



11202  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA 59  
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

DEMOSTRAR LA NECESIDAD DE  
INTEGRAR A LA ANESTESIOLOGÍA  
DENTRO DEL MARCO GENERAL DE LA  
ATENCIÓN PERIOPERATORIA

## TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA  
ESPECIALIDAD EN  
ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA

DRA. RAQUEL ELISA GONZÁLEZ VALLE

TUTOR DE TESIS: DR. JOSÉ C. ÁLVAREZ VEGA  
ASESOR DE TESIS: DR. RAÚL GUTIÉRREZ BRITO

MÉXICO, D.F. 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

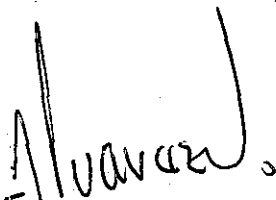
DEMOSTRAR LA NECESIDAD DE INTEGRAR A LA ANESTESIOLOGIA DENTRO DEL  
MARCO GENERAL DE LA ATENCIÓN PERIOPERATORIA

---



---

Dr. HEBERTO MUÑOZ CUEVAS  
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA



---

Dr. JOSE C. ALVAREZ VEGA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ANESTESIOLOGIA  
TUTOR DE TESIS



---

Dr. RAUL GUTIERREZ BRITO  
PROFESOR DEL CURSO DE ANESTESIOLOGIA  
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA  
HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA "Dr. JOSE G. PARRÉS"  
ASESOR DE TESIS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tenemos también la palabra profética más segura,  
a la cual haceis bien en estar atentos  
como a una antorcha que alumbra en lugar oscuro  
hasta que el día esclarezca  
y el lucero de la mañana salga en vuestros corazones.

2ª Pe 1:19

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## AGRADECIMIENTOS

---

Gracias Madre...

Por ese gran amor que te ha permitido brindarme apoyo y comprensión aún en los momentos más difíciles de mi vida, mil gracias mami por vivir conmigo esta hermosa realidad.

A mi hijo Arim.

Por tu dulzura y paciencia que me permitieron llegar hasta este final, que es un nuevo principio en nuestras vidas. Te quiero mucho amor.

A Armando.

Porque se lo difícil que te resulto este recorrido pero sobre todo por estar a mi lado al tomar esta decisión.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A Rocío.

Por el cariño y motivación constante que recibí pre, trans y post-residencia.

A mis amigas Jose, Elvis, Anita, Tía Edu porque en aquellos momentos difíciles las sentí siempre a mi lado y me dieron la fortaleza que necesitaba.

A la Dra. Guadarrama y al Dr. Gutiérrez Brito.

Por esa confianza que nunca dudaron en brindarme, gracias por lo que ahora recibo.

A la Dra. Araceli y a Olga.

Por compartir conmigo su más preciado tesoro.

Agradezco las atenciones y ayuda prestada por parte del Dr. Oscar Adrián Rivera Ramírez para la realización de esta tesis.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**INDICE.**

---

<b><u>TEMA</u></b>	<b><u>Pág.</u></b>
<b>Resumen.</b>	<b>1</b>
<b>Antecedentes.</b>	<b>4</b>
<b>Justificación.</b>	<b>16</b>
<b>Hipótesis.</b>	<b>17</b>
<b>Objetivo General.</b>	<b>17</b>
<b>Objetivos Específicos.</b>	<b>18</b>
<b>Criterios de Inclusión.</b>	<b>19</b>
<b>Criterios de Exclusión.</b>	<b>20</b>
<b>Tipo de Estudio.</b>	<b>21</b>
<b>Variables.</b>	<b>22</b>
<b>Material y Métodos.</b>	<b>23</b>
<b>Análisis Estadístico.</b>	<b>26</b>
<b>Resultados:</b>	
<b>Hospital General de México.</b>	<b>27</b>
<b>Hospital General de Cuernavaca.</b>	<b>31</b>
<b>Discusión.</b>	<b>35</b>
<b>Conclusión.</b>	<b>39</b>
<b>Anexo.</b>	<b>42</b>
<b>Cuadros.</b>	<b>43</b>
<b>Figuras.</b>	<b>45</b>
<b>Bibliografía.</b>	<b>52</b>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

DEMOSTRAR LA NECESIDAD DE INTEGRAR A LA  
ANESTESIOLOGIA DENTRO DEL MARCO GENERAL DE LA  
ATENCIÓN PERIOPERATORIA

---

RESUMEN.

*Objetivo:* El presente estudio pretende demostrar que existen argumentos suficientes para considerar como una NECESIDAD la integración de la anestesiología dentro del marco general de la atención médico-hospitalaria. *Material y Métodos:* Se aplicaron cuestionarios en dos hospitales de la Secretaria de Salud (Hospital General de México y Hospital General de Cuernavaca), dirigidos a pacientes y personal intrahospitalario. Se eligieron pacientes con un periodo postoperatorio menor de 48 horas para conocer su experiencia sobre la información recibida en torno a la técnica anestésica a la que serían sometidos, su impresión durante el periodo transanestésico, y si posteriormente recibieron la visita del anestesiólogo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



en el área de hospitalización. El aplicado al personal de salud fue para valorar su conocimiento sobre las actividades y capacidad del anestesiólogo, y conocer el grado de confianza depositado en él.

Resultados: En ambos hospitales casi la cuarta parte de los pacientes entrevistados habían recibido un procedimiento anestésico previo. Se constató que en ambos hospitales no existe un formato explícito de consentimiento informado; lo que trae como consecuencia el desconocimiento de los riesgos anestésicos por el paciente. En el Hospital General de México sólo el 20% de los pacientes refieren conocer los riesgos de la anestesia y en el Hospital General de Cuernavaca el 100% no los conocen. En el contacto previo a la cirugía, existe una marcada diferencia en los resultados, mientras en el Hospital General de México el 89% de los pacientes mencionan conocer al anestesiólogo, en el Hospital General de Cuernavaca el 55% no lo conoce antes de la cirugía. Del personal de salud entrevistado, en el Hospital General de México, el 18% considera que el

anestesiólogo tiene sólo actividades dentro del quirófano, el 50% piensa que no es apto para la atención perioperatoria, y el 100% refiere conocer sus actividades. En el Hospital General de Cuernavaca el 53% considera que el anestesiólogo esta capacitado para realizar actividades fuera del quirófano, el 70% piensa que es apto para la atención perioperatoria, y el 10% desconoce sus actividades. Conclusiones: Durante el periodo perioperatorio la relación anestesiólogo paciente en muchas de las ocasiones no existe y cuando esta ocurre no es trascendente para el paciente ya que en lugar de ser informado resulta ser informador. En su recuperación jamás espera que el anestesiólogo lo visite y mucho menos que mitigue su dolor. Llama la atención que persiste personal de salud con desconocimiento de nuestras actividades, nos circunscriben al quirófano y piensan que estamos subordinados a otros especialistas; sin embargo, consideran necesaria nuestra actividad como un servicio menos localizado y más integral.

ANTECEDENTES.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el umbral del siglo XXI la Anestesiología se encuentra ante varios retos, pero asimismo vislumbra nuevos caminos para su ejercicio en la práctica clínica.

En México la práctica anestésica sigue siendo considerada una "especialidad auxiliar del diagnóstico de apoyo" o "secundaria" y no como una especialidad troncal como es concebida en muchos países<sup>(23)</sup>, a pesar de que por su definición misma, sabemos que es una especialidad que brinda atención médica a pacientes que serán sometidos a procedimientos médico-quirúrgicos, obstétricos o de otra índole, en estado de inconsciencia, insensibilidad al dolor, al estrés emocional o a una combinación de los anteriores, producidos por la administración por distintas vías de sustancias farmacológicas, por lo que también se dedica al cuidado y protección de las funciones de sistemas

vitales como el nervioso central, el nervioso autónomo, el cardiovascular, el respiratorio, el hepato-renal y el hematopoyético con el propósito de mantener la estabilidad hemodinámica y la homeostasis del organismo humano en el período preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio. Además sus campos de aplicación se extienden al cuidado de pacientes que son sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, al tratamiento del dolor agudo y crónico y al manejo de enfermos graves en la unidad de cuidados intensivos<sup>(16,18)</sup>, lo que la cataloga como una de las especialidades más completas, haciendo su participación insustituible. Debemos también señalar la participación del anesthesiólogo como administrador de los recursos que convergen en el quirófano.<sup>(17)</sup> El panorama presentado continúa actualmente, y una de las razones es que sigue existiendo una desinformación para los aspirantes a residencias médicas, ya que desde su formación en la carrera de Medicina no tienen un acercamiento con la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

especialidad de anestesiología y en ningún momento de su preparación rotan por un servicio de anestesia, evitando el contacto estrecho con el conocimiento y la práctica de esta especialidad.<sup>(23)</sup>

Al no ser considerada troncal, la anestesiología no le brinda al aspirante de residencia médica el status social que le ofrecen las especialidades de cirugía, ginecología, medicina interna y pediatría; y erróneamente la circunscriben en el ámbito del quirófano.<sup>(13)</sup> Mas aún es de llamar la atención que el especialista quirúrgico se atreve a "sugerir" la técnica anestésica que convenga a sus intereses: restando con esto autoridad al anestesiólogo. Algo similar ocurre en las salas de recuperación en donde tienen mayor credibilidad las indicaciones del cirujano que las del mismo anestesiólogo, llegando incluso a ser pasadas por alto, cuando en la actualidad se cuenta con una norma técnica<sup>(16)</sup> que en el punto 11.4 señala: "La vigilancia del paciente en la unidad de Cuidados Postanestésicos es

responsabilidad y deberá proporcionarla un médico del servicio de anestesiología asignado al servicio de recuperación".

Es preocupante observar aún en fechas recientes que la relación anestesiólogo-paciente esta limitada al período transanestésico, esto es a la actividad dentro del quirófano. Aunque existen honrosas excepciones.<sup>(11)</sup> Causa por demás conocida que favorece este fenómeno es el insuficiente número de plazas para anestesiólogos que existen dentro de los hospitales.

Al no existir relación médico-paciente se refuerza la poca información que tienen los pacientes de la anestesiología y del actuar del anestesiólogo.<sup>(2,19,26)</sup>

En la bibliografía revisada los autores tras realizar diversos estudios refieren que la confianza de los pacientes hacia los anestesiólogos es

sumamente alta, aún sin saber si son médicos calificados o no.<sup>(1,3,4)</sup> Farnilli<sup>(5)</sup>, Lonsdale y Hutchison<sup>(6)</sup> mencionan que la mayoría de los pacientes prefieren se les dé información detallada incluyendo los riesgos y complicaciones asociados al procedimiento anestésico. También es referida la importancia de educar al público<sup>(19)</sup> sobre el término ayuno,<sup>(2)</sup> indagar sobre sus temores y contrarrestar la errónea idea que tienen sobre estos,<sup>(2,11)</sup> ejemplo típico es el dolor y lo que gira en torno al mismo.<sup>(5)</sup>

Sobre el consentimiento informado, Dobler<sup>(12)</sup> refiere que en septiembre de 1999 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, que sustituye a la norma técnica vigente hasta esa fecha, la cual describe la necesidad de recabar por escrito el consentimiento informado del paciente. Más que un simple documento, el Consentimiento Informado en la atención médica es un acto que se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

configura al proporcionarle al paciente o familiares responsables una información descriptiva y detallada en torno a la enfermedad, procedimientos diagnóstico-terapéuticos, opciones, complicaciones, secuelas o riesgos inherentes a dichos procedimientos; para que de una manera consciente, informada, responsable y con plena libertad decidan rechazar o aceptar los riesgos; este requisito se confirma en la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998 para la Práctica de la Anestesiología, ambas normas procuran el cumplimiento del derecho que asiste a los individuos de conocer los datos necesarios para tomar una decisión, lo que Araujo describe como autonomía.<sup>(19)</sup> Si bien es cierto que anteriormente esta información no era indispensable en la prestación de servicios de salud, con la nueva normatividad pudiera demandarse nulidad de contratos si el consentimiento por escrito señalado en la norma oficial no esta presente. Dado que el Código Civil señala la responsabilidad civil de tipo contractual, no informar al usuario de los posibles

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



riesgos ni obtener su consentimiento por escrito puede dar lugar a la exigencia de una indemnización aún cuando no exista negligencia, impericia o error técnico. Concluyendo, debido a que la práctica anestésica es considerada de alto riesgo<sup>(22,24)</sup> no esta exenta de verse involucrada en procesos médico-legales<sup>(20)</sup> por lo que es necesario incluir un formato de consentimiento informado de manera "obligatoria" en los documentos hospitalarios. Para Joy,<sup>(13)</sup> el consentimiento informado debe obtenerse en un entorno relajado, la figura 1 muestra el formato de consentimiento informado utilizado en la University of California en San Francisco.

Sil y Álvarez<sup>(11)</sup> en su artículo hacen mención sobre el impacto que producen las visitas preanestésicas y postanestésicas sobre la calidad de atención médica. Señalando, que al no realizar las visitas postanestésicas se pierde la oportunidad de detectar errores en el transanestésico y/o

complicaciones que ameriten tratamiento oportuno y eficaz.

Joy<sup>(13)</sup>, Marck<sup>(14)</sup> y Michael<sup>(15)</sup> explican sobre los médicos perioperatorios los cuales son anesthesiólogos y tienen la capacidad de vigilar a los pacientes en cada fase del período preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, y hacen énfasis de cómo esta función tiene beneficios notables en la calidad de atención y sobre los ahorros hospitalarios.

En Francia el rol del anesthesiólogo es más completo. Se llaman anesthesiste-reanimateur (anestésistas-reanimadores) y su papel comienza desde la consulta anestésica (realizada dos semanas antes de la cirugía) hasta la sala de cuidados postanestésicos o bien en la terapia intensiva.<sup>(8)</sup> Todos los pacientes, excepto urgencias, son vistos en un gabinete médico decente (como el de cualquier otra especialidad). Durante la consulta anestésica,

se auscultan, percuten y palpan a los pacientes; se revisan los diagnósticos quirúrgicos, es el anestesista el que continua o comienza un tratamiento contra infecciones o profilaxis de dolor, u enfermedades metabólicas, crónicas etc., o bien solicita inter-consultas con otras especialidades, además, él solicita los exámenes de laboratorio para la valoración preanestésica,<sup>(9)</sup> que se realiza un día antes de la cirugía (debido a que existe el programa operatorio de toda la semana en general), en este momento el anestesista tratante (no siempre es el mismo que realizó la consulta anestésica) verifica el estado de salud del paciente, confirma los exámenes de laboratorio y gabinete, verifica la posibilidad de infecciones previas clínicas o subclínicas, o bien cualquier anomalía. Se presenta con el paciente en su habitación y además de brindarle confianza y aclarar sus dudas, le plantea por segunda ocasión las posibilidades de transfusión, riesgos, su paso por la sala de cuidados postanestésicos o bien por la

sala de cuidados intensivos, el manejo del dolor postoperatorio, y beneficios de los tipos de anestesia, de tal forma que la técnica anestésica es elegida por el anesthesiólogo y el paciente. Existe un expediente para anestesia independiente del expediente de cirugía (no son hojas anexas). Posterior a la cirugía, el paciente pasa a una terapia intermedia (equipada como una terapia intensiva) seguido del paso a la sala de recuperación en donde en caso de estar intubado se extuba al paciente después de comprobar que no existen riesgos, se cuida mucho la hipotermia en adultos y no solo en niños, cabe mencionar que este punto es cuidado en el transoperatorio ya que se calienta al paciente y los líquidos administrados. Es también el transoperatorio donde se previene el dolor por lo que el paciente sale con un esquema antiálgico para el postoperatorio (manejo de la PCA patient control analgesia), nada de "PRN o a ver si le duele".

La sala de recuperación<sup>(10)</sup> sirve también como sala de recibimiento de urgencias quirúrgicas, y es un anesthesiólogo el asignado a esta área (en México el internista realiza esta función) el encargado de recibir a los traumatizados, quemados y toda aquella urgencia en posibilidad de operarse. Es el anesthesiólogo, junto con el equipo quirúrgico, quien decide el tratamiento del paciente, cuando se da de alta, y si pasa al piso o a la sala de reanimación (o terapia intensiva), la cual también esta manejada por un anesthesiólogo. No existen subespecialidades, todos los anesthesiólogos están capacitados para proceder y aplicar los procedimientos necesarios en cualquier tipo de cirugía.

En Francia el rol del anesthesiólogo es mas completo<sup>(8)</sup> abarca desde la terapia antiinfecciosa hasta el control del dolor postoperatorio, esto gracias a que maneja las técnicas de anestesia y medicina,<sup>(7)</sup> además de contar con la infraestructura propicia para su desarrollo.

Ser anesthesista-reanimateur en Francia es un status muy importante, cuentan con el respeto por demás del cirujano, enfermeras y demás colegas médicos, pero se lo han sabido ganar ya que hace 20 años su situación era similar a la que vivimos actualmente en México, supieron encontrar el lugar del anesthesista en todos los lugares.

La anestesiología ha ganado espacios, a sabido responder al explosivo desarrollo de la ciencia y tecnología que orientan a la práctica médica a horizontes sin precedentes.<sup>(19,25)</sup> No sólo participa en la ejecución de sofisticados estudios de gabinete, también asiste las unidades de clínica del dolor y cuidados intensivos. En países vanguardistas, se han creado las unidades de atención postanestésicas y las clínicas perioperatorias,<sup>(13)</sup> en donde el anesthesiólogo juega un papel importante. En México, resulta evidente la necesidad de integrar a la especialidad de

anestesiología dentro de las funciones hospitalarias como una práctica médica perioperatoria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN.

Erróneamente se ha pensado que la anestesiología sólo tiene aplicación dentro de un quirófano, mantener este concepto impide ofrecer invaluable beneficios al paciente que en algún momento de su vida llega a requerir un procedimiento anestésico. Permitir que el anestesiólogo "salga" a la consulta externa, no sólo favorecería la calidad en la atención médica, si no también, la reducción de costos en el medio hospitalario. El presente estudio pretende demostrar que existen argumentos suficientes para considerar como una NECESIDAD la integración de la anestesiología dentro de las funciones hospitalarias.

anestesiología dentro de las funciones hospitalarias como una práctica médica perioperatoria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN.

Erróneamente se ha pensado que la anestesiología sólo tiene aplicación dentro de un quirófano, mantener este concepto impide ofrecer invaluable beneficios al paciente que en algún momento de su vida llega a requerir un procedimiento anestésico. Permitir que el anestesiólogo "salga" a la consulta externa, no sólo favorecería la calidad en la atención médica, si no también, la reducción de costos en el medio hospitalario. El presente estudio pretende demostrar que existen argumentos suficientes para considerar como una NECESIDAD la integración de la anestesiología dentro de las funciones hospitalarias.



HIPÓTESIS.

No se realizó hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

OBJETIVO GENERAL.

Demostrar que existe la necesidad de integrar a la anestesiología dentro del marco general de la atención médico hospitalaria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

HIPÓTESIS.

No se realizó hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

OBJETIVO GENERAL.

Demostrar que existe la necesidad de integrar a la anestesiología dentro del marco general de la atención médico hospitalaria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Difundir la necesidad de integrar la materia de anestesiología en los programas de pregrado.

Difundir entre el personal de atención a la salud el papel del anesthesiólogo como "indispensable" en las funciones hospitalarias.

Remarcar la necesidad de que la anestesiología sea integrada como un servicio más de la consulta externa para divulgar ante los posibles usuarios la importancia de la práctica anestésica.

Justificar que la integración de la anestesiología en las funciones hospitalarias contribuye en el mejoramiento de la calidad de

atención médica y ahorro en los costos hospitalarios.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes:

- Con período postoperatorio menor de 48 horas.
- Sometidos a cirugía electiva general, plástica, gineco-obstétrica, ortopédica, urológica, cardiovascular y de otorrinolaringología.
- Que se encontraban en buenas condiciones clínicas.
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Con facultad para responder al interrogatorio.

atención médica y ahorro en los costos hospitalarios.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes:

- Con período postoperatorio menor de 48 horas.
- Sometidos a cirugía electiva general, plástica, gineco-obstétrica, ortopédica, urológica, cardiovascular y de otorrinolaringología.
- Que se encontraban en buenas condiciones clínicas.
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Con facultad para responder al interrogatorio.

Personal de salud:

- Médicos especialistas quirúrgicos de cirugía general, traumatología, gineco-obstetricia, urología, oncología y otorrinolaringología.
- Trabajadores sociales y personal del servicio de rayos X sin importar el grado académico.
- Que aceptarán participar en el estudio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes:

- Con periodo postoperatorio mayor de 48 horas.
- Sometidos a cirugía de urgencia.
- Que se encontraban en malas condiciones clínicas.
- Que no aceptaron participar en el estudio.
- Que requirieran de un intermediario para comunicarse

Personal de salud:

- Médicos especialistas quirúrgicos de cirugía general, traumatología, gineco-obstetricia, urología, oncología y otorrinolaringología.
- Trabajadores sociales y personal del servicio de rayos X sin importar el grado académico.
- Que aceptarán participar en el estudio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes:

- Con periodo postoperatorio mayor de 48 horas.
- Sometidos a cirugía de urgencia.
- Que se encontraban en malas condiciones clínicas.
- Que no aceptaron participar en el estudio.
- Que requirieran de un intermediario para comunicarse

Personal de salud:

- Médicos no quirúrgicos.
- Personal sin disponibilidad para realizar el estudio.

TIPO DE ESTUDIO.

- Clínico.
- Abierto.
- Transversal.
- Observacional.
- Descriptivo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Personal de salud:

- Médicos no quirúrgicos.
- Personal sin disponibilidad para realizar el estudio.

TIPO DE ESTUDIO.

- Clínico.
- Abierto.
- Transversal.
- Observacional.
- Descriptivo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

VARIABLES.

## Pacientes:

- Edad.
- Sexo.
- Escolaridad.
- Unidad Hospitalaria.
- Servicio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Personal de salud:

- Unidad Hospitalaria.
- Servicio.

## MATERIAL Y METODOS.

La investigación se realizó en dos hospitales de la Secretaría de Salud, Hospital General de México SS OD y Hospital General de Cuernavaca "Dr. José G. Parres", con la aprobación del Departamento de Enseñanza e Investigación de cada una de las unidades hospitalarias. Se realizó un estudio clínico, abierto, transversal, observacional y descriptivo dirigido a pacientes y personal de salud. Los mismos criterios y características del estudio fueron aplicados en ambos hospitales. A pacientes y personal de salud se les explicó el propósito de la investigación, obteniéndose con ello su consentimiento de participación.

En el Hospital General de México se visitó un total de 84 pacientes ( $n = 84$ ) que se encontraban distribuidos en el área de hospitalización de los siguientes servicios, Cirugía General (30), Gineco-Obstetricia (20), Traumatología (10), Urología (10),

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Otorrinolaringología (8) y Cardiología (6) (fig.2) cursando un periodo postoperatorio menor a 48 horas; la edad comprendida fue de 16 a 65 años.

En el Hospital General de Cuernavaca se visitó a 27 pacientes ( $n = 27$ ), distribuidos en el área de hospitalización de Cirugía General (12), Ginecología y Obstetricia (8) y traumatología (7) (fig.3), que cursaban un periodo postoperatorio menor a 48 horas; la edad comprendida fue de 16 a 63 años.

Todos los pacientes hablaban castellano. Se excluyeron del estudio pacientes que fueron intervenidos de urgencia; aquellos con un periodo postoperatorio mayor a las 48 horas, los que se encontraban en malas condiciones y los que no quisieron participar. Se aplicó un cuestionario dirigido a pacientes (Cuadro 1), con preguntas dicotómicas, dividido en tres secciones: preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio. Se recabaron los datos generales del paciente, como

edad, sexo y escolaridad; dividiendo este último en nivel básico (nula escolaridad y primaria), intermedio (secundaria y preparatoria) y superior (carrera técnica y licenciatura).

El personal de salud, en el Hospital General de México, se integro con: 50 especialistas de las ramas de Cirugía General (10), traumatología (10), Gineco-Obstetricia (10), Urología (10), Oncología (5) y Otorrinolaringología (5), 10 personas del Servicio de Radiología y 10 de Trabajo Social (fig.4); 32 enfermeras del área de recuperación en los servicios de Quirófanos Centrales (14), Gineco-Obstetricia (8), Pediatría (4), Otorrinolaringología (3), traumatología (3) y Oftalmología (3). (fig.5)

En el Hospital General de Cuernavaca se incluyeron 22 especialistas de las ramas de Cirugía General (5), Traumatología (5), Gineco-Obstetricia (10), Urología (1) y Oncología (1); 3 técnicos radiólogos y 5 trabajadoras sociales (fig.6). 50 Enfermeras del área de recuperación distribuidas en

Quirófano (25) y Toco-Cirugía (25) (fig.7). Se aplico un cuestionario dirigido al personal de salud, con preguntas dicotómicas divididas en dos secciones; la primera parte (Cuadro 2-A) dirigida a los médicos especialistas, personal de Radiología y Trabajo Social; y, la segunda parte (Cuadro 2-B) dirigida al personal de enfermería en el área de recuperación.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central (media y desviación estándar).

Quirófano (25) y Toco-Cirugía (25) (fig.7). Se aplico un cuestionario dirigido al personal de salud, con preguntas dicotómicas divididas en dos secciones; la primera parte (Cuadro 2-A) dirigida a los médicos especialistas, personal de Radiología y Trabajo Social; y, la segunda parte (Cuadro 2-B) dirigida al personal de enfermería en el área de recuperación.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central (media y desviación estándar).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN
------------------------------

RESULTADOS.Hospital General de México.

84 pacientes fueron encuestados ( $n = 84$ ), la edad promedio fue de 35 años (rango de 16-65) (fig.8). La distribución por sexos fue de 57 mujeres (68%) y 27 hombres (32%) (fig.9). La escolaridad agrupada por niveles fue: básico 17 pacientes (21%), intermedio 38 pacientes (44%) y superior 29 pacientes (35%) (fig.10).

Preoperatorio.

El 27% de los pacientes ya había recibido algún procedimiento anestésico. El 89% conoció al anesthesiólogo antes de la cirugía. El 100% refiere desconocer que puede elegir la técnica anestésica. Al 32% no se le explico la manera en que sería



anestesiado. Sólo el 20% recuerda ser informado de los riesgos y complicaciones anestésicas. El 100% no firma un documento de Consentimiento Informado para autorizar la anestesia. En cuanto al dolor postoperatorio el 100% piensa que lo trata el cirujano y nunca el anesthesiólogo; el 51% lo considera necesario en el proceso de curación y sólo el 48% piensa que se puede prevenir. Al 12% de los encuestados le suspendieron su cirugía.

#### Transoperatorio.

El anesthesiólogo se presentó con el 73% de los pacientes. La anestesia administrada al 68% de los pacientes fue la misma que les propusieron antes de la cirugía. El 29% no recibe explicación de lo que le harán para poder anestesiarlo. El 70% refiere miedo, además de angustia en un 25%; pero hubo un 30% que experimento confianza. El 93% considera que el trato brindado por el anesthesiólogo fue bueno.

Postoperatorio.

El 100% de los pacientes no recibió la visita del anesthesiólogo durante el postoperatorio y refieren les habría gustado.

Personal de Salud.

Se aplico un total de 70 cuestionarios ( $n = 70$ ), 50 especialistas quirúrgicos, 10 radiólogos y 10 trabajadores sociales. El 100% dijo conocer las actividades del anesthesiólogo. El 18% circunscribe sus actividades a el quirófano. El 52% respondió que la actividad del anesthesiólogo es suficiente. El 91% lo considera capaz de cubrir otras áreas. El 50% lo considera preparado para la atención perioperatoria, y el 71% considera que no puede contribuir en la Medicina Preventiva. En cuanto a lo que piensan del anesthesiólogo, el 51% refiere que está a las ordenes

del cirujano; el 100% no considera sencilla la actividad del anesthesiologo; El 98% lo considera capacitado para maniobras de resucitacion, y el 88% piensa que se supera constantemente. El 100% refiere que la actividad del anesthesiologo es importante, que le gustaria tuviera actividades fuera del quirófano y que no lo podria sustituir con otro personal.

32 enfermeras del area de recuperacion fueron entrevistadas (n = 32). 14 de Quirófanos Centrales, 8 de Gineco-Obstetricia, 4 de Pediatria, 3 de Otorrinolaringologia / Traumatologia y 3 de Oftalmologia. El 100% refiere que el anesthesiologo visita al paciente antes de ser operado y que entrega al paciente en el area de recuperacion. El 94% del personal de enfermeria recibe indicaciones del anesthesiologo para el tratamiento del paciente, y el 100% considera necesaria la presencia de un anesthesiologo en el area de recuperacion.

Hospital General de Cuernavaca.

Fueron encuestados 27 pacientes (n = 27), la edad promedio fue de 34 años (rango de 16-63) (fig.11). La distribución por sexos fue 13 mujeres (48%) y 14 hombres (52%) (fig.12). La escolaridad por grupos fue, básico 10 pacientes (37%), intermedio 11 pacientes (41%) y superior 6 pacientes (22%). (fig.13)

Preoperatorio.

El 26% de los pacientes ya había recibido algún procedimiento anestésico. El 55% no conoce al anesthesiólogo antes de ser operado. El 100% desconoce que puede elegir la técnica anestésica. Al 48% no se le explico la manera en que sería anestesiado. Al 100% no se le explican los riesgos y complicaciones anestésicas, y no firman un documento de Consentimiento Informado para autorizar la

anestesia. En cuanto al dolor postoperatorio el 93% piensa que lo trata el cirujano; el 7% que lo trata el anesthesiólogo; el 89% lo considera necesario en el proceso de curación y sólo el 22% piensa que se puede prevenir. Al 25% de los encuestados le suspendieron su cirugía.

#### Transoperatorio.

El anesthesiólogo se presentó con el 51% de los pacientes. La anestesia administrada al 51% de los pacientes fue la misma que les propusieron antes de entrar al quirófano. El 59% no recibe explicación de lo que le harán para poder anestesiarlo. El 89% refiere angustia, además de miedo en un 44%; y sólo un 3% experimento confianza. El 85% considera que el trato brindado por el anesthesiólogo fue bueno.

### Postoperatorio.

Sólo el 4% de los pacientes recibió la visita del anesthesiólogo durante el postoperatorio y el 100% refieren que les habría gustado los visitaran.

### Personal de Salud.

Se aplico un total de 30 cuestionarios (n = 30), 22 especialistas quirúrgicos, 3 radiólogos y 5 trabajadoras sociales. El 10% no conoce las actividades del anesthesiólogo. El 46% circunscribe sus actividades a el quirófano. El 50% respondió que la actividad del anesthesiólogo es suficiente. El 43% lo considera capaz de cubrir otras áreas. El 70% lo considera preparado para la atención perioperatoria, y el 73% considera que no puede contribuir en la Medicina Preventiva. En cuanto a lo que piensan del anesthesiólogo, el 73% refiere que esta a las ordenes del cirujano; el 100% no considera sencilla la

actividad del anesthesiólogo; el 96% lo considera capacitado para maniobras de resucitación, y el 97% piensa que se supera constantemente. El 100% refiere que la actividad del anesthesiólogo es importante; al 53% no le interesa que tenga actividades fuera del quirófano; y el 100% no lo podría sustituir con otro personal.

50 enfermeras del área de recuperación fueron entrevistadas (n=50). 25 de Quirófanos y 25 de Toco-cirugía. El 74% refiere que el anesthesiólogo no visita al paciente antes de ser operado, el mismo porcentaje no reciben indicaciones para el tratamiento postanestésico. Sólo el 24% entrega al paciente en el área de recuperación. El 100% refiere que no existe un anesthesiólogo en el área de recuperación. En caso de emergencia, el 96% recibe apoyo del anesthesiólogo que trato al paciente. El 100% considera necesaria la presencia de un anesthesiólogo en el área de recuperación.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**DISCUSIÓN.

Es decepcionante que el anesthesiologo no sea relevante para el paciente durante su atención médica. Resulta evidente que la relación que existe entre anesthesiologo y paciente es insuficiente. Debe mencionarse que el cuestionario tuvo que ser dirigido y que el motivo de elegir un periodo postoperatorio menor de 48 horas fue para evitar el sesgo del olvido. Sin embargo, en el Hospital General de México aún cuando se realizan las valoraciones preanestésicas a todo paciente programado para cirugía, un 11% refirió no haber sido valorado, esto por desconocimiento del paciente de quién es la persona que lo interroga en ese momento. El paciente conoce la importancia de brindar toda la información posible, pero desconoce que debe recibir una amplia información entorno a los riesgos y complicaciones de la anestesia, mucho menos imagina que puede elegir, decidir y autorizar su técnica anestésica. Llama la atención que en el



Hospital General de Cuernavaca no se realizan valoraciones preanestésicas.

Esperaríamos que durante el periodo transanestésico se ofreciera confianza, seguridad y bienestar al paciente, no obstante detectamos que con frecuencia el anesthesiólogo no se presenta ante el paciente, ni da una explicación que conforte y facilite la maniobra anestésica, prueba de ello es el alto indice de miedo y angustia que el paciente experimenta. Existe un 30% en el Hospital General de México y un 3% en el Hospital General de Cuernavaca que experimentó confianza, lo cuál indica que somos capaces de modificar dichas sensaciones. A pesar de todo el paciente califica como bueno, en un alto porcentaje, el trato brindado por el anesthesiólogo.

La mayoría de los pacientes sabe que es función del anesthesiólogo evitar, disminuir o eliminar el dolor, pero sólo durante la cirugía, jamás en su recuperación, de ahí que en el área de

hospitalización aunque no le sea agradable considera al dolor como parte de su recuperación, duda que se pueda prevenir y espera sea el cirujano quién se haga cargo del tratamiento. Todos los pacientes coinciden en lo gratificante que sería el seguimiento postoperatorio del anesthesiólogo. Falta investigar en que medida la valoración preanestésica disminuiría la incidencia de la cirugía suspendida.

Aún cuando el personal de salud dice conocer las actividades del anesthesiólogo, un alto porcentaje lo considera con actividades exclusivas del quirófano, esta opinión se ve acentuada en el Hospital General de Cuernavaca, en donde además un alto porcentaje opina que el anesthesiólogo esta a las órdenes del cirujano. En general, el personal de salud reconoce el trabajo del anesthesiólogo como importante e insustituible, y refieren gran interés y confianza en incluirlo en las funciones hospitalarias para recibir apoyo en el manejo integral del paciente.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

El servicio de enfermería demanda mayor atención para el paciente, además de la presencia permanente de un anestesiólogo en el área de recuperación, ya que un mínimo porcentaje se ve favorecido.

CONCLUSIÓN.

Tendremos que hacer un análisis minucioso acerca de la falla real que se detecto en el presente estudio. Es decir, somos los anestesiólogos los que privamos al paciente de una atención personal y humanitaria en cuanto a información se refiere, o es el sistema en el que nos desarrollamos.

Se debe considerar la elaboración de un perfil de atención que permita ofrecer un servicio integral y menos localizado. Requerimos de un programa, espacio, tiempo y personal, que nos permita distribuirnos en las diferentes actividades, una área física para la valoración preanestésica, el tiempo necesario para ofrecer una adecuada información y obtener una firma de consentimiento informado, realizar las visitas postanestésicas y dar tratamiento a lo que resulte necesario, haciendo prioritaria nuestra participación en la profilaxis y alivio del dolor postoperatorio; debe de

incrementarse el número de anestesiólogos para no afectar la programación quirúrgica. Idealmente no debemos realizar un procedimiento anestésico seguido de otro, y en caso de ocurrir, cada sala deberá contar con dos anestesiólogos para que al finalizar un procedimiento, un anestesiólogo se aboque al traslado del paciente a recuperación, en tanto el segundo anestesiólogo ingrese al siguiente paciente al quirófano. No debe faltar un anestesiólogo en el área de recuperación.

Un punto que posiblemente genere controversias es nuestra participación como educadores, informando sobre la anestesiología y las actividades del anestesiólogo, brindando difusión clara y sencilla con trípticos, boletines, videos y sesiones organizadas en grupo con la colaboración de trabajo social.

Es indudable que este panorama ofrece beneficios invaluableles al paciente, pues una explicación

adecuada disminuye la ansiedad; debemos recordar que todo ser humano tiene derecho a tomar sus propias decisiones. Además, un documento de Consentimiento Informado siempre nos brindará seguridad como profesionales. Educar al paciente sobre el dolor y participar en el control del mismo disminuye el tiempo de recuperación y estancia hospitalaria.

Tenemos que luchar contra corriente, primero cambiar la mentalidad mexicana en general, segundo la falta de recursos, dos grandes paredes que harán muy difícil la escalada.

Sin embargo, confiamos que nuestra petición se vea favorecida, mientras esto ocurre, estamos obligados a mejorar la atención perioperatoria que ofrecemos al paciente en la medida de nuestras posibilidades.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ANEXO.**

**CUADRO 1. CUESTIONARIO APLICADO A LOS PACIENTES.**

Datos Generales: Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_  
 Unidad Hospitalaria \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

**Preanestésico. (Antes de la operación)..**

	Si	No
1) Es la primera vez que recibe un procedimiento anestésico.	( )	( )
2) Antes de la cirugía conoció al anestesiólogo .	( )	( )
3) Le sugirieron que puede usted elegir la manera de ser anestesiado.	( )	( )
4) Le explicaron de que manera lo anestesiarían para ser operado.	( )	( )
5) Le informaron sobre los posibles riesgos y complicaciones de la anestesia	( )	( )
6) Firmo algún documento de consentimiento informado para autorizar la anestesia.	( )	( )
7) Después de la operación, piensa usted que el dolor :		
a) Lo trata el cirujano.	( )	( )
b) Lo trata el anestesiólogo.	( )	( )
c) Es necesario en el proceso de su curación.	( )	( )
d) Se puede prevenir.	( )	( )
8) Suspendieron su cirugía por algún motivo.	( )	( )

**Transanestésico. (Dentro del Quirófano).**

	Si	No
1) Se presento con usted el anestesiólogo.	( )	( )
2) La anestesia que recibió es la misma que le propusieron antes de entrar al quirófano.	( )	( )
3) El anestesiólogo le explico lo que le haría para poder anestesiarlo.	( )	( )
4) En el quirófano tuvo alguna de las siguientes sensaciones:		
a) Miedo.	( )	( )
b) Angustia.	( )	( )
c) Confianza.	( )	( )
5) Considera que el trato brindado por el anestesiólogo fue:		
a) Bueno.	( )	( )
b) Malo.	( )	( )

**Postanestésico. (Después de la operación).**

	Si	No
1) Lo visito el anestesiólogo después de la cirugía.	( )	( )
2) Le habría gustado que lo visitara el anestesiólogo.	( )	( )



**CUADRO 2-A. CUESTIONARIO APLICADO AL PERSONAL DE SALUD.**

Unidad Hospitalaria \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

	Si	No
1) Conoce las actividades del anestesiólogo.	( )	( )
2) El anestesiólogo tiene únicamente actividades en el quirófano.	( )	( )
3) Creé que la actividad del anestesiólogo es importante.	( )	( )
4) La actividad que realiza el anestesiólogo es suficiente.	( )	( )
5) Le interesaría que el anestesiólogo tuviera actividades fuera del quirófano.	( )	( )
6) Creé que el anestesiólogo podría cubrir otras áreas.	( )	( )
7) Creé que el anestesiólogo esta preparado para la atención del paciente pre-trans y postoperatorio.	( )	( )
8) Podría sustituir al anestesiólogo con otro personal del quirófano.	( )	( )
9) El anestesiólogo podría contribuir en la medicina preventiva.	( )	( )
10) Qué piensa del anestesiólogo.		
a) Esta a las ordenes del cirujano.	( )	( )
b) Su especialidad es sencilla.	( )	( )
c) Esta capacitado para maniobras de resucitación.	( )	( )

**CUADRO 2-B. CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA SALA DE RECUPERACIÓN.**

Unidad Hospitalaria \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_

	SI	NO
1) El anestesiólogo visita al paciente antes de ser intervenido quirúrgicamente.	( )	( )
2) Recibe indicaciones del anestesiólogo para el tratamiento del paciente.	( )	( )
3) Habitualmente el anestesiólogo entrega al paciente en recuperación.	( )	( )
4) Existe un anestesiólogo asignado exclusivamente a la sala de recuperación.	( )	( )
5) En caso de emergencia recibe apoyo inmediato del anestesiólogo que trato al paciente.	( )	( )
6) Considera necesaria la presencia permanente del anestesiólogo en la sala de recuperación.	( )	( )



**UCSF STANFORD HEALTH CARE**

UCSF Medical Center San Francisco, CA     UCSF/Mount Zion Medical Center San Francisco, CA

NUMERO PROGRESIVO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA LA ANESTESIA**

SITIO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ autorizamos) (el paciente o la persona responsable) la administración de anestésicos bajo la dirección de un médico miembro del Department of Anesthesia de la University of California San Francisco. Se me ha explicado la administración del anestésico y acepto permitir una o más de las formas siguientes de anestesia como la más adecuada para la técnica para el procedimiento:

- ANESTESIA GENERAL: con agentes intravenosos y gases inhalados que me originarán inconsciencia
- ANESTESIA REGIONAL: anestesia cerca de grandes nervios que temporalmente harán que pierdan las sensaciones de dolor en algunas zonas de mi cuerpo: epidural/raquídea, en el caso de anestesia posoperatoria
- ANESTESIA LOCAL: con agentes locales, con sedantes endovenosos o sin ellos

Si no es satisfactoria la anestesia regional o local, acepto que se me administren anestésicos generales

Entiendo que durante el curso de la anestesia/operación pueden surgir cambios imprevistos en mi estado clínico que obliguen a modificaciones de la atención que se me brinda. En ese caso el anestesiólogo actuará como guardián de mis intereses, teniendo como prioridad mi seguridad.

Estoy consciente de que es imposible garantizar los resultados de la administración de los anestésicos a mi persona. Entre los efectos adversos frecuentes están náuseas y vómitos, cefalea, dorsalgia, faringitis o ronquera, adolorimiento muscular e hinchazón de tejidos blandos. Además, incluso la cirugía menor puede conllevar peligros anestésicos graves e imprevistos, estos riesgos y complicaciones son aunque no exclusivamente: daño de ojos, boca, dientes o cuerdas vocales, neumonía, insensibilidad, sueños o recuerdos de sucesos transoperatorios, dolor o parálisis, lesión de venas, arterias, hígado, o riñones, reacciones medicamentosas adversas y en casos raros daño cerebral permanente, ataque al corazón, accidentes cerebrales o muerte. Estos posibles riesgos también los puedo sufrir con cualquiera de las anestésicas, general, regional o local

Certifico hasta donde tengo entendimiento, que he señalado al anestesiólogo que ha obtenido este consentimiento, los siguientes puntos:

- Todas las enfermedades graves que he sufrido
- Todas las anestésicas que he recibido anteriormente y sus complicaciones, hasta donde llega mi entendimiento.
- Cualquier alergia a medicamentos que sufro.
- Todos los fármacos que recibí el año anterior (12 meses anteriores), y que he respondido con la verdad a todas las preguntas adicionales planteadas por el anestésico.

También me han sido explicadas la naturaleza y la finalidad de la asistencia anestésica. He tenido la oportunidad de plantear preguntas y todas han sido resueltas. Entiendo que puedo retractarme y anular este consentimiento en cualquier momento antes de administrar el anestésico que haya escogido.

En el caso de embarazadas: entiendo que los anestésicos cruzan la placenta y anestesian temporalmente al feto. Son muy raras las complicaciones que éste sufre por anestesia durante el embarazo, pero entre los riesgos están (no exclusivamente) de fetos congénitos, trabajo de parto prematuro, lesión cerebral permanente y muerte.

Firma del paciente o persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de la persona encargada de la atención preoperatoria (en letras de molde) \_\_\_\_\_ Num. de identificación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Todas las dudas se esclarecieron y el paciente acepta el plan anestésico. También se han revisado los datos de interrogatorio, exploración física y del consentimiento informado.

Clase de ASA (rodear con círculo) (estado físico):    I    II    III    IV    E

Firma del anestesiólogo encargado del paciente \_\_\_\_\_ Num. de identificación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fig. 1. Forma de consentimiento para la anestesia. (Cortesía de University of California San Francisco Medical Center, San Francisco, CA.)

FIGURA 2.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SERVICIO.

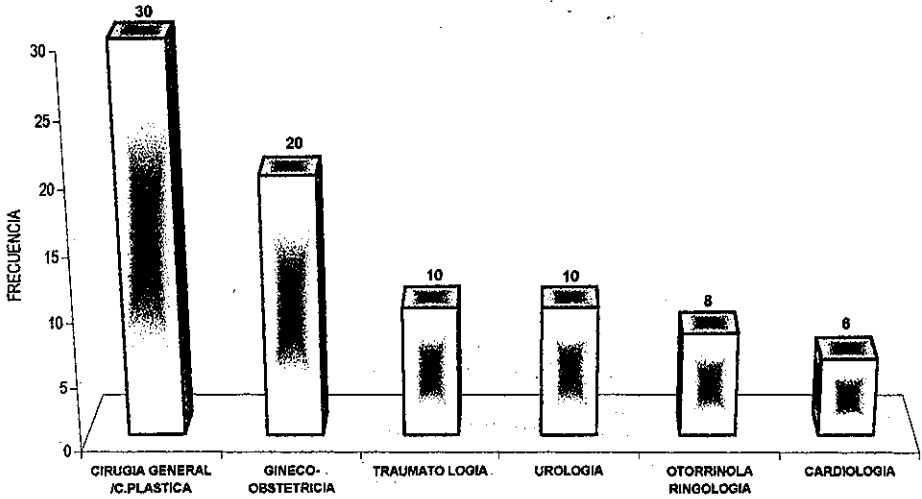
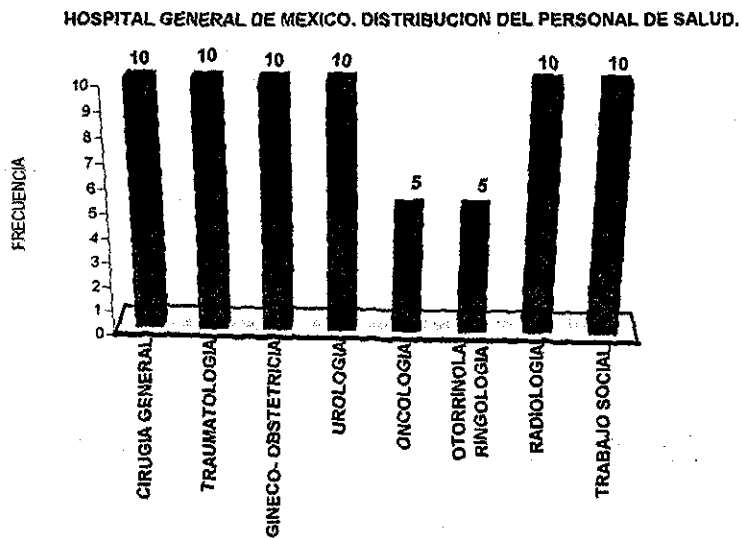


FIGURA 3

HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SERVICIO



FIGURA 4



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 5

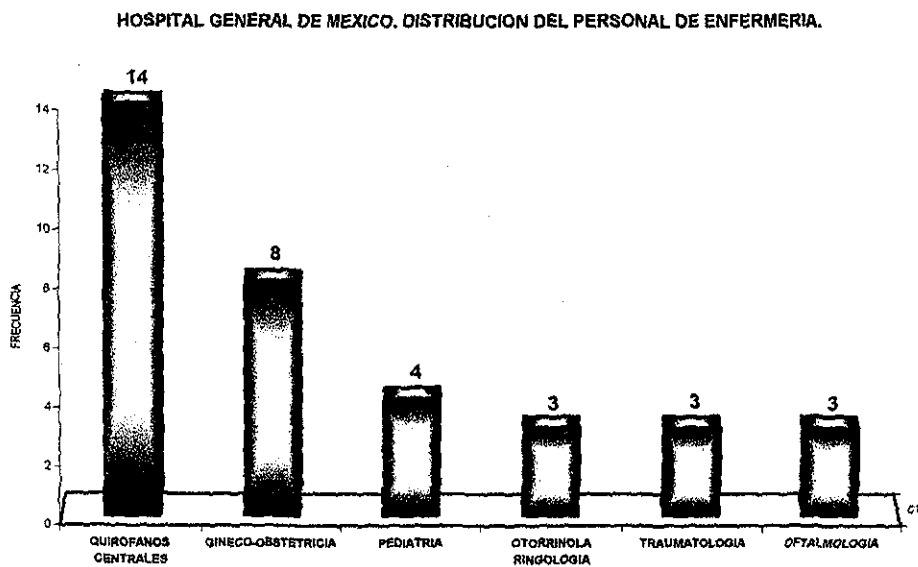


FIGURA 6.

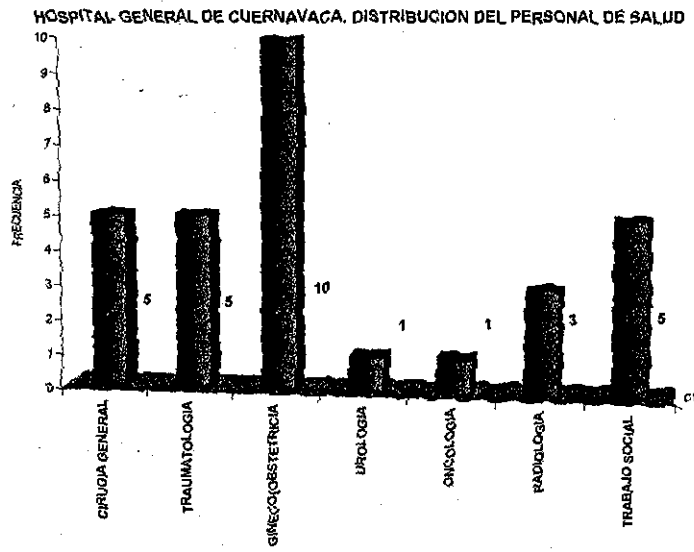


FIGURA 7

HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA. DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.

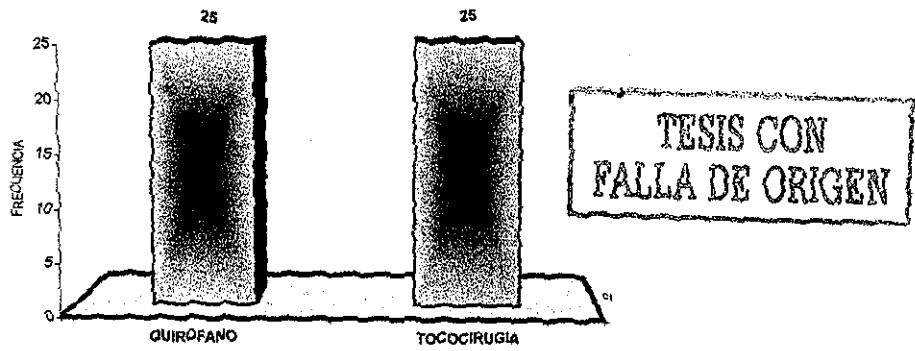


FIGURA 8

HOPITAL GENERAL DE MEXICO DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD.

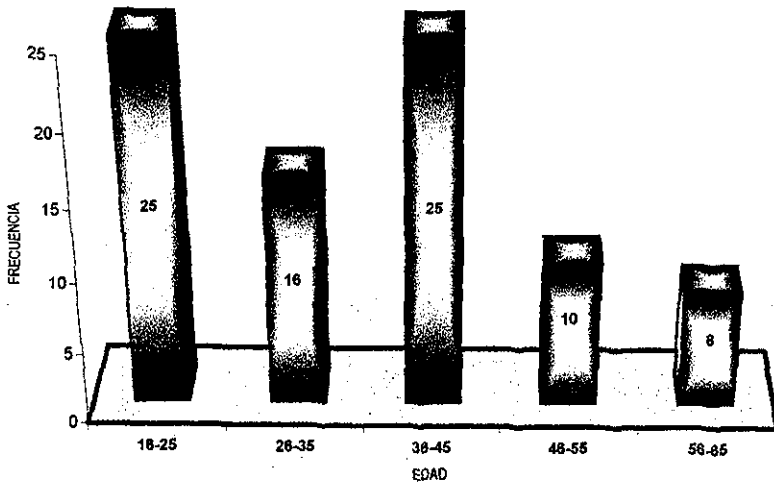
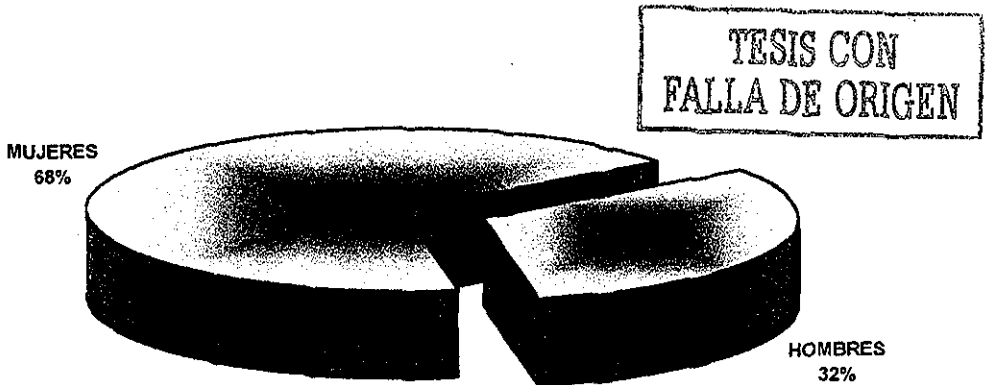


FIGURA 9.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO.



ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA

FIGURA 10

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. ESCOLARIDAD DE PACIENTES AGRUPADOS  
POR NIVELES

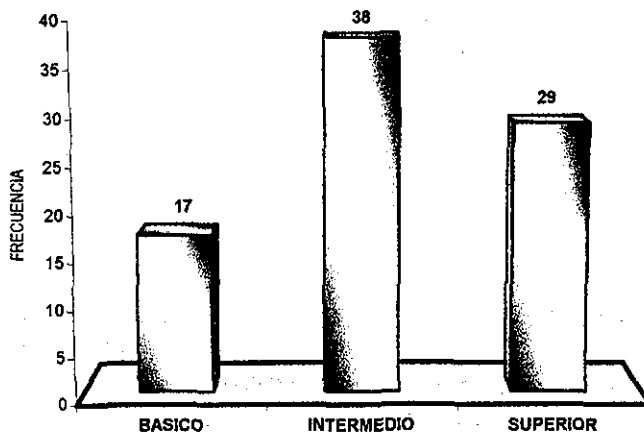


FIGURA 11

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA. DISTRIBUCION DE PACIENTES  
POR EDAD.

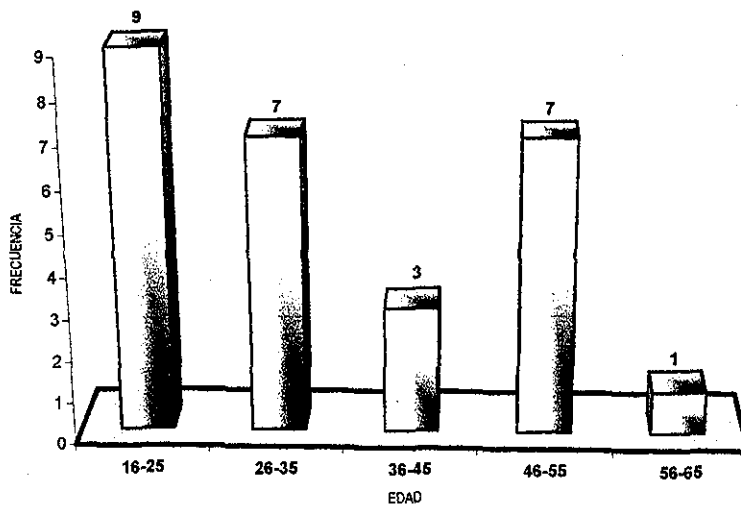
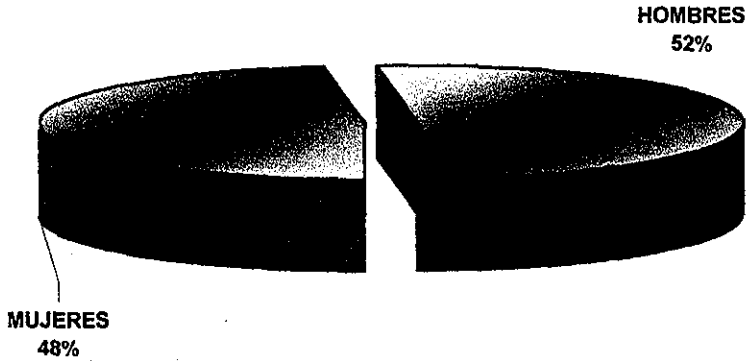


FIGURA 12

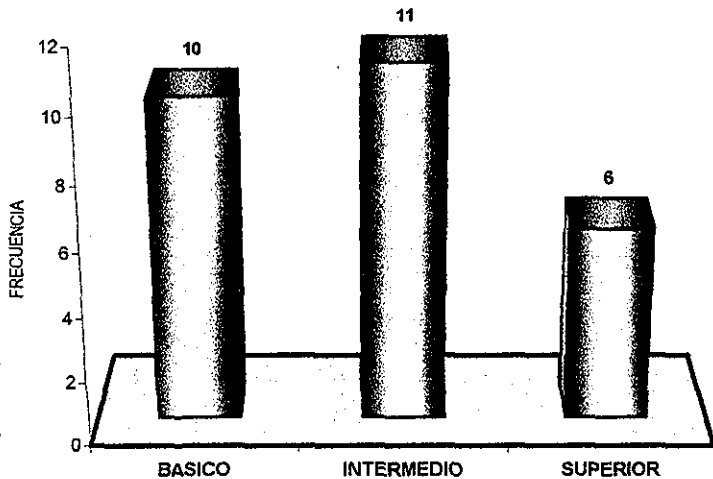
HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIGURA 13

HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA. ESCOLARIDAD DE PACIENTES AGRUPADA POR NIVELES.





## **BIBLIOGRAFÍA**

1. J. Eldor. Anaesthesia and public image. *Anaesthesia*, March 1995; 50:270-271.
2. Hume MA, Asbury AD. Forum: Patient's Knowledge of Anaesthesia and Perioperative Care. *Anaesthesia* 1994; 49:715-718.
3. Ali S, Vivekanaandan P, Tierney E. Patient's perception of the anaesthetist and anaesthesia. *Anaesthesia* 1994; 49:644-645.
4. Swinhoe et al. They are not proper doctors, are they?. *Anaesthesia* 1994; 49:165-166.
5. D. Farnill, PhD, MAPsS. et al. Patients' desire for information about Anaesthesia: Australian attitudes. *Anaesthesia*. 1993; 48:162-164.
6. Landsdale M. Hutchison Gl. Patients' desire for information about Anaesthesia: Scottish and Canadian attitudes. *Anaesthesia* 1991; 46:410-412.
7. F. Clergue et P. Guerin. La Qualite en Anesthesie. Journées d' Enseignement Post-Universitaire d' Anesthesie et reanimation. Hôpital Pitié-salpêtrière, Paris. 1997; 7-18, 21-32, 53-60.
8. Aubrun, Frederic. Imperatifs liés aux conditions particulieres d' exercice de l'anesthesie. Anesthesie- Reanimation- Urgences. Université Paris VI- Medecins du Monde. 1994; 1:34-42.
9. C. Meningaux. La consultation préanesthesique, C. Meningaux. Anesthesie- Reanimation- Urgences. Université Paris VI- Medecins du Monde. 1994; 1:49-62.
10. F. Bonnet, G. Dhonneur, L. Mereadal. Organization d' une sale de réveil. Anesthesie- Reanimation- Urgences. Université Paris VI- Medecins du Monde. 1994; 1:165-169.

11. Edmundo Alvarado Sil, José Álvarez Vega. Visitas pre y postanestésicas: elementos esenciales en la calidad de atención. Experiencia en el Hospital General de México SS. Revista Mexicana de Anestesiología 2000; 23:11-15.
12. Irving F Dobler López. El expediente clínico y el consentimiento informado. Aspectos legales y éticos. Revista Médica del IMSS 2000; 38:337-339.
13. Joy C. Gathe-Ghermay, MD y Linda L. Liu, MD Programas preoperatorios en Anestesiología. Clínicas de Anestesiología de Norteamérica. 1999; 2:343-362.
14. Marck E. Koch, Rosanne Guiannuzzi y Robert C. Revisión de la Anestesiología en el consultorio. Clínicas de Anestesiología de Norteamérica. 1999; 2:405-416.
15. Michael A. Gropper, Steven J. Lisco. El movimiento hospitalista: ¿Hay sitio para el anestesiólogo?. Clínicas de Anestesiología de Norteamérica. 1999; 2:459-467.
16. Uriah Guevara López. ¿Son necesarias las normas?. Boletín del Colegio Mexicano de Anestesiología, A.C., 1999; 2:1-8.
17. Eduardo Zinker Espino, José Álvarez Vega. Costos en Anestesia. Farmacoeconomía. Revista Mexicana de Anestesiología, 1998; 21:182-189.
18. Lineamientos Normativos para la Práctica de la Anestesiología en México. Revista Mexicana de Anestesiología, 1995; 18:154-159.
19. Margarita Araujo Navarrete. Ciencia y conciencia. Ética en Anestesiología. Revista Mexicana de Anestesiología. 1995; 18:125-128.

20. Gonzalo Moctezuma Barragán. Las responsabilidades en el Ejercicio Profesional de la Medicina. Revista Mexicana de Anestesiología. 1995; 18:43-48.
21. Ma. Elena I. Andrade Mendoza, Sara Gutiérrez Decor y Col. Mortalidad Perioperatoria en un Hospital General Regional. Revista Mexicana de Anestesiología. 1993; 16:193-198.
22. Moisés Mendoza Cervantes. Propuesta para la verificación de una lista de procedimientos básicos en Anestesiología. Revista Mexicana de Anestesiología. 1991; 14:50-52.
23. Uriah Guevara López. Realidades y Perspectivas de la Anestesiología en México. Revista Mexicana de Anestesiología; Vol.13,1, enero-marzo 1990.
24. Armando Fortuna. El Error en Anestesiología. Revista Mexicana de Anestesiología. 1990; 13:105-106.
25. Uriah Guevara López. La necesidad de modificar la curricula de la especialidad de Anestesiología. Revista Mexicana de Anestesiología. 1989; 12:115-116.
26. Arnubio Vanegas, et al. Relación Anestesiólogo Paciente. Revista Colombiana de Anestesiología Octubre-Diciembre, 1985; 13(4):353-361.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**