



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN
ANESTESIÓLOGO – PACIENTE HOSPITAL II CAÑETE 2016**

**PRESENTADA POR
GLORIA PAMELLA PALO NUÑEZ**

**TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRA EN MEDICINA CON
MENCIÓN EN ANESTESIOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2016



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN
ANESTESIÓLOGO-PACIENTE HOSPITAL II CAÑETE 2016**

TESIS

**PARA OPTAR GRADO DE MAESTRA EN MEDICINA CON MENCIÓN EN
ANESTESIOLOGÍA**

PRESENTADA POR

GLORIA PAMELLA PALO NUÑEZ

LIMA – PERÚ

2016

ASESOR

Yuri Zambrano Rubio, Médico Asistente del Servicio de Anestesiología del Hospital II Cañete Essalud. Maestro en Salud Pública.

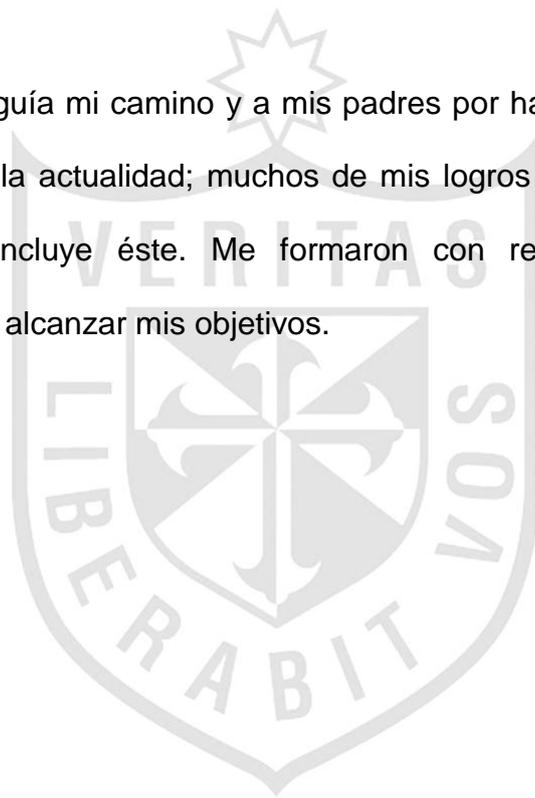
JURADOS

Presidente: Juan Carlos Velasco Guerrero. Doctor en Salud Pública.

Miembro: Pedro Javier Navarrete Mejía. Doctor en Salud Pública.

Miembro: Zoel Aníbal Huatuco Collantes. Maestro en Políticas y Planificación en Salud.

A Dios que siempre guía mi camino y a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye éste. Me formaron con reglas y me motivaron constantemente para alcanzar mis objetivos.



Agradecimiento

Dr. Vicente Ferrer Palo Paredes, Médico Radiólogo del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson, por su gran apoyo y conocimientos que me transmitió para mi formación como especialista.

Todos mis colegas anesthesiologos del Hospital Il Cañete por su aportación en los procedimientos anestésicos y por el trato amable que en todo momento mostraron a los pacientes.

RESUMEN

Objetivos: Se evaluaron los factores asociados a la percepción de la relación anestesiólogo-paciente en los pacientes atendidos en el Servicio de Anestesiología del Hospital II Cañete durante el año 2016.

Materiales y Métodos: El estudio fue observacional, prospectivo, transversal, analítico y cuantitativo. Se aplicaron encuestas a pacientes adultos programados para cirugía electiva, ASA I y II, con escala de Aldrette de 10 en la unidad de recuperación pos anestésica, antes de que pasen al área de hospitalización.

Resultados: Se incluyeron 120 pacientes en el estudio, siendo 48(40%) hombres y 72 (60%) mujeres entre los 18 y 60 años. La edad y escolaridad fueron factores asociados al nivel de conocimiento sobre quién le administró la anestesia al paciente ($p<0.05$). Los factores asociados al conocimiento del tipo de anestesia recibida fueron edad, sexo y especialidad quirúrgica ($p<0.05$). Sólo el 65.8% de los pacientes consideraron adecuada la relación con el anestesiólogo.

Conclusiones: Los factores asociados a la percepción de la relación anestesiólogo paciente fueron la edad y la especialidad quirúrgica. La percepción del anestesiólogo por el paciente estuvo subvalorizada y no fue claro para la población estudiada que el anestesiólogo tenía diversas funciones dentro y fuera del quirófano. Recomendamos que los anestesiólogos tengan un mayor acercamiento a la población para dar a conocer su rol y la forma en que contribuyen al cuidado y seguridad del paciente.

Palabras claves: percepción, anestesiología, satisfacción del paciente.

ABSTRACT

Objectives: There evaluated the factors associated with the perception of the anesthesiologist-patient relationship in the patients attended in the Department of Anesthesiology at the Hospital II Cañete during 2016.

Methods: The study was observational, prospective, cross, analytical and quantitative. Surveys were applied to patients scheduled for elective surgery, ASA I and II, with Aldrette scale of 10 in the recovery unit, before that they pass to hospitalization.

Results: 120 patients were included in the study, with 48 (40%) men and 72 (60%) women between 18 and 60 years old. Age and education were factors associated with the level of knowledge about who administered the anesthesia to the patient ($p<0.05$). Factors associated with knowledge of the type of anesthesia used were age, sex and surgical specialty ($p<0.05$). Only 65.8% of patients considered adequate relationship with the anesthesiologist.

Conclusions: Factors associated with the perception of the anesthesiologist patient relationship were age and surgical specialty. The perception of the anesthesiologist for the patient is undervalued and it was not clear for the population studied that the anesthesiologist had different functions inside and outside the operating room. We recommend that anesthesiologists are closer to the population to publicize their role and how they contribute to the care and patient safety.

Key words: perception, anesthesiology, patient satisfaction.

ÍNDICE

	Pág.
Asesor y jurado	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Resumen	V
Abstract	VI
INTRODUCCIÓN	
Descripción de la realidad problemática	1
Objetivos	2
Justificación	3
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	
I.1 Antecedentes de la investigación	4
I.2 Bases Teóricas	12
I.3 Definición de Términos	27
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	
II.1 Tipo y Diseño de investigación	29
II.2 Población y muestra	29
II.3 Recolección de datos. Instrumento	30
II.4 Procesamiento y análisis de datos	30
II.5 Aspectos éticos	30
CAPÍTULO III. RESULTADOS	
CAPÍTULO IV.DISCUSIÓN	45
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Anexo 1. Ficha de recolección de datos	
Anexo 2. Consentimiento informado	

INTRODUCCIÓN

La comprensión del papel del anestesiólogo y su reconocimiento a los ojos del mundo ha sido un asunto subvalorado, siendo considerada como una especialidad "detrás de la pantalla", donde el actor principal es el cirujano y el especialista en anestesia tiene solamente una función secundaria. La contribución del anestesiólogo para la atención del paciente se ha extendido desde sala de operaciones, cuidados intensivos, tratamiento del dolor y el área de reanimación.¹

La evaluación de la satisfacción del paciente es un aspecto central de la mejora continua de la calidad en los servicios de anestesiología, esto puede ser significativamente afectada por la visita preoperatoria, en la que se crea la oportunidad para que los pacientes conozcan al anestesiólogo, aprendan acerca de las opciones de la anestesia, conozcan las posibles complicaciones posoperatorias y disminuyan la ansiedad. Así mismo se reduce la cancelación de la cirugía, mejora la experiencia del paciente en su estancia hospitalaria y puede disminuir las tasas de complicaciones y mortalidad.²

Los estudios realizados alrededor del mundo revelan que hay una idea falsa acerca de los anestesiólogos. Con el advenimiento de un fácil acceso a internet se asumió que los pacientes con más alto grado de instrucción tenían un mayor conocimiento de anestesiología. A pesar de las diversas investigaciones sobre la percepción de la relación anestesiólogo-paciente no ha habido una significativa evolución en los resultados o avances en los esfuerzos para esta área de interés en la población general.³

La falta de conocimiento de los pacientes contribuyen al miedo y ansiedad preoperatoria, haciéndoles pensar que la función del anestesiólogo se limita a la sala de operaciones. Estudios previos en América Latina sobre anestesia han revelado que los pacientes sienten miedo de morir o despertar durante la anestesia, de sentir dolor y tener náuseas en el periodo posoperatorio. Además sólo el 58% de los pacientes sabían que el anestesiólogo era médico especialista y el 76% estableció un buen nivel de confianza con su médico.⁴

Se establece la relación entre el anestesiólogo y el paciente en la visita preoperatoria. La consulta preoperatoria es la mejor y única oportunidad de proporcionar la información correcta sobre el procedimiento anestésico. Los conocimientos, actitudes y preocupaciones con respecto a la anestesia así como con respecto a la imagen del anestesiólogo, han sugerido que hablar con los pacientes durante la visita preoperatoria puede aumentar su seguridad en el procedimiento anestésico. ⁵

Recientemente, la relación anestesiólogo-paciente ha sido considerada por la comunidad médica como un parámetro importante en el análisis de la administración de los servicios de salud. Se considera que es decisivo por dos razones: en primer lugar, puede permitir la localización y corrección de problemas en el sistema de atención de salud y segundo, este enfoque puede cumplir con los deseos y expectativas de los pacientes, resolver sus dudas, y en consecuencia, aumentar su confianza y cooperación en la práctica de la anestesia en sala de operaciones. Los factores que influyen en la relación anestesiólogo-paciente están bajo investigación en todo el mundo, pero aún contamos con poca información en Perú. ⁶

El estudio se realiza en el Hospital II Cañete Essalud y pretende analizar la percepción de la relación anestesiólogo-paciente valorada luego de una cirugía mediante una encuesta de opinión, con respecto a la formación académica de su anestesiólogo, su rol, búsqueda de puntos de satisfacción e insatisfacción en todas las fases del periodo perioperatorio.

La investigación plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores asociados a la percepción de la relación anestesiólogo-paciente en los pacientes del Hospital II Cañete durante el año 2016?

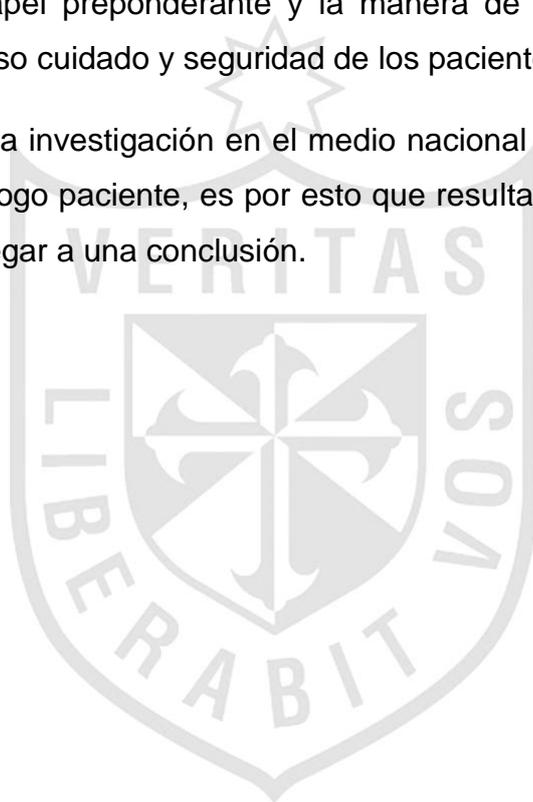
Por lo expuesto se plantea como objetivo general de investigación identificar los factores asociados a la percepción de la relación anestesiólogo-paciente en los pacientes del Hospital II Cañete durante el año 2016.

Los pacientes desconocen el tipo de formación académica del especialista en anestesiología y piensan que el que les administra la anestesia no es médico.

La percepción de los riesgos relacionados con el cuidado anestésico perioperatorio es de vital importancia y por tanto es un derecho del paciente de recibir una información completa acerca de los procedimientos que se les realizará.

El grado de satisfacción de los pacientes con respecto a la atención recibida por su médico es crucial para poder tener un mayor acercamiento a la población, para dar a conocer su papel preponderante y la manera de como el anestesiólogo contribuye al minucioso cuidado y seguridad de los pacientes.

Además existe escasa investigación en el medio nacional sobre la percepción de la relación anestesiólogo paciente, es por esto que resulta necesario realizar este estudio para poder llegar a una conclusión.



CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

I.1 Antecedentes de la investigación

Estudio realizado el año 2015 en pacientes de Arabia Saudita sobre la evaluación de la satisfacción de los pacientes pos operados durante su estancia hospitalaria. Una investigación prospectiva que incluyó a 353 pacientes entrevistados mediante una encuesta que consideró dolor, náuseas y vómitos en el primer día posoperatorio para evaluar el grado de satisfacción y concluye que la satisfacción de los pacientes fue alta y que la visita pos anestésica se debe realizar de forma rutinaria con el fin de evaluar la calidad y severidad del dolor posoperatorio, náuseas, vómitos y otros efectos secundarios después de la cirugía.⁷

Estudio transversal de 300 pacientes, realizado en Estados Unidos (California) el año 2015 para determinar la diferencia entre el conocimiento de la población hispana y no hispana acerca de la anestesia, experiencia del anesthesiólogo y el papel del anesthesiólogo dentro y fuera de la sala de operaciones. Se concluye que la mayoría de los pacientes hispanos creen que los anesthesiólogos son médicos especialistas y que hacen dormir a los pacientes, pero no están seguros de su papel exacto o función durante la cirugía o fuera del quirófano. Grandes temores acerca de las complicaciones devastadoras pero raras de la anestesia se mantienen, por tanto los esfuerzos educativos deben dirigirse a este grupo en especial, con el objetivo de aliviar la ansiedad posoperatoria.⁸

Estudio del año 2015 realizado en Estados Unidos (Houston) para evaluar el desarrollo de materiales explicativos para el paciente sobre la anestesia que podrían ayudar a mejorar la satisfacción del paciente respecto a su conocimiento del periodo peri operatorio y a disminuir la ansiedad en un Hospital comunitario con una gran población de hablantes de lengua española. Un estudio prospectivo que incluyó 206 pacientes durante un periodo de 4 semanas con todos los pacientes adultos que se iban a someter a la anestesia.

Se realizó una encuesta antes y después de haberles entregado un folleto explicativo para aclarar las preocupaciones de los pacientes antes de la cirugía. La investigación concluye que los folletos explicativos mejoraron la satisfacción del paciente respecto al periodo peri operatorio, pero no disminuyeron la ansiedad relacionada con la cirugía.⁹

En el año 2015 un estudio prospectivo se llevó a cabo en Portugal realizado durante tres meses en pacientes durante la visita pre anestésica en un Hospital universitario, para evaluar las preocupaciones sobre la anestesia y verificar el conocimiento de los pacientes sobre las funciones del anestesiólogo. Se incluyeron 204 pacientes, quienes la mayoría reconocieron al anestesiólogo como medico especialista y el cirujano fue más reconocido que el anestesiólogo en el periodo posoperatorio, en la administración de antibióticos y en las transfusiones sanguíneas. El estudio concluye que los pacientes deben ser informados acerca de la seguridad actual de la anestesia y de las funciones de los anestesiólogos, además es importante involucrar al paciente para desmitificar algunos temores y mejorar la confianza en el sistema de salud.¹⁰

En el 2014 se realiza en Alemania un estudio prospectivo con 202 pacientes para evaluar la necesidad de información de los pacientes con respecto a la anestesia, para esto se desarrolló un cuestionario estructurado con interrogantes que los pacientes deseen preguntar al anestesiólogo en la consulta preanestésica. El cuestionario tuvo como finalidad medir las necesidades de información del paciente en relación con diferentes aspectos del proceso de la anestesia con buenas cualidades sicométricas. La investigación tiene como conclusión que el cuestionario estructurado es una herramienta útil para satisfacer las necesidades de información subjetivas de los pacientes que podrían mejorar la orientación de ellos en la consulta pre anestésica.¹¹

Estudio realizado el año 2014 en pacientes alemanes para evaluar si la medida esperada de información respecto a la anestesia durante la visita pre anestésica fue dependiente de un grupo específico de variables. Un estudio prospectivo que incluyo 699 paciente adultos fueron entrevistados mediante una encuesta de 15

variables demográficas para conocer sus expectativas y necesidades durante la consulta antes de la anestesia.

Se concluye que los criterios demográficos pueden ayudar a medida que los pacientes necesitan información pre anestésica y el poder explicativo de estas variables fue sin embargo, bajo. La relación entre la evaluación del cuestionario y la demanda de información resalta la necesidad de adaptar la cantidad y tipo de información durante la consulta de acuerdo a las preferencias individuales de los pacientes.¹²

Estudio prospectivo de 500 pacientes adultos realizado en Estados Unidos, el año 2014 para evaluar el conocimiento del papel del anestesiólogo de los pacientes y para identificar la información que desean los pacientes durante la visita preoperatoria. Una encuesta fue diseñada y realizada a los pacientes en la clínica preoperatoria para conocer las necesidades de los pacientes con respecto a la anestesia. El estudio concluye que a pesar del alto nivel de educación y alfabetización de la salud en este grupo de pacientes, muchos estaban mal informados sobre el papel de los anestesiólogos. Los pacientes expresaron interés en recibir una amplia gama de información durante la visita preoperatoria y un folleto educativo era el método preferido para proporcionar esta información.¹³

Estudio del año 2014 realizado en Colombia para analizar la percepción actual de los pacientes ambulatorios en el posoperatorio inmediato sobre la relación anestesiólogo paciente mediante una encuesta de opinión. El estudio descriptivo multicéntrico de corte transversal en el que se aplicaron 340 encuestas a pacientes adultos programados para cirugía ambulatoria con Aldrette de 10 en recuperación, antes del alta. Se concluye que a pesar de la alta satisfacción de los pacientes ambulatorios sobre su cuidado anestésico, se requieren estrategias para fortalecer la percepción que tienen sobre la especialidad de anestesiología y que relación anestesiólogo paciente no debería limitarse solamente a la ejecución de la evaluación preoperatoria y de la cirugía, deberían incluir espacios que poco se abordan, siendo indispensable un mayor acercamiento a la comunidad para dar a conocer el papel del anestesiólogo.¹⁴

En el año 2014 un estudio de corte transversal se llevó a cabo en Etiopia para determinar el nivel de satisfacción del paciente con la visita pre anestésica. Fueron incluidos en el estudio 102 pacientes, los cuales realizaron una encuesta 24 horas después de la cirugía. El estudio concluye que la satisfacción del paciente con la evaluación pre anestésica fué baja comparada con los estándares de la Real Academia de Anestesiólogos. La evaluación pre anestésica debería ser enfatizada y debería entrenarse a los anestesiólogos en áreas de provisión de información sobre tipo de anestesia, complicaciones posoperatorias, opciones de analgesia posoperatoria, manejo de náuseas y vómitos, respuestas a interrogantes de pacientes y técnicas de reducción de ansiedad a los pacientes.¹⁵

En el 2013 se realiza en Estados Unidos (California) un estudio prospectivo randomizado con 218 pacientes para evaluar el efecto psicológico de la visita pre anestésica comparada con el efecto del pentobarbital para la medicación pre anestésica. Los pacientes recibieron pentobarbital una hora antes de la cirugía lo que les produjo somnolencia pero esto no quiere decir que estuvieran más calmados. Los pacientes que recibieron la visita por un anestesiólogo antes de la cirugía, informándoles sobre los eventos que ocurrirían el día de la operación y sobre la anestesia que se les administrará; no tuvieron somnolencia pero estuvieron mas calmados el día de la operación. Se concluye que la importancia de la visita pre anestésica probablemente explica en parte, las dificultades previas de los investigadores que han tenido en mostrar los efectos sedantes de los barbitúricos y narcóticos antes de la cirugía.¹⁶

Estudio realizado el año 2013 en Alemania para determinar el conocimiento de la función del anestesiólogo en tres hospitales universitarios de Estados Unidos, Australia y Alemania. El estudio fue prospectivo e incluyó a 900 pacientes, 300 pacientes por hospital sometidos a cirugía electiva quienes completaron un cuestionario estandarizado antes de la cirugía y antes de hablar con un anestesiólogo. Los resultados revelaron que la mayoría de los pacientes sabían que los anestesiólogos eran médicos pero subestimaron la cantidad de formación necesaria para convertirse en anestesiólogo.

Se concluye que los pacientes subestimaron la formación y el papel del anestesiólogo en el quirófano y fuera de sala de operaciones como el área de reanimación y tratamiento del dolor crónico.¹⁷

Estudio prospectivo de 400 pacientes realizado en Grecia el año 2013, con el objetivo de obtener una idea de los temores de los pacientes y estudiar si están afectados por el sexo, edad, educación o experiencia previa de la anestesia mediante una encuesta realizada antes de la visita pre anestésica. Los cuestionarios incluían datos demográficos y preguntas relacionadas con sus temores acerca de la anestesia de los pacientes. El estudio concluye que todos los pacientes, la mayoría mujeres, expresan miedo acerca de la anestesia y este miedo conduce a la ansiedad preoperatoria, además se observan ligeras diferencias para algunas preguntas individuales entre los pacientes de diferente sexo, nivel de estudios y la experiencia previa de la anestesia.¹⁸

Estudio del año 2013 realizado en Francia cuyo objetivo fué desarrollar y validar un cuestionario multidimensional para evaluar la satisfacción de los pacientes sometidos a la anestesia regional. Se incluyeron 390 pacientes y la encuesta estaba estructurada en 5 dimensiones: atención, información, malestar, espera y dolor. El estudio concluye que los autores han validado una nueva herramienta de medición para evaluar la satisfacción del paciente en el periodo peri operatorio luego de la anestesia regional. La estructura multidimensional del cuestionario permite que sea utilizado como una herramienta clínica para mejorar la gestión de la anestesia.¹⁹

En el año 2013 un estudio exploratorio que tuvo la participación de 16 médicos anestesiólogos en un hospital universitario, se llevó a cabo en Brasil para analizar las vivencias éticas de los anestesiólogos en su interacción con el paciente que esta bajo sus cuidados. Los datos se recopilaron por medio de una entrevista semiestructurada con cinco categorías temáticas: respeto al paciente, tratamiento humanizado, tratamiento igualitario, secreto profesional y respeto a la autonomía del paciente. El estudio concluye que los entrevistados conocen la ética y los valores humanísticos que deben guiar la relación con sus pacientes.²⁰

En el 2013 se realiza en Perú un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional para determinar el grado de cumplimiento y el grado de percepción del consentimiento informado anestesiológico brindado a los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital III de Piura. Se elaboró y validó una encuesta para evaluar la percepción del consentimiento informado anestesiológico en 4 dimensiones: información, entendimiento, autonomía y valores. Fueron encuestados 131 pacientes con una edad promedio de 49 años y la mayoría mujeres. Se concluye que la percepción de los pacientes acerca del consentimiento informado anestesiológico y el grado de cumplimiento de la documentación del consentimiento informado es mala.²¹

Estudio realizado el año 2013 en la India para evaluar el conocimiento de los pacientes alfabetos y analfabetos sobre el rol del anestesiólogo y sus preocupaciones con respecto a la anestesia. El estudio prospectivo de corte transversal con 445 pacientes fue realizado en una clínica anestésica preoperatoria mediante un cuestionario estándar. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: el grupo A incluía a los pacientes analfabetos y el grupo B incluía a los pacientes alfabetos. El conocimiento en ambos grupos estuvo limitado respecto al rol perioperatorio del anestesiólogo y los pacientes querían una completa explicación sobre la técnica anestésica, además tenían ganas de conocer a su anestesiólogo antes y después de la cirugía. Se concluye que se deben realizar esfuerzos para educar y generar conciencia entre la población acerca del rol de los anestesiólogos.²²

Estudio de corte transversal de 214 pacientes realizado en la India el año 2013, para evaluar la perspectiva rural de la anestesia y determinar el conocimiento sobre el rol de los anestesiólogos. Se realizó una encuesta en un periodo de 6 meses mediante un cuestionario dividido en tres partes (conciencia sobre la anestesia, consentimiento informado y experiencia quirúrgica), el cual fue completado por cada paciente. Se concluye que la conciencia rural sobre la anestesia es extremadamente baja por los índices bajos de educación y la ausencia de asesoramiento preoperatorio por el anestesiólogo. Los pacientes y el anestesiólogo deben entender la importancia del consentimiento no solo como un

documento médico legal sino que puede eliminar los temores preoperatorios de los pacientes y puede mejorar la satisfacción del paciente hacia la cirugía.²³

Estudio del año 2012 realizado en Nepal para evaluar los conocimientos sobre el papel del anestesiólogo entre el personal paramédico del hospital universitario de Katmandú. El estudio prospectivo estuvo basado en un cuestionario que se aplicó a 120 personas. Se concluye que el anestesiólogo tiene el deber de visitar a los pacientes antes y después de la cirugía. El papel del anestesiólogo fuera de sala de operaciones es poco conocida y se debe educar a todo el personal acerca de tomar conciencia sobre el papel del anestesiólogo en el quirófano, tratamiento agudo y crónico del dolor y áreas de atención de emergencia.²⁴

En el año 2012 un estudio prospectivo se llevó a cabo en Grecia con el objetivo de evaluar el efecto de la experiencia anestésica previa en el conocimiento anestésico de los pacientes y el rol de los anestesiólogos, lo que les gustaría saber sobre la anestesia y la forma en que les gustaría ser informado. Se analizaron 500 cuestionarios y fueron distribuidos antes de la visita pre anestésica, además los pacientes fueron divididos en 2 grupos: pacientes con experiencia previa y sin experiencia previa a la anestesia. El estudio concluye que la experiencia de la anestesia previa no pareció influir en el deseo de información y conocimiento de la anestesia, así también la gran mayoría de pacientes desea hablar con el anestesiólogo antes de la cirugía.²⁵

En el 2012 se realiza en Grecia un estudio de corte transversal con 345 pacientes, con el objetivo de evaluar la satisfacción de los pacientes griegos con los servicios anestésicos perioperatorios y determinar qué factores maximizan el nivel de satisfacción a través de todas las fases del cuidado peri operatorio. Tres cuestionarios diferentes fueron realizados, el primero se realizó a los pacientes bajo anestesia general sola o combinada con anestesia epidural, el segundo en pacientes que recibieron anestesia regional y el tercero en pacientes con analgesia posoperatoria. El estudio concluye que los pacientes griegos reportaron alta satisfacción con el cuidado anestésico peri operatorio. La interacción entre los pacientes y el anestesiólogo durante todos los periodos del estudio, la ausencia

de temor en la anestesia regional y el adecuado control del dolor posoperatorio fueron predictores significativos de la satisfacción de pacientes en la población quirúrgica griega.²⁶

Estudio realizado el año 2011 en Brasil para evaluar la percepción de los pacientes sobre los anestesiólogos antes de la anestesia e identificar si el cuidado anestésico cambiaría tal percepción. Estudio prospectivo de corte transversal que incluyó 518 pacientes de 16 años a más que fueron entrevistados mediante un cuestionario antes y después de la exposición a la anestesia. Se concluye que la percepción de los pacientes acerca de los roles de los anestesiólogos fue bastante buena, pero mejoras en la relación aun necesitan ser perseguidas para lograr mejores resultados. Los anestesiólogos no deberían perder oportunidades de proveer un excelente cuidado profesional para los pacientes y de este modo mejorando los resultados de la anestesia y su imagen.²⁷

Estudio prospectivo de 308 pacientes realizado en Holanda el año 2008, cuyo objetivo fue desarrollar un cuestionario multidimensional validado y confiable para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes después de la anestesia. El cuestionario tuvo tres dimensiones: información, miedos y preocupaciones y la relación entre el personal paciente. El estudio concluye que el cuestionario mide la satisfacción del paciente con el cuidado peri operatorio, del cual el cuidado anestésico es un importante elemento. La información y la relación entre el personal paciente fueron los mayores determinantes de la satisfacción de las personas que participaron en el estudio.²⁸

Estudio del año 2006 realizado en Trinidad para evaluar la percepción de la función del anestesiólogo de los pacientes en tres hospitales universitarios. Se incluyeron 424 pacientes adultos que resolvieron un cuestionario estructurado respecto a las diversos roles de los anestesiólogos en el hospital. Una décima parte de los pacientes no sabía quién era un anestesiólogo y el 59% sabía que un anestesiólogo era médico. El estudio concluye que los pacientes todavía tienen un conocimiento inadecuado con respecto a los anestesiólogos y sus diferentes funciones en los hospitales.²⁹

En el año 2006 un estudio prospectivo se llevó a cabo en Arabia Saudita para evaluar el conocimiento de los pacientes y la actitud hacia la anestesia y los anestesiólogos. 170 pacientes fueron entrevistados por los anestesiólogos en el periodo peri operatorio en un hospital universitario. La encuesta se llevó a cabo en 2 sesiones, antes de la anestesia y en el primer día posoperatorio, e incluía tres secciones que exploran el perfil demográfico de los pacientes, conocimiento sobre el procedimiento anestésico y el alivio del dolor posoperatorio. El estudio concluye que la función del anestesiólogo era poco conocida y por tanto recomienda educar al paciente quirúrgico durante la evaluación pre anestésica mediante la distribución de un material educativo relacionado con la anestesia y el uso de medios de comunicación para educar a la sección analfabeta sobre temas relacionados con la anestesia.³⁰

En el 2005 se realiza en Japón un estudio prospectivo para evaluar la comprensión de la anestesia mediante una hoja informativa. Se incluyeron 101 pacientes sometidos a cirugías electivas que resolvieron un cuestionario después de recibir explicaciones durante la visita preoperatoria del anestesiólogo. Después de la explicación del anestesiólogo, el 94% de los pacientes que habían leído la hoja informativa lo entendieron completamente y alrededor de un tercio de los pacientes que habían leído la hoja informativa tenían ansiedad acerca de la anestesia. El estudio concluye que la lectura de la hoja informativa de anestesia antes de la visita preoperatoria del anestesiólogo es útil para aumentar la comprensión del procedimiento anestésico.³¹

I.2 Bases teóricas

La anestesiología es una de las especialidades más interesantes de la medicina y con mayor desarrollo. Sin embargo, es causa de temor, ansiedad y preocupación en los pacientes sometidos a cirugía y en la población en general.

El conocimiento de la práctica anestésica por parte de los pacientes es poco y, en muchas ocasiones, errado, llegando a desconocer las funciones de los anestesiólogos y su responsabilidad durante un procedimiento quirúrgico, hecho que interfiere en la relación médico paciente e, incluso, en el entendimiento de los

desenlaces de los procedimientos médicos.

De igual forma, el conocimiento de los hechos que generan temor y preocupación en los pacientes por parte de los médicos especialistas en anestesia, refuerza en ellos la importancia de aclarar dudas en la consulta pre anestésica, así como enfatizar y tranquilizar a los pacientes en algunas de las preocupaciones más comunes de acuerdo con el grupo de población, como son el no poder despertar después de la cirugía, el hecho de sentir dolor durante la misma o de tener cefalea o náuseas en el posoperatorio, entre otras.³²

A lo largo de los últimos veinte años se han publicado estudios en diferentes tipos de población, en los que se investigan las preferencias anestésicas de los pacientes, el grado académico reconocido por estos a los médicos anestesiólogos, el reconocimiento de los distintos roles de estos especialistas y, de igual forma, los miedos y temores más relevantes en cada una de estas poblaciones cuando van a someterse a algún procedimiento quirúrgico.

La anestesia moderna le exige al anestesiólogo un conocimiento médico completo para poder tomar las decisiones que son vitales en un corto periodo de tiempo. En Perú, para formar al profesional especialista en anestesia, son necesarios siete años desde la facultad de medicina y tres años de residencia médica. Incluso siendo un profesional de formación tan compleja, los estudios internacionales recientes demuestran que ellos no son reconocidos de esa forma por los pacientes.³³

Aunque sea controversial afirmar que el conocimiento de los pacientes respecto a la formación del anestesiólogo se traduzca en beneficios para ellos, diversas investigaciones ya fueron realizadas para intentar retratar la percepción del público con relación al anestesiólogo.

La práctica de la anestesiología ha cambiado. El papel en expansión del anestesiólogo fuera del quirófano ha redefinido la especialidad en el hospital y respecto a los colegas médicos sobre la experiencia clínica, eficacia y contribución a una asistencia de calidad al paciente.

Los anestesiólogos han evolucionado de una manera notable desde una especialidad que solo ejercía dentro de los quirófanos a una posición reconocida como especialistas médicos perioperatorios que evalúan y tratan a los pacientes de forma exhaustiva en la fase preoperatoria, la fase intraoperatoria y a través de las necesidades analgésicas posoperatorias. Con frecuencia esto ocurre en programas de servicios hospitalarios formalizados o clínicas preoperatorias o del tratamiento del dolor anestésicas. La visibilidad y posición de liderazgo del anestesiólogo en el tratamiento perioperatorio del paciente ha aumentado las oportunidades hospitalarias, el reconocimiento del liderazgo y la viabilidad de nuestra especialidad.³⁴

Los anestesiólogos necesitan disponer de conocimientos médicos y estar entrenados en la evaluación de los pacientes en el periodo preoperatorio, ya sea en el marco de una clínica de evaluación antes del día de la intervención quirúrgica o junto a la cama del enfermo inmediatamente antes de la inducción de la anestesia. La preparación para la anestesia y la intervención quirúrgica puede ser sencilla o compleja y difícil. La medicina está cada vez más fragmentada y sumamente especializada. Los pacientes son cada vez más mayores y viven con más enfermedades crónicas. Las tecnologías quirúrgicas, procedimientos y marcos donde se administra la anestesia, así como la normativa exigida, están cambiando constantemente y exigen que los anestesiólogos acepten responsabilidades peri operatorias en expansión.³⁵

Se están elaborando y actualizando con frecuencia directrices y prácticas médicas basadas en pruebas. Casi todas las enfermedades influyen en los pacientes peri operatorios y en su asistencia. Los anestesiólogos pueden colaborar con los profesionales de asistencia primaria y los especialistas pero ninguno puede evaluar realmente los riesgos asociados a la anestesia, discutir estos riesgos con los pacientes o gestionarlos en el periodo peri operatorio a no ser que se trate de un medico formado en anestesiología.

El progreso relativo de las ciencias en las diversas actividades, fue sucediendo en lo que se refiere al progreso material, pero la gran dificultad esta en lo que es más importante: el ser humano. Como en las otras ciencias, la ciencia medica se esta

dando cuenta de la necesidad de una mejoría en el relacionamiento médico paciente. Pero ¿Qué modelo sería ideal en el relacionamiento médico paciente? No existe un modelo ideal, a no ser en la teoría, pero sin lugar a dudas, lo que haya que adoptar deberá tener al paciente como su objetivo principal.

La relación anestesiólogo paciente debe estar guiada por principios de universalidad, equidad e integración. En la perspectiva de la humanización, el paciente debe ser visto en su totalidad, y se hace necesario el cambio del foco de la atención de la enfermedad, para su atención integral al paciente, considerando la singularidad de su dimensión como sujeto. Es importante humanizar las relaciones entre los pacientes y los profesionales de salud como un dispositivo para proporcionar cambios en las prácticas de salud, que necesita tener como objetivo, responder a las necesidades de los pacientes, como también involucrarlos efectivamente en su proceso de cuidar.³⁶

Acoger al usuario en el servicio de salud requiere atención, respeto y empatía por parte de los profesionales, además de una responsabilidad mutua para la promoción del bienestar integral. Corroborando esa asertiva se destaca la importancia de la escucha activa en la acogida, porque esa herramienta es un proceso especial de interacción humana, una estrategia eficaz para la construcción de una relación médico paciente basada en las dimensiones técnica, humanística, ética.³⁷

En el cuidado anestésico, el principal beneficio oriundo de la acogida realizado por el anestesiólogo constituye, entre otros, la oportunidad de aclarar dudas del paciente en lo que se refiere al procedimiento y a sus temores con relación a la anestesia, suscitando así un proceso comunicativo y terapéutico. Caprara y col, enfatizan que los modelos comunicativos están relacionados con el espacio terapéutico, y con los aspectos del paciente, como síntoma, expectativa, miedos, ansiedades y estrés. Así, a cada consulta pre anestésica, se puede establecer una nueva relación entre el paciente y el anestesiólogo.

La acogida por parte de los anestesiólogos a los pacientes, favorece la construcción de una relación de confianza y compromiso de los usuarios con los

equipos y los servicios, contribuyendo para la promoción de la cultura de solidaridad.

Un aspecto destacado por los anestesiólogos para humanizar la relación médico-paciente, es llamar al paciente por su nombre, comprender sus deseos, dialogar, informar. Y se debe suscitar en el paciente un sentimiento de confianza, un aspecto favorecedor de un acto anestésico tranquilo. El anestesiólogo debe acoger a los pacientes de modo amable, con comprensión y con cariño, para que ellos se sientan valorados y cómodos en mantener una relación interpersonal en que, teniendo como base la empatía, la confianza y el lenguaje accesible, se establezca una interacción sana.

El derecho de información de los pacientes es básico y debe ser dado por el anestesiólogo en la visita pre-anestésica, debe comunicarse con el paciente, demostrar seguridad y confianza, teniendo en cuenta que el paciente tiene derecho a informaciones claras, sencillas y comprensivas, adaptadas a su condición sociocultural.

Cabe destacar que, en general, la medicina moderna acaba apartándose de la misión fundamental de pensar sobre lo que es el ser cuidado, lo individual, lo colectivo, lo que implica una reflexión por parte de aquellos que ejercen la profesión, demandando a veces, un retorno a sus orígenes, en que se verificaba una mayor valoración de la persona en su práctica diaria.

La comunicación terapéutica consiste en la habilidad del profesional en usar su conocimiento para ayudar a las personas a convivir con otras personas y ajustarse a lo que no puede cambiar, y a superar los bloqueos para enfrentar sus problemas, como por ejemplo aquellos relacionados con la salud.

En la comunicación con el paciente es necesario el uso de un lenguaje de comprensión clara, sin nunca huirle a la verdad, respetando el ritmo del paciente sin generar la falta de esperanza ni herir su autoestima.

Considerando el papel del anestesiólogo en el proceso de acoger, Meneses destaca preparar al paciente, en el campo médico y psicológico, prever posibles dificultades, calmar al enfermo, conquistar su colaboración y su confianza y prepararlo para la cirugía.

En este sentido, el anestesiólogo tiene que observar cuidadosamente cada detalle durante los procedimientos, estar consciente de que la prudencia es tan necesaria como la rápida intervención, y que puede implicar en la reducción de los errores; mantenerse firme en sus actos, manifestar paciencia frente al enfermo y frente a sus familiares, ser empático y ponerse en el lugar del otro. Eso significa tener como práctica constante la humanización de la atención.

La seguridad en la anestesia se basa en un examen clínico minucioso del cuadro del paciente y en la planificación de la técnica anestésica que será utilizada, aspectos que deben ser considerados en la consulta pre anestésica. Para este momento también se hace imprescindible prestarle al paciente todas las clarificaciones necesarias, incluso informándole claramente sobre los riesgos relacionados con los procedimientos adoptados.

La consulta pre anestésica también tiene que ver con la determinación del tipo de anestesia que el paciente utilizara. Eso no constituye un procedimiento mecánico solamente, ni significa la decisión preferente por parte del anestesiólogo, pero sí que es una cuestión eminentemente clínica que tiene en cuenta el cuadro y las características de cada paciente, su estado físico y mental, su diagnóstico, sus condiciones fisiológicas, influencias farmacológicas y el tipo de operación que el paciente necesitara.

El paciente tiene derecho a una evaluación de responsabilidad intransferible del anestesiólogo. En esa evaluación, el paciente debe ser informado sobre la secuencia del pre y del posoperatorio, con el grado de detalles compatible con su nivel de comprensión cognitiva. Además el anestesiólogo debe hacer un abordaje directo, sencillo y objetivo en cuanto a los riesgos, el dolor, la incomodidad, los exámenes y otros aspectos.³⁸

Considerando lo expuesto, la American Society of anaesthesiologist (ASA) propone en 1987, las normas de cuidados anestésicos con el objetivo de normatizar la evaluación del paciente, la cual debe incluir una revisión de la historia clínica, entrevista con el paciente, examen físico, exámenes laboratoriales, anestesis previas, medicaciones en uso y consultas con expertos.

Como norma la cantidad de test adicionales debe ser hecha según la edad, estado físico, las comorbilidades y el porte del procedimiento.

La valoración preoperatoria anestésica es la base y el armazón clínico del tratamiento perioperatorio del paciente y puede reducir la morbilidad quirúrgica y mejorar los resultados del paciente. El objetivo fundamental de la valoración preoperatoria es obtener información pertinente respecto a los datos médicos pasados y presentes y formular una evaluación del riesgo intraoperatorio del paciente y la optimización clínica precisa. Las enfermedades y síndromes médicos complejos que podrían influir en el tratamiento perioperatorio anestesiológico exigen que el anestesiólogo conozca de una forma actualizada muchos aspectos de la medicina interna.

Uno de los efectos más relevantes de la evaluación pre anestésica electiva fue la reducción del número de procedimientos quirúrgicos cancelados, además de la disminución de la solicitud de exámenes preoperatorios. Así se puede inferir que la consulta pre anestésica constituye una herramienta relevante para el desempeño de una práctica de cuidado humanizado y acogedor por parte del anestesiólogo, como también en la reducción de la morbimortalidad proveniente de procedimientos quirúrgicos.

Los beneficios de un proceso de valoración preoperatoria eficaz sobre la eficiencia se han demostrado bien; sin embargo, existe una información limitada sobre el beneficio de estas clínicas desde la perspectiva del paciente. El uso de la satisfacción del paciente se ha aconsejado como criterio de valoración clínico único y como un indicador de la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada.

La educación del paciente y su satisfacción con el proceso preoperatorio están muy ligadas. En un estudio en que se usó un cuestionario de satisfacción del paciente interno para evaluar la satisfacción con todos los elementos de la valoración preoperatoria, la subescala en que se encontraba la información y la comunicación mostraba la más alta correlación con la subescala de satisfacción global. Dar una buena educación del paciente puede facilitar la implicación del paciente en su asistencia, ya que le da una sensación de control sobre el proceso y contribuye a una mayor satisfacción.

Los derechos del paciente y la transparencia en las medidas de calidad, con la satisfacción del paciente como una de estas medidas, están adquiriendo cada vez más importancia en la asistencia sanitaria. La medida de la satisfacción del paciente con los diversos elementos del proceso preoperatorio es esencial para evaluar el éxito y planificar la mejora del proceso. Aunque los líderes de la asistencia sanitaria son conscientes de la importancia de los sistemas de retroalimentación, a menudo no usan la información que reciben para identificar oportunidades de cambio y corrección. Gail Scott proporciona herramientas y técnicas que permitirían la retroalimentación sobre el proceso preoperatorio para impulsar la mejora.³⁹

El uso de información aportada por los pacientes para impulsar la mejora del proceso preoperatorio aumenta la conciencia y asegura que todos los miembros de la organización comprendan el objetivo de mejora del proceso; crea objetivos y metas mensurables; determina expectativas del servicio y modelos de conducta; desarrolla habilidades, enseña a los miembros del servicio habilidades como entrevistar, enfrentarse a personas difíciles y manejar conflictos; identifica y elimina barreras; desarrolla y apoya a los equipos y a las relaciones; escucha a sus clientes, obtiene retroalimentación de otros equipos y comparte la retroalimentación en la forma en que educa.

La mayoría de las encuestas disponibles en la actualidad usadas por hospitales, como la PressGaney, reflejan la experiencia peri operatoria global. Estas preguntas estándar no sirven para discernir la satisfacción del paciente con elementos particulares del proceso preoperatorio. Por esta razón, los estudios han elaborado cuestionarios internos para medirlo. Los estudios que usan este cuestionario muestran una evaluación satisfactoria de la mejora del proceso preoperatorio. Como se ha dicho, en este estudio la subescala en la que estaba la información y comunicación mostraba la máxima correlación con la subescala de satisfacción general. Los autores concluyen que los aspectos clínicos y funcionales de la visita de valoración preoperatoria tienen una repercusión significativa sobre la satisfacción del paciente, de forma que la información y la comunicación frente a la cantidad total de tiempo empleado son los componentes más positivos y negativos, respectivamente.³⁹

Hay que destacar que después de la visita preoperatoria, la gran mayoría de los pacientes se siente bien preparado para su procedimiento inminente independientemente de la educación y comunicación de la información.

Es responsabilidad del personal preoperatorio educar al paciente sobre aspectos relacionados con la anestesia, la intervención quirúrgica y la experiencia peri operatoria y abordar la ansiedad específica del paciente sobre el procedimiento. Se han evaluado diversas formas de proporcionarlo, como la comunicación directa, la información escrita, los videos e internet. Cuando se compara una entrevista frente a frente con una entrevista más un folleto o un video, los pacientes en el grupo que recibieron la entrevista más un video tuvieron las puntuaciones más altas en la satisfacción del paciente y la obtención de información. Internet puede ser una herramienta para los pacientes que reciben información sobre su procedimiento, así como para expresar preocupaciones y formular cuestiones sin la presión de una visita preoperatoria apresurada.⁴⁰

Los estudios pasados han demostrado que los pacientes pueden de hecho proporcionar mas información y revelar mas problemas, especialmente sociales y siquiátricos, a un ordenador que a un profesional sanitario.

Al conocer las preocupaciones del paciente, la visita puede adaptarse para cumplir mejor las necesidades del paciente. El tiempo que de otro modo se emplearía en tratar de extraer información del paciente puede usarse para responder a preguntas del paciente de una forma mas completa, construir una buena relación y reducir el estrés.

La mejor forma de educar al paciente para abordar sus preocupaciones es necesario saber que preocupa a los pacientes sobre su experiencia anestésica y quirúrgica. Se han revisado varios estudios para conocer esta información. Una preocupación importante constante es el no poder despertarse de la anestesia. Los pacientes más jóvenes y las mujeres tienden a expresar más ansiedad sobre su anestesia.

Algunos médicos creen que informar a los pacientes de todos los posibles riesgos con detalle solo servirá para aumentar la ansiedad. Varios estudios han mostrado que una mayor información no se traduce necesariamente en una menor ansiedad. Puede ser más importante identificar subgrupos de pacientes y centrarse en la información hacia el estilo de afrontamiento del paciente.

Un estudio británico mostro que aunque no había correlación entre el grado de información proporcionada antes de la operación y la ansiedad del paciente, hubo una fuerte correlación entre la satisfacción de los pacientes y la cantidad de información proporcionada y la reducción de la ansiedad. Identificar a los subgrupos de pacientes que pueden beneficiarse de métodos educativos específicos y proporcionar esta educación a estos subgrupos de una forma rentable, sigue siendo un desafío. Además hay que asegurar unas habilidades optimas en el profesional que proporciona la educación al paciente.

Diversos grados de experiencia del educador pueden dar lugar a una información poco solida del paciente. Deben establecerse los grados de formación y las competencias fundamentales a la hora de plantear la educación del paciente.

Se ha demostrado que la educación preoperatoria del paciente interviene en la reducción del dolor posoperatorio.

Egbert, encontró una reducción de las necesidades de opiáceos y una menor estancia hospitalaria en los pacientes que recibieron instrucciones preoperatorias intensivas sobre el dolor. ⁴¹

También se demostró la reducción de la estancia y los medicamentos después de la operación en los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de la columna por un dolor en la espalda y que recibieron sesiones educativas antes de la intervención quirúrgica. En pacientes sometidos a una cirugía, el grupo que recibió información mas una preparación para el afrontamiento tuvo una menor incidencia de hipertensión posoperatoria, aunque este estudio no mostro ningún descenso de la estancia ni de la necesidad de opiáceos tras la cirugía.

A los pacientes que se les enseñó a usar la escala de dolor durante la visita preoperatoria pueden comunicar de un modo mas eficaz el dolor después de la operación. La educación preoperatoria también puede proporcionar una oportunidad para la intervención con el fin de mejorar el estilo de vida del paciente, como su introducción en programas para dejar de fumar.

La educación preoperatoria óptima del paciente puede influir en varios factores que influyen en la eficiencia global del quirófano. Por ejemplo, pueden darse órdenes apropiadas de ayuno y medicamentos antes de la operación, lo que evita retrasos y cancelaciones. Una discusión adecuada del consentimiento informado durante la visita clínica evita retrasos en la zona de espera preoperatoria para abordar este tema.

La visita preoperatoria puede asegurarse de que el paciente reciba la preparación adecuada e instrucciones para el cuidado digestivo y a los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica ambulatoria se les puede educar sobre las necesidades para el transporte a su casa.

El papel de la valoración preoperatoria es proporcionar datos y guía de forma que el equipo que dirige el caso el día del procedimiento pueda escoger las opciones apropiadas.

Es inapropiado para los profesionales de la clínica o cualquier consultor preoperatorio tomar decisiones últimas sobre el tipo específico de anestesia que debe administrarse. Hay que discutir las posibles opciones que dependen del tipo de procedimiento, otros trastornos asociados y de la preferencia del paciente.⁴²

El registro en la evaluación final de la anestesia debe incluir una declaración de que se han discutido las opciones con el paciente y anotar cualquier preferencia del paciente. Al paciente se le debe informar de la decisión final respecto al plan anestésico tomada por el equipo que dirige el caso. El anesthesiólogo debe dejar que el paciente plantee cualquier pregunta o preocupación sobre las opciones anestésicas.

Los pacientes están a menudo preocupados por no hablar con el anesthesiólogo que le administrará la anestesia. Se le debe tranquilizar en el sentido de que toda la información obtenida se transferirá al equipo y de que tendrá la oportunidad de hablar con los profesionales que la atenderán realmente el día de la intervención quirúrgica si surgen más preguntas.

Si un caso de riesgo alto, exige las habilidades de un anesthesiólogo especializado, la evaluación puede facilitarse mediante la valoración preoperatoria clínica antes del día de la intervención quirúrgica. Una discusión personal el día antes de la intervención quirúrgica entre el anesthesiólogo y el equipo quirúrgico mejora el plan terapéutico peri operatorio y evita retrasos, cancelaciones y posibles resultados adversos.

Es esencial que el anesthesiólogo desempeñe la posición líder y gestora en el programa de valoración preoperatoria. Cuando la cirugía es cancelada por el anesthesiólogo el día de la intervención quirúrgica crea una frustración significativa al cirujano y al paciente. El anesthesiólogo es el único especialista que puede tomar la determinación final de si el paciente es apropiado para la anestesia y si el paciente esta estable para proceder.

Los estudios clínicos han demostrado que el liderazgo y la responsabilidad clínica directa del anestesiólogo en un programa preoperatorio reducirán los costes hospitalarios al reducir los retrasos y cancelaciones de quirófano y los posibles acontecimientos adversos intraoperatorios.

Los estudios realizados acerca de la percepción de la relación anestesiólogo paciente, indagaron acerca de los métodos de anestesia conocidos y preferidos por los pacientes para su próxima operación, la importancia de cada uno de los médicos especialistas en una sala de cirugía, la preparación académica reconocida por los pacientes a los médicos anestesiólogos y sus actividades. El método anestésico más conocido y preferido por los pacientes es la anestesia general y fue el método más frecuente en cuanto a antecedentes se refiere.⁴²

Un estudio realizado en Colombia describió que la mayoría de pacientes encuestados reconocieron al médico anestesiólogo como un médico especialista y solo el 3% consideró equitativamente que el anestesiólogo era un médico general. En cuanto a la importancia del anestesiólogo en un procedimiento quirúrgico respecto al cirujano, el 93% de los pacientes consideran que ambos especialistas son igualmente importantes, 4% consideran que el anestesiólogo es mas importante y el 3% consideran que el medico cirujano es mas importante. Con respecto al nivel educativo y el grado académico otorgado a los médicos anestesiólogos se observa que independientemente del nivel académico del paciente, el anestesiólogo es considerado un medico especialista.⁴³

La relación anestesiólogo paciente es muy importante, ya que de esta manera se pueden evitar muchos problemas médico legales. Los pacientes deben conocer los roles y actividades del anestesiólogo, ya que usualmente hay una falta de conocimiento en este tema. Los pacientes usualmente piensan que el anestesiólogo se encarga de dormir al paciente, monitorizar los signos vitales, aliviar el dolor, lo que desconocen es que el anestesiólogo también cumple un rol importante en cuidar al paciente en el posoperatorio y atender a pacientes en la unidad de cuidados intensivos.

Es notorio el déficit en la identificación de los anestesiólogos en la unidad de cuidados intensivos y su papel en la clínica del dolor.

Ahora bien aunque no son bien conocidas las labores de los anesthesiólogos, la mayoría de las personas creen que este especialista se encuentra en la sala de cirugía durante todo el procedimiento quirúrgico y que es quien les administra la anestesia.

Uno de los pilares claves de la consulta pre anestésica es la explicación y aceptación del paciente de las posibles complicaciones que se pueden presentar durante y después del procedimiento quirúrgico, así como el proveer un espacio en el que las dudas que pueda tener un paciente sean resueltas.

La población en general siente temor frente al procedimiento quirúrgico y anestésicos, que implican pérdida momentánea de la conciencia y de la voluntad y, aunque el procedimiento es aceptado y autorizado por el paciente, no por esto deja de generar ansiedad y angustia. Hay situaciones que generan preocupación cuando se es llevado a un procedimiento quirúrgico y los pacientes usualmente sienten temor a sentir náuseas durante el posoperatorio, temor de no poder despertar luego de la cirugía, temor a sentir dolor durante la cirugía, a despertar en el procedimiento, temor a tener cefalea durante el posoperatorio, temor a recordar algún evento intraoperatorio y temor que la anestesia afecta la lógica y juicio de pensamiento en el posoperatorio.

Es interesante conocer la percepción general de la población frente a la anestesia y los médicos especialistas que la ejercen, lo cual aporta información útil en la práctica de la relación anesthesiólogo paciente, en la que el reconocer, afrontar y resolver las inquietudes, los miedos y la ansiedad del paciente es primordial.

A pesar de que existen resultados de estudios previos acerca de la preparación académica de los anesthesiólogos y el hecho, incluso, de ser considerados médicos por parte de los pacientes, para nuestra población es claro el grado académico alcanzado por un médico para ejercer dicha especialidad. Lo que todavía es preocupante es el déficit de conocimiento de las funciones y tareas de los anesthesiólogos.⁴⁴

No es de asombrarse que solo una pequeña parte de la población identifica a los anestesiólogos con funciones en la clínica del dolor y en el manejo de pacientes en la unidad de cuidados intensivos. Incluso, en un estudio realizado en estudiantes de medicina de España, solo una tercera parte de ellos atribuían el tratamiento del dolor a los anestesiólogos.

La escolaridad es un factor importante para definir los pacientes que conocían la calificación médica del anestesiólogo, lo que podría ser explicado por el hecho de que los individuos de mejor nivel intelectual buscasen más las informaciones y las asimilasen con más coherencia. La misma correlación se encontró en una investigación en un país en desarrollo, cuyos sujetos tenían un nivel de escolaridad que variaba desde ninguno hasta el superior completo. Ya en las investigaciones de países desarrollados más de la mitad de los entrevistados presentaban más de 10 años de estudio, lo que podría influir en la percepción de la formación de un anestesiólogo.⁴⁵

Gran parte de las personas reconoce que el anestesiólogo desempeña un importante papel en determinar si el paciente está apto para ser sometido a la cirugía, pero la mayoría cree que la decisión acerca del tipo de anestesia a ser realizada le corresponde al cirujano, conjuntamente con el anestesiólogo.

La acogida al paciente durante la anestesia es muy importante porque permite que el profesional produzca la escucha activa, aliada al proceso de cuidado humanizado, posibilitando una mejoría en el ingreso entre el médico y el paciente.

Los anestesiólogos, profesionales de gran importancia en el abordaje del proceso salud-enfermedad, especialmente por ejercer su práctica profesional con personas debilitadas que necesitan ser acogidas, no indican la importancia de valorar el abordaje humanístico en la atención a esos individuos, a pesar de que en algunos casos, muestran que tal abordaje todavía se hace de modo incipiente y necesita mejorías.

Vemos que todavía existe un largo camino por recorrer para llegar a un ideal de asistencia al paciente, demandando un proceso de cambios, que pasa por cuestiones éticas relacionadas con la reorientación de las prácticas y las actitudes

que pueden generar acogida, humanización y definición en el contexto del sistema de cuidados en la sanidad.

A pesar de las dificultades ya expuestas, ha quedado evidente que la acogida tiene un gran potencial para revertir la lógica de la sanidad actual, con la utilización de herramientas que dependen solamente de la disposición de profesionales en construir una nueva práctica de cuidado humanizado.

Considerando la práctica específica de los anestesiólogos, es bueno remarcar que, en virtud de que la especialidad médica viene junto con el conocimiento técnico científico, los profesionales que están involucrados en ella, no tienen la fuerza necesaria en los vínculos establecidos entre aquellos que participan en su cuidado para que ellos puedan experimentar una atención singular y acogedora, sin temores ni recelos durante la práctica anestésica.⁴⁶

Por lo tanto la acogida del paciente durante la anestesia es muy importante, porque permite que el anestesiólogo obtenga una escucha activa, junto con el proceso de cuidado humanizado, posibilitando la mejoría del tiempo de ingreso entre el médico y el paciente.

I.3 Definición de términos básicos

- **Relación anestesiólogo paciente:** es el vínculo afectivo entre el profesional y el paciente que debe estar basado en amabilidad y escucha activa para poder establecer una buena comunicación y obtener mejores resultados en el procedimiento anestésico.
- **Consulta preanestésica:** es la evaluación que realiza el anestesiólogo antes de la cirugía, con la finalidad de detectar intercurrencias que pudieran afectar al paciente durante la cirugía. Comprende la firma del consentimiento informado y el correcto llenado de la hoja de evaluación preanestésica.
- **Periodo perioperatorio:** comprende el tiempo comprendido antes, durante y después de la cirugía. El anestesiólogo cumple un rol muy importante en el manejo anestésico del periodo perioperatorio

- **Humanización:** Se refiere a una persona que ha logrado desarrollar sentimientos conscientes y manejables entre los cuales destacan la solidaridad, el amor por el prójimo, la empatía y el compromiso con determinadas conductas.
- **Riesgo intraoperatorio:** Son las posibles complicaciones que se pueden presentar durante y después de la cirugía y que están relacionadas con el acto anestésico, pero que se puede disminuir realizando una correcta evaluación pre anestésica.
- **Satisfacción del paciente:** es el grado de entendimiento, empatía y comprensión del paciente con relación al procedimiento anestésico previamente explicado por el anesthesiologo de una manera sencilla y fácil de entender.
- **Valoración preoperatoria:** es la evaluación que la realiza el anesthesiologo durante la entrevista con el paciente, en la que se evalúa mediante un examen clínico completo, exámenes laboratoriales, evaluación de la vía aérea, peso y talla del paciente y así poder detectar comorbilidades que requieran manejo preanestésico.
- **Liderazgo del anesthesiologo:** es el conjunto de habilidades que desarrolla el anesthesiologo como jefe de sala de operaciones para poder dirigir la cirugía y solucionar algún efecto adverso que se presente antes, durante o después de la operación.
- **Posoperatorio inmediato:** periodo que va desde la salida del paciente de sala de operaciones hasta su traslado a la unidad de hospitalización. Tiene lugar en la unidad de recuperación pos anestésico.
- **Escala de Aldrette:** escala que se usa en la unidad de recuperación posanestésica, que consta de 5 ítems, el rango oscila entre 0 y 10. El puntaje igual o mayor a 9 sugiere una adecuada recuperación anestésica.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

II.1 Tipo y diseño de Investigación

Es un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico y cuantitativo.

Diseño no experimental.

II.2 Diseño muestral

•Población

En el estudio fueron incluidos todos los adultos que fueron sometidos de forma electiva a cirugías en el servicio de anestesiología del Hospital II Cañete Essalud, en el periodo de enero a marzo del año 2016, que cumplan criterios de inclusión y exclusión.

•Muestra

No se usó muestra, se trabajó con la población que reunió los criterios de selección.

•Unidad de análisis

Adulto sometido de forma electiva a cirugía en el servicio de anestesiología del Hospital II de Cañete Essalud entre enero a marzo del año 2016.

•Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- ✓ Adultos con edad de 18 a 60 años
- ✓ ASA I y II
- ✓ Cirugías con anestesia general o regional
- ✓ Escala de Aldrette 10 en recuperación posanestésica

Criterios de exclusión:

- ✓ Paciente con enfermedad siquiátrica según historia clínica
- ✓ Paciente con problemas psicológicos según historia clínica
- ✓ Analfabetos

II.3 Características de la Institución donde se ejecutó la investigación

La investigación se realizó en el Hospital II Cañete Essalud, ubicado en la provincia de Cañete. El Hospital pertenece a la Red Asistencial Rebagliati y es del segundo nivel de Complejidad. El Servicio de anestesiología cuenta con dos salas de operaciones equipadas y la unidad de recuperación pos anestésica. Las especialidades que realizan intervenciones quirúrgicas más frecuentes son el área de Cirugía general y Ginecoobstetricia.

II.4 Instrumento y procedimientos de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos de una encuesta de opinión de 16 preguntas de respuesta múltiple, realizada en el Centro quirúrgico del Hospital II Cañete por el anestesiólogo que se encontraba de turno en el área de recuperación pos anestésica en el posoperatorio inmediato. Los pacientes previo a la realización de la encuesta, firmaron el consentimiento informado correspondiente. Se recolectaron 120 encuestas de los pacientes que cumplieron los criterios de selección. El instrumento fue validado y es realizado por Giraldo Tascón.

II.5 Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron procesados en un software Excel 2010 y SPSS v22. Los resultados se presentan en tablas y gráficos. Para el logro de los objetivos de la investigación se hizo uso de la estadística descriptiva. Para datos cualitativos el test Chi cuadrado. Cuando valor p sea menor 0.05 será considerado estadísticamente significativo.

II.6 Aspectos éticos

La investigación fue debidamente autorizada por el Comité de ética y el Servicio de Anestesiología del Hospital II Cañete.

Se tuvo en cuenta los principios bioéticos: respeto, justicia y no maleficencia durante el desarrollo del estudio.

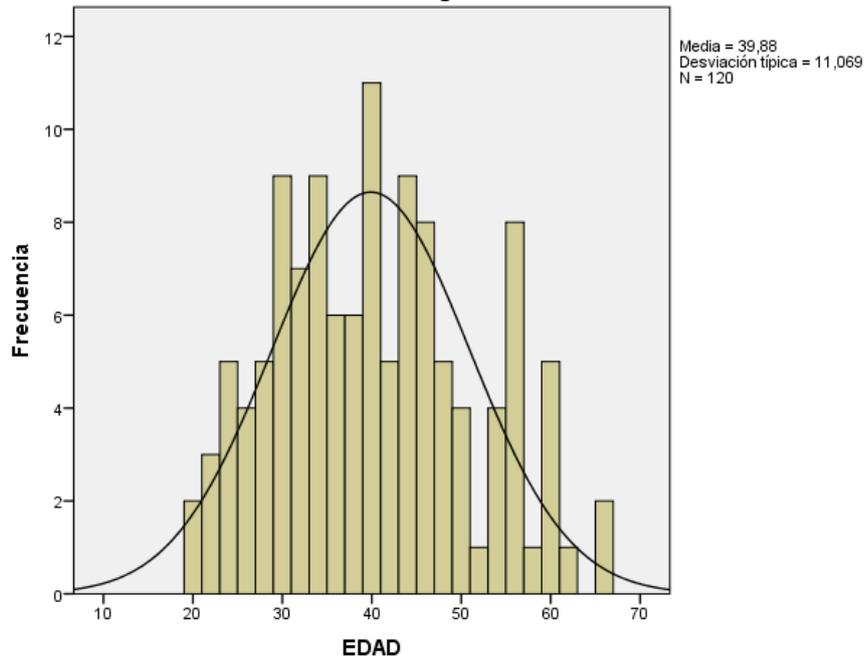
Los participantes firmaron adecuadamente el consentimiento informado previo a la realización de la encuesta de opinión. Los datos obtenidos fueron usados en el estudio con discreción por parte del investigador y se cumplieron las normas éticas de la Institución en la que se realizó la investigación.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

**Gráfico 01. Distribución de los pacientes según edad
Hospital II Cañete – 2016**



La población en estudio presentó una media de 39.88 años y desviación estándar de 11.07. Un total de 120 pacientes con edades de 18 a 60 años a quienes se les realizó una encuesta sobre la percepción de la relación anestesiólogo-paciente.

**Tabla 01. Distribución de los pacientes según sexo
Hospital II Cañete – 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	48	40,0	40,0
Válidos Femenino	72	60,0	100,0
Total	120	100,0	

El 60% (72/120) de los pacientes evaluados son de sexo femenino y el 40% (48/120) son de sexo masculino.

**Tabla 02. Distribución de los pacientes según escolaridad
Hospital II Cañete – 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Primaria	10	8,3	8,3
	Secundaria	23	19,2	27,5
Válidos	Técnico	52	43,3	70,8
	Universitario	35	29,2	100,0
	Total	120	100,0	

El 29.2% (35/120) tiene como máximo grado de instrucción el nivel universitario. El mayor porcentaje de pacientes encuestados (43.3%) fueron del grado de instrucción técnico.

**Tabla 03. Distribución de los pacientes según especialidad quirúrgica
Hospital II Cañete – 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Cirugía	56	46,7	46,7
Válidos	Gineco-obstetricia	64	53,3	100,0
	Total	120	100,0	

El 53.3% (64/120) de las cirugías pertenecen a la especialidad de Gineco-Obstetricia, las cuales son las intervenciones quirúrgicas mas frecuentes que se realizan en el Hospital II Cañete.

**Tabla 04. Factores asociados al conocimiento de quien le administró la anestesia
Hospital II Cañete – 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Técnico	5	4,2
	Enfermero	12	10,0
	Médico general	39	32,5
	Médico Especialista	43	35,8
	No sabe	21	17,5
	Total	120	100,0

Variable	p valor*
Edad	0.015
Sexo	0.522
Escolaridad	0.000
Esp. quirúrgica	0.285

*Chi²

La edad y la escolaridad son variables asociadas al nivel de conocimiento sobre quién le administró la anestesia al paciente.

**Tabla 05. Factores asociados al reconocimiento de la persona que le administró la anestesia
Hospital II Cañete – 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Si	85	70,8	70,8
No	35	29,2	100,0
Total	120	100,0	

Variable	p valor*
Edad	0.127
Sexo	0.421
Escolaridad	0.146
Esp. quirúrgica	0.527

*Chi²

No existen variables asociadas al reconocimiento de la persona que le administró la anestesia al paciente.

**Tabla 06. Factores asociados al conocimiento del nombre de quien administró la anestesia
Hospital II Cañete – 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	46	38,3	38,3
	NO	74	61,7	100,0
	Total	120	100,0	

Variable	p valor*
Edad	0.418
Sexo	0.336
Escolaridad	0.585
Esp. quirúrgica	0.495

*Chi²

No existen variables asociadas al conocimiento del nombre de quien administró la anestesia al paciente.

**Tabla 07. Factores asociados al conocimiento del tipo de anestesia recibida
Hospital II Cañete – 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos			
Anestesia regional	47	39,2	39,2
Anestesia general	48	40,0	79,2
Anestesia local	10	8,3	87,5
No sabe	15	12,5	100,0
Total	120	100,0	

Variable	p valor*
Edad	0.017
Sexo	0.000
Escolaridad	0.071
Esp. quirúrgica	0.000

*Chi²

La edad, sexo y especialidad quirúrgica son variables asociadas al conocimiento del tipo de anestesia recibida.

**Tabla 08. Factores asociados a la recepción de información respecto al proceso anestésico
Hospital II Cañete – 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	77	64,2	64,2
	No	43	35,8	100,0
	Total	120	100,0	

Variable	p valor*
Edad	0.186
Sexo	0.548
Escolaridad	0.891
Esp. quirúrgica	0.275

*Chi²

No existen variables asociadas a la recepción de información sobre el proceso anestésico.

**Tabla 09. Factores asociados a la recepción de información sobre riesgos anestésicos
Hospital II Cañete – 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	112	93,3	93,3
	No	8	6,7	100,0
	Total	120	100,0	

Variable	p valor*
Edad	0.002
Sexo	0.596
Escolaridad	0.273
Esp. quirúrgica	0.564

*Chi²

La edad es variable asociada a la recepción de información sobre los riesgos anestésicos.

**Tabla 10. Factores asociados a la calidad de información brindada
Hospital II Cañete – 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	93	77,5	77,5
	No	27	22,5	100,0
	Total	120	100,0	

Variable	p valor*
Edad	0.831
Sexo	0.929
Escolaridad	0.866
Esp. quirúrgica	0.793

*Chi²

No existen variables asociadas a la calidad de información brindada por el anestesiólogo.

**Tabla 11. Factores asociados a la sensación de temor al proceso anestésico
Hospital II Cañete – 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos			
Posibles náuseas pos cirugía	13	10,8	10,8
Sentir dolor durante la cirugía	35	29,2	40,0
No poder despertar después de la cirugía	33	27,5	67,5
Despertarme durante la cirugía	23	19,2	86,7
Recordar algún evento intraoperatoria	16	13,3	100,0
Total	120	100,0	

Variable	p valor*
Edad	0.922
Sexo	0.333
Escolaridad	0.369
Esp. quirúrgica	0.227

*Chi²

No existen variables asociadas a la sensación de temor al proceso anestésico.

**Tabla 12. Factores asociados a la sensación de tranquilidad después de la evaluación pre anestésica
Hospital II Cañete – 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	116	96,7	96,7
	No	4	3,3	100,0
	Total	120	100,0	

Variable	p valor*
Edad	0.726
Sexo	0.474
Escolaridad	0.158
Esp. quirúrgica	0.361

*Chi²

No existen variables asociadas a sensación de tranquilidad después de la evaluación pre anestésica.

**Tabla 13. Factores asociados a la calificación del proceso anestésico
Hospital II Cañete – 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy buena	60	50,0	50,0
	Excelente	60	50,0	100,0
	Total	120	100,0	

Variable	p valor*
Edad	0.175
Sexo	0.096
Escolaridad	0.873
Esp. quirúrgica	0.051

*Chi²

No existen variables asociadas a la calificación del proceso anestésico.

**Tabla 14. Factores asociados a la percepción de la relación anestesiólogo-paciente
Hospital II Cañete – 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuada	79	65,8	65,8
Válidos Inadecuada	41	34,2	100,0
Total	120	100,0	

Variable	p valor*
Edad	0.003
Sexo	0.182
Escolaridad	0.779
Especialidad quirúrgica	0.048

La edad y especialidad quirúrgica son variables asociadas a la percepción de la relación anestesiólogo-paciente.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Los hallazgos del estudio mostraron que sólo el 29.2% de los encuestados habían alcanzado el nivel universitario y un 8.3% de ellos había alcanzado el nivel primario (Tabla No. 02). Esto es similar a lo encontrado en un Hospital del norte del Perú y mayor a lo encontrado en Portugal y Brasil en donde el 15.7% había completado el nivel universitario a pesar que el estudio se realizó en un Hospital de mayor nivel de complejidad que nuestro Hospital II Cañete que se encuentra ubicado en una zona de menor desarrollo, además demostró que la información demográfica si tenía alguna relación con la percepción del paciente hacia el anestesiólogo.^{10,21} El grado de instrucción limitado sobre temas de salud en Cañete, es un problema; ya que la población tiene dificultades para entender la información sobre la sanidad. Por lo tanto es imperativo que todos los anestesiólogos colaboren en dar información a los pacientes a través de medios disponibles y adecuados.

Acerca del conocimiento de quién administró la anestesia al paciente, se encontró que sólo el 35.8% de los encuestados manifestaron que el anestesiólogo es un médico especialista, mientras que el 17.5% no sabían quién le administró la anestesia (Tabla No. 04). Esto es menor a lo encontrado en Colombia, en donde el 74.10% reconocía al anestesiólogo como médico especialista y el 20.6% no sabía que persona le había dado la anestesia.¹⁴ Esta diferencia quizás se deba a que nuestro estudio se realizó en un Hospital ubicado en una zona subdesarrollada del país, en donde las personas viven con escasos recursos económicos. Llama la atención que el 32.5% de los pacientes encuestados piensen que el anestesiólogo es un médico general, es decir subvaloran el total de años de estudio que realiza el médico especialista (Tabla No. 04). El estudio que más se acerca a nuestra situación como población es el publicado en el 2015 y 2011 en Brasil realizado a pacientes que iban a ser sometidos a cirugía electiva y se encontró que cerca del 13.7% no sabían quién le administró la anestesia y sólo el 51.75% reconoció que era médico.^{9,27}

El conocimiento de los pacientes acerca del rol que tienen los anestesiólogos esta poco esclarecido e ignoran muchas de sus funciones, a pesar de esto en nuestro estudio la mayoría de pacientes reconocieron al anestesiólogo como médico especialista y un menor porcentaje dijo que era técnico. Nuestros hallazgos son similares a los descritos por Nagrampa et al, en el que la mayoría de los pacientes creen que los anestesiólogos son médicos especialistas pero no están seguros de la función durante la cirugía o fuera del quirófano.⁸

Un estudio norteamericano del año 2014 concluyó que a pesar del alto nivel de educación y alfabetización en salud en el grupo de encuestados, el 86% sabía que el anestesiólogo era un médico especialista en anestesia, sin embargo el papel de los anestesiólogos de todo el sistema hospitalario no era bien conocido.¹³

Un estudio realizado por Jindal et al, evidenció que en poblaciones necesitadas de asistencia médica tienen acceso a internet, pero son menos propensos a usarlo para buscar información sobre salud que la población en general, por tanto un folleto explicativo acerca de la anestesia puede ser la manera más eficaz de establecer una buena comunicación con el paciente.²² Al comparar nuestros resultados con los estudios previos y con el estudio realizado en la India en el año 2013, se encontró que la percepción que tienen los pacientes de los anestesiólogos ha mejorado globalmente.²³

En los resultados de dos estudios realizados en Grecia y Brasil, la mayoría de los pacientes encuestados reconocieron a los anestesiólogos como médicos especialistas, mientras que en Arabia Saudita solo la mitad de los pacientes encuestados identificaron al anestesiólogo como especialista.^{3,25,30} La edad y la escolaridad fueron factores estadísticamente significativos para definir los pacientes que conocían la calificación médica del anestesiólogo, lo que podría tener una explicación lógica, ya que los individuos de mayor nivel intelectual y mayor edad, buscasen más información y las asimilen con mayor coherencia.

Respecto a los factores asociados al reconocimiento de la persona que le administró la anestesia al paciente, el 70.8% dijeron que si reconocería al anesthesiólogo que le dió la anestesia si lo viera nuevamente (Tabla No. 05). El presente estudio ha mostrado una correlación significativa con la investigación de Giraldo et al, en donde el 86.5% respondieron de manera afirmativa al preguntarle si reconocería a su anesthesiólogo.¹⁴ Es posible que el efecto de fármacos ansiolíticos usados durante el peri operatorio, pueden ejercer un impacto en este recuerdo, así como lo hacen sobre otros detalles de su experiencia en el quirófano. Las variables de edad, sexo, escolaridad o especialidad quirúrgica no están asociadas al reconocimiento de la persona que le administró la anestesia al paciente (Tabla No. 05).

En la pregunta realizada a los encuestados acerca del conocimiento del nombre de quién administró la anestesia, el 61.7% dijeron que no recuerda el nombre de su anesthesiólogo, lo que concuerda con un estudio realizado en Colombia, en donde el 55% de los encuestados respondió de forma negativa al preguntarle si recordaba el nombre de su anesthesiólogo.¹⁴ Además no existen variables asociadas al conocimiento del nombre de quién administró la anestesia al paciente (Tabla No. 06).

Cuando se les preguntó a los pacientes si recordaban el tipo de anestesia que le administraron, el 12.5% no sabía que tipo de anestesia recibió, mientras que el 40% de los que recibieron anestesia general, la identificaron como tal (Tabla No. 07). Estos datos son menores a los reportados por Giraldo et al, quien señaló con respecto a la técnica anestésica que el 23.2% de los encuestados no sabía el tipo de anestesia recibida, esta diferencia quizás se deba a que en nuestro estudio, los pacientes pudieron recepcionar adecuadamente la información brindada por el anesthesiólogo en la evaluación pre anestésica.¹⁴ Las variables de edad, sexo y especialidad quirúrgica son estadísticamente significativas, por tanto están asociadas al conocimiento del tipo de anestesia recibida. Esto se debe a que mayor edad, las personas adquieren mayor conocimiento acerca de los procedimientos anestésicos a los que serán sometidos.

En la dimensión información, sólo el 64.2% de los pacientes manifestaron que si se les brindó información suficiente sobre el proceso de anestesia, esto es menor a lo encontrado en Uganda, donde se evaluó un proceso de consentimiento informado para investigaciones científicas, en el cual la mayoría de encuestados (94.1%) consideró que recibían suficiente información antes de decidirse a participar (Tabla No. 08).⁴⁵ En cuanto a la recepción de información sobre los riesgos anestésicos, el 93.3% manifestaron que el anesthesiólogo brinda información suficiente acerca de los riesgos y complicaciones, esto es opuesto a lo encontrado en Pakistán, en donde solo un 4.9% de los pacientes dijeron que sabían acerca de los riesgos y complicaciones del procedimiento anestésico propuesto y es similar a lo encontrado en Paraguay, en el cual el 59% de la población manifestó conocer los riesgos y complicaciones.¹⁰ A pesar de esto los datos de nuestro estudio revelan que no se les esta brindando a los pacientes la suficiente información en un tema tan importante como son los riesgos y complicaciones anestésicas, lo cual debe darse a la totalidad de los pacientes que se someterán a procedimiento quirúrgico. Además se observó que la edad es una variable asociada a la recepción de información sobre riesgos anestésicos, ya que a mayor edad y por ende mayor grado de instrucción se asume que el paciente entendió con mayor exactitud lo descrito por el anesthesiólogo.

Al evaluar la calidad de información brindada por el anesthesiólogo, el 77.5% admitió haber entendido el lenguaje empleado por el profesional, esto concuerda con el estudio realizado el Giraldo et al, en el que el mayor porcentaje de encuestados también admitió haber entendido lo que le dijo su anesthesiólogo.¹⁴

Es un derecho fundamental del paciente recibir información clara y completa acerca del procedimiento que se le realizarán y los riesgos anestésicos. En nuestro estudio un 35.8% refirió que no se les había explicado el procedimiento anestésico y un 6.7% no se les informó sobre los riesgos anestésicos; lo cual plantea una falta de rigurosidad en esta importante información durante la evaluación preoperatoria (Tabla No. 08). Por tanto es necesario dar más información sobre anestesia y periodo peri operatorio en el Hospital II Cañete.

Una educación correcta del paciente sobre la anestesia compete en primer lugar al anesthesiologo, esto implica un mayor interés en fomentar lazos con el paciente y de esta manera, la satisfacción estará implicada en la calidad del medico y no en un suceso terapéutico. Además es importante transmitir al paciente seguridad y confianza de los procedimientos realizados para que de esta manera mejore la relación medico paciente.

Debemos destacar que los médicos, deben respetar al ser humano integralmente y considerar los componentes mentales psicológicos, emocionales, sociales y espirituales. Por esto el respeto al paciente debe darse en las palabras y en la actitud, para esto es necesario que el medico anesthesiologo interactúe con el paciente y le proporcione una actitud humana, lo que presupone respeto mutuo entre ambas partes.

En la relación anesthesiologo paciente deben ser incorporadas habilidades técnicas y actitudes reflexivas y considerar cada cita entre profesional y paciente como único. En este contexto, el anesthesiologo, debe procurar establecer con su paciente una relación de respeto y para esto, debe identificarse como siendo un profesional de la anestesia, preguntar el nombre del paciente, explicar detalladamente el procedimiento que será hecho y sobretodo respetar su intimidad. La humanización se traduce en la actitud del profesional frente a la calidad de atención y exige una estrecha relación médico paciente, en que debe ser considerada la subjetividad de personas que participan en esta interacción.³

Con respecto a los factores asociados a la sensación de temor del proceso anestésicos, el 29.2% de los pacientes dijeron que temían a sentir dolor durante la cirugía y el menor porcentaje de encuestados temía a las posibles nauseas después de la cirugía (Tabla No. 11). Mientras que no despertar después de la cirugía fue la principal preocupación de los pacientes encuestados en el estudio realizado por Ribeiro et al. El temor prevalente a tener nauseas durante el posoperatorio y el no poder despertar después de la cirugía fueron los factores asociados más frecuentes en un estudio Colombiano.

También en un estudio realizado por Mavridou et al, un gran porcentaje de pacientes experimentan ansiedad preoperatoria y que la principales fuentes de la ansiedad eran el miedo al dolor posoperatorio así como también al no despertar después de la cirugía.¹⁸

No existen factores asociados estadísticamente significativos a la sensación de temor al proceso anestésico, es decir no pareció influir en el miedo de los pacientes a la cirugía, la edad, el sexo, el grado de instrucción o la especialidad quirúrgica.

Los pacientes deben ser informados acerca de la seguridad actual de la anestesia y las funciones del anesthesiologo. Se debe involucrar al paciente a disminuir sus temores y brindarle tranquilidad en todo momento.

Al preguntarles a los pacientes si se sentían mas tranquilos después de la evaluación pre anestésica, el 96.7% respondieron afirmativamente. Solo el 3.3% dijeron que no se sintieron mas tranquilos después de la evaluación previa a la anestesia (Tabla No. 12). Estos resultados estuvieron acorde con los presentados en el estudio realizado en Colombia en el año 2014, en el que el 93.8% de los pacientes encuestados admitieron haber estado mas tranquilos después de la valoración anestésica.²

Recordemos que la evaluación pre anestésica es el primer contacto del paciente con el anesthesiologo y si en ese momento se logra hacer empatía, la relación anesthesiologo paciente será adecuada. En nuestra investigación, la mayor parte de pacientes encuestados refirieron que si se sintieron más tranquilos después del primer contacto con el anesthesiologo, ya que en este momento el especialista pudo explicar de una manera oportuna al paciente todo lo concerniente al procedimiento anestésico. Además las variables de edad, sexo, escolaridad y especialidad quirúrgica no son estadísticamente significativas con respecto a la sensación de tranquilidad después de la evaluación pre anestésica.

Gottschalk et al, señala en su estudio realizado en un Hospital universitario que la mayoría de pacientes sabían que los anestesiólogos eran médicos, la mayor parte de ellos subestimó la cantidad de formación necesaria para convertirse en anestesiólogo pero en general los encuestados subestimaron la formación y el papel del anestesiólogo en el quirófano y en el hospital.¹⁷

En cuanto a la calificación otorgada por el cuidado anestésico recibido fue de 8 en el 50% de los encuestados y 10 en el 50 %, los cuales tuvieron que elegir en una escala del 0 al 10, siendo 0 la mínima y 10 la máxima calificación de la anestesia recibida (Tabla No. 13). En general, la satisfacción definida como un puntaje mayor o igual a 5 en la escala verbal análoga fue del 100% y la insatisfacción con el procedimiento anestésico definida como un puntaje menor o igual a 5 en la escala verbal análoga de 0 a 10 fue nula. No se observaron variables asociadas a la calificación del proceso anestésico.

Al evaluar el grado de la relación anestesiólogo-paciente, el 65.8% de la población encuestada, estuvo satisfecha con la atención anestésica ya que al preguntarle respondió que no tenía alguna inconformidad con relación al trato del anestesiólogo y si tuviera que operarse de nuevo le gustaría que fuera atendido por el mismo anestesiólogo, mientras que el 34.2% refirió tener alguna inconformidad con el trato recibido por el anestesiólogo y no le gustaría que fuera atendido por el mismo anestesiólogo (Tabla No. 14). Alshehri et al, señala en su revisión que el nivel general de satisfacción fue alta y que hubo una fuerte relación entre la insatisfacción del paciente y el mal control del dolor posoperatorio y náuseas.⁷ La edad y la especialidad quirúrgica son variables estadísticamente significativas ($p < 0.05$) asociados a la percepción de la relación anestesiólogo paciente.

Se ha desarrollado en Francia un estudio con el propósito de validar un cuestionario para medir la satisfacción peri operatoria, realizando 19 preguntas estructuradas en 5 dimensiones como atención, información, discomfort, dolor y espera. Esta nueva herramienta multidimensional permite conocer la percepción de la relación anestesiólogo paciente y así poder corregir las deficiencias que se presentan en ésta.¹⁹

Los primeros datos acerca de la relación anestesiólogo paciente se realizaron en 1960 y los autores concluyeron que las sensaciones de ansiedad se debían sobre todo a la pobre relación que el anestesiólogo lograba establecer con su paciente.²⁷ Nuestro estudio muestra altas tasas de satisfacción con respecto al cuidado del anestesiólogo a comparación de la investigación realizada en la India en una población de una zona rural, en el que el conocimiento sobre anestesia es extremadamente bajo debido a las altas tasas de analfabetismo y la ausencia de asesoramiento preoperatorio del anestesiólogo.²³

Esta diferencia fue posiblemente porque la población incluida fue de una provincia donde el nivel de educación es mayor que en la India. En un estudio similar realizado en el reino unido el 80% de los pacientes encuestados respondieron correctamente acerca del rol del medico especialista.²⁸ Es por esto que mejorando el nivel de educación de la población, podemos mejorar estos resultados, los cuales se ven reflejados por estudios realizados en países desarrollados.

El consentimiento informado es un documento medico legal entre el paciente y el medico y ambos deben entender sus implicancias. Para la mayoría de pacientes es un simple papel firmado, lo cual es un concepto erróneo. Los anestesiólogos deben realizar la explicación del contenido del consentimiento pre anestésico ya que de esta manera se pueden evitar problemas medico legales. El dolor es la más frecuente causa preoperatoria de ansiedad y temor de pacientes, así cuando se informe sobre el procedimiento anestésico se debe mencionar sobre la posibilidad de manejo de dolor posoperatorio, de esta manera esto puede tener un rol significativo en disminuir la ansiedad.

Los pacientes de áreas rurales no ven la relación medico paciente un tema legal a diferencia de las grandes ciudades. Ellos confían completamente en el tratamiento del medico y no hacen muchas preguntas. Esta misma actitud es responsable del 65.8% de pacientes que estuvieron satisfechos después de la cirugía, a pesar de que al menos se reportó un problema en el periodo posoperatorio.

Un aspecto positivo fue cuando se les preguntó a los pacientes si les gustaría que fuera el mismo anestesiólogo en su próxima cirugía, el 100% respondió que si y esto sería una afirmación lógica ya que si en la primera cirugía les fue bien desearían tener a un anestesiólogo conocido en vez que a uno que no conocen.

La satisfacción del paciente es frecuentemente estudiada usando escalas para la valoración de la satisfacción del paciente. La satisfacción del paciente no está directamente determinada por los resultados de la anestesia o la ausencia de disconfort o dolor posoperatorio, más importante es la forma como el profesional de la salud actúa en esos problemas influenciando en el grado de satisfacción.

En este estudio nosotros hemos observado que proveer información y la relación médico paciente son los mayores determinantes de la satisfacción del paciente con el cuidado peri operatorio.

La evaluación de la satisfacción de los pacientes luego de los procedimientos anestésicos es un importante parámetro para el control de la calidad y mejoramiento continuo de la atención hospitalaria. Existen múltiples instrumentos para evaluar la satisfacción en el paciente quirúrgico, desde instrumentos unidimensionales como la escala verbal análoga hasta encuestas elaboradas y extensas. En este estudio se tomó la escala verbal análoga como instrumento de medición de satisfacción por su fácil aplicación y posibilidad de aplicarla a un gran número de pacientes. Con respecto a los estudios previos que evaluaban la satisfacción con la atención anestésica, este trabajo corrobora la tendencia mundial al obtener altos valores de satisfacción en este aspecto, así como se ha visto en los trabajos de Myles et al, en el que reportan una satisfacción del 96.8%.²⁷ En nuestro estudio la satisfacción iba de la mano con el adecuado trato de los anestesiólogos y el adecuado control en la unidad de recuperación pos anestésica, encontrando asociación estadística significativa con la edad avanzada.

Este estudio además de los resultados comentados, nos brinda información en cuanto a los tipos de anestesia utilizados y sus efectos secundarios en la recuperación pos anestésica, lo cual es muy útil en el mejoramiento continuo del departamento de anestesiología.

En lo relacionado a la especialidad quirúrgica como cirugía general o ginecoobstetricia, el tiempo de permanencia en la recuperación y los efectos adversos de la anestesia general o anestesia regional parecieron influenciar en la calificación del proceso anestésico, ya que el tipo de especialidad quirúrgica fue un factor asociado a la percepción de la relación anestesiólogo paciente.

Otra explicación para los altos niveles de satisfacción observados en nuestro estudio puede ser por el cuidado anestésico continuo en el manejo de los pacientes, incluyendo la evaluación preoperatoria, el intraperatorio, el posoperatorio inmediato y la adecuada analgesia que es un derecho fundamental y representa la mayor prioridad de la Institución. Esto es similar a lo encontrado por Kouki et al, un estudio realizado en Grecia, que concluye que la interacción anestesiólogo paciente durante todo el periodo peri operatorio y un adecuado control del dolor son predictores significativos en la satisfacción del paciente.²⁶

El objetivo de mejorar la percepción de la relación anestesiólogo paciente en sala de operaciones debe ser conseguido a través de videos institucionales en servicios de cirugía ambulatoria, así se puede reducir la ansiedad y aumentar la comprensión de la función de la anestesia durante la cirugía; por tanto es necesario fortalecer la percepción que tienen los pacientes sobre la relación anestesiólogo paciente haciendo que no se limite a la evaluación pre anestésico y acto quirúrgico sino que incluyan tiempos del peri operatorio.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.1 CONCLUSIONES

- Los factores asociados a la percepción de la relación anestesiólogo paciente son la edad y la especialidad quirúrgica.
- La percepción del anestesiólogo por el paciente está subvalorizada y no es claro para la población estudiada que el anestesiólogo cumple diversas funciones dentro y fuera del quirófano.
- Los factores asociados al nivel de conocimiento sobre quién le administró la anestesia al paciente son la edad y escolaridad.
- La edad, el sexo y especialidad quirúrgica son factores asociados al conocimiento del tipo de anestesia recibida.
- La edad es un factor asociado a la recepción de información sobre los riesgos anestésicos.

V.2 RECOMENDACIONES

- Recomendamos que los anestesiólogos tengan un mayor acercamiento a la población para dar a conocer su rol y la forma en que contribuyen al cuidado y seguridad del paciente.
- Recomendamos realizar futuros estudios para mejorar el conocimiento del paciente sobre el proceso perioperatorio en el Hospital II Cañete y para entender cuál es la mejor forma de comunicarse con los pacientes.
- Recomendamos que los anestesiólogos pongan mayor énfasis en la comunicación durante la visita preoperatoria ya que es el primer contacto con el paciente.
- Recomendamos a los anestesiólogos realizar un curso de relaciones humanas aplicado a la especialidad para que puedan mejorar la interacción medico paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos F, Fernandes MG, Oliveira HJ. Acogida y Humanización en la visión de los anestesiólogos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2012 Marzo- Abril; 62(2).
2. Cobos CP, Chaves A. Percepciones y conceptos acerca de la práctica anestésica: una mirada desde la perspectiva del paciente. *Revista Colombiana de Anestesiologia*. 2008 Diciembre; 36.
3. Oliveira KF, Clivatti J, Munechika M. ¿Que es lo que el paciente sabe sobre el trabajo del anestesiólogo? *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2011 Noviembre-Diciembre; 61(6).
4. Castellanos-Olivares A, Evangelina-Cervantes H, Vásquez-Márquez PI. Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica en el paciente geriátrico. *Revista Mexicana de Anestesiologia*. 2013 Abril-Junio; 36.
5. Pachon M. Relación anestesiólogo-paciente. 1991 Agosto..
6. Vanegas AA, Cartagena S, Parra V, Cuellar M, Cohin R. Relación anestesiólogo paciente. *Revista Colombiana de Anestesiologia*. 1985 Octubre-Diciembre; 13(4).
7. Alsheri AA, Alomar YM, Mohammed GA, Al-Fozan MS, Al-Harbi MS, Alrobai KA. Una encuesta sobre la satisfacción del paciente posanestésica de un hospital universitario. *Arabia Journal Anaesthesia*. 2015 Julio-Setiembre; 9(3).
8. Nagrampa D, Bazargan-Hejazi S, Neelakanta G, Mojtahedzadeh M, Ley A, Miller M. Una encuesta de la función del anestésico, la confianza en los anestésicos, el conocimiento y los temores acerca de la anestesia en pacientes predominantemente hispanos de una clínica de la anestesia preoperatoria del condado del centro de la ciudad. *Journal Clinical Anesthesia*. 2015 Marzo; 27(2).
9. Ortiz J, Wang S, Elayda MA, Tolpin DA. Información preoperatoria al paciente : ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2015 Enero-Febrero; 65(1).

10. Ribeiro CS, Mourao JI. Anestesiologo: la percepcion del paciente. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2015; 65(6).
11. Fischbeck S, Zimmer S, Laufenberg-Feldmann R, Laubach W. Lista rapida de consulta de premedicacion: orientada a la informacion del paciente sobre la anestesia. Anaesthesist. 2014 Noviembre; 63(11).
12. Umgelter K, Anetsberger A, Schmid S, Kochs E, Jungwirth B, Blobner M. Survey on the need for information during the preanesthesia visit. Anaesthesist. 2014 Octubre; 63(10).
13. Garcia-Marcinkiewicz A, Larga T, Danielson D, Rose S. La alfabetización en salud y anestesia: el conocimiento de los roles del anestesiologo y la información que desee en la visita preoperatoria de los pacientes. Journal Clinical Anesthesia. 2014 Agosto; 26(5).
14. Giraldo Tascon VL, Gabriel CG, Quintero SU, Palacio L, Diaz AY, Palacio Arboleda M. Percepción de la relación anestesiólogo-paciente valorada en el posoperatorio de pacientes ASA I y II en instituciones de nivel III y IV (estudio RAP-2) en Cali, Colombia. Revista Colombiana de Anestesiología. 2014 Enero; 42(1).
15. Gebreegziabher E, Nagaratnam V. Assessment of patient satisfaction with the preoperative anesthetic evaluation. Patient Related Outcome Measures. 2014; 5.
16. Egbert L, Jackson S. Therapeutic benefit of the anesthesiologist-patient relationship. Anesthesiology. 2013 Diciembre; 19(6).
17. Gottschalk A, Seelen S, Tivey S, Rich G. ¿Qué saben los pacientes de los anestesiólogos? Resultados de una encuesta comparativa en un Hospital Universitario de Estados Unidos, Australia y Alemania. Journal Clinical Anesthesia. 2013 Marzo; 25(2).
18. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnautoglou E, Papadopoulos G. La ansiedad del paciente y el miedo a la anestesia: efecto del género, edad, educación y la experiencia previa de la anestesia. Journal Anesthesia. 2013

Febrero; 27(1).

19. Maurice-Szamburski A, Bruder N, Loundou A, Capdevila X, Auquier P. Desarrollo y validación de un cuestionario de satisfacción perioperatoria en la anestesia regional. *Anesthesiology*. 2013 Enero; 118(1).
20. Santos MdFO, Melo M, Soares Sousa E, De Oliveira H, Lisboa G. Aspecto éticos tenidos en cuenta en la relación Médico Paciente: Vivencias de los Anestesiólogos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2013; 63(5).
21. Cochachin-Chuica C, Cardoza Jimenez K, Cochachin Chuica C, Purizaca Rosillo N, Baudry Rodriguez N. Percepción y cumplimiento del consentimiento informado anestesiológico para cirugías electivas en un hospital del norte del Perú. *Revista cuerpo médico HNAAA*. 2013; 6(4).
22. Jindal P, Khurana G, Bharadwaj A, Mallik S, Oberoi D. Current understanding of the literate versus illiterate patient's knowledge about anesthesiologists: A comparative study. *Anesthesia Essays and Researches*. 2013 January- April; 7(1).
23. Singh P, Kumar A, Trikha A. Rural perspective about anesthesia and anesthesiologist : A cross-sectional study. *Journal of Anaesthesiology Clinical Phamacology*. 2013 April-June; 29(2).
24. Bhattarai B, Kandel S, Adhikari N. La percepción sobre el papel de la anestesia y anestesiólogo entre el personal paramédico: perspectiva desde una facultad de medicina en Nepal. *Katmandú University Medicine Journal*. 2012 Abril-Junio; 10(38).
25. Mavridou P, Dimitriou V, Papadopoulou M, Manataki A, Arnaoutoglou E. Efecto de la experiencia de la anestesia anterior sobre el conocimiento y el deseo de información sobre la anestesia y el anestesiólogo. *Acta Anaesthesiology Bel*. 2012; 63(2).
26. Kouki P, Matsota P, Christodoulaki K. Greek surgical patients satisfaction related to perioperative anesthetic services in an academic institute. *Patient Preference and Adherence*. 2012; 6.

27. Leite F, Muñiz L, Ernandes S, Dias A. Patient perceptions about anesthesia and anesthesiologists before and after surgical procedures. Sao Paulo Medical Journal. 2011; 129(4).
28. Caljouw MA, Van Beuzekom M, Boer F. Patient`s satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. British Journal of Anaesthesia. 2008 March; 100(5).
29. Hariharan S, Merritt-Charles L, Chen D. La percepción del paciente sobre el papel de los anesthesiólogos: una perspectiva desde el Caribe. Journal Clinical Anesthesia. 2006 Noviembre; 18(7).
30. Baaj J, Takrouri M, Hussein B. Conocimiento de los pacientes de Arabia Saudita y la actitud hacia la anestesia y anesthesiólogos. Oriente Medio Journal Anaesthesiology. 2006; 18(4).
31. Sugimoto Y, Baba M, Aishin K, Nishimura M, Maku S. Encuesta-Cuestionario sobre una hoja de información de anestesia. Masui. 2005; 54(1).
32. T T. Encuesta de hoja de información de anestesia y opiniones de los pacientes acerca de la visita del anesthesiologo. Masui. 2007 Marzo; 56(3).
33. Baillard C, Lamberto J, Martinez C, Le Toumelin P, Fournier J. Perspectivas del paciente con respecto a los servicios de anestesia. Can Journal Anaesthesia. 2001 Junio; 48(6).
34. Cohen M, Rose D, Yee D. Cambiando los patrones de practica de los anesthesiologos. ¿Se puede realizar? Anesthesiologia. 1996 Agosto; 85(2).
35. Garcia-Sanchez M, Prieto Cuellar M, Galdo-Abadin J, Palacio-Rodriguez M. ¿Podemos cambiar la imagen del anesthesiologo? Revista Española de Anesthesiologia y Reanimación. 1996 Junio-Julio; 43(6).
36. Calman L, Mihalache A, Evron S. El conocimiento actual de la actitud del paciente hacia el papel del anesthesiologo y la practica en Israel. Journal Clinical Anesthesia. 2003 Setiembre; 15(6).

37. Matthey P, Finucane B, Finegan B. La actitud del público en general hacia la evaluación y los riesgos asociados con la anestesia general preoperatoria. *Can. Journal Anaesthesia*. 2001 Abril; 48(4).
38. Royston D, Cox F. Anestesia: el punto de vista del paciente. *Lancet*. 2003 Noviembre; 362.
39. Auquier P, Pernoud N, Bruder N. Desarrollo y validación de un cuestionario de satisfacción perioperatorio. *Anestesiología*. 2005 Junio; 102(6).
40. Klapfta J, Roizen M. El conocimiento actual de las actitudes de los pacientes hacia la preparación anestésica. *Anesthesia Analgesia*. 1996 Diciembre; 83(6).
41. Zvara D, Nelson J, Brooker R. La importancia de la visita preanestésica. *Anesthesia Analgesia*. 1996 Octubre; 83(4).
42. Shevde K, Panagopoulos G. Una encuesta de conocimientos, actitudes y preocupaciones con respecto a la anestesia. *Anesthesia Analgesia*. 1991 Agosto; 73(2).
43. Chanthong P, Abrishami A, Wong J, Herrera F, Chung F. Systematic review of questionnaires measuring patient satisfaction in ambulatory anesthesia. *Anesthesiology*. 2009 Mayo; 110(5).
44. Irita K, Takahashi S. La falta de comunicación entre anestesiólogos y cirujanos. *Masui*. 2000 Enero; 49(1).
45. Kiguba R, Kutyabami P, Kiuwa S, Katabira E, Sewankambo NK. Assessing the quality of informed consent in a resource-limited setting : a cross-sectional study. *BMC MedEthics*. 2012 August ; 13(21).
46. Gempeler F, Avellaneda M. Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2010 Mayo; 38(2).

Anexo 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ENCUESTA DE OPINIÓN

Número de ficha:

Especialidad Quirúrgica: 1. Cirugía general
2. Ginecología y Obstetricia

Género: 1. Masculino
2. Femenino

Edad (años):

Escolaridad: 1. Primaria
2. Secundaria
3. Técnico
4. Profesional

I. Quién me administró la anestesia es:

- 1) Técnico
- 2) Enfermero
- 3) Médico general
- 4) Médico especialista
- 5) No sabe

II. Reconocería a la persona que me administró la anestesia si lo viera nuevamente

- 1) Si
- 2) No

III. ¿Recuerdo el nombre de quién me administró la anestesia?

- 1) Si
- 2) No

IV. ¿Recuerdo el tipo de anestesia que me realizaron?

- 1) Anestesia regional

- 2) Anestesia general
 - 3) Anestesia local
 - 4) No sabe
- V. ¿Me explicaron en qué consistía el procedimiento anestésico?
- 1) Si
 - 2) No
- VI. ¿Me explicaron los riesgos anestésicos?
- 1) Si
 - 2) No
- VII. ¿Entendí las palabras o el lenguaje que uso el doctor para explicarme el procedimiento anestésico?
- 1) Si
 - 2) No
- VIII. ¿Sentí temor antes de la anestesia?
- 1) Si
 - 2) No
- IX. ¿A qué cosas le temía?
- 1) Posibles nauseas después de la cirugía
 - 2) Sentir dolor durante la cirugía
 - 3) No poder despertarme después de la cirugía
 - 4) Despertarme durante la cirugía
 - 5) Recordar algún evento intraoperatorio
- X. ¿Me sentí mas tranquilo después de la evaluación preanestésica?
- 1) Si
 - 2) No

- XI. ¿Quién me administró la anestesia fue el mismo que me valoró en la consulta preanestésica?
- 1) Si
 - 2) No
- XII. ¿Lo que me dijo el anestesiólogo se cumplió?
- 1) Si
 - 2) No
- XIII. ¿Tengo alguna inconformidad con relación al trato del anestesiólogo?
- 1) Si
 - 2) No
- XIV. ¿Si tuviera que operarme de nuevo me gustaría que fuera atendido por el mismo anestesiólogo?
- 1) Si
 - 2) No
- XV. ¿Cómo calificó la anestesia recibida en una escala de 0 a 10, siendo 0 la mínima y 10 la máxima?
- 1) 0-1
 - 2) 2-4
 - 3) 5-6
 - 4) 7-8
 - 5) 9-10
- XVI. ¿Se me presentaron los siguientes problemas en recuperación?
- 1) Dolor
 - 2) Nauseas
 - 3) Vómitos
 - 4) Ninguno

Anexo 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr./Sra. _____ identificado con N°DNI
_____.

Manifiesto:

Que he sido informado por el médico anestesiólogo _____ del estudio que se realiza en el Hospital II Cañete sobre los factores asociados a la percepción de la relación anestesiólogo.paciente, así como de la importancia de mi colaboración, no suponiendo riesgo alguno para mi salud.

Acepto:

Participar en el estudio colaborando en cada uno de los puntos expuestos a continuación:

1. Recogida de datos que realizaré llenando la encuesta de opinión que me proporcione el medico anestesiólogo.
2. Responder con absoluta sinceridad y veracidad.

Las personas que realizan el estudio garantizan que, en todo momento, la información recogida a los participantes será confidencial y sus datos serán tratados de forma anónima.

Después de ser debidamente informado, deseo libremente participar y me comprometo a colaborar en todo lo anteriormente expuesto, pudiendo interrumpir mi colaboración en cualquier momento.

En Cañete, a _____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico anestesiólogo

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPOTESIS	VARIABLES	TIPO DE DISEÑO	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	TEMA ESTADÍSTICO
<p>¿Cuáles son los factores asociados a la percepción de la relación anestesiólogo-paciente en los pacientes del Hospital II Cañete durante el año 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Identificar los factores asociados a la percepción de la relación anestesiólogo-paciente en los pacientes del Hospital II Cañete durante el año 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ° Determinar la percepción del paciente sobre la relación anestesiólogo-paciente. ° Identificar los factores sociodemográficos del paciente asociados a su percepción de la relación anestesiólogo-paciente. ° Identificar las características educativas y culturales del paciente asociados a su percepción de la relación anestesiólogo-paciente. ° Identificar la asociación entre el tipo de anestesia y la percepción de la relación anestesiólogo-paciente. 	<p>La investigación no tiene hipótesis</p>	<p>Independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Género Escolaridad Edad Nivel de ansiedad Temores Grado de satisfacción Cuidado anestésico recibido <p>Dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Relación anestesiólogo paciente 	<p>No experimental</p> <p>Analítico Transversal</p> <p>POBLACION:</p> <p>Todos los adultos que fueron sometidos de forma electiva a cirugías en el servicio de anestesiología del Hospital II Cañete Essalud, en el periodo de enero a marzo del año 2016, que cumplan criterios de inclusión y exclusión.</p>	<p>Encuesta de 16 preguntas con opciones de respuesta múltiple.</p>	<p>Barra conceptual</p>