



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

ISSSTE, CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

**IMPACTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DURANTE
LA VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA EN EL CENTRO
MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

P R E S E N T A:

GARDUÑO TORRES ABIMAEI

TUTOR DE TESIS:

DR. FERNANDO AGUILAR SILVA

CIUDAD DE MÉXICO, 2018





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Titular de curso de Anestesiología CMN 20 de noviembre

Dr Fernando Aguilar Silva

Subdirector de Enseñanza e Investigación CMN 20 de noviembre

Dr. Mauricio Di Silvio López

Jefe de Servicio de anestesiología CMN 20 de noviembre

Dra. Yolanda Munguía Fajardo

Asesor de Tesis

Dr. Fernando Aguilar Silva

Dedicatoria

Dedicada a Nery Annel Buendía Ramírez, quien me ha acompañado en este proceso, brindando su apoyo incondicional y animándome a seguir adelante juntos.

Agradecimientos.

Primeramente, a Dios que me ha permitido seguir avanzando en mi formación y a quien he pedido me ponga en sus manos para que me utilice como sea su voluntad para su obra.

Agradezco infinitamente a mis padres que desde mi primer respiro han estado presentes al pendiente de mi crecimiento físico, mental y espiritual, que sin ellos no hubiera sido posible como hasta hoy.

A mis hermanos con quienes he tenido la oportunidad de compartir éxitos propios y de ellos, que me llenan de felicidad en cada momento.

A mis profesores que desinteresadamente han ofrecido su apoyo enseñanzas para crecimiento profesional.

Al Doctor Fernando Aguilar titular de curso y asesor de tesis por procurar mantener el curso a flote a pesar de adversidades,

A mis amigos que nunca se cansan de animar y motivar este camino, ofrecer su apoyo sin dudas cuando lo he necesitar incluso aun sin pedirlo.

A todos ellos gracias.

Contenido

Dedicatoria	iii
Agradecimientos.	iv
Lista de Cuadros.	vii
Lista de Figuras.....	ix
Abreviaturas	ix
Resumen.....	x
Abstract	xii
1. Introducción	1
2. Antecedentes.....	3
3. Planteamiento del problema	4
4. Justificación	5
5. Hipótesis.....	5
6. Objetivo general	6
7. Objetivos específicos.....	6
8. Material y Métodos	7
8.1. Diseño de estudio:.....	7
8.2. Población en estudio:	7
8.3. Universo de trabajo:	7

8.4.	Población elegida:	7
8.5.	Criterios de inclusión:	8
8.6.	Criterios de no inclusión:	8
8.7.	Criterios de eliminación:	8
8.8.	Calculo de tamaño de la muestra:	9
9.	Metodología:	9
10.	Variables:	10
10.1.	Demográficas:	10
10.2.	Con relación a procedimiento quirúrgico	10
10.3.	Con relación a procedimiento anestésico	10
10.4.	Interacción por parte del paciente	10
11.	Recursos humanos:	12
12.	Recursos materiales:	12
13.	Consideraciones éticas:	12
14.	Resultados y análisis estadístico	13
15.	Discusión:	33
16.	Conclusiones	35
17.	Referencias	36
18.	Apéndices o Anexos	38

Lista de Cuadros.

Tabla I: Distribución de pacientes por servicio quirúrgico	15
Tabla II: Distribución de pacientes por sexo	16
Tabla III: Distribución de pacientes por edad:	17
Tabla IV: Análisis estadístico edad	18
Tabla V: Distribución por grado de estudios	19
Tabla VI: Pacientes sometidos a anestésias previas	20
Tabla VII: Pacientes que conocían el plan quirúrgico	20
Tabla VIII: Pacientes que conocían información de posible técnica anestésica.	20
Tabla IX: Pacientes que consideraron que se les brindo información clara a cerca de la anestesia.	21
Tabla X: Pacientes que refieren que se les explicaron posibles complicaciones.	21
Tabla XI: Pacientes que tuvieron dudas en relación a procedimiento anestésico.	21
Tabla XII: Pacientes que se aclararon sus dudas	22
Tabla XIII: Pacientes satisfechos refiriendo momento oportuno para realizar valoración pre anestésica	22

Tabla XIV: Principales complicaciones explicadas por los anestesiólogos y entendidas por los pos pacientes.	23
Tabla XV: Dudas más relevantes que se expresaron a los anestesiólogos.	24
Tabla XVI: Estado emocional del paciente posterior a la valoración	25
TablaXVII: Tabla cruzada El paciente aclaro sus dudas*Se le dio información clara*Estado emocional del paciente posterior a la valoración	26
Tabla XVIII: Pruebas de chi-cuadrado	27
Tabla XIX: Estimación de riesgo	28
Tabla XX: Relación entre el estado emocional y sexo del paciente	28
Tabla XXI: Pruebas de chi-cuadrado Sexo/ estado emocional.	29
Tabla XXII: Relación entre escolaridad y estado emocional del paciente	30
Tabla XXIII: Pruebas de chi-cuadrado escolaridad / estado emocional	31
Tabla XXIV: Relación entre experiencia anestésica previa u estado emocional del paciente	31
Tabla XXV: Pruebas de chi-cuadrado Experiencia previa / Emocional	32

Lista de Figuras.

FIGURA 1: Distribución de pacientes por servicio quirúrgico	15
FIGURA 2: Distribución de pacientes por sexo	16
FIGURA 3: Distribución de pacientes por edad	18
FIGURA 4: Escolaridad de pacientes	19
FIGURA 5: Complicaciones entendidas	23
FIGURA 6: Dudas relevantes	24
FIGURA 7: Estado emocional del paciente.	25
FIGURA 8: Relación entre el estado emocional y sexo del paciente	29
FIGURA 9: Relación entre escolaridad y estado emocional del paciente	30
FIGURA 10: Relación entre experiencia anestésica previa u estado emocional del paciente	31

Abreviaturas

- C. I.: Consentimiento informado
- CMN: Centro Médico Nacional
- IBM: International Business Machines
- ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- NOM: Norma Oficial Mexicana
- SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
- SSA: Secretaria de Salud
- UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la manera en la que se da el proceso del consentimiento informado en el derecho habiente programado para evento quirúrgico identificando factores modificables por parte del personal a cargo de dicho proceso y así buscar medidas para optimizarlo las cuales puedan influir sobre el manejo anestésico durante el periodo transquirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, observacional transversal en pacientes ingresados para realizar procedimiento quirúrgico que requería manejo anestésico en el Centro Médico Nacional 20 de noviembre, en un periodo de 3 meses a quienes fueron valorados por el servicio de anestesiología y firmaron carta de consentimiento informado, se les realizó una encuesta para obtener datos relacionados a las características demográficas del paciente, procedimiento quirúrgico, forma en que se brindó información por parte de anestesiología y estado emocional posterior a la valoración.

RESULTADOS: Se analizaron 298 encuestas a pacientes de cumplieron criterios de inclusión en donde encontramos que 123 pacientes reconocían ansiedad al proceso anestésico – quirúrgico y 175 tranquilidad posterior a la valoración pre anestésica, explicación de técnicas, beneficios y riesgos de complicaciones, fueron asociados a la calidad de información que se proporcionaba durante la valoración pre anestésica y momento previo a la firma de carta de consentimiento informado, la mayor parte de la población estudiada contaba con un grado académico de universidad o superior que no interfirió con el grado de temor que se sentía, además se encontró también que la mayoría de los paciente ya habían tenido experiencia anestésica – quirúrgica previa, en este sector se encontró mayor proporción de tranquilidad.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los pacientes estuvieron satisfechos con el momento en que se realizaba la valoración pre anestésica, entendieron

complicaciones en su mayoría relacionadas al manejo de la vía aérea, y a la mayor parte se les ha dado oportunidad de expresar dudas al anesthesiologo mejorando así la relación médico paciente en el CMN 20 de noviembre, en su mayoría manifestaron tranquilidad al ser tratados por el personal de esta institución.

PALABRAS CLAVE: Valoración pre anestésica, consentimiento informado, complicaciones anestésicas, relación médico paciente, periodo pre anestésico, ansiedad.

Abstract.

GENERAL OBJECTIVE: To evaluate the way in which the informed consent process occurs in the right holder scheduled for surgical event identifying modifiable factors by the personnel in charge of said process and thus seek measures to optimize it which may influence the anesthetic management during the trans-surgical period.

MATERIAL AND METHODS: A descriptive, cross-sectional observational study was conducted in patients admitted to perform a surgical procedure that required anesthetic management at the National Medical Center on November 20, in a period of 3 months to those who were assessed by the anesthesiology service and signed a letter. of informed consent, a survey was conducted to obtain data related to the demographic characteristics of the patient, surgical procedure, form in which information was provided by anesthesiology and emotional state after the assessment.

RESULTS: We analyzed 298 surveys of patients who met the inclusion criteria, where we found that 123 patients recognized anxiety to the anesthetic - surgical process and 175 reassurance after the pre - anesthetic assessment, explanation of techniques, benefits and risks of complications, were associated with the quality of information that was provided during the pre-anesthetic assessment and moment prior to signing informed consent letter, most of the population studied had a university or higher academic degree that did not interfere with the degree of fear felt , it was also found that most of the patients had already had previous anesthetic - surgical experience, in this sector a greater proportion of tranquility was found.

CONCLUSION: The majority of the patients were satisfied with the moment in which the pre-anesthetic assessment was performed, they understood complications mostly related to the management of the airway, and most of them

were given the opportunity to express doubts to the anesthesiologist, thus improving the patient doctor relationship in the CMN November 20, mostly expressed tranquility to be treated by the staff of this institution.

KEYWORDS: Pre-anesthetic assessment, informed consent, anesthetic complications, doctor-patient relationship, pre-anesthetic period, anxiety.

1. Introducción

La relación médico paciente en el área de anestesiología es de suma importancia, pues en gran parte de los casos el paciente expresa su temor mayor orientado hacia el manejo anestésico incluso más que al mismo procedimiento quirúrgico,¹ uno de los pilares del contacto con el paciente que influye importantemente durante todo el perioperatorio es la valoración pre anestésica,² evento en el cual se trata de tener un vínculo estrecho con el paciente con la finalidad de obtener información de vital importancia que sea útil para tener un manejo anestésico óptimo personalizado para cada paciente, en el cual se debe ser explicado a detalle aclarando dudas que pudieran surgir por parte del paciente, las cuales podrían aportar aún más datos que durante el interrogatorio hayan podido ser omitidos, generando así un ambiente de confianza y seguridad para el paciente, características que es posible ser evaluadas para considerar acciones adicionales al respecto para tener una anestesia de calidad.³ Por lo anterior puede considerarse una valoración pre anestésica es el cimiento de una buena práctica de la anestesia y dentro de esta el consentimiento informado adecuado tiene gran impacto sobre el paciente en todo el perioperatorio.¹

El consentimiento informado es un proceso el cual el paciente tiene derecho en cada acto ya sea diagnóstico o terapéutico y el personal médico debe estar comprometido a colaborar en él, está bien establecido por leyes y normas como la NOM-004-SSA3-2012 Expediente clínico numeral 4.2 y 10.1 y particularmente en la práctica de la anestesiología en la NOM 006-SSA3-2017 en sus numerales 3.3, 8.2, 12.4, 14.1 y 15.1.1.1, donde en común definen a las cartas de consentimiento informado como documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.³ La

firma de esta carta en cuanto al manejo anestésico implica múltiples aspectos desde la relación médico paciente hasta incluso el manejo de la ansiedad del paciente a la llegada a la sala donde se le practique un procedimiento, este último punto en gran parte depende de la calidad de información que se proporciona al explicar la o las posibles técnicas anestésicas a practicar para llevar a cabo un procedimiento quirúrgico además de explicar riesgos, conductas que pueden tomarse para minimizarlos,^{4,5,6} posibilidad de secuelas en caso de complicaciones aun inherentes a la técnica, características particulares del paciente que pueden convertirse en factores predisponentes a complicaciones, dejar bien en claro que se ha entendido evitando pasar al punto de la catastrofización que pueda afectar la calidad de atención y manejo por parte del anesthesiólogo.^{7,8} La información proporcionada deberá ser clara adaptada a los diferentes tipos de personas con quienes tratamos,⁹ a fin de que sea comprendida y dejar la menor cantidad de dudas e inquietudes, por parte del personal médico de anestesiología se debe tomar en cuenta que el paciente ya presente un grado de estrés y tiene derecho a y necesidad de recibir información adecuada,² existen pocos estudios sobre el proceso del consentimiento informado y su evaluación en cuanto a la comprensión por parte del paciente, el momento óptimo para llevarse a cabo, conocer el punto de vista del paciente, considerar que es un proceso bidireccional y se debe tener en cuenta al momento de elegir el manejo en el periodo transquirúrgico y tomar en cuenta que las acciones iniciales pueden trascender,⁸ el consentimiento informado debe ir más allá de un documento de protección legal, ya que bien aplicado puede ser de utilidad para mejorar la calidad del manejo anestésico.¹⁰

2. Antecedentes

En el pasado los derechos de los pacientes no se tenían establecidos, se realizaban procedimientos, sin dar explicaciones detalladas, incluso en experimentos que podían poner en riesgo su integridad y su vida, antes de 1946 en consentimiento informado no se consideraba necesario aún no se establecían normas éticas, múltiples escritores citan los experimentos nazis durante la Segunda Guerra Mundial como el detonante para la creación del Código de Núremberg con gran relevancia en la historia de la ética médica estableciendo principios de respeto y autonomía de los participantes en investigación de salud y dotando de derecho a información suficiente y clara para tomar una decisión adecuada,⁴ estos conceptos fueron incluidos en 1964 la declaración de Helsinki proporcionando directrices para el entorno médico y la investigación, en México las ideas de estos documentos han sido plasmadas en la normatividad vigente,⁴ todos los días se valoran pacientes para procedimientos anestésicos, dentro de este acto se realiza el consentimiento informado que más que un documento legal debe ser un proceso que apoye el tratamiento médico,^{11, 13} particularmente en el área de anestesiología influye en el manejo anestésico, dando pauta a una atención de calidad ya que tiene implicaciones emocionales mismas que en caso de ser positivas pueden disminuir la ansiedad y temor del paciente a su ingreso a sala quirúrgica pues se expondrá a un estrés fisiológico y toda conducta que evite se agreguen condiciones que aumenten son de gran ayuda, la información clara y precisa puede ser una de ellas.^{8, 14}

3. Planteamiento del problema

Dentro de la valoración pre anestésica un punto importante es informar al paciente el tipo de procedimientos que posiblemente el anestesiólogo deba practicarle para llevar a cabo una cirugía, el CMN 20 de noviembre es un hospital donde gran parte de los pacientes se exponen a procedimientos que requieren intervención por un anestesiólogo, al ser hospital de tercer nivel los pacientes provienen de distintos lugares de la República Mexicana, muchas veces son ingresados un día incluso horas previas al evento quirúrgico, los cuales deben ser valorados por servicio de anestesia del momento de su ingreso incluso a minutos previos a ingreso a quirófano, es distintas ocasiones la sobrecarga de trabajo no da pauta a brindar una extensa información al paciente sobre la anestesia y aclarar todas las dudas que pudieran surgir durante el periodo pre anestésico interviniendo sobre el estado psicológico del paciente, manifestando alteraciones orgánicas que podrían tener impacto del desarrollo de la anestesia en el periodo pre anestésico.

4. Justificación

En el CMN 20 de noviembre, se realizan en múltiples procedimientos en los cuales se requiere intervención de medico anesthesiologo cada día, todos estos pacientes deben ser valorados en el periodo pre anestésico en todos casos de debe tener consentimiento informado para proceder con manejo anestésico, este acto puede mejorar la relación médico paciente y así colaborar para tener un manejo anestésico de calidad.

5. Hipótesis

El adecuado proceso de información al paciente tomando en cuenta los diversos aspectos que se implican pueden tener gran impacto a tal manera que mejoren condiciones del paciente a la llegada a sala de procedimiento, mismas que puedan ser reflejadas en la calidad del manejo anestésico.

6. Objetivo general

Evaluar la manera en la que se da el proceso del consentimiento informado en el derecho habiente programado para evento quirúrgico identificando factores modificables por parte del personal a cargo de dicho proceso y así buscar medidas para optimizarlo las cuales puedan influir sobre el manejo anestésico durante el periodo transquirúrgico.

7. Objetivos específicos

Valorar la calidad de información dada al paciente en el consentimiento informado que se ha firmado para aceptar un procedimiento anestésico.

Proponer el procedimiento ideal para información adecuada sobre procedimiento anestésico y la autorización del mismo.

Identificar factores de riesgo en el paciente que predisponen a temor al procedimiento anestésico

8. Material y Métodos

8.1. Diseño de estudio:

Descriptivo, observacional, transversal, realizado en el CNM 20 de noviembre durante un periodo comprendido de 3 meses.

8.2. Población en estudio:

Pacientes programados para procedimiento quirúrgico bajo cualquier variante de anestesia, en el Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, que se les realizó valoración pre anestésica dentro de las 24 horas previas a evento quirúrgico y que firmaron una carta de consentimiento informado para anestesia general, regional o local y sedación, (documento presentado en anexo 4), donde se encuentra escrita información de los beneficios, riesgos y complicaciones de cada procedimiento así como características puntuales que se pudieran llevar a cabo durante una anestesia, la carta de consentimiento informado se debió haber leído y explicado al paciente en cada caso en particular según cirugía proyectada y manejo anestésico planeado.

8.3. Universo de trabajo:

ISSSTE Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

8.4. Población elegida:

Pacientes ingresados para cirugía programada por parte de los servicios de cirugía cardiovascular, cirugía general, cirugía maxilofacial, neurocirugía, traumatología y ortopedia, otorrinolaringología, cirugía plástica, cirugía de tórax, unidad de trasplantes, urología y cirugía vascular periférico.

8.5. Criterios de inclusión:

1. Pacientes programados para evento quirúrgico que se requiera intervención por anestesiólogo, que hayan sido valorados y firmado carta de consentimiento informado.
2. Pacientes de ambos sexos
3. Pacientes mayores de edad.
4. Con adecuado estado de conciencia sin alteración de sus facultades mentales.
5. Capacidad de entender y contestar encuestas aplicadas.
6. Que hablen idioma español.

8.6. Criterios de no inclusión:

1. Pacientes menores de 18 años.
2. Procedimientos quirúrgicos de urgencia.
3. Estar hospitalizados.
4. Condición en la cual no sea posible informarle directamente al paciente el procedimiento anestésico.
5. Imposibilidad de comunicación por parte del paciente.
6. Idioma diferente al español que impida entendimiento ideal.

8.7. Criterios de eliminación:

1. No acepte procedimiento anestésico
2. Consentimiento informado revocado
3. Negativa por parte del paciente a contestar encuesta.

8.8. Cálculo de tamaño de la muestra:

De los pacientes programados para procedimientos donde se requiera intervención por servicio de anestesiología, en un periodo de 3 meses aproximadamente se valoran 1320 pacientes (N) (en promedio 20 pacientes por día hábil), se tomará un margen de error del 5 % (e), nivel de confianza 95% (puntuación "z" 1.96), proporción que posea características de estudio (p) igual a que no posee características de estudio (q) estableciendo valor de 0.5, resultando muestra de 298 datos calculada.

9. Metodología:

Aleatoriamente se eligieron a pacientes que cumplían criterios de inclusión en el CMN 20 de noviembre y se les realizó encuesta presentada en el anexo 3 para obtener datos relacionados con la valoración pre anestésica, proceso de consentimiento informado y la relación anestesiólogo paciente, las preguntas fueron hechas de modo que fuese posible obtener variables demográficas, información sobre procedimiento anestésico, aclaración de dudas, calidad de información, e impacto emocional en el paciente, el cuestionario consta de 11 preguntas orientadas a identificar las variables ya mencionadas, posteriormente cada encuesta se transcribió a una base de datos para análisis estadístico con el programa IBM® SPSS® Statistics versión 25, utilizado para variables cualitativas analizando frecuencias, y verificando asociaciones con Chi cuadrada.

10. Variables:

10.1. Demográficas:

Edad, sexo, escolaridad: importantes para conocer si existe o no relación con el estado emocional en periodo pre anestésico posterior a la valoración y consentimiento informado.

10.2. Con relación a procedimiento quirúrgico

Cirugía programada, servicio quirúrgico, conocimiento de cirugía a realizar: Se espera que sean factores que afecta positiva o negativamente el estado emocional del paciente desde antes que tenga contacto con el medico anestesiólogo para su valoración y brindar información a cerca de manejo anestésico.

10.3. Con relación a procedimiento anestésico

El paciente contaba con experiencia anestésicas previas, Al momento de la valoración se explicaron detalles de anestesia, la claridad de información proporcionada a cerca de la anestesia y concientizar al paciente sobre los riesgos de la anestesia: Puntos que deben ser tocados durante la valoración pre anestésica, a fin de brindar información detallada clara y precisa

10.4. Interacción por parte del paciente

- ¿Recordaba riesgos comentados?: Pregunta orientada a evaluar la atención por parte del paciente y disponibilidad por parte del anestesiólogo para informarle.
- ¿Se dio oportunidad a expresar sus dudas?: Identifica accesibilidad por parte del anestesiólogo para interactuar con el paciente.

- ¿Dudas más frecuentes? Conocer preocupaciones mas comunes en los pacientes previo a pasar a sala quirúrgica.
- Dudas aclaradas: Al resolverlas es posible minimizar temor por parte del paciente.
- Momento de la valoración adecuado: Considerar si es conveniente realizar la valoración pre anestésica y el proceso de consentimiento informado en las 24 horas previas a ingreso a quirófano.
- Estado emocional del paciente posterior a la valoración pre anestésica y proceso de consentimiento informado: Basándonos en el estado emocional del paciente de pretender identificar cuales variables pueden tener impacto en el periodo pre anestésico, al ser identificadas proponer conductas para mejorar este indicador.

11. Recursos humanos:

Personal médico del área de anestesiología: residentes de primer año pacientes adultos excepto pacientes de terapia intensiva, cirugía de tórax, cirugía cardiovascular y neurocirugía; residentes de segundo año cirugía de tórax, pacientes de terapia intensiva; tercer año realizan valoración pre anestésica a pacientes de neurocirugía y cirugía cardiovascular.

Los investigadores involucrados realizaron encuestas, captura y proceso de datos.

12. Recursos materiales:

Los gastos del estudio papelería, equipo de cómputo necesario para recabar los datos fueron solventados por parte de los investigadores involucrados.

13. Consideraciones éticas:

El estudio únicamente es observacional, no interfiere con el diagnóstico ni tratamiento, así como los resultados del procedimiento quirúrgico y anestésico, solo evalúa el proceso de información en la valoración pre anestésica, sin implicar riesgo adicional.

14. Resultados y análisis estadístico

Se entrevistaron 298 pacientes que habían sido programados para cirugía y realizada valoración pre anestésica además de estar hospitalizados, la valoración de realizo dentro de las 24 horas previas a acto quirúrgico, entre 18 y 87 años con una edad media de 53.53 años, mediana de 54 años y moda de 62 años, de los cuales el 46.3 % (138) eran hombres y el 53.7 %(160) mujeres, grado de estudios predominante fue universidad con el 52.7 %, postgrado 3.02 %, preparatoria el 18.46 %, secundaria el 14.43 %, primaria el 8.39 %, y ninguna 3.02 %. Pacientes sometidos a cirugías y anestésias previas se registraron el 25.8 % y pacientes que no habían tenido eventos anestésicos el 24 %. Pacientes que conocían el plan quirúrgico fue el 94 %, comparado con el 5.4 % que desconocía tipo de cirugía. El 89.3 % refirió conocer información sobre posible técnica anestésica y el 10.7 % negó conocer posibles técnicas anestésicas aplicables en su caso. El 92.6 % refirió que se le proporciono por parte del anestesiólogo información clara y precisa siendo el 7.4 restante no haber sido claro el anestesiólogo al momento de la información. Al 87.2 % se le explicaron posibles complicaciones derivadas de la anestesia y el 12.8 % las desconocían. El 94% de los encuestados tuvieron oportunidad de expresar sus dudas al anestesiólogo, el 6 % refirieron no hacerlo. De todos los pacientes encuestados el 90.9 % refieren que se les aclararon todas sus dudas, y solo el 9.1 refirieron persistir dudas. El 92.6 % contestaron que el momento de la valoración fue oportuno previo al evento quirúrgico, el 7.4 % contestaron que debía ser previo a su hospitalización.

Las complicaciones más comentadas por los anestesiólogos a los pacientes fueron respiratorias, seguidas de el dolor de garganta post anestésico, muerte, nausea y vomito post operatorio, hemorragia, reacción adversa a medicamentos, dolor post operatorio de sitio quirúrgico y daño neurológico (se incluyó sistema nervioso central y periférico en esta respuesta).

Las preguntas más frecuentes hechas al anestesiólogo fueron relacionadas a tiempo de recuperación, tipo de anestesia, así como vía de administración, tiempo quirúrgico, relacionadas a la intubación, manejo post anestésico, complicaciones posibles y relativas a transfusiones.

En cuarto al estado emocional se dividió en dos categorías pacientes que expresaron tranquilidad posterior a la información (el 58.7 %) y pacientes con ansiedad (el 41.3 %), esta última variable fue analizada junto con las anteriores a fin de identificar posibilidad de influencia sobre el estado emocional que pudiera afectar el periodo pre anestésico sin un manejo adecuado.

Tabla I: Distribución de pacientes por servicio quirúrgico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	CARDIOVASCULAR	38	12,8	12,8
	GENERAL	24	8,1	20,8
	MAXILO	10	3,4	24,2
	NEUROCIRUGIA	29	9,7	33,9
	OFTALMOLOGIA	6	2,0	35,9
	ONCOLOGIA	49	16,4	52,3
	ORTOPEDIA	6	2,0	54,4
	OTORRINOLARINGOLOGIA	26	8,7	63,1
	PLASTICA	15	5,0	68,1
	TORAX	12	4,0	72,1
	TRASPLANTES	15	5,0	77,2
	UROLOGIA	27	9,1	86,2
	VASCULAR	41	13,8	100,0
	Total	298	100,0	

FIGURA 1: Distribución de pacientes por servicio quirúrgico

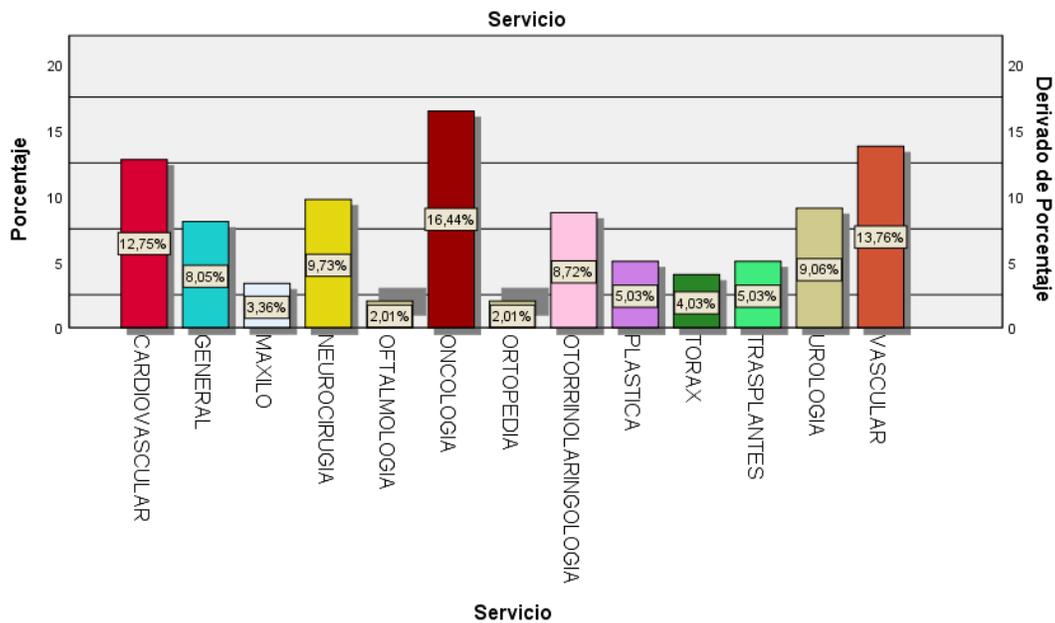


Tabla II: Distribución de pacientes por sexo

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HOMBRE	138	46,3	46,3	46,3
	MUJER	160	53,7	53,7	100,0
	Total	298	100,0	100,0	

FIGURA 2: Distribución de pacientes por sexo

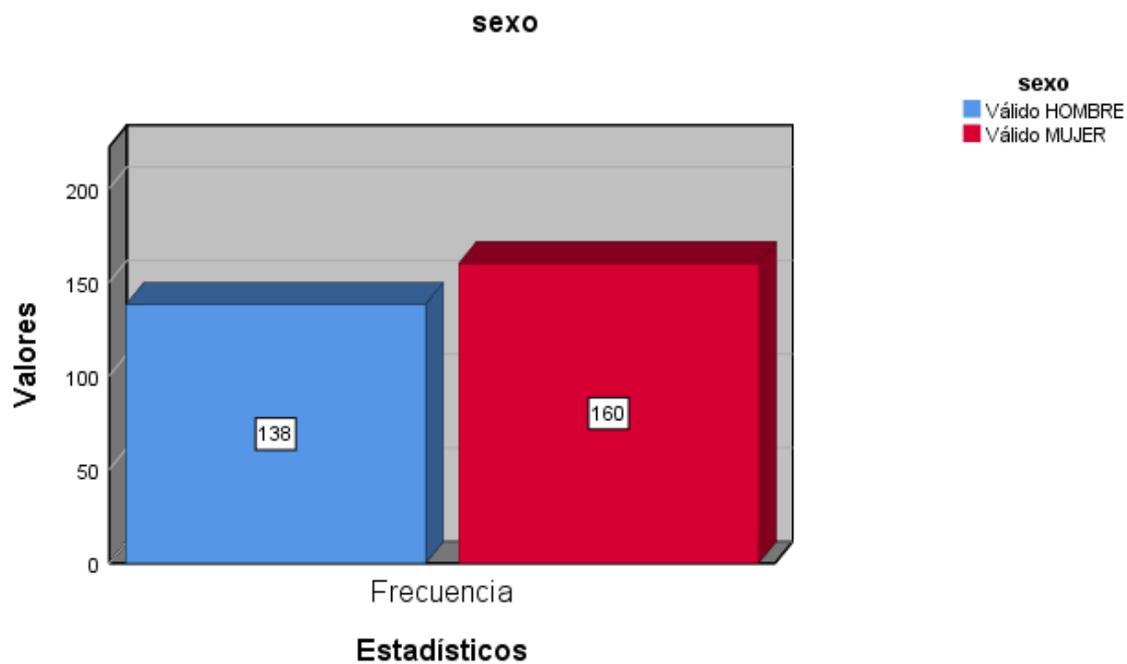


Tabla III: Distribución de pacientes por edad:

		Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
Válido	18	9	3,0	56	6	2,0
	19	3	1,0	57	5	1,7
	20	2	,7	58	11	3,7
	22	6	2,0	60	6	2,0
	23	3	1,0	61	9	3,0
	24	3	1,0	62	12	4,0
	25	3	1,0	63	3	1,0
	26	3	1,0	64	6	2,0
	27	5	1,7	65	3	1,0
	28	11	3,7	66	7	2,3
	29	5	1,7	67	3	1,0
	32	6	2,0	68	9	3,0
	33	3	1,0	69	3	1,0
	34	3	1,0	70	6	2,0
	35	4	1,3	71	6	2,0
	36	6	2,0	72	9	3,0
	40	6	2,0	73	6	2,0
	41	3	1,0	74	6	2,0
	42	3	1,0	76	6	2,0
	43	6	2,0	78	4	1,3
	44	3	1,0	84	3	1,0
	45	9	3,0	85	3	1,0
	46	4	1,3	87	3	1,0
	48	10	3,4	Total	298	100,0
	49	10	3,4			
	50	3	1,0			
	52	5	1,7			
53	6	2,0				
54	11	3,7				
55	9	3,0				

Tabla IV: Análisis estadístico edad

		edad	sexo
N	Válido	298	298
	Perdidos	0	0
Media		51,51	
Mediana		54,00	
Moda		62	
Desv. Desviación		17,590	
Varianza		309,395	
Mínimo		18	
Máximo		87	

FIGURA 3: Distribución de pacientes por edad

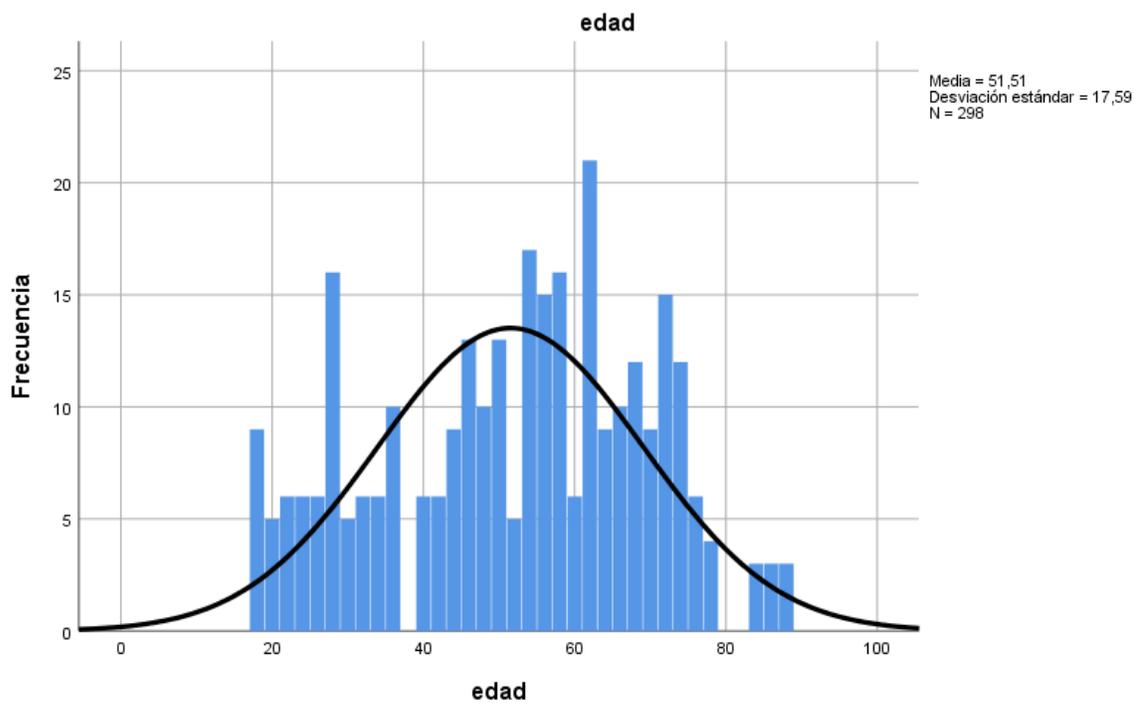


Tabla V: Distribución por grado de estudios

Escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	NINGUNA	9	3,0	3,0
	POSTGRADO	9	3,0	6,0
	PREPARATORIA	55	18,5	24,5
	PRIMARIA	25	8,4	32,9
	SECUNDARIA	43	14,4	47,3
	UNIVERSIDAD	157	52,7	100,0
	Total	298	100,0	

FIGURA 4: Escolaridad de pacientes

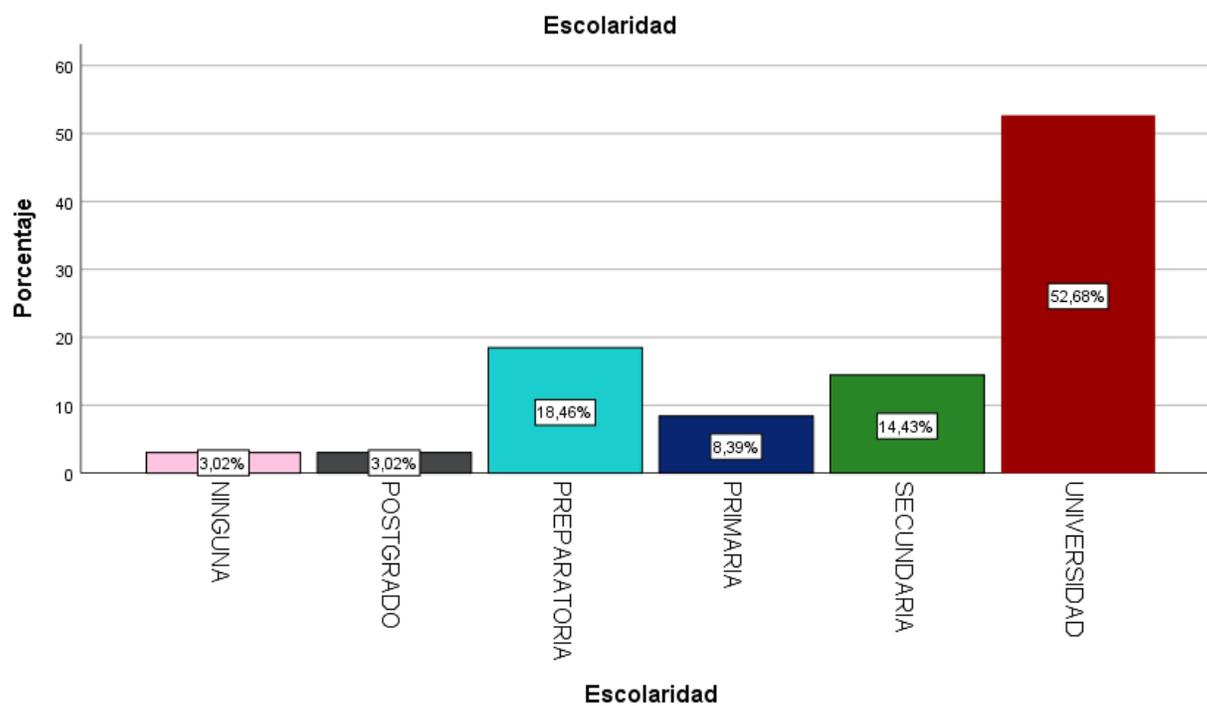


Tabla VI: Pacientes sometidos a anestésias previas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	72	24,2	24,2	24,2
	SI	226	75,8	75,8	100,0
	Total	298	100,0	100,0	

Tabla VII: Pacientes que conocían el plan quirúrgico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	16	5,4	5,4	5,4
	SI	282	94,6	94,6	100,0
	Total	298	100,0	100,0	

Tabla VIII: Pacientes que conocían información de posible técnica anestésica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	32	10,7	10,7	10,7
	SI	266	89,3	89,3	100,0
	Total	298	100,0	100,0	

Tabla IX: Pacientes que consideraron que se les brindo información clara a cerca de la anestesia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	22	7,4	7,4	7,4
	SI	276	92,6	92,6	100,0
	Total	298	100,0	100,0	

Tabla X: Pacientes que refieren que se les explicaron posibles complicaciones.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	38	12,8	12,8	12,8
	SI	260	87,2	87,2	100,0
	Total	298	100,0	100,0	

Tabla XI: Pacientes que tuvieron dudas en relación a procedimiento anestésico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	18	6,0	6,0	6,0
	SI	280	94,0	94,0	100,0
	Total	298	100,0	100,0	

Tabla XII: Pacientes que se aclararon sus dudas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	27	9,1	9,1	9,1
	SI	271	90,9	90,9	100,0
	Total	298	100,0	100,0	

Tabla XIII: Pacientes satisfechos refiriendo momento oportuno para realizar valoración pre anestésica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	22	7,4	7,4	7,4
	SI	276	92,6	92,6	100,0
	Total	298	100,0	100,0	

Tabla XIV: Principales complicaciones explicadas por los anestesiólogos y entendidas por los pos pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	35	11,7	11,7	11,7
DAÑO NEUROLÓGICO	8	2,7	2,7	14,4
DOLOR	9	3,0	3,0	17,4
DOLOR DE GARGANTA	44	14,8	14,8	32,2
HEMORRAGIA	32	10,7	10,7	43,0
MUERTE	36	12,1	12,1	55,0
NAUSEA VOMITO	35	11,7	11,7	66,8
REACCIÓN MEDICAMENTOS	31	10,4	10,4	77,2
RESPIRATORIAS	68	22,8	22,8	100,0
Total	298	100,0	100,0	

FIGURA 5: Complicaciones entendidas

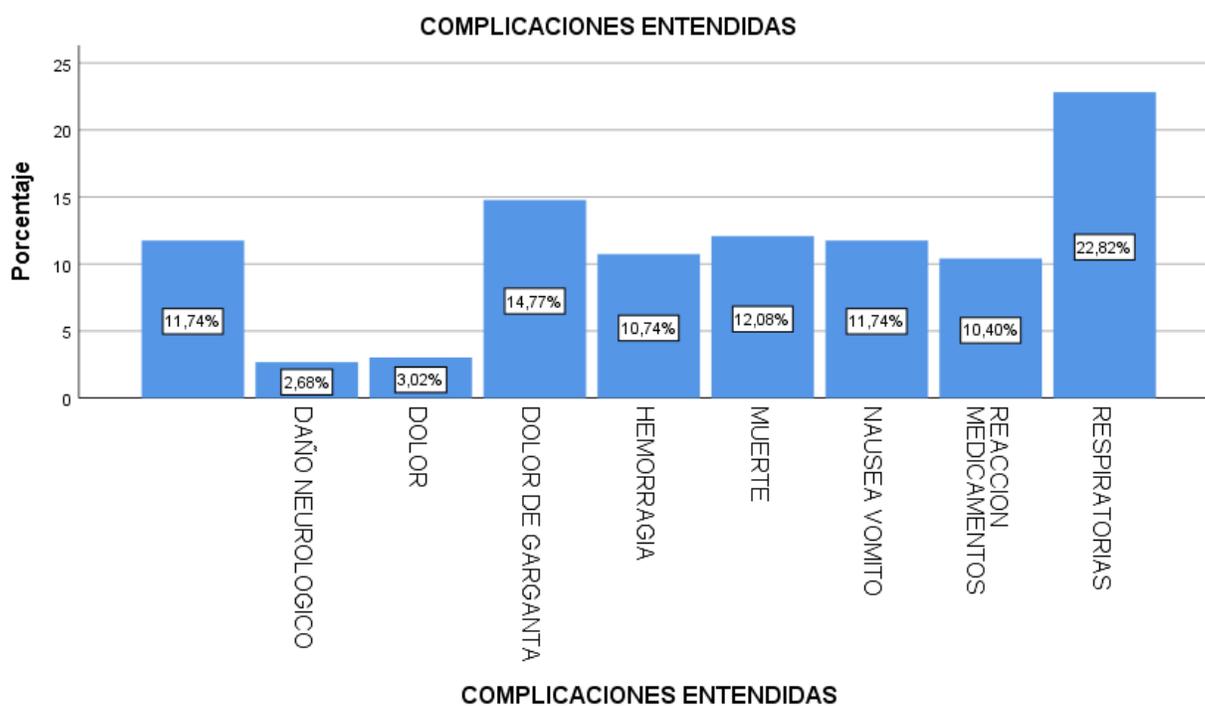


Tabla XV: Dudas más relevantes que se expresaron a los anestesiólogos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	COMPLICACIONES POSIBLES	12	4,0	4,0
	INTUBACION	20	6,7	10,7
	MANEJO POST ANESTESICO	18	6,0	16,8
	SIN DUDAS	65	21,8	38,6
	TIEMPO DE RECUPERACION	72	24,2	62,8
	TIEMPO QUIRURGICO	40	13,4	76,2
	TIPO DE ANESTESIA	68	22,8	99,0
	TRANFUSIONES	3	1,0	100,0
	Total	298	100,0	100,0

FIGURA 6: Dudas relevantes

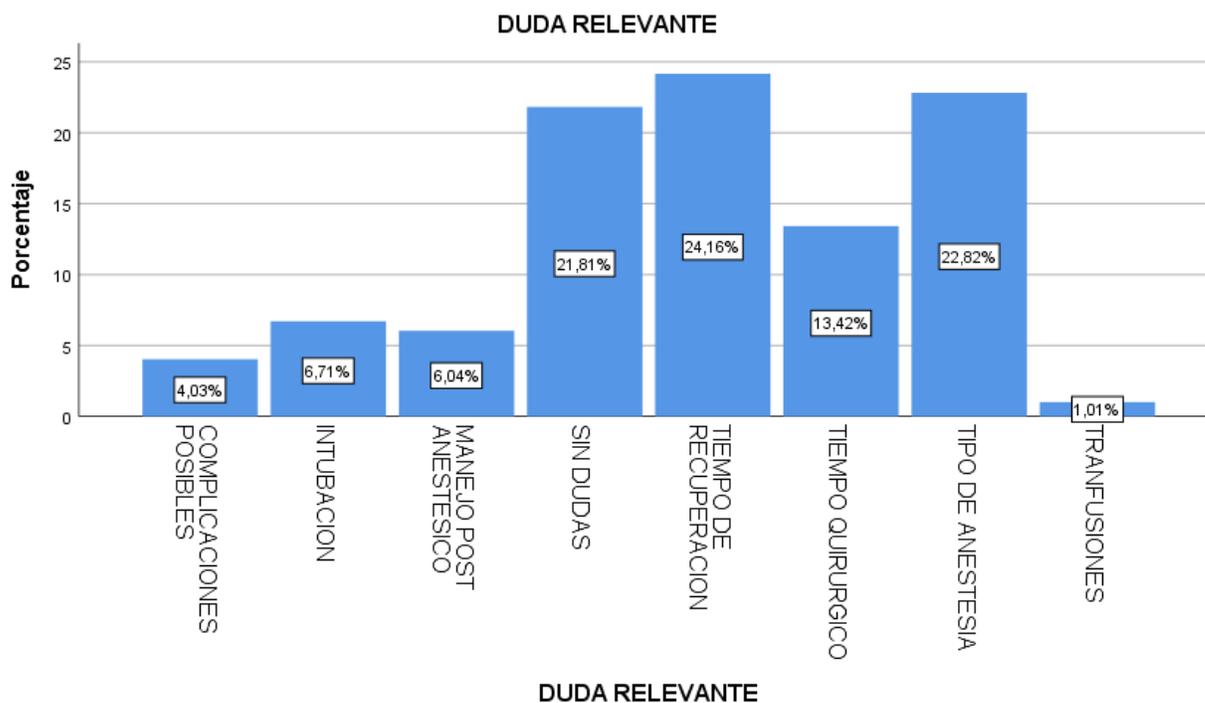
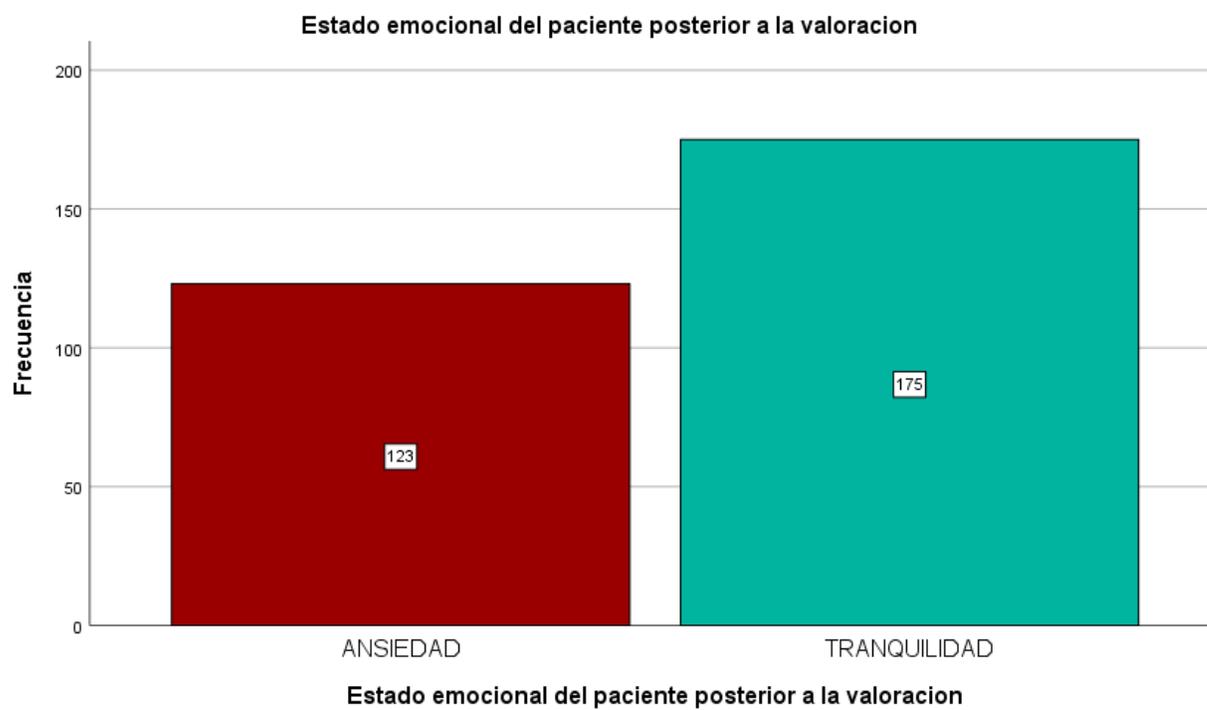


Tabla XVI: Estado emocional del paciente posterior a la valoración

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ANSIEDAD	123	41,3	41,3	41,3
	TRANQUILIDAD	175	58,7	58,7	100,0
	Total	298	100,0	100,0	

FIGURA 7: Estado emocional del paciente.



TablaXVII: Tabla cruzada El paciente aclaro sus dudas*Se le dio información clara*Estado emocional del paciente posterior a la valoración

Estado emocional del paciente posterior a la valoración			Se le dio informacion clara		Total		
			NO	SI			
ANSIEDAD	El paciente aclaro sus dudas	NO	Recuento	6	6	12	
			% dentro de El paciente aclaro sus dudas	50,0%	50,0%	100,0%	
			% dentro de Se le dio informacion clara	31,6%	5,8%	9,8%	
			% del total	4,9%	4,9%	9,8%	
			SI	Recuento	13	98	111
			% dentro de El paciente aclaro sus dudas	11,7%	88,3%	100,0%	
		% dentro de Se le dio informacion clara	68,4%	94,2%	90,2%		
		% del total	10,6%	79,7%	90,2%		
		Total	Recuento	19	104	123	
		% dentro de El paciente aclaro sus dudas	15,4%	84,6%	100,0%		
		% dentro de Se le dio informacion clara	100,0%	100,0%	100,0%		
		% del total	15,4%	84,6%	100,0%		
TRANQUILIDAD	El paciente aclaro sus dudas	NO	Recuento	3	12	15	
			% dentro de El paciente aclaro sus dudas	20,0%	80,0%	100,0%	
			% dentro de Se le dio informacion clara	100,0%	7,0%	8,6%	
			% del total	1,7%	6,9%	8,6%	
			SI	Recuento	0	160	160
			% dentro de El paciente aclaro sus dudas	0,0%	100,0%	100,0%	
		% dentro de Se le dio informacion clara	0,0%	93,0%	91,4%		
		% del total	0,0%	91,4%	91,4%		
		Total	Recuento	3	172	175	
		% dentro de El paciente aclaro sus dudas	1,7%	98,3%	100,0%		
		% dentro de Se le dio informacion clara	100,0%	100,0%	100,0%		
		% del total	1,7%	98,3%	100,0%		
Total	El paciente aclaro sus dudas	NO	Recuento	9	18	27	
			% dentro de El paciente aclaro sus dudas	33,3%	66,7%	100,0%	
			% dentro de Se le dio informacion clara	40,9%	6,5%	9,1%	
			% del total	3,0%	6,0%	9,1%	
			SI	Recuento	13	258	271
			% dentro de El paciente aclaro sus dudas	4,8%	95,2%	100,0%	
		% dentro de Se le dio informacion clara	59,1%	93,5%	90,9%		
		% del total	4,4%	86,6%	90,9%		
		Total	Recuento	22	276	298	
		% dentro de El paciente aclaro sus dudas	7,4%	92,6%	100,0%		
		% dentro de Se le dio informacion clara	100,0%	100,0%	100,0%		
		% del total	7,4%	92,6%	100,0%		

Tabla XVIII: Pruebas de chi-cuadrado

Estado emocional del paciente posterior a la valoración	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	
ANSIEDAD	Chi-cuadrado de Pearson	12,155 ^c	1	,000		
	Corrección de continuidad ^b	9,400	1	,002		
	Razón de verosimilitud	9,066	1	,003		
	Prueba exacta de Fisher				,003	,003
	N de casos válidos	123				
TRANQUILIDAD	Chi-cuadrado de Pearson	32,558 ^d	1	,000		
	Corrección de continuidad ^b	21,770	1	,000		
	Razón de verosimilitud	15,333	1	,000		
	Prueba exacta de Fisher				,001	,001
	N de casos válidos	175				
Total	Chi-cuadrado de Pearson	29,242 ^a	1	,000		
	Corrección de continuidad ^b	25,218	1	,000		
	Razón de verosimilitud	18,296	1	,000		
	Prueba exacta de Fisher				,000	,000
	N de casos válidos	298				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,99.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,85.

d. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,26

El valor de Chi-cuadrado de Pearson en las tablas cruzadas es mayor a 3,84 (99.64) por lo tanto no es debido al azar.

Tabla XIX: Estimación de riesgo

Estado emocional del paciente posterior a la valoración	Valor	Intervalo de confianza de 95 %		
		Inferior	Superior	
ANSIEDAD	Razón de ventajas para El paciente aclaro sus dudas (NO / SI)	7,538	2,115	26,867
	Para cohorte Se le dio informacion clara = NO	4,269	1,992	9,149
	Para cohorte Se le dio informacion clara = SI	,566	,320	1,001
	N de casos válidos	123		
TRANQUILIDAD	Para cohorte Se le dio informacion clara = SI	,800	,621	1,030
	N de casos válidos	175		
Total	Razón de ventajas para El paciente aclaro sus dudas (NO / SI)	9,923	3,743	26,308
	Para cohorte Se le dio informacion clara = NO	6,949	3,275	14,744
	Para cohorte Se le dio informacion clara = SI	,700	,536	,916
	N de casos válidos	298		

El riesgo relativo mayor a la unidad, al no aclarar dudas al paciente sobre el manejo anestésico y todo lo que implica incrementa en un 426 % el riesgo de presentar ansiedad comparado con el hecho de hacerlo.

Tabla XX: Relación entre el estado emocional y sexo del paciente

Recuento

Emocional		sexo		Total
		HOMBRE	MUJER	
	ANSIEDAD	57 _a	66 _a	123
	TRANQUILIDAD	81 _a	94 _a	175
Total		138	160	298

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de sexo categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

FIGURA 8: Relación entre el estado emocional y sexo del paciente

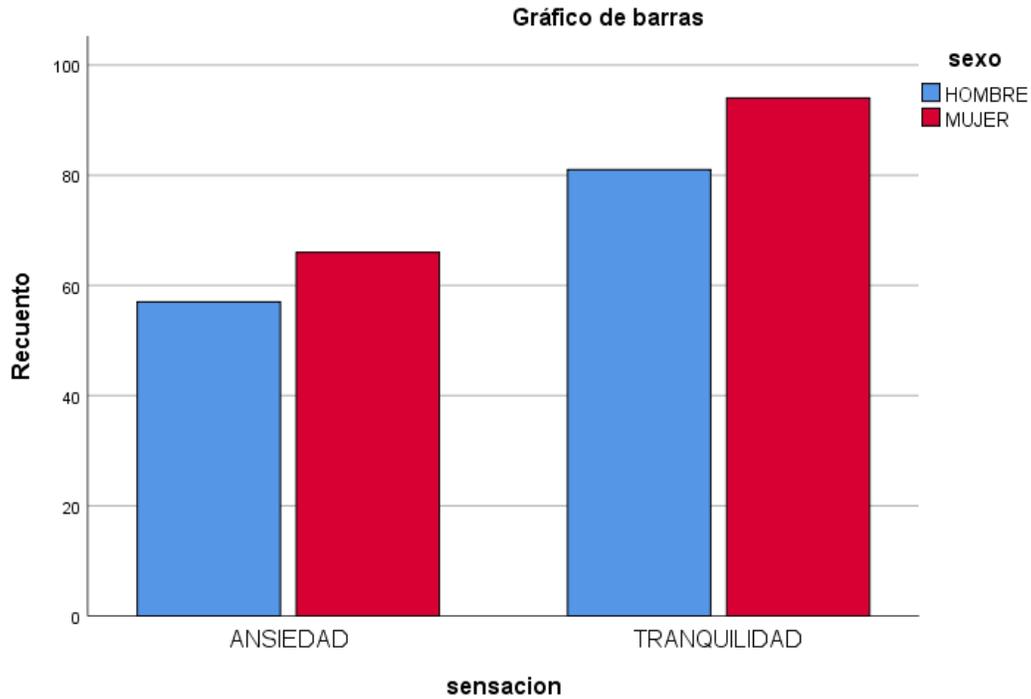


Tabla XXI: Pruebas de chi-cuadrado Sexo/ estado emocional.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000 ^a	1	,992		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,000	1	,992		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,543
N de casos válidos	298				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 56,96.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla XXII: Relación entre escolaridad y estado emocional del paciente

Recuento

		escolaridad						Total
		NINGUNA	POSTGRADO	PREPARATORIA	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSIDAD	
Emocional	ANSIEDAD	9 _a	3 _{b, c}	30 _c	15 _c	20 _c	46 _b	123
	TRANQUILIDAD	0 _a	6 _{b, c}	25 _c	10 _c	23 _c	111 _b	175
Total		9	9	55	25	43	157	298

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de escolaridad categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

FIGURA 9: Relación entre escolaridad y estado emocional del paciente

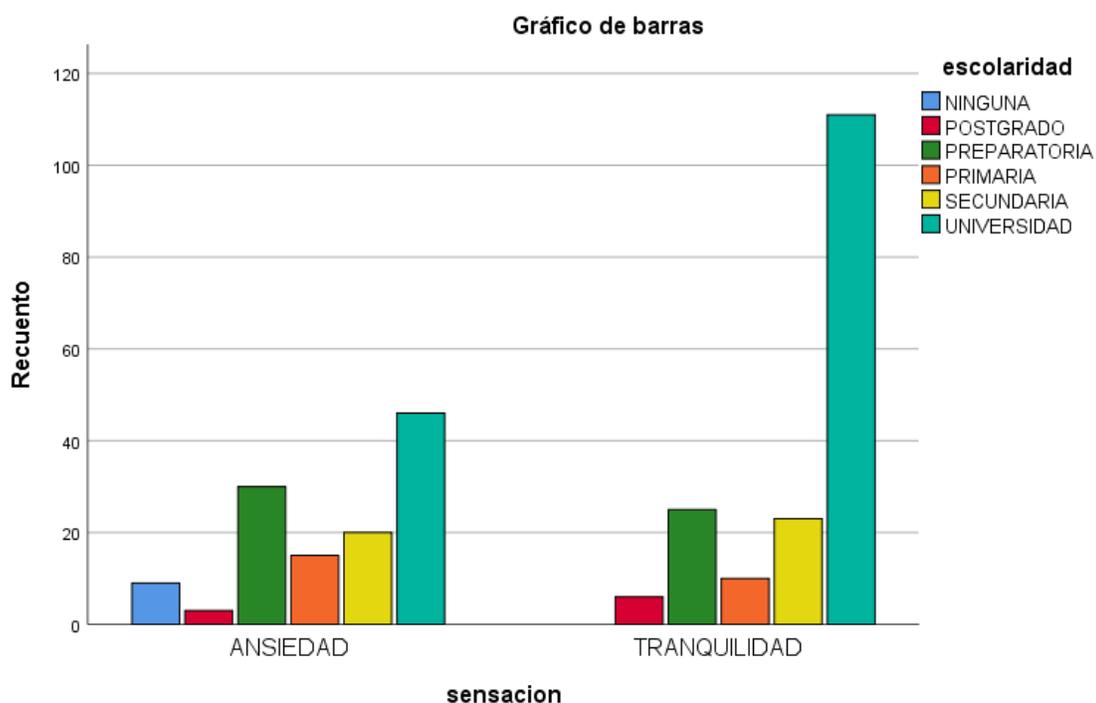


Tabla XXIII: Pruebas de chi-cuadrado escolaridad / estado emocional.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,427 ^a	5	,000
Razón de verosimilitud	33,785	5	,000
N de casos válidos	298		

a. 2 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,71.

Tabla XXIV: Relación entre experiencia anestésica previa u estado emocional del paciente

Recuento

Emocional		anest previa		Total
		NO	SI	
ANSIEDAD		57 ^a	66 ^b	123
	TRANQUILIDAD	15 ^a	160 ^b	175
Total		72	226	298

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de anest previa categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre sí en el nivel ,05.

FIGURA 10: Relación entre experiencia anestésica previa u estado emocional del paciente

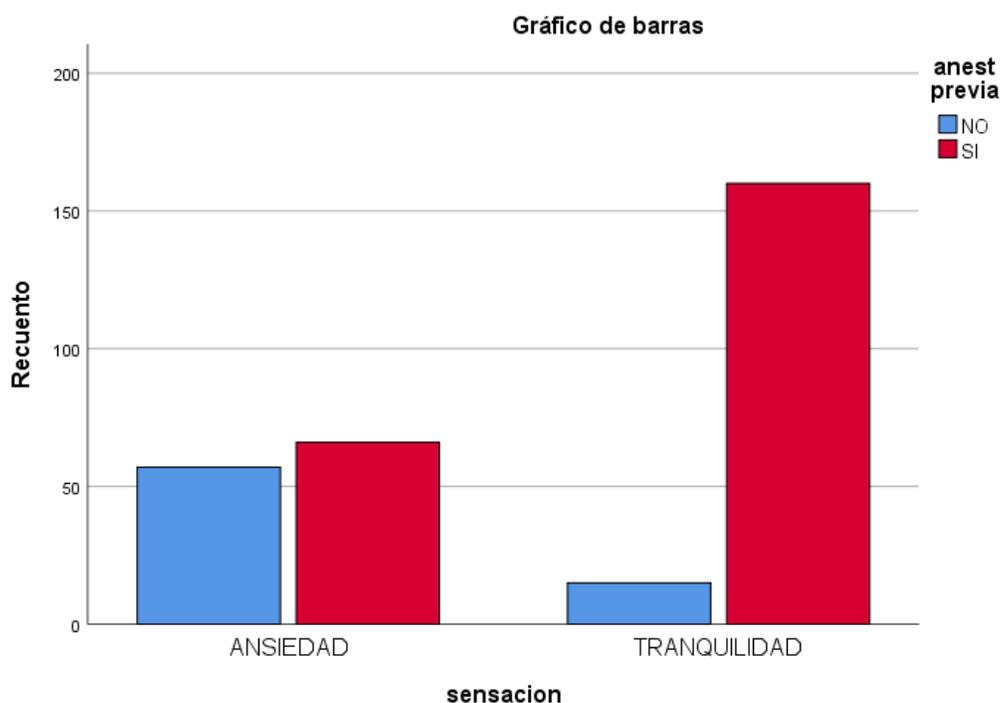


Tabla XXV: Pruebas de chi-cuadrado Experiencia previa / Emocional

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,236 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	54,193	1	,000		
Razón de verosimilitud	57,313	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	298				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 29,72.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

15. Discusión:

En éste se estudio se observó a pacientes programados para procedimiento quirúrgico que habían sido valorados previamente por médicos del servicio de anestesiología y firmada carta de consentimiento informado, en su mayor parte fueron mujeres, la mayoría de los pacientes tuvieron escolaridad universitaria o más, estas 2 variables no fueron significativas al relacionarse con el temor que tenían los pacientes al procedimiento quirúrgico y anestésico posterior a la valoración. Los pacientes sometidos previamente a procedimiento anestésico presentaban menos ansiedad, así como los que el servicio a cargo les había informado como sería su plan quirúrgico, en la mayoría de las veces es la base para tomar la decisión de técnica anestésica, una vez teniendo una idea de lo que se va a hacer en quirófano se proponen diferentes técnicas dependiendo de las condiciones del paciente, donde se tenga la mayor seguridad y la menor probabilidad de presentar complicaciones. Posterior a la adecuada valoración pre anestésica se tiene in panorama más amplio de la condición clínica del paciente y esto permite realizar propuestas de posibles técnicas anestésicas, aquí es donde entra un punto crucial para mejorar la calidad de atención al paciente y con disminuir incluso eliminar la ansiedad por su parte, momento en que se explica con detalles específicos de la técnica anestésica, según los factores del paciente puede existir en menor o mayor grado la posibilidad de complicaciones las cuales se hacen saber al paciente en medida de lo posible sin llegar a la catastrofización innecesaria, además de explicar que existen alternativas, en este estudio, al brindar información clara y precisa se encontró relación con la tranquilidad del paciente en el periodo pre anestésico, una vez explicado se establece una interacción con el paciente para que se tenga la oportunidad de expresar dudas e inquietudes, este paso fortalece la relación médico paciente y como lo vimos en los resultados tiene impacto sobre el estado emocional del paciente. En el ISSSTE específicamente en el CMN 20 de noviembre se atienden personas en su mayoría adultos mayores con grado de

estudio de licenciatura o superior eso obliga al anestesiólogo a tener la capacidad de poder interactuar para brindar información de calidad. Gran porcentaje de los pacientes intervenidos ya han tenido contacto previo en su vida con algún anestesiólogo y podemos encontrar 2 condiciones, por un lado un paciente con antecedente sin complicaciones con un bajo nivel de estrés pre quirúrgico y por otro un paciente con mala experiencia por factores quirúrgicos, anestésicos, del mismo paciente o una combinación de los 3, posiblemente los menos modificables, una porción menor refirió que no se le había explicado posibles complicaciones, y no se le habían aclarado dudas, aquí se identificó que son acciones indispensables que se deben reforzar durante la valoración pre anestésica para ofrecer un servicio de calidad. El 92.6 % de los pacientes estuvo conforme con el momento de la valoración en las 24 horas previas a su cirugía. Al momento de explicar posibles complicaciones se encontró que a los pacientes se les ha informado las derivadas en el sistema respiratorio ya que el mayor número de procedimientos anestésicos son anestesia general que requiere instrumentación de vía aérea, y además se confirma nuevamente que se están informando las diferentes alternativas de manejo anestésico, las dudas más frecuentes por parte de los pacientes son en relación a la duración de la cirugía y el tiempo de recuperación de la anestesia.

16. Conclusiones

Las variables demográficas poco tienen impacto sobre el estado emocional del paciente posterior a la valoración pre anestésica, proporcionar información verídica clara y precisa a cerca del manejo anestésico tiene un impacto positivo importante en el estado emocional del paciente, al mismo tiempo se establece una relación médico paciente que da oportunidad a interactuar con el anesthesiólogo y tomar mejores decisiones en la sala quirúrgica.

17. Referencias

1. Hudgins C, Rose S, Fifield PY, Arnault S. Navigating the legal and ethical foundations of informed consent and confidentiality in integrated primary care. **American Psychological Association**. 2013; 31, 1, 9–19.
2. Heisig SR, Shedden-Mora MC, Hidalgo P. Framing and personalizing informed consent to prevent negative expectations: an experimental pilot study. *Health Psychology* 2015 **American Psychological Association**; 2015; 34, 10:1033–1037.
3. Hanson M, Pitt D. Informed consent for surgery: risk discussion and documentation. **Can J Surg**, 2017; 60, 1:69-70.
4. Pick A, Berry S, Gilbert K, McCaul J, Informed consent in clinical research. **Nursing Standard**. 2013; 27, 49: 44-47.
5. Murphy GS, Szokol JW, Avram MJ, Greenberg SB. Consent for anesthesia clinical trials on the day of surgery. **Anesthesiology**. 2016; 124:1246-55.
6. Balajonda NG, Bisanar TL, Mathew JP, Pang H. Determinants of a subject's decision to participate in clinical anesthesia research. **Anesth Analg**. 2013; 116:448–54.
7. Maher Z, Grill EK, Smith BP. Does proximity to violence negatively influence attitudes toward exception from informed consent in emergency research?. **J Trauma Acute Care Surg**. 2015; 79-3:364-371.
8. Barsky AJ, The iatrogenic potential of the physician's words. **JAMA**, 2017
9. Spehar B, Tye-Murray N, Myerson J. Real-time captioning for Improving Informed Consent: Patient and physician benefits. **Reg Anesth Pain Med** 2016;41: 65–68. Prochazka AV, Fink AS, Bartenfeld D, William G. Henderson. Patient perceptions of surgical informed consent: is repeat back helpful or harmful?. *J Patient Saf* 2014;10: 140 - 145.

10. Faden R, Kass N, Whicher D, Stewart W. Ethics and Informed Consent for Comparative Effectiveness Research With Prospective Electronic Clinical Data.; **Med Care.** 2013;51: 53–57.
11. Thomalla G, Boutitie F, Fiebach JB, Simonsen, ZC. Effect of informed consent on patient characteristics in a stroke thrombolysis trial, **Neurology** 2017;89:1400–1407.
12. Costa ML, Tutton E, Achten J, Grant R, Slowther AM; Informed consent in the context of research involving acute injuries and emergencies. **The Bone & Joint Journal.** 2017; 99-B:147– 150.
13. Nussmeier N, Saidman LJ, Shafer. A&a case reports: a progress report and an update on requirements for patient consent. **Anesth Analg.** 2014; 119: 1251.
14. Egekeze N, Dubin J, Williams K. The age of orthoinfo: a randomized controlled trial evaluating patient comprehension of informed consent. **J Bone Joint Surg Am.** 2016;98:e81(1-6).

18. Apéndices o Anexos

ANEXO 1: EXTRACTO DE PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-006-SSA3-2017, Para la práctica de anestesiología.

3.3 Carta de consentimiento informado, al documento escrito y signado por el paciente, su representante legal o el familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta el procedimiento anestésico con fines diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos, de rehabilitación, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

8.2 Obtener del paciente, familiar más cercano en vínculo o representante legal, la carta de consentimiento informado, previa información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre los beneficios del plan anestésico propuesto, así como, los riesgos y las complicaciones que pudieran presentarse, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, citada en el numeral 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.

12.4 Para el plan de manejo anestésico, se deberá obtener la carta de consentimiento informado, de conformidad con lo establecido en el numeral 8.2, de esta Norma.

14.1 Deberá recabarse la carta de consentimiento informado, de conformidad con lo establecido en el numeral 8.2, de esta Norma.

15.1.1.1 Deberá recabarse la carta de consentimiento informado a todo paciente que vaya a ser sometido a cualquier procedimiento de cirugía ambulatoria y aplicarán los criterios y lineamientos señalados en esta Norma.

ANEXO 2: EXTRACTO DE NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

4.2 Cartas de consentimiento informado, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

10.1 Cartas de consentimiento informado.

10.1.1 Deberán contener como mínimo:

10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

10.1.1.3 Título del documento;

10.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite;

10.1.1.5 Acto autorizado;

10.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

10.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del

acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y

10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento,

deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal;

10.1.1.9 Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.

10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos.

ANEXO 3: ENCUESTA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.

EDAD: _____ SEXO: _____ ACEPTA REALIZAR ENCUESTA SOBRE C.I.: _____

ESCOLARIDAD: _____ CIRUGÍA PROGRAMADA: _____

SERVICIO QUIRÚRGICO: _____

1. ¿CUENTA CON CIRUGÍAS Y / O MANEJO ANESTÉSICO PREVIO? SI NO
2. ¿SABE QUE CIRUGÍA SE LE VA A REALIZAR? SI NO
3. ¿EL ANESTESIOLOGO LE DIO DETALLES A CERCA DE LA ANESTESIA?
SI NO
4. ¿LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA LE FUE CLARA? SI NO
5. ¿EXPLICO POSIBLES RIESGOS O COMPLICACIONES? SI NO
6. ¿Cuáles RECUERDA? _____
7. ¿SE LE DIO OPORTUNIDAD DE EXPRESAR SUS DUDAS? SI NO
8. ¿Cuál FUE SU DUDA MAS RELEVANTE? _____
9. ¿SE ACLARARON SUS DUDAS? SI NO
10. ¿CONSIDERA QUE EL TIEMPO EN QUE SE VALORO PREVIO A LA CIRUGÍA FUE ADECUADO?
11. ¿QUE SENSACIÓN LE CAUSA QUE SE LE HAYA DADO INFORMACIÓN SOBRE LA ANESTESIA

Anexo 4: Carta de consentimiento informado, Hoja 1 de 2



CENTRO MEDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE"
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

Lugar y fecha: México D. F., _____ de _____ de 20____
Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Expediente: _____ Folio: _____ CURP: _____
Diagnostico: _____
Procedimiento: _____

El (la) que suscribe _____
En pleno uso de mis facultades mentales y sin presión alguna, como:

PACIENTE ()

RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE ()

Otorgo mi consentimiento al personal médico adscrito al servicio de Anestesiología de esta unidad médica, para que bajo su supervisión me sea administrada la técnica anestésica que considere necesaria para que se realice:

Nombre del acto o procedimiento principal que se planea realizar _____

Y Declaro lo siguiente:

1.- Me han explicado, aclarado todas las dudas y me han dicho los beneficios y principales riesgos y complicaciones posibles de la anestesia que se va a aplicar:

Anestesia General: incluye la administración de medicamentos intravenosos y gases inhalados, los cuales causan inconciencia y pueden Provocar:

- Daño dental durante la colocación del tubo u otro dispositivo para proteger la vía aérea
- Lesión de la mucosa en la boca y/o nariz
- Imposibilidad técnica para colocar el tubo traqueal que podría requerir una medida de emergencia como: cricotirotomía o traqueostomía.
- Imposibilidad para oxigenar adecuadamente al paciente con probabilidad de provocar hipoxia severa
- Paso del contenido del estómago al pulmón, por vomito mientras se duerme o despierta.
- Ronquera y/o dolor de garganta después de intubación.
- Complicaciones graves raras como: Daño cerebral, infarto, recuerdo de la cirugía, embolismo pulmonar, o paro cardíaco.

Anestesia Regional: Incluye la administración de medicamentos mediante agujas en los espacios epidural y/o espinal y en la cercanía de los nervios, ocasionando temporalmente la pérdida de sensaciones dolorosas y motoras en áreas deseados para el procedimiento quirúrgico y dado el caso, analgesia postoperatoria y pueden provocar:

- Efecto sistémico por el anestésico local debido a la inyección o absorción intravascular inadvertida que puede manifestarse con adormecimiento transitorio de lengua, mareo o convulsiones.
Dolor de cabeza durante y/o después del procedimiento, posterior a la punción accidental de la dura madre.
- Ruptura y secuestro del catéter en el espacio peridural.
- Raquea masiva o bloqueo espinal toral con hipotensión, insuficiencia respiratoria, pudiendo presentar hipoxia severa.
- Dolor en la columna vertebral en el sitio de punción de la anestesia
- Hematoma epidural o subdural, que puede tener secuelas neurológicas, como pérdida de la sensibilidad y/o fuerza en las extremidades.

Anexo 4: Carta de consentimiento informado, Hoja 2 de 2

- Infección en sitio de punción.
- Meningitis y absceso epidural.
- Otras complicaciones neurológicas como síndrome de arteria espinal y el síndrome de causa equina.

Anestesia local con sedación o vigilancia: implica la administración local de medicamentos, con apoyo o no de medicamentos sedantes intravenosos y pueden provocar:

- Extensión insuficiente de la infiltración de anestésico local y cambio de la técnica anestésica.
- Depresión respiratoria y cambio de técnica anestésica.

En todos los tipos de anestesia:

- En caso de requerir monitorización más especializada (invasiva) debido a la gravedad del paciente por el tipo de padecimiento, se pueden utilizar otros métodos como: instalación de un catéter venoso central, línea arterial, catéter en arteria pulmonar, u otros, con el riesgo de lesionar estructuras vecinas como un nervio, vena, arteria, pleura o pulmón, así mismo provocar trastornos del ritmo cardiaco.
- Se pueden presentar reacciones alérgicas, anafilácticas o adversas del paciente a los medicamentos aplicados durante el periodo perioperatorio del procedimiento, con probabilidad de daño orgánico y/o complicaciones severas.

2.- Estoy consciente que no existe garantía absoluta del resultado del procedimiento, ya que todo acto médico implica un riesgo debido a mi estado físico actual, mis antecedentes médicos personales, tratamientos previos y a la causa que da origen a la intervención quirúrgica o a una combinación de todos los factores.

3.- Se me ha explicado que el personal médico del servicio de Anestesiología del hospital cuenta con amplia experiencia y con el equipo médico para mi cuidado y manejo durante mi procedimiento y aun así, eso no me exime de presentar complicaciones que van desde leves hasta severas, pudiendo causar secuelas permanentes e incluso complicaciones severas que provoquen fallecimiento.

4. Finalmente, conozco los beneficios, el propósito y la naturaleza del procedimiento anestésico y asimismo, he tenido la oportunidad de preguntar y resolver todas mis inquietudes de manera satisfactoria.

5. Igualmente entiendo que en el momento que lo desee este consentimiento puede ser REVOCADO de mi parte.

AUTORIZO

MEDICO INFORMANTE

NOMBRE Y FIRMA
PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL

NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO

TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA