



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA
PRÁCTICA ANESTÉSICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
EUGENIO ESPEJO, QUITO DM. SEPTIEMBRE 2009**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MASTER EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

AUTOR

Dr. José River Jara Alvarado

DIRECTORA

Dra. María de Lourdes Velasco

**QUITO DM. – ECUADOR
2010**

CERTIFICACIÓN

Dra. María de Lourdes Velasco
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRACTICA ANESTESICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO SEPTIEMBRE 2009 QUITO DM.” el mismo que está de acuerdo con lo estipulado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Quito DM., Julio 2010

Dra. María de Lourdes Velasco G.

AUTORIA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretación, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Quito DM., Julio 2010

(f)

Dr. River Jara Alvarado

CI. 130617815-1

Autor

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, River Jara Alvarado, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: "Forman parte del Patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

Quito DM., Julio 2010

(f) _____
Dr. River Jara Alvarado
Cl. 130617815-1

DEDICATORIA

A mi Dios, a mis padres y a mi esposa que son mi epígrafe, mi esencia, mi alfa y mi omega, y a mis hijos que son mi fortaleza para seguir investigando y dejarles una sociedad más humana.

El Autor

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada, me encuentro en deuda con el personal docente, especialmente a la Dra. María de Lourdes Velasco G. directora de tesis por su invaluable asistencia y colaboración.

A los profesionales, pacientes y familiares que me han proporcionado información de forma desinteresada.

Me encuentro en deuda con la Dr. Jacinto Almeida líder del servicio de Anestesiología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, y en especial al cuerpo de médicos tratantes de dicho hospital.

El Autor

CERTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRELIMINARES	PAGINAS
Carátula	i
Certificación	li
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Certificación Institucional	vii
Índice	viii
APARTADOS	
1. Resumen	1
2. Abstract	3
3. Introducción	5
4. Problematicación	9
5. Justificación	19
6. Objetivos	22
7. Marco Teórico	24
8. Diseño Metodológico	45
9. Resultados	55
10. Conclusiones	139
11. Recomendaciones	142
12. Bibliografía	144
13. Anexos	149



Ministerio de Salud Pública

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

CERTIFICACION

Por medio del presente se certifica que el Programa de Mejoramiento de la Calidad en la Práctica Anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, septiembre 2009 Quito DM, se socializó e institucionalizó en el Departamento de Anestesiología de la Unidad Operativa, con la que se mejoró el sistema de gestión administrativa, optimizando la imagen del Departamento en cuanto a atención brindada.

Atentamente,

Dr. Héctor Martínez Villegas

SUBDIRECTOR TÉCNICO



1.- RESUMEN

1. RESUMEN

El paciente ó beneficiario no recibe, una explicación sobre el tipo de anestesia que se le aplicaría o que recibirá, así como el balance entre los riesgos (incluso de muerte) o efectos de la misma y beneficios que existe en el procedimiento terapéutico anestésico. Es decir el paciente o su familiar no sabe cuáles pueden ser las posibles complicaciones del acto anestésicos, razón por la cual luego se origina la demanda médico legal. Las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cuenta con un consentimiento informado general que es el formato 024, la mayoría de las veces, los beneficiarios o sus familiares son obligados a firmar en blanco este documento, como un trámite más para la admisión al hospital y posterior uso del portafolio de servicios que brinda la unidad operativa, por parte de los servicios de consulta externa o de emergencia, u otro medio de ingreso a los hospitales, el trámite es avalado por cualquier persona no médico o por médicos no anesthesiólogos, violándose sus derechos constitucionales a ser informado y a decidir sobre su salud.

Será la deficiente estructura administrativa-operativa hospitalaria, como: la sobrecarga de trabajo de los anesthesiólogos, la falta de organización y de recursos o la actitud pasiva del paciente, las razones por las cuales hay una calidad inadecuada en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” siendo una unidad operativa de referencia nacional.

Se realizó un diagnóstico situacional y posteriormente se decidió intervenir con un programa de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica de dicha unidad operativa, que cambio las prioridades administrativas y operativas del departamento de anestesia mejorando la relación médico-paciente. Y respetando los derechos constitucionales a ser informados y a decidir sobre su salud de los pacientes y sus familiares. Mejorando su calidad de atención en forma administrativa y operativa, la imagen del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, mejorando la satisfacción y las necesidades que ofrece dicho departamento de anestesia a sus usuarios. Utilizando la metodología del marco lógico.



2.- ABSTRACT

2.- ABSTRACT

The patient is not given an explanation about the type of anesthesia that would be performed or used, nor an explanation about both, the risks (even death) and effects and benefits that include the anesthetic therapeutic procedure. It means that the patient and their families do not know which may be the possible complications of the anesthesia, and they might put a legal medical suit to the doctor.

The MSP del Ecuador has a form sheet 024 (informed permission) and most of the time the patient and his family are forced to sign this paper without any explanation, as a request to be admitted at the hospital when attending to the emergency unit or any other unit to be admitted to the hospital. This informed permission sheet is endorsed by any non-medical staff or any doctor not necessarily an anesthesiologist, this means that the hospital is violating the constitutional rights of the patient when not giving them the option to decide about their lives.

It would be the bad institutional structure as the overcharge of the anesthesiologists' work, the lack of organization and resources or the passive attitude of the patient; the reasons by it would be an inadequate anesthesiologic practice in the Eugenio Espejo Hospital, which is a national medical unit of reference.

We have done a situational diagnosis and then we have decided to make an intervention of quality improvement in the anesthesiologic practice of this medical unit. This has changed the administrative and operative priorities, thus we have improved the relationship doctor-patient. And to be informed about the constitutional rights of the patient so that they will be able to decide about their health and their families' health.

We are improving the administrative and operative quality, so it improves the image of Eugenio Espejo Hospital and we satisfied the needs of our patients using the accurate research technology.



3.- INTRODUCCIÓN

3.- INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes errores de la clase médica es desconocer conceptos como alta gerencia, teoría de las organizaciones, dirección y liderazgo, administración de la salud, sistemas de gestión de calidad con normas ISO, marketing social, entre otras, desconocer procesos administrativos-financieros que determinan acción y efecto en las instituciones ergo calidad, satisfacción, calidez, entre otros indicadores. (1,2)

Aunque siempre busquemos el bienestar de nuestros pueblos la oferta de un servicio social como la salud tiene que ser de calidad humana, técnico-científica y administrativa. (3) La crisis que se vivió en la salud ecuatoriana, la actual masificación de los servicios públicos, específicamente de la salud y su pobre presupuesto, acrecienta la mala relación médico-paciente en sus ámbitos legales, médicos y éticos, por ende será ¿la calidad de atención en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo inadecuada?

Este proyecto de acción identifica la vulnerabilidad del derecho constitucional de los beneficiarios (pacientes y familiares) a ser informado por la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, “encuesta piloto realizada a los pacientes y / o familiares durante agosto y septiembre del 2005, con 112 procedimientos anestésicos-quirúrgicos, en los hospitales de especialidades “Eugenio Espejo”, Gineco – Obstétrico “Isidro Ayora” y en el hospital pediátrico “Baca Ortiz” de la ciudad de Quito. Se preguntó “usted o su familiar fue informado de los riesgos, o entendió el procedimiento anestésico que se aplicará”. 100% de los pacientes no fueron informados previos a la anestesia”⁴. Por ende no pudieron decidir.

Como interés personal, relevancia científica y administrativa, el estudio ayudará en primera instancia a concienciar a los médicos anesthesiólogos sobre la obligación a informar, el balance entre los riesgos (incluso de muerte), complicaciones o efectos y beneficios que existe en el procedimiento diagnóstico y terapéutico del acto anestésico. A demás de mejorar el proceso de la práctica anestésica en el ámbito gerencial.

Con el uso del CI., específico de anestesia el estudio intentará normar la calidad del proceso anestésico. Por otro lado como relevancia humana y contemporánea, el beneficiario, los pacientes comprenderán que no son personas pasivas, sino que tiene el derecho y las garantías constitucionales a ser informado, a consultar respecto a todos aquellos conceptos o aspectos que no entiendan, es decir, derecho a decidir sobre su salud, derechos consagrados en la actual carta magna vigente. (5)

Apoyará el estudio a las autoridades nacionales con fundamentos para mejorar la ley de Derecho y Amparo al paciente en la práctica anestésica con el uso de la herramienta consentimiento informado por cuanto la ley no le considera. (8) Lo que fomentara a estructurar una ley de práctica médica que aun no existe en el Ecuador, entre otros factores hacerles conocer, que revelan el contexto socio-económico del sector, que puede estar fomentando la falta de ética médica. (6, 25) Al momento también influirá en los trámites médico-legales si el hospital en cuestión, se ve avocado a enfrentar en cualquier momento un problema con pacientes que fueran atendidos y que no hayan respondido satisfactoriamente a un diagnóstico anestésico.

El Consentimiento Informado (CI.) fue utilizado por primera vez en la legislación de USA en 1957, como un recurso judicial⁷. En Ecuador hoy en día el CI., en Anestesiología es un derecho del paciente, mas en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, de la ciudad del DM. Quito, el proceso de aplicación es inadecuado y en forma muy general, por lo que, se considera fundamental demostrar las razones para ello y las sugerencias de aplicación por parte de profesionales de Anestesiología, para mejorar la calidad de atención en el servicio de anestesia del hospital. “Frente al criterio de los especialistas en derecho que el consentimiento informado es imprescindible en caso de conflicto médico legal, el no hacerlo se puede interpretar como negligencia profesional”⁸

Para la realización del trabajo de investigación se conto con la colaboración desinteresada de compañeros profesionales y no profesionales en el campo de la salud y en el campo gerencial. Las limitaciones en el proceso investigativo debido a la falta de información de los posibles cambios estructurales en el servicio de anestesia

fueron evidentes, superados cuando realicé la socialización con los usuarios internos y externos.

El trabajo ofrece un panorama sobre los factores que determinan los diferentes tipos de calidad que se deben manejar en un servicio público y en forma específica en la salud, como es el caso de la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Estos se determinan a través de revisión documental, encuestas y entrevistas con las autoridades del hospital, a los usuarios externos, familiares y usuarios internos, encontrándose una calidad de atención, dirección y gestión administrativa inadecuada. Se solucionará con una propuesta de intervención: capacitación, normalización y educación a los usuarios del servicio de anestesia.



4.- PROBLEMATIZACIÓN

4.- PROBLEMATIZACIÓN

Actualmente los sistemas de salud públicos han determinado la necesidad de tener una guía organizativa en el plano de gestión administrativo-financiero y operativo adaptada a la situación real de las necesidades de la especialidad hospitalaria, cuyo objetivo es mejorar la calidad en todos sus ámbitos.

Las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cuenta con un consentimiento informado **general** que es el formato 024, la mayoría de las veces, los beneficiarios o sus familiares son obligados a firmar en blanco este documento, como un trámite más para la admisión al hospital y posterior uso del portafolio de servicios que brinda la unidad operativa, por parte de los servicios de consulta externa o de emergencia, u otro medio de ingreso a los hospitales, el trámite es avalado por cualquier persona no médico o por médicos no anesthesiólogos. (Anexo 1)

El proceso administrativo anestésico – quirúrgico, en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de DM. Quito, comienza con el parte operatorio (medio de comunicación de los cirujanos con los anesthesiólogos) actualmente este documento en el reverso tiene un acápite que titula “consentimiento informado” (Anexo 2) obtenido sin ningún proceso de información, es decir en igual forma que el formato 024.

Por otra parte ligado al problema, el usuario desconoce, o no ejercita su derecho a ser informado y el consentimiento se obtiene sin entregar previamente y en forma clara, riesgos, complicaciones, beneficios o la información necesaria para estas personas puedan decidir sobre su salud.

Si pudiéramos dividir al proceso anestésico, serian tres momentos: La pre-anestesia, el trans-anestésico y el pos-anestésico. Actualmente en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, la pre-anestesia para cirugías programadas, momento donde se debe obtener la firma del CI., para anestesia, por un anesthesiólogo es realizado por un médico no especialista, y en el caso de cirugías urgentes la pre-anestesia no se cumple, ó a veces es realizado en el pasillo de entrada a quirófanos del servicio de

emergencia, aquí se lo hace en forma inadecuada, apresurada, termina recabando únicamente información, hecho que anula toda relación médico-paciente, a demás de aumentar riesgos innecesarios para el paciente y por ende para el accionar del profesional que le asiste. (9, 26) Casos similares sucede en hospital del día. Al no existir un consultorio en ningún lugar del hospital.

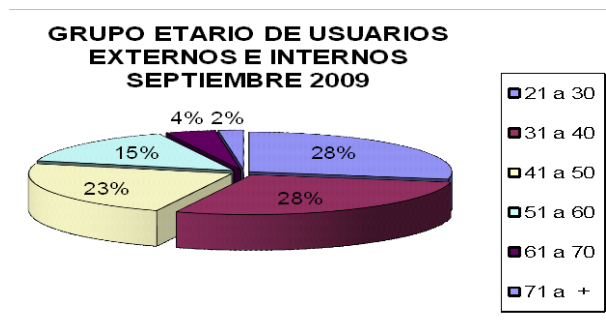
El cliente (paciente ó beneficiario) no recibe, una explicación sobre la naturaleza del tipo de anestesia que se le aplicaría o que recibirá, así como el balance entre los riesgos (incluso de muerte) o efectos de la misma y beneficios que existe en el procedimiento terapéutico anestésico. Es decir el paciente o su familiar no sabe cuáles pueden ser las posibles complicaciones del acto anestésicos, una de las razones por la cual luego se origina la demanda médico legal. (27)

En Ecuador la estadística médico legal con respecto a este tema, esta sesgada, pero en "Argentina las demandas o reclamos judiciales recaen sobre los médicos en un 32% y sobre las instituciones médica en un 68%" ¹⁰.

Se elaboró una encuesta, como herramienta para levantamiento de la línea de base, previo diagnóstico situacional con 25 usuarios externos (beneficiario, paciente o familiar) y con 22 usuarios internos (médico tratante de anestesia), se investigó "la calidad de la práctica anestésica en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo". Para los usuarios externos se realizaron 17 preguntas cerradas, donde el participante según su conciencia contestaba: si o no. Y para los usuarios internos la encuesta consto de 15 preguntas con el mismo sistema. (Anexo 3)

Realizada la tabulación se determinó, un total de 47 participantes entre pacientes, familiares y médicos tratantes de anestesia, los resultados: 13 participantes (27.7 %) pertenecen al grupo etario de 21 a 30 años, 13 encuestados (27.7 %) pertenecen al grupo etario 31 a 40 años, 11 entrevistados (23.40 %) pertenecen al grupo etario 41 a 50 años, 7 indagados (14.89 %) pertenecen al grupo etario 51 a 60 años, 2 sondeados (4.25 %) pertenecen al grupo etario 61 a 70 años y 1 investigado (2.12 %) pertenecen al grupo etario de 71 años a más.

GRAFICO # 1



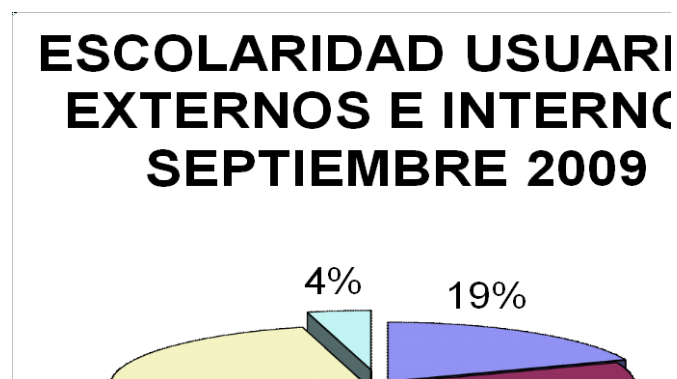
Fuente: Encuesta

Elaborado: Autor

El servicio de anestesia cuenta mayoritariamente con pacientes, familiares y anesthesiólogos jóvenes y adultos.

Escolaridad, 9 encuestados (19.14 %) tienen educación básica y secundaria, 15 personas (31.91 %) no han terminado la universidad, 21 entrevistados (44.68 %) tienen un posgrado y 2 investigados (4.25 %) tienen una maestría.

GRAFICO # 2

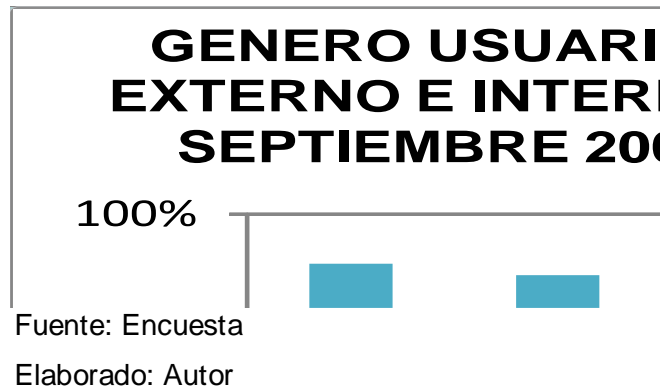


Fuente: Encuesta

Elaborado: Autor

Por tanto el 100 % de la población encuestada sabe leer y escribir. (Anexo 5, cuadro # 1 y 3). Con respecto al género, 26 personas (55 %) son masculinos y 21 individuos (45 %) son femeninos.

GRAFICO # 3

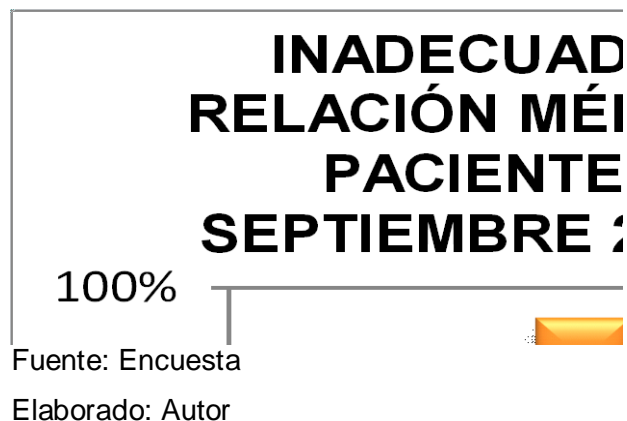


En la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo se encuentra mayoritariamente el sexo masculino.

100% de los encuestados previo firma del consentimiento ético (Anexo 5), acepto participar en la encuesta y respondieron de la siguiente forma:

“CREE USTED QUE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE ES ADECUADA” 12 encuestados (26 %) eligen la opción SI, con comentarios como “si con el doctorcito jovencito de emergencia,” y 35 personas (74 %) eligen la opción NO.

GRAFICO # 4



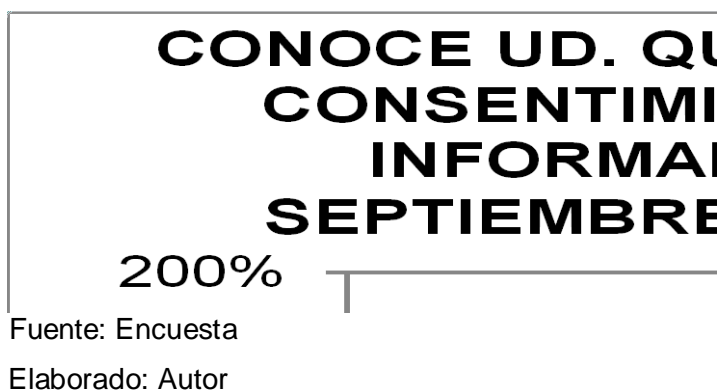
Confirmando, que la relación médico-paciente en la práctica anestésica del Hospital Eugenio Espejo, es inadecuada, a demás evidenciándose que el primer médico que ve el paciente en centro quirúrgico de emergencia es un residente no especialista.

Las 47 personas consultadas (100 %) reconocen, que el ser informado sobre su estado de salud, es muy importante, al igual que los anesthesiólogos saben que es obligatorio informar de los riesgos, complicaciones y beneficios de la anestesia y que este derecho de las personas tiene garantía constitucional de cumplimiento.

GRAFICO # 5



GRAFICO # 6



Sin embargo, casi en su totalidad los pacientes, son pasivos, porque no ejercitan su derecho a ser informado, debido al desconocimiento.

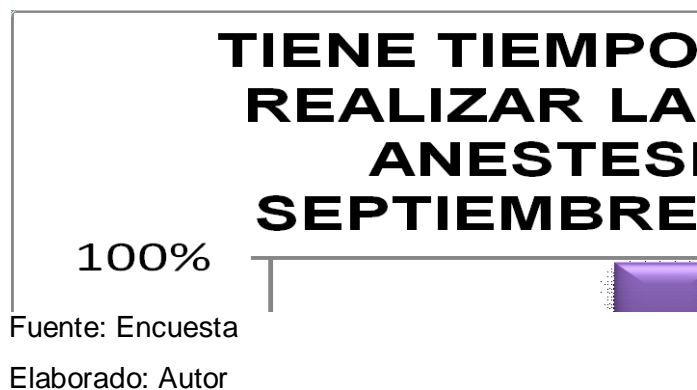
Los anestesiólogos en una gran proporción (95 %) no realizan una pre-anestesia en cirugías programadas o de urgencias, solo 1 anestesiólogo (5 %) realiza la pre-anestesia el día anterior y consigue el consentimiento informado para anestesia cardiaca (consentimiento informado personal del galeno). ¿A caso, una sedación para una endoscopia, una anestesia conductiva para una histerectomía, o una anestesia general para una colecistectomía, u otros procedimientos anestésicos-quirúrgicos están libres de riesgos o complicaciones que no deban ser informados?

GRAFICO # 7



Por tanto el anestesiólogo del Hospital Eugenio Espejo mayoritariamente, no respeta el derecho, de informar a su paciente, de los beneficios, riesgos y complicaciones de la anestesia. A pesar de que el 100% de los anestesiólogos refirió si respetar los derechos de sus pacientes. El 95 % de los anestesiólogos refieren que existe una sobrecarga laboral por lo que no tiene tiempo para realizar la pre-anestesia.

GRAFICO # 8



Se evidencia desconocimiento, de cómo debe de ser un consentimiento informado exclusivo para anestesia, donde se debe recabar, quien lo debe realizar y cuando. ¡Es muy difícil aceptar que hay desconocimiento del comportamiento legal, por parte de los anesthesiólogos!

Esto se demuestra cuando el 23 % de los anesthesiólogos manifiestan que si usan, versus un 77 % de estos profesionales que revelan que no usan un consentimiento informado exclusivo para anestesia. Y que el 95 % de ellos manifiestan que no hay un lugar donde realizar la pre-anestesia en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

GRAFICO # 9

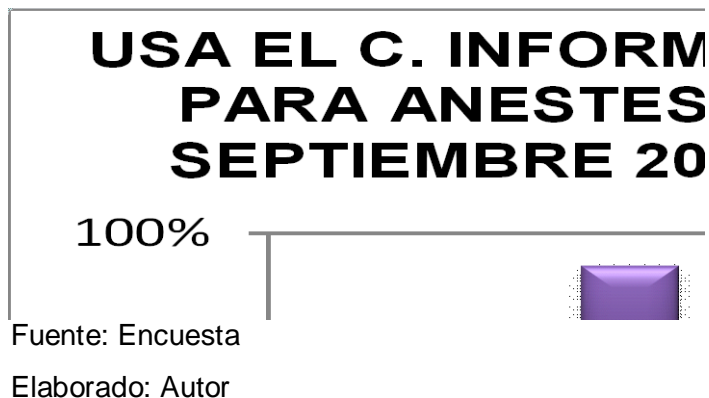
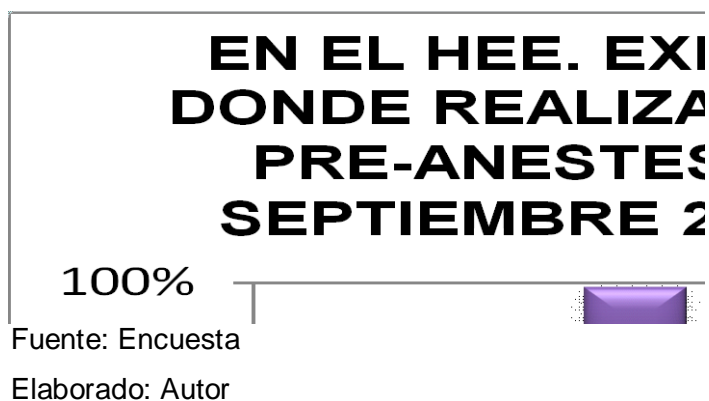


GRAFICO # 10



En este momento se evidencia ya un problema administrativo-operativo o de organización en el servicio de anestesia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

Para determinar la aseveración antes mencionada detallaremos otros aspectos, el 100 % de los consultados proclaman una falta de presupuesto para el sector salud. Lo que se deja en evidencia cuando el (56 %), de los pacientes revelan que no hubo toda la medicación para su anestesia. Entre líneas puede que se esté dando un problema ético con el personal ¿Cuántas personas miembros del personal del hospital son dueños de farmacias cercanas a la unidad operativa? Frente a un 98% de los anesthesiólogos que manifiesta que no tiene los fármacos, los insumos o monitores necesario para administrar una anestesia segura. Quedando acentuado cuando el 40% de los pacientes refieren que hubo que cancelar algún valor en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

GRAFICO # 11

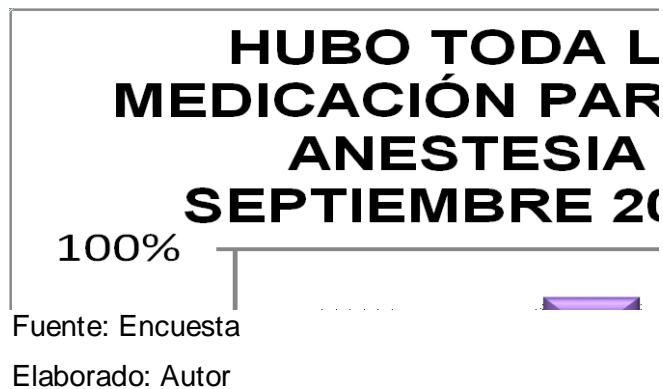
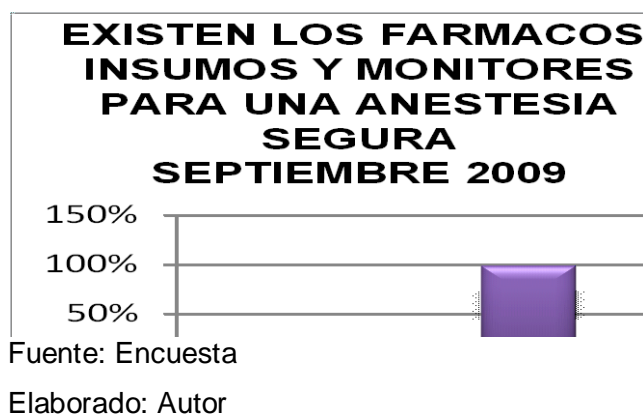


GRAFICO # 12



No solo que la calidad administrativa-operativa de la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo está entre dicho, sino también su imagen y la imagen del Ministerio de Salud por ser este un hospital insigne del país. Cuando el 60

% de los consultados aceptan que no fue oportuna la atención ya que tuvieron que esperar en algunos casos días para que sus necesidades sean resueltas.

Ó cuando una gran mayoría 95% de entre pacientes y anesthesiólogos dejan por escrito que no hay un departamento de quejas que resuelva sus inquietudes.

GRAFICO # 13



¿Será la deficiente estructura administrativa-operativa hospitalaria, como: la sobrecarga de trabajo de los anesthesiólogos, la falta de organización y de recursos o la actitud pasiva del paciente, las razones por las cuales hay una calidad inadecuada en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” Quito DM, septiembre 2009?



5.- JUSTIFICACIÓN

5.- JUSTIFICACIÓN

Hecho incontrovertible, la administración hospitalaria y el consentimiento informado exclusivo para anestesia, son ajenos a la tradición médica clásica, el consentimiento informado nunca se ha consensuado, menos aún su aplicación a lo largo de la historia ecuatoriana, especialmente en las entidades públicas, pese a que en la actualidad constituye un puntal esencial de la relación médico-paciente y su aplicación servirá como herramienta en nuestra ley de Derecho y Amparo al paciente, lo que redundará en una significativa mejora de la calidad asistencial, para los usuarios internos (Anestesiólogos) demostrando un desenvolvimiento jurídico profesional y para los usuarios externos (pacientes y familiares) por el cual se respetaran sus derechos de información y decisión, garantizándole una atención de calidad técnico-profesional y especializada. (8)

El impacto de desarrollar un programa de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, se verá en la población beneficiaria que use el servicio de anestesia, obtendrán con la realización del proyecto un mejor grado de satisfacción los usuarios externos e internos, basándonos en la coherencia con las políticas de la institución. Es transcendental reconocer que anestesiarse a un paciente conlleva tres sub-procesos, la pre-anestesia, anestesia y pos-anestesia del paciente. Estas actividades deben ser normalizadas, coordinadas, sistematizadas, controladas y orientadas para obtener y mantener el nivel de una atención de calidad humana, técnico-científica y administrativa.

Una de las razones de las demandas médicos-legales a los Anestesiólogos, se debe a la ignorancia del paciente o de los familiares de los riesgos, complicaciones, efectos secundarios e incluso de los beneficios que tiene el acto anestésico. Es decir Los juicios por mala práctica médica están causados tanto por negligencia percibidas como por negligencias supuestas. (8)

Los estándares internacionales, “como la familia de normas ISO 9000, se han elaborados para asistir a las empresas de todo tipo y refieren que toda organización

debe de implementar y operar un sistema de gestión de calidad, asegurando la calidad del servicio aumentando la satisfacción del cliente y en la parte administrativa orientaciones para un mejor desempeño".¹¹

La investigación se la realizó con la autorización y el conocimiento de las autoridades del Hospital, del departamento de Anestesia y de su personal, los cuales emitieron criterios y sugerencias estableciendo parámetros de calidad en correlación con la realidad.



6.- OBJETIVOS

6.- OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar un programa de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica del servicio de anestesiología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, septiembre 2009-.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Socialización e institucionalización del proyecto.
- Normalizar e implementar los procedimientos administrativos y operativos del proceso anestésico, adaptados a un sistema de gestión de calidad en un contexto real.
- Rediseñar consensuadamente e Implementar el consentimiento informado exclusivo para la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- Determinar el grado de satisfacción de los usuarios internos sobre el mejoramiento de la calidad en el proceso anestésico.
- Garantizar la seguridad del usuario externo durante el proceso Anestésico a través de una atención profesional y especializada valorando integralmente cada caso.
- Educar a los beneficiarios sobre el ejercicio constitucional de su derecho, a ser informado y a decidir.
- Evaluar el Proyecto.



7.- MARCO TEÓRICO

7.- MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1 Aspecto geográfico del lugar

“El Hospital Eugenio Espejo es un hospital de tercer nivel se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha, en el cantón Quito, en la Av. Gran Colombia s/n y Yaguachi. (Croquis y Anexo 6) La construcción del Hospital Eugenio Espejo se inició el 23 de mayo de 1901 y culminó en el año 1933. El 28 de Junio de 1931 la Junta Central de Asistencia Pública de Quito acuerda que: El nuevo hospital civil que la Junta ha construido llevará el nombre de Eugenio Espejo en homenaje al ilustre prócer de la independencia Dr. Francisco Eugenio de Santa Cruz y Espejo. Bajo la presidencia del Dr. Juan de Dios Martínez Mera el 24 de mayo de 1933 se inauguró el Hospital Eugenio Espejo.

En el año 1979 se conforma un gran frente, cuyo propósito era construir un nuevo Hospital, hasta que en el mes de mayo de 1982 y con la presidencia del Sr. Dr. Jaime Roldós Aguilera se coloca la simbólica primera piedra del nuevo edificio. Después de muchos años de construcción se abren las puertas de atención al público en sus nuevas áreas de consulta externa y emergencia en el mes de mayo de 1992, para que en el año 1994 se traslada por completo la atención al edificio nuevo”¹²

7.1.2 Dinámica Poblacional

“Al ser el hospital Eugenio Espejo un hospital de tercer nivel, de referencia nacional no tiene un área de influencia local. En relación al perfil socio- económico de los usuarios que acuden al hospital se realiza un estudio de cohorte por la gestión de trabajo social de la unidad operativa, escogen los últimos tres meses del 2007, con un total de 26.026 pacientes.

Según el estudio realizado, concluyen: Los usuarios o beneficiarios que acuden al hospital Eugenio Espejo pertenecen en un 94.36 % al perfil socio económico categorizados en A-B-C y D, 79% de estos pacientes no cuentan con los recursos necesarios para adquirir la canasta básica que al momento es de 469,57 dólares.”¹²

CROQUIS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO



7.1.3 La Misión de la Institución

“El Hospital Eugenio Espejo recupera las salud física, mental y social de la comunidad de todo el país, a través de acciones necesarias y oportunas, con atención de especialidades, tecnología de punta, dentro de un ambiente de calidez y eficiencia; preocupándonos del desarrollo personal y académicos de todos los colaboradores, trabajamos en forma ética y moral, manejando los recursos en forma honesta, y compartiendo la obligación mundial de proteger el medio ambiente a través del adecuado manejo de los desechos..”¹²

7.1.4 La Visión de la Institución

“Para el 2012 queremos ser y que nos reconozcan como una organización comprometida con el paciente y sus necesidades. Nuestra atención hospitalaria quiere ser:

- De máxima calidad
- Accesible y ágil
- Profesional y responsable
- Coordinada con los diferentes niveles asistenciales
- Eficiente en el uso de los recursos disponibles

Ser un centro de excelencia asistencial en el manejo de pacientes clínico-quirúrgico con reconocimiento nacional e internacional y acreditado para la formación de personal de salud; basada en una organización funcional adecuada, para dar atención científica de alto nivel y de calidad con tecnología de punta. Queremos ser innovadores en la gestión y en permanente búsqueda de la mejora de sus resultados.”¹²

7.1.5 Organización Administrativa

Las instituciones públicas por lo general tienen una organización donde es más importante el sistema administrativo que el operativo debido a las presiones políticas verticales, este organigrama aparentemente su base son procesos, la estructura organizacional no se basa en la realidad.

Talentos Humanos:

- Director
- Subdirector Técnico
- Subdirector de desarrollo organizacional
- Ciento cuarenta y seis médicos tratantes
- Ciento uno médico residente
- Ciento cincuenta enfermeras
- Doscientos ochenta y tres auxiliares
- Veintidós otros profesionales
- Cuarenta y seis tecnólogos
- Ciento cuarenta y cuatro personal administrativo
- Cinco choferes profesionales
- Quince técnicos en mantenimiento

7.1.6 Servicios que presta la Institución

“El hospital de especialidades Eugenio Espejo cuenta con la capacidad y el esfuerzo de personal profesional, semi-profesional y no profesional, así como con recursos materiales, con el objetivo de proporcionar atenciones de calidad, calificadas y encaminadas al usuario enfermo, traumatizado, gestante, en un contexto de docencia e investigación de nivel tres”¹²

7.1.7 Datos Estadísticos de Cobertura

El hospital de Especialidades Eugenio Espejo atiende aproximadamente siete mil procedimientos anestésicos-quirúrgicos por año. Entre los más frecuentes son trastornos de la vesícula, de las vías biliares y del páncreas (K80-K87), traumatismos de la cabeza (S00-S09), enfermedades del apéndice (K35-K38), traumatismo de rodilla y piernas (S80-S89), hernias, (K40-K46), enfermedades de los órganos genitales masculinos (N40- N51). Con respecto en atención clínica se atiende un promedio de cinco mil enfermedades entre las cuales las mas frecuentes son: cerebros vasculares (I60-I69), enfermedades bacterianas (A30-A49), enfermedades del corazón (I30-I52), neumonías (J10-J18). “Podemos apreciar que coexisten patologías propias de países desarrollados como traumatismos, heridas, con Patologías prevenibles como las

infecciones del sistema respiratorio y digestivo existentes en países en vías del desarrollo.”¹²

7.1.8 Características geo-física de la Institución

“El hospital de especialidades Eugenio Espejo es un institución pública de tercer nivel, su infraestructura es de cemento, cuenta con 10 pisos y dos subsuelos.”¹²

El decimo piso es traumatología, el noveno es cirugía general, el octavo piso es medicina interna y neurología, el séptimo piso es pediatría y adolescencia, sexto es oftalmología, otorrinolaringología y neumología, quinto piso es neurocirugía cardiotorácica, ginecología y proctología, cuarto cirugía vascular, cardiología, nefrología y diálisis, tercero urología y unidad de quemados, segundo piso docencia, nutrición, lavandería, entre otros, en el primer piso esta la parte administrativa del hospital y consulta externa, patología y morgue, mecánica, carpintería e imprenta, planta baja esta estadística, rayos x, banco de sangre, emergencia y farmacia, en subsuelo uno esta parte de consultorios de consulta externa, odontología, suministros, dormitorios residentes, por último el subsuelo dos donde se encuentra parte de consultorios de consulta externa, videos endoscopias, hospital del día, quirófanos, esterilización, y centro de cómputos.

7.1.9 Políticas de la Institución.-

Las principales políticas de la institución son:

- Empoderamiento del personal del Hospital.
- Atención de calidad a los usuarios, 24 horas los 365 días del año.
- Funcionamiento planificado y participativo.
- Desarrollo del talento humano institucional.
- Transparencia en la gestión.

Para el funcionamiento del hospital, sus directivos han establecido las siguientes estrategias:

LINEAS ESTRATEGICAS:

EN EL CAMPO DE PLANIFICACIÓN:

- Se revisará anualmente la planificación estratégica hospitalaria.

- Elaboración de los planes estratégicos y operativos por servicios.
- Procesos definidos en cada uno de los servicios.
- La estructura organizacional por procesos coadyuvará al cumplimiento de la misión y objetivos del hospital.
- Se difundirá la misión, visión, objetivos y políticas hospitalarias, aprovechando medios de comunicación masiva.
- El organigrama estructural deberá ser conocido por todos los empleados y trabajadores del hospital.
- Apertura a los procesos de adquisición y contratación.

EN EL CAMPO DE TALENTO HUMANO:

- La contratación de empleados y trabajadores se sujetará estrictamente a lo necesario en base a indicadores y justificativo técnico y solamente bajo lo que disponga la LOSCA Y EL CODIGO DE TRABAJO.
- Coordinación permanente entre los directivos, empleados y trabajadores.
- Capacitación continua dirigida al desarrollo del talento humano
- Optimización del talento humano.
- Desarrollar un programa de motivación al personal.
- Fortalecimiento de la comunicación entre usuarios internos y externos

EN EL CAMPO DE ADQUISICIONES:

- Las adquisiciones de cualquier índole se sujetarán estrictamente al
- presupuestado del año en ejecución.
- Se mantendrá un banco de proveedores
- Las adquisiciones se registrarán de acuerdo a lo que establece el
- reglamento de contratación pública.
- Los proveedores serán calificados por la comisión de adquisiciones.

EN EL CAMPO DEL MARKETING

- Fortalecer la página Web. a través de Internet.

- Los directivos difundirán los servicios del hospital a través de los diferentes medios de comunicación.
- Se realizará un plan de marketing que será revisado y actualizado anualmente.”¹²

7.2 MARCO CONCEPTUAL

CALIDAD TOTAL

Calidad total es un concepto multidisciplinario, multicausal, y siempre será la suma de todos los factores incluso del error, aquí unos ejemplos: “Calidad Total es un sistema efectivo de los esfuerzos de varios grupos en una organización para la integración del desarrollo, del mantenimiento y la mejora de la calidad con el objetivo de hacer posibles marketing, ingeniería, producción, y servicio a satisfacción total del consumidor y al nivel más económico”. **Armand Feigenbaum.**¹³ “Calidad Total es el cumplimiento de los requerimientos, donde el sistema es la prevención, el estándar es cero defectos y la medida es el precio del incumplimiento”. **Philip Crosby.**¹⁴ “Calidad Total es estar en forma para el uso (fitness for use), desde los puntos de vista estructurales, sensoriales, orientados en el tiempo, comerciales y éticos en base a parámetros de calidad de diseño, calidad de cumplimiento, de habilidad, seguridad del producto y servicio en el campo”. **Joseph Juran.**¹⁴ “Calidad Total es la pérdida mínima impartida a la sociedad por el producto desde el momento en que se despacha (considerando reprocesos, mantenimiento, desechos, tiempo sin ser usado a causa de fallas, reclamos por garantías, y bajo rendimiento del producto)”. **Genichi Taguchi.**¹⁵

El proceso organizativo y operativo de la práctica anestésica y el mismo acto anestésico que será la suma de la pre-anestesia, el trans-anestésico y el pos-anestésico estará exento de riesgos ambientales, sociales, éticos y legales. “Los médicos que ejercemos una especialidad dedicada al alivio del dolor y a brindarle seguridad al paciente, mientras se realizan procedimientos para salvarle o mejorarle la vida, merecemos mejor suerte que vivir en la angustia permanente. El error médico es un enemigo latente, multicausal y de imprevistas e imponderables consecuencias, que puede conducir a la muerte, incluyendo el incidente crítico especialmente en anestesia” (16 y 17).

Por tanto el proceso de anestesiar a un paciente implica una infraestructura hospitalaria y administrativa adecuada al nivel de complejidad, recursos humanos, farmacéuticos, insumos, necesidad de tecnología básica, como instrumentos, equipos,

etc., etc., todo esto tiene que tener una estructura normalizada especialmente diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Si consideramos a un hospital en su conjunto, como un sistema, éste está compuesto por varios sub-sistemas que interactúan entre sí en forma dinámica. Para nombrar los más importantes (16, 17):

- Sistema Asistencial.- Es toda área con atención profesional directa de forma interna o externa
- Sistema Administrativo Contable.- En sí toda oficina que trabaja con el público en algún proceso o trámite con documentación, ejemplo admisión, farmacia, contabilidad, finanzas, entre otros.
- Sistema Gerencial.- Está compuesto según los hospitales por gerencias o Direcciones. La más destacada es la Gerencia Médica, que organiza o dirige el funcionamiento global del hospital, sus políticas de prevención, diagnóstico y tratamiento, y el presupuesto, entre otros temas.
- Sistema de Información (Informático).- se refiere al sistema informático que tiene el hospital y que soporta su funcionamiento en redes de computadoras y programas diseñados especialmente para el correcto funcionamiento de todas las áreas. Es manejada generalmente por un Departamento o gerencia de sistemas de información.
- Sistema Técnico.- Engloba a todas las dependencias que proveen soporte, mantenimiento preventivo y bioingeniería en una institución.
- Sistema de Docencia e Investigación.- Muchos hospitales poseen sistemas de capacitación y formación de nuevos profesionales como visitancias, concurrencias, residencias y *fellowships*, con programas bien organizados para que el nuevo profesional del equipo de salud obtenga la mejor formación posible.
- Sistema de marketing.- Es el área encargada de buscar información para todos los problemas y poder tomar acciones adecuadas.
- Sistema de auditoría médica.- Área encargada de examinar los procedimientos administrativos, legales, económicos, etc.

La práctica anestésica del hospital de especialidades “Eugenio Espejo” tendrá por objetivos una estructura organizacional capaz de soportar y desarrollar las actividades y funciones existentes y futuras, conformado por áreas y unidades funcionales mínimas o complejas, definidas en función de un análisis integral de la organización. Así podremos reestructurar procesos administrativos internos que faciliten el funcionamiento de áreas administrativas y el soporte necesario a las demás áreas y todas las diferentes necesidades del servicio de anestesiología del hospital. Disponiendo del personal con experiencia y especializado en cada una de las áreas y unidades orgánicas, básicamente profesionales, con actitud altamente proactiva. (16)

Trabajaremos por objetivos, donde lo administrativo, organizativo y operativo deberá estar orientada a brindar servicio de calidad, mejorar el sistema de gestión y médico interrelacionándose de manera sistémica orientándonos a obtención de mejores indicadores médicos, normalizando estos espacio con las etapas de un sistema de gestión de calidad. (11, 17)

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Es el conjunto de normas interrelacionadas de una empresa organización por los cuales se administra de forma ordenada la calidad de la misma, en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes. Entre dichos elementos, los principales son:

- Estructura de la organización: responde al organigrama de los sistemas de la empresa donde se jerarquizan los niveles directivos y de gestión. En ocasiones este organigrama de sistemas no corresponde al organigrama tradicional de una empresa.
- Estructura de responsabilidades: implica a personas y departamentos. La forma más sencilla de explicitar las responsabilidades en calidad, es mediante un cuadro de doble entrada, donde mediante un eje se sitúan los diferentes departamentos y en el otro, las diversas funciones de la calidad.
- Procedimientos: responden al plan permanente de pautas detalladas para controlar las acciones de la organización.

- Procesos: responden a la sucesión completa de operaciones dirigidos a la consecución de un objetivo específico.
- Recursos: no solamente económicos, sino humanos, técnicos y de otro tipo, deben estar definidos de forma estable y circunstancial.
- Consecución de la plena satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente (interno y externo).
- Desarrollo de un proceso de mejora continua en todas las actividades y procesos llevados a cabo en la empresa (implantar la mejora continua tiene un principio pero no un fin).
- Total compromiso de la Dirección y un liderazgo activo de todo el equipo directivo.
- Participación de todos los miembros de la organización y fomento del trabajo en equipo hacia una Gestión de Calidad Total.
- Involucración del proveedor en el sistema de Calidad Total de la empresa, dado el fundamental papel de éste en la consecución de la Calidad en la empresa.
- Identificación y Gestión de los Procesos Clave de la organización, superando las barreras departamentales y estructurales que esconden dichos procesos.
- Toma de decisiones de gestión basada en datos y hechos objetivos sobre gestión basada en la intuición. Dominio del manejo de la información.

Estos apartados no siempre están definidos ni son claros en una empresa. (18, 19)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como parte del mejoramiento en la calidad de la práctica anestésica se implementará el Consentimiento Informado **(CI)**. Consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, sobre la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación antes de ser sometidos a dichos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia

psicológica sobre el paciente. CI., es la conformidad del paciente (y/o familiar, padre, tutor o encargado) en recibir o permitir un procedimiento médico, anestésico-quirúrgico, u otro, luego de haber recibido y entendido toda la información necesaria para tomar una decisión libre e inteligente. (20)

Varias sentencias posteriores hicieron que el CI se convierta en un derecho de los pacientes y un deber de los médicos²¹. Tema de gran importancia en la profesión médica, ya que no solamente es una herramienta de defensa legal, que hoy en día hay que saber utilizarla a nuestro favor, sino que también es un derecho del paciente. Su aplicación es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta o no, someterse a un procedimiento diagnóstico (anestésico), quirúrgico o terapéutico, “después de que el médico le ha informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza de los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas”²⁰. Plasmar el formulario escrito del Consentimiento representa el soporte documental que verifica que el paciente ha recibido y entendido la información facilitada por el médico tratante, por lo que debería ser obligatorio, debiendo aplicarse, cualquiera sea la magnitud del proceso anestésico-quirúrgico.

Históricamente el CI., ha llegado a la medicina desde la jurisprudencia y debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que haya realizado a la medicina por lo menos en los últimos siglos. Estamos ante un “Derecho Humano primario y fundamental”²². Hay que considerar que el derecho del paciente a la autodeterminación y el respeto a su libertad, son factores preponderantes a considerar en la relación médico-paciente, de tal forma que el “derecho a la información es una manifestación concreta del derecho de la protección a la salud y, a su vez uno de los derechos de la personalidad”²¹.

Los factores condicionantes para el cabal cumplimiento del CI son: ausencia de coerción o engaño, capacidad mental, claridad y autonomía del sujeto consultado para tomar decisiones.

Los “contenidos mínimos integrantes del CI”⁹ son:

- Nombres y Apellidos del paciente y médico que informa.
- Información sobre el tipo de anestesia a recibir.
- Planteamiento de alternativas del procedimiento anestésico.
- Explicación sobre los riesgos y ventajas del acto anestésico.
- Explicar los beneficios que razonablemente se puede esperar de la anestesia para realizar la cirugía y consecuencias de la denegación, o sea riesgos / beneficios.
- Riesgos particulares del paciente a la anestesia e incluso riesgo de morir.
- Posibilidad de revocar el consentimiento informado en cualquier momento antes de la anestesia.
- “Satisfacción del paciente por la información recibida y evacuación de sus dudas”.
- Fecha y cédula de identidad o pasaporte, firma aclarada del médico, paciente y testigos
- Mi consideración. En el paciente desconocido (NN), se coloca la fecha, y la firma aclarada de los médicos cirujano, anesthesiólogo y un testigo.

Fundamentos legales, médicos, éticos y otros fundamentos y opiniones doctrinarias del CI., (8)

Fundamentos legales.- Principio de libertad es trascendente respecto de la formación del contrato. (Por ejemplo: derecho del paciente para elegir médico) pero de valor relativo en cuanto a los contenidos del acto. Se reconocen desde el punto de vista legal dos tipos de consentimiento: tácito, cuando resulta de hechos o de actos que lo presupongan, tal como la aceptación de la continuación de la intervención del médico que asiste en una emergencia al paciente y el expreso, cuando se manifiesta verbalmente, por escrito o por signos inequívocos, como la concurrencia al consultorio o el llamado al médico.

El consentimiento del paciente integra el **acuerdo de voluntades** y cabe al médico respetar la voluntad del paciente, excepto en condiciones extremas, donde está en

juego la vida de aquél y no pueda dilatarse la decisión; en tales casos, el médico puede proceder aún en contra de la voluntad del paciente y / o de su familia, pues de otro modo se violarían los deberes médicos y se estaría aceptando de modo indirecto e impasiblemente una muerte o suicidio. El **código civil** atribuye a la voluntad un papel preponderante en el derecho privado, en la realización del acto jurídico y en la celebración del contrato, pero razones de orden público entre las que se encuentran la salud del individuo o la población hacen ceder esta preponderancia.

Fundamentos médicos.- En la consulta médica se establece una relación interpersonal íntima, directa, inmediata y única entre dos seres humanos en trance, uno de enfermedad y el otro de prueba y deseo de servir. **El tiempo insumido por la tarea constituye una inversión redituable para el médico, el paciente y su familia.** Actualmente el aumento de los juicios a mansalva en contra de los médicos constituye una preocupación universal, acompañándose de pena y daños económicos sustanciosos para los médicos. La escasa relación entre médicos y pacientes, el trabajo a destajo, el desmerecimiento del interrogatorio y el examen clínico en favor de la tecnología, subsumidos en los cambios societarios descritos, subrayan a nivel universal, la necesidad de recuperar la relación del médico con su paciente, Los juicios por mala práctica están causados tanto por negligencias percibidas como por negligencias supuestas. (28, 29)

A partir del diálogo, cuyo contenido se presume confidencial desde Hipócrates, médico y paciente intercambian opiniones y sentires y comparten vivencias. Los acota, modifica y atraviesa de manera sustantiva, el marco de referencia en el que actúan, la cultura del medio, su imaginario social, lo particular y lo institucional. La preeminencia de ciertos valores define el tipo de relación médico – paciente según los tiempos. El proceso de presentación de evidencias, de revelación de la información al paciente, es obligación del terapeuta. La tarea debe concretarse durante la consulta e incluir el relato de la historia natural de la enfermedad, los cursos de acción propuestos, las alternativas terapéuticas y los riesgos correspondientes. Antes de aceptar la propuesta o negar su autorización, el paciente puede solicitar más información o aclaraciones. De esta manera, se habilita la interacción y el ejercicio de la autonomía por parte de

ambos sujetos, transformándolos en protagonistas de sus decisiones. La firma de un documento que detalla la información compartida y la decisión concertada, constituye un epílogo lógico y deseable, e indispensable de estas acciones.

La universidad de Harvard hace un decenio propuso cambios curriculares dirigidos a lograr la formación en una “medicina orientada hacia el paciente. Las premisas que sustentaron esta idea se basaban en observaciones sobre la práctica de la profesión: muchos pacientes guardan expectativas no realistas sobre el poder mágico - terapéutico del médico, por lo cual es necesario que médicos y pacientes compartan información, decisiones e incertidumbre.

Fundamentos éticos.- Constituidos por principios como: Principio de no maleficencia, la obligación de optar por conductas encaminadas a lograr el alivio del paciente, este expresa el principio de beneficencia. El principio de autonomía reconoce la individualidad del paciente, de su unicidad como persona y de su alteridad. Principio de justicia fundamenta la pretensión de que se brinden a todos los individuos las mismas oportunidades de lograr la atención médica que necesiten. La concepción clásica al respecto se refiere a dar a cada uno lo suyo y decidir consiste en optar por un camino en condiciones de incertidumbre, las acciones diagnósticas y terapéuticas constituyen decisiones. (29)

El manual de ética y deontología del cirujano de la asociación Argentina de cirugía en la versión de 1996 dice: El respeto por la autonomía del paciente, fundamenta el consentimiento por el cual el enfermo, debidamente informado, manifiesta la aceptación de las propuestas diagnósticas o terapéuticas. La información, sustancia del conocimiento debe ser brindada al paciente o a sus familiares directos utilizando términos simples y comprensibles, adaptados a la condición cultural y anímica de cada caso. (23, 30)

En el contexto de una anestesia a un paciente “el análisis de los hechos detectados por la clínica, confirmados por estudios complementarios, sometidos a procedimientos de pensamiento racional, lógico y ajustado a los conocimientos actuales, nos confirma

que cada individuo, **puede presentar complicaciones, efectos indeseables o imprevistos**²³ por lo que no se puede hablar de 100 % de seguridad en los resultados anestésicos, pero sí de hacer lo mejor. Aceptar moralmente la incertidumbre de los resultados, considerables desde algún punto de vista extremo como principios de doble efecto, exige la satisfacción de las siguientes condiciones:

- “El acto mismo debe ser moralmente bueno o moralmente indiferente.
- “El agente no debe tener intención de que se produzca el efecto negativo y si pudiera obtener el efecto positivo sin el negativo, debería hacerlo.
- El efecto positivo debe ser producido por la acción y no por el efecto negativo y
- El efecto positivo debe ser suficientemente bueno como para compensar el efecto negativo”.²³

Fundamentos y opiniones doctrinarias.- Abonan a favor de la aplicación del CI opiniones de juristas argentinos y algunos fallos recientes. Opinión de Alberto Bueres “en principio, el médico no puede efectuar ningún tipo de tratamiento sin recabar el consentimiento del paciente”. Según Jorge Tobías “el individuo jurídicamente no puede disponer de su cuerpo como si fuera un objeto, ni destruirlo bajo el amparo de la libertad para sí mismo.” Respecto de las instituciones, afirma una decisión judicial que la responsabilidad de los establecimientos de asistencia médica es contractual.

Una ausencia del CI., puede esgrimirse contra el médico. Lo contrario **no constituye protección ninguna frente a lesiones atribuibles a negligencia, impericia o imprudencia.** Debidamente cumplimentado, protege contra la acusación de que el paciente fue sometido a tratamiento o intervención sin permiso y desmiente la frecuente queja de que no estaba avisado de estas consecuencias. (30, 31)

Con el uso del CI se apostará decididamente por impulsar un modelo asistencial centrado en la humanización de los servicios sanitarios que mantuviera el máximo respeto por la dignidad de la persona y la libertad individual. Su reconocimiento es

expreso en todas las leyes supremas. **De ello se deriva que el derecho al consentimiento informado esté catalogado entre los más importantes derechos humanos.**

La doctrina afirma que sobre el derecho a la libertad del paciente adquiere mayor trascendencia la tutela del derecho a la vida o a la salud que resultarán resguardados por la intervención del médico. A pesar de la consideración variable en que se ha tenido el CI constituye una actividad exigible para el médico, una obligación administrativa para quien lo autoriza o habilita para tal práctica (Jefe del servicio de Anestesia) y también para la institución donde se desarrolla la actividad terapéutica. Según jurisprudencia argentina, le caben al jefe del servicio responsabilidades contractuales para con el paciente, que lo hacen responsable de los actos de sus auxiliares, independientemente de la responsabilidad que ellos puedan tener en el cumplimiento de su labor, de acuerdo con el artículo 19, inciso 9 de la ley 17.132, además de la responsabilidad extra contractual por los hechos de los demás integrantes, de acuerdo con el artículo 1113 del código civil en argentina. Respecto de las instituciones, afirma una decisión judicial que La responsabilidad de los establecimientos de asistencia médica es contractual. No basta que el ente asistencial aproxime al paciente profesionales habilitados para el ejercicio de la medicina, sino que debe asegurarle una prestación médica diligente e idónea, de acuerdo a las circunstancias particulares, lo menos reprochable posible.

Los límites que evidencia el CI., o excepciones- de su uso, en la ley general de sanidad de 1986 en España²⁴, son los siguientes:

- “Peligro para la salud pública. Por ejemplo, en una enfermedad epidémica. Debe hacerse constar en la historia clínica la no existencia de documento de consentimiento informado debido a ingreso o tratamiento obligado por orden o autorización judicial”
- “Emergencias. Si el paciente no está en condiciones de firmar el documento, puede hacerlo un familiar o allegado, tras la información adecuada. Si éstos no están y la emergencia no admite demora, no es

necesario el formato (el consentimiento se considera implícito), pero deberá hacerse constar en la historia clínica”.

- “Incompetencia. Se considera que un paciente es incapaz de tomar decisiones cuando no puede recibir y expresar información y hacer una elección de acuerdo con esa información y sus propios valores. Si se cree necesario, se podrá consultar al servicio de psiquiatría el grado de incapacidad del paciente. Si un paciente mayor de edad no tiene capacidad suficiente para tomar decisiones sobre su proceso, se requerirá el consentimiento a los familiares o representante legal. A éste debe explicársele que las decisiones deben basarse en lo que el paciente querría, y no en lo que el representante elegiría para sí mismo. Si se sospecha que los allegados no buscan el bien del paciente o existen discrepancias, se puede acudir a la comisión de bioética del hospital, aunque en algunos casos pueden requerirse los juzgados”.
- “Privilegio terapéutico. Determinadas informaciones pueden provoca pánico en el paciente, que agrave la salud o haga peligrar el desarrollo de la prueba. El Convenio de Oviedo habla de la “necesidad terapéutica”, dentro de su informe explicativo. No debe abusarse de este criterio injustificadamente. A la hora de aplicar este criterio, la carga de la prueba recae sobre el médico”.
- “Imperativo legal. Si el procedimiento viene dictado por orden judicial, no es necesario obtener el consentimiento informado”.
- “Rechazo explícito de toda información. El paciente puede incluso no desear conocer determinados aspectos de su enfermedad, requiriendo por otra parte conocer otros. La ley también ha de establecer limitaciones al derecho a no saber, ya que esto puede afectar a la salud de un tercero, como ocurre en las enfermedades transmisibles. El rechazo a la información debe reflejarse en la historia clínica, junto con la firma de un testigo, y si el paciente no manifiesta lo contrario, se deberá informar a los allegados”.

Existen varios pronunciamientos judiciales sobre el tema, pero los contornos del llamado CI aún no han sido bien dibujados. En particular, no existe claridad respecto a la cantidad de información que todo profesional debe dar al paciente, y esto complica seriamente la relación médico paciente sobre todo si se tiene en cuenta que la práctica médica más sencilla encierra siempre todo tipo de riesgos para el paciente.

En este camino, son los llamados derechos de los pacientes y así se pasa de una medicina paternalista a una medicina en donde prima el principio de autonomía. Hasta hace algunos años, ni siquiera se hablaba del CI y por lógica consecuencia, la jurisprudencia ni lo tenía en cuenta. Actualmente las respuestas de los abogados es el uso del consentimiento informado, mejorando la actitud de confianza total por parte del paciente que no se interesa en ejercitar sus derechos.

/



8.- DISEÑO METODOLÓGICO

8.- DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

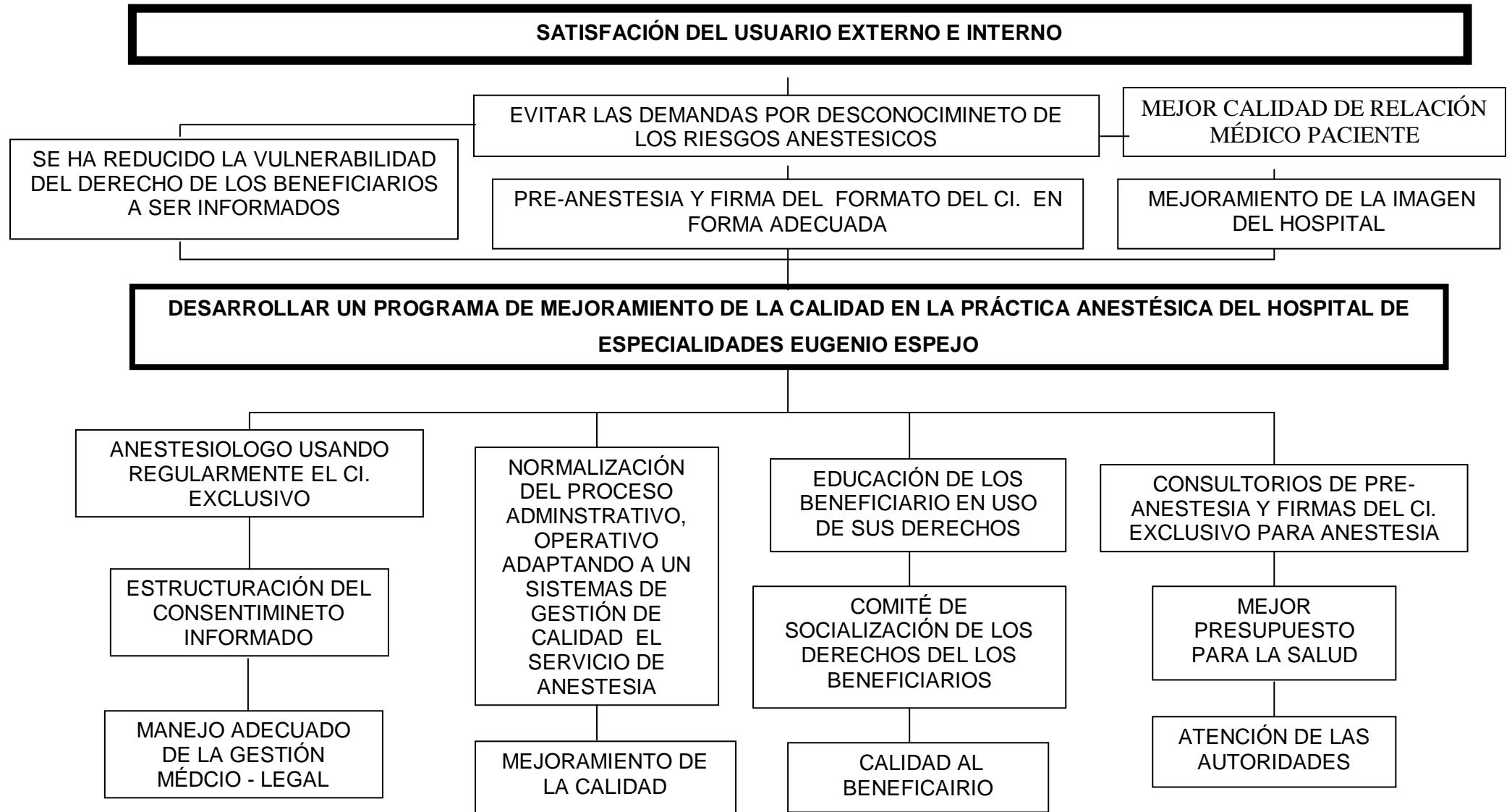
GRUPO Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERSISTIDOS
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.	Garantizar satisfacción en usuarios externo e internos	Humanos Materiales Financieros Mandato: Proveer de servicios de calidad a la población beneficiaria.	-Insuficiente presupuesto. -Insuficientes recursos humanos -Falta de voluntad política
Servicio de anestesia (usuarios internos)	Garantizar satisfacción en usuarios externo e internos	Recursos: Humanos Materiales Financieros Mandato: Proveer de buena atención con calidad administrativa y operativa con sistema de gestión de calidad, sin vulnerar el derecho constitucional a	Inadecuada infraestructura administrativa, organizativa y operativa.

Pacientes (usuarios Externos)	Garantizar satisfacción en usuarios internos	ser informado. Recursos: Humanos Materiales Financieros Mandato: Proveer y educar a los pacientes para que no sean pasivos en los ejercicios de sus derechos.	Falta de interés.
Maestrante	Contribuir a mejorar la calidad de la práctica anestésica.	Recursos: Talento Humano. Financiera. Mandato: Apoyar técnica y financieramente al proceso continuo de mejoramiento de la calidad	Falta de apoyo para la aplicación del proyecto. Insuficiente presupuesto. Falta de tiempo. Falta de compromiso de usuarios externos e internos

8.2 ARBOL DE PROBLEMAS



8.3 ARBOL DE OBJETIVOS



8.4 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

PROBLEMÁTICA: INADECUADA PRÁCTICA ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA EN EL PROCESO ANESTÉSICO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO

ELEMENTOS	INDICADORES	VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN Contribuir a mejorar la calidad de atención y en consecuencia elevar el grado de satisfacción de los usuarios internos y externos.</p>	<p>90 % del programa de mejoramiento de la calidad establecido y los beneficiarios y anesthesiologists del Hospital Eugenio Espejo, en 2010 han visto mejoras.</p>	<p>Estudio de los parámetros del sistema de gestión de calidad. Entrevistas a los anesthesiologists. Asistencia a cursos de capacitación. Control de verificación del uso del formato del CI.</p>	<p>Participación activa y propositiva de los anesthesiologists del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.</p> <p>Participación y compromiso de la Institución</p>
<p>PROPÓSITOS: Desarrollar un programa de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.</p>	<p>Incremento del 90% del nivel de satisfacción de los Anesthesiologists y Disminución del 95% de la vulnerabilidad del derecho a ser informado en los beneficiarios al 2010</p>	<p>Monitoreo con encuesta de satisfacción.</p> <p>Control de anestésicos realizadas en quirófanos.</p>	<p>Grupo de trabajo capacitado y actuando.</p>
<p>RESULTADOS: R1. Plan de socialización e institucionalización del proyecto realizado</p>	<p>100% de las autoridades acepta e institucionalizan el proyecto</p>	<p>Lista de participantes</p> <p>Memorias</p> <p>Reuniones de trabajo</p>	<p>Participación activa y propositiva de los anesthesiologists del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo</p>
<p>R2. Anesthesiologists del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo motivados y capacitados en el programa de</p>	<p>100% de anesthesiologists capacitados hasta el 2010.</p>	<p>Comité técnico instituido.</p> <p>Documentos de la Organización del proceso anestésico</p>	<p>Anesthesiologists activos y propositivos</p>

mejoramiento de la calidad, diseñado ejecutado y evaluado.			
R3. Componentes de gestión de calidad elaborados, socializados e implementados.	98% de anesthesiologists forming teams until 2010.	Lista de participante. Memorias	Anesthesiologists active and proactive
R4. Consentimiento informado exclusivo para la práctica anestésica del HEE. Formulario elaborado, socializado, implementado y monitoreado	90% of Anesthesiologists motivated	Lista de participante. Memorias Anesthetics performed with CI signed.	Anesthesiologists active and proactive
R5. Consultorio de pre-anestesia para firma del CI., gestionado y funcionando.	# De pacientes atendidos en la consulta de pre-anestesia hasta el 2010.	Consentimientos informados firmados	Support of authorities and staff
R6. Beneficiarios del hospital de especialidades Eugenio Espejo Educados en el programa de mejoramiento de la calidad.	100% of patients or family members satisfied when leaving the post-anesthetic unit	Encuestas aplicadas de satisfacción a pacientes y familiares sobre atención recibida.	Beneficiaries educated and motivated.
R7. Relación médico-paciente mejorada	100% of patients or family members satisfied when leaving the hospital	Anesthetics performed with CI., signed. Encuestas aplicadas de satisfacción a pacientes y familiares sobre imagen del hospital.	Support of authorities and staff
R8. Proyecto Evaluado	Cumplimiento de resultados	Observación directa e informe de actas	The Management of the Anesthetic process ready for change

ACTIVIDADES:	RESPONSABLE:	CRONOGRAMA:	PRESUPUESTO:
<p>Resultado 1. Plan de socialización e institucionalización del proyecto realizado</p> <p>1.1 Reunión con autoridades del Hospital Eugenio Espejo para coordinar la aplicación del proyecto.</p> <p>1.2 Difusión del proyecto</p> <p>1.3 Organizar la exposición a los anestesiólogos del proyecto.</p>	<p>Dr. River Jara (Autor del proyecto)</p>	<p>Marzo 2010</p>	<p>100 dólares.</p>
<p>Resultado 2. Anestesiólogos del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo motivados y capacitados en el programa de mejoramiento de la calidad, diseñado ejecutado y evaluado.</p> <p>2.1 Reunión con capacitadores para coordinar sus charlas</p> <p>2.2 Realización de presupuesto de las charlas</p> <p>2.3 Trabajo en Equipo, aprender interactuando en reunión de capacitadores con anestesiólogos del Hospital Eugenio Espejo.</p> <p>Resultado 3. Componentes de gestión de calidad elaborados, socializados e</p>	<p>Dr. River Jara (Autor del proyecto)</p> <p>Dra. Elsa Moreno (Fiscal de la Nación)</p> <p>Dr. Milton Chango (Msc. En Gerencia en Salud para el desarrollo local)</p>	<p>Abril 2010</p>	<p>500 dólares.</p>

<p>implementados.</p> <p>3.1 Elaboración de los componentes de gestión de calidad, en el contexto de la realidad del departamento de Anestesia del HEEE.</p> <p>3.2 Desarrollo de los componentes de la gestión de calidad con el comité técnico</p> <p>3.3 Implementación de los componentes</p>	<p>Dr. River Jara (Autor del proyecto)</p>	<p>Marzo 2010</p>	<p>50 dólares.</p>
<p>Resultado 4. Consentimiento informado exclusivo para la práctica anestésica del HEE. Formulario elaborado, socializado, implementado y monitoreado</p> <p>4.1 Reunión con los anesthesiólogos</p> <p>4.2 Consenso con tratantes para el formulario del consentimiento informado</p> <p>4.3 Impresión y distribución del formulario</p>	<p>Dr. River Jara (Autor del proyecto)</p>	<p>Abril 2010</p>	<p>1,000 dólares</p>
<p>Resultado 5. Consultorio de pre-anestesia para firma del Cl., gestionado y funcionando.</p> <p>5.1 Reunión con líderes del departamento de Anestesia</p>	<p>Dr. River Jara (Autor del proyecto)</p>	<p>Mayo 2010</p>	<p>200 dólares</p>

<p>5.2 Revisión de protocolos de funcionamiento del consultorio de anestesia</p> <p>5.3 Ubicación y Equipamiento del consultorio</p>	<p>Dr. Jacinto Almeida (Líder del Departamento de Anestesia)</p>	<p>Junio 2010</p>	
<p>Resultado 6. Beneficiarios del hospital de especialidades Eugenio Espejo educados en el programa de mejoramiento de la calidad.</p>			
<p>6.1 La pre anestesia la realizó el residente asignado al quirófano en pacientes hospitalizados.</p>			
<p>6.2 Conversación con pacientes programados que acuden a realizarse la pre anestesia.</p>	<p>Anestesiólogos y Residentes</p>	<p>Julio 2010</p>	<p>50 dólares</p>
<p>6.3 Charla educativa a pacientes sobre el derecho a ser informados y a decidir en las emergencias.</p>			
<p>Resultado 7. Proyecto Evaluado</p>			
<p>7.1 Elaboración de las encuestas de satisfacción</p>			
<p>7.2 Aplicación de encuestas de satisfacción.</p>	<p>Dr. River Jara (Autor del proyecto)</p>	<p>Julio 2010</p>	<p>200 dólares</p>
<p>7.3 Análisis e interpretación de encuestas</p>			



9.- RESULTADOS

RESULTADO 1

PLAN DE SOCIALIZACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN, EJECUTADO.

PRODUCTO 1

Plan de socialización e institucionalización del proyecto.

INTRODUCCIÓN

“Actualmente se considera que los activos de capital que se necesitan para crear riqueza ya no son la tierra ni el trabajo físico, ni las máquinas, herramientas o fábricas, son y serán, los activos del conocimiento (Chiavenato, 2000). Y estos procesos de gestión del conocimiento aseguran procesos de aprendizajes para la generación y aplicación (apropiación) del conocimiento.”³² Por lo que una vez realizado, la socialización y la institucionalización del plan de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, se habrá generado un 95% de satisfacción en los usuarios externos e internos (pacientes, familiares anestesiólogos).

OBJETIVOS

- Dar a conocer a las autoridades el proyecto de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito DM., septiembre 2009.
- Establecer recomendaciones para el ajuste o mejora del proyecto.

METODOLOGÍA

Previamente se entregó el proyecto de investigación a las autoridades del hospital EEE: Subdirector Técnico, Líder del Departamento de Anestesia, Departamento de

Docencia. Se elaboro panfletos y se entregaron a los anestesiólogos del departamento de anestesia y posteriormente se realizó la exposición del proyecto

AGENDA

ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Reunión para la socialización del proyecto.	Dr. River Jara
Entrega del protocolo del proyecto a las autoridades del hospital.	Dr. River Jara
Diseño y elaboración de panfletos	Dr. River Jara
Impresión de panfletos y Distribución	Dr. River Jara
Organización de la exposición del proyecto a los anestesiólogos.	Dr. River Jara

Todas las actividades se realizaron en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en el departamento de Anestesia en el mes de abril 2010.

CONTENIDO DEL PRODUCTO

PORTADA DE PANFLETO

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ESCUELA DE MEDICINA

MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

**PLAN DE SOCIALIZACIÓN
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**TEMA: PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD EN LA PRÁCTICA ANESTESICA DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO
SEPTIEMBRE 2009, DM QUITO**

AUTOR: Dr. RIVER JARA A.

TUTORA: DRA: MARIA DE LOURDES VELASCO

CONCLUSIONES

- El protocolo del proyecto fue recibido por las autoridades del hospital los que dieron sugerencias que serán tomadas en cuenta para mejorar el mismo.

- Los panfletos fueron recibidos por el personal del servicio que asistieron, quienes se comprometen para su difusión, análisis y sugerencias.

- Se realizo dos reuniones para llegar al 100% de las autoridades, anesthesiologos y residentes que fueron capacitados, los cuales manifestaron que fue muy valioso conocer detalles administrativos y legales de la actuación del anesthesiologo.

RESULTADO 2

ANESTESIOLOGOS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO MOTIVADOS Y CAPACITADOS EN EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, DISEÑADO, EJECUTADO Y EVALUADO.

PRODUCTO 2

Programa de capacitación en temas gerenciales (gestión administrativa) y en temas legales (beneficios jurídicos del consentimiento informado).

INTRODUCCIÓN

El mejoramiento de la calidad es una idea revolucionaria en el campo de la salud pública. La idea es elevar el nivel de atención.

La capacitación al usuario interno en los temas gerenciales en un contexto de gestión administrativa y en los temas legales de beneficios jurídicos del consentimiento informado en el marco del programa de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, reforzara el conocimiento de los anestesiólogos.

OBJETIVOS

- Preparar al anestesiólogo en sus responsabilidades.
- Modificar actitudes en un clima de trabajo mejor organizado al interior del departamento de anestesia.
- Identificar y resolver los problemas que comprometen la calidad de atención.

METODOLOGÍA

Se concertó y concretó una charla con el Magister en Gerencia de Salud para el desarrollo Local Dr. Milton Chango y con la Fiscal Dra. Elsa Moreno para motivar y capacitar a los anestesiólogos.

CONTENIDO DEL PRODUCTO

AGENDA 1**PROGRAMA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

Conceptos básicos sobre administración, liderazgo, marketing, gerencia de recursos, administración financiera, entre otros.

OBJETIVOS

- Mejorar el conocimiento de los anestesiólogos en temas administrativos.
- Mejora de la actitud del usuario interno frente al usuario externo.

ACTIVIDADES	GRUPO BENEFICIARIO	TÉCNICAS DE APRENDIZAJE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA Viernes
Saludo y Bienvenida	Anestesiólogos y Residentes.		Dr. River Jara	7:30 – 7:35
Dinámica de Integración “trabajo en equipo”	Anestesiólogos y Residentes.	Trabajo en Equipo	Dr. River Jara	7.35 – 7:45
Definición de gerencia.	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Msc. Milton Chango	7:45 – 8:00
Liderazgo	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Msc. Milton Chango	8:00 – 8:15
Definiciones de Administración, Administración financiera y otras.	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Msc. Milton Chango	8: 15 – 8:30
Definiciones de Marketing y otros	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Msc. Milton Chango	8:30 – 8:45
Definiciones de Calidad	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Msc. Milton Chango	8:45 – 9:00
RECESO 9:00 – 9:15				

Preguntas y Respuestas	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Msc. Milton Chango	9:15 – 9:30
Videos de calidad	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Msc. Milton Chango	9:30 – 9:45
Evaluación	Anestesiólogos y Residentes.	Escrita	Dr. River Jara	9:45 – 10:00
Agradecimiento	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Dr. River Jara	10:00 -10:05

Todas las actividades se realizaron en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en el departamento de Anestesia en el mes de abril 2010.

AGENDA 2

PROGRAMA DE BENEFICIOS JURIDICOS DEL CONSENTIMINETO INFORMADO

Conceptos básicos sobre el código de la salud, Derechos humanos, Ley de derechos y amparo al paciente, entre otros.

OBJETIVOS

- Mejorar el conocimiento de los anestesiólogos en temas jurídicos y médicos-legales.
- Mejora de la actitud del usuario interno frente al usuario externo.

ACTIVIDADES	GRUPO BENEFICIARIO	TÉCNICAS DE APRENDIZAJE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA Viernes
Saludo y Bienvenida	Anestesiólogos y Residentes.		Dr. River Jara	7:30 – 7:35
Dinámica presentación de los presentes	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Dr. River Jara	7.35 – 7:45
Definiciones del	Anestesiólogos	Exposición	Dra. Elsa	7:45 – 8:00

código de la salud.	y Residentes.		Moreno	
Derechos Constitucionales, Derechos Humanos	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Dra. Elsa Moreno	8:00 – 8:15
Ley de Derecho y Amparo al paciente, sus deficiencias.	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Dra. Elsa Moreno	8: 15 – 8:30
Definiciones del Consentimiento Informado	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Dra. Elsa Moreno	8:30 – 8:45
Beneficios Jurídicos	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Dra. Elsa Moreno	8:45 – 9:00
RECESO 9:00 – 9:15				
Preguntas y Respuestas	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Dra. Elsa Moreno	9:15 – 9:30
Evaluación	Anestesiólogos y Residentes.	Escrita	Dr. River Jara	9:45 – 10:00
Agradecimiento	Anestesiólogos y Residentes.	Exposición	Dr. River Jara	10:00 -10:05

Todas las actividades se realizaron en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en el departamento de Anestesia en el mes de abril 2010.

CONCLUSIONES

- Los programas de gestión administrativa y del código de la salud fueron interesantes y prácticos para los anesthesiologists.
- El conocimiento adquirido permitirá mejorar la actitud del usuario interno frente al paciente y/o sus familiares.

- Se organizaron y ejecutaron los dos programas para llegar al 95% de los anestesiólogos y residentes que fueron capacitados.
- El programa de gestión administrativa incluyó conceptos básicos sobre administración, liderazgo, marketing, gerencia de recursos, administración financiera, entre otros. Proponiéndoles a los anestesiólogos nuevos conocimientos.
- El programa de beneficios jurídicos del consentimiento informado incluyó temas del código de la salud que les proporciono mejores entendimientos en su actitud médico-legal.

RESULTADO 3

COMPONENTES DE GESTIÓN DE CALIDAD ELABORADOS SOCIALIZADOS E IMPLEMENTADOS.

PRODUCTO 3.1

Plan de sistema de gestión de calidad adaptado a la realidad del departamento de anestesia.

INTRODUCCIÓN

La aplicación del mejoramiento continuo en las organizaciones de salud debemos verla como una herramienta para la solución de dificultades o hacia el aprovechamiento de oportunidades. Los sistemas de gestión de la calidad no solucionan los problemas de las organizaciones, es usted quien los soluciona con la aplicación eficaz de los mismos. Los sistemas de gestión de calidad son partes administrativas muy importantes de una empresa que mejora los índices de satisfacción y la imagen de la institución.

OBJETIVOS

- Dirigir y controlar el departamento de Anestesia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- Asegura un buen funcionamiento del Departamento de Anestesia.
- Verificar el mejoramiento continuo de la calidad.

METODOLOGÍA

Se conformo los comités de gestión de calidad adaptados a nuestra realidad. Se elaboraron los grupos para realizar los protocolos (revisiones bibliográficas) de actuación para los Anestesiólogos. Se elaboró el comité de quejas.

Comité Técnico instituido y funcionando.

- Dr. Héctor Martínez Subdirector Técnico del Hospital de Especialidades EE.
- Dr. Jacinto Almeida Líder del Departamento de Anestesia
- Dr. River Jara Autor del proyecto.

Proceso Anestésico Organizado.

- Subproceso Pre-Anestésico, Administrativo y operativo.
- Subproceso Anestésico, Administrativo y operativo.
- Subproceso Pos-Anestésico, Administrativo y operativo.

En lo que respecta a las guías administrativas cuyo responsable es el líder del Departamento de Anestesia, el Msc. Milton Chango y el autor, nos basamos en el formato del sistema de gestión de calidad, adaptados a nuestra realidad.

- Plan de Acción por el Comité Técnico y compromiso de la dirección
- Formación inicial con capacitación para el cambio y gestión del procesos
- Documentación de los elementos del sistema y su implantación

Se conformo un grupo de comité de quejas que entrelazará lo administrativo y operativo, conformado por dos anestesiólogos, los asignados a los quirófanos cuatro y cinco, un residente, la líder de enfermería, una enfermera de hospital del día, una enfermera de quirófanos de emergencia, una auxiliar de enfermería, un auxiliar de

farmacia y un auxiliar administrativo. A los cuales les llegara las quejas por escrito el problema y sus causas. Y a cualquiera de estas personas les podrá llegar una queja que provenga de los pacientes o familiares, es decir cualquier miembro del departamento de anestesia podrá recolectar una queja de los familiares y hacerles llegar a los representantes mencionados anteriormente.

PRODUCTO 3.2

En lo operativo se determino recabar información bibliográfica a forma de protocolos de actuación en cada subproceso, se realizaron grupos para la elaboración de las guías de actuación en cada subproceso operativo con un grupo revisor (Anexo 6). En un contexto real con el siguiente formato.

- Introducción
- Estudios pre-operatorios
- Monitorización
- Técnica anestésica
- Cuidados especiales
- Pos-operatorio
- Bibliografía.

AGENDA

ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Reunión con las autoridades.	Dr. River Jara
Formación del comité técnico según el sistema de gestión de calidad.	Dr. River Jara
Protocolos de actuación anestésicas.	Grupos Asignados
Elaboración de los protocolos de actuación anestésicas.	Grupos Asignados

Revisión de los protocolos anestésicos	Personal designado
Formación del comité de quejas.	Personal designado

Todas las actividades se realizaron en el Hospital de Especialidades Eugenio espejo, en el departamento de Anestesia en el mes de abril 2010.

CONTENIDO DEL PRODUCTO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

PROTOCOLOS ANESTÉSICOS

**AUTOR
Dr. José River Jara Alvarado**

**QUITO DM. – ECUADOR
2010**

PROTOCOLOS ANESTÉSICOS PARA CIRUGÍA GENERAL

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA Y EXPLORACIÓN DE VIAS BILIARES

INTRODUCCIÓN

Esta operación se realiza típicamente por colelitiasis sintomática o colecistitis aguda. El abordaje laparoscópico es preferible frente a la colecistectomía abierta por su naturaleza mínimamente invasiva, que permita una recuperación y una vuelta a la actividad normal más rápida. La colecistectomía laparoscópica no está indicada en pacientes con cirugía previa del abdomen superior, EPOC severo o patología cardíaca grave (incapacidad para tolerar un aumento de presión intraabdominal). La operación comienza con un acceso umbilical a la cavidad abdominal, bien mediante una aguja de Veress (técnica cerrada: colocación a ciegas) o mediante un trocar de Hasson (técnica abierta: menor riesgo de lesión vascular, intestinal o vesical). Si va a usarse una aguja de Veress, será necesario colocar una sonda naso gástrica y otra de Foley para descomprimir el estómago y la vejiga antes de comenzar el procedimiento. Se insufla CO₂ hasta conseguir una presión intraabdominal de 15 mm Hg. Si el paciente desarrolla problemas ventilatorios o hemodinámicos, hay que considerar un descenso de la presión intraabdominal hasta 10 mm Hg a 12 mm Hg. Se colocan un total de cuatro trocares uno en el ombligo y tres en el cuadrante superior derecho. Se colocan clips en la arteria y el conducto císticos (que forman el triángulo de Calot con el conducto hepático común) y se seccionan. Después se disecciona la vesícula biliar de su lecho hepático con bisturí eléctrico monopolar, se coloca en una bolsa y se extrae, habitualmente a través del orificio del trocar umbilical. Se hace hemostasia, se irriga el campo con suero salino fisiológico y se cierran los orificios de los trocares de 10 mm. La tasa de conversión a cirugía abierta es aproximadamente de un 5% en la cirugía programada de la vesícula biliar y de un 15% en la colecistitis aguda. Si esto ocurriese, el paciente se coloca en posición de anti-Trendelenburg y se rota hacia la izquierda con el fin de alejar el estómago, duodeno y colón transversal del campo quirúrgico. Después de esto, la cirugía continúa como en una colecistectomía abierta. A la colecistectomía laparoscópica puede añadirse fácilmente una colangiografía. Se

coloca un clip proximal en el conducto cístico; entonces se realiza una pequeña incisión en el conducto justo por debajo del clip. Se introduce un catéter de colangiografía y se inyecta contraste en el árbol biliar. Se utilizan rayos X -fluoroscopia o, más habitualmente, radiografías para evaluar la anatomía de la vía biliar y buscar cálculos en el sistema ductal. La colangiografía conlleva pocos riesgos, en general añade alrededor de 10 a 15 min al procedimiento, y puede usarse para identificar la anatomía importante aproximadamente el 85% de las veces. Algunos cirujanos la hacen de rutina en todas las colecistectomías; otros las realizan selectiva mente y sólo si hay evidencia de que el paciente tiene cálculos en la vía biliar principal o hay dudas acerca de la anatomía.

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

RESPIRATORIO.- Los pacientes pueden tener una historia de aspiración recurrente con la consiguiente afectación de la función pulmonar o neumonitis crónica: la insuflación intraabdominal de CO₂ conlleva atelectasia, disminución de la capacidad residual funcional, incremento de la presión inspiratoria pico y de la PaCO₂, así como disminución de la PaO₂; por ello, los procedimientos laparoscópicos pueden estar contraindicados en pacientes con afectación respiratoria severa. Estos pacientes tienen riesgo de aspiración del contenido gástrico durante la inducción anestésica y el despertar. Pruebas: Considerar radiografía de tórax PA y lateral; considerar pruebas de función respiratoria si clínica de afectación de la función pulmonar.

CARDIOVASCULAR.- Entre las alteraciones hemodinámicas causadas por el neumoperitoneo está la disminución del retorno venoso, que conlleva disminución del gasto cardíaco y aumento de la resistencia vascular esplácnica. Las presiones intraabdominales elevadas pueden causar una disminución del flujo sanguíneo en las circulaciones esplácnica y renal (con la consiguiente disminución de la diuresis). La pirosis puede simular una angina de pecho, y debe excluirse un origen cardíaco del dolor antes de programarse la cirugía. Pruebas: Electrocardiograma (descartar infarto de miocardio como causa del dolor); otras pueden estar indicadas en función de la historia clínica y exploración física.

LABORATORIO.- En función de la historia clínica y exploración física.

PREMEDICACIÓN.- Estos pacientes tienen riesgo de aspiración y deben tratarse con las precauciones propias de casos con estómago lleno. Antagonistas H₂ (como ranitidina 50 mg i.v., metoclopramida 10 mg i.v., ambos 30 min antes de la inducción anestésica). Citrato sódico, 30 ml v.o. inmediatamente antes de la inducción

MONITORIZACIÓN

Monitorización estándar no invasiva de tensión arterial, capnometría y capnografía, electrocardiograma, estetoscopio esofágica y precordial, estimulador nervioso, analizador de oxígeno, pulsioximetría, temperatura, observación visual del paciente y monitores de función ventilatorias.

TÉCNICA ANESTÉSICA

INDUCCIÓN.- Anestesia general con intubación endotraqueal. La intubación debe realizarse tras inducción de secuencia rápida con presión cricoidea. Colecistectomía laparoscópica: Inducción estándar.

MANTENIMIENTO.- Estándar sin N₂O para evitar dilatación intestinal. Relajación muscular continúa. La insuflación intraabdominal de CO₂ provocará aumento de la presión intraabdominal, que predispondrá a la regurgitación pasiva del contenido gástrico. Adicionalmente, una presión intraabdominal por encima de 15 mm Hg provocará una disminución del retorno venoso y un aumento de la resistencia vascular esplácnica, con la consecuente disminución del gasto cardíaco. Una ventilación controlada disminuirá la posibilidad de hipercarbia por absorción de CO₂. El N₂O puede difundir en un espacio intraabdominal que contenga CO₂ y aumentar la distensión, además de suponer un riesgo de explosión

DESPERTAR.- Por el alto riesgo de náuseas y vómitos (aproximadamente el 50%) se recomiendan antieméticos profilácticos (como metoclopramida 10 mg i.v.) y deben administrarse 30 a 60 min antes de finalizar la Cirugía.

CUIDADOS ESPECIALES

Necesidades de sangre y fluidos i.v.: aguja de calibre 18 x 1. Sonda vesical, sonda naso gástrica, Almohadillar los puntos de presión, ocluir ojo, controlar lesión visceral, enfisema subcutáneo.

POS-OPERATORIOS

Control de nausea/vomito, dolor en hombro y problemas respiratorios. Tratamiento del dolor con opioides parenterales una dosis versus anestésicos locales y luego paracetamol versus aines.

BIBLIOGRAFIA

Cooperman A: (2000), Laparoscopic cholecystectomy. In Atlas of laparoscopic Surgery. Ballantyne GH, ed. WB Saunders Philadelphia 36 -48

Jaffe & Samuels: (2006). Anestesia con procedimientos quirúrgicos. Marban



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

PROTOCOLOS ANESTÉSICOS

AUTORES

Dr. José River Jara Alvarado

**Con participación de los anesthesiologists del Hospital de
Especialidades Eugenio Espejo**

**QUITO DM. – ECUADOR
2010**

PROTOCOLOS ANESTÉSICOS PARA CIRUGÍA TORACICA

LOBECTOMIA Y NEUMONECTOMIA

INTRODUCCIÓN

La cirugía sigue siendo la forma de tratamiento más adecuada para el cáncer de pulmón en fases iniciales. Otras indicaciones menos frecuentes incluyen infección (en concreto enfermedad por micro bacterias y bronquiectasias), anomalía del desarrollo (como secuestros) y traumatismos. A los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico en estadios I o II (enfermedad confinada al pulmón, o pacientes que solamente tienen afectación de los ganglios intrapulmonares) habitualmente se les ofrece cirugía, salvo que su función pulmonar sea prohibitivamente baja o sus enfermedades concomitantes planteen un riesgo inaceptable. Los pacientes con enfermedad en estadio IIIA habitualmente reciben quimioterapia y/o radioterapia preoperatoria, y los que tienen enfermedad en estadio IIIB o IV raras veces son intervenidos. Independientemente de la enfermedad subyacente, la evaluación preoperatoria debe incluir una evaluación de la función pulmonar. La espirometría es adecuada en la mayoría de los pacientes que tienen poco o ningún deterioro funcional, pero en otros son adecuadas pruebas más elaboradas, como medición de la capacidad de difusión, gammagrafía cuantitativa de ventilación/perfusión o pruebas de esfuerzo formales.

Después de la inducción de la AG, muchos cirujanos realizan una broncoscopia preoperatoria. En los pacientes que tienen tumores más proximales, esta broncoscopia puede ser importante para determinar si al paciente se le debe hacer lobectomía, lobectomía en manguito o neumonectomía. A la mayoría de los pacientes a los que se hace lobectomía o neumonectomía se les coloca en decúbito lateral. Este método permite una toracotomía lateral o posterolateral, la incisión que permite la exposición óptima del hilio pulmonar. Se puede utilizar una incisión más limitada que preserva los músculos; sin embargo, la exposición puede ser algo escasa. Ocasionalmente se utiliza un abordaje mediante esternotomía media cuando hay una afectación significativa del mediastino anterior por el tumor.

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

La mayoría de los pacientes a los que se hacen estas operaciones tienen procesos infecciosos o una neoplasia pulmonar. Con frecuencia tienen antecedentes de tabaquismo con enfisema y/o bronquitis crónica asociados. El aislamiento pulmonar selectivo, con o sin VUP (con un TDL o un TBB), es esencial para este procedimiento.

RESPIRATORIO.- Preguntar al paciente por disnea, tos productiva y tabaquismo. Explorar al paciente en busca de cianosis, acropaquias, FR y patrón respiratorio. Auscultar el tórax en busca de sibilancias, roncus y crepitantes. La morbilidad y la mortalidad después de la toracotomía aumentan con las enfermedades pulmonares, cardiovasculares y neurológicas previas. Es importante el abandono oportuno del tabaco (> 8 semanas), tratamiento adecuado del bronco espasmo con bronco dilatadores, corticoides, y el tratamiento rápido de infecciones pulmonares preexistentes, para reducir las complicaciones pulmonares postoperatorias. Pruebas: PFP, Rx. tórax; si se dispone de TC de tórax, buscar obstrucción de las vías aéreas que pueda interferir con la colocación de TDL; GSA (sólo si lo indica la anamnesis y la exploración física).

FUNCIÓN PULMONAR.- Establecer una línea basal e identificar los pacientes con enfermedad pulmonar avanzada que no pueden tolerar la intervención planeada. Obtener pruebas de función pulmonar global (GSA, espirometría) y pruebas unipulmonares (pruebas de función pulmonar unilateral = gammagrafía V/Q) si se planea una neumonectomía. Es necesaria una VC de al menos 3 x TV para una tos efectiva en el postoperatorio. Una VC < 50% del valor predicho o < 1.500 ml predice aumento de riesgo de complicaciones postoperatorias después de la resección pulmonar. El riesgo operatorio de la neumonectomía aumenta si el paciente está hipercápnico ($PCO_2 > 45$ mm Hg) con aire ambiente, $FEV_1/FVC < 50\%$ del valor predicho, FEV_1 menor de 21, si > 60% a 70% del flujo sanguíneo va al pulmón enfermo, y si la PAP media aumenta > 30 mm Hg con la oclusión de la AP. Simular las condiciones de postneumonectomía mediante oclusión unilateral temporal de la AP principal. El paciente puede mejorar las PFR después del tratamiento bronco dilatador.

CARDIOVASCULAR.- La digitalización profiláctica para disminuir riesgo de insuficiencia cardíaca postoperatoria o la fibrilación auricular no ha demostrado su eficacia clínica. Considerar heparina subcutánea (5.000 U) para la profilaxis de la TVP. Pruebas: ECG: buscar datos de hipertrofia del VD, trastornos de la conducción, isquemia e IM antiguo. Eco cardiograma para evaluar la función ventricular; otras pruebas según lo indique la anamnesis y la exploración física.

NEUROLOGÍA.- antecedentes de cirugía previa de espalda, neuropatía periférica. Explorar el área toracolumbar en busca de lesiones cutáneas, infección, deformidades.

MUSCULOESQUELÉTICO.- Los pacientes con cáncer de pulmón pueden tener síndrome miasténico (Eaton-Lambert) con resistencia a los relajantes musculares despolarizantes y aumento de la sensibilidad a los RMND. Monitorizar la relajación con un estimulador del nervio periférico.

HEMATOLOGÍA.- Trasfundir a los pacientes con Hcto preoperatorio $< 25\%$ o $< 30\%$ con antecedentes de AC. Es esencial una capacidad adecuada de transporte de O_2 , alistar 2 U de sangre, u obtener 1-2 U de sangre autóloga durante el mes previo a la cirugía; o considerar eritropoyetina en pacientes anémicos. Pruebas: Hcto; TP; TTP (si se plantea anestesia epidural).

PREMEDICACIÓN.- Midazolán 1 mg a 2 mg i.v. si el paciente está ansioso. Cuando se planean opioides epidurales, evitar opioides sistémicos adicionales o premedicación sedante que puede potenciar los efectos respiratorios postoperatorios de los opioides epidurales.

MONITORIZACIÓN

Monitorización estándar no invasiva de tensión arterial, capnometría y capnografía, electrocardiograma, estetoscopio esofágica y precordial, estimulador nervioso, analizador de oxígeno, pulsioximetría, temperatura, observación visual del paciente y monitores de función ventilatorias. Monitorización estándar invasiva de cateterismo central, línea arterial, sonda vesical.

TÉCNICA ANESTÉSICA

Anestesia combinada epidural (lumbar o torácica) e inhalatoria. La anestesia para la lobectomía/neumonectomía depende de las técnicas de VUP para mejorar la exposición quirúrgica y minimizar la lesión del pulmón operado en el caso de lobectomía o bilobectomía. Los retos para el anestesiólogo incluyen mantener una oxigenación adecuada en pacientes con una mala reserva pulmonar y asegurar que el paciente está cómodo, caliente y despierto al final de la operación.

PREINDUCCIÓN.- Se coloca un catéter epidural torácico o lumbar y se hace avanzar 4 cm a 6 cm distal a la aguja en el espacio epidural; se asegura con cinta. Administrar dosis de prueba: 3 ml de lidocaína (1,5%) + epinefrina al 1:200.000. Si no hay datos de colocación intravascular o intratecal inadvertida del catéter, administrar 5 ml a 10 ml de lidocaína al 2% con epinefrina al 1:200.000 para conseguir el bloqueo segmentario. Confirmar que el catéter epidural funciona en el preoperatorio para asegurar una analgesia peri operatoria predecible. Dar anestésicos locales a través del catéter epidural en el intraoperatorio reduce la cantidad de AG y de relajantes musculares que son necesarios. La analgesia postoracotornia es excelente con los opioides epidurales torácicos o lumbares.

INDUCCIÓN.- Inducción estándar. Si se planea fibrobroncoscopia antes de la resección pulmonar, intubar con un TET (8 mm), que se remplazará por un TDL después de la broncoscopia. En los demás casos, proceder a la intubación con un TDL de tamaño adecuado (p. ej., varón adulto, 39 Fr; mujer adulta, 37 Fr) después de la inducción.

MANTENIMIENTO.- O₂ e isoflurano (1,0% a 1,5%); se necesita menos anestésico cuando se utilizan anestésicos locales epidurales. Evitar el N₂O, especialmente durante la VUP, puesto que la hipoxemia es impredecible. Usar FiO₂ = 1,0. Se puede infundir o inyectar un anestésico local (p. ej., lidocaína al 2% con epinefrina 1:200.000 o bupivacaína al 0,25%) cada hora mediante un catéter epidural torácico (3 ml a 5 ml) o lumbar (5 ml a 10 ml). La infusión continua de anestésicos locales habitualmente ofrece una mejor estabilidad hemodinámica que las inyecciones horarias en bolo. Para

mejorar el efecto de la anestesia epidural, se puede administrar una dosis de carga de opiáceos (p. ej., hidromorfona 0,4 mg a 1 mg [torácico] o 1 mg a 1,5 mg [lumbar]) en las primeras fases de la cirugía y al menos 1 hora después de finalizar el procedimiento. Se prefiere hidromorfona epidural porque, a dosis equipotentes, la analgesia es equivalente a la de morfina, pero con menos efectos adversos. La manipulación del pulmón durante la cirugía libera sustancias vaso activas que interfieren con el reflejo vasoconstrictor hipóxico pulmonar (VHP). Así, en clínica, la elección del fármaco anestésico no debe estar influida por estudios experimentales que indicaron que el reflejo VHP se mantiene con fármacos IV, pero que puede no ser así con fármacos inhalados. Los anestésicos inhalados son potentes bronco dilatadores y deprimen los reflejos de las vías aéreas.

DESPERTAR.-Antes de cerrar el tórax, se insuflan los pulmones gradualmente hasta 30 cm H₂O de presión para re insuflar las áreas atelectásicas y para fugas aéreas significativas. El cirujano inserta los tubos de tórax para drenar la cavidad pleural y para ayudar a la re expansión pulmonar. Se extuba al paciente en el quirófano. Si es necesaria la ventilación postoperatoria (infrecuente), se cambia el TDL por un TET de una sola luz. El paciente se transporta con la cabeza elevada a la URPA o a la UCI, respirando O₂ mediante máscara. Si está hemodinámicamente inestable, monitorizar ECG, pulsioximetría y tensión arterial durante el traslado.

CUIDADOS ESPECIALES

Necesidades de sangre y fluidos i.v.: aguja de calibre 18 x 1 + calibre 14 ó 16 x 1. Evitar hipovolemia. Sangre: ± 1 U de sangre autóloga si está disponible; usar vasopresores (efedrina 5 mg a 10 mg en bolo i.v. o fenilefrina 50 ug a 100 ug en bolo i.v.) si hay hipotensión. Colocar un rollo axilar, para el brazo superior. Evitar hiperextender los brazos. Y almohadillar los puntos de presión, ocluir ojos, oídos almohadillar genitales

POS-OPERATORIOS

Control de hipoxemia, hipercapnia, arritmias, hipotensión, rotura de las vías aéreas, TVP, y tratamiento del dolor con opioides neuroaxiales en intravenosos.

BIBLIOGRAFIA

Amar D: (2002) Perioperative atrial tachyarrtmias. *Anesthesiology*; 97: 1618-23

Jaffe & Samuels: (2006). *Anestesia con procedimientos quirúrgicos*. Marban

PROTOCOLOS ANESTÉSICOS PARA NEUROCIRUGÍA

CRANEOTOMIA PARA ANEURISMAS INTRACRANEALES

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas intracraneales son protrusiones focales producidos por la debilidad de las paredes de los vasos en las bifurcaciones mayores de las arterias de la base del cerebro, son comúnmente tratados por ligaduras mediante microcirugía. La alta tasa de mortalidad y morbilidad tras la ruptura de un aneurisma implica la necesidad del tratamiento de las lesiones sintomáticas. El tratamiento de las lesiones asintomáticas generalmente se recomienda cuando el riesgo de ruptura excede a los riesgos del tratamiento. Las consideraciones quirúrgicas más importantes incluyen: la sintomatología clínica, el tamaño y la localización del aneurisma, la edad y el estado neurológico del paciente y las enfermedades médicas asociadas. La ruptura aneurismática dentro del espacio subaracnoideo es la forma más común de presentación del cuadro; sin embargo, también son frecuentes los síntomas derivados del efecto masa por el crecimiento del aneurisma o los síntomas isquémicos por embolia. La morfología, el tamaño y la localización del aneurisma son importantes en la determinación del abordaje quirúrgico, y estas características del aneurisma, así como la edad, estado físico y otras patologías del paciente, afectarán al pronóstico final. La clasificación de graduación clínica de Hess y Hunt ha demostrado su utilidad en la clasificación de los pacientes con aneurismas intracraneales rotos, así como su validez para proporcionar un pronóstico en términos de resultados clínicos. La clasificación está basada en el examen neurológico, y los rangos van desde Grado I (cefalea mínima y no déficit neurológico) hasta el Grado V (paciente moribundo).

A través de una craneotomía o craniectomía, y usando técnicas microscópicas, se identifica el vaso afectado por el aneurisma. Se aísla el cuello del mismo y se coloca una pequeña grapa no ferromagnética rodeando el cuello del aneurisma, excluyéndolo de la circulación. El abordaje de los aneurismas de la circulación anterior normalmente se hace a través de una craneotomía frontotemporal (pterional). Ésta requiere grandes taladros del esfenoide medio (pterion) y permite el acceso a la mayoría de los aneurismas anteriores y laterales de los vasos del Polígono de Willis: arteria

hipofisaria carotídea-praclinoidea superior; arteria carotido-oftálmica interna, arteria comunicante posterior; arteria coroidal anterior; bifurcación de la arteria carótida interna; arteria cerebral media y arteria comunicante anterior. Los aneurismas de la circulación posterior se abordan a través de una exposición pterional o subtemporal (arteria basilar superior, arteria cerebral posterior, arteria cerebelar superior), un abordaje suboccipital (arteria vertebral, arteria cerebelar postero-inferior) o un abordaje combinado subtemporal y suboccipital (tronco basilar, unión vertebro-basilar). En casos de aneurismas gigantes (mayor de 2,5 cm), se interviene bajo parada circulatoria y bypass cardiopulmonar con hipotermia profunda (16 °C a 20 °C).

Diagnósticos preoperatorios habituales: aneurisma cerebral; hemorragia subaracnoideo (SAH); hemorragia intracerebral; déficit neurológico progresivo (efecto masa sobre los nervios craneales o estructuras del SNC); accidente isquémico transitorio; infarto cerebral.

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

Los aneurismas pueden producirse en cualquier grupo de edad; aunque generalmente dan síntomas y se diagnostican en jóvenes o adultos de mediana edad que usualmente están sanos. La mayoría de los pacientes presentan síntomas de aviso antes de la primera gran hemorragia, pero éstos tienden a ser moderados e inespecíficos (p. ej., cefalea, mareos, dolor orbitario, disfunción leve motora o sensitiva). A estos síntomas generalmente no se les da la importancia que tienen tanto por los pacientes como por los médicos.

RESPIRATORIO.- Las complicaciones respiratorias (p. ej., edema pulmonar, neumonía, síndrome del distrés respiratorio agudo) son las complicaciones no neurológicas más frecuentes causantes de la muerte tras SAH. Puede producirse aspiración pulmonar como resultado del déficit neurológico por la hemorragia intracraneal.

CARDIOVASCULAR.- Generalmente, estos pacientes no padecen otras enfermedades cardiovasculares, aunque los aneurismas intracraneales se producen más comúnmente en pacientes con ciertas enfermedades congénitas, como el riñón poliquístico, coartación aórtica, hiperplasia fibromuscular y síndrome de Marfan y Ehlers-Danlos. Los pacientes que han sufrido una hemorragia intracraneal reciente debido a fisuras o ruptura de un aneurisma cerebral son propensos a desarrollar hipovolemia y anomalías del ECG. El porqué se produce hipovolemia tras el SAH no está claro, pero puede ser debido en parte al vaso espasmo cerebral y al reposo en cama prolongado. En la mayoría de los pacientes se producen anomalías del ECG, de modo que una hemorragia intracraneal puede simular una lesión subendocárdica secundaria a liberación de catecolaminas. En el 30% al 80% de los pacientes se producen arritmias (comúnmente extrasístoles supra ventriculares) y cambios isquémicos (típicamente inversión de la onda T y depresión del segmento ST) en más del 50% de los pacientes. La adecuada preparación preoperatoria incluye el diagnóstico de la anomalía del ECG. Si el paciente tiene historia de enfermedad cardíaca isquémica, los estudios de enzimas cardíacas y ECHO pueden ayudar a determinar si los cambios del ECG son causados por enfermedad cardíaca o hemorragia intracraneal. Pruebas: ECG.

NEUROLOGÍA.- Los aneurismas producen sintomatología neurológica al crecer cuando comprimen las estructuras neurológicas adyacentes o causan hipertensión intracraneal. Si se produce una hemorragia intracraneal, la disfunción neurológica varía dependiendo del lugar y la extensión de la hemorragia. Estos pacientes pueden quejarse de HA grave, estar confusos y desorientados, tener un déficit motor de una o más extremidades, o estar coma todos. Una complicación mayor de una hemorragia intracraneal es el vaso espasmo cerebral, el cual si es intenso, causara empeoramiento de los déficit neurológicos. El vaso espasmo es usualmente leve en los primeros 4 días, alcanzando su pico a los 7 u 8 días, y se resuelve en 2 a 3 semanas. El mecanismo exacto del vaso espasmo no es conocido, pero se cree que el agente precipitante es la hemoglobina libre, la cual causa liberación de sustancias vaso espásticas desde el tejido cerebral. El tratamiento del vaso espasmo usualmente precisa el mantenimiento de la presión arterial, hidratación hasta la normovolemia y

antagonistas del calcio (p. ej., nimodipino, nicardipino). Aunque el control de la presión arterial es importante en todos los pacientes con aneurismas, es especialmente crítico en este subgrupo de pacientes. Cualquier incremento sustancial de la presión arterial puede producir un sangrado importante con déficit neurológico permanente o muerte; cualquier disminución sustancial de la presión arterial puede causar isquemia cerebral o infarto en el área de la hemorragia original. En estos pacientes es esencial la cateterización y monitorización arterial antes de la inducción anestésica. Pruebas: TC; RMN; angiografía cerebral, la cual el anesthesiólogo debe examinar preoperatoriamente para identificar la naturaleza y la localización del aneurisma.

HEMATOLOGÍA.- Tras SAH puede producirse trombocitopenia. Pruebas: Hct; tiempos de coagulación.

RADIOLOGÍA.- TC o RMN; angiografía cerebral.

HEPÁTICO.- No es infrecuente la insuficiencia hepática tras la SAH (24% en una serie). Pruebas: perfil hepático.

PREMEDICACIÓN.- Si se desea, administrar pequeñas dosis de midazolam mg a 3 mg. i.v. es preferible a los opiáceos. Es esencial una detallada discusión con el paciente para aportarle confianza. En casos de una fuga o ruptura aneurismática en el período preoperatorio inmediato, sus signos pueden ser difíciles de distinguir de los producidos por una respuesta excesiva a la premedicación.

MONITORIZACIÓN

Monitorización estándar no invasiva de tensión arterial, capnometría y capnografía, electrocardiograma, estetoscopio esofágica y precordial, estimulador nervioso, analizador de oxígeno, pulsioximetría, temperatura, observación visual del paciente y monitores de función ventilatorias.

Monitorización estándar invasiva de cateterismo central, línea arterial, sonda vesical, potencial de evocados y drenaje del LCR.

TÉCNICA ANESTÉSICA

INDUCCIÓN.- Tiopental 2 mg a 5 mg/kg (o propofol 1 mg a 2 mg/kg i.v.) para producir amnesia y disminución del volumen sanguíneo cerebral por inducción de vasoconstricción cerebral. Fentanil 7 ug a 10 ug/kg i.v. para atenuar la respuesta a la intubación y proporcionar analgesia para las primeras horas de la intervención. Pancuronio 0,1 mg/kg, vecuronio 0,15 mg/kg o rocuronio 0,7-1 mg/kg, para proporcionar parálisis muscular para la intubación endotraqueal y la colocación del paciente.

MANTENIMIENTO.- Isoflurano ~1 % (< 0,6% si se usa monitorización de EP), con O₂, No administrar más del 50% de N₂O debido a su potencial para revertir los efectos protectores de SEP. Puede usarse propofol (75 ug. a 100 ug/kg/min) para disminuir aún más el volumen sanguíneo cerebral, el metabolismo cerebral y el CRMO₂. Generalmente, si se usa pancuronio no son necesarios bloqueantes neuromusculares adicionales; sin embargo, si los movimientos son un peligro, rocuronio 10 ug/kg/min proveerán un adecuado bloqueo neuromuscular. Puede usarse una infusión de remifentanil (0,05 ug a 0,1 ug/kg/min) para suplementar la anestesia sin interferir la monitorización de EP.

DESPERTAR.- Cuando se inicia el cierre de la dura, considerar cambiar el anestésico a dosis bajas de sevoflurano (p. ej., 0,5%) o desflurano (p. ej., 2 %) en 50% de N₂O, suplementado con una infusión baja de remifentanil (p. ej., 0,05 ug/kg/min). Cuando se produce la recuperación de la anestesia, la presión arterial generalmente sube en respuesta a los estímulos del despertar. Puede ser necesario la administración cuidadosa de bloqueantes beta-adrenérgicos (p. ej., labetalol o esmolol) y lo vasodilatadores (p. ej., SNP); si es el caso, las dosis deben estabilizarse antes del traslado a la UCI. (Véase más abajo control de la TA.) El anestésico inhalatorio debe suprimirse durante el vendaje. La mayoría de los pacientes respirarán espontáneamente y pueden ser extubados sin problemas bajo una infusión de remifentanil. Si el cerebro no ha sido dañado durante la intervención, el paciente debe despertarse a los 10 minutos tras la supresión del remifentanil.

CUIDADOS ESPECIALES

Necesidades de sangre y fluidos con vías 16 y 18, expansión del volumen sanguíneo con albumina al 5% si Hcto. > 30%. Control del volumen cerebral con hiperventilación entre PaCO₂ de 25 a 30 mm Hg, disminución de los fluidos a < de 10 ml Kg, puede usarse manitol, furosemida, corticoides. Control de la tensión arterial antes del clampaje y durante el clampaje y posclampaje.

POS-OPERATORIOS

Control de las complicaciones hemorragia intracraneal, ictus, vaso espasmo cerebral, tratamiento del dolor, TC si se produce algún cambio.

BIBLIOGRAFIA

Brazenor GA. Chamberlain Mj, Gelb A W: (1990). Systemic Hypovolemia after subarachnoid. J Neurosurg Anesthesiol 2: 42 – 9

Jaffe & Samuels: (2006). Anestesia con procedimientos quirúrgicos. Marban

PROTOCOLOS ANESTÉSICOS PARA CIRUGÍA ORTOPÉDICA

DISECTOMIA LUMBAR MINIMAMENTE INVASIVA

INTRODUCCIÓN

Desde mediados de los años noventa se han desarrollado varias técnicas para permitir la descompresión de las raíces lumbares (extracción del material discal) con el menor daño posible a los nervios y tejidos circundantes. En la mayoría de los casos, se extrae poco o nada de hueso y, por tanto, no es técnicamente una laminectomía o una laminotomía. Estos procedimientos mínimamente invasivos normalmente se llevan a cabo en adultos jóvenes o personas de mediana edad sano con ciática y no se realizan para otras patologías más complicadas como deformidad, tumor o infección. La fijación transpedicular y las fusiones de segmentos cortos pueden intentarse utilizando modificaciones de estas técnicas.

Acceso para microdiscectomía: Puede realizarse bajo anestesia general, regional (epidural o raquídea) o local. El paciente se sitúa en posición de prono o de rodillas y se palpan las marcas posteriores en la espalda para identificar el nivel aproximado (p. ej., L4/5); entonces se infiltra la piel con anestésico local. Se coloca una aguja espinal a nivel de la lámina y se toma una Rx. o imagen fluoroscópica para confirmar el nivel. Se realiza una incisión de unos 25 mm sobre el interespacio propuesto y, utilizando retractores tradicionales o especializados, se desplazan los tejidos blandos para exponer el ligamento amarillo. Con el uso de un microscopio quirúrgico, se retira este ligamento, se retrae el nervio y se escinde el disco herniado. Para un único nivel, eso dura entre 30 a 90 min, dependiendo del tamaño del paciente y de si existen cicatrices o adherencias de una cirugía previa.

Variaciones de los procedimientos o abordajes: La discectomía percutánea a través de un acceso posterolateral se reserva habitualmente para «discos contenidos» (protrusiones hacia dentro, pero no a través, del anillo externo del disco). Se suelen realizar bajo MAC con anestésicos locales. Los instrumentos percutáneos se pueden colocar mediante guía radiológica, con o sin fibra óptica, con una fuente de luz y un equipo de cámara/monitor. Se accede posterolateralmente al espacio discal. El

el cirujano suele evitar anestesiar el área que rodea la raíz nerviosa para que el paciente pueda alertar al equipo si la raíz es alcanzada por un instrumento (bastante doloroso). Una vez en el espacio discal, la radiología o las imágenes de la cámara se utilizan para guiar al cirujano en la extracción del disco herniado. El material del disco puede extraerse con pinzas especiales o rasuradores de motor automáticos.

Diagnóstico preoperatorio habitual: Dolor crónico de espalda en el segundo disco lumbar; radiculopatía lumbar.

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

Los adultos jóvenes y de mediana edad están habitualmente sanos; los mayores pueden tener patologías cardiovasculares y/o pulmonares.

MUSCULOESQUELETICO.- Dado que es posible que estos pacientes tengan dolor de espalda crónico con radiculopatía, pueden no ser candidatos adecuados para técnicas anestésicas locales. La exacerbación postquirúrgica de los síntomas puede achacarse de modo incorrecto a la técnica anestésica. Debe documentarse una valoración motora y sensitiva cuidadosa de las extremidades inferiores. Los pacientes que habitualmente toman analgésicos de acción central (p. ej., Ultram), opiáceos (p. ej. Darvon, Darvocer, OxyContin, Percocer, Vicodin), AINES (p. ej., Feldene, Naprosyn, Voltaren) o inhibidores de la COX-2 (p. ej., Bextra, Vioxx) a menudo requieren dosis mayores de sedantes-hipnóticos y analgésicos en el período peri operatorio.

HEMATOLOGÍA.- Los pacientes deben dejar de tomar aspirina o AINE al menos 2 semanas antes de la cirugía. Además, se deben comprobar el INR o TP y TTP antes de la cirugía. Pruebas: Hto, plaquetas, INR.

LABORATORIO.- Otras pruebas según lo indique la historia o la exploración física.

PREMEDICACIÓN.- midazolam 1 mg., a 2 mg. i.v. en quirófanos

MONITORIZACIÓN

Monitorización estándar no invasiva de tensión arterial, capnometría y capnografía, electrocardiograma, estetoscopio esofágica y precordial, estimulador nervioso, analizador de oxígeno, pulsioximetría, temperatura, observación visual del paciente y monitores de función ventilatorias.

TÉCNICA ANESTÉSICA

Las microdiscectomías se realizan habitualmente bajo anestesia general; sin embargo, en pacientes seleccionados son adecuadas técnicas anestésicas locales o regionales. Se debe tener cuidado de evitar la invasión de la zona quirúrgica. Las discectomías percutáneas típicamente requieren sólo cuidados anestésicos monitorizados con sedación. Estos pacientes deben estar despiertos para alertar al cirujano de un contacto inadvertido con la raíz nerviosa. En algunos centros, la anestesia regional (raquídea o epidural) es la técnica de elección.

ANESTESIA GENERAL

INDUCCIÓN.- Considerar la utilización de TET flexo metálico para prevenir que se pliegue, con el paciente en posición supina.

MANTENIMIENTO.- Habitualmente 1 a 2 h de operación. Una vez conseguida la exposición, no es necesario el uso de relajantes.

DESPERTAR.- Sin consideraciones especiales.

ANESTESIA CONDUCTIVA

RAQUIDEA.- Paciente sentado, en decúbito lateral o posición de prono para el bloqueo subaracnoideo. Las dosis de anestésicos locales deben adecuarse para proporcionar un nivel lumbar alto de anestesia sensible (p. ej., bupivacaína 6 mg a 10 mg con fentanilo 10 ug).

PERIDURAL.- Paciente sentado o en decúbito lateral para la colocación de un catéter epidural. Se administra una dosis de prueba (p. ej., 3 ml de lidocaína 1,5% con epinefrina 1:200.000, 5 ug/ml) y se observa en el paciente el desarrollo de bloqueo subaracnoideo o síntomas de inyección intravascular. Titular lidocaína 2% con

epinefrina (3 ml a 5 ml cada vez) hasta obtener el nivel quirúrgico deseado.

CUIDADOS ESPECIALES

Necesidades de sangre y fluidos i.v.: aguja de calibre 18 x 1, sonda vesical
Almohadillar los puntos de presión, ocluir ojo en el caso de anestesia general.

POS-OPERATORIOS

Control de náusea/vómito, de la retención urinaria en pacientes mayores, entumecimiento/parestesia transitoria, debilidad. Tratamiento del dolor con opioides parenterales, una dosis versus anestésicos locales, con catéter epidural y luego paracetamol versus aines.

BIBLIOGRAFIA

Javedan S, Sonntang VK: (2003). Lumbar disc herniation: microsurgical approach. Neurosurgery 52 (1): 160 – 4

Jaffe & Samuels: (2006). Anestesia con procedimientos quirúrgicos. Marban

PROTOSCOLOS ANESTÉSICOS PARA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

AMIGDALECTOMIA Y ADENOIDECTOMIA

INTRODUCCIÓN

La disección de la amigdalectomía se lleva a cabo con el paciente en decúbito supino, los hombros elevados sobre una pequeña almohada. Se inserta un abrebocas; y, si se va a realizar una adenoidectomía simultáneamente, las adenoides se extirpan primero, con una legra, y se taponan la nasofaringe. La amigdalectomía se realiza mediante la firme sujeción del polo superior de la amígdala y su tracción medial, permitiendo realizar la incisión mucosa sobre el pilar anterior de la faringe. La amígdala es disecada de su lecho y extraída. Puede emplearse una tijera para separar la amígdala disecada en su polo inferior. La hemostasia se realiza mediante paquetes de gasa y el uso del electrocauterio. Antes de la extubación, los taponamientos de gasas se extraen de la nasofaringe y de los lechos amigdalares. La amigdalectomía puede asociarse a una palatofaringoplastia en casos de apnea obstructiva del sueño (SAOS) o respiración estertorosa.

Variaciones de los procedimientos o abordajes: Técnica de la guillotina (usada raramente).

Diagnósticos preoperatorios habituales: Amigdalitis y/o adenoiditis (más frecuente) crónica; SAOS; aumento asimétrico de las amígdalas (para descartar cáncer); obstrucción nasal de la vía aérea; roncar; absceso peri amigdalino.

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

VÍA AÉREA.- En pacientes con historia de roncar o SAOS, la probabilidad de tener dificultades con la ventilación con mascarilla y/o intubación puede ser alta, secundaria a las características peculiares de la vía aérea en estos pacientes (véase Anestesia para cirugía reconstructiva en trastornos respiratorios relacionados con el sueño, pág. 196). Algunos niños con síndrome de estatura corta, incluidos los acondroplásicos

y casos concretos del síndrome de Down, pueden presentar una subluxación atlantoaxoidea y una estenosis del canal lumbar, y debe evitarse una hiperextensión del cuello en estos pacientes.

RESPIRATORIO.- En pacientes que presentan síntomas de una IRA aguda (esputo purulento o secreciones nasales, fiebre, etc.), las recomendaciones generales es posponer cualquier procedimiento electivo hasta que los síntomas hayan desaparecido, normalmente en 7 a 14 días. Los motivos para posponer la cirugía son la posibilidad de progresión de la IRA a una infección del tracto respiratorio inferior, la presencia de secreciones que pueden obstruir el TET e impactarse en las pequeñas vías respiratorias, la predisposición al laringoespasma y la disminución de la reserva respiratoria. Pruebas: Según esté indicado por la historia clínica y la exploración física.

DENTADURA.- La presencia de dientes astillados, ausentes o rotos debe documentarse en el preoperatorio y el paciente (o los padres, en su caso) deben ser informados de que existe la posibilidad de lesión o luxación de algún diente durante el procedimiento.

CARDIOVASCULAR.- Raramente la obstrucción crónica de la vía aérea (p. ej., SAOS) con hipoxemia puede producir hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca derecha. Los pacientes con síndrome de Down pueden tener una cardiopatía congénita concomitante. Pruebas: Según esté indicado por la historia clínica y la exploración física.

HMATOLÓGICO.- Preguntar por consumo reciente de aspirina e historia de sangrado frecuente después de traumatismos mínimos o extracciones dentarias.

LABORATORIO.- Hemograma; otras pruebas según esté indicado por la historia clínica y la exploración física.

PREMEDICACIÓN.- Es habitual la premedicación con sedantes, pero debe evitarse en pacientes con SAOS y con síntomas de obstrucción de la vía aérea superior. Algunos

cirujanos solicitan la administración preoperatoria de algún antisialagogo para conseguir un campo quirúrgico seco.

MONITORIZACIÓN

Monitorización estándar no invasiva de tensión arterial, capnometría y capnografía, electrocardiograma, estimulador nervioso, analizador de oxígeno, pulsioximetría, temperatura, observación visual del paciente y monitores de función ventilatorias. Según la técnica anestésica.

TÉCNICA ANESTÉSICA

AG balanceada con IOT es la más frecuentemente utilizada en adultos. Una inducción intravenosa con propofol (2 mg/kg) y fentanil (2 g a 3 ug/kg) es adecuada para la mayoría de los pacientes (considerar evitar el tiopental sódico en pacientes ambulatorios). Si se encuentra dificultad para ventilar con la mascarilla facial, es preferible una vía aérea oral que nasal, secundaria a la posibilidad de traumatizar el tejido adenoideo hipertrofiado y la hemorragia brusca resultante. La intubación traqueal es facilitada con la administración de succinilcolina o un relajante neuromuscular de duración de acción corta o intermedia. Los pacientes con abscesos periamigdalares pueden tener trismus, lo cual habitualmente se resuelve tras anestésicos. Los requerimientos quirúrgicos esenciales son una adecuada relajación neuromuscular (propofol 100 ug a 150 ug/kg/min) para facilitar la exposición quirúrgica y prevenir la deglución. Las consideraciones específicas de la vía aérea incluyen la posibilidad de una difícil ventilación con la mascarilla facial y/o una intubación difícil secundaria a disminución del espacio pre laríngeo (p. ej., amígdalas/adenoides), así como la posibilidad de obstrucción del TET con el abre bocas.

INDUCCIÓN.- de la anestesia y la administración del relajante muscular. Una laringoscopia cuidadosa evitará el sangrado secundario al traumatismo inadvertido a unas amígdalas aumentadas de tamaño. En pacientes con hipertrofia significativa de las amígdalas, debe evitarse la técnica de intubación a ciegas con transiluminación. Se utiliza un TET pequeño (N. ° 6,0) reforzado (anillado) o un TET normal, dependiendo

de la preferencia del cirujano. Es esencial verificar la posición del tubo, antes y después de la aplicación del abre bocas de Boyle-Davis (p. ej., movimiento del tórax, sonidos respiratorios bilaterales y simétricos, y una presión pico normal). El TET puede obstruirse, luxarse, clamparse o avanzar de forma inadvertida en el bronquio principal derecho, o la tráquea del paciente puede ser prematuramente extubada al retirar el abre bocas. El TET reforzado es más caro que el normal, pero mucho menos proclive a obstruirse con el abre bocas. En pacientes con un absceso periamigdalario, debe tenerse mucho cuidado para prevenir la rotura del absceso y la inundación de la vía aérea.

Se ha documentado que el uso de la ML flexible en lugar del TET protege con seguridad la vía aérea durante la adenoamigdalectomía y reduce la incidencia de complicaciones postextubación en adultos y en niños. Su uso en este procedimiento, sin embargo, nunca ha llegado a ser popular en EE.UU.

MANTENIMIENTO.- La apertura del abre bocas y la amigdalectomía *per se* constituyen un estímulo doloroso importante; por tanto, debe mantenerse una profundidad anestésica adecuada. La perfusión de remifentanilo, como parte de una técnica balanceada o de una TIVA (propofol 100 a 150 ug/kg) puede proporcionar una estabilidad hemodinámica superior y facilita un despertar más suave de la anestesia. En la anestesia inhalatoria balanceada, los agentes preferidos para estos procedimientos de corta duración son el sevoflurano y el desflurano. El abre bocas debe ser recolocado varias veces durante el procedimiento y se retira solamente al final de la cirugía. Los movimientos vigorosos del paciente mientras el abre bocas está anclado en el soporte de mayo pueden producir lesiones de la columna cervical; por esto, debe mantenerse el bloqueo neuromuscular a un nivel relativamente profundo hasta el final del procedimiento. La relajación muscular continua también permitirá una reducción segura de los anestésicos inhalatorios antes del final de la cirugía para facilitar un rápido despertar. La prevención de las NVPO es de gran importancia. El estómago debe ser aspirado al final de la cirugía, y debe facilitarse un vaciamiento rápido con la administración de metoclopramida i.v. La administración de antagonistas de los 5-HT₃, con o sin esteroides, constituirá una profilaxis antiemética adecuada.

DESPERTAR.- La extracción del taponamiento faríngeo (si es utilizado por el cirujano) debe verificarse antes de la extubación. Debe tenerse cuidado con la succión de la oro faringe para evitar producir un sangrado. La extubación debe ser suave y realizarse después de que el paciente sea capaz de obedecer órdenes, ya que esto normalmente significa la recuperación de los reflejos de protección de la vía aérea superior. Si la extubación tiene que realizarse a niveles más profundos de anestesia (p. ej., en niños pequeños), el paciente debe colocarse en decúbito lateral, con la cabeza hacia abajo (posición de amigdalectomía) para proteger la vía aérea de la inundación secundaria a la hemorragia postoperatoria o a la aspiración del contenido gástrico. Los pacientes deben permanecer en esta posición hasta que estén totalmente despiertos. Este modo de extubación lleva más tiempo -y trabajo-, y debe asegurarse una adecuada profundidad anestésica para prevenir el laringoespasma postextubación. Con la posición cabeza abajo, la presión venosa en el lecho quirúrgico aumenta, con la posibilidad de producir una hemorragia postoperatoria. Este método de extubación no puede ser asumido como de uso rutinario en adultos.

CUIDADOS ESPECIALES

Necesidades de fluidos por vía i.v. 18 G. con salino 0.9% / ringer entre 4 ml a 6 ml/kg/h (adultos), proteger puntos de presión y los ojo, control de ruptura de tubo endotraqueal o movimientos y hemorragias.

POS-OPERATORIOS

Puede haber retención de taponamiento faríngeo, laringoespasma, hemorragia amigdalal y edema pulmonar pos obstructivo. Tratamiento del dolor con fentanil.

BIBLIOGRAFIA

Windfuhr JP, Chen YS: (2003), Pos-tonsillectomy and adenoidectomy hemorrhage in nonselectec patients. Ann Otol Rhinol Laringol 112 (1): 63 -70

Jaffe & Samuels: (2006). Anestesia con procedimientos quirúrgicos. Marban

PROTOCOLOS ANESTÉSICOS PARA OFTALMOLOGÍA

EXTRACCION DE CATARATA CON INSERCIÓN DE UNA LENTE INTRAOCULAR

INTRODUCCIÓN

La catarata causa más frecuente de ceguera tratable en el mundo se define como una opacificación del cristalino. La cirugía de la catarata se encuentra entre los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, con más de 1,3 millones de intervenciones realizadas en EE.UU. cada año. La cirugía de catarata más moderna se realiza utilizando la técnica extra capsular, la cual incluye la extracción del cristalino a través de una abertura realizada en la cápsula anterior de la lente (conocida como capsulectomía). El núcleo de la lente puede extraerse intacto, lo cual requiere una incisión corneal de 8 mm a 10 mm, o mediante facoemulsificación, en la que se utiliza energía ultrasónica para fragmentar la lente, permitiendo la aspiración del material. La ventaja de la facoemulsificación es que la totalidad del procedimiento puede realizarse a través de una incisión corneal mucho menor (normalmente 3 mm de longitud). Con ambos abordajes, el material de la lente cortical más periférico y más blando es extraído mediante aspiración, dejando la bolsa capsular posterior intacta para sostener la LIO. Si la cápsula de la lente se rompe o por cualquier razón es incapaz de sostener la LIO, la lente puede fijarse con suturas a la cámara posterior (detrás del iris), o puede colocarse una LIO en la cámara anterior por delante del iris. Actualmente, los materiales más populares para la LIO son el polimetilmetacrilato, la silicona y los acrílicos. Solamente la silicona y los acrílicos son plegables, lo cual permite su inserción a través de una pequeña incisión corneal y, por tanto, son los más frecuentemente utilizados. La herida se cierra con sutura de nailon o Vicryl (9-0 ó 10-0) para conseguir un sellado resistente al agua, aunque cuando se utilizan pequeñas incisiones, las heridas a menudo se auto sellan y no requieren suturas. El diagnóstico preoperatorio habitual es la catarata.

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

RESPIRATORIO.- Los pacientes ancianos tienen una incidencia aumentada de hernia

de hiato y, por tanto, tienen mayor riesgo de aspiración pulmonar. Confirmar la capacidad del paciente para permanecer tumbado durante todo el procedimiento. Los pacientes con tos crónica requerirán AG. Pruebas: Según esté indicado por la historia clínica y la exploración física.

CARDIOVASCULAR.- Una historia de hipertensión arterial, enfermedad arterial crónica, insuficiencia cardíaca congestiva o poca tolerancia al ejercicio obliga a una inmediata investigación del estado cardíaco del paciente, incluyendo la eficacia de la medicación habitual y un ECC reciente (para compararlo con ECC previos). Puede ser apropiado solicitar una consulta al cardiólogo para optimizar la condición del paciente antes de la cirugía. Pruebas: ECC; otras según esté indicado por la historia clínica y la exploración física.

DIABETES.- Los pacientes diabéticos tienen un mayor riesgo de sufrir isquemia miocárdica silente. La aspiración pulmonar secundaria a gastroparesia diabética es también un riesgo en estos pacientes. Los pacientes habitualmente se administran 1/2 o 1/3 de su dosis de insulina NPH habitual (la mañana de la cirugía); se determina la glucemia en ayunas, y se inicia una infusión de dextrosa al 5% en ringer lactato si la glucosa < 90 mg/dl, o se administra insulina regular si la glucosa > 200 mg/dl. La glucemia se determina intra y postoperatoriamente.

MUSCULOESQUELÉTICO.- Los cambios artríticos hacen que para algunos pacientes sea difícil permanecer tumbados.

HEMATOLÓGICO.- Preguntar por el uso reciente de aspirina/ AINE, especialmente en pacientes que van a sufrir procedimientos palpebrales u orbitarios. Pruebas: Según esté indicado por la historia clínica y la exploración física.

LABORATORIO.- La creatinina se solicita de forma habitual en pacientes > 64 años.

PREMEDICACIÓN.- Los pacientes se beneficiarán de una explicación detallada de lo que les va a ocurrir antes de la cirugía (incluida la colocación de una vía venosa, la

aplicación de monitores, la realización de bloqueos locales, la presión ocular, la preparación del ojo, que se le tapará toda la cara y la administración de O₂ suplementario) y la confirmación de que el anestesiólogo estará siempre a su lado, monitorizándolo. A menudo es beneficioso el midazolam (0,5 mg a 1 mg i.v.). En pacientes con alto riesgo de aspiración (p. ej., hernia de hiato o gastroparesia diabética) y en pacientes obesos y/o muy ansiosos, 10 mg i.v. de metoclopramida puede acelerar el vaciamiento gástrico.

MONITORIZACIÓN

Monitorización estándar no invasiva de tensión arterial, capnometría y capnografía, electrocardiograma, estimulador nervioso, analizador de oxígeno, pulsioximetría, temperatura, observación visual del paciente y monitores de función ventilatorias. Según la técnica anestésica.

TÉCNICA ANESTÉSICA

La anestesia tópica es habitualmente complementada por el oftalmólogo, utilizando tetracaína al 0,5%, suplementada con lidocaína al 2 %, inyectada subconjuntivalmente. La colocación de bloqueos retro bulbares o peri bulbares puede ser dolorosa y deben administrarse agentes con muy corta duración de acción (p. ej., remifentanilo 0,5 ug a 1 ug/kg, alfentanil 5 ug a 7 ug/kg o propofol 30 mg a 50 mg) para disminuir el disconfort del paciente. Las dosis necesarias varían significativamente entre los pacientes, y el anestesiólogo debe estar preparado para tratar la de la TA y la apnea. Normalmente, no es necesaria más sedación y puede interferir con la cooperación del paciente durante la cirugía. Debe evitarse la tos durante el procedimiento, y el anestesiólogo debe estar siempre preparado para realizar una AC si fuese necesario.

Bloqueo retro bulbar: Utilizando una aguja 25 G a 27 G, el espacio retro bulbar se aborda desde el cuadrante inferotemporal de la órbita. El ojo debe estar en una posición neutra o hacia abajo y medial. Una vez la aguja se coloca en su posición y no refluye sangre o LCR con la aspiración, se administra lentamente 3 ml a 5 ml de la solución anestésica. Es necesario un bloqueo del nervio facial para prevenir

movimientos del párpado. Esto puede conseguirse administrando 4 ml a 8 ml de la solución anestésica por encima y por debajo de la parte lateral de la órbita. Habitualmente, la solución anestésica consiste en una mezcla 50:50 de bupivacaína al 0,5% y lidocaína al 2% con hialuronidasa.

Bloqueo peri bulbar: Utilizando una aguja 25 C a 27 C, se inyecta 5 ml a 6 ml de la solución anestésica en el espacio peri bulbar, entrando justo por encima del borde inferior de la órbita en la unión del tercio lateral y el tercio medio del párpado inferior. Aunque es posible la perforación del globo y la hemorragia, la lesión directa del nervio óptico y la inyección subdural son raras debido a la longitud y posición de la aguja. Los bloqueos peri bulbares generalmente tienen un comienzo más lento que los retro bulbares, y pueden producir con mayor frecuencia edema conjuntival, el cual puede interferir con la cirugía.

CUIDADOS ESPECIALES

Necesidades de fluidos por vía i.v. 18 G. con salino 0.9% / ringer entre 1,5 ml a 3 ml/kg/h, proteger puntos de presión y el ojo no operado, control de la frecuencia cardiaca por arritmias con bradicardia, de la tensión arterial, del sangrado retro bulbar, convulsiones, parada respiratoria y reflejo óculo cardiaco.

POS-OPERATORIOS

Control de isquemia miocárdica con administración de O₂, o consulta al cardiólogo, control de abrasión corneal, de la fotofobia, de la náusea/vomito y diplopía. Y control del tratamiento del dolor con paracetamol.

BIBLIOGRAFIA

- McGoldrick KE: (2001) Anesthesia and the eye. In Clinical Anesthesia, 4th edition.
Barash PG, Gullen BF, eds. Lipincott Williams & Wilkins, Philadelphia: 968 – 88
Jaffe & Samuels: (2006). Anestesia con procedimientos quirúrgicos. Marban

PROTOCOLOS ANESTÉSICOS PARA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, HISTERECTOMIA Y DOBLE ANEXECTOMIA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE UTERO

INTRODUCCIÓN

El cáncer de útero es el cáncer ginecológico más común en los EE.UU. El primer paso en el tratamiento de esta enfermedad es la realización de una laparotomía exploradora junto con la realización de una histerectomía. El objetivo, aparte del tratamiento, es la obtención de la mayor cantidad de información que ayude al estadiaje de la enfermedad, lo que facilitará la planificación del tratamiento adyuvante postoperatorio. En la exploración se debe observar la presencia de metástasis en el hígado, el epiplón, el peritoneo o los anejos. Las zonas correspondientes a la aorta o la región pélvica se deben explorar mediante palpación para observar la presencia de afectación ganglionar, los ganglios sospechosos serán resecaados. Si no se palpan ganglios sospechosos, se tomarán muestras de ganglios de ambas regiones. Esta resección es menos extensa que la que se debe realizar después de una histerectomía radical. La resección ganglionar se puede obviar en presencia de ciertos sarcomas uterinos. Posteriormente, se realiza la histerectomía total con doble anexectomía según la técnica habitual.

Variaciones de los procedimientos o abordajes: Se está realizando con más frecuencia un abordaje mixto consistente en una histerectomía y doble anexectomía por vía vaginal, asistida por laparoscopia, acompañada de la toma de muestras ganglionares de las cadenas aórtica y pélvica. Las ventajas de esta intervención son la reducción en el tiempo de ingreso hospitalario y de la convalecencia postoperatoria, así como la reducción en el dolor postoperatorio. Pueden presentar cierta cantidad de adherencias secundarias a la cirugía o a la radioterapia anterior a la cirugía. Debe evitarse el dañar el intestino en las maniobras de inserción de los trocares abdominales. La paciente debe colocarse en posición de Trendelenburg de manera

mar cada durante la duración de la intervención, y las manos de la paciente deben estar en paralelo con el cuerpo. Dado que el argón es un gas pesado, esta posición hace que si se emplea mucho el bisturí de argón, la paciente desarrolle un edema facial muy importante durante la cirugía, así como un enfisema subcutáneo. Como en la cirugía abierta, los ganglios deben obtenerse de la zona próxima a los grandes vasos pélvicos. Tanto el cirujano como el anestesiólogo deben recordar el riesgo de hemorragia que supone la lesión intraoperatorio de estos vasos.

Diagnóstico preoperatorio habitual: Carcinoma endometrial.

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

El diagnóstico de cáncer endometrial se suele hacer en mujeres posmenopáusicas que presentan una hemorragia vaginal. La realización de una laparotomía diagnóstica y de una histerectomía con doble anexectomía se lleva a cabo con el doble objetivo de tratamiento del tumor primario y de estadiaje de la enfermedad. En ocasiones, la cirugía se realiza al tiempo que se está tratando la enfermedad con radioterapia, lo que se acompaña de efectos sistémicos.

RESPIRATORIO.- Debe descartarse la presencia de enfermedad pulmonar o de hábito tabáquico. Pruebas: Las indicadas por la historia y la exploración clínicas.

CARDIOVASCULAR.- Debe investigarse la presencia de enfermedad coronaria, de hipertensión o de insuficiencia cardíaca, o de síntomas como la angina, la disnea o el edema periférico. Debe valorarse la tolerancia al ejercicio de la paciente, así como el tratamiento actual. Si la paciente tiene una angina importante o signos de insuficiencia cardíaca congestiva, debe realizarse una prueba de esfuerzo o un eco cardiograma. Pruebas: Todas las pacientes de más de 50 años deben tener un ECG.

NEUROLOGIA.- Normalmente no suele ser un problema, salvo que la paciente tuviera historia de enfermedad cerebro vascular, epilepsia u otro tipo de enfermedad neurológica.

ENDOCRINO.- Debe completarse la historia clínica con el interrogatorio a cerca de la presencia de enfermedades endocrinas, como la diabetes o el hipotiroidismo, que se asocian con frecuencia a la presencia del carcinoma endometrial. Si la paciente ha recibido tratamiento con corticoides en los 6 meses anteriores a la cirugía, debe administrarse una dosis de hidrocortisona de 100 mg cada 12 h durante 2 días. Pruebas: Las indicadas por la historia y la exploración clínicas.

NEUROMUSCULAR.- Tanto la osteoartritis como la osteoartrosis son frecuentes en este grupo de la población. Debe investigarse el tratamiento con AINES. Pruebas: Si se va a realizar una técnica de anestesia regional, debe efectuarse una batería de pruebas de coagulación.

HEMATOLOGÍA.- Si la hemorragia vaginal ha sido abundante y prolongada en el tiempo, puede producirse una anemia importante. Se deben administrar suplementos de hierro si hay margen hasta la cirugía. Pruebas: Hematología completa.

LABORATORIO.- Pruebas de función hepática; TC de pelvis y de abdomen.

PRMEDICACIÓN.- Si fuera necesario, se puede administrar el midazolam 1 mg a 5 mg, como ansiolítico. Debe discutirse con la paciente las distintas opciones en el tratamiento del dolor postoperatorio.

MONITORIZACIÓN

Monitorización estándar no invasiva de tensión arterial, capnometría y capnografía, electrocardiograma, estetoscopio esofágica y/o precordial, estimulador nervioso, analizador de oxígeno, pulsioximetría, temperatura, observación visual del paciente y monitores de función ventilatorias.

TÉCNICA ANESTÉSICA

Anestesia general con intubación endotraqueal, acompañada de una técnica de anestesia regional como la epidural o la raquianestesia. En ciertas ocasiones poco

frecuentes, como en el caso de enfermedad pulmonar crónica severa, se debe realizar solamente con una técnica regional.

ANESTESIA GENERAL

INDUCCIÓN.- estándar hipnóticos, analgésicos y relajación.

MANTENIMIENTO.- La relajación muscular debe ser continua durante la intervención. La administración epidural de lidocaína al 2% con epinefrina al 1:200.000, a 10 ml/h ayudará a reducir las necesidades de anestésicos generales.

DESPERTAR.- Se debe revertir el bloqueo neuromuscular mediante la administración de neostigmina 0,07 mg/kg y glicopirrolato 0,01 mg/kg. La paciente debe ser despertada y extubada en quirófano, y se debe administrar O₂ hasta que la misma esté completamente despierta. Debe emplearse profilaxis antiemética mediante la administración de ondansetron 4 mg/i.v.

ANESTESIA CONDUCTIVA

RAQUIANESTESIA.- Se emplea lidocaína al 2% con epinefrina al 1:200.000 entre 10 ml y 15 ml o bupivacaína 0,5% entre 10 ml y 15 ml, seguidos de una infusión continua de 10 ml/h. A través del catéter se podrá administrar morfina 4 mg o hidromorfona 0,5 mg para controlar el dolor postoperatorio.

PERIDUAL.- Se administra tetracaína 12 mg a 14 mg, a la que se puede añadir morfina sin excipientes 0,3 mg a 0,5 mg. El nivel que se debe alcanzar es de T5.

CUIDADOS ESPECIALES

Necesidades de sangre y fluidos i.v.: aguja de calibre 18 x 1, sonda vesical
Almohadillar los puntos de presión, ocluir ojo en el caso de anestesia general.

POS-OPERATORIOS

Control de náusea/vómito, nada por vía oral, de la retención urinaria en pacientes mayores, entumecimiento/parestesia transitoria, debilidad. Tratamiento del dolor con

anestesia controlada por el paciente con opioides parenterales, con catéter epidural continua o espinal y luego paracetamol versus aines.

BIBLIOGRAFIA

Disaia PJ, Creasman WT: (2002). Adenocarcinoma of the uterus. Clinical Gynecology Oncology. CV Mosby St. Louis 137-71

Jaffe & Samuels: (2006). Anestesia con procedimientos quirúrgicos. Marban

CONCLUSIONES

- El 90% de anesthesiólogos están formando equipos, el porcentaje no es más alto debido a las solicitudes de vacaciones, y el 100% de los residentes ayudan a sus tratantes con la pre-anestesia según sus respectivos quirófanos.
- Los procedimientos administrativos del departamento de anestesia sean eficaces y eficientes.
- Los protocolos presentados son los realizados hasta julio 2010, quedando comprometidos por continuar con la realización de los protocolos de anestesiología faltantes.

RESULTADO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO EXCLUSIVO PARA LA PRÁCTICA DEL HEEE. FORMULARIO ELABORADO, SOCIALIZADO, IMPLEMENTADO Y MONITOREADO.

PRODUCTO 4

Formulario elaborado, socializado, implementado y monitoreado.

INTRODUCCIÓN

En Medicina, el consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente. En el área clínica, tiene que entenderse como la aceptación por parte de un enfermo competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión. El consentimiento informado humaniza la práctica anestésica del departamento de Anestesia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

OBJETIVOS

- Garantizar la seguridad del usuario externo durante el proceso Anestésico a través de una atención profesional y especializada.
- Disminuir la vulneración de los derechos humanos de los usuarios externos del departamento de Anestesia.
- Respetar los derechos constitucionales a decidir y ser informado.
- Disminuir la posibilidad de coerción y demandas médicos-legales por desconocimiento.

METODOLOGÍA

Se concertó y concretó una reunión con los anesthesiólogos del departamento de Anestesia del Eugenio Espejo para consensuar el consentimiento informado. Se implemento el formulario del consentimiento informado durante el chequeo pre-anestésico como parte de la historia clínica del paciente.

AGENDA

ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Reunión con Anesthesiólogos	Dr. River Jara
Consenso con tratantes para el formulario del consentimiento informado	Dr. River Jara
Impresión del formulario del consentimiento informado	Dr. River Jara
Distribución del formulario	Dr. River Jara

Todas las actividades se realizaron en el Hospital de Especialidades Eugenio espejo, en el departamento de Anestesia en el mes de mayo 2010.

CONTENIDO DEL PRODUCTO

Hospital / Clínica:

En caso de Paciente NN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

A. Fecha: Sr. (a), (ta) Edad: Sexo: H / M
 Historia Clínica: Dg.:
 Tipo de Cirugía: Programada: Urgencia: Emergencia:
ANESTESIOLOGO QUE INFORMA:

B. INFORMACION DE BUENA FE, SOBRE ANESTESIA GENERAL O REGIONAL:

- El objetivo de la anestesia es eliminar el dolor durante la intervención quirúrgica y llevar el control global del paciente. La administración y supervisión de su uso y evolución corre a cargo del anestesiólogo, que está encargado de controlar el proceso anestésico en todo momento. Esto representa ventajas evidentes para usted, aunque por otro lado, tiene algunos riesgos y complicaciones tal y como se indican en el apartado C.
- Anestesia general: Se encontrará profundamente dormido/a. Para administrarla, es preciso colocar un tubo en la boca o en la nariz, con el fin de mantener la respiración normal, a través de un ventilador.
- Anestesia Regional / local: Únicamente estará anestesiada una región o zona del cuerpo. Para administrarla, se pone una inyección en el espacio epidural o sub-aracnoideo o en el trayecto de los nervios que inervan dicha zona. Con o sin la ayuda de sedación (Estado inducido de tranquilidad, calma o sueño a través de un sedante u otro)

C. RIESGOS O COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL O REGIONAL:

- La **MORTALIDAD** por causa anestésica es excepcional, "(1 de cada 10.000 pacientes) aumentando en los niños menores de 12 años (5 de cada 10.000 pacientes) y en cirugía urgente (8 de cada 10.000 pacientes)" *.
- "Los pacientes con antecedentes de infarto de miocardio tienen un 15-30% de riesgo de reinfarto, si se operan en los tres meses posteriores, y de un 10-15% entre los tres y los seis meses siguientes."
- Los pacientes con enfermedades cardíacas, hepáticas o renales, hipertensión arterial, diabetes, con enfermedades pulmonares, entre otras como el asma bronquial, obesidad importante o ancianidad, tienen un riesgo mayor de mortalidad, que hay que valorar individualmente. **
- Algunos de los pacientes pueden presentar complicaciones anestésicas menores, como náuseas-vómitos, mareos, molestias en la garganta y ronquera (tras anestesia general). Síntomas que desaparecen normalmente en unas horas o días. "Y ocasionalmente la introducción delicada del tubo en la boca puede tener dificultad y puede dañar algún diente flojo, por un mal cuidado odontológico."
- La administración de sangre, sueros y medicación puede producir condiciones imprevistas, tales como: reacciones alérgicas que son excepcionales, de justificarse será necesario pruebas previas. *
- Tras la anestesia regional, a veces pueden aparecer molestias, como calambres, hormigueos, que generalmente son transitorios; esto es debido a la irritación de los nervios locales. "Otra complicación menor, podría ser un dolor de cabeza pasajero, que se presenta en un 5% de los pacientes ó un dolor de espalda que desaparece habitualmente y que se suele dar en un 5% de los casos."
- A veces, tras la anestesia regional, es necesario aplicar una anestesia general para terminar la intervención. Esto se justifica por diferentes motivos, que le serían explicados en el momento.

D. RIESGOS PARTICULARES DEL PACIENTE: Son:Por tanto es un paciente **ASA: I II III IV V VI**

E. DECLARO: Que he sido informado por el anestesiólogo, de las ventajas e inconvenientes de la anestesia, que he entregado información completa y verás de mis antecedentes y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. *

- He comprendido la información recibida y he podido discutir y formular todas las preguntas que he creído oportunas.
- Por tanto, no estoy de acuerdo con:

EN CONSECUENCIA: A PESAR DE MI DOLENCIA Y PARA MI PROTECCIÓN, EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES Y EN PLENO USO DE MIS DERECHOS CONSTITUCIONALES, SIN NINGUN TIPO DE PRESIÓN FÍSICA O PSICOLOGICA **CONCIERTO / NO CONCIERTO** EL SER ANESTESIADO. *

 FIRMA DEL Paciente/Familiar/Representante Legal
 (Caso de incapacidad del paciente)
 CI:

 Anestesiólogo:
 He informado en honor a la verdad
 CI:

 Testigo:
 CI:

CONCLUSIONES

- Revisión y aprobación consensuada del consentimiento informado exclusivo para la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito DM.

- Las autoridades respaldaron la gestión realizada con los médicos anesestesiólogos para la utilización de un consentimiento informado exclusivo.

- La misión fundamental del médico, sea en área clínica o de investigación, es procurar el bien del paciente por todos los medios éticos a su alcance.

RESULTADO 5

CONSULTORIO DE PRE-ANESTESIA GESTIONADO Y FUNCIONANDO.

PRODUCTO 5

Consultorio de pre-anestesia.

INTRODUCCIÓN

Hay procesos patológicos en el ser humano, cuya curación, pasa únicamente por la intervención quirúrgica y en ésta participan, principalmente, varios equipos de especialidades principalmente clínico (anestesiología) y quirúrgico. La valoración en anestesia consiste en un proceso diagnóstico del paciente que va a ser sometido a anestesia, con miras a determinar su reserva funcional orgánica, hacer una cuantificación del riesgo y optimizar, en lo posible, el estado del paciente para llevarlo a cirugía con el menor riesgo.

Determinar un espacio físico en una institución pública es muy complejo, sin embargo el espacio físico para la ubicación del consultorio de pre-anestesia fue gestionado conjuntamente con el líder del departamento de Anestesia.

OBJETIVOS

- Tener un espacio donde informar a los pacientes y/o familiares de los beneficios, riesgos y complicaciones de la anestesia.
- Educar a los beneficiarios sobre el ejercicio constitucional de su derecho a ser informado.
- Cuantificar los riesgos anestésico y quirúrgico.

- Obtener el consentimiento informado.
- Establecer una adecuada relación médico-paciente.
- Reducir la morbimortalidad preoperatoria.
- Mejorar la calidad asistencial

METODOLOGÍA

Se concertó y concretó una reunión con las autoridades del departamento de Anestesia del Eugenio Espejo (líder de los anestesiólogos, líder de Enfermería de hospital del día). Se planteo alternativas de solución para la asignación y ubicación de un consultorio destinado a la pre-anestesia. El cual fue adaptado, equipado y funcionando de acuerdo a las normas de funcionamiento de consultorios.

AGENDA

ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Reunión con líderes del departamento de Anestesia	Dr. River Jara
Revisión de protocolos de funcionamiento del consultorio de anestesia	Dr. River Jara
Ubicación de consultorio	Dr. River Jara, Líder de anestesiólogos, líder de Enfermería.
Equipamiento de consultorio	Dr. River Jara, Líder de anestesiólogos, líder de Enfermería.

Todas las actividades se realizaron en el Hospital de Especialidades Eugenio espejo, en el departamento de Anestesia en el mes de abril 2010.

CONTENIDO DEL PRODUCTO

Imagen # 1



Consultorio de Pre-Anestesia Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL CONSULTORIO DE PREANESTESIA.

Para la atención médica es importante la aplicación de recursos técnicos en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los usuarios externos, especialmente la humanización de su atención.

Definición:

Consultorio establecimiento destinado a prestar servicios médicos a pacientes hospitalizados y ambulatorios; consultorios médicos generales o de especialidades

son atendidos por un profesional en el campo de la salud. Su autorización lo establecen las autoridades de la unidad operativa (Ministerio de Salud Pública, Director del Hospital, Jefe del Servicio), con una inspección previa.

Equipamiento:

Escritorio, Camilla, dos silla, cama para examinar a los pacientes, gradilla, tensiómetro, fonendoscopio, fluoroscopio, lavabo, papelera, sistema de eliminación de desechos, balanza, tallimetro.

Talento Humano:

Médico especialista, auxiliar de enfermería, personal de estadística, personal de limpieza.

Horarios de Atención: de 10:00 a 12:00 y de 14:00 a 16:00

Es importante llevar en forma obligatoria los siguientes requisitos:

- Registro diario de pacientes
- Historia Clínica completa
- Supervisión permanente del jefe del servicio

Pre consulta:

Toma de signos vitales que serán tomados por el médico especialista.

Consulta Pre anestésica:

Paciente llega de consulta externa con exámenes de laboratorio solicitados, chequeos de otras especialidades y otros exámenes según su estado físico.

Recomendaciones, Sugerencias y medicación pre anestésica.

Pos Consulta:

Que la realizara el especialista, autorización o negación de la anestesia y firma del consentimiento, e información sobre sus derechos constitucionales a ser informados y a decidir.

Satisfacer inquietudes del usuario externo.

Imagen # 2



Consultorio de Pre-Anestesia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo funcionando.

CONCLUSIONES

- Se determinó en conjunto con el líder del departamento de Anestesia la ubicación del consultorio para la pre-anestesia donde se firmara el consentimiento informado previamente aprobado.

- Con la Consulta de Pre anestesia, ha mejorado la imagen del anesthesiólogo ante el paciente de una entidad pública.

- El enfermo es un todo: su estudio no debe ser exclusivo de un solo especialista, y su valoración debe ser un sumatorio de informes veraces pero no inconexos.

RESULTADO 6

BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EDUCADOS EN EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.

PRODUCTO 6

Beneficiarios Educados.

INTRODUCCIÓN

La Constitución instituye que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene derecho a ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna. El respetar los derechos a ser informados y a decidir no solo que humaniza un servicio prestado públicamente si no que mejora la imagen de la institución y el usuario satisface sus necesidades.

OBJETIVOS

- Educar a los beneficiarios sobre el ejercicio constitucional de su derecho a ser informado y a decidir sobre su salud.
- Establecer recomendaciones para el ajuste o mejora al proceso.
- Mejorar el intercambio comunicativo entre profesional y paciente.

METODOLOGÍA

Durante los 600 consentimientos informados firmados en el mes de julio del 2010, se tomó aproximadamente 3 minutos de promedio por paciente adicionales para educarlos sobre sus derechos a ser informados y a decidir sobre su salud. Hubo muchas dificultades al inicio para que coincidieran pasar visita pre-anestésica el residente y el tratante a sus pacientes. Al momento pasa visita el residente asignado y antes de la inducción el tratante revisa lo actuado por el residente y se presenta con el paciente.

AGENDA

ACTIVIDADES	RESPONSABLE
La pre anestesia la realizó el residente de anestesia asignado al paciente de cada uno de los 15 quirófano.	Drs. Anestesiólogos y Residentes del departamento de Anestesia
Conversación con pacientes que acuden a realizarse la pre anestesia, sobre su derecho a ser informado y a decidir.	Drs. Anestesiólogos y Residentes del departamento de Anestesia
Charla a pacientes sobre el derecho a ser informados y a decidir.	Drs. Anestesiólogos y Residentes del departamento de Anestesia

Todas las actividades se realizaron en el Hospital de Especialidades Eugenio espejo, en el departamento de Anestesia en el mes de abril 2010.

CONCLUSIONES

- El 100% de los usuarios del mes de julio del 2010 se educaron en sus derechos constitucionales.
- Disminuyo el número de demandas médico-legales por desconocimiento.

- El 90% de anesthesiólogos están designados por meses para realizar la pre-anestesia, en hospital del día y el 100% de los residentes participan en la pre-anestesia de los pacientes hospitalizados, el 100% de los anesthesiólogos realizan la pre-anestesia en quirófanos de emergencia en los casos necesarios.

- La misión fundamental del médico, sea en área clínica o de investigación, es procurar el bien del paciente por todos los medios éticos a su alcance.

RESULTADO 7

PROYECTO EVALUADO.

PRODUCTO 7

Encuesta de satisfacción implementadas.

INTRODUCCIÓN

La satisfacción está directamente relacionada con el cumplimiento de las expectativas y debe medirse en función de características del producto o servicio de manera que pueda orientar la toma de decisiones. Una actividad en particular podría parecer inadecuada pero muchas veces alcanza satisfacción y coherencia en el marco de un proceso determinado. Un mismo proceso puede tener diferentes clientes tanto externos como internos, por lo tanto se debe considerar las expectativas de cada cliente ponderadas de acuerdo a prioridades e importancia.

La evaluación de proyectos es un proceso por el cual se determina el establecimiento de cambios generados por un proyecto a partir de la comparación entre el estado actual y el estado previsto en su planificación. La información que se produce sirve para la toma de decisiones, por lo cual también se le puede considerar como una actividad orientada a mejorar la eficacia y eficiencia de los proyectos en relación con sus fines, además de promover mayor asignación de recursos.

Una vez realizado la encuesta de satisfacción tanto a los usuarios externos e internos y con el plan de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en funcionamiento se han logrado vencer los problemas administrativos y operativos, disminuir la violación a los derechos de ser informados y a decidir de los pacientes y familiares que usan las instalaciones de dicha unidad operativa del Ministerio de Salud Pública, además de educar a los usuarios externos.

OBJETIVOS

- Elaborar y aplicar encuestas para establecer el nivel de satisfacción de los usuarios internos y externos.

- Identificar las expectativas de los usuarios.

- Analizar encuestas realizadas.

- Evaluar los resultados de las encuestas de satisfacción y recomendar los cambios.

- Determinar el grado de cumplimiento de las actividades planeadas en el proyecto para alcanzar los objetivos propuestos.

- Análisis de los procesos de prestación de servicios públicos

- Generar programas de mejoras.

METODOLOGÍA

Previa a la realización de las encuestas (Anexo 7), se dio a conocer a las autoridades y se solicitó su autorización para su aplicación. Se ejecutaron encuestas para conocer el grado de satisfacción del usuario interno y externo.

Una vez ejecutado el 100% de proyecto mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo procedí a realizar la evaluación, a través de encuestas de satisfacción aplicadas a los usuarios internos y externos del departamento de anestesia, usando los mismos formatos diseñados.

AGENDA

ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Informe a las autoridades	Dr. River Jara
Elaboración de encuestas	Dr. River Jara
Encuestas aplicadas	Dr. River Jara
Análisis e interpretación de encuestas	Dr. River Jara

Todas las actividades se realizaron en el Hospital de Especialidades Eugenio espejo, en el departamento de Anestesia en el mes de abril 2010.

CONTENIDO DEL PRODUCTO

Resultados de la encuesta para medir el grado de satisfacción del cliente externo después de aplicar el "PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA ANESTÉSICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO QUITO DM SEPTIEMBRE 2009"

USUARIOS EXTERNOS

TABLA Nº 5

OPINION DE PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO. QUITO 2010

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DEL SERVICIO	1. Primera vez	400	66,5%
	2. Una vez al mes	-	-
	3. Dos o tres veces al mes	-	-
	4. Cuando lo necesita	200	33,5%
	5. Nunca	-	-
TOTAL		600	100%

GRAFICO # 14



Fuente: Encuesta

Elaborado: Autor

Análisis: La mayoría de los pacientes (66%) vienen por primera vez al departamento de anestesia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo frente a un 34% que lo realiza cuando lo necesita.

TABLA N° 6

OPINION DE PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE LA COMPARACIÓN ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO Y OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS ACTUALMENTE. QUITO 2010.

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
COMPARACIÓN CON OTRAS UNIDADES PÚBLICAS	1. Mucho mejor	200	33%
	2. Algo mejor	100	16,7%
	3. Más o menos igual	100	16,7%
	4. Algo peor	50	8,5%
	5. Mucho peor	50	8,5%
	6. No lo sé	100	16,6%
TOTAL		600	100%

GRAFICO # 15



Fuente: Encuesta
Elaborado: Autor

Análisis: La mayoría de los pacientes (67%) piensa que nuestro servicio actualmente está entre mucho mejor e igual y el 16 % piensa que es peor que otros servicios y el 17% de los paciente no lo saben posiblemente se deban a pacientes que acuden por primera vez al departamento de anestesia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

TABLA N° 7

OPINION DE PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO ACTUALMENTE. QUITO 2010.

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO	1. Muy satisfecho	342	60%
	2. Poco satisfecho	171	30%
	3. Insatisfecho	40	7.1%
	4. Incompletamente insatisfecho	22	3.9%
TOTAL		600	100%

GRAFICO # 16



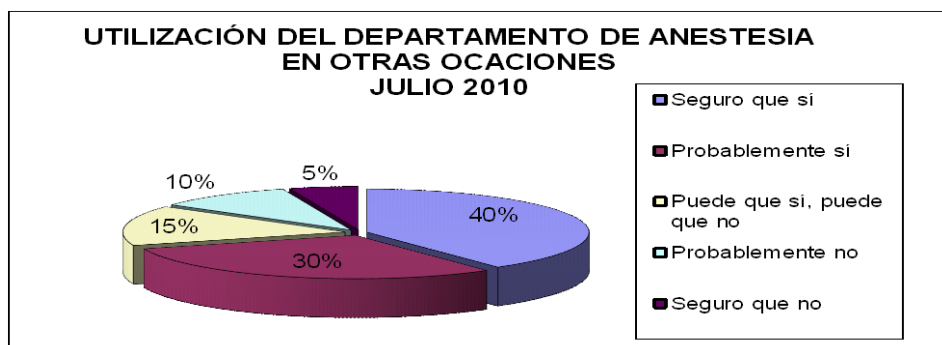
Fuente: Encuesta
Elaborado: Autor

Análisis: Actualmente La mayoría de los pacientes (60%) se encuentran muy satisfecho, sin embargo existen un 30 % de los paciente o familiares que se encuentran poco satisfecho, para llegar a brindar un servicio mucho más humano y de mayor calidad habrá que corregir los problemas del grupo poco satisfecho a incompletamente insatisfechos que fueron un poco más del 10% de los pacientes o sus familiares que acudieron al departamento de anestesia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

TABLA N° 8
OPINION DE PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE LA UTILIZACIÓN POSTERIOR DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO QUITO 2010.

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
UTILIZACIÓN DEL SERVICIO EN OTRAS OCACIONES	1. Seguro que si	240	40%
	2. Probablemente si	180	30%
	3. Puede que si puede que no	90	15%
	4. Probablemente no	60	10%
	5. Seguro que no	30	5%
TOTAL		600	100%

GRAFICO # 17



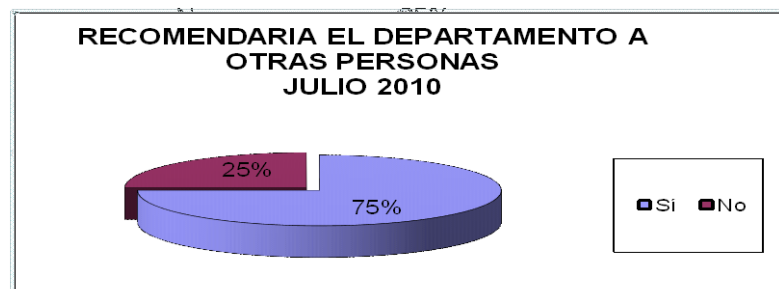
Fuente: Encuesta
 Elaborado: Autor

Análisis: Se comprueba que el 70% de los pacientes o familiares volverían a utilizar las instalaciones del departamento de anestesia del Hospital Eugenio Espejo, pero un 25% esta dudoso de si lo volvería a utilizar, pero un 5% regresaría a nuestro servicio.

TABLA N° 9
OPINION DE PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE SI RECOMENDARIA AL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO ACTUALMENTE QUITO 2010.

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
RECOMENDARIA EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA A OTRAS PERSONAS	1. Sí	450	75%
	2. No	150	25%
TOTAL		600	100%

GRAFICO # 18



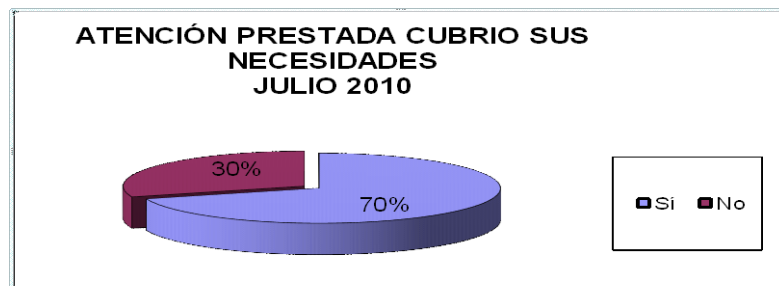
Fuente: Encuesta
 Elaborado: Autor

Análisis: Realmente el 75% de los pacientes o familiares están de acuerdo con el cambio que se ha tomado en el departamento de anestesia del Hospital Eugenio Espejo, con comentarios tales como: “es la primera vez que conocemos al anestesiólogo”, pero un 25% no lo recomendaría lo cual es un valor considerable a tomar en cuenta para tener éxito con el programa de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica, y está en relación con trato del resto del personal, compra de insumos o fármacos, colas interminables, entre otras.

TABLA Nº 10
OPINION DE PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE SI EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO ACTUALMENTE CUBRIO SUS NECESIDADES QUITO 2010.

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
ATENCIÓN PRESTADA CUBRIO SUS NECESIDADES	1. Sí	420	70%
	2. No	180	30%
TOTAL		600	100%

GRAFICO # 19



Fuente: Encuesta

Elaborado: Autor

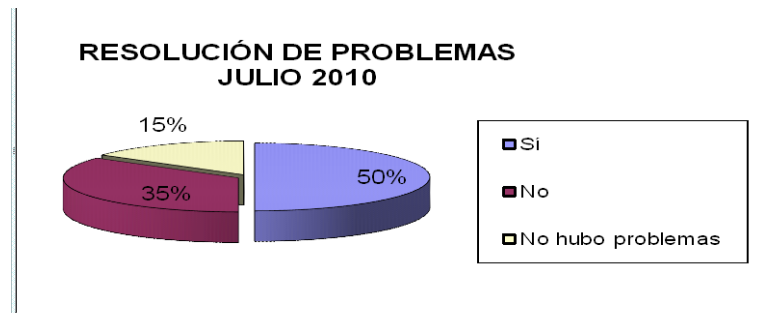
Análisis: Los datos evidencian que actualmente el 70% de los pacientes o familiares piensan que el departamento de anestesia del Hospital Eugenio Espejo, cubre sus necesidades lo que está en relación directa con la gratuidad del servicio prestado, pero el 30% piensa que no fueron cubiertas sus necesidades por compra de insumos, fármacos, entre otros factores.

TABLA Nº 11

OPINION DE PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN FORMA SATISFACTORIA POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO QUITO 2010.

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN FORMA SATISFACTORIA	1. Sí	300	50%
	2. No	210	35%
	4. No hubo problemas	90	15%
TOTAL		600	100%

GRAFICO # 20



Fuente: Encuesta
Elaborado: Autor

Análisis: Los datos nos revelan que al 65% de los pacientes o familiares se les resolvió sus problemas satisfactoriamente, sin embargo un 35% de los encuestados el departamento de anestesia del Hospital Eugenio Espejo no pudo resolver sus problemas lo que tiene que ver con el factor económico.

Resultados de la encuesta para medir el grado de satisfacción del cliente interno después de aplicar el "PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA ANESTÉSICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO QUITO DM SEPTIEMBRE 2009"

USUARIOS INTERNOS

TABLA Nº 12

OPINION DE ANESTESIOLOGOS Y RESIDENTES SOBRE SI HUBO CAMBIOS CON EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LOS PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO QUITO 2010.

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
CAMBIOS EN LA ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA	1. Sí	22	59.5%
	2. No	11	29.7%
	4.Parcialmente	4	10.8%
TOTAL		37	100%

GRAFICO # 21



Fuente: Encuesta
Elaborado: Autor

Análisis: Los usuarios internos (anestesiólogos y residentes) en un 70% han notados los cambios en los problemas administrativos y operativos del departamento de anestesia del Hospital Eugenio Espejo sin embargo un 30% no.

TABLA Nº 13

OPINION DE ANESTESIOLOGOS Y RESIDENTES SOBRE SI CREEN QUE ACTUALMENTE EN EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO QUITO 2010, SE RESPETAN LOS DERECHOS CONSTITUCIONALES DE SER INFORMADOS Y A DECIDIR DE LOS PACIENTES.

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
RESPECTO A LOS DERECHOS CONSTITUCIONALES DE SER INFORMADOS Y A DECIDIR DE LOS PACIENTES	1. Sí	27	73%
	2. No	5	13,5%
	4. Talvez	5	13,5%
TOTAL		37	100%

GRAFICO # 21



Fuente: Encuesta
Elaborado: Autor

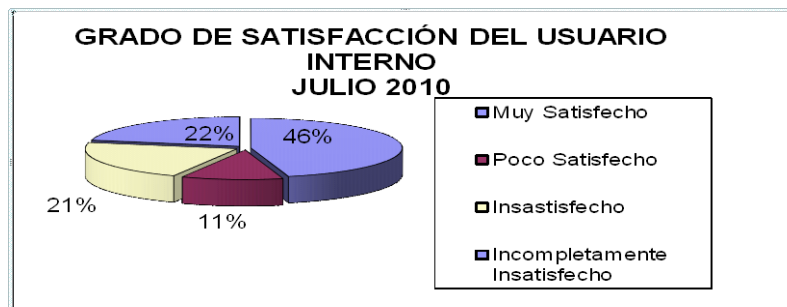
Análisis: Estos datos indican en el 86,5 % de los usuarios internos (anestesiólogos y residentes) están colaborando con educar a los pacientes y familiares del departamento de anestesia del Hospital Eugenio Espejo sobre cómo hacer respetar sus derechos de ser informados y a decidir sobre su salud, y en un 13.5% no.

TABLA Nº 14

OPINION DE ANESTESIOLOGOS Y RESIDENTES SOBRE CUAL CREE QUE ES EL GRADO DE SATISFACI3N ACTUALMENTE EN EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO QUITO 2010.

ITEM	ESCALA DE VALORACI3N	POBLACION	PORCENTAJE
GRADO DE SATISFACI3N DEL USUARIO INTERNO	1. Muy Satisfecho	17	46%
	2. Poco satisfecho	4	10,8%
	3. Insatisfecho	8	21,6%
	4. Incompletamente Insatisfecho	8	21,6%
TOTAL		37	100%

GRAFICO # 22



Fuente: Encuesta
Elaborado: Autor

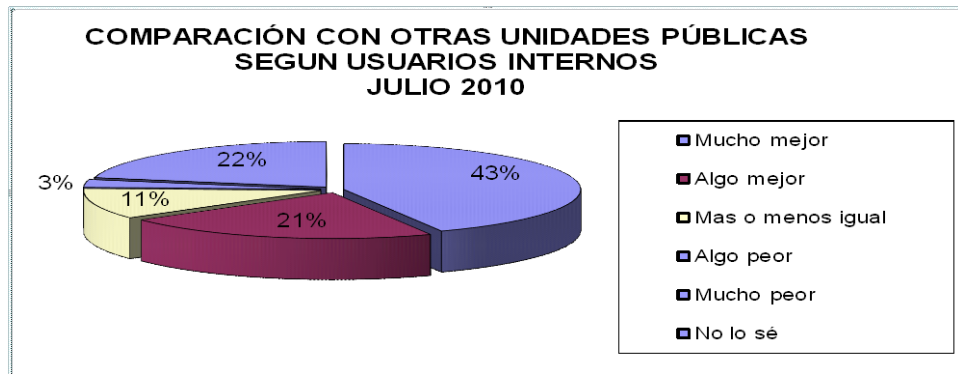
Análisis: El 57% de los encuestados están entre muy satisfechos y poco satisfechos del nuevo departamento de Anestesia, sin embargo el 43% está entre insatisfecho e incompletamente insatisfecho posiblemente tiene que ver con su remuneración.

TABLA N° 15

OPINION DE ANESTESIOLOGOS Y RESIDENTES SOBRE LA COMPARACIÓN ENTRE EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO Y OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS ACTUALMENTE QUITO 2010.

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
COMPARACIÓN CON OTRAS UNIDADES DE SALUD SEGÚN USUARIOS INTERNOS	1. Mucho mejor	16	43,24%
	2. Algo mejor	8	21,62%
	3. Más o menos igual	4	10,81%
	4. Algo peor	1	2,70%
	5. Mucho peor	-	-
	6. No lo sé	8	21,62%
TOTAL		37	100%

GRAFICO # 22



Fuente: Encuesta
Elaborado: Autor

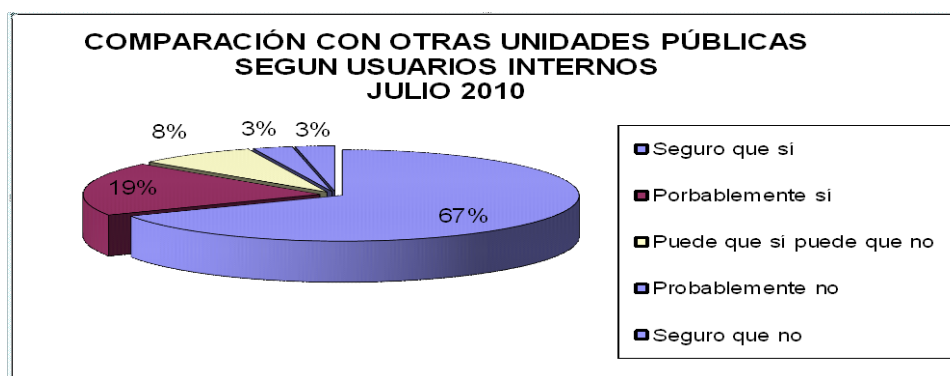
Análisis: Este cuadro es muy interesante ya que confirma lo que piensan los usuarios externos por cuanto un 78 % de los usuarios internos comparan entre mucho mejor a más o menos igual el departamento de Anestesia con otros hospitales públicos y el 2,7% piensa que el servicio prestado es algo peor y un 21,62% que no saben lo que puede que este relacionado con el personal que regresó de vacaciones.

TABLA Nº 16

OPINION DE ANESTESIOLOGOS Y RESIDENTES SOBRE SI RECOMENDARÍA ACTUALMENTE EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO QUITO 2010.

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
RECOMENDARIA EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA A OTRAS PERSONAS SEGÚN USUARIOS INTERNOS	1. Seguro que sí	25	67,5%
	2. Probablemente Sí	7	19%
	3. Puede que sí puede que no	3	8,1%
	4. Probablemente no	1	2,7%
	5. Seguro que no	1	2,7%
TOTAL		37	100%

GRAFICO # 23



Fuente: Encuesta
Elaborado: Autor

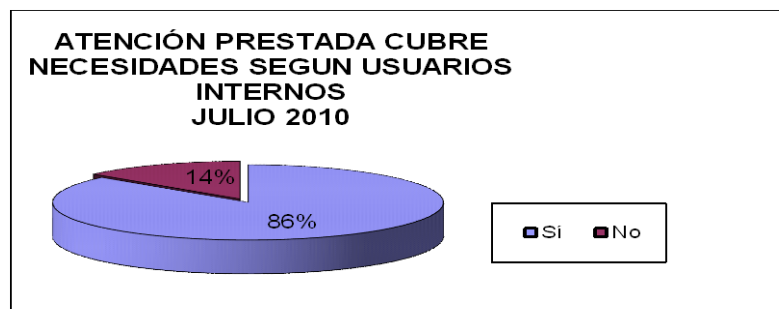
Análisis: El 94,6 de los usuarios internos recomendaría el departamento de Anestesia a sus familiares y amigos frente al 5,4 de ellos que no lo haría.

TABLA Nº 17

OPINION DE ANESTESIOLOGOS Y RESIDENTES SOBRE SI EL SERVICIO PRESTADO ACTUALMENTE POR EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO QUITO 2010 CUBRIO LAS NECESIDADES DE SUS PACIENTES.

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
ATENCIÓN PRESTADA CUBRE LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES SEGÚN USUARIOS INTERNOS	1. Sí	32	86.5%
	2. No	5	13,5%
TOTAL		37	100%

GRAFICO # 24



Fuente: Encuesta
Elaborado: Autor

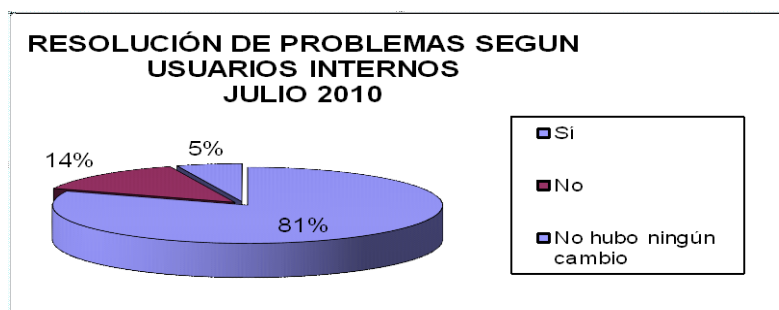
Análisis: El 86% de los usuarios internos creen que el servicio prestado por el departamento de Anestesia del Hospital de Especialices Eugenio cubre las necesidades de sus pacientes frente a un 14 % que no piensa así.

TABLA Nº 18

OPINION DE ANESTESIOLOGOS Y RESIDENTES SOBRE SI EN EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO QUITO 2010 SE RESOLVIERON LOS PROBLEMAS EN FORMA SATISFACTORIA.

ITEM	ESCALA DE VALORACIÓN	POBLACION	PORCENTAJE
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS SEGÚN USUARIOS INTERNOS	1. Sí	30	81%
	2. No	5	13,6%
	3. No hubo ningún cambio	2	5,4%
TOTAL		37	100%

GRAFICO # 25



Fuente: Encuesta
Elaborado: Autor

Análisis: El 86% de los usuarios internos piensan que los problemas se resuelven satisfactoriamente en el departamento de Anestesia del Hospital de Especialices Eugenio frente a un 14 % que no piensa así.

CONCLUSIONES

- Los resultados deben analizarse críticamente, integrándolos como elementos motivadores para la gestión de las áreas claves de la organización.

- El 60 % de los usuarios externos se encuentra satisfecho con el servicio prestado.

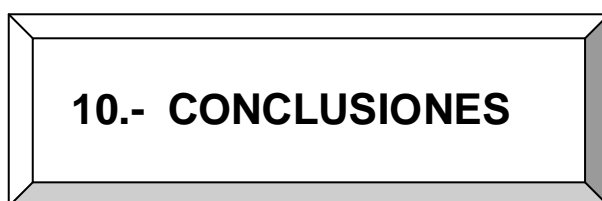
- La identificación de las necesidades y expectativas del cliente debe ser continua por que cambia con el tiempo.

- El 70% de los anesthesiólogos notaron mejoras en la resolución de los problemas administrativos y operativos.

9.1 ANÁLISIS GENERAL

El Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, es una unidad operativa de tercer nivel y de referencia nacional, su departamento de Anestesia con la gratuidad que se impulsa desde el gobierno central, evidencia una sobre demanda de pacientes, para lo cual su sistema de gestión es inadecuado. “Tomando en cuenta que los recursos disponibles en el área de la salud son escasos y limitados, se requieren que estos recursos sean canalizados en proceso de atención efectivos y que las prácticas ineficientes sean eliminadas”³³ o mejoradas. El programa de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica mejora la imagen de la institución en un 90% en comparación con otros hospitales. El talento humano y el pobre presupuesto del departamento de Anestesia fue optimizado llegando a obtener entre un 85% a un 90% de satisfacción según los usuarios internos y externos respectivamente, según un cálculo ponderado, “La calidad de la atención no es un lujo que únicamente puede ser alcanzado por los países ricos; es un imperativo para las organizaciones de atención de salud en todo el mundo”³⁴

Al término del PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA ANESTÉSICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO QUITO DM. SEPTIEMBRE 2009, y cumplidos los objetivos planeados en el mismo se ha logrado un 80% de eficiencia en la ejecución del proyecto, el mismo que se obtuvo al realizar el cálculo de la media de los indicadores porcentuales correspondientes a los resultados obtenidos en el desarrollo del proyecto.



10.- CONCLUSIONES

- Se desarrollo e implemento el programa de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo durante el periodo 2009-2010. Avalado por los resultados de encuestas de satisfacción antes y después de la implementación del proyecto.
- Se determino una línea de base definida valiéndome de los resultados de la encuesta de satisfacción aplicada al los usuarios externo e interno al inicio del proyecto, la cual me permitió establecer la problemática real del departamento de anestesia y a la vez planear mis actividades para solucionarlas.
- La socialización del proyecto se llevo a cavo con el 100% de las autoridades del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, anesthesiologos y residentes fueron capacitados en temas gerenciales (gestión administrativa) y en temas legales (beneficios jurídicos del consentimiento informado).
- Se conformo el comité técnico y un comité de quejas que entrelaza lo operativo y administrativo para evitar que el 74 % de los pacientes y familiares refieren que la relación médico-paciente es inadecuada en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Por tanto mejoró la calidad de la práctica anestésica acercando al tratante de anestesia al paciente con una colaboración de los tratantes anesthesiologos en un 90% brindando una atención mas técnica y especializada.
- Se consensuo el consentimiento informado exclusivo para anestesia, la ubicación y equipamiento del consultorio de pre-anestesia, firmando 600 pacientes su consentimiento informado a los cuales se educo en sus derechos constitucionales.
- El 100% de usuarios internos y externos reconocen que los derechos constitucionales a ser informados y a decidir sobre su salud son muy importantes en la relación médico-paciente. A pesar que hubo 95% de los tratantes de anestesia que no respetaban estos derechos, al no realizar ellos la pre-anestesia, por la sobre carga laboral y desconocimiento del beneficio jurídico que le otorga al

anestesiólogo el consentimiento informado. Luego de la implementación del programa de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo el 90 % de los anestesiólogos y el 100% de los residentes realizan la pre-anestesia

- Un 60% refieren que la atención no es oportuna y donde no hay un departamento de queja que resuelva satisfactoriamente los problemas. Con el programa de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica el 90% de los usuarios externos están entre muy satisfechos y poco satisfechos y un 10% entre insatisfecho e incompletamente insatisfecho por los servicios brindados, y que el 67% a demás piensan que está mucho mejor que otras unidades hospitalarias y que el 70% de ellos volverían a usarlo en otra ocasión posterior, a demás lo recomendaría a otras personas en un 75%.



11.- RECOMENDACIONES

- La socialización continuada de dirección y gestión administrativa debe ser responsabilidad del personal (usuarios internos), manteniendo conocimientos actualizados en el tiempo y así experiencia, a lo que se añadiría una planificación estratégica que plantee soluciones a la problemática real.

- Los puestos de dirección y gestión administrativa deberían implementar herramientas tales como sistemas de gestión de calidad, planes de marketing entre otros, donde la relación médico-paciente debe ser uno de los objetivos principales.

- Siempre deberá existir un comité de quejas que lleve y traiga información desde los pacientes a los administradores y viceversa, cuya función es brindar atención oportuna, de calidad humana, administrativa y técnica, satisfactoria, que resuelva las necesidades y los problemas eficiente y eficazmente.

- Los derechos constitucionales a decidir y a ser informados, deben de ser un pilar de la relación médico-paciente, efectivizados con la herramienta del consentimiento informado.

- Debería de eliminarse de la práctica médica pública la atención de los pacientes por médicos no especialistas para así garantizar la seguridad del usuario externo.



12.- BIBLIOGRAFÍA

1. **SÁNCHEZ, V.:** (2009). Guía didáctica de la Maestría en Gerencia de salud para el Desarrollo local. Supervivencia, Rentabilidad y crecimiento. Primera edición. Loja–Ecuador: editorial UTPL.-
2. **BRIGHAM, E. & HOUSTON, J.:** (2001) Fundamentos de Administración Primera edición en español. México: Financiera editorial Patria.-
3. **LUDEÑA, J.:** (2009) Guía didáctica de la Maestría en Gerencia de salud para el Desarrollo local. Marketing para los servicios de salud. Segunda edición. Loja–Ecuador: editorial UTPL.-
4. **JARA, R., MUÑOZ, G:** (2005). Prueba Piloto sobre el consentimiento informado, Ecuador.-
5. ASAMBLEA CONSTITUYENTE, (2008). Constitución de la República del Ecuador, Actualmente vigente.-
6. **OTERINO, D., PEIRÓ, S:** (Sept. 1999). Utilización inadecuada de los servicios de Urgencias Hospitalarias. Gaceta Sanitaria. Vol. 13- Nº 5. p. 361-370.-
7. Marzo 14, 2007 <http://www.monografias.com/trabajo21/consentimineto-informado/consentimiento-informado.shtml#defin.->
8. **JARA, R., MUÑOZ, G:** (2007). Estudio Cualitativo la aplicación del consentimiento informado en la práctica anestesiológica en el Hospital “Enrique Garcés” de la ciudad de Quito.

9. marzo 4, 2007 <http://www.intermedicina.com/Avances/Cirugia/ACI14.htm>.-
10. Abril 12, 2010 <http://www.odontomarketing.com/articulos/russo1.htm>.-
11. Mayo 11, 2010 <http://www.monografias.com/trabajos27/implantacion-sistemas/implantacion-sistemas.shtml>.-
12. Marzo 30, 2010 Plan Estratégico 2008-2012 EI HOSPITAL EUGENIO ESPEJO QUE QUEREMOS http://www.google.com.ec/search?hl=es&client=firefox-a&hs=KG7&rls=org.mozilla%3Aes-ES%3Aofficial&channel=s&q=marco+institucional+del+hospital+Eugenio+Espejo+de+Quito&btnG=Buscar&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai.-
13. Abril 8, 2010 <http://www.pablogiugni.com.ar/httpwwwpablogiugnicomarp91/>.-
14. Abril 8, 2010
<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/aucaolid.htm>.-
15. Mayo 22, 2010 <http://capacitacionencostos.blogia.com/2006/091706-la-funcion-de-perdida-en-la-calidad-de-genichi-taguchi.php>.-
16. Marzo 31, 2010 Hospital <http://es.wikipedia.org/wiki/Hospital> .-

17. Marzo 31, 2010 <http://www.monografias.com/trabajos15/reorganizacion-clinica/reorganizacion-clinica.shtml>.-
18. Junio, 21 2010
http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_gesti%C3%B3n_de_la_calidad.-
19. Junio, 21 2010 <http://www.monografias.com/trabajos11/conge/conge.shtml> .-
20. Junio, 21 2010
<http://www.academiadelanzarote.es/Discursos/Discurso%2036.pdf> .-
21. Junio, 21 2010
http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_publicaciones/ljornada_regional_etica_AP.pdf .-
22. Junio, 21 2010
http://es.wikipedia.org/wiki/Declaraci%C3%B3n_Universal_de_los_Derechos_Humanos.-
23. Colegio Americano de Médicos, (1998). Manual de Ética. Argentina: Interamericana.-
24. Agosto 20, 2007 <http://www.sideme.org/doctrina/articulos/ci-ravf.pdf> .-
25. Régimen de Salud concordancia, (2007) Tomo I y II. Quito –Ecuador: Profesional.-

26. Marzo 31, 2010 <http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol6/no1/scar05107.pdf> .-
27. Marzo 8, 2007 <http://www.perinat.org.ar/dm.html> .-
28. Julio 14, 2010
<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/esconsentiment.pdf> .-
29. **COLLAZO**, E (2002). Consentimiento Informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. España, Rev. Cir.;71 319-24 .-
30. **RODRÍGUEZ**, M., **GONZÁLEZ**, A., y et al. (1999). Consentimiento Informado. ¿Un dilema ético o legal?, Argentina, Rev. Cirugía. Vol. 44 310 – 20 .-
31. **MONTERO**, R., **SANCHEZ** C, J (1998). El consentimiento informado en Anestesia. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. España, 74 269-80 .-
32. Febrero 10, 2010 <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/819/81952506.pdf> .-
33. **Calderón**, C (2003) Atención al paciente con Trauma Craneoencefálico en el servicio de Urgencias. Revista de Enfermería: Caldas; Mosby.
34. Marzo 20, 2007 http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1121106-34343/rmagg1de1.pdf .-



13.- ANEXOS

Anexo 1

HOJA DE FORMULARIO SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008

Anexo 2

**ANVERSO Y REVERSO DEL PARTE OPERATORIO DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO.**

Anexo 3

HERRAMIENTA PARA LEVANTAMIENTO DE LINEA DE BASE



MAESTRIA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

HERRAMIENTA PARA LEVANTAMIENTO DE LINEA DE BASE USUARIO EXTERNO

Septiembre 2009

“PROGRAMA PARA MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA ANESTÉSICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO, QUITO, MAYO, 2010”

OBJETIVOS:

- Consultar parámetros de calidad percibida de los servicios que se proveen en el hospital.
- Consultar parámetros de satisfacción percibida de los servicios que se proveen en el hospital.
- Organizar las respuestas del participante para determinar la inadecuada calidad de atención en la práctica anestésica.

INSTRUCTIVO: Este cuestionario no lo compromete. Es anónimo, indique su edad, escolaridad y género. Luego en el cuestionario conteste siempre Si O NO

EDAD:	ESCOLARIDAD:	SEXO:
21 – 30 años <input type="checkbox"/>	UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/>	MUJER <input type="checkbox"/>
31 – 40 años <input type="checkbox"/>	POSTGRADO <input type="checkbox"/>	HOMBRE <input type="checkbox"/>
41 – 50 años <input type="checkbox"/>	MAESTRIA <input type="checkbox"/>	
51 – 60 años <input type="checkbox"/>		
61 – 70 años <input type="checkbox"/>		
71 a más <input type="checkbox"/>		

1. ¿LE GUSTARIA PARTICIPAR EN LA ENCUESTA? SI NO
2. ¿CREE USTED QUE LA REALCIÓN MEDICO-PACIENTE ES ADECUADA? SI NO
3. ¿ES IMPORTANTE PARA USTED QUE SEA RESPETADO SU DERECHO CONSTITUCIONAL A SER INFORMADO? SI NO
4. ¿CONOCE USTED SU DERECHO A SER INFORMADO DE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS ANESTESICOS? SI NO
5. ¿EL ANESTESIOLOGO LE INFORMO DE LOS RIEGOS Y BENEFICIOS DE LA ANESTESIA? SI NO
6. ¿EL ANESTESIOLOGO RESPETO SU DERECHO CONSTITUCIONAL A SER INFORMADO? SI NO
7. ¿LE VISITO A USTED O A SUS FAMILIARES EL ANESTESIOLOGO ANTES DE ADMINISTRARLE LA ANESTESIA? SI NO
8. ¿EL MÉDICO ANESTESIÓLOGO FUE CORTEZ Y AMABLE? SI NO
9. ¿CONOCE USTED QUE ES EL CONSENTIMIENTO INFORMADO? SI NO
10. ¿LEYO, ANALIZO Y FIRMO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO? SI NO
11. ¿LA INFORMACIÓN RECIBIDA LLENO SUS EXPECTATIVAS? SI NO

12. ¿CREE USTED QUE HAY UN PRESUPUESTO ADECUADO PARA SALUD?
SI NO
13. ¿HUBO TODA LA MEDICACIÓN PARA SU ANESTESIA? SI NO
14. ¿TUBO QUE CANCELAR ALGUN VALOR EN EL HOSPITAL EUGENIO
ESPEJO? SI NO
15. ¿LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ANESTESIA O QUIROFANOS DEL
HOSPITAL EUGENIO ESPÉJO FUE OPORTUNA? SI NO
16. ¿ESPERO MUCHO TIEMPO ANTES DE ENTRAR A QUIROFANOS? SI
NO
17. ¿EXISTE UN DEPARTAMENTO DE QUEJAS EN QUIROFANOS? SI NO



MAESTRIA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

HERRAMIENTA PARA LEVANTAMIENTO DE LINEA DE BASE USUARIO INTERNO

Septiembre 2009

“PROGRAMA PARA MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA ANESTÉSICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO, QUITO, MAYO, 2010”

OBJETIVOS:

- Consultar parámetros de calidad percibida de los servicios que se proveen en el hospital.
- Consultar parámetros de satisfacción percibida de los servicios que se proveen en el hospital.
- Organizar las respuestas del participante para determinar la inadecuada calidad de atención en la práctica anestésica.

INSTRUCTIVO:

Este cuestionario no lo compromete. Es anónimo, indique su edad, escolaridad y género.

EDAD: 21 – 30 años <input type="checkbox"/> 31 – 40 años <input type="checkbox"/> 41 – 50 años <input type="checkbox"/> 51 – 60 años <input type="checkbox"/> 61 – 70 años <input type="checkbox"/> 71 a más <input type="checkbox"/>	ESCOLARIDAD: UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/> POSTGRADO <input type="checkbox"/> MAESTRIA <input type="checkbox"/>	SEXO: MUJER: <input type="checkbox"/> HOMBRE: <input type="checkbox"/>
--	--	---

1. ¿LE GUSTARIA PARTICIPAR EN LA ENCUESTA? SI NO
2. ¿CREE USTED QUE LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE ES ADECUADA EN EL HEE? SI NO
3. ¿SABE USTED QUE ES OBLICATORIO SEGÚN LA CONSTITUCIÓN ACTUAL INFORMAR AL PACIENTE DEL HEE., LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA ANESTESIA? SI NO
4. ¿USTED REALIZA LA PRE-ANESTESIA DE SUS PACIENTES EN EL HEE? SI NO
5. ¿TIENE TIEMPO PARA REALIZAR LA PRE-ANESTESIA Y LA CONSECUCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SUS PACIENTES? SI NO

6. ¿RESPETA USTED EL DERECHO CONSTITUCIONAL A SER INFORMADO DE SUS PACIENTES? SI NO
7. ¿USA USTED UN CONSENTIMIENTO INFORMADO EXCLUSIVO PARA ANESTESIA EN EL HEE? SI NO
8. EXISTE UN LUGAR ADECUADO EN EL HEE PARA REALIZAR LA PRE-ANESTESIA? SI NO
9. ¿EXISTE SOBRECARGA DE TRABAJO EN EL HEE PARA LOS ANESTESIOLOGOS? SI NO

10. ¿CREE USTED QUE HAY UN PRESUPUESTO ADECUADO PARA SALUD? SI NO
11. ¿EL TALENTO HUMANO Y LOS RECURSOS DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA SON SUFICIENTES? SI NO
12. ¿TIENE USTED TODOS LOS FARMACOS PARA ADMINISTRAR UNA ANESTESIA SEGURA? SI NO
13. ¿TIENE USTED TODOS LOS MONITORES NECESARIOS PARA ADMINISTRAR UNA ANESTESIA SEGURA? SI NO
14. ¿TIENE USTED TODOS LOS INSUMOS PARA ADMINISTRAR UNA ANESTESIA SEGURA SI NO
15. ¿EXISTE EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA UN DEPARTAMENTO QUE CANALICE SUS INQUIETUDES? SI NO

Anexo 4

FORMATO DE CONSENTIMIENTO ÉTICO

Septiembre 2009

CONSENTIMIENTO ÉTICO

Al doctor(a) especialista en anestesia encuestado se le informará del estudio a realizar previa a la recolección de datos y se le pedirá su consentimiento.

Consentimiento ético.

Sr.(a).

Familiar o paciente

El presente estudio tiene por objeto conocer la calidad de la práctica anestésica en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, para lo que se utilizará el método de encuesta; en tal virtud, solicitamos a Ud. nos autorice su consentimiento en base a un esquema preestablecido.

Se guardará absoluta reserva y los resultados serán utilizados con fines estrictamente académicos.

Autorizo

Anexo 5

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA DETERMINAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO AL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA ANESTÉSICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO, DM QUITO, 2009.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LOJA
MAESTRIA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL
HOSPITAL ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO
DEPARTAMENTO DE ANESTESIA**

“PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA ANESTÉSICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO DM QUITO SEPTIEMBRE 2009.”

ENCUESTA A PACIENTE Y FAMILIARES (USUARIOS EXTERNOS)

OBJETIVO:

Conocer el grado de satisfacción del usuario y familia que fue atendido en el departamento de Anestesia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

INSTRUCTIVO:

Por favor, dedique unos momentos a completar esta pequeña encuesta, la información que nos proporcione será utilizada para mejorar la calidad de nuestro servicio. Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y no serán utilizadas para ningún propósito distinto a la investigación.

1.- ¿Con que frecuencia utiliza nuestro servicio?

- 1. Primera vez**
- 2. Una vez al mes**
- 3. Dos o tres veces al mes**
- 4. Cuando lo necesita**
- 5. Nunca**

2.- ¿Actualmente en comparación con otras entidades de salud pública nuestro servicio es?

- 1. Mucho mejor**
- 2. Algo mejor**

3. Más o menos igual

4. Algo peor

5. Mucho peor

6. No lo sé

3.- ¿Cómo calificaría usted el grado de atención recibida?

1. Muy satisfecho

2. Poco satisfecho

3. Insatisfecho

4. Incompletamente insatisfecho 5%

4.- ¿Utilizaría usted nuestro servicio de nuevo?

1. Seguro que si

2. Probablemente si

3. Puede que si puede que no

4. Probablemente no

5. Seguro que no

5.- ¿Recomendará usted nuestro servicio a otras personas?

SI

NO

Porque: -----

6.- ¿El servicio prestado cubrió sus necesidades?

SI

NO

7.- ¿Se resolvieron sus problemas de forma satisfactoria?

1. SI

2. NO

3. No hubo ningún problema

Muchas gracias por su colaboración.

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA DETERMINAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO INTERNO AL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA ANESTÉSICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO, DM QUITO, 2009.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LOJA
MAESTRIA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO
DEPARTAMENTO DE ANESTESIA**

“PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA ANESTÉSICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO DM QUITO SEPTIEMBRE 2009.”

ENCUESTA A ANESTESIOLOGOS (USUARIOS INTERNOS)

OBJETIVO:

Conocer el grado de satisfacción del Anestesiólogo del Hospital de Especialidades Eugenio espejo.

INSTRUCTIVO:

Por favor, dedique unos momentos a completar esta pequeña encuesta, la información que nos proporcione será utilizada para mejorar la calidad de nuestro servicio. Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y no serán utilizadas para ningún propósito distinto a la investigación.

1.- ¿Creé que el programa de mejoramiento de la calidad en la práctica anestésica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo cambien los problemas administrativos y operativos de nuestro servicio?

1. Si

2. No

3. parcialmente

2.- ¿Creé que se respeten los derechos constitucionales de ser informados y de decidir de los pacientes?

1. Si

2. No

3. tal vez

3.- ¿Cuál es el grado de satisfacción del servicio?

1. Muy satisfecho

2. Poco satisfecho

3. Insatisfecho

4. Incompletamente insatisfecho

4.- ¿En comparación con otras entidades de salud pública nuestro servicio es?

1. Mucho mejor

2. Algo mejor

3. Más o menos igual

4. Algo peor

5. Mucho peor

6. No lo sé

5.- ¿Recomendaría usted nuestro servicio a sus familiares y amigos?

1. Seguro que si

2. Probablemente si

3. Puede que si puede que no

4. Probablemente no

5. Seguro que no

Porque: -----

6.- ¿Cree usted que el servicio prestado cubrió las necesidades de su paciente?

SI

NO

7.- ¿En el departamento de Anestesia se resolvieron sus problemas de forma satisfactoria?

1. SI

2. NO

3. No hubo ningún cambio.

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 6

**MEMORIAS DE LOS PROTOCOLOS Y GRUPOS FORMADOS
PARA LAS GUÍAS DE ACTUACIÓN EN LA PRÁCTICA DE
ANESTESIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO
ESPEJO.**

Anexo 7

FOTORELATORÍA.

SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA ANESTÉSICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO



Dra. ELSA MORENO FISCAL DE LA NACIÓN EN LA CAPACITACIÓN BENEFICIOS JURIDICOS DEL CONSENTIMINETO INFORMADO



**Msc. MILTON CHANGO ANESTESIOLOGO TRATANTE DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO CAPACITACIÓN GESTIÓN
ADMINISTRATIVA**



**Dr. JACINTO ALMEIDA LIDER DEL DEPARATAMENTO DE ANESTESIA DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO PLANTEANDO MEJORAS
ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS**



CONSENSUADO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PRÁCTICA ANESTÉSICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO



CONSULTORIO DE PRE-ANESTESIA DONDE SE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO



**EVALUANDO EL PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA
PRACTICA ANESTESICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO
ESPEJO**

