



# 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 CIRUGIA:  
OPINAN LOS ANESTESIOLOGOS

## TESIS DE POSTGRADO ESPECIALIDAD

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

## CIRUJANO GENERAL

PRESENTA:

DR. EDGAR GALEANA CASTILLO



**IMSS**

MEXICO, D. F.

MARZO DE 2000



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO "LA RAZA"**

**CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA CIRUGIA:  
OPINAN LOS ANESTESIOLOGOS**

**DR. ARTURO ROBLES RAMO** especialidades

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

**DIVISION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION MEDICA**

**DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ**

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA  
GENERAL

**DR. EDGAR GALEANA CASTILLO**

RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

REGISTRO DE PROTOCOLO No. 99 690 0/66

## DEDICATORIAS

A Dios, por permitirme ser lo que soy y estar conmigo siempre; soy un instrumento tuyo solamente.

A Xóchitl Nájera, donde quiera que te encuentres te recuerdo con mucho cariño. Va por ti hoy y siempre.

Para Martha Pineda, que está siempre conmigo en todos momentos. Gracias por todos los ánimos y ser como eres.

Para mi hijo Juan Gerardo, por quien he sacrificado momentos que debería estar contigo.

Para mis padres y mi hermana. Son mis mejores amigos y eternamente estoy agradecido con ustedes. Gracias por darme armas para enfrentarme a la vida.

Para mi gran amiga Carla Correa, por su apoyo desinteresado y que me enseñó a que nadie robe tus sueños..

Al Dr. Jesús Arenas por tener confianza en mí y al Dr. Juan J. Dosta por su apoyo e interés demostrados aun sin conocerme. Gracias.

Para la población de Izamal, Yucatán. Por ser parte de mi prueba de fuego.

Y para todos aquellos que hicieron posible realizarme como Cirujano General y cuyos nombres escapan a mi memoria, muchas GRACIAS!!

**CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA CIRUGIA: OPINAN LOS ANESTESIOLOGOS.** *Galeana Castillo Edgar, Arenas Osuna Jesús, Dosta Herrera Juan J. Hospital de Especialidades CMN La Raza. Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F.*

**INTRODUCCION:** Los estándares de calidad para la práctica quirúrgica se crearon para mejorar la calidad de atención médica. Es importante por lo tanto, la opinión del médico anestesiólogo, como parte del equipo quirúrgico, sobre todo para una mayor satisfacción tanto del paciente, como del equipo quirúrgico anestésico.

**OBJETIVO:** Determinar que criterios consideran los médicos anestesiólogos para evaluar la calidad de la cirugía.

**MATERIAL Y METODOS:** El presente estudio descriptivo, prolectivo y transversal se efectuó en el HECM La Raza, aplicándose una encuesta al anestesiólogo de base, que contenía preguntas con respecto a las actividades que desarrolla el cirujano en el pre, trans y postoperatorio, basadas en los estándares de calidad de la cirugía, a las que calificaron como de menor a mayor importancia, en una escala de uno a cinco.

**RESULTADOS:** Se aplicaron 29 encuestas. La cantidad de sangrado en la cirugía, previsión de recursos a utilizarse, elaboración de nota previa y la impuntualidad para inicio de acto quirúrgico fueron considerados criterios de mayor importancia.

Hubo uniformidad de evaluación en todos los periodos, mayormente en el transoperatorio.

**CONCLUSIONES:** El médico anestesiólogo considera las actividades del periodo transoperatorio como las de mayor importancia en el evento quirúrgico-anestésico. La calidad del procedimiento quirúrgico resulta del cumplimiento de los estándares de calidad que permiten elevar la atención médica integral.

**PALABRAS CLAVE:** Criterios, evaluar, calidad.

**CRITERION OF EVALUATE THE QUALITY OF THE SURGERY: OPINION THE ANESTHESIOLOGIST.** Galeana Castillo Edgar, Arenas Osuna Jesús, Dosta Herrera Juan J. Hospital of Specialities C.M.N. The Race. Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F.

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

**OBJECTIVE :** Determine that criterion considerate the anesthesiologist physician to value the quality of the surgery.

**MATERIAL AND METHODS:** The study descriptive, prospective and transversal it self efectuated in the HCMS “ The Race “, application one inquiry the anesthesiologist of basis, contain questions with respect at the activities that development the surgeon in the pre, trans and postoperative, build in the standards of surgical quality, to quality of less at greater importance, in one scale of 1 at 5 .

**RESULTS:** To application 29 inquiries. The quantity of blood in the surgery, previsions of materials to use, elaboration of preoperative note and the impuntuality for start the surgery, is the considerate criterion of importance greater. The uniformity of evaluation in whole the periods, most important in the transoperative.

**CONCLUSION:** The considerate anesthesiologist the activities of transoperative period of importance greater to the surgical manegement. The quality of surgery procedure is result of cumpliment of the standards of quality and for one quality high of integral medical attention

**KEY WORDS:** Criterion, evaluate, quality

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Durante siglos la ciencia médica y sanitaria ha avanzado, acumulando un vasto cuerpo de conocimientos y tecnología sobre el proceso de salud enfermedad. Se tiene el conocimiento de etapas primitivas de asociaciones que necesitaron de personas que ayudaran a los enfermos para la recuperación de la salud, ya sea percibiendo retribución económica o no. Tal es el caso de los médicos egipcios en el siglo IV A.C. que remunerados por el estado atendían a los pobres. En los comienzos de la era cristiana la iglesia fundó hospitales para los más necesitados, más tarde las autoridades municipales se hicieron cargo a menudo de esos servicios. (1)

El destacado economista de la medicina Rashi Fein (1848), señaló que el derecho a la atención de la salud es la expresión de un punto de vista y no un conjunto de derechos establecidos, este punto de vista consiste en que los ingresos no deben de constituir un elemento crítico para determinar quienes pueden recibir los servicios de salud y en que medida. (2) Esta nueva fórmula permite comprender el significado práctico que tiene el derecho a la atención de la salud para la sociedad, por consiguiente, las fórmulas anteriores abordaban solo la distribución de la atención y suponían que: Se necesitarán recursos modestos para mantener el sector salud y estos recursos se distribuirán de acuerdo con el crecimiento económico. (3)

Calidad deriva del latín CUALITAS CUALITATES que significa calidad y cualidades, la definición completa será el conjunto de rasgos característicos o atributos que constituyen el modo de existencia de un objeto o persona y lo distinguen de los otros.

(4) Se ha abordado la problemática de la calidad médica desde diferentes puntos de vista con distintos enfoques y perspectivas; teniendo así a Florence Nightingale, Codman y Avedis Donabedian como grandes pioneros de este campo que se dedicaron al estudio y análisis de la calidad aplicado al campo de la salud. Un pionero de la calidad de la atención médica, Myers, dijo que 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. Tal afirmación es válida toda vez que no se cuenta con instrumentos integrales que ayuden a la medición de la calidad de los servicios que ofrece un hospital, resultando en experiencias aisladas.

Las aportaciones del doctor Hector Aguirre Gas sobre la atención de la calidad médica establecen los criterios y la metodología para la evaluación de la estructura proceso y resultado de la atención. Define a la calidad de la atención como el otorgar atención médica al usuario de acuerdo a las normas, conocimientos de medicina y terminología vigentes con accesibilidad a los servicios, oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación entre los participantes en el acto médico o paramédico, participación del usuario para su recuperación y un ambiente confortable que permitirá mejorar el nivel de salud, la satisfacción del usuario y del trabajador y con ello la calidad de vida de ambos.



Requisitos para evaluar el proceso:

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

El proceso es definido por Starfield como un conjunto de actividades ocurridas entre el profesional de la salud y pacientes, como sería un examen médico y el cumplimiento de normas de prácticas satisfactorias incluyendo el reconocimiento del problema, métodos, diagnósticos, tratamiento y asistencia. El resultado de los servicios de atención lo define como los cambios en el estado de salud que puede atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente, de la institución y del personal. En el proceso además de evaluar lo que los médicos y otros proveedores de la atención hacen por los pacientes, tomando en cuenta la habilidad y lo que los pacientes realizan por si mismo; teniendo como resultado los cambios en el estado de salud y otras consecuencias de la atención como conocimiento de la enfermedad y el cambio de conducta que conduce a la salud y a la satisfacción del paciente. (6)

En 1982 en México por medio de la Secretaría de Salud a través de su plan sexenal deja implícito "La calidad para mejorar los servicios". Fue hasta 1956 que en el IMSS, Hospital de la Raza, inicia de forma extraoficial la revisión del expediente. Se forma en 1957 la Comisión de Supervisión Médica del IMSS. Se integra en 1959 la auditoría médica del IMSS que evolucionó en 1972 a evaluación médica, editándose un fascículo

de instrucciones para la evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico. (7)

Para 1976 El Dr. Enrique de la Fuente realiza un estudio de calidad y productividad, destacando a nivel internacional como promotores de calidad de la atención a Simón Feld, Cordera Pastor y Avedis Donabedian. (8) Este último destaca que para evaluar la calidad a la atención de la salud se necesita especificar desde un inicio los objetivos a seguir y los medios legítimos para alcanzar dicho objetivo; refiere además que la calidad es un atributo de la atención médica que se da en diversos grados, definiéndose como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. (9 y 10)

Donabedian además explica que la salud es un requisito para la salud en general y que la competencia en todo sentido, para ser justa, debe garantizar a todos los competidores un nivel de salud razonablemente igual. De ahí que el acceso a la atención de la salud no deba basarse en la capacidad económica del individuo. (11)

Existe también un ejemplo de valoración de la calidad de la atención a un paciente programado para colecistectomía, donde se asignan valores a los parámetros que se emplearon para la atención del paciente, desde su ingreso hasta su egreso. (12) Se diseñaron también los mínimos de calidad para la práctica de la cirugía en el ámbito obstétrico, pediátrico y ambulatorio. (13)

En resumen sintetizamos que la calidad forma parte de la estructura y el proceso de la atención médica, y los criterios o estándares se resumen en: Habilidades y destrezas, actitudes y conocimientos. Por lo cual se tratará de adaptar los criterios al acto quirúrgico anestésico, que al ser identificados van a resultar en una mejor atención y satisfacción para el paciente y el equipo quirúrgico anestésico. (14)

## **MATERIAL Y METODOS**

Diseño: Encuesta descriptiva.

Se aplicó la encuesta a 29 médicos Anestesiólogos que cumplieran con los criterios de inclusión: Médicos de base adscritos a las diferentes especialidades quirúrgicas del hospital; no se incluyeron médicos anestesiólogos de sustituciones y se excluyeron encuestas contestadas incompletamente.

La encuesta contenía preguntas respecto a las actividades que desarrolla el Cirujano durante la realización del acto quirúrgico anestésico; que comprendían conocimientos, habilidades y ventajas en el pre, trans y postoperatorio, basadas en los estándares de calidad para la práctica de la cirugía.

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

## RESULTADOS

Se aplicaron 29 encuestas a Médicos Anestesiólogos del H.E.C.M. La Raza, adscritos a diferentes servicios quirúrgicos, que fueron la muestra del estudio, y se encontró en el perfil del encuestado lo siguiente:

El rango de edad fue de 65 a 31 años con una media de  $41.60 \pm 8.61$ ; el 58% correspondió al sexo masculino y al 42% al sexo femenino ( gráfica 1). La antigüedad institucional con un promedio de  $14.96 \pm 6.97$ .

Respecto a las especialidades asignadas, el 51% correspondió al servicio de Cirugía General, Neurocirugía con 20%, Urología con 7%, Cirugía Plástica y Reconstructiva con 6%, Angiología con 4%, Radiodiagnóstico 4%, Recuperación 4% y Endoscopia 4% (Gráfica 2). El turno matutino ocupó el 72%, turno vespertino 17% y el turno nocturno 11% (Gráfica 3).

Se midió la desviación estándar y la media a cada uno de los criterios evaluados. En el periodo preoperatorio se incluyó identificación del paciente en sala de quirófano con  $5.80 \pm 4.43$ ; presentación con el paciente  $5.80 \pm 2.28$ ; revisión del expediente clínico con  $6.40 \pm 5.22$ ; interpretación y análisis de estudios de laboratorio y gabinete, correlacionar con diagnóstico clínico previo con  $6.0 \pm 3.80$ ; interrogatorio adecuado con  $5.80 \pm 3.11$ ; exploración previa adecuada con  $5.80 \pm 4.32$ ; puntualidad para inicio del acto quirúrgico con  $5.80 \pm 3.34$ ; presentación del paciente a los integrantes del equipo quirúrgico con  $5.80 \pm 9.68$ ; dialogar con el anestesiólogo en cuanto al método anestésico a usarse con  $5.80 \pm 6.01$ ; elaboración de nota preoperatoria previa con  $5.80 \pm 4.81$ ; planeación adecuada del abordaje quirúrgico y la posición a seguir con  $5.80 \pm 3.42$ ; previsión de recursos materiales a utilizarse con  $6.0 \pm 2.23$  (Gráfica 4 y cuadro 1).

En el periodo transoperatorio, la habilidad para asepsia y antisepsia con 5.80+-6.14; conocimiento del abordaje quirúrgico y posición con 5.80+-5.35; habilidad para colocación de los campos quirúrgicos con 5.80+-7.32; solicita poder iniciar el procedimiento quirúrgico con 5.80+-2.95; manejo óptimo de tejidos y órganos intervenidos con 5.80+-5.40; solicita estado actual del paciente con 5.60+-1.51; conocimiento y aplicación de técnicas quirúrgicas adecuadas con 5.80+-6.57; interacción conjunta con ayudantía de 5.80+-5.67; permanencia del Cirujano desde el inicio hasta el termino del evento con 5.80+-4.81; optimización del tiempo quirúrgico anestésico con 5.80+-2.49 (Gráfica 5 y cuadro 2).

En el periodo postoperatorio, permanencia con el paciente hasta extubación con 5.80+-4.81; valora riesgo-beneficio de permanencia de sondas con 5.80+-4.43; verifica ausencia de sangrado a través de heridas quirúrgicas con 5.80+-4.32; pregunta cantidad de sangrado de la cirugía con 6.20+-3.56; verifica y cuestiona estado general del paciente con 5.80+-4.26; acompañamiento del paciente a sala de recuperación con 5.80+-5.89; informa en recuperación características del procedimiento y estado del paciente al Anestesiólogo adscrito a dicha área con 5.80+-8.13; realiza visita postquirúrgica con 5.80+-3.42 (Gráfica 6 y cuadro 3).

## DISCUSION

La problemática de la calidad en la atención médica, es abordada con diversos puntos de vista, con distintos enfoques y perspectivas. Aunque han existido grandes esfuerzos para medir la calidad de los servicios ofrecidos por un hospital y servicios que lo conforman, no se cuenta aun con instrumentos integrales aceptados totalmente.

Myers, Codman y Avedis Donabedian se dedicaron en gran parte de su vida al estudio y análisis de la calidad aplicado al campo de salud.

En nuestro estudio, los Médicos Anestesiólogos opinaron en base a criterios de calidad quirúrgica realizados por el Médico Cirujano durante el evento quirúrgico anestésico. Se observó que hay uniformidad de opiniones por parte del Médico Anestesiólogo en cuanto a la importancia de las actividades realizadas por el Cirujano, en los tratamientos pre, trans y postoperatorio, con mayor énfasis al tratamiento preoperatorio y dando gran importancia a la presentación del paciente con los integrantes del equipo quirúrgico.

Durante el tratamiento transoperatorio, es de vital importancia la evaluación de la calidad en la atención quirúrgica, toda vez que es el periodo durante el cual existe mayor comunicación entre el Cirujano y el Anestesiólogo y en donde este puede observar el procedimiento quirúrgico en su más pura expresión y así calificar la calidad de dicho evento.

En nuestro estudio, durante el periodo prequirúrgico, los criterios considerados de mayor importancia, fueron la presentación del paciente a los integrantes del equipo quirúrgico, dialogo con el Anestesiólogo del método anestésico a utilizarse y puntualidad para inicio de la cirugía; mientras que la previsión de los recursos materiales a utilizarse fueron de menor importancia.

En el tratamiento transoperatorio hubo uniformidad de criterios de evaluación, predominando la habilidad para colocación de campos quirúrgicos, manejo óptimo de tejidos y órganos y el conocimiento y aplicación de técnica quirúrgicas adecuadas; sin considerarse criterios de menor importancia.

Durante el periodo postoperatorio, el criterio de mayor importancia es la permanencia con el paciente hasta su extubación, acompañamiento del paciente a recuperación e informar del procedimiento realizado y estado general del paciente, teniendo como de menor importancia la visita postoperatoria. Un criterio sobresaliente e importante que da el Anestesiólogo al evaluar la calidad de la atención quirúrgica, es la presencia del Cirujano desde el inicio al término del evento y el acompañamiento del paciente a la sala de recuperación, que influirán en un buen resultado del evento quirúrgico anestésico.

Starfield define al proceso de atención médica como un conjunto de actividades que ocurren entre el profesional de salud y el paciente, con el cumplimiento de normas para la satisfacción de este, de la institución y del personal médico quirúrgico.

Lembcke analizó en 1946 la relación entre la formación médica de posgrado y la mejora de la atención médica.

La importancia de que el Cirujano y el Anestesiólogo interactúen y tengan conciencia de la responsabilidad que implica el acto quirúrgico anestésico en sus diferentes etapas, implicará una mejoría y aumento de la calidad de los procedimientos con un resultado satisfactorio para el paciente.



## CONCLUSIONES

La permanencia del Cirujano desde el inicio al término del evento, puntualidad para el inicio, el conocimiento y aplicación de técnicas quirúrgicas así como el manejo óptimo de tejidos y órganos y el acompañamiento del paciente a recuperación con la información del estado general y procedimiento realizado, son algunos de los criterios considerados de mayor importancia por el Anestesiólogo para la evaluación de la calidad de la Cirugía.

El Médico Anestesiólogo considera las actividades del periodo trans y postoperatorio como las de mayor importancia para el manejo quirúrgico. Los criterios evaluados de menor importancia, se consideran así solo por la comparación que se hacen con los de mayor importancia; pero no por esto no se consideran importantes.

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

# BIBLIOGRAFIA

- 1.- Estudio Constitucional Comparado. El derecho a la atención de la Salud en las Américas; 17.
- 2.- Fein R. Economic Aspects of de Right to Health Care. The Right to Health Care as a Human Right. 1979; 216.
- 3.- Fein R. Medical Care, Medical Costs. The Search for National Health insurance policy. Cambridge: Harvard University Press. 1986; 194-195.
- 4.- Aguirre G. H. Calidad de la Atención Médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. 1994; 24-42.
- 5.- 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.
- 6.- Starfield V. Primary Care Concept Evaluation and Politics, New York, Oxford University Press. School of Higiene and Public Health. 1992; 9-11.
- 7.- 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 Health. 1996; 382-86.
- 8.- Donabedian A. Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica, perspectivas en la Salud Pública. Salud Pública México. 1992; 9-12.
- 9.- Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. La prensa Médica Mexicana. 1985; 2-38.
- 10.- Donabedian A. La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de Calidad. Salud Pública México. 1990; 32:113-17.

- 11.-Donabedian A. Benefits in Medical Care Programs. Cambridge: Harvard University Press. 1976; 15.
- 12.-Caba F., Echevarría M. Currents Situation of Anesthesiology Research in Andalusia and Extremadura, Comparative Study with de Rest of Spain. School of Higiene and Public Health. 1995; 328-31.
- 13.-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.
- 14.-Encuesta Nacional sobre Calidad y Calidez entre Usuarios y Prestadores de Servicios Médicos del IMSS. México. Salud Pública México. 1990; 15-17.

## INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE ENCUESTA

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar los criterios que consideran los Médicos Anestesiólogos para evaluar la calidad de la Cirugía.

Estos estándares ó criterios son las actividades que aplica y desarrolla el Médico Cirujano durante el proceso quirúrgico anestésico y se engloban en conocimiento, actividades, habilidades y ventajas en el tiempo pre, trans y postoperatorio.

Se sugiere leer con cuidado y detenimiento todas y cada una de las siguientes preguntas de los cuestionarios, tomando en cuenta las actividades efectuadas por el Médico Cirujano.

Por favor marque con letra X la calificación asignada, tomando en consideración la escala del 1 al 5, en donde el 1 será menor calificación y el 5 la de mayor escala.

Suplicamos no dejar preguntas sin contestar.

Las respuestas a este cuestionario se consideran confidenciales y es anónimo.

Los resultados de este estudio se encontrarán a su disposición al haber concluido el mismo y en caso necesario puede comunicarse al teléfono 0172 617842 con el DR. EDGAR GALEANA CASTILLO.

Por su participación, gracias.

Criterios para evaluar la calidad de la Cirugía, opinan los Anestesiólogos.

### **PREOPERATORIO**

- |  |           |
|--|-----------|
| 1.-Identificación del paciente en sala de quirófano.   | 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 de estudios de laboratorio y gabinete y correlacionar con diagnóstico clínico previo. | 1 2 3 4 5 |
| 5.-Interrogatorio adecuado.  | 1 2 3 4 5 |
| 6.-Exploracion previa adecuada.  | 1 2 3 4 5 |
| 7.-Puntualidad para inicio del acto quirúrgico.  | 1 2 3 4 5 |
| 8.-Presenta al paciente a los integrantes del equipo quirúrgico.   | 1 2 3 4 5 |
| 9.-Dialogan con el Anestesiólogo en cuanto al método anestésico a usarse.  | 1 2 3 4 5 |
| 10.-Elaboración de nota preoperatoria previa.  | 1 2 3 4 5 |
| 11.-Planeación adecuada del abordaje quirúrgico y la posición a seguir.  | 1 2 3 4 5 |
| 12.-Previsión de recursos materiales a utilizarse.   | 1 2 3 4 5 |

Criterios para evaluar la calidad de la Cirugía, opinan los Anestesiólogos.

## **TRANSOPERATORIO**

1.-Habilidad para asepsia y antisepsia.	1	2	3	4	5
2.-Conocimiento del abordaje quirúrgico y posición.	1	2	3	4	5
3.-Habilidad para colocación de los campos quirúrgicos.	1	2	3	4	5
4.-Solicita poder iniciar procedimiento quirúrgico.	1	2	3	4	5
5.-Manejo óptimo de tejidos y órganos intervenidos.	1	2	3	4	5
6.-Solicita estado actual del paciente.	1	2	3	4	5
7.-Conocimiento y aplicación de técnica quirúrgicas adecuadas.	1	2	3	4	5
8.-Interacción conjunta con ayudantía.	1	2	3	4	5
9.-Permanencia del Cirujano desde el inicio hasta el término del evento.	1	2	3	4	5
10.-Optimización del tiempo quirúrgico anestésico.	1	2	3	4	5

Criterios para evaluar la calidad de la Cirugía, opinan los Anestesiólogos.

## **POSTOPERATORIO**

- |   |           |
|---|-----------|
| 1.-Permanencia con el paciente hasta extubación.  | 1 2 3 4 5 |
| 2.-Valora riesgo-beneficio de permanencia de sondas.  | 1 2 3 4 5 |
| 3.-Verifica ausencia de sangrado a través de heridas quirúrgicas.   | 1 2 3 4 5 |
| 4.-Pregunta cantidad de sangrado de la cirugía.   | 1 2 3 4 5 |
| 5.-Verifica y cuestiona estado general del paciente.  | 1 2 3 4 5 |
| 6.-Acompañamiento del paciente a sala de recuperación.  | 1 2 3 4 5 |
| 7.-Informa en recuperación características del procedimiento y estado del paciente<br>al Anestesiólogo adscrito a dicha área. | 1 2 3 4 5 |
| 8.-Realiza visita postquirúrgica.   | 1 2 3 4 5 |

# CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA CIRUGIA: OPINAN LOS ANESTESIOLOGOS

## TRATAMIENTO PREOPERATORIO

	I	II	III	IV	V
<b>Identificación del paciente en sala de quirófano</b>	9	2	12	3	3
<b>Presentación con el paciente</b>	9	5	7	5	3
<b>Revisión del expediente clínico</b>	6	1	15	3	4
<b>Interpretación y análisis de estudios de laboratorio y gabinete, correlacionar con Dx. clínico previo</b>	2	4	11	9	4
<b>Interrogatorio adecuado</b>	3	7	9	8	2
<b>Exploración previa adecuada</b>	3	6	13	5	2
<b>Puntualidad para inicio del acto quirúrgico</b>	11	5	7	3	3
<b>Presentación del paciente a los integrantes del equipo quirúrgico</b>	23	3	2	0	1
<b>Dialogan con el Anestesiólogo en cuanto al método anestésico a usarse</b>	16	6	4	1	2
<b>Elaboración de nota preoperatoria previa</b>	4	2	3	14	6
<b>Planeación adecuada del abordaje quirúrgico y la posición a seguir</b>	3	3	9	4	10
<b>Previsión de recursos materiales a utilizarse</b>	3	6	5	9	7

Cuadro

1



**CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA CIRUGIA:  
OPINAN LOS ANESTESIOLOGOS**

**TRATAMIENTO TRANSOPERATORIO**

	I	II	III	IV	V
Habilidad para asepsia y antisepsia	2	1	1	13	12
Conocimiento del abordaje quirúrgico y posición	0	3	3	12	11
Habilidad para colocación de los campos quirúrgicos	0	1	3	7	18
Solicita poder iniciar el procedimiento quirúrgico	5	5	10	2	7
Manejo óptimo de tejidos y órganos intervenidos	0	2	6	14	7
Solicita estado actual del paciente	6	8	5	5	4
Conocimiento y aplicación de técnicas quirúrgicas adecuadas	0	0	4	15	10
Interacción conjunta con ayudantía	2	0	9	14	4
Permanencia del cirujano desde el inicio hasta el término del evento	14	6	4	3	2
Optimización del tiempo quirúrgico anestésico	5	6	10	4	4

Cuadro

2

**CRITERIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA CIRUGIA:  
OPINAN LOS ANESTESIOLOGOS**

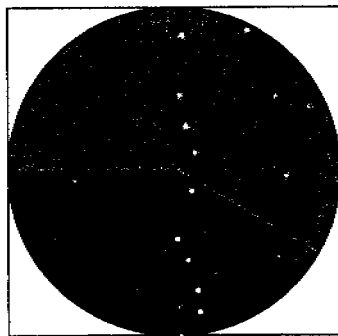
**TRATAMIENTO POSTOPERATORIO**

	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>
<b>Permanencia con el paciente hasta extubación</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Valora riesgo-beneficio de permanencia de sondas</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
<b>Verifica ausencia de sangrado a través de heridas quirúrgicas</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>Pregunta cantidad de sangrado de la cirugía</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>4</b>
<b>Verifica y cuestiona estado general del paciente</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>2</b>
<b>Acompañamiento del paciente a sala de recuperación</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>Informa en recuperación características del procedimiento y estado del paciente al Anestesiólogo adscrito a dicha área</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Realiza visita postquirúrgica</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>9</b>

Cuadro

3

# DISTRIBUCION POR SEXOS



■ Masculino

0

■ Femenino

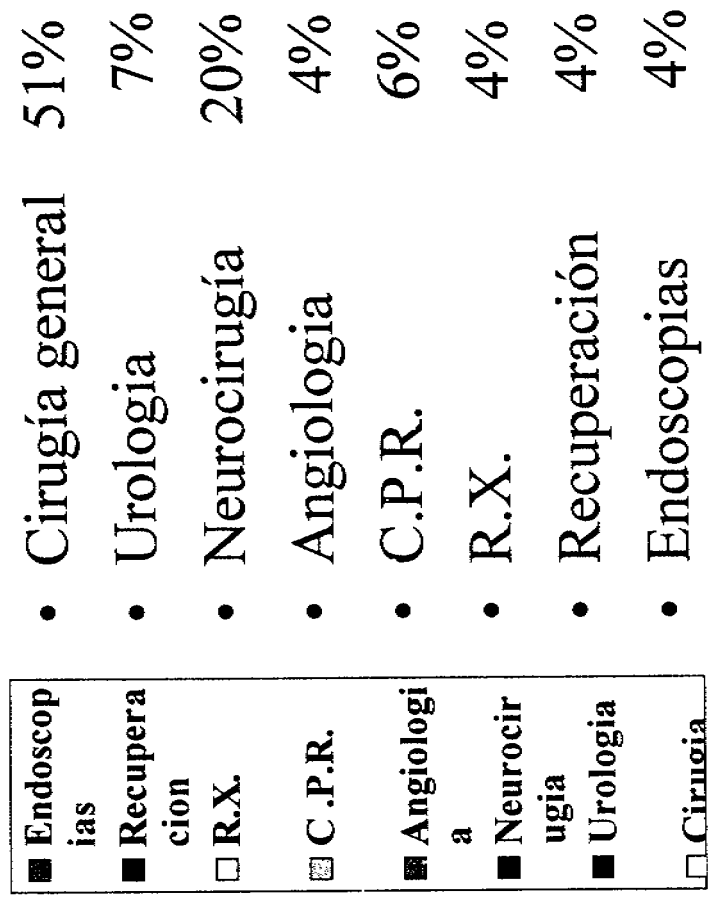
- Masculino 58%

- Femenino 42%

Gráfica

1

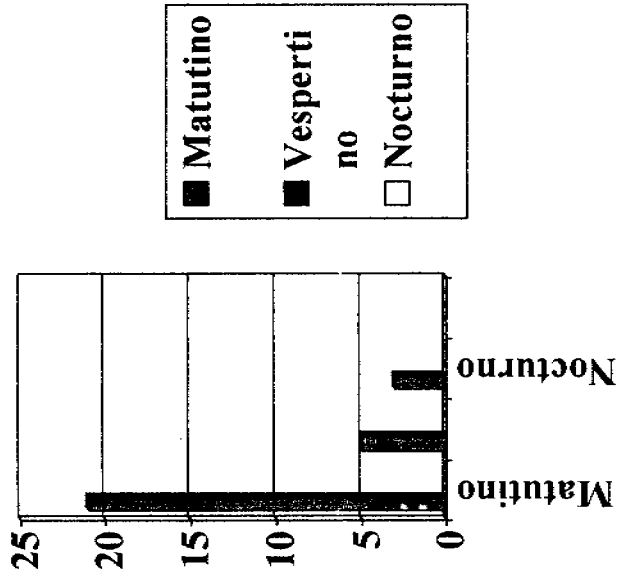
# DISTRIBUCION POR ESPECIALIDAD



Gráfica 2

# DISTRIBUCION POR TURNO

- Matutino 21%
- Vespertino 5%
- Nocturno 3%

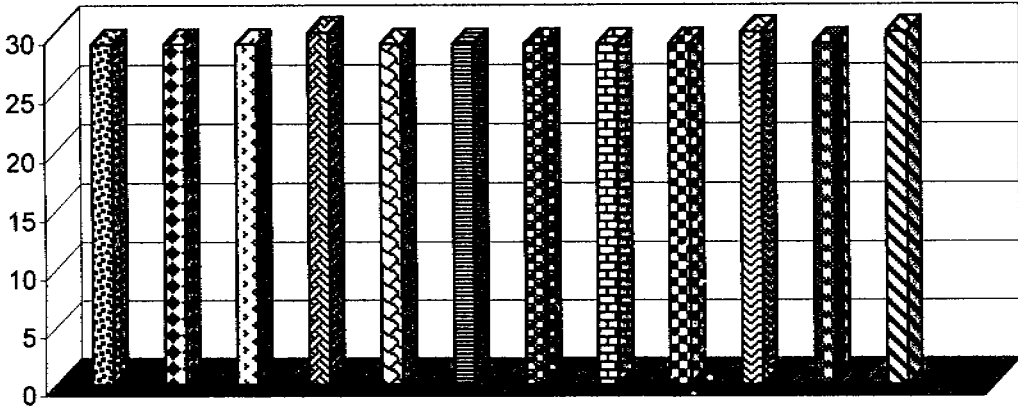


Gráfica

3

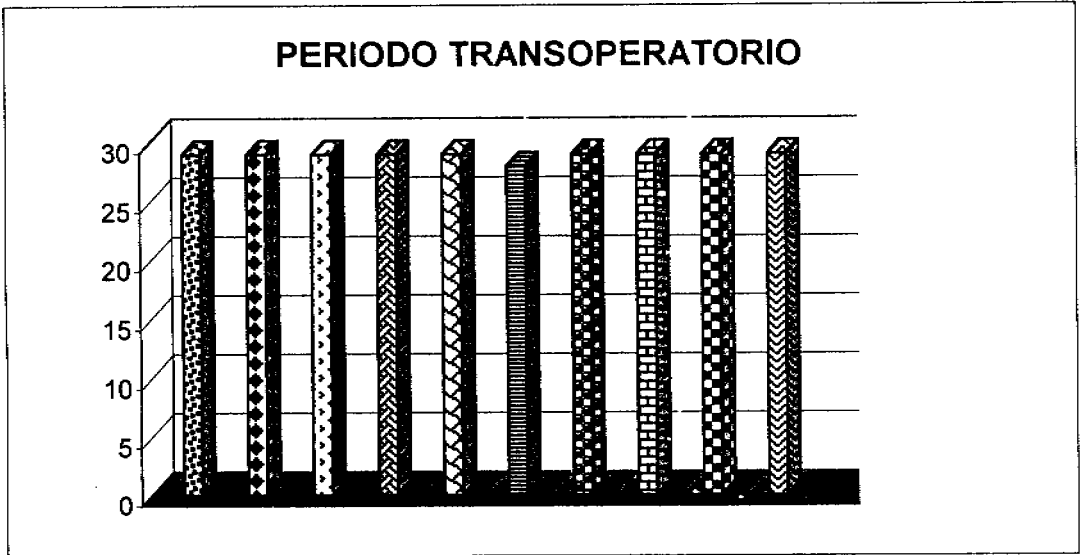
GRAFICA 4

PERIODO PREOPERATORIO



1	IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LA SALA DE QUIROFANO	29
2	PRESENTA CON EL PACIENTE	29
3	REVISION DEL EXPEDIENTE CLINICO	29
4	INTERPRETACION Y ANALISIS DE EST. DE LAB. Y GAS. Y CORELACIONAR CON DIAG. CLINICO PREVIO	30
5	INTEROGATORIO ADECUADO	29
6	EXPLORACION PREVIA ADECUADA	29
7	PUNTUALIDAD PARA EL INICIO DEL ACTO QUIRURGICO	29
8	PRESENTA AL PACIENTE A LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO QUIRURGICO	29
9	DIALOGAN CON EL ANESTESIOLOGO EN CUANTO AL METODO ANESTESICO A USARSE	29
10	ELABORACION DE NOTA PREPARATORIA PREVIA	30
11	PLANEACION ADECUADA DEL ABORDAJE QUIRURGICO Y LA POSICION A SEGUIR	29
12	PREVISION DE RECURSOS MATERIALES A UTILIZARSE	30

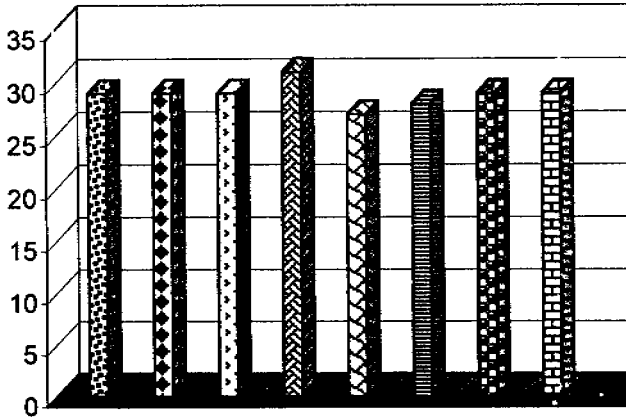
GRAFICA 5



1	HABILIDAD PARA ASEPSIA Y ANTISEPSIA	29
2	CONOCIMIENTO DEL ABORDAJE QUIRURGICO Y POSICION	29
3	HABILIDAD PARA COLOCACION DE LOS CAMPOS QUIRURGICOS	29
4	SOLICITA PODER INICIAL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	29
5	MANEJO OPTIMO DE TEJIDOS Y ORGANOS INTERVENIDOS	29
6	SOLICITA ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE	28
7	CONOCIMIENTO Y APLICACION DE TECNICAS QUIRURGICAS ADECUADAS	29
8	INTEGRACION CONJUNTA CON AYUDANTIA	29
9	PERMANENCIA DEL CIRUJANO DESDE EL INICIO HASTA EL TERMINO DEL EVENTO	29
10	OPTIMIZACION DEL TIEMPO QUIRURGICO ANESTESICO	29

GRAFICA 6

PERIODO POSTOPERATORIO



1	PERMANENCIA CON EL PACIENTE HASTA EXTUBACION	29
2	VALORA RIEGO-BENEFICIO DE PERMANENCIA DE SONDAS	29
3	VERIFICA AUSENCIA DE SANGRADO A TRAVES DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS	29
4	PREGUNTA CALIDAD DE SANGRADO DE LA CIRUGIA	31
5	VERIFICA Y CUESTIONA EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE	27
6	ACOMPANAMIENTO DEL PACIENTE A LA SALA DE RECUPERACION	28
7	INFORMA EN RECU. CARAC. DEL PROC. Y EDO. DEL PAC. AL ANESTESIOLOGO ADSCRITO A DICHA AREA	29
8	REALIZA VISITA POSTQUIRURGICA	29