

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“NIVEL DE INFORMACION DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS RESPECTO AL
ANESTESIÓLOGO Y SU FUNCIÓN EN EL HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN
SATÉLITE DE JULIO A DICIEMBRE 2012”**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS
HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN SATÉLITE**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA**

**PRESENTA
M.C. JOSÉ ALEJANDRO CONTRERAS ORTEGA**

**DIRECTOR DE TESIS
E. EN ANEST. CUITLÁHUAC MÁRQUEZ ZAPIÉN**

**ASESOR DE TESIS
E. EN ANEST. BLANCA NIEVES MORA ARÉVALO**

**REVISORES DE TESIS
E. EN ANEST. NORMA CUELLAR GARDUÑO
E. EN ANEST. JOSÉ FERNANDO FERNÁNDEZ LÓPEZ
DR. EN C. ALBERTO E. HARDY PÉREZ
E. EN ANEST. FAVIO CRISPIN PANCHI GONZÁLEZ**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014

**NIVEL DE INFORMACION DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS
RESPECTO AL ANESTESIÓLOGO Y SU FUNCIÓN EN EL
HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN SATÉLITE DE JULIO A
DICIEMBRE 2012.**

INDICE

Contenido

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
MARCO TEÓRICO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
JUSTIFICACIÓN	17
HIPÓTESIS	19
OBJETIVOS	20
<i>Objetivo General</i>	20
<i>Objetivos Específicos</i>	20
MÉTODO	21
<i>Diseño de estudio</i>	21
<i>Operación de variables</i>	21
Análisis estadístico	22
POBLACIÓN Y MUESTRA	22
<i>Criterios de inclusión</i>	23
<i>Criterios de exclusión</i>	23
IMPLICACIONES ETICAS	24
INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	24
DESARROLLO DEL PROYECTO	25
ANÁLISIS DE RESULTADOS	27
GRÁFICAS	28
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
ANEXO	45
BIBLIOGRAFÍA	46

RESUMEN

La Anestesiología, es una especialidad que poco se conoce entre la población en general y a la que todo el mundo teme. Pensar en anestesia siempre causa temor e incertidumbre. El anestesiólogo es un especialista de la medicina que es poco reconocido, del cual se desconocen sus actividades principales aún entre los médicos en formación; esto no cambia para la población general la cual tiene una concepción todavía más alejada de la realidad.

La conciencia del público es pobre en cuanto a reconocer al anestesiólogo como médico de reconocida experiencia y la comprensión de su papel en el cuidado de los pacientes quirúrgicos, el cuidado del paciente crítico, así como en el manejo del dolor.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio: Observacional, Descriptivo y Transversal, que se llevó a cabo en los pacientes programados a cirugía que requerían procedimiento anestésico en el Hospital de Concentración Satélite, se realizaron 200 encuestas, lo cual tiene un error muestral de 5.12% con un 90% de confiabilidad.

RESULTADOS. El promedio de evaluación general es 4.4, lo que nos indica que en promedio los encuestados contestan afirmativamente entre 8 y 9 preguntas, es decir, el promedio la evaluación de las personas es 4 o 5. Se observa que el 28% de las personas obtuvieron una evaluación de 5, mientras que el 20% obtuvo una evaluación de 4. Ninguno de los encuestados obtuvo una evaluación de 9 ni de 10, de hecho, la evaluación más alta fue de 8. Esto nos habla del desconocimiento en

general que se tiene acerca de la gama de actividades que realiza un anesthesiologo.

CONCLUSIÓN. Con el presente estudio queda demostrado que la imagen del anesthesiologo y las actividades que realiza el especialista son desconocidas para la poblacion en general. La especialidad de Anesthesiologia carece de estima y de importancia para el paciente que ha sido sometido a un procedimiento anestésico. La mejor fuente para educar a la sociedad sobre el papel de la anesthesiologia en atencion de los pacientes sería la interaccion directa con los pacientes, involucrando debates, conferencias, presentaciones de video o demostraciones.

ABSTRACT

Unfortunately, Anesthesiology is a medical specialty still widely unknown by the average person; therefore, many people are afraid of it when they are about to undergo a surgery. Furthermore, some of the Anesthesiology's main activities are unknown even among physicians in training; not surprisingly, the thought of anesthesia usually causes fear and uncertainty. Thus, Public awareness is poor in recognizing the anesthesiologist as a physician of recognized experience and understanding of their crucial role in the care of the surgical patients, care of the critical ill as well as patients' pain management.

Materials and Methods. Study: Observational, Descriptive and Transversal, which was conducted in patients scheduled for surgery and requiring anesthetic procedure at the Concentration Satelite Hospital (México). 200 surveys were conducted, which has a sampling error of 5.12% with 90% confidence intervals.

Results. The overall average rating is 4.4 which indicates that on average the respondents answered affirmatively some questions between 8 and 9; on average the assessment of people is 4 or 5. It is observed that 28% of those obtained an evaluation of 5, while 20% obtained an evaluation of 4. None of the surveyed people obtained an evaluation of neither 9 nor 10; in fact the highest evaluation was 8. As can be seen, there is a great ignorance about the range of activities that are performed by an anesthesiologist.

Conclusion. The present study demonstrates that both the anesthesiologist's image and the range of activities this specialist usually performs are widely unknown to the majority of the population. The specialty of Anesthesiologist lacks of both recognition and relevance for those patients who have undergone an anesthetic procedure. The best source to educate society regarding role of anesthesiology in patient care would be direct interaction with the patients, involving discussions, lectures, video presentations or demonstrations.

MARCO TEÓRICO

El estudio de la ciencia experimental fue un don que legó Grecia a la humanidad; debido a esto los términos científicos son casi enteramente griegos en sus orígenes, no es excepción la palabra *anestesia*, la cual está compuesta por el prefijo *an que significa ausencia* y el subfijo *aisthesis*, sensibilidad. ⁽¹⁾

Desde sus orígenes, el dolor ha sido una de las principales preocupaciones de la sociedad. Por ello, desde que el ser humano es consciente, ha centrado sus esfuerzos en tratar de entenderlo y de ser posible controlarlo. Prácticamente en todas las razas y culturas se encuentran testimonios milenarios de su presencia; los cuales, han sido plasmados en el arte y toda clase de documentos escritos.

Para el hombre primitivo, el dolor causado por accidentes o eventos traumáticos era comprensible; sin embargo, el derivado de otras causas, era mistificado y su tratamiento estaba relacionado con su cosmovisión del entorno. ⁽²⁾

A través del tiempo el hombre se ha inquietado y preocupado por mitigar o al menos controlar el dolor físico. En ocasiones con buenos resultados, en otras con menos suerte. ⁽³⁾

Antes del advenimiento de la anestesia, las cirugías fueron realizadas en ausencia de cualquier forma de analgesia por consiguiente, es quizás la forma más bárbara de medicina conocida. ⁽⁴⁾

A pesar de que el conocimiento y empleo de algunos métodos empíricos para tratar al dolor, producir inconsciencia se llevaban a cabo en diversas épocas

y culturas de la humanidad, la Anestesiología es una de las especialidades médicas que ha tenido una evolución realmente importante en los últimos dos siglos. ⁽⁵⁾

La introducción de la anestesia quirúrgica es una contribución estadounidense. El significado de este descubrimiento es de tal naturaleza que podría llamarse una de las más grandes aportaciones a la humanidad. ⁽²⁾ Los trabajos de Horace Wells marcaron un precedente en la práctica de la Anestesiología como una especialidad médica, donde el objetivo primordial era la desaparición del dolor y generar inconsciencia durante eventos quirúrgicos. ⁽⁵⁾ Puesto que la primera exitosa demostración pública de la administración de anestesia es por William Thomas Green Morton el 16 de octubre 1846, la cual se llevó a cabo con toda tranquilidad, ⁽⁴⁾ por lo que las noticias llegaron rápidamente a Europa, América Latina y al resto del mundo; el éter sulfúrico fue ensayado como anestésico en la mayor parte de las clínicas quirúrgicas más notables en todas las ciudades. ⁽⁶⁾

Quizá la cirugía de urgencia en heridos de guerra dio el mayor impulso a la nueva técnica para aliviar el dolor mediante inhalación de éter. La primera administración de un anestésico por inhalación en un conflicto bélico fue durante la guerra México-Estados Unidos en la ciudad de Veracruz, el 29 de marzo de 1847. ⁽⁷⁾

A partir de ese momento, la práctica de la especialidad se ha visto modificada ante la imperiosa necesidad de mejorar la calidad y seguridad del proceso anestésico, por tal razón el desarrollo de nuevas drogas, técnicas y

monitoreo han sido introducidos y utilizados en la práctica de la Anestesiología alrededor del mundo. Inicialmente la práctica de anestesia general, se basaba por la administración vía pulmonar de los diferentes anestésicos inhalados, ésta fue la única y mejor manera de producir inconsciencia e insensibilidad, por tal razón este tipo de práctica se estandarizó para el anesthesiólogo, como una técnica convencional.

Los enormes avances en anestesia han hecho que las cirugías más complejas sean factibles y seguras. ⁽⁴⁾

La Anestesiología es una rama de la medicina que a través de la aplicación de técnicas específicas y la administración de sustancias farmacológicas, se provoca: anestesia, analgesia, inmovilidad, amnesia e inconsciencia del paciente, durante el tiempo que se requiera para que se lleven a cabo procedimientos médico-quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación. La responsabilidad del médico especialista en Anestesiología, implica el estudio y valoración del paciente, para indicar y proporcionar el manejo y los cuidados peri-anestésicos adecuados para cada situación. Es necesario considerar al cuidado peri-anestésico como un proceso que abarca las etapas: pre, trans y post-anestésica, a los cuidados de reanimación, al control del dolor y a los cuidados paliativos. ⁽⁴⁾⁽⁸⁾

La importancia y trascendencia de la Anestesiología es tal, que con la ayuda de esta práctica, los médicos pueden abordar prácticamente todas las estructuras del organismo y brindar mayores posibilidades de sobrevivencia y

calidad de vida, ante diversas enfermedades que sufre el ser humano, razón por la cual los anestesiólogos deben enfrentar retos superiores y por ende de mayores riesgos, en ocasiones atender efectos y eventos adversos, muchas veces imprevisibles. ⁽⁹⁾

El anestesiólogo además de “anestesiarse” en quirófano, realiza “sedación” en lugares alejados de quirófano, para que se puedan llevar a cabo pruebas diagnósticas y terapéuticas en pacientes en diferentes Unidades, tales como la Unidad de Endoscopía, de Radiología, de Servicio de Urgencias, etc. también se encarga de la analgesia Obstétrica durante el parto; además de atender a los pacientes en estado crítico tras haber sido intervenidos en la Unidad de Reanimación. ⁽¹⁰⁾

La práctica médica no sólo debe concebirse como un conjunto de acciones emprendidas por el personal médico para preservar y recuperar el estado de salud del individuo; sino que se dedica a la promoción de salud, prevención de enfermedades, recuperación del enfermo y a los procesos de rehabilitación. ⁽¹¹⁾

En la práctica diaria de la medicina, ya sea pública o privada, es cada vez más importante el otorgar un servicio de calidad. Ésta, ha sido en los últimos años un tema de análisis y de discusión en todo el mundo y a la vez una preocupación desde su definición hasta su instrumentación en una medicina cada vez más globalizada. ⁽¹²⁾ El concepto de calidad relacionada con la gestión de los servicios médicos es también de importancia en la Terapia Intensiva y Anestesiología. ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

El ejercicio profesional de la medicina, y en particular de la Anestesiología presenta un sinnúmero de riesgos; algunos previsibles y otros no, algunos atribuibles al médico y otros no. ⁽¹⁵⁾

La aplicación de la anestesia es vista comúnmente como una actividad de alto riesgo por los potenciales cambios fisiológicos y complicaciones que conlleva. Todo acto anestésico tiene siempre un riesgo menor asumible, en dependencia del estado de salud previo, la edad, el tipo, duración y complejidad de la intervención quirúrgica, reacciones alérgicas u otras eventualidades. ⁽¹⁶⁾

La continua transformación del entorno sanitario, los avances acelerados del conocimiento médico y las lesiones que pueden resultar de nuestra actividad como médicos anestesiólogos, aunados a la tendencia actual de la demanda por supuesta o real mala práctica profesional, son hechos sustanciales de los cuales debemos de estar pendientes en cada paciente, con cada anestesia, cada día de nuestra práctica profesional. ⁽¹⁷⁾

Los anestesiólogos somos la parte más vulnerable en una demanda en un caso quirúrgico, y debemos comprender que la tendencia creciente de los pacientes y sus familias es hacia la demanda, que justificada o no, se ha convertido en una nueva industria en el ámbito de la práctica de la medicina. ⁽¹⁸⁾

El conocimiento de las técnicas y procedimientos anestésicos, así como de las funciones de los anestesiólogos es escaso entre la población que va a ser intervenida. Sin embargo, la "sociedad" cada vez reclama mayor información a los

médicos de los procedimientos a los que el paciente va a ser sometido durante su ingreso, incluidos los posibles riesgos, las alternativas terapéuticas, etc. ⁽¹⁹⁾

Esta voluntad de favorecer y facilitar la información que reclaman los ciudadanos es compartida por el conjunto de los médicos y sin duda apoyada por las sociedades científicas. Finalmente, a este interés social y humanístico se añade el poder legislativo que, a través de la Ley General de Salud, determina el derecho de los ciudadanos a la información sobre su diagnóstico y tratamiento con el fin de poder decidir libremente y aceptar estos procedimientos. Esta evolución hacia la burocratización también ha sido favorecida por la administración sanitaria y las sociedades científicas. ⁽²⁰⁾

La Anestesiología, es una especialidad que poco se conoce entre la población en general y a la que todo el mundo teme. Pensar en anestesia siempre causa temor e incertidumbre.

La mayoría de los pacientes temen a la anestesia y no a la cirugía. El temor o miedo cuando llegan a la sala de quirófano es por la anestesia y no por el tipo de procedimiento al que van a ser sometidos. Para algunos es el miedo a lo desconocido, para otros es el temor a ser dormidos y perder el control sobre sí mismo, miedo a dejar de ser ellos mismos; para otros puede ser el miedo a tener dolor, para otros puede ser el miedo a estar despiertos durante la cirugía, etc. ⁽¹⁰⁾

El anestesiólogo es un especialista de la medicina que es poco reconocido, del cual se desconocen sus actividades principales aún entre los médicos en

formación; esto no cambia para la población general la cual tiene una concepción todavía más alejada de la realidad. ⁽¹²⁾

De hecho, estudios realizados en los años 80 demuestra lo lamentable que ha sido que las personas no sean conscientes de la necesidad y las contribuciones de la especialidad de Anestesiología para la atención al paciente. Es evidente a partir de las encuestas realizadas en Gran Bretaña, Australia y los EE.UU. que un gran número de pacientes bajo la idea errónea de que los anestesiólogos no son médicos y el papel del anestesiólogo dentro y fuera de la sala de operaciones no son completamente comprendidas. ⁽⁴⁾

La conciencia del público es pobre en cuanto a reconocer al anestesiólogo como médico de reconocida experiencia y la comprensión de su papel en el cuidado de los pacientes quirúrgicos, el cuidado del paciente crítico, así como en el manejo del dolor.

Es interesante y curioso mencionar que muchos enfermos y familiares tienen la idea que el anestesiólogo no es un medico o lo consideran como un medico general poseedor de ciertas destrezas y capacidades técnicas especiales⁽²¹⁾.

El sentimiento general es que esta especialidad es de perfil bajo si se compara con otras especialidades médicas y quirúrgicas. En otros estudios de naturaleza similar han demostrado que el conocimiento público de la práctica anestésica y la actitud hacia la especialidad son limitadas. ⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾

Tal vez esto sea consecuencia que el paciente llega habitualmente al procedimiento anestésico luego de haber recorrido un largo camino, para la elaboración del diagnóstico definitivo y la proposición quirúrgica, sin embargo nunca ha hablado con el anestesiólogo sobre las características del procedimiento anestésico que va a recibir e incluso puede ser que nunca le hayan mencionado la participación del anestesiólogo en su método quirúrgico. Es la etapa culminante y final de su tratamiento cuando debe enfrentarse con un profesional al que desconoce, con el que nunca se ha comunicado y al cual no ha elegido personalmente. ⁽²⁵⁾

Esto hace que la relación anestesiólogo paciente sea endeble, sin la continuidad ni el tiempo que tiene otros actos médicos diagnósticos o terapéuticos.

En el mejor de los casos, el anestesiólogo ve al paciente un día antes de la cirugía, pero lo habitual es que el enfermo sea entrevistado por el anestesiólogo en una sola oportunidad, en situación de gran incertidumbre con limitación del tiempo circunstancias a las que se suman la ansiedad, el temor y la aprehensión del paciente frente a la inminencia de la anestesia y la operación, un ejemplo de ello es la cirugía ambulatoria. ⁽²¹⁾

Por otro lado, hay ocasiones que el primer contacto entre el anestesiólogo y el paciente se lleva a cabo en el quirófano, un entorno en el que las condiciones son extremadamente críticas y el paciente no ejerce su autonomía.

Numerosos estudios demuestran que la visita previa al procedimiento anestésico no es suficiente para proporcionar al paciente las especificaciones del

servicio de Anestesiología. Desafortunadamente, en nuestro campo, la valoración preanestésica no es la regla y es frecuentemente confundida con la visita preanestésica que los médicos residentes hacen sólo unas pocas horas antes de la cirugía. ⁽²⁶⁾

Contrariamente a lo que sucede con el cirujano, la relación anestesiólogo-paciente es frágil, sin la continuidad y el tiempo que cumplen a otros actos médicos diagnósticos o terapéuticos ⁽²¹⁾, porque el paciente deposita toda su confianza en el cirujano para la resolución de su tratamiento con éxito. ⁽²⁷⁾

En gran parte, los mismos anestesiólogos somos los responsables de tal situación ya que aunque se realice la visita preanestésica y se otorgue el tiempo adecuado a los pacientes, no reciben la información de qué se les hará en quirófano, los riesgos probables a los que se le sometería con estos procedimientos y medicamentos, por último qué especialista sería responsable de qué cosa. ⁽¹²⁾ Es una creencia común que el anestesiólogo le duerme al paciente, lo deja en manos del cirujano y se va a otro quirófano para anestesiarse a otro paciente simultáneamente. ⁽²⁴⁾⁽²⁸⁾

En Brasil, se demostró que solamente la mitad de los pacientes sabía que el anestesiólogo es médico, mientras que la segunda formación más citada fue de técnico y por último, que la decisión del tipo de anestesia que recibirá la toma el cirujano. ⁽²⁹⁾

Un estudio realizado en Uruguay concluyó que la imagen del anestesiólogo es pobre y carece de estima, comparado con la que gozan los cirujanos, ginecólogos e incluso médicos generales, siendo nosotros los principales responsables porque no se brinda el tiempo suficiente al paciente, una inadecuada información de la especialidad, su importancia, su responsabilidad, sus funciones dentro y fuera de la sala de operaciones. ⁽³⁰⁾

En México, se realizó un estudio con el fin de determinar el conocimiento de los pacientes sobre su anestesiólogo arrojando resultados que sólo el 26% conocía el nombre del anestesiólogo, en comparación al 63% que conocía el del cirujano. El 69% contestó que el anestesiólogo es médico y 29% respondió que no estaba a las ordenes del cirujano; 59% dijo que era el especialista encargado de cuidarlo durante la cirugía y se encontró que la escolaridad influyó directamente sobre la respuesta correcta, ya que de los que acertaron el 48% tenía escolaridad intermedia a diferencia del 38% para la básica; el 49% respondió que lo vigilaba todo el tiempo, sin encontrarse diferencias significativas según la escolaridad. ⁽¹²⁾

Otro estudio realizado en la India concluyó que los pacientes que han sido sometidos a operaciones anteriores han aprendido muy poco sobre el anestesiólogo y su función dentro y fuera del quirófano. ⁽²⁷⁾

Otra explicación de la confusión del público puede ser el sistema de enfermeras anestesistas, las cuales siguen siendo populares en Estados Unidos de Norteamérica y otros países. ⁽²⁸⁾

Por muchos años los directivos de la Federación Mexicana de Anestesiología, A.C. han pugnado porque los anestesiólogos mexicanos tengamos una imagen propia ante los pacientes y ante la sociedad misma. Esto solo lo han logrado algunos grupos muy selectos que trabajan en sitios cerrados y algunos anestesiólogos que se han propuesto tener esta personalidad profesional. Desafortunadamente, la mayoría de los colegas continúan laborando al servicio de los cirujanos. ⁽³¹⁾

Algunos autores han opinado que los anestesiólogos no se deben alterar por los resultados repetidos de la ignorancia bastante común del público en cuanto a su especialidad, sino deben tragarse su orgullo y seguir siendo héroes silenciosos. El esfuerzo no reconocido aplicado en el adiestramiento en la especialidad puede tener impacto negativo sobre la autoestima del anestesiólogo. ⁽²⁸⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el siglo XIX la administración de la anestesia era con frecuencia un servicio que se relegaba a estudiantes de medicina, empleados menores del hospital, enfermeras y no a profesionales.

La práctica de la Anestesiología día a día se encuentra con cambios importantes en sus métodos de administración. Fue necesario que pasaran muchos años para que la Anestesiología ocupara el lugar que ostenta hoy en el ámbito médico. El anestesiólogo dejó de ser el profesional que practica el hecho de narcotizar (anestésista), para convertirse en anestesiólogo, médico que desarrolla control estricto de las funciones fisiológicas del paciente durante el procedimiento anestésico-quirúrgico.

La anestesia moderna le exige al anestesiólogo un conocimiento médico completo para poder tomar las decisiones que son vitales en un corto espacio de tiempo. Aunque sea controversial afirmar que el conocimiento de los pacientes respecto de la formación del anestesiólogo se traduzca en beneficios para ellos, es lamentable que no sean conscientes de la necesidad y las contribuciones de la Anestesiología para la atención al paciente, que conservan la idea errónea de que los anestesiólogos no son médicos y el papel del anestesiólogo dentro y fuera de la sala de operaciones no sea completamente comprendido.

¿Qué nivel de información tienen los pacientes quirúrgicos respecto al perfil profesional que tiene el anestesiólogo, en el Hospital de Concentración Satélite de julio a diciembre del 2012?

JUSTIFICACIÓN

Desde épocas remotas uno de los principales objetivos de la medicina ha sido el alivio del dolor y mitigar el sufrimiento de los pacientes.

Dar un procedimiento anestésico dejó de ser un acto de ofrecer bebidas embriagantes o sólo administrar un paño para inhalación de un agente anestésico a una disciplina que conlleve conocimientos, habilidades, destrezas, responsabilidades, ética y sobre todo humanismo.

En quirófano el anesthesiólogo se convierte en el consultante de los cirujanos acerca de las variaciones fisiológicas, aspectos farmacológicos y tratamiento de las complicaciones médicas originadas en el paciente permitiendo al médico cirujano enfocar sus habilidades y conocimientos en la corrección de alteraciones anatómicas.

El paciente que es sometido a un procedimiento quirúrgico se encuentra a menudo en un ambiente clínico y fisiológico cambiante. La selección e interpretación de los parámetros a registrar, son de utilidad solamente cuando van asociados a un razonamiento clínico de la condición del paciente que son realizadas minuto a minuto por el anesthesiólogo, ya que es el responsable tanto del funcionamiento de los equipos y el control clínico del paciente, con base en los datos clínicos.

Por ello se realiza este trabajo para evaluar a la población quirúrgica, sobre el quehacer del anestesiólogo y su importancia para la realización de la cirugía, así como el cuidado del paciente.

HIPÓTESIS

Hipótesis de Trabajo

El nivel de información de los pacientes quirúrgicos respecto al perfil profesional del anestesiólogo y su tarea médica es igual o inferior al reportado en estudios realizados en otros países.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar qué nivel de información posee el paciente quirúrgico con respecto al perfil profesional que tiene el anestesiólogo en el Hospital de Concentración Satélite de julio a diciembre del 2012.

Objetivos Específicos

1. Determinar la información que posee el paciente quirúrgico de la formación del anestesiólogo.
2. Determinar la información que posee el paciente quirúrgico de las áreas y tareas que realiza el anestesiólogo.
3. Determinar la relación entre el tipo de paciente y el nivel de información.

MÉTODO

Diseño de estudio

El tipo de estudio es: Observacional, Descriptivo y Transversal.

Operación de variables

	MEDICIÓN DE VARIABLES	DEFINICIÓN
EDAD	Cualitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.
GÉNERO	Cualitativa	Forma que reciben las palabras para identificar al sexo.
CIRUGÍAS PREVIAS	Cuantitativa	Número de eventos quirúrgicos anteriores.
ESCOLARIDAD	Cualitativa	Conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un colegio.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo por medio de estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central, así como gráficas de distribución de porcentajes y datos tabulados.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El levantamiento se realizó en el Hospital de Concentración Satélite de julio a diciembre 2012, en el que se le aplicó un tratamiento anestésico a 900 pacientes. Con el fin de tener una muestra representativa, se realizaron 200 encuestas, lo cual tiene un error muestral de 5.12% con un 90% de confiabilidad. Esto quiere decir que si se levantara 100 veces la misma encuesta, 90 de ellas tendrían resultados muy similares.

Criterios de inclusión

- Pacientes programados para cirugía.
- Género Femenino y Masculino.
- Edades comprendidas entre 18-65 años
- Con clasificación de ASA I y II.
- Consentimiento informado del paciente
- Pacientes programados para realizar cualquier evento quirúrgico que sea bajo algún tipo de anestesia.

Criterios de exclusión

- Pacientes que requirieron procedimiento de urgencia.
- Negación del paciente para contestar el cuestionario.
- Pacientes que no supieran leer ni escribir.
- Pacientes con una discapacidad mental.

IMPLICACIONES ETICAS

Este proyecto de investigación se apegó a la Ley General de Salud promulgada en 1986 y a las normas éticas elaboradas de Helsinki de 1972 y modificada en 1989. Se sometió a evaluación por el Consejo de Investigación del ISSEMYM Centro Médico Satélite. La información fue confidencial y se protegió la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio

El estudio es observacional, descriptivo y transversal, sin implicación de riesgo para la salud, intimidad y derechos individuales de los encuestados.

Además se ajusta al Art. 17 fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

La selección de preguntas fueron tomadas de otros estudios realizados en Brasil, Inglaterra, India, EUA, Argentina, Polonia y México, ajustándose a la población estudiada, lo que le da confiabilidad y validez.

Previa aprobación del comité de ética se realizó la encuesta (Anexo I) en la visita preanestésica, la cual está dividida en cinco partes. En la primera sección se describieron los datos de identificación del paciente; la segunda constó de cinco preguntas con referencia a la preparación del anestesiólogo; en la tercera sección

otras cinco preguntas con respecto a la visita del anestesiólogo antes del evento quirúrgico; en la cuarta hubo cinco preguntas con la función del anestesiólogo durante el acto quirúrgico y en las últimas cinco preguntas con la función que realiza el anestesiólogo después de la cirugía.

DESARROLLO DEL PROYECTO

Se solicitó el permiso correspondiente para realizar el presente trabajo de investigación al Comité de ética del Hospital de Concentración Satélite, al Servicio de Anestesiología y a los departamentos de las diferentes especialidades que cuenta el Hospital, una vez obtenido, se desarrollaron un conjunto de actividades descritas a continuación:

A los pacientes que ingresaron a los Servicios de las diferentes Especialidades del Hospital de Concentración Satélite se les realizó la visita preanestésica y se seleccionó a los participantes de dicha encuesta (Anexo I), según los criterios de inclusión y exclusión antes nombradas.

Se hizo entrega de la encuesta (Anexo I) bajo consentimiento, posteriormente se dio la indicación del llenado del apartado de ficha de identificación, proporcionándoles lápiz para realizar el llenado de la misma.

Se les brindó el tiempo suficiente para que leyeran todas las preguntas, en caso de que alguna de ellas fuera confusa para su entendimiento, se les explicó detalladamente.

Por último se solicitó el llenado de cada reactivo y la recolección de la encuesta (Anexo I).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

A cada persona se le asignó una calificación dependiendo del número de respuestas afirmativas que dio. Fueron 20 preguntas, de las cuales se les dio un valor de 0.5. Si se responde a un número impar de preguntas, la calificación se redondea. Por ejemplo, si responde afirmativamente a 15 preguntas la evaluación fue de 8.

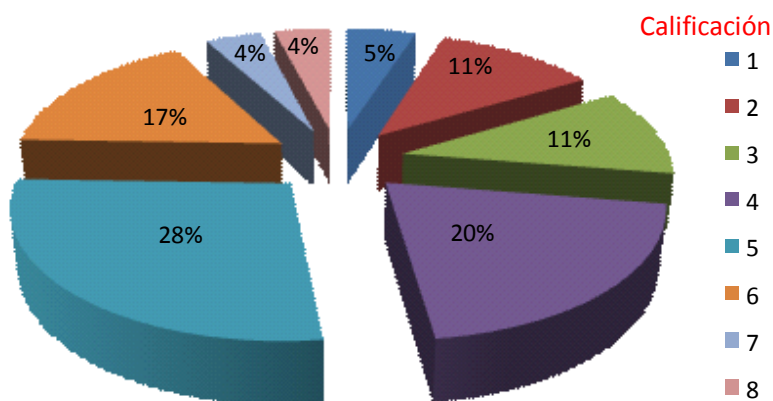
Tabla I
Distrución por Edad, Género, Nivel Educativo y Tratamientos Anestésicos Previos

		NÚMERO DE PACIENTES	(%)
EDAD	De 18 a 29 años	50	25%
	De 30 a 41 años	88	44%
	De 42 a 53 años	37	19%
	De 54 a 65 años	25	13%
GÉNERO	Femenino	137	69%
	Masculino	63	32%
NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	25	13%
	Preparatoria	39	20%
	Licenciatura	136	68%
TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS PREVIOS	Si	87	44%
	No	113	57%

Fuente: Anexo I

GRÁFICAS

Gráfica 1
Evaluación General de los encuestados
Base: 200
Promedio: 4.4

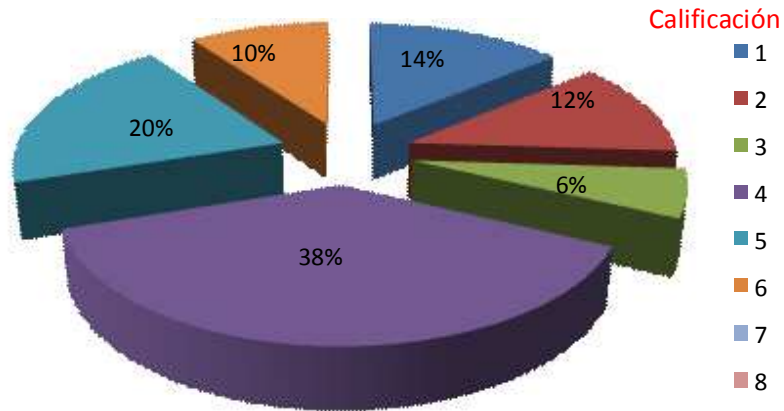


Fuente: Anexo I

El gráfico muestra la proporción de personas que obtuvieron determinada evaluación. También se indica el promedio de evaluación.

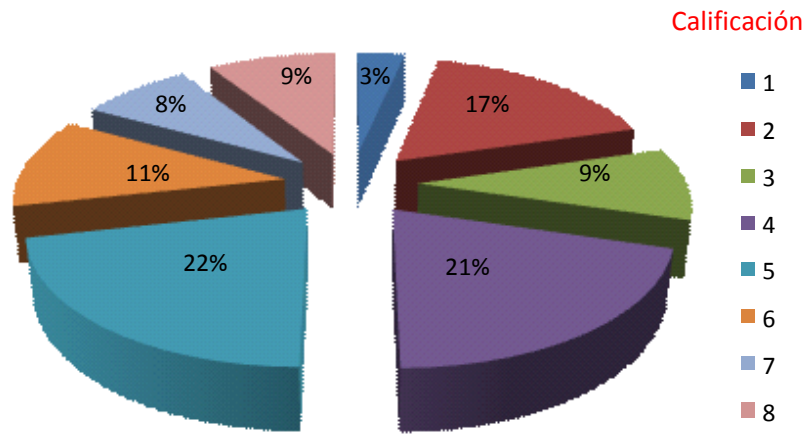
Observamos que el promedio de evaluación general es 4.4, lo que nos indica que la media de los encuestados contesta afirmativamente entre 8 y 9 preguntas, es decir, la evaluación de las personas es 4 o 5. Se observa que el 28% de las personas obtuvieron una evaluación de 5, mientras que el 20% obtuvo una evaluación de 4. Ninguno de los encuestados obtuvo una evaluación de 9 ni de 10, de hecho, la evaluación más alta fue de 8. Esto nos habla del desconocimiento en general que se tiene acerca de la gama de actividades que realiza un anestesiólogo.

Gráfica 2
Evaluación por Edad: 18 a 29 años
 Base: 50
 Promedio: 3.68



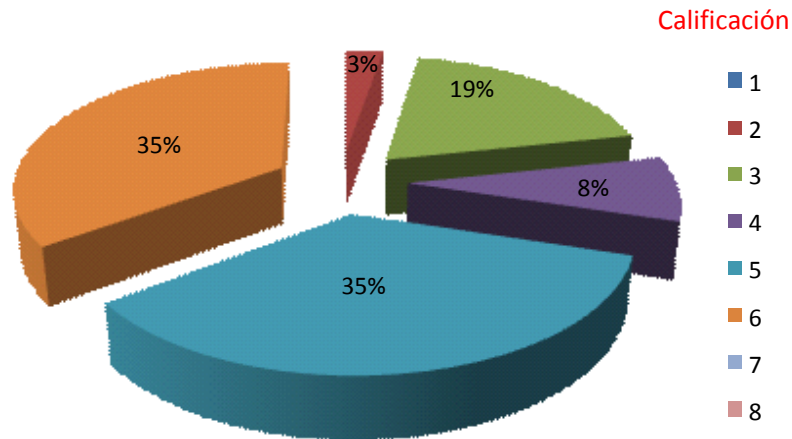
Fuente: Anexo I

Gráfica 3
Evaluación por Edad: 30 a 41 años
 Base: 88
 Promedio: 4.51



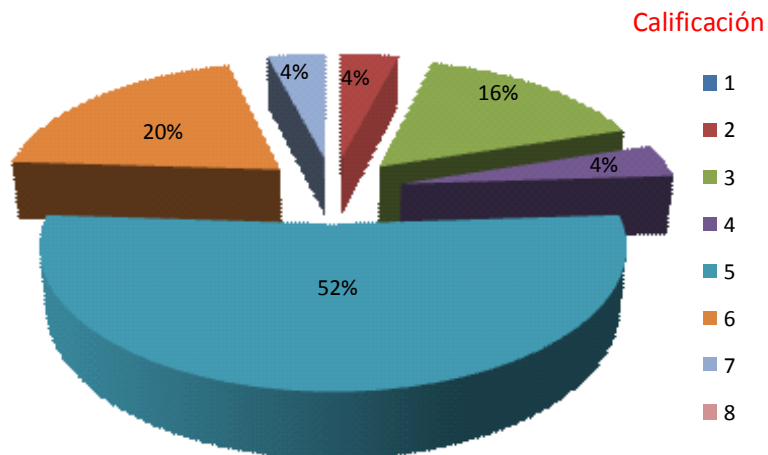
Fuente: Anexo I

Gráfica 4
Evaluación por Edad: 42 a 53 años
Base: 37
Promedio: 4.81



Fuente: Anexo I

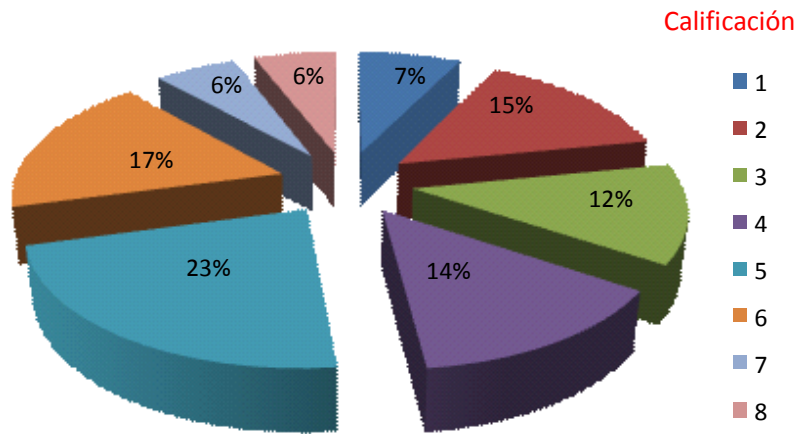
Gráfica 5
Evaluación por Edad: 54 a 65 años
Base: 25
Promedio: 4.8



Fuente: Anexo I

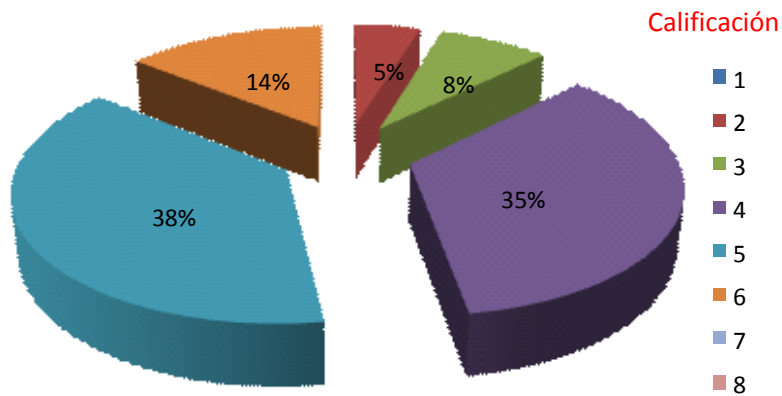
De las graficas anteriores podemos decir que entre mayor edad se tenga, mayor conocimiento se tiene de las actividades que realiza un anesthesiologo, pues a mayor edad se incrementa la evaluacion.

Gráfica 6
Evaluación por Género Femenino
Base: 137
Promedio: 4.35



Fuente: Anexo I

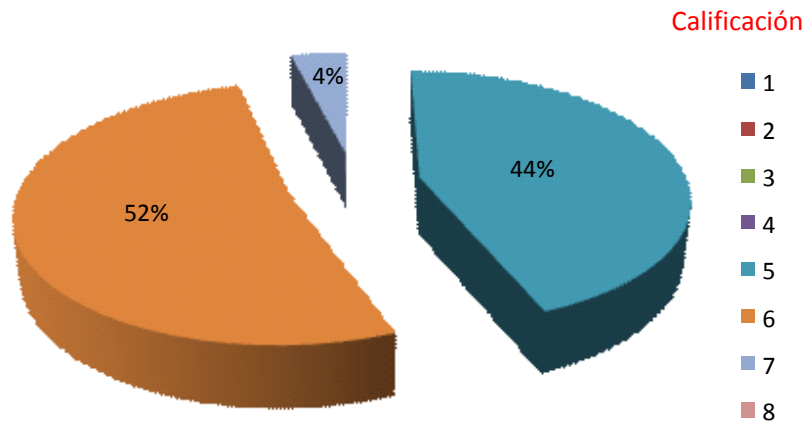
Gráfica 7
Evaluación por Género Masculino
Base: 63
Promedio: 4.49



Fuente: Anexo I

No existe ninguna diferencia de conocimientos acerca del anestesiólogo por el hecho de ser hombre o mujer, pues estas medias son muy parecidas entre si, además de ser muy parecida al promedio de evaluación general.

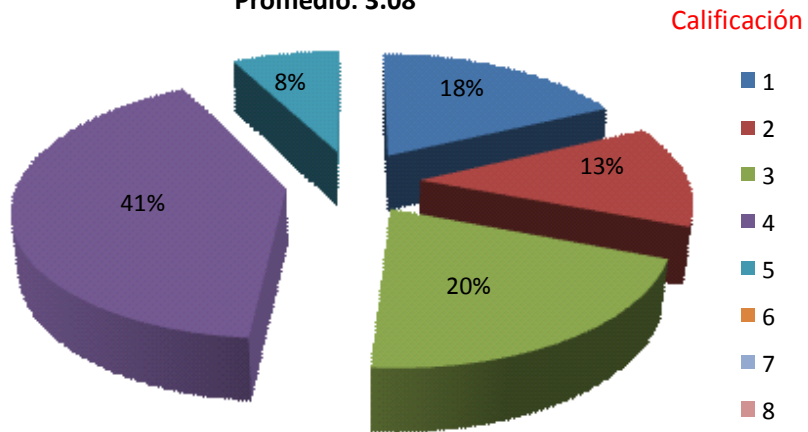
Gráfica 8
Evaluación Nivel de escolaridad: Secundaria
 Base: 25
 Promedio: 5.6



Fuente: Anexo I

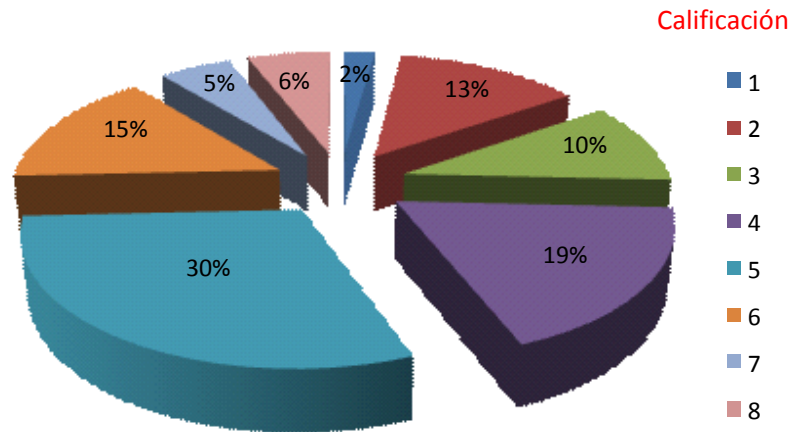
I

Gráfica 9
Evaluación Nivel de escolaridad: Preparatoria
 Base: 39
 Promedio: 3.08



Fuente: Anexo I

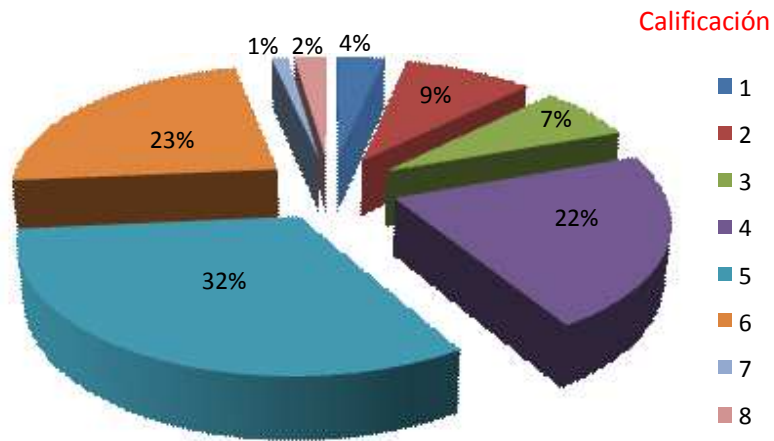
Gráfica 10
Evaluación Nivel de escolaridad: Licenciatura
Base: 136
Promedio: 4.55



Fuente: Anexo I

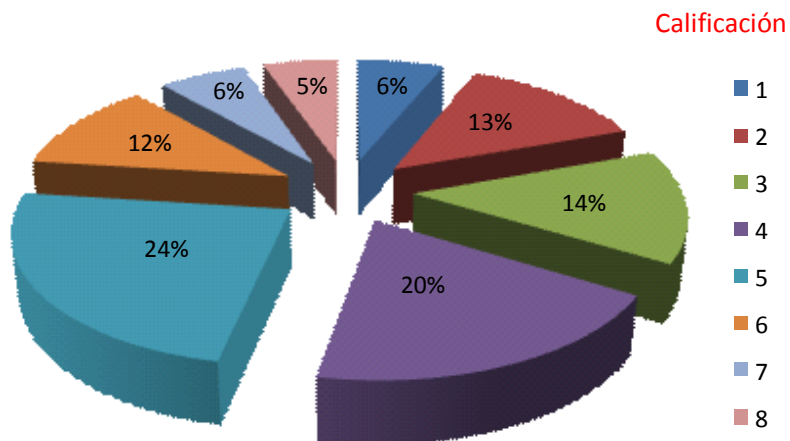
Los resultados muestran que el conocimiento acerca del anestesiólogo es mayor cuando se tiene una escolaridad de secundaria que para cualquiera de los otros niveles educativos. De hecho, se observa que la mejor evaluación, considerando la evaluación general y cualquiera de las variables, se obtiene para la escolaridad de Secundaria y la peor evaluación la obtienen las personas con nivel de escolaridad Preparatoria.

Gráfica: 11
Evaluación Procedimientos anestésicos previos: Si
Base: 87
Promedio: 4.55



Fuente: Anexo I

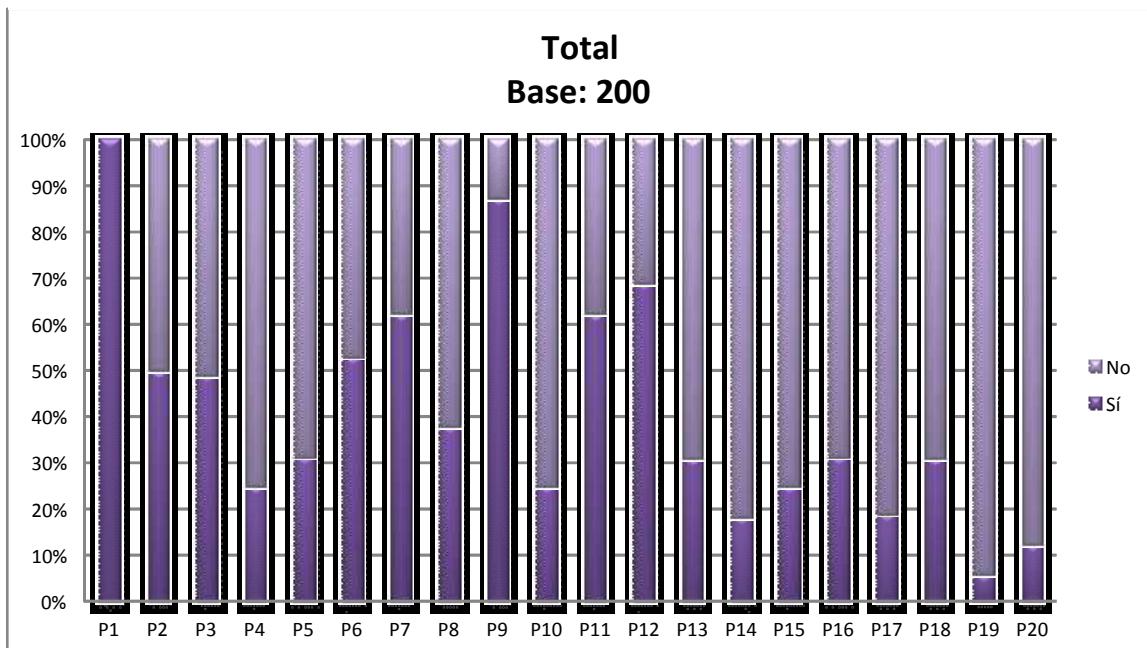
Gráfica 12
Evaluación Procedimientos anestésicos previos: No
Base: 113
Promedio: 4.27



Fuente: Anexo I

No se notan diferencias entre las evaluaciones al haber tenido o no procedimientos anestésicos previos. Estas evaluaciones son similares a la evaluación general.

Gráfica 13
Comparativo general de respuestas afirmativas



Se aprecia que el 100% de las personas dijo saber que el anesthesiologo es médico. Esta es la única pregunta que todos los entrevistados afirmaron conocer completamente (P1). El 88% de los entrevistados afirmó saber que el médico anesthesiologo es el único que puede sugerir qué procedimiento anestésico le conviene (P9).

El 69% de los encuestados dijo saber que el médico anesthesiologo es el responsable de mantener su frecuencia cardiaca, tensión arterial, temperatura y saturación de oxígeno desde su llegada a quirófano hasta su egreso (P12).

De los entrevistados el 63% dijo saber que el médico anesthesiologo es el que solicita estudios de gabinete, laboratorio y valoración de otras especialidades para su cirugía y también que el médico anesthesiologo es el responsable de suministrar el oxígeno desde su llegada a quirófano hasta su egreso (P7).

Prácticamente la mitad de la muestra dijo tener el conocimiento de que el anesthesiologo con base en la valoración que realiza antes de su procedimiento toma la última decisión para aceptar o diferir su cirugía si pone en riesgo su bienestar, que se requiere estudiar 3 años después de concluida la carrera de Médico Cirujano para ser Médico Anesthesiologo y que existen Subespecialidades de Anesthesiología como Anestesia Pediátrica, Medicina Critica, Neuroanestesia, Cardioanestesia y Clínica del Dolor, en un 53%, 50% y 49% respectivamente.

Menos del 38% de la muestra afirmó saber acerca del resto de las preguntas. Entre las afirmaciones de las que más se desconoce están que la sala de recuperación está a cargo de un médico anesthesiologo que vigila sus signos vitales y las perdidas sanguíneas de su abordaje quirúrgico y que el médico anesthesiologo es el responsable de la administración de los líquidos y medicamentos que requiere su cirugía, ambas con un 19% de afirmación (P17 y P14).

Solamente el 13% de los entrevistados sabía que el médico anesthesiologo es el que decide después de su evento quirúrgico si usted ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos si es necesario, a piso, o a su domicilio si no pone en riesgo su vida (P20).

La mayoría de los entrevistados dijo desconocer que el médico anesthesiologo es el responsable de corregir el mareo, las náuseas y vómitos después de su cirugía, pues solamente 6% de la muestra dijo saber acerca de este hecho (P19).

Tabla II
Medias Ascendentes por edad

	Media
De 42 a 53 años	4.81
De 54 a 65 años	4.80
De 30 a 41 años	4.51
De 18 a 29 años	3.68

Fuente: Anexo I

Tabla III
Medias Ascendentes por Nivel Educativo

	Media
Secundaria	5.60
Licenciatura	4.55
Preparatoria	3.08

Fuente: Anexo I

Tabla IV
Medias Ascendentes por Género

	Media
Masculino	4.49
Femenino	4.35

Fuente: Anexo I

Tabla V
Medias Ascendentes por Procedimientos Anestésicos Previos

	Media
Si	4.55
No	4.27

Fuente: Anexo I

DISCUSIÓN

El conocimiento sobre el perfil de los anestesiólogos es escaso no sólo en la población general, sino también en otros proveedores de atención médica. A modo de ejemplo, no hay ningún requisito obligatorio para Anestesiología como materia de enseñanza de estudiantes de pregrado.⁽²⁸⁾ En el presente estudio se encontró que el 100% de nuestra muestra supo que el anestesiólogo es médico, comparándolo con Kumar,⁽⁴⁾ Alvarado,⁽¹²⁾ Leite,⁽²⁴⁾ Gurunathan,⁽²⁷⁾ Calabrese⁽³⁰⁾ y Sala⁽²⁰⁾ ha mejorado al pasar de los años.

En nuestro estudio el 88% de los encuestados afirmó saber que el médico anestesiólogo es el único que puede sugerir qué procedimiento anestésico le conviene. Comparado con Gurunathan⁽²⁷⁾ que reporta que el 51% respondió que la decisión recaía en el cirujano y comparado con Ferreira⁽²⁹⁾ el 62% respondió que es el cirujano junto con el anestesiólogo.

En el grupo estudiado encontramos que el 69% de los sujetos dijo saber que el médico anestesiólogo es el responsable de mantener su frecuencia cardiaca, tensión arterial, temperatura y saturación de oxígeno desde su llegada a quirófano hasta su egreso, en contraste con otro estudio realizado en Nueva Deli⁽⁴⁾, el 53% de los sujetos pensaban que el monitoreo es realizado por el personal de enfermería y con respecto al estudio realizado por Naithani⁽²³⁾ se encuentra que sólo el 23.33% lo sabía.

Calabrese⁽³⁰⁾ reporta que el 47% de su muestra desconoce la responsabilidad que recae sobre el anestesiólogo, siendo que nuestra muestra reporta que el 63% dijo saber que el médico anestesiólogo es el que solicita estudios de gabinete, laboratorio y valoración de otras especialidades para su cirugía y también que el médico anestesiólogo es el responsable de suministrar el oxígeno desde su llegada a quirófano hasta su egreso.

Prácticamente la mitad de la muestra (53%) dijo tener el conocimiento de que el anestesiólogo con base en la valoración que realiza antes de su procedimiento toma la última decisión para aceptar o diferir su cirugía si pone en riesgo su bienestar. Ferreira⁽²⁹⁾ reporta que el 64% de sus encuestados afirmó que conocían que el anestesiólogo es el que determina si el paciente está apto para ser sometido al procedimiento.

Así mismo el 50% reporta que se requiere estudiar 3 años después de concluida la carrera de Médico Cirujano para ser médico anestesiólogo y un 49% que existen Subespecialidades de Anestesiología como Anestesia Pediátrica, Medicina crítica, Neuroanestesia, Cardioanestesia y Clínica del dolor, respectivamente, siendo cifras similares comparadas con Calabrese⁽³⁰⁾.

Menos del 38% de la muestra afirmó saber acerca del resto de las preguntas. Entre las afirmaciones de las que más se desconoce están que la sala de recuperación está a cargo de un médico anestesiólogo que vigila sus signos vitales y las pérdidas sanguíneas de su abordaje quirúrgico y que el médico anestesiólogo es el responsable de la administración de los líquidos y

medicamentos que requiere su cirugía, ambas con un 19% de afirmación. Cifras similares encontramos en el estudio realizado en Brasil por Ferreira ⁽²⁹⁾, en el cual se desconocen estas funciones, reportando que el 35% atribuyen al anestesiólogo la infusión de medicamentos y el 25% la administración de soluciones.

Solamente el 13% de los entrevistados sabía que el médico anestesiólogo es el que decide después de su evento quirúrgico si usted ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos si es necesario, a piso, o a su domicilio si no pone en riesgo su vida. Encontrándose cifras más altas en Australia ⁽³²⁾ que arrojó 55% de conocimientos.

Leite ⁽²⁴⁾ reportó que el anestesiólogo es asociado con el alivio del dolor en un 29.7% antes de la anestesia y un 31.7% después de ésta, encontrando cifras similares con Gurunathan ⁽²⁷⁾ del 32% y en nuestro estudio un 31%.

Con respecto a las transfusiones de sangre encontramos cifras parecidas con el estudio realizado en Brasil ⁽²⁹⁾ donde obtuvieron un 22.5% y nosotros un 25%.

Baaj ⁽²²⁾ reporta que la resucitación durante la cirugía es realizada por el cirujano en un 32% y un 18% por su asistente, no variando la cifra en este estudio, ya que reportó un 18%.

La mayoría de los entrevistados dijo desconocer que el médico anestesiólogo es el responsable de corregir el mareo, las náuseas y vómitos después de su cirugía, pues solamente 6% de la muestra dijo saber acerca de este hecho. En

contraste, comparando los resultados acerca del control del mareo y vómito postoperatorio, Ferreira ⁽²⁹⁾ reporta que el 52% conoce dicha tarea.

En nuestro grupo de estudio 87% de los sujetos se habían sometido a una cirugía previa, sin embargo se encuentran promedios similares a los que no tenían procedimientos previos, hallándose cifras similares en otros estudios. ^{(4) (22) (23) (27)}

Analizando el indicador con relación al nivel educacional, se encontró que los de educación secundaria obtuvieron los mejores resultados y haciendo una comparación con respecto a otros estudios contrasta que a mayor nivel educacional buscan mayor información ⁽²⁹⁾.

Se encontró correlación entre este estudio y el realizado en Brasil⁽²⁹⁾ que un factor estadísticamente significativo para definir que los pacientes conocían el perfil del anesthesiologo fue la edad.

CONCLUSIONES

Con el presente estudio queda demostrado que la imagen del anestesiólogo y las actividades que realiza el especialista son desconocidas para la población en general. No se encuentra una diferencia significativa con relación a la edad, a pesar de que los resultados en este grupo demostraron que a mayor edad se tiene un poco más de conocimiento, sin embargo aún persiste la baja información.

El género femenino predominó en el presente estudio y resultó muy similar el desconocimiento con respecto al género masculino; en cuanto al nivel escolar podemos concluir que no es un factor importante para incrementar los niveles de información.

Podríamos pensar que los resultados mejorarían en los pacientes que han tenido procedimientos anestésicos previos, pero los resultados nos hablan que no hay mejora en ellos así como en los beneficios que conlleva tener mayor información sobre la especialidad.

La mejor fuente para educar a la sociedad sobre el papel de la Anestesiología en atención de los pacientes sería la interacción directa con ellos, involucrando debates, conferencias, presentaciones de video o demostraciones.

RECOMENDACIONES

Necesitamos que las instituciones formadoras de médicos difundan la importancia y trascendencia de la especialidad, ya que actualmente son escasas las universidades que cuentan con planes de estudio que incluya la rotación en el servicio de Anestesiología

La baja información que tienen los pacientes quirúrgicos con relación a las actividades del médico anestesiólogo nos obliga a difundir con mayor énfasis sus funciones; es de suma importancia aprovechar desde el primer contacto con el paciente para proporcionarle de manera correcta, dinámica y flexible la información necesaria con la finalidad de que logren comprender y reflexionar en beneficio propio.

Esta práctica deberá de realizarse de manera continua y dedicada para que la percepción de los pacientes hacia el anestesiólogo sea la adecuada e incremente el grado de información.

El anestesiólogo debe conservar un diálogo constante con el paciente, pues de él depende en gran medida brindar la información necesaria, pero sobre todo darle la confianza de que guardará de su salud a partir de la entrevista pre-quirúrgica hasta que egrese satisfactoriamente del quirófano.

ANEXO

ID	PREGUNTA
P1	¿El anestesiólogo es médico?
P2	¿Sabía usted que se requiere estudiar 3 años después de concluida la carrera de médico cirujano para ser médico anestesiólogo?
P3	¿Sabía usted que existen Subespecialidades de Anestesiología como Anestesia Pediátrica, Medicina crítica, Neuroanestesia, Cardioanestesia y Clínica del dolor?
P4	¿Sabía usted que para realizar dichas especializaciones se requieren de 2 años más de estudios?
P5	¿Sabía usted que el médico anestesiólogo es solicitado por cualquier otra especialidad en la cual tenga dificultad para la correcta ventilación y oxigenación de los pacientes?
P6	¿Sabía usted que el anestesiólogo con base en la valoración que realiza antes de su procedimiento toma la última decisión para aceptar o diferir su cirugía si pone en riesgo su bienestar?
P7	¿Sabía usted que el médico anestesiólogo es el que solicita estudios de gabinete, laboratorio y valoración de otras especialidades para su cirugía?
P8	¿Sabía usted que el médico anestesiólogo tiene la capacidad de sugerir, implementar o modificar tratamientos para su cirugía?
P9	¿Sabía usted que es el médico anestesiólogo el único que puede sugerir qué procedimiento anestésico le conviene?
P10	¿Sabía usted que el médico anestesiólogo es el que solicita y decide transfundir sangre para que se lleve a cabo su cirugía con seguridad?
P11	¿Sabía usted que el médico anestesiólogo es el responsable de suministrar el oxígeno desde su llegada a quirófano hasta su egreso?
P12	¿Sabía usted que el médico anestesiólogo es el responsable de mantener su frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura y saturación de oxígeno desde su llegada a quirófano hasta su egreso?
P13	Después de realizarle su procedimiento anestésico, ¿el médico anestesiólogo se queda en el quirófano para cuidarlo durante la cirugía?
P14	¿Sabía usted que el médico anestesiólogo es el responsable de la administración de los líquidos y medicamentos que requiere su cirugía?
P15	¿Sabía usted que en el quirófano el médico anestesiólogo es el único que realiza las maniobras de reanimación cardiopulmonar?
P16	¿Sabía usted que al término de su cirugía el médico anestesiólogo que otorgo el procedimiento anestésico lo acompaña hasta la sala de recuperación?
P17	¿Sabía usted que la unidad de cuidados postoperatorios está a cargo de un médico anestesiólogo que vigila sus signos vitales y las pérdidas sanguíneas de su abordaje quirúrgico?
P18	¿Sabía usted que el médico anestesiólogo es el encargado de minimizar el dolor posterior a su cirugía?
P19	¿Sabía usted que el médico anestesiólogo es el responsable de corregir el mareo, las náuseas y vómitos después de su cirugía?
P20	¿Sabía usted que el médico anestesiólogo es el que decide después de su evento quirúrgico si usted ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos si es necesario, a piso, o a su domicilio si no pone en riesgo su vida?

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller R. Miller's Anaesthesia, Churchill Livingstone Elsevier's, 7th ed. EUA, pág. 5 - 10 2009.
2. Covarrubias Alfredo, La transición de la anestesiología a medicina del dolor, Revista Mexicana de Anestesiología, 31: 1 – 26, 2008.
3. Martina J. Historia de la anestesia, < www.anaesthesia/database.blogspot.com> [consulta: enero 2012].
4. Kumar Manoj, Awareness about anaesthesiologists and scope of anaesthesiology in non surgical patients and their attendants, Indian J. Anaest., 49 (6): 492 – 498, 2005.
5. Muñoz Juan, Anestesia basada en analgesia, Revista Mexicana de Anestesiología, 30 (1): 180 – 184, Abril – Junio 2007.
6. Venturini Adolfo, Historia de la Anestesia en Sudamérica, 2010, Revista Argentina de Anestesia, 163: 3 – 33, 2008.
7. Sánchez Silvestre, Ramón Alfaro y la Anestesia Mexicana, Gaceta Médica Mexicana, 143(6): 525 – 529, 2007.
8. Hariharan S. Percepcao dos pacientes a respeito da utilidade do ambulatorio de avaliacao preanestesica em um pais caribenho em desenvolvimientto, Revista Bras Anesthesiol , 59 (2): 194 – 205, 2009.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA 3-2011 para la práctica de la anestesiología.
10. García Carlos, Anestesiología: una especialidad desconocida, Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote, Gráficas Loureiro, 1^a. Edición: 7 – 54, 2007.
11. Revilla Lazarte, Diana. La realidad del Consentimiento Informado en la Práctica Médica Peruana, Acta Médica Peruana, 24(3), Sept. - Dic 2007.
12. Alvarado Edmundo, Visitas pre y post anestésicas: elementos esenciales en la calidad de atención, Revista Mexicana de Anestesiología, 23 (1): 11 - 15. 2000.
13. Gasziynski Tomasz, Patient satisfaction with Anaesthesia and Preanesthetic information, Anaesthesiologic Intensive Terapy, XLIII, 4: 178 – 182, 2011.

14. Palacios V. Principios básicos en bioética clínica, <
<http://intensivos.uninet.edu/03/0301.html>> [consulta: enero 2012].
15. Cortez Abraham, Perspectiva legal de la prevención de riesgos en la anestesiología, *Anestesia en México*, 21 (2): 81 – 83, 2009.
16. Vallongo Menéndez, Marina Beatriz, Consentimiento informado. ¿Un derecho?... ¿Un deber?..., *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 11 (2):116 – 123, 2012.
17. Cortes Benito, Derechos de los pacientes y responsabilidad del Anestesiólogo, *Anestesia en México*, 21 (3): 165 – 167, 2009.
18. Calvo, Patricia, La ley, la prevención y la anestesiología, *Anestesia en México*, 21 (2):79 – 80, 2009
19. Whizar-Lugo V. Prevención en anestesiología. *Anest Mex*2009;21:118-138.
20. Sala Blanch, X, Utilidad de una hoja anestésica informativa anterior a la visita preoperatoria, *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 47:10 – 14, 2000.
21. Alfaro Fernando, El consentimiento informado en la práctica anestésica, *Revista Mexicana de Anestesiología*, 29(1): 106 – 108 , Abril – Junio 2006.
22. Baaj Jumana, How much surgical patients at the king Khalid university hospital (kkuh now about their anesthesia and anaesthesiologist), *The internet journal of health*, 4(2), 2015.
23. Naithani Udit, Public awareness about anaesthesia and anaesthesiologist: a survey, *Indian Journal of Anaesthesia*, 51(5): 420 – 426, 2007.
24. Leite F. Patient perception about anaesthesia and anaesthesiologists before and after surgical procedures, *San Paulo Brasil, Medic. J.*, 129 (4): 224 – 229, 2011.
25. Wilkinski JA, Piaggio AN. El consentimiento informado. Primera parte: el deber de informar. *Rev Arg Anest.*, 63(4): 213-231 2005.
26. Peñuelas Juana, Informed Consent for anaesthesia, *Revista Mexicana de Anestesiología*, 31(2), pág. 101 – 107, April – June 2008.
27. Gurunathan Usha, The public perception of anaesthesiologist Indian attitudes, *Indian J. Anaesth*; 48 (6):456 – 460, 2004.

28. Hariharan S. Knowledge and attitudes of patients towards anaesthesia and anaesthesiologist. A Review, *Anestesia en México*, 21(3): 174 – 178, 2009.
29. Ferreira Katia, ¿Qué es lo que el paciente sabe sobre el trabajo del anesthesiólogo? *Revista Brasileña de anestesiología*, 61 (6):297 – 400, 2011.
30. Calabrese Gustavo. Imagen social del Anesthesiólogo. Opinión de los pacientes en Paisandu Uruguay, *Revista de la S.A.U.*, 12(2): 54 – 63, 1995.
31. Cisneros Roberto, Tenga confianza en mí, yo seré su Médico Anesthesiólogo, *Revista Anestesia en México*, 17 (3), Sept – Dic, 2005.
32. Calman LM, Mihalache A, Evron S, Ezri T. Current understanding of the patient's attitude toward the anesthesiologist's role and practice in Israel: effect of the patient's experience. *J Clin Anesth* 2003;15:451-454.
33. Tohmo H, Pälve H, Illman H. The work, duties and prestige of Finnish anesthesiologists: patients' view. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003;47:664-666.