

Visitas pre y postanestésicas: elementos esenciales en la calidad de atención. Experiencia en el Hospital General de México SS

Edmundo Alvarado Sil*, JoséC. Alvarez Vega**

RESUMEN

Objetivos: determinar las características e impacto de las visitas pre y postanestésicas en los pacientes programados para cirugía electiva. *Material y Métodos:* se aplicó una encuesta justo antes de ingresar a quirófano y 24 horas después de ser operados, para conocer la información de que 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. *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, a pesar de ello, calificaron alto al anestesiólogo y a su técnica anestésica. *Conclusión:* el conocimiento que tienen los pacientes sobre el anestesiólogo y sus actividades es mínimo y puede mejorarse, no saben qué esperar y por ende cómo calificar su actividad (Rev Mex Anest 2000;23:11-15).

Palabras Clave: anestesiología, calidad de atención médica, satisfacción del paciente

ABSTRACT

Pre and Postoperative visit: Essential elements in the quality of medical care. Experiences at the Hospital General, from Mexico City. *Objectives:* evaluate the characteristics and impact factor of the pre and post anesthetic visit in patients scheduled to elective surgery. *Material and Methods:* To assess the patient's knowledge that will be sustained about the anesthetic events, fear about the procedures and the anesthetic techniques, a questionnaire was applied to the patients scheduled for elective surgery both in the pre operative period and after 24 hours in the post operative period. *Results:* all the patients included in the study received preanesthetic evaluation but only 3% received post anesthetic evaluation, 74% of the patients not known about the name of the attending anesthesiologists and 49% unknowns what is the anesthesiologist roll in the operating room. *Conclusions:* the patient's knowledge about the anesthesiologist activities is minimal, representing serious implications in the quality of medical care (Rev Mex Anest 2000;23:11-15).

Key words: anesthesiology, quality of medical care, patient satisfaction.

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). 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; 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 Control¹, pero el término completo agrupa algunos elementos adicionales.

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 Cleary², quien encontró que a pesar de que el paciente ha recibido justo el tratamiento

*Residente de 3er año de Anestesiología, del Hospital General de México SS. ** Profesor Titular del Curso de Anestesiología y Médico Adscrito del Hospital General de México SS. Departamento de Enseñanza del Curso Universitario en Anestesiología del Hospital General de México SS. Correspondencia: Edmundo Alvarado Sil. Nogal Silvestre 7, Colonia Potrerillo, Delegación Magdalena Contreras, C.P. 10620, Distrito Federal, México.

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.

Por otro lado, Brook³ 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.

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 Anestesiología⁶. 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 *peer 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-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 costos⁷.

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 al⁸ 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.

El presente estudio, se realizó con el fin de determinar el conocimiento de los pacientes sobre su anestesiólogo, evaluar las visitas pre y postanestésicas, la relación entre la información de que disponen, 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.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio clínico, abierto, transversal, en un total de 178 pacientes (n = 178), programados para cirugía electiva, 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 en el servicio de Quirófanos Centrales del Hospital General de México SS, con la aprobación del Departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital. 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 I), con preguntas de carácter dicotómico (si-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 y compararlas con el cirujano y el trato global recibido. Se efectuó en dos partes, la primera justo antes

Cuadro I. Cuestionario aplicado a los pacientes

Datos generales: Edad: Sexo: Escolaridad: Pabellón: cama:

Preanestésico

1. ¿Sabe el nombre de su anesthesiologo? SI ()NO ()
2. ¿Sabe el nombre de su cirujano? SI ()NO ()
3. ¿Le realizaron su visita preanestésica? SI ()NO ()
4. ¿Duró el tiempo adecuado? SI ()NO ()
5. ¿Le gustaría que fuera el mismo el que lo anesthesiara y el que lo valoró? SI ()NO ()
6. Temor a la anestesia:
 - espontáneo SI ()NO ()
 - sólo espontáneos:
 - dolor postoperatorio SI ()NO ()
 - no despertar SI ()NO ()
 - despertar durante la cirugía SI ()NO ()
 - a lo desconocido SI ()NO ()
7. ¿Recibió información suficiente sobre los efectos adversos de los anestésicos SI ()NO ()
8. ¿Sabe qué técnica anestésica le aplicarán? SI ()NO ()
9. ¿Sabe que puede elegirla? SI ()NO ()
10. ¿El anesthesiologo está a las ordenes del cirujano? SI ()NO ()
11. ¿El anesthesiologo es médico? SI ()NO ()
12. ¿Quién es el encargado del cuidado de su vida durante la cirugía?
 - a) cirujano b) anesthesiologo c) inspector médico
13. Durante la cirugía ¿qué hace el anesthesiologo?
 - a) sale del quirófano b) lo vigila todo el tiempo c) no sé

Postanestésico

1. ¿Sabe el nombre de su anesthesiologo? SI ()NO ()
2. ¿Sabe el nombre de su cirujano? SI ()NO ()
3. ¿Le visitó su anesthesiologo después de la cirugía? SI ()NO ()
4. ¿Le habría gustado? SI ()NO ()
5. ¿Recibió información suficiente sobre los efectos anestésicos adversos? SI ()NO ()
6. ¿El anesthesiologo está a las ordenes del cirujano? SI ()NO ()
7. ¿El anesthesiologo es médico? SI ()NO ()
8. Importancia total del anesthesiologo en todo el cuidado perioperatorio:

nulo	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	extremadamente
nada		importante
9. Importancia total del cirujano en todo el cuidado perioperatorio:

nulo	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	extremadamente
nada		importante
10. ¿Cómo calificaría usted a su anesthesiologo en Técnica Anestésica ?(agrado):

malo	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	excelente
------	---------------------------------------	-----------
11. ¿Trato recibido? (relación médico-paciente):

malo	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	excelente
------	---------------------------------------	-----------

Cuadro II. Distribución por escolaridad de la muestra estudiada.

Escolaridad	Número de pacientes	Porcentaje
Nula	29	16
Primaria	66	37
Secundaria	51	29
Preparatoria	28	15
Técnica	1	1
Profesional	3	2
Total	178	100

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) a 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 $p \leq 0.05$ en los casos correspondientes.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 178 pacientes ($n = 178$); la edad promedio de los encuestados fue de 38 ± 15 años (rango 10-70). La distribución por sexos fue de 89 hombres (50%) y 89 mujeres (50%). La escolaridad se muestra en el Cuadro II.

Preanestésico: Se realizó el 100% de las visitas preanestésicas (VPREA) y sólo el 26% conocía el nombre del anesthesiologo, en comparación al 63% que conocía el del cirujano. Los datos con relación a la influencia del grado de escolaridad se muestran en el Cuadro III; solamente el 69% contestó que el anesthesiologo 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%

Cuadro III. Influencia de la escolaridad sobre las respuestas

	Educación Básica		Educación Intermedia	
	Si	No	Si	No
Preanestésico				
Nombre del Anesthesiologo	38	108	9	23
Temor	55	91	18	14
Postanestésico				
Nombre del Anesthesiologo	47*	99*	18*	14*

Educación básica: primaria y secundaria; Educación intermedia: técnica y bachillerato. * $p < 0.05$.

no sabía qué técnica anestésica 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 IV); no se encontraron diferencias significativas según el grado de escolaridad ($p = 0.07$), si se les informó qué técnica anestésica 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 anesthesiologo (el del cirujano 68%) influyendo positivamente la educación (Cuadro 3), el 84% refirió que el anesthesiologo es médico y el 42.5% reconoció que no estaba a las ordenes del cirujano. El 85% refirió que le habría gustado que le visitara su anesthesiologo 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 anesthesiologo de 8 (rango 1-9), para el cirujano de 8 (rango 1-9), calificaron el agrado a la técnica anestésica con 9 (rango 6-9) y el trato recibido de 9 (rango 4-9).

Cuadro IV. Temor al evento anestésico - quirúrgico

	Número de Pacientes	Porcentaje
No despertar	52	71
Dolor en el postoperatorio	45	62
Temor a lo desconocido	28	38
Despertar durante la cirugía	15	20

DISCUSION

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 objetiva 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 forma en que la VPREA se está realizando.

Con respecto al agrado con la técnica anestésica 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 qué compararlos; lo anterior puede dar una idea acerca del grado de satisfacción, independientemente que se le haya dado una buena CAM.

Los temores no mostraron alguna relación con ninguna variable y sólo se encontró que son idénticos a los reportados en la literatura¹⁰; el principal temor 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 estudiado (95%), no se les

realice VPOSTA. En Inglaterra es obligatorio que el mismo anestesiólogo que administró 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 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, debe mejorar la CAM de todo el cuidado perioperatorio, y mantener 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 contar con toda la información disponible del procedimiento; realizar una visita postanestésica adecuada con el fin de detectar errores en el transanestésico y/o 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 Anestesiol Reanim* 1995;42:91-95.
6. 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.
7. Zinker E, Alvarez J. Costos en anestesia. *Farmacoeconomía. Rev Mex Anest* 1998;21:182-189.
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 Anestesiol Reanim* 1995;42:324-329.
9. Llubia C. La información clínica y el consentimiento informado. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1995;42:405-406.
10. Duran C: Los temores a la anestesia. *Rev Esp Anestesiol 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.