

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN



“CALIDAD EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA DEL HOSPITAL DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA IMIEM”

TESIS

QUE PRESENTA PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE  
ANESTESIOLOGÍA:

M.C. RENE GUTIERREZ MARTINEZ

DIRECTOR DE TESIS: DRA en C ROSA VIRGEN PARDO MORALES

TOLUCA, MEX.

**“CALIDAD EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA DEL HOSPITAL DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA IMIEM”**

## INDICE

1. Resumen.....	1
2. Abstract.....	2
3. Marco Teórico.....	3
4. Planteamiento del Problema.....	24
5. Justificación.....	25
6. Hipótesis.....	26
7. Objetivos.....	27
8. Material y Método.....	28
❖ Diseño.....	28
❖ Operacionalización de variables.....	28
❖ Universo de trabajo y muestra.....	29
❖ Instrumento de investigación.....	31
❖ Método.....	31
9. Implicaciones Éticas.....	32
10. Resultados.....	33
11. Discusión.....	37
12. Conclusiones.....	40
13. Bibliografía.....	41
14. Anexos.....	43

## RESUMEN

**Introducción:** En la práctica diaria de la medicina, pública o privada, es cada vez más importante el otorgar un servicio de calidad. La Calidad de Atención Médica, 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 calidad de atención médica para luego poder implementarla.

**Material y métodos:** Es un estudio Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Se tomo en cuenta todas las pacientes que ingresaron al área de recuperación de la Unidad tocoquirúrgica y que fueron sometidas a cualquier procedimiento anestésico.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 372 pacientes; la edad promedio de las encuestadas fue de  $36 \pm 7.28$  años (rango 18-52). Sólo se consideró sexo femenino ya que es un Hospital de Ginecología y Obstetricia. Se observa el grado de educación de este tipo de población conformado en su mayoría sólo por primaria siendo el 68.5%, lo cual puede influir en cierto grado las respuestas en el cuestionario.

**Conclusión:** La calidad en el servicio de Anestesiología no es la óptima. Se debe aumentar el tiempo dedicado a la valoración preanestésica, ya que es insuficiente para dar la información completa a las pacientes acerca del procedimiento anestésico y sus posibles riesgos. En el momento actual el personal de Anestesiología resulta insuficiente para lograr una calidad del 100%, dado que la demanda es excesiva.

## ABSTRACT

Introduction: In the daily practice of medicine, public or private, is increasingly important to provide a quality service. The Health Care Quality has in recent years been a subject of analysis and discussion around the world while a concern from its identification to its implementation in an increasingly globalized medicine, therefore, is essential. Methods: We performed an observational, descriptive, prospective and cross-sectional study. It took into account all patients admitted to the recovery area of the Surgical Unit and were subjected to any anesthetic procedure. Objective: To know what is the quality of medical care and then to implement it. Results: A total of 372 patients, the average age of respondents was  $36 \pm 28.7$  years (range 18-52). Only female was considered as a Hospital of Gynecology and Obstetrics. It shows the degree of education of this population consists mostly just by being the primary 68.5%, which may influence to some degree in the questionnaire responses. Conclusion: The quality of service is not optimal. Anesthesiology. It should increase the time spent preanesthetic evaluation, since it is insufficient to give full information to patients about anesthesia and possible risks. At present the staff of Anesthesiology is insufficient to achieve a quality of 100%, as demand is excessive.

## 2. MARCO TEÓRICO

En la práctica diaria de la medicina, ya sea pública o privada, es cada vez más importante el otorgar un servicio de calidad. La Calidad de Atención Médica, 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 calidad de atención médica para luego poder implementarla(2,4). Uno de sus componentes, la calidad, es la totalidad de propiedades y características de un producto o servicio basados en su capacidad para satisfacer necesidades determinadas, según la American Society for Quality Control, pero el término completo agrupa algunos elementos adicionales (4). 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 (5,6).

Los primeros conceptos de calidad aparecen durante la fabricación artesanal. En el siglo XIX, esta noción estaba implícita en el propio trabajo: el artesano hacía la investigación de mercado, conseguía la materia prima, elaboraba los diseños, los fabricaba y finalmente controlaba la calidad. Su trabajo se caracterizaba por un alto resultado y una baja eficiencia, ya que no podía producir en gran cantidad y además el costo de producción era elevado (2).

Posteriormente, durante la Primera Guerra Mundial, la calidad era verificada por los inspectores, frecuentemente se revisaba el producto final y se descartaba el

que no reunía las condiciones de calidad. Este procedimiento también generaba un costo, ya que, al aplicarse la calidad solamente al producto final, la cantidad de productos desechados incrementaba los costos de producción (2).

A partir de 1930, Walter Shewhart (1891-1967), desarrolla el concepto de *control de calidad* sobre la base de métodos estadísticos, centrándose en el uso de cuadros de control.

La inspección se centraba en el producto y el control de calidad en el proceso.

En 1941 y 1942 se publicaron los *Estándares Z* conocidos como los estándares de la guerra, que enfocaban el uso de los cuadros de control para el análisis de datos y su aplicación en la producción, fundamentalmente bélica. Algunos de ellos se mantuvieron en secreto hasta la rendición de Alemania (2).

En 1950 Japón buscaba rearmar su economía, que había quedado devastada luego de la Segunda Guerra Mundial y Edwards Deming (1900-1993), instruye a los japoneses sobre la importancia de la calidad y desarrolla el concepto de *Calidad Total* (TQM). Con el tiempo, EEUU se dio cuenta de la importancia de incluir la calidad en su producción. Tan grande fue la influencia de Deming que se creó el *Premio Deming* para reconocer la calidad empresarial. En 1957, Kaoro Ishikawa (1915-1989), desarrolla las bases de lo que se conoce como *Control de Calidad de Toda la Compañía* (Company Wide Quality Control, QWQC) que es similar al Control de Calidad Total. Ishikawa señala: “*el control total de calidad empieza con educación y termina con educación (2,4). Para promoverlo, con la participación de todos, hay que dar educación en control de calidad a todo el personal, desde el presidente hasta los operarios. El control de calidad es una*

*revolución conceptual, por lo tanto hay que cambiar los procesos de raciocinio de todos los empleados, para lograrlo es preciso repetir la educación una y otra vez”* (2).

En la década de 1960, Joseph M. Juran hizo hincapié en la importancia de la gerencia en la definición de objetivos y en la planificación, desarrollando el *Hoshin Kanri* (Policy Deployment; en español: despliegue de políticas) siendo su objetivo comunicar a todos dentro de la empresa, las políticas de la compañía, impulsando a los trabajadores a analizar situaciones, crear planes de mejoramiento, llevar a cabo controles de eficiencia y tomar las medidas necesarias, resultando como beneficio principal que todos enfoquen sus esfuerzos hacia los aspectos claves, para alcanzar el éxito (2).

En 1977 Shigeo Shingo (1909-1990), un ingeniero industrial de Toyota, plantea el *Cero Control de Calidad* (ZQC), como una estrategia para conseguir “cero defectos”, basado en dispositivos mecánicos o electrónicos que se incluyen en el proceso productivo para evitar que se produzcan errores. Se deben considerar los siguientes aspectos (2):

- Hacer más difíciles las acciones equivocadas o erróneas
- Hacer posible que las acciones erróneas sean corregidas
- Evitar las acciones que no puedan ser corregidas o hacerlas imposibles
- Hacer más fácil la detección de errores
- Convertir las acciones erróneas en acertadas

Esto debe ser realizado, por supuesto, a nivel de diseño de productos y de procesos.

En la década de los '80 Genichi Taguchi introdujo el *Design of Experiment* (DOE) como parte del Método Taguchi. El DOE es un enfoque usado para identificar los factores o pasos que más contribuyen a la generación de variaciones dentro de las especificaciones de un producto. Se caracteriza por identificar los componentes que afectan el nivel de respuesta de un producto o proceso a determinados agentes, a fin de generar un modelo matemático predictivo. En 1986 Deming publica "Out of the Crisis" (Fuera de la Crisis), donde explica detalladamente su filosofía de calidad, productividad y posición competitiva incluyendo sus 14 puntos para la administración (2,4) (TABLA I).

**TABLA I****LOS 14 PUNTOS DE DEMING**

<b>1</b>	<b>Constancia</b>	<b>Mejorar constantemente los productos o servicios.</b>
<b>2</b>	<b>Nueva filosofía</b>	<b>Responsabilidad y liderazgo para lograr el cambio.</b>
<b>3</b>	<b>Inspeccion</b>	<b>Eliminar la inspección en masa. Aplicar la calidad al proceso.</b>
<b>4</b>	<b>Compras</b>	<b>Eliminar la práctica de comprar por precio.</b>
<b>5</b>	<b>Mejoramamiento continuo</b>	<b>Mejora continua de los procesos, el servicio y la planeación.</b>
<b>6</b>	<b>Entrenamiento</b>	<b>Entrenamiento y capacitación diaria.</b>
<b>7</b>	<b>Liderazgo</b>	<b>Promover el liderazgo de los jefes para ayudar a hacer mejor el trabajo.</b>
<b>8</b>	<b>Miedo</b>	<b>Desterrar el miedo. Generar confianza para opinar y preguntar.</b>
<b>9</b>	<b>Barreras</b>	<b>Romper las barreras entre los departamentos. Trabajar todos con un mismo objetivo.</b>
<b>10</b>	<b>Slogans</b>	<b>Eliminar las frases pre-hechas. Redundan en pérdida de calidad.</b>
<b>11</b>	<b>Cuotas</b>	<b>Deben eliminarse las cuotas numéricas y sustituirse por liderazgo, eliminando el concepto de gerencia por objetivos.</b>
<b>12</b>	<b>Logros personales</b>	<b>Responsabilidad y liderazgo para lograr el cambio.</b>
<b>13</b>	<b>Capacitacion</b>	<b>Programa de educación. Permitir la participación.</b>
<b>14</b>	<b>Transformacion</b>	<b>Toda la organización debe esforzarse para lograr la transformación en calidad.</b>

Según Philip Crosby (1926-2001) hay tres mitos de la calidad (2):

- *“La calidad es un intangible”*. Para cambiar nuestra actitud hacia la calidad debemos definirla como algo tangible y no como un valor filosófico y abstracto.
- *“La calidad es costosa”*. A través de este mito creemos que reducimos costos al tolerar defectos, es decir, al aceptar productos y servicios que no cumplen con sus normas. La falacia estriba en que la calidad es gratis: no cuesta más ensamblar bien un auto que hacerlo mal; no cuesta más entregar bien un pedido que despacharlo equivocado, no cuesta más programar bien que mal. Lo que agrega costo es inspeccionar lo ya hecho para descubrir los errores y corregirlos; lo que cuesta son las devoluciones de los clientes inconformes, etcétera. Lo costoso, en fin, son los errores y los defectos, no la calidad; por lo tanto, nunca será más económico tolerar errores que hacer las cosas bien desde la primera vez y no habrá un punto de equilibrio entre beneficios y costo de calidad.
- *“Los defectos y errores son inevitables”*. Nos hemos acostumbrado a esta falsedad: aceptamos los baches en las calles, los productos defectuosos, los accidentes, etcétera. Cada día nos volvemos más tolerantes hacia nuestro trabajo deficiente; es decir, cada día somos más apáticos y mediocres.

En 1987 aparece la serie de normas ISO 9000, la cual reúne el trabajo de la ISO en administración y aseguramiento de la calidad desde 1979 (1,2).

La Organización Internacional para la Normalización (ISO) fue creada en 1946 y tiene su sede en Ginebra, Suiza. Es un organismo no gubernamental que cuenta con la participación de 160 países miembros (1,2).

El término ISO corresponde a una palabra griega que significa igual, esto fue hecho para que en cualquier idioma tenga el mismo nombre. El vocablo se utiliza tanto para nombrar a la organización como a las normas (1,2).

La ISO tiene como objetivo coordinar el sistema de estándares internacionales, ocupa una especial posición en los sectores públicos y privados y ha adquirido gran relevancia con la globalización, favoreciendo el comercio mundial (1,2).

Todas las normas son voluntarias, por consenso del sector privado, aunque los organismos gubernamentales pueden decidir convertir una norma ISO en una disposición obligatoria o legal. Las actividades ISO son desarrolladas por comités técnicos (TC, Technical Committees), establecidos por el Consejo de Administración Técnica de ISO (TMB, Technical Management Board). Cada TC recibe un área sobre la que debe trabajar y los expertos de los países miembros se reúnen para lograr el objetivo común de desarrollar una norma ISO.

En la década de 1980 ISO estandarizó la administración de calidad. Luego emitió la norma ISO 8402-1986 y en 1987 publicó oficialmente la serie ISO 9000 (1). Estas normas son revisadas por lo menos cada cinco años para que permanezcan actualizadas. En la Argentina el representante ante la ISO es IRAM (Instituto Argentino de Normalización) creado en 1935; es una organización civil sin fines de lucro y fue el primer organismo de normalización de América Latina.

En 1992 fue instituido en Argentina el *Premio Nacional a la Calidad*, con el objetivo de promocionar, desarrollar y difundir la mejora continua de la calidad en los productos, en los servicios del sector empresario y en la administración del sector público, para modernizar y mejorar la competitividad de las organizaciones. Existen dos modelos de premio: uno para el sector público y otro para el sector privado (2).

En el año 1997 se instaura el *Programa de Gestión de Calidad* de la Secretaria de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, para promover la calidad en las organizaciones de salud pública y en el año 2003 se crea el *Premio a la Gestión de Calidad en Salud* del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, como reconocimiento a aquellos efectores que impulsan mejoras en la gestión, promueven metodologías de calidad y logran avances en los procesos y resultados (2).

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas (1,2).

La calidad de la atención en la salud dio comienzo en el siglo XX, en 1910, Abraham Flexner pone en evidencia la mala calidad en la formación médica en EEUU y como consecuencia se cierran 60 de las 155 escuelas de Medicina (2).

En 1916, E. A. Codman, del estado de Massachusetts establece las bases sobre la importancia de la certificación de los médicos y la acreditación de hospitales y, en 1918, se crea el Programa de Estandarización de Hospitales, el cual solamente aprobó a 90 de 692 instituciones que participaron (2).

En la década de 1930 la calidad en medicina se definía como (2,5):

- Práctica de una medicina racional basada en las ciencias médicas.
- Enfatiza la prevención.
- Requiere la cooperación entre el público lego y los profesionales de la medicina.
- Trata al individuo como un todo.
- Mantiene una relación personal y continua entre el médico y el paciente.
- Está coordinada con el trabajo y la asistencia social.
- Coordina a todos los tipos de servicio médico.
- Implica la aplicación de todas las herramientas de la medicina científica moderna a las necesidades de toda la gente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad en asistencia sanitaria consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para obtener una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso (2).

La calidad en salud, según Donabedian, es el tratamiento que aplica un médico o cualquier profesional de la salud a un episodio de enfermedad o lesión, considerando que la misma tiene varios componentes: un aspecto técnico -que implica la aplicación de la ciencia al problema concreto del enfermo-, un aspecto interpersonal -que involucra todas las interacciones que tienen lugar entre el terapeuta y el paciente- y un tercer elemento que se refiere al entorno de la atención, el contexto físico y social donde se lleva a cabo la misma.

Según M. Melum y M. Sinioris, la calidad es el proceso de administración que implica una mejora continua, un proceso que siempre busca exceder las expectativas del paciente (2).

En el ámbito de la salud el aseguramiento de la calidad y la mejora de la calidad, definidos por los principios de mejora continua de la calidad no han sido muy desarrollados hasta ahora.

El aseguramiento de la calidad es un estadio intermedio entre el control y la mejora de la calidad o el mejoramiento continuo de la calidad, o también llamado administración de la calidad total; en esta última instancia se involucra a toda la organización.

La calidad de la asistencia de un centro hospitalario pasa por considerar que los servicios que se ofrecen son los adecuados, que se prestan de la forma más apropiada y que producen la satisfacción de quienes los prestan y de quienes los reciben (2).

La medición de la calidad asistencial presenta enormes dificultades, ya que supone en primer lugar definir los patrones de medida, y en segundo lugar qué cosas se pueden medir como indicativas de calidad.

Hace dos décadas, Donabedian propuso una estrategia común para evaluar la calidad de un servicio sanitario, que fue aceptada como base de cualquier valoración. En ella se observan tres apartados: las estructuras y los recursos de los que se dispone, el análisis de los procesos que se realizan y, finalmente, la valoración de los resultados que se obtienen.

La evaluación de la calidad ha estado muy influenciada en una fase inicial por las normas de acreditación de los hospitales norteamericanos exigidas por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) (2,4,7). En aquel momento estaba atravesada por criterios que hacían referencia a la estructura del hospital y de cada uno de los servicios, a sus recursos humanos imprescindibles, a la formación científico-técnica de sus componentes, a los recursos tecnológicos mínimos, a la necesidad de crear bases de datos adecuadas, a los sistemas de información y, por último, a la cuantificación de toda la actividad.

Todo ello nace del concepto de que, al disponer de las apropiadas estructuras, de la formación conveniente de los recursos humanos y de los materiales adecuados, la existencia de calidad está garantizada.

Esta idea debe ir más allá de la producción, incluyendo el financiamiento y la forma en que los servicios de salud están organizados.

La presencia del seguro de salud y la manera en que los médicos son retribuidos por su trabajo también son parte de la estructura.

Según Donabedian, la organización es necesaria pero no suficiente, por lo tanto también deben evaluarse los procesos y los resultados. Se entiende por proceso, en atención médica, la serie de actividades que se realizan entre profesionales y pacientes. Los indicadores de procesos son aquellos que hacen referencia directa a los cuidados que se hacen a los pacientes; es decir, se evalúa el procedimiento diagnóstico y el tratamiento.

El uso de los resultados para evaluar la calidad tiene ventajas importantes que son incuestionables desde el punto de vista de su validez, pero tiene algunas desventajas porque en el resultado, pueden intervenir otros factores además de la atención médica.

Para evaluar cualquiera de los apartados anteriores, se analizan los aspectos que se consideran más relevantes y se definen en primer lugar los criterios, es decir, aquello que queremos medir. En segundo término se definen los indicadores, según la JCAHO, un indicador es una medida que puede ser usada como guía para monitorear y evaluar la calidad del cuidado médico y dar soporte a las actividades asistenciales (2,7).

Siempre que se pueda deben derivarse de fuentes autorizadas y estar apoyados por la mejor evidencia disponible. Debemos tener presente que los valores que toma un indicador en forma aislada y sin comparación no aportan ninguna información. El indicador sólo refleja un aspecto parcial de una realidad más

compleja, de esto procede la importancia de seleccionar los indicadores más adecuados.

Un buen indicador debe reunir algunas características como:

- Validez: es decir, que mida lo que debe medir y no otra cosa.
- Sensibilidad: capaz de captar los cambios.
- Especificidad: que refleje sólo los cambios de determinada situación.
- Fiabilidad: que pueda reproducir los resultados.

Hasta el momento sólo se hablaba de los conceptos de calidad o evaluación de calidad. Estos términos eran un poco restringidos, en la actualidad cuando nos referimos a la calidad, estamos hablando al mismo tiempo de mejora continua de calidad, de control de calidad, de garantizar la calidad, etc., ya que se asume que el hablar de calidad representa un deseo de mejorar o de controlar nuestra actividad.

Para mejorar, es imprescindible conocer nuestro punto de partida, por tanto, identificar los problemas y los potenciales puntos de mejora.

Todo punto débil de nuestra asistencia u organización es potencialmente mejorable, y ésta es la verdadera razón de ser de la calidad: reconocer la existencia de problemas, identificar las causas, adoptar las medidas correctoras y evaluar nuevamente los resultados.

En una primera fase de la evaluación de la calidad se tratan de identificar los problemas o situaciones deficientes. Para ello utilizamos los indicadores que

hemos podido diseñar para una situación detectada o que nos han venido impuestos del exterior, o bien por problemas detectados en encuestas de satisfacción entre nuestros pacientes o por ideas surgidas del personal a través de las diversas técnicas existentes (2).

Se pone a continuación en marcha la siguiente fase, donde se comparan nuestros resultados con los estándares. Un problema importante es que muchos de estos resultados son difíciles de comparar, ya que utilizan distintas unidades de medida o bien unos se expresan en tasas y otros en números brutos, situación que dificulta en muchas ocasiones las comparaciones. De igual forma, no todos los estándares pueden ser aplicables a nuestro ámbito hospitalario, hay que prestar mucha atención a este aspecto. Posteriormente, de los problemas detectados se seleccionan los que por su gravedad son más importantes, son potencialmente solucionables y, en último lugar, que puedan ser financiados los costos que generan las posibles soluciones. Una vez conocida cuál es nuestra zona de mejora, se diseñará un estudio para buscar cuáles son las causas del problema, proponer medidas correctoras de aplicación práctica y, pasado un tiempo prudencial, se reevaluarán los resultados (2).

Este es el proceso circular que compone todo programa de mejora de calidad.



A comienzo de 1985 se publican los *Estándares Mínimos para Monitoreo del Departamento de Anestesia del Harvard Medical School* y en octubre de ese año la *American Society of Anesthesiologists (ASA)* crea el Comité para la estandarización de los cuidados en anestesia (2).

En 1999, el *Instituto de Medicina de EEUU* declaró que el error humano es una de las causas de muerte más frecuente en los hospitales de ese país, aclarando que en el área de la anestesiología se obtuvieron los mejores resultados en cuanto a calidad. En la actualidad es fundamental aplicar los conceptos de mejora continua de la calidad en anestesiología. Es responsabilidad de los médicos anestesiólogos, conocer y aplicar indicadores de calidad a su práctica diaria y evaluar en forma continua la calidad para brindar una mejor y más segura atención a sus pacientes (2).

Siguiendo esta línea de pensamiento se enumera a continuación algunos indicadores utilizados para evaluar un Servicio de Anestesia:

Indicadores de estructura (2):

1. Descripción de su lugar habitual de trabajo
2. Ubicación que ocupa el servicio en el Hospital
3. Número de quirófanos que atiende y su localización
4. Número de pacientes atendidos en la consulta pre-anestésica
5. Número de pacientes anestesiados, y divididos en anestесias generales, anestесias loco-regionales y anestesia local-vigilada
6. Número de anestесias de urgencia
7. Número de partos atendidos con alguna técnica analgésica
8. Número de pacientes atendidos en el servicio de algología
9. Número de pacientes tratados en la unidad de dolor agudo
10. Número de estancias en la sala de recuperación
11. Número de estancias y estancias medias en las unidades de cuidados intensivos posquirúrgicos
12. Índice de suspensión de cirugías
13. Número de reuniones de los miembros del Servicio
14. Asistencias a congresos por parte de los anestesiólogos
15. Publicaciones realizadas por miembros del Servicio

El mejor indicador de estructura de un Servicio de Anestesiología es la variedad de servicios que ofrece.

En la cartera de servicios se brindan todas las posibilidades asistenciales que se pueden desarrollar, esto implica que se dispone del suficiente número de anestesiólogos con los conocimientos necesarios, adecuada organización y los recursos materiales indispensables, como son el espacio físico y el equipamiento que indican las normas vigentes. El estándar mínimo en la cartera de servicios implica poseer un consultorio de pre-anestesia, realizar la actividad quirúrgica programada y de urgencia, disponer de una sala de recuperación, cubrir el tratamiento del dolor crónico y agudo y ofrecer asistencia en salas de diagnóstico radiológico y radioterapia. Si además forma parte del grupo que trata la reanimación cardiopulmonar en el hospital, tiene un grupo estable de docencia e investigación, tiene constituido un sistema de información adecuado, dispone de normas y protocolos y cuenta con la acreditación de instituciones reconocidas, podemos asegurar que alcanza un estándar óptimo en cuanto a su oferta y en teoría en cuanto a las estructuras de las que dispone.

Lamentablemente, como se afirma anteriormente, contar con la estructura suficiente no garantiza la calidad. Esto obliga a buscar otros aspectos que midan el nivel de la calidad y ello se hace con los indicadores de procesos y resultados (2).

Indicadores de proceso.

Todo lo relacionado con el proceso es lo que queda asentado en la historia clínica del paciente, por ello una historia clínica completa y bien hecha es un indicador de calidad, aunque la evaluación detallada de éstas es muy engorrosa y costosa.

Los mejores indicadores de proceso son los registros gráficos y escritos que se encuentran en la historia clínica. Un paciente que ha sido atendido en un quirófano debe contar al menos con una nota pre-anestésica, donde se recogen los antecedentes anestésicos del paciente, los antecedentes de patologías, los tratamientos, las pruebas complementarias realizadas, las posibles dificultades de intubación, etc. Además, el registro gráfico de la anestesia debe contener las técnicas anestésicas empleadas, la monitorización, la posición del paciente, los fármacos utilizados, los signos vitales y los posibles incidentes (2).

En los cuidados post-anestésicos se registra el monitoreo, los signos vitales, la evaluación del dolor, los efectos adversos y las posibles complicaciones, los fármacos administrados, la evaluación o escala de recuperación y condiciones de alta.

Si bien los indicadores de proceso son más precisos para evaluar la calidad de un servicio no aseguran que se hayan realizado con la pericia adecuada.

La idea dominante en la actualidad en cuanto a la valoración de calidad, es la evaluación de los indicadores de resultados, que son los que más se acercan a identificar *qué* se hace y *cómo* se hace.

Entre los indicadores de resultados referentes a morbilidad (mala calidad anestésica), se cuentan:

- Número de pacientes que sufren lesiones del sistema nervioso periférico (SNP), hasta 2 días posteriores a una anestesia, ya sea general, regional o local.
- Número de pacientes que sufren lesiones del sistema nervioso central (SNC) durante la anestesia o en los 2 días siguientes a la misma, subcategorizados por estado físico ASA y edad.
- Número de pacientes que sufren un infarto de miocardio (IM) en el transcurso de la intervención o en los 2 días siguientes a ésta, subcategorizados por estado físico ASA, edad y cirugía cardíaca o no cardíaca.
- Número de pacientes que sufren un paro cardio-respiratorio durante la administración de la anestesia o hasta 1 día posterior, excluyendo los que requieran paro cardíaco para la cirugía, subcategorizados por estado físico ASA y edad.
- Número de pacientes con depresión respiratoria postoperatoria que precisan reanimación hasta 1 día posterior a la anestesia.
- Número de pacientes que requieren reingresos no esperados en el hospital tras el alta de cirugía ambulatoria, hasta 1 día posterior a la anestesia.
- Número de pacientes que requieren ingreso inesperado en UCI, hasta 1 día posterior a la anestesia y con una estadía mayor a 1 día.
- Número de pacientes con temperatura inferior a 36° C, luego de 15 min. de finalizada una cirugía colorrectal.

- Muertes hasta 2 días posteriores a la anestesia, subcategorizados por estado físico ASA y edad (2).

También podemos englobarlos en dos grandes grupos (4):

a) Eventos adversos mayores: muerte, paro cardiorrespiratorio, infarto de miocardio perioperatorio, trastornos neurológicos perioperatorios, hipertermia maligna, broncoaspiración y despertar o conciencia durante el acto anestésico.

b) Eventos menores: son numerosos y por lo tanto recomendados para situaciones de acreditación hospitalaria. Por ejemplo: en Francia, los estudios de morbilidad perioperatoria determinaron la recomendación de implementar salas de recuperación postanestésicas en los hospitales franceses.

Entre los indicadores centinelas, que vigilan la aparición de problemas potencialmente graves, diseñados para indicar fallos en los procesos asistenciales que deben ser urgentemente corregidos, se cuenta con (2):

- Número de pacientes con fallo renal agudo en el postoperatorio.
- Daño por hipoxia cerebral durante la anestesia o muerte tras cirugía de baja complejidad.

Estos son algunos de los indicadores de resultados más nombrados en la bibliografía, pero es difícil encontrar valores estadísticos de aplicación general debido a que los estudios varían en sus resultados generalmente por el tamaño de

las muestras, por los criterios de inclusión, por la complejidad de los pacientes (clasificación ASA), por la variedad y complejidad de cirugías en distintos centros; por lo tanto, su aplicación es dificultosa.

#### Percepción de satisfacción por el paciente

Inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del médico. Sin embargo, rápidamente se extendió la idea de que se trataba de un concepto multidimensional, proponiéndose diferentes dimensiones de la satisfacción.

La literatura sobre la satisfacción del paciente es hoy día extensa y ostensiblemente orientada a la práctica habiéndose descuidado, hasta hace relativamente poco, los aspectos conceptuales y metodológicos. Normalmente la mayoría de las publicaciones, como se ha señalado, se centran en valoraciones de carácter general de la asistencia prestada y en la evaluación de aspectos más tangenciales de la asistencia sanitaria que, aunque muy importantes, están habitualmente más centrados en lo que podríamos denominar "amenidades" (restauración, trato en admisión, etc.). Por el contrario los estudios sobre satisfacción del paciente con los resultados de salud alcanzados, o sobre cómo se ha desarrollado un proceso asistencial específico, son mucho menos frecuentes. En resumen, la satisfacción es un concepto multidimensional (5) cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate (hospital de agudos, consulta crónicos, urgencias, etc.)

Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, busque activamente ayuda médica y se ha considerado a la comunicación con el paciente como el factor decisivo para asegurar la satisfacción. Del mismo modo, se ha considerado que la insatisfacción se relaciona con el costo de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional médico sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias (6).

Las diferencias en la satisfacción se atribuyen a factores individuales en los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema sanitario, a cómo se organiza el sistema sanitario y se proveen las atenciones médicas y a diferencias entre los proveedores. En tal sentido, se ha sugerido que, al menos en el caso de la atención que prestan los médicos, más del 90% de la varianza de la medida de la satisfacción estriba en factores del propio paciente y el restante 10% en factores del médico (7,8).

Es importante para poder recabar toda la información y analizarla contar con registros informatizados de anestesia y bases de datos, de uso habitual en los países desarrollados, pero de muy difícil acceso en México (2).

A lo largo de muchos años y en múltiples estudios, la satisfacción de los pacientes se ha evaluado en forma general con cuestionarios no validados y con falta de rigor metodológico (9).

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el caso de la Anestesiología, el control de la calidad se inicia con la identificación de los problemas y su cuantificación mediante la utilización de indicadores y sus estándares, mientras que la satisfacción de las expectativas (calidad percibida) por parte de los diferentes pacientes resulta otro punto de gran valor en el mejoramiento continuo de la calidad. Una vez detectadas las debilidades a superar, se deben desarrollar planes con medidas correctoras de aplicación sobre el proceso anestésico para posteriormente evaluar los resultados y de esta forma mejorar la calidad de los servicios ofrecidos.

La implementación de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de Anestesiología a partir de los indicadores y la satisfacción de las expectativas de los pacientes constituye una necesidad en el momento actual.

Por lo antes mencionado surge la siguiente pregunta:

¿Cómo es percibida por las pacientes la Calidad del Servicio de Anestesiología del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM?

### **3. JUSTIFICACION**

La calidad proviene de la industria y actualmente aplicado a la práctica médica que ha evolucionado durante los últimos años.

La calidad en el servicio de anestesiología es imprescindible ya que es un proceso en el cual iniciamos identificando problemas, con el fin de cuantificarlos y de acuerdo a los resultados se detectan áreas de mejora y se desarrollan planes para corregirlos así mismo prestando un mejor servicio, disminuyendo la morbimortalidad y logrando la satisfacción de los clientes en este caso los pacientes; esto es debido a varios factores, como por ejemplo, al desarrollo de fármacos más seguros, con menos efectos indeseables, al avance de la tecnología que permite contar con mejor material de apoyo para monitorización, al desarrollo de nuevas técnicas anestésicas, otro punto importante es que se ha tomado en cuenta el tratamiento del dolor post-operatorio. A todo esto debe sumarse la mejor capacitación de los especialistas así como también la progresión notable de las residencias médicas, creando cursos de actualización y capacitación continua en todos los aspectos concernientes a la anestesia.

#### **4. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

“La calidad en la prestación del servicio de Anestesiología es percibida por las pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia como deficiente en más de un área evaluada”

## 5. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Evaluar la percepción que tienen las pacientes de la calidad en el servicio de Anestesiología del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Conocer si el paciente sabe los datos generales de su anestesiólogo y cirujano (ítem 1,2)
- 2.- Evaluar la relación médico-paciente (ítem 3-5)
- 3.- Identificar los temores hacia la anestesia (ítem 6)
- 4.- Evaluar los conocimientos que tienen las pacientes sobre los efectos adversos de los fármacos anestésicos y las técnicas anestésicas (ítem 7-9)
- 5.- Conocer si las pacientes identifican las responsabilidades del anestesiólogo (ítem 10-13)

## 6. MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

### DISEÑO

Transversal (encuesta)

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable de estudio	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el momento actual	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el momento actual, en años enteros	Cuantitativa Discreta	Años enteros
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada	Nivel de conocimiento obtenido por una persona, de acuerdo al tiempo de asistencia a la escuela.	Cualitativa Politómica	0-Analfabeta 1-Primaria 2-Secundaria 3-Preparatoria 4-C. técnica 5-Universidad 6-Posgrado
Calidad en la prestación del Servicio de Anestesia	Conjunto de propiedades inherentes a un servicio que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.	Es la percepción que el paciente tiene del servicio, es una fijación mental de consumidor que asume conformidad o no con dicho servicio La calidad será evaluada por medio de una encuesta diseñada para evaluar 6 áreas: -Conocimiento general del anestesiólogo - Relación médico-paciente -Temor a la anestesia -Conocimientos sobre efectos adversos de los anestésicos -Conocimiento sobre técnica anestésica a utilizar -Responsabilidades del anestesiólogo	Cualitativas Ordinales y Nominales	Ítems  1,2  3-5 6 7  8,9  10-13

## UNIVERSO DE TRABAJO

Todas las pacientes que ingresen al área de recuperación de la Unidad tocoquirúrgica y que hayan sido sometidas a cualquier procedimiento anestésico.

## MUESTRA

La población de estudio se obtendrá de manera aleatoria estratificada en base a los quirófanos existentes en el Hospital, se utilizó la siguiente fórmula para calcular el tamaño de muestra:

$$N = Z_2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i_2 (N - 1) + Z_2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

El nivel de confianza es de 95%

N= tamaño de la población

n= tamaño muestral

Z= valor correspondiente a distribución de Gauss 1.96 para alfa = 0.05

p= prevalencia esperada del parámetro a evaluar (0.5)

q= 1 - p

$$n = 1.96 \frac{8495 \times 0.5 \times 0.5}{0.05 (8495-1) + 1.96 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 3.8 \frac{2123.7}{21.7} = 3.8 \times 97.9 = 372$$

Tamaño de muestra de 372 pacientes.

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.- Pacientes mayores de 18 años
- 2.- Pacientes que hayan sido sometidas a cualquier procedimiento anestésico
- 3.- Recuperadas totalmente del procedimiento anestésico
- 4.- Que acepten participar en el estudio y firmen consentimiento informado.

#### CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.- Pacientes que decidan no seguir participando en el estudio
- 2.- Pacientes inconscientes, intubadas o en malas condiciones para contestar la encuesta postoperatoria.

## **INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.**

Este trabajo se realizó en base a una encuesta con preguntas cerradas y abiertas a las pacientes consideradas para esta investigación, explicándoles el objetivo del trabajo, el cual será detectar fallas en la atención y aplicación de las técnicas anestésicas, además de plantear una mejora.

La encuesta fue aplicada por un médico que no participará en el procedimiento anestésico

Se tomó en cuenta una encuesta con preguntas de carácter dicotómico (si-no), una sección de visuales análogas para dar diferentes calificaciones a su anesthesiólogo y el agrado de la técnica anestésica.

## **MÉTODO.**

Previa autorización del protocolo de investigación por el Comité de Enseñanza, Investigación y Ética del Hospital de Ginecología y Obstetricia IMIEM, cumpliendo con los criterios de inclusión y firma de consentimiento informado se procedió a

la aplicación de una encuesta posterior a la valoración pre-anestésica y a la anestesia durante la estancia de la paciente en sala de recuperación. La encuesta se aplicó cara a cara con el entrevistador, que fue cualquier residente del servicio de Anestesiología previamente estandarizado para la aplicación de la encuesta.

La técnica anestésica se decidió de acuerdo al procedimiento quirúrgico al cual fue sometida la paciente y al médico anesthesiologo responsable de la misma.

Se codificaron las respuestas de la encuesta y se elaboró base de datos con el software estadístico SPSS v.19 para Windows para su análisis.

Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión, como media, desviación estándar, frecuencias y porcentaje de acuerdo a la variable de estudio.

La estadística inferencial para prueba de hipótesis se obtuvo con chi cuadrada.

Los resultados se presentan en texto y tablas.

## **7. IMPLICACIONES ÉTICAS**

El estudio no tiene implicaciones éticas dado que es un diseño observacional, sin embargo se tomaron en cuenta las reglas de investigación en humanos de la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud del Estado de México. Los datos obtenidos fueron manejados con estricta confidencialidad.

## 8. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 372 pacientes; la edad promedio de las encuestadas fue de  $36 \pm 7.28$  años (rango 18-52). Sólo se consideró sexo femenino ya que es un Hospital de Ginecología y Obstetricia. La escolaridad se muestra en el Tabla I.

**Tabla I. Escolaridad**

	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETA	20	5,4
PRIMARIA	255	68,5
SECUNDARIA	81	21,8
PREPARATORIA	14	3,8
LICENCIATURA	2	,5
TOTAL	372	100,0

Se puede observar el grado de educación de este tipo de población conformado en su mayoría sólo por primaria siendo el 68.5%, lo cual puede influir en cierto grado las respuestas en el cuestionario.

### **Encuesta Preanestésica**

Se realizó el 99.2% de las visitas preanestésicas (VPREA) a 369 pacientes, y sólo a 3 (0.8%) pacientes no se le realizó la visita ya que ingresaron a quirófano de urgencia; sólo el 40.3% conocía el nombre del anesthesiólogo, en comparación al 29.3% que conocía el del cirujano, sólo el 77.4% respondió que el tiempo dedicado a la visita fue suficiente, de estas pacientes el 92.7% respondió que preferirían que el anesthesiólogo que les realizó la visita preanestésica fuera el mismo que les diera el procedimiento anestésico.

**Tabla II. Temores durante la anestesia.**

	si		no		Total	
Temor a la anestesia	246	66.1%	128	33.9%	372	100%
Temor al dolor posoperatorio	188	50.5%	184	49.5%	372	100%
Temor al no despertar	148	39.8%	224	60.2%	372	100%
Temor al despertar durante la cirugía	84	22.6%	228	77.4%	372	100%
Temor a lo desconocido	170	45.7%	202	54.3%	372	100%

En la Tabla II. se puede observar que de los temores que presentaron más frecuentemente las pacientes fue al procedimiento anestésico con un 66.1%.

**Tabla III. Explicación sobre efectos anestésicos**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	189	50,8
No	183	49,2
Total	372	100,0

En la Tabla III, 50.8% de las pacientes percibió que sí se les informó sobre los efectos adversos de los anestésicos.

El 84.7% de estas pacientes respondieron que sí saben que técnica anestésica se les aplicará, pero el 61.7% no sabe que puede elegir la técnica anestésica. El 54.8% respondió que el anesthesiologo está a las ordenes del cirujano, el 93.8% sabe que el anesthesiologo es médico, sin embargo el mayor porcentaje respondió

que el cirujano es quien está al cuidado de su vida, el 85.5% el cirujano y 13.4% el anestesiólogo. Se les preguntó si saben que hace el anestesiólogo durante la cirugía y el 59.7% respondió que vigila al paciente todo el tiempo, 37.4% no sabe que hace y el 3% respondió que sale del quirófano.

### **Encuesta Posanestésica**

En el periodo posoperatorio el 46.1% de las pacientes respondió que no saben el nombre del anestesiólogo y el 62.1% continua sin saber el nombre del cirujano, por lo que se aprecia que sí influye el grado de escolaridad ya que la mayoría de las pacientes refieren que sí se les mencionó el nombre el anestesiólogo pero no lo recuerdan. Sólo el 49.5% de las pacientes respondieron que se les realizó visita posanestésica, el 92.6% refiere que sí les habría gustado recibir una visita postanestésica, el 64.5% respondió que sí recibió información de los efectos anestésicos adversos comparado con el 50.8% de la visita preanestésica.

La importancia que le dan al cirujano en el perioperatorio es 0.5% nulo, importante 14.8% y extremadamente importante 84.7 %

El trato recibido fue calificado como: malo 0.3%, bueno 12.9%, excelente 86.8%.

La estadística inferencial se obtuvo con chi cuadrada, de los ítem 1-1  $X^2=206.16$   $p=0.001$ , ítem 2-2  $X^2=205.58$   $p=0.001$ , ítem 7-5  $X^2=75.41$   $p=0.001$ , ítem 10-6  $X^2=39.33$   $p=0.001$  y ítem 11-7  $X^2=4.08$   $p=0.043$ . En estas cinco variables las diferencias fueron estadísticamente significativas.

**Tabla IV. Importancia del anestesiólogo y del cirujano en el perioperatorio**

	Anestesiólogo		Cirujano	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nulo	23	6,2	2	,5
Importante	75	20,2	55	14,8
Extremadamente importante	274	73,7	315	84,7
Total	372	100,0	372	100,0

En la Tabla IV. Se observa la importancia que percibe el paciente del anestesiólogo después de la cirugía es 6.2% importancia nula, 20.2% importante y 73.7% respondió que es extremadamente importante.

**Tabla V. Como califica al anestesiólogo en la Ejecución de la técnica anestésica**

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	20	5,4
Bueno	47	12,6
Excelente	305	82,0
Total	372	100,0

En la Tabla V. se observa que cuando se les pide que califiquen al anestesiólogo en la ejecución de la técnica anestésica y respondieron que: malo 5.4%, bueno 12.6%, excelente 82%

## 9. DISCUSIÓN

El análisis de la experiencia personal a través de la satisfacción global y de la calidad de la recuperación permite realizar un seguimiento del proceso de atención en los servicios de Anestesiología. Esto completa los datos de los estudios clásicos de resultados para establecer la calidad global de la asistencia anestesiológica (6).

Hace pocos años surgió el concepto de Gestión de Calidad en Anestesiología, que se va desarrollando y generalizando rápidamente. Se le puede definir como la “práctica de la especialidad dentro de una estructura adecuada, con recurso humano idóneo, con procesos perfectamente definidos, resultados estadísticamente aceptados, evitando la producción de errores y logrando la mayor satisfacción de los pacientes, todo esto a un costo razonable.

Dentro del rango de temores al acto anestésico en su mayoría se debe al desconocimiento de la rama de anestesiología y esto acompañado de una inadecuada o ineficiente información al paciente, pudiendo cambiar la perspectiva dentro de la visión del mismo con una visita preanestésica adecuada y con el tiempo suficiente, aunque el punto de vista del grupo de pacientes estudiadas pudo ser afectado por el grado de escolaridad alcanzado, afectando directamente el entendimiento de la información brindada en la visita preanestésica (2).

El anestesiólogo es un especialista de la medicina que es poco reconocido, del cual se desconocen sus actividades principales aún entre los médicos en

formación; esto no cambia para la población general la cual tiene una concepción todavía más alejada de la realidad. En gran parte, los mismos anesthesiólogos somos los responsables de tal situación ya que aunque se realizó en 99.2% de las valoraciones preanestésicas, el 77.4% de los pacientes opinó que el tiempo dedicado fue adecuado, no recibieron información de qué técnica se les aplicaría en quirófano, los riesgos probables a los que se les sometería con procedimientos y medicamentos no explicados y por último qué especialista sería responsable de cada cuestión (4).

Debemos tomar en cuenta que el 50.1% de las pacientes respondieron que no habían recibido visita posanestésica y al 96.2% que sí les habría gustado, lo que influyen sobre la percepción de la calidad en la atención recibida.

Con frecuencia, el anesthesiólogo que realiza el acto anestésico no es el mismo que realizó la valoración preoperatoria, por lo que se impone un verdadero trabajo en equipo y una confianza importante ya que la responsabilidad final corresponde al anesthesiólogo que realiza el acto anestésico (8).

De alguna forma en el posoperatorio aumentó en un 13.7% la percepción de la información recibida sobre efectos anestésicos. Por lo tanto pudo influir el trato al paciente durante el periodo posoperatorio.

Con respecto a cómo califica la paciente la importancia en el cuidado perioperatorio, se observa que percibe más importante al cirujano respondiendo extremadamente importante 84.7% y el 73.7 al anesthesiólogo.

Los resultados obtenidos en la ejecución de la técnica anestésica y trato recibido fueron muy altos, esto puede deberse a que la paciente no ha tenido experiencias anestésicas previas.

Marengo de la Fuente, señala que el mejor indicador de la estructura de un Servicio de Anestesiología es la cartera de servicios que ofrece, basado en todas las posibilidades asistenciales que puede desarrollar; esto implica que el servicio disponga del suficiente número de anestesiólogos, que estos tengan la preparación académica necesaria, y que se cuente con una organización adecuada, así como con el espacio físico, el equipamiento y los materiales indispensables para cumplir con las normas nacionales e internacionales.

Aunque existen diferentes indicadores que miden de manera indirecta la calidad dentro de un Servicio de Anestesiología, solo el trabajo en equipo y la búsqueda de la excelencia podrán asegurar que la paciente, quien es al final el *cliente*, reciba la mejor atención en respuesta a sus necesidades (10).

Con los resultados obtenidos en este estudio se puede concluir que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo como verdadera.

Dentro de las limitaciones encontradas a lo largo del estudio, la principal fue la falta de cooperación del personal médico para la aplicación de las encuestas.

## **10. CONCLUSIONES**

- 1.- La calidad en el servicio de Anestesiología no es la óptima.
- 2.- Se debe aumentar el tiempo dedicado a la valoración preanestésica, ya que es insuficiente para dar la información completa a las pacientes acerca del procedimiento anestésico y sus posibles riesgos.
- 3.- En el momento actual el personal de Anestesiología resulta insuficiente para lograr una calidad del 100%, dado que la demanda es excesiva.

## 11. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Sistemas de gestión de la calidad ISO 9000-2005
- 2.- Burel J. Gestión de la calidad en anestesiología, Volumen 66 · Nº 1 · Enero · Marzo 2008.
- 3.- Graziola E, Cárcar E, Santillán G. Evaluación de Calidad del Acto Anestésico según la opinión del paciente. Bol Inf ARA 2001 Feb;13(189): 19-27.
- 4.- Visitas pre y postanestésicas: elementos esenciales en la calidad de atención. Experiencia en el Hospital General de México SS. Rev Mex Anest 2000; Volumen 23(1):11-15
- 5.- Martín-López MA. ¿Qué piensan los pacientes de la anestesia? Encuesta de satisfacción postoperatoria en cirugía ambulatoria comparando anestesia general y subaracnoidea. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2003; 50: 439-443.
- 6.- Evaluación de la calidad y la satisfacción de la recuperación posanestésica de los pacientes operados en el Hospital de Clínicas, Departamento y Cátedra de Anestesiología Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- 7.- Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales, Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara. Villa Clara, Revista Cubana Anestesiología y Reanimación; 10(1)2-11.
- 8.- Vilarasau Farré J. Encuesta sobre la valoración preoperatoria en los centros quirúrgicos catalanes (I). ¿Cuál es la práctica preoperatoria?. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2001; 48: 4-10.

9.- Pratamaporn Ch. Systematic Review of Questionnaires Measuring Patient Satisfaction in Ambulatory Anesthetic. *Anesthesiology* 2009; 110:1061–7.

10.- Las normas ISO y el concepto de calidad aplicado a los servicios médicos en anestesiología, Ana Sofía Del Castillo, \* y Norma Sardib, *Rev Colomb Anesthesiol.* 2012;40(1):14-16.

## 12. ANEXO 1

### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los residentes de Anestesiología, del Hospital de Ginecología y Obstetricia IMIEM. La meta de este estudio es conocer la percepción de las pacientes de la calidad en el servicio de Anestesiología de este hospital.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista cara a cara. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Lo que responda durante estas sesiones se consignará en la hoja recolectora de respuestas, de modo que el investigador pueda analizar después las mismas.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ahora le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por residentes de Anestesiología. He sido informada de que la meta de este estudio es la percepción que tenga de la prestación del servicio de Anestesiología de este hospital.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Dr. René Gutiérrez al teléfono \_\_\_\_\_.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar con el Dr. Gutiérrez al teléfono anteriormente mencionado.

-----  
Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

## ANEXO 2.

<b>Cuestionario aplicado a los pacientes</b>				
<b>1. Evaluación Pre-anestésica</b>				
Registro:	Edad:	Género:	Escolaridad:	Fecha:
Pre anestésico				
1. ¿Sabe el nombre de su anesthesiologo?				SI ( )NO ( )
2. ¿Sabe el nombre de su cirujano?				SI ( )NO ( )
3. ¿Le fue realizada visita pre anestésica?				SI ( )NO ( )
4. ¿Duró el tiempo adecuado?				SI ( )NO ( )
5. ¿Le gustaría que fuera el mismo anesthesiologo el que la valora y el que da el procedimiento anestésico?				SI ( )NO ( )
6. Temor a la anestesia?				SI ( )NO ( )
7.-Temor al dolor postoperatorio?				SI ( )NO ( )
8.- Temor al no despertar?				SI ( )NO ( )
9.- Temo al despertar durante la cirugia?				SI ( )NO ( )
10.- Temor a lo desconocido?				SI ( )NO ( )
11. ¿Recibió información suficiente sobre los efectos adversos de los anestésicos?				SI ( )NO ( )
12. ¿Sabe qué técnica anestésica le aplicarán?				SI ( )NO ( )
13. ¿Sabe que puede elegir la técnica anestésica?				SI ( )NO ( )
14.¿El anesthesiologo está a las ordenes del cirujano?				SI ( )NO ( )
15.¿El anesthesiologo es médico?				SI ( )NO ( )
16.¿Quién es el encargado del cuidado de su vida durante la cirugia?				
a) cirujano		b) anesthesiologo		c) inspector médico
17. Durante la cirugia ¿qué hace el anesthesiologo?				
a) sale del quirófano		b) lo vigila todo el tiempo		c) no sé

### ANEXO 3.

#### Cuestionario aplicado a los pacientes

##### 2. Evaluación Post-anestésica

1. ¿Sabe el nombre de su anestesiólogo?	SI ( )NO ( )	
2. ¿Sabe el nombre de su cirujano?	SI ( )NO ( )	
3. ¿Le visitó su anestesiólogo después de la cirugía?	SI ( )NO ( )	
4. ¿Le habría gustado que la visitara?	SI ( )NO ( )	
5. ¿Recibió información suficiente sobre los efectos anestésicos adversos?	SI ( )NO ( )	
6. ¿El anestesiólogo está a las ordenes del cirujano?	SI ( )NO ( )	
7. ¿El anestesiólogo es médico?	SI ( )NO ( )	
8. Importancia total del anestesiólogo en todo el cuidado perioperatorio:		
Nulo 0 al 3	Importante 4 al 6	Extremadamente importante 7 al 10
9. Importancia total del cirujano en todo el cuidado perioperatorio:		
Nulo 0 al 3	Importante 4 al 6	Extremadamente importante 7 al 10
10. ¿Cómo calificaría usted a su anestesiólogo en la ejecución de la técnica anestésica? (calidad):		
Malo 0 al 3	Bueno 4 al 6	Excelente 7 al 10
11. ¿Trato recibido? (relación médico-paciente):		
Malo 0 al 3	Bueno 4 al 6	Excelente 7 al 10