



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

## PERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN DEL RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA DURANTE LA VALORACIÓN PREANESTÉSICA

### TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA  
**ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA**  
PRESENTA

**DRA. COETO HERNÁNDEZ ERIKA GEORGINA**

**ASESOR: DR. JOAQUIN ANTONIO GUZMÁN SÁNCHEZ**



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2011



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.

DOCTORA  
**DIANA G. MÉNEZ DIAZ**  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR  
**ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES**  
JEFE DE SERVICIO Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
**POSTGRADO EN ANESTESIOLOGÍA**  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR  
**JOAQUIN ANTONIO GUZMÁN SÁNCHEZ**  
ANESTESIOLOGO  
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  
ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

***A MIS PADRES***

## ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MATERIAL PACIENTES Y METODOS	6
RESULTADOS	8
DISCUSION	14
CONCLUSIONES	17
ANEXO	18
BIBLIOGRAFÍA	19

## RESUMEN

El anestesiólogo enfrenta la comunicación como un reto ya que la práctica anestésica tiene circunstancias únicas, debido a que el contacto con el paciente consciente es muy breve. Por lo tanto la comunicación clara, sucinta y respetuosa es esencial para trabajar en un tiempo breve presentado por la práctica anestésica. Históricamente el anestesiólogo era entrenado para adquirir habilidades técnicas, actualmente se percibe la falta de habilidades en comunicación requeridas para negociar efectivamente con el paciente, con su entorno psicosocial y con las necesidades de información durante la visita preanestésica. Por ello dentro de las competencias profesionales las habilidades de comunicación son una dimensión muy importante hoy en día.

Objetivo: Evaluar las habilidades de comunicación del residente de anestesiología con el paciente durante la valoración preanestésica.

Material, Pacientes y Métodos: Se realizó una encuesta descriptiva, durante los meses de septiembre-diciembre 2010 en el Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se incluyeron pacientes sometidos a diferentes tipos de cirugía, mayores de 18 años, hombres o mujeres, ASA 1-3 y con diferente nivel educativo. No se incluyeron en el estudio pacientes con alteraciones de la conciencia, alteraciones psiquiátricas, trastornos de la cognición, hipoacúsicos, invidentes, con antecedente de ingesta previa de benzodiazepinas o que no aceptaran participar en el estudio.

La percepción del paciente de la comunicación con el residente de anestesiología fue evaluada con una traducción al español del Communication Assessment Tool (CAT)

Resultados: Se realizaron 248 encuestas a pacientes con edad promedio de media de  $49.6 \pm 17$  años. Las preguntas con mayor puntuación en la opción de excelente fueron: "El personal médico me trato con respeto con 63.7%, seguida de "el anestesiólogo me trato con respeto" donde se obtuvo 62.1% para la categoría de respuesta excelente, sin embargo el resto no consiguió calificación mayor al 60%.

Conclusiones. Los resultados indican la necesidad de mejorar las habilidades de comunicación en los residentes de segundo y tercer año de anestesiología de la sede estudiada. Es necesario reflexionar sobre la implementación de la materia comunicación con el paciente en los planes de estudio de pregrado y posgrado de las escuelas de medicina de nuestro país.

Palabras Clave: 1) habilidades de comunicación 2) relación médico paciente 3) valoración preanestésica 4) educación en anestesiología.

### 1. DATOS DEL ALUMNO

Apellido Paterno: COETO

Apellido materno: HERNANDEZ

Nombre: ERIKA GEORGINA

Teléfono: 54464624

Universidad: Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Carrera: MEDICO ESPECIALISTA ANESTESIOLOGIA

No. de cuenta 97256081

### 2. DATOS DEL ASESOR

Apellido paterno: GUZMÁN

Apellido materno: SÁNCHEZ

Nombre (s) JOAQUIN ANTONIO

### 3. DATOS DE LA TESIS

Título: **PERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN DEL RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA DURANTE LA VALORACIÓN PREANESTÉSICA.**

No. de páginas: 16

Año: 2011

## INTRODUCCION

El anestesiólogo enfrenta a la comunicación como un reto ya que la práctica anestésica tiene circunstancias únicas, porque el contacto con el paciente consciente es muy breve. Por lo tanto la comunicación clara, sucinta y respetuosa es esencial para trabajar en un tiempo breve presentado por la práctica anestésica<sup>1</sup>. Se ha observado en los resultados de diversos estudios que los pacientes desconocen si el anestesiólogo es médico y también las actividades que realiza dentro y fuera del quirófano lo que refleja falta de educación, lo que limita la comunicación anestesiólogo-paciente<sup>2,3</sup>.

La evaluación preanestésica es la primera obligación del anestesiólogo, Plata y Roizen<sup>3</sup> identificaron seis metas: 1.-Clasificar el estado de salud y asegurar la salud física para el procedimiento anestésico. 2.-Crear un plan anestésico en común de acuerdo con el paciente y educarlo al respecto.3.-Reducir la ansiedad fisiológica y psicológica.4.-Planear los cuidados postanestésicos y la terapia de dolor. 5.-Coordinar el cuidado del paciente para disminuir costos y mejorar resultados y finalmente 6.-Obtener el consentimiento informado para la anestesia.

La visita preanestésica debe ser un foro de educación para el paciente, además es un momento oportuno para identificar correctamente al anestesiólogo como médico<sup>4</sup>. En un estudio reciente la mayoría de los anestesiólogos estuvo de acuerdo en que la visita preanestésica es infravalorada tanto en la educación médica de pregrado como de posgrado y que el programa de entrenamiento incrementa sus habilidades interpersonales<sup>5</sup>.

Históricamente el anestesiólogo era entrenado para adquirir habilidades técnicas, actualmente se percibe la falta de habilidades en comunicación requeridas para negociar



efectivamente con el paciente, con su entorno psicosocial y con las necesidades de información durante la visita preanestésica. Actualmente los factores que inducen demandas se inician con una mala relación médico-paciente, destacando la información y comunicación deficientes por parte del médico. Estudios previos reportan que 80% de los juicios legales contra los médicos son inconsistentes, quizá porque muchas de las demandas se deben más a una relación médico-paciente insatisfactoria que a la existencia de verdaderas deficiencias en la atención <sup>6</sup>.

La capacidad de comunicación de los médicos especialistas debe de desarrollarse desde la etapa de entrenamiento ya que es una forma para mejorar la empatía y reducir la ansiedad perioperatoria, además de que mejora la satisfacción de los pacientes.

Existen escasas herramientas para medir las habilidades interpersonales y de comunicación con los pacientes, las encuestas han sido la opción más viable a lo largo de la historia. Además los instrumentos más exactos algunas veces mezclan puntos de comunicación con satisfacción. El CAT (Communication Assessment Tool) es un instrumento desarrollado por Makoul y cols.<sup>7</sup> en el año 2007 y tiene como propósito medir la comunicación médico-paciente desde la perspectiva del paciente después de una consulta médica. Los quince reactivos que lo integran fueron generados de la literatura, de cuatro grupos de discusión con pacientes y de una encuesta nacional a pacientes dirigida por la University of Wisconsin Survey Center. La construcción y validación fue realizada en 950 pacientes y 38 médicos de las siguientes especialidades: dermatología, medicina familiar, neurocirugía, oftalmología, ortopedia cirugía, medicina física y rehabilitación. La escala de las respuestas de cada pregunta se graduaron de escasa a excelente y los resultados son reportados como porcentajes. Se demostró que el CAT tiene una consistencia interna elevada (Coeficiente alfa de Cronbach de 0.96) para los catorce puntos, por lo tanto es un instrumento válido y confiable para medir la actuación

del médico desde la perspectiva del paciente en habilidades interpersonales y de comunicación.

En los planes de estudio de algunas universidades de anestesiología, no están contempladas las habilidades de comunicación con el paciente. Los datos obtenidos en este estudio permiten sugerir el desarrollo de dichas habilidades, específicamente en nuestra especialidad en donde los encuentros con el paciente en estado consciente son escasos.

El objetivo del presente estudio fue evaluar las habilidades de comunicación del residente de anestesiología con el paciente durante la valoración preanestésica con el instrumento CAT con adecuada validez y confiabilidad<sup>7</sup>, para ello fue necesario traducir el instrumento CAT al español y adaptarlo a la especialidad de anestesiología

## **MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio con diseño observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, de tipo encuesta descriptiva, durante los meses de septiembre-diciembre 2010 en el Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se incluyeron pacientes sometidos a diferentes tipos de cirugía, mayores de 18 años, hombres o mujeres, ASA 1-3 y con diferente nivel educativo. No se incluyeron, pacientes con alteraciones de la conciencia, alteraciones psiquiátricas, trastornos de la cognición, hipoacúsicos, invidentes, con antecedente de ingesta previa de benzodiazepinas o que no aceptaran participar en el estudio.

La percepción del paciente de la comunicación con el residente de anestesiología fue evaluada con una traducción al español del Communication Assessment Tool (CAT)<sup>7</sup>, el cual es un instrumento adaptado para evaluar la comunicación durante la valoración preanestésica. En este proyecto se realizó una modificación de la palabra “doctor” por el de “anestesiólogo” para ser adaptado a nuestra especialidad, para que el paciente evalúe la calidad en la comunicación durante la valoración preanestésica efectuada por residentes de anestesiología.

Los pacientes fueron seleccionados de la programación diaria de cirugía inmediatamente después de la valoración preanestésica llevada a cabo por residentes de segundo o tercer año de anestesiología. Se solicitó el consentimiento a los pacientes seleccionados, explicándose el objetivo de los resultados, asegurando la confiabilidad de los mismos y tomándose en cuenta el Código de Helsinki para investigación en seres humanos, así como la Ley General de Salud en materia de investigación.

Las variables demográficas numéricas fueron reportadas como media y desviación estándar y las cualitativas en porcentajes. De las categorías de respuesta de cada reactivo fue reportada la mediana dado que no tuvieron una distribución semejante a la normal, así como el porcentaje de cada una de las categorías del cuestionario (Anexo). En el instrumento original no se consideraron puntos de corte para definir lo que en realidad es habilidad efectiva en la comunicación, por lo que se realizó únicamente análisis estadístico descriptivo de la información.

## RESULTADOS

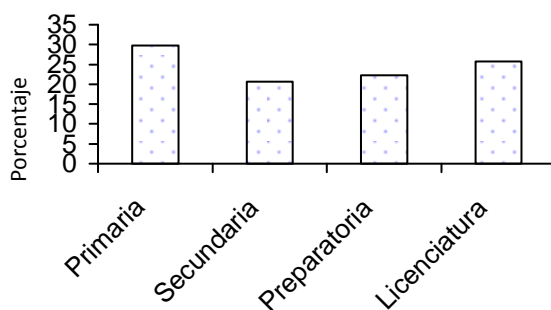
Se realizaron 248 encuestas a paciente con edad promedio de  $49.6 \pm 17$  años, mínima de 18 y máxima 86 años; 49.6% fueron mujeres y 50.4% hombres.

Dentro del nivel de educación el 29.8% de los pacientes solo contaba con primaria y el 25.8% con licenciatura (Tabla 1, Figura 1)

**Tabla 1. Nivel educativo**

Categorías	%
Analfabeta	0.8
Primaria	29.8
Secundaria	20.6
Preparatoria	22.2
Licenciatura	25.8
Maestría	0.8

**Figura 1. Nivel educativo**

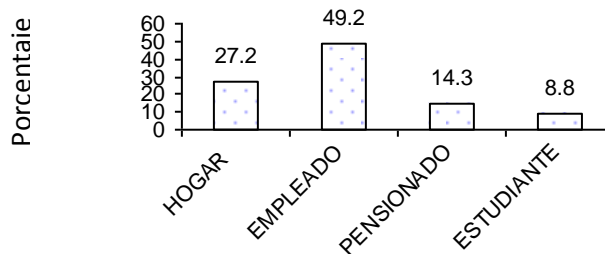


Dentro de las principales ocupaciones de los pacientes entrevistados figuran 117 (49.2%) empleados, dedicados al hogar 66 (27.2%), pensionados 34 (13.7%) y tan solo 21 (8.5%) pacientes fueron estudiantes (Tabla 2, Figura 2).

**Tabla 2. Ocupación**

Categorías	%
Hogar	27.2
Empleado	49.2
Pensionado	14.3
Estudiante	8.8

**Figura 2. Ocupación**

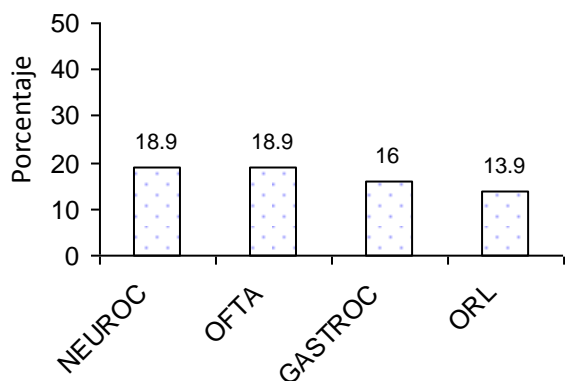


La especialidades con mayor porcentaje de procedimientos fueron neurocirugía y oftalmología representadas por 18.9% cada una, seguidas por otorrinolaringología con 13.9 % (Tabla 3, Figura 3). Los antecedentes de cirugía previa estuvieron presentes en 203 (81.9%) de los pacientes encuestados (Figura 4).

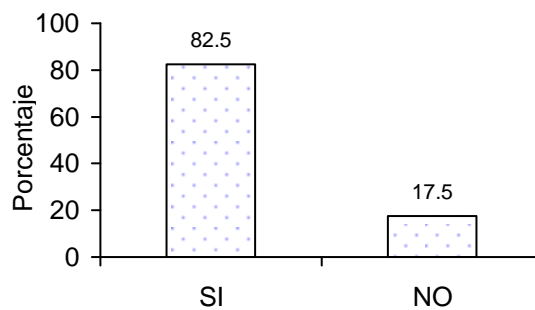
**Tabla 3. Especialidades quirúrgicas**

Especialidades	%
Neurocirugía	18.9
Oftalmología	18.9
Gastrocirugía	16
Otorrinolaringología	13.9
Urología	12.3
Cirugía de cabeza y cuello	9.8
Angiología	3.3
Cirugía plástica reconstructiva	2.9
Cirugía de colon y recto	2
Cirugía maxilofacial	1.6

**Figura 3. Especialidad quirúrgica**



**Figura 4. Cirugías previas**



El tiempo de administración del cuestionario CAT fue de 15 a 20 minutos por paciente, que incluyó el tiempo de explicación, el consentimiento informado y la aplicación del instrumento. En la tabla 4. se presenta los porcentajes de las 15 preguntas en la categoría de respuesta “excelente”.

**Tabla 4. Resultados de las preguntas del CAT \***

PREGUNTAS	%
1.Me saludó de tal manera que me hizo sentir cómodo	54.4
2.-Me trató con respeto	62.1
3.-Demostró interés en mis ideas acerca de mi salud	46.8
4.-Entendió mis principales preocupaciones de salud	39.9
5.-Me puso atención (me miró, escuchó cuidadosamente)	55.2
6.-Me permitió hablar sin interrupciones	54.0
7.-Me proporcionó tanta información como lo solicite	46.0
8.-Habló con palabras que pude entender	50.4
9.-Verificó para estar seguro que yo entendiera todo	46.0
10.-Me animó para hacer preguntas	39.5
11.-Me involucró en mis decisiones tanto como lo desee	34.7
12.-Discutí pasos posteriores, incluyendo planes de seguimiento	33.1
13.-Demostró atención y preocupación	42.7
14.-Utilizó el tiempo justo conmigo	52.0
El personal médico:	
15.Me trató con respeto	63.7

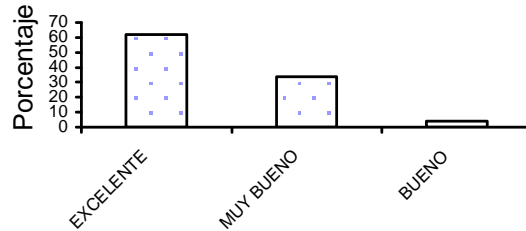
\* Únicamente se presentan los porcentajes en la categoría de respuesta excelente

Dentro de los resultados se observa que las preguntas con mayor frecuencia en la opción de respuesta excelente fueron: “Me trato con respeto” en 62.1% (Tabla 5, Figura 5).

**Tabla 5. Me trato con respeto**

Categoría de Respuesta	%
Bueno	4
Muy bueno	33.5
Excelente	62.1

**Figura 5. Me trato con respeto**



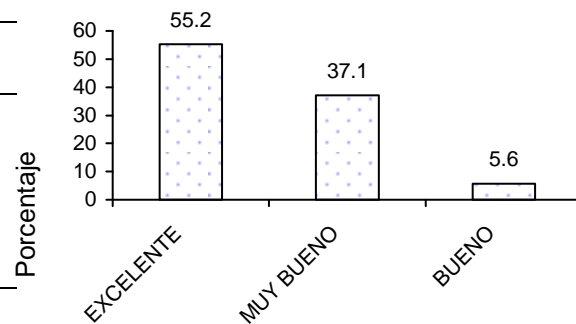
“Me puso atención (me miró, escuchó cuidadosamente)” en 55.2% (Tabla 6, Figura 6) y “Me saludó de tal manera que me hizo sentir cómodo”, 54.4% (Tabla 7, Figura 7).

A continuación se grafican las preguntas con mayores porcentajes del CAT y posteriormente los porcentajes bajos de la respuesta con categoría “excelente”

**Tabla 6. Me puso atención**

Categoría de Respuesta	%
Bueno	5.6
Muy bueno	37.1
Excelente	55.2

**Figura 6. Me puso atención**

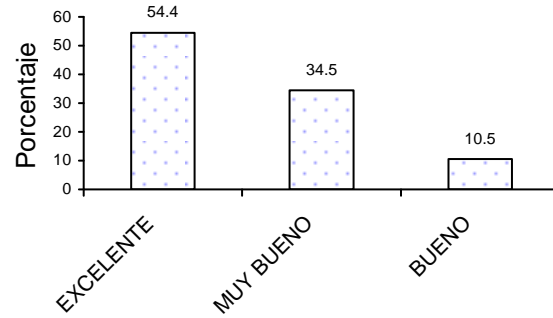




**Figura 7. Me saludó de tal manera que me hizo sentir cómodo**

**Tabla 7. Me saludó de tal manera que me hizo sentir cómodo**

Categoría de Respuesta	%
Bueno	10.5
Muy bueno	34.3
Excelente	54.4

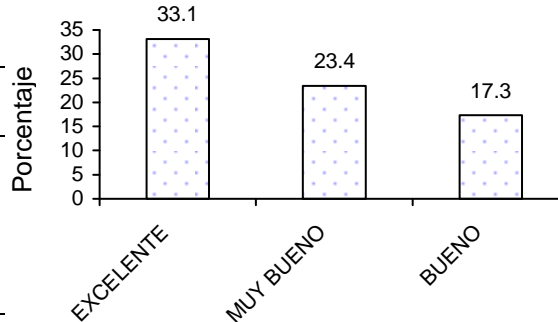


Los porcentajes más bajos en la categoría de respuesta excelente, fueron para las preguntas: “Entendió mis principales preocupaciones de salud”, con 39.3% (Tabla 8, Figura 8); “Me involucró en mis decisiones tanto como lo desee”, 34.7% (Tabla 9, Figura 9) y la “Discutí pasos posteriores al procedimiento quirúrgico-anestésico”, 33.1% (Tabla 10, Figura 10).

**Tabla 8. Discutí pasos posteriores, incluyendo planes de seguimiento**

Categorías de respuesta	%
Bueno	17.3
Muy bueno	23.4
Excelente	33.1

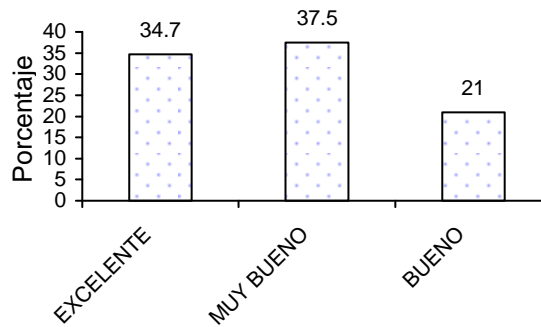
**Figura 8. Discutí pasos posteriores incluyendo planes de seguimiento**



**Tabla 9. Me involucró en mis decisiones tanto como lo desee**

Categorías de respuesta	%
Bueno	21
Muy bueno	37.5
Excelente	34.7

**Figura 9. Me involucro en mis decisiones tanto como lo desee**

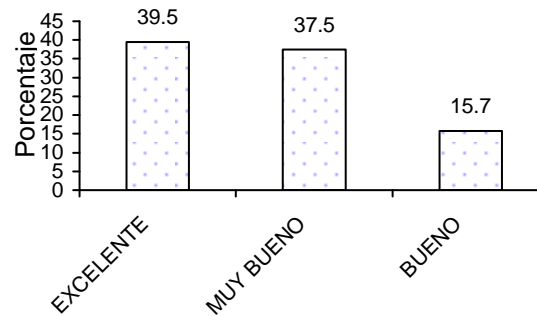


Dentro de las gráficas expuestas no se consideran las categorías de respuesta “escasa” o “suficiente”, debido a su bajo porcentaje.

**Tabla 10. Me animó para hacer preguntas**

Categorías de Respuesta	%
Bueno	15.7
Muy bueno	37.5
Excelente	39.5

**Figura 10. Me animó para hacer preguntas**



## DISCUSIÓN

El lenguaje puede crear, preservar o destruir las relaciones, el significado se extiende más allá de nosotros mismos. Como resultado el lenguaje le da al ser humano el poder de modificar las circunstancias de la vida como ninguna otra especie puede hacerlo<sup>1</sup>.

No todo el lenguaje es comunicación, las maneras, hábitos, apariencias y las habilidades interpersonales afectan la impresión que da el médico al paciente o a otras personas<sup>8</sup>.

La interacción que se da previo al procedimiento anestésico es de vital importancia, implicando varios rubros: clasificar el estado de salud y asegurar la salud física para el procedimiento anestésico, crear un plan anestésico en común acuerdo con el paciente y educarlo sobre eso, reducir la ansiedad fisiológica y psicológica, planear los cuidados postanestésicos y la terapia de dolor, coordinar el cuidado del paciente para disminuir costos y mejorar resultados, así como obtener el consentimiento informado para la anestesia<sup>1</sup>. Pero además es el momento para que el anesthesiólogo pueda presentarse e informar al paciente el papel que desempeña, con el fin de mejorar la relación médico-paciente y crear una atmosfera de confianza. Una buena comunicación es protección profesional importante, además de proporcionar satisfacción y seguridad al paciente.

El instrumento (CAT) realizado por Makoul et al<sup>7</sup>, en Estados Unidos en el 2007, nos brinda un marco de referencia para el estudio de uno de los rubros más importante en la relación médico-paciente, que es la comunicación. Al crearlo capturó los puntos de vista del paciente después de un encuentro médico, hospitalizados o ambulatorios y abrió la pauta para iniciar el estudio sistematizado de la comunicación médico-paciente.

Dentro de los pautas para la creación de este instrumento se tomaron tres consideraciones importantes: las expectativas del paciente (dar información como lo necesite el paciente), la percepción del paciente con respecto al tiempo (proporcionar la

cantidad adecuada de tiempo al paciente) y por último el respeto del grupo médico hacia el paciente.

Las preguntas utilizadas en el CAT corresponden a puntos relevantes en la comunicación, que además tiene como característica importante ser de fácil administración en comparación con otras herramientas utilizadas en estudios anteriores. La pregunta con mayor porcentaje fue “El personal médico me trato con respeto con 63.7%, seguida de “el anestesiólogo me trato con respeto” donde se obtuvo 62.1% para la categoría de respuesta excelente, sin embargo el resto no consiguió calificación mayor al 60%. En estudios previos como el realizado por Min Mercer et.al.<sup>9</sup> en el área de urgencias se reportaron porcentajes como 69% en las preguntas: “Me trato con respeto”, “Demostró atención y preocupación” y “Me puso atención”, aunque estos porcentajes fueron mayores a los obtenidos en el presente estudio, ninguno rebasó el 80%. Por otra parte en el estudio original de Makoul et.al.<sup>7</sup> reporta un porcentaje medio de 84.4%, mucho mayor que en el estudio de Min Mercer et.al.<sup>9</sup> y del presente estudio, lo que significa mejor comunicación en la muestra estudiada y refleja la necesidad de elevar la calidad del proceso de comunicación en la población estudiada (residentes de segundo y tercer año de anestesiología). Otro factor importante es el nivel de educación de los pacientes, ya que se observó que en algunas ocasiones, se presentaba dificultad para entender las opciones de respuestas, inclusive en ocasiones se necesitó repetir las categorías de respuesta.

En la interacción entre el paciente y el anestesiólogo hay una distribución característicamente asimétrica, la tarea de conducir la entrevista centrada en el paciente permite compartir la toma de decisiones que parecieran especialmente difíciles como lo demuestra el bajo porcentaje obtenido del CAT, en la pregunta número 11 “Me involucré en mis decisiones tanto como lo desee” con tan solo 34.7% obtenido en la categoría de

respuesta excelente. Involucrar al paciente en la toma de decisiones recientemente ha llegado a ser una importante tarea<sup>10</sup>. Remontándonos en la historia de la medicina se podrá observar que existen tres modelos descritos en la interacción médico paciente: paternalista, toma de decisiones compartidas y el consentimiento informado<sup>11</sup>, por lo que actualmente no recae solamente en el médico sino también en el paciente la toma de decisiones, reflejando un incremento por el respeto de la autonomía del paciente.

En el estudio realizado por Kindler<sup>2</sup> et.al se observó que el principal objetivo de los médicos durante la valoración preanestésica fue recibir y proporcionar información en un 60%, expresaron un afecto emocional solo 7% y únicamente 0.1% demostró una actitud psicosocial. Estos hallazgos posiblemente reflejen el enfoque y la naturaleza técnica que se le ha dado a la visita preanestésica en la práctica actual<sup>2</sup>.

El CAT se ha utilizado para valorar la comunicación en otras especialidades, por lo que se observa que este instrumento salvo con ciertas modificaciones, puede ser adaptado y utilizado con el fin de medir la percepción en la comunicación médico-paciente.

Al igual que el artículo original, una de las limitaciones de este estudio es que no se obtuvieron puntos de referencia exacta, que determinen los porcentajes de categorías excelentes que definieran la eficacia de la comunicación en la relación médico paciente. Otras debilidades a considerar serían el sesgo de deseabilidad social, observado al realizar la encuesta frente al paciente y como se mencionó anteriormente, la ausencia de discriminación del grado de residente que realizó la valoración preanestésica.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados indican bajos porcentajes en la categoría de respuesta excelente y por lo tanto la necesidad de mejorar las habilidades de comunicación con los pacientes, en los residentes de segundo y tercer año en anestesiología de la sede estudiada, haciendo énfasis en la etapa de valoración preanestésica.

Se destaca la necesidad para la implementación de la materia comunicación en planes de estudio, tanto de pregrado como de posgrado en las escuelas de medicina de nuestro país.

## ANEXO

### I. INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA COMUNICACIÓN ENTRE EL RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA Y EL PACIENTE DURANTE LA VALORACIÓN PREANESTÉSICA

Edad:                      Sexo:                      Nivel de educación:                      Ocupación:  
 Fecha:  
 Diagnóstico preoperatorio:                      Cirugía programada:  
 Cirugías previas:                      Anestesis previas:

Entrevistó: R2\_\_\_\_ R3\_\_\_\_

<b>El anesthesiólogo:</b>	Pobre	Suficiente	Buena	Muy buena	Excelente
1.-Me saludó de tal manera que me hizo sentir cómodo	1	2	3	4	5
2.-Me trató con respeto	1	2	3	4	5
3.-Demostró interés en mis ideas acerca de mi salud	1	2	3	4	5
4.-Entendió mis principales preocupaciones de salud	1	2	3	4	5
5.-Me puso atención (me miró, escuchó cuidadosamente)	1	2	3	4	5
6.-Me permitió hablar sin interrupciones	1	2	3	4	5
7.-Me proporcionó tanta información como lo solicité	1	2	3	4	5
8.-Habló con palabras que pude entender	1	2	3	4	5
9.-Verificó para estar seguro que yo entendiera todo	1	2	3	4	5
10.-Me animó para hacer preguntas	1	2	3	4	5
11.-Me involucró en mis decisiones tanto como lo desee	1	2	3	4	5
12.-Discutí pasos posteriores, incluyendo planes de seguimiento	1	2	3	4	5
13.-Demostró atención y preocupación	1	2	3	4	5
14.-Utilizó el tiempo justo conmigo	1	2	3	4	5
<b>El personal médico:</b>	1	2	3	4	5
15.-Me trató con respeto					

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Kopp VJ, Shafer A.** Anesthesiologists and Perioperative Communication. *Anesthesiology* 2000; 93:548–555.
2. **Kindler CH, Szirt L, Sommer D, Hausler R, Langewitz W.** A quantitative analysis of anaesthetist–patient communication during the pre-operative visit. *Anaesthesia* 2005; 60: 53–59.
3. **Klafta JM, Roizen MF.** Current understanding of patient's attitudes toward and preparation for anesthesia: A review. *Anesth Analg* 1996; 83:1314–1321.
4. **Zvara DA, Mathes DD, Brooker RF, McKinley AC.** Video as a patient teaching tool: does it add to the preoperative anesthetic visit? *Anesth Analg* 1996; 82:1065-1068.
5. **Harms C, Young JR, Amsler F, Zettler C, Scheidegger D, Kindler CH.** Improving anaesthetists' communication skills. *Anaesthesia* 2004; 59: 166–172.
6. **Peña-Viveros R, Rodríguez-Moctezuma JR, López-Carmona JM.** Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Mex* 2004; 46: 210-215.
7. **Makoul G, Krupat E, Chang CH.** Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Education and Counseling* 2007; 67: 333–342.
8. **Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR.** Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol* 1999; 17:371–9.



9. **Min Mercer L, Tanabe P, Pang PS, Gisondi MA, Courtney DM, Engel KG, Donlan SM, Adams JG, Makoul G.** Patient perspectives on communication with the medical team: Pilot study using the communication assessment tool-team (CAT-T). *Patient Education and Counseling* 2008; 73: 220–223.
  
10. **Charles C, Gafni A, Whelan T.** Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine* 1997; 44: 681–92.
  
11. **Lain Éntralo Pedro.** *El médico y el enfermo*, Madrid: Editorial Triacastela, 2003. Capitulo 5. Estructura de la relación entre el médico y el enfermo.



## REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación: 3 SUROESTE. Unidad de adscripción: UMAE CMN SIGLO XXI. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

Asesor: Nombre: JOAQUIN ANTONIO GUZMÁN SÁNCHEZ. Matrícula: 5802954

Paterno: COETO Materno: HERNÁNDEZ Nombre: ERIKA GEORGINA

Matrícula: 99377255 Especialidad: ANESTESIOLOGÍA

Fecha Grado. 28 / 02 / 2011

Título de la tesis:

### **PERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN DEL RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA DURANTE LA VALORACIÓN PREANESTÉSICA**

Resumen: El anestesiólogo enfrenta la comunicación como un reto ya que la práctica anestésica tiene circunstancias únicas, debido a que el contacto con el paciente consciente es muy breve. Por lo tanto la comunicación clara, sucinta y respetuosa es esencial para trabajar en un tiempo breve presentado por la práctica anestésica.

Se evaluó las habilidades de comunicación del residente de anestesiología con el paciente durante la valoración preanestésica.

Se realizó un estudio con diseño observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, de tipo encuesta descriptiva, durante los meses de septiembre-diciembre 2010 en el Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se incluyeron pacientes sometidos a diferentes tipos de cirugía, mayores de 18 años, hombres o mujeres, ASA 1-3 y con diferente nivel educativo.

La percepción del paciente de la comunicación con el residente de anestesiología fue evaluada con una traducción y adaptación al español del Communication Assessment Tool (CAT).

Se realizaron 248 encuestas a pacientes (edad media de 49.6± 17años); las preguntas con mayor puntuación en la opción de excelente fueron: "El personal médico me trato con respeto con 63.7%, seguida de "el anestesiólogo me trato con respeto" donde se obtuvo 62.1% para la categoría de respuesta excelente, sin embargo el resto no consiguió calificación mayor al 60%.

Los resultados indican la necesidad de mejorar las habilidades de comunicación en los residentes de segundo y tercer año de anestesiología de la sede estudiada. Es necesario reflexionar sobre la implementación de la materia comunicación con el paciente en los planes de estudio de pregrado y posgrado de las escuelas de medicina de nuestro país.

Palabras Clave: 1) HABILIDADES DE COMUNICACION 2) RELACIÓN MÉDICO PACIENTE  
3) VALORACIÓN PREANESTÉSICA 4) EDUCACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA.

Páginas: 20

Ilustraciones: 20

Tipo de Investigación: Clínica

Tipo de Diseño: Encuesta Descriptivo

Tipo de Estudio: Clínico.

No. De Registro: F20113601-9.