

11202

24

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
"LA RAZA"**

**CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE
LA ANESTESIA: OPINAN LOS CIRUJANOS**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO ANESTESIOLOGO
P R E S E N T A:
DRA. LAURA LOURDES CASAS VIVEROS**

2000



MEXICO, D.F.

FEBRERO DE

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO "LA RAZA"
CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ANESTESIA: OPINAN
LOS CIRUJANOS.

REGISTRO DE PROTOCOLO No. 99-690-0019



hospital de especialidades

**DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA**



DR. ARTURO ROBLES PARAMO
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

DR. JUAN JOSE DOSTA HERRERA
TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN ANESTESIOLOGIA

DRA. LAURA LOURDES CASAS VIVEROS
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE
ANESTESIOLOGIA

DEDICATORIA

A DIOS:

Por permitirme realizar uno de mis mayores anhelos

A MI MADRE:

Por su ejemplo de lucha y esfuerzo

A MI ABUELITA EVA:

Que me inspiraste a cumplir con mi meta trazada y porque se que me sigues guiando desde donde estas..

A MI HERMANA :

Por su apoyo incondicional en todo momento.

A MIS COMPAÑEROS DE CURSO

Por su apoyo y amistad en todo momento.

AL DR. JUAN J. DOSTA HERRERA Y DR. JESUS GARDUÑO JUAREZ.

Por su colaboración a la realización de éste trabajo y por motivarme a la superación constante.

INDICE

	Página.
RESUMEN ESPAÑOL -----	1
RESUMEN INGLES-----	2
ANTECEDENTES-----	3
MATERIAL Y METODOS-----	8
RESULTADOS-----	9
DISCUSION-----	11
CONCLUSIONES-----	14
BIBLIOGRAFIA-----	15
CUADROS Y GRAFICAS-----	17
ANEXO-----	23

CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ANESTESIA: OPINAN LOS CIRUJANOS. Casas Viveros Laura L., Dosta Herrera Juan J., Garduño Juárez J. Hospital de Especialidades CMN La RAZA. Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F.

INTRODUCCION: Los estándares de calidad para la práctica anestésica fueron creados para mejorar la calidad de atención médica. Es importante por lo tanto, la opinión del médico cirujano, como parte del equipo quirúrgico, sobre todo para una mayor satisfacción tanto del paciente como del equipo anestésico quirúrgico.

OBJETIVO: Determinar que criterios consideran los médicos cirujanos para valorar la calidad de la anestesia.

MATERIAL Y METODOS: El presente estudio descriptivo, prolectivo, transversal se efectuó en el HECM La Raza, aplicándose una encuesta al cirujano de base de todas las especialidades quirúrgicas, que contenía preguntas con respecto a las actividades que desarrolla al anestesiólogo en el pre, trans y posoperatorio, basadas en los estándares de calidad anestésica, a las que calificaron como de menor o mayor importancia, en una escala de 1 a 5.

RESULTADOS: Se aplicaron 30 encuestas. El monitoreo básico y continuo de signos vitales, así como la interrelación médico paciente fueron los criterios considerados de mayor importancia. Hubo uniformidad de evaluación en todos los periodos, principalmente en el transoperatorio.

CONCLUSIONES: El cirujano se considera las actividades del periodo transoperatorio como las de mayor importancia para el manejo anestésico. La calidad del procedimiento anestésico es resultado del cumplimiento de los estándares de calidad y conllevan a una alta calidad de atención médica integral.

PALABRAS CLAVE: Criterios, evaluar, calidad.

CRITERION OF EVALUATE THE QUALITY OF THE ANAESTHESIA: OPINION THE SURGEON. Casas Viveros Laura L., Dosta Herrera Juan J., Garduño Juárez J. Hospital of Specialities CMN The Race. Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F.

INTRODUCTION: The standards of quality of the anaesthetic practice, created of improve the quality of medical attention important, by the so much, the opinion of surgeon physician as part the surgical equipment.

OBJETIVE: Determine that criterion considerate the surgeon physician to value the quality of the anaesthesia.

MATERIAL AND METHODS: The study descriptive, prospective, transversal, itself effectuated in the HCMS "The Race", application one inquiry the surgeon of basis that whole the surgicals specialitates, contain questions with respect at the activities that development the anesthesiologists in the pre, trans and posoperative, build in the standars of anaesthetic quality, to qualify of less at greater importance, in one scale of 1 at 5.

RESULTS: To application 30 inquiries. The monitoreo basic and continuous of vitals signs and the interrelation physician patient is the considerates criterion of importance greater. The uniformity of evaluation in whole the periods, principalment in the transoperative.

CONCLUSIONS: The considerate surgeon the activies of transoperative period of importance greater to the anaesthetic management. The quality of anaesthetic procedure is result of compliment of the standars of quality and stand for one quality high of integral medical attention.

KEY WORDS: Criterion, evaluate, quality.

ANTECEDENTES

CALIDAD deriva del latín CUALITAS CUALITATES que significa calidad y cualidades la definición completa es el conjunto de rasgos característicos o atributos que constituyen el modo de existencia de un objeto o persona y los distinguen de los otros.(1)

En 1946 MYERS pionero de la calidad de la atención médica en 1946 dijo: "No existe ninguna otra organización aparte del Hospital cuya administración sea tan frustrante e ineficaz, debido a su incapacidad para juzgar la calidad de su producto". Dicha aseveración sigue siendo válida hasta la fecha, ya que han existido grandes esfuerzos para medir la calidad de los servicios que ofrece un hospital, no se cuenta aún con instrumentos integrales totalmente aceptados por la mayoría, lo que ha generado a lo largo del tiempo experiencias aisladas. Se ha abordado la problemática de la calidad médica desde diferentes puntos de vista, con diferentes enfoques y perspectivas, siendo los pioneros en este campo Florence Nightingale, Codman y Avedis Donabedian quienes dedicaron gran parte de su vida al estudio y al análisis de la calidad aplicado al campo de la salud.(2)

A nivel nacional destacan las aportaciones sobre la calidad de la atención médica del Dr. Hector Aguirre Gas; quien establece los criterios y la metodología para la evaluación de la estructura proceso y resultado de la atención médica. Definiendo la calidad de la atención como: "Otorgar atención médica al usuario conforme a las normas , conocimientos de medicina y terminología vigentes con accesibilidad a los

servicios, oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico, con participación del usuario para lograr su recuperación y un ambiente cómodo, que permita mejorar el nivel de salud, la satisfacción del usuario y del trabajador y con ello la calidad de vida de ambos”.

Así mismo para la evaluación del proceso toma en cuenta cinco apartados:

- 1.-Oportunidad de la atención.
- 2.-Atención médica integral.
- 3.-Educación Médica.
- 4.-Investigación Médica.
- 5.-Satisfacción del prestador de los servicios. (2)

Starfield señala que el Proceso se evalúa todo lo que los médicos y otros proveedores de la atención hacen por los pacientes, así como la habilidad con que lo llevan a cabo y lo que los pacientes hacen por sí mismos. Y en el resultado se observan los cambios en el estado de salud y otras consecuencias de la atención como conocimiento sobre la enfermedad y el cambio de conducta que conduce a la salud y a la satisfacción del paciente.

También define el proceso como un conjunto de actividades que ocurren entre el profesional de la salud y pacientes, como sería un examen médico y el cumplimiento de normas de prácticas satisfactorias incluyen el reconocimiento del problema, métodos diagnósticos, diagnóstico, tratamiento y asistencia, por lo último el resultado de los servicios de atención la define como los cambios en el estado de salud que puede

UTILIDAD DEL GLOBO DE LA Sonda ENDOTRAQUEAL PARA LA INTUBACION NASAL A CIEGAS

+ Dra. Clara Luz Gutiérrez Porras
++ Dr. José G. García Rodríguez
+++ Dr. Juan José Dosta Herrera
++++ Dr. Daniel Flores López

INTRODUCCION :

En la actualidad la evaluación cuidadosa de la cabeza y cuello, especialmente de la vía aérea (VA) es parte integral de un estudio pre operatorio por parte del anesthesiólogo quien es responsable de preservarlas y protegerlas durante el acto anestésico, y quien además debe estar capacitado para reestablecer de manera oportuna y eficaz en los casos en que se halle comprometida la VA , mediante maniobras instrumentadas o intervenciones quirúrgicas antes que el paciente sufra lesiones irreversibles por oxigenación deficiente (1) En el último decenio la American Society of Anesthesiologist realizó un estudio cerrado de desastres en anestesia y compensación por negligencia profesional, teniendo como resultado que el 335 fueron de índole respiratorio, surgidos en su mayoría durante la inducción anestésica con la intubación a tráquea fallida, de estos problemas el 85% culminó con muerte. Lo anterior nos sugiere que nunca se insistirá bastante en que el dominio de la vía aérea por parte del especialista es determinante.(2)

+ Médico residente del tercer año de la especialidad en anestesiología del H.E.C.M.N. LA RAZA, I.M.S.S.
++ Médico adscrito al servicio de anestesiología del H.E.C.M.N. LA RAZA, I.M.S.S.
+++ Titular del curso universitario de especialización en anestesiología del H.E.C.M.N. LA RAZA, I.M.S.S.
++++ Médico Jefe de servicio de Anestesiología H.E.C.M.N. LA RAZA, I.M.S.S.

Sobre el tema se han hecho publicaciones (3) y tal vez el trabajo más completo sea el de Benumof J L titulado *Algoritmo de la A.S.A.(4,5,6)* donde describe técnicas, alternativas, recursos y de una manera importante resalta la importancia de la exploración física, que debe de hacerse de una manera minuciosa principalmente en aquellos pacientes que se planea una cirugía maxilofacial ya que tienen una mayor incidencia de malformaciones en comparación con la población en general. Por lo tanto todo paciente que es llevado a quirófano debe de valorarse previamente la VA y en especial cuando se planea un procedimiento a ciegas como es el caso de la intubación nasal a ciegas

La intubación nasal a ciegas consiste en la introducción de una sonda hasta tráquea a través de una fosa nasal, puede hacerse de varias formas: por visión directa con laringoscopio y pinza de *Magill* o inserción a ciegas. Desde que *Magill* (1) en 1920 introduce el concepto hasta hoy se ha presenciado de modificaciones con el objetivo de hacerla más segura, esto sugiere que es la vía aérea y la intubación los elementos que requieren atención especial.

Al hablar de esta técnica debe tenerse presente que es un procedimiento que en muchas de las veces ofrece cierto grado de dificultad probablemente por el uso poco común o desconocimiento de la misma, lo cierto es que llevarla a cabo puede resultar un desafío y pone a prueba indudablemente conocimiento, habilidades y juicio del especialista quien a su vez no debe de perder de vista que existe eventos quirúrgicos que requieren de una cavidad oral libre, como es el caso de la cirugía maxilofacial, en donde el control de la vía aérea debe ser seguro

En 1994 también la FSARM editó un artículo especial titulado MINIMOS DE CALIDAD PARA LA PRACTICA DE LA ANESTESIOLOGIA EN MEXICO que fue presentado a las autoridades federales de salud y que incluye :a)normatividad preoperatoria ;b):normas de monitorización transoperatoria ;c):normas o mínimos para el periodo postoperatorio,haciendo alusión a las características que debe reunir el personal y los recursos materiales mínimos para el manejo y monitorización del paciente anestesiado en el pre,trans y pos anestésico (11).

Se diseñaron también los mínimos de calidad para la práctica de la anestesiología en pacientes de cirugía ambulatoria ,en obstetricia y en pediatría (12).

Después de revisar y analizar parte de la bibliografía existente relacionada con la calidad de la atención médica y los estándares de calidad de la anestesia sintetizamos que la calidad es parte de la estructura y el proceso de la atención médica y los criterios o estándares se pueden resumir en: habilidades y destrezas,actitudes y conocimientos ,por lo cual trataremos de adaptar los criterios al acto anestésico quirúrgico,lo que al identificarlos,que es el objetivo de éste trabajo redundaran en una mejor atención y satisfacción para el paciente y el equipo anestésico quirúrgico (13).

MATERIAL Y METODOS

Previa aprobación del Comité Local de Investigación del HECMN LA RAZA se realizó un estudio descriptivo,prolectivo y transversal.

Se aplicó la encuesta a 35 médicos cirujanos que cumplieran con los criterios de inclusión: médicos de base de todas las especialidades quirúrgicas del hospital; no se incluyeron en el estudio aquellos médicos de sustituciones de las especialidades quirúrgicas y se excluyeron aquellas encuestas contestada incompletamente.

La encuesta contenía preguntas con respecto a las actividades que desarrolla el anesthesiólogo en la realización del acto anestésico quirúrgico y comprenden conocimientos, habilidades y ventajas de el pre, trans y posoperatorio. Basadas en los estándares de calidad para la práctica de anestesiología, validadas por el comité de enseñanza e investigación de la Federación de Sociedades de Anestesiología de la República Mexicana.

Se realizó el análisis estadístico de frecuencia y distribución determinándose en porcentaje y medidas de tendencia central .

RESULTADOS

De 35 encuestas aplicadas a médicos de base de diferentes especialidades quirúrgicas del H.E.C.M. LA RAZA, 5 se excluyeron por contestación incompleta e incorrecta de la misma, quedando 30 encuestas como muestra del estudio y encontrando en el perfil del encuestado lo siguiente.

El rango de edad fué de 30 a 59 años con una edad media de 44.5 años \pm 14.5, correspondiendo el 90% al sexo masculino y 10% al sexo femenino. Con una antigüedad institucional promedio de 12.5 años \pm 11.5. (Cuadro 1 y Gráfica No. 1). Con respecto a la especialidad el 16.6% correspondió a Neurocirugía, el 26.6% a Cirugía General, 13.3% a Coloproctología, 13.3% a Urología, 13.3% a Angiología, 10% a Cirugía Plástica y Reconstructiva y 6.6% a Cirugía Maxilofacial. (Gráfica No. 2). El 76.6% correspondió al turno matutino, 16.6% al vespertino y 6.6% al nocturno. (Gráfica No.3).

En cada uno de los criterios evaluados se midió media y desviación estándar. En el periodo preoperatorio se incluye: identificación del paciente con 33.5 \pm 31.5; presentación con el paciente con 36 \pm 34; revisión del expediente clínico con 25.5 \pm 19.5; interpretación de exámenes de laboratorio y gabinete con 33 \pm 27; interrogatorio adecuado con 22.5 \pm 12.5; exploración adecuada con 20 \pm 10; monitorización de signos vitales basales con 38.5 \pm 36.5; puntualidad para iniciar la anestesia con 19.5 \pm 12.5; valoración anestésica integral con 25.5 \pm 24.5; optimización del tiempo anestésico quirúrgico con 19.5 \pm 15.5; explicar al paciente el método anestésico que

se usará con 29+-21; interacción positiva con el equipo quirúrgico con 28.5+-16.5; premedicación adecuada con 21.5+-18.5 ; elección del método anestésico con 35.5+-29.5 ; elaboración de nota preanestésica con 18.5+-16.5 ; previsión de recursos materiales a usarse con 29 +- 21 .(Gráfica No. 4)

En el periodo transanestésico se encontró: conocimientos actualizados en medicamentos de 25.5+-24.5; fisiología de posiciones en anestesia de 27+-23; habilidad para aplicación de venoclisis de 28+-22;habilidad para intubación endotraqueal de 34 +- 26;habilidad para bloqueos regionales de 21 +- 20;preparación de jeringas con dosificación adecuada 33.5+-31.5 ;manejo de líquidos y electrolitos de 28.5+-26.5 ;manejo de sangre y derivados de 29 +- 21;relajación musculatura adecuada de 27+-23 ;monitoreo continuo de signos vitales de 35.5+-29.5 ;permanencia del anestesiólogo en la sala de 24.5+-20.5 ;optimización del tiempo anestésico quirúrgico de 28+-22 ;registro de anestesia de 28+- 22 ;extubación por lisis de 24+-16.(Gráfica No. 5).

En el periodo posoperatorio el promedio de cada criterio evaluado fué:estado de conciencia al término de la cirugía de 45+-30;ausencia de dolor 48+-7 ;ausencia de náuseas 41 +-11 ;ausencia de vómito 40.5+-7.5 ;ausencia de temblor 40+-10 ;estabilidad de signos vitales 53+- 37;elaboración de nota posanestésica 48+-27 ;acompañar al paciente a recuperación 46+-19 ;informar al médico de recuperación las complicaciones y el estado del paciente 23+-17;vigilancia del paciente las primeras horas del posoperatorio 35.5+-29.5; visita posanestésica 27+-18.(Gráfica No. 6)

DISCUSION

Se ha abordado la problemática de la calidad de la atención médica desde diferentes puntos de vista ,con diferentes enfoques y perspectivas ,aunque han existido grandes esfuerzos para medir la calidad de los servicios que ofrece un hospital y los servicios que lo conforman no se cuenta aún con instrumentos integrales totalmente aceptados .Myers, Codman y Avedis Donabedian ,dedicaron gran parte de su vida al estudio y análisis de la calidad aplicado al campo de la salud

No existen estudios en cuanto a la opinión del médico cirujano con respecto a la calidad de atención anestésica y cómo parte del equipo quirúrgico es de considerarse de importancia .

En nuestro estudio ,los cirujanos opinaron en base a tales criterios establecidos de calidad anestésica , realizados por el médico anesthesiólogo durante el acto anestésico quirúrgico. Observamos que existe una uniformidad de pensamiento por parte del médico cirujano en cuanto a la importancia de las actividades que realiza el médico anesthesiólogo durante el pre ,trans y posoperatorio ,siendo en mayor medida en el periodo transoperatorio,así mismo le da gran importancia a la interrelación médico paciente.

Nuestros resultados coinciden con lo reportado por el Dr. Enrique de la Fuente,el cual realizó un estudio de calidad de atención,donde evaluó la interrelación médico paciente del preoperatorio,el manejo anestésico integral del transoperatorio

,asignándole valores de importancia a tales parámetros ,tal estudio fue realizado a médicos anestesiólogos,el resultado fue una mayor importancia al manejo transanestésico para evaluar su calidad de atención anestésica .La similitud de opiniones quizá se deba a que es el periodo en que hay mayor comunicación entre el cirujano y anestesiólogo y ha que probablemente el cirujano no se da cuenta o no le da mayor importancia a las actividades del anestesiólogo en el pre y posoperatorio .

En nuestro estudio los criterios considerados de mayor importancia en el periodo preoperatorio fueron el monitoreo de signos vitales ,la elección del método anestésico individualizando al paciente y el procedimiento y la presentación del médico anestesiólogo con el paciente mientras que la elaboración de nota prenaestésica fue la de menor importancia .Durante el transoperatorio se encontró una uniformidad de evaluación por parte del cirujano en las actividades de éste periodo,predominando cómo criterios de importancia el monitoreo continuo de signos vitales ,preparación de jeringas con dosificación adecuada y habilidad para intubación endotraqueal ,sin considerar algún criterio cómo de menor importancia .En el periodo posoperatorio,se continuó considerando de mayor importancia la estabilidad de signos vitales al término de la cirugía ,la ausencia de dolor,la realización de nota postanestésica y el estado de conciencia del paciente al término de la cirugía ,siendo el de menor importancia la visita post anestésica .

Algo sobresaliente en nuestro trabajo fue la importancia que le da el médico cirujano a la monitorización básica y continua de los signos vitales en todos los periodos .Así mismo le da la importancia a la interrelación médico paciente en el pre

y posoperatorio, con el fin de brindarle confianza y disminuir el estrés psicológico al que está sometido.

Starfield define el proceso de atención médica como un conjunto de actividades que ocurren entre el profesional de la salud y el paciente con el cumplimiento de normas para la satisfacción del paciente, de la institución y del personal médico quirúrgico. Lembcke en 1946 analiza la relación entre la formación médica de posgrado y la mejora de atención médica.

Es importante y necesario que el médico anestesiólogo y cirujano tomen conciencia de la importancia que tiene un procedimiento anestésico quirúrgico como tal y que éste incluye tanto el pre, trans y posoperatorio, ya que éstos en conjunto conforman el procedimiento anestésico quirúrgico y en la medida de ser cumplidos los criterios, aumentará la calidad del procedimiento anestésico quirúrgico y por tanto la calidad de la atención médica.

CONCLUSIONES

El monitoreo básico y continuo predominó en los tres periodos del procedimiento anestésico como criterio de mayor importancia para evaluar la calidad de la anestesia, siendo en opinión de los médicos cirujanos.

El cirujano considera las actividades del periodo transoperatorio como las de mayor importancia para el manejo anestésico .

Los criterios evaluados como los de menor importancia, se consideran así solo por la comparación que se hacen con los de mayor importancia, pero no por esto no son considerados como importantes.

La calidad del procedimiento anestésico es resultado del cumplimiento de las normas incluidas en los estándares de calidad y que conllevan a una alta calidad de atención medica integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Aguirre G. H. Calidad de la atención médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social .1994;24-42.
- 2.- Aguirre G. H. Evaluación de la calidad de la atención médica, expectativas de los pacientes y los trabajadores en las unidades médicas. *Salud Pública México*. 1990;32:170-80.
- 3.-Starfield V. Primary Care Concept.Evaluation and Politics,New York,Oxford University Press .School of Higiene and Public Healt. 1992:9-11.
- 4.-Donabedian A.Evaluación de la Calidad de la Atención Médica .Instituto Nacional de Salud Pública and the Johns Hopkins University.School of Higiene and Public Healt.1996:382-86.
- 5.-Donabedian A.Garantía y monitoría de la Calidad de la Atención Médica,perspectivas en la Salud Pública .*Salud Pública México*. 1992:9-12.
- 6.- Donabedian A. La calidad de la atención médica. La Prensa Médica Mexicana. 1985:2-38.
- 7.- Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y la garantía de

- calidad. Salud Pública México. 1990;32:113-17.
- 8.-Caba F,Echevarría M. Currents Situation of Anesthesiology Reseach in Andalusia and Extremadura,Comparative Study with the rest of Spain .School of Higiene and Public Healt.1995:328-31.
- 9.-De Moares Novaes. Calidad de la Asistencia Hospitalaria. Revista Foro Mundial de la Salud. 1993;14:367-75.
- 10.-Uriah Guevara y Col.Estándares de Calidad para la práctica de la anestesiología. Comité de enseñanza e investigación,Federación de Sociedades de Anestesiología de la República Mexicana . Anest.Mex.1992;6:288-91.
- 11.-Uriah,Guevara y Col.Mínimos de calidad para la práctica de la Anestesiología en México.Comité de enseñanza e investigación ,Federación de Sociedades de Anestesiología de la República Mexicana. Anest.Mex. 1994;6:386-92.
- 12.- Ruelas Barajas E. Transiciones indispensables de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. Salud Pública en México. 1990;32:108-10.
- 13.- Encuesta nacional sobre calidad y calidez entre usuarios y prestadores de servicios médicos del I.M.S.S. México. Salud Pública México.1990:15-17

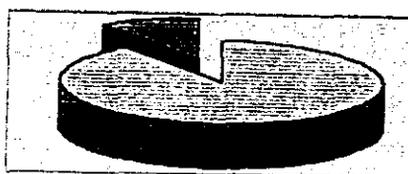
CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ANESTESIA: OPINAN LOS CIRUJANOS

CARACTERISTICAS GENERALES

	*
EDAD	44.5+-14.5
ANTIGÜEDAD INSTITUCIONAL	12.5+-11.5

*Valores expresados en media y desviación estándar

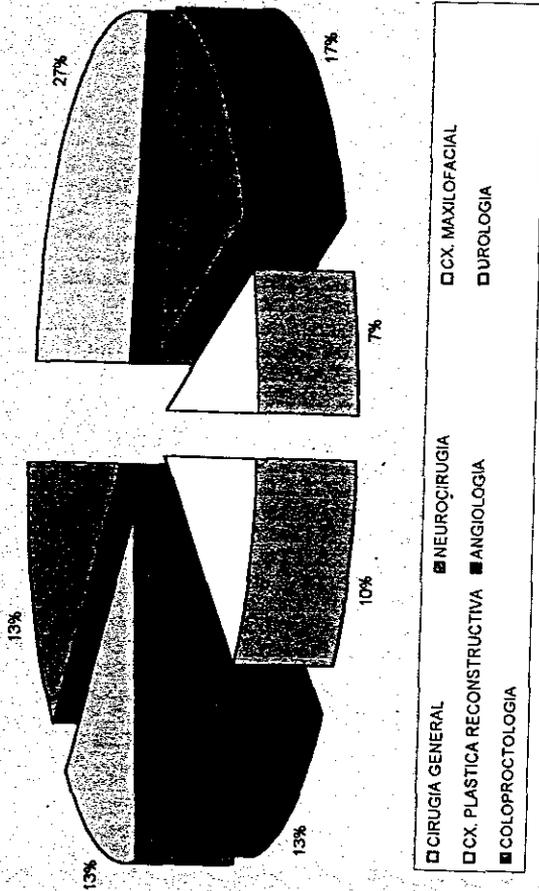
CUADRO No: 1



□ MASCULINO
■ FEMENINO

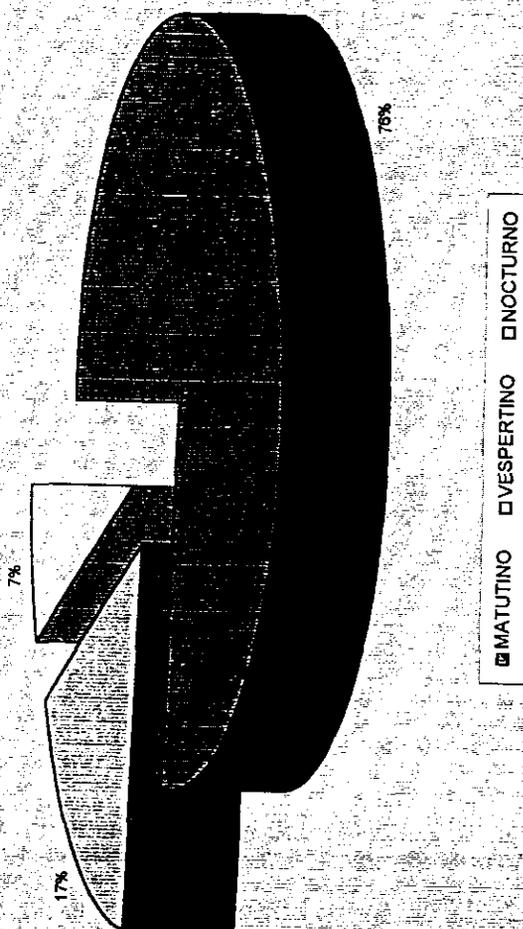
GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION POR ESPECIALIDAD



GRAFICA NO. 2

DISTRIBUCION POR TURNO

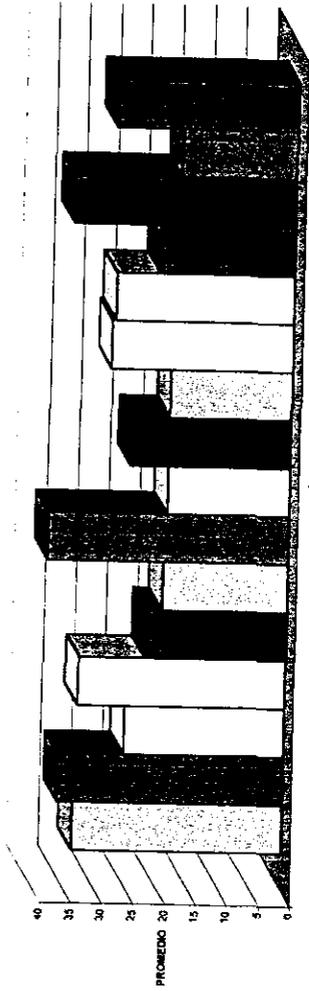


■ MATUTINO □ VESPERTINO □ NOCTURNO

GRAFICA NO.3

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

PERIODO PREOPERATORIO

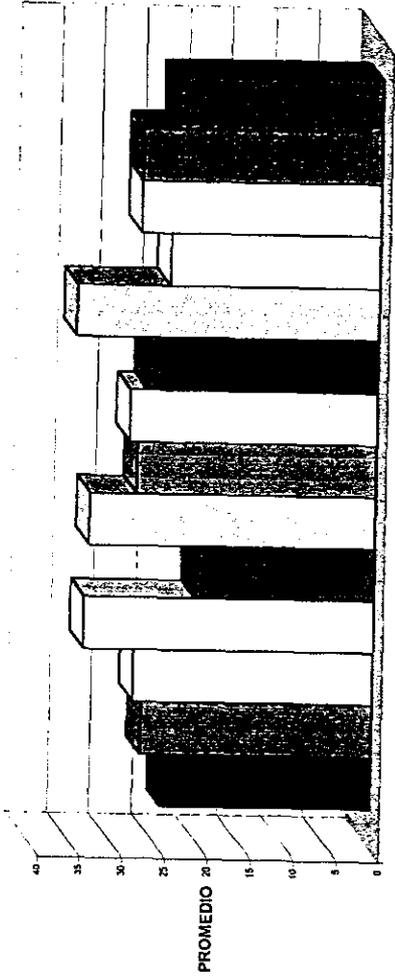


1
CRITERIOS

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> IDENTIFICACION DEL PACIENTE | <input type="checkbox"/> PRESENTACION CON EL PACIENTE | <input type="checkbox"/> REVISION DE EXPEDIENTE CLINICO | <input type="checkbox"/> VALORACION ANESTESICA INTEGRAL |
| <input type="checkbox"/> INTERPRET. EXAM. DE LAB. Y GAB. | <input checked="" type="checkbox"/> INTERROGATORIO ADECUADO | <input type="checkbox"/> EXPLORACION ADECUADA | <input checked="" type="checkbox"/> NOTA PRE ANESTESICA |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITOREO DE SIGNOS VITALES BASAL. | <input type="checkbox"/> PUNTUALIDAD PARA INICIAR ANESTESIA | <input checked="" type="checkbox"/> VALORACION ANESTESICA INTEGRAL | |
| <input type="checkbox"/> OPTIMIZACION TIEMPO ANES. QX. | <input type="checkbox"/> EXPLICAR AL PAC. EL MET. ANEST. | <input type="checkbox"/> INTERACCION POSIT. CON EQUIPO QX. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> PREMEDICACION ADECUADA | <input checked="" type="checkbox"/> ELECCION DE MET. ANESTESICO | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> PREVISION DE RECURSOS MATERIALES | | | |

GRAFICA No.4

PERIODO TRANSOPERATORIO

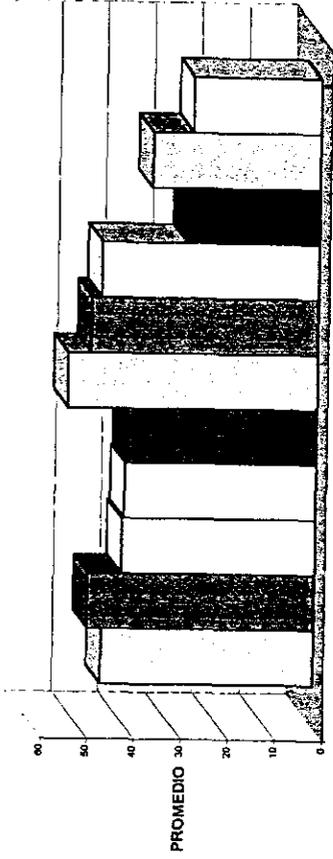


CRITERIOS

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> HABILIDAD PARA INTUBACION END. <input type="checkbox"/> MANEJO DE LIQ. Y ELECTROLITOS <input type="checkbox"/> MONITOREO CONTINUO DE SIGNOS VIT. <input type="checkbox"/> ELABORACION DE REGISTRO DE ANEST. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FISILOGIA DE POSICIONES QXS. <input type="checkbox"/> HABILIDAD PARA BLOQUEOS REG. <input type="checkbox"/> MANEJO DE SANGRE Y DERIVADOS <input type="checkbox"/> PERMANENCIA DEL ANEST. EN SALA. <input type="checkbox"/> EXTUBACION POR LISIS | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HABILIDAD PARA VENOCLISIS <input type="checkbox"/> PREPARAR JERINGAS CON DOSIF. ADEC. <input type="checkbox"/> RELAJACION MUSC. ADECUADA <input type="checkbox"/> OPTIMIZACION DE TIEMPO ANEST. QX. |
|--|--|---|

GRAFICA No. 5

PERIODO POSOPERATORIO



CRITERIOS

- ESTADO DE CONCIENCIA
- AUSENCIA DE VOMITO
- NOTA POST ANESTESICA
- VIGILANCIA 1as HRS. DE PO

- AUSENCIA DE DOLOR
- AUSENCIA DE TEMBLOR
- ACOMPAÑAR AL PAC.A RECUP.
- VISITA POST ANESTESICA

- AUSENCIA DE NAUSEAS
- ESTABILIDAD DE SIGNOS VITALES
- INFORM. EN REC. EL EDO. DEL PAC.

GRAFICA NO. 6

INSTRUCTIVO

El presente cuestionario tiene cómo objetivo determinar los criterios que consideran los médicos cirujanos para evaluar la calidad de la anestesia.

Los siguientes criterios o estándares son actividades que desarrolla el anestesiólogo en la realización del acto anestésico quirúrgico y comprenden actividades, conocimientos habilidades y ventajas en el pre, trans y pos operatorio.

Le solicitamos que lea con cuidado cada uno de los cuestionarios (pre, trans y posanestésico) que ha continuación se muestra y asígnele una calificación en orden de importancia según usted lo considere, en relación a las actividades que efectúa el médico anestesiólogo. Por favor marque con una "X" la calificación asignada, le solicitamos no dejar preguntas sin responder y marque sólo una calificación.

El cuestionario es anónimo y los datos que se obtengan de él serán considerados como confidenciales .

Los resultados del estudio estarán a su disposición una vez que haya concluido el mismo y para ello puede usted comunicarse al teléfono 7-82-10-88 ,ext. 1068 y 1069 con la Dra. CASAS VIVEROS LAURA L. Por su colaboración le damos las gracias.

PREOPERATORIO

1.- Identificación del paciente	1 2 3 4 5.
2.- Presentación con el paciente.	1 2 3 4 5
3.- Revisión del expediente clínico.	1 2 3 4 5
4.- Interpretación y análisis del laboratorio y gabinete.	1 2 3 4 5
5.- Interrogatorio adecuado.	1 2 3 4 5
6.- Exploración adecuada.	1 2 3 4 5
7.- Monitorización de los signos vitales basales.	1 2 3 4 5
8.- Puntualidad para iniciar la anestesia.	1 2 3 4 5
9.- Valoración anestésica integral.	1 2 3 4 5
10.- Optimización del tiempo anestésico quirúrgico.	1 2 3 4 5
11.- Explicar al paciente el método anestésico que se usará.	1 2 3 4 5
12.- Interacción positiva con el equipo quirúrgico.	1 2 3 4 5
13.- Premedicación adecuada.	1 2 3 4 5
14.- Elección del método anestésico.	1 2 3 4 5
15.- Elaboración de la nota preanestésica.	1 2 3 4 5
16.- Previsión de los recursos materiales a usarse	1 2 3 4 5

TRANSOPERATORIO

1.- Conocimientos actualizados en el manejo de medicamentos.	1 2 3 4 5
2.- Conocimientos de la fisiología de las posiciones en anestesia.	1 2 3 4 5
3.- Habilidades y destrezas para aplicación de venoclisis.	1 2 3 4 5
4.- Habilidades y destrezas para intubación endotraqueal.	1 2 3 4 5
5.- Habilidades y destrezas para bloqueos regionales.	1 2 3 4 5
6.- Preparar y etiquetar las jeringas con la dosificación adecuada.	1 2 3 4 5
7.- Control y manejo de líquidos y electrolitos.	1 2 3 4 5
8.- Control y manejo de sangre y sus derivados.	1 2 3 4 5
9.- Relajación muscular adecuada.	1 2 3 4 5
10.- Monitoreo de las constantes vitales.	1 2 3 4 5
11.-Permanencia del anestesiólogo en quirófano desde el inicio al término de la cirugía..	1 2 3 4 5
12.- Optimización del tiempo anestésico quirúrgico.	1 2 3 4 5
13.- Elaboración de la hoja del registro de anestesia.	1 2 3 4 5
14.- Extubación por lisis.	1 2 3 4 5

POSOPERATORIO

1.- Estado de la conciencia al término de la cirugía.	1 2 3 4 5
2.- Ausencia de dolor.	1 2 3 4 5
3.- Ausencia de vómito.	1 2 3 4 5
4.- Ausencia de nauseas.	1 2 3 4 5
5.- Ausencia de temblor.	1 2 3 4 5
6.- Estabilidad de signos vitales.	1 2 3 4 5
7.- Elaboración de la nota posanestésica.	1 2 3 4 5
8.- Acompañar al paciente a recuperación	1 2 3 4 5
9.- Informar al servicio de recuperación las características de la cirugía y el estado del paciente	1 2 3 4 5
10.- Vigilancia del paciente en las primeras horas del posoperatorio.	1 2 3 4 5
11.- Visita posanestésica.	1 2 3 4 5