



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”

Centro Médico Nacional “La Raza”

Tesis:

**“Validación del Dominio fisiológico de una versión en español
de la Escala de Calidad de Recuperación Postquirúrgica
(PostopQRS)”**

Que para obtener el grado de **Médico Especialista en Anestesiología**

Presenta:

Dr. Jesús Antonio Canul Estrella

Asesores:

Dra. Juana Yunien López Solorio

Dr. Arnulfo Calixto Flores



Ciudad de México 2020



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.

Hoja de Autorización de Tesis:

Dr. Benjamín Guzmán Chávez

Profesor Titular del Curso Universitario de Anestesiología-Jefe del Servicio de Anestesiología
U.M.A.E. Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret"
Centro Médico Nacional "La Raza"IMSS

Dr. Juana Yunién López Solorio

Asesor de Tesis

Dr. Jesús Antonio Canul Estrella

Médico Residente del Tercer Año de la Especialidad en Anestesiología
Sede Universitaria U.M.A.E. Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret"
Centro Médico Nacional "La Raza" IMSS

Número de Registro CLIS: R-2020-3501-044

Índice

Resumen	4
Summary	5
Antecedentes específicos	6
Materiales y métodos	11
Resultados	13
Discusión	18
Conclusiones	20
Referencias bibliográficas	21
Anexos	24

Resumen

Introducción. Definir la "recuperación postanestésica" es altamente complejo y necesario; requiere integrar todos los elementos del perioperatorio para lograr una evaluación completa y el egreso seguro. **Objetivo:** Determinar la validez del Dominio Fisiológico de la Escala de Calidad de Recuperación Postquirúrgica (PostopQRS) comparada con las escalas Aldrete y Aldrete modificado. **Material y métodos.** Estudio prospectivo, observacional, pacientes posoperados que ingresaron a UCPA, ambos sexos, ASA 1-4 que permanecieron en UCPA y antes de su egreso se aplicó la escala de Aldrete, Aldrete modificado y el dominio fisiológico de PostopQRS. Se registraron las evaluaciones y se realizó una base de datos para su análisis estadístico (pruebas de normalidad con Kolmogorov Smirnov, T de Student y X², se consideró significativo $p < 0.05$. Las variables dependientes fueron evaluadas mediante alfa de Cronbach (> 0.7 aceptable, > 0.8 bueno, > 0.9 excelente). **Resultados.** 100 pacientes, 52% sexo femenino y 48% masculino, ASA 1-4; 76% procedimientos electivos y 24% urgentes. Se determinó el alfa de Cronbach entre variables del dominio fisiológico de **PostopQRS** y las escalas Aldrete y Aldrete modificado y se encontró un valor **0.820**; además se determinó la correlación intraclass $p < 0.05$ (**.820 IC 95% .749-.874**). **Conclusiones.** La escala **PostopQRS** permite la evaluación de recuperación en múltiples dominios y tiempo. El dominio fisiológico de la escala es fácil de aplicar y ha demostrado un resultado confiable comparado con las escalas de Aldrete y Aldrete modificado.

Palabras clave. Periodo de recuperación postanestésica, Seguridad en el paciente, Periodo perioperatorio.

Abstract

Introduction. Defining "post-anesthetic recovery" is highly complex and necessary; it requires integrating all the elements of the perioperative period to achieve a complete evaluation and safe discharge. **Objective.** to determine the validity of the Physiological Domain of the Post-Surgical Recovery Quality Scale (PostopQRS) compared to the Aldrete and Aldrete modified scales. **Material and methods.** Prospective, observational study, postoperative patients who entered UCPA, both sexes, ASA 1-4 who remained in UCPA and before their discharge the Aldrete scale, modified Aldrete and the physiological domain of PostopQRS were applied. The evaluations were recorded and a database for statistical analysis was performed (normality tests with Kolmogorov Smirnov, Student's T and X², it was considered significant $p < 0.05$. Dependent variables were evaluated using Cronbach's alpha (> 0.7 acceptable, > 0.8 good, > 0.9 excellent) **Results.** 100 patients, 52% female and 48% male, ASA 1-4, 76% elective procedures and 24% urgent Cronbach's alpha was determined between variables of the physiological domain of PostopQRS and the modified Aldrete and Aldrete scales and a 0.820 value was found; in addition the intraclass correlation $p < 0.05$ (.820 95% CI .749-.874) was determined. **Conclusions.** The PostopQRS scale allows the evaluation of recovery in multiple domains and time The physiological domain of the scale is easy to apply and has demonstrated a reliable result compared to the Aldrete and Aldrete modified scales.

Keywords. Anesthesia recovery period, patient safety, anesthesia, Perioperative period

Antecedentes Específicos

La recuperación anestésica es un término ambiguo, cuya definición varía de acuerdo con la predilección de instituciones o personal de la salud, quedando usualmente definida a partir del retorno de la conciencia y la estabilidad en los parámetros fisiológicos acorde a escalas ampliamente utilizadas, y cuya resolución determina en la mayor parte de los cortes, el tiempo de estancia en la unidad de cuidados post-anestésicos (UCPA) (1-3). Es en esta área donde se estima que sucede el 17.6% de todos los eventos adversos relacionados con el ejercicio de la anestesiología, obteniendo un resultado fatal en el 51% de los casos y cursando con lesión neurológica hasta en el 77% de los casos no letales (4).

Clásicamente la recuperación anestésica es descrita a partir de 3 fases: a) Recuperación temprana en las primeras 24 horas, marcado por el dolor, la presencia de náusea, complicaciones postoperatorias inmediata y las alteraciones cognitivas, b) La recuperación intermedia que abarca hasta los 28 días, influenciada por el dolor, la ansiedad, depresión, el deterioro físico y la disfunción cognitiva, y c) la recuperación tardía, definida como las primeras seis semanas o tres meses, donde la sintomatología que afectan las fases tempranas o intermedias pueden persistir y prolongarse, alterándose el retorno a las funciones de la vida diaria, como el trabajo (5, 6).

En México la recuperación anestésica en la unidad de cuidados postanestésicos es típicamente valorada a partir de la Escala de Aldrete y la Escala de Aldrete Modificado (establecidos en 1970 y modificada en 1995, respectivamente) presentando un puntaje máximo de 10 puntos para la escala Aldrete (considerando 8 puntos suficientes para el egreso de la UCPA) y 12 puntos de la escala Aldrete Modificada (Siendo 10 puntos suficientes para el Alta de la unidad de recuperación). Tales escalas valoran parámetros fisiológicos tales como presencia / ausencia de movimiento de extremidades (ningún movimiento 0 puntos, movimiento de 2 extremidades 1 punto, movimiento de 4 extremidades 2 puntos), estado de conciencia (sin respuesta 0 puntos, despierta con estímulo 1 punto, despierto 2 puntos), circulación (diferencia PAM mayor 50 mmHg del nivel pre-anestésico 2 puntos, diferencia mayor 50-20 mmHg del nivel preanestésico 1 punto, diferencia menor 20 mmHg preanestésico 0 puntos), respiración (apnea 0 puntos,

respiración irregular 1 punto, respiración profunda y presencia de tos 2 puntos), coloración de la piel (palidez 0 puntos, eritematoso/moteado u otro 1 punto, normal 2 puntos), ésta última variable se encuentra modificada saturación de oxígeno (2 puntos en caso de ser mayor a 92% al aire ambiente, 1 punto en caso de requerir oxígeno complementario para saturaciones mayores a 90%, y 0 puntos si con oxígeno complementario la saturación es menor a 90%). Dichas escalas presentan limitantes, aunadas a su baja sensibilidad en comparación con otras escalas (Sensibilidad del 47%, Especificidad del 94.8%), sin embargo son utilizadas de modo convencional en todas las unidades de cuidados postanestésicos (5-9).

La práctica anestesiológica actual ha dado cuenta de la importancia de otros factores usualmente no valorados que representan elementos de calidad de atención; el retorno de las funciones fisiológicas complejas, la normalización de las variables afectivas, la ausencia de hipotermia (presente en el 55%), dolor (43.6%), náusea y vómito (31.8%), disnea (20%), entre otras, que al no ser evaluadas de forma intencionada por las escalas de mayor uso, pueden pasar desapercibidas al momento del egreso de la Unidad de Cuidados Postanestésicos (1, 2, 7, 9-13)

Se han descrito múltiples escalas de valoración para la recuperación anestésica en diversos contextos, dando cuenta de elementos típicamente no considerados, y que sin embargo han sido asociados a retrasos en el proceso de recuperación; el Sistema de Puntaje de Descarga Post-anestésica (PADS) evalúa parámetros como sangrado quirúrgico, náusea y vómito; la Escala de Síntomas Generales/Cuestionario de Estado Funcional (GSD/FSQ) evalúa la angustia perioperatoria y la reanudación de las actividades de la vida diaria; el cuestionario de capacidad funcional de 24 horas (FAQ 24), y los cuestionarios de recuperación a los 15 minutos y 40 minutos (QoR-15 y QoR40, respectivamente) aportan la valoración de elementos como el estado emocional, confort físico, apoyo psicológico, independencia física; la Herramienta Post-anestésica de corta duración y La Escala de Recuperación Post-quirúrgica (PASQOL y PSR), aportaron la evaluación de fatiga, capacidad de trabajar y expectativas del paciente en los primeros 4 días posteriores a la cirugía. Dichas escalas han permitido identificar que la normalización de las variables afectivas y cognitivas no ocurren sino hasta la tercera hora en el 85% de los pacientes, y hasta las 24 horas en el 100% de los individuos sometidos a eventos

ambulatorios. Tales componentes subjetivos han sido relacionados a incrementos en la morbimortalidad (por ejemplo, puntajes bajos en satisfacción del usuario se correlaciona estadísticamente con incrementos de la estancia hospitalaria y mortalidad, $P < 0.001$) (1, 3, 13, 14).

La existencia de múltiples escalas de valoración y múltiples modos de evaluar permite dar cuenta que el concepto de “recuperación anestésica” carece de consenso, e involucra dimensiones más amplias y complejas que solo juzgar el efecto anestésico de un agente como finalizado. Algunas limitaciones en las herramientas de evaluación incluyen la falta de uniformidad en las definiciones de recuperación y el tiempo de evaluación, el uso de resultados subjetivos frente a objetivos, y el uso de puntuaciones compuesta vs dicotómica (6,16).

La Escala de Recuperación de la Calidad Postoperatoria (PostopQRS) es una herramienta que evalúa tanto parámetros fisiológicos tales como presión sistólica, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, control de la vía aérea (diferenciando de aquel paciente que requiere dispositivos para mantener la permeabilidad de quien no), nivel de agitación (severa, ocasional, sin agitación), conciencia ante estímulo auditivo (no se despierta, despierta con estímulo, completamente despierto), presencia de dolor (valorada en escala de Wong-Baker en un puntaje del 5-1), náusea y vómitos (valorada en escala de Wong-Baker con un puntaje de 5-1), emotivos (valorada en escala de Wong-Baker en un puntaje 5-1), retorno a las actividades de la vida diaria (requerimiento de apoyo para deambulación, vestido, alimentación) elementos cognitivos tales como orientación (en lugar tiempo y persona), memoria verbal, numérica, concentración y atención, así como funciones ejecutivas verbales, de igual modo valora el grado de satisfacción con la atención otorgada desde la perspectiva del paciente (valorada en escala de Wong-Baker del 5-1).

Esta Herramienta define la recuperación anestésica como el retorno a su estado preoperatorio basal, considerando la resolución/ausencia de síntomas adversos asociados al evento anestésico-quirúrgico (3, 5). Fue desarrollada en 2007 inicialmente como un instrumento para evaluar la recuperación en varios dominios y en múltiples periodos de tiempo (con mediciones a los 15 minutos, 45 minutos, día 1 y 3 en pacientes internados), permitiendo la evaluación individual a partir de un estado basal (pre

quirúrgico) e iniciando la valoración posterior al punto cero (T0), definido como el punto después del cual la anestesia ya no es necesaria (colocación del último punto de la piel o estímulo doloroso, colocación de apósito de yeso, eliminación del dispositivo endoscópico, eliminación del dispositivo intravascular y terminación de la compresión arterial, o aplicación de apósito final), continuando las evaluaciones en el minuto 15 (T15), minuto 40 (T40), las 24 horas y las 56 horas posteriores al evento quirúrgico (16).

La herramienta consiste en un cuestionario de 22 puntos que produce un puntaje dicotómico, considerando a un paciente como recuperado o no en uno o todos los dominios, permitiendo identificar el ítem específico que ha fallado, ha sido aplicada a pacientes de diferentes edades, idiomas y culturas, dado que ha sido diseñada considerando el retorno a las funciones basales los autores señalan que resulta comparable con el uso de otros test Neurofisiológicos, incluso en pacientes con alteraciones cognitivas previas, aunque no con patología psiquiátrica, sin embargo ésta herramienta aún no se encuentra validada en Latinoamérica a pesar de contar con versiones en español disponibles desde la página <https://www.postopqrs.com/index>. (3, 6, 16, 17). Con esta herramienta se ha identificado que la ausencia de recuperación completa en las primeras 24 horas se ha asociado a incrementos de estancia hospitalaria y a mayor incidencia de eventos adversos (muerte, infarto al miocardio, fibrilación atrial, EVC, lesión renal aguda, infección de sitio quirúrgico) (17). Royce C. et al, en una Cohorte de 701 pacientes identificaron para las primeras 24 horas, presencia de dolor 43% de los pacientes, náusea en un 12%, falla del retorno a sus actividades de la vida diaria basales en un 36.2% y falla de retorno de funciones cognitivas basales en un 66.5%. Es notable que si bien la recuperación fisiológica completa tiene lugar a los 40 minutos en el 40% de los pacientes, la recuperación en la calidad funcional ocurre solo en el 11% de los pacientes para el día 3 (5, 18), Las alteraciones cognitivas y el delirium han sido reportados como eventos relativamente comunes, relacionándose con el tipo de anestesia otorgada, su duración, presencia de hipotermia, alteraciones hemodinámicas, acido-básicas, náusea y dolor, los cuales incrementan el tiempo de recuperación postanestésica (inversamente proporcional entre la duración de la anestesia y la recuperación $p < 0.001$) (3, 6, 5, 17- 19). La herramienta ha registrado una sensibilidad de 95.4% y especificidad del 43.8% para satisfacción de paciente (20)

La práctica anestésica actual debe considerar la búsqueda de calidad de atención, contribuyendo a la obtención de adecuados resultados perioperatorios, incluida la reducción de la frecuencia de eventos adversos, la reducción del tiempo de recuperación y la mayor satisfacción del paciente, siendo la estancia en la unidad de cuidados post-anestésicos vital para éstas, de modo que la evaluación a través de escalas de múltiples parámetros como PostopQRS, se abre paso como medios que permiten integrar e identificar alteraciones en el periodo post-anestésico, con la finalidad de dar seguimiento y mantener en vigilancia el tipo de dominio en el que la recuperación ha fallado (16, 21-23).

Materiales y Métodos

Estudio prospectivo, observacional, transversal y comparativo realizado en la Unidad de Cuidados Postanestésicos del quirófano de la UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza con el objetivo de determinar la validez del Dominio Fisiológico de una versión en español de la Escala de Calidad de Recuperación Postquirúrgica (PostopQRS) comparada con las escalas tradicionales de evaluación de la recuperación anestésica Aldrete y Aldrete modificado; autorizado por los comités locales de Investigación y Ética y bajo la firma de consentimiento informado de todos los participantes, los cuales eran mayores de edad, de ambos sexos, ASA 1-4 que fueron sometidos a un procedimiento anestésico quirúrgico y que fueron ingresados a la UCPA para la recuperación anestésica y después egresados a piso.

Este estudio se realizó al concluir el tiempo del paciente en la UCPA (posterior a terminar el procedimiento anestésico-quirúrgico y considerarlo como apto para su egreso a piso de servicio tratante acorde a criterio del personal responsable del servicio); se realizó mediante la aplicación de la Escala de Calidad de Recuperación Postquirúrgica PostopQRS (Anexo 2) previo al egreso de la UCPA y en el momento en que los puntajes de la escala de Aldrete y Aldrete modificado aprobaban el egreso a piso (calificación de 9 y 10) y se aplicó principalmente el dominio fisiológico junto con el puntaje final obtenido de las Escalas de Aldrete y Aldrete Modificado, registrando los datos en las hojas de recolección de datos (Anexo 1) y registro anestésico.

La evaluación consistió en asignar una puntuación para cada elemento evaluado (dominio fisiológico): **F1 Tensión sanguínea sistólica del paciente** [(1) <70 o >180 (2) 70-89 o 141-180 (3) 90- 140]. **F2 Frecuencia cardiaca:** [(1) <35 o > 180 (2) 35-44 o 101-139 (3) 45 – 100]. **F3 Temperatura del paciente:** [(1) <35 a 39 (2) 35-35.9 o 37.7 38.9 (3) 38-37.6]. **F4 Frecuencia Respiratoria del paciente:** [(1) 5-9 o 21-30 (2) 5-9 o 21-30 (3) 10-20]. **F5 Necesidad de O2:** [(1) Spo2 > 95% con requerimiento O2 como intervención (2) SpO2 < 95% con requerimiento de O2 como intervención (3) O2 administrado no siguiendo el protocolo o no necesitado]. **F6 Evaluación Actual:** [(1) Dispositivo in situ. (2) Mantenimiento de la vía aérea con ayuda. (3) Automantenimiento de la vía aérea]. **F7 Anota el correspondiente:** [(1) Agitación Severa (2) Ocasionalmente

Agitado (3) Sin señales de Agitación]. **F8 Estado de conciencia:** [(1) No se puede despertar (2) Se despierta con estímulo (3) Completamente despierto]. **F9 Indique; “Por favor toque su nariz” o “por favor levante su cabeza”:** [(1) No responde o se mueve sin propósito (2) Intenta responder, pero no es capaz de completar la indicación (3) Sigue completamente las ordenes]. Se esperaba que para decir que había una recuperación completa cumpliera más de 24 puntos (27 en total).

Una vez recolectados se formó una base de datos en SPSS y se procedió al análisis estadístico: se determinó la simetría de los datos (Kolmogorov-Smirnov) y se aplicó estadística descriptiva para todos los pacientes incluidos, se aplicó pruebas χ^2 y T de Student y realizaron comparaciones univariadas de medias, medianas o proporciones, de todas las variables de estudio y demográficas.

Las variables dependientes (Dominio Fisiológico de la Escala de Recuperación Postquirúrgica con las escalas de Aldrete y Aldrete modificada) fueron evaluadas mediante la realización de alfa de Cronbach para cada uno de los ítems y cada una de las variables, definiendo los valores de alfa de Cronbach (George y Mallery, 2003) como; inaceptable <0.5, >0.5 pobre, >0.6 cuestionable, >0.7 aceptable, > 0.8 bueno, > 0.9 excelente.

Resultados

Se incluyó a 100 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y que fueron evaluados en la UCPA; 52 del sexo femenino y 48 del masculino, ASA 2 (35%), ASA 3 (57%) y ASA 4 (8%); 76% fueron procedimientos electivos y 24% urgentes. Se comprobó la simetría de los datos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se realizó la comparación de las medias para determinar su significancia (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Datos demográficos			
Variables	Media \pm DS/Mediana y percentiles (25-75)	Frecuencia y porcentaje (%)	Valor de P
Edad	50 \pm 13.75	-	.000 ^a
Peso	78.07 \pm 12.62	-	.000 ^a
Talla	1.59 \pm .10	-	.000 ^a
IMC	30.84 \pm 4.85	-	.000 ^a
Duración de la anestesia (minutos)	150 (120-180)	-	.000 ^a
Tiempo en la Unidad de Cuidados postanestésicos	60 (60-90)	-	.000 ^a
Sexo			.689 ^b
Femenino		52 (52%)	
Masculino	-	48 (48%)	
Estado físico de el asa			.000 ^b
ASA 2	-	35 (35%)	
ASA 3	-	57 (57%)	
ASA 4	-	8 (8%)	
Tipo de cirugía			.000 ^b
Electiva	-	76 (76%)	
Urgente	-	24 (24%)	
Especialidad			.000 ^b
Cirugía de cabeza y cuello	-	10 (10%)	
Cirugía de colon y recto	-	7 (7%)	
Cirugía general	-	40 (40%)	
Cirugía maxilofacial	-	3 (3%)	
Cirugía plástica y reconstructiva	-	5 (5%)	
Cirugía urológica	-	10 (10%)	
Cirugía vascular	-	19 (19%)	
Neurocirugía	-	6 (6%)	
Técnica anestésica			.000 ^b
Anestesia general balanceada	-	74 (74%)	
Anestesia total intravenosa	-	7 (7%)	
Anestesia neuroaxial	-	16 (16%)	
Bloqueo de plexo braquial	-	2 (2%)	
Sedoanalgesia	-	1 (1%)	

Los datos se registraron con medias y desviación estandar o medianas y percentiles de acuerdo a su normalidad; se realizó la comparación entre medias para demostrar su significancia y se consideró cuando $p < 0.05$, se aplicó T de Student^(a) para las variables cuantitativas y Chi²^(b) para las cualitativas.

También se registraron las variables clínicas transoperatorias que podrían influir en el resultado (recuperación postanestésica) y se determinó su significancia (Ver Tabla 2); cuando se evaluó el egreso con las escalas de Aldrete se realizó la aplicación de la escala **PostopQRS** dominio a dominio y se registraron los resultados para buscar la correlación entre ellas (ver Tabla 3).

Variables	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Valor de P
Presencia de hipotermia			.000
Si	11	11	
No	89	89	
Desequilibrio acido-base			.000
Si	7	7	
No	93	93	
Presencia de hipotensión			.000
Presente	15	15	
Ausente	85	85	

Los datos se registraron como frecuencias y porcentajes; se realizó la comparación para una sola muestra para demostrar su significancia y se consideró cuando $p < 0.05$, se aplicó χ^2 .

Dominios y elementos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Valor de P
Fisiológico			
F1 Presión arterial sistólica del paciente:			.000
(1) <70 o >180	1	1	
(2) 70-89 o 141-180	19	19	
(3) 90- 140	80	80	
F2 Frecuencia cardiaca:			.000
(1) <35 o > 180	6	6	
(2) 35-44 o 101-139	93	93	
(3) 45 – 100].	1	1	
F3 Temperatura del paciente:			.000
(1) <35 a 39	1	1	
(2) 35-35.9 o 37.7 38.9	16	16	
(3) 38-37.6	83	83	
F4 Frecuencia Respiratoria del paciente:			.000
(1) 5-9 o 21-30	0	0	
(2) 5-9 o 21-30	4	4	
(3) 10-20]	96	96	
F5 Necesidad de O2:			.000
(1) SpO2 > 95% con requerimiento O2 como intervención	1	1	
(2) SpO2 < 95% con requerimiento de O2 como intervención	12	12	
(3) O2 administrado no siguiendo el protocolo o no necesitado	87	87	
F6 Evaluación Actual:			.000
(1) Dispositivo in situ	0	0	
(2) Mantenimiento de la vía aérea con ayuda.	0	0	
(3) Automantenimiento de la vía aérea	100	100	
F7 Anota el correspondiente:			.000
(1) Agitación Severa	0	0	
(2) Ocasionalmente Agitado	2	2	
(3) Sin señales de Agitación	98	98	
F8 Estado de conciencia:			.000
(1) No se puede despertar	0	0	
(2) Se despierta con estímulo	0	0	
(3) Completamente despierto].	100	100	
F9 Indique; "Por favor toque su nariz" o "por favor levante su cabeza":			.000
(1) No responde o se mueve sin propósito	0	0	
(2) Intenta responder, pero no es capaz de completar la indicación	1	1	
(3) Sigue completamente las ordenes].	99	99	

Continúa Tabla 3.		Frecuencia	Porcentaje	Valor
Dominios y elementos		(n)	(%)	de P
Nociceptivo				
N1 Se le enseñará una serie de caras, señale la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente su nivel de dolor en este momento				.000
	Dolor severo	5	5	
	Dolor moderado	53	53	
	Dolor suave	32	32	
	Sin dolor	10	10	
N2 Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente su nivel de Nausea y Vomito en este momento.				.000
	Arcadas continuas/vómitos	0	0	
	Nauseas severas y/o arcadas/vómitos	5	5	
	Náuseas moderadas y/o arcadas/vómitos	34	34	
	Náuseas suaves y/o arcadas/vómitos	42	42	
	Sin náuseas/arcadas o vómitos	19	19	
Emotivo				
E1. Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente hasta en que punto se siente triste, bajo de ánimo o deprimido en este momento				.000
	Muy deprimido/triste	0	0	
	Bastante deprimido/triste	5	5	
	Un tanto deprimido/triste	39	39	
	Un poco deprimido/triste	43	43	
	Nada deprimido/triste	13	13	
E2 Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente hasta en que punto se siente ansioso o nervioso en este momento.				.000
	Muy ansioso/nervioso	0	0	
	Bastante ansioso/nervioso	3	3	
	Un tanto deprimido/triste	42	42	
	Un poco ansioso/nervioso	41	41	
	Nada ansioso/nervioso	14	14	
Actividades de la vida diaria				
V1. ¿Puede levantarse sin ayuda?				.000
	(1) En absoluto	10	10	
	(2) Con dificultad	79	79	
	(3) Fácilmente	11	11	
V2. ¿Puede andar sin ayuda?				.000
	(1) En absoluto	10	10	
	(2) Con dificultad	81	81	
	(3) Fácilmente	9	9	
V3. ¿Puede comer o beber sin ayuda?				.000
	(1) En absoluto	6	6	
	(2) Con dificultad	85	85	
	(3) Fácilmente	9	9	
V4. ¿Puede vestirse sin ayuda?				.000
	(1) En absoluto	9	9	
	(2) Con dificultad	77	77	
	(3) Fácilmente	14	14	
Factores cognitivos				
C1. Favor Mencione su: Nombre, Ciudad en la que estamos, Fecha de Nacimiento				.000
	-Una respuesta	1	1	
	-Dos respuestas	5	5	
	-Tres respuestas	94	94	
C2. Voy a Leer en voz alta una lista de números, escuche con atención pues cuando termine, quisiera que usted me los repitiese en el mismo orden en que yo los he leído, por ejemplo, si yo digo 1,2, 3, usted me repetirá 1, 2, 3				.000
	-Repite tres números o menos	10	10	
	-Repite cuatro a cinco números	62	62	
	-Repite seis a siete números	28	28	

Continúa Tabla 3		Frecuencia	Porcentaje	Valor
Dominios y elementos	(n)	(%)	de P	
C3. Voy a Leer algunos números más, sin embargo ahora va a repetirlos en orden Inverso, por ejemplo, si yo digo 1, 2, 3, usted responde 3, 2, 1	11	11		.000
Menos de tres respuestas	62	62		
Cuatro a cinco respuestas	27	27		
Seis a siete respuestas				
C4. Voy a leer en voz alta una lista de palabras, escuche con atención, pues cuando termine, quisiera que usted me repitiese el máximo número de palabras que pueda recordar, puede decirlas en cualquier orden, si usted no está seguro de si ha dicho una palabra, dígala por si acaso	9	9		.000
Menos de tres	57	57		
Tres a seis	28	28		
Siete a nueve	6	6		
Diez a doce				
C5. Voy a decirle una letra y quisiera que usted me dijese el máximo de número de palabras que pueda en 30 segundos empezando con estas letras. Intenta evitar nombres propios, como nombres de personas, nombres de países, etc. Números o la misma palabra con una terminación diferente como, por ejemplo mesa, mesita, mesón, la letra es con C.	3	3		.000
Menos de tres palabras	51	51		
Cuatro a seis	33	33		
Siete a nueve	11	11		
Diez a doce	2	2		
Trece a quince				
Perspectiva del paciente en general				
O1. Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente hasta en qué punto se siente limitado en su capacidad para trabajar	2	2		.000
Totalmente afectado	43	43		
Severamente afectado	33	33		
Moderadamente afectado	20	20		
Mínimamente afectado	2	2		
Nada afectado				
O2. Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente hasta en qué punto se siente limitado en su capacidad realizar sus actividades de la vida diaria	2	2		.000
Totalmente afectado	38	38		
Severamente afectado	37	37		
Moderadamente afectado	21	21		
Mínimamente afectado	2	2		
Nada afectado				
O3. Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente hasta en qué punto se siente limitado para pensar con claridad	0	0		.000
Totalmente afectado	32	32		
Severamente afectado	37	37		
Moderadamente afectado	26	26		
Mínimamente afectado	5	5		
Nada afectado				
O4. Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente hasta en qué punto se ha sentido satisfecho con el cuidado anestésico				.000
Poco satisfecho	5	5		
Moderadamente satisfecho	50	50		
Satisfecho	40	40		
Muy satisfecho	5	5		
Los datos se registraron como frecuencias y porcentajes; se realizó la comparación para una sola muestra para demostrar su significancia y se consideró cuando $p < 0.05$, se aplicó χ^2.				

Se evaluó el Aldrete y Aldrete modificado para la recuperación de la anestesia y el egreso de la UCPA (una hora después de su ingreso). Tabla 4.

Tabla 4. Evaluación del egreso de UCPA			
Variables	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Valor de P
Aldrete			
Movimiento de extremidades			.000
2) Mueve 4 Extremidades	100	100	
1) Mueve 2 Extremidades	0	0	
0) Sin Movimiento	0	0	
Estado de consciencia			.000
2)Despierto	100	100	
1) Despierta ante estimulo	0	0	
0) No reacciona	0	0	
Presión Arterial			.000
2) Menor de 20% de diferencia de la Inicial	82	82	
1) 20 al 50% de diferencia de la inicial	18	18	
0) Mayor al 50% de diferencia de la inicial	0	0	
Respiración			.000
2) Capaz de respiración profunda y toser	99	99	
1) Respiración superficial/ limitada/Disnea	1	1	
0) Apnea	0	0	
Circulación			.000
2) Adecuada coloración de piel	99	99	
1) Palidez, piel marmoleada, otra	1	1	
0) Cianosis.	0	0	
Aldrete modificado			
Movimiento de Extremidades			.000
2) Mueve 4 Extremidades	100	100	
1) Mueve 2 Extremidades	0	0	
0) Sin Movimiento	0	0	
Estado de Conciencia			.000
2) Despierto	100	100	
1) Despierta ante estimulo	0	0	
0) No reacciona	0	0	
Presión Arterial			.000
2) Menor de 20% de diferencia de la inicial	82	82	
1) 20-50% de diferencia de la inicial	18	18	
0) Mayor al 50% de diferencia del inicial	0	0	
Respiración			.000
2) Capaz de respiración profunda y toser	100	100	
1) Respiración superficial/ limitada/Disnea	0	0	
0) Apnea	0	0	
Saturación Arterial (pulsioximetría)			.000
2) SaO2 >92% con aire ambiente 2	92	92	
1) Necesita O2 para mantener SaO2 >90%	8	8	
0) SaO2 < 90%con O2 suplementario	0	0	
Los datos se registraron como frecuencias y porcentajes; se realizó la comparación para una sola muestra para demostrar su significancia y se consideró cuando $p < 0.05$, se aplicó χ^2 .			

Las variables del dominio fisiológico de la escala **PostopQRS** fueron evaluadas y comparadas con la escla de Aldrete y Aldrete modificado mediante la determinación de alfa de Cronbach para cada uno de los ítems, y se encontró un valor **0.820** entre el resultado de las dos escalas Aldrete y la **PostopQRS** además de que se determinó la correlación intraclase que resultó con una $p < 0.05$ (**.820 IC 95% .749-.874**)

Discusión

La anestesiología es una rama de la medicina en constante desarrollo, en los primeros años los esfuerzos especializados se centraron en la evaluación de la mortalidad con el desarrollo de encuestas nacionales basadas inicialmente en informes voluntarios, que evolucionaron a estudios nacionales obligatorios, actualmente su evolución como disciplina perioperatoria ha generado nuevos enfoques; la detección, estratificación y reducción de riesgos asociados tanto a las múltiples patologías presentes en los pacientes como a los eventos quirúrgicos, la mejora de las técnicas empleadas, el desarrollo de nuevas tecnologías en aras de la seguridad del paciente, la optimización de los resultados perioperatorios, así como la evaluación y mejora de la calidad de atención otorgada.

Definir la "recuperación anestésica" es altamente complejo, requiere integrar todos los elementos del perioperatorio para logra una evaluación completa y la adecuación de una escala de recuperación a las múltiples características correspondientes a las patologías de los pacientes resulta difícil.

Conocer que los pacientes se desvían de su estado prequirúrgico para posteriormente recuperarse progresivamente, permite comprender que una forma de evaluar dicha recuperación consiste en comparar aquellas variables postoperatorias que los eventos quirúrgico y anestésico modificarán con sus respectivos valores basales.

Muchas de las escalas de recuperación desarrolladas hasta la fecha no incluyen ninguna evaluación previa al evento anestésico-quirúrgico, y aquellas que han sido usadas internacionalmente – tales como la escala Aldrete revisada y su posterior modificación- evalúan criterios que no han sido validados en cuanto a su importancia en el deterioro clínico del postoperatorio del paciente, ni la evolución del procedimiento anestésico y los efectos asociados a nuevos fármacos. (24, 25)

La escala **PostopQRS**, al evaluar la recuperación a través del tiempo, permite al anestesiólogo dar seguimiento del paciente, inicialmente identificando alteraciones en los dominios, y posteriormente valorando su retorno al estado prequirúrgico, en nuestra muestra se demostró que posee un dominio fisiológico aplicable a la UCPA con buena

validez (alfa de Cronbach de 0.820) respecto a las escalas de mayor uso, es destacable que su aplicación no requiere un entrenamiento sofisticado, y al ser una prueba breve para aplicar (aproximadamente 5 min), hace posible su uso en muchos entornos, al permitir valorar múltiples parámetros.

Hasta el momento, no se había registrado la validación de una escala con tales características, siendo necesario el proceso de validación de los otros dominios que conforman dicha escala, su capacidad de detección de eventos como Dolor (señalado como “Moderado” un 53% de los pacientes al momento del alta del área de recuperación), Náusea y vómito (Presente en un 46% de nuestra muestra), Ansiedad (identificado en un 43%), así como incapacidad de continuar con sus actividades de la vida diaria entre otros, permiten considerarla como una herramienta potencialmente adaptable a nuestros entornos institucionales, aunado a la posibilidad de evaluar la calidad de la atención otorgada desde la perspectiva del paciente (en nuestra muestra el 50% señaló estar “Moderadamente satisfecho con el manejo anestésico otorgado”).

Es posible que la evolución del manejo anestésico, así como el uso de nuevas estrategias como el manejo multimodal del dolor, la anestesia libre de opioides, la anestesia total intravenosa puedan influir en los resultados obtenidos, sin embargo se requieren más estudios que confirmen tal conjetura.

La aplicación de escalas de múltiples parámetros como la Escala de recuperación post-anestésica (PostopQRS) puede romper paradigmas establecidos en Anestesia, tal como la conceptualización de la “recuperación postanestésica”, la posibilidad de establecer la recuperación en aquellos pacientes con patologías previas que dificultan la determinación de un momento óptimo para su egreso de la unidad de recuperación post-anestésica, así como el uso de escalas de evaluación que han perdurado con los años pero que no se han adaptado a los avances de la Anestesiología.

El presente estudio facilita una herramienta fiable para la evaluación de la recuperación en la unidad de cuidados postanestésicos, sin embargo se requiere continuar con nuevos estudios que permitan valorar si tales modificaciones inciden en la calidad de la recuperación y en la satisfacción del paciente.

Conclusiones

La evaluación de la recuperación postanestésica es un proceso importante en la evolución y prevención de complicaciones postanestésicas, permitiendo la predicción de las repercusiones a largo plazo en pacientes posoperados.

La escala **PostopQRS** es una herramienta breve que permite la evaluación de recuperación en múltiples dominios y en múltiples períodos de tiempo. Requiere evaluaciones preoperatorias que forman la base de evaluaciones posteriores considerando a un paciente como recuperado al retornar a su puntaje basal

El dominio fisiológico de la escala de recuperación postanestésica (PostopQRS) es fácil de aplicar, y es una escala con buena fiabilidad en relación a las escalas de Aldrete y Aldrete modificado.

Referencias Bibliográficas

- 1 Ergonenc, J et al. The recovery time of sevoflurane and desflurane and the effect of anesthesia on mental and psychomotor functions and pain, *Anesth Essays Res.* 2014; (8) 367-71.
- 2 Suzuki T, et al. Desflurane anesthesia worsens emergence agitation in adult patient undergoing thyroid surgery compared to sevoflurane anesthesia. *Clinical Reports.* 2017; 3: 36.
- 3 Bowyer A, Royse C. Postoperative recovery and outcomes – what are we measuring and for whom. *Anaesthesia.* 2016; 71 (1), 72-77.
- 4 Bocanegra-Rivera J, Arias-Botero J. Caracterización y análisis de eventos adversos en procesos cerrados de anesthesiólogos apoderados por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) en Colombia entre 1993 y 2012. *Revista colombiana de Anestesiología.* 2016; 44(3):203–210.
- 5 Misal U, Joshi S, Shaikh M. Delayed recovery from anesthesia: A postgraduate educational review. *Anesth Essays Res.* 2016; 10(2):164-72.
- 6 Bowyer A, Jakobsson J, Ljungqvist O, Royse C. A review of the Scope and measurement of postoperative quality of recovery. *Anesthesia.* 2014; 69: 1266-1278.
- 7 Valasareddy S, Et. Al. Recovery Profile Using Modified Aldrete Score in Post Anaesthesia Care Unit After Sevoflurane or Desflurane Anaesthesia: A Prospective Randomized Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2018; 12 (9): UC01-UC04.
- 8 Burke B, Kyker M. Speed Criteria Vs Modified Aldrete and Fast-Track, Criteria for Evaluating Recovery in Outpatients. *Open Journal of Anesthesiology.* 2013; 309-31.
- 9 Phillips, et al. Post - anaesthetic discharge scoring criteria: key findings from a systematic review, *International Journal of Evidence - Based Healthcare.* 2012; 11 (4): 275 - 284.
- 10 Kotwani M, Comparison of maintenance, emergence and recovery characteristic of sevoflurane and desflurane in pediatric ambulatory surgery. *Journal of anesthesiology Clinical Pharmacology.* 2017; 33: 503-8.

- 11 Jadhav P. A comparison of desflurane and sevoflurane in the recovery of cognitive function after general anesthesia in elderly patients. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2015; 3 (11): 3278-3282.
- 12 Quispe I, Giani A. Factores de riesgo para complicaciones en el periodo de recuperación post- anestésica en el paciente anciano. *Invest Educ Enferm*. 2010; 28(3):355-62.
- 13 Green M, et al. Recovery Following Desflurane Versus sevoflurane Anesthesia for Outpatient Urologic Surgery Elderly Females. *Anesth Pain Med*. 2015;(5): 1.
- 14 Liu F, et al. Postoperative recovery after anesthesia in morbidly obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Anesth*. 2015; 09: 62.
- 15 Royse C. The patient's surgical journey and consequences of poor recovery. *Best Practice and Research clinical Anaesthesiology*. 2018; 38: 253-258.
- 16 Royse C, et al. Development and Feasibility of a Scale to Assess Postoperative Recovery, the Post-operative Quality Recovery Scale. *Anesthesiology*. 2010;113: 892-905.
- 17 Bowyer A, Royse C. Approaches to the measurement of post-operative recovery. *Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology*. 2018; 32: 269-276.
- 18 Colin F, et al. Impact of Methylprednisolone on Postoperative Quality of Recovery and Delirium in the Steroids in Cardiac surgery Trial. *Anesthesiology*. 2017; 126: 223-33.
- 19 Bruder N. Integration of satisfaction and quality of recovery. *Best Practice and Research Clinical Anesthesiology*. 2018; 32:277-286.
- 20 Colin F, et al. Predictors of patient satisfaction with anesthesia and surgery care: a cohort study using the Postoperative Quality of Recovery Scale. *Eur J Anesthesiology*. 2013; 30: 106-110.
- 21 Phillips N, Street M, Kent B, Haesler E, Cadeddu M. Post anaesthetic discharge scoring criteria: key findings from a systematic review. *International Journal of Evidence - Based Healthcare*. 2013; 11(4): 275-284.

- 22 Vivas J, et al. Measurement of satisfaction with anesthetic recovering a high-complexity postanesthetic care unit; a patient perspective. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2018; 46 (4): 279-285.
- 23 Bowyer A. Royse C. The importance of post operative quality of recovery: influences, assessment, and clinical and prognostic implications. *Can J Anesth*. 2016; 63: 176-183.
- 24 Phillips NM, Street M, Kent B, Cadeddu M. Determining criteria to assess patient readiness for discharge from postanesthetic care: an international Delphi study. *J Clin Nurs*. 2014; 23 (24):3345-55.
- 25 Ead H. From Aldrete to PADSS: Reviewing discharge criteria after ambulatory surgery. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*. 2007; 22 (2):259-266.

Anexos

Anexo 1. Hoja de Recolección de Datos

Nombre del Paciente: _____ NSS: _____

Género: Mujer 1 Hombre 2 Fecha de Nacimiento: _____ Edad (años): _____

Peso (Kilogramos): _____ Altura en Metros (Metros): _____ IMC: _____

Estadio ASA: _____

Tipo de evento quirúrgico: Programado 1 Urgente 2

Especialidad Quirúrgica:

Neurocirugía (1)

Cirugía General (2)

Cirugía Vasculard (3)

Cirugía cardiorácica (4)

Cirugía de Cabeza y Cuello (5)

Cirugía Maxilofacial (6)

Cirugía Urológica (7)

Cirugía de Colon y Recto (8)

Cirugía Plástica y reconstructiva (9)

Técnica Anestésica:

Anestesia general

Balanceada (1) Total Intravenosa (2)

Anestesia Regional:

Neuroaxial (3) Bloqueo de Plexos (4) Sedoanalgesia (5)

Tiempo de anestesia (minutos): _____ Tiempo de Permanencia en UCPA (minutos): _____

Hipotermia: SI (1) NO (2) Desequilibrio acido-base: SI (1) NO (2) Hipotensión Trans operatoria: SI (1) NO (2)

Eventos Anestésicos Postquirúrgico: SI (1) NO (2) Cual?: _____

Anexo 2.

Escala De Calidad De Recuperación Posquirurgica

Fisiologicos

F1 Tensión sanguínea sistólica del paciente

(1) <70 o >180 (2) 70-89 o 141-180 (3) 90- 140

F2 Frecuencia cardiaca

(1) <35 o > 180 (2) 35-44 o 101-139 (3) 45 – 100

F3 Temperatura del paciente

(1) <35 a 39 (2) 35-35.9 o 37.7 38.9 (3) 38-37.6

F4 Frecuencia Respiratoria del paciente

(1) 5-9 o 21-30 (2) 5-9 o 21-30 (3) 10-20

F5 Necesidad de O2

- (1) SpO2 > 95% con requerimiento O2 como intervención
- (2) SpO2 < 95% con requerimiento de O2 como intervención
- (3) O2 administrado no siguiendo el protocolo o no necesitado

F6 Evaluación Actual

- (1) Dispositivo in situ
- (2) Mantenimiento de la vía aérea con ayuda
- (3) Automantenimiento de la vía aérea

F7 Anota el correspondiente

(1) Agitación Severa (2) Ocasionalmente Agitado (3) Sin señales de Agitación

F8 Estado de conciencia

(1) No se puede despertar (2) Se despierta con estímulo (3) Completamente despierto

F9 Indique; "Por favor toque su nariz" o "por favor levante su cabeza"

- (1) No responde o se mueve sin propósito
- (2) Intenta responder, pero no es capaz de completar la indicación
- (3) Sigue completamente las ordenes

Nociceptivo

N1 Se le enseñará una serie de caras, señale la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente su nivel de dolor en este momento



N2 Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente su nivel de Nausea y Vomito en este momento.



Emotivo

E1 Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente hasta en que punto se siente triste, bajo de ánimo o deprimido en este momento



E2 Se le enseñara una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente hasta en que punto se siente ansioso o nervioso en este momento.



Actividades De La Vida Diaria

V1 ¿Puede levantarse sin Ayuda?

(1) En absoluto (2) Con dificultad (3) Fácilmente)

V2 ¿Puede andar sin ayuda?

(1) En absoluto (2) Con dificultad (3) Fácilmente)

V3 ¿Puede comer o beber sin ayuda?

(1) En absoluto (2) Con dificultad (3) Fácilmente)

V4 ¿Puede Vestirse sin ayuda?

(1) En absoluto (2) Con dificultad (3) Fácilmente)

Factores Cognitivos

C1 Favor Mencione su: Nombre, Ciudad en la que estamos, Fecha de Nacimiento

Numero de Respuestas Correcta: _____

C2 Voy a Leer en voz alta una lista de números, escuche con atención pues cuando termine, quisiera que usted me los repitiese en el mismo orden en que yo los he leído, por ejemplo, si yo digo 1,2, 3, usted me repetiría 1, 2, 3. Lea en voz alta los dígitos, al ritmo de uno por segundo, deténgase si el paciente se equivoca en algún punto:

6,7 (1) 2,5,3 (2) 6,3,8,2 (3) 5,7,3,6,1 (4) 4,3,9,5,2,8 (5) 1,7,9,5,3,2,4 (6)

C3 Voy a Leer algunos números más, sin embargo ahora va a repetirlos en orden Inverso, por ejemplo, si yo digo 1, 2, 3, usted responde 3, 2, 1

5,6 (1) 3,7,4 (2) 5,9,1,3 (3) 7,6,8,2,4 (4) 3,6,1,5,9,2 (5)

C4 Voy a leer en voz alta una lista de palabras, escuche con atención, pues cuando termine, quisiera que usted me repitiese el máximo número de palabras que pueda recordar, puede decirlas en cualquier orden, si usted no está seguro de si ha dicho una palabra, dígala por si acaso

TAMBOR, CORTINA CAMPANA CAFÉ COLEGIO PADRES LUNA JARDIN SOMBRERO GRANJERO NARIZ
PAVO COLOR CASA RIO

Numero de Respuestas Correctas _____/15

C5 Voy a decirle una letra y quisiera que usted me dijese el máximo de número de palabras que pueda en 30 segundos empezando con estas letras. Intenta evitar nombres propios, como nombres de personas, nombres de países, etc. Números o la misma palabra con una terminación diferente como, por ejemplo mesa, mesita, mesón, la letra es con C.

- Calcule 30 segundos usando un cronómetro y detenga el paciente cuando hayan transcurridos. Por favor, anota el número de palabras correctamente dichas en 30 segundos

Número de Respuestas Correctas:

Perspectiva Del Paciente En General

O1 Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente hasta en qué punto se siente limitado en su capacidad para trabajar



O2 Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente hasta en qué punto se siente limitado en su capacidad realizar sus actividades de la vida diaria



O3 Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente hasta en qué punto se siente limitado para pensar con claridad



O4 Se le enseñará una serie de caras, indique la cara, numero o descripción que refleje más adecuadamente hasta en qué punto se ha sentido satisfecho con el cuidado anestésico



Anexo 3 y 4.

Escala Aldrete Postanestésica

Realizar al momento de Decidir Egreso de la Unidad de cuidados Postanestésicos:

- | | | | |
|----------------------------|---|---|---|
| Movimiento de Extremidades | 2) Mueve 4 Extremidades | 1) Mueve 2 Extremidades | 0) Sin Movimiento |
| Estado de Conciencia | 2) Despierto | 1) Despierta ante estímulo | 0) No reacciona |
| Presión Arterial | 2) Menor de 20% de diferencia del Inicial | 1) 20-50% de diferencia del inicial | 0) Mayor al 50% de diferencia del inicial |
| Respiración | 2) Capaz de respiración profunda y toser | 1) Respiración superficial/ limitada/Disnea | 0) Apnea |
| Circulación | 2) Adecuada coloración de piel | 1) Palidez, piel marmoleada, otra | 0) Cianosis. |

Puntaje total Escala Aldrete al egreso de Unidad de Recuperación postanestésica.: _____

Escala Aldrete Modificada Postanestésica

Realizar al momento de Decidir Egreso de la Unidad de cuidados Postanestésicos:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| Movimiento de Extremidades | 2) Mueve 4 Extremidades | 1) Mueve 2 Extremidades | 0) Sin Movimiento |
| Estado de Conciencia | 2) Despierto | 1) Despierta ante estímulo | 0) No reacciona |
| Presión Arterial | 2) Menor de 20% de diferencia del Inicial | 1) 20-50% de diferencia del inicial | 0) Mayor al 50% de diferencia del inicial |
| Respiración | 2) Capaz de respiración profunda y toser | 1). Respiración superficial/ limitada/Disnea | 0). Apnea |
| Saturación Arterial (pulsioximetría) | 2) SaO ₂ >92% con aire ambiente | 1) Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ >90% | 0) SaO ₂ < 90% con O ₂ suplementario |

Puntaje total Escala Aldrete Modificada al egreso de Unidad de Recuperación postanestésica.: _____