



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
ANESTESIOLOGÍA**

**“LA VISITA POSTANESTÉSICA COMO ELEMENTO DE MEJORA EN LA
CALIDAD DE ATENCIÓN”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

**PRESENTADO POR
DRA. KARLA ISABEL ESTRADA ALVAREZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGÍA**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. ANTONIO FEDERICO CAMPOS VILLEGAS**

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
ANESTESIOLOGÍA**

**“LA VISITA POSTANESTESICA COMO ELEMENTO DE MEJORA EN LA
CALIDAD DE ATENCIÓN”**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

**PRESENTADO POR
DRA. KARLA ISABEL ESTRADA ALVAREZ**

**PARÁ OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGÍA**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. ANTONIO FEDERICO CAMPOS VILLEGAS**

2008

LA VISITA POSTANESTESICA COMO ELEMENTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Autor: Dra. Karla Isabel Estrada Alvarez

Vo. Bo.
Dr. Antonio Federico Campos Villegas

Titular del Curso de Especialización en Anestesiología

Vo. Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación



DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

LA VISITA POSTANESTESICA COMO ELEMENTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Autor: Dra. Karla Isabel Estrada Alvarez

Vc. Bo.
Dr. Antonio Federico Campos Villegas

DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS

INDICE

RESUMEN

I.	INTRODUCCION	1
II.	MATERIAL Y METODOS	20
III.	RESULTADOS	22
IV.	DISCUSION	25
V.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29

ANEXOS

RESUMEN.

Antecedentes: Se hacen consideraciones de relación médico-paciente, desde la visita preanestésica hasta la postanestésica, así como de accesibilidad; elementos centrales relacionados con la calidad de la atención.

El *Objetivo:* determinar el impacto de visita postanestésica en pacientes programados.

Material y Método: estudio en el área de servicios de salud, observacional, transversal y comparativo, en el Hospital General Ticoman en pacientes a los que se les realizó procedimiento anestésico programado, se aplicó cuestionario con escala para valoración de la calidad de la recuperación postanestésica.

Resultados: comparando dos grupos uno se realizó visita postanestésica (CVP) al otro grupo no se le realizó (SVP). El 73% de los pacientes CVP conocían al anestesiólogo, el 100% de pacientes SVP no lo conocían $p=0.00015145$, Los pacientes SVP tuvieron más dolor que los del grupo CVP, Como excelente calificaron la calidad de atención los pacientes CVP.

Conclusión: La visita Postanestésica es útil para mejorar la calidad de atención.

Palabras Clave: Anestesiología, Calidad de atención médica, Satisfacción del paciente, Visita Postanestésica.

I. INTRODUCCIÓN.

Los procesos médicos por tratarse de procesos biológicos son complejos por definición, es decir, son procesos con unos altos niveles de variabilidad e incertidumbre: una misma acción puede terminar en diferentes resultados, y acciones diferentes pueden terminar en resultados iguales. (1)

La organización mundial de la salud define Calidad de asistencia como el proceso en que cada enfermo recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos, en que teniendo en cuenta todos los factores del paciente y del servicio médico, se logra obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente por lo tanto, y aunque resulte imposible formular definiciones operativas de calidad asistencial que logren satisfacer a todos los usuarios, se logrará la calidad máxima si las personas que realizan la asistencia al enfermo tienen conocimientos y destrezas adecuados y permanentemente actualizados (aspecto científico de la asistencia), si se dispone de los medios materiales necesarios (aspecto tecnológico de la atención), al menor costo posible (aspecto económico de la Calidad), y en todo momento colocando al usuario como centro de toda la atención (2)

La complejidad en el trabajo en salud es increíble; el sector de la salud es más complejo que cualquier otro sector de la economía en términos de relaciones, con más de 50 tipos diferentes de especialidades y sub -

especialidades médicas que interactúan entre sí y con un número similar de otras profesiones de salud si entendemos que un resultado de calidad es aquel que es poco variable y por lo tanto altamente predecible, entonces está claro que lograr esa calidad en salud es más complicado que en los sectores cuyos procesos no contienen tal grado de complejidad.(1)

En México existen muchos médicos capaces, calificados y dedicados, así como otros profesionales de la salud que brindan atención a pacientes lesionados.

Sin embargo, también muy a menudo, sus habilidades son obstaculizadas por la falta de recursos adecuados, incluidos el recurso humano (personal suficiente, tanto en número como con el entrenamiento necesario) y los recursos físicos (equipo y provisiones).(3)

La calidad asistencial es entonces la suma de dos componentes: uno intrínseco, resultado de la suma de conocimientos, destrezas y tecnología, y otro extrínseco, que es el componente humano de la asistencia, y en el que influyen, desde el trato al enfermo y sus familiares y la accesibilidad al sistema, hasta los aspectos relacionados con la hotelería. Se acostumbra a dar más importancia a este segundo aspecto de la asistencia, ya que son los factores que se perciben y por lo tanto más fácilmente evaluables (calidad percibida), no actuándose de igual forma con el aspecto técnico de la prestación de salud. Por esta razón, distintos grupos de especialistas han

estado trabajando en la construcción de indicadores de calidad de asistencia, que pretenden identificar si la prestación efectuada fue adecuada, oportuna, segura, accesible, con la correcta utilización de recursos y en períodos de tiempo razonables.(2)

La medicina actual, impregnada por un enfoque que podemos llamar "antropológico", considera que toda enfermedad humana, así como el mantenimiento de la salud, no está exclusivamente sostenido por factores de orden biológico (fisiológicos, bioquímicos,...), sino también por los que proceden de la esfera psicológica, e incluso del entorno sociocultural.(4)

El burnout puede considerarse como el estado final de una progresión de intentos fracasados de manejar el estrés laboral crónico, que se produce principalmente en los marcos laborales de las profesiones de ayuda y/o atención. La mayoría de los profesionales sanitarios pasa gran parte de su tiempo laboral en contacto (extenso e intenso) con otras personas (pacientes y sus familiares). Esta relación interpersonal suele estar cargada emocionalmente y acompañada de sentimientos de tensión, ansiedad, miedo o incluso hostilidad encubierta. La relación interpersonal en esas condiciones es una fuente casi constante de estrés que acaba conduciendo al desarrollo de lo que se denomina burnout.

El síndrome de burnout se relaciona con factores ambientales e individuales a partir de un enfoque empírico de los datos obtenidos de los trabajadores: es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan directamente con personas. (5)

Esto puede contribuir a una deficiente atención hacia el paciente y que éste se sienta agredido por la actitud del médico y la hostilidad del trato que puede proporcionar el médico afectado por éste síndrome.

La transformación cultural es un punto por tener en cuenta en la búsqueda de la calidad es la transformación o cambio de la cultura de las personas, organizaciones y grupos.

No es posible generar el cambio sin este componente que además es a todas luces el más complicado por lo etéreo. En calidad la cultura se entiende como el conjunto de creencias y convicciones desarrolladas por un grupo de personas que aprendió a adaptarse y son enseñadas a nuevos miembros del grupo como aquello que es correcto hacer, sentir o pensar.

El hecho de comenzar a trabajar en procesos, estándares, mejoramiento continuo y direccionamiento estratégico implica ya de por sí un cambio en la cultura de los profesionales y organizaciones de salud. Vencer el virus de la

resistencia y aceptar comportamientos equivocados para poder mejorar implica mucho valor y de entrada un cambio cultural importante.

Es necesario cambiar todas las conductas que puedan afectar al paciente. La educación en el área de la salud presupone que los estudiantes, internos, residentes y profesionales deben y pueden saberse todo generalmente de memoria. Ya se está comenzando a aceptar la consulta de libros o información en el momento de la atención de un paciente y es así como ya hay lugares en los cuales se pasa revista a los pacientes con un computador portátil para acceder a información. Es imprescindible tener la información a la mano, correr listas de chequeo y generar todo tipo de herramientas que eviten una mala jugada de la memoria, sobre todo cuando la cantidad de información es de la magnitud de la que manejamos. Muchos efectos indeseados en salud ocurren porque la evidencia es inaccesible en el momento y lugar necesarios. De hecho si ésta hubiera sido proveída cuando era necesaria las decisiones hubieran sido diferentes en el 30% a 60% de los casos. De la misma manera –y en parte porque realmente no podemos aprendernos el vademécum, los sistemas de órdenes médicas computarizados reducen los errores de atención en un 55% (15) a 88% (16) y pueden evitar entre 570.000 a 907.000 errores serios de medicación al año, lo que equivale a 7.000 vidas al año es imprescindible la inversión en infraestructura de información y comunicación que además permita generar aprendizaje a partir de los errores de atención que han sucedido.

Todo esto tiene una base en educación, costumbre y en un sistema que se basa en altos niveles de trabajo individual autónomo. El cambio cultural se sustenta en no culpar un profesional lo cual no tiene sentido ni aporta nada a la solución, sino en entender que el resultado es causado por el sistema como un todo.. Infortunadamente, los procesos de salud se han soportado en recursos humanos libres de errores, lo cual no sólo no es cierto sino que es un modelo que ya ha sido abandonado por otras industrias desde hace años.

Pero es claro que la calidad y seguridad de la atención no van a mejorar solas, no van a mejorar hasta que no tomemos la decisión de hacerlo, no van a mejorar sin que generemos un cambio previo y radical desde las perspectivas de sistema, organizaciones y profesionales de la salud.(1)

En anestesiología, la mayoría de las mediciones de los indicadores utilizados para evaluar la calidad de la recuperación postanestésica han involucrado, la percepción del personal de salud más que la percepción de los pacientes. Esto ha llevado al uso de indicadores centrados en variables de resultado como el vómito, escalofrío, náuseas, tiempo para despertar, etc. Son escasos los estudios en los que se ha considerado la percepción de los pacientes en lo que se considera una buena calidad de la recuperación postanestésica.

La necesidad de conocer la calidad de la recuperación postanestésica desde la perspectiva de los pacientes, exigió la aproximación cualitativa a ellos. Experiencias similares se describen en la literatura, sin que se haya llegado a un proceso final de validación de las mismas (6).

Otro de los aspectos que resultó relevante para los pacientes fue el haber sido informado de todo lo que iba a suceder, y cómo se había desarrollado el acto anestésico quirúrgico. Adicionalmente el hecho de haber estado el anestesiólogo en recuperación. En muchos lugares, en aras de la contención de costos, se evita asignar un anestesiólogo en recuperación de manera permanente.

Recibieron puntuaciones muy bajas, la presencia de signos físicos como el vómito, la borrachera, la náusea, el frío, el escalofrío, etc., de tal forma que no quedaron incluidos para la fase del análisis factorial. Probablemente, el haber desarrollado la escala con pacientes de instituciones de mediana y baja complejidad llevó a que la presentación de estos síntomas en la recuperación no fuera importante, y por lo mismo, poco considerados durante la calificación global de la recuperación postanestésica.

La escala quedó constituida por tres dominios claramente identificables: el de calidad en general, el de la recuperación en sí, y el del dolor. Dentro del dominio de calidad en general los pacientes fueron capaces de discriminar entre calidad humana de las personas que los atiende y la calidad de

atención. A diferencia de otras escalas que pretenden medir aspectos relacionados con la recuperación, la escala CDR se concentró más en los aspectos relacionados con el proceso de atención, lo que es una perspectiva realmente novedosa. (6)

Los llamados signos objetivos físicos del dolor: cambios en la expresión facial, tono muscular, posición antiálgica, presión arterial, etc., no guardan forzosamente relación cuantitativa con la intensidad del sufrimiento del paciente. Por todo esto, para establecer una terapéutica de calidad ante el dolor, no se trata de saber el umbral de cada paciente, sino su "tolerancia al dolor".

Desde el comienzo de la historia, el hombre se ha esforzado por controlar el dolor postquirúrgico. Sin embargo, durante el desarrollo de la medicina, el tratamiento del dolor postoperatorio, cedió el paso a objetivos de mayor interés, asumiéndose el dolor como algo natural, después de una agresión quirúrgica. El avance farmacológico experimentado durante las últimas décadas, así como el desarrollo de las modernas técnicas en anestesia, han permitido garantizar unas condiciones óptimas para la práctica de la cirugía, en cuanto a estabilidad y confortabilidad del paciente. En éste sentido, resulta paradójico el contraste observado entre el elevado grado de atención que se presta durante el acto quirúrgico con el poco interés que, en general, se ha dedicado a la continuación de ése confort al finalizar la anestesia.

Existen una serie de errores conceptuales, adquiridos ya, desde el período de formación del personal sanitario, que no se ha podido erradicar. Así, es frecuente admitir, que cierto grado de dolor postoperatorio, es considerado como "normal", tanto por el paciente, como por el personal encargado de su atención, en cuanto es la consecuencia inevitable de la agresión quirúrgica. Sin embargo, en la actualidad, sabemos que el dolor postoperatorio, no es un estado normal, sino un estado patológico derivado de una alteración de los dispositivos nerviosos sensoriales encargados de la información nociceptiva (lesiva) y que pueden producir complicaciones respiratorias, cardiocirculatorias, metabólicas y gastrointestinales.

Hoy en día, se considera esencial en la determinación de la calidad de la asistencia al paciente quirúrgico, una terapia efectiva de dolor postoperatorio. A pesar de ello, como ya se ha indicado anteriormente, un importante número de pacientes intervenidos, no reciben una terapia analgésica adecuada. (4)

El incremento de la esperanza de vida es un triunfo para la salud pública y es el resultado del desarrollo social y económico. Lamentablemente, se calcula que el envejecimiento de la población se producirá a un ritmo más acelerado que el crecimiento económico y social de los países en desarrollo.

(7)

Principios centrales como norma general, los servicios de atención de salud deben observar los estándares más altos posible en su promoción del envejecimiento activo y saludable a lo largo de la vida y del mantenimiento de una vida con dignidad. Con este fin, dichos servicios deben satisfacer los siguientes criterios: disponibilidad, accesibilidad, integralidad, calidad, eficiencia, ausencia de discriminación, capacidad de respuesta en afinidad con la edad (7).

La atención primaria de salud (aps) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte íntegramente, tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad; representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria.(8)

Todo país debería aspirar a disponer de servicios médicos que sean, no sólo técnicamente eficientes, sino que hagan posible un modo social de relación

interhumana en la que prevalezcan la acogida, la amabilidad y el respeto por las personas.(6)

En las sociedades modernas se ha hecho indispensable idear sistemas de organización de la atención médica y de salud para satisfacer las necesidades de la población, particularmente la de los sectores más modestos. En general, y esquemáticamente, los modelos tienden, o bien a que el estado otorgue y financie las prestaciones de salud para todos los habitantes, vía los impuestos generales de la nación o impuestos específicos; o bien, que las personas cuando gozan de salud impongan regularmente en instituciones aseguradoras o prestadoras privadas o públicas, con el fin de financiar su atención cuando estén enfermas.

En primer lugar, digamos que el propósito más profundo de la medicina es de orden humano y moral: utilizar siempre los conocimientos, habilidades intelectuales y destrezas para el mayor beneficio del paciente, en su condición de enfermo y de persona. Esto le otorga a la medicina un sello singular y propio, compromete inevitablemente a los médicos y, por extensión, a todos aquellos que ejercen el cuidado de la salud de las personas. Las consideraciones relativas a las obligaciones éticas individuales de los médicos se aplican con igual propiedad a sus obligaciones sociales. No podría ser considerado como verdaderamente bueno el hombre que acepta, cuando menos con su pasividad y con su silencio, una situación social injusta.

Es la ética la que da sentido al propósito de la medicina de preservar la salud y la vida de las personas, porque no se trata de preservarla de cualquier manera sino que buscando siempre el bien del paciente, respetando su inteligencia, dignidad e intimidad.

Por su parte, la dimensión espiritual de la medicina se revela en la contribución que ella puede hacer como profesión y, en el ámbito de su acción específica, al perfeccionamiento de las personas y de la sociedad, dignificando a los pacientes y promoviendo valores sociales superiores como la libertad, la justicia, la tolerancia, la compasión y la solidaridad.

De ahí que: en medicina, lo que realmente importa no es la forma en que se estructura un sistema de salud, ni tampoco las modalidades de su financiamiento, sino los contenidos o cualidades de los servicios que se prestan a las personas. No es la cuestión económica en sí misma la que, en definitiva, va a resolver el mejor modo de organizar la atención de salud, ni determinar su calidad, ni satisfacer las aspiraciones de las personas respecto a la medicina. Más aún, no es posible configurar una institución social que pretenda satisfacer necesidades de los seres humanos, en este caso de su salud, si previamente no se tiene claridad en los conceptos humanistas que la han de inspirar, así como la creatividad necesaria para llevarlos a la práctica de un modo coherente con ellos. (9)

Las evaluaciones de la calidad de la atención primaria realizadas por los pacientes en un estudio realizado en 12 países difirieron considerablemente entre cada uno de los países y resultaron estar positivamente relacionadas con los índices OMS de desempeño de los sistemas de atención de salud.(10)

La mejoría de los indicadores anteriormente analizados están siendo sometidos a 2 sistemas básicos de trabajo: "por posibilidades de mejora" (detección de posibilidades de mejora, su priorización, el análisis causal, la definición de criterios de evaluación y estudios, la implantación de acciones de mejora y la reevaluación) y mediante "sistemas de monitorización", que buscan medir y evaluar en forma periódica, aspectos relevantes de la asistencia, mediante le uso precisamente de estos indicadores de calidad, que constituyen la unidad básica de un sistema de monitorización.(2)

Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención en 45% de los casos (relación interpersonal, contenido de la consulta, duración, acciones clínicas de revisión y diagnóstico); por el impacto o el resultado en su salud, con 21%; por las características de la estructura física, humana y organizacional, con 18%, y por condiciones relativas a la accesibilidad, con 16%. los motivos que definen la mala calidad de la atención fueron los largos tiempos de espera (24%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (12%).

Con base en lo anterior, es importante considerar la relación médico-paciente como elemento central para brindar una atención de calidad. para ello, el personal de salud podría utilizar un lenguaje claro y sin tecnicismos, buscando adaptarse a las características culturales de los usuarios; mantener una comunicación verbal, y tener una actitud y una expresión que generen confianza. se reconoce que este elemento juega un papel importante en la adhesión del paciente a los servicios y al cumplimiento con las prescripciones indicadas por el personal de salud. tales recomendaciones deberían aplicarse en conjunto con el mejoramiento de los aspectos técnicos de la atención.

Por otra parte, los motivos relacionados con la mala calidad como los tiempos de espera, el cobro de la atención y la falta de resultados positivos en salud, podrían ser el reflejo de problemas de carácter organizacional, como: a) la distribución de las cargas de trabajo; b) la insuficiencia de personal; c) la organización interna, y d) la asistencia de personal.

Asimismo, se puso de manifiesto que cuando la atención en los servicios privados fue definida por los usuarios como mala, ello se debió básicamente a los altos costos de ésta, en comparación con lo manifestado por los asegurados, quienes mencionaron los largos tiempos de espera como principal motivo de las deficiencias en la atención recibida. en este sentido se demuestra nuevamente la necesidad de crear esquemas alternativos o complementarios de financiamiento para la atención privada o pública, que

coadyuven a optimizar la relación entre lo que el usuario paga por la atención y la calidad con la que ésta se provee.

Finalmente, es evidente el traslape conceptual entre la accesibilidad y la calidad, a que fueron elementos directamente relacionados con la calidad de la atención. Las diferencias encontradas entre los factores sociodemográficos asociados a los perfiles de mala calidad indican que cada grupo de población tiene una percepción propia de los aspectos que modulan su interacción con los proveedores. puede ser que con el incremento de los niveles de escolaridad en la población y con una creciente participación de la mujer en la economía, los usuarios demanden y exijan mejores servicios de salud; a su vez, estos últimos tendrán, que cubrir las necesidades de los usuarios y cumplir con sus expectativas, de lo contrario las repercusiones se verían cristalizadas en la baja utilización de los servicios y en un mayor porcentaje de demandas legales, y por ende, la población buscaría alternativas más eficientes y de bajo costo para atenderse, como es el caso de los servicios privados no lucrativos.

La falta de mejoría en el estado de salud manifestada por los informantes parecería estar relacionada, en general, con dos aspectos: a) la supervisión y la capacitación del personal en el manejo clínico, y b) las variables intrínsecas a la población usuaria. Respecto al primer aspecto se puede señalar que, a pesar de la existencia de manuales y normas para el manejo

clínico, la estandarización en el diagnóstico y en la atención sigue siendo deficiente en muchos sentidos.

Aunado a ello, la falta de sistematización de mecanismos de supervisión de estos procesos de alguna manera se hace evidente en la insatisfacción de los usuarios. En este sentido la capacitación del personal adscrito permanentemente, así como de los estudiantes, es importante, ya que en los servicios de salud es muy frecuente que la atención sea otorgada por los segundos y que, en ambos casos, se dé poca importancia al entrenamiento y a la estandarización, tanto en los aspectos de diagnóstico como de la atención misma.

En el segundo aspecto, estarían jugando un papel importante el nivel de instrucción y la cultura del usuario acerca de los beneficios que le brinda la institución y de las obligaciones que se le confieren (cuidado de su salud, seguimiento de las prescripciones, cumplimiento con horarios); el concepto que el usuario tiene acerca de los servicios de salud y de la salud-enfermedad son elementos que también modularían la percepción de la población respecto a la calidad de la atención recibida.

La reforma del sistema de salud en México, que parece impostergable en el corto o en el mediano plazo, requiere considerar el desarrollo de mecanismos que permitan incrementar la calidad en los servicios de salud. No obstante, hay que considerar las diferencias organizacionales y la

disponibilidad de recursos de cada institución. Por ello, en la medida de lo posible, cada institución de salud tendrá que cubrir las necesidades básicas de salud de su población y atender y cumplir con las expectativas que esta última tiene respecto a sus servicios, ya que sin su opinión cualquier esfuerzo por mejorar la calidad quedaría truncado. (11)

Conocer el impacto de la visita postanestésica sobre la perspectiva de calidad de atención por los pacientes a los que se les realiza algún tipo de procedimiento anestésico en los hospitales generales de la secretaria de salud del gobierno del DF., y así conocer los aspectos más incómodos para los pacientes y tener la oportunidad de cambiarlos a favor de mejorar la calidad atención que brinda el anesthesiologo, es un aspecto que poco se ha estudiado incluso no se han diseñado instrumentos o escalas para la valoración de calidad después de todo el proceso anestésico que comienza en la visita preanestésica, se continua en el transanestésico y no se evalúa con una medición postanestésica.

Por lo anterior expuesto surgió la interrogante de conocer si la visita postanestésica es un elemento útil para mejorar la calidad de atención a los pacientes post-anestesiados en el Hospital General Ticoman en comparación con los pacientes a los que no se les realiza. La magnitud de este estudio se basó en que el numero de cirugías programadas en el Hospital General Ticoman es de aproximadamente un 20% del total de procedimientos anestésicos por mes (270 procedimientos en el mes de

marzo de las cuales 52 fueron programadas) con lo que es factible que el número de visitas postanestésicas no interfiera con el inicio de procedimientos en el día, ni se retrase el trabajo de los quirófanos. En cuanto a la trascendencia del estudio se pretendió conocer la utilidad de la visita postanestésica como un elemento que influya la calidad de atención que brindan los servicios de anestesiología de los hospitales generales de la SSGDF. Como lo marca la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-170-SSA1-1998, PARA LA PRACTICA DE ANESTESIOLOGÍA (12) en el punto 12.1.5 - Los pacientes se deben dar de alta del servicio de anestesiología de 24 a 48 hrs. posteriores al evento anestésico-, por lo tanto se debe tomar a la visita postanestésica como una herramienta de la medicina peri-operatoria tan útil y válida como la visita preanestésica, la visita postanestésica es útil también para detectar los problemas más frecuentes e incómodos para los pacientes en el postoperatorio y así prevenirlos, proponiendo que se lleve a cabo en forma habitual y sea parte de la actividad del anestesiólogo a realizarse en cada Hospital General. En cuanto a la vulnerabilidad la visita Postanestésica es un instrumento que nos puede ayudar a culminar la relación médico-paciente iniciada en la visita preanestésica, con un buen sabor de boca para el paciente al despejar dudas , aclarar ideas sobre los mitos y creencias que los mismos pacientes puedan tener sobre las molestias en el postoperatorio . así como aplicar encuestas y diseñar medidores específicos de calidad de atención para los pacientes post-anestesiados con la aplicación de encuestas a las 24 o 48 hrs. después del evento anestésico para detectar que situaciones fueron incómodas para los pacientes y con todo lo anterior

elevar el nivel de calidad de atención otorgado por los servicios de anestesiología de los hospitales de la SSGDF, instaurando la visita postanestésica como rutina del manejo peri operatorio del paciente quirúrgico o que tenga que recibir algún procedimiento anestésico, actuar y resolver los problemas que se identifiquen en forma frecuente y prevenirlos, fue factible la realización del estudio ya que el hospital general Ticoman cuenta con la infraestructura y recursos humanos necesarios.

La *Hipótesis de trabajo* fue conocer si la visita postanestésica es un elemento útil para mejorar la calidad de atención a los pacientes postanestesiados en el Hospital General Ticoman en comparación con los pacientes a los que no se les realiza. Con el objetivo principal de conocer la influencia de la visita postanestésica en la percepción de los pacientes a los que se les realiza algún procedimiento anestésico sobre la calidad de atención que otorga el servicio de anestesiología en los hospitales generales de la SSGDF, identificar en que hospitales se lleva a cabo la visita postanestésica., determinar la importancia que tiene para los pacientes el ser visitado por el anestesiólogo en el post operatorio, identificar en el postoperatorio las situaciones derivadas del acto anestésico, conocer las complicaciones más frecuentes de cada procedimiento anestésico en el post-anestésico y modificar conductas para prevenirlas, conocer eventos adversos o centinela en los pacientes postanestesiados.

II. MATERIAL Y METODOS.

Prevía autorización de la comisión de ética bioseguridad e investigación local, se realizó un estudio en el área de servicios de salud, observacional, transversal y comparativo. En el periodo de junio a julio del 2007 ,en el Hospital General Ticoman a los pacientes hombres y mujeres a los que se les realizó algún procedimiento anestésico de forma programada , ASA I y II, mayores de 18 años y menores de 65 años que permanecieran mas de 24 hrs. en piso. Excluyendo a los pacientes intervenidos de urgencia, de cirugía ambulatoria y pacientes que no pudieron contestar el cuestionario por sus condiciones físicas, o que no quisieran participar en el estudio.

Se trabajó por censo obteniéndose 30 pacientes (n=30), en total ya que el Hospital General Ticoman disminuyó la cirugía programada por encontrarse el área de quirófano en remodelación. Se aplicó el cuestionario predeterminado (ANEXO 1), con preguntas de carácter dicotómico (si-no), preguntas de respuesta múltiple y escalas visuales análogas para calificar la presencia de síntomas desagradables, incluyendo dentro de éste cuestionario las preguntas de la Escala para medir la Calidad de la recuperación postanestésica desde la perspectiva del usuario (CdR).

Se aplicó a los pacientes de ambos grupos, que ingresaron a quirófano en forma programada por parte de los Residentes que se encontraban rotando en el Hospital General Ticoman informando a los pacientes sobre el cuestionario y la finalidad del mismo. El primer grupo correspondió a los

pacientes a los que se les realizó visita postanestésica por el médico anesthesiólogo que estuvo en su procedimiento anestésico el cual resolvió dudas del paciente y dió manejo a los efectos adversos o complicaciones secundarios al procedimiento anestésico y al grupo dos no se le realizó visita postanestésica solo se le aplicó el cuestionario.

La información se recabó en un cuestionario especial (anexo 1), El estudio se consideró sin riesgo, cubriendo los aspectos éticos y ajustandose a los principios éticos de la Declaración de Helsinki. se informó ampliamente al paciente la finalidad del estudio, respetando la dignidad del paciente en todo momento durante el cuestionario. El análisis estadístico se realizó con Chi cuadrada, la prueba exacta de Fisher, porcentajes y medidas de tendencia central (media y desviación estándar). Se tomó como significativa una $p \leq 0.05$ en los casos correspondientes.

III. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 30 pacientes; la edad promedio fue de 24.66 ± 5.64 años para pacientes a los que se les realizó visita postanestésica (CVP), y de 30.0 ± 4.6 años para pacientes sin visita postanestésica (SVP), Figura 1. La distribución por sexos Figura 2, fue de 27% de pacientes masculinos y 73% de pacientes femeninos. La escolaridad Figura 3 se muestra en el cuadro I.

El servicio tratante Figura 4(cuadro II), ASA (cuadro III) Figura 5 y el procedimiento anestésico (cuadro IV) Figura 6, no reflejan diferencia significativa para los resultados.

Se obtuvo una diferencia altamente significativa en cuanto al conocimiento del nombre de su anesthesiologo Figura 7 (Cuadro V) en donde el 73% de los pacientes CVP respondieron que si en comparación con los pacientes SVP en donde el 100% respondieron que no. Al cuestionar a los pacientes acerca de si el anesthesiologo se presentó antes del procedimiento anestésico Figura 8(Cuadro VI) ,si se le explicó el tipo de anestesia Figura 9 (cuadro VII) y si estuvo de acuerdo con el procedimiento anestésico Figura 10 (cuadro VIII) que se le realizó hubo una diferencia significativa entre ambos grupos.

En cuanto al trato con respeto Figura 11 y privacidad Figura 12 no hubo diferencia significativa T exacta de Fisher $p= 1.0000000$. En forma

significativa se observó diferencia entre ambos grupos cuando se interrogó a los pacientes en cuanto a que la información recibida Figura 13 a cerca del procedimiento fue completa para los pacientes CVP a diferencia de los pacientes SVP en donde el 100% contestó que no (T exacta de Fisher 2 colas $p= 0.0084291$) y tuvieron más dudas Figura 8 a cerca del procedimiento anestésico que los pacientes CVP (Chi cuadrada 4.82 $p=0.02810804$).

Al cuestionar a los pacientes a cerca de el trato recibido Figura 15 por parte del anestesiólogo se encontró una diferencia significativa (cuadro IX), calificando como excelente y buena el grupo CVP y de regular y mala el grupo SVP.

Se incluyeron las preguntas de la Escala para medir la calidad de recuperación postanestésica desde la perspectiva del usuario (CdR) Figura 16,17,20, en donde se observaron diferencias significativas en ambos grupos, (Cuadro X).

Los cuestionamientos a cerca de los síntomas desagradables Figura 18,19, como náuseas, vómito, sueño, mareo, cefalea, dolor en sitio distinto al quirúrgico, así como, las situaciones incómodas entre las más mencionadas el ayuno, el frío, estar sin ropa, el procedimiento anestésico, no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos. Así como tampoco respecto a eventos centinela o adversos Figura 22 se observó diferencia significativa (T exacta de Fisher 2 colas $p= 1.0000000$).

La calidad de atención recibida por parte del anestesiólogo Figura 21, la calificaron como excelente y buena los pacientes CVP y como regular los pacientes SVP.

V. DISCUSION

En la actualidad se han realizado grandes esfuerzos para realizar escalas para valorar la calidad de la recuperación postanestésica desde la perspectiva de los pacientes ;Eslava (6) y su equipo desarrollaron la escala CdR que fue incluida en este estudio en donde obtuvimos diferencias significativas hablando de la satisfacción del usuario aplicándola en pacientes que recibieron visita postanestésica (CVP) en comparación con los pacientes que no recibieron visita postanestésica (SVP), observando que el grupo CVP sintió como si no lo hubieran operado $p=0.05473452$, así mismo estarían dispuestos a que si lo tuvieran que volver a operar les gustaría que les hicieran lo mismo para tener esa recuperación $p=0.0114606$ a diferencia del grupo SVP que definitivamente no le gustaría. El grupo CVP no sintió dolor (30%) o lo presentó en forma leve (50%) a diferencia del grupo SVP que presento dolor severo en el 50% de los pacientes $p=0.00600588$.

Alvarado (13) Reconoce que el anestesiólogo es un especialista de la medicina que es poco reconocido, del cual se desconocen sus actividades aún entre los médicos en formación (19), y este desconocimiento se extiende hacia la población en general, una de las causas a las que se le atribuye este desconocimiento es la falta de visita postanestésica en el país, ya que el anestesiólogo solo acude a ver a los pacientes en México si tuvo alguna complicación (13), a diferencia de otros países en los que la visita postanestésica es requisito indispensable, la NOM – 170-SSA 1-1998 para la práctica de la anestesiología marca que se debe de dar de alta al paciente

postanestesiado de 24 a 48hrs después del procedimiento anestésico. El anesthesiólogo al acudir a ver a su paciente en las primeras horas del postanestésico logra que sus pacientes lo conozcan, ($p=0.00015145$) que sepan su nombre ($p= 0.00015145$), los detalles del procedimiento anestésico que se les realizó ($p=0.00084291$), estén de acuerdo con el tipo de anestesia aplicada ($p= 0.0021989$) y no presenten dudas de los efectos anestésicos ($p=0.02810804$). Consideran el trato por parte del anesthesiólogo como buena o excelente ($p=0.05473452$).

Los temores (6, 13, 14, 15, 17, 18,21) y situaciones incómodas que muchas veces como anesthesiólogos imaginamos serán determinantes para la evaluación del paciente a cerca de nuestro desempeño como anesthesiólogos no son tan relevantes como lo imaginamos. El paciente le da más importancia a la atención que se le presta durante su estancia en el hospital y de el interés que muestre el médico en saber como se siente que en síntomas desagradables que como lo refirieron en la encuesta realizada son "pasajeros" , dentro de estos síntomas se debe excluir al dolor que si es un síntoma clave para evaluar la calidad de atención por parte del anesthesiólogo, ya que los resultados del estudio concuerdan con la literatura publicada, los pacientes que recibieron Visita postanestésica percibió en menor grado el dolor que aquellos que no fueron visitados $p=0.00600588$.

En cuanto a los eventos centinela y adversos no hay mucho escrito o reportado en la literatura, los efectos centinela que tuvimos fueron la vía

respiratoria difícil, dificultad técnica en la aplicación del procedimiento anestésico que aumentaron el dolor $p=0.00600588$ y la calificación de regular a mala en la calidad de atención del anestesiólogo $p=0.00181665$. Por lo que hay que empezar a poner especial atención en estos aspectos ya que pueden demeritar la percepción del paciente sobre el trato recibido, aprender a reconocer los eventos centinela y saber que pueden desencadenar eventos incómodos o desagradables en el periodo postanestésico, es de vital importancia, saber también que se pueden manejar en el postanestésico y así lograr la satisfacción completa del paciente.

Donavedian (23) define a la Calidad de atención "a partir de unos recursos disponibles, lograr para el paciente los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles, Palmer agrega al final lograr la satisfacción del usuario. La ISO (ORGANIZACIÓN STANDART INTERNATIONAL) recomienda tres pasos para lograr la calidad de atención en servicios de salud con la satisfacción del usuario incluidos: "a) *el diseño y planificación de actividades*, b) *el control de lo diseñado y planificado para asegurar su efectivo cumplimiento*, c) *la comprobación de que el diseño, la planificación y el control han sido correctos*". En Anestesiología contamos con los tres elementos, la Visita Preanestesia para el diseño y la planificación de actividades, el Periodo Transanestésico para el control de lo diseñado y planificado para asegurar su efectivo cumplimiento y la Visita Postanestésica para la comprobación de que el diseño, la planificación y el control han sido

correctos, para asegurar que nuestro procedimiento anestésico sea un proceso de calidad en forma total.

En conclusión el manejo peri operatorio de los pacientes a los que se les realiza algún procedimiento anestésico es esencial para asegurar que el paciente quede satisfecho, el realizar la Visita Postanestésica en forma rutinaria ayudaría a que los pacientes nos reconozcan, sepan cuál es nuestra función y la importancia de culminar la relación medico-paciente que se inició con la visita preanestésica, así como detectar eventos adversos secundarios al procedimiento y darles tratamiento en forma oportuna y eficaz. Se comprueba la *hipótesis de trabajo*: La visita Postanestésica es un elemento útil para mejorar la calidad de atención.

V. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Cataño C. S. Calidad de atención en salud, nuestra responsabilidad como profesionales de la salud y como sistema .Acta Medica Colombiana, vol. 30; no. 4, oct-dic 2005.
- 2) Salinas P. H. y cols. Indicadores de calidad de asistencia en Obstetricia. Rev. Chil.Obstet. Ginecol.2006;71(2): 114-120.
- 3) Charles MM. y cols. Fortalecimiento de la atención del trauma en México a nivel mundial: Proyecto de Atención Esencial en Trauma. Rev.Mex.Trauma 2004;7(1), ene-abr,pp 5-14.
- 4) Dueñas L.C. El control del dolor postoperatorio como indicador de calidad de atención en enfermería: Repercusión de la creación de la unidad de dolor agudo postoperatorio. Enferm. En Anest-Reanimac.Sevilla España, sep. 2004.
- 5) Burjovich Jacinta;Pautas Laura. Calidad del empleo y calidad de la atención en salud en Córdoba Argentina. Unidad Mujer y desarrollo proyecto CEPAL Naciones Unidas. Feb 2005, pp7-9.
- 6) Eslava S.J. Escala para medir la calidad de la recuperación postanestésica desde la perspectiva del usuario. Rev. Salud Publica Colombia. 2006 ;8(1):52-56
- 7) Hoskins Irene, Kalache Alexandre. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Rev. Panam.Salud Publica . 2005;17(5) pp444-447.
- 8) Jiménez C.L. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev. Cubana Salud Publica.vol 22(1) 1996, ene -jun.
- 9) Goich A. Ética de la organización de la atención de salud. Rev. Med. Chile 2004;132: 388-392.
- 10) Kerssens J.J. y cols. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to who measures of achievement in 12 European countries. Bulletin of the world health organization, 2004; 82:106-114
- 11) Ramirez ST. Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México perspectiva de los usuarios. Salud Publica de México, Vol. 40 (1); ene-feb 1998.
- 12) Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA 1-1998, para la práctica de la anestesiología. Diario Oficial de la Federación; Lunes 14 de diciembre de 1998 Norma Oficial Mexicana NOM-170-ssa1-1998, "para la practica de anestesiología"

- 13) Alvarado E. 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
- 14) Hart J, Neiman V, Chaimoff C, Wolloch Y, Djaldetti M. Patient satisfaction in two departments in a community hospital. Isr. J. Med. Sci. 1996; Dic. 32(12): 1338-43
- 15) Myles P, Hunt J, Nightingale C, Fletcher H, Beh T, Tanil D, Nagy A, Rubinstein A, Ponsford J. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. Anesth. Analg. 1999; Jan 88(1): 83-90
- 16) Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality. Incorporating consumer perspectives. JAMA 1997;278:1608-1614.
- 17) Brook RH, McGlynn EA. Quality of care. Part 2: measuring quality of care. N Engl J Med 1996; 335: 966-970.
- 18) Muñoz-Ramón JM. Control de calidad en anestesiología. Rev Esp Anesthesiol Reanim 1995;42:91-95.
- 19) Onrubia X, de Andres J, Valia JC, Bolinches R. Análisis de los conocimientos de la especialidad de anestesiología en una población de estudiantes de medicina. Rev Esp Anesthesiol Reanim 1995;42:324-329.
- 20) Llubia C. La información clínica y el consentimiento informado. Rev Esp Anesthesiol Reanim 1995;42:405-406.
- 21) Duran C: Los temores a la anestesia. Rev Esp Anesthesiol Reanim 1995;42:39-40.
- 22) Smith MA, Atherly AJ, Kane RL, Pacala JT. Peer review of the quality of care. Reliability and sources of variability for outcome and process assessments. JAMA 1997;278:1573-1578.
- 23) Donavedian , A. Aspectos de la Administración de la atención médica . Fondo de cultura económica, 1ª edición en español, México 1987. pp34-38.

ANEXO 1. Hoja de recolección de datos 2007

Estoy de acuerdo contestar el cuestionario que se me va a realizar y que los riesgos para mi persona son nulos. Estoy consciente de que el presente cuestionario pretende el mejoramiento en la calidad de atención por parte del servicio de anestesiología.

CUESTIONARIO

NOMBRE _____ EXPEDIENTE _____ CAMA _____ FECHA ___/___/2007

EDAD ___ AÑOS SEXO F M ESCOLARIDAD _____ SERVICIO TRATANTE: GO ___ CG ___ OTRO _____

ASA _____ DX PRE OPERATORIO _____ DX POST OPERATORIO _____

TIPO DE ANESTESIA _____ INTERVENCIONES PREVIAS SI NO CUANTAS _____

1.- ¿CONOCE EL NOMBRE DE SU ANESTESIOLOGO? SI ___ NO ___ ¿CUAL ES? _____

2.- ¿SE PRESENTÓ CON USTED EL ANESTESIOLOGO? SI ___ NO ___ ANTES O DESPUES DE LA ANESTESIA _____

3.- ¿LE EXPLICARON QUE TIPO DE ANESTESIA LE APLICARÍAN? SI ___ NO ___

4.- ¿ESTUVO DE ACUERDO CON EL TIPO DE ANESTESIA QUE SE LE APLICÓ? SI ___ NO ___

5.- ¿EN EL QUIROFANO FUE TRATADO CON RESPETO POR EL ANESTESIOLOGO? SI ___ NO ___

6.- ¿EN EL QUIROFANO FUE TRATADO CON CORTESIA POR EL ANESTESIOLOGO? SI ___ NO ___

7.- ¿EN EL QUIROFANO FUE TRATADO CON PRIVACIDAD POR EL ANESTESIOLOGO? SI ___ NO ___

8.- ¿RECIBIÓ INFORMACION COMPLETA Y EXACTA POR EL ANESTESIOLOGO A CERCA DEL PROCEDIMIENTO ANESTESICO? SI ___ NO ___

9.- ¿TIENE DUDAS ACERCA DEL PROCEDIMIENTO ANESTESICO QUE SE LE REALIZÓ? SI ___ NO ___

10.- ¿COMO CONSIDERA EL TRATO HACIA USTED POR PARTE DEL ANESTESIOLOGO?
EXCELENTE _____ BUENO _____ REGULAR _____ MALO _____ MUY MALO _____

11.- ¿SE SIENTE COMO SI NO LO HUBIERAN OPERADO?
SI ___
NO ESTOY SEGURO ___
DEFINITIVAMENTE NO ___

12.- CALIFIQUE QUE TANTO SE SINTIO AFECTADO POR EL DOLOR DE LA HERIDA CUANDO DESPERTÓ DEL 0 AL 10 DONDE 0 ES NADA Y 10 ES MUCHO
1===2===3===4===5===6===7===8===9===10
NADA _____ MUCHO _____

13.- CALIFIQUE LAS SIGUIENTES SITUACIONES QUE HAYA PRESENTADO DESPUES DE SER INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE: DONDE 0 ES NADA Y 10 ES MUCHO

1) NAUSEAS	1===2===3===4===5===6===7===8===9===10
2) VÓMITOS	1===2===3===4===5===6===7===8===9===10
3) CEFALEA	1===2===3===4===5===6===7===8===9===10
4) MAREO	1===2===3===4===5===6===7===8===9===10
5) SUEÑO	1===2===3===4===5===6===7===8===9===10
6) DOLOR EN OTRO SITIO	1===2===3===4===5===6===7===8===9===10
7) MENCIONE OTRAS SITUACIONES QUE LE RESULTARON INCOMODAS DESPES DE HABER SIDO INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE	

14.- ¿SI LO TUVIERAN QUE VOLVER A OPERAR LE GUSTARÍA QUE LE VOLVIERAN A HACER LO MISMO PARA TENER ESTA RECUPERACIÓN?
SI ___
NO ESTOY SEGURO ___
DEFINITIVAMENTE NO ___

15.- ¿COMO CONSIDERA LA CALIDAD DE ATENCION QUE RECIBIO POR PARTE DE SU ANESTESIOLOGO?
MALA _____
REGULAR _____
BUENA _____
EXCELENTE _____

16.- SE DETECTÓ ALGÚN EVENTO ADVERSO O CENTINELA SI _____ NO _____ ¿CUAL? _____

GRACIAS POR SU COOPERACION

CUADRO I. DISTRIBUCIÓN DE LA ESCOLARIDAD		
ESCOLARIDAD	CON VISITA POSTANESTESICA	SIN VISITA POSTANESTESICA
ANALFABETA	0	1
PRIMARIA	0	1
SECUNDARIA	8	8
BACHILLERATO	4	4
LICECIATURA	3	1

Chi cuadrada 3.0 p= 0.55782540 Fuente: Hoja de recolección de datos 2007

CUADRO II. SERVICIO TRATANTE		
SERV. TRATANTE	CON VISITA POSTANESTESICA	SIN VISITA POSTANESTESICA
CIRUGÍA GENERAL	5	5
GINECOBSTETRICIA	10	10

Chi cuadrada 0.00 p= 1.0000000 Fuente:Hoja de recolección de datos 2007

CUADRO III. ASA		
ASA	CON VISITA POSTANESTESICA	SIN VISITA POSTANESTESICA
I	7	7
II	8	8

Chi cuadrada 0.00 p= 1.0000000 Fuente: Hoja de recolección de datos 2007

CUADRO IV. TECNICA ANESTÉSICA		
TECNICA ANESTESICA	CON VISITA POSTANESTESICA	SIN VISITA POSTANESTESICA
AGB	3	3
AGEV	2	3
BPD	10	7
BPD+AGB	0	2

Chi cuadrada 2.73 p= 0.43525219 Fuente: Hoja de recolección de datos 2007

CUADRO V. CONOCE EL NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO		
	CON VISITA POSTANESTESICA	SIN VISITA POSTANESTESICA
NO		15
SI		0
	4	11

Chi cuadrada corregida de Yates 14.35 $p=0.00015145$

Fuente: Hoja de recolección de datos 2007

CUADRO VI. SE PRESENTÓ EL ANESTESIÓLOGO		
	CON VISITA POSTANESTESICA	SIN VISITA POSTANESTESICA
no		9
si		6
	0	15

T exacta de Fisher 2 colas $p=0.0006997$ Fuente: Hoja de recolección de datos 2007

CUADRO VII. SE LE EXPLICÓ EL TIPO DE ANESTESIA		
	CON VISITA POSTANESTESICA	SIN VISITA POSTANESTESICA
NO		6
SI		9
	0	15

T exacta de Fisher 2 colas $p=0.0084291$ Fuente: Hoja de recolección de datos 2007

CUADRO VIII. ESTUVO DE ACUERDO CON EL TIPO DE ANESTESIA		
	CON VISITA POSTANESTESICA	SIN VISITA POSTANESTESICA
NO	0	8
SI	15	7

T exacta de fisher 2 colas $p=0.0021989$ Fuente: Hoja de recolección de datos 2007

CUADRO IX. TRATO POR PARTE DEL ANESTESIÓLOGO		
TRATO	CON VISITA POSTANESTESICA	SIN VISITA POSTANESTESICA
EXCELENTE	7	1
BUENA	7	4
REGULAR	1	8
MALA	0	2

Chi Cuadrada 12.76 $p=0.00517910$ Fuente: Hoja de recolección de datos 2007

CUADRO X. ESCALA PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA RECUPERACIÓN
 POSTANESTESICA DESDE LA PERPECTIVA DEL USUARIO (CdR)

Siente como si no lo hubieran operado	CON VISITA POSTANESTESICA	SIN VISITA POSTANESTESICA
no	4	11
no estoy seguro	5	2
si	5	2

Chi Cuadrada 5.81 $p=0.05473452$ Fuente: CdR, Eslava 2006

Otra cirugía con el mismo proced.	CON VISITA POSTANESTESICA	SIN VISITA POSTANESTESICA
NO	0	8
NO ESTOY SEGURO	3	4
Si	12	3

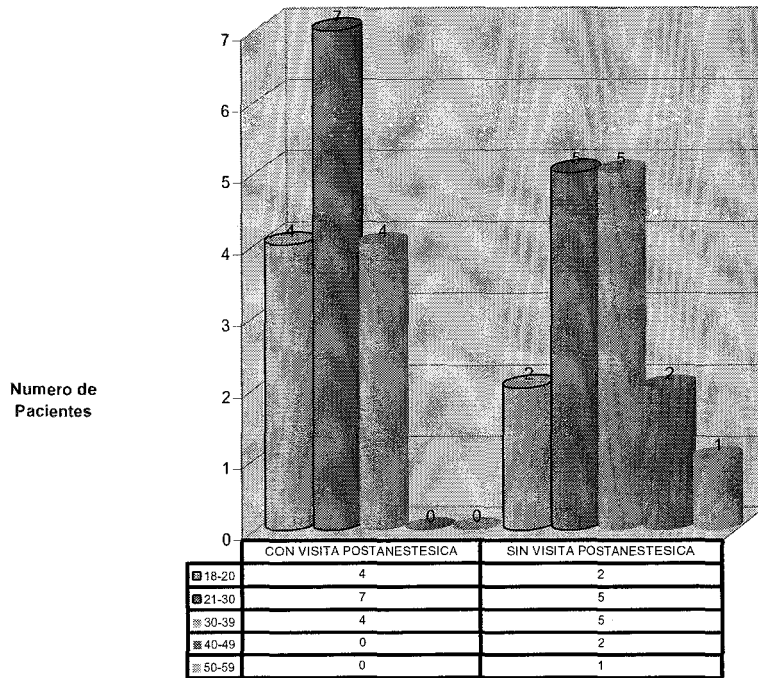
Chi Cuadrada 13.54 $p=0.00114606$ Fuente: CdR, Eslava 2006

DOLOR	CON VISITA POSTANESTESICA	SIN VISITA POSTANESTESICA
NADA	6	2
LEVE	7	2
MODERADO	2	4
SEVERO	0	7

Chi Cuadrada 12.44 $p=0.00600588$ Fuente: CdR, Eslava 2006

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

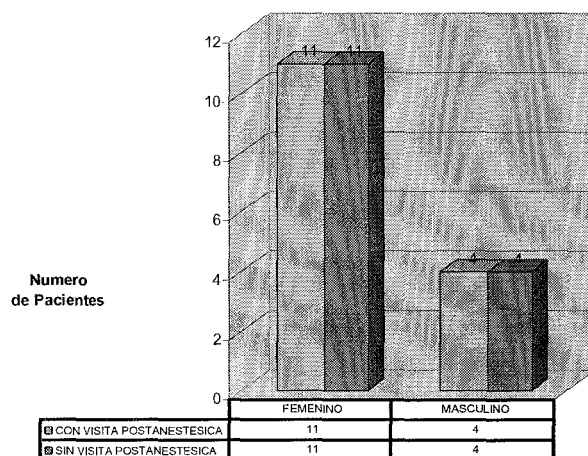
Figura 1. Distribución por grupos de edad



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

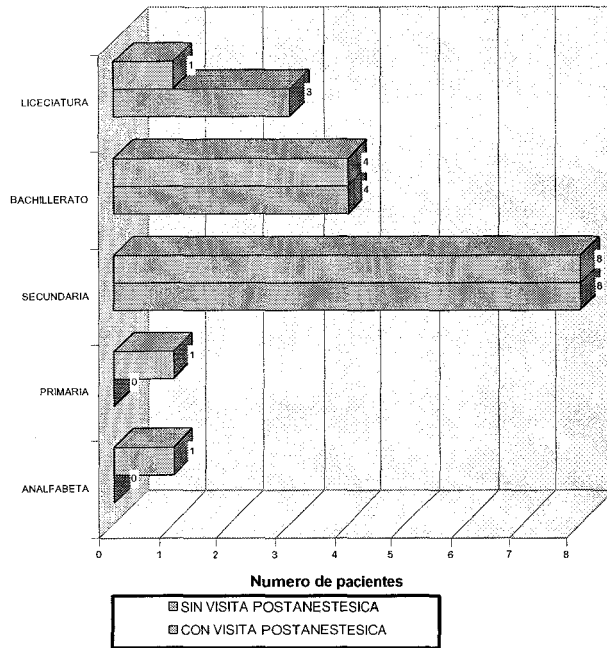
Figura 2. Distribución de sexo en ambos grupos



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

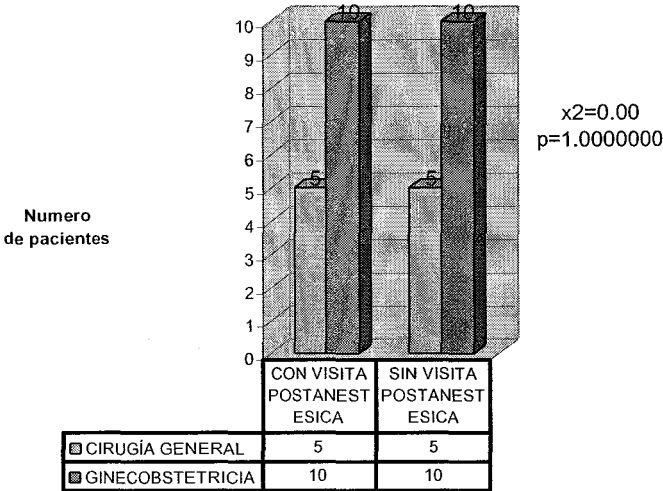
Figura 3. Distribución de la Escolaridad



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

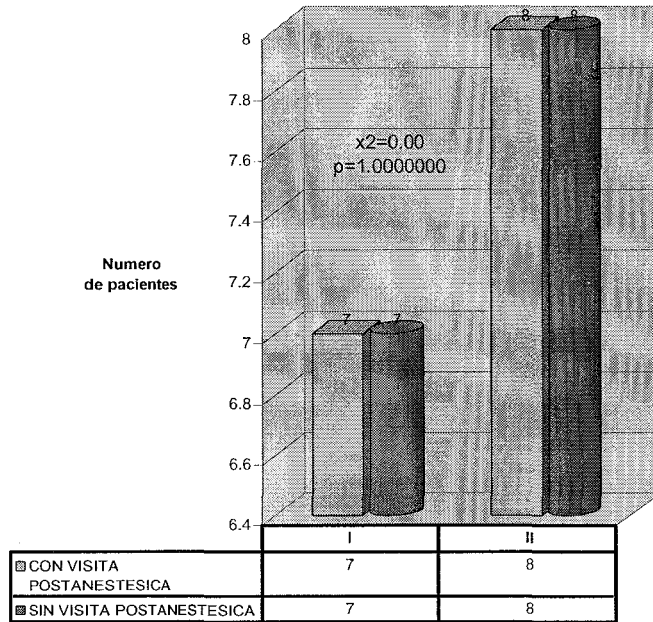
Grafica 4. Distribución de ambos grupos por servicio tratante



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

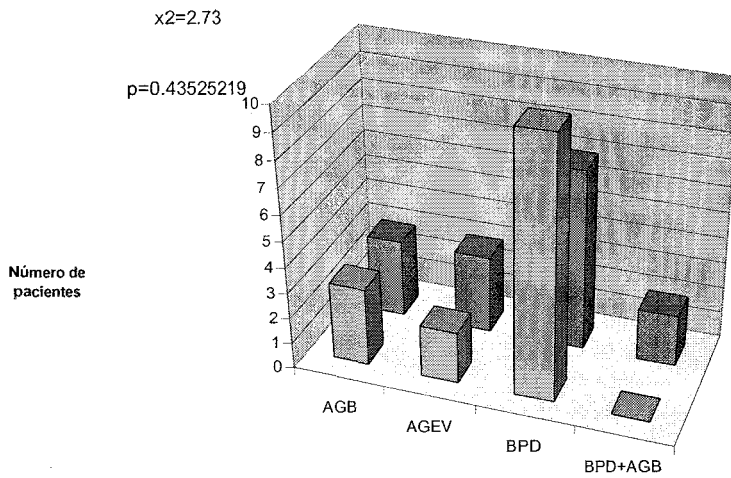
Figura 5. Distribución según el ASA en ambos grupos



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

Figura 6. Tecnica Anestesia

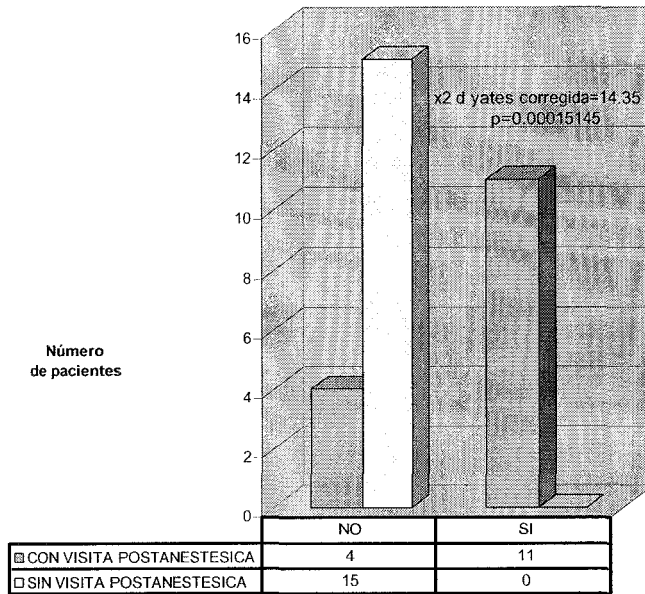


	AGB	AGEV	BPD	BPD+AGB
CON VISITA POSTANESTESICA	3	2	10	0
SIN VISITA POSTANESTESICA	3	3	7	2

Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

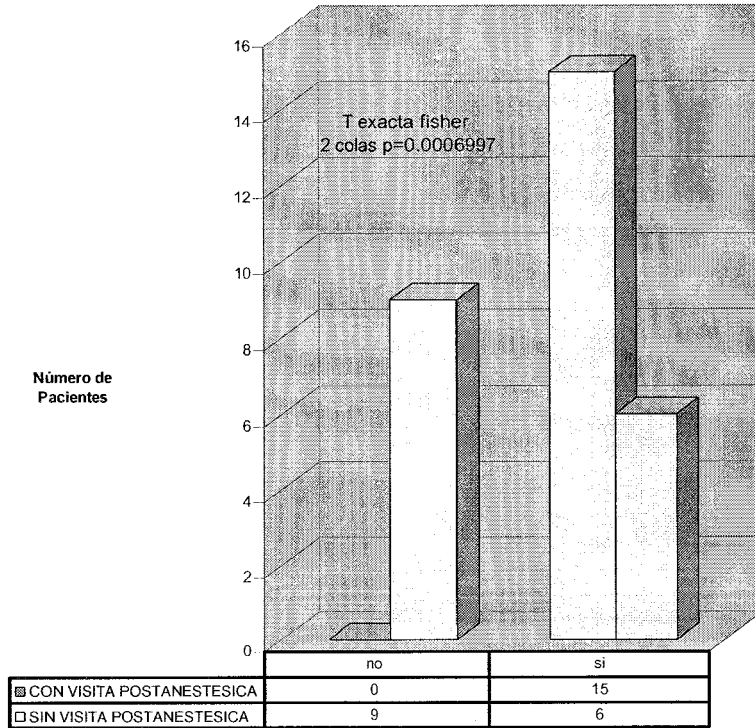
Figura 7. ¿Conoce a su Anestesiólogo?



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

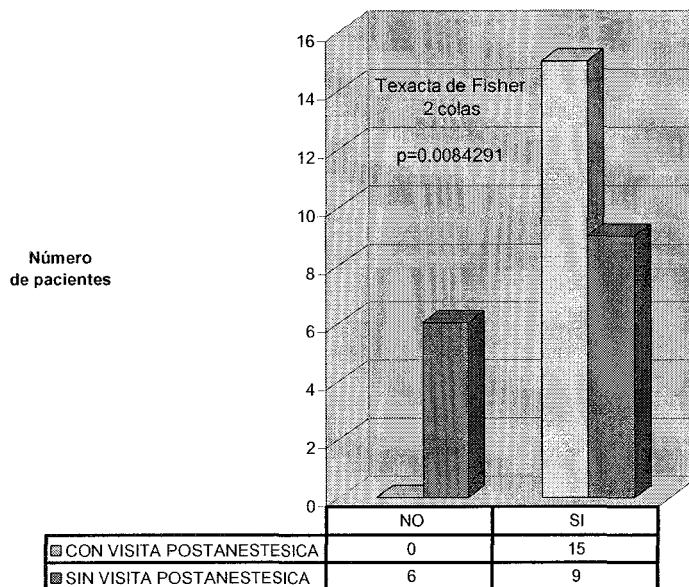
Figura 8. ¿Se Presentó el Anestesiólogo?



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

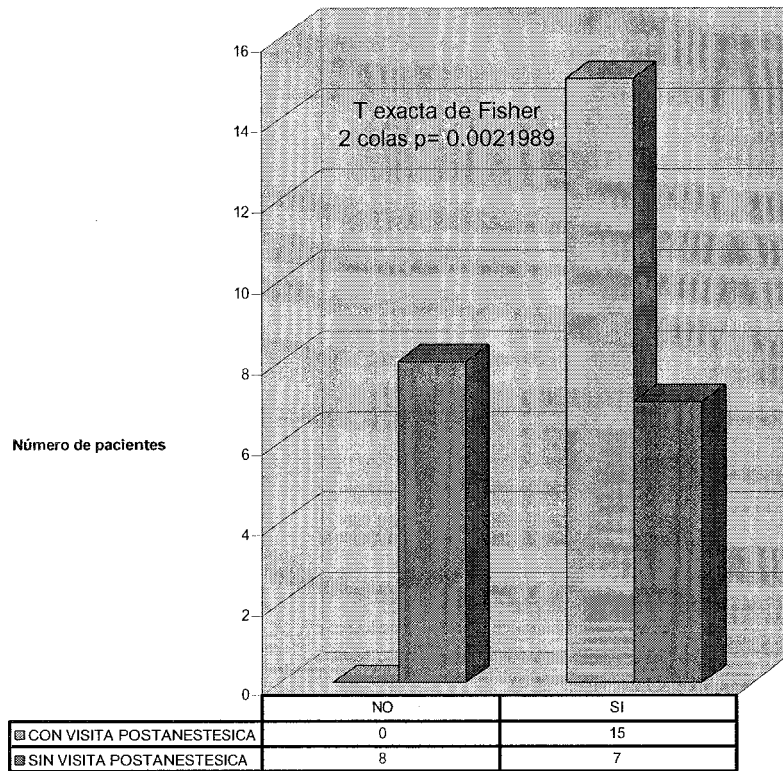
Figura 9. ¿Se le explicó el tipo de Anestesia?



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

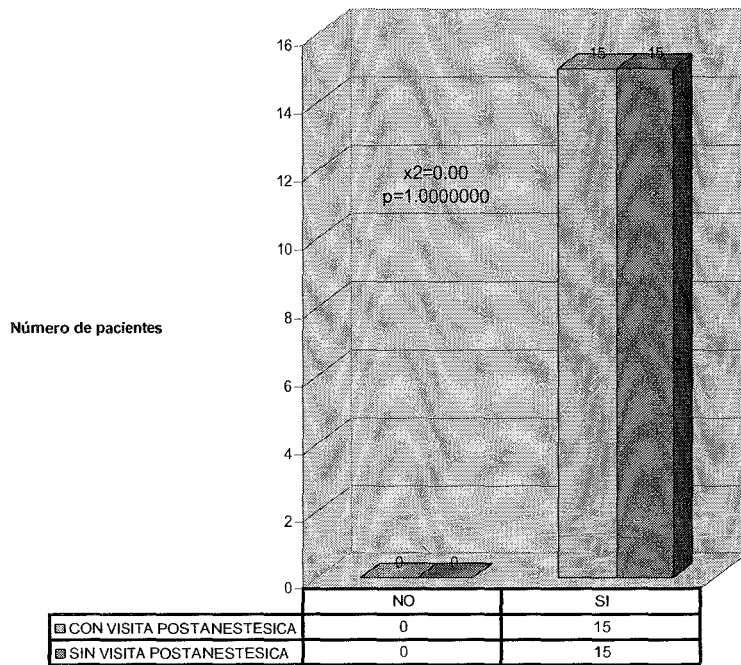
Figura 10. ¿estuvo de acuerdo con el procedimiento anestésico?



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

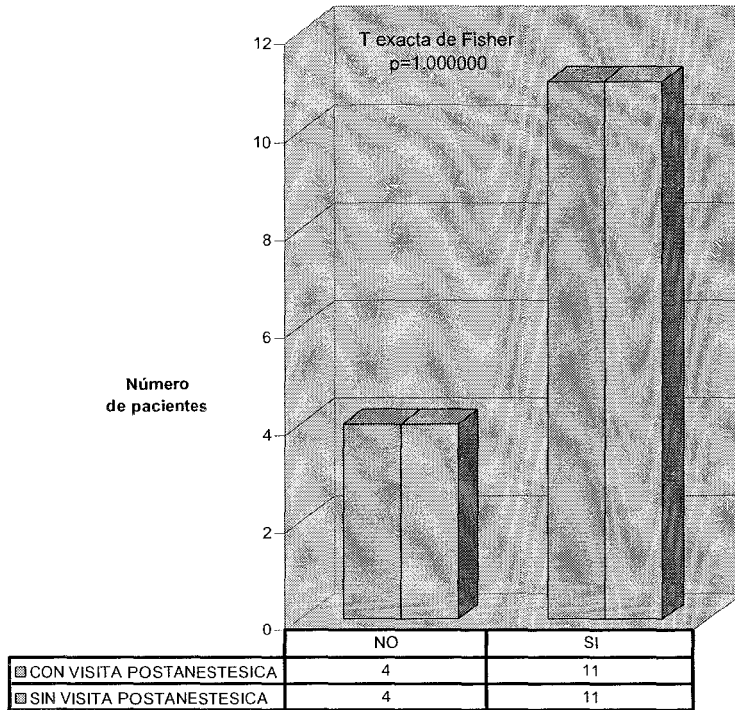
Figura 11. ¿Fue tratado con respeto?



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

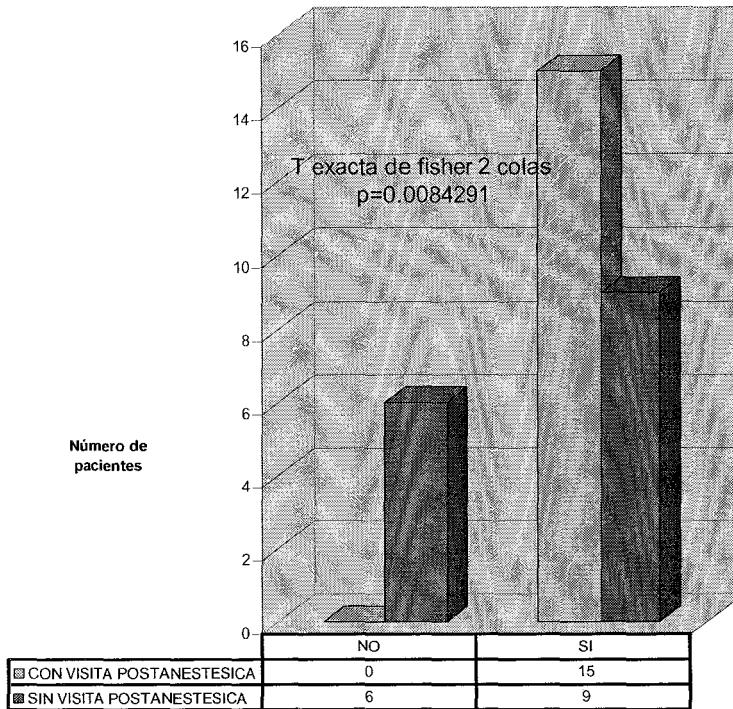
Figura 12.¿ Fué tratado con privacidad?



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

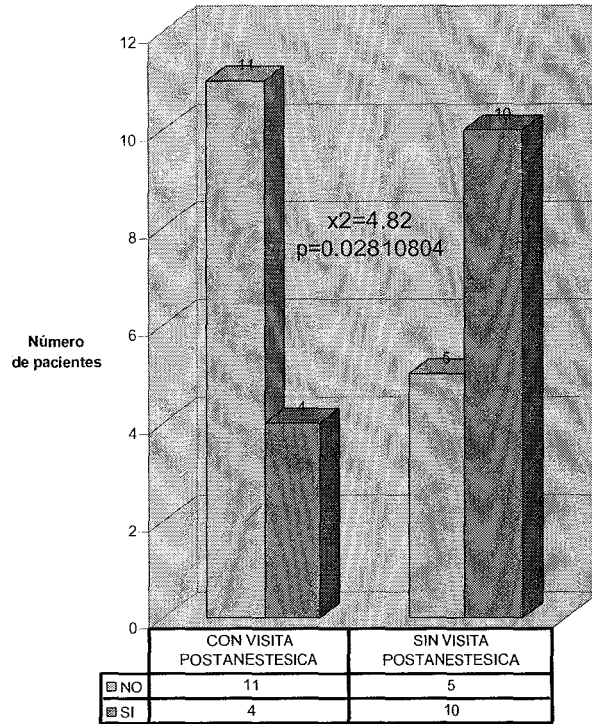
Figura 13. Recibió información completa del procedimiento



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

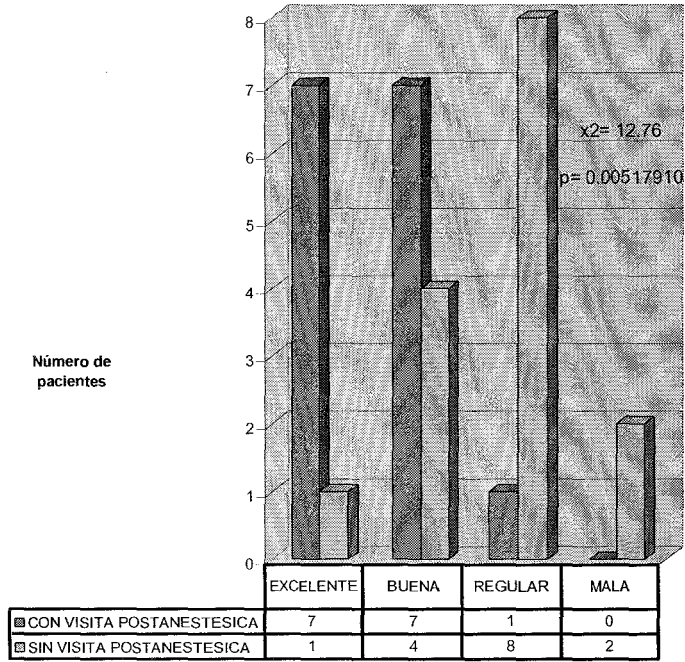
Figura 14. Dudas del procedimiento Anestésico



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

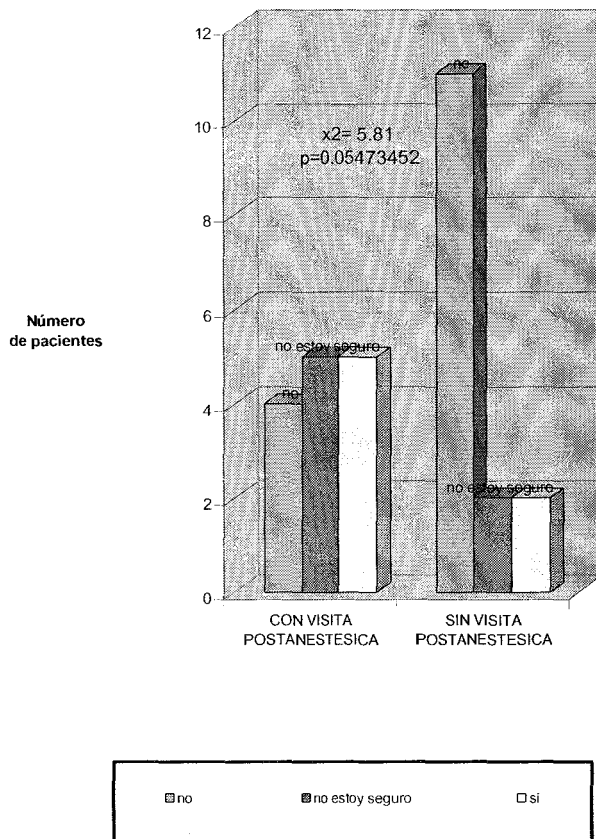
Figura 15. El trato recibido por parte del anesestiólogo



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

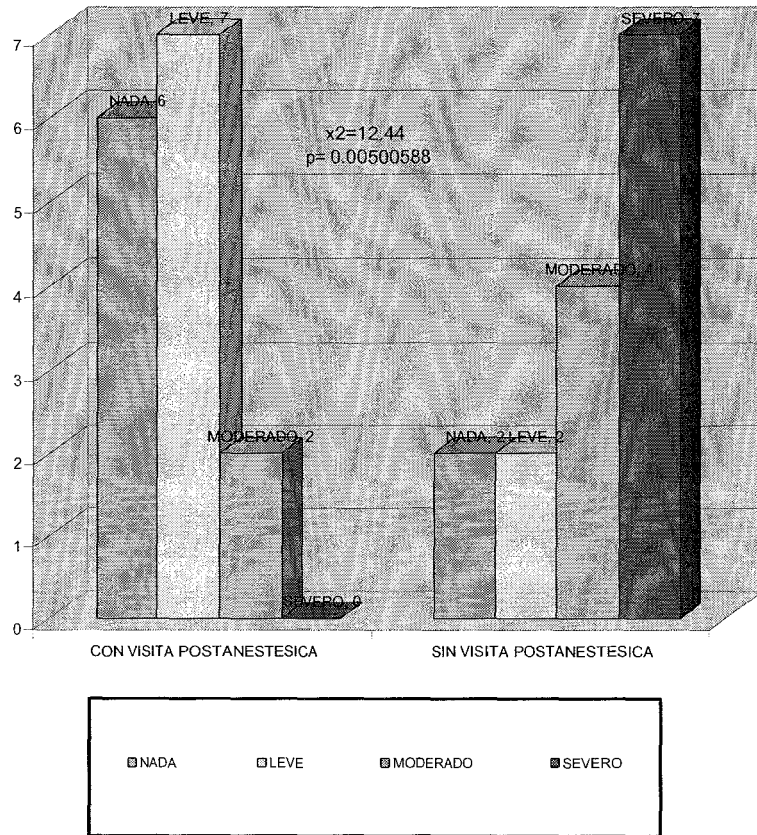
Figura 16. Siente como si no lo hubieran operado



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

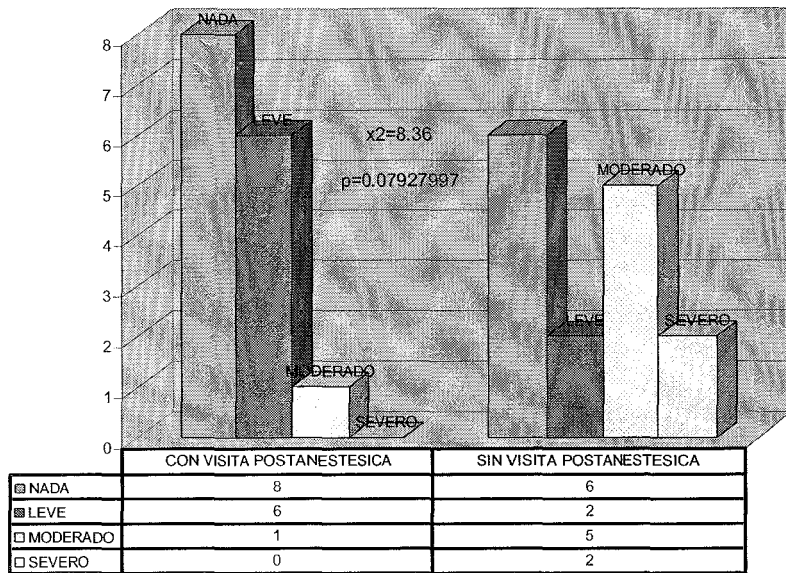
Figura 17. Dolor en la Herida quirúrgica



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

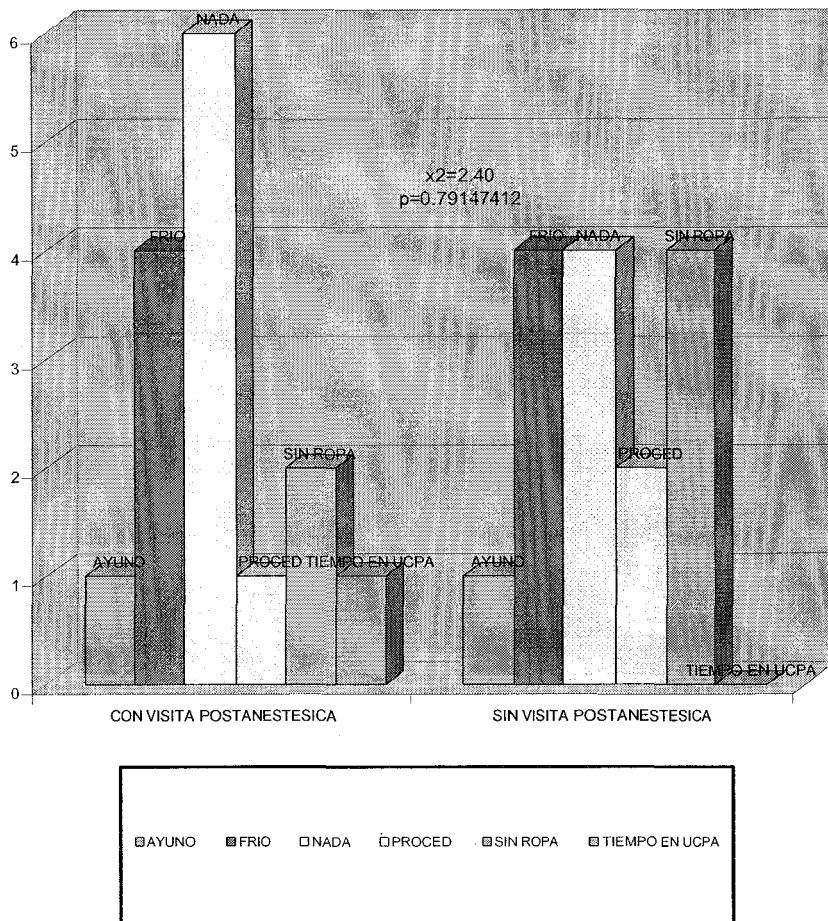
Figura 18. Comparación de pacientes que presentaron nauseas



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCION

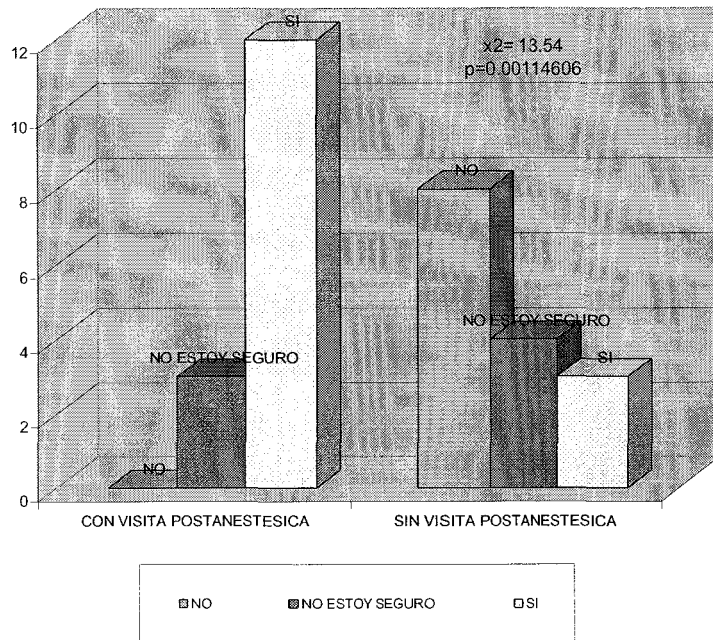
Figura 19. Situaciones más incómodas



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

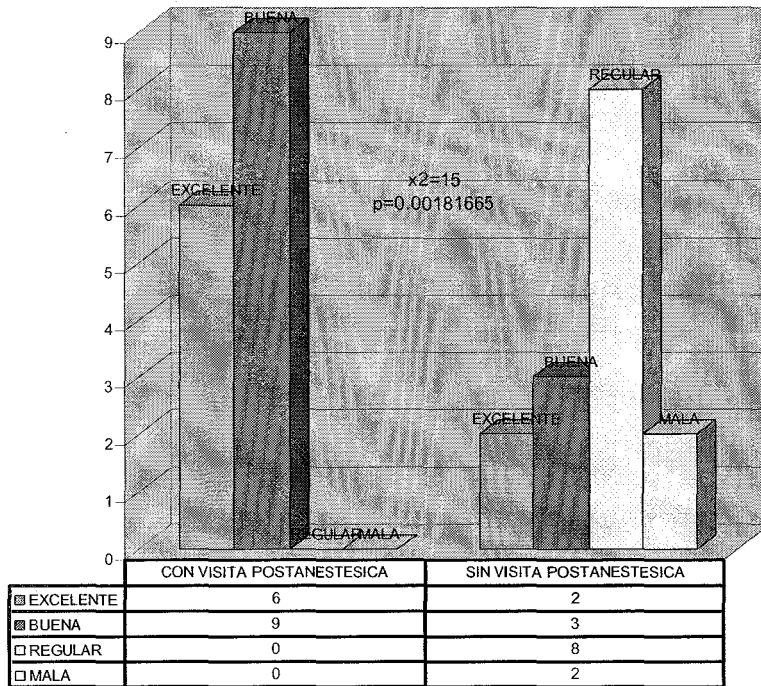
Figura 20. Si lo volvieran a operar le gustaría que le hicieran lo mismo para esta recuperación



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

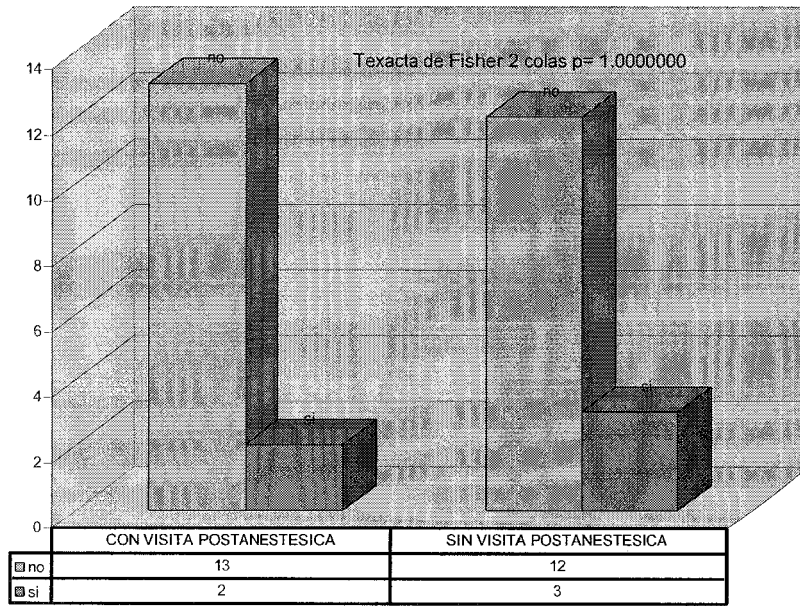
Figura 21. Calidad de atención recibida por el anestesiólogo



Fuente: Hoja de Recolección de datos
2007

LA VISITA POSTANESTESICA COMO UN ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCION

Figura 22. EVENTOS ADVERSOS O CENTINELA



Fuente: Hoja de Recolección de datos 2007