

**PERCEPCION DE LA ANESTESIA Y DEL ANESTESIOLOGO EN PACIENTES  
SIN EXPERIENCIA PREVIA ANESTESICO-QUIRURGICA**

**ELBA ROCIO OROZCO GALVIS**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
BUCARAMANGA  
2012**

**PERCEPCION DE LA ANESTESIA Y DEL ANESTESIOLOGO EN PACIENTES  
SIN EXPERIENCIA PREVIA ANESTESICO-QUIRURGICA**

**ELBA ROCIO OROZCO GALVIS**

Tesis de investigación para optar por el título de  
**ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN**

Director y Co-Investigador Principal  
**HECTOR JULIO MELENDEZ FLOREZ**  
Especialista en Anestesiología y Reanimación Intensivista.  
Epidemiólogo.

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
BUCARAMANGA  
2012**

*A mi esposo  
por su amor, paciencia y apoyo  
permanente y desinteresado.  
A nuestra bebé.*

*A mis maestros y compañeros  
por acompañarme en la realización  
de esta meta profesional.*

*A mi familia que desde lejos  
Siempre me da las energías necesarias  
para seguir adelante.*

*A Dios.*

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	15
1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	16
1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	16
1.2 RESUMEN DEL PROYECTO	16
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.4 GRUPO EJECUTOR DEL PROYECTO	18
1.5 INSTITUCIONES PARTICIPANTES	19
1.6 RESULTADOS ESPERADOS	19
1.7 IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA INNOVACIÓN PROPUESTA	20
2. MARCO TEÓRICO	21
2.1 ANESTESIA E HISTORIA	21
2.2 ESTADO DEL ARTE	22
3. JUSTIFICACIÓN	27
4. OBJETIVOS	28
4.1 OBJETIVO GENERAL	28
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
5. METODOLOGÍA	29
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	29
5.2 POBLACIÓN	29
5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	29
5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	30
5.5 TAMAÑO DE MUESTRA	30
5.6 DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS	30

5.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	31
5.8 PRUEBA PILOTO	35
5.9 MANEJO DE LA INFORMACIÓN	35
5.9.1 Calificación de la percepción sobre el anesthesiólogo	36
5.9.2 Calificación de la percepción sobre la anestesia	37
5.9.3 Calificación de preferencias sobre la anestesia y el anesthesiólogo	38
5.10 METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	38
6. ASPECTOS ÉTICOS	40
7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	41
8. PRESUPUESTO	42
9. RESULTADOS	44
9.2 PERCEPCIÓN SOBRE LA ANESTESIA	52
9. 3 IMPORTANCIA Y PREFERENCIAS SOBRE LA ANESTESIA Y EL ANESTESIÓLOGO: GRUPOS 1 Y 2	55
9.4 REFERENCIAS Y TEMORES SOBRE LA ANESTESIA	58
9.4 EVALUACIÓN DE LA ANESTESIA Y ANESTESIÓLOGO GRUPO 2	62
10. DISCUSION	63
CONCLUSIONES	71
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	77

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Flujograma de recolección de datos Grupo 1.	31
Figura 2: Flujograma de recolección de datos Grupo 2.	33

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Percepción del anestesiólogo	37
Tabla 2. Percepción, referencias y temores sobre la anestesia	38
Tabla 3. Cronograma de actividades	41
Tabla 4. Presupuesto de equipos, materiales e insumos	42
Tabla 5. Presupuesto de recurso humano:	42
Tabla 6. Características basales según grupo	44
Tabla 7. Percepción del anestesiólogo Grupo 1	47
Tabla 8. Regresión logística para percepción del anestesiólogo	49
Tabla 9. Rol del anestesiólogo	50
Tabla 10. Consulta preanestésica	50
Tabla 11. Áreas de desempeño del anestesiólogo	51
Tabla 12. Percepción Rol del Anestesiólogo Grupo 2	51
Tabla 13. Análisis Bivariado Rol del Anestesiólogo	52
Tabla 14. Percepción sobre la anestesia	53
Tabla 15. Percepción sobre anestesia según grupo	54
Tabla 16. Regresión logística para percepción de la anestesia según grupo	55
Tabla 17. Evaluación del grupo de trabajo según importancia	56
Tabla 18. Escogencia Anestesia y Anestesiólogo	58
Tabla 19. Referencias sobre la Anestesia	59
Tabla 20. Significancia sobre referencias según variables basales y Grupo	59
Tabla 21. Temores sobre la anestesia	60
Tabla 22. Tipos de temores a la Anestesia: Parte 1	61
Tabla 23. Tipos de temores a la Anestesia: Parte 2	61
Tabla 24. Evaluación de la anestesia y anestesiólogo Grupo 2	62

## LISTA DE ANEXOS

Anexo a. Encuesta N° 1: Paciente en área de consulta externa	78
Anexo b. Encuesta N° 2: Paciente en primeras 24 horas POP	80
Anexo c. Puntuación percepción del paciente sobre el Anestesiólogo Paciente de Consulta Externa.	82
Anexo d. Percepción del paciente sobre el Anestesiólogo. Paciente con su primera experiencia Anestésico-Quirúrgica	84
Anexo e. Puntuación percepción del paciente sobre la Anestesia. Paciente de Consulta Externa	85
Anexo f. Puntuación Referencias y Temores del paciente sobre la Anestesia. Pacientes de consulta externa.	86
Anexo g. Puntuación Referencias y Temores del paciente sobre la Anestesia. Pacientes en POP primeras 24 horas	87
Anexo h. Preferencias sobre la anestesia y el anestesiólogo	88
Anexo i. Consentimiento informado para la participación del estudio	89
Anexo j. Carta aprobación DIFE	92
Anexo k. Carta de aprobación Comité de Ética CEI-FOSCAL	93

## RESUMEN

**TITULO:** PERCEPCION DE LA ANESTESIA Y DEL ANESTESIOLOGO EN PACIENTES SIN EXPERIENCIA PREVIA ANESTESICO-QUIRURGICA\*

**AUTOR:** ELBA ROCIO OROZCO GALVIS\*\*

**PALABRAS CLAVE:** PERCEPCION, ANESTESIA, ANESTESIOLOGO.

### Descripción:

**Objetivo:** evaluar la percepción de la anestesia y del anesthesiólogo en pacientes sin experiencia anestésica previa y en pacientes con su primera experiencia anestésico-quirúrgica.

**Métodos:** Estudio descriptivo y analítico de corte transversal realizado en tres instituciones de Bucaramanga y área metropolitana mediante una encuesta semiestructurada en 298 pacientes, distribuidos en 2 grupos: G1: pacientes sin experiencia anestésico-quirúrgica previa (199 pacientes) y G2: pacientes en POP inmediato de su primera cirugía (99 pacientes). Se excluyeron profesionales y familiares del área de la salud y usuarios de la consulta de anestesia. Validación interna de los instrumentos mediante el alfa de Cronbach  $>0,7$ .

**Resultados:** Reconocimiento del anesthesiólogo como médico especialista del 90%. En el G1 la percepción del anesthesiólogo fue regular y una mejor percepción estuvo asociada al nivel educativo  $p= 0,041$ , OR 0,54 (IC 95% 0,3 – 0,97), 70% reconoció las funciones del anesthesiólogo en cirugía, hubo desconocimiento en el rol del anesthesiólogo en clínicas de dolor y UCI. En el G2 la percepción del rol del anesthesiólogo en la valoración prequirúrgica fue buena, en las actividades fuera del quirófano la percepción fue mala. La percepción de la anestesia fue buena con un promedio del 52.4%, siendo mayor en G1 (55.3%), una mejor percepción estuvo asociada al tipo de institución  $p=0,0033$ , OR 0.26 (IC 95% 0.11 – 0.63) y al nivel educativo universitario  $p= 0,027$ , OR 0.50 (IC 95% 0.27 – 0.92). Para los dos grupos, el anesthesiólogo fue el segundo profesional más importante, después del cirujano. El temor por presentar complicaciones mayores fue mayor en los pacientes sin experiencia anestésica (64% vs. 22%). La satisfacción de la anestesia fue excelente en el 98% y del anesthesiólogo del 79%.

**Conclusiones:** Se debe mejorar la percepción de la anestesia y el anesthesiólogo, principalmente en el rol que desempeña fuera del quirófano.

---

\* Proyecto de grado

\*\* Universidad Industrial de Santander, Facultad de salud, Escuela de medicina, Director: Dr Hector –julio Meléndez Florez

## ABSTRACT

**TITLE:** PERCEPTION OF THE ANAESTHESIA AND THAT OF THE ANAESTHETIST IN PATIENTS WITHOUT PREVIOUS ANAESTHESIA-SURGICAL EXPERIENCE\*

**AUTHOR:** ELBA ROCIO OROZCO GALVIS\*\*

**KEY WORDS:** PERCEPTION, ANAESTHESIA, ANAESTHETIST

### **Description:**

**Objective:** Evaluate the perception of the anaesthesia and that of the anaesthetist in patients without previous anaesthesia experience and in first experienced anaesthesia-surgical patients.

**Methods:** Descriptive and analytic study of transversal cuts undergone in three institutions of Bucaramanga and its metropolitan area through the use of a semi-structural survey in 298 patients, distributed in two groups: G1: non anaesthesia- surgical experienced patients (199 patients) and G2: patients in immediate POP of their first surgery (99 patients). Health care professionals and relatives of the health care sector workers, as well as, anaesthesia consulting users were excluded. Internal instrument validation by means of Cronbach alfa >0,7.

**Results:** Recognition of the anaesthetist as a specialist physician of 90%. The perception of the anaesthetist in group G1 was fair; better perception was associated with interviewee educational level  $p=0,041$ , OR 0,54 (IC 95% 0,3 – 0,97). About 70% recognized the anaesthetist role in surgical procedures. There was ignorance about the anaesthetist role in pain clinics and UCI. The perception of the anaesthetist role in pre-surgical evaluations was positive in G2 group; however, the perception was poor in activities outside the operating room.

Anaesthesia perception was good with an average of 52.4%, being higher in G1 (55.3%). A better perception was associated with the type of institution  $p=0,0033$ , OR 0.26 (IC 95% 0.11 – 0.63) and the level of post-secondary education  $p=0,027$ , OR 0.50 (IC 95% 0.27 – 0.92). For both groups, the anaesthetist was the second most important professional, after the surgeon. The fear of major complications was higher in patients without anaesthesia experience (64% vs. 22%). The satisfaction of the anaesthesia was excellent in the 98% and in 79% for the anaesthetist.

**Conclusions:** The perception of the anaesthesia and that of the anaesthetist need to be improved, principally in the understanding of the role they play outside the operating room.

---

\* Proyect of degree

\*\* University Industrial of Santander Faculty of Healt, School of medicine, Director: Dr Hector –julio Meléndez Florez

## INTRODUCCIÓN

superan las expectativas de lo esperado hace 50 años.

La anestesia ha sido considerada como uno de los grandes avances de la humanidad y su práctica en los inicios fue desarrollada por personal no médico hasta alcanzar la profesionalización de la misma, concepto que está muy claro y es reconocido a nivel de todas las sociedades científicas de medicina. Este reconocimiento ha permitido la creación de diferentes subespecialidades como anestesia cardiovascular, neuroanestesia, anestesia obstétrica, cuidado intensivo, manejo de dolor, y a su vez ha facilitado que el profesional de la anestesia se desempeñe no solamente en el área de los quirófanos sino también fuera de ella.

Desafortunadamente la anestesiología como especialidad y el rol que desempeña el anestesiólogo son conceptos que aun no están claros dentro de los pacientes potencialmente subsidiarios de la misma y según los diferentes estudios publicados a cerca del tema, para la población en general, la anestesiología y el papel que desempeñan los anestesiólogos continúan siendo un tema poco explorado y los resultados sobre el conocimiento en el área son desalentadores, en algunos casos erróneos y hasta se le ha llegado a denominar *“la cenicienta de la cirugía”*.

Por lo anterior se decidió realizar la presente investigación cuyo objetivo fundamental es conocer la percepción que tiene la población sin experiencia anestésico quirúrgica previa. Sus resultados nos darán pautas para reforzar o difundir el rol desempeñado por el binomio anestesia-anestesiólogo dentro del grupo quirúrgico, que tiene la responsabilidad del éxito de cualquier procedimiento.

*“La medicina no tiene solo por objeto estudiar y curar,  
está íntimamente relacionada con la organización social”.*

J.P. Aron, J.P. Goubert y J.P. Peter.

## INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

- **Título:** Percepción de la anestesia y del anesthesiólogo en pacientes sin experiencia previa anestésico-quirúrgica.
- **Investigador principal:** Elba Rocío Orozco Galvis. Estudiante de posgrado de anestesiología y reanimación UIS.
- **Tutor e investigador Principal:** Héctor Julio Meléndez Flórez. Md Anesthesiólogo, Especialista en Cuidado Intensivo, Especialista en Docencia Universitaria. Msc Epidemiología. Profesor Titular UIS.
- **Entidad:** Universidad Industrial de Santander.
- **Lugar de ejecución:** Área metropolitana de Bucaramanga Colombia, en las siguientes instituciones:
  - A. Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga.
  - B. Fundación Oftalmológica de Santander. Clínica Carlos Ardila Lulle. Floridablanca.
  - C. Clínica Materno Infantil San Luis. Bucaramanga
- **Duración del proyecto:** 20 meses

Revisión bibliográfica y presentación del proyecto Abril a Septiembre 2010.

Aprobación DIF Febrero 2011

Recolección de pacientes: Junio 2011 a Diciembre 2011.

Análisis de los datos: Febrero 2012

Sustentación: Marzo 2012

## **1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

### **1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo perciben a la anestesia y al anestesiólogo los pacientes sin experiencia previa anestésico-quirúrgica?

¿Cómo perciben a la anestesia y al anestesiólogo los pacientes después de su primera experiencia anestésico-quirúrgica?

### **1.2 RESUMEN DEL PROYECTO**

Estudio descriptivo y analítico de corte transversal que se realizó en Bucaramanga y su área metropolitana, en 298 pacientes distribuidos en dos grupos y en tres instituciones de salud de II, III y IV nivel. La investigación exploró la percepción, conocimientos, temores, satisfacción y expectativas que tenían los pacientes sin experiencia previa y con su primera experiencia sobre la anestesia y el anestesiólogo.

Los datos fueron recolectados mediante una encuesta semiestructurada, previo consentimiento informado, en pacientes mayores de 18 años y autónomos. La encuesta se realizó en los servicios de consulta externa, unidad de cuidados post-anestésicos y hospitalización. Se excluyeron profesionales médicos, profesionales del área de la salud y personal con vínculo familiar directo con personal médico o paramédico.

En nuestro medio, hasta el momento no se ha publicado un estudio que incluya este tipo de población y a nivel mundial son escasas las publicaciones al respecto, lo cual le dio mayor justificación a nuestra investigación.

### **1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La práctica de la anestesia es actualmente mucho más segura que en tiempos pasados, cuando era considerada un procedimiento menor y era administrada por personal no médico y con un índice de mortalidad mayor. Este aspecto histórico ha provocado que muchos temores acerca de la anestesia persistan hasta nuestros días.

La evolución anestesia y la profesionalización del anesthesiólogo juegan un papel decisivo en el manejo del paciente quirúrgico, no solo por su conocimiento, sino también por el uso de nuevas drogas, nuevas técnicas, mejor monitoreo y el rol que desempeña dentro de salas de cirugía y fuera de ellas como es el ámbito del dolor, cuidados intensivos y salas de recuperación, concepto y papel que está muy claro para los demás profesionales de la medicina, pero no para los pacientes <sup>1-6</sup>.

Se han publicado diferentes estudios en diversos tipos de población en los cuales se han explorado la percepción de los pacientes sobre el anesthesiólogo y la anestesia, con resultados muy diversos, los cuales están influenciados por el nivel educativo, la experiencia previa y el medio donde se realizo <sup>1-6</sup>.

Se ha demostrado que una percepción adecuada de la anestesia puede mejorar significativamente la relación médico-paciente, disminuir la ansiedad, reducir la incidencia de dolor postoperatorio y minimizar la estancia hospitalaria <sup>7, 8, 9, 10, 11</sup>.

A su vez, una adecuada percepción del anesthesiólogo y de la anestesia contribuye a mejorar la imagen de la especialidad y a proporcionar una mejor atención en salud <sup>6,10,11</sup> con ello se lograría disminuir de la ansiedad preoperatoria, la cual oscila actualmente entre el 11 y 80% <sup>7</sup>.

Es importante aclarar que estos conceptos se derivan de estudios en poblaciones no limitadas o sin experiencia previa y en población no seleccionada, lo cual no permite inferir conclusiones totalmente valederas.

Una adecuada relación entre el médico y su paciente puede disminuir los temores alrededor del acto anestésico. Las relaciones humanas en anestesia son muchas veces más importantes que el conocimiento científico. Otra estrategia para reducir los miedos es otorgar una información oportuna al paciente, para que este conozca realmente que es la anestesia, los riesgos e incidencia de complicaciones y las diferentes técnicas anestésicas.

El desarrollo del proyecto “PERCEPCION DE LA ANESTESIA Y EL ANESTESIOLOGO EN PACIENTES SIN EXPERIANCIA PREVIA ANESTESICO-QUIRÚRGICA” pretende documentar el estado actual de la percepción y el conocimiento de los pacientes acerca del la anestesia como especialidad y del anesthesiólogo como profesional de la misma en nuestro medio, con el fin de tener una información precisa y objetiva, y así, promover por medio de campañas de difusión o reforzamiento para lograr la creación de una atmosfera de seguridad y confianza por parte de la sociedad hacia la anestesia y el anesthesiólogo.

#### **1.4 GRUPO EJECUTOR DEL PROYECTO**

- **Dra. Elba Rocío Orozco Galvis:** Médica y cirujana de la Universidad Industrial de Santander año 2005. Actualmente estudiante de tercer año del

Posgrado de Anestesiología y Reanimación de la Universidad Industrial de Santander. Encargada de la recolección de datos, análisis y presentación del proyecto.

- **Dr. Héctor Julio Meléndez Flórez:** Especialista en Anestesiología y Reanimación de la Universidad Industrial de Santander. MSc. Epidemiólogo. Especialista en Docencia Universitaria. Sub-Especialista en Cuidados Intensivos. Profesor Titular UIS, Docente del Posgrado de Anestesiología y Reanimación UIS. Investigador, Encargado de la tutoría, diseño, supervisión y análisis estadístico del proyecto. Integrante grupo de Epidemiología Clínica UIS, categoría 1A de Colciencias.

## 1.5 INSTITUCIONES PARTICIPANTES

- **Hospital Universitario de Santander:** Empresa Social del Estado, Hospital de tercer nivel, centro de referencia del departamento de Santander y todo el nororiente colombiano incluyendo los departamentos de Norte de Santander, Cesar, Arauca, Magdalena medio y sur de Bolívar entre otros. Atención a población perteneciente al régimen vinculado, subsidiado y contributivo.
- **Clínica Carlos Ardila Lulle:** Institución de carácter privado de cuarto nivel de complejidad, centro de referencia del nororiente colombiano.
- **Clínica Materno Infantil San Luis:** Institución de carácter privado, nivel III que brinda atención a la población infantil, ginecológica y obstétrica de la región.

## 1.6 RESULTADOS ESPERADOS

- Generación de nuevo conocimiento: se describirá en forma objetiva la percepción que tienen nuestros pacientes sobre el binomio anestesia-

anestesiólogo, la valoración dada a la profesión y al profesional, sus expectativas, preferencias y temores frente a la anestesia.

- Según los resultados se plantean dos escenarios: si los resultados son satisfactorios a cerca de la percepción de la especialidad se debe reforzar esta información para tener un reconocimiento del 100%; si los resultados son desalentadores se deben fomentar campañas de capacitación hacia la comunidad en general y a nivel de instituciones de salud públicas y privadas que participaron en el estudio.
- Debido a que se dispone de una población heterogénea, los resultados se pueden extrapolar a las instituciones de salud en general e igualmente.

## **1.7 IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA INNOVACIÓN PROPUESTA**

Según la búsqueda realizada en PubMed, hasta la fecha, son escasos los estudios que se han publicado en la literatura médica y científica mundial que describan la percepción de la anestesia como especialidad y del anestesiólogo en pacientes sin experiencia anestésica previa o en pacientes en posoperatorio de su primera experiencia anestésica.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANESTESIA E HISTORIA

El término anestesia proviene del vocablo griego “a aisthesis” que significa privación total o parcial de la sensibilidad producida por causas patológicas o provocadas con finalidad médica<sup>12</sup>.

El descubrimiento de la anestesia quirúrgica fue el hallazgo más espectacular y trascendental en la historia de la medicina en el siglo XIX, con la famosa demostración del doctor William Thomas Green Morton usando éter inhalado para anestesiarse a un paciente el 16 de Octubre de 1846 en el anfiteatro auditorio del Hospital General de Boston, de la escuela de medicina de Harvard <sup>13</sup>. Este episodio representa el punto de partida de la anestesiología como especialidad.

En Colombia en 1846 se administra la primera anestesia con cloroformo para realizar una ovariectomía en Bogotá<sup>14</sup>. En 1903 se funda el Hospital San José en Bogotá con un incremento en el número de cirugías y de la actividad anestésica, a pesar de que la mortalidad tenía una prevalencia del 7% <sup>14</sup>. La anestesia en Colombia para la época era administrada por monjas, enfermeros y estudiantes de medicina como castigo, siempre bajo la dirección del cirujano <sup>14</sup>. No existían succionadores, la monitoria se basaba en la palpación del pulso y la observación del paciente y no se administraban líquidos endovenosos. La anestesia general era administrada con el ombredanne, una esfera metálica para suministrar éter y aire<sup>14</sup>.

Con el nombramiento del doctor Juan Marín como jefe de anestesia del Hospital San José en 1945, se inicia la primera escuela de anestesiología en el país. El

curso se inicio a seis señoritas, hijas de médicos del hospital, debido a que a este primer llamado no acudieron estudiantes ni internos del hospital, lo cual nos ilustra el concepto y la percepción sobre la anestesia y el anestesiólogo, que tenían los médicos de la época, que a su vez pudo ser un factor muy influyente en la percepción hacia la población general.

Después de dos años ingresa el primer estudiante de medicina, el doctor Armando Mc Cormick<sup>14</sup>. En 1950, el doctor Marín es remplazado por el primer anestesiólogo formado de escuela, el doctor, Juan Salamanca, el cual hizo su entrenamiento en el Massachusetts General Hospital<sup>14</sup>.

Para esta época, el doctor Volpitto realiza una visita a la ciudad de Bogotá para evaluar la práctica anestésica encontrando que de nueve médicos solo uno tenía entrenamiento para dar anestesia, el doctor Salamanca, la profesión era muy mal paga, algunos tenían la costumbre de dejar al paciente bajo el cuidado del personal menos experimentado o inclusive solo, sin observación durante el acto anestésico<sup>14</sup>.

Gracias a aquellas críticas constructivas, a partir de ese momento cambia la visión en los médicos que practicaban la anestesiología y la anestesia deja de ser la cenicienta de la medicina. Posteriormente con la fundación de la Sociedad Colombiana de Anestesiología por el doctor Marín, se organiza el gremio de anestesiólogos a nivel nacional y regional, se estandarizan las normas mínimas de seguridad y se reglamenta la profesión<sup>14</sup>.

## **2.2 ESTADO DEL ARTE**

Percepción proviene del término latino “*perceptio – onis*” que significa recibir, recolectar o tomar posesión de algo <sup>15</sup>. La Real Academia de la Lengua Española

define percepción como la sensación interior que resulta de una impresión material en nuestros sentidos <sup>15</sup>.

La percepción del anestesiólogo y su especialidad ha cambiado a lo largo de la historia, desde sus inicios como el chaman, el cloroformista, el anestesista, hasta el anestesiólogo de hoy.

La percepción de cada persona depende de diversos factores como la edad, el género, la ocupación, el nivel educativo, los niveles de ansiedad o depresión que tenga el paciente<sup>4</sup>. La percepción que tiene la población a cerca de una profesión depende de cómo fueron sus orígenes, como ha sido su trascurso a través de la historia y cuál es el impacto que ha tenido para el desarrollo de una sociedad.

En los últimos veinte años se han publicado diferentes estudios en el ámbito internacional y nacional, que hacen referencia al conocimiento que tienen los pacientes acerca del anestesiólogo, el grado académico reconocido por éstos a los médicos anestesiólogos, conocimiento de la anestesia, las preferencias anestésicas de los pacientes, sus principales temores cuando van a someterse a cirugía, grado de satisfacción posoperatoria y el grado impacto en el cuidado perioperatorio <sup>1-6, 10, 12</sup>.

El reconocimiento del anestesiólogo como medico ha mejorado a lo largo de los últimos años. En la década de los setenta se percibía como medico en el 50% de los pacientes entrevistados<sup>12</sup>, en los años ochenta alcanzaba un reconocimiento como medico alrededor del 80%<sup>12</sup>, a mediados de los años noventa los estudios mostraron resultados muy variados según el tipo de población revisada, con reconocimiento desde 56% a 78% <sup>12, 16, 17, 18</sup>. Entre el año 2003 a el año 2009 la percepción del anestesiólogo como medico ascendió desde el 95% hasta el 97% sin alcanzar hasta el momento un 100% de reconocimiento en las diferentes poblaciones <sup>1, 2, 3, 4</sup>.

Respecto al conocimiento que tienen los pacientes sobre cuáles son las funciones que desempeña el anestesiólogo se encuentran: seguimiento durante todo el procedimiento quirúrgico 54%, el acto anestésico de “dormir al paciente” en un 10-43%, manejo del dolor 20%, administrar medicamentos en el intraoperatorio 17%, monitoreo de los signos vitales en un 5% y analgesia posoperatoria 33%<sup>5, 6, 18</sup>. Se ha descrito que el encargado de la seguridad del paciente durante el acto anestésico es el anestesiólogo en un 39%, la enfermera en un 35% y el 20% no estaban seguros sobre esta función<sup>6</sup>. Según los resultados encontrados por Swinhoe y colaboradores en 1994, 75% de la población no sabía de otras funciones del anestesiólogo fuera del quirófano<sup>18</sup>. Se han encontrado reportes en donde los pacientes creen que el manejo del dolor en quirófanos es responsabilidad de la enfermera en un 37% o del cirujano 19%<sup>6</sup>, desconociendo por completo el papel fundamental que desempeña el anestesiólogo en este ámbito. En un estudio publicado en el 2003 por Liviu y colaboradores, los pacientes consideraban que hasta en un 93% de los casos es el mismo anestesiólogo quien administra los medicamentos<sup>4</sup>. Respecto al desempeño del anestesiólogo en las unidades de cuidado intensivo, las cifras más altas de reconocimiento solo alcanzan un 19% para el año 2006<sup>3</sup>.

En los diferentes estudios se ha comparado el grado de importancia que consideran los pacientes entre el anestesiólogo y el cirujano e inclusive otras especialidades en el acto médico-quirúrgico. En un estudio publicado en 1990 el anestesiólogo ocupa el cuarto lugar de prestigio en el trabajo dentro del quirófano después del cirujano, el médico familiar y la enfermera, así como también le asignan al anestesiólogo un quinto lugar en duración de formación académica comparado con otras especialidades, según los pacientes<sup>16</sup>. Según lo publicado por Chew y colaboradores en 1996, el 37% de los entrevistados identifican al cirujano como el responsable del quirófano y el 28% creen que el anestesiólogo es supervisado por el cirujano<sup>6</sup>. En estudios más recientes, la mayoría de la

población considera que la responsabilidad del bienestar del paciente durante la cirugía y el posoperatorio es igual entre el anestesiólogo y el cirujano<sup>2, 4</sup>, en otros estudios el 5% de los pacientes consideran que el anestesiólogo es más importante que el cirujano, el 3% consideran al cirujano más importante y entre el 59% y 93% los consideran igual de importantes<sup>2, 3</sup>. En Colombia, en el año 2008 se publica un estudio que muestra que los pacientes recuerdan más a su cirujano que a su anestesiólogo, el cual solo es reconocido en el 80% de los casos<sup>2</sup>.

Recientemente el reconocimiento de la anestesiología como disciplina médica independiente varía desde 51% a 73%<sup>1</sup>. Según los estudios, la mayoría de los pacientes prefieren la anestesia general 69% a 80% que la anestesia regional<sup>2, 5</sup>.

Se han estudiado ampliamente las preocupaciones y temores de los pacientes frente al acto anestésico, encontrando resultados muy heterogéneos. Según lo encontrado por Marjorie y colaboradores en el 2002, el 33% de los pacientes le temen a la anestesia<sup>19</sup>. Los principales temores que refieren los pacientes son: muerte intraoperatoria (8% a 54%)<sup>2, 5, 6, 12, 17</sup>, despertar intraoperatorio (0,8% a 54%)<sup>12, 17</sup>, dolor posoperatorio (5% a 65%)<sup>5, 6, 12, 17</sup>, náusea y vómito (5% a 48%)<sup>2, 12</sup> y dolor durante el procedimiento (10% a 16%)<sup>5, 6, 12, 17</sup>. En el estudio realizado por Cobos y colaboradores en Colombia, del 30% al 35% de los pacientes sienten temor por que se vea afectada su lógica y pensamiento después de haber recibido anestesia<sup>2</sup>. Existen también temores a cerca de la experiencia que tenga el anestesiólogo y su grado de calificación para la práctica médica<sup>5</sup>. Otro estudio revela que existen factores de menor preocupación en los pacientes como el temor a la divulgación de asuntos personales durante la anestesia, deterioro de la conciencia después de la operación y estar dormido o postrado en cama durante un período prolongado de tiempo<sup>5</sup>.

Las principales quejas que refieren los pacientes en el posoperatorio inmediato son escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular y vomito<sup>16</sup>.

Respecto al grado de satisfacción de los pacientes posterior a su anestesia, los resultados son un poco más alentadores. Para el 2002 se califico en una encuesta posoperatoria la calidad de la anestesia como excelente 74%, buena 33% y regular 4,3%, en este mismo estudio se califica el desempeño del anesthesiólogo como excelente 72%, bueno 26%, regular 1,7%<sup>18</sup>. Según los resultados publicados por Maurizia y colaboradores en el 2007, la puntuación media de satisfacción posanestesia de 0-10 fue de 8,7 puntos<sup>20</sup>.

La mayoría de los estudios concluyen que los pacientes pueden ser mejor informados de las posible secuelas derivadas de la anestesia y se sugiere que los anesthesiólogos den un valor significativo a las preocupaciones de los pacientes durante la visita preoperatoria para mejorar la eficacia en la atención al paciente <sup>2, 5, 11, 21</sup>. La mayoría de los pacientes (75,8%), desean tener más información acerca de la anestesia<sup>6</sup>.

Algunos autores sugieren que se deben realizar entrevistas posoperatorias de rutina para evaluar y mantener una alta calidad de la anestesia<sup>16</sup>. Y definitivamente, los esfuerzos para educar al público sobre el papel del anesthesiólogo en el cuidado perioperatorio deben mejorar la confianza del paciente <sup>2, 5, 11, 21</sup>.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

En la situación actual, la puesta en vigencia de la Ley 100 con el aumento en la cobertura poblacional, la implementación en muchas instituciones de paciente y cirugía segura, adicionado a los derechos de los pacientes, consideramos que es importante el papel de la especialidad y del especialista en si, como un factor de impacto en el éxito de la atención del paciente.

La anestesia y el anestesiólogo han sido considerados como el binomio de percepción mas dispersa y de complicaciones más temidos resultado derivado de estudios muy dispersos, sin rigor metodológico y no exentos de sesgos, de ahí la importancia de conocer como una población de potenciales usuarios y de aquellos pacientes que por primera vez tuvieron su experiencia anestésico-quirúrgica nos permitan evaluar el grado de percepción de este binomio, los temores y el conocimiento del rol del anestesiólogo fuera de las aéreas del quirófano. Este conocimiento nos permitiría evaluar, analizar los resultados y difundirlos con el fin de reforzar u optimizar la imagen de la especialidad y del especialista para lograr la creación de una atmosfera de seguridad y confianza por parte de la sociedad.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la percepción y el conocimiento de los pacientes acerca de la anestesia y del anesthesiologo por pacientes sin experiencia previa anestésico-quirúrgica y paciente con su primera experiencia anestésico-quirúrgica.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir cual es el grado académico que reconocen los pacientes en el anesthesiologo como médico especialista.
- Describir la información que tienen los pacientes acerca de las funciones y el desempeño (Rol) del anesthesiologo en áreas diferentes al quirófano.
- Describir si existen diferencias en la percepción acerca de la anestesia y del anesthesiologo en pacientes sin experiencia previa anestésico-quirúrgica y en pacientes con su primera experiencia anestésico-quirúrgica.
- Describir si el grado de percepción en los dos grupos de pacientes está asociado con alguna variable sociodemográfica.
- Describir la importancia dada por los pacientes con su primera experiencia anestésico-quirúrgica al anesthesiologo en comparación con las demás profesiones que intervienen en el acto quirúrgico.
- Describir las preferencias anestésicas de los pacientes.
- Describir los temores del paciente respecto a la anestesia.
- Describir el grado de satisfacción del paciente con la anestesia y el anesthesiologo en pacientes con su primera experiencia anestésico-quirúrgica.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo y analítico tipo corte transversal.

### 5.2 POBLACIÓN

- **Población Blanco:** Usuarios del HUS, FOSCAL y Clínica Materno Infantil San Luis.
- **Población Diana:** Pacientes de la consulta externa y pacientes en posoperatorio inmediato.
- **Población de Referencia:** Pacientes sin experiencia anestésico-quirúrgica previa y paciente en sus primeras 24 horas postoperatorias de su primera cirugía.

### 5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de la consulta externa de medicina general y de diferentes especialidades que no habían recibido anestesia previamente ni habían asistido a una consulta preanestésica.
- Pacientes en post-operatorio inmediato (24 horas) de su primer intervención quirúrgica.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes sin antecedentes psiquiátricos o de patología médico-quirúrgica que les impidiera responder a un cuestionario verbal.
- Pacientes que aceptaban participar en el estudio previo consentimiento informado.

#### 5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Profesionales médicos y del área de la salud.
- Pacientes usuarios de la consulta externa del servicio de anestesia.

#### 5.5 TAMAÑO DE MUESTRA

- **Pacientes en su primera experiencia anestésico-quirúrgica:** asumiendo una significancia del 95% y un poder del 90% y dado el estudio previo de una correcta percepción sobre el anestesiólogo hasta de un 75% y postulando nuestra hipótesis de solo un 60% de percepción correcta, el tamaño de muestra ajustado por perdidas fue 100 pacientes.
- **Pacientes sin experiencia anestésico quirúrgica:** con iguales consideraciones de poder y significancia pero asumiendo un 60% de correcta percepción y con nuestra hipótesis de solo un 50%, la muestra ajustada por perdidas fue de 200 pacientes.

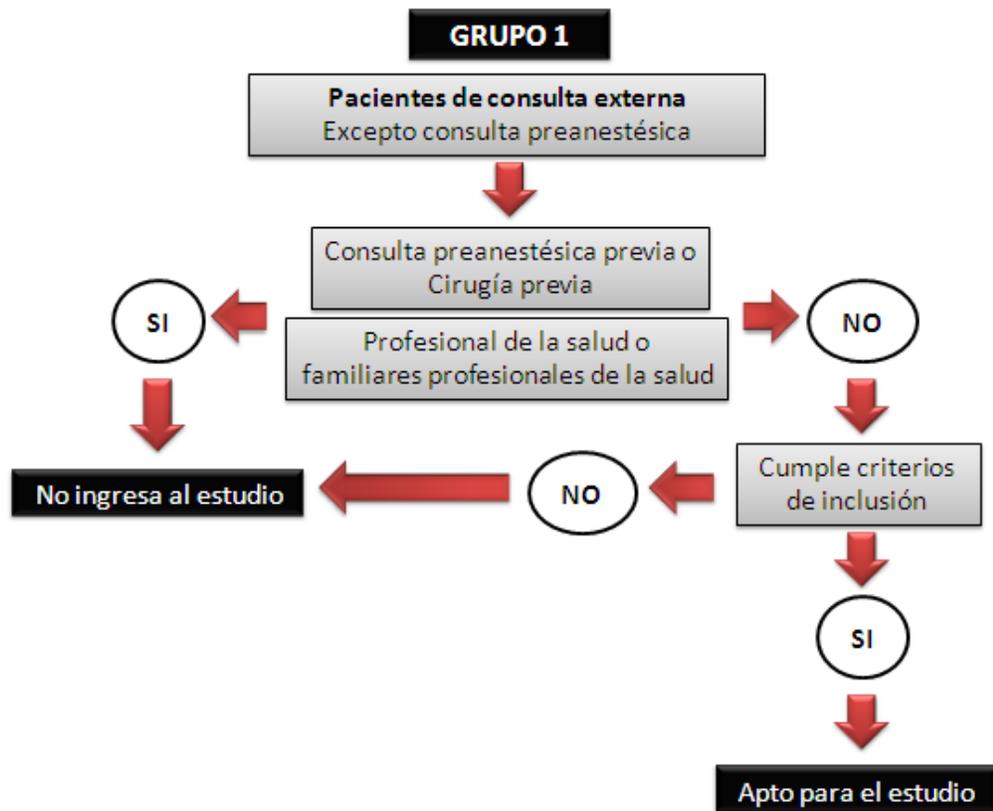
#### 5.6 DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS

- **Grupo 1:** Pacientes de la consulta externa que no habían recibido anestesia previamente ni habían asistido a una consulta preanestésica.
- **Grupo 2:** Paciente en posoperatorio (primeras 24 horas) de su primera intervención anestésico - quirúrgica.

## 5.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información de los dos grupos de pacientes se realizó según los siguientes flujogramas. Ver Figuras 1 y 2.

**Figura 1: Flujograma de recolección de datos Grupo 1.**

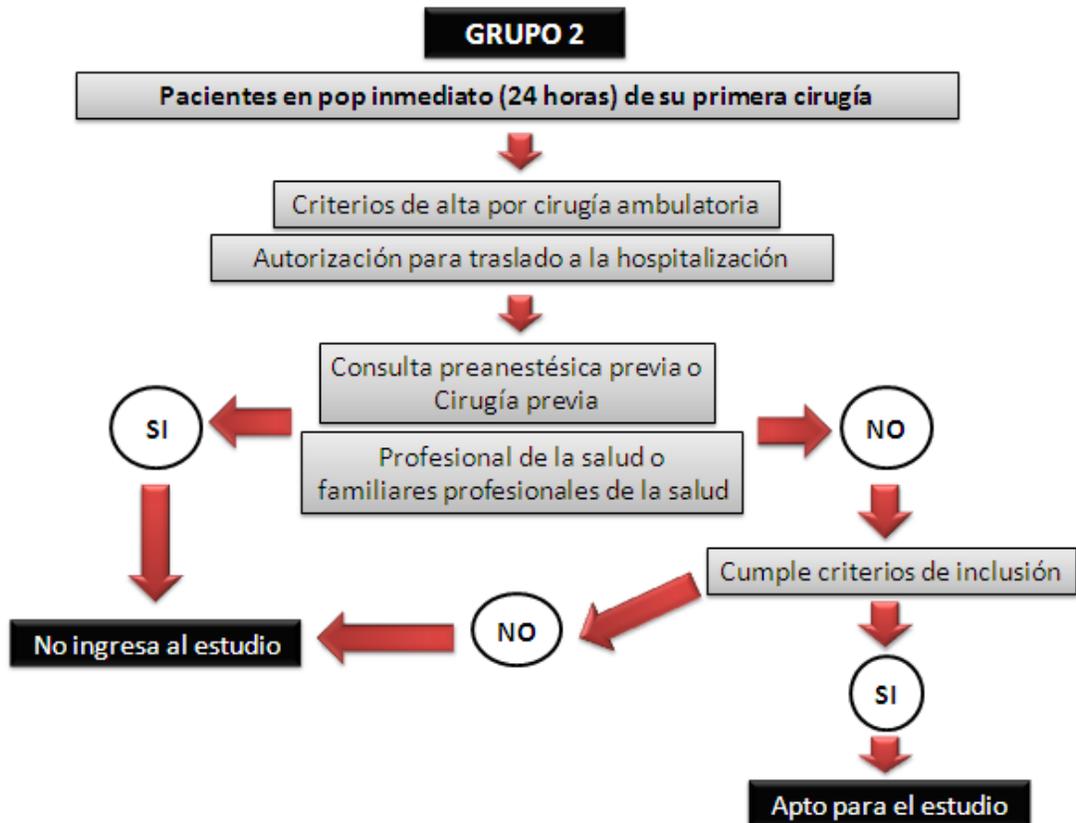


- Se asistió a la sala de espera de la consulta externa de la institución de medicina general y diferentes especialidades (excluyendo anestesia), en los horarios institucionales de atención establecidos para tal fin.
- Se preguntó a cada paciente de la población diana si ya había recibido anteriormente atención en la consulta preanestésica o si ya había sido operado en algún momento de su vida.

- Si la respuesta fue NO, se le preguntó si era profesional de la salud o si tenía familiares directos que ejercieran como médicos o profesiones paramédicas.
- Si la respuesta fue NO, se consideró elegible, se revisó que cumpliera los criterios de inclusión y no presentara criterios de exclusión y se declaró apto para el estudio, se les explicó la naturaleza de la encuesta (NO se les informó que se trataba de percepción sobre la anestesia y el anestesiólogo con el fin de evitar sesgos o inducir respuestas y si aceptaban participar solo se les dijo que deseábamos saber acerca de la percepción y el conocimiento que tenían sobre la medicina quirúrgica y los médicos que la practican), si aceptaban participar en la encuesta, se obtenía el consentimiento informado y se iniciaba la encuesta propiamente dicha.
- Se procedió a diligenciar los formatos A y B del formulario No 1 de recolección de datos, en lo posible en un sitio diferente a la sala de espera o de manera discreta para evitar que los demás pacientes escucharan el interrogatorio.
- La encuesta se realizó en voz alta, el entrevistador formuló cada pregunta y las opciones de respuesta evitando que el paciente pudiera observar o inferir la pregunta siguiente.
- El entrevistador no indujo ninguna respuesta, esta fue escogida libremente por el entrevistado.
- En caso de no entender alguna pregunta, se explicó brevemente y de manera objetiva para poder diligenciar el formato correctamente.
- Si el formato no fue diligenciado completamente, se anuló automáticamente.
- Una vez terminado el interrogatorio, se guardó custodia y privacidad del mismo hasta el momento del análisis de los datos.

Ver anexo 1: Formato de recolección de datos: percepción de la anestesia y del anesthesiólogo en pacientes sin experiencia anestésico - quirúrgica previa.

**Figura 2: Flujograma de recolección de datos Grupo 2.**



- Se asistió a la Unidad de Cuidados Pos-anestésicos (UCPA) de las instituciones asignadas para tal fin o en salas de hospitalización preferiblemente individuales.
- Se capturaron los pacientes en UCPA en POP inmediato (menor de 24 horas) con criterios de alta por cirugía ambulatoria o pacientes que ya tenían autorizado por la UCPA el traslado a la habitación en caso de hospitalización.

- Se preguntó a cada paciente si ya había recibido anteriormente algún tipo de intervención quirúrgica, excluyendo la cirugía que le acababan de realizar. Se preguntó si ya había estado en consulta preanestésica.
- Si la respuesta fue NO, se consideraba elegible y se revisó que cumpliera los criterios de inclusión y no presentara criterios de exclusión y se declaró apto para el estudio, se les explicó la naturaleza de la encuesta (NO se les informó que se trataba de percepción sobre la anestesia y el anestesiólogo con el fin de evitar sesgos o inducir respuestas y si aceptaba participar solo se les dijo que deseábamos saber acerca de la percepción y el conocimiento que tenían sobre la medicina quirúrgica y los médicos que la practicaban), si aceptaban participar en la encuesta, se obtenía el consentimiento informado y se iniciaba la encuesta propiamente dicha.
- Se diligenciaron los formatos A y B del formulario de recolección de datos No 2 (Pacientes en posoperatorio inmediato de su primera intervención quirúrgica) de manera discreta para evitar que los demás pacientes escucharan el interrogatorio.
- En algunos casos se realizó el interrogatorio y diligenciamiento del formato (según preferencia del paciente y del entrevistador) en la habitación asignada para cada paciente incluido en el estudio cuando el paciente continuaba hospitalizado. En este caso, la encuesta se diligenció en las primeras 24 horas del posoperatorio o antes de que el paciente hubiera estado en contacto con personal ajeno a la institución (familiares).
- La encuesta se realizó en voz alta, el entrevistador formuló cada pregunta y las opciones de respuesta evitando que el paciente pudiera observar o inferir la pregunta siguiente.
- El entrevistador no indujo ninguna respuesta, esta fue escogida libremente por el entrevistado.

- En caso de no entender alguna pregunta o respuesta, se explicó brevemente y de manera objetiva para poder diligenciar el formato correctamente.
- Si el formato no se diligencio completamente, se anuló automáticamente.
- Una vez terminado el interrogatorio, se guardo custodia y privacidad del mismo hasta el momento del análisis de los datos.

Ver anexo 2: Formato de recolección de datos: percepción de la anestesia y del anesthesiólogo en pacientes pop inmediato de primera experiencia anestésico – quirúrgica.

## **5.8 PRUEBA PILOTO**

Se realizó una prueba piloto con 10 pacientes para cada grupo durante el primer mes del estudio con los formatos de recolección de datos propuestos y en las instituciones asignadas para el proyecto, con el fin de mejorar el proceso de entrevista, horarios y entrenamiento de entrevistadores.

## **5.9 MANEJO DE LA INFORMACIÓN**

La recolección de los datos se realizó en forma personal con los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio, el cual no propone ningún tipo de intervención pero la confidencialidad de los datos y de la institución se preservó mediante una codificación a la cual solo tuvieron acceso los investigadores y las instituciones participantes.

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico e incidental y el día de la recolección de los datos fue tomado al azar.

Por el tipo de estudio, descriptivo mediante una encuesta específicamente elaborada y tipo semiestructurada con preguntas cerradas, la obtención de la información se realizó mediante dos cuestionarios y las preguntas fueron explicadas a cada uno de los participantes, los cuales no tuvieron acceso a la pregunta subsiguiente con el fin de evitar sesgo o inducciones a la siguiente respuesta. Las respuestas fueron analizadas mediante sistema de bloques según el tipo de cuestionario y los objetivos del estudio.

Cada bloque de respuestas a los cuestionarios fue evaluado según puntaje dado previamente a cada respuesta y que debió ser validado por los investigadores y anestesiólogos expertos (Ver anexos 3 - 8).

### **5.9.1 Calificación de la percepción sobre el anestesiólogo**

**A. Pacientes de consulta externa:** Evaluó si poseen conocimientos generales sobre si el anestesiólogo es médico especialista, años de formación comparada con otras especialidades, función y presencia del anestesiólogo durante la cirugía, rol del anestesiólogo en otras aéreas diferentes a cirugía, el conocimiento sobre la consulta preanestésica y responsabilidad e importancia que le dieron los pacientes al anestesiólogo en comparación con cada uno de los demás integrantes del equipo médico en el éxito de la cirugía. Ver Tabla 1.

**B. Pacientes con su primera experiencia anestésico –quirúrgica:** La percepción sobre el anestesiólogo en los pacientes que fueron llevados por primera vez a cirugía bajo anestesia, exploro iguales ítems que el anterior y adicionalmente evaluó el papel del anestesiólogo en la valoración preanestésica, sitio de realización de la misma, explicaciones dadas sobre tipo de anestesia, riesgos y beneficios y grado de satisfacción del paciente sobre las explicaciones

dadas. A cada ítem se le dio un valor según, se definió por consenso si se obtenía una respuesta concordante con la realidad. Ver Tabla 1.

**Tabla 1. Percepción del anesthesiólogo**

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	
		<b>Valoración Preanestésica</b>	<b>Consulta Pre-Anestésica y Actividades fuera de quirófanos.</b>
Excelente	≥ 14 Puntos	≥ 8 Puntos	≥ 3 Puntos
Buena	13 Puntos	6 y 7 Puntos	2 puntos
Regular	10 a 12		
Mala	< 10 Puntos	< de 6 Puntos	< de 2 Puntos
<b>Puntaje Máximo</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>4</b>

**5.9.2 Calificación de la percepción sobre la anestesia:** Evaluó en ambos grupos de pacientes si tenían conocimientos generales sobre la anestesia, los tipos de anestesia, el objetivo de la consulta preanestésica, referencias y temores sobre la anestesia y fuente de origen de los mismos. Cada ítem se le dio un valor según se definió por consenso si se obtenía una respuesta concordante con la realidad. Ver Tabla 2.

**Tabla 2. Percepción, referencias y temores sobre la anestesia**

	<b>Percepción</b>	<b>Referencias</b>	<b>Temores</b>	
<b>Evaluación ↓</b>	Puntaje	Puntaje	<b>Evaluación ↓</b>	Puntaje
Buena	> a 7 Puntos	< de 4	Graves	≥ a 5
Regular	De 6 a7		Moderados	3 y 4
Mala	< de 6	> de 4	Leves	< de 3
<b>Máximo Puntaje</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	

**5.9.3 Calificación de preferencias sobre la anestesia y el anesthesiólogo:** Las preferencias sobre el anesthesiólogo y la anestesia en los dos grupos de pacientes hicieron referencia a la importancia dada a la anestesia y al anesthesiólogo, la libertad de escogencia por los pacientes de su anestesia y anesthesiólogo y la evaluación realizada por el paciente después de su primera experiencia sobre la calidad de la anestesia recibida. A estas preguntas no se les dio un puntaje dada la características de las mismas y solo se describieron sus resultados finales.

## **5.10 METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**

Para la evaluación de la validez de los instrumentos (encuestas) utilizados para este estudio se tuvo en cuenta la homogeneidad y la independencia de los constructos teóricos por medio del análisis factorial y evaluación de la consistencia interna. La consistencia interna será alta si el constructo medido es homogéneo y si los ítem miden dicho constructo. Para nuestra investigación se utilizó el alfa de

Cronbach como medida de homogeneidad, se aceptan valores buenos si es  $> 0,74$ .

Los datos finales se describieron según variables socio-demográficas, mediante proporciones y porcentajes para las respuestas nominales. Posteriormente con todos los datos, se realizó un análisis uni y bivariado con el fin de poder realizar comparaciones según variables socio-demográficas en cada grupo de pacientes. Se utilizó el test de chi cuadrado y la t de student para evaluar diferencias entre variables dicotómicas y continuas respectivamente y se consideró una diferencia estadísticamente significativa los valores de  $p < 0.05$  para un nivel de significancia del 95%. Todo el análisis se realizó mediante el paquete estadístico Stata.

## 6. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación está catalogada como sin riesgo, pues no propone ningún tipo de intervención, pero para su desarrollo e implementación del mismo, se tuvo en cuenta las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial expuestas en la Declaración de Helsinki <sup>22</sup> y se siguieron todas las normas científicas, técnicas y administrativas que se rigen en la investigación en salud de la Resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud de Colombia <sup>23</sup>.

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el comité de ética de la Universidad Industrial de Santander con código DIF N° 1011006, Hospital Universitario de Santander, Clínica Carlos Ardila Lulle y Clínica Materno Infantil San Luis. Cada institución tiene derecho a solicitar los resultados. La publicación de los mismos no identifica las instituciones. Ver Anexos 10 y 11.

Se garantizó a los participantes y a las instituciones en el proyecto la confidencialidad de los datos, mediante codificación y a su vez no se les preguntó el nombre a los participantes y solo si ellos deseaban podrán identificarse con su número de teléfono celular o fijo.

Se diligenció el consentimiento informado por escrito a todos los participantes. Ver Anexo 9.

## 7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**Tabla 3. Cronograma de actividades**

ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Revisión Bibliográfica Presentación Proyecto	X	X	X	X	X	X														
Aprobación DIEF										X										
Recolección de datos											X	X	X	X	X	X	X			
Análisis de datos																			X	
Sustentación																				X

## 8. PRESUPUESTO

**Tabla 4. Presupuesto de equipos, materiales e insumos**

	Detalle	Uso	Compra	Arriendo	Total
<b>EQUIPOS</b>	Computador	Digitación Análisis Archivo		X	200000
<b>MATERIALES E INSUMOS</b>	Recurso Bibliográfico		X		80000
	Papelería Fotocopias		X		120000
	Telefonía Internet			X	200000
<b>SERVICIOS TÉCNICOS</b>	Software		X		1000000
<b>TOTAL</b>					1600000

**Tabla 5. Presupuesto de recurso humano:**

Nombres	Título	Función	Tipo de Vinculación	Dedicación Horas Semana	Meses	Valor (\$)
Elba Orozco	Estudiante Especialización	Investigador	Residente UIS	8	20	1164444
Héctor Meléndez	Anestesiólogo Epidemiológico	Investigador Tutor	Docente UIS	2	12	1766640
<b>Total pesos</b>						2931084

<b>TOTAL TRABAJO</b>						<b>4531084</b>
--------------------------	--	--	--	--	--	----------------

## 9. RESULTADOS

Durante un periodo de 8 meses se logro encuestar a 298 pacientes: 199 personas del grupo 1 y 99 personas del grupo 2, para un 99.66% de la muestra calculada. Todos ellos firmaron el consentimiento informado. La participación de las 3 instituciones según grupos: A, B y C tuvo predominio de la institución A (80%) en el Grupo 1 y de la B (72%) en el Grupo 2.

Al evaluar las características basales de ambos grupos, encontramos que la media de edad en años fue de 28,9 para el Grupo 1 y 37,4 para el Grupo 2, con un rango de edad de 18-84 años para ambos grupos, pero se presentaron diferencias muy significativas entre los dos grupos, con excepción del genero, por lo cual se decidió evaluar cada grupo en forma independiente. Ver Tabla 6.

**Tabla 6. Características basales según grupo**

	<b>GRUPO 1 (N=199)</b>	<b>GRUPO 2 (N=99)</b>	<b>Significancia</b>
<b>VARIABLE</b>	<b>Media (Max-Min)</b>	<b>Media (Max-Min)</b>	
<b>Edad (Años)</b>	28.93 (18-84)	37.49 (18 – 84)	0.000
	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>	
<b>Institución :</b>			0.000
A	80.4 (160)	14.14 (14)	
B	14.07 (28)	72.72 (72)	
C	5.53 (11)	13.13 (13)	
<b>Género :</b>			0.839
Femenino	47.24 (94)	52.53 (52)	
Masculino	52.76 (105)	47.47 (47)	

<b>Procedencia :</b>			
Urbana	97.49 (194)	81.82 (81)	0.000
Área Rural	2.51 (5)	18.18 (18)	
<b>Nivel Educativo:</b>			0.000
Universitario	34.17 (68)	15.15 (15)	
Secundaria	57.79 (115)	44.44 (44)	
Primaria	7.04 (14)	40.40 (40)	
Analfabeta	1.01 (2)	0	
<b>Actividad:</b>			0.000
Trabajador	59.8 (119)	64.64 (64)	
Estudiante	22.11 (44)	3.03 (3)	
Desempleado	9.55 (19)	3.03 (3)	
Pensionado	1.51 (3)	4.04 (4)	
Ama de Casa	7.04 (14)	25.25 (25)	
<b>Estrato :</b>			0.000
0	0	1.01 (1)	
1	7.04 (14)	31.31 (31)	
2	16.08 (32)	31.31 (31)	
3	45.73 (91)	25.25 (25)	
4	25.13 (50)	8.08 (8)	
5	3.52 (7)	2.02 (2)	
6	2.51 (5)	1.01 (1)	

## 1.1 PERCEPCIÓN SOBRE EL ANESTESIÓLOGO

- **Grupo 1: Pacientes sin experiencia previa anestésico-quirúrgica:**

En la evaluación de la validez interna del instrumento se obtuvo un alfa de Cronbach superior a 0.7 para cada pregunta del cuestionario (0.732 – 0.799) con un valor general del instrumento de 0.7889. Los resultados sobre el nivel académico del anestesiólogo según los pacientes muestran que solo un 9.55% no perciben al anestesiólogo como un médico. Del 90% que lo perciben como médico, el 98% refiere que son especialistas y un 50% cree que ha estudiado iguales años que el cirujano.

Sobre las funciones que desempeña el anestesiólogo en cirugía, la mayoría de los pacientes (77%) cree que el anestesiólogo se encuentra presente durante todo el tiempo del acto quirúrgico. El 70% de los pacientes reconoce todas las funciones del anestesiólogo en cirugía, sin embargo, el 16.5% cree que solo le corresponde quitar el dolor desconociendo el resto de funciones. Solo el 46% de las personas sabe que la función de dar el apto para cirugía corresponde al anestesiólogo y la mayoría asume que esta función es del cirujano.

Acerca de las áreas donde se desempeña el anestesiólogo, casi el 30% considera que solo lo hace en el quirófano y solo el 28% conoce todas las áreas donde puede trabajar un anestesiólogo. El desconocimiento más importante se da en el trabajo del anestesiólogo en clínicas de dolor y UCI.

En la percepción sobre quien recae el éxito de la cirugía, es llamativo que solo un 36% se lo atribuye a todo el grupo quirúrgico y además, la gran mayoría involucra al cirujano no siendo así con el anestesiólogo.

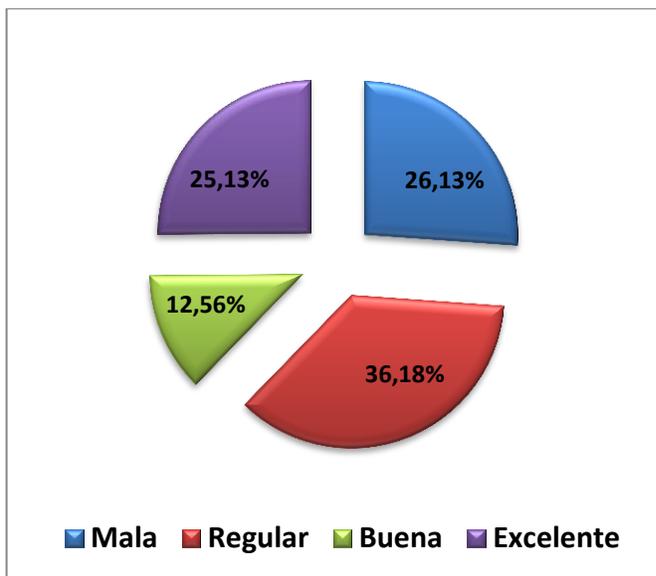
Ver Tabla 7.

**Tabla 7. Percepción del anestesiólogo Grupo 1**

<b>Ítem evaluado</b>	<b>% (Fr)</b>
Anestesiólogo es un médico	90.45 (180)
Anestesiólogo es un médico especialista	97,7(176)
Iguals años de estudio Anestesiólogo y Cirujano	49,4 (89)
Anestesiólogo está presente en toda cirugía	77,3 (154)
<b>Funciones anestesiólogo en cirugía</b>	<b>% (Fr)</b>
Quitar el dolor	16,5 (33)
Dormir y operar / Dormir y despertar	11 (22) / 1,5 (3)
Vigilar todo	70 (141)
<b>Apto para cirugía Cirujano / Anestesiólogo</b>	<b>53,2 (106) / 46,7 (93)</b>
<b>Áreas de desempeño anestesiólogo</b>	<b>% (Fr)</b>
Solo salas de cirugía / Salas de recuperación	29,65(59) /12.06 (24)
Clínica del Dolor / Cuidados Intensivos	2.51 (5) / 7.04 (14)
Salas y dos aéreas / Salas, UCPA, UCI, Dolor	20,1 (40) / 28,64 (57)
<b>Quien es el responsable del éxito de la cirugía</b>	<b>% (Fr)</b>
Cirujano y Anestesiólogo	30.65 (61)
Cirujano	15.08 (30)
Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante	8.04(16)
Todo grupo Quirúrgico	36.18(72)
Involucra al Cirujano / Involucra al Anestesiólogo	97.98 (195)/ 83.42 (165)

Una vez establecida toda la encuesta, se procedió a evaluar si la percepción general del anestesiólogo, como médico especialista y su rol en la valoración, áreas de influencia y el trabajo en equipo durante el acto quirúrgico, fue calificada como excelente, buena, regular o mala según el estándar dado previamente. Así, se logro en general un puntaje promedio de 11.43 ( $\pm 3.17$  DS Mínimo 1 Máximo 17). Se encontró que solo un 25.13% (50) de los encuestados perciben en forma excelente al anestesiólogo. Ver Grafica 1.

**Grafica 1. Percepción del paciente sobre el anestesiólogo**



Al encontrar esta gran variabilidad en la percepción del anestesiólogo, se procedió a realizar un análisis bivariado y regresión logística, para evaluar si esta variabilidad estaba asociada a alguna de las características basales o dependía de la institución. Solo se presentaron diferencias significativas respecto a la educación, con valor de  $p=0.041$  OR= 0.54 (IC 95% 0.30-0.97). Ver Tabla 10.

**Tabla 8. Regresión logística para percepción del anestesiólogo**

<b>Variable</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>Significancia</b>
Edad	1.01 (0.98 – 1.05)	0.457
Institución	0,83 (0,46 – 1,5)	0,539
Procedencia	0,72 (0,22 – 13,4)	0,603
<b>Nivel Educativo</b>	<b>0,54 (0,3 – 0,97)</b>	<b>0,04</b>
Actividad	0,72 (0,47 – 1,1)	0,131
Estrato	0,92 (0,66 – 1,28)	0,637

- **Grupo 2: Pacientes con su primera experiencia anestesiología-quirúrgica**
  - a. **Percepción del Rol del anestesiólogo:** En la evaluación de la validez interna del instrumento se obtuvo un alfa de Cronbach superior a 0.7 para cada pregunta del cuestionario (0.801 – 0.840), con un valor general del instrumento de 0,82. En los pacientes en posoperatorio inmediato de su primera cirugía, el 18% refiere no haber sido valorado por anestesiólogo antes del procedimiento quirúrgico, y de estos solo el 26% fue adecuadamente visto previamente en el servicio de urgencias u hospitalización. El 55% de los pacientes fue valorado por el mismo anestesiólogo que dio la anestesia. A pesar de que un 30% de los pacientes no recibió explicaciones por parte del anestesiólogo sobre el acto anestésico y solo el 53% de los pacientes recibió una explicación completa, la gran mayoría quedó satisfecho con las explicaciones recibidas. Ver Tabla 9.

**Tabla 9. Rol del anesthesiólogo**

<b>ITEM EVALUADO</b>	<b>(%) Fr</b>
Valoración Prequirúrgica	82 (81)
Valoración realizada quirófano	74 (60)
Anesthesiólogo que valoro, fue el mismo que da la anestesia	55,5 (55)
Dio explicación completa sobre Anestesia	53,5 (53)
Paciente quedo satisfecho con explicación	66,6 (66)

- b. Rol del anesthesiólogo en la valoración preanestésica:** Aunque la mayoría de las personas piensa que se debe ir a una consulta preanestésica antes de ser llevado a cirugía, casi la mitad de los entrevistados desconoce el verdadero objetivo de la valoración previa por el anesthesiólogo. Ver Tabla 10

**Tabla 10. Consulta preanestésica**

<b>ITEM EVALUADO</b>	<b>% (Fr)</b>
Necesidad de consulta preanestésica	89 (88)
Objetivo correcto de la consulta preanestésica	51,5 (51)

- c. Áreas de desempeño del anesthesiólogo:** La mayoría de los entrevistados del Grupo 2 conoce todas las áreas en las cuales se puede desempeñar un anesthesiólogo, sin embargo, la mitad de las personas cree que el anesthesiólogo solamente trabaja en salas de cirugía y todavía existen

personas que creen que solo se desempeña en un área diferente al quirófano. Ver Tabla 11.

**Tabla 11. Áreas de desempeño del anestesiólogo**

<b>ÁREAS DE DESEMPEÑO</b>	<b>% (Fr)</b>
Solo salas de cirugía	50.51 (50)
Salas de recuperación	3.03 (3)
Clínica del Dolor	5.05 (5)
Cuidados Intensivos	4.04 (4)
Salas y dos aéreas	61.52 (61)
Salas, UCPA, UCI, Dolor	76.77 (76)

La percepción del Rol del anestesiólogo en la valoración y consulta preanestésica fue calificada como mala solo en 31.31%, pero un alto porcentaje tiene poco conocimiento sobre el papel que desempeña el anestesiólogo en otras áreas fuera del quirófano al ser evaluada como mala por más del 50% de los encuestados. Ver Tabla 12.

**Tabla 12. Percepción Rol del Anestesiólogo Grupo 2**

<b>PERCEPCIÓN ANESTESIÓLOGO</b>	<b>Valoración Prequirúrgica</b>	<b>Actividades fuera de quirófano</b>
	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>
Mala	31.31 (31)	54.54 (54)
Buena	37.37 (37)	13.13 (13)

Excelente	31.31 (31)	32.12 (32)
-----------	------------	------------

El análisis bivariado sobre la percepción del Rol del anestesiólogo en la consulta, valoración preanestésica y actividades por fuera del quirófano, no evidencio diferencias estadísticamente significativas. Ver Tabla 13.

**Tabla 13. Análisis Bivariado Rol del Anestesiólogo**

<b>Variable</b>	<b>Consulta y Valoración</b>	<b>Actividades fuera del quirófano</b>	<b>Percepción Final</b>
	significancia	significancia	significancia
<b>Edad</b>	0.184	0.692	0.895
<b>Genero</b>	0.648	0.741	0.735
<b>Institución</b>	0.647	0.624	0.738
<b>Procedencia</b>	0.298	0.110	0.107
<b>Nivel Educativo</b>	0.479	0.129	0.338
<b>Actividad</b>	0.057	0.077	0.961
<b>Estrato</b>	0.766	0.795	0.738

## 9.2 PERCEPCIÓN SOBRE LA ANESTESIA

Para la evaluación de la percepción sobre la anestesia, se tuvo en cuenta el total de los participantes del estudio (n= 298).

En la evaluación de la validez interna del instrumento se obtuvo un alfa de Cronbach superior a 0.7 para cada pregunta del cuestionario (0.76 – 0.89), con un valor general del instrumento de 0,871.

En los dos grupos la gran mayoría de los pacientes había escuchado antes sobre la anestesia. El 55% y el 46% de los pacientes del Grupo 1 y 2 respectivamente, se enteraron acerca de la anestesia por medio de personal médico, el resto de los entrevistados se enteraron por medios de comunicación y familiares.

Cuando se les pregunto a los pacientes de que se trata la anestesia, más del 50% de los entrevistados en ambos grupos respondió correctamente a esta pregunta. El 78.9% de los pacientes del Grupo 1 y el 52.5% del grupo 2 conocen todos los tipos de anestesia, mientras que solo un 11.85% de los pacientes en promedio no conoce los tipos de anestesia. Ver Tabla 14.

**Tabla 14. Percepción sobre la anestesia**

<b>ÍTEM EVALUADO</b>	<b>Grupo 1 (n= 199)</b>	<b>Grupo 2 (n=99)</b>
	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>
<b>Había escuchado antes sobre la anestesia</b>	95,5 (190)	81.8 (81)
<b>Medios por los cuales se entero de la anestesia</b>		
Personal medico	55.3 (110)	46.5 (46)
Familiares	25.13 (50)	22.2 (22)
Medios de Comunicación	15.1 (30)	12.1 (12)
<b>Conocimiento sobre la anestesia</b>		
Sabe correctamente	58.3 (116)	54.6 (54)

Conocimiento parcial	37.2 (74)	35.4 (35)
<b>Conocimiento sobre clases de anestesia</b>		
Todos los tipos	78.9 (157)	52.5 (52)
General y Medio Cuerpo	11.1 (22)	17.1 (17)
Un solo tipo	5.5 (11)	11.1 (11)
Ningún tipo	4.5 (9)	19.2 (19)

La evaluación final sobre la percepción de la anestesia, fue considerada en general como buena con un promedio del 52.4%, siendo mayor para el Grupo 1 (55.3%). Ver Tabla 15.

**Tabla 15. Percepción sobre anestesia según grupo**

<b>Percepción</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
	% (Fr)	% (Fr)
<b>Mala</b>	19,60 (39)	41,41 (41)
<b>Regular</b>	25,13 (50)	12,12 (12)
<b>Buena</b>	55,28 (110)	46,46 (46)

Posteriormente se realizó una regresión logística con el fin de evaluar si lo disperso de la percepción sobre la anestesia pudiera estar asociado a alguna de las características basales, no observando asociación significativa inicialmente. Seguidamente se realizó una regresión binomial, en la cual la variable institución (2) y el nivel universitario mostraron asociación significativa en el Grupo 1.

Ver Tabla16.

**Tabla 16. Regresión logística para percepción de la anestesia según grupo**

Variable	Grupo 1		Grupo 2	
		OR (IC 95%)		OR (IC 95%)
Edad		0.99 (0.95 – 1.02)		0.99 (0.96 – 1.02)
<b>Institución</b>	1	0,66 (0,35 – 1,25)		1.51 (0,5 – 4.15)
	<b>2</b>	<b><u>0.26 (0.11 – 0.63)*</u></b>		0.54 (0.16 – 1.7)
	3	0.54 (0.15 – 1.84)		1.2 (0.26 – 5.6)
Género		0.77 (0.36 – 1.63)		1.94 (0.75 – 5.10)
Procedencia		2.76 (0.22 – 33.8)		1.06 (0,31 – 3.60)
<b>Nivel Educativo</b>		0,62 (0,36 – 1.09)		0.57 (0,31 – 1.02)
<b>Universitario</b>		<b><u>0.50 (0.27 – 0.92)**</u></b>		0.52 (0.17 – 1.61)
Actividad		1.20 (0.73 – 1.98)		0.93 (0,61 – 1.43)
Estrato		0.94 (0,64 – 1,37)		1.09 (0,67 – 1,79)

\*p=0.0033 \*\*p=0.027

### 9. 3 IMPORTANCIA Y PREFERENCIAS SOBRE LA ANESTESIA Y EL ANESTESIÓLOGO: GRUPOS 1 Y 2

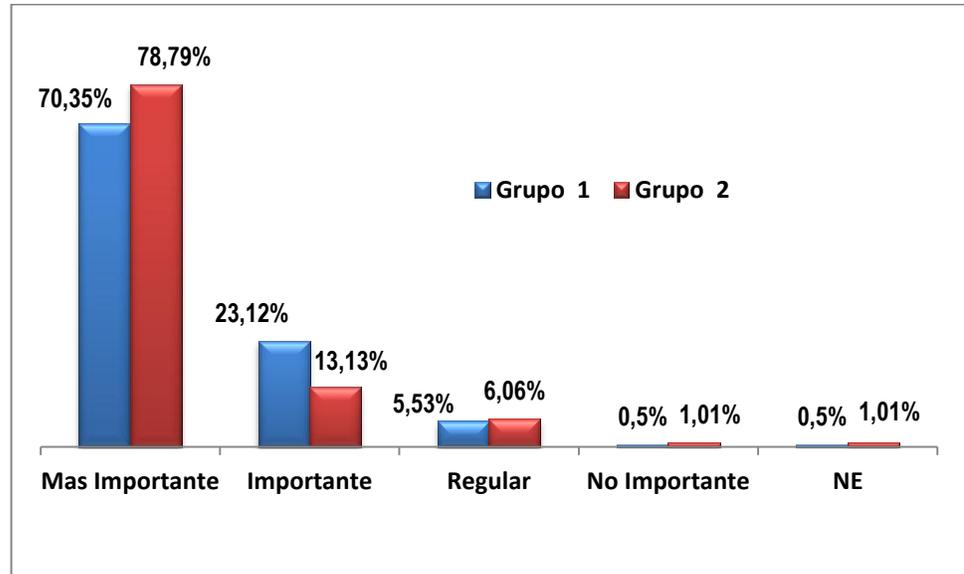
La evaluación de la validez interna del instrumento se obtuvo un alfa de Cronbach superior a 0.7 para cada pregunta del cuestionario (0.79 – 0.88), con un valor general del instrumento de 0,86.

- **Evaluación del grupo de trabajo según importancia:** Para los dos grupos el anesthesiologo no fue considerado el más importante, rol en el cual destacan al cirujano (90%). El anesthesiologo, fue el segundo profesional más importante en los grupos con valores de 70 y 78% en el Grupo 1 y 2 respectivamente. La evaluación de mala importancia al anesthesiologo no fue superior del 1% en los dos grupos. Ver Tabla 17 y Grafica 2.

**Tabla 17. Evaluación del grupo de trabajo según importancia**

Grupo	Evaluación	Mas	Importante	Regular	Malo	No
		Importante				Evaluable
		% (Fr)	% (Fr)	% (Fr)	% (Fr)	% (Fr)
1	<b>Anestesiólogo</b>	70.35 (140)	23.12 (46)	5.53 (11)	0.5 (1)	0.5 (1)
	Cirujano	<b>89.95 (179)</b>	7.54 (15)	2.01 (4)		0.5 (1)
	Ayudante de Cx	26.13 (52)	29.65 (59)	36.18 (72)	7.54 (15)	0.5 (1)
	Instrumentadora	32.16 (64)	22.61 (45)	23.12 (46)	21.61 (43)	0.5 (1)
	Enfermero	24.62 (49)	21.61 (43)	24.12 (48)	29.15 (58)	0.5 (1)
2	<b>Anestesiólogo</b>	78.79 (78)	13.13 (13)	6.06 (6)	1.01 (1)	1.01 (1)
	Cirujano	<b>90.91 (90)</b>	6.0 (6)	2.02 (2)		0.5 (1)
	Ayudante de Cx	65.66 (65)	13.13 (13)	16.16 (16)	4.04 (4)	1.01 (1)
	Instrumentadora	68.69 (68)	10.10 (10)	15.15 (15)	5.05 (5)	1.01 (1)
	Enfermero	71.72 (71)	8.08 (8)	9.09 (9)	10.10 (10)	1.01 (1)

**Grafica 2. Evaluación del anestesiólogo según grupo**



- **Preferencias sobre la anestesia y el anestesiólogo:** El deseo por escoger tanto la anestesia como el anestesiólogo fue superior al 80% en el Grupo 1, comparado con solo el 60% de los pacientes que tuvieron su primera experiencia anestésico, hallazgo que será motivo de discusión. Este hallazgo se invierte en los dos grupos cuando desean que sea el profesional o la institución quien escoja la anestesia y el anestesiólogo. Ver Tabla 18.

**Tabla 18. Escogencia Anestesia y Anestesiólogo**

	<b>Grupo 1 (n= 199)</b>	<b>Grupo 2 (n=99)</b>
<b>Escogencia ↓</b>	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>
Anestesia	88.44 (176)	59,60 (59)
Anestesiólogo	88.44 (176)	59,60 (59)
Ambos	88.44 (176)	40.40 (40)
Solo Anestesia	/	19.19 (19)
Solo Anestesiólogo	/	19.19 (19)
Ninguno	11.56 (23)	21.21 (21)

#### **9.4 REFERENCIAS Y TEMORES SOBRE LA ANESTESIA**

En la evaluación de la validez interna del instrumento se obtuvo un alfa de Cronbach superior a 0.7 para cada pregunta del cuestionario (0.77 – 0.94).

- **Referencias sobre la anestesia:** En general los entrevistados de ambos grupos han tenido buenas referencias sobre la anestesia (promedio >65%) y las malas referencias no superaron el 5% en cada grupo. Ver Tabla 19.

**Tabla 19. Referencias sobre la Anestesia**

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>
Buenas	58.79 (119)	72.73 (72)
Malas	4.52 (9)	5.05 (5)
Indiferentes	36.68 (73)	22.22 (22)

Se realizó un análisis de los resultados acerca de las referencias sobre la anestesia según grupo y variable basal, sin encontrar diferencias significativas. Ver Tabla 20.

**Tabla 20. Significancia sobre referencias según variables basales y Grupo**

<b>Variables basales</b>	<b>Significancia según Grupo</b>	
	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
Edad	0.305	0.943
Educación	0.427	0.692
Estrato	0.722	0.090
Genero	0.120	0.626
Actividad	0.075	0.891
Procedencia	0.391	0.745

Institución	0.167	0.794
-------------	-------	-------

- **Temores sobre la anestesia:** Un 62% en promedio de los entrevistados dijo no tener ningún temor a la anestesia, siendo mayor en el Grupo 2 (71,7% vs 52.2%). El temor por presentar complicaciones mayores tipo secuelas severas o muerte fue menor en el Grupo 2 o grupo que ya estuvo expuesto a la anestesia, hallazgo que también será motivo de discusión. Ver Tabla 21. No se presentaron diferencias significativas en cada grupo respecto a los tipos de temores ajustados por cada característica basal.

**Tabla 21. Temores sobre la anestesia**

	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
<b>TIPOS DE TEMORES</b>	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>
Ninguno	52,26 (104)	72.73 (71)
Mayores	64.32 (128)	22.22 (22)
Menores	35.68 (71)	19.19 (19)

Seguidamente se evaluó el tipo de temor a la anestesia, encontrándose que en el grupo que no ha sido expuesto a la anestesia, el temor a morir o quedar con secuelas graves (13%) es el predominante, comparado con el grupo que ha tenido su primera experiencia anestésico-quirúrgica, en el cual el temor a morir y al dolor se presentan en un porcentaje similar (6.06%), pero equivalente al 50% del temor del Grupo 1. Ya agrupados estos temores, vemos como la muerte y secuelas mayores alcanzan el 64% del Grupo 1 y solo el 22% en el Grupo 2.

Ver Tablas 22 y 23.

**Tabla 22. Tipos de temores a la Anestesia: Parte 1**

<b>TEMORES A LA ANESTESIA</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Total</b>
Ninguno	52,26%	72,73%	59,06%
Vomito/Cefalea	0,00%	3,03%	1,01%
Dolor	6,03%	<u>6,06%</u>	6,04%
Muerte	7,54%	<u>6,06%</u>	7,05%
Vomito/Cefalea/Muerte	1,51%	1,01%	1,34%
Dolor /Vomito/Cefalea	0,50%	1,01%	0,67%
Dolor / Muerte	8,04%	4,04%	6,71%
Secuelas / Muerte	<u>13,07%</u>	4,04%	10,07%
Cefalea / Vomito / Dolor / Muerte	1,51%	1,01%	1,34%
Cefalea / Vomito / Secuelas / Muerte	3,02%	0,00%	2,01%
Dolor / Secuelas / Muerte	3,52%	1,01%	2,68%
Cefalea / Vomito / Dolor / Secuelas / Muerte	3,02%	0,00%	2,01%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

**Tabla 23. Tipos de temores a la Anestesia: Parte 2**

<b>TEMORES A LA ANESTESIA</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Total</b>
Ninguno	52,26%	72,73%	59,06%
Vomito/Cefalea	13,07%	6,06%	10,74%
Dolor	22,61%	<u>13,13%</u>	19,46%
Muerte	<u>41,71%</u>	<u>17,17%</u>	33,56%

Secuelas Mayores	<u>22,61%</u>	5,05%	16,78%
------------------	---------------	-------	--------

#### 9.4 EVALUACIÓN DE LA ANESTESIA Y ANESTESIÓLOGO GRUPO 2

La anestesia fue evaluada como excelente en el 98% de los casos, pero el anesthesiólogo fue calificado de igual forma solo en el 79% de los entrevistados. Ver Tabla 24.

La gran mayoría de los pacientes (90%) desearían el mismo tipo de anestesia en caso de ser llevados nuevamente a cirugía.

**Tabla 24. Evaluación de la anestesia y anesthesiólogo Grupo 2**

<b>EVALUACIÓN</b>	<b>Anestesia</b>	<b>Anesthesiólogo</b>
	<b>% (Fr)</b>	<b>% (Fr)</b>
Excelente	97.98 (97)	78.7 (78)
Buena	/	13.13 (13)
Regular	2.02 (2)	6.06(6)
Mala	/	2.02 (2)

## 10. DISCUSION

En nuestro estudio sobre percepción de la anestesia como especialidad médico quirúrgica y del anesthesiólogo como especialista, se contó con la participación de un número importante de pacientes de múltiples especialidades, diversas patologías y de diferentes instituciones de Bucaramanga y su área metropolitana. Aunque la mayoría de nuestra población correspondió al área urbana, con un nivel académico en secundaria, actividad principal trabajadores, de estratos socioeconómicos 1, 2, 3 y 4, por tratarse de una muestra tan heterogénea, los resultados son extrapolables a la población general y a instituciones de similares características del sector público y privado, a pesar que los dos grupos de pacientes presentaron diferencias significativas posiblemente por falta de poder al tener un grupo con el 100% más del tamaño muestra. En un estudio realizado en Colombia por Cobos y cols. en el 2008, contaron con una población en su gran mayoría urbana, de estrato y nivel educativo alto que hacía difícil extrapolar lo datos a todo tipo de población<sup>2</sup>, lo cual da mayor fortaleza a nuestra investigación, ya que los resultados pueden extrapolarse a diferentes poblaciones.

Los instrumentos utilizados en nuestro estudio para evaluar la percepción de los anesthesiólogos y de la anestesia contaron con una validez interna aceptable, sin embargo, lo ideal sería contar con un instrumento de evaluación universal aplicable a todo tipo de población, el cual hasta el momento no se ha desarrollado.

Nosotros partimos de la hipótesis de una percepción adecuada del anesthesiólogo del 60% en pacientes sin experiencia anestésica, sin embargo, en este grupo de pacientes la percepción fue buena solo en el 12% y excelente en el 25% para un total de 37% de percepción adecuada y dado que nuestro tamaño de muestra fue calculado con una diferencia o delta de un 15% (75% vs 60%), y al encontrar un

delta mayor, creemos que contamos con el poder suficiente para darle mayor validez al estudio y sus resultados.

La única variable que tuvo una asociación estadísticamente significativa en la percepción del anestesiólogo fue el nivel educativo en los pacientes sin experiencia anestésica previa con un valor de  $p=0,04.$ , hallazgo que reafirma lo reportado por Liviu y cols. en el año 2003 en Israel, afirman que la percepción de las personas depende de diversos factores como la edad, el género, la ocupación y el nivel educativo<sup>4</sup>.

Los pacientes sin experiencia anestésica tuvieron un conocimiento adecuado sobre el nivel académico en que se encuentran los anestesiólogos como médicos especialistas sin alcanzar el 100% de reconocimiento, resultados similares han mostrado los últimos estudios desde el año 2003 al 2009<sup>1,2,3,4</sup>. Sin embargo, los pacientes tienen un desconocimiento importante sobre las funciones y el rol que desempeña el anestesiólogo dentro y fuera del quirófano. En nuestro estudio, el 77% sabe que el anestesiólogo se encuentra presente durante todo el tiempo quirúrgico, comparado con estudios previos donde solo se alcanza el 54%<sup>5,6</sup>.

Respecto a las funciones del anestesiólogo en cirugía, el 70% atribuyo el papel de vigilancia permanente, dormir y despertar y el manejo del dolor, que aunque no alcanza el 100%, si es mayor a lo encontrado en estudios previos donde el acto anestésico de “dormir al paciente” se reconoció en un 10- 43%, manejo del dolor 20%, administrar medicamentos en el intraoperatorio 17%, monitoreo de los signos vitales en un 5% y analgesia posoperatoria 33%<sup>5, 6, 18</sup>. En nuestro estudio el 16% de los pacientes creen que la única función del anestesiólogo en cirugía es quitar el dolor, lo que demuestra que todavía falta información a la población general sobre las funciones del anestesiólogo en cirugía.

Los pacientes de ambos grupos no conocen quien es profesional responsable de dar el apto para cirugía y creen en que esta función es del cirujano, posiblemente por falta de educación o falta de asistencia a la consulta preanestésica, pero interesantemente la mayoría afirma que cuando un paciente se complica es el resultado del anestesiólogo o de la anestesia.

La responsabilidad del éxito de la cirugía involucro también principalmente al cirujano (97%) vs. el anestesiólogo (83%) y solo el 36% atribuye a todo el grupo quirúrgico, el cual debe actuar como equipo para brindar la seguridad al paciente. En estudios anteriores, se ha descrito que el encargado de la seguridad del paciente durante el acto anestésico es el anestesiólogo en un 39%, la enfermera en un 35% y el 20% no estaban seguros sobre esta función<sup>6</sup>.

Una posible explicación de que los pacientes consideren que el éxito de la cirugía depende principalmente del cirujano y que este especialista es quien define el apto para cirugía, puede ser porque para nuestros pacientes sigue siendo el cirujano la persona más importante del grupo quirúrgico, dándole el 90% en los dos grupos. En los últimos estudios publicados, la mayoría de la población considera que la responsabilidad del bienestar del paciente durante la cirugía y el posoperatorio es igual entre el cirujano y el anestesiólogo<sup>2,3,4</sup>. En el estudio publicado por Cobos en Colombia, muestra que los pacientes recuerdan más a su cirujano que a su anestesiólogo, el cual solo es recordado en el 80% de los casos<sup>2</sup>. En nuestro estudio solo el 4% de los pacientes en posoperatorio pudo recordar y decir correctamente el nombre su anestesiólogo, la principal causa es que a diferencia del cirujano, los anestesiólogos no realizamos visita postanestésica, lo cual deja un vacío en la atención perioperatoria de nuestros pacientes.

El principal vacío sobre la percepción del anestesiólogo se dio en el rol que desempeña fuera del quirófano. En nuestro estudio, en los pacientes sin experiencia anestésica previa, casi un 30% considera que el anestesiólogo solo

trabaja en quirófanos, solo un 28% reconoce el desempeño en todas las aéreas y el principal desconocimiento se da en la labor del anestesiólogo en clínicas de dolor y cuidados intensivos. Sin embargo, nuestros resultados son mejores a lo reportado en un estudio publicado por Seetharaman y cols. realizado a pacientes del Caribe en el 2006, en donde se encontró que solo el 19% de las personas reconocen el rol de los anestesiólogos en las unidades de cuidado intensivo<sup>3</sup>, comparado con nuestro estudio donde se alcanzo un 35%.

Nosotros encontramos que la percepción aceptable del rol del anestesiólogo en la valoración preanestésica fue de 68% (excelente 31% y buena 37%) en pacientes en posoperatorio inmediato de su primera cirugía, hallazgo que pudiera estar influido por el resultado de la cirugía y el contacto previo con el anestesiólogo, el cual dependiendo de su comportamiento pudo influir en la respuesta. No ocurrió lo mismo en la percepción que tenían nuestros pacientes del rol del anestesiólogo en actividades fuera del quirófano, donde solo se alcanzo el 45% de percepción aceptable (Excelente 32% y buena 13%), al igual que en el Grupo 1, el principal factor pudo haber sido la falta de educación y desinformación de nuestros pacientes.

Es posible que no se alcance todavía una percepción del 100% del rol del anestesiólogo en la valoración preanestésica porque en primer lugar se desconoció el objetivo de esta en el 50% de los casos, en segundo lugar, hubo un 18% de pacientes que fueron llevados a cirugía sin valoración preanestésica, además, en los pacientes que se realizó, solo el 26% se valoro en sitios adecuados para este tipo de consulta, es decir, la mayoría de los pacientes fueron vistos en el mismo quirófano antes de su procedimiento quirúrgico donde los niveles de ansiedad son más altos en el paciente y donde la valoración puede ser realizada de forma incompleta o a la ligera, evidenciándose en que solo la mitad de los pacientes recibió explicaciones completas sobre el acto anestésico y que

existió un 34% de pacientes que no quedo satisfecho con las explicaciones recibidas.

La percepción sobre la anestesia en términos generales fue buena en los dos grupos (Grupo 1 55%, Grupo 2 46%), esto concuerda con lo publicado en la literatura en donde el reconocimiento de la anestesiología como disciplina medica varía desde 51% a 73%<sup>1</sup>. La mayoría de nuestros pacientes tenía información acerca de la anestesia a pesar de no haber estado expuesta a esta anteriormente y la información fue obtenida principalmente por parte de personal médico lo cual supone que es objetiva y no sesgada como cuando es dada por familiares o medios de comunicación. La mayoría de nuestros pacientes conocían los diferentes tipos de anestesia, principalmente la anestesia general y del neuroeje. Según el análisis estadístico, una mejor percepción de la anestesia se asocio con el nivel educativo universitario con una  $p= 0,027$  y en los pacientes de un tipo de institución (B)  $p=0,0033$ .

El deseo por escoger tanto la anestesia como el anestesiólogo fue superior al 80% en el Grupo 1, comparado con el 60% de los pacientes que tuvieron su primera experiencia anestésicoquirúrgica. Una explicación a esto, es que los pacientes en posoperatorio tienen ya un patrón de referencia por su experiencia personal, lo cual disminuye su nivel de ansiedad cuando han quedado satisfechos con la atención recibida.

En nuestro estudio se obtuvo un alto grado de satisfacción de la anestesia (98% excelente) y del anestesiólogo (78% excelente) y el 90% desearía recibir la misma anestesia en caso de ser nuevamente a cirugía, lo cual hace que la escogencia del anestesiólogo no sea prioridad en estos casos. Comparado con otros estudios, el grado de satisfacción postanestesica fue mayor en el nuestro, resultados que son alentadores y demuestran una buena atención al paciente por parte de nuestros especialistas e instituciones y gran evolución de nuestra profesión en los

últimos diez años. Para el 2002 en un estudio publicado por Ponce y cols. sobre evaluación de la calidad de la anestesia desde el punto de vista del paciente, se calificó como excelente 74% y 72% a la anestesia y a el anesthesiologo respectivamente<sup>18</sup> y según lo publicado por Maurizia y cols. en el 2007, la puntuación media de satisfacción postanestésica de 0-10 fue de 8,7 puntos<sup>20</sup>.

Al evaluar las referencias que tenían los pacientes sobre la anestesia en los dos grupos, la mayoría de las personas tenían buenas referencias, principalmente en los pacientes en posoperatorio (72% vs. 58%) y no encontró asociación con ninguna variable sociodemografica en este punto.

Se han estudiado ampliamente los temores de los pacientes frente al acto anestésico. En nuestro estudio la minoría presenta temores a la anestesia, con un promedio de 38,5% en los dos grupos, siendo mayor en el 6 1 En el estudio de Ponce y cols. donde solamente se evaluaron pacientes en posoperatorio, el 33% de los pacientes temen a la anestesia<sup>19</sup>, hallazgo similar a lo encontrado en nuestros pacientes en posoperatorio. Cuando se realizo un análisis de los temores agrupados por complicaciones mayores (muerte, secuelas neurologicas) y complicaciones menores (vomito, cefalea, dolor), se encontró que el temor por presentar complicaciones mayores fue mucho más alto en los pacientes sin experiencia anestésica que en los pacientes en posoperatorio (64% vs 22%), es muy posible que este hallazgo se deba a que a pesar de que los pacientes del Grupo 2 estuvo expuesto a estos riesgos, no presentaron el evento y por lo tanto no refirieron estos tipos de temores en el momento de la entrevista. En estudios anteriores los resultados son muy heterogéneos, el temor a la muerte intraoperatoria se presenta entre el 8% y el 54%<sup>2,5,6,12,17</sup>. Dentro de las complicaciones menores, el temor a sentir dolor fue el más importante (22,6% Grupo 1 y 13% Grupo 2), hallazgo similar a lo encontrado en estudios previos donde el temor a presentar dolor intra y posoperatorio varía entre el 5% al 65%<sup>5, 6, 12, 17</sup>. El temor a presentar vomito y cefalea se presento en un promedio de 10,7%

en los dos grupos, hallazgo más bajo que lo encontrado en la literatura (5% a 48%)<sup>2</sup>. Un paciente en posoperatorio refirió que su principal temor era la reacción que presentara a la anestesia al momento del despertar. En nuestro estudio no se indagó sobre temor a despertar intraoperatorio o temor a la divulgación de asuntos personales durante la anestesia.

Según lo encontrado en nuestro estudio, la percepción sobre el anestesiólogo y su rol dentro y fuera del quirófano sigue siendo desalentadora, por lo cual se requiere fomentar campañas de capacitación hacia la comunidad en general y a nivel de las instituciones públicas y privadas que participaron en el presente estudio. Y aunque los resultados sobre la percepción de la anestesia fueron mejores, se debe reforzar la información para tener un 100% de reconocimiento de la especialidad. De igual forma, es muy importante informar a los pacientes, principalmente a aquellos sin experiencia anestésica previa, los verdaderos riesgos e índices de complicaciones a los cuales estarían expuestos en dado caso de ser llevados a cirugía, debido a que la anestesia se practica actualmente en forma muy segura, esto con el objetivo de minimizar falsos temores y falsas expectativas que todavía tienen las personas respecto al tema.

Es de destacar el alto grado de satisfacción de nuestros pacientes en el posoperatorio, medida de calidad de la atención prestada en los servicios de quirófanos de las instituciones participantes.

A pesar de ser un estudio pionero en nuestro país dado el tipo de población, lo multicéntrico y las variables exploradas, creemos que estas fortalezas serán aun mayores cuando podemos reconocer las debilidades del mismo como la diferencia del tamaño muestral que pudo influir en las diferencias significativas, un cuestionario no validado y la posibilidad de “contaminación” del estudio en pacientes del grupo dos.

Finalmente, debemos ser los anesthesiólogos los pioneros en mejorar cada día la imagen que tenemos como especialistas ante nuestros mismos colegas, ante las demás especialidades y ante la comunidad en general para mejorar la confianza de nuestros pacientes y proporcionar una mejor atención en salud.

## CONCLUSIONES

- El reconocimiento del anestesiólogo como médico especialista fue muy bueno (90%) en nuestra población.
- En los pacientes sin experiencia anestésico - quirúrgica previa, el 70% reconoció todas las funciones que desempeña el anestesiólogo en cirugía. Solo el 36% de las personas considero que el éxito de una cirugía recae sobre todo el equipo quirúrgico.
- Existe un desconocimiento importante en los pacientes sin experiencia anestésica sobre todas las aéreas donde se puede desempeñar un anestesiólogo, principalmente su trabajo en clínicas de dolor y UCI.
- La percepción general en los pacientes sin experiencia anestésico-quirúrgica del anestesiólogo fue calificada como regular. Para los pacientes en posoperatorio de su primera cirugía, la percepción del rol del anestesiólogo en la valoración prequirúrgica fue buena, mientras que para las actividades fuera del quirófano la percepción fue calificada como mala.
- El grado de percepción del anestesiólogo en el Grupo 1 estuvo asociado al nivel educativo con valor de  $p=0.041$ , para el resto de variables sociodemográficas no hubo diferencias estadísticamente significativas

- La evaluación final sobre la percepción de la anestesia, fue considerada en general como buena con un promedio del 52.4%, siendo mayor para el Grupo 1 (55.3%).
- El grado de percepción de la anestesia en el Grupo 1 estuvo asociado al tipo de institución con valor de  $p=0,0033$  y a el nivel educativo universitario con una  $p= 0,027$ . No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el resto de variables sociodemográficas.
- Para los dos grupos el anestesiólogo no fue considerado el más importante del grupo quirúrgico, debido a que consideraron más importante al cirujano. El anestesiólogo, fue el segundo profesional más importante en los grupos con valores de 70 y 78% en el Grupo 1 y 2 respectivamente.
- A la mayoría de los pacientes sin experiencia anestésica previa les gustaría escoger tanto el tipo de anestesia como su anestesiólogo (80%), comparado con los pacientes en posoperatorio donde solo el 60% preferiría hacerlo.
- La mayoría de los pacientes no refirió temores a la anestesia, siendo mayor en el Grupo 2 (71,7% vs 52.2%). De los pacientes que refirieron temores, el temor por presentar complicaciones mayores tipo secuelas severas o muerte fue mayor en los pacientes sin experiencia anestésica que en los pacientes en posoperatorio (64% vs. 22%).
- El grado de satisfacción del acto anestésico fue evaluado como excelente en el 98% de los casos, pero el grado de satisfacción con el anestesiólogo solo alcanzo el 79%. La gran mayoría de los pacientes (90%) desearían el mismo tipo de anestesia en caso de ser llevados nuevamente a cirugía.

## BIBLIOGRAFIA

1. SK MATHUR, SK DUBE, SUNIL JAIN. Knowledge about Anaesthesia and Anaesthesiologist amongst general population in Indian. *Indian J Anaesth.* 53(2): 179-186, 2009.
2. COBOS CLAUDIA, and CHAVES ALEXANDRA. Percepciones y conceptos acerca de la práctica anestésica: una mirada desde la perspectiva del paciente. *Rev. Col. Anest.* 36: 269-273, 2008.
3. SEETHARAMAN HARIHARAN, and LORNA MERRITT-CHARLES. Patient perception of the role of anesthesiologists: a perspective from the Caribbean. *Journal of Clinical Anesthesia.* 18, 504–509, 2006.
4. CALMAN LIVIU, and MIHALACHE ADRIAN. Current Understanding of the Patient's Attitude Toward the Anesthetist's Role and Practice in Israel: Effect of the Patient's Experience. *Journal of Clinical Anesthesia* 15:451-454, 2003.
5. KETAN SHEVDE, and GEORGIA PANAGOPOULOS. A Survey of 800 Patients' Knowledge, Attitudes, and Concerns Regarding Anesthesia. *Anesth Analg.* 73: 1904, 1991.
6. STH CHEW, and T TAN. A Survey of Patients' Knowledge of Anaesthesia and Perioperative Care. *Singapore Medical Journal.*
7. MARANETS I, and KAIN ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth Analg.* 89: 1346–51, 1999.

8. COOPER GM, HUTTON P.: Anaesthesia and the undergraduate medical curriculum. *Br J Anaesth.* 74:3 – 5, 1995.
9. MATTHEY P, FINUCANE BT, FINEGAN BA.: The attitude of the general public towards preoperative assessment and risks associated with general anesthesia. *Can J Anaesth.* 48: 333–9, 2001.
10. SEETHARAMAN HARIHARAN, and DERYK CHEN. Percepción de los pacientes respecto de la utilidad de la evaluación ambulatoria pre anestésica en un país caribeño en desarrollo. *Rev Bras Anesthesiol.* 59: 2: 110-116, 2009.
11. VICTOR M. and WHIZAR-LUGO. Prevención en Anestesia. *Anestesia en Mexico.* 21 (2):118-138, 2009.
12. KLAFTA JEROME M, and ROIZEN MICHAEL F. Current Understanding of Patients' Attitudes Toward and Preparation for Anesthesia: Review. *Anesth Analg.* 83: 1314-21, 1996.
13. MERLIN D. LARSON. *Miller Anestesia.* Capitulo 1. Sexta Edición. Pág 3-44, 2005.
14. HERRERA JAIME. Historia de la Anestesia en Colombia. *Universidad Médica.* 27:7-18. 198.
15. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición. <http://buscon.rae.es/drael/>.

16. M.G.F. VAN WIJK, SMALHOUT. A postoperative analysis of the patient's view of anaesthesia in a Netherlands' teaching hospital. *Anaesthesia*.45, pag 679-6, 1990.
17. M.A. HUME, MB, CHB. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia*. 49: 715-718, 1994.
18. C.F. SWINHOE. Patients knowledge of anaesthetic practice and the role of anaesthetists. *Anaesthesia*. 49: 165-166, 1994.
19. PONCE MENDOZA MARJORIE, and PINEDA M. XENIA J. Evaluación de la calidad de la anestesia desde el punto de vista del paciente. *Rev Med Post UNAH* 7: 190-195, 2002.
20. CAPUZZO MAURIZIA, and GILLI GIUSEPPE. Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia. *Anesth Analg*. 105: 435-42, 2007.
21. C. BAILLARD, J.F. LAMBERTO, C. MARTINEZ. Point de vue des patients concernant la prise en charge anesthésique. *Canadian journal of anaesthesia*. February 12, 2001.
22. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.
23. Resolución Numero 8430 de 1993 (Octubre 4). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

24. RUIZ ALVARO, MORILLO LUIS. Epidemiología clínica, Investigación clínica aplicada. 2004.

## **ANEXOS**

**Anexo a. Encuesta N° 1: Paciente en área de consulta externa**

Universidad Industrial de Santander UIS - Postgrado en Anestesiología y Reanimación														
Percepción del paciente sin experiencia Médico-Quirúrgica sobre <b>Los Médicos y la Cirugía</b>														
Encuesta No 1 : Pte en Area de Consulta externa														
Identificación			Institución				A	B	C	D				
Edad	Años		Nivel Educativo		P	S	U	Labor	E	I	Ac	Est	D	P
Área de Vivienda		R	U	AM	FAM		Ciudad:			Estrato				
Número	Pregunta				Respuesta				Coloque una X					
1	Para Ud. el Anestesiólogo Es un: (Solo una Opción) Rta Medico. Pasa No 2. Otra Rta pasa a la No 4				Enfermero									
					Farmaceuta									
					Técnico									
					Estudiante de Md									
					Médico									
2	Qué tipo de Md. E. Rta especialista pasa a la No 3. Gral. a la No 4				Medico General									
					Especialista									
3	Si es especialista, Ud. Cree que debió estudiar respecto al Cx. (Puede responder solo una)				Iguales Años									
					Mas Años									
					Menos Años									
4	Cuáles cree que son las funciones del Anestesiólogo durante la Cirugía (puede responder solo una)				Dormir y Despertar									
					Quitar el Dolor									
					Dormir y Operar									
					Vigilar al Pte durante la Cx.									
					Dormir-Despertar /Quitar dolor/Vigilar									
5	La Presencia del Anestesiólogo en la Cirugía, se da en: (Puede responder solo una)				Al inicio de Cx.									
					Al Inicio y Final de Cx.									
6	Quien es el responsable de que todo salga bien en Cx. (puede responder más de una)				Durante toda la Cx.									
					Cirujano									
					Anestesiólogo									
					Ayudante de Cx.									
					Instrumentadora									
7	Quien decide si el paciente es apto para Cx.				Enfermera									
					El Cirujano									
					El Anestesiólogo									
8	El anestesiólogo solo está presente en salas de cirugía Rta Si, sigue ¿No 10 y 11. Rta No sigue 9,10,11				Si									
					No									
9	Si su Rta fue No, en que otras partes debe estar presente (puede responder más de una)				Salas de Recuperación									
					Clinicas de Dolor									
					Cuidados Intensivos									
10	Califique de 1 a 5 el siguiente personal, según cree Ud. La importancia durante la Cirugía				Cirujano									
					Anestesiólogo									
					Ayudante de Cirugía									
					Instrumentadora									
11	Finalmente, si pudiera escoger su Anestesiólogo, lo haría:				Enfermero									
					Si									
					No									

Parte No 2 : Percepción sobre la Cirugía y la Anestesia							
Número	Pregunta	Respuesta	Coloque X				
1	Ha escuchado sobre la Anestesia. Rta No. Termina la entrevista. Rta Si, sigue	Si No					
2	Porque medios se entero sobre la anestesia (puede responder más de uno)	Médicos Familiares Radio TV Prensa Internet Vecinos Otro					
3	Para Ud. De que se trata la Anestesia (puede responder solo uno)	Dormir al Paciente Dormir y despertar al Pte Quitar el Dolor Vigilar al Pte en la Cx. Todo lo anterior					
4	Que tipos de Anestesia Conoce (puede responder más de uno)	General Medio Cuerpo Regional (Brazos-Ojos) Local					
5	Las referencias que tiene sobre la Anestesia, son: (Si respondió MALAS, sigue la pregunta No 6)	Buenas Malas					
6	Las malas referencias se relacionaban con (puede contestar más de una)	Vomito y/o Dolor de Cabeza Secuelas Muerte Otras					
7	Estas malas referencias le generan algún temor a la anestesia. Si su Rta es Si, sigue con la pregunta No 8	Si No Indiferente					
8	Estos temores se relacionan con (puede contestar más de una)	Vomito Cefalea Dolor Perder la memoria Perder capacidad de razonar Quedar como un vegetal Muerte					
9	Finalmente para Ud. en caso de ser llevado a Cirugía, califique de 1 a 5 la importancia de:	Cirujano Anestesiólogo					
10	En caso de ser llevado a Cirugía Desearía Ud. Mismo escoger la Anestesia	Si No					
Fecha de Recolección de la Información		Día		Mes		Año	
Nombre del Entrevistador							

## Anexo b. Encuesta N° 2: Paciente en primeras 24 horas POP

Universidad Industrial de Santander UIS - Postgrado en Anestesiología y Reanimación												
Percepción del paciente con su primera experiencia Médico-Quirúrgica sobre Los Médicos y la Cirugía												
Encuesta No 2 : Pte en primeras 24 horas POP												
Identificación			Institución			A		B		C		D
Edad	Años		Nivel Educativo		P	S	U	Labor	E	I	AC	Es
Área de Vivienda		R	U	AM	FAM		Ciudad:			Estrato		
Cx. Realizada		Tipo Anestesia			Anestesiólogo							
No	Pregunta					Respuesta					Coloque X	
1	El Anestesiólogo lo valora antes de su Cx. (Rta Si, sigue No 2, Rta No, pasa a la No 9)					Si						
						No						
2	La valoración la realizo en: (Solo una Opción)					No me valoro						
						En el Quirófano						
						Antes de entrar a Cx.						
						En la habitación						
						En Urgencias						
3	El Anestesiólogo que lo valoro fue el mismo que le dio la Anestesia					Si						
						No						
4	El Anestesiólogo se le presento. Rta Si sigue No 5 y 6. Rta No, sigue No 7 y 8					Si						
						No						
5	Recuerda el nombre del Anestesiólogo					Si						
						No						
6	Recuerda el nombre del Anestesiólogo					Lo dice correctamente						
						Lo dice incorrectamente						
7	El Anestesiólogo le explico sobre (puede responder más de una)					Anestesia a Administrar						
						Riesgos, Complicaciones y Beneficios						
						Si Ud. Podía escoger la Tx Anestesia						
8	Quedo satisfecho con las explicaciones					Si						
						No						
9	Califique de 1 a 5 el siguiente personal, según cree Ud. Es más o menos importante durante la Cirugía					Cirujano						
						Anestesiólogo						
						Ayudante de Cirugía						
						Instrumentadora						
						Enfermero						
10	Finalmente, si pudiera escoger su Anestesiólogo, lo haría:					Si						
						No						
11	Ud. cree que el Pte deben ir a consulta de Anestesia antes de Cx. Rta Si, pasa a No 10, No, sigue No 11					Si						
						No						
12	Si Respondió Si, Cuál sería el objetivo de esta consulta (puede responder solo una)					Revisar los exámenes						
						Ordenar Exámenes						
						Hacer la prueba de la Anestesia						
						Ver si está Apto para la Cirugía						
						Fijar la fecha de la Cirugía						
						Conocer al Anestesiólogo						
13	Ud. cree que el Anestesiólogo solo debe estar en salas de Cx. (Rta No, pasa a la No 12, Rta Si Termina)					Si						
						No						
14	Si su Rta fue NO, en que otras partes debe estar presente (puede responder más de una)					Salas de Recuperación						
						Clínicas de Dolor						
						Unidades de Cuidado Intensivo						

Parte No 2 : Percepción sobre la Cirugía y la Anestesia Pte en 24 Horas POP		Coloque X		
1	Había escuchado antes sobre la Anestesia Rta No. Sigue pregunta No 3 Rta Si, sigue pregunta No 2 y 4	Si		
		No		
2	Porque medios se había enterado de la Anestesia (puede responder más de uno)	Médicos		
		Familiares		
		Radio TV Prensa		
		Internet		
		Vecinos		
3	Para Ud. en qué consistió la Anestesia (puede responder solo uno)	Otro		
		Dormirme y no sentir nada		
		Dormirme y despertarme		
		Quitarme el Dolor		
		Vigilarme durante la Cx.		
4	Que tipos de Anestesia conocía	Todo lo anterior		
		General		
		Medio Cuerpo		
		Regional (Brazos-Ojos)		
5	Las referencias que tenía sobre la Anestesia, Eran: (Si respondió MALAS, sigue la pregunta No 6)	Local		
		Buenas		
6	Las malas referencias se relacionan con (puede contestar más de una)	Malas		
		Vomito y/o Dolor de Cabeza		
		Secuelas		
		Muerte		
7	Estas malas referencias le generaron algún temor a la anestesia. Si su Rta es Si, sigue con la No 8	Otras		
		Si		
8	Estos temores se relacionaban con (puede contestar más de una)	No		
		Vomito		
		Cefalea		
		Dolor		
		Perder la memoria		
		Perder capacidad de razonar		
		Quedar como un vegetal		
<b>Finalmente</b>		Muerte		
9	Como le pareció la Anestesia	Buena		
		Regular		
		Mala		
10	Califique de 1 a 5	La Cirugía		
		La Anestesia		
En caso de ser llevado nuevamente a Cx. escogería:				
11	Tipo de anestesia	Si	No	
12	Desearía la misma anestesia	Si	No	
13	Volvería a sentir iguales temores	Si	No	
Fecha de Recolección de la Información		Día	Mes	Año
Nombre del Entrevistador				

**Anexo c. Puntuación percepción del paciente sobre el Anestesiólogo Paciente de Consulta Externa.**

<b>Nº</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Puntaje</b>
1	Para Ud. el Anestesiólogo Es un: (Solo una Opción) Rta Medico. Pasa No 2. Otra Rta pasa a la No 4	Enfermero	0
		Farmacéuta	0
		Técnico	0
		Estudiante de Md	0
		Médico	1
		Otro	0
2	Si el Anestesiólogo es un Medico, Este es un medico: Rta Especialista, Pasa a la No 3. Rta Md Gral. a la No 4	General	0
		Especialista	1
3	Si es especialista, Ud. Cree que debió estudiar respecto al Cx. (Puede responder solo una)	Iguals Años	1
		Mas Años	0
		Menos Años	0
4	Funciones del Anestesiólogo durante la Cirugía (puede responder solo una)	Dormir y Despertar	1
		Quitar el Dolor	1
		Dormir y Operar	0
		Vigilar al Pte durante la Cx.	1
		Dormir-Despertar /Quitar dolor/Vigilar	3
		Otra	0
5	La Presencia del Anestesiólogo en la Cirugía, se da en: (Puede responder solo una)	Al inicio de Cx.	0
		Al Inicio y Final de Cx.	0
		Durante toda la Cx.	1
6	Quien es el responsable de que todo salga bien en Cx. (puede responder más de una)	Cirujano	1
		Anestesiólogo	1
		Ayudante de Cx.	1
		Instrumentadora	1
		Enfermera	1
7	Quien decide si el paciente es apto para Cx.	La Enfermera	0
		El Cirujano	0
		El Anestesiólogo	1
8	El anestesiólogo solo está presente en salas de cirugía Rta Si, termina la entrevista.	Si	0
		No	1
9	Si su Rta fue No, en que otras partes debe estar presente (puede responder más de una)	Salas de Recuperación	1
		Clínicas de Dolor	1
		Cuidados Intensivos	1
<b>Evaluación de la Percepción. Máximo Puntaje Posible = 17 puntos</b>			
	Excelente	14 o más puntos	
	Buena	13 puntos	
	Regular	10 a 12 puntos	

	Mala	Menos de 10 puntos	
--	------	--------------------	--

**Anexo d. Percepción del paciente sobre el Anestesiólogo. Paciente con su primera experiencia Anestésico-Quirúrgica**

Nº	Pregunta	Respuesta	Puntaje
1	El Anestesiólogo lo valora antes de su Cx. (Rta SI, sigue No 2, Rta No, pasa a la No 9)	Si	1
		No	0
2.	La valoración la realizo en: (Solo una Opción)	No me valoro	0
		En el Quirófano	0
		Antes de entrar a Cx. (Pte de Urg.)	1
		En la habitación	1
		En Urgencias	1
3	El Anestesiólogo que lo valoro fue el mismo que le dio la Anestesia	Si	1
		No	0
4	El Anestesiólogo se le presento. Rta Si sigue No 5 y 6. Rta No, sigue No 7 y 8	Si	1
		No	0
5	Recuerda el nombre del Anestesiólogo	Si	1
		No	0
6	Cuál es el nombre o el Apellido	Lo dice correctamente	1
		Lo dice incorrectamente	0
7	El Anestesiólogo le explico sobre (puede responder más de una)	Anestesia a Administrar	1
		Riesgos, Complicaciones y Beneficios	1
		Si Ud. Podía escoger la Tx Anestesia	1
8	Quedo satisfecho con las explicaciones	Si	1
		No	0
9	Ud. cree que el Pte deben ir a la consulta con el Anestesiólogo antes de llevar a Cx. Rta Si, pasa a la No 10, No, sigue No 11	Si	1
		No	0
10	Si Respondió SI, Cuál sería el objetivo de esta consulta (puede responder solo una)	Revisar los exámenes	0
		Ordenar Exámenes	0
		Hacer la prueba de la Anestesia	0
		Ver si esta Apto para la Cirugía	1
		Fijar la fecha de la Cirugía	0
		Conocer al Anestesiólogo	0
11	Ud. cree que el Anestesiólogo solo debe estar en salas de cirugía (Rta No, pasa a la No 12, Rta Si Termina encuesta)	Si	0
		No	1
12	Si su Rta fue SI, en que otras partes debe estar presente (puede responder más de una)	Salas de Recuperación	1
		Clínicas de Dolor	1
		Unidades de Cuidados Intensivos	1
<b>Puntaje Máximo percepción del Anestesiólogo en:</b>			<b>66 Puntos</b>
<b>Valoración Preanestésica preguntas 1 a 8</b>			<b>9</b>
	Excelente	Mayor o igual a 8 Puntos (Preguntas 2,3,7,8)	
	Buena	Entre 6 y 7 puntos	
	Mala	Menor de 6	
<b>Consulta Pre-Anestésica y Actividades por fuera de quirófanos preguntas 9 a 12</b>			<b>4</b>
	Excelente	Mayor o igual a 3 Puntos	
	Buena	2 puntos	
	Mala	Menor de 2	

**Anexo e. Puntuación percepción del paciente sobre la Anestesia. Paciente de Consulta Externa**

Nº	Pregunta	Respuesta	Puntaje
1	Ha escuchado sobre la Anestesia. Rta No. Termina la entrevista. Rta Si, sigue	Si	1
		No	0
2	Porque medios se entero sobre la anestesia (puede responder más de uno)	Médicos	1
		Familiares	0
		Radio TV Prensa	0
		Internet	0
		Vecinos	0
		Otro	0
3	Para Ud. De que se trata la Anestesia (puede responder solo uno)	Dormir al Paciente	1
		Dormir y despertar al Pte	1
		Quitar el Dolor	1
		Vigilar al Pte en la Cx.	1
		Todo lo anterior	4
4	Que tipos de Anestesia Conoce (puede responder más de uno)	General	1
		Medio Cuerpo	1
		Regional (Brazos-Ojos)	1
		Local	1
<b>Puntaje Máximo de conocimiento sobre Anestesia = 9 Puntos</b>			
	Buena	Mayor a 7 Puntos	
	Regular	De 6 a 7 Puntos	
	Mala	Menor de 6 Puntos	
<b>Paciente con su primera experiencia Anestésica</b>			
1	Había escuchado antes sobre la Anestesia Rta No. Sigue pregunta No 3 Rta Si, sigue pregunta No 2	Si	1
		No	0
2	Por que medios se había enterado de la Anestesia (puede responder más de uno)	Médicos	1
		Familiares	0
		Radio TV Prensa	0
		Internet	0
		Vecinos	0
		Otro	0
3	Para Ud. en que consistió la Anestesia (puede responder solo uno)	Dormirme y no sentir nada	1
		Dormirme y despertarme	1
		Quitarme el Dolor	1
		Vigilarme durante la Cx.	1
		Todo lo anterior	4
4	Pregunta solo para Ptes que contestaron Si a la pregunta No 1. Qué tipo de Anestesia conocía (puede responder más de uno)	General	1
		Medio Cuerpo	1
		Regional (Brazos-Ojos)	1
		Local	1
<b>Puntaje Máximo de conocimiento sobre Anestesia = 9 puntos</b>			
	Buena	Mayor a 7 Puntos	
	Regular	De 6 a 7 Puntos	
	Mala	Menor de 6 Puntos	

**Anexo f. Puntuación Referencias y Temores del paciente sobre la Anestesia. Pacientes de consulta externa.**

<b>Pacientes de la consulta Externa</b>			
<b>No</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Puntaje</b>
1	Las referencias que tiene sobre la Anestesia, son: (Si respondió MALAS, sigue la pregunta No 2)	Buenas	0
		Malas	1
		Indiferentes	0
2	Las malas referencias se relacionan con (puede contestar más de una)	Vomito y/o Dolor de Cabeza	1
		Secuelas	2
		Muerte	2
		Otras	1
3	Los malos comentarios le generan algún temor a la anestesia. Si su Rta es Si, sigue con la pregunta No 4	Si	1
		No	0
		Indiferente	0
4	Estos temores se relacionan con (puede contestar más de una)	Vomito	1
		Cefalea	1
		Dolor	1
		Perder la memoria	2
		Perder capacidad de razonar	2
		Quedar como un vegetal	2
		Muerte	2
<b>Evaluación</b>			
	<b>REFERENCIAS</b>	<b>Máximo Puntaje</b>	<b>11</b>
	Mala (incluye Rtas de pregunta 2)	Mayor o Igual a 4	
	Buenas	Menor de 4	
	<b>TEMORES</b>	<b>Máximo Puntaje</b>	<b>22</b>
	Graves (incluye Rtas de pregunta 4)	Mayor o igual a 5	
	Moderados	Entre 3 y 4	
	Leves	Menor de 3	

**Anexo g. Puntuación Referencias y Temores del paciente sobre la Anestesia. Pacientes en POP primeras 24 horas**

<b>Pacientes en POP 24 horas</b>			
<b>No</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Puntaje</b>
1	Las referencias que tenia sobre la anestesia eran: (Si respondió MALAS, sigue la pregunta No 2)	Buenas	0
		Malas	1
		Indiferentes	0
2	Las malas referencias se relacionaban con (puede contestar más de una)	Vomito y/o Dolor de Cabeza	1
		Secuelas	2
		Muerte	2
		Otras	1
3	Los malos comentarios le generabann algún temor a la anestesia. Si su Rta es Si, sigue con la pregunta No 4	Si	1
		No	0
		Indiferente	0
4	Estos temores se relacionaban con (puede contestar más de una)	Vomito	1
		Cefalea	1
		Dolor	1
		Perder la memoria	2
		Perder capacidad de razonar	2
		Quedar como un vegetal	2
		Muerte	2
<b>Evaluación</b>			
	<b>REFERENCIAS</b>	<b>Máximo Puntaje</b>	<b>11</b>
	Mala (incluye Rtas de pregunta 2)	Mayor o Igual a 4	
	Buenas	Menor de 4	
	<b>TEMORES</b>	<b>Máximo Puntaje</b>	<b>22</b>
	Graves (incluye Rtas de pregunta 4)	Mayor o igual a 5	
	Moderados	Entre 3 y 4	
	Leves	Menor de 3	

**Anexo h. Preferencias sobre la anestesia y el anesthesiólogo**

No	Pregunta		Puntaje
1	Califique de 1 a 5 según la importancia que Ud. Le dé al siguiente personal de cirugía	Cirujano	
		Anestesiólogo	
		Ayudante de Cirugía	
		Instrumentadora	
		Enfermero(a)	
2	Si Ud. Pudiera escogería la Anestesia	Si	
		No	
3	Qué tipo de Anestesia escogería	General	
		Medio Cuerpo	
		Regional (Brazos-Ojos)	
		Local	
4	Si Ud. Pudiera escogería su Anestesiólogo	Si	
		No	
5	Si a Ud. Lo volvieran a operar, escogería la misma anestesia	Si	
		No	
<b>Evaluación</b>			
1.	Importancia del Anestesiólogo dentro del grupo de trabajo en salas de cirugía		
2.	Preferencia del Paciente al escoger su tipo de Anestesia		
3.	Preferencia del Paciente al escoger su Anestesiólogo		
4.	Evaluación de la Anestesia		

## **Anexo i. Consentimiento informado para la participación del estudio**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_  
Documento de Identificación: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

### **Información para el paciente**

El postgrado de Anestesiología y Reanimación de la Universidad Industrial de Santander (UIS), por medio de sus residentes, desea invitarlo(a) a participar en un estudio elaborado para conocer como se percibe a la anestesia y al anestesiólogo en Bucaramanga y su área metropolitana. Este estudio se realizará mediante una encuesta individual en las áreas de consulta externa, salas de recuperación o habitaciones de hospitalización según donde usted se encuentre.

Este es un estudio descriptivo analítico de corte transversal titulado: **“PERCEPCION DE LA ANESTESIA Y DEL ANESTESIOLOGO EN PACIENTES SIN EXPERIENCIA PREVIA ANESTESICO-QUIRURGICA”**.

La actual investigación se rige por los principios éticos de la normatividad internacional vigente expuesto en la Declaración de Helsinki 2008 y en la normatividad nacional en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993. Inicialmente el protocolo fue evaluado por el comité de Posgrado de Anestesiología y Reanimación y estudiado y aprobado por el comité de ética en investigación científica Interinstitucional Universidad Industrial de Santander (UIS)-Hospital Universitario de Santander (HUS) bajo el código DIEF:1011006.

La información que aporte este estudio, nos ayudará a conocer como Uds. perciben la anestesia y a los anestesiólogos, su grado de satisfacción después de su primera anestesia. Lo anterior nos ayudara a mejorar nuestras falencias, a reforzar sus conocimientos y a proponer alternativas que busquen crear una atmosfera de calidad y seguridad sobre la anestesia y el anestesiólogo.

### **Tipo de estudio procedimientos y riesgos**

Según la Resolución N. 008430 del 4 de Octubre de 1993 del Ministerio de Salud, Título II, Artículo 11, el presente estudio está clasificado como **INVESTIGACION SIN RIESGO**, debido a que la información se obtendrá mediante una encuesta individual sin intervenciones de tipo diagnóstico o terapéutico (medicamentos).

### **Beneficios y compensación**

Se le informa que no recibirá dinero por su participación y que el presente estudio no está patrocinado por ninguna casa farmacéutica. Los resultados de este estudio servirán para fines investigativos exclusivamente.

### **Responsabilidades del paciente**

Si acepta participar, usted debe contestar la encuesta en su totalidad, de la forma más sincera posible. Su participación en el estudio es voluntaria y si desea puede retirarse y no seguir contestando la entrevista.

### **Confidencialidad**

Solo los investigadores y Ud. y a quienes Ud. desee informarles sobre su participación en la presente investigación, tendrán conocimiento de que usted participo en el estudio. Ud. será identificado mediante un código. Todos los datos suministrados por Ud. estarán bajo protección por los investigadores. Los resultados de este estudio no identificaran a las personas ni a las instituciones, pero si Ud. lo desea podremos darle el informe final de su percepción, mas no el de los demás participantes en forma individual.

### **¿A quién puede dirigirse si tiene más preguntas o surge algún problema?**

Durante el estudio, si surge algún problema médico o tiene preguntas sobre el estudio, comuníquese con el médico del estudio que se menciona a continuación. El médico del estudio y su equipo estarán encantados de responder a cualquier pregunta relacionada con este estudio clínico. También responderán preguntas sobre sus derechos como paciente y participante de este estudio clínico.

Nombre	Cargo	Número de teléfono
Dra. Elba Rocío Orozco Galvis	Investigador principal	3005669989
Dr. Héctor Julio Melendez Florez	Tutor del proyecto	3115912393

### **Aceptación**

La Resolución 008430 del Ministerio de Salud Nacional exige consignar el nombre del paciente o participante, su firma o huella digital, su identificación personal. Exige también la firma de dos testigos con su nombre, dirección y fecha de la firma y que indique su parentesco con el paciente. El médico o el responsable de

obtener el consentimiento informado deben firmar y consignar sus datos de identificación personal, lugar y fecha de obtención del consentimiento.

Por lo tanto, y de acuerdo a las anteriores explicaciones, declaro que recibí amplia información así como respuesta a mis preguntas y se me dio la oportunidad de analizar la situación para tomar la decisión de participar en el estudio.

Entiendo, acepto y autorizo participar en el estudio titulado: **“PERCEPCION DE LA ANESTESIA Y DEL ANESTESIOLOGO EN PACIENTES SIN EXPERIENCIA PREVIA ANESTESICO-QUIRURGICA”**

---

**Nombre del participante  
o su representante legal**

---

**Firma**

La firma puede ser sustituida por la huella digital  
en los casos en que así se amerite



**Nota:** Al abordar al paciente para su participación en la presente investigación y con el fin de evitar sesgos como el de inducir al paciente a unas respuestas determinadas, se pide autorización al comité de ética, que se nos permita solo informarles que el estudio tratara de la percepción que tiene los pacientes sobre los médicos y la cirugía, para no hablarles nada de anestesia.

## Anexo j. Carta aprobación DIEF

Bucaramanga, 14 de Febrero de 2011.



Doctora  
**ELBA ROCIO OROZCO GALVIS.**  
Departamento de Cirugía  
Facultad de Salud  
UIS/Presente

Cordial saludo:

Después de evaluado y aprobado el proyecto: **“Percepción de la Anestesia y el Anestesiólogo en Pacientes sin Experiencia Anestésico - Quirúrgica.”**, en sus aspectos técnico-científicos por el Comité de Ética para la Investigación Científica, y la Dirección de Investigación y Extensión de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander, este ha quedado inscrito en esta oficina bajo el código: **1011006**.

Igualmente, se solicita hacer llegar a esta dependencia un informe de avance a la mitad del periodo de ejecución. El formato lo puede encontrar en la página de la UIS accediendo al modulo de Intranet

Atentamente

  
MYRIAM ORÓSTEGUI ARENAS  
Directora de Investigación y Extensión  
Facultad de Salud - UIS

Copia: Dr. Juan Paulo Serrano Pastrana, Director Dpto. Cirugía  
Dr. Rafael Serrano Vázquez, Coordinador posgrado de Anestesiología y Reanimación.  
Dr. Hector Julio Melendez, Director del Trabajo de Grado.

Dada,

**DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN FACULTAD DE SALUD**  
Carrera 32 No. 29-31, Edificio 2, oficina 401-6,  
TELEFAX: 6225000 PBX: (7) 6344000 Ext. 7145 Bucaramanga, Colombia.  
E-mail: [dief@uis.edu.co](mailto:dief@uis.edu.co)



## Anexo k. Carta de aprobación Comité de Ética CEI-FOSCAL



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER

FOSCAL

NIT 890.289.361-4

Comité de Ética en Investigación CEI-FOSCAL



Floridablanca, Junio 13 de 2011.

Doctor  
**HECTOR JULIO MELENDEZ FLOREZ**  
Investigador Principal

De nuestra consideración:

En Floridablanca, a los 9 días del mes de Junio de 2011, en virtud de lo dispuesto en la Resolución No. 001 de Febrero 23 de 2010 emanada de la Dirección General de FOSCAL, cuya conformación está ordenada de la forma como se expresa a continuación: "El CEI-FOSCAL estará integrado por siete miembros con capacidad y experiencia para evaluar los aspectos técnicos, científicos y éticos de las investigaciones propuestas. La composición del CEI-FOSCAL cumplirá los siguientes requisitos: debe haber, al menos, tres miembros de cada sexo, debe haber, al menos un miembro, del área no médica, debe haber al menos, un médico experto en investigaciones biomédicas, debe haber, al menos, un miembro que no este vinculado a la FOSCAL". "Estos criterios no son excluyentes, es decir, una misma persona puede contarse para cumplir con el requisito de no estar vinculado a la FOSCAL y el requisito de no pertenecer al área médica". Teniendo en cuenta de igual manera que el Manual de Procedimientos Operativos Estandarizados define el Quórum decisorio cuando se cumplan los siguientes criterios: Contar con mínimo cuatro miembros del Comité. Estar presente al menos, un miembro no vinculado laboralmente a la FOSCAL, un miembro no experto en el área biomédica, y un miembro con experiencia en investigación en salud.

Con asistencia de sus miembros permanentes: CARLOS PAREDES GOMEZ médico, Presidente del Comité, NUBIA ANDRADE NIÑO psicóloga, FABIO BOLIVAR médico con experiencia en Investigación en Salud, JULIO CESAR GALVIS MARTINEZ, abogado no vinculado laboralmente a la FOSCAL, manifiestan no tener conflicto de interés, y en desarrollo de la sesión del 9 de Junio de 2011, habiendo revisado del Estudio "Percepción de la Anestesia y del Anestesiólogo en pacientes sin experiencia previa Anestésico- Quirúrgico" Investigador Principal Dr. Héctor Julio Meléndez Florez, Coinvestigadora Dra. Elba Rocio Orozco Galvis. Patrocinador UIS, los siguientes soportes:

Marco Teórico

Encuesta No. 1: Pte en Area de consulta Externa.

Parte No. 2: Percepción sobre la Cirugía y la Anestesia.

Encuesta No. 2: Pte en primeras 24 horas POP

Parte No. 2: Percepción sobre la Cirugía y la Anestesia Pte en 24 horas POP

Anexo 3: Puntuación percepción del paciente sobre el Anestesiólogo, Paciente de Consulta Externa.

Anexo 4: Percepción del paciente sobre el Anestesiólogo. Paciente con su primera experiencia Anestésico-Quirúrgica.

Anexo 5: Puntuación percepción del paciente sobre la Anestesia Paciente de consulta Externa.

Anexo 6: Puntuación Referencia y Temores del paciente sobre la Anestesia.

Anexo 7: Puntuación Referencias y temores del paciente sobre la Anestesia.

Anexo 8: Preferencias sobre la Anestesia y el anestesiólogo.

Consentimiento informado para la participación del estudio.

Hoja de Vida: Elba Rocio Orozco Galvis, Dr. Héctor Julio Meléndez.

Considero el CEI-FOSCAL que la documentación mantiene un alto nivel de calidad técnica y científica del proyecto, de sus aspectos reglamentarios, y sus aspectos éticos lo cual permite otorgar la **aprobación** según Acta No. 11 del 9 de Junio de 2011 al Estudio "Percepción de la Anestesia y del Anestesiólogo en pacientes sin experiencia previa Anestésico- Quirúrgico" Investigador Principal Dr. Héctor Julio Meléndez Florez, Coinvestigadora Dra. Elba Rocio Orozco Galvis. Patrocinador UIS, los siguientes soportes:



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER

FOSCAL

NIT 890.205.361-4



Comité de Ética en Investigación CEI-FOSCAL

Marco Teórico

Encuesta No. 1: Pte en Area de consulta Externa.

Parte No. 2: Percepción sobre la Cirugía y la Anestesia.

Encuesta No. 2: Pte en primeras 24 horas POP

Parte No. 2: Percepción sobre la Cirugía y la Anestesia Pte en 24 horas POP

Anexo 3: Puntuación percepción del paciente sobre el Anestesiólogo, Paciente de Consulta Externa.

Anexo 4: Percepción del paciente sobre el Anestesiólogo, Paciente con su primera experiencia Anestésico-Quirúrgica.

Anexo 5: Puntuación percepción del paciente sobre la Anestesia Paciente de consulta Externa.

Anexo 6: Puntuación Referencia y Temores del paciente sobre la Anestesia.

Anexo 7: Puntuación Referencias y temores del paciente sobre la Anestesia.

Anexo 8: Preferencias sobre la Anestesia y el anestesiólogo.

Consentimiento Informado para la participación del estudio.

Hoja de Vida: Elba Rocio Orozco Galvis, Dr. Héctor Julio Meléndez.

Para la implementación del protocolo debe comunicarse con la Dirección Médica o quien haga sus veces de las IPS Foscál donde se va a realizar el estudio y gestionar los tramites para los aspectos pertinentes.

Atentamente

COMITÉ DE ÉTICA EN  
INVESTIGACIÓN  
FOSCAL

CARLOS PAREDES GOMEZ  
Presidente -CEI-FOSCAL

c/c. Investigador Principal-  
Subdirección Médica. FOSCAL. Sede Floridablanca-  
Archivo del CEI-FOSCAL.