

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**

FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA , NUTRICIÓN Y  
TECNOLOGÍA MÉDICA

POST GRADO EN GESTIÓN DE CALIDAD Y AUDITORIA MÉDICA



**TRABAJO DE ESPECIALIDAD**

**TÍTULO:** EVALUACIÓN DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN  
DE ANESTESIA EN EL HOSPITAL OBRERO N° 1  
SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE

**AUTOR:** Dr .Fidel Segales Pabón

**TUTOR :** Ing. Oscar Ramiro Loayza Salgueiro

La Paz - Bolivia

2009

# ÍNDICE

	Pag.
Introducción .....	1
Planteamiento del problema.....	1
Pregunta de investigación.....	2
Objetivo general .....	2
Objetivos específicos.....	3
Justificación.....	3
Antecedentes.....	5
Marco teórico.....	8
Hipótesis.....	21
Variables.....	21
Operacionalización de variables.....	22
Diseño metodológico ,tipo de estudio.....	24
Universo.....	24
Muestra.....	24
Criterios de inclusión y exclusión.....	25
Delimitación geográfica.....	25
Delimitación temporal.....	26
Fases o pasos metodológicos.....	26
Análisis de datos.....	28
Cuestiones administrativas.....	28

Cuestiones éticas.....	29
Cronograma.....	29
Presupuesto.....	29
Bibliografía.....	31
Anexos, encuesta y tabla de datos.....	35

# CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN LA PRESTACIÓN DE ANESTESIA EN EL HOSPITAL OBRERO Nº 1 SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE

## I.-INTRODUCCIÓN

La evaluación de la calidad en la atención en servicios en salud es un tema que ya tiene varios años en su práctica, este tipo de actividades busca sobre todo una mejora constante en esta prestación de servicios. En el caso de la especialidad de Anestesiología también se ha incursionado en esta actividad ya que todas las actuaciones alrededor de la anestesia pueden influir de manera importante en el resultado de las terapéuticas realizadas como son los procedimientos quirúrgicos cuyo beneficiario directo es el paciente, el profesional de la especialidad en cuanto a la satisfacción del logro obtenido, la institución cuya finalidad es brindar una atención en salud de calidad. Por estas consideraciones es que se hace pertinente plantear este trabajo que busca determinar las características de la calidad en la prestación de anestesia en uno de los más importantes centros hospitalarios de la Caja Nacional de Salud.

En base a experiencias ajenas y referencias bibliográficas es que se plantea la realización de este trabajo mediante la aplicación de una encuesta realizada al paciente, método que ya ha sido utilizado en otros centros.

En cuanto a los resultados que podrían darse ya la literatura nos ilustra cuales son los problemas más frecuentes en el paciente post operado y post anestesiado, lo que se realizará con los resultados a obtener es plantear soluciones a corto y mediano plazo con su posterior seguimiento y evaluación.

## II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prestación de anestesia es un acto médico que conlleva la consideración de varios factores antes, durante y después de realizado, que se los puede sistematizar en infraestructura, implementación de materiales, insumos, recursos humanos profesionales médicos y paramédicos, pacientes, patología asociada y familiares.

Este acto médico al igual que los otros de la atención médica en general es y debe seguir siendo motivo de evaluación permanente, este trabajo busca evaluar las características que tiene esta prestación de atención en el contexto actual aplicando conceptos de calidad a través de la percepción del paciente que en cierta forma se constituye en una segmentación de los factores que

influyen en la prestación de anestesia , planteándome para una siguiente etapa la realización de una auditoria integral del Servicio de Anestesiología que abarque la infraestructura, organización, manuales y protocolos su implementación, equipamiento de máquinas y monitores de anestesia, mantenimiento y reposición oportuna, existencia y reposición oportuna de insumos y material de anestesia , y farmacológico en general, recursos humanos médicos y paramédicos con especial atención en la auditoria del acto médico anestésico.

La calidad de la prestación de anestesia interesa a prácticamente toda la población en este caso a la asegurada a la C.N.S que esta expuesta a ser sometido a algún procedimiento anestésico, este trabajo es de mayor aplicación a los asegurados que ya tienen indicación quirúrgica con anestesia. También afecta al entorno familiar de los pacientes, al personal profesional y de apoyo involucrados en la atención de estos pacientes.

La calidad de atención debe contribuir a disminuir la morbi mortalidad y mejorar el confort y la satisfacción de los pacientes que reciben prestación de anestesia en sus diferentes modalidades por diferentes patologías o indicaciones.

Como ya se mencionó son varios los factores relacionados a la calidad de la prestación de anestesia, entre los mas importantes y críticos se puede mencionar maquinas y monitores adecuados para cada procedimiento, personal suficiente tanto médico como de apoyo, insumos y fármacos adecuados para cada caso y la infraestructura.

## II.1.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Cuales son las características de la calidad de prestación de anestesia en el Hospital Obrero N ° 1 de la ciudad de La Paz durante el año 2010 según la percepción del paciente.

## III.-OBJETIVOS

### III.1.-OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de la calidad en la prestación de anestesia en el Hospital Obrero N °1 de la ciudad de La Paz según la percepción del paciente.

### III.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-Determinar la información y aplicación del consentimiento informado en relación a la prestación anestésica
- 2.-Determinar el tiempo de espera en la sala de pre anestesia.
- 3.-Determinar la presencia de recuerdo o molestias durante la anestesia y su conducta.
- 4.-Determinar la presencia y control del dolor pos operatorio
- 5.-Determinar la presencia y el control de nauseas y vómitos en el pos operatorio
- 6.-Determinar la presencia y conducta del dolor de garganta en el pos operatorio
- 7.-Determinar la presencia y conducta en la cefalea pos operatoria.
- 8.-Determinar la presencia y conducta de áreas o zonas del cuerpo con parestesias, o anestesia.

### IV.-JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la referencia bibliográfica los problemas más frecuentes o posibles pueden ser de naturaleza estructural como ser ambientes reducidos, poco apropiados o inadecuados, sin mantenimiento. Pueden ser de insumos o material como ser limitada cantidad de fármacos o la ausencia en algunos casos, carencia de aparatos o equipos que permitan manejar, monitorizar de manera adecuada a los pacientes. Pueden ser de naturaleza humana, falta de comunicación médico paciente, trato sin adecuada consideración etc. Puede ser de tipo administrativo, como ser falta de normas, protocolos, o documentación como los consentimientos informados. Puede ser de tipo formativo, como ser ciertas falencias particularmente de apoyo en el manejo de los pacientes sometidos a procedimientos anestésicos. O falta de recursos humanos.

Por todo esto es importante determinar inicialmente las características de la calidad de prestación de anestesia y posteriormente identificar las posibles

fallas y sus probables causas aspectos que hacen que este trabajo sea de actualidad ya que han existido pacientes, existen pacientes y seguirán habiendo pacientes que requieran una prestación de anestesia y que mejor que esta sea con la mayor calidad posible.

Toda la población asegurada esta expuesta a recibir en algún momento de su vida alguna prestación de anestesia, por lo que este trabajo se constituirá en un valioso aporte para la mejora de la calidad de prestación de anestesia en el Hospital obrero N° 1 de la ciudad de La Paz ya que este centro Hospitalario es uno de los mas importantes del país y es considerado como de tercer nivel. Actualmente cuenta con 400 camas, 8 camas no censables y 26 camillas en cubículos en total 34 “camillas”. Cuenta con 12 quirófanos más 2 que todavía falta su implementación con el siguiente detalle:

Planta baja	2 quirófanos (falta implementación ) 1 sala de recuperación con 3 camillas (falta implementar)
2º piso	5 quirófanos 1 sala de pre anestesia con 3 camillas 1 sala de recuperación con 7 camillas
3º piso	4 quirófanos 1 sala de pre anestesia con 3 camillas 1 sala de recuperación con 7 camillas
4º piso	1 quirófano 1 sala de recuperación con 2 camas
6º piso	3 quirófanos ( uno falta implementar ) 1 sala de recuperación 3 camillas

Actualmente funciona 12 quirófanos todas las mañanas de lunes a viernes, 2 quirófanos por las tardes y 1 o mas quirófanos también por las tardes y noche para emergencias, existe un Médico Anestesiólogo por quirófano y 4 Médicos Anestesiólogos para emergencias y un Médico anestesiólogo para la atención de dolor y otro para imagenología y gabinete mas un Jefe de Servicio. No se cuenta con Médico Anestesiólogo para las salas de recuperación, además de que durante el año existen vacaciones, comisiones, o acefalías que disminuyen

el personal de anestesia, realizándose en promedio 8000 cirugías por año en diferentes especialidades sin contar las atenciones en dolor y en imagenología y gabinete que llevan estadísticas separadas.

Razón por lo que este trabajo tiene su importancia debido al posible impacto que podría significar la mejora continua de la prestación de anestesia con un enfoque de calidad y al mismo tiempo puede constituirse en un referente para otros trabajos con la misma finalidad en otras instituciones de salud.

Lo que se va a obtener con los resultados de este trabajo por lo tanto será identificar las fallas o falencias en la prestación de anestesia según la percepción del paciente lo que permitirá plantear las soluciones correctivas a corto y mediano plazo, plantándose para una siguiente etapa la realización de auditorías segmentarias e integral del Servicio de Anestesiología con la finalidad de una mejora continua en la prestación de anestesia en sus diferentes modalidades.

## V.-ANTECEDENTES

La evaluación de la calidad en la prestación de anestesia si bien es un tema actual, como tema de calidad global no se cuenta con amplia referencia, sin embargo en relación a diversos aspectos que hacen a la calidad en anestesia si se tiene variada referencia de las cuales señalaremos algunas.

En una evaluación de calidad del acto anestésico según la opinión del paciente realizado por Graziola , Carcar y Santillan ( 2001) se resalta en los resultados la ocurrencia del dolor, nauseas y vómitos sugiriéndose profundizar estas áreas en su evaluación y proposición de soluciones con una propuesta concreta en relación a la implementación del consultorio de anestesiología.(1)

En otra evaluación de la calidad de la anestesia desde el punto de vista del paciente realizado por Ponce, Mendoza y Pineda (2002) en los resultados señalan que de 115 pacientes el 33,9 % tuvieron miedo a la anestesia, el 1,6 % tuvo recuerdos del trans operatorio, el 38,1 % tuvieron dolor, que en general las complicaciones post anestésicas se presentaron en el 27 % que la calidad de la analgesia pos operatoria brindada fue buena en el 74,8 %, regular en el 19,1 % y mala en el 6,1 % llegando a la conclusión en ese trabajo que la Calidad Total en Anestesia aún no se ha alcanzado. (2)

En relación a la información y conocimiento que debe tener el paciente sobre



su patología o estado de salud y los procedimientos o tratamientos que se le va a instaurar ya la Constitución Política de Bolivia en su artículo 44 señala la necesidad del consentimiento informado.

La ley 3131 Ley del Ejercicio Profesional Médico del 8 de agosto de 2005 en el artículo 10 inciso c) señala como Documento Médico Oficial el consentimiento informado, en la misma Ley el artículo 13 inciso e) indica que los pacientes deben recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libre y voluntariamente.

El estatuto orgánico y reglamentos del Colegio Médico de Bolivia en el capítulo correspondiente al Código de Ética y Deontología Médica en la declaración de principios señala la autonomía del paciente, respetando la voluntad del paciente consciente de su mal y en función lo que elija en relación a su proyecto de vida. En el capítulo III de la relación Médico paciente art. N° 20 Información al paciente, para la aplicación de cualquier método diagnóstico o terapéutico es necesario informar al paciente sus familiares o apoderado legal y registrar en el expediente clínico.(29)

Las Norma Técnica para el Expediente Clínico publicado por el Ministerio de Salud y Deportes y el INASES en el capítulo II artículo 8 inciso b) señala que deben existir el consentimiento informado en el expediente clínico.

Con respecto a complicaciones debidas a compresiones y otro tipo de lesiones nerviosas durante la cirugía y anestesia. En las Clínicas de Anestesiología de Norteamérica Richard y Prielipp (2002) publican estadísticas sobre fenómenos adversos pos cirugía y anestesia donde se resalta que las lesiones de los nervios ocupan el segundo lugar con 16 % y de ellos las lesión del nervio cubital relacionado generalmente a la posición adoptada en la mesa quirúrgica. (15)

En lo referente a molestias en la garganta , Peñaloza y Soria Galvarro (2002) publican un trabajo sobre la medición de presión de neumotaponadores del tubo endotraqueal en cuyos resultados se resalta en la parte de molestias pos operatorias dolor traqueal constante hasta un 28 %, dolor traqueal solo al deglutir hasta un 2° %.(25)

Con relación a la cefalea en la pos anestesia Orgaz (1998 ), en sus resultados señala que la cefalea pos punción intradural en cesárea de urgencia con aguja 22 se a presentado en un 5 % (26)

En el trabajo publicado por Erazo (1998) indica que en un recuento estadístico del Servicio de Anestesiología de Hospital de Clínicas que entre junio de 1993

a julio de 1994 de 459 anestesiaciones peridurales en 31 pacientes se produjo punción accidental de duramadre, siendo esta la causa mas frecuente de cefalea pos anestesia. (27)

### **Estudios realizados y publicados en el Hospital Obrero N° 1**

En el estudio publicado por Canaviri y Narváez (2004) se comparo la eficacia del ondansetron vs. Metoclopramida y droperidol en cirugía laparoscópica asumiéndose que esta eventualidad es frecuente en este tipo de cirugía en el pos operatorio encontrándose que la mayor efectividad en la prevención de nauseas y vómitos es mejor con el ondansetron. (21)

En el estudio publicado el 2003 por Segales se compara la efectividad y eficacia del meloxicam y el diclofenaco como preventivo del dolor pos operatorio que permite señalar que el dolor se presenta con diferente intensidad luego de las cirugías con el resultado que ambos fármacos tienen efectividad como analgésicos preventivos y que el diclofenaco lo es con una mayor eficacia. (20)

En el estudio sobre complicaciones de cirugía laparoscópica publicado en 1999 por Vilaseca, Mercado y Molina señala como complicaciones en orden de frecuencia dolor de hombro, reflujo gastroesofágico, nauseas ,vómitos taquicardia y extrasístoles. (18)

En otro estudio de Molina y Fernandez (1999) sobre la comparación entre midazolam mas fentayl , solo midazolam y sin medicación pre-anestésica en relación a la amnesia anterograda valorándose el recuerdo desde el ingreso a la sala de pre anestesia hasta el recuerdo de la cirugía con el resultado interesante de que los que no reciben medicación pre-anestésica algunos pueden recordar desde la inducción e inclusive el acto quirúrgico.(31)

En el estudio de Molina y Segales (1998) sobre el Uso del Ketorolaco en analgesia pos quirúrgica inmediata en comparación a un grupo control con medidas rutinarias (metamizol) se encontró que el ketorolaco es mas efectivo y eficiente sin embargo existe un porcentaje que pese a ello presenta dolor en el pos operatorio que es mas evidente en el grupo control. (19)

Antonio , Rodríguez ,(2002) en su estudio sobre dolor lumbar pos histerectomía vaginal que se realiza en la posición de litotomía, encuentran que el dolor lumbar es frecuente en un 54 % relacionado con mayor edad, 56 % con mayor peso y 62 % cuando el tiempo es mayor en esa posición. (24)

## VI.-MARCO TEÓRICO

Para abordar tópicos relacionados a esta propuesta se hace necesario mencionar conceptos relacionados a la calidad, en el área de la salud. Hace ya bastante tiempo que ya no es suficiente la posición del médico perse con su profesionalismo para inspirar confianza y garantía de calidad ,hoy en día la calidad abarca un espectro más amplio y se puede definir como “ El nivel de excelencia que una empresa prestadora de servicios de salud ha escogido alcanzar para lograr la satisfacción de sus clientes” además de que la calidad también abarca la medida en que se desarrolla este emprendimiento. En este enfoque se debe satisfacer al cliente interno que son los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería otros profesionales relacionados. Y al cliente externo que en este caso es el fin más importante de la calidad y que son los pacientes, familiares y otros. Otro concepto de calidad señala que “La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. En esta corriente un grado de calidad es por consiguiente la medida en que se espera que la atención prestada alcance el equilibrio favorable entre el riesgo y beneficio. (4,5)

A continuación analizaremos aspectos teóricos de tópicos incluidos en esta propuesta de intervención.

### DOLOR POST OPERATORIO

La calidad de prestación de anestesia supone varios aspectos, uno de ellos se relaciona a la presencia de dolor en el post operatorio y su eventual manejo ya que el no hacerlo podría llevar a incremento de la morbilidad peri operatoria ,aumento de la estancia hospitalaria, riesgo de desarrollar dolor crónico en el futuro, deficiente calidad de vida e insatisfacción del paciente su control busca evitar los efectos fisiopatológicos y psico emocionales que derivan del dolor, disminuir el sufrimiento que conlleva la agresión quirúrgica. La IASP asociación internacional para el estudio del dolor la define como “ Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular existente o potencial “ por lo que se considera al dolor como el producto de la abstracción e interpretación de los impulsos nociceptivos que llegan al cerebro. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor son dos los aspectos que lo caracterizan que son la reacción al dolor y las dimensiones del dolor. (1,7,8,15,18,19,20 )

Las dimensiones del dolor se refieren a aspectos subjetivos que incluyen la dimensión sensitivo discriminativa, que tienen como base anatómica las vías del dolor que son las encargadas de percibir y diferenciar las aferencias, que llevan información sobre lesión tisular. La dimensión cognitivo evaluadora que tiene como base anatómica a las áreas corticales somatosensitivas que se encargan de procesar la información nociceptiva del dolor. La dimensión emocional que tiene como base anatómica al sistema límbico que se encarga de la respuesta conductual frente al dolor. (8,18,19,20)

Los factores que influyen en el dolor post operatorio son la idiosincrasia del paciente, la cirugía, la anestesia, la localización de la herida quirúrgica y el rol de los profesionales encargados de su manejo.(29)

Las consecuencias del dolor post operatorio mal controlado pueden ser: A nivel cardiovascular con aumento de la presión arterial, frecuencia cardiaca. A nivel respiratorio con disminución de la capacidad vital, del volumen espiratorio forzado, capacidad residual funcional, hipoventilación, desarrollo de microatelectasias. A nivel gastrointestinal con disminución del tono muscular. A nivel genito urinario con retención urinaria. A nivel hemostático ya que la inmovilidad por dolor puede llevar a procesos tromboembólicas. A nivel endocrino-metabólico, osteo-articular y muscular con recuperación prolongada de la movilidad. A nivel psicológico y social con sensación de dependencia y afectación familiar. A nivel económico ya que la ocurrencia de las complicaciones provocadas por el dolor mal tratado conlleva a mayores gastos institucionales, mayor estancia hospitalaria, mayores fármacos etc. (8,29,33 )

De acuerdo a su evolución el dolor puede clasificarse en :

**Dolor agudo.**-Cuyo inicio o fin puede ser incidental o permanente y comprende generalmente al dolor post operatorio, traumático etc.

**Dolor crónico.**-Es el que permanece por 3 o mas meses y se acompaña de alteraciones psicológicas como impotencia, desesperanza, angustia, desesperación.

De acuerdo a su origen se divide en :

**Dolor Visceral.**- Referido a una estructura visceral causado generalmente por compresión, dilatación y alteración en la irrigación este tipo de dolor es localizado en relación a la estructura afectada .

**Dolor Neuropático.**-Se relacionan a la irritación, compresión destrucción de fibras nerviosas, este tipo de dolor tiene la característica de ser como corriente y urente en ocasiones en extremo.

**Dolor somático.**-Se refiere al producido por estimulación en nociceptores de la piel, huesos, articulaciones y músculos, el mas frecuente es el músculo esquelético y es definido y se localiza en el área afectada.

De acuerdo a su intensidad se puede clasificar en base a la escala visual análoga en :

Leve.- EVA de 1 a 3

Moderado.- EVA de 4 a 6

Severo.- EVA de 7 a 10

La medición del dolor conlleva algunos inconvenientes ya que se trata de objetivar un fenómeno básicamente subjetivo de gran variabilidad individual, ya Arfield el 2004 señalo que el paciente es el mejor juez valorador de su dolor. El dolor agudo por tratarse de una fenómeno corto en el tiempo, puede ser unidimensional y es mas difícil de cuantificar, ya que la naturaleza como la intensidad del estímulo son desconocidos. Los métodos de medición del dolor son subjetivos e incluyen a:

Escalas unidimensionales.-Que se basan en el informe del paciente y se refiere a la intensidad del dolor y pueden ser:

1.-**Escalas verbales.**-Son de baja sensibilidad, fáciles de usar y comprender por los pacientes, sin relación aritmética entre las categorías y pueden abarcar 3 o 5 o más categorías como ser

Ausencia de dolor

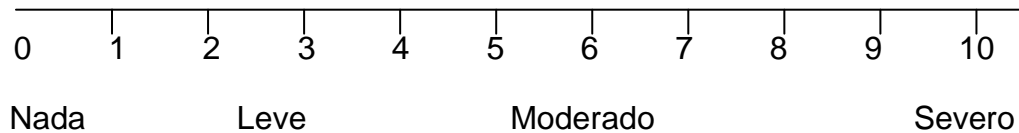
Dolor suave

Dolor Moderado

Dolor muy fuerte

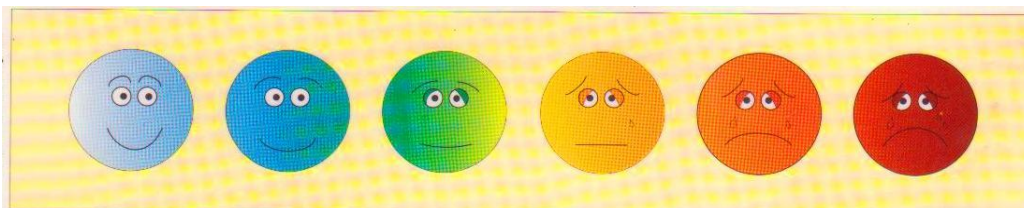
Dolor insoportable

**2.-Escala visual analógica.**-Representada por una especie de regla en donde se traza una línea horizontal con una numeración de izquierda a derecha divididos con números del 0 al 10, el 0 significa ausencia de dolor y el 10 dolor máximo. El paciente luego de ser explicado sobre esta escala observa y se ubica en un punto de esta escala, este método es sencillo, comprensible por lo que hoy en día es casi universalmente aceptada y utilizada. De acuerdo a su valoración tiene el grado de recomendación III con un nivel de evidencia de C



**3.-Escala de expresión facial.**-Diseñado particularmente para evaluar el dolor en pacientes pediátricos y esta representado por caritas que denotan una expresión facial de alegría hasta llanto y va del 0 hasta el 6 o 7 generalmente.( Fig. 1)

Fig. 1 Escala de expresión facial para evaluar el dolor en pediatría



**3.-Escala multidimensional.**-Mas utilizado para el dolor crónico e incluye varios aspectos relacionados al dolor como ser los emocionales, sociales, psicológicas etc. Se cita entre estas a la de West Haven Yale Multidimensional Inventory, el Test de Latineen, el de Mc Gill Pain Questionnaire etc. ( 8,18,19,20,33)

Las medidas o técnicas de mayor empleo para el manejo del dolor post operatorio se circunscriben a : La analgesia intravenosa continua o intermitente utilizando opiodes fuertes y débiles, analgésicos no opioides como los AINES. Analgesia regional con dosis única o fraccionada por catéter peridural, subaracnoidea, bloqueos de plexos como el braquial en sus diferentes modalidades, bloqueos de nervios periféricos e intrapleurales, intrarticular etc.

Infiltración de la herida quirúrgica con anestésicos locales. Crioanalgesia. T.E.N.S. Acupuntura. Analgesia preventiva que se realiza antes o durante el acto quirúrgico con fármacos analgésicos o técnicas locales como infiltraciones. (8,29,33)

## RECUERDO TRANS ANESTÉSICO

El despertar intra operatorio es un evento que cada vez mas es motivo de evaluación ya que puede predisponer a trastornos post operatorios. Se define cuando el paciente con anestesia general es consiente de sucesos que ocurren durante la cirugía, siendo capaz de recordarlo y poder describirlo en el post operatorio. La incidencia que señala la literatura esta alrededor del 0,1 al 0,2 % con anestesia general. En los EEUU se estima que este evento se presenta en unos 26000 casos al año que lamentablemente terminan en varios de ellos con demandas judiciales. De acuerdo a los reportes de diferentes estudios se presenta como recuerdos auditivos, ataques de pánico, y miedo sensación de asfixia, que en un gran porcentaje pueden terminar en trastornos psiquiátricos donde resalta el síndrome de estrés postraumático que incluye ansiedad, pesadillas, insomnio, depresión, trastornos del sueño, modificaciones conductuales, siendo este estrés postraumático la causa mas frecuente de demandas. (13,15,32)

De acuerdo a observaciones realizadas y el despertar durante la cirugía bajo anestesia general esta ligada a la memoria explícita es decir que se necesita de un esfuerzo consciente para su evocación, sin embargo también existen hipótesis que indican que la memoria implícita o inconsciente estaría involucrado en esta evocación. (13,32)

De acuerdo a análisis epidemiológicos para la ocurrencia del despertar durante la cirugía existirían varios factores de riesgo como ser: Anestesia cardiovascular con técnica en base a dosis altas de opioides; Anestesia en traumas por bajas dosis de fármacos; Anestesia en obstetricia con la técnica de inducción de secuencia rápida sin opioides, con fracciones bajas inspiradas de anestésicos inhalatarios; Anestesia inhalatoria por dosis bajas, fugas externas del anestésico, flujos bajos etc. Anestesia intravenosa total (TIVA) que se relacionan a un mayor porcentaje de estos eventos, ya sea por dosis de mantenimiento inadecuadas, fallas en las bombas etc. Uso de relajantes musculares, este es un aspecto muy conocido y comentado en varias partes donde se administra anestesia general ya que existe la tendencia a

sobredosificar los relajantes impidiendo de esta manera detectar signos clínicos de falta de profundidad anestésica; Errores en la identificación y administración de fármacos por vía endovenosa; Pacientes femeninas, niños adolescentes, farmacodependencia, alcoholismo, Uso previo de hipertensivos, betabloqueantes, vía aérea difícil, inestabilidad hemodinámica transoperatoria, pacientes ASA III-IV . (13,15,32)

Fig. 2.- Imagen de paciente pediátrico con sensores de Índice Bi-espectral



Fig. 3.- Imagen de monitor multiparametro con Índice Bi-espectral



Existen instituciones internacionales como la American Society Of Anesthesiologists que alertan sobre este evento y dan pautas sobre su prevención, diagnóstico y tratamiento, y es en base a estas recomendaciones que sugiere se tomen en cuenta factores de riesgo en la evaluación pre anestésica, se utilicen fármacos a dosis adecuadas , se revisen de acuerdo a protocolos las máquinas y elementos de administración de anestesia,



identificación de los fármacos, valoración clínica de la profundidad anestésica , medición de los anestésicos inhalatorios expirados y el monitoreo con elementos especiales de la hipnosis como ser el “índice bispectral” (fig. 2, 3 y 4 ) que es un método no invasivo que indica el grado de actividad eléctrica cerebral a través del análisis de las frecuencias de las ondas del electroencefalograma que se representa en valores de 100 a 80 que significa paciente despierto, 80 a 60 paciente despierto- sedado, 60 a 40 que sería el grado de profundidad anestésica ideal que evitaría el despertar durante la cirugía, 20 a 40 representa un plano anestésico profundo, 0 a 20 donde se alcanza la supresión de la actividad eléctrica y 0 que corresponde a un electroencefalograma plano que significa un plano anestésico en extremo profundo, y complementar esto con la evaluación post operatoria de la posible ocurrencia de este evento. (5,8,13,15,32 )

Fig. 4.- Imagen de monitor y sensor de Índice Bi-espectral



#### NAUSEAS Y VÓMITOS.-

Las náuseas y vómitos pos operatorios son eventos descritos desde prácticamente los inicios de la administración de la anestesia general, varios de los primeros anestésicos sobre todo inhalatorios de esas épocas como el éter, cloroformo y otros producían estos eventos, si a esto se suma las características de las técnicas quirúrgicas de antes que incluía amplias incisiones, técnicas enérgicas de lavados de cavidad etc. Tiempos prolongados

de cirugía, aspectos que favorecían la ocurrencia de náuseas y vómitos. La introducción de nuevos fármacos inhalatorios como el halotano, isoflurano, y actualmente el sevoflurano, desflurano han mejorado en cierta medida esta incidencia sobre todo a la forma actual de administración de la anestesia general que en la mayoría de los casos es balanceada, es decir inhalatorios mas agentes endovenosos, que permite reducir la concentración de los anestésicos además de las dosis de los endovenosos, sin embargo al incluirse opioides en estas técnicas ,incluyendo la anestesia regional donde se utiliza por vía peridural y espinal o endovenosa esta incidencia de nauseas y vómitos volvió a ser latente.

Actualmente existe el auge de la cirugía laparoscópica tanto gastrointestinal como ginecológica e inclusive torácica y uronefrológica, técnica que también se acompaña con ciertas peculiaridades como el tipo particular de dolor por ejemplo de hombros y tórax como la incidencia de nauseas y vómitos. De acuerdo a la literatura se indica que la mayor incidencia es en mujeres jóvenes y durante la menopausia. Existen factores de riesgo de náuseas y vomito pos operatorio y se los sistematiza en factores del paciente como la edad temprana, género femenino, primer trimestre del embarazo, hábito corporal endomórfico, antecedentes de emesis pos operatoria, antecedentes de mareo. Técnicas anestésicas como ser anestesia general, medicamentos, opioides, anestésicos volátiles, neostigmina. Procedimientos quirúrgicos como ser cirugía de estrabismo, cirugía de oído, laparoscopia, orquidorrafia, recuperación de un óvulo, amigdalectomía. Factores pos operatorios como ser dolor pos operatorio, hipotensión. (10,11,15,18 )

El aumento del tono vagal que se manifiesta como bradicardia súbita por lo general precede o coincide con el vómito, razón por la que en otros centros se utilizan anestésicos que a mas de no provocar nauseas o vómitos directos mas bien los previenen como el propofol, también ya se preconiza la prevención de las nauseas y vómitos con ondansetron, ganisetron, dolasetron, metoclopramida, dexametasona, droperidol entre los mas empleados.

( 15,16,17,21)

#### COMPLICACIONES DE LA POSICIÓN EN LA MESA QUIRÚRGICA.-

Es de esperar que todos los pacientes que son sometidos a diferentes procedimientos quirúrgicos deben adoptar una posición en la mesa quirúrgica de acuerdo a la exigencia de la técnica quirúrgica, siendo la mas frecuente la posición supina, que tiende a tener lateralización y proclive en las cirugías laparoscópicas de vesícula biliar, o la de declive en las ginecológicas, decúbito

lateral en cirugías de riñón, también en artroplastias de cadera, la posición semisentado o de playa en cirugía de hombro, la decúbito ventral en cirugías de columna, traumatológicas, neurológicas. A estas posiciones se agrega ciertas particularidades de acuerdo al sitio del abordaje quirúrgico, tomando en cuenta que el paciente con anestesia ya sea general, regional o conductiva presenta relajación en las partes anestesiadas o en todo el cuerpo cuando es anestesia general, esto puede predisponer a sufrir complicaciones que se manifiestan generalmente durante o después del acto quirúrgico, entre las más frecuentes están las compresiones nerviosas, existiendo otras como la ulceración de la córnea, las laceraciones o compresión de órganos etc. (14,15,24)

De acuerdo a la literatura una complicación relativamente frecuente es la lesión del nervio cubital (fig. 5 y 6) que constituye un tercio de todas las reclamaciones por lesión neural en la base de datos de la American Society Of Anesthesiologist (ASA) Closed Claims Study, además estas lesiones pueden producir dolor o parestesias crónicas, incapacidad en el empleo, daños económicos catastróficos y litigios por procedimiento incompetente. El mecanismo de esta lesión neural puede ser por presión excesiva (compresión) estiramiento, isquemia, alteración metabólica, traumatismo directo, laceración de un nervio. La compresión puede ser por mecanismos internos o externos como objetos externos, posición inadecuada del brazo, algo que es más frecuente es permitir que el codo descansa en el marco de acero de una mesa de cirugía creando presión externa en el nervio cubital y atraparlo en su trayecto dentro del canal óseo rígido del surco del cóndilo superficial en el codo causando finalmente isquemia y lesión neural. La compresión interna puede ser causada por el tubérculo coronoides del cubito, esta saliente ósea es 50 % más grande en varones. El estiramiento puede ser una causa ya que el cubito no tolera que este sea más del 10 % de su longitud normal. El retináculo del túnel cubital es laxo cuando el antebrazo está extendido pero se vuelve tenso al flexionar el codo, si la flexión es persistente origina dos mecanismos de lesión neural compresión interna directa y fijación interna dentro del túnel cubital que torna el resto del nervio más vulnerable a estiramiento a lo largo de su trayecto, si a esto se agrega la compresión externa la lesión es más evidente. (14,15)

Fig. 5.- Imagen de ubicación nervio cubital



Fig. 6.- Imagen de nervio cubital diseccionado



En la posición de litotomía que es adoptada para cirugía ginecológica y actualmente en cirugía endoscópica urológica se pueden lesionar principalmente los nervios ciático-popliteo externo, el ciático y el femoral que se manifestaran con disminución de la sensibilidad en el muslo en sus caras anterior e interna principalmente, dificultad a la extensión de la rodilla, y en algunos casos caída del pie. (14,24 )

#### CEFALEA POST ANESTESIA

La cefalea pos anestesia es una eventualidad que puede presentarse en cierto número de pacientes en la pos anestesia, la incidencia es mayor en los que recibieron anestesia subaracnoidea, o tuvieron una punción accidental de duramadre en la anestesia peridural, en estos casos la cefalea se produce por

la fuga de líquido cefalorraquídeo lo cual lleva de manera compensatoria a una distensión de la masa encefálica y estiramiento con modificaciones a nivel de la vasodilatación cerebral, lo importante en estas situaciones es realizar el diagnóstico adecuado e implementar las medidas para solucionarlo, que se refieren inicialmente a medidas conservadoras con reposo, sin almohada, líquidos a tolerancia vía oral y de manera regulada por la vía parenteral, analgésicos a horario, recurriéndose en casos mas severos a neostigmina parenteral, cafeína e incluso a soluciones con parche hemático. (1,12,26,27)

La cefalea puede también tener diversas causas como la tensional ya sea por antecedentes previos o su incremento por aumento de la volémia, o ser producto de ciertos fármacos como es el caso de algunos barbitúricos utilizados en dosis altas durante el acto quirúrgico, vasopresores que aumentan la presión arterial etc. El estado emocional del paciente también puede ser una causa sobre todo en los mas ansiosos y tensos, agregandose a este estado el dolor pos operatorio no tratado oportuna y adecuadamente.(12)

#### MOLESTIAS Y DOLOR TRAQUEAL

El dolor de garganta o molestias a este nivel en la pos anestesia es un evento relativamente frecuente, sobre todo en los pacientes que recibieron anestesia general con intubación endotraqueal ( fig. 7, 8 y 9 ) y puede deberse a por ejemplo intentos repetidos de intubación durante la inducción anestésica ya sea por alteraciones anatómicas del paciente o falta de material apropiado para el mismo, Otra causa puede deberse al empleo de tubos no adecuados para el diámetro de la tráquea del paciente, ya sea tubos de menor diámetro que exigen insuflar el manguito taponador a presiones y volúmenes elevados que causaran mayor presión en la mucosa traqueal pudiendo provocar inclusive isquemia a este nivel, o el empleo de tubos de mayor calibre que al ser introducidos de manera forzada en un paciente relajado puede provocar alteraciones en la mucosa traqueal. Las condiciones de intubación deben ser las mas adecuadas con una óptima relajación para esto existe escalas como la de Fajey ya que el realizarlo en condiciones inapropiadas puede llevar a lesionar traumáticamente la mucosa traqueal. Hoy se recomienda utilizar tubos de polivinilo y no los de caucho ya que estos últimos son mas rígidos y traumáticos, también se recomienda utilizar manguitos de baja presión y alto volumen y no los de bajo volumen y alta presión y en pacientes pediátricos no utilizar tubos con manguito inflable por el menor diámetro de la tráquea. Una vez intubado se debe verificar que exista cierta fuga perceptible

de los gases anestésicos u oxígeno ya que esto nos indica que no existe gran presión en la pared traqueal , la presión del manguito inflable no debería pasar de 25 mmHg que es la presión de perfusión traqueal.(15,25)

Fig. 7.- Imagen de anatomía de faringe

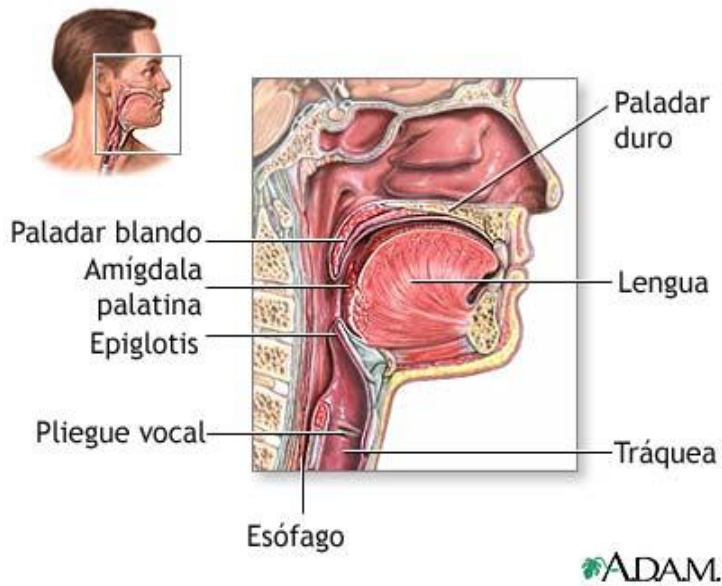


Fig. 8.- Imagen de ubicación del tubo orotraqueal

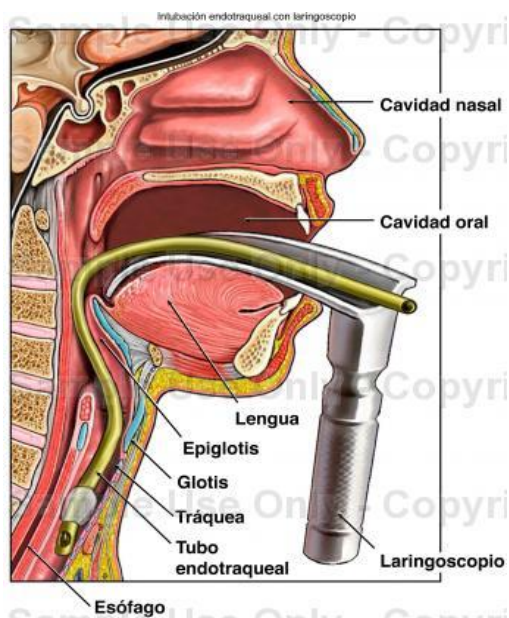


Fig.9.- Imagen de paciente intubado



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a diversos artículos la autonomía a desplazado a la beneficencia hace ya mas de 25 años en el ámbito casi mundial llevando esto a la relación médico paciente a un nivel de respeto a la dignidad de los pacientes en cuanto a sus deseos y decisiones en cuanto a su tratamiento, para cuyo efecto se debe informar de manera clara, precisa y oportuna sobre la enfermedad o contingencia de salud que padece el paciente. Se señala por ejemplo al Código de Nuremberg de 1948 que es el resultado del juicio del mismo nombre que en el artículo 1 señala que debe existir un consentimiento voluntario del sujeto de experimentación como requisito imprescindible para considerar aceptable la investigación. Por lo que este código supone el punto de partida de una línea de reflexión sobre el consentimiento informado que es prolongada con la Declaración de Helsinki de 1964 que ha resultado decisiva para su desarrollo general. En EEUU en 1973 la Asociación Americana de Hospitales promulga la primera Carta de Derechos de los Pacientes con 12 puntos que son entendidas como especificaciones del derecho General al consentimiento informado. El informe Belmont de 1978 sobre principios de la ética elaborado por la Nacional Comisión for the Protection Of. Human Subjets Of. Biomedical and Behavioral Sciences señalan la no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia que fue una aportación decisiva para el consentimiento informado.(28)

En relación al consentimiento informado ya se cuenta con una

variada gama de publicaciones y recomendaciones como la de Lorda S, publicado en Medifan en 1995 en España que señala que los elementos básicos del consentimiento informado son 1.-Es un proceso de encuentro y diálogo entre el médico y el paciente en todo momento. 2.-La voluntariedad del paciente que supone no realizar coacción, presión , amenaza y miedo. 3.- Información en cantidad suficiente de acuerdo al caso. 4.-Comprensibilidad de la información por parte del paciente. 5.-Capacidad o competencia del sujeto. 6.-Decisión después del proceso de evaluación y discusión de la información que se le ha transmitido. (28)

En nuestro medio también ya existe literatura al respecto como el de Cáceres E, que indica que el consentimiento informado constituye un pre-supuesto y elemento integrante de la lex artis para llevar a cabo el acto médico, corresponde a una autonomía dentro de las nuevas formas de bioética de plantear la relación médico paciente.(29)

## VII.-HIPÓTESIS

La calidad de prestación de anestesia en el Hospital Obrero N° 1 según la percepción del paciente presenta deficiencias en más de un área evaluada.

### VII.1.-VARIABLES

Anestesia general

Anestesia peridural

Anestesia subaracnoidea

Bloqueo de miembros superiores

Bloqueo de miembros inferiores

Consentimiento informado

Dolor post operatorio

Nauseas y vómitos post operatorios

Tiempo de espera en sala de pre anestesia

Cefalea post operatoria

Dolor de garganta en el post operatorio



Parestesias en áreas o zonas del cuerpo

Recuerdo o molestias trans anestésicas

Tipo de cirugía

Sexo

Edad

## VII.2.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Anestesia general	Pérdida de la conciencia y de la sensibilidad	Nominal	1.-si 2.-no
Anestesia peridural	Pérdida de la sensibilidad y de la motricidad	Nominal	1.-si 2.-no
Anestesia espinal	Pérdida de la sensibilidad y de la motricidad	Nominal	1.-si 2.-no
Bloqueo de miembro sup.	Pérdida de la sensibilidad y de la motricidad	Nominal	1.-si 2.-no
Bloqueo de miembro inf.	Pérdida de la sensibilidad y de la motricidad	Nominal	1.-si 2.-no
Consentimiento	Información sobre la anestesia, riesgos, complicaciones	Ordinal	1.-Comple. 2.-Incomple. 3.-Nada
Dolor post operatorio	Sensación desagradable percibida en la zona operatoria	Ordinal	Escala visual análoga del 1 al 10

Indicación para el dolor	Utilización de analgésicos de manera inmediata	Nominal	1.-si 2.-no
Efectividad del analgésico	Disminución o eliminación del dolor	Ordinal	1.-Completo. 2.-Parcial. 3.-Nada
Nauseas y vómitos	Sensación y acción de expulsión involuntaria de contenido gástrico	Nominal	1.-si 2.-no
Indicación para nauseas y vómitos	Utilización de fármacos antieméticos	Nominal	1.-si 2.-no
Tiempo de espera en pre anestesia	Tiempo transcurrido luego ingresar al área quirúrgica	Interválica	1.-Tiempo en minutos
Cefalea post operatoria	Sensación desagradable percibida a nivel de la cabeza	Nominal	1.-si 2.-no
Dolor de garganta post operatoria	Sensación desagradable percibida en la faringe	Nominal	1.-si 2.-no
Indicación para esta molestia	Utilización de fármacos o medidas especiales	Nominal	1.-si 2.-no
Parestesias	Pérdida de la sensibilidad parcial o total en áreas de apoyo o bloqueadas con anestésicos locales	Nominal	1.-si 2.-no

Recuerdo en el intra operatorio	Percepción de palabras, conversaciones	Nominal	1.-si 2.-no
Tipo de cirugía	Procedimiento quirúrgico realizado	Nominal	1.Región operada
Sexo	Diferenciación sexual biológica	Nominal	1.Femenino 2.-Masculino
Edad del paciente	Tiempo de vida del paciente	Interválica	1.-Edad en años cumplidos

## VII.- DISEÑO METODOLÓGICO

VIII. 1.- TIPO DE ESTUDIO.-Es descriptivo, transversal

VIII. 2.- UNIVERSO.-

La población de referencia son todos los pacientes sometidos a cirugía bajo anestesia general, regional, bloqueos de miembro superior e inferior en todas las especialidades en las que se presta servicios en el Hospital Obrero N° 1 de la Ciudad de La Paz durante un año. Tomando como referencia la gestión 2008 en el que se realizaron 8495 intervenciones quirúrgicas.

VIII. 3.- MUESTRA.-

La población de estudio se la obtendrá de manera aleatoria estratificada en base a los quirófanos existentes en dicho Hospital, en cuanto al número a evaluar se obtuvo con la siguiente fórmula aplicable a poblaciones finitas:

$$n = Z_2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i_2 (N - 1) + Z_2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

El nivel de confianza es de 95 %

N = Tamaño de la población

n = Tamaño muestral

Z = Valor correspondiente a la distribución de Gauss que es 1,96 para  
alfa = 0,05

p = Prevalencia esperada del parámetro a evaluar, si se desconoce se  
aplica la opción mas desfavorable que es de 0,5

q = 1 - p

Con un nivel de confianza del 0,05 % y la p = 0,5

$$n = 1,96 \frac{8495 \times 0,5 \times 0,5}{0,05 ( 8495 - 1 ) + 1,96 \times 0,5 \times 0,5}$$
$$n = 3,8 \frac{2123,7}{21,7} = 3,8 \times 97,9 = 372$$

Con lo que el tamaño de la muestra es de 372 evaluaciones

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1.-Pacientes que recibieron anestesia general, regional o bloqueos nerviosos.
- 2.-Pacientes extubados y consientes al día siguiente de la anestesia
- 3.-Pacientes mayores de 16 años

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.-Pacientes de cirugía ambulatoria y de emergencia
- 2.-Pacientes en coma o sin condiciones para responder la encuesta
- 3.-Pacientes que no fueron anestesiados el día anterior a la encuesta
- 4.-Pacientes imposibilitados de comunicarse

#### VIII. 4.- DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA.-

Se realizara en las salas de internación y unidad de recuperación del Hospital Obrero N° 1 de la ciudad de La Paz.

## VIII. 5.- DELIMITACIÓN TEMPORAL

Se planifica 10 meses de los cuales 4 corresponderán a la parte operativa de las encuestas que se las realizara en forma aleatoria simple.

## VIII. 6.- FASES O PASOS METODOLÓGICOS.-

Este trabajo se realizara en base a una encuesta con preguntas cerradas y abiertas a los pacientes considerados en esta investigación explicándoles brevemente que este trabajo tiene por objetivo detectar algunas fallas en la atención y plantear su mejora.

Las preguntas serán en base al objetivo general, los objetivos específicos tomando en cuenta todas las variables.

La encuesta no será de conocimiento ni en presencia de los Médicos Anestesiólogos que participaron en la prestación de la anestesia a los encuestados.

Las personas encargadas de realizar la encuesta no serán las involucradas en la atención prestada a la encuestada o encuestado.

### **Las fases de este trabajo comprenderán:**

Planificación general (aplicación de las guías de trabajos de investigación delimitando el área a investigarse en este caso la opinión del paciente a través de una encuesta, determinación del universo, obtención de la muestra, consideración de contingencias, elaboración del cronograma )ya realizada para la presentación de esta propuesta de intervención.

Determinación del personal de apoyo y operativo

Elaboración del presupuesto

Determinación y confirmación de variables plasmadas en la hoja de encuesta en base a la bibliografía consultada la opinión de expertos que son los Médicos Anestesiólogos y la consideración de las variables que el paciente puede precisar en la encuesta y que tengan relación con todo el proceso de la prestación de anestesia.

Elaboración de las preguntas de la encuesta, también ya realizadas en base a los parámetros antes mencionados.

Realización de una prueba piloto que comprenderá la realización de 6 encuestas una vez concluida la elaboración de esta propuesta y antes de su ejecución

Realización de la encuesta de acuerdo al cronograma, para cuyo efecto se procederá de la siguiente manera:

--Teniendo en cuenta que las encuestas se realizarán en un tiempo de 4 meses, de acuerdo al número de la muestra se encuestarán a 6 pacientes por día de estos 3 corresponderán a anestesia general y 3 a anestesia regional tanto de miembros inferiores y superiores. Las encuestas se realizarán entre las 24 a 48 horas del acto anestésico en sus salas, para lo cual los pacientes deberán estar internados ya que al mismo tiempo se complementarán con algunos datos del expediente clínico o registro de administración de fármacos y soluciones inscritos en cardex separados por enfermería aspecto a ser uniformado una vez realizada la prueba piloto. La forma de selección del paciente a encuestar será en base a la programación quirúrgica que contempla aproximadamente 35 cirugías programadas por día (mañana y tarde ) se enumerarán del 1 al 35 iniciándose por el quirófano N° 1 y se cambiará el inicio de la enumeración cada día de manera progresiva, como ser el quirófano 2 el 2º día el 3 el 3º día y así sucesivamente y se elegirán los primeros 6 casos , de los cuales 5 deberán ser de anestesia general y 5 de anestesia regional tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión pudiendo llegar al paciente asignado con el número 35 para completar los 6 casos pudiendo recurrirse además a los casos de emergencia que son aproximadamente 5 a 10 por día enumerándolos correlativamente después del 35 siempre y cuando cumplan con los criterios determinados por este trabajo .

Tabulación de resultados de acuerdo al cronograma.

Análisis y discusión de resultados de acuerdo al cronograma.

Elaboración de conclusiones e informe final de acuerdo al cronograma.

Con la finalidad de obtener una mayor información a través de este trabajo que tiene la característica de ser segmentado por que toma en una primera fase solo la percepción del paciente, se complementará con otra hoja de recolección de datos que será llenado por el encuestador en donde se consignará el tipo y nombre de los analgésicos que se administraron en los casos en que existió dolor, los fármacos utilizados frente a la presencia de náuseas y vómitos y la molestia y/o dolor de garganta con la finalidad de precisar su efectividad para lo

cual se les asignara un número correlativamente y solo se identificara al paciente en una hoja aparte con la única finalidad de ubicar el expediente clínico ,el registro de anestesia y el kárdex de enfermería.

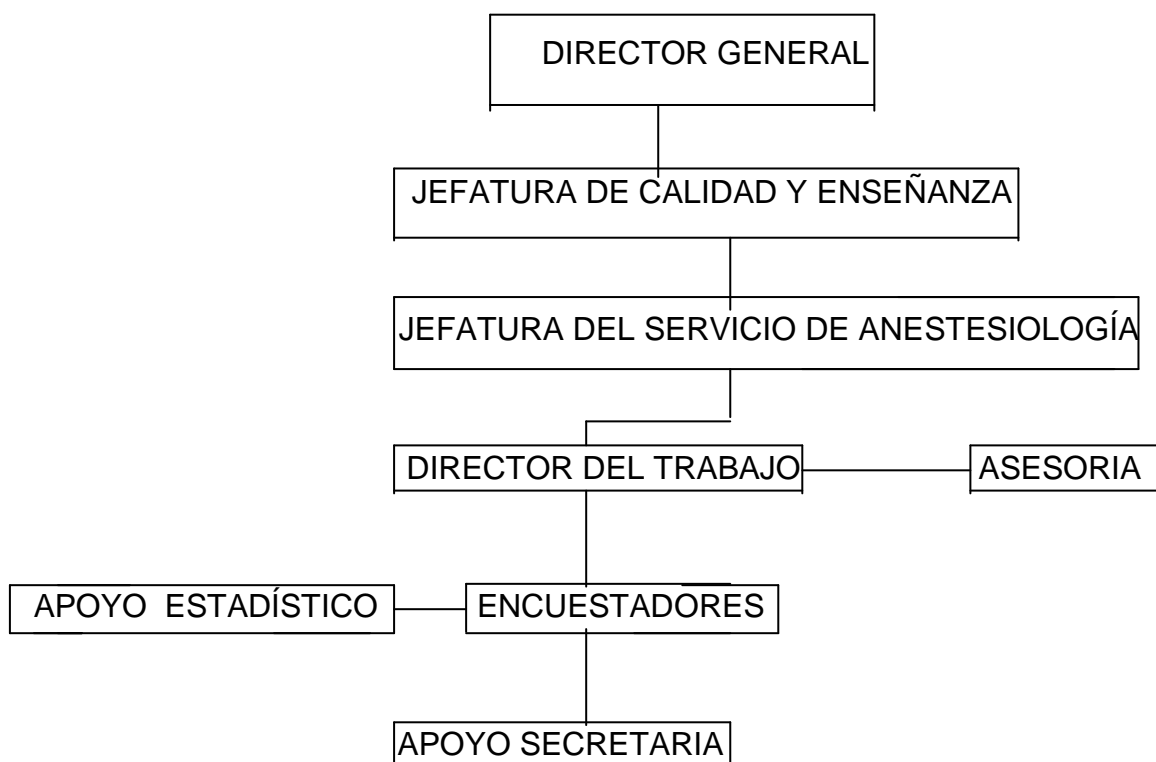
#### VIII. 7.- ANALISIS DE DATOS

En las variables que correspondan se utilizara el análisis univariado con media, mediana, desviación estándar. Para el análisis de dos o mas variables en combinación se utilizara el sistema bivariado, en relación a las variables de intervalo u ordinales se empleara pruebas de relación.

Los sistemas informáticos a emplear serán el SPSS y el Epi Info.

#### VIII. 9.- CUESTIONES ADMINISTRATIVAS.

El eje motor sobre el que girará este trabajo es el proponente principal y se involucrara a autoridades y colegas con el único propósito de generar información para la proposición e implementación de soluciones, bajo el siguiente esquema:



## VIII.10.-CUESTIONES ÉTICAS.-

Para la ejecución del presente trabajo se gestionara la aprobación y apoyo a nivel de la Dirección de Hospital, el Comité de Bioética y las Jefaturas de Calidad y Enseñanza y de Anestesiología.

En cuanto a los pacientes encuestados se les informara previamente a la encuesta que su participación es voluntaria, anónima, sin ninguna presión, que no repercutirá en los días siguientes de su estancia hospitalaria y mas al contrario servirá para contar con información que permita una mejora continua en la prestación de anestesia.

## IX.-CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN EL TRABAJO CALIDAD DE PRESTACIÓN DE ANESTESIA EN EL HOSPITAL OBRERO Nº 1 DE LA PAZ GESTIÓN 2010

	ACTIVIDAD	EN E.	FE B.	MA R.	AB R.	MA Y.	JU N.	JU L.	AG O.	SE P.	OC T.	NO V.	DI C.
1	Recolección Información	XX											
2	Elaboración protocolo		XX										
3	Prueba piloto y reformula			XX									
4	Encuesta				XX	XX	XX	XX					
5	Tabulación y análisis								XX				
6	Elaboración de informe									XX			
7	Presentación-publicación										XX		

## X.-PRESUPUESTO.\_

Para la ejecución de este trabajo se requerirá material de escritorio como: 200 hojas papel bond tamaño carta de 75 g. 20 bs.

600 fotocopias en blanco y negro 120 bs.

Un cuaderno de 50 hojas para apuntes 3 bs.

2 lápices, dos bolígrafos, 6 bs.



Alquiler de computadora con su impresora,	100 bs.
Programas de Epi info y SPSS	
Tinta para impresora	20 bs.
Apoyo de secretaria	200 bs.
Gatos imprevistos	50 bs.
Total estimado	519 bs.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Graziola E, Cárcar E, Santillán G, Evaluación de Calidad del Acto Anestésico Según la Opinión del Paciente, EN bol Inf ARA 2001 Feb;13/189) 19-27
- 2.-Ponce M. Mendoza X. Pineda M. Evaluación de la Calidad de la Anestesia Desde el Punto de Vista del Paciente,En Rev. Med. Post. UNAH ; Vol. 7 N° 2 Mayo-agosto 2002; 13
- 3.-Fonseca G,A, Calidad de la Atención Médica en Terapia Intensiva Oncológica; Revista Instituto Nacional de Cancerología; Vol.46; Num.1; Enero-febrero 2000;28-32
- 4.-Malagon G, Galán R, Pontón G, Garantía de Calidad en Salud; Editorial Médica Panamericana: Bogotá Colombia 2001.
- 5.-Horovitz J, La Calidad Del Servicio; Mc Graw Hill; Bogotá Colombia; 1987
- 6.-James B, Impacto de la Monitorización Intraoperatoria Sobre la Seguridad del Paciente en Clínicas Anestesiológicas de Norteamérica; Editorial Elsevier Masson ; Vol.24; N° 2; 2006;407-419
- 7.-Gestión de la Calidad, proyectos. Php; 17 mayo 2009 disponible en <http://www.aecirujanos.es/secciones>
- 8.-Manual de Calidad, disponible en <http://www.scare.org.co/scare/files/doc>.
- 9.-Morgan G,E, Mikhail M, S, Murray M,J, Anestesiología Clínica; Editorial Manual Moderno;4º Edición;2006; 979-996
- 10.-Calidad Hospital Universitario Ramon y Cajal ;Ministerio de Salud ; memoria 2004 ; disponible en <http://www.hrc.es/info/memoria>

- 11.-Churchill H,C, Anestesiología; Salvat Editores Barcelona,3º Edición;1983;  
793-795
- 12.-Samuels J, Anestesia,con Procedimientos en Quirófano; Editorial Marbán  
S.L.España; 2006 ;apéndice c1-c2.
- 13.-Neal J, Tratamiento de la Cefalalgia Posterior a la Punción Dural en  
Clinicas de Anestesiología de Norteamerica; Interamericana , Mc Graw  
Hill; 1/1992;173-190.
- 14.-Miller R, Monitorización del Nivel de Profundidad Anestésica y Control de  
Calidad en Anestesia en Anestesia; Ediciones Doyma ; Vol. I; 2º  
Edición;1990; 911-916;2173-2183
- 15.-Martin J,T,Warner M, Posiciones en Anestesia y Cirugía; Mc Graw Hill,  
Interamericana, México; 3º Edición;1998
- 16.-Weber S, Complicaciones Relacionadas con la Anestesia, Clínicas de  
Anestesiología de Norteamérica; Mc Graw Hill; México; 3/2002;  
471,525,561,677
- 17.-.Vilaseca F,Mercado A, Narvaez M,Canaviri A, Profilaxis Emética en  
Cirugía Laparoscópica en Revista Boliviana de Anestesiología,Vol.3 N º 1  
Ene-Jun.2001; 27-32
- 18.-Chavez V, Flores P, Eficacia del Ondansetron en la Profilaxis de Nauseas y  
Vómito Post operatorios en Cirugía Abdominal en Revista Boliviana de  
Anestesiología; Vol.3 Nº 1 Ene-Jun 2001: 15-18
- 19.-Vilaseca F, Mercado A, Molina J, Complicaciones Anestésicas en Cirugía  
Laparoscópica en Revista Boliviana de Anestesiología, Vol.2 Nº 1 Ene-Jun  
1999; 15-22

- 20.-Molina J, Segales F, Uso del Ketorolaco en Analgesia Pos Quirúrgica Inmediata en Revista Boliviana de Anestesiología; Vol. 1 N° 1 Jul-Dic. 1998;21-27
- 21.-Segales F, Comparación de la Analgesia Post operatoria Preventiva entre El Diclofenaco y Meloxicam en Revista Boliviana de Anestesiología; Vol. V; N° 1 Ene-Dic. 2003;21-25
- 22.-Canaviri A, Narvaez M, Ondansetron Vs. Droperidol mas Metoclopramida en Profilaxis Antiemética en Colectomía Laparoscópica en Revista Boliviana de Anestesiología; Vol. VI ; N° 1 Ene-Dic. 2004;29-32
- 23.-Rodriguez C, Olmedo M,C, Chacon A, Vigil D, Rodriguez P, Diseño y validación de un Cuestionario Para Evaluar la Satisfacción de los Pacientes Atendidos en las Consultas Externas de un Hospital de Madrid en 2006. en Revista Española de Salud Pública; Vol.81; N° 6 Madrid ;nov-dic. 2007
- 24.-Hernandez B, Velasco H, Encuestas Transversales en Actualización Salud Pública de Mexico .Vol. 42; N° 5 sept-oct. 2000
- 25.-Antonio C, Rodriguez R, Dolor Lumbar Pos Histerectomía Vaginal en Revista Boliviana de Anestesiología, vol, 4 N° 1 Ene-dic 2002; 14-20
- 26.-Peñaloza H, Soria Galvarro B, Medición de Presiones en el Neumotaponador del Tubo Endotraqueal en Revista Boliviana de Anestesiología, vol,4 N° 1 Ene-dic, 2002; 25-27
- 27.-Orgaz B, Cefalea Pos Punción Intradural en Cesárea de Urgencia en Revista Boliviana de Anestesiología, vol 1 ,N° 1 Jul-dic, 1998; 7-11

- 28.-Erazo M, Cafeína en el Tratamiento de la Cefalea Pos Punción de Duramadre en la Revista Boliviana de Anestesiología, vol 1 N° 1 Jul-dic, 1998; 33-37
- 29.-Finkel M. Schlegel H. El Dolor Post Operatorio en Revista del Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejia Buenos Aires Argentina; Edición electronica; Vol VIII N° 1 – 2003 ;disponible en <http://www.ramosmejia.org.ar>
- 30.-Lorda S, El Consentimiento informado y la Participación del Enfermo en las Relaciones Sanitarias, Medifam 1995;5 (5) 264-271
- 31.-Cáceres E, Consentimiento Informado Regulaciones del Acto Médico, Taller Graf Uno, 1º ed. Abril 2008
- 32.-Estatuto Orgánico y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia, Obras Antonianas, Tarija 2008,265-264
- 33.-Molina J, Fernandez F, Amnesia Retrógrada en Premedicación con Midazolam comparado con Fentanyl mas Midazolam EV, Revista Boliviana de Anestesiología, vol,II N° 1, Ene-jun, 1999,7-15
- 34.-Andrew T, Monitorización de la Profundidad de la Anestesia en Clínicas de Anestesiología de Norteamérica , vol 24, N° 4, 2006, 793-822
- 35.-De pinto M, Dunbar P, Edwards T, Tratamiento de Dolor en Clínicas de Anestesiología de Norteamérica, vol 24, N° 4, 2006, 19-38
- 36.-Muñoz F. Salmerón J. Marcote C. Complicaciones del Dolor Post Operatorio en Revista Sociedad Española de Dolor, 8 ; 2001; 194-211

TIPO DE ANESTESIA.-

General

Bloqueo de miembro superior

Peridural

Bloqueo de miembro inferior

Espinal

a.-SEXO

a.1.Masculino

a.2.Femenino

b.-EDAD EN AÑOS

b1.- < a 20

b 2.-.21 a 30

b 3.-31 a 40

b 4.-41 a 50

b 5.-51 a 60

b 6.-61 a 70

b 7.->a 70

c.-CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le informaron de la anestesia, sus  
Complicaciones y riesgos

c 1.-Satisfactoriamente

c 2.-Poco satisfactorio

c 3.-Nada

d.-DOLOR POST OPERATORIO

Asigne un número a la intensidad de  
dolor que tuvo en el pos operatorio

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d 1.-Nada 0

d 2.-Leve 1 a 3

d 3.-Moderado 4 a 7

d 4.-Intenso 8 a 10

<p>e.-RESPUESTA AL DOLOR</p> <p>Le administraron medicamento para el dolor presentado.</p> <p>e 1.-Si <input type="checkbox"/></p> <p>e 2.-No <input type="checkbox"/></p>	<p>f.-La medicación administrada le soluciono el dolor de manera efectiva</p> <p>f 1.-Completamente <input type="checkbox"/></p> <p>f 2.-Parcialmente <input type="checkbox"/></p> <p>f 3.-Nada <input type="checkbox"/></p>
<p>g.-PRESENCIA DE NAUSEAS Y VÓMITOS</p> <p>Presento usted luego de la cirugía nauseas y vómitos</p> <p>g 1.-Si <input type="checkbox"/></p> <p>h 2.-No <input type="checkbox"/></p>	<p>h.-RESPUESTA A LAS NAUSEAS Y VOMITOS</p> <p>h 1.-Si <input type="checkbox"/></p> <p>g 2.-No <input type="checkbox"/></p>
<p>I.-TIEMPO DE ESPERA</p> <p>Una vez que ingreso al área quirúrgica Indique usted que tiempo espero antes de Ingresar al quirófano</p> <p>I 1.-&lt;de 5 min. <input type="checkbox"/></p> <p>I 2.-6 a 15 min. <input type="checkbox"/></p> <p>I 3.-&gt;a 15min. <input type="checkbox"/></p>	<p>J.-PRESENCIA DE CEFALÉA</p> <p>Presento usted dolor de cabeza</p> <p>j 1.-Si <input type="checkbox"/></p> <p>j 2.-No <input type="checkbox"/></p>
<p>k.-PRESENCIA DE DOLOR DE GARGANTA</p> <p>Presento usted después de su cirugía dolor o molestias en la garganta</p> <p>k 1.-Si <input type="checkbox"/></p> <p>k 2.-No <input type="checkbox"/></p>	<p>l.-INDICACIÓN PARA ESTE DOLOR DE GARGANTA</p> <p>l 1.-Si <input type="checkbox"/></p> <p>l 2.-No <input type="checkbox"/></p>

<p><b>II.-PRESENCIA DE PARESTESIAS</b></p> <p>Presento usted alguna parestesia o sensación de anestesia en alguna parte de su cuerpo que no tenia antes de su cirugía.</p> <p>II 1.-Si <input type="checkbox"/></p> <p>II 2.-No <input type="checkbox"/></p> <p>Donde: _____</p>	<p><b>m.-RECUERDO INTRA OPERATORIO</b></p> <p>Recuerda usted haber escuchado palabras o conversaciones durante su cirugía.</p> <p>m 1.-Si <input type="checkbox"/></p> <p>m 2.-No <input type="checkbox"/></p>
<p><b>n.-EFECTO DEL RECUERDO INTRA OPERATORIO</b></p> <p>Usted frente a este recuerdo intra operatorio reacciona o le produjo en ese momento.</p> <p>n 1.-Indiferencia <input type="checkbox"/></p> <p>n 2.-Preocupación relativa <input type="checkbox"/></p> <p>n 3.-Angustia, desesperación <input type="checkbox"/></p>	<p><b>o.-TIPO DE CIRUGÍA</b></p> <p>o 1.-Gastrointestinal <input type="checkbox"/></p> <p>o 2.-Traumatológica <input type="checkbox"/></p> <p>o 3.-Urológica <input type="checkbox"/></p> <p>o 4.-Cardioracica <input type="checkbox"/></p> <p>o 5.-Vascular <input type="checkbox"/></p> <p>o 6.-Proctológica <input type="checkbox"/></p> <p>o 7.-Otros <input type="checkbox"/></p>