedó usted satisfecho con la anestesia?



¿Le gustaría recibir una anestesia similar?

Figura 3.

Satisfacción con la anestesia.

La presencia de odinofagia fue referida en el 45% de los encuestados y fue calificada de la siguiente manera: leve 35% de los casos, 8% mencionaron que era moderada y 2% la calificaron como severa.

Nuestros resultados muestran que la población geriátrica manifiesta un alto nivel de satisfacción con el acto anestésico que va en concordancia al reportado en estudios previos como el realizado por *The Royal Collage of Anaesthetists* en el cual, además, se validaron cuestionarios como el QoR (por sus siglas en inglés *Quality of Recovery Score*) y la versión expandida QoR-40 en países como Australia. En encuestas realizadas a más de 10 mil pacientes en el Reino Unido, en las que se interrogaba sobre satisfacción y anestesia, se ha documentado que

los factores que más se relacionan con la falta de satisfacción de los pacientes son el despertar intraoperatorio, el dolor intenso no controlado, la presencia de náusea y vómito, sed, frío, temblor y mareo, así como la presencia de cualquier complicación en la Unidad de Cuidado Postanestésico. Lo cual, además, se relaciona con los hallazgos encontrados en nuestro estudio, donde se evidencia una incidencia de eventos adversos acorde con lo reportado por la literatura, siendo el más importante de éstos la presencia de dolor postquirúrgico y en segundo lugar la presencia de odinofagia.

El presente trabajo, es un esfuerzo inicial para demostrar la marcada importancia de la visita postanestésica en la percepción general del acto quirúrgico por parte del paciente, además de ser un instrumento de gran utilidad en la pronta identificación y manejo de eventos adversos que pudieran disminuir la impresión del paciente en la calidad de la anestesia. El anestesiólogo tiene el deber médico y legal de visitar a sus pacientes en el postoperatorio, para corroborar la recuperación total del manejo anestésico, así como identificar y tratar cualquier complicación relacionada con la anestesia.

La visita postanestésica es una herramienta fundamental para la oportuna identificación de eventos adversos e incrementa la percepción general con respecto a la relación anestesiólogo-paciente, así como la satisfacción general con el procedimiento anestésico.

Desafortunadamente suele prestarse poca atención a esta intervención y en muchas ocasiones no se realiza. Un ejemplo de esto son las guías de *The Royal College of Anaesthetists* que mencionan que la visita postoperatoria por un miembro del equipo anestésico se recomienda sólo en determinadas circunstancias y a criterio del anestesiólogo. Nosotros consideramos que la atención anestésica no debe interrumpirse en

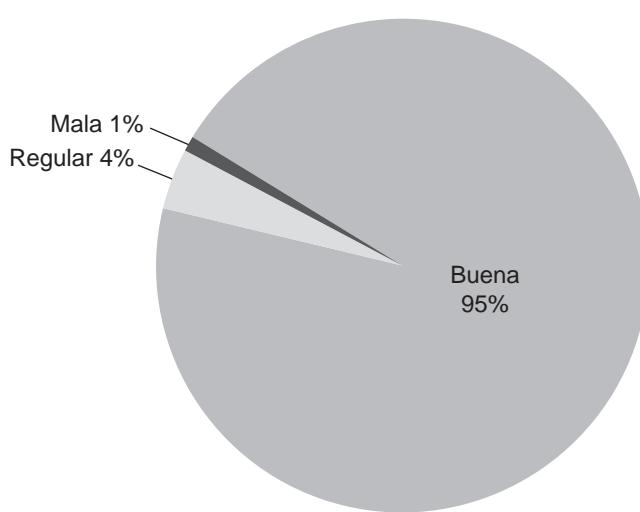


Figura 4. Experiencia vivida con la anestesia.

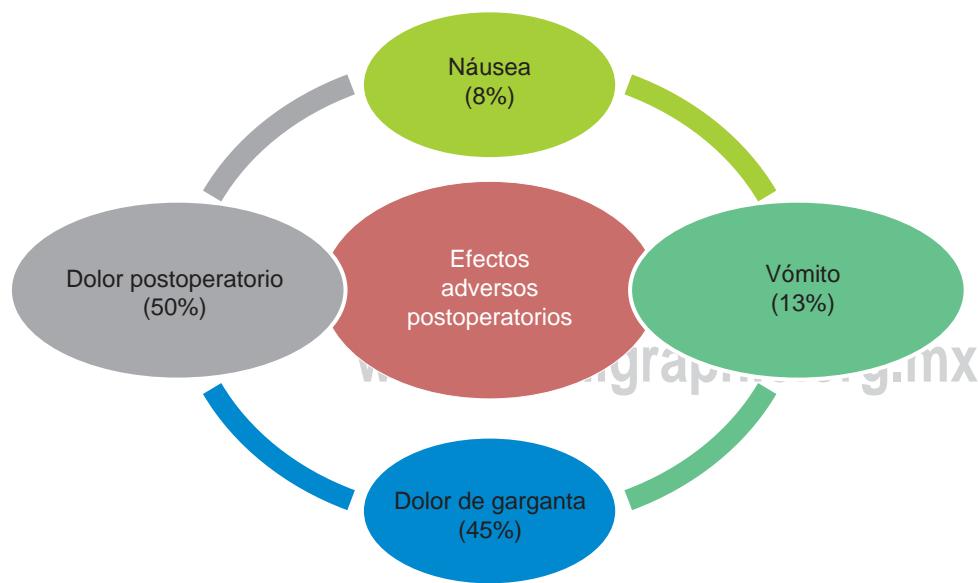


Figura 5.

Efectos adversos más frecuentes.

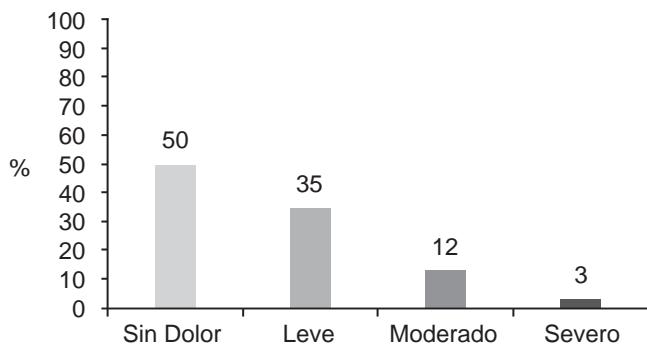


Figura 6. Intensidad de dolor 24 horas después de la cirugía.

la puerta de la sala de recuperación. El período postoperatorio representa una ventana de oportunidad para la detección tem-

prana y el manejo oportuno de los efectos adversos secundarios a la anestesia o a la cirugía. Para lograrlo necesitamos salir del quirófano y dar seguimiento a los pacientes para saber si las maniobras que aplicamos durante el período transanestésico se asocian con alguna medida de resultado relevante. Es indispensable conocer si se cumplieron las expectativas del paciente con relación al manejo anestésico, ya que la mayoría de los indicadores utilizados para evaluar la calidad de la atención anestésica han involucrado la percepción del personal de salud más que la de los enfermos.

En la actualidad, la calidad de la atención médica es un aspecto fundamental que durante mucho tiempo no se había tomado en cuenta, pero que empieza a salir del olvido y que debemos poner en práctica, ya que la seguridad y satisfacción de los pacientes constituyen la razón de ser un buen médico.

REFERENCIAS

- Zvara D, Nelson J. The importance of the postoperative anesthetic visit: do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition? *Anesth Analg.* 1996;83:793-797.
- Morgan E, Mikhail M, Murray M. Anestesiología clínica. Manual Moderno, 4a Edición, 2007:979-994.
- Lundberg GD, Wennberg JE. Quality of care. A call for papers for the annual coordinated theme issues of the AMA Journals. *JAMA.* 1996;276:1514-1517.
- Myles P, Williams D, Hendrata M, Anderson H, Weeks A. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *Br J of Anaesth.* 2000;84(1):6-10.
- Joint Comission on Accreditation of Health Care Organizations Sentinel Events, Policy and Procedures: [http://www.jcaho.org/Sentinel Events/Policy and Procedures](http://www.jcaho.org/Sentinel%20Events/Policy%20and%20Procedures)
- Caljouw M, Beuzekom M, Boer F. Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *Br J Anaesth.* 2008;100:637-644.
- Matthey P, Finucane BT, Finegan BA. The attitude of the general public towards preoperative assessment and risks associated with general anesthesia. *Can J Anaesth.* 2001;48:333-339.
- Westbrook J. Patient satisfaction. Methodological issues and results research findings. *Aust Healt Rev.* 1993;16:75-88.
- Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg.* 1991; 73: 190-198.
- Van Wijk MG, Smalhout B. A postoperative analysis of the patient's view of anaesthesia in a Netherlands' teaching hospital. *Anaesthesia.* 1990; 45: 679-682.
- Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM. Patient satisfaction after anesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *Br J Anaesth.* 2000; 84: 6-10.
- López MA, Fortuny G, Riera F. ¿Qué piensan los pacientes de la anestesia? Encuesta de satisfacción postoperatoria en cirugía ambulatoria comparando anestesia general y subaracnoidea. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2003; 50: 439-443.
- Bell D, Halliburton J, Preston J. An evaluation of anesthesia patient satisfaction instruments. *Anesth Analg.* 2004; 72: 211-217.
- Royston D, Cox F. Anaesthesia: the patient's point of view. *Lancet.* 2003; 362: 1648-1658.
- Acquier P, Pernoud N, Bruder N. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology.* 2005; 102: 1116-1123.
- Fung D, Cohen M. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg.* 1998; 87: 1089-1098.
- Myles P, Hunt J, Nightingale CL. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg.* 1999; 88: 83-90.
- Myles P, Williams D, Hendrata M. Patient satisfaction after anesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *Br J Anaesth.* 2000; 84: 6-10.
- Lehmann M, Monte K, Barash P, Kindler C. Postoperative patient complaints: a prospective interview study of 12,276 patients. *J Clin Anesth.* 2010; 22: 13-21.
- Capuzzo M, Giuseppe G, Paparella L. Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia. *Anesth Analg.* 2007; 105: 435-442.
- Drexler F, Aker J, Wright W. Development of a measurement of patient satisfaction with monitored anesthesia care. *Anesthesiology.* 1997; 87: 865-873.
- Gempeler F, Avellaneda M. Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio. *Rev Col Anest.* 2010; 38: 178-202.
- Lemos P, Pinto A, Morais G. Patient satisfaction following day surgery. *J Clin Anesth.* 2009; 21: 200-205.
- Raley F. Postoperative anaesthesia care. *Can J Anaesth.* 1996; 43: 759-763.
- Mangano DT, Leung JM, Smith RC. Postoperative myocardial ischemia in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. SPI Research Group. *Anesthesiology.* 1991; 74: 464-473.
- Saal D, Heidegger T, Nuebling M, Germann R. Does a postoperative visit increase patient satisfaction with anaesthesia care? *Br J Anaesth.* 2011; 107: 703-709.
- Molina SMR. Panorama epidemiológico del adulto mayor en México en el 2005. Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. 2006; 23(9): 1-3.
- Keller AS. Anesthesia and the geriatric patient. In: *Caring for the hospitalized elderly current best practice and new horizons.* Ed. SHM Rochester, 2004: 36-40.
- Fied LP, Tangent CM, Waldston J, Newman AB, Hirsche C, Gott Diener J. Frailty in older adults: an evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56: M146-156.
- Castellanos OA, Vázquez MPI. La evaluación preanestésica en el paciente geriátrico. *Rev Mex Anest.* 2011; 34: 174-179.
- National Center for Health Statistics. Health, United States; 2007.