

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**PERCEPCIÓN DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA DE LOS  
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DEL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2019**

**Presentado por: Karla Milagros Sánchez Mamani**

**Para optar el Título de: Médico Cirujano**

**Asesor: Dr. Walter Sánchez Esquiche**

**TACNA – 2019**

## DEDICATORIA

A Dios, por darme siempre su bendición y guiarme a cumplir mi sueño, ceñirme de fuerza y despejar mi camino dándome salud, fortaleza y sabiduría.

A mi madre, Lourdes, por anhelar siempre lo mejor para mi vida y ser mi mayor ejemplo a seguir, porque con cada palabra y consejo, ella guio mi camino y me enseñó que rendirse nunca es, ni será una opción, gracias por entregarme una carrera para mi futuro y siempre creer en mí.

A mi padre, Renato, por siempre estar dispuesto a acompañarme en cada agotadora noche de estudio con una taza de café, por su comprensión, paciencia y apoyo incondicional, gracias inculcarme valores en el corazón que llevaré presente toda mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi asesor de tesis, Dr. Walter Sánchez Esquiche, por darme la oportunidad de recurrir a su capacidad y compartir sus conocimientos conmigo, gracias por cada momento y detalle dedicado al logro de este estudio.

A mis hermanos, Luis y Alex, y a mi pequeña Laurita, por todos los bonitos momentos que pasamos juntos, por tenerme siempre bajo su protección, gracias por llenarme de alegría e incentivar me cada día a ser una mejor persona.

A mi tía, Mirtha, gracias por introducirme al mundo de la medicina humana y motivarme a ser parte de ella.

A mi familia, por su apoyo incondicional durante todos estos años de formación y ser mi motivo de superación cada día.

Al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en especial los servicios de cirugía y gineco – obstetricia, por la colaboración en la realización del estudio.

A todas las personas que aportaron su granito de arena en la realización de este estudio, sin su ayuda no hubiese sido posible.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La relación anestesiólogo – paciente, es considerada un eje principal que mide eficientemente la satisfacción de la población, influye sobre la percepción del paciente y de esta forma, concreta una mejor gestión hospitalaria. No obstante, la desinformación del acto anestésico y el lenguaje inteligible empleado en la visita pre anestésica, sesgan dicha valoración. **METODOLOGÍA:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, el objetivo fue determinar la percepción de la valoración anestésica en pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el periodo de Noviembre – Diciembre 2019. Se elaboró un cuestionario para el pre y post operatorio; posterior a su validación, se le aplicó a 160 pacientes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio. **RESULTADOS:** El reconocimiento de la labor del anestesiólogo, fue del 45.6% y 50.6% en el pre y post operatorio respectivamente, dentro del conocimiento de riesgos relacionado con anestesia, el 78.8% refirió desconocer este hecho hasta el post operatorio. El principal temor del paciente quirúrgico relacionado con el pre anestésico y post anestésico fue el dolor (73.1% y 52.5% respectivamente). La percepción global fue en un 62.5% satisfactoria y muy satisfactoria. La percepción de la valoración anestésica mediante baremo se clasificó en 83.3% de regular a mala. **CONCLUSIÓN:** La percepción del paciente quirúrgico asegura una alta satisfacción frente a una sola pregunta expresa, pero se reporta malas calificaciones en las demás preguntas. Se recomienda fortalecer la relación anestesiólogo – paciente mediante la implementación de mejoras en la visita pre anestésica.

**Palabras clave:** Percepción, satisfacción, valoración anestésica.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The anesthesiologist-patient relationship is considered a main axis that efficiently measures the satisfaction of the population, influences the perception of the patient and thus, specifies a better hospital management. However, the misinformation of the anesthetic act and the intelligible language used in the pre-anesthetic visit bias this assessment.

**METHODOLOGY:** Observational, descriptive, cross-sectional study, the objective was to determine the perception of anesthetic assessment in patients undergoing elective surgery at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna, in the period of November - December 2019. A questionnaire was developed for the pre and post operative; After its validation, it was applied to 160 patients who voluntarily agreed to participate in the study.

**RESULTS:** The recognition of the work of the anesthesiologist was 45.6% and 50.6% in the pre and postoperative period, respectively, within the knowledge of risks related to anesthesia, 78.8% referred to being unaware of this fact until the postoperative period. The main fear of the surgical patient related to the pre and post anesthetic was pain (73.1% and 52.5% respectively). The overall perception was 62.5% satisfactory and very satisfactory. The perception of anesthetic assessment by means of a scale was classified in 83.3% from fair to poor. **CONCLUSION:** The perception of the surgical patient ensures high satisfaction with a single express question, but poor grades are reported in the other questions. It is recommended to strengthen the anesthesiologist-patient relationship by implementing improvements in the pre-anesthetic visit.

**Key words:** Perception, satisfaction, anesthetic assessment.

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	4
CONTENIDO .....	6
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO I .....	9
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1. Fundamentación del problema: .....	9
1.2. Formulación del problema:.....	11
1.3. Objetivos de la investigación:.....	11
1.4. Justificación:.....	12
1.5. Definición de términos: .....	13
CAPÍTULO II.....	15
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	15
2.1. Antecedentes de la investigación .....	15
2.2. Marco teórico.....	29
CAPÍTULO III.....	41
VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....	41
3.1. Operacionalización de las variables:.....	41
CAPÍTULO IV.....	42
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
4.1. Diseño: .....	42
4.2. Ámbito de estudio:.....	42
4.3. Población y muestra:.....	42
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos: .....	44
CAPÍTULO V.....	45
PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS .....	45

RESULTADOS .....	46
DISCUSIÓN .....	70
CONCLUSIONES.....	79
RECOMENDACIONES .....	81
BIBLIOGRAFÍA.....	82
ANEXOS.....	88
ANEXO 1 .....	88
ANEXO 2 .....	89
ANEXO 3 .....	91
ANEXO 4 .....	93
ANEXO 5 .....	94
ANEXO 6 .....	95
ANEXO 7 .....	96
ANEXO 8 .....	97
ANEXO 9 .....	98
ANEXO 10.....	99
ANEXO 11.....	101
ANEXO 12.....	103
ANEXO 13.....	104
ANEXO 14.....	105
ANEXO 15.....	107
ANEXO 16.....	108
ANEXO 17.....	110

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad la calidad de atención se considera como la piedra angular indispensable para el mejoramiento de los servicios de salud, siendo un desafío su medición debido a que no existen parámetros claros e indicadores específicos de calidad en salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, se define calidad en la asistencia sanitaria como la corroboración de que cada paciente reciba en su totalidad los medios diagnósticos y terapéuticos más adecuados que se ajusten a su situación con la finalidad de alcanzar una atención sanitaria impecable, tomando en cuenta los elementos, la percepción del paciente y su interacción con el servicio médico, de tal modo que se dé el menor riesgo de presencia de reacciones adversas y el máximo en satisfacción de atención por parte de los pacientes. (1)

Se infirió a través de los años que un paciente satisfecho con la atención probablemente asuma las recomendaciones dadas e indague en la búsqueda de auxilio por parte del personal médico activo en caso de molestias, por otro lado a los pacientes insatisfechos se los relaciona con un tratamiento ineficaz, información incomprensible dada por el médico y ausencia de interés profesional por parte del médico encargado. (2)

La medida de la percepción de valoración anestésica es importante ya que su repercusión en la satisfacción final de un paciente que se somete a un procedimiento quirúrgico, esta valoración debe integrar parámetros como la relación anestesiólogo – paciente, la satisfacción del proceso anestésico y el control de síntomas en el post operatorio. (3)

El presente proyecto pretende evaluar estos parámetros con la finalidad de obtener una herramienta que sea útil para conocer la percepción de la valoración anestésica en pacientes que se hayan sometido a una intervención quirúrgica que requiera de un proceso anestésico.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Fundamentación del problema:

La labor del médico anesthesiologo, como parte de un equipo quirurgico, debe ser la estrategia fundamental en sala de operaciones, pues a través del primer contacto con el paciente se pretende lograr un vínculo firme y disminuir causas de temor, ansiedad y preocupación a través de la consulta pre-anestésica donde se deben descifrar las interrogantes con respecto al método anestésico. Por ende, el anesthesiologo orienta su trabajo hacia un clima ameno en el cual el paciente pueda ejercer su derecho de autonomía y sentirse seguro durante el curso del procedimiento quirurgico.

No obstante, los trabajos realizados América Latina nos hacen conocer que la mayoría de los pacientes sienten temor a no despertar luego de culminado el acto quirurgico, concebir el dolor y presentar vómitos y/o náuseas en el pre-operatorio (4). Además se ha encontrado que durante la consulta pre-anestésica el anesthesiologo a cargo de esta no alcanza la suficiente habilidad para establecer una buena relación médico – paciente en comparación con el cirujano(2).

En la mayoría de hospitales a nivel nacional, no existe una investigación que nos permita conocer la satisfacción del paciente ante el accionar del anesthesiologo, pudiendo ser de gran impacto en la actualidad debido que el conocimiento sobre el papel del anestesista y la percepción acerca de su formación profesional es escasa y en muchas ocasiones errada.

Además, la relación médico – paciente forjada durante la atención médica influye a grandes rasgos en el nivel de satisfacción de los pacientes y resulta ser un influyente importante para acceder a la población, concretar una mejor gestión hospitalaria, e informar la función preponderante que el anestesiólogo cumple durante sala de operaciones, a la cabeza del cuidado y seguridad del paciente.(5)

Según el informe final de un estudio realizado en México en el año 2016, se reveló que el principal problema de insatisfacción expresado por los pacientes resultó ser la escasa información brindada sobre los riesgos que conlleva la anestesia, presente en 38.8%, sumado a la falta de claridad respecto a las explicaciones ofrecidas, se expone de la misma forma que la calidad en atención se ve interrumpida tanto por una mala percepción en la comunicación al no identificar al anestesiólogo responsable como de la presencia del dolor durante la recuperación luego de la anestesia en 35.9% de pacientes (3).

De tal modo que medir la satisfacción de los pacientes frente a un procedimiento anestésico podría contribuir a evaluar en primer lugar la ejecución, donde se aborda la relación anestesiólogo – paciente, en segundo lugar el proceso, que consta de la calidad ofertada durante el acto anestésico en cuando a su eficacia, y por último el resultado, donde se aborda el manejo de los síntomas presentes luego de la cirugía, estimando de esta forma, la calidad de atención global en el servicio de anestesiología.

## **1.2. Formulación del problema:**

¿Cuál es la percepción de la valoración anestésica en los pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019?

## **1.3. Objetivos de la investigación:**

### **1.3.1. Objetivo general:**

Determinar la percepción de la valoración anestésica en pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019.

### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- Determinar los factores sociodemográficos de los pacientes atendidos en los servicios quirúrgicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019.
- Conocer la percepción del paciente acerca de la labor del médico anestesiólogo en el pre anestésico y post anestésico en los servicios quirúrgicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019.
- Describir la percepción del paciente acerca de los riesgos del acto anestésico y principales temores referidos en el pre anestésico y post anestésico en los servicios quirúrgicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019.
- Identificar la percepción del paciente acerca de la relación anestesiólogo – paciente en los servicios

quirúrgicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019.

- Hallar la asociación entre la percepción de la valoración anestésica obtenida en el pre operatorio y post operatorio de los pacientes sometidos a cirugía electiva en los servicios quirúrgicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019.

#### **1.4. Justificación:**

El siguiente tema de investigación cobra importancia en el campo de la medicina humana debido a que la relación anestesiólogo – paciente se ve determinada por diferentes factores que evalúan la calidad de la atención en el perioperatorio, por lo cual adquiere la siguiente relevancia:

Relevancia social, debido a que la especialidad de anestesiología se ve en muchas ocasiones como una profesión “detrás de la pantalla”, y la capacidad para establecer la relación anestesiólogo – paciente se ve truncada por el desconocimiento de las labores que cumple el especialista, por tal razón muchas veces la expectativa de atención de los pacientes no se relaciona con la realidad de la atención por lo cual tampoco se llega a cumplir el grado de satisfacción deseado, el presente estudio podrá ser usado en beneficio de nuestra comunidad, ya que nos permitirá esclarecer el conocimiento de la población sobre el papel del médico anestesiólogo en el perioperatorio, el conocimiento acerca de los riesgos anestésicos y sus principales temores, y la percepción global de la relación anestesiólogo – paciente.

Relevancia académica, el presente trabajo de investigación podrá ser usado como antecedente, para la elaboración de estudios

posteriores que abarquen mayor número de población a nivel local y regional, y con ello se pueda elaborar un plan estratégico para la mejora del grado de satisfacción del paciente mediante el conocimiento de su percepción conforme a la valoración anestésica.

Relevancia para la gestión hospitalaria, ya que permitirá a los directores del hospital contar con un instrumento para administrar el centro quirúrgico, mejorando las condiciones y la satisfacción de los usuarios de las salas de operaciones.

Existe interés personal por la elaboración de la presente investigación, debido a que los profesionales de la salud, tienen como base de la ética médica contemporánea establecer una relación médico – paciente de alta calidad para brindar un servicio integral a la población.

#### **1.5. Definición de términos:**

- Relación anestesiólogo – paciente: es la piedra angular del quehacer médico donde se plasman los cuatro pilares básicos de la bioética: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia (6) y se basa en un vínculo integral, donde se deben realizar las medidas necesarias para su regulación antes, durante y después del acto anestésico (7).
- Anestesia general: supresión de la conciencia y reactividad a la excitación dolorosa intensa, siendo reversible debido a la presencia de algún fármaco administrado (8).
- Anestesia regional: consiste en la introducción del fármaco anestésico respectivo, que puede darse mediante método

epidural o subaracnoideo, en distintos niveles de la columna vertebral, mediante el cual se busca obtener la analgesia de determinados dermatomas (8).

- Visita pre anestésica: es la entrevista que se da entre el anestesiólogo y el paciente a través de la cual se recaba información imprescindible como lo son; antecedentes personales y familiares, estado clínico general actual y procedimiento quirúrgico al cual se someterá, para de esta forma configurar la táctica anestésica que mejor se moldee a la situación del paciente (9).
- Evaluación preoperatoria: es un protocolo obligatorio que consiste en el examen clínico del paciente, mediante el cual se obtiene el riesgo quirúrgico y orienta a la elección más adecuada de método anestésico. (9)

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1. Antecedentes internacionales:**

Se encontró el estudio realizado por **Torres C.A , Valera Y. y Segura P.E (2017)**. En el cual se expuso como su objetivo principal conocer la percepción de la calidad de la atención anestésica en el Hospital Ángeles de la Clínica Londres. El trabajo fue estudiado a través de un cuestionario de percepción de calidad anestésica, abreviado como CPCA, que contenía dos dominios, comunicación y eficacia, y una pregunta de satisfacción general global al final del cuestionario, esta fue aplicada a pacientes mayores de edad, quienes hayan sido participes de una cirugía programada o de emergencia, mediante método anestésico se haya utilizado anestesia general o regional y que poseían la facultad mental suficiente para aprobar su cirugía, esta fue aplicada durante un trimestre en el año 2015. El estudio se basó en 103 sujetos, y de estos en cuanto a la percepción global el 64% manifestó que fue excelente, 33,9% buena, 1% regular y 1% mala. Un 96.2% y 3.8% clasificó la percepción de la comunicación como buena – excelente y muy mala respectivamente, en el caso de los pacientes que calificaron como mala tanto la percepción global como la comunicación fue debido a que no se entabló una relación anesthesiólogo – paciente antes de la cirugía y por lo tanto no conocían al anesthesiólogo a su cargo y la información sobre los riesgos

fue escasa o nula. El 67.9%, 26% y 5.8% aseguró que su percepción de la eficacia fue buena – excelente, regular y mala respectivamente, dentro de los resultados negativos influyeron de manera significativa los síntomas presentados en el postoperatorio, principalmente el dolor. Dando que la media de grado de satisfacción resultó como puntaje de 8, siendo la más alta puntuación 10. La conclusión a la cual llegaron los investigadores resaltó la importancia de renovar estrategias para optimizar la información expedida de los riesgos anestésicos y mejor inspección hacia el dolor presente en el post operatorio a través de la vigilia del cumplimiento de la visita post anestésica en sala de recuperación. (3)

**Castellón J.M y Vigones A. (2016)** en su estudio observacional descriptivo de corte transversal, se investigó el conocimiento de la población conforme a la formación académica y papel preponderante que cumple el anestesista, además se evaluó la percepción y miedos relacionados con la anestesia. El trabajo se llevó a cabo en la Universidad Mayor de Santiago de Chile a través una encuesta aplicada a mayores de 18 años, dentro de los encuestados se incluyeron estudiantes, funcionarios y profesores, excluyendo a alumnos de la escuela de medicina humana y médicos que laboraban en dicha universidad, para evitar la desorientación de la información que se buscaba obtener, y se aplicó durante el periodo de Agosto a Setiembre del 2015. Se basaron en una muestra de 100 personas, de la cual se obtuvo que 79% reconoció al anesthesiologo como un médico especialista, y 7%, 5% y 9% lo clasificaron como médico general, enfermero, y técnico respectivamente, los pacientes en 77% opinaron

que su función se dirigía hacia el mantenimiento de la inconsciencia del paciente, 64% que suavizaba el dolor, 6% que es responsable del manejo de los pacientes derivados a la UCI y 14% consideraron que todas las alternativas anteriores eran correctas. Conforme a los miedos referidos por la población en estudio, 94% temía presentar dolor luego de culminado el acto operatorio, 84% no lograr despertar al finalizar la operación y 71% que su sentido racional y lógico se viera afectado por el efecto de la anestesia. Se concluyó que la mayoría de la población en estudio reconoce la especialidad de anestesiología y no encasilla sus funciones correspondientes a solo el efecto de la anestesia, esto guarda relación con el grado de instrucción de la población encuestada. No obstante, se observó que existe un predominio de miedos expresados respecto a las complicaciones del acto anestésico cuando la realidad muestra que la presencia de estos escenarios no esperados es poco frecuente y puede disminuirse el temor por parte de los pacientes si se realiza una buena visita pre-anestésica.

(10)

**Sequeira C.A y Rumaga H.J. (2016)** realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal que tuvo como objetivo la estimación de la calidad de atención anestésica captada desde la perspectiva de los conocimientos que se recabaron durante el proceso peri anestésico en pacientes que se sometieron a cirugía programada. Se realizó en el servicio de anestesiología del Hospital Militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaño ubicado en Nicaragua, mediante una encuesta la cual recogía los datos sociodemográficos, la percepción de la calidad de la atención anestésica brindado

por el anestesista, los residentes de anestesiología, y también se incluyó la medición de la satisfacción del paciente, se aplicó en dos momentos pre y post anestesia. El trabajo se basó en una muestra de 84 pacientes donde se incluyó pacientes de 15 años en adelante que fueron sujetos a una cirugía programada la cual conllevó un acto anestésico, que fueron catalogados como ASA I y II, y fueron capaces de firmar el consentimiento informado correspondiente. En cuanto a los resultados el promedio de la edad fue de 33 años, predominó el sexo femenino en un 73,8%. En cuanto a la clasificación ASA, 76.2% y 23.8% se catalogaron como ASA I y II respectivamente, en la encuesta aplicada en el preoperatorio, poco menos de la tercera parte de la población en estudio manifestaba conocer el nombre del anestesista, esto indicaría que el encargado de la visita pre anestésica no logró la implantación adecuada de la relación anesthesiologo – paciente como primer paso, esto se mejoró en la encuesta aplicada en el postoperatorio a un 46.4%, por otra parte el 71,4% conocía al cirujano encargado de su operación en el preoperatorio, en la encuesta aplicada luego del acto quirúrgico, 96.4% de los encuestados manifestó que no tuvo una visita post anestésica y que el 97.6% les habría agradado la idea de acontecer este proceso, respecto a los temores durante la intervención anestésica se observó que entre el 36,9% y el 52,4% no sentían temor alguno, sin embargo se corroboró que las principales causas de sensación de temor se relacionaron con la ignorancia de la anestesiología como una especialidad y la insuficiente o nula información brindada al paciente en el preoperatorio, en cuanto a la relación anesthesiologo – paciente se obtuvo que 58.3%, 31% y 10.7%, lo clasificó como excelente, bueno y malo respectivamente.

Se concluye que la calidad de atención derivada del Servicio de Anestesiología en el hospital militar escuela Dr. Alejandro Davila Bolaño no es la óptima, si bien se encontraron diferencias significativas entre los resultados de las encuestas aplicadas en el pre y post anestesia, las cuales al contrastarse mostraron mejoras en la comunicación anestesiólogo – paciente reforzadas durante el transanestésico se consideró que la capacitación incompleta y escasa o nula dada a los pacientes en relación con el acto anestésico al cual se va a someter y los efectos adversos o riesgos posibles que se pudieran presentar, influye de gran manera a perfeccionar la calidad de atención brindada en el momento pre anestésico, y no omitir el cumplimiento de la valoración post anestésica inmediata, donde se acontecen las principales complicaciones.(2)

**Acosta J. , Guerrero R. , López D et al (2015)** realizaron un estudio prospectivo, en el cual se expuso como principal objetivo la determinación del grado de conocimiento referido por el paciente respecto a tres puntos importantes, el oficio específico del anestesiólogo, el reconocimiento de la anestesiología como una especialidad y fijación de los factores sociodemográficos relacionados con el mayor grado de conocimiento de esta especialidad. Este trabajo se realizó en el Hospital general y universitario de tercer nivel Virgen del Rocío, en España, a través de un cuestionario que incluyó a pacientes que fueron participantes de una entrevista pre anestésica y eran mayores de 18 años que no presentaban alguna incapacidad para la lectura y que firmaron el consentimiento informado previamente, esto se llevó a cabo durante las dos primeras semanas del mes de Junio del 2014.

Las preguntas del cuestionario estuvieron relacionadas con el conocimiento sobre la especialidad, su labor en el perioperatorio y otras áreas de la anestesiología. La muestra trabajada fue de 306 encuestados, dando como resultado que reconocían como médico especialista al anesthesiologo el 80% guardando relación en función al nivel de los estudios al realizarse el análisis comparativo con este. En cuanto al conocimiento de la visita pre operatoria el 27% no la distingue como el momento donde se debe determinar el riesgo quirúrgico o disolver dudas enfocadas al acto anestésico sin guardar relación con el nivel de estudios. Respecto a las tareas laborales del anesthesiologo fuera del quirófano solo el 10,5% lo reconocieron y también llamó la atención que sólo el 12,4% o el 16% tomaban en cuenta que las transfusiones de hemoderivados y la reanimación cardiopulmonar durante la cirugía estaban en manos del anesthesiologo y se denotó a través de estos resultados que existe una infravaloración del profesional y su especialidad. Por lo tanto se llegó a la conclusión de que a pesar que la mayoría de la población reconoce al médico anesthesiologo como un especialista no logran identificar u objetivar el papel que cumple durante todo el perioperatorio y fuera de él, siendo la única variable el nivel educativo que muestra diferencias entre los grupos, por lo cual se sugiere que tanto médicos anesthesiologo como sociedades científicas deberían dispensar más información acerca de la especialidad para que la población posea una mayor educación sanitaria y se le dé la importancia debida a la valoración anestésica. (11)

Otro estudio descriptivo, analítico y transversal fue realizado por **Martínez L.F , Machasilla W.N y Estévenz E. (2014)** el

cual poseía como objetivo principal estimar en los pacientes que no tenían precedentes en procedimientos anestésicos, su apreciación y nivel de conocimiento sobre este proceso en el peri operatorio de su primera experiencia quirúrgica. Este estudio se llevó a cabo en dos Hospitales, Militar HG-1 y Eugenio Espejo, y en una clínica, en Pichincha, todas ubicadas geográficamente en la ciudad de Quito - Ecuador, mediante una encuesta en la cual se incluyeron pacientes sin experiencia anestésica previa, mayores de edad y menores de 65 años, que fueron catalogados como ASA I y II y se sometieron a cirugía electiva. Dicha encuesta fue aplicada en el periodo de tiempo comprendido entre los meses Abril – Agosto del año 2014. La muestra se basó en 202 participantes, los cuales fueron divididos en dos grupos: un grupo que no tuvo experiencia anestésica previa y tampoco una consulta pre anestésica, sobre el cual recayó un número de 100 pacientes a los cuales se les aplicó la encuesta hasta 24 horas antes de su procedimiento anestésico y el otro grupo que constó de 102 pacientes post operados se les aplicó la encuesta hasta 24 horas después de su intervención quirúrgica – anestésica. Dentro de los resultados obtenidos se observó que en cuanto al área sobre la percepción de las funciones del anesthesiologo a pesar de que el 66,3% refiere que lo reconoce como un especialista, se halla que en el preoperatorio el 18% piensa que la anestesia será aplicada por un técnico anestesista y el 17% refiere no saber quién será la persona que le administre la anestesia, estos hechos mejoran de forma mínima en el post operatorio reconociendo al encargado de la aplicación de la anestesia solo en un 24% al médico especialista y una reducción al 10% del desconocimiento de la persona encargada del procedimiento

anestésico. Los resultados acerca de las funciones en la unidad de recuperación post anestésica se vuelven aún menos nítidas dando que el 54% refiere que creen que la enfermera o enfermero están a cargo de sus cuidados post operatorios, 17,8% creen que están a cargo de los cirujanos, 15,8% de los anesthesiólogos y 11,4% refirió no saber. Abarcando la valoración pre anestésica de la encuesta aplicada en el pre operatorio llama significativamente la atención que el 83% de la población refirió que necesitaban más información sobre la anestesia ya que desconocían el tipo de procedimiento anestésico que se les iba a aplicar, lo cual nos da una gran sospecha sobre el déficit de la visita pre anestésica y con ello la valoración adecuada del paciente ya que no se está forjando una comunicación óptima anesthesiólogo – paciente, no se está explicando el procedimiento a realizar, ni posibles complicaciones o riesgos, de tal manera que los pacientes quedan en una incertidumbre al no ser disipadas sus dudas antes del quehacer anestésico – quirúrgico. Dentro de los interrogados en el post operatorio, aunque el 82,4% refirieron en que sí se les explicó en qué consistía el procedimiento anestésico, el 63,7% manifestó que les habría gustado tener una mejor información en la visita pre anestésica, lo cual nos lleva a pensar que la práctica de esta visita, está siendo llevada de forma superficial e ineficiente. Sin embargo, en ambos grupos resultó que la tranquilidad expresada por los pacientes es mayor luego de acontecida la visita pre anestésica. Por último, en cuanto a molestias presentadas en el post operatorio 46,1% de los pacientes refiere tener como principal síntoma el dolor y en segundo lugar náuseas y vómitos en un 23,5%. Esta investigación concluye, en primer lugar, que se debe

reforzar la aproximación a los pacientes por parte del médico anesthesiologo ya que al hacer esto se fomentará el papel preponderante que estos especialistas cumplen en el ámbito quirúrgico como fuera de él, en segundo lugar, a pesar de observar mayor tranquilidad de los participantes luego de experimentar la visita pre anestésica, se nota claramente a través de los resultados que esta no se está practicando de forma adecuada ya que los pacientes expresan que requieren más información sobre su procedimiento anestésico, y en tercer lugar notar que el principal síntoma asociado en el post operatorio es el dolor y las náuseas y vómitos. (12)

**Sobrinho C. y De Barros J.I. (2014)** realizaron un estudio prospectivo titulado “Anestesiólogo, percepción del paciente” que tenía como objetivo expresar las principales incertidumbres que se relacionan con el acto anestésico y la información que posee el paciente sobre los deberes del anesthesiologo. Se realizó en un Hospital universitario de Brasil a través de una encuesta que fue aplicada a mayores de 18 años que tuvieron una consulta en el servicio de anesthesiología y firmaron el consentimiento informado correspondiente al estudio, dicha encuesta se aplicó antes de que se diera el contacto anesthesiologo – paciente y fue realizada en un intervalo de tiempo correspondiente a tres meses. La muestra con la cual se trabajó fue de 204 pacientes dando como resultados lo siguiente: la población en poco más de la tercera parte no identificó la especialidad de anesthesiología como tal y entre estos más se lo catalogó al anesthesista como un técnico especialista en el área de la anestesia, y en cuanto a sus años de formación el 52,9% no lo sabían. En cuanto a las situaciones presentadas en el peri

operatorio, no despertarse después de la cirugía y desarrollar una infección luego de esta fueron las principales preocupaciones, principalmente referidas por el grupo femenino del total de encuestados, el dolor inmediatamente después de la cirugía, problemas con la presión arterial y otros problemas médicos durante la cirugía, la disminución de la capacidad mental post anestesia y náuseas y vómitos en el postoperatorio demostraron similares resultados dentro de las preocupaciones de los pacientes. Respecto al rol de anesthesiólogo, el de vigilar y mantener que el paciente no se despierte durante la cirugía fue la labor más reconocida seguida de despertar al paciente luego de que haya culminado el procedimiento quirúrgico, en menor número se atribuía la responsabilidad del manejo del dolor post operatorio inmediato y la vigilia en la recuperación post anestésica por el especialista, atribuyéndole estas labores al médico cirujano y sumándole ser el encargado de monitorizar que se lleve a cabo las transfusiones de sangre durante la cirugía; dentro de esto el grupo de encuestados refirió acerca del trabajo del anesthesiólogo fuera de la sala de operaciones como número uno a la enseñanza de residentes y estudiantes sobre su área y en menor medida la resucitación cardiopulmonar y el tratamiento del dolor crónico. Con esto se concluyó que el conocimiento sobre el campo de la anesthesiología y sobre sus especialistas es poco profundo, escaso y subestimado, por lo cual se debe informar a los pacientes sobre la seguridad actual del quehacer anestésico y así se disgregarán los posibles temores que puedan existir dentro del paciente llegando así a crear un enlace de confianza tanto en el anesthesiólogo encargado como en el sistema de salud. (13)

### 2.1.2. Antecedentes nacionales:

**Palo G.P y Zambrano Y. (2016)** realizaron una investigación prospectiva, observacional, transversal, analítica cuantitativa y no experimental que tuvo el fin de relacionar los factores sociodemográficos obtenidos con la apreciación del paciente sobre la relación anestesiólogo – paciente, de esta forma encontrar cuales eran los principales factores asociados. Se realizó en el Hospital II Cañete – Lima, mediante una encuesta aplicada a pacientes mayores de edad que fueron planificados para una cirugía programada, clasificados ASA I y II y que en la unidad de recuperación post anestésica se catalogaron con escala de Aldrette de 10, antes de ser trasladados al área de hospitalización, durante el intervalo de tiempo comprendido entre enero y marzo del año 2016. La muestra incluyó un total de 120 pacientes, observándose dentro de los resultados que si bien el 35,8% reconoce al anestesiólogo como un especialista, este no se aleja del 32,5% que lo considera como un médico general, también se observa que el 64,1% no conoce el nombre de su anestesiólogo incluso hasta después del post operatorio, respecto a la dispensación de información que engloba el acto anestésico y sus riesgos fueron buenos, siendo 64,2% y 93,3% respectivamente estando asociada a la variable de la edad, dentro de los temores importantes que refirieron los pacientes fueron en mayor número la presencia de dolor durante el procedimiento quirúrgico en 35%, la incapacidad de despertar al culminar la operación en 33% y despertarse durante la cirugía un 23%, en cuanto al tema de la tranquilidad de los pacientes, se apreció mayor nivel en pacientes que si recibieron visita pre anestésica siendo el 96.7%, pese a todo

esto el 34,2% calificó como inadecuada su relación con el anestesiólogo. Teniendo como conclusiones lo siguiente; la percepción del rol del médico anestesiólogo es desestimada por la población estudiada sin poder definir exactamente cuál es su función fuera como dentro del quirófano y truncando la comunicación asertiva entre ambos, los dos principales factores relacionados con la apreciación de la relación anestesiólogo – paciente resultaron ser el servicio quirúrgico del que provenía el paciente y la edad, conforme a la información que poseía el paciente respecto al procedimiento anestésico resultó poseer como factores fundamentales el grado de instrucción y la edad y sobre información de posibles riesgos fue la edad; cabe no dejar de lado que la insatisfacción de la población acerca de su relación con su anestesiólogo podría mejorar si se enfatiza el primer contacto entre ambos, el cual se da en la visita pre operatoria y también que se dé una mayor proximidad de forma asertiva con la población para que se conozca el real actuar del médico anestesiólogo y así contribuir al cuidado y seguridad del paciente. (5)

**Cochachin C.E , Cardoza K.J. (2013)** realizaron un estudio el cual se buscó evaluar el Consentimiento Informado Anestesiológico, abreviado como CIA, para señalar el nivel de ejecución y la apreciación de este referida por los participantes. Este trabajo de investigación se realizó en el Hospital III José Cayetano Heredia – Lima, mediante una encuesta que valoró la apreciación del CIA y se regía por cuatro dimensiones: entendimiento, conocimiento de la información, valores y autonomía, dicha encuesta fue aplicada a los pacientes hospitalizados para una cirugía de tipo electiva y se revisaron historias clínicas para verificar el

cumplimiento del CIA, en el intervalo de tiempo comprendido todo el mes de febrero del año 2013. La muestra se basó en 131 pacientes, siendo la edad promedio 50 años, predominando el sexo femenino en 67,2%. Dentro de la dimensión de información se resalta que los pacientes refieren en un 27,5% que el anestesiólogo no brinda una información suficiente sobre el proceso anestésico, en un 62,6% que no se da la información suficiente sobre los beneficios de la anestesia y en un 72,5% que no se explica la información relacionada con los posibles peligros y escenarios adversos que se podrían presentar durante el acto operatorio. Dentro de la dimensión de entendimiento, se revela que el lenguaje utilizado por el anestesiólogo es de buen entendimiento en un 69,5%, y que el 60,3% de los pacientes no siente tranquilidad luego de firmar el consentimiento informado anestesiológico a pesar de conocer los beneficios, riesgos y complicaciones que se pueden acontecer, ya que el 61,9% manifiesta que consideran el consentimiento informado anestesiológico como un formato que protege a los anestesiólogos de sus responsabilidades. Dentro de la dimensión de autonomía se observa que, en un 80,2% el paciente no participa en la elección del tipo de anestesia que se le va a aplicar, el 50,2% no consideraba que al tener alguna duda o inquietud acerca de proceso de la anestesia podía preguntar y resolver sus dudas y el 82,5% reconocía que el consentimiento informado anestésico es un documento que tiene que ser firmado de forma libre y voluntaria. Dentro de la dimensión de valores se destacan la puntualidad, un ambiente de confianza, respeto y confidencialidad al momento de la consulta anestesiológica teniendo resultados de buenos a regulares en cuanto a la

percepción de los pacientes. Se calificó como malo la documentación del cumplimiento del consentimiento médico informado en un 49,6% de las historias clínicas que se revisaron. La conclusión de este estudio fue la incorrecta práctica del CIA y el grado de ejecución obtenido fue calificado como malo (14).

**Espinoza M. (2013)** realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal con el fin de determinar la calidad de atención del médico anestesiólogo. Este trabajo de investigación se realizó en el Hospital Ramiro Prialé Prialé, ubicado en Huancayo, mediante una encuesta que valoraba la calidad anestésica en tres periodos: pre anestésico, tras anestésico y post anestésico, dicha encuesta se aplicó a pacientes mayores de edad, que estaban programados a una cirugía de tipo electiva clasificados ASA I y II, y dieron su consentimiento voluntario en la participación del estudio. Se realizó en los cuatro primeros meses del año 2013. La muestra se basó en 71 encuestados dando como resultados un nivel intermedio en la aptitud de la atención anestésica, debido a que el 81,7% no conocía al encargado de la visita pre anestésica y el 71,8% desconocía el procedimiento anestésico que se le aplicó, en cuanto a información recibida sobre efectos adversos de la anestesia el 50,7% refiere que no recibió, dentro de los principales temores de los pacientes el más resaltante fue el dolor teniendo un resultado de preguntas positivas en un 64,8%. En cuanto al tras anestésico, el nivel de satisfacción de calidad fue intermedio, a pesar de que el 77.5% y 54.9% reconoce al anestesista como el responsable de la vigilia de los signos vitales del paciente durante el procedimiento quirúrgico y como principal

jefe de salvaguardar la vida del paciente respectivamente. Respecto al post anestésico el nivel de satisfacción fue alto pese a que el 100% de los encuestados no recibió una visita post anestésica. Este estudio concluye que de manera general el nivel de satisfacción de la población en estudio fue intermedio a alto, sin embargo, se sugiere que es conveniente implementar estrategias para encaminar la calidad de atención anestésica mediante herramientas que ayuden a determinar y reparar de manera integral la comunicación con el paciente, debido a que se encontraron resultados inestables y deficientes sobre todo en la visita pre anestésica (15).

## **2.2. Marco teórico**

### **2.2.1. ANESTESIA:**

La anestesiología es la rama de la medicina que aborda principalmente tres áreas; el acto anestésico en sí, la reanimación cardiopulmonar (RCP), dentro de sala de operaciones y el manejo del paciente con dolor crónico fuera de sala de operaciones, siendo considerada una de las especialidades que ha tenido una gran evolución conforme a los años, y en la actualidad es pieza fundamental para disminuir la mortalidad de los pacientes y contribuir a la realización de procedimientos quirúrgicos que hoy en día son cada vez más complejos. (12)

✓ Anestesia:

Desde tiempos primitivos el dolor ha sido una de las principales incomodidades que aquejan al hombre, presentándose por diversas causas, incluso las primeras prácticas quirúrgicas eran realizadas sin ningún tipo de analgesia, es por ello que a través del tiempo el malestar constante por esta adversidad ha llevado a la sociedad a la necesidad de controlar este dolor físico con el uso de la anestesia. (16)

La palabra anestesia deriva del griego anaesthesia, esta se compone de tres segmentos diferenciales; an que significa "sin", aesthesis que se traduce como sensación y por último el sufijo ia, por ello la Real Academia Española define como anestesia a la pérdida temporal de las sensaciones del tacto y dolor inducidas por un medicamento, la cual se clasifica según sea su acción a nivel del sistema nervioso central en anestesia general y locorregional. (17)

**Anestesia general:** se define como la pérdida de consciencia con efectos de analgesia, relajación muscular y depresión de los reflejos inducida por medicamentos anestésicos durante la cual los pacientes no pueden despertar incluso ante estimulación dolorosa, simulando así un coma farmacológico, esta puede afectar frecuentemente la capacidad para mantener la función ventilatoria adecuada y espontánea es por ello que los pacientes requieren asistencia extrínseca a presión positiva para

evitar la depresión respiratoria ocasionada a nivel neuromuscular inducida por los fármacos administrados (18).

**Anestesia locorregional:** se define como el bloqueo reversible de la conducción por las fibras nerviosas, la cual se puede dividir por un lado la anestesia local, que abarca las infiltraciones locales y anestésicas superficiales, empleadas en intervenciones quirúrgicas sencillas que no son de cavidades ni requieren relajación muscular, siendo el principal medicamento usado la lidocaína, y por otro lado la anestesia regional, que se constituye del bloqueo regional y la anestesia espinal, quienes tienen como principal medicamento de uso la bupivacaína, estas técnicas requieren de gran experiencia y práctica para su eficacia y seguridad. (19)

Las principales complicaciones que se presentan en este tipo de anestesia, si bien, representan menor dimensión de complejidad que las de tipo general, suelen manifestar desasosiego en el paciente, entre las importantes tenemos a la cefalea post punción dural accidental, hematoma subdural, inyección intravascular de anestésicos locales e intoxicación por anestesia local, la cual es de vital importancia reconocer en el paciente post operado ya que presenta signos y síntomas tempranos para su identificación oportuna, tales como disforia, zumbido de oídos, sabor metálico y sensación de hipoestesia a nivel oral, mareos y lenguaje inarticulado. (8)

### **2.2.2. PERCEPCIÓN**

El concepto de percepción se define como el desarrollo de tipo cognitivo que experimenta la consciencia en relación con los juicios que se forman mediante la inspección, interpretación y significación que se da a las sensaciones experimentadas ya sea en un contexto social y/o físico, siendo participantes influyentes también otras series psíquicas como lo son capacitación, el recuerdo y personalización. Sin embargo, no se considera como un proceso lineal de estimulación y respuesta respecto a un suceso pasivo, sino mas bien, se constituye de una secuencia de procesos, en continua interacción para la formación de percepciones particulares de cada individuo sobre su experiencia. (20)

La percepción de las personas es dinámica y dependiente de los estados de ánimo momentáneos y permanentes de los sujetos, los seres humanos poseen características físicas observables, no obstante, al percibir a las personas se hace en función a una relación o trato entablado en primera instancia, ello implica que se haga inferencias sobre sus características físicas no observables, lo cual lleva al ser humano a crear expectativas respecto a los demás en función a conductas manifestadas durante un suceso. (21)

Entonces se toma la percepción como dos vertientes, la primera engloba los impulsos físicos y las emociones relacionadas y la segunda que se rige de la selección y la planificación de estos estímulos y sensaciones, por ende mediante la influencia de las ideologías culturales y específicas de cada individuo se van a interpretar las

experiencias sensoriales y tomar relevancia en cuanto a las exigencias personales y colectivas de una población, a través de la eliminación de experiencias indeseables y que los favorables permanezcan, con el fin de una convivencia social adecuada para el entorno.

### **2.2.3. PERCEPCIÓN ANESTÉSICA**

La percepción anestésica del paciente quirúrgico involucra un importante proceso que se construye en la base de la relación médico – paciente, donde el anestesiólogo cumple la función de involucrar al paciente dentro de este proceso para favorecer la confianza y seguridad de este. (13)

La relación anestesiólogo – paciente cobra importancia en tres momentos relevantes; la evaluación pre anestésica, el manejo peri operatorio y el cuidado post anestésico, mediante estas distintas fases se presentan los retos de comunicación para el anestesiólogo frente al paciente quirúrgico. (22)

La Asociación Americana de Anestesiología, con el objetivo de realzar la importancia de estos retos, implementó un comité de comunicación para ejecutarse en la educación pública relacionado con la anestesia, resaltando que la buena comunicación es importante para preservar la integridad del profesional que se ve reflejado en la satisfacción y seguridad de los pacientes. (23)

En 1960, se reportó que la sensación de ansiedad en el paciente se debía prioritariamente a una carente relación que el anestesiólogo entablaba con este, debido a que estos especialistas eran vistos por la población como personas hábiles y eficaces en su tarea, pero, distantes, imprecisas y

frías al momento de darse las relaciones interpersonales con el paciente, y todo esto lo atribuían al efecto de la medicación preoperatoria y post operatoria. (12)

En la actualidad, a pesar del gran avance y la rápida evolución de la práctica anestésica, el médico anestesiólogo aún se proyecta solo como la persona encargada de la inducción anestésica y el cuidado del paciente durante la cirugía, arrastrando a través del tiempo los temores de los pacientes a las intervenciones anestésicas, manifestando intranquilidad, miedos y desconocimiento, relacionando estos temores con el pasado de la práctica anestésica en el cual personas no especializadas realizaban esta labor llegando a finales fatales, sin embargo, diversos estudios demuestran que la buena comunicación implantada por el médico anestesiólogo logra cambiar la perspectiva del paciente demostrando que la especialidad de anestesiología posee gran sensibilidad de la entrega de conocimiento, estabilidad en la seguridad, y dominio de la destreza de la profesión a través de la confianza que se le brinda al paciente. (24)

Debido a esto, la percepción anestésica cobra valor en la prestación de una estructurada atención y funcionamiento de la comunicación profesional hacia el paciente quirúrgico para explicar a través de estrategias didácticas y simples la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos.

#### **2.2.4. VALORACIÓN ANESTÉSICA**

La valoración anestésica engloba los actos aplicados por el médico anestesiólogo con el paciente en tres momentos: el

pre anestésico, el trans anestésico y el post anestésico, estos tienen un régimen de carácter obligatorio en cada paciente ya que representan en un 30% el tiempo del médico y cerca de un 10% abarca el consumo económico total del acto anestésico, además su óptima realización permite que este se establezca en dos cimientos; el beneficio del paciente, que incluye la disminución de la morbimortalidad post operatoria y el beneficio a nivel de la gestión hospitalaria, que contiene la optimización de los recursos (9).

#### **2.2.4.1. Evaluación pre anestésica:**

La evaluación pre anestésica se expresa como la principal responsabilidad del médico anesthesiologo el cual mediante el primer contacto con el paciente deberá generar un ambiente confiable y ameno para la recolección de información necesaria mediante una entrevista personalizada, donde se buscará como principales objetivos; el conocimiento de los antecedentes del paciente y la determinación de los factores de riesgo modificables, también se acompañará de un examen físico, el cual deberá incluir peso, talla, signos vitales, evaluación de vía aérea, auscultación pulmonar y examen cardiovascular, la toma de exámenes pre operatorios complementarios y la consulta a otros profesionales de la salud para obtener información relevante necesaria para la evaluación completa del paciente, todas estas deberán ser registradas en la historia clínica, y así utilizar esta herramienta como un análisis profundo del paciente para la toma de decisiones en cuanto al desarrollo del

plan anestésico a aplicar, si bien todos estos procesos engloban como el objetivo principal la disminución de complicaciones post anestésicas, cabe agregar que esta evaluación busca además la educación, la satisfacción y la disminución de la ansiedad de los pacientes, evitando así posibles suspensiones innecesarias y optimizando el consentimiento realmente informado y firmado por el paciente. (25)

✓ Evaluación de la vía aérea:

Dentro del examen de vía aérea superior se expone que las diversas técnicas poseen una sensibilidad de baja a moderada y una especificidad de moderada a buena, y por ende al ser usadas aisladamente no son muy confiables, sin embargo, su uso conjunto permite evaluar y predecir al paciente con vía aérea difícil. Dentro de estas técnicas tenemos la clasificación de Mallampati, la cual se describe como una estimación aproximada del tamaño de la lengua en relación con la cavidad oral, la distancia tiromentoniana, que es la distancia que hay entre la prominencia del cartílago tiroideos y el borde anterior de la sínfisis mandibular con la cabeza del paciente en hiperextensión y la boca cerrada, y la abertura bucal, con la boca del paciente abierta al máximo y la cabeza en ligera extensión se mide la distancia interincisiva o entre el borde de oclusión de las encías en pacientes desdentados. (26)

✓ Clasificación del estado físico ASA:

Durante años los anestesiólogos han utilizado como principal herramienta para clasificar el estado físico del paciente, la propuesta por la Asociación Americana de Anestesiología, abreviado como ASA, para estratificar a los pacientes según su carga de enfermedad, originariamente fue utilizada para recolectar datos relacionados con la anestesia, sin embargo en Octubre del año 2014 la Asociación Americana de Anestesiología desarrolló y aprobó ejemplos para cada fase de la clasificación del estado físico ASA para complementar y mejorar la estratificación de cada paciente según cual sea su riesgo. (27)

**ASA I:** se define como un paciente normal y sano, dentro de los ejemplos involucra a las personas saludables, no fumadores, no consumidores de alcohol o que este sea mínimo.

**ASA II:** se define como un paciente con enfermedad sistémica preexistente leve que se encuentra compensada al momento de la evaluación y no genera restricciones funcionales sustanciales, dentro de este grupo se incluyen a pacientes fumadores actuales, bebedores sociales de alcohol, embarazadas, obesos con  $30 < \text{IMC} < 40$ , pacientes con un buen control de diabetes mellitus e hipertensión arterial y quienes posean una enfermedad pulmonar leve.

**ASA III:** se define como un paciente con una enfermedad sistémica grave que posean limitaciones funcionales sustanciales y una o más enfermedades de grado moderado a severo, dentro de los ejemplos abarca a pacientes con diabetes mellitus o hipertensión arterial mal controlada, quienes tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad mórbida, es decir, un IMC  $\geq 40$ , paciente alcohólico crónico, hepatitis activa, que posean marcapasos implantados, fracción de eyección reducida moderadamente, enfermedad renal crónica sometida a diálisis con programación regular, lactantes prematuros y paciente con historia de más de 3 meses de haber sufrido un infarto a miocardio, un accidente cerebro vascular, un accidente isquémico transitorio, enfermedad coronaria o colocación de stents.

**ASA IV:** se define como un paciente con enfermedad sistémica grave la cual es una amenaza constante para la vida, dentro de los ejemplos se incluye; aquellos sujetos con una isquemia cardíaca en curso o disfunción grave de válvula, fracción de eyección de reducción severa, sepsis, coagulación intravascular diseminada, enfermos renales crónicos que no se realizan regularmente diálisis programada y pacientes con historia de menos de 3 meses de haber sufrido un infarto a miocardio, un accidente cerebro vascular, un accidente isquémico transitorio, enfermedad coronaria o colocación de stents en menos de 3 meses.

**ASA V:** se define como un paciente que no se espera que sobreviva si no se le realiza la operación, dentro de los ejemplos se incluyen aquellos quienes presenten aneurisma abdominal o torácico roto, accidente cerebro vascular hemorrágico con efecto de masa, isquemia mesentérica en paciente cardiópata grave, y falla orgánica múltiple.

**ASA VI:** se define como un paciente declarado con muerte cerebral cuyos órganos serán extraídos con la finalidad de donante. (28)

La evaluación pre anestésica culmina con la explicación del médico anesthesiologo al paciente de su situación actual y exponiéndole las posibilidades que se proponen para su plan anestésico durante el procedimiento quirúrgico, es aquí donde la relación anesthesiologo – paciente cobra gran importancia debido a que el paciente debe comprender y aceptar tanto los riesgos y beneficios del tipo de anestesia que se le aplicará y siendo consciente de esto firmar la autorización de este procedimiento median el consentimiento informado.

#### **2.2.4.2. Evaluación trans anestésica:**

La evaluación trans anestésica abarca la constante vigilia del médico anesthesiologo en el procedimiento anestésico, siendo responsable de dar inicio al plan anestésico del paciente cuando el cirujano ya se encuentre dentro de la sala de operaciones y brindar una

vigilancia permanente durante todo el proceso evaluando la oxigenación, ventilación, estado hemodinámico, temperatura y estado del sistema nervioso central del paciente, pudiéndose agregar otros elementos dependiendo de la complejidad del caso, también debe evaluar de forma invariable el funcionamiento de los equipos a utilizar y por ultimo registrar de forma clara, legible y completa el proceso de la anestesia dentro de la historia clínica. (29)

#### **2.2.4.3. Evaluación post anestésica:**

Luego de culminado el procedimiento quirúrgico, el paciente es trasladado a la unidad de recuperación post anestésica con el monitoreo mínimo y de ser necesario la oxigenación adecuada, una vez ubicado al paciente en esta sala, la monitorización, cuidado y control de posibles complicaciones está en manos del anesthesiologo y la enfermera responsable, quienes deben conocer a detalle la historia clínica del paciente y el procedimiento anestésico y tipo de operación al que ha sido sometido, el personal encargado también tiene la función de registrar la evaluación post anestésica del paciente mediante la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, la escala de Aldrette y escalas de valoración del dolor, iniciando cada 5 minutos y pasados los primeros 15 minutos, se evalúa cada 10 o 15 minutos dependiendo siempre del estado físico del paciente. (29)

## CAPÍTULO III

### VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

#### 3.1. Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	CATEGORIZACION	ESCALA DE MEDICION
<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>				
<b>Sexo</b>	Género del paciente	Características sexuales secundarias	0 = Masculino 1 = Femenino	Cualitativa nominal
<b>Edad</b>	Años cumplidos	Fecha de nacimiento	0 = de 18 a 20 años 1 = de 21 a 30 años 2 = de 31 a 40 años 3 = de 41 a 50 años 4 = de 51 a 60 años	De razón
<b>Grado de instrucción</b>	Máximo grado académico alcanzado	Último estudio cursado	0 = Analfabeto 1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Técnico 4 = Superior	Cualitativa ordinal
<b>PERCEPCIÓN DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA (dimensiones)</b>				
<b>Conocimiento de la labor del médico anesthesiologo</b>	Respuestas correctas en el pre test y post test (preguntas 1, 2 y 9)	Pre test y post test	0 = Incorrecto 1 = Correcto	Cualitativa nominal
<b>Percepción de la relación anesthesiologo – paciente</b>	Respuestas correctas en el pre test y post test (preguntas 3, 4, 6, 7, 8, 10 y 14)	Pre test y post test	0 = Incorrecto 1 = Correcto	Cualitativa nominal
<b>Conocimiento de riesgos</b>	Respuestas correctas en el pre test y post test (preguntas 5, 11, 12 y 13)	Pre test y post test	0 = Incorrecto 1 = Correcto	Cualitativa nominal

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. Diseño:**

Estudio observacional de corte transversal y de nivel descriptivo. El estudio es observacional porque nos limitamos solo a medir las variables, es transversal porque se trabajó con datos obtenidos en determinado intervalo de tiempo y es descriptivo porque se describió la distribución de las variables sin considerar hipótesis.

#### **4.2. Ámbito de estudio:**

El estudio se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, este establecimiento fue una obra edificada durante el gobierno del Gral. Manuel A. Odría, y fue estrenada de carácter oficial el día 28 del mes de agosto del año 1954, conmemorando las bodas de plata de reincorporación de Tacna al patrimonio nacional, su funcionamiento inicio el 18 del mes de abril de 1955. Actualmente cuenta en su cuarto piso con un centro quirúrgico con 4 salas de operaciones y una unidad de recuperación postanestésica. (30)

#### **4.3. Población y muestra:**

Se trabajó con pacientes, que fueron sometidos a una cirugía electiva dentro de los servicios quirúrgicos de sala de operaciones, cirugía y gineco – obstetricia, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de noviembre y diciembre del año 2019, contando con una población de 272 pacientes y una muestra de 160 pacientes, la cual se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left( \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

N = tamaño de la población • e = margen de error (porcentaje expresado con decimales) • z = puntuación z

#### 4.3.1. Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes mayores 18 años y menores de 60 años.
- ✓ Participación expresamente voluntaria previo consentimiento informado.
- ✓ Pacientes catalogados como ASA I y II.
- ✓ Pacientes sometidos a procedimientos que requieran de una técnica anestésica.

#### 4.3.2. Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes menores de 18 años y mayores de 60 años.
- ✓ Pacientes con trastorno psiquiátrico.
- ✓ Pacientes con demencia senil o alteración del sensorio.
- ✓ Estudiantes y profesionales de ciencias de la salud.

#### **4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

##### **4.4.1. Técnica:**

Cuestionario de valoración anestésica aplicado en dos momentos; preoperatorio y postoperatorio, consta de trece preguntas de opción múltiple y una pregunta de satisfacción general (Anexo 2 y 3). Previa aplicación del cuestionario cada paciente acepto voluntariamente su participación y firmó el consentimiento informado aceptando su participación en el estudio (Anexo 1).

##### **4.4.2. Instrumento de recolección de datos:**

Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación del cuestionario de valoración anestésica en el preoperatorio y postoperatorio (Ver Anexo 2 y 3), la cual fue elaborada en base a instrumentos anteriores elaborados por Palo GP y Zambrano Y (5), Acosta J, Guerreo R, López D y Sánchez F (11), Giraldo VL (4) y Espinoza M (15), razón por la cual será validado por criterio de expertos.

## **CAPÍTULO V**

### **PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS**

Luego de la recolección de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel versión para Windows 2016, para la elaboración de una base de datos y depuración de los mismos. Luego de finalizado este paso se procedió al uso del programa SPSS v. 24.0 para el análisis estadístico de las variables; las de tipo cualitativas se presentan en tablas de frecuencias y porcentajes, asimismo la validación por confiabilidad externa mediante el análisis de la prueba estadística alfa de Cronbach.

## RESULTADOS

**Validación del cuestionario:** La validación se realizó en cuatro fases, la elaboración del primer borrador de los cuestionarios, la revisión por expertos (Anexos 4,5,6,7,8), la prueba piloto (Anexo 9,10,11,12,13,14,15, 16) y la aplicación de una prueba estadística, que en este caso fue el alfa de Cronbach (Anexo 17). A continuación, se exponen los siguientes resultados:

Para responder al objetivo sobre los factores sociodemográficos, se presentan la siguiente tabla:

**TABLA 1. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.**

CARÁCTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
<b>EDAD*</b> (31.11 ± 7.88)		
<b>GÉNERO</b>		
Femenino	137	85.6
Masculino	23	14.4
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Primaria	31	19.4
Secundaria	85	53.1
Técnico	24	15.0
Profesional	20	12.5
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>
<b>EXPERIENCIA PREVIA EN CIRUGÍAS</b>		
Si	74	46.3
No	86	53.8
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>

\*Variable expresada en media y desviación estándar, por su distribución normal.

**Fuente:** Elaboración propia

Dentro de la fase de ejecución del estudio, se entrevistaron a 160 hospitalizados en los servicios quirúrgicos que aceptaron voluntariamente su participación y que obedecían los criterios de inclusión y exclusión, la edad expresada en media y desviación estándar (por distribución de normalidad), tuvo valores de  $31.11 \pm 7.88$  años de edad, predominando el sexo femenino en 85.6% que el masculino en 14,4%. Conforme a la escolaridad de los participantes, el 53.1% correspondió a secundaria completa, el 19.4% primaria completa, el 15% estudio técnico superior y el 12.5% era profesional. En relación a su experiencia previa con alguna intervención anestésica, el 46.3% indicó que si había sido sometido a algún procedimiento con anterioridad. **Tabla 1**

Dentro de la dimensión de conocimiento del paciente acerca de la labor del médico anestesiólogo fue medida por las preguntas 1, 2 y 9; y mostraron los siguientes resultados:

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE RECONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ANESTESIOLOGÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.**

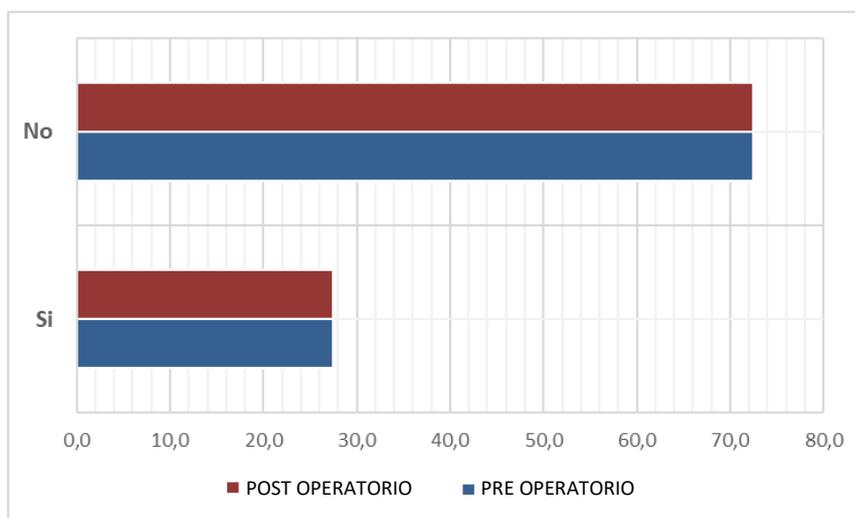
¿Qué piensa usted que es el anestesiólogo?	N	%
<b>PRE OPERATORIO</b>		
Técnico	7	4.4
Enfermero	3	1.9
Médico especialista	67	41.9
Cirujano	4	2.4
Médico general	6	3.8
No sabe/no contesta	73	45.6
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>
<b>POST OPERATORIO</b>		
Técnico	28	17.5
Enfermero	10	6.3
Médico especialista	81	50.5
Cirujano	18	11.3
Médico general	2	1.3
No sabe/no contesta	21	13.1
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

Se registró dentro de la primera pregunta el nivel de formación del anestesista, en el pre test, el 45.6% desconocía la especialidad, un 41.9% reconocían al anestesiólogo como médico especialista, 4.4% lo señaló como personal técnico, 3.8% como médico general, 2.5% lo clasificó como cirujano y 1.9% como enfermero. En el post test los resultados reportaron

que el 50.6% catalogó al anestesista como médico especialista, el 17.5% pensó que era un técnico, 13.1% aún refirió desconocer la especialidad, 11.3% lo encasillaba como un cirujano, 6.3% como enfermero y solo 1.25% como médico general. **Tabla 2**

**FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE RECONOCIMIENTO DEL NOMBRE DEL PROFESIONAL DE ANESTESIOLOGIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.**



Fuente: Elaboración propia

Conforme a la auto presentación del anestesiólogo se evalúa mediante la pregunta 2, respecto a si el especialista se presentó por su nombre o no lo hizo, en la encuesta pre anestésica el 72.5% indicó que desconocían el nombre de su anestesista debido a que no se dio el momento en el que el anestesiólogo se presentó por su nombre, idénticos resultados se obtuvieron en el post anestésico donde indicaron que solo 27.5% de los entrevistados si habían experimentado la presentación del anestesiólogo por su nombre y por tal razón reconocían este hecho. **Figura 1**

**TABLA 3. DISTRIBUCION DE RESPUESTAS RESPECTO AL RECONOCIMIENTO DE LA FUNCION QUE DESEMPEÑA EL PROFESIONAL DE ANESTESIOLOGIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.**

¿Qué función cree que tendrá (tuvo) el anestesiólogo durante la cirugía?	N	%
<b>PRE OPERATORIO</b>		
Administrar medicamentos para provocar el sueño o dormir alguna región del cuerpo a los pacientes.	56	34.9
Facilitar la cirugía, evitar el dolor y proteger y garantizar la seguridad del paciente mediante el monitoreo constante de la anestesia.	83	51.9
No es necesaria la presencia de un anestesiólogo durante la cirugía.	10	6.3
El anestesiólogo solo acude al quirófano si hay algún problema o complicación.	9	5.6
No sabe/No contesta	2	1.3
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>
<b>POST OPERATORIO</b>		
Administrar medicamentos para provocar el sueño o dormir alguna región del cuerpo a los pacientes.	41	25.6
Facilitar la cirugía, evitar el dolor y proteger y garantizar la seguridad del paciente mediante el monitoreo constante de la anestesia.	100	62.4
No fue necesaria la presencia de un anestesiólogo durante la cirugía.	10	6.3
El anestesiólogo solo acude al quirófano si hay algún problema o complicación.	7	4.4
No sabe/ No contesta	2	1.3
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

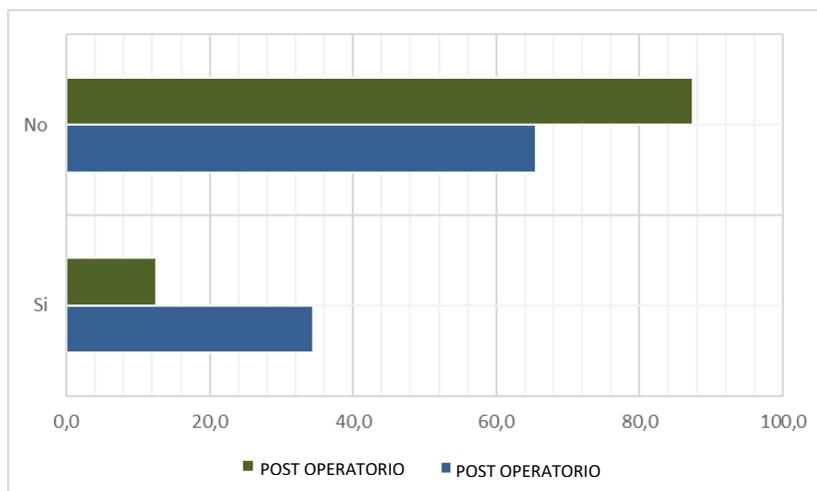
La última pregunta que evalúa la dimensión de conocimiento del rol que desempeña el anestesiólogo, recogió la percepción de los pacientes sobre su labor dentro de sala de operaciones; catalogaron, en el pre operatorio que 35% opinaba que su función se limitaba a estimular la somnolencia o bloquear alguna región del cuerpo, 25.6% reafirmaba esta opción en el post operatorio; un 51.9% en el preoperatorio y un 62.5% en el

postoperatorio, aseguraron que el anestesiólogo tenía la misión de facilitar la cirugía, aliviar el dolor, y proteger y garantizar la seguridad del paciente con el monitoreo constante de la anestesia administrada al paciente; 6.3% en el pre y postoperatorio afirmaron que su presencia no era necesaria en la cirugía; el 5.6% y el 4.4% antes y después de la cirugía respectivamente aludieron que sólo es necesaria su presencia si ocurre alguna complicación; finalmente el 1.3% en el pre test como en el post test, desconocían qué función cumplía o cumplió el anestesiólogo en la cirugía.

**Tabla 3**

En la dimensión de percepción del paciente frente a la relación médico anesthesiologo – paciente, los resultados se grafican en las siguientes figuras. (preguntas 3, 4, 6, 7, 8, 10):

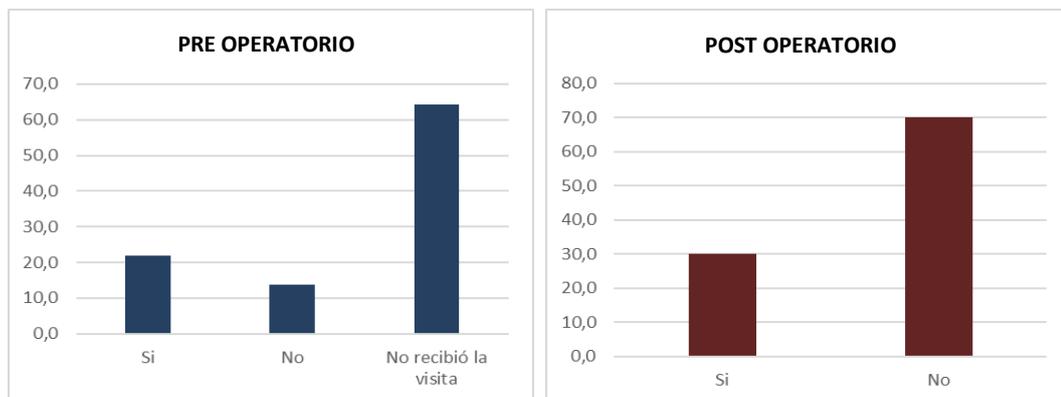
**FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE RECEPCIÓN DE VISITA PRE ANESTÉSICA Y POST ANESTÉSICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.**



Fuente: Elaboración propia

Respecto a la percepción de los pacientes sobre la recepción de la visita del anesthesiologo en el pre y post operatorio, 37,5% dieron una respuesta positiva en el pre anestésico y 12,5% en el post operatorio. Grandes porcentajes se reportaron con respuesta negativa con 62,5% en el pre operatorio y 87,5% en el post operatorio. **Figura 2**

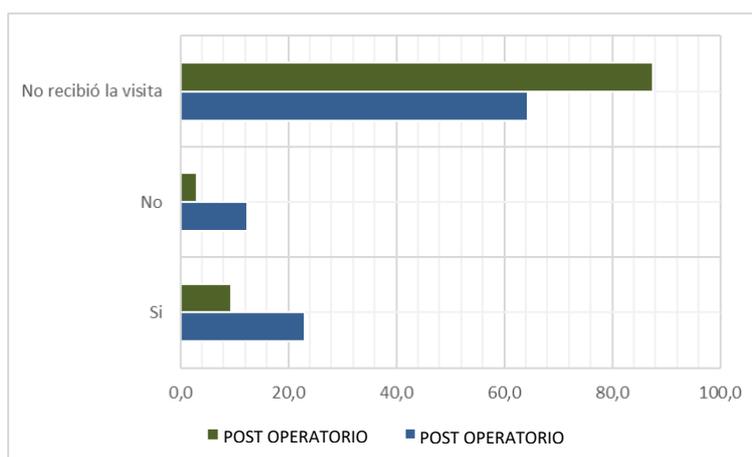
**FIGURA 3.** DISTRIBUCION DE RESPUESTAS DE RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE TIPO DE ANESTESIA A ADMINISTRAR EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.



**Fuente:** Elaboración propia

Dentro de la pregunta 4 se evaluó la explicación brindada respecto a la información sobre el tipo de anestesia a administrar al paciente, donde en el pre operatorio, el 21.9% manifestó que si se le explicó el tipo de anestesia y al 13.8% que no sucedió esto, además, el 64.4% indicó que no recibió dicha visita en el preoperatorio; en el postoperatorio la distribución de respuestas resultó que el 30% si obtuvo información conforme al tipo de anestesia que se le fue administrada y el 70% refirió que no. **Figura 3.**

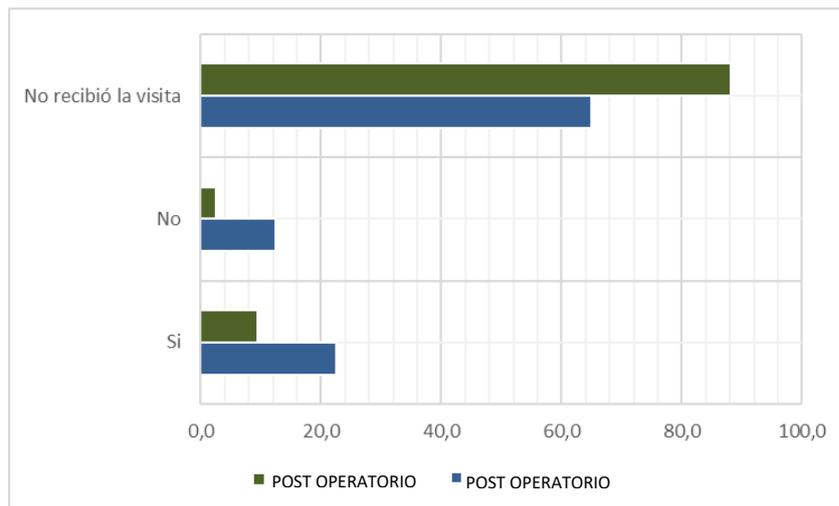
**FIGURA 4.** DISTRIBUCION DE RESPUESTAS DE CONFORMIDAD DE ENTENDIMIENTO DE EXPLICACION BRINDADA EN LA VISITA PRE ANESTÉSICA Y POST ANESTÉSICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.



Fuente: Elaboración propia

En relación con la pregunta 6 la distribución de los resultados reveló que 23.1% si entendió la explicación que se brindó en la visita pre anestésica, el 12.5% manifestó negativamente el entendimiento de la explicación y 64.4% se catalogó dentro de los pacientes que no recibieron visita; en el post operatorio, 9.4% expreso que sí entendió la explicación brindada, 3.1% no lo hizo y 87.5% no recibió visita postoperatoria. **Figura 4**

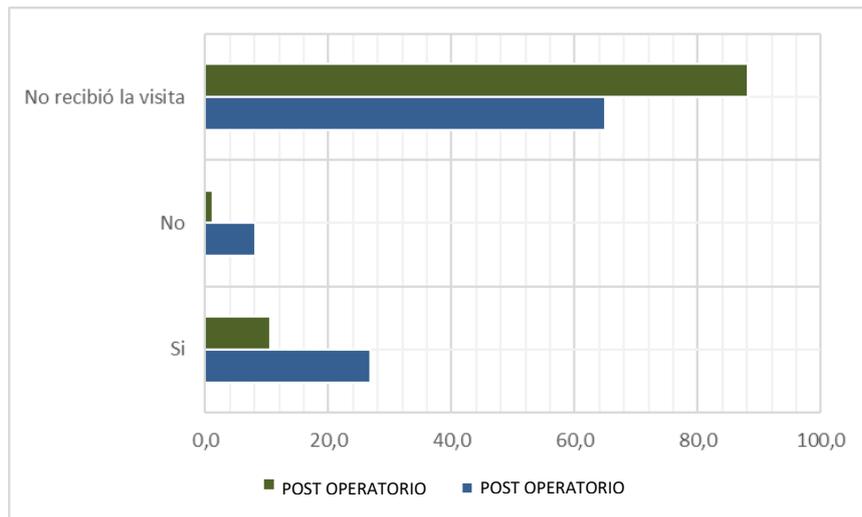
**FIGURA 5.** DISTRIBUCION DE RESPUESTAS DE CONFORMIDAD DE DESPEJE DE INTERROGANTES SOBRE PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO EN EL PRE OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.



Fuente: Elaboración propia

En la pregunta 7 se recabo que el 22.5% en el preoperatorio logró despejar sus dudas sobre la anestesia a administrar, 12.5% no logró hacerlo y 64.4% manifestó no recibir visita pre anestésica. En el post test, 9.4% confesó despejar sus dudas, 2.5% negó hacerlo y 88.1% confesó no recibir la visita del anesthesiólogo en el post operatorio. **Figura 5**

**FIGURA 6.** DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE SENSACION DE TRANQUILIDAD LUEGO DE RECIBIR LA VISITA PRE ANESTÉSICA Y POST ANESTÉSICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.



Fuente: Elaboración propia

La pregunta 8 se relaciona con la tranquilidad percibida por el paciente en relación con la visita pre y post anestésica, la cual arrojó que, 26.9% en el pre operatorio afirmaron que sí se sintieron más tranquilos luego de la visita del anestesista, 8.1% respondió negativamente y 65% refirió no haber recibido visita. En el post operatorio solo 10.6% indicó sentir tranquilidad luego de la visita post anestésica, 1.3% no se sintieron tranquilos y 88.1% refirieron no haber recibido la visita del anesthesiólogo. **Figura 6**

**TABLA 4.** DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE CONOCIMIENTO DE LA VISITA PRE ANESTÉSICA Y POST ANESTÉSICA EN PACIENTE EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.

Pregunta 10	N	%
<b>PRE OPERATORIO</b>		
Dar pequeñas cantidades de anestesia al paciente para valorar si las soporta o no	27	16.9
Trámite para organizar la lista de espera quirúrgica	22	13.8
Pesar y medir al paciente para administrar dosis exacta de anestesia	19	11.9
Valoración médica para determinar el riesgo de cada paciente frente a una cirugía y elegir la anestesia adecuada	46	28.7
No sé, no contesto.	46	28.7
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>
<b>POST OPERATORIO</b>		
Recuperación del paciente hasta que la anestesia termine su efecto	47	29.4
Trámite para organizar la lista de ingreso al servicio de cirugía/gineco-obstetricia	22	13.8
Pesar y medir al paciente para verificar si las dosis de anestesia fueron exactas	6	3.8
Corroboración de la recuperación total de la anestesia e identificación de cualquier complicación presente luego de la cirugía	45	28.1
No sé, no contesto	40	24.9
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

Conforme a la percepción del paciente sobre el conocimiento de que consiste la visita pre anestésica y post anestésica, se halló que respecto a la visita pre anestésica, 16.9% la señaló como un procedimiento que consistía en dar pequeñas cantidades de anestesia al paciente para evaluar si la soportaba o no lo hacía, 13.8% manifestó que consistía en una formalidad necesaria para estructurar la enumeración de pacientes en

espera a cirugía, 11.9% lo catalogó como el proceso donde se mide y se pesa al paciente para así administrar dosis exactas de anestesia y 28.8% consideró que era la valoración médica para identificar los riesgos de cada paciente y de esa forma elegir la anestesia adecuada, igual porcentaje a este último respondió no saber en qué consistía esta visita. Al consultar sobre la visita post anestésica un 29.4% consideró que se limitaba a la verificación de la recuperación del paciente y la culminación del efecto de la anestesia, 13.8% la ideó como una manera de organizar el ingreso al servicio de cirugía/ginecología y dar de alta al paciente, 3.8% pensó que era el proceso donde se pesaba y medía al paciente para verificar si las dosis de anestesia fueron exactas y correctas, 28.1% manifestó que era la corroboración de la recuperación total de la anestesia y la identificación de cualquier complicación luego de la cirugía. **Tabla 4**

**TABLA 5. ESCALA SOBRE LA SATISFACCION DE LA ATENCION RECIBIDA POR EL ANESTESIÓLOGO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.**

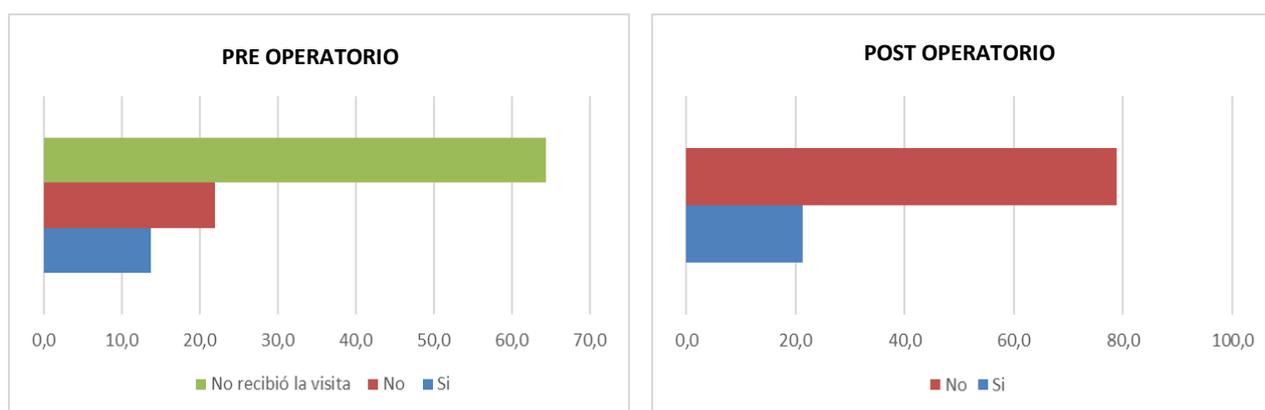
<b>Pregunta 14</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy satisfecho	27	16.9
Relativamente satisfecho	73	45.6
Indiferente	32	20.0
Relativamente insatisfecho	23	14.4
Muy insatisfecho	5	3.1
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la satisfacción de la atención recibida por el anestesiólogo durante todo el proceso peri operatorio, que incluyó pre, trans y post anestésico, se reportó que el 16.9% refiere que estuvo muy satisfecho conforme a la atención, 45.6% manifestó estar relativamente satisfecho, 20% se mostró como indiferente, 14.4% clasificó la atención como relativamente insatisfecho y 3.1% como muy insatisfecho. **Tabla 5**

La dimensión de conocimiento de riesgos que presentaron los pacientes del presente estudio, se exponen en las siguientes figuras:

**FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE RIESGO DE PROCESO ANESTÉSICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.**

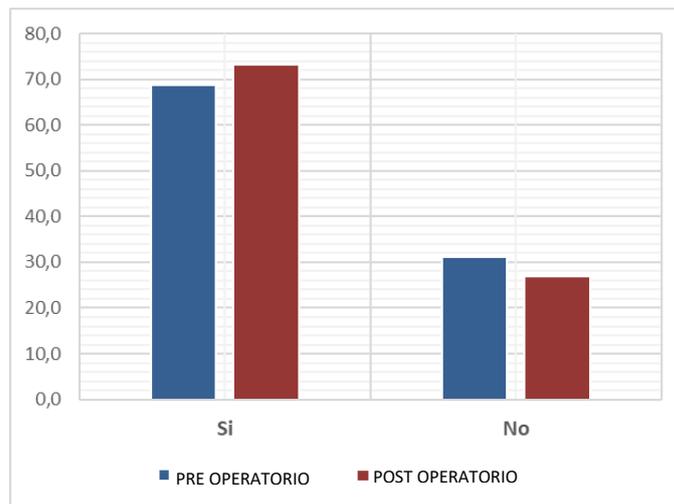


**Fuente:** Elaboración propia

Al evaluar la recepción de información conforme a la explicación sobre los riesgos del proceso anestésico a realizar, se encontró que 13.8% afirmó que sí se le mencionaron los riesgos en la visita pre anestésica, 21.8% negó recibir esta información y 64.4% alegó una vez mas no recibir una visita pre anestésica. Posterior a la cirugía, 21.3% afirmó recibir el informe de los posibles eventos adversos de la anestesia, 78.8% negó conocer estos.

**Figura 7**

**FIGURA 8.** DISTRIBUCION DE RESPUESTAS DE SENSACION DE TEMOR ASOCIADO A LA ANESTESIA EN EL PRE ANESTESICO Y POST ANESTÉSICO PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.



Fuente: Elaboración propia

Según la percepción de temor de los pacientes se develó que, en el pre operatorio 68.8% manifestaron sí sentir temor al acto anestésico y 31.2% que no, en el post operatorio el 73.1% indicó que si sintió temor y 26.9% lo negó. **Figura 8**

**TABLA 6. DISTRIBUCION DE RESPUESTAS DE TEMORES PRESENTES EN EL PRE ANESTÉSICO Y POST ANESTÉSICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.**

Pregunta 12	N	%
<b>PRE OPERATORIO</b>		
Sentir dolor durante la cirugía	52	32.5
No poder despertar luego de la cirugía	31	19.4
Despertar durante la cirugía	1	0.6
Recordar algún evento traumático que ocurrió durante la cirugía	9	5.6
Otros	20	12.5
No sentí temor	47	29.4
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100</b>
<b>POST OPERATORIO</b>		
Sentir dolor durante la cirugía	34	21.3
No poder despertar luego de la cirugía	1	0.6
Despertar durante la cirugía	2	1.3
Recordar algún evento traumático que ocurrió durante la cirugía	12	7.5
Otros	22	13.8
No sentí temor	40	24.9
Ninguno	49	30.6
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

Acorde con la pregunta 12, se presentó en un 32.5% el miedo hacia la presencia de dolor durante la intervención quirúrgica en el pre operatorio, contrastando con un 21.3% en el post operatorio que manifestó que se cumplió este miedo, luego 19.4% manifestó que no poder despertarse

luego de la cirugía era su mayor temor en el pre operatorio, cayendo a 0.6% en el post test, igualmente 0.6% en el pre test respondió como principal temor despertarse durante la cirugía, 1.3% en el post operatorio refirió que esto si sucedió, 5.6% temía recordar algún evento traumático durante el procedimiento quirúrgico antes de la cirugía, 7.5% refirió que si sucedió este hecho, otros temores en el pre y post anestésico se reflejaron en 12.6% y 13.8% respectivamente, 29.4% en el pre operatorio y 30.6% en el post operatorio, refirieron no sentir temores. **Tabla 6**

**TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE TEMORES ASOCIADOS A POSIBLES EVENTOS ADVERSOS QUE PODRIAN APARECER Y QUE SE PRESENTARON EN EL POST ANESTESICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.**

<b>Pregunta 13</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>PRE OPERATORIO</b>		
Sentir dolor	89	55.6
Presentar náuseas	9	5.6
Presentar vómitos	1	0.6
Presentar escalofríos	22	13.8
Presentar voz ronca	6	3.8
Tener sed abundante	5	3.1
Otros	0	0.0
Ninguno	28	17.5
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100</b>
<b>POST OPERATORIO</b>		
Sentir dolor	84	52.5
Presentar náuseas	5	3.1
Presentar vómitos	4	2.5
Presentar escalofríos	26	16.3
Presentar voz ronca	3	1.9
Tener sed abundante	2	1.3
Otros	4	2.5
Ninguno	32	19.9
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Cuando se les consultó a los pacientes sobre las complicaciones que teme que se presenten en el posquirúrgico, ellos mencionaron en un 55.6% sentir dolor, el 5.6% presentar náuseas, el 0.6% presentar vómitos, el 13.8% tener escalofríos, el 3.8% presentar voz ronca, el 3.1% tener sed abundante y el 17.5% seleccionó ninguna. Luego de la cirugía, se preguntó si se cumplieron los temores anteriormente mencionados, y se reportó que 52.5% sintió dolor, el 3.1% presentó náuseas, el 2.5% vómitos, el 16.3% escalofríos, el 1.9% voz ronca, el 1.3% sed abundante, el 2.5% otras complicaciones y el 20% ninguna. **Tabla 7**

De acuerdo a lo reportado, obtenemos que la percepción de la valoración anestésica muestra los siguientes resultados:

**TABLA 8. PERCEPCIÓN DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.**

PERCEPCIÓN DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA	n	%
<b>PERCEPCIÓN ANTES DE LA CIRUGÍA (PRE OPERATORIO)</b>		
Mala	20	12.5
Regular	103	64.4
Buena	37	23.1
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>
<b>PERCEPCIÓN DESPUÉS DE LA CIRUGÍA (POST OPERATORIO)</b>		
Mala	32	19.9
Regular	90	56.6
Buena	38	23.8
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>
<b>PERCEPCIÓN FINAL DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>		
Mala	26	16.3
Regular	77	48.1
Buena	57	35.6
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

La percepción de la valoración anestésica en el pre operatorio, fue mala en el 12.5% de los casos, regular en el 64.4% y buena en el 23.1%; en el post operatorio fue calificada como mala en el 20.0%, regular en el 56.3% y buena en el 23.8%. La percepción final de la valoración anestésica, fue mala en el 16.3%, regular en el 48.1% y buena sólo para el 35.6% de los pacientes. **Tabla 8**

Para confirmar que existe una relación entre ambos test y entre el pre test, post test; utilizamos la prueba estadística de chi cuadrado.

**TABLA 9.** RELACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA ENTRE EL CUESTIONARIO PRE ANESTÉSICO Y CUESTIONARIO POST ANESTÉSICO APLICADO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE, AÑO 2019.

PERCEPCIÓN DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA (PRE OPERATORIO)	PERCEPCIÓN DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA (POST OPERATORIO)							
	Mala		Regular		Buena		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Mala	13	8.1	7	4.4	0	0.0	20	12.5
Regular	17	10.6	72	45.0	14	8.8	103	64.4
Buena	2	1.3	11	6.9	24	15.0	37	23.1
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>20.00</b>	<b>90</b>	<b>56.3</b>	<b>38</b>	<b>23.8</b>	<b>160</b>	<b>100.0</b>

$X^2 = 58.077$ ;  $p < 0.001$

Fuente: Elaboración propia

Al contrastar los resultados obtenidos tanto del pre operatorio como del post operatorio; se obtuvo que el 8.1% de los participantes tuvo una mala percepción en ambos momentos; el 10.6% tuvo una regular percepción en el pre test, pero en el post test resultó ser mala; y el 1.3% obtuvo buena percepción en el cuestionario aplicado antes del acto anestésico y mala al haber culminado este; por otro lado, el 4.4% tuvo una mala percepción en el pre anestésico, pero regular en el post anestésico; el 45% tuvo regular percepción en ambos y el 6.9% tuvo buena percepción en el pre operatorio y regular en el post operatorio; ningún participante tuvo una mala percepción en el pre operatorio y buena en el post operatorio; el 8.8% tuvo regular percepción en el pre operatorio y buena en el post operatorio y un 15% tuvo buena percepción en ambos test.

La asociación estudiada entre la percepción hallada en el pre operatorio y post operatorio de la valoración anestésica del paciente quirúrgico, pone en evidencia que la relación anestesiólogo – paciente así como la información dada al paciente durante la visita pre anestésica y el momentos tras anestésico no obtiene una mejoría en el cuestionario aplicado en el post anestésico observando este suceso en los resultados donde se manifestó que la percepción mala de 8.1% hallada en el pre operatorio mejoró nulamente en la percepción anestésica del post operatorio.

Para el cálculo de la relación que pueda existir entre estos dos resultados, se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado, el nivel de significancia del valor p fue menor a 0.001, esto nos indica que si existe asociación muy significativa entre los resultados de ambos test. **Tabla 9**

## DISCUSIÓN

Dentro de los resultados expuestos en nuestro estudio se logró recabar las diversas percepciones de la población tacneña atendida en el Hospital Hipólito Unanue frente a la valoración anestésica y los principales temores relacionados al acto anestésico, buscando de esta manera, identificar en que aspectos se puede mejorar la percepción de la valoración anestésica, esclarecer preocupaciones, miedos y adoptar nuevas estrategias para disminuir el nivel de ansiedad de los pacientes frente a una intervención anestésica mediante el fortalecimiento de la relación médico – paciente.

Los hallazgos de nuestro estudio revelaron que 53.1% de los pacientes encuestados presentaron un nivel escolar de secundaria completa (Tabla 1), resultados similares se reportaron en la clínica Pichincha y en los Hospitales Eugenio Espejo y Militar HG-1 en la ciudad de Quito, con un 50% en su grupo de pacientes en el preoperatorio y 46.1% en su grupo postoperatorio (12).

Esto nos ayuda a inferir que el grado de instrucción en la ciudad de Tacna que reportó nuestro estudio, es de gran relevancia para la capacitación de la población sobre temas de salud, y la responsabilidad que recae en el especialista de colaborar con brindar información a través de medios accesibles, idóneos y en un momento preciso como lo es la visita pre anestésica.

Enfocado en la dimensión de conocimiento de la labor del médico anesthesiólogo, se halló conforme al reconocimiento del anestesista como médico especialista que 41.9% de pacientes en el pre operatorio lo clasificaba correctamente como tal y en un 45.6% refirió desconocer el grado de instrucción al que corresponde, no obstante, se evidencia una disminución en el postoperatorio a un 13.1% y el reconocimiento del especialista aumentó a 50.6%, también lo hacen los porcentajes que

encasillan al anestesiólogo como técnico y cirujano en 17.5% y 11.3% correspondientemente (Tabla 2), resultados similares se develaron en la ciudad de Quito donde se evidenció que el 18% consideró que la persona que administraba la anestesia era un técnico, asimismo estudios realizados a nivel nacional sobre este tema revelaron los siguientes resultados; en el Hospital II Cañete, el 35,8% de los pacientes declaró reconocer la especialidad de anestesiología (5) y en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, el 91,5% de los participantes del estudio reconocían al médico anestesiólogo como tal (15).

Dentro de la variable de auto presentación del anestesiólogo, en el presente estudio no se encontró mejoría de porcentajes al contrastar los resultados de la encuesta pre y post operatoria siendo un 27.5% estacionario en ambas (Figura 1), en comparación con un estudio previo realizado en el año 2015, donde se observó que poco menos de la tercera parte de los pacientes entrevistados en el pre operatorio, 33.3%, tenía conocimiento del nombre del anestesiólogo que realizó la visita pre anestésica, mejorando sus resultados en su encuesta post operatoria a un 46.4% (2).

Lo que nos llevaría a pensar que dentro de la visita pre anestésica se omite la presentación personal del especialista a con el paciente, siendo un paso importante y relevante para establecer una buena relación médico – paciente y de tal manera transmitir información completa y seguridad acerca del procedimiento anestésico a realizar.

También se evaluó la percepción del paciente hacia el rol que cumplía el anestesiólogo dentro de una cirugía, en este caso, los pacientes respondieron de forma correcta en un 51.9% en el preoperatorio y aún más acertado con un 62.5% en el post operatorio señalando que el anestesiólogo facilitaba la cirugía, evitaba el dolor, protegía y garantizaba la seguridad del paciente mediante el monitoreo constante de la anestesia, por otro lado poco más de la tercera parte, 35%, en el preoperatorio

opinaban que la función del anestesiólogo se limitaba a inducir la somnolencia o bloquear la sensibilidad de alguna región del cuerpo, en el postoperatorio el 25,6% aún mantenía el mismo concepto (Tabla 3), porcentajes comparables con los arrojados en un estudio realizado en un Hospital de tercer nivel en la ciudad de Colombia, en el cual el 70% de sus entrevistados respondió correctamente, en tanto el 23% pensó de igual forma que únicamente su labor se limitaba a provocar la inducción de somnolencia en el paciente o bloquear la sensibilidad de alguna región específica del cuerpo para la intervención quirúrgica. (11)

Enmarcando la dimensión de percepción del paciente frente a la relación anestesiólogo – paciente, dentro de la variable de recepción de una visita pre y post anestésica, se dio a conocer que el 62,5% de pacientes encuestados refirió no haber tenido una visita pre anestésica antes de entrar a sala de operaciones, y el 87,5% refirió también no haber recibido la visita del anestesiólogo luego de culminado el acto anestésico en la unidad de recuperación post anestésica (Figura 2).

Resultados aún más preocupantes se muestran en un estudio realizado en la ciudad de Huancayo donde el 100% de los pacientes incluidos en su estudio refirieron no haber tenido una visita post anestésica (15) y a nivel internacional en Nicaragua se halló que solo al 3.6% de la población encuestada en este estudio refirió haber tenido una visita post anestésica. (2).

Dentro de la visita pre anestésica la explicación brindada al paciente del procedimiento anestésico a realizar, los pacientes en el pre operatorio refieren en un 78.2% desconocer el tipo de anestesia a administrar, sumado a los pacientes que refirieron no haber tenido una visita pre anestésica, resultado que no mejora muy significativamente en el post operatorio debido a que el 70% de la población encuestada refiere aún desconocer qué tipo de anestesia se le aplicó (Figura 3). En un estudio nacional que se

llevó a cabo durante el curso del año 2013 se revelaron porcentajes similares donde más de la mitad de los pacientes, 71.8%, refieren desconocer el procedimiento anestésico al cual se van a someter (15), de igual manera en una investigación realizada en Ecuador en el año 2014 se observa que el 83% no conoce que tipo de anestesia se le va a aplicar antes de entrar a la cirugía (12).

Asimismo, el indicador de conformidad del paciente respecto a la explicación brindada, arrojó que solo el 23.1% de los entrevistados respondió de forma positiva conforme la captación de la información ofrecida por el especialista en el pre operatorio (Figura 4), no obstante, en estudios previos realizados en la ciudad de Lima, el 69,5% de sus pacientes encuestados exponen que el lenguaje que utilizó el anestesiólogo fue de buen entendimiento (14) y en la ciudad de México con un 87,4% que consideran que la explicación dada por anestesiólogo fue bien entendida (3), hallazgo que moldea una idea de la existencia de una debilidad dentro de la práctica de la visita pre anestésica realizándose de forma superficial e ineficiente.

Dentro de este mismo indicador, podemos encontrar que solo el 22,5% de los entrevistados consideran que el anestesiólogo si logró despejar todas sus dudas en el pre operatorio (Figura 5), encontrándose una relación significativa entre estos resultados, y que aunque no existe un intervalo de tiempo predeterminado para la realización de la visita pre anestésica, su importancia radica mayormente en la eficacia de esta, que por sí sola representa el 10% de los costos globales del acto anestésico, y que una valoración escasa del estado del paciente sumado a una entrevista ineficaz puede ser causa de 11,6% de accidentes intra operatorios y 40% de fallecimientos (7).

Igualmente, el nivel de tranquilidad evaluado antes y después de la anestesia, nos muestra que menos de la cuarta parte de los entrevistados,

26,9% y 10,6% respectivamente, muestran resultados positivos (Figura 7), asemejando sus resultados con estudios previos realizados en el año 2013 en la ciudad de Lima, donde se expuso que solo el 29,7% se siente realmente tranquilo con la información brindada por el anestesiólogo sobre riesgos, beneficios y complicaciones del acto anestésico (14).

Encontramos que es necesario e importante transmitir esta tranquilidad al paciente frente a sentir seguridad sobre el procedimiento anestésico que se va a realizar y para ello se refiere en diversos estudios que se obtiene mayor grado de satisfacción al brindar una correcta información verbal o audiovisual al paciente, lo cual lo hace sentir más tranquilo y seguro al encontrarse frente al procedimiento anestésico, estar prevenido frente a posibles escenarios adversos que podrían acontecer y elevar el nivel de satisfacción del paciente (31) (32).

Sumado a esto, la distribución de las respuestas de la variable de percepción del conocimiento de la visita pre y post anestésica, los pacientes en un 28.8% respondieron de forma correcta considerando que la visita pre anestésica consistía en la valoración médica para identificar los riesgos de cada paciente y elegir la anestesia más adecuada, sin embargo, el mismo porcentaje refirió desconocer en qué consistía este proceso (Tabla 4), resultados análogos a los obtenidos por Acosta J. y cols., demostró que 27% no distingue la visita pre anestésica como el momento idóneo para determinar el riesgo quirúrgico y disolver dudas (11).

En cuanto a la visita post anestésica, 28.1% respondió de forma positiva definiendo que ésta es la corroboración de la recuperación total de la anestesia y la evaluación de la presencia de una posible complicación luego de la cirugía, pero casi la tercera parte considera que se limitaba a verificar si el paciente se recuperó y el efecto de la anestesia culminó, y un porcentaje casi cercano, 25%, manifestó que no sabía en qué consistía esta visita (Tabla 4).

Los resultados encontrados dentro de esta dimensión nos orientan a evaluar dos puntos importantes como factores clave para medir la percepción del paciente frente al acto anestésico:

En primer lugar, una visita pre anestésica que incluya una importante interacción anesthesiologo – paciente, la cual podría afectar la percepción final del paciente quirúrgico debido a que, en el hospital en estudio del presente trabajo, la visita pre anestésica la realiza el médico residente de anestesiología en formación, el cual debería recibir la orientación y capacitación adecuada del anesthesiologo, para que así se le brinde al paciente una evaluación integral de su condición médica, estado general de salud y principales de factores de riesgo, asimismo reciba información sobre el procedimiento anestésico al cual se va a someter y luego se le expongan las técnicas de anestesia y opciones disponibles para el manejo post operatorio, y de esta forma secuencial obtener un consentimiento informado correcto.

Gebremedhn EG y Nagaratnam V, evaluaron la satisfacción del paciente frente a la evaluación pre operatoria, donde reportaron que los principales problemas radicaban en la cantidad de información brindada clasificada como inadecuada, y relacionadas principalmente con la falta de auto presentación de los anesthesiologos, explicación inadecuada sobre tipo de anestesia a administrar, complicaciones post operatorias, falta opciones de analgesia en el post operatorio, respuestas vagas de los anesthesistas frente a dudas de pacientes y falla en las técnicas para tranquilizar a los pacientes frente al acto anestésico (33).

Como segundo punto; el conocimiento y la práctica adecuada de la visita post anestésica, considerándose esta como una obligación médico – legal, el ratificar la restauración completa de la anestesia y tratar de forma oportuna cualquier complicación que se vea relacionada con esta (34), por

lo cual este paso no debe ser ignorado y debería dársele la misma importancia y énfasis que el trans anestésico.

Saal y cols. evaluaron el impacto de una visita post operatoria en la satisfacción del paciente, expusieron que los beneficios de esta práctica circulan en torno a recoger cualquier escenario de dolor relevante por el anestesista después de la cirugía y que este se trate oportuna y adecuadamente, lo que contribuye a la implementación de un protocolo de recuperación mejorada después de la anestesia, y a través de esta optimizar el alivio del dolor, promoviendo la deambulación temprana y posiblemente reducir la morbilidad quirúrgica secundaria a dolor y como consecuencia obtener una retroalimentación positiva inyectada al paciente influyendo positivamente en la satisfacción (35).

Con respecto a la dimensión de conocimiento de riesgos, la percepción que manifestaron los pacientes fue que 78.2% consideraron que no se les explico oportunamente, de la misma forma 78.8% reafirma que no se les informó de los riesgos anestésicos ya en el post operatorio (Figura 7), así mismo se arrojaron resultados análogos en el Hospital III José Cayetano Heredia en el año 2013, dentro de su dimensión de información el 72.5% de los encuestados manifestaron que no se les explicó la información necesaria acerca de los riesgos que conlleva la anestesia y sus posibles complicaciones (14).

Estos grandes indicadores de incertidumbre del paciente hacia el acto anestésico, podría influir mucho en el nivel de ansiedad frente a la anestesia y dejar salir a deslumbrar los temores que generalmente presentan los pacientes y los cuales son reportados en nuestro estudio en un 68.8% antes del procedimiento anestésico y aumentando a 73.1% luego de culminado este proceso (Figura 8).

Dentro de la misma variable en la que se evaluó la percepción de los temores en el pre y post anestésico, se reportó que el principal temor que

presentan los pacientes en el pre operatorio era sentir dolor durante la cirugía que arrojó un 32.5% y no despertarse luego de la cirugía un 19.4%, en paralelo con los resultados del post operatorio los entrevistados manifestaron que, 30.6% no presentó ninguna molestia, pero el 21.3% sintió dolor durante la cirugía (Tabla 6), similitud de resultados se arrojaron en Chile en el año 2016, con un 92% de encuestados que sentían como principal temor el dolor durante la cirugía y en un 84% a no despertar terminado el acto operatorio (10), el mismo año en Perú se reportó a través de un estudio que la principal sensación de temor hacia la anestesia se debía a sentir dolor durante el procedimiento quirúrgico y en segundo lugar no poder despertar luego de la cirugía, y se atribuyó como principal causa de temor el desconocimiento de la anestesiología como una especialidad y una precaria información brindada durante la visita pre operatoria (2).

Conforme a los problemas que los pacientes esperaban presentar en el post operatorio, poco más de la mitad, 55.6%, manifestó que el dolor era el principal, continuando con el 17.5% que no esperaban presentar problemas en el post anestésico y un 13.8% que temían presentar escalofríos, contrastando los resultados del post operatorio, el 52.5% manifestó que estuvo presente el dolor en el post operatorio, 20% que no presentó molestias y 16.3% refirieron presentar escalofríos. (Tabla 7).

Martinez L.F y cols, en su estudio realizado en el año 2014 en Ecuador, expuso que las principales molestias presentadas en el post operatorio fueron que pacientes sintieron dolor en un 46.1%, seguido de náuseas y vómitos en un 23.5% (12).

Al evaluar la percepción global de la atención recibida durante los tres momentos del proceso anestésico, es decir, pre, trans y post operatorio, el 62.5% calificó la atención recibida como satisfactoria y muy satisfactoria (Tabla 5).

Al analizar el puntaje obtenido mediante el cuestionario del presente estudio junto con la percepción global, observamos que la percepción de la valoración anestésica del paciente no es realmente buena, arrojando como percepción final, 16.3% mala, 48.1% regular y solo 35.6% buena, de los pacientes esto debido a que el paciente asegura una alta satisfacción frente a una sola pregunta expresa, pero reporta malas calificaciones en las demás preguntas.

## CONCLUSIONES

1. El grado de instrucción fue intermedio, con una edad promedio de 31 años, predominando el sexo femenino en 85.6% y la experiencia previa en anestesia en 53.8%.
2. La percepción del rol del anesthesiologo esta desestimada y no se identifica correctamente su función dentro de sala de operaciones, siendo errónea en un 48.2%, debido a una débil comunicación establecida entre el anesthesiologo y el paciente.
3. La información brindada al paciente conforme a los riesgos del procedimiento anestésico es inadecuada e incompleta en el 78%, y el principal temor referido en el pre operatorio y post operatorio del paciente quirúrgico fue el dolor en un 32.5% y 21.3% respectivamente.
4. No se logra establecer una relación anesthesiologo – paciente adecuada debido a la limitada interacción establecida durante la visita pre anestésica entre el especialista y el paciente, estando ausente en el 62.5% de la población.
5. La asociación hallada entre la percepción de la valoración anestésica obtenida en el pre operatorio y post operatorio demostró que durante el proceso anestésico dicha apreciación denota un mínimo avance estadístico de 8.8% en la categoría de regular a buena y un nulo avance en la categoría de mala a buena.
6. La calificación de la atención anestésica fue catalogada como satisfactoria y muy satisfactoria en 62.5%, sin embargo, la categoría por baremos de la percepción de la valoración anestésica revela

resultados clasificados de regular a malo en 64.4%, esto debido a que se asegura una alta satisfacción frente a una sola pregunta expresa e incorrectas calificaciones en las demás preguntas.

## RECOMENDACIONES

1. Continuar con estudios en poblaciones de mayor tamaño sobre la percepción del paciente frente a la valoración anestésica para encontrar la forma ideal de establecer la relación anesthesiologo – paciente.
2. Incentivar al servicio de anestesiología a brindar un aporte de mayor difusión y trascendencia de la especialidad al paciente programado con el fin de brindar a la población una mejor educación sanitaria y dar a conocer la importancia de la función preponderante del anesthesiologo.
3. Ampliar la información brindada al paciente conforme a los riesgos relacionados con el acto anestésico mediante una estrategia empática que genere confianza y asegure la eficacia en la calidad anestésica, asimismo evitar y atender oportunamente las molestias post operatorias.
4. Fortalecer la percepción de la relación anesthesiologo – paciente mediante la implementación de mejoras en la visita pre anestésica, evadiendo limitar el tiempo de entrevista y aprovechar el primer contacto con el paciente para brindarle seguridad y confianza al conocer las funciones que cumplirá el especialista dentro de sala de operaciones a través de un lenguaje comprensible y empático.
5. Establecer mayor énfasis en el abordaje integral de la valoración anestésica en el peri operatorio y de esta manera hallar la posibilidad de lograr un manejo más adecuado del paciente quirúrgico e influir positivamente en la satisfacción del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Borel J, Sivanto M. Gestión de calidad en anestesiología. RAA [Internet]. 2008 [citado 17 de junio de 2019]; 66(1):71-82. Disponible en: [https://www.anestesia.org.ar/search/articulos\\_completos/1/1/1164/c.pdf](https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1164/c.pdf)
2. Sequeira CA, Rugama HJ. Evaluación de la calidad de la atención en la prestación de asistencia médica y satisfacción de los pacientes del servicio de anestesiología del hospital militar escuela Dr. Alejandro Davila Bolaño. [Tesis de Maestría]. Nicaragua: Universidad Autónoma de Nicaragua; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2995/1/39288.pdf>
3. Torres CA, Valera Y, Segura EP. Calidad de la atención en el servicio de anestesiología. Percepción del usuario. Acta médica Grupo Ángeles [Internet]. 2017 [citado 22 marzo 2019];15(2):92-98. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v15n2/1870-7203-amga-15-02-00092.pdf>
4. Giraldo V.L. Percepción de la relación anestesiólogo-paciente valorada en el posoperatorio de pacientes ASA I y II en instituciones de nivel III y IV (estudio RAP-2) en Cali, Colombia. Rev colomb anestesiología [Internet]. 2014 [citado 19 de marzo de 2019];42(1):20-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v42n1/v42n1a05.pdf>
5. Palo GP, Zambrano Y. Factores asociados a la percepción de la relación anestesiólogo-paciente Hospital II Cañete. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad San Martín Porres – USMP; 2016. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2607>
6. Celedón C. Relación médico paciente. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2016 [citado 22 marzo 2019];76(1):51-4. Disponible

en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-48162016000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48162016000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=e)

7. Uribe HM. El médico anestesiólogo y su responsabilidad civil. *Rev Mexicana de anestesiología* [Internet]. 2006 [citado 22 marzo 2019];9(1):109-112. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cmas061u.pdf>
8. Soler E, Faus M.T, Burguera R et al. Anestesiología. En M Cinta Gamundi Planas. *Farmacia hospitalaria*. Tomo II. España; 2002. p.778-802.
9. Mena RM, Rodríguez-Mota E. Valoración preanestésica. Importancia en el paciente quirúrgico. *Rev Hosp Jua Mex* [Internet]. 2014 [citado 18 abril 2019];81(3):193-198. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2014/ju143j.pdf>
10. Castellón JM, Vigones A. Percepciones y temores de la práctica anestésica: una perspectiva desde Chile. *Rev Cient Cienc Med* [Internet]. 2016 [citado 18 abril 2019];19(1):34-38. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v19n1/v19n1\\_a07.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v19n1/v19n1_a07.pdf)
11. Acosta J, Guerrero R, López D, Sánchez F. Rol del anestesiólogo: punto de vista de los pacientes. *Rev Colomb Anestesiol* [Internet]. 2016 [citado 1 de mayo de 2019];44(2):121-127. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0120334716000198>
12. Machasilla W.N, Martínez N.F. Percepción de los pacientes sin experiencia previa anestésico quirúrgica, sobre la anestesia y los anestesiólogos, en el preoperatorio y postoperatorio, en los hospitales Eugenio Espejo Militar hg-1 y Clínica Pichincha. [Tesis de Maestría]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2014. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4652>

13. Sobrinho C, De Barros JI. Anesthesiologist: the patient's perception. ScienceDirect [Internet]. 2015 [citado 2 de marzo de 2019];65(6):497-503. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104001414002231?via%3Dihub>
14. Cochachin CE, Cardoza KJ, Cochachin CE, et al. Percepción y cumplimiento del consentimiento informado anestesiológico para cirugías electivas en un Hospital del norte del Perú. Rev Cuerpo Méd. Hosp. Nac. Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2013 [citado 29 Abr 2019];6(4):8-12. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cuerpomedicohnaaa/v6n4\\_2013/pdf/a02v6n4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cuerpomedicohnaaa/v6n4_2013/pdf/a02v6n4.pdf)
15. Espinoza M. Evaluación de la calidad de atención del médico anestesiólogo en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé. Actas Perú Anesthesiol [Internet]. 2013 [citado 29 Abr 2019]; 21(2):62-8. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/actas\\_anestesiologia/v21n2/pdf/a03v21n2.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/actas_anestesiologia/v21n2/pdf/a03v21n2.pdf)
16. Contreras JA, Mora B.N. Nivel de información de los pacientes quirúrgicos respecto al anestesiólogo y su función en el Hospital de Concentración Satélite. [Tesis de Maestría]. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México; 2014. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/oca/bitstream/20.500.11799/14750/1/Tesis.416174.pdf>
17. RAE.es [Internet]. Madrid: Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [actualizado Oct 2018; citado 12 de junio de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
18. Asahq.org [Internet]. Schaumburg: Comité de Gestión de Calidad y Administración Departamental. Continuum of Depth of Sedation: Definition of General Anesthesia and Levels of Sedation/Analgesia. [actualizado 15 Oct 2014; citado 12 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia>

19. Who.int [Internet]. ONG Human info; Formulario Modelo de la OMS . 2004. [actualizado 29 Oct 2018; citado 12 Jun 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5422s/5.2.html>
20. Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. Alteridades [Internet]. 1994 [citado 11 Jun 2019];4(8):47-53. Disponible en: <http://www.redalix.org/articulo.oa?id=74711353004>.
21. Salazar J, Montero M, Muñoz C, Sánchez E, et al. Percepción social. En Aroldo Rodríguez. Psicología Social. México: Trillas;2012.p. 77-109.
22. Mazariegos M. Características psicobiosociales que influyen en la percepción y expectativas de los pacientes hacia la anestesia y el anestesiólogo. [Tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/7319/1/Manola%20del%20Pilar%20Mazariegos%20Caballeros.pdf>
23. Vincent J, Shafer A. Anesthesiologist and perioperative communication. American Society of Anesthesiologists. [internet]. 2000. [citado 11 Jun 2020];93(2):548-555. Disponible en: <https://scihub.tw/10.1097/00000542-200008000-00035>
24. Díaz AJ, Rivas YY. Percepción sobre la anestesia en la visita pre anestésica, en los Hospitales Nacionales de la Unión y San Francisco Gotera. [Tesis de Maestría]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2017. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/17048/1/50108418.pdf>
25. Kunze S. Evaluación preoperatorio en el siglo XXI .Rev. med. clin. Condes [Internet]. 2017 [citado 11 Jun 2019];28(5):661-670. Disponible en:<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-lascondes-202-pdf-S0716864017301207>

26. Aktas S, Atalay YO, Tugrul M. Predictive value of bedside tests for difficult intubations. Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci [Internet]. 2015 [citado 11 Jun 2019];19(9):1595-1599. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26004598/>
27. Hurwitz EE, Simon M, Vinta SR, Zehm CF, Shabot SM, Minhajuddin A, et al. Adding Examples to the ASA-Physical Status Classification Improves Correct Assignment to Patients. Anesthesiol J Am Soc Anesthesiol [Internet]. 2017 [citado 11 Jun 2019];126(4):614-22. Disponible en: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2606586>
28. Asahq.org [Internet]. Schaumburg: ASA Physical Status Classification System. [actualizado 15 Oct 2014; citado 11 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>
29. Norma técnica de salud para la atención en anestesiología. Resolución ministerial N° 022-2011-MINSA. [publicado 10 Ene 2011]. Disponible en: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv\\_publica/docs/normas/norma\\_sv/snip/2015/Documentos\\_MINSA/27B\\_RM\\_N\\_022\\_2011\\_MINSA.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/normas/norma_sv/snip/2015/Documentos_MINSA/27B_RM_N_022_2011_MINSA.pdf)
30. Hospitaltacna.gob.pe [Internet]. Tacna: Sitio Web Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 1954 [citado 2 May 2019]. Disponible en: <http://www.hospitaltacna.gob.pe>
31. Kakinuma A. , Nagatani H. , Otake H. , et al. The effects of short interactive animation video information on preanesthetic anxiety, knowledge, and interview time: a randomized controlled trial. Anesth Analg [Internet]. 2011. [citado 11 Junio 2020]; 112(6):1314-1318. Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1213/ANE.0b013e31820f8c18>
32. Edward GM. , Naald N. , Oort FJ. , et al. Information gain in patients using a multimedia website with tailored information on anaesthesia.

British Journal of Anaesthesia. [Internet]. 2011. [citado 11 Junio 2020]; 106(3):319-324. Disponible en: [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)32994-X/fulltext#seccestitle10](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)32994-X/fulltext#seccestitle10)

33. Gebremedhn EG, Nagaratnam V. Assessment of patient satisfaction with the preoperative anesthetic evaluation [Internet]. Vol. 5, Patient Related Outcome Measures. Dove Press; 2014 [citado 25 de mayo de 2020];2014(5):105-10. Disponible en: <https://www.dovepress.com/assessment-of-patient-satisfaction-with-the-preoperative-anesthetic-ev-peer-reviewed-fulltext-article-PROM>
34. Castellanos A., Evangelina H., et al. Satisfacción anestésica como indicador de la calidad de la atención médica en el paciente geriátrico. Revista Mexicana de Anestesiología [Internet]. 2013. [citado 25 de mayo de 2020];15(2):92-98. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032017000200092](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032017000200092)
35. Saal D. Heidegger T. Nuebling M. et al. Does a postoperative visit increase patient satisfaction with anaesthesia care?. British Journal of Anaesthesia. [Internet]. 2011. [citado 11 Junio 2020]. 107(5):703-709. Disponible en: [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)32604-1/fulltext](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)32604-1/fulltext)

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, identificado con número de DNI \_\_\_\_\_.

Manifiesto:

Que he sido informado del estudio que se realiza en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna sobre la percepción de la valoración anestésica de los pacientes sometidos a cirugía electiva, así como la importancia de mi colaboración, no poniendo en riesgo alguno mi salud.

Acepto:

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

1. Recolección de datos que se llevará a cabo mediante un cuestionario que responderé antes y después del procedimiento anestésico.
2. Responder con absoluta veracidad y sinceridad.

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

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

Tacna, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE PERCEPCIONES DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA EN EL PREOPERATORIO

**Género:** femenino ( ) masculino ( )

**Edad (años):** \_\_\_\_\_

**Grado de escolaridad:** primaria ( ) secundaria ( ) técnico ( ) profesional ( )

**Experiencia previa en anestesia:** si ( ) no ( )

**1. ¿Qué piensa usted que es el anesthesiólogo?**

- ( ) Técnico                      ( ) Enfermero                      ( ) Médico especialista  
( ) Cirujano                      ( ) Médico general                      ( ) no sé, no contesto

**2. ¿Se presentó por su nombre el anesthesiólogo a cargo de la visita pre anestésica (antes de la cirugía)?**

- ( ) Sí                                      ( ) no

**3. ¿Ha recibido usted la visita pre anestésica (antes de la cirugía) del anesthesiólogo?**

- ( ) Sí                                      ( ) no

**4. ¿Le explicaron en esta visita, que tipo de anestesia se le aplicará?**

- ( ) Sí                                      ( ) no                                      ( ) no recibí la visita

**5. Dentro de esta visita, ¿se le mencionó los riesgos?**

- ( ) Sí                                      ( ) no                                      ( ) no recibí la visita

**6. ¿considera que la explicación dada en esta visita fue bien entendida por usted?**

- ( ) Sí                                      ( ) no                                      ( ) no recibí la visita

**7. ¿Logró despejar todas sus dudas en esta visita otorgada por el anesthesiólogo?**

- ( ) Sí                                      ( ) no                                      ( ) no recibí la visita

**8. ¿Se siente más tranquilo luego de la visita del anesthesiólogo antes de la cirugía?**

- ( ) Sí                                      ( ) no                                      ( ) no recibí la visita



## ANEXO 3

### CUESTIONARIO DE PERCEPCIONES DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA EN EL POSTOPERATORIO

1. **¿Qué piensa usted que es el anesthesiólogo?**  
 Técnico     Enfermero     Médico especialista  
 Cirujano     Médico general     no sé, no contesto
2. **¿Se presentó por su nombre quien le administró la anestesia?**  
 Sí     no
3. **¿Ha recibido la visita de quien le aplicó la anestesia, luego de la cirugía?**  
 Sí     no
4. **¿Recuerda el tipo de anestesia que se le aplicó?**  
 Sí     no
5. **¿Se le mencionó los riesgos de la anestesia?**  
 Sí     no
6. **¿Considera que la explicación dada en la visita realizada luego de la cirugía fue bien entendida por usted?**  
 Sí     no
7. **¿Logro despejar todas sus dudas en esta nueva visita?**  
 Sí     no     no recibí la visita
8. **¿se siente más tranquilo luego de la visita del anesthesiólogo después de la cirugía?**  
 Sí     no     no recibí la visita
9. **¿Qué función cree usted que cumplió el anesthesiólogo o anestesista durante la cirugía?**
  - a. Administrar medicamentos para provocar el sueño o dormir alguna región del cuerpo a los pacientes.
  - b. Facilitar la cirugía, evitar el dolor y proteger y garantizar la seguridad del paciente mediante el monitoreo constante de la anestesia.
  - c. No fue necesaria la presencia de un anesthesiólogo durante la cirugía.
  - d. El anesthesiólogo solo acude al quirófano si hay algún problema o complicación.
  - e. No sé, no contesto

- 10. ¿En qué cree usted que consiste una visita post anestésica?**
- En la recuperación del paciente hasta que la anestesia termine su efecto.
  - En un trámite para organizar la lista de ingreso al servicio de cirugía o su posible alta a la casa.
  - En pesar y medir a los pacientes para verificar que la dosis de la anestesia fue exacta.
  - En la corroboración de la recuperación total de la anestesia e identificación de cualquier complicación luego de la cirugía.
  - No sé, no contesto
- 11. ¿Sintió temor de la anestesia?**  
( ) Sí ( ) no
- 12. Según lo que temía anteriormente ¿Cuál de los temores se cumplió?**
- Sentir dolor durante la cirugía
  - No poder despertarme después de la cirugía
  - Despertarme durante la cirugía
  - Recordar algún evento traumático que ocurrió durante la cirugía
  - Otra: \_\_\_\_\_
  - No sentí temor
  - Ninguno
- 13. ¿Qué problemas presentó usted en su recuperación luego de la anestesia?**
- Sentir dolor
  - Presentar nauseas
  - Presentar vómitos
  - Presentar escalofríos (sudar frío)
  - Presentar voz ronca
  - Tener sed abundante
  - Otro: \_\_\_\_\_
  - Ninguno
- 14. En general, ¿cómo le pareció la atención recibida por el anesestesiólogo antes, durante y después de la anestesia?**
- Muy satisfecho
  - Relativamente satisfecho
  - Indiferente
  - Relativamente insatisfecho
  - Muy insatisfecho

**ANEXO 4**



UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FICHA PARA EVLUACIÓN DE INSTRUMENTOS**

**Encuesta**

**1. REFERENCIA**

- a. EXPERTO: Manio Mimbeca Velarde
- b. ESPECIALIDAD: Anestesiología
- c. CARGO ACTUAL: Jefe Ser. Anestesiología Hosp. DAC - EsSalud.
- d. INSTITUCIÓN: Hosp. Tacna DAC - EsSalud - Tacna
- e. LUGAR: Tacna

**2. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS**

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
1	Pertinencia de indicadores	✓					
2	Formulación con lenguaje adecuado	✓					
3	Adecuado para los sujetos en estudio		✓				
4	Facilita la prueba de hipótesis		✓				
5	Suficiente para medir las variables		✓				
6	Facilita la interpretación del instrumento	✓					
7	Acorde al avance de la ciencia y la tecnología	✓					
8	Expresado en hechos perceptibles		✓				
9	Secuencia lógica	✓					
10	Basado en aspectos teóricos	✓					
	TOTAL						

Coefficiente de valoración porcentual C = 92%

**3. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4. RESOLUCIÓN**

- a. Aprobado (C ≥ 75%)
- b. Desaprobado (C ≤ 75%)

[Firma]  
 Firma

*[Stamp: UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA]*

## ANEXO 5



UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

### FICHA PARA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS

#### Encuesta

#### 1. REFERENCIA

- a. EXPERTO: PILAR EDITH COAQUIRA CHAMBI  
 b. ESPECIALIDAD: PSICOLOGIA CLINICA - MAGISTER  
 c. CARGO ACTUAL: PSICOLOGA  
 d. INSTITUCIÓN: C.S. POCOLLAY - MINSU  
 e. LUGAR: Tacna

#### 2. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
1	Pertinencia de indicadores	X					
2	Formulación con lenguaje adecuado	X					
3	Adecuado para los sujetos en estudio	X					
4	Facilita la prueba de los objetivos	X					
5	Suficiente para medir las variables	X					
6	Facilita la interpretación del instrumento	X					
7	Acorde al avance de la ciencia y la tecnología	X					
8	Expresado en hechos perceptibles	X					
9	Secuencia lógica	X					
10	Basado en aspectos teóricos	X					
TOTAL							

Coefficiente de valoración porcentual C = .....100%.....

#### 3. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

---



---



---

#### 4. RESOLUCIÓN

- a. Aprobado (C ≥ 75%)   
 b. Desaprobado (C ≤ 75%)

Mg. Pilar E. Coaquira Chambi  
 Psicóloga  
 C.Ps. P.: 13528

## ANEXO 6



UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

### FICHA PARA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS

#### Encuesta

#### 1. REFERENCIA

- a. EXPERTO : MAYRA NOHELIA CATA CORA CAHUANA  
 b. ESPECIALIDAD : PSICÓLOGA  
 c. CARGO ACTUAL: MAGISTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
 d. INSTITUCIÓN : MINISTERIO PÚBLICO  
 e. LUGAR : TACNA

#### 2. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
1	Pertinencia de indicadores	X					
2	Formulación con lenguaje adecuado		X				
3	Adecuado para los sujetos en estudio		X				
4	Facilita la prueba de los objetivos	X					
5	Suficiente para medir las variables	X					
6	Facilita la interpretación del instrumento	X					
7	Acorde al avance de la ciencia y la tecnología	X					
8	Expresado en hechos perceptibles	X					
9	Secuencia lógica	X					
10	Basado en aspectos teóricos	X					
	TOTAL	40	8				

Coefficiente de valoración porcentual  $C = 48$  (96%)

#### 3. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SUGIERO SE PUEDA MEJORAR LA FORMA DE EXPRESIÓN EN EL LENGUAJE PARA EL TIPO DE POBLACIÓN, PUESTO QUE ALGUNOS ITEMS PUEDEN LLEGAR A SER POCO COMPENSIBLES PARA ALGUNOS SUJETOS DE ESTUDIO.

#### 4. RESOLUCIÓN

- a. Aprobado ( $C \geq 75\%$ )
- b. Desaprobado ( $C \leq 75\%$ )

.....  
 Firma.....  
 Mayra N. Catacora C.  
 PSICÓLOGA  
 C. Ps. P. 21234

## ANEXO 7



UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

### FICHA PARA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS

#### Encuesta

#### 1. REFERENCIA

- EXPERTO: Mag. Enf. René Silva Chau
- ESPECIALIDAD: Atención en unidad de recuperación post anestésica - Magister
- CARGO ACTUAL: enfermera asistente
- INSTITUCIÓN: Hospital Hipólito Unanue de Tacna
- LUGAR: Tacna

#### 6. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
1	Pertinencia de indicadores	X					
2	Formulación con lenguaje adecuado		X				
3	Adecuado para los sujetos en estudio	X					
4	Facilita la prueba de los objetivos	X	X				
5	Suficiente para medir las variables	X					
6	Facilita la interpretación del instrumento	X					
7	Acorde al avance de la ciencia y la tecnología		X				
8	Expresado en hechos perceptibles	X					
9	Secuencia lógica	X					
10	Basado en aspectos teóricos	X					
	TOTAL	43 = 358					

Coefficiente de valoración porcentual C = .....86%.....

#### 7. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

*En pregunta 1 en lugar de médico especialista podría ser anestesiólogo. Paciente identificado como anestesiólogo*

#### 8. RESOLUCIÓN

e. Aprobado (C ≥ 75%)

f. Desaprobado (C ≤ 75%)

Gobierno Regional de Tacna  
 Hospital Hipólito Unanue de Tacna  
 Departamento de Anestesiología y C. Quirúrgico

Firma

MAG. ENF. RENÉ SILVA CHAU  
 ENFERMERA ASISTENTE  
 P. R. 1301 - R.N.E. 1338

## ANEXO 8



UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

### FICHA PARA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS

#### Encuesta

#### 1. REFERENCIA

- a. EXPERTO: Dr. Víctor Arias Santana
- b. ESPECIALIDAD: médico cirujano asistencial
- c. CARGO ACTUAL: Coordinador de la unidad de investigación FACSA
- d. INSTITUCIÓN: C.S. Metropolitano
- e. LUGAR: Tacna

#### 6. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN					
		5	4	3	2	1	0
1	Pertinencia de indicadores		✓				
2	Formulación con lenguaje adecuado		✓				
3	Adecuado para los sujetos en estudio		✓				
4	Facilita el logro de los objetivos		✓				
5	Suficiente para medir las variables		✓				
6	Facilita la interpretación del instrumento		✓				
7	Acorde al avance de la ciencia y la tecnología		✓				
8	Expresado en hechos perceptibles		✗				
9	Secuencia lógica		✓				
10	Basado en aspectos teóricos		✓				
	TOTAL		✓				

Coefficiente de valoración porcentual C = 80%

#### 7. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

---



---



---

#### 8. RESOLUCIÓN

e. Aprobado (C ≥ 75%)

f. Desaprobado (C ≤ 75%)

  
 Dirección Regional Salud Tacna  
 CENTRO DE SALUD METROPOLITANO  
 DR. VÍCTOR ARIAS SANTANA  
 MÉDICO CIRUJANO ASISTENCIAL  
 C.M.P. 37367

Firma

## ANEXO 9

### FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE D ETACNA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO PILOTO, PERIODO OCTUBRE, AÑO 2019.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
<b>GÉNERO</b>		
Femenino	7	26.9
Masculino	19	73.1
<b>EDAD*</b>	38.50	24 – 47
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Primaria	2	7.7
Secundaria	7	26.9
Técnico	10	38.5
Profesional	7	26.9
<b>EXPERIENCIA PREVIA EN CIRUGÍAS</b>		
Si	12	46.2
No	14	53.8
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

\*Variable expresada en mediana y rango intercuartílico, por su distribución no normal.

Fuente: Elaboración propia

La población del estudio piloto fue un 73.1% de sexo masculino y un 26.9% de sexo femenino; la edad expresada en mediana y rango intercuartílico (por su distribución de normalidad), tuvo valores de 38.5 años y de 24 a 47 años respectivamente; respecto a la escolaridad; 38.5% estudió superior técnico, 26.9% secundaria completa, el mismo porcentaje reveló superior profesional completo, y sólo 7.7% manifestó estudios primarios culminados. En relación con la experiencia previa en alguna intervención quirúrgica, el 46.2% indicó que si había sido sometido a alguna con anterioridad.

## ANEXO 10

### DIMENSIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA LABOR DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE D ETACNA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO PILOTO, PERIODO OCTUBRE, AÑO 2019.

CONOCIMIENTO DE LA LABOR DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO	N	%
<b>¿QUÉ PIENSA USTED QUE ES EL MÉDICO ANESTESIÓLOGO?</b>		
Técnico	9	34.6
Enfermero	4	15.4
Médico especialista	5	19.2
Cirujano	3	11.5
Médico general	2	7.7
No sabe/No contesta	3	11.5
<b>¿SE PRESENTÓ POR SU NOMBRE QUIEN LE ADMINISTRARÁ LA ANESTESIA?</b>		
Si	17	65.4
No	9	34.6
<b>¿QUÉ FUNCIÓN CREE USTED QUE TENDRÁ EL ANESTESIÓLOGO O ANESTESISTA DURANTE LA CIRUGÍA?</b>		
Administrar medicamentos para provocar sueño o dormir alguna región del cuerpo	18	69.2
Facilitar la cirugía, evitar el dolor y proteger y garantizar la seguridad del paciente monitoreando la anestesia	7	26.9
No es necesaria su presencia	1	3.8
Sólo entra al quirófano si hay alguna complicación	0	0.0
No sabe/No contesta	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

Al evaluar el conocimiento del paciente sobre la labor del médico anestesiólogo, el 34.6% lo consideró como personal técnico, el 15.4% como enfermero, 19.2%, lo clasificó como médico especialista y el 11.5% refirió desconocer o no contestó la pregunta; el 65.4% indicó que el anestesiólogo se presentó por su nombre; el

69.2% indicó que el anestesiólogo administra medicamentos para provocar sueño y el 3.8% señaló que su presencia no es necesaria durante la cirugía.

## ANEXO 11

### DIMENSIÓN DE PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN ANESTESIÓLOGO – PACIENTE EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO PILOTO, PERIODO OCTUBRE, AÑO 2019.

PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN ANESTESIÓLOGO – PACIENTE	N	%
<b>¿HA RECIBIDO LA VISITA DE QUIEN LE APLICARÁ LA ANESTESIA?</b>		
Si	17	65.4
No	9	34.6
<b>LE EXPLICARON EN ESTA VISITA ¿QUÉ TIPO DE ANESTESIA SE LE APLICARÁ?</b>		
Si	16	61.5
No	8	30.8
No recibió visita	2	7.7
<b>¿CONSIDERA QUE LA EXPLICACIÓN DADA EN ESTA VISITA FUE BIEN ENTENDIDA POR USTED?</b>		
Si	15	57.7
No	8	30.8
No recibió visita	3	11.5
<b>¿LOGRÓ DESPEJAR TODAS SUS DUDAS EN ESTA VISITA OTORGADA POR EL ANESTESIÓLOGO?</b>		
Si	16	61.5
No	8	30.8
No recibió visita	2	7.7
<b>¿SE SIENTE MÁS TRANQUILO LUEGO DE LA VISITA DEL ANESTESIÓLOGO ANTES DE LA CIRUGÍA?</b>		
Si	15	57.7
No	8	30.8
No recibió visita	3	11.5
<b>¿EN QUÉ CREE USTED QUE CONSISTE UNA VISITA PREANESTÉSICA?</b>		
En dar pequeñas cantidades de anestesia al paciente para ver si las soporta o no	13	50.0
En un trámite para organizar la lista de espera quirúrgica	5	19.2
En pesar y medir a los pacientes para administrar la dosis exacta de anestesia	2	7.7
En la valoración médica para determinar el riesgo de cada paciente frente a una cirugía y elegir la anestesia adecuada	2	11.5
No sabe/No contesta	3	11.5
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

En la percepción del paciente respecto a su relación con el anestesiólogo; el 65.4% refirió que si recibió una visita del anestesista antes de la operación; el 61.5% indicó que si se le explicó que tipo de anestesia se le iba a administrar, y el 7.7% no recibió visita alguna; no obstante, sólo el 57.7% comprendió el lenguaje utilizado en la explicación dada por el médico, el 30.8% no la entendió; el 61.5% logró despejar sus dudas luego de la explicación del anestesiólogo; el 57.7% se sintió más tranquilo luego de esta visita y el 50% de los pacientes clasificó la visita pre anestésica como el momento para dar pequeñas cantidades de anestesia al paciente para ver si la soporta o no, el 19.3% señaló que era un trámite de lista de espera quirúrgica y sólo el 11.5% refirió que es una evaluación para ver el riesgo del paciente y elegir la anestesia adecuada para la cirugía.

## ANEXO 12

### DIMENSIÓN DE CONOCIMIENTO DE RIESGOS RELACIONADOS CON EL ACTO ANESTÉSICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA PARTICIPANTES ESTUDIO PILOTO, PERIODO OCTUBRE, AÑO 2019.

CONOCIMIENTO DE RIESGOS	N	%
<b>DENTRO DE LA VISITA ¿SE LE MENCIONARON LOS RIESGOS?</b>		
Si	15	57.7
No	9	34.6
No recibió visita	2	7.7
<b>¿SIENTE TEMOR DE LA ANESTESIA?</b>		
Si	19	73.1
No	7	26.9
<b>¿A QUÉ LE TEME?</b>		
Sentir dolor durante la cirugía	12	46.2
No poder despertarme después de la cirugía	6	23.1
Despertarme durante la cirugía	2	7.7
Recordar algún evento que ocurrió durante la cirugía	0	0.0
Otro	5	19.2
No siento temor	1	3.8
<b>¿QUÉ PROBLEMAS TEME USTED QUE SE PRESENTEN EN SU RECUPERACIÓN LUEGO DE LA ANESTESIA?</b>		
Sentir dolor	14	53.8
Presentar náuseas	5	19.2
Presentar vómitos	1	3.8
Presentar escalofríos (sudar frío)	0	0.0
Presentar voz ronca	0	0.0
Tener sed abundante	0	0.0
Otro	4	15.4
Ninguno	2	7.7
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la información del conocimiento de los riesgos de la anestesia brindado en la visita pre anestésica, el 57.7% indicó que se sí se le había explicado; el miedo que los pacientes sentían se cuantificó en un 73.1% como positivo; dentro de los principales temores que acontecían a los pacientes; 46.2% refirió temer la presencia del dolor durante el procedimiento quirúrgico, 23.1% temía experimentar la incapacidad de poder despertar al ya culminada la cirugía y 3.8% manifestó no sentir temor.

## ANEXO 13

### DIMENSIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA LABOR DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA PARTICIPANTES ESTUDIO PILOTO, PERIODO OCTUBRE, AÑO 2019.

CONOCIMIENTO DE LA LABOR DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO	N	%
<b>¿QUÉ PIENSA USTED QUE ES EL MÉDICO ANESTESIÓLOGO?</b>		
Técnico	10	38.5
Enfermero	2	7.7
Médico especialista	4	15.4
Cirujano	3	11.5
Médico general	4	15.4
No sabe/No contesta	3	11.5
<b>¿SE PRESENTÓ POR SU NOMBRE QUIEN LE ADMINISTRÓ LA ANESTESIA?</b>		
Si	15	57.7
No	11	42.3
<b>¿QUÉ FUNCIÓN CREE USTED QUE CUMPLIÓ EL ANESTESIÓLOGO O ANESTESISTA DURANTE LA CIRUGÍA?</b>		
Administrar medicamentos para provocar sueño o dormir alguna región del cuerpo	17	65.4
Facilitar la cirugía, evitar el dolor y proteger y garantizar la seguridad del paciente monitoreando la anestesia	9	34.6
No es necesaria su presencia	0	0.0
Sólo entra al quirófano si hay alguna complicación	0	0.0
No sabe/No contesta	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

En relación a la evaluación posterior a la cirugía, se halló un ligero aumento conforme a la clasificación del anestesiólogo como personal técnico a un 38.5%, asimismo lo hizo la alternativa de médico general de 7.7% a 15.4%, por otra parte, se halló disminución de 19.2% a 15.4% conforme al reconocimiento del anestesiólogo como especialista. Respecto a la auto presentación del médico en el post operatorio se encontró que 57.7% señaló que si sucedió, en relación con el conocimiento de las funciones del anestesista dentro de sala de operaciones, se evidenció un ligero cambio donde el 3.8% refirió que no era necesaria su presencia durante la cirugía.

## ANEXO 14

### DIMENSIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN ANESTESIÓLOGO – PACIENTE EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA PARTICIPANTES ESTUDIO PILOTO, PERIODO OCTUBRE, AÑO 2019.

PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN ANESTESIÓLOGO – PACIENTE	n	%
<b>¿HA RECIBIDO LA VISITA DE QUIEN LE APLICÓ LA ANESTESIA, LUEGO DE LA CIRUGÍA?</b>		
Si	13	50.0
No	13	50.0
<b>¿RECUERDA EL TIPO DE ANESTESIA SE LE APLICÓ?</b>		
Si	17	65.4
No	9	34.6
<b>¿CONSIDERA QUE LA EXPLICACIÓN DADA EN ESTA VISITA REALIZADA LUEGO DE LA CIRUGÍA FUE BIEN ENTENDIDA POR USTED?</b>		
Si	16	61.5
No	10	38.5
<b>¿LOGRÓ DESPEJAR TODAS SUS DUDAS EN ESTA NUEVA VISITA?</b>		
Si	13	50.0
No	9	34.6
No recibió visita	4	15.4
<b>¿SE SIENTE MÁS TRANQUILO LUEGO DE LA VISITA DEL ANESTESIÓLOGO POSTERIOR A LA CIRUGÍA?</b>		
Si	14	53.8
No	7	26.9
No recibió visita	5	19.2
<b>¿EN QUÉ CREE USTED QUE CONSISTE UNA VISITA POSTANESTÉSICA?</b>		
En la recuperación del paciente hasta que la anestesia termine su efecto	14	53.8
En un trámite para organizar la lista de ingreso al servicio de cirugía o su posible alta a la casa	5	19.2
En pesar y medir a los pacientes para verificar que la dosis de anestesia fue exacta	2	7.7
En la corroboración de la recuperación total de la anestesia e identificación de cualquier complicación luego de la cirugía	1	3.8
No sabe/No contesta	4	15.4
<b>EN GENERAL ¿CÓMO LE PARECIÓ LA ATENCIÓN RECIBIDA POR EL ANESTESIÓLOGO ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA ANESTESIA?</b>		
Muy satisfecho	17	65.4
Relativamente satisfecho	3	11.5
Indiferente	1	3.8
Relativamente insatisfecho	1	3.8
Muy insatisfecho	4	15.4
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Posterior a la cirugía 50% reportó que no recibió la visita del anesthesiologo; el 65.4% recordaba el tipo de anestesia que se le administró; el 61.5% consideró que el lenguaje empleado por el especialista fue entendible; sin embargo, solo 50% de los entrevistados logro sus dudas sobre la anestesia; 53.8% indicó que se sintió tranquilo luego de la visita del anesthesiologo y 19.2% no recibió dicha visita; 53.8% consideró que la visita post anestésica consiste en la recuperación total del paciente del efecto de la anestesia, el 19.2% indicó que consiste en un trámite para elaborar la lista de ingreso al servicio de cirugía/gineco – obstetricia o el alta a casa y el 15.4% desconocía o no contestó la pregunta; y en relación a la satisfacción de la atención recibida por parte del anesthesiologo durante todo el proceso, el 65.4% estuvo muy satisfecho, el 11.5% relativamente satisfecho, el 3.8% manifestó estar relativamente insatisfecho o indiferente a la atención recibida y el 15.4% estuvo muy insatisfecho.

## ANEXO 15

### DIMENSIÓN DEL CONOCIMIENTO DE RIESGOS RELACIONADOS CON EL ACTO ANESTÉSICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA PARTICIPANTES ESTUDIO PILOTO, PERIODO OCTUBRE, AÑO 2019.

PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN ANESTESIOLOGO – PACIENTE	n	%
<b>¿SE LE MENCIONÓ LOS RIESGOS?</b>		
Si	14	53.8
No	12	46.2
<b>¿SIENTIÓ TEMOR DE LA ANESTESIA?</b>		
Si	21	80.8
No	5	19.2
<b>SEGÚN LO QUE TEMÍA ANTERIORMENTE ¿CUÁL DE LOS TEMORES SE CUMPLIÓ?</b>		
Sentir dolor durante la cirugía	12	46.2
No poder despertarme después de la cirugía	4	15.4
Despertarme durante la cirugía	2	7.7
Recordar algún evento que ocurrió durante la cirugía	0	0.0
Otro	3	11.5
No siento temor	5	19.2
<b>¿QUÉ PROBLEMAS PRESENTÓ USTED EN SU RECUPERACIÓN LUEGO DE LA ANESTESIA?</b>		
Sentir dolor	13	50.0
Presentar náuseas	4	15.4
Presentar vómitos	1	3.8
Presentar escalofríos (sudar frío)	0	0.0
Presentar voz ronca	0	0.0
Tener sed abundante	1	3.8
Otro	3	11.5
Ninguno	4	15.4
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

El 53.8% manifestó en el post test, que si se le brindó información conforme a los riesgos que conlleva la anestesia; 80.8% refirió sentir temor de la anestesia; también indicaron que sintieron dolor post cirugía un 46.2% de los casos, 15.2% indicó que experimentó la sensación de no poder despertar, y 19.2% refirió no presentar temores después de la cirugía. Por otro lado, el 50% manifestaron tener dolor durante su recuperación y 4% presentaron náuseas, el mismo porcentaje no presentó ningún problema.

## ANEXO 16

### DISTRIBUCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE LA PERCEPCIÓN DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO PILOTO, PERIODO OCTUBRE, AÑO 2019.

La variable principal del estudio es la percepción de la valoración anestésica por parte de los pacientes sometidos a cirugía electiva; para evaluar ello se hizo uso de las respuestas correctas obtenidas en los cuestionarios aplicados antes y después de la cirugía (pre y post test respectivamente); además, también se utilizó las diferencias en las respuestas de cada paciente. Posterior a ello, se categorizó los resultados por BAREMOS, para finalmente obtener las categorías de BUENA, REGULAR y MALA percepción de la valoración anestésica.

PERCEPCIÓN DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA	n	%
<b>PERCEPCIÓN ANTES DE LA CIRUGÍA (PRE TEST)</b>		
Mala	4	15.4
Regular	10	38.5
Buena	12	46.2
<b>PERCEPCIÓN DESPUÉS DE LA CIRUGÍA (POST TEST)</b>		
Mala	4	15.4
Regular	12	46.2
Buena	10	38.5
<b>PERCEPCIÓN FINAL DE LA VALORACIÓN ANESTÉSICA</b>		
Mala	1	3.8
Regular	20	76.9
Buena	5	19.2
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la valoración que hace el paciente antes de la cirugía, el 15.4% fue categorizada como mala, el 38.5% como regular, mientras que el 46.2% entró en la categoría de buena; después de la cirugía, se mantuvo el 15.4% en mala percepción, el 46.2% obtuvo puntajes dentro de la categoría regular y el 38.5% en buena. La percepción final de la valoración anestésica nos indicó que el 3.8% categorizó esta como mala, el 76.9% como regular y sólo el 19.2% como buena.

## ANEXO 17

### VALORES DE LA PRUEBA ESTADISTICA ALFA DE CRONBACH ÁRA CUESTIONARIOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO PILOTO APLICADO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO PILOTO, PERIODO OCTUBRE, AÑO 2019.

Para poder hallar la confiabilidad de nuestro instrumento, utilizamos el estadístico alfa de Cronbach, obteniendo los siguientes valores:

TEST	VALOR DEL ALFA
Pre test (13 ítems)	0.61
Post test (14 ítems)	0.78
Cuestionario total	0.84

**Fuente:** Elaboración propia

El valor obtenido para el pre test fue de 0.61; esto indica una consistencia interna débil para medir las dimensiones y la variable, sin embargo, el post test alcanzo un valor 0.78, lo cual está muy cerca del valor 1. Pero, al aplicar la prueba al cuestionario en su totalidad el valor sube hasta un 0.84; con esto se demuestra que el instrumento mide de forma correcta las variables para las cuales fue construido.