

Validación y creación de plataforma virtual para pacientes Hepatopancreatobiliares en el proceso pre y postoperatorio según el modelo de atención peri operatoria -Estudio de Caso-

Juan Pablo Aristizábal Linares, Anestesiólogo Clínica CES, juanpablo.aristizabal@gmail.com

INTRODUCCION:

En la década del 2000 en el Reino Unido se conformó una sociedad científica (*ERAS: Enhanced recovery After Surgery*) con el fin de mejorar la calidad en la atención a pacientes llevados a cirugía abdominal mayor (Visioni A, 2017). Esto debido a que durante los últimos años los indicadores estadísticos eran con tendencia a la alta (i.e. estancia hospitalaria, morbilidad, reingresos y mortalidad). Después de realizar una evaluación fisiológica de estos casos se determinó que la base causal es el aumento en el stress quirúrgico, lo cual desencadena un aumento en la respuesta inflamatoria que predispone a un aumento en el número de complicaciones (Scott M, 2015).

Esta sociedad determinó que la mejor aproximación era crear unas guías que involucraran tres momentos en la atención médica. Esta división generó un nuevo término que acompaña la atención sanitaria del paciente el cual se llama: “medicina peri operatoria”. La cual consta de una etapa preoperatoria, una intraoperatoria y una postoperatoria. Inicialmente se diseñaron guías para cirugía colorectal (Gustafsson U, 2012). Estas guías contienen aproximadamente 20 recomendaciones en total, distribuidas según importancia en cada etapa de la atención peri operatoria. Hasta la actualidad se han diseñado aproximadamente 15 protocolos para procedimientos quirúrgicos diferentes, incluidos cirugía hepato biliar y cirugía pancreática. Desde la adopción de estas guías por centros hospitalarios alrededor del mundo se ha logrado reducir la morbilidad, la estancia hospitalaria, la tasa de reingresos y los costos en la atención en salud (Joliat G, 2016).

En la Clínica CES se realizan aproximadamente 100 cirugías hepatobiliares al año y se adoptaron estas guías de manejo desde el año 2015 hasta la actualidad, con lo cual hemos encontrado una reducción en la estancia hospitalaria, en la morbilidad, la tasa de reingresos y la mortalidad; sin embargo, la adherencia a estas guías no ha sido del 100%.

De los tres momentos que existen en el modelo de atención peri operatoria, los que más dificultad generan son la etapa preoperatoria y la etapa postoperatoria. Esto se puede explicar por el número de servicios interdisciplinarios que están involucrados en los manejos médicos, siendo menor el número de servicios en la etapa intraoperatoria. Es por esta razón que la adherencia es más factible en este momento de la atención en salud (Gramlich I, 2017) (Zhao Y, 2017) (Xiong J, 2016).

De estos vacíos en la atención médica quirúrgica surge la necesidad de concentrar la atención en estos dos momentos (pre y postoperatorio) para optimizar el proceso de aprendizaje por medio de plataformas virtuales. Es así como el objetivo del estudio de caso es identificar, documentar y difundir las lecciones aprendidas durante la definición de los componentes del modelo virtual diseñado para pacientes en el proceso pre y postoperatorio. De la misma forma se convierte en otro objetivo la validación de las guías que soportan estos dos modelos por medio de expertos médicos.

Logrando esto se optimiza la educación, el resultado y la satisfacción en la atención del paciente. Igualmente, los costos derivados del proceso peri operatorio se reducen, ya que disminuyen las tasas de reingresos, re intervenciones y morbilidad asociada a la patología subyacente. Posteriormente se diseño esta plataforma virtual para la cual se siguieron varios pasos en una línea de tiempo y posteriores validaciones con la ayuda de modelos gráficos, encuestas semiestructuradas y categorización en la información. Finalmente se realizo el despliegue de esta plataforma en la pagina web de la Clínica CES, después de ser evaluada y aprobada por expertos médicos que intervinieron en el proceso de creación de este nuevo modelo de atención peri operatoria. Se documentaron las lecciones aprendidas y las notas de conocimiento según los objetivos del estudio de caso valorando el impacto en la atención sanitaria según las indicaciones por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2011).

PREGUNTA REFLEXION:

¿En que medida los expertos médicos validan el modelo virtual para los pacientes HPB en los procesos pre y postoperatorio del modelo de atención peri operatoria?

¿En que medida la plataforma virtual para pacientes HPB en el proceso pre y postoperatorio cumple con los estándares especificados por los expertos médicos que la validaron según el modelo de atención peri operatoria?

NARRACION DEL CASO

Antecedentes:

En junio de 2012 la Clínica CES conformó el grupo de Cirugía Hepatopancreatobiliar (HPB) que actualmente logra realizar aproximadamente 100 procedimientos al año (Aristizabal JP E. J., 2018). Basados en el modelo de medicina peri operatoria, lo cual significa que la atención sanitaria consta de tres etapas fundamentales: 1) la etapa preoperatoria o momento en el cual el paciente es visto y valorado por varios servicios que evalúan la condición clínica, educan y dan recomendaciones a seguir (Ej. anestesia, nutrición, cirugía general, terapia respiratoria). 2) la etapa intraoperatoria en la cual se efectúa el procedimiento quirúrgico bajo ciertos lineamientos específicos con el fin de generar el menor estrés quirúrgico y así una menor respuesta inflamatoria (Ej. cirugía laparoscópica o mínimamente invasiva Vs. cirugía abierta) y 3) la etapa postoperatoria en la cual la atención del paciente esta encaminada a su recuperación temprana con un adecuado retorno a su funcionalidad previa hasta el alta hospitalaria, inclusive su manejo en casa (Ljungqvist, 2017).

Para los procedimientos de cirugía HPB ya existen guías internacionales avaladas por comités científicos que recomiendan entre 19 y 23 puntos a seguir durante estas tres etapas y obtener buenos resultados finales. Entre mejor sea la adherencia a estas guías mejor será el resultado para el paciente (Melloul E, 2016) (Lassen K, 2013).

La mayor falencia en la adherencia a estas guías se encuentran en la etapa preoperatoria y la etapa postoperatoria con adherencias menores al 50 % de las recomendaciones internacionales. Esto se debe particularmente a la falta de unificación de conceptos entre los profesionales de la salud, la falta de comunicación con el paciente y la pérdida de la información vital para optimizar estos momentos (Wong-Lung-Hing EM, 2014).

De estos vacíos en la atención medico quirúrgica surge la necesidad de concentrar la atención en estos dos momentos para optimizar el proceso de aprendizaje por medio de plataformas virtuales. De esta forma no solamente se optimiza la educación, el resultado y la satisfacción en la atención del paciente sino que también se reducen los costos derivados del proceso peri operatorio, ya que se disminuyen tasas de reingresos, re intervenciones y morbilidad asociada a la patología subyacente (Aristizabal JP E. J., 2019).

Propósito:

Identificar, documentar y difundir las lecciones aprendidas durante el proceso de definición de los componentes del modelo virtual para pacientes HPB en el proceso pre y postoperatorio, así como la validación de las guías que soportan estos dos procesos en el modelo de atención peri operatoria.

Preguntas de reflexión:

¿En que medida los expertos médicos validan el modelo virtual para los pacientes HPB en los procesos pre y postoperatorio del modelo de atención peri operatoria?

¿En que medida la plataforma virtual para pacientes HPB en el proceso pre y postoperatorio cumple con los estándares especificados por los expertos médicos que la validaron según el modelo de atención peri operatoria?

Unidades de análisis:

Expertos médicos que formaron parte de la validación del modelo y la creación de la plataforma virtual para pacientes HPB en el proceso pre y postoperatorio según el modelo de atención peri operatoria.

Métodos e instrumentos de recolección de información:

Para la recolección de la información se evaluaron los siguientes puntos de forma estructurada y se adopto la metodología SCRUM (Wikipedia, 2020) que requiere decisiones y cambios agiles en la toma de conductas:

1. Diseño árbol de problema y soluciones acorde al propósito a resolver. En este caso se plantearon modelos gráficos para realizar un análisis de los posibles causas o medios y posibles efectos o fines a un problema establecido que es la falta de adherencia a guías y vacíos en la comunicación y relación medico-paciente.
2. Creación y aplicación de encuestas semiestructurada a actores internos y externos en el mapa del problema, previo análisis de alfa de cronbach en STATA. (ver anexo1). Se realizó

una encuesta encaminada a entidades gremiales, aliados (jefe de departamento anestesia), personas que intervienen en el proceso peri operatorio (anestesiólogos y cirujanos) y usuarios. (ver anexo 2)

3. Análisis de resultados de las encuestas en las cuales se realiza un pivote de la idea inicial de tele salud a plataformas virtuales. Se utilizo la plataforma Excel para esta validación. Esta decisión se toma debido a la falta de unificación de criterios en los diferentes expertos consultados.
4. Revalidación problema inicial con mapa actores por medio de entrevista presencial y creación matriz CREA (crea, reducir, eliminar y aumentar).
5. Creación plataforma virtual con el servicio de CES multimedia siguiendo recomendaciones para videos educativos en cuanto a características de imágenes, tiempos y animaciones.
6. Validación plataforma virtual con mapa actores para corrección errores y lanzamiento en pagina web. Se utilizo para la validación de la información plataforma Excel.
7. Montaje en pagina Web de la plataforma virtual.

Métodos para analizar e interpretar la información:

Una vez desplegada la metodología SCRUM se analizaron e interpretaron los siguientes puntos:

1. Se analizó el modelo gráfico denominado árbol del problema en el cual se realizó una lluvia de ideas para planteamiento de causas y efectos que resolvieran el problema. Posteriormente el árbol de problema se modificó y las causas fueron sustituidas por medios y los efectos por fines. De esta forma se articulo el problema obteniendo una depuración mas detallada de los factores que intervienen en el problema planteado.
2. De acuerdo a los factores depurados en el árbol de problema se diseño un modelo gráfico de los mapas de actores que intervienen. Se definió cada actor como: Clientes, gremios, usuarios, competencia, aliados y colegas. Para cada actor se categorizó una encuesta semiestructurada en STATA en donde se aplicó el alfa de cronbach con la que se evaluó la fiabilidad de la escala de medida. Esta escala de medida contenía objetivo de la medición, estructura, preguntas y resultado.
3. La información recolectada de la entrevista semiestructurada se tabuló con base en un conjunto de categorías definidas por las preguntas del caso y las entrevista a los mapas de actores. Para este trabajo se utilizó la plataforma Excel. Se recombinó la información recolectada y se encontró que existia falta de unificación en los criterios por parte de los actores consultados y se pivoto el problema de tele salud a plataformas virtuales. Los analisis estaban inclinados para el uso de plataformas virtuales en la educacion y optimizacion de la entrega de información a los pacientes HPB en los momentos preoperatorio y postoperatorio del modelo de atención perioperatoria.
4. Con los mismos actores que intervinieron en las encuestas semiestructuradas iniciales se hizo una validación presencial de la nueva solución encaminada a la plataforma virtual. Los resultados se documentaron en la plataforma Excel. Se analizó cada categoría para identificar patrones significativos y evaluar las características que debian incluirse en la plataforma virtual y los temas especificos que debian ser involucrados para su desarrollo, haciendo énfasis en temas como el ayuno, las recomendaciones de educacion preoperatoria y el seguimiento de recomendaciones en el postoperatorio. Se realizo la matriz CREA (crea, reducir, eliminar y aumentar) en que se analizaron y categorizaron informaciones

validadas por los expertos medicos y los actores. Esta matriz no se anexa al estudio de caso debido a que el proceso actualmente esta en desarrollo.

5. Para el desarrollo de la plataforma virtual se diligenciaron los siguientes documentos: solicitud de aula multimedia, documento para generar parlamento que fue grabado en voz OFF, solicitud de imágenes o animaciones para incluir en los videos educativos. Una vez completados estos requisitos se procedió a la grabacion de los videos en áreas de simulación quirúrgica y médica. Posteriormente se realizó la edición y primera revisión del producto audiovisual. Esto se realizo siguiendo pautas establecidas para plataformas virtuales como: duracion menor a 3 min, informacion clara, texto con ayudas cognitivas, animaciones o imágenes suplementarias, codigos QR con referenciacion bibliografica y lineas de atencion al usuario (telefono y direccion).
6. La primera edición de la plataforma virtual se validó con el mapa de actores y los expertos medicos que intervinieron en las encuestas realizadas. Los resultados se evaluaron de forma presencial y se ajustaron sugerencias para los dos momentos (preoperatorio y postoperatorio). Estas sugerencias se documentaron en la plataforma Excel. Se identificaron cambios susceptibles de ser realizados bajo las categorias: “pueden”, “podrian” y “deberian”. En estas categorias “pueden” significaba cambios reales que pueden ser realizados, “podrian” significa cambios que ya no pueden ser realizados y “deberian” significa cambios que se podrian hacer en otro momento o en otra evolución de la plataforma virtual. Se realizaron cambios de animaciones, imágenes y codigos QR bajo la categoria “pueden”. Bajo la categoria “deberian” se hicieron sugerencias en relacion al texto y la voz on OFF.
7. Se realizó el despliegue de la plataforma virtual por medio del servicio de comunicación y el apoyo del departamento de sistemas en la pagina web de la clínica CES bajo el titulo “videos educativos” con opción de libre visualización. Esta plataforma se incluyo en el banner servicios y especificamente en el icono servicio HPB en la cual se cargan automaticamente los videos educativos previamente aprobados por el comité de comunicaciones. Los pacientes ingresan de manera gratuita y sin restricciones para su visualizacion generando un numero de visitas cada vez que es descargado.

LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES:

Del análisis realizado sobre este estudio de caso se pueden definir conocimientos adquiridos sobre varias experiencias que afectaron positiva y negativamente el proceso de la creación y validación de la plataforma virtual.

El uso de modelos gráficos como árbol de problemas por medio de lluvia de ideas que relacionen causas/medios y efectos/fines es una estrategia positiva que permite facilitar la integración de situaciones que afectan algún problema en particular. En este caso, este modelo permitió esclarecer los factores que están involucrados en la falta de adherencia a las recomendaciones dadas a los pacientes en el pre y postoperatorio. Esto tiene como efecto orientar de la mejor manera la solución clave para solventar estas dificultades. Fue así como inicialmente una posible solución fue encaminada a la tele salud.

Proveniente de este modelo gráfico se diseñó un mapa de actores los cuales están en relación directa o indirectamente con el problema. Para cada actor se realizó una encuesta separada lo cual dificultó el análisis posterior. A pesar de tratar el mismo problema cuando se involucran diferentes actores o gremios estandarizar los conocimientos adquiridos puede ser difícil. Hubiera sido más fácil que los actores pertenecieran a un solo grupo homogéneo. Además, mezclar entidades gremiales y personas naturales generó respuestas que dificultaron la categorización de los datos. El uso de medidas de fiabilidad para las encuestas como el alfa de Cronbach debe hacer parte de toda estrategia de creación de modelos de recolección de datos. Como resultado de la aplicación de estas estrategias se afianza mucho más la veracidad de las preguntas seleccionadas en las encuestas. Esto afectó de manera positiva la reducción en el número de preguntas innecesarias a la hora de aplicarlas al mapa de actores.

Como gran efecto de la categorización de la información en las encuestas a los expertos se decidió cambiar la solución de tele salud a plataformas virtuales. Esto fue posible gracias al diseño de las encuestas. El uso de entrevistas y validaciones presenciales aportó de manera positiva la unificación de conceptos y permitió definir la plataforma virtual, teniendo como efecto afianzar los puntos más relevantes que se debían enfatizar a la hora de desarrollar la idea final. La matriz CREA (crear, reducir, eliminar y aumentar) es indispensable ya que permite analizar el mercado y validar las recomendaciones dadas por los expertos que analizaron las soluciones. Esta matriz explica la depuración en la información y el diseño específico de la plataforma virtual, los estándares señalados por los expertos provienen de la unificación de ideas en esta matriz.

La revalidación de la plataforma virtual con los mismos actores plantea un problema ya que se utilizó el formato de: “podrían”, “deberían” y “pueden” explicado anteriormente. En este momento algunas de las recomendaciones dadas por los expertos se catalogaron como “deberían”, lo cual significa que en un futuro esos cambios pueden realizarse, pero no ahora. Las plataformas virtuales no pueden ser modificadas frecuentemente ya que deben intervenir muchos profesionales para lograr realizar cambios. Es de vital importancia a la hora de elegir estas innovaciones como soluciones y tener claridad que todos los cambios susceptibles deben realizarse antes de materializar la idea, ya que posteriormente puede provocar inconvenientes. Incluso en el momento de realizar el montaje en la página web deben haberse validado los estándares médicos especificados con anterioridad, ya que con esta tecnología dar pasos atrás no es adecuado.

El despliegue de la plataforma previa revisión por el comité de comunicaciones es clave ya que desde este momento la articulación para futuros cambios se debe concertar con ellos previamente. La decisión de subir la plataforma en el ícono de servicios médicos y específicamente en el servicio hepatobiliar es muy positivo ya que las instrucciones para los pacientes son sencillas y la posibilidad que tengan dificultades encontrando los videos es muy baja. Esta decisión resulta del análisis por los grupos de expertos y el estudio tecnológico y epidemiológico de los pacientes que son llevados a estas cirugías.

En general para el desarrollo del modelo se utilizó la metodología SCRUM que permite tomar decisiones ágiles y prontas lo que facilitó los cambios en la idea principal de manera simple. Durante el proceso es importante tener claridad de la metodología que se debe utilizar y seguir los pasos que esta recomienda para no salir de cauce y generar confusiones.

BIBLIOGRAFIA

- Aristizabal JP, E. J. (2018). Análisis de resultados después de la implementación de protocolos de recuperación acelerada en cirugía hepatopancreatobiliar. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 196-201.
- Ljungqvist, O. (2017). Enhanced Recovery After Surgery. A review. *JAMA*.
- Melloul E, C. (2016). Guidelines for Perioperative Care for Liver Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World Journal of Surgery*.
- Wong-Lung-Hing EM, C. (2014). Is Current Perioperative Practice in Hepatic Surgery Based on Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Principles? *World Journal of Surgery*.
- Lassen K, C. (2013). Guidelines for Perioperative Care for Pancreaticoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World journal of Surgery*.
- Aristizabal JP, E. J. (2019). Análisis de complicaciones después de protocolos ERAS para cirugía con procedimiento Whipple. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 219-225.
- Scott M, M. T. (2015). Pathophysiology of Major Surgery and the Role of Enhanced Recovery Pathways and the Anesthesiologist to Improve Outcomes. *Anesthesiology Clinics*, 79-91.
- Joliat G, L. I. (2016). Cost-Benefit Analysis of the Implementation of an Enhanced Recovery Program in Liver Surgery. *World Journal of Surgery*, 2441-2450.
- Visioni A, S. R. (2017). Enhanced Recovery After Surgery for Noncolorectal Surgery? A Systematic Review and Meta-analysis of Major Abdominal Surgery. *Annals of Surgery*.
- Gramlich I, S. C. (2017). Implementation of Enhanced Recovery After Surgery: a strategy to transform surgical care across a health system. *Implementation Science*.
- Zhao Y, Q. H. (2017). Enhanced recovery after surgery program reduces length of hospital stay and complications in liver resection A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*.
- Xiong J, S. P. (2016). Enhanced Recovery After Surgery Program in Patients Undergoing Pancreaticoduodenectomy A PRISMA-Compliant Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*.
- Gustafsson U, S. M. (2012). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *Clinical Nutrition*, 783-800.
- BID. (2011). Pautas para la elaboración de Estudios de Caso.
- Wikipedia. (2020). Scrum (desarrollo de software).

Anexo 1. Mapa Actores

CLIENTES	COLEGAS	USUARIOS (pacientes)
IPS (Coordinador Anestesia y Gerente IPS) <ul style="list-style-type: none">• HPTU• Fundacion San Vicente	Anestesiólogos Clínica CES Cirujanos HPB	Pacientes HPB

<p style="text-align: center;">COMPETENCIA</p>	<p style="text-align: center;"><u>PROYECTO</u> <u>PLATAFORMA</u> <u>VIRTUAL</u></p>	<p style="text-align: center;">ESTADO</p> <p>DSSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilitacion tecnologia
<p style="text-align: center;">GREMIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sadea (Sociedad de Anestesiología de Antioquia) • Scare (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación) 	<p style="text-align: center;">ALIADOS</p> <p>Organización CES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínica (director gral) • Universidad (rector) <p>Aseguradores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sura 	

Anexo 2. Encuesta Semiestructurada a actores internos y externos.

OBJETIVO 1

Descubrir cuál es la práctica actual para ayuno en cirugía mayor en la Clínica CES.

EXPERIMENTO

Construir modelo de preguntas para abordar el tema de ayuno en los Anestesiólogos que realizan valoración preanestésica de la Clínica CES.

CONSTRUIR

1. Cuántas horas de ayuno da para sólidos y para líquidos en cirugía abdominal mayor?
2. Qué guías sigue para dar estas recomendaciones.
3. Como cree que se pueden estandarizar estas recomendaciones y que sean de fácil recordación y seguimiento por el servicio de Anestesia.

OBJETIVO 2

Determinar cuáles son los lineamientos que tiene la SCARE para dar recomendaciones para ayuno en cirugía abdominal mayor.

EXPERIMENTO

Construir modelo de preguntas para determinar la existencia de guías en la SCARE alrededor de ayuno en cirugía abdominal mayor.

CONSTRUIR

1. Qué recomendaciones existen en la SCARE para el manejo de ayuno en cirugía abdominal mayor?
2. Existen estudios que reflejen la adherencia a estas recomendaciones?
3. Qué recomendaciones tiene para aumentar la adherencia a estas guías.

OBJETIVO 3

Determinar las causas por las cuales los pacientes de cirugía abdominal mayor de la Clínica CES no siguen las recomendaciones para ayuno.

EXPERIMENTO

Construir modelo de preguntas para determinar cuáles son las causas por las cuales los pacientes no siguen las recomendaciones para ayuno en cirugía abdominal mayor.

CONSTRUIR

1. Fue clara la información que recibió en la clínica CES acerca del ayuno preoperatorio?
2. Cuantas horas guardo ayuno para su cirugía?
3. Que sugerencias tiene para que la información sea clara y no la olvide.

OBJETIVO 4

Esclarecer que recomendaciones dan los Anestesiólogos de la Clínica CES acerca de tabaquismo, nutrición, ejercicios de fisioterapia y entrenamiento diafragmático, alcohol, prevención de trombosis venosa profunda para los pacientes de cirugía abdominal de la clínica CES.

EXPERIMENTO

Construir modelo de preguntas para determinar que recomendaciones dan los Anestesiólogos de la Clínica CES relacionados con tabaquismo, nutrición, ejercicios de fisioterapia y entrenamiento diafragmático, alcohol, prevención de trombosis venosa profunda para los pacientes de cirugía abdominal de la clínica CES.

CONSTRUIR

1. Que recomendaciones diferentes al ayuno da usted cuando un paciente va para cirugía abdominal mayor?
2. ¿Considera importante hablar con el paciente acerca de tabaquismo, nutrición, ejercicios de fisioterapia y entrenamiento diafragmático, alcohol, prevención de trombosis venosa profunda?
3. Que sugerencias tiene para que estos temas se hablen en la consulta preanestésica.

OBJETIVO 5

Interrogar acerca de la existencia de recomendaciones diferentes al ayuno en cirugía abdominal mayor por parte de la SCARE.

EXPERIMENTO

Construir modelo de preguntas para determinar que recomendaciones existen en la SCARE relacionados con tabaquismo, nutrición, ejercicios de fisioterapia y entrenamiento diafragmático, alcohol, prevención de trombosis venosa profunda para los pacientes de cirugía abdominal mayor.

CONSTRUIR

1. ¿Existen recomendaciones diferentes al ayuno para cirugía abdominal mayor en relación con tabaquismo, nutrición, ejercicios de fisioterapia y entrenamiento diafragmático, alcohol y prevención de trombosis venosa profunda?
2. Que estrategias sugiere para que la práctica general de anestesiólogos adopte estas recomendaciones en sus valoraciones preanestésicas.

OBJETIVO 6

Determinar el porque de la falta de adherencia a las recomendaciones preoperatorias en cirugía abdominal mayor por parte de los pacientes.

EXPERIMENTO

Construir modelo de preguntas para determinar si los pacientes reciben información clara y concisa relacionados con tabaquismo, nutrición, ejercicios de fisioterapia y entrenamiento diafragmático, alcohol, prevención de trombosis venosa profunda.

CONSTRUIR

1. Recibí alguna información acerca de cigarrillo, alcohol, ejercicios para el preoperatorio y después de cirugía y la prevención de trombosis en las piernas?
2. Como cree que le deberían explicar esto para que lo pueda recordar adecuadamente para su cirugía?

OBJETIVO 7

Determinar que estrategias utilizan los anestesiólogos de la Clínica CES cuando deben explicar y educar al paciente acerca de cirugía abdominal mayor con relación a : necesidad de acompañante,

tiempo en UCI y necesidades en ese servicio y durante la hospitalización, necesidad, presencia de cateteres y monitoria para familiarizar al paciente con estos implementos, personal que va a estar cargo de ellos.

EXPERIMENTO

Crear un modelos de observacion en los pacientes y dependiendo de las respuestas en la entrevista a pacientes esclarecer si recibieron educacion preoperatoria.

CONSTRUIR

Aplicar modelo de preguntas a los pacientes del objetivo 8.

OBJETIVO 8

Determinar si los pacientes reciben informacion clara acerca de las recomendaciones de su cirugía con relacion a : necesidad de acompañante, tiempo en UCI y necesidades en ese servicio y durante la hospitalización, necesidad, presencia de cateteres y monitoria para familiarizar al paciente con estos implementos, personal que va a estar cargo de ellos.

EXPERIMENTO

Construir un modelo de preguntas para determinar si reciben informacion acerca de necesidad de acompañante, tiempo en UCI y necesidades en ese servicio y durante la hospitalización, necesidad, presencia de cateteres y monitoria para familiarizar al paciente con estos implementos, personal que va a estar cargo de ellos, si es clara, y quien se las da.

CONSTRUIR

1. Quien le dio informacion acerca de necesidad de acompañante, tiempo en UCI y necesidades en ese servicio y durante la hospitalización, necesidad, presencia de cateteres y monitoria para familiarizar al paciente con estos implementos, personal que va a estar cargo de ellos.
2. Fue clara la informacion que recibio?
3. Cree que existe alguna forma de hacerle llegar esa informacion de forma clara y concisa.

OBJETIVO 9

Determinar si los cirujanos de la clinica CES dan recomendaciones para el alta del paciente en relacion con: ejercicios fisioterapia, deambulacion, alimentacion y signos de alarma para consultar tempranamente.

EXPERIMENTO

Construir modelo de preguntar para aclarar que recomendaciones dan a los pacientes en relacion con: ejercicios fisioterapia, deambulacion, alimentacion y signos de alarma para consultar tempranamente.

CONSTRUIR

1. Que recomendaciones le da al paciente cuando considera que ya puede ser dado de alta de la hospitalización?
2. Considera importante hablar acerca de ejercicios fisioterapia, deambulacion, alimentacion y signos de alarma para consultar tempranamente.
3. Como cree que se puede optimizar esta informacion para que el paciente la recuerde y siga las recomendaciones.

OBJETIVO 10

Determinar si los paciente reciben informacion clara y son capaces de recordarla con relacion a ejercicios fisioterapia, deambulacion, alimentacion y signos de alarma para consultar tempranamente.

EXPERIMENTO

Construir modelo de preguntas acerca de ejercicios fisioterapia, deambulacion, alimentacion y signos de alarma para consultar tempranamente.

CONSTRUIR

1. Que recomendaciones le dieron al ser dados de alta de la Clinica?
2. Considera importante recibir informacion acerca de ejercicios fisioterapia, deambulacion, alimentacion y signos de alarma para consultar tempranamente.
3. Que sugerencias tiene para que esta informacion sea clara y facil de recordar.