

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Consideraciones teóricas en función del perfeccionamiento del servicio de Anestesiología y Reanimación

Theoretical considerations towards the improvement of the Anesthesiology and Resuscitation service

Jorge Humberto Díaz Rodríguez, Maritza Caballería Martín^{II}

- I. Especialista de 2do Grado en Anestesiología y Reanimación. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Hospital Universitario Materno Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.
- II. Especialista de 1er Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Instructor. Hospital Universitario Materno Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

El presente trabajo de revisión expone cómo las prácticas de gestión en la anestesiología deben ser modificadas para encarar las cambiantes necesidades de pacientes, otros profesionales y sistemas sanitarios, a fin de mantener una función significativa en la atención sanitaria. Los servicios de anestesia han adoptado una amplia variedad de modelos para hacer frente a las necesidades del medio local, la relación entre los anestesiólogos y la comunidad, y los papeles desempeñados por los anestesiólogos en el tratamiento perioperatorio. El sistema sanitario cubano se encuentra inmerso en un proceso de permanente adecuación de sus servicios a los problemas, demandas y necesidades de la población cubana y sus determinantes. Por ello, objetivo es exponer consideraciones teóricas en función del perfeccionamiento del servicio de Anestesiología y Reanimación.

Palabras clave: atención sanitaria, servicio de Anestesiología y Reanimación.

ABSTRACT

This review paper presents how anesthesiology management practices must be modified in order to deal with the changing needs patients, other professionals and health systems have, in order to maintain a significant function in health care. Anesthesiology services have adopted a wide variety of models to face up to the needs the city, the relationship between anesthesiologists and the community and the role anesthesiologists play in perioperative treatment have. The Cuban health system services are in a process of permanent adaptation to the problems, demands and needs the Cuban population and its determinants have. For that reason, this paper aims at presenting theoretical considerations towards the improvement of the Anesthesiology and Resuscitation service.

Keywords: health care, Anesthesiology and Resuscitation service.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de anestesia han evolucionado durante la última década, debido, en parte, a los cambios de los papeles que desempeñan los anesthesiólogos en el tratamiento de pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios y, en parte, por los sustanciales cambios sobrevenidos en la relación entre los servicios de anestesia, los demás profesionales sanitarios y los sistemas sanitarios. Al mismo tiempo, los modelos de asistencia sanitaria y el alcance clínico de la práctica de los anesthesiólogos han registrado una notable expansión. En consecuencia, los servicios de anestesia han tenido que responder al cambiante medio de atención sanitaria, adquirir nuevas capacidades y adaptar sus prácticas para garantizar una continuada consecución de resultados satisfactorios. A fin de garantizar el futuro a largo plazo del servicio, los anesthesiólogos deben proporcionar una atención segura, de alta calidad y

eficiente y ofrecer parámetros que permitan documentar los resultados de la asistencia.

En la actualidad, se está a la espera de conocer resultados globales asociados a los distintos aspectos de la atención sanitaria. Una de las funciones principales de los sistemas de salud es la provisión de servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, en los que un enfoque integral de la atención es un elemento fundamental para garantizarlos.

Asimismo, las prácticas de gestión de anestesia deben ser modificadas para encarar las cambiantes necesidades de pacientes, otros profesionales y sistemas sanitarios, a fin de mantener una función significativa en la atención sanitaria. Los servicios de anestesia han adoptado una amplia variedad de modelos para hacer frente a las necesidades del medio local, la relación entre los anestesiólogos y la comunidad, y los papeles desempeñados por los anestesiólogos en el tratamiento perioperatorio.¹

El entorno social y de la organización también puede actuar como una fuente de producción de presión sobre los anestesiólogos. La presión de producción abarca las presiones económica y social impuestas sobre los trabajadores para que tengan en cuenta la producción, no la seguridad, como su prioridad principal. En anestesiología, esto normalmente significa mover rápidamente el horario de quirófano, con escasas cancelaciones y mínimo tiempo entre las intervenciones quirúrgicas. En principio, la seguridad y la eficiencia pueden ir de la mano.

Muchos aspectos de alta fiabilidad, como las intervenciones operativas estándar, las sesiones informativas previas a la intervención y el aplanamiento de la jerarquía pueden suavizar el funcionamiento del sistema y hacerlo más seguro.

Con frecuencia, sin embargo, la presión para obtener mayor rendimiento puede erosionar el sistema. Por ejemplo, cuando los anestesiólogos sucumben a estas presiones, pueden omitir la evaluación y planificación preoperatorias adecuadas o pueden dejar de realizar la comprobación adecuada previa a la utilización de los equipos. Aun cuando la evaluación preoperatoria tiene lugar,

una presión abierta o encubierta de los cirujanos (u otros) puede ocasionar que los anestesiólogos continúen con los pacientes programados a pesar de la existencia de problemas médicos graves o no controlados. La presión de producción puede hacer que los anestesiólogos elijan técnicas que de otra forma creerían que son desaconsejables y esta presión puede tener resultados catastróficos para el paciente.

El perfeccionamiento de un servicio de salud se trata de un modelo estructurado, dinámico, que aplica el método científico para validar y poner en marcha un cambio.²

DESARROLLO

El sistema sanitario cubano desde sus inicios ha estado inmerso en un proceso de permanente adecuación de sus servicios a los problemas, demandas y necesidades de la población y sus determinantes. Principios cardinales para mejorar la salud, como la equidad y el acceso a los servicios de asistencia han estado siempre vigentes, a pesar de los efectos ocasionados por la profunda crisis económica en la que se vio inmersa Cuba en la década del 90 y que tuvo su impacto en prácticamente todas las esferas de la vida, incluyendo la salud. Ante esta situación, el Ministerio de Salud Pública se dio a la tarea de rediseñar acciones con el fin de perfeccionar el sistema, además de defender y consolidar los preceptos y principios puestos en marcha desde el inicio de la Revolución. Sin embargo, aún persisten dificultades desde el punto de vista de organización de los servicios de salud.

La política del Ministerio tiene como premisa que la salud es un derecho de todos y está dirigida a garantizar los más altos niveles de vida del pueblo, en tanto aspira a servicios de excelencia mediante el mejoramiento permanente de los servicios: es de todos la responsabilidad de ofrecer los servicios hospitalarios sustentados en principios éticos que reflejen los valores humanos en el plano colectivo e individual y se manifiesten en un alto compromiso moral.

Los servicios deben asumirse con una actitud que se convierta en un principio de conducta cotidiana, expresada en el desempeño integral a partir de la sensibilidad humana y el elevado desempeño científico y profesional, como resultado del desarrollo de ideas, valores y conocimientos .³

Hoy el anestesiólogo debe cuidar la integridad de ese ser humano que le entrega su vida y esto lleva implícito velar por la hipnosis, la analgesia, el bloqueo neuromuscular, el control hemodinámico, neurovegetativo y la prevención del dolor.⁴

Esto ha llevado a una gran preocupación a las instituciones de Salud y en particular al *staff* médico. Lo que obliga a los médicos hacer una reflexión; y, a que se tenga que buscar un método que permita realizar una autoevaluación; que, lógicamente tiene que ser crítica del acto médico, con la finalidad de establecer un proceso de retroalimentación y una mejora continua de la calidad de la atención médica al usuario, que llevan al desarrollo de programas, que tienen por objeto la evaluación periódica de la calidad de atención médica a los pacientes.⁵

La anestesiología se situó entre las primeras profesiones que se centraron en reducir el riesgo de complicaciones, en parte a través del desarrollo de directrices y normas basadas en la evidencia. Las normas y los parámetros prácticos de la American Society of Anesthesiologists son ejemplos destacados de esta importante aportación en la medicina. La anestesiología debe mantener su compromiso en iniciativas de esta clase y en colaboración con otras disciplinas, en particular, aunque sin limitarse a ellas, con las especialidades quirúrgicas.⁶

Además de ayudar a definir las mejores prácticas y avanzar en la atención perioperatoria, es fundamental que la anestesiología como especialidad médica permanezca en la primera línea de la ciencia básica y la investigación clínica. El estímulo para la ampliación del ámbito del ejercicio de la anestesia procede de múltiples perspectivas. En primer lugar, se considera el compromiso de prestar a los pacientes una asistencia segura y de alta calidad que cumpla con sus objetivos. Para ello, es necesario un objetivo principal más amplio durante

la evolución perioperatoria general, en lugar de un ámbito de asistencia que esté limitado a los períodos asistenciales intra- y postoperatorio inmediato. Un segundo objetivo, también importante, al que el anestesiólogo orienta su labor es el aumento de la importancia de la aplicación de métodos demostrados, la limitación de servicios innecesarios o redundantes y la prestación de una asistencia más eficiente, especialmente en el período perioperatorio inmediato.

Aunque estos servicios son importantes para garantizar que el paciente esté suficientemente preparado para la anestesia y la intervención quirúrgica. Al mismo tiempo, la evolución y la ampliación del ejercicio de la anestesia han generado nuevas y numerosas oportunidades para los anestesiólogos para que intervengan en la asistencia perioperatoria más allá del período postoperatorio inmediato – y definan las normas de asistencia en grupos de pacientes determinados.

Otro aspecto importante es el profesionalismo que constituyen las actitudes y comportamientos que sirven para mantener el interés del paciente por encima del interés propio del médico. Se debe diferenciar profesionalidad y profesionalismo, ya que la profesionalidad aspira al altruismo, la responsabilidad, la excelencia, el deber, el servicio, el honor, la integridad y el respeto a los demás, es decir, profesionalidad es la forma distintiva y especial de controlar y organizar el trabajo. En esta interpretación, el análisis de la profesionalidad es un valor del trabajo, un elemento vital de la educación profesional y este concepto debe ser abordado activamente desde el inicio de los programas educativos para los profesionales de la salud.

Para lograr el desarrollo ascendente y continuo dentro de la organización se hace necesario realizar los cambios precisos y garantizar el desempeño de los equipos de dirección que son los encargados de: reconocer la necesidad del cambio, decidir sobre lo que desean alcanzar, proyectar el método de implementación y ejecutar las acciones; además tienen la responsabilidad de evaluar la implementación del cambio. Conseguir una elevada satisfacción, excelencia profesional, ser eficientes en el uso de recursos, ofrecer una atención con un riesgo mínimo para los pacientes y medir el impacto final de las acciones en términos de ganancia de salud para los ciudadanos.

Los seis objetivos de un servicio de anestesiología para mejorar la atención son seguridad, efectividad, enfoque dirigido al paciente, programación de tiempos, eficacia y equidad.

1. Seguridad. Ningún paciente o trabajador sanitario debe sufrir daño ocasionado por el sistema de atención sanitaria en ningún momento, incluidos los cambios de turno en el transcurso de la prestación y fuera del turno, así como durante las noches o fines de semana. Los errores pueden consistir en un fallo en la finalización planeada de una actuación, como la administración de una medicación errónea a un paciente o en la aplicación de un plan completamente erróneo, como un diagnóstico equivocado y, por tanto, un tratamiento incorrecto a un paciente. Siempre que sea posible, los pacientes deben ser informados por adelantado de los riesgos y beneficios derivados de la atención sanitaria. Si se produce una complicación, el personal médico debe hacer una declaración completa, proporcionar asistencia al paciente y a su familia y actuar con la debida diligencia para prevenir cualquier repetición del error.
2. Efectividad. Una medicina efectiva precisa decisiones fundamentadas con datos sobre el tratamiento de cada paciente en particular, siempre que tales datos se encuentren disponibles. Se debe combinar la mejor información con la pericia clínica y los valores del paciente para establecer un plan de tratamiento. Con una atención efectiva, los facultativos evitan la infrautilización de recursos al proporcionar un tratamiento a todos aquellos que se beneficiarán de él y evitan un uso excesivo de estos al abstenerse de tratar a aquellos pacientes que es poco probable que puedan obtener un beneficio.
3. Enfoque dirigido al paciente. La atención sanitaria dirigida al paciente respeta las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente, y emplea estos factores para orientarla toma de decisiones clínicas. De forma más específica, la atención sanitaria centrada en el paciente comprende el respeto por los valores de los pacientes, la coordinación e integración de la atención, la información, comunicación y educación, la comodidad física, el apoyo emocional que reduce el temor y la ansiedad, y la implicación de

familiares y amigos. El espectacular incremento en el acceso a la información sanitaria en Internet ha tenido como principal consecuencia que cada vez haya más pacientes bien informados y que participen de forma activa en su atención. La atención sanitaria enfocada al paciente se suma a esta tendencia y transfiere más poder y control a los pacientes y sus familias. Ejemplos de atención dirigida al paciente son la toma compartida de decisiones, la participación en las sesiones del paciente y su familia, la posesión de las historias clínicas por los pacientes, las agendas que reducen los inconvenientes para el paciente y la ausencia de limitación de las horas de visita.

4. Programación de tiempos. La reducción de los tiempos de espera es importante tanto para los pacientes como para el personal sanitario. Las esperas prolongadas muestran una falta de respeto por la pérdida de tiempo del paciente. Más aún, los retrasos no solo afectan su satisfacción, sino que pueden dificultar la realización de un diagnóstico y tratamiento a tiempo. En el caso de los trabajadores sanitarios, los retrasos en la disponibilidad de equipamientos de información pueden disminuir su satisfacción laboral y su capacidad para desempeñar adecuadamente su labor.
5. Eficiencia. Los costos crecientes han incrementado el examen en profundidad de las pérdidas en la atención sanitaria; esto incluye las pérdidas de trabajo, capital, aparataje, suministros, ideas y energía. La mejora de la eficacia reduce las pérdidas y tiene como consecuencia un mayor rendimiento para un costo determinado. Ejemplos de medidas de eficiencia son la duración media de la estancia hospitalaria, la tasa de reingreso y el costo medio del tratamiento para un diagnóstico. En muchas circunstancias se puede mejorar la eficiencia eliminando las pérdidas, lo que frecuentemente se traduce en una atención de mejor calidad.
6. Equidad. Una atención sanitaria equitativa no varía su calidad en función de características personales como sexo, grupo étnico, localización geográfica o nivel socioeconómico. Se define la atención equitativa a dos niveles: en relación con la población, la atención sanitaria equitativa implica reducir o eliminar las diferencias entre subgrupos; mientras que en el plano individual,

implica la ausencia de discriminación por factores como sexo, edad, raza, grupo étnico, formación, orientación sexual, discapacidad o localización geográfica.⁶

Por lo tanto para realizar un análisis integral del perfeccionamiento del servicio de anestesiología se deben tener presente las percepciones y las respuestas que abarcan el clima organizacional, las que se originan a partir de una gran variedad de factores como: liderazgo y prácticas de dirección, los relacionados con el sistema formal y la estructura de la organización, así como las consecuencias del comportamiento en el trabajo.

Según la literatura revisada, cada vez los instrumentos para medir el clima organizacional se constituyen en una valiosa herramienta diagnóstica para la gestión del cambio en busca del logro de una mayor eficiencia en la organización, condición indispensable en el mundo actual, ya que estos estudios brindan información oportuna y necesaria para de esta forma trazar estrategias y acciones pertinentes.⁷⁻¹⁰

La necesidad de alcanzar nuevos y mayores logros en la atención a la salud de las personas y de incrementar la satisfacción de la población y de los propios trabajadores de las instituciones sanitarias respecto al servicio que se brinda, obliga a contar con métodos transformadores que permitan identificar todo lo que influye, de forma positiva o negativa, sobre el rendimiento de las personas en el trabajo.¹¹⁻¹³

Para la investigación de los efectos adversos en un servicio de anestesiología se deben abordar los fallos latentes y activos, el entorno organizativo y de gestión, y el dominio operativo.

CONCLUSIONES

Como se ha mostrado a lo largo de la presente revisión, la anestesiología como disciplina y como profesión ha experimentado un excepcional crecimiento en todo el mundo. Existen diferencias en el ritmo de desarrollo y en el alcance de

las prácticas, por diversos motivos, principalmente debido a disparidades en los recursos y a factores políticos y socioeconómicos.

Para administrar una anestesia segura, se necesitan conocimientos, recursos y una dotación adecuada de personal bien formado en la especialidad. En el lado positivo, algunos de los avances principales son la difusión de los conocimientos, la integridad profesional, la curiosidad y el deseo apremiante de ejercer la anestesiología con el más alto nivel de calidad. Especialmente gracias a la notable expansión de la tecnología de la información, los anestesiólogos pueden conocer rápidamente los avances de sus colegas de otras zonas geográficas y comprenderlos mejor para responder a las necesidades de sus pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes Morales H, Flores Hernández S, Saucedo Valenzuela A. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Rev salud pública de México*. 2013; 55(2):2-9.
2. Langley GJ, et al. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*, ed 2. San Francisco: 2009.
3. Baraquiso Ramírez H, et al.. Programa para el perfeccionamiento Continuo de la calidad de los servicios hospitalario. Habana: Ministerio Salud Pública; 2010.
4. Cordero Escobar I, Sainz Cabrera H, Santos Pena MA. Anestesia y seguridad del paciente. Un llamado urgente. *Rev Cub anesthesiolreanim* 2013; 12 (2):24-38.
5. Iriarte La Fuente D, Torres Salazar J, Melgarejo Rocha L. Auditoria Médica en Anestesia. *Gac Med Bol*. 2009; 32(2):9-21.
6. Miller RD, Cohen NH, Eriksson LI, Fleisher LA. Wiener-Kronish, JP. *Anestesia*. España: Elsevier; 2015.

7. Dall'Alba G, Sandberg J. Unveiling professional development: a critical review of stage models review of educational researcher. Rev Educ Res. 2006; 76: 383-412.
8. Calviño M. Cambiando la mentalidad. Empezando por los jefes. La Habana: Editorial Academia; 2014.
9. Segredo Pérez AM, Pérez Perea L. El clima organizacional en el desarrollo de los sistemas organizativos. Rev INFODIR. [Internet] 2007 [citado 12 Abr 2012]; 4. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/clima_organizacional_en_el_desarrollo_de_sistemas_organizativos.doc
10. Segredo Pérez AM. La gestión universitaria y el clima organizacional. Educ Med Super. 2011 [citado 9 Mar 2015]; 25(2): 164-77. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412011000200013&lng=es
11. Segredo Pérez AM, Perdomo Victoria I. La gestión del capital humano para el desarrollo organizaciones docentes en salud [CD-ROM]. Memorias del Evento CENAPET 30 Aniversario. La Habana: CENAPET; 2013.
12. Pinto Cristiani ME. Desarrollo organizacional. México: Ed. Red Tercer Milenio S.C.; 2012.
13. Segredo Pérez AM, García Milian AJ, López Puig P, León Cabrera P, Perdomo Victoria I. Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública. Rev Cubana Salud Pública. [Internet] 2015 [citado 10 Mar 2015]; 41(1). Disponible en:
<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/300/307>

Recibido: 12/7/2017

Aprobado: 7/12/2017

Jorge Humberto Díaz Rodríguez. Especialista de 2do Grado en Anestesiología y Reanimación. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Hospital Universitario Materno Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.