

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**DR. DANIEL ALCIDES CARRIÓN**



**"CALIDAD DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN  
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA PROGRAMADA Y  
SU REPERCUSIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE  
HOSPITAL DE APOYO DE PALPA, AÑOS 2004 - 2008".**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE :**

**CIRUJANO GENERAL**

**PRESENTADO POR:**

**M.C. RENÁN JUAN ARAUJO QUISPE**

**ICA - PERU**

**2014**

**“CALIDAD DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN PACIENTES  
SÓMETIDOS A CIRUGÍA PROGRAMADA Y SU REPERCUSIÓN EN  
LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.- HOSPITAL DE APOYO DE  
PALPA, AÑOS 2004-2008”.**

### **ASESOR:**

**M. C. CARLOS WILLIAMS BRICEÑO RODRIGUEZ.**

- **ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA.**
- **EX DOCENTE PRINCIPAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ICA.**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- **Dr. José Kong Chirinos.**
- **Dr. León Llacsá Soto.**
- **Dra. Eliana Tipacti Papén.**
- **Dr. Neptalí Dongo de la Torre.**

## AGRADECIMIENTO:

A mis padres, en especial para mi madre Cristina, por su inagotable apoyo incondicional en mi herencia educativa, tanto académica como de la vida.

A todos mis maestros médicos, por la construcción de mi formación profesional con altos valores éticos; es especial, al Dr. Carlos Briceño Rodríguez, quien también contribuyó en la asesoría del presente.

*Lo que has de decir, antes de decirlo a otro, dítelo a ti mismo.*

Lucio Anneo Séneca.

## INDICE.

<b>RESUMEN - ABSTRACT.</b> .....	01
<b>1.INTRODUCCIÓN.</b> .....	03
<b>1.1: MARCO TEÓRICO.</b>	
1.1.1: Antecedentes del estudio. ....	05
<b>1.2: BASES TEÓRICAS.</b>	
1.2.1: Relación médico - paciente. ....	08
1.2.1.1: Relación médico – paciente – familia. ....	09
1.2.2: Evaluación y medicación preanestésica. ....	09
1.2.3: Derechos del paciente. ....	10
<b>1.3: MARCO CONCEPTUAL.</b>	
1.3.1: Aspectos éticos del ejercicio de la cirugía. ....	11
1.3.2: Información preoperatoria. ....	12
1.3.3: Consentimiento informado. ....	15
<b>1.4: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	
1.4.1: Definición del problema. ....	17
1.4.2: Delimitación del problema. ....	18
<b>1.5: HIPÓTESIS.</b>	
1.5.1: Hipótesis general. ....	20
1.5.2: Hipótesis alternativa. ....	20
<b>1.6: VARIABLES.</b>	
1.6.1: Variable dependiente. ....	20
1.6.2: Variable independiente. ....	20
1.6.3: Variable interviniente. ....	20
<b>1.7: OBJETIVOS.</b>	
1.7.1: Objetivo general. ....	21
1.7.2: Objetivos específicos. ....	21

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS.**

2.1: Tipo y nivel de investigación. ....	22
2.2: Población y muestra. ....	22
2.3: Criterios de inclusión y exclusión. ....	22
2.4: Procesamiento y análisis de datos. ....	23
2.5: Instrumento de investigación. ....	23
2.5.1: Fuentes de información. ....	23
2.5.2: Instrumento de recolección de datos. ....	23
2.6: Formulación del problema ....	24
<b>3. RESULTADOS. ....</b>	<b>25</b>
<b>4. DISCUSIÓN (Análisis e interpretación de resultados). ....</b>	<b>29</b>
<b>5. CONCLUSIONES (RECOMENDACIONES). ....</b>	<b>40</b>
<b>6. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA. ....</b>	<b>42</b>
<b>7. ANEXOS.</b>	
7.1: Definición de términos. ....	46
7.2: Fichas clínicas. ....	51
7.3: Frases relacionadas a la información. ....	53

## **RESUMEN.**

Se realizó un estudio en pacientes sometidos a cirugía programada (planeada) en el Hospital de Apoyo de Palpa, en el periodo de Enero 2004 a Diciembre 2008.

**Objetivo:** Determinar la calidad de información preoperatoria real que recibió el paciente, y su repercusión en la relación médico – paciente – familia.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo basado en datos de las historias clínicas y ampliadas con dos entrevistas personales. La muestra incluye 100 pacientes. En la entrevista 1, solo se considera la información tal como la recibió. En la N° 2, se plantean preguntas cerradas sobre complicaciones posoperatorias que debió recibir.

**Resultados:** El personal informante fue el cirujano (100%). Omitió información (100%) respecto a las complicaciones inmediatas, mediatas o tardías. No se emplearon (100%) medios auxiliares para mejorarla. El cirujano dedicó poco tiempo (91%) y faltó empatía y confianza (90%). No existieron casos de agresiones físicas, denuncias administrativas ni judiciales. La calidad fue buena en la primera entrevista en 72%, mientras que en la segunda, solo el 2%.

**Conclusiones:** La información preoperatoria consistió solo en aspectos generales de la cirugía. No existe un responsable y no se concibe como un proceso integral, multidisciplinario de todo el personal involucrado. Conocer posteriormente que existen complicaciones frecuentes y muy graves, y la aparición de éstas en el posoperatorio, crearon disconformidad, insatisfacción y pérdida de confianza (21%) en el paciente y su familia, alterando la relación.

**Palabras clave:** Información preoperatoria, consentimiento informado, relación médico paciente, derechos del paciente.

## **ABSTRACT.**

A study was realized in patients submitted to surgery planned in the Hospital of Support of Palpa, in the period from January, 2004 until December, 2008.

**Objective:** To determine the quality of preoperative real information that the patient received, and its impact in the relation doctor – patient – family.

**Materials and methods:** Retrospective and descriptive study based on data from medical records and extended with two personal interviews. The sample includes 100 patients. In the interview 1, only it is considered to be the information as it received it. In the No. 2 closed questions arise about who should receive postoperative complications.

**Results:** The personal informant was the surgeon (100 %). It omitted information (100 %) with regard to the immediate, mediate or late complications. There was not used (100 %) auxiliary means (leaflets, etc.) to improve her. The surgeon dedicated a little time (91 %) and there was absent empathy and confidence (90 %). There did not exist cases of physical aggressions, administrative denunciations not judicial. The quality was good in the first interview in 72 %, whereas in second, only 2 %.

**Conclusions:** The preoperative information, consisted only of general aspects of the surgery. There is no responsible and is not conceived as an integral process, multidisciplinary staff of all involved. Know then that there are frequent complications and very serious, and the appearance of these in the postoperative period, created discontent, dissatisfaction and loss of confidence (21 %) in the patient and his family, by altering the relationship.

**Key word:** Preoperative information, informed assent, relation medical patient, rights of the patient.

## 1.- INTRODUCCIÓN.

Todas las personas, a nivel mundial y sin excepción alguna, tienen derechos universales comunes, consagrados en la Constitución de cada país, así como en documentos y pactos que tienen carácter de leyes, entre ellos, los de la Organización Mundial de la Salud.

La salud, la educación, el trabajo, la libertad, la paz, así como la información, entre otros, constituyen Políticas de Gobierno que merecen una constante atención y reingeniería, debido a su complejidad y resultados no favorables.

La información como deber y derecho llega a todas las personas e instituciones.

El Ministerio de Salud del Perú, tiene normas precisas que instituyen el deber del médico de informar y al paciente de recibirla en forma obligatoria, de todo lo relacionado al acto médico. Así lo determina el art. 1, art. 15, art. 44 de la Ley General de Salud N° 26841 (1).

Simultáneamente, las funciones sanitarias en los hospitales del Ministerio de Salud, Seguridad Social, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, así como en las entidades particulares, transcurren por situaciones de relativa conflictividad. No cabe duda que en la evolución social, la relación entre médico y paciente ha cambiado sustancialmente, pasando del paternalismo y la mutua confianza, a las relaciones más complejas en las que confluyen otros elementos ajenos a la Medicina, destacando los elementos jurídicos, económicos, informativos y culturales, que han derivado en una **creciente exigencia de responsabilidad y judicialización de los profesionales de la salud, ya que el paciente cada día es más conocedor de sus derechos como usuario de los servicios médicos y de los mecanismos necesarios para hacerlos valer (2).**

La clásica y tradicional prescripción de un medicamento comúnmente usado, puede culminar con la recuperación de la salud, pero al mismo tiempo, puede provocar una reacción adversa mortal. Si en el área clínica evidenciamos ya esta problemática, en Cirugía y Anestesiología, el riesgo es mayor.

Cuando la cirugía culmina con éxito, no existirá ningún problema. El cirujano será el centro de reconocimiento y halagos que ensalzarán su prestigio. Las complicaciones más simples y frecuentes que aparecen en el posoperatorio, pueden pasar hasta desapercibidas; en algunos casos, ocasionar cierto malestar que se transmite al familiar. Las más graves que no fueron informadas, alterarán ineludiblemente, la relación médico – paciente – familia. Cuando estas superan el “nivel permisible”, influenciados por la sensibilidad y otras personas, reaccionarán de la forma menos esperada por el cirujano.

**¿Qué sucedió?, ¿Desconocían este probable resultado?, ¿La información no fue suficiente como para esclarecer sus dudas y temores?, ¿Por qué tiene que ser necesariamente mala praxis?, ¿Todo resultado inesperado, es siempre culpa del cirujano o del anestesiólogo?, ¿Solo estaban preparados para el éxito al 100%?, ¿Desconocían las complicaciones más graves?, ¿Qué pasó con la relevancia de la relación médico - paciente? y ¿El consentimiento informado?.**

**Aprecio también que el examen físico ya no es parte de la evaluación integral. Los exámenes auxiliares y la tecnología la reemplazan.**

**La información es vital para la toma de decisiones. Con conocimiento previo, aceptará la cirugía en forma voluntaria, asumiendo su responsabilidad junto con su familia, los beneficios más los riesgos y complicaciones.**

**No es justo que la información subsista en su mínima expresión o las reciba de fuentes externas, que pueden tener muchas buenas intenciones pero no es la indicada ni humana que su enfermedad y su persona necesita.**

**Esta problemática me lleva a realizar un análisis exhaustivo de esta delicada realidad. Serán muchos los factores intervinientes que se confabulan para su ocurrencia: equipos e instrumentales obsoletos, infraestructura inadecuada, falta de personal, entre otros. Pero existe un factor que no significa mayor inversión para el estado ni para el personal: la información, cuyo acceso es imperativo para el paciente.**

## **1.1: MARCO TEÓRICO.**

### **1.1.1: ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.**

La comunicación como medio de interrelación humana, está ligada a la aparición del hombre en la tierra. La necesidad de comunicarse con su semejante, la crea espontáneamente. La deducción lógica nos permite intuir que las primeras fueron: las miradas, voces guturales, gesticulaciones o ademanes, adornos corporales, las señales de humo, la pintura rupestre, luego el lenguaje propiamente dicho.

Con el transcurrir del tiempo, el nivel de la información en general, mejora notablemente. La aplicación de modernos métodos audio visuales con la Informática, establecen su cúspide.

#### **1.1.1.1: A NIVEL LOCAL, REGIONAL Y NACIONAL:**

No existen estudios relacionados con este trabajo.

Todas las tesis para optar el título de Cirujano General, describen todo lo relacionado a procedimientos descriptivos quirúrgicos más comunes como: apendicitis, hernias, colecistitis, etc. Pero ninguno, toca este tema de carácter ético que, aparentemente no tiene que ver con la cirugía propiamente vista como técnica, pero que constituye la base de la relación y la confianza que debe prevalecer entre ambos dentro de un clima satisfactorio.

#### **1.1.1.2: A NIVEL MUNDIAL:**

En los grandes textos o tratados de Cirugía y afines, tampoco se encuentra referencia o capítulo alguno sobre el enfoque y abordaje de la información preoperatoria como parte del proceso quirúrgico. Todos son muy extensos y ricos en la descripción de técnicas y procedimientos quirúrgicos de los últimos descubrimientos científicos y tecnológicos (3, 4).

Lo contrario ocurre en internet, donde se encuentra abundante información pertinente, auspiciados por médicos particulares, clínicas u hospitales. La mayoría, bajo una premisa publicitaria mercantilista, que desnaturalizan parcialmente su calidad.

Pero al mismo tiempo, sí se encuentra información relevante que tiene relación directa e indirecta con la información preoperatoria. Por ejemplo: datos referidos a la sintomatología en el pre y posoperatorio, consentimiento informado, riesgos, recomendaciones, etc.

Algunas páginas web, teniendo en cuenta el grado de cultura y comprensión, tienen dos secciones: "información para profesionales" e "información para pacientes"; siendo en la última, sencillas, superficiales y prácticas que contribuyen eficazmente en el procedimiento educativo (5,6).

En muchos estudios posoperatorios (materia para evaluar las implicancias de las complicaciones), encontramos sintomatología frecuente de carácter psicológico, así como las derivadas del propio acto operatorio, que no fueron informadas en su oportunidad.

Yalilis Castellero, ha encontrado que en un 64 % de los pacientes, han tenido dificultades para quedarse dormido, el 22% se despertó varias veces por la noche en el período pre quirúrgico y que persisten hasta 15 días después de la cirugía (7).

Carrillo de Albornoz considera que uno de los derechos que más interés suscita y al que se apela en numerosas sentencias judiciales, es el derecho a la información. En el 80-90% de los casos, se alega la ausencia o deficiente información proporcionada por el equipo médico sobre la actuación médica (diagnóstica o terapéutica) y complicaciones (8).

Después de la anestesia raquídea, la cefalea ocurre en 0.02 a 5%, náuseas en 60%, vómitos en 24%, dificultades visuales (fotofobia, diplopia) en 13%, problemas auditivos (tinnitus, hipoacusia) en 12%, parestesias en 6.3% (9).

Pérez Díaz, ha encontrado que el 46.6% tomó ansiolíticos en el transoperatorio y el 34.8% refirieron consumir analgésicos en la semana posterior a la cirugía; concluyendo que la ansiedad pre quirúrgica es causa del incremento del consumo de medicamentos y las complicaciones (10).

El Comité de Ética del Hospital Eva Perón de Argentina, estudió la opinión de 773 personas mediante entrevista personal, incluyendo pacientes y profesionales de la salud: el 93.4%, puestos en situación de pacientes, expresaron desear que se les informara la verdad sobre su enfermedad. Si el enfermo fuera un familiar, los deseos de que se les informara con la verdad, disminuyó a 82.6% (11).

Pérez Moreno, del año 1993 a 1995, evaluó la opinión de 300 pacientes en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España; hallando que el 19 y el 18.3% de los pacientes, desconocían los riesgos que habían podido tener en la intervención quirúrgica y anestésica, respectivamente. El 69.3% de los pacientes no recibió ninguna información sobre los riesgos quirúrgicos. Este porcentaje era aún superior para los riesgos anestésicos, 75% (12).

San José A. realizó una encuesta a 115 pacientes en el Servicio de Cirugía de Emergencias del Hospital de Navarra (España): el 87 % está informado de la cirugía a la que va a ser sometido. El 78% no tenía firmado el Consentimiento Informado y únicamente en el 6% aparece la firma del médico. Un 8.7% no se considera informado por nadie. Para el 44.6% la información fue insuficiente. Un 45% pudieron expresar sus dudas al informador (13).

En un estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, se evidenció que el 77 % del personal de salud, sufrió agresión: verbal (64%), física (1%), o ambas (12%). La agresión fue similar en ambos sexos (75% en varones y 78% en mujeres). El personal de seguridad sufrió la mayor agresión (100%), seguido de obstetrices (91%), enfermeras (80%), técnicos de enfermería (74%), médicos (72%) y farmacéuticos (40%). Los servicios con mayor tasa de agresión fueron: emergencia (93.9%), Pediatría (91%) y

Psiquiatría (83%). En el 57% de los casos el agresor fue un familiar, en 13% fue el mismo paciente, en 19% por ambos (14).

En una encuesta realizada entre usuarios del sitio Intramed, según el tipo de agresión: el 54.6% sufrió algún tipo de agresión durante el ejercicio de su profesión, de los cuales el 52.4% sufrieron agresiones verbales y el 2.2% sufrió agresión física. Según países: Argentina (74.2%), Colombia (32%), México (7.9%), Perú (4.7%), Uruguay (3.0%) y otros (7%). Según la especialidad: Medicina general (19.5%), Pediatría (12.3%), Clínica médica (11.5%), Cirugía general (7.5%), Ginecología (6%), Cardiología (5.5%), Psiquiatría (3.4%), Odontología (2.8%), Gastroenterología (2.4%) y otros (29.1%) (15).

La magnitud de la reacción individual y/o colectiva ante la aparición de una complicación posoperatoria desconocida por el paciente, será variable; desde la aceptación sumisa, solo comentarios familiares, búsqueda de otro profesional que lo reemplace, queja a la dirección del hospital. Las más agraviantes, constituyen: la agresión verbal, física y/o acción judicial.

## **1.2: BASES TEÓRICAS.**

### **1.2.1: RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.**

Consiste en una relación dinámica e interpersonal, en la que además de un proceso científico, ético y humano, existe la posibilidad de curar. En Semiología, se considera el acto principal de la actividad clínica.

Al inicio, esta relación fue siempre subyugada. Todo se aceptaba (secuelas y la muerte) con naturalidad y sin problemas, por la creencia de designios superiores. Al ingresar a la edad moderna, la actualización y aparición de nuevas especialidades, modifican notablemente la visión, principalmente de parte del paciente. Esta relación, genera hasta la fecha, polémica por conflicto de intereses en: Sociología, Filosofía, Educación, Psicología, Economía, Bioética, Derecho, Antropología y la Medicina.

Es importante afirmar que el único momento de ganar y establecer una armoniosa relación médico paciente, es desde el primer momento de la consulta. Después, será imposible o se tendrá que realizar otro esfuerzo para lograrlo.

Este nexo debe comenzar con la presentación del médico al paciente con sus nombres. El solo hecho de presentarse cordialmente, hace sentir y reconocer que, quien está al frente, es un ser humano como él. Se inicia la empatía, aumenta el nivel de confianza y lo hace proclive a preguntar y despejar sus dudas. Creemos, equivocadamente, que el paciente ya debe de conocer nuestro nombre.

Sabemos que el estado psicológico positivo del paciente, es vital para su recuperación. Lo contrario, contribuye a su permanencia o agravamiento.

Para reforzar lo anterior, Diego Saa expresa: "recuerdo una ocasión en la que atendí a un niño de 11 años que había sufrido un accidente, con fractura de tibia y peroné, trauma ocular y craneoencefálico; se quejaba de mucho dolor a pesar de la analgesia que recibía. Me senté en su cama, lo escuché, le expliqué en qué consistía su lesión, le animé, le dí esperanzas reales sobre su curación, le enseñé a respirar. Una hora después estuvo más tranquilo, el dolor y la desesperación cedieron y pudo dormir por periodos cortos. Al día siguiente estaba de mejor ánimo y deseoso de colaborar. Mi actitud de escucha me permitió saber que temía perder su pierna, explicarle que esto no le sucedería, le ayudó en su recuperación (16).

Existe un elemento no considerado en la trama de esta relación: la desconfianza del médico en el enfermo o de su entorno, conocido como "la industria del juicio", que genera la conocida "medicina defensiva", estableciendo un conjunto de conductas desarrolladas por los médicos para evitar las demandas por mala praxis, consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aún aquellos de escasa efectividad e innecesarios o, evitar el manejo de pacientes con alto riesgo, ocasionando gastos excesivos al sistema de salud. En contrapartida, también existe desconfianza de parte del paciente y el familiar hacia el médico (17).

### **1.2.1.1: RELACIÓN – MÉDICO – PACIENTE – FAMILIA.**

En la relación anterior, olvidamos a otro participante activo: el familiar del paciente.

Considero como familiar para el estudio: al cónyuge, padres, hermanos, familiar o amigo que el paciente elija como tal.

A través del tiempo, por la problemática multifactorial descrita, la relación binomial clásica ha experimentado cambios en donde se hace necesaria y obligatoria la intervención de otros miembros.

Muchas veces, el paciente acude sólo, e informa luego de lo sucedido.

En Pediatría y cirugía, por ejemplo, no.

Él también vive y comparte las emociones del enfermo, puede aportar información que el paciente haya olvidado. Pero también desconoce como participar y apoyar en la adaptabilidad al quirófano y al medio intrahospitalario. Su accionar será sólo por instinto.

Interviene en el pre y posoperatorio, porque existen actividades que el paciente no podrá asumir: trámite documentario, compra de medicamentos, donación de sangre, apoyo en la deambulación y recuperación, alta, etc.

Durante el intraoperatorio, en el exterior de sala de operaciones, está expectante de cualquier novedad. Se constituye en el baluarte de esta relación, por lo que es imprescindible su integración.

Considero, la información que debe recibir, es la misma que recibe el paciente. Lo recomendable, para no distraer tiempo del profesional y oportunidad, es cuando lo acompaña a sus evaluaciones; para lo cual se debe solicitar al paciente que lo designe desde el comienzo.

Por lo anterior, la interrelación debe circunscribirse y cultivarse en la trilogía: médico – paciente – familia; así como la información, un elemento básico que el cirujano debe tener en cuenta.

### **1.2.2: EVALUACIÓN Y MEDICACIÓN PREANESTÉSICA:**

Otro de los profesionales implicados en esta problemática, es el Anestesiólogo. Junto con el cirujano, son los responsables del éxito o del fracaso de la cirugía.

El día anterior de la intervención quirúrgica, asistirá al lecho del paciente para evaluarlo y corroborar la conformidad de los estudios preoperatorios. Asimismo, prescribe medicación que disminuya la ansiedad del paciente o las que considere necesario. El registro detallado del procedimiento anestésico en la historia clínica es muy importante (18).

El riesgo en anestesia, es la probabilidad de sufrir un daño durante o después del acto quirúrgico. El efecto depresor de la anestesia, interrumpe los mecanismos compensatorios de la homeostasis que tornan al paciente inestable y muy lábil (19, 20, 21). El bajo riesgo no excluye de tener complicaciones, y el alto riesgo no quiere decir que el evento problema tiene que suceder. Esta evaluación provee de una guía de probabilidades y sirve para valorar individualmente el beneficio contra el riesgo de una cirugía (22).

### 1.2.3: DERECHOS DEL PACIENTE.

La ubicuidad de la información en todos los medios de comunicación, nos permite conocer de antemano, las características de todos los productos y servicios ofertados. Se incluyen también, todos los referidos a cirugía.

**Antes, la oferta tecnológica y profesional, trataba de imponer lo que tenía vigente en stock. Ahora, la demanda exige que lo ofertado, se adecúe a su exigencia y necesidad.**

Toda persona, aunque enferma, debe ser considerada libre y competente para decidir sobre su integridad y sobre su futuro. No puede ser discriminado por ninguna razón. Esto conlleva poder aceptar o rechazar lo que se le propone después de tener una información precisa, oportuna y adecuada. Cada paciente reclamará una atención cuidadosa y especial de acuerdo a su propia manera de construir y defender su autorrealización. Así, uno querrá saber muchos detalles de antemano, incluyendo alternativas no habituales; otros, pedirán más cautela y tiempo para aceptarlas, y un tercero puede preferir no conocer demasiado y delegar en parte (al cirujano o familiar) las decisiones a tomar. Por tanto, los profesionales de la salud, ahora debemos acostumbrarnos a detectar necesidades y a aumentar nuestra sensibilidad humana (23).

Por otro lado, existen abogados especializados. Y para complicar más esta situación, existen médicos que se están especializando en Derecho, así como empresas de auditoría médica, que no dejan pasar por alto cualquier evento adverso del acto médico, solo con la finalidad de obtener ganancias.

Escritos están estos derechos: El Código de Nuremberg en 1946, la Declaración universal de los Derechos del hombre en 1948 por la Asamblea de las Naciones Unidas (entre los cuales figura el derecho a la salud), el Informe Belmont en 1979 (de la National Comisión for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences), el Convenio de Oviedo en 1997. En el Perú, la Ley General de Salud N° 26841; Defensoría del pueblo, INDECOPI, los juzgados civiles y penales, etc.

### **1.3: MARCO CONCEPTUAL.**

#### **1.3.1: ASPECTOS ÉTICOS DEL EJERCICIO DE LA CIRUGÍA.**

El avance tecnológico y científico de nuestros tiempos, sin lugar a dudas, ha proporcionado al hombre la posibilidad de intervenir sobre otros seres y sobre su medio, produciendo modificaciones esenciales, profundas y de un efecto aún no conocido hasta el presente. No se puede prever cuáles serán los límites de esas modificaciones, pero ya se conoce la afluencia de problemas de índole jurídico, ético, moral y social (24).

Respecto a la información del acto médico, el paciente debe recibirlo para conocimiento de lo que realmente tiene. Consecuentemente, pueda optar y prepararse para afrontarlo de acuerdo con su capacidad y deseos. El médico debe reevaluar la real necesidad de la aplicación de los recursos actuales disponibles. Este actuar sincero, fortalece la relación médico – paciente – familia. De lo contrario, constituye inicialmente una falta a la ética y moral. El tiempo utilizado en esta tarea, se configura como una inversión redituable.

Asimismo, la interrelación entre cirujanos, debe estar impregnada de ética y moral, representados por sentimientos de compañerismo, solidaridad, lealtad, honestidad, respeto, asistencia recíproca en la solución de casos problemas. No significa cubrir iatrogenias, sino evitarlas y resolverlas.

Los cirujanos debemos diagnosticar nuestra conducta y competencia profesional en todo acto médico y/o quirúrgico. En casos difíciles, deberá ser honesto y reconocer que deberá pedir apoyo o transferir al paciente.

Otro hecho que debo mencionar, es la formación del médico. Ya no es la misma de antaño. Los grandes maestros comprometidos en la preparación y adiestramiento, llenos de mística de trabajo y vocación de servicio, ya no están o están desapareciendo.

Las facultades de medicina, han perdido calidad y prestigio. Tenemos muchos magísteres y doctores en medicina.

La deshumanización de la medicina, es otra realidad.

### 1.3.2: INFORMACIÓN PREOPERATORIA.

Es la administración de la información referida a todas las actividades, procedimientos, beneficios, riesgos y complicaciones que se pueden generar en el paciente como consecuencia de una intervención quirúrgica.

Esta será a tres instancias, cada una con características peculiares:

- Al paciente.
- Al familiar.
- Al equipo quirúrgico.

En determinadas circunstancias, cuando esta relación traspasa los límites normales, como en problemas administrativos y/o legales por insatisfacción de resultados, la información será ampliada a las autoridades solicitantes.

Explicar al paciente que su único tratamiento, después de haber agotado las opciones, es el quirúrgico, puede ser fácil. Pero decirle que puede morir, sufrir coma o puede ser reintervenido quirúrgicamente, resulta difícil y traumático.

**El profesional NO quiere ser el ser portador de una noticia desagradable que creará conflictos en la relación médico – paciente - familia.**

Decir la verdad en Cirugía, requiere de compasión, empatía, inteligencia, sensibilidad y compromiso. El cirujano tiene que ubicarse en el lugar del paciente. Esta actitud y predisposición, NO se enseñan en la Escuela de Medicina, se adquieren con la experiencia de los años. Por lo general, el paciente y la familia, por la presión de ellos y de la sociedad, se deberán mantener informados de todos los aspectos relacionados al tratamiento quirúrgico, sin el ánimo de atemorizar o desanimarlo (25).

Para valorar la verdadera dimensión de la información preoperatoria, analicemos una de las reacciones muy frecuentes en el paciente que será sometido a una cirugía: la ansiedad, que surge como miedo a:

- La muerte.
- La anestesia.
- Retraso en el tratamiento.
- Terapia incorrecta.
- Al dolor intra y posoperatorio.
- La invalidez.
- Deformidad de la anatomía.
- Hallazgo de cáncer.
- Pérdida excesiva de sangre.
- Infección y apertura de la herida operatoria.
- Reintervención.
- Desamparo, marginación familiar y social.
- Reinserción laboral deficiente.
- Recursos económicos insuficientes.

- Muerte de otro paciente operado por la misma enfermedad.
- Caída de la cama.
- Operación de un órgano sano.
- Cirujano sin experiencia.
- Que se olviden gasas o pinzas.
- Mala atención de técnicos y enfermeras.
- Manipulación por el personal.
- Uso de medicamentos vencidos o de mala calidad.
- Problemas con la pareja en el área sexual.
- Abuso sexual en el hospital.
- Celos profesionales: algunos cirujanos no atienden bien a pacientes que han sido operados por otro cirujano del Servicio.

En relación a la Información preoperatoria, surgen las interrogantes: ¿Quién(s)?, ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Cuántas veces?, etc. Es importante considerar que cuando un paciente se hospitaliza, más aún siendo la primera vez, enfrentará y convivirá una nueva interrelación, experiencia que marcará su vida por siempre.

**Todo será nuevo: personal, enfermos, horarios, normas, costumbres, quejas, muertes, sonidos de timbres, de sirenas de ambulancia, etc. Dispone de poco tiempo para adaptarse a este cambio brusco de ambiente.**

Los cirujanos, ¿Hemos apreciado esta situación?

Tenemos que definir dos situaciones relacionadas con la información:

1. En relación al personal: si bien es cierto, son muchos los participantes (médicos, enfermeras, técnicos, administrativos), será el cirujano el que asumirá la responsabilidad de informar todo lo referido a la cirugía, por ser el primero y el último en establecer la relación. Supervisa que todos cumplan su función informativa.
2. En relación al tipo de información: Cada uno de los intervinientes, otorgará información de acuerdo a su nivel de competencia y actuación durante el contacto con el paciente y su familia. Existe información exclusivamente del área quirúrgica (Ventajas, complicaciones, etc.). De anestesiología (procedimiento, riesgos, etc.); de los estudios a los que será sometido (Laboratorio, Rayos X, ecografías, riesgo cardiovascular, etc.); de preparación (traer ropa adecuada, artículos de higiene, etc.); de tratamiento (Medicación, transfusión de sangre, control de funciones vitales, etc.); administrativas (Derecho de cama y sala de operaciones, etc.), entre otras. Es decir, no es solo la quirúrgica y anestésica como todos pensamos, sino un conjunto de información diversificada, que expresa su integralidad. De todos ellos, el anestesiólogo y el cirujano tienen la mayor responsabilidad administrativa y legal. La enfermera y el Técnico de enfermería de hospitalización, son los que permanecen más tiempo con el paciente.

### 1.3.2.1: CARACTERISTICAS:

- Ambiente adecuado, privacidad; escuchar con atención. Él tiene prioridad.
- Absoluto respeto de sus creencias religiosas, políticas y morales, así como de su situación económica.
- Uso de términos sencillos, adaptados a la capacidad intelectual del individuo. Evitar el uso de palabras técnicas para no crear confusión.
- Considerar su alta sensibilidad, para lo cual el cirujano debe realizar un "examen psicológico" previo para crear las condiciones psicósomáticas óptimas para revelar y dosificar lo más grave en el momento oportuno.
- Se le debe dar confianza para que pueda preguntar sin temor.
- No mentir ni falsear información. Evitar las contradicciones.
- Es verbal, puede apoyarse con medios audiovisuales o refiriendo como buen antecedente que muchos pacientes se han operado de su misma enfermedad en el hospital y con buenos resultados.
- Tener cuidado con el lenguaje corporal: muecas, gestos de sorpresa, entonación de la voz, etc. Bien empleado, puede ser un aliado; lo contrario, es percibido y puede agravarlo. El contacto visual es necesario.
- Debe ser registrado en la historia clínica.
- Es continua hasta el entendimiento.
- Se debe garantizar la información integral.
- Precisar la voluntariedad de su decisión.
- Se aplica simultáneamente al familiar.
- Los problemas personales o laborales del médico no pueden interferirla.
- Debe ser concebido como un proceso activo, integral y multidisciplinario de todo el personal comprometido en su atención.

### 1.3.2.2: CONTENIDO:

- Descripción clara, comprensible y concisa de: diagnóstico, exámenes auxiliares, beneficios, procedimientos, alternativas, tiempo promedio de estancia hospitalaria, riesgos, síntomas y complicaciones posoperatorios más frecuentes y graves, pronóstico, dieta, medicación, cita, etc.
- Existe información indirecta o paralela de la quirúrgica: horario de atención, traer ropa adecuada (bata o pijama de algodón con bragueta a botones), utensilios de higiene, dirección o teléfono para cualquier emergencia; orientación de ambientes más utilizados, etc.
- Precisar que al final, los beneficios superan a los riesgos existentes y la decisión positiva, justifica la decisión.
- Informar que el hospital cuenta con personal capacitado y con experiencia; con infraestructura adecuada y con equipos aceptables, para asegurar su confianza. De lo contrario, no se realizaría ninguna operación.
- Se empleará protocolos, tecnología adecuada y necesaria para la cirugía (Materiales, insumos, procedimientos, etc.).
- Cuando existan varias opciones (Cirugía convencional o laparoscopia, uso de mallas sintéticas; o fuera del país, etc.) se explicará sobre sus ventajas y desventajas.
- En casos de cáncer, la situación puede tornarse difícil al comienzo. Al final, la agresividad, cronicidad y efectos adversos del tratamiento y la enfermedad, terminarán por revelarlo solo.

- En caso de que el paciente no se encuentre facultado o en condiciones de recibirla, se puede posponer la información más alarmante que puede trastocar su condición, pero se deberá comunicar al familiar o tutor responsable y debe registrarse en su historia.
- En el caso de que el paciente se niegue a recibir información, se respetará su voluntad, haciendo constar su renuncia en la historia clínica.
- Se explicará que también el cirujano tratante, puede tener riesgos durante el acto operatorio: heridas y pinchazos accidentales, contagio con enfermedades infecto contagiosas (hepatitis, VIH, etc.), inhalación de gases, etc.
- La institución también debe contribuir con la información: uso de folletos, disposición de medios audiovisuales, señalización e identificación de ambientes (rótulos) que permitan su rápida localización. Uso de fotochecks para el personal.
- Se le expedirá Certificado médico para justificar su inasistencia a su centro de trabajo.
- Responder a sus dudas, así como la de sus familiares. Se sugiere que a la próxima consulta, debe traer las preguntas anotadas.

### 1.3.3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El consentimiento informado es la conformidad o asentimiento realizado por un paciente y/o tutor en pleno uso de sus facultades, a recibir un procedimiento médico o intervención quirúrgica, luego de haber recibido y comprendido toda la información necesaria para tomar una decisión libre e inteligente.

Específicamente, su origen se remonta no tanto en el trato directo con los pacientes, sino en las investigaciones experimentales en humanos:

- El primero, los experimentos efectuados en Alemania durante la Segunda Guerra mundial, para medir la resistencia humana en condiciones extremas. En 1948 se establece el Código de Nuremberg como conclusión a los procesos judiciales contra los médicos nazis.
- El segundo, la revelación del parte del New York Times, en 1972, de un experimento en Tuskegee (Alabama, EE.UU) en 400 varones de raza negra para observar la evolución natural de la sífilis sin recibir tratamiento, a pesar de que desde 1941 se utilizaba la penicilina.

El concepto "informed consent" es citado por primera vez en la literatura científica médica en 1930, al establecerse que los enfermos tienen derecho a autorizar las intervenciones quirúrgicas que impliquen riesgo notorio previsible, así como ser advertidos de su gravedad (26).

El afianzamiento de la relación médico – paciente - familia, constituye una estrategia para disminuir los juicios por responsabilidad, pero la universidad se resiste a hablar de ciertos temas como consentimiento informado y derechos del paciente y su familia. De no existir una adecuada

implementación, el médico queda vulnerable y sujeto a procedimientos legales (27).

En Estados Unidos, algunos médicos emplean la toma de notas en la misma historia clínica, otros utilizan grabaciones de las conversaciones mantenidas con sus pacientes acerca de los procedimientos a los que van a ser sometidos. En la actualidad, se está generalizando el uso de videos para transmitir información sencilla, clara y estandarizada para obtener recién la firma del respectivo formulario (28).

No confundir Consentimiento Informado (CI) con Información preoperatoria. Son dos eventos consecuentes; para obtener el primero, se tiene que explicar bien el segundo. Sin embargo, esto no ocurre.

El común denominador de nuestra realidad: el CI es el documento utilizado como la clásica autorización, presentado por la enfermera o por el interno de medicina, y firmado en minutos u horas antes de la cirugía.

A este proceso de imposición del CI, sin la mínima información, ¿Se puede llamar consentimiento informado?. Definitivamente, NO.

El temor de decir que el paciente puede padecer complicaciones severas o la muerte, frena las buenas intenciones del profesional, teniendo que actuar subrepticamente

Pasará mucho tiempo para que la información preoperatoria como tal, se manifieste en su real magnitud, entonces recién hablaremos de CI.

## **1.4: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **1.4.1: DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.**

Para lograr su supervivencia y supremacía en la escala animal, el hombre ha luchado contra todas las adversidades naturales (clima, enfermedades, terremotos, etc.) y artificiales (guerras, etc.). La búsqueda constante del progreso y su adaptación a todos los medios, nos permite valorar su situación actual.

La Medicina, de igual forma, ha logrado controlar y curar la mayoría de las enfermedades que padece el hombre, alcanzando el sitio correspondiente. Aunque existen patologías como el cáncer y las epidemias que aún siguen provocando estragos, la Medicina sigue buscando su tratamiento.

**El mejoramiento y aumento de la vida media de las personas, así como la existencia de modernos recursos científicos, crea en la sociedad el concepto de que la muerte es un fenómeno que no debería ocurrir a causas de enfermedades agudas o crónicas, mucho menos, complicaciones post cirugía.**

Esta interrelación entre el médico y el paciente, con la finalidad de curarlo, transcurre por situaciones de mucha tensión para el primero, y de mucha esperanza para el segundo. Vemos con preocupación y alarma, el incremento de casos de "negligencia médica", donde el médico se halla comprometido legalmente aún sin tener responsabilidad.

¿Cuál es el motivo de esta situación?

El problema se define básicamente en la **desinformación**.

El paciente ignora las probables complicaciones de la cirugía. El cirujano, sí las conoce, pero no las informa. Solo se refiere a las ventajas y aspectos generales, estableciendo un escudo para no revelarlas.

**El manejo profesional a partir de este punto de encuentro, significará la aplicación estratégica de recursos, técnicas o procedimientos para continuarlo.**

Se presentan dos situaciones, la misma que no ha merecido la atención profesional, pero que se sostiene en el tiempo, a pesar de que el cirujano o algún familiar, hayan vivido esta situación en carne propia:

1. Por un lado, de parte del paciente, el tratamiento de su enfermedad plantea una total incertidumbre que modificará su vida, economía, entorno familiar y social; ya que de su decisión, dependerá el futuro de su salud. De no aceptarlo, la enfermedad progresará irremediablemente. Entonces, no tendrá otra alternativa que aceptarlo, pero sobreviene una larga lista de preguntas, básicamente negativas más que positivas: ¿Quedaré bien?, ¿Me "chocará" la anestesia?, ¿Cuánto gastaré en total?, ¿Cuántos días estaré hospitalizado?, ¿Cuáles son los riesgos y complicaciones?,

¿Necesitaré sangre?, ¿Quedarán cicatrices?, ¿Me operará el practicante?, ¿Se infectará la herida?, ¿Cuándo volveré a laborar?, ¿Me puede ocurrir lo que observo en los periódicos o televisión?, ¿Qué debo llevar?, ¿Qué alimentos debo comer?, ¿Mi familia me seguirá apoyando?, etc., etc. Es decir, un conjunto de dubitativas planteadas en silencio que no tienen la explicación adecuada en el mismo lenguaje. Lo mismo se transmite al cónyuge o familiar.

2. Por otro lado, de parte del cirujano, propone la cirugía en forma "clara" y directa: "es la única solución", "todo saldrá bien"; en algunos casos, termina expresando "¿Existe alguna duda?".

En ningún momento se ha preguntado: ¿Estoy informando y/o haciendo con él lo que me gustaría hicieran conmigo o con mi familia?

De ambas situaciones, se puede plantear: ¿La calidad de información preoperatoria, es adecuada, honesta, suficiente, oportuna e integral?.

¿Percibimos el impacto que sucede en el paciente y su entorno familiar?, ¿La información, influye positiva o negativamente en la relación médico - paciente - familia?.

#### 1.4.2: DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

Sugerida la cirugía como opción terapéutica, se establece un tiempo de reflexión por parte del paciente.

¿Qué elementos o factores mediarán para que este lapso se considere corto o prolongado, adecuado o prudencial?.

Intervendrán: Predisposición económica, laboral, estado de la enfermedad, búsqueda de alternativas u opiniones, apoyo familiar, etc.

De todos ellos, un elemento siempre constante, será la INFORMACIÓN PREOPERATORIA. Su entendimiento, se constituye en el facilitador de la relación:

1. Si el cirujano sólo informa lo bueno, la respuesta puede ser inmediata y sin cuestionamiento alguno.
2. Si informa algún riesgo o complicación, puede solicitar más tiempo o explicación.
3. Si informa la complicación más grave, puede solicitar otra opinión profesional o desistir de la cirugía.

El cirujano, sin lugar a dudas, optará por la alternativa 1.

Entonces, el problema no radica en la técnica quirúrgica propiamente dicha que el cirujano conoce a perfección, sino en la calidad de la información que recibirá el afectado.

Es en este contexto, donde se establece toda la problemática: quien será el que asume esta responsabilidad, así como el contenido y su dosificación.

Por ejemplo, uno de los efectos posoperatorios que se presenta en todos los pacientes, en menor o mayor intensidad, y que no depende del cirujano ni de la técnica empleada, es el dolor de la zona operatoria. Sin embargo, casi ningún cirujano lo refiere en el preoperatorio (29).

El control satisfactorio de éste, constituye uno de los retos importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico, lo que motiva un gran impacto en los pacientes y en el sistema sanitario en su conjunto. El hecho de que aún no se haya logrado el control al 100%, y que cada día aparezcan nuevos protocolos como la terapia multimodal, no nos otorga el derecho a ocultarla (30).

En mi experiencia personal en el Hospital de Apoyo de Palpa, los pacientes intervenidos quirúrgicamente que acuden a su primer control posoperatorio, creen que solamente son citados para retirar los puntos de la herida operatoria; pero al mismo tiempo, vienen con preguntas sobre algunos síntomas que está ocurriendo y no saben cómo actuar. En algunos casos, las han resuelto por intuición o consultando a amigos y/o familiares que han padecido lo mismo.

Evidencio un real desconocimiento de cómo afrontar su convalecencia, por una deficiente información preoperatoria, que debemos asumir con el esclarecimiento, sin juzgamiento de la omisión.

Reconozco que también he sido parte de este escenario.

Es muy conocido que en situaciones de emergencia quirúrgica (como por ejemplo, en accidentes de tránsito), tanto la preparación como la información preoperatoria, puede ser limitado por el poco tiempo disponible. Pero al mismo tiempo, se presta para **magnificar el riesgo** por la gravedad de la situación, en donde la familia acepta sin problemas la muerte o secuelas graves, sin generar esfuerzo al cirujano.

Por esta eventualidad, en este estudio solo trataremos de evaluar las cirugías planeadas (necesarias o programadas), para determinar la verdadera situación de la información preoperatoria, ya que en estos casos, no existe la limitación del tiempo para justificarla.

Asimismo, considero necesario delimitar la relación que tiene la información preoperatoria con muchos procesos médicos, secuenciales o paralelos, que se engarzan para lograr un solo objetivo:

- Consentimiento informado.
- Relación médico – paciente - familia.
- Evaluación preoperatoria.
- Derechos del paciente.
- Cirugía planeada.
- Mala praxis médica.

En todos los anteriores, la información preoperatoria también será el elemento más importante para lograrlo o evitarlo.

## **1.5: HIPÓTESIS.**

### **1.5.1: HIPÓTESIS GENERAL.**

La información preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía planeada en el Hospital de Apoyo de Palpa, no es de buena calidad.

### **1.5.2: HIPÓTESIS ALTERNATIVA.**

La calidad de la información preoperatoria influye en la relación médico – paciente - familia.

### **1.5.3: HIPÓTESIS NULA.**

La calidad de información preoperatoria no influye en la relación médico – paciente – familia.

## **1.6: VARIABLES.**

### **1.6.1: VARIABLE DEPENDIENTE.**

Calidad de información preoperatoria.

### **1.6.2: VARIABLE INDEPENDIENTE.**

Relación médico – paciente - familia.

### **1.6.3: VARIABLE INTERVINIENTE.**

Edad, sexo, procedencia, información recibida, personal informante, uso de folletos y/o medios audiovisuales, apoyo psicológico, satisfacción con la cirugía realizada, información de complicaciones locales y sistémicas, ocurrencia de complicaciones posoperatorias y su efecto en la relación médico paciente y familia, apreciación de la calidad de información.

## **1.7: OBJETIVOS.**

### **1.7.1.- OBJETIVO GENERAL:**

**Determinar la calidad de información preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía planeada en el Hospital de Apoyo de Palpa.**

### **1.7.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- **Demostrar si la información preoperatoria otorgada por el personal del hospital, es adecuada, oportuna e integral.**
- **Determinar qué tipo de información preoperatoria real recibió el paciente, de parte del cirujano y/o equipo quirúrgico.**
- **Determinar qué tipo de información importante preoperatoria no recibió el paciente.**
- **Determinar si utilizaron medios audiovisuales o folletos para mejorarla.**
- **Determinar si el paciente recibió apoyo psicológico.**
- **Establecer qué complicaciones ocurrieron en el intra y/o posoperatorio.**
- **Determinar que la aparición de complicaciones en el posoperatorio, no informadas por el cirujano, lesionan la relación médico – paciente – familia.**
- **Establecer probables causas de desinformación, visto por el paciente.**

## **2.- MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **2.1: TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.**

#### **2.1.1: TIPO DE ESTUDIO.**

Básico aplicado.

#### **2.1.2: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

En el tiempo, longitudinal retrospectivo.

En el procedimiento, observacional.

### **2.2: POBLACIÓN Y MUESTRA.**

**2.2.1: POBLACIÓN:** Todo paciente intervenido quirúrgicamente en forma planeada en el Hospital de Apoyo de Palpa, de Enero 2004 a Diciembre 2008, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

#### **2.2.2: MUESTRA:**

**2.2.2.1: MARCO MUESTRAL:** Estará conformado por una relación de pacientes que han cumplido con los requisitos.

**2.2.2.2: UNIDAD DE MUESTREO:** Será cada paciente que ha cumplido con los requisitos de inclusión.

**2.2.2.3: TIPO DE MUESTREO:** Será de tipo probabilística y aleatorio simple.

**2.2.2.4: TAMAÑO DE LA MUESTRA:** Debido a que no existen estudios previos, no es posible la aplicación de la fórmula respectiva, por lo que considero el número de 100 pacientes seleccionados, que identificará a la población representativa.

### **2.3: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.**

#### **2.3.1: CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Pacientes posoperados de cirugía mayor planeada (colecistomías, histerectomías, etc.).
- Pacientes posoperados de: cesáreas, hernioplastías, colporrafias, etc. planeadas.
- Mujeres sometidas a bloqueo tubárico bilateral, bajo anestesia raquídea. Es considerado cirugía menor, pero por la apertura de la cavidad pélvica y el uso de anestesia raquídea (como en una cesárea o colecistomía), le confiere todos los probables riesgos y complicaciones.
- Hospitalización obligatoria.
- Mayores de 18 años y menores de 80 años de edad.
- Identificación del domicilio (registrado en la historia clínica) y del paciente para la aplicación de la entrevista.
- Pacientes que deseen participar en el estudio.

### **2.3.2: CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Pacientes posoperados de cirugía menor (lipomas, uña encarnada, biopsias, etc.).
- Pacientes sometidos a cirugía de emergencia.
- Pacientes que hayan sido sometidos a cirugía anteriormente.
- Pacientes sometidos a cirugía en otro hospital.
- Tratamiento ambulatorio, sin hospitalización.
- Pacientes con capacidad cognitiva y de comunicación, alteradas o limitadas.
- No localización del domicilio del paciente.
- Pacientes que no deseen participar.

### **2.4: PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.**

Los datos serán procesados en forma automática, en una base de datos creada para la presente investigación en el paquete estadístico SPSS versión 19.

Para la elaboración de tablas y gráficos se utilizó el utilitario Microsoft Excell 2010, mientras que para la redacción del informe final de la tesis, se empleó el procesador de textos Microsoft Word 2010.

Como pruebas de hipótesis, se emplearon el estadístico Chi cuadrado para las variables categóricas y la prueba t student para las variables numéricas; considerando un nivel crítico de  $p < 0.05$  para identificar diferencias estadísticas significativas entre las categorías de las variables.

### **2.5: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.**

#### **2.5.1: FUENTES DE INFORMACIÓN.**

- Libro de Registro de pacientes de Sala de Operaciones, que servirá como base para hallar a los pacientes de las diferentes especialidades quirúrgicas.
- Con lo anterior, se identificarán las historias clínicas en el Servicio de Estadística e Informática. Se seleccionarán las historias de pacientes, descartándose los operados por emergencias y los que ya han sido intervenidos anteriormente.
- Fichas de entrevista 1 y 2.

#### **2.5.2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

- El paciente será localizado en su domicilio (registrado en la H. C.) o cuando asista al hospital por consultorio externo, previa coordinación con el Servicio de Estadística y triaje.
- Se le explicará en forma sencilla y clara los objetivos del estudio.
- Si acepta, será considerado en el estudio.
- Se aplicará la entrevista en el momento que él lo considere oportuno.
- La información necesaria para este estudio, se integrará en una ficha clínica individual, provenientes de: 1) la historia clínica y, 2) De la entrevista.

La entrevista tiene dos partes:

- Una, en base solo a los datos que el paciente efectivamente recibió, sin inducción ni condicionamiento.
- Otra, que contiene toda la información que debe de saber el paciente como información preoperatoria, ítems cerrados (estructurados) que deben responder en forma categórica.

Si bien es cierto que la entrevista ocurrirá después 4 a 8 años de realizado la cirugía, también es importante resaltar que existen vivencias en la vida de las personas que se consideran como **únicas e inolvidables**: el matrimonio, la compra de la casa propia o del carro, etc. Uno de ellos, es la cirugía a la que fue sometido. Lo recordará "como si fuera ayer". Esto evitará el margen de error que pudiera ocurrir por el tiempo transcurrido, asegurando efectividad y seriedad en la recolección de los datos.

Un sesgo que puede considerarse es que durante la entrevista, el paciente puede responder de acuerdo a lo que el médico espera, con la finalidad de "quedar bien". En el presente, descarto esta posibilidad por:

- No existe vínculo actual con el cirujano investigador, por consiguiente, no existe ese compromiso.
- El tiempo transcurrido otorga al paciente el análisis autocrítico desde su punto de vista de lo bueno y lo malo de dicho proceso.
- Más bien, es proclive al reclamo que no lo hizo en esa oportunidad, ya que vivió "en carne propia" la experiencia traumática de la cirugía.

## 2.6: FORMULACION DEL PROBLEMA.

¿La calidad de información preoperatoria influye en la relación médico – paciente – familia, en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital de Apoyo de Palpa?.

### 3.- RESULTADOS.

Tabla N° 01: Datos de ficha clínica.

<b>VARIABLES</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>GRUPO ETAREO:</b>		
1: 18 - 29	18	18
2: 30 - 39	31	31
3: 40 - 49	26	26
4: 50 - 59	15	15
5: 60 - 69	4	4
6: 70 - 80	6	6
<b>SEXO:</b>		
1: Femenino	79	79
2: Masculino	21	21
<b>DOMICILIO</b>		
1: Urbano	49	49
2: Urbano marginal	28	28
3: Rural	23	23
<b>ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA</b>		
1: Cirugía general	65	65
2: Gineco - Obstetricia	30	30
3: Otros	5	5
<b>FINANCIAMIENTO CIRUGÍA</b>		
1: Recursos propios	72	72
2: Seguro integral de salud	22	22
3: Otros		
(AQV)	6	6

FUENTE: Historia clínica HAP.

**Tabla N° 02: Resultado entrevista 1.**

<b>VARIABLES</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	100	100
<b>01 INFORMACION RECIBIDA</b>		
Diagnóstico	99	99
Riesgo/beneficio	34	34
Pronóstico	51	51
Procedimiento quirúrgico	75	75
Costos	93	93
Fecha retorno al trabajo	3	3
Tiempo promedio hospitalización	26	26
Tratamiento alternativo	5	5
Información complicaciones intraoperatorias	11	11
Traer ropa/utensilios higiene	35	35
Horario de visita	25	25
Dirección/Tlf	21	21
<b>02 PERSONAL INFORMANTE:</b>		
1:Cirujano	100	100
2:Asistente	9	9
3:Anestesiólogo	32	32
4:Enfermera	25	25
5:Técnico	10	10
6:Otro	7	7
<b>03 CALIDAD DE INFORMACIÓN:</b>		
1: Buena	72	72
2: Regular	25	25
3: Deficiente	3	3

FUENTE: Entrevista 1.

Tabla N° 03: Resultado entrevista 2

VARIABLES	n	%
	100	100
<b>04: AUTORIZACIÓN DE LA CIRUGÍA</b>		
1: Autorización simple	88	88
2: Consentimiento informado	12	12
<b>05: USO DE MEDIOS AUDIOVISUALES</b>		
1: Si	0	0
2: NO	100	100
<b>06: USO DE FOLLETOS O SIMILARES</b>		
1: Si	0	0
2: NO	100	100
<b>07: REFERENCIA DE OTROS PACIENTES</b>		
1: SI	9	9
2: NO	91	91
<b>08: APOYO PSICOLÓGICO</b>		
1: SI	0	0
2: NO	100	100
<b>09: SATISFACCIÓN CON LA CIRUGÍA</b>		
1: SI	79	79
2: NO	7	7
3: REGULAR	14	14
<b>10: INFORMAC COMPLICAC LOCAL/SISTÉMICA</b>		
1: Si	0	0
2: No	100	100
<b>11: COMPLICAC. OCURRIDAS POSOPERATORIO</b>		
1: Dolor H.O	99	99
2: Náuseas/vómitos	23	23
3: Cefalea	9	9
4: Ansiedad/Depresión	10	10
5: Insomnio	14	14
5: Infección		
H.O.	3	3
6: Hematoma-seroma-queleide	12	12
7: Eventración	3	3
8: Retención urinaria	8	8
9: Hemorragia intraabdominal PO	1	1
10: Otras	30	30

**Tabla N° 03: Resultado entrevista 2 (Viene):**

<b>12: EL CIRUJANO OMITIÓ INFORMACIÓN</b>		
1:Si	100	100
2:No	0	0
<b>13: SEGÚN INTEGRIDAD INFORMACIÓN:</b>		
1:Completa	0	0
2:Incompleta	100	100
<b>14: UD PORQUE NO PIDIÓ AMPLIAR</b>		
1:Por temor	17	17
2:Por vergüenza	6	6
3:Falta de confianza	90	90
4:No deseaba	1	1
<b>15: PORQUE NO FUE ADECUADA, OPORTUNA E INTEGRAL:</b>		
1: Mucho trabajo del cirujano	50	50
2: Poco tiempo de información	91	91
3: Desinterés	3	3
4: Por no atemorizar	19	19
5: No quiere opinar	9	9
<b>16: COMPLICACIONES Y LA RELACIÓN MPF</b>		
1:Se modificó negativamente (Pérdida de confianza/Insatisfacción)	7	7
2:Parcialmente (Disconformidad/Insatisfacción)	14	14
3:No se modificó	79	79
<b>17: AHORA COMO CONSIDERA LA CALIDAD</b>		
1:Buena	2	2
2:Regular	31	31
3:Deficiente	67	67

FUENTE:Ficha de entrevista N° 02. + Historia clínica HAP.

**Tabla N° 04: Comparación de la calidad según fichas.**

	BUENA		REGULAR		DEFICIENTE	
	n	%	n	%	n	%
1: FICHA N° 01	72	72	25	25	3	3
2: FICHA N° 02	2	2	31	31	67	67

#### **4.- DISCUSIÓN (Análisis e interpretación de resultados).**

##### **1. INFORMACIÓN RECIBIDA:**

La entrevista N° 1, es la información que el paciente recibió antes de la cirugía, tal como él recuerda. Es decir, me he limitado solo a escucharlo, sin ampliación o disminución para no condicionar la respuesta; ya que se establecerá otra entrevista (N° 2) en donde sí se plantean otras opciones.

**DIAGNÓSTICO (99%), pronóstico (51%) (Bueno: 44%, Regular: 7%, el 49% fue obviado) y riesgos/beneficios (34%);** solo se mencionaron como tal, sin entrar en detalles. El procedimiento quirúrgico (75%) fue mencionado en términos sencillos generalmente en los casos de extirpación de órganos (vesícula biliar, útero, ovario, tumores).

**COSTOS (93%):** Después del diagnóstico, fue la segunda información impartida. Comprendió el promedio en medicamentos, derecho de sala de operaciones. El 72% cubrió los gastos con su propio peculio, el 22% por el Seguro Integral de Salud (parcialmente) y el 6% por el Programa de Anticoncepción quirúrgica voluntaria en la mujer.

En ningún presupuesto estaba considerado el gasto que demanda una cirugía. Los que se realizaron, fueron a costa de privar algunos gastos familiares, préstamos, apoyo de familiares o la comunidad. Los programas subsidiarios (Seguro Integral de salud), de acuerdo a nuestra realidad nacional, no llegan a cubrir todos los servicios que teóricamente ofertan. La escasez de medicamentos e insumos, entre otros, es el denominador común. Existen gastos adicionales no contemplados que la familia debe asumir: alimentación, estadía, pasajes, exámenes auxiliares que no se realizan en el hospital.

**FECHA DE RETORNO AL TRABAJO:** Solo en el 3%. La mayoría de los pacientes del estudio, trabajan. El sustento económico familiar es el trabajo, por lo tanto, será una constante preocupación volver al mismo lo más pronto posible, para recuperar lo invertido y seguir con el mantenimiento de la canasta familiar. Entender esta preocupación, nos obliga a expresarle cuando se reintegrará a sus labores, al menos en forma tentativa, teniendo en cuenta la evolución de su enfermedad y el tipo de trabajo que desempeña, incluyendo el periodo de convalecencia. El no decirlo, está parcialmente justificado porque no existen estudios previos al respecto o por la aparición de complicaciones que pueden prolongarla. Este temor, explica el 3%. Actualmente, el cirujano se basa solo en el empirismo y su experiencia.

**TIEMPO PROMEDIO DE HOSPITALIZACIÓN SIN COMPLICACIONES:** Tiene relación con el ítem anterior. Fue mencionado solo en el 26%. Las personas disponen de un tiempo promedio para todas sus actividades cotidianas. La estancia hospitalaria promedio debe ser explicada al paciente. La aparición de complicaciones, puede trastocar el promedio y aumentar la permanencia, pero tampoco es motivo para no expresarlo.

**TRATAMIENTO ALTERNATIVO:** La cirugía puede tener otra opción terapéutica que el cirujano debe proponer para que el paciente elija y decida. La colecistectomía puede realizarse por la técnica convencional (“a cielo abierto”) o por laparoscopia; aunque todavía no se realice en el hospital, es un deber manifestarlo. Actualmente, en hernioplastías existe la tendencia al uso de mallas sintéticas. Muy diferente son las eventroplastías que sí exige el uso de estas mallas para su reparación. Por otro lado, teniendo en cuenta el riesgo y la complejidad de la cirugía, es posible la transferencia a otro hospital de mayor capacidad resolutive, sea regional, nacional o en el extranjero, debiéndose explicar las razones.

En el presente, solo se propuso en el 5%, quienes fueron transferidos al Hospital Regional de Ica.

**LE INFORMARON SI OCURRIÓ COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS/ ANESTÉSICAS EN EL INTRA OPERATORIO:** Si en el 11% ; de los cuales, en dos (2%) pacientes se tuvo que complementar la anestesia raquídea con general inhalatoria por el tiempo ampliado de la cirugía; en 5 (5%) pacientes solo se realizó colecistectomía parcial; en un (1%) paciente se halló absceso hepático; en un (1%) paciente que ingresó con diagnóstico de hernia y lipoma epigástrico, resultó ser un granuloma por espina de pescado, entre otros.

Esta información no generó malestar en el paciente, pero sí provocó sorpresa. No confundir con las complicaciones ocurridas en el posoperatorio (ítem 11). Estos datos se confirmaron con la historia clínica.

Asimismo, existe información complementaria de parte de la enfermera/ técnico de enfermería: traer ropa adecuada y utensilios de higiene (35%), horario de visita (25%), dirección/ teléfono (21%).

**2. PERSONAL INFORMANTE:** Es indudable que el cirujano tratante es el informante nato (100%), por ser el primero en iniciar la relación y el último en tratar al paciente. El anestesiólogo (32%), se circunscribió a examinarlo, revisar los estudios preoperatorios y a expresar que existían ciertos riesgos en las personas de edad avanzada. El personal que más tiempo permanece con el paciente, es la enfermera y el técnico de enfermería del servicio de hospitalización. Sin embargo, solo se evidencia una participación del 25% y 10% respectivamente. Se limitaron más, al cumplimiento de sus actividades asistenciales de control y medicación. Existe aún falta de compromiso en esta tarea.

En laboratorio: la extracción de sangre es poco aceptado por el paciente. Ver una gota de su sangre, puede causarle desmayo o pensar que puede quedar anémico. Sin embargo, no recibe explicación de la inocuidad y beneficio de la misma. En Radiología y otros servicios, no hubo información de sus procesos, solo se limitaron a realizarla.

Actualmente, apreciamos con beneplácito, la tendencia a incorporar personal de seguridad en los hospitales, quienes se posicionan en la puerta de acceso principal de los diferentes servicios. Estimo conveniente

que aparte de la función de custodia, muy bien pueden cumplir con información complementaria de: orientación, indicar el horario de visitas, entrega de recetas, etc.

La información debe ser concebida como un proceso activo, integral, continuo y multidisciplinario de todo el personal sin distinción.

En resumen (de este ítem), considero que la verdadera información debe ser brindada por cinco entes bien definidos, aliados del primero, en forma articulada y consecuente:

- 1.El cirujano y el anesthesiólogo, quienes tienen la mayor responsabilidad.
  - 2.Enfermera y técnico: La información desde qué utensilios de higiene deben traer hasta el reforzamiento de la información.
  - 3.Demás personal asistencial, administrativo y de seguridad del hospital: De acuerdo al nivel de intervención.
  - 4.El hospital: asegurar la difusión y entrega de los folletos, charlas audiovisuales, proporcionar fotochecks al personal; croquis y señalización de los ambientes, identificación del consultorio con el nombre del médico de turno.
  - 5.Medios de difusión masiva: la prensa escrita, la radio y la televisión deben retomar y dedicar parte de su espacio y tiempo para la orientación del paciente que padece una patología de definición quirúrgica, empleando spots publicitarios preparado por profesionales.
- 3. CALIDAD DE INFORMACIÓN:** De acuerdo a la percepción del paciente, en la primera ficha de la entrevista, buena en el 72%, regular el 25% y deficiente el 3%. Impresiona ser óptima. Será contrastada con el resultado de la segunda entrevista.
- 4. AUTORIZACIÓN DE LA CIRUGÍA:** Firmó el consentimiento informado solo el 12% y en autorización simple el 88%. Existe mucha literatura sobre la trascendencia del Consentimiento informado; pero a la fecha, solo es el documento que el paciente firma minutos u horas antes de la cirugía sin haber recibido información, desnaturalizando sus objetivos.

San José A. (13) reporta que el 78% no tenía firmado el consentimiento informado y únicamente en el 6% aparece la firma del médico; lo cual demuestra que tampoco se le otorga la debida importancia; y lo que es peor, no existe autorización de la cirugía (78%).

Resulta contraproducente que en el lapso del estudio (2004 al 2008), a pesar de que el hospital cuenta con sistema de impresión y fotocopia, profesionales competentes y conscientes, aún se siga utilizando la clásica

hoja simple, escrita a mano por la enfermera como autorización de la cirugía. En forma directa, nos indica renuencia a la información.

**5. USO DE MEDIOS AUDIOVISUALES:** En el 100% no fue utilizado. Es un medio muy útil para mejorar y reforzar la información.

Oliva (28) reporta que el uso de videos estandarizados se está generalizando y es recomendable para facilitar la comprensión.

El Hospital de Apoyo de Palpa cuenta con estos dispositivos, pero no fueron empleados; lo que demuestra desidia profesional.

**6. USO DE FOLLETOS O SIMILARES:** No fue utilizado para ningún paciente en el 100% de los casos. Este material, llámese díptico o tríptico, es un excelente recurso para mejorar la calidad de la información preoperatoria. Es didáctico, sencillo, práctico, de fácil difusión y de bajo costo. Con la descripción simple de las ventajas, riesgos y las probables complicaciones posoperatorias que incluyan las más frecuentes y graves, se constituye en el facilitador y aliado para el cirujano, **evitando ser el directo y primer informante**. Limitándose posteriormente sólo a afianzar o esclarecer las dudas del paciente; es decir, serán estos documentos quienes ocupen el lugar inicial del cirujano. Pero aún así, no se utilizan.

Las estrategias sanitarias del Ministerio de Salud (Infecciones de transmisión sexual y VIH-Sida, Daños nos transmisibles, Inmunizaciones, etc.) emplean muy bien estos medios de difusión, con la finalidad de informar, prevenir, atender y recuperar la salud de un paciente afectado por dicha patología.

Lo mismo puede aplicarse a las dolencias quirúrgicas que se establecen como un problema de salud pública que afectan negativamente la economía nacional, con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad.

**Considero que si no se utiliza este recurso, continuaremos omitiendo intencionalmente, la información de las complicaciones más grave; consecuentemente, alimentaremos los argumentos legales en contra nuestra y se incrementarán las denuncias.**

**7. REFERENCIA DE OTROS PACIENTES SOMETIDOS A LA MISMA CIRUGÍA EN EL HOSPITAL:** Es otra forma muy simple y práctica que el paciente puede evidenciar: otros pacientes con su misma enfermedad se encuentren en buenas condiciones tras la cirugía. Esta mención asegura la confianza del paciente en el cirujano y en el establecimiento de salud. Lo alentará en la toma de decisiones. Pero en el estudio solo se mencionó en el 9%.

**8. APOYO PSICOLÓGICO:** A pesar que se detectaron diversos grados de temor y ansiedad, de contar con dos psicólogos en el hospital, no se solicitó (100%) la intervención del psicólogo para ningún paciente. No participaron en la psicoprofilaxis quirúrgica ni en la psicoterapia. Esta actitud nos revela falta de preocupación y sensibilidad del cirujano. Aún no

valoramos el **impacto psicológico negativo** que despierta la cirugía en el paciente y su entorno familiar.

También estimo que el cirujano y el anestesiólogo, deben recibir apoyo psicológico. El estar sometido a tensión laboral extrema en el acto quirúrgico, ser sujeto a errores y a denuncias fácilmente, se traduce en un agotamiento físico e intelectual, ansiedad, disminución del desempeño, etc. Estos efectos aún no se contemplan como problemática laboral y de salud que afecta el rendimiento normal del personal. Salanova (32) y Grau (33) contemplan esta situación, reconociéndolo como el Síndrome de Burnout.

**9. SATISFACCIÓN CON LA CIRUGÍA REALIZADA:** La insatisfacción total y pérdida de confianza ocurrió en 7 casos (7%): tres pacientes que presentaron eventración de la herida operatoria y que fueron reintervenidos posteriormente; una paciente que presentó shock hipovolémico tras colecistectomía y que fue transferida al Hospital Regional de Ica; una paciente que tuvo infección por anaerobios de herida operatoria complicada con fístula vésico vaginal, entre otros. El 14% mostró cierto grado de insatisfacción y disconformidad (quemadura de muslo por yodo, hematoma e infección de herida operatoria, etc.).

Cabe mencionar que la aparición de una cicatriz queloide en la herida operatoria, fue considerada como una insatisfacción de la cirugía. El solo hecho de modificar su estética, aunque no dependa de la técnica quirúrgica y por no haberlo mencionado previamente, resulta en una disconformidad de resultado.

**10. INFORMACIÓN DE PROBABLES COMPLICACIONES** Locales o sistémicas; leves o graves; inmediatas, mediatas o tardías en el preoperatorio: El paciente **NO** recibió (100%) información de las probables complicaciones: Infecciosas de la herida operatoria (absceso), no infecciosas de la herida operatoria (seroma, hematoma, dehiscencia, queloide, etc.); dolor de la herida operatoria; gastrointestinales (náuseas y vómitos, gastritis, íleo, etc.); cefalea; psicológicas (ansiedad, depresión, insomnio); urológicas (retención urinaria, insuficiencia renal aguda); respiratorias (neumonía, aspiración, etc.); anestésicas; reacción adversa a medicamentos; reintervención quirúrgica; coma y/o muerte; otras (fiebre, flebitis, hemorragias, oblitos, abscesos residuales, fistulas, bridas y adherencias, etc.). El paciente, al enterarse que una de estas complicaciones podía ocurrirle, expresó su malestar por la desinformación intencional.

Pérez Moreno (12) revela que el 69.3% de los pacientes, no recibió información sobre riesgos quirúrgicos y el 75% tampoco sobre los riesgos anestésicos. Pero no reporta específicamente sobre las complicaciones

posoperatorias. En el estudio, el 34% refiere haber recibido información sobre riesgos/beneficios en forma superficial, lo cual se acerca al anterior.

**Este ítem marca categóricamente la diferencia entre la entrevista N° 1 y 2. Se aprecia definitivamente que el cirujano evita dar esta información, aún sabiendo que es probable su ocurrencia a pesar de adoptar todas las medidas preventivas.**

**11. QUE COMPLICACIONES OCURRIERON EN EL POSOPERATORIO:** El síntoma constante en el posoperatorio, es el dolor de la herida operatoria (99%). Osses (29) también lo reporta como un efecto en todos los pacientes, en menor o mayor intensidad. Labrada (30), igualmente lo considera como un reto que permanece sin resolver en cirugía.

También presentaron: náuseas y vómitos (23%), hematomas/seromas (12%), retención urinaria (8%), etc.

Dentro de las complicaciones de orden psicológico en el estudio, se observó la ocurrencia del 14% de insomnio, mientras que Yalilis Castellero (7) encontró que el 64% tuvieron dificultades para quedarse dormidos, y el 22% se despertó varias veces por la noche.

Asimismo, encontramos estados de ansiedad/depresión en el 10% de los pacientes. Al respecto, Pérez Díaz (10) concluye que la ansiedad pre quirúrgica es causa del incremento del consumo de medicamentos y las complicaciones, ya que el 46.6% tomó ansiolíticos en el transoperatorio y el 34.8% consumieron analgésicos.

Espinoza (9) reporta la cefalea post anestesia raquídea hasta 5%, mientras que en el presente, el 9%. En este último, no se ha precisado si es por efecto anestésico y/o estrés.

La evolución natural de la enfermedad, así como del posoperatorio, pueden discurrir por vías impredecibles, que dependen de factores dependientes de los mecanismos homeostáticos del individuo, de la naturaleza y magnitud de la cirugía así como de otros factores externos. Es decir, que no todo depende del médico. Tampoco existe premeditación de cometer daño alguno; pero esta condición no es reconocida por la otra parte cuando ocurren las complicaciones.

**12. CREE USTED QUE EL CIRUJANO OMITIÓ INFORMACIÓN:** Si en el 100% de los casos. Especialmente por las complicaciones posoperatorias, fue catalogado por el paciente y su familia, como omisión de valiosa información. De conocerlas previamente, estuvieran mejor preparados para afrontarlo.

Carrillo de Albornoz (8) reporta que el 80-90% de los pacientes, refiere ausencia y falta de información sobre la actuación médica y

complicaciones, constituyendo una de las causales en los procesos judiciales.

En la entrevista de El Comité de Ética del Hospital Eva Perón de Argentina (11), el 93.4% expresaron desear que se les informara la verdad sobre su enfermedad.

Hanna (18) ha observado que no existe un registro detallado en la historia clínica de los procedimientos realizados y tratamientos impartidos. Este evento también se ha observado en el presente: los reportes operatorios son escuetos o no existen, falta de hojas, desorden en su foliado, exámenes de laboratorio incompletos, síntomas posoperatorios no registrados, medicación anotada solo en el parte de enfermería, escritura ilegible, borrones y enmendaduras de las indicaciones, pérdida de la historia clínica, etc. Este déficit en la documentación, es otro gran problema para el cirujano cuando existen denuncias de orden legal.

Actualmente, la aparición de una complicación posoperatoria, será un elemento suficiente para afirmar que desconocían estos riesgos y que no recibieron información.

Por lo expuesto, el Cirujano y el Anestesiólogo, están obligados a decir la verdad. No existe sustento para lo contrario.

**13. SEGÚN INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN, LA CONSIDERA:** Incompleta en el 100% de los casos. El cirujano dedica más tiempo al procedimiento quirúrgico, que a la importancia humana de la relación e información. Debemos preocuparnos en su satisfacción física y emocional, antes que pensar en defendernos si faltamos. Es probable que pueda ser intencional y/o también porque el cirujano no ha sido formado en habilidades de comunicación.

Simultáneamente, existe una realidad desinformativa basada en:

- Los grandes textos de Cirugía no lo consideran como parte significativa del proceso quirúrgico.
- La currícula universitaria aún no lo considera como tal; en el mejor de los casos, tardará mucho tiempo su incorporación.
- El cirujano continúa pensando y con el temor que la información pueda provocar reacciones inesperadas, hasta la exigencia de una "garantía" que no puede asumir.
- El cirujano no quiere perder su prestigio ganado.
- El cirujano no recibirá estudios por su cuenta para mejorar su capacidad informativa.

- Existen normas nacionales e internacionales así como el consentimiento informado desde hace muchos años, que no han merecido la consideración en el ejercicio médico quirúrgico.

Deduciendo, la información solo de los aspectos generales de la cirugía (ítem 1), haberlo desinformado de las complicaciones (ítem 10), la falta de confianza en la relación (ítem 14), el poco tiempo disponible para el mismo (ítem 15), le sirve para valorar la integridad de la información recibida.

**14. USTED PORQUE NO PIDIÓ AMPLIAR INFORMACIÓN:** Por falta de confianza el 90%, entre otros. El motivo es claro. El profesional solo se limitó a informar lo que él creía conveniente para las expectativas del paciente. No se preocupó en tratar de iniciar, crear las condiciones o reafirmar la confianza. Sutilmente, establece una barrera para las preguntas comprometedoras.

En Semiología y Propedéutica médica, se establecen las bases del examen clínico y el interrogatorio para llegar a un buen diagnóstico y tratamiento. El diálogo, el examen físico y el tiempo, han sido reemplazados por estudios de laboratorio y de gabinete.

Asimismo, las subespecialidades médico quirúrgicas con su tecnificación, las interconsultas a las que es sometido, configuran un enfoque multidisciplinario en el manejo de la enfermedad del paciente, permitiendo una desatención y deshumanización de la medicina.

La falta de apertura a la confianza (sin exagerar o faltar el respeto) es perjudicial y es el factor que reluce cuando ocurren los problemas

**15. SEGÚN SU PUNTO DE VISTA, ¿PORQUÉ CREE UD. QUE NO EXISTIÓ INFORMACIÓN ADECUADA, OPORTUNA E INTEGRAL?:** Teniendo en cuenta que es el cirujano el responsable de la información preoperatoria en general, el paciente opina que no ha sido satisfactoria porque el cirujano: tenía mucho trabajo (50%), corto tiempo disponible para informar (91%), por no atemorizar al paciente (19%), no quiere opinar (9%).

La observación del paciente impresiona ser lógica. En las instituciones de salud, incluyendo al Hospital de Apoyo de Palpa, no existe carga exagerada de trabajo, pero la actitud que adopta el profesional, permite esta visión por parte del paciente. El poco tiempo dedicado para la información, es muy corto, como tratando de evadir su responsabilidad.

Existe otra situación que la condiciona: el cirujano (incluye a todas las especialidades médico – quirúrgicas) está más preocupado en el tiempo dedicado para la docencia universitaria y/o consultorio particular, descuidando esta obligación.

**16. LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES MODIFICÓ LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE – FAMILIA:** Se modificó negativamente en el 7%, parcialmente el 14%. Esta modificación y alteración de la relación trinomial, consistió en disconformidad, insatisfacción y pérdida de confianza en un 21%, porcentaje que considero alarmante que se debe tener en cuenta para subsanarlo.

En el estudio, los casos emblemáticos de esta insatisfacción, ocurrió en una paciente posoperada de colecistectomía que presentó shock hipovolémico; otra paciente sometida a histerectomía abdominal total que presentó infección de herida operatoria por anaerobios y presencia de fistula vésicovaginal.

Llama la atención en estos casos, porque no existieron reacciones mayores como se reporta en otros estudios (agresiones, demandas judiciales). Es posible que el paciente haya ocultado esta información a pesar de haberlo preguntado o lo haya aceptado por idiosincrasia o sumisión. Palpa, es la provincia más pobre de la Región Ica.

En Tacna (14), se reporta que el personal de salud sufrió agresión: verbal (64%), física (1%), ambas (12%). Los servicios más 'agredidos' fueron: Emergencia (93.9%), Pediatría (91%) y Psiquiatría (83%). No menciona a Cirugía.

Braga (15) reporta que el 52.4% sufrieron agresiones verbales y el 2.2% agresión física. Considera al Perú como el 4° país en donde los profesionales de la salud, han sido sujeto a agresiones físicas y/o verbales, y a la especialidad de cirugía general (7.5%) en el 4° lugar.

Tanto el cirujano como el paciente, no esperan la ocurrencia de alguna complicación. Pero pueden suceder una o varias de ellas, simultáneas o consecutivas. Por ello la trascendencia de expresarlas antes de iniciar un tratamiento médico quirúrgico, para no causar sorpresa ni reacciones conflictivas posteriormente.

Hasta la fecha, nos resistimos a considerarlo nuestro deber y un derecho del paciente.

Estos resultados demuestran que esta problemática ya no es exclusiva de las especialidades quirúrgicas, sino también de las clínicas (que emplean tratamientos no invasivos). Evidenciamos una participación activa de terceros (Abogados, hasta los propios colegas, etc.) como evaluadores de los resultados e instigadores para iniciar demandas judiciales para resarcirlos.

## **17. AHORA, COMO CONSIDERA LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN:**

Deficiente el 67%, regular el 31% y buena solo el 2%.

**COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE INFORMACIÓN (Ítem 03 y 17):** La diferencia es marcada. La explicación se debe a:

- En la entrevista 1, el paciente responde tal como él considera haber recibido la información.
- En la entrevista 2, el paciente ya responde a preguntas pre elaboradas. Repertorio basado en las complicaciones teóricas que pueden ocurrir y que exigen respuestas categóricas (Sí/No, Bueno/regular/deficiente, etc.) que no existían en la primera.
- La mayoría de los pacientes desconocen que existen complicaciones posoperatorias.
- Haberlas padecido en el posoperatorio, cambia radicalmente la apreciación de la buena calidad de la información preoperatoria, de 72% a solo el 2%.
- El paciente y su familiar, es más conocedor de sus deberes y derechos, convirtiéndose dentro de poco, en el paciente del futuro.

- El paciente del futuro es el que:
  - Tiene nueva visión de la conducta profesional médica y de los sistemas de salud.
  - Exige calidad y calidez en su atención, menos tiempo de espera, trato individualizado, mayor tiempo para su atención e información.
  - Autonomía irrestricta en la toma de decisiones.
  - Adopta una actitud activa en el tratamiento de su enfermedad. Ya no será pasiva ni sumisa.
  - Más acucioso y motivado para obtener información en general de su enfermedad, del acto médico y sus implicancias.
  - El médico ya no será su única fuente de información.
  - Sabe seleccionar (sin dejarse sorprender) y disponer de la *exorbitante información de internet*. *Consigue información paralela que puede contrastar con el cirujano*
  - Porta una secuencia de interrogantes y espera respuestas puntuales
  - Informa y aconseja a otros pacientes
  - Selecciona el centro asistencial, quienes lo operarán, la fecha de la *cirugía y otros procedimientos, de acuerdo a sus necesidades.*
  - Dispone en su casa de material y equipos básicos para el control de funciones vitales, y de ambulancia local para su traslado inmediato en casos de emergencias
  - Acceso libre a su historia clínica solo a petición verbal.
  - Solicitará atención preventiva y no reparativa.
  - Su accionar ya no se centrará solo al entorno médico, sino en la participación activa de políticas nacionales de salud.
  - En casos de malos resultados de la cirugía, *colegirá que no se empleó en forma apropiada la tecnología actual disponible y/o que el profesional actuó indebidamente.*
  - Utiliza los medios administrativos y legales para prevalecer o restaurar sus derechos.
  - Crea y conforma un organismo de defensa gratuito.
  - Exigirá el hospital y el médico del futuro.
  - **Todo ello, en base a la información que se constituye en el sustento de todo su accionar y empoderamiento.**

## **5.- CONCLUSIONES (RECOMENDACIONES).**

- 1. El cirujano NO informa (100%) las probables complicaciones más frecuentes y/o graves que pueden ocurrir en el posoperatorio, solo informa aspectos generales y superficiales de la cirugía.**
- 2. No existe un responsable del proceso de información preoperatoria. Cada uno cree cumplirlo a su criterio, otros la eluden. No se concibe como un proceso integral, continuo y multidisciplinario del personal involucrado en la atención.**
- 3. No se emplean medios auxiliares para mejorar el proceso de información, como folletos, medios audiovisuales (100%). Si no aplicamos este recurso, sin temor a equivocarme, continuaremos omitiendo valiosa información.**
- 4. El consentimiento informado no es utilizado en forma regular, y cuando se utiliza, se hace firmar sin recibir información, horas antes de la cirugía. Su uso es solo para cumplir la teoría.**
- 5. La ocurrencia de síntomas y complicaciones posoperatorias no informadas previamente, solo generaron insatisfacción, disconformidad y pérdida de confianza, alterando negativamente la relación médico – paciente – familia (21%). No se reportaron agresiones, físicas, verbales, administrativas ni judiciales.**
- 6. El paciente considera la calidad de la información preoperatoria como: incompleta, inadecuada, inoportuna y no es integral.**

## RECOMENDACIONES

1. Es deber del cirujano, brindar información preoperatoria de los beneficios así como de las probables complicaciones posoperatorias más frecuentes y graves en forma obligatoria.
2. Crear el equipo multidisciplinario de información del hospital, dirigido por el cirujano, quien debe coordinar y vigilar que cada uno de los participantes cumplan su función. Asimismo, crear la Estrategia Nacional de Información y preparación preoperatoria que articule, asegure e incentive las intervenciones quirúrgicas en su fase precoz, para mejorar su calidad de vida y bienestar general.
3. Se recomienda el uso obligatorio de folletos y medios audiovisuales. La institución debe proveer este material. El Ministerio de Salud debe efectivizar su rol regente para difundir información preoperatoria (spots) en la televisión, radio y prensa escrita.
4. Establecer el uso obligatorio del consentimiento informado como el documento que traduzca una real comprensión de la información preoperatoria.
5. El paciente, antes de adoptar reacciones irreflexivas, primero debe solicitar explicación al cirujano, antes que a terceros. Considerar que un resultado adverso nunca es premeditado y que existen factores ajenos.
- 6. Cuando se informe realmente las complicaciones graves y más frecuentes, disminuirán y/o evitarán muchas cirugías innecesarias; porque tanto el cirujano como el paciente, serán conscientes y consecuentes de la magnitud y el inminente riesgo de la cirugía. Habrán menos procesos judiciales.**

## **6.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.**

1. Ley N° 26842. Ley General de Salud, del 09 de Julio de 1997. Portal del Ministerio de Salud. Fecha de acceso: 10 de Julio 2012. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge.normas.asp>
2. López y García J. El consentimiento informado y la responsabilidad civil médica. Fecha de acceso 16 Enero 2012. Disponible en: [http://www.asociacionabogadosrcs.org/doctrina/consentimiento\\_informado.html](http://www.asociacionabogadosrcs.org/doctrina/consentimiento_informado.html)
3. Townsend C, Beauchamp C, Evers R. Sabiston Tratado de cirugía : Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 17° edic. España : Gea Consultoría Editorial S. L. L. 2005
4. Brunicardi F, Andersen D, Dunn D. Schwartz Principios de cirugía. 9° ed. China : Ed Mc Graw-Hill Interamericana Editores. 2005
5. Instrucciones para el paciente. Saint Joseph Hospital. (Citado: noviembre 2011). Disponible en: [http://sjh.reshealth.org/pdfs/subsites/sjh/sjh\\_outpatient\\_surgery\\_instructions\\_spanish.pdf](http://sjh.reshealth.org/pdfs/subsites/sjh/sjh_outpatient_surgery_instructions_spanish.pdf)
6. Información para pacientes sobre cirugía mayor ambulatoria. Fecha de acceso: 22 de Noviembre 2011. Disponible en: <http://www.fisterra.com/salud/3proceDT/cirugiaMayorAmbulatoria.asp>
7. Yalilis Castellero A, Valdés P. Valoración y tratamiento de los trastornos del sueño en pacientes sometidos a estudios invasivos. Rev Cubana Psic. 2005:19(3).
8. Carrillo de Albornoz, EO. Calidad de la información sanitaria como requisito para el consentimiento informado. Rev. Lat. Der Med Leg. 2000. 5(1):59-65
9. Espinoza, AM. Complicaciones de la anestesia regional ¿Algo nuevo?. Rev. Anest. De Chile. 2003:32(3)
10. Pérez Diaz R. Martin Carbonell M. Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de cirugía de las várices. Rev Cubana Ang y Cir Vas 2000:1(2):95-100
11. Manrique JL. Aspectos bioéticos de la práctica quirúrgica. Fecha de acceso: 11 de febrero 2010. Disponible en: <http://www.comité.bioetica.org/biblio4.htm>
12. Pérez MJ, Pérez MD, Osuna E. Información preoperatoria y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente. Rev. Esp. Anest y Reanim. 1998: 45(4)
13. San José A, Zuza B., Zunzarren T, Luri T. Aspectos de la información preoperatoria al paciente en la cirugía de urgencia. Fecha de acceso: 17 de

Setiembre 2011. Disponible en:

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/busque.html>

14. Ancalli FC, Cohaila G, Maquera JA. Agresiones contra el trabajador de salud en Tacna, Perú. Rev. Perú Med Exp Sal Pub 2012; 29(3):414-417.
15. Braga F, Prats M, Luna D, Ariel M, Flichtendrei D. Agresiones contra médicos. Fecha de acceso: 22 de agosto 2012. Disponible en: <http://www.intramed.net/UserFiles/pdf/36397.pdf>
16. Diego S. Relación médico paciente. Colomb Med. 2008 Jul-Set; 39(3): 287-290.
17. Sorokin P. Relación intersubjetiva médico – paciente: en defensa propia. Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg. Jun 2000, 5 (1): 89-92.
18. Hanna, V. Aspectos bioéticos del ejercicio de la anestesiología en un servicio de urgencias de adulto. Rev. Anest 2003 : 32(2).
19. Paladino MA. ¿ Para qué debe servirnos la evaluación preanestésica?. Fecha de acceso: 21 de marzo 2012. disponible en [http://www.anestesiopediatrica.com. Ar/clinicas-anestesiologicas2.htm](http://www.anestesiopediatrica.com.Ar/clinicas-anestesiologicas2.htm)
20. Solsona M. Evaluación preoperatoria. Factor de riesgo anestésico. Fecha de acceso: 21 de marzo 2012. Disponible en: <http://www.acmcb.es/societats/dolor/arxiu/preopric.pdf>
21. Evaluación preoperatoria. Bol Inf ARA oct 1998. 12(162): 9-10, 15-24.
22. Moreno MA. Valoración cardiovascular preoperatoria. Anestesiología Mex en Internet. Disponible en: <http://www.anestesia.com.mx/art32.html>
23. Broggi Trias MA. ¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. Med Clin Barc 1999; 112:95-96.
24. La bioética y su relación con la tecnología médica. Fecha de acceso 21 Marzo 2012. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos5/biore/biore.shtml>
25. Dranes JF. Honestidad en la medicina: ¿deberían los doctores decir la verdad?. Fecha de acceso: 21 Marzo 2012. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/enfermeros/monografias.html>
26. El consentimiento informado. Comité de Expertos en Consentimiento Informado del Departamento de Salud de Navarra, España. Fecha de acceso 16 Enero 2012. Disponible en: [http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/index20\\_1.htm](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/index20_1.htm)
27. Zárate Cardenas, E. Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en Perú. Fecha de acceso: 22 de julio 2012. Disponible en:

[http://www.perugob.pe/docs/PLANES/13258/PLAN-13258-Derechos del pacientes\\_2010pdf](http://www.perugob.pe/docs/PLANES/13258/PLAN-13258-Derechos del pacientes_2010pdf)

28. Oliva JE, Bosch C, Carballo R, Fernández J. El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. *Rev. Cubana Invest Biomed* 2001;20(2):150-158.
29. Osses CH, Pobrete AM. Manejo del dolor postoperatorio. *Rev. Anest de Chile*. 2002; 31(01).
30. Labrada A, Jiménez Y. Analgesia multimodal preventiva: estudio comparativo.- *Rev Soc Esp Dolor*. 2004 Abr; 11(3):122-128.
31. Bascuñán ML. Cambios en la relación médico paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev. Med. De Chile*. 2005; 133:11-16.
32. Salanova M, Llorens S. Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo* 2008;29(1):59-67.
33. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Sal Pub* 2009 Mar Abr;83:215-230.
34. El estrés del entorno hospitalario y familiar en cirugía. Fecha de acceso: 22 de Julio 2012. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/estres cirugia/estrescirugia.shtml>.
35. Barcudi RJ, Anauch D, Baudino P. evaluación preoperatoria cardiovascular en pacientes sometidos a cirugía no cardíaca. *Rev. Argent. Card*. 2005; 30(1):325-333.
36. Stella Gil, Luz. La preparación preoperatoria para el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente. Fecha de acceso 20 Marzo 2012. Disponible en: <http://www.abcmedicus.com/pacientes/articulos.php>.
37. Crespo V. Valoración preoperatoria del paciente ambulatorio. *Rev. Inst. Med. Sucre* 2000; LXV(116):72-78.
38. López Avellaneda, EM. Implicancias médico legales de la práctica quirúrgica. Fecha de acceso: 24 de Agosto 2012. Disponible en: <http://www.fm.unt.edu.ar/Servicios/publicaciones/revista facultad/vol 4 n 1 2003/paginas04-07.pdf>
39. Garcia FM, Garcia GA, Garcia FM: Iatrogenia y dispraxis médica. Un enfoque bioético. *RFM* v.28 n.1 Caracas 2005. Fecha de acceso 15 Abril 2012. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692005000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692005000100002&script=sci_arttext).

40. Tolino JM. Oblitos: causas, consecuencias clínicas y legales. Fecha de acceso 15 Abril 2012. Disponible en:  
<http://www.residentesdecirugia.org.ar/files/oblitos.pdf>
41. Lupi J, Divito J, Poigg C. Oblitos quirúrgicos: aspectos medico legales y éticos. Cuad Med For 2003 May; 2(1):43-58.
42. Frases cortas de información. Fecha de acceso: 22-11-12. Disponible en:  
<http://www.frasescortas.org/frases-cortas-de-informacion.html>
43. Citas y frases célebres. Sabidurías.com. fecha de acceso:22-11-12. Disponible en: <http://www.sabidurias.com/tags/informacion/es/6652>
44. Frases y pensamientos. Fecha de acceso: 22-11-12. Disponible en:  
[http://www.frasesypensamientos.com.ar/frases-de-informacion\\_3.html](http://www.frasesypensamientos.com.ar/frases-de-informacion_3.html)
45. 10 frases sobre comunicación. Fecha de acceso: 23-11-12. Disponible en:  
<http://www.slideshare.net/alfredovela/10-frases-sobre-comunicacin>
46. 12 frases de comunicación efectiva. Fecha de acceso: 23-11-12. Disponible en: <http://desarrollopersonalefectivo.com/frases-de-comunicacion-efectiva/>

## **7.- ANEXOS.**

### **7.1: DEFINICIÓN DE TÉRMINOS\*.**

- **EDAD:** Es el tiempo de vida o existencia desde el nacimiento. Es una variable expresada en años cumplidos.
- **SEXO:** Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. Es una variable categórica que interesa para saber el porcentaje de pacientes por sexo.
- **OCUPACIÓN:** Actividad de trabajo que desempeña el paciente (agricultor, profesional, etc.) para regular la forma de información.
- **RESIDENCIA:** Domicilio actual del paciente. Puede ser urbana, rural o urbano – marginal.
- **PACIENTE:** Persona que tiene una enfermedad y que busca la solución de su problema. También se llama: cliente, usuario. El paciente del futuro trae una lista de preguntas y espera respuestas precisas, sabe qué puede exigir y se sabe respaldado, sabe cuán involucrado debe estar en las decisiones, posee acceso y uso libre de su historia clínica, solicita otras opiniones (31).
- **RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE:** Es la interacción que establece el médico con el paciente con la finalidad de curarlo. Tiene connotaciones éticas, morales, filosóficas y sociales. Se expresa con el acto médico.
- **RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE – FAMILIA:** Lo anterior debe ser complementado con el familiar. Este participa activamente en el proceso de curación del paciente, por lo que no puede ser marginado. Es el nexo y el aliado para mejorar la relación.
- **CALIDAD DE VIDA:** La OMS la define como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro de un contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.
- **PATOLOGÍA QUIRÚRGICA:** Enfermedad que sufre el paciente, cuyo único tratamiento es la cirugía.
- **ACTO QUIRÚRGICO:** Procedimiento realizado por el cirujano en Sala de operaciones para curar una patología.
- **EQUIPO QUIRÚRGICO:** Conjunto de profesionales y técnicos que participan en un acto quirúrgico, en forma activa y coordinada.

*\*Los términos de los anexos, siguen un orden alfabético establecido, pero la secuencia será por razones de relación y afinidad entre éstos.*

- **TIPOS DE CIRUGÍA: Será:**
  - De urgencia o Emergencia: de Ejecución inmediata o hasta 48 horas. La vida o la función del órgano, depende de la prontitud. Por ejemplo: traumatizados en accidente de tránsito, apendicitis, hernias estranguladas, torsión de quiste de ovario, etc. Puede dar opción a realizar exámenes de laboratorio y gabinete.
  - Programada, necesaria o planeada: Postergable pero de ejecución indefectible; el tiempo será decidido por el paciente. Por ejemplo: colecistitis crónica litíásica, hernias irreductibles, etc.
  - Electiva: El paciente decide o elige la realización de la cirugía. Importa el bienestar físico y estético. El tiempo no es decisivo para la vida o la función de un órgano. Por ejemplo: rinoplastía, etc. Muchos confundimos la cirugía electiva con la planeada (programada), pero su definición propia (electiva) no deja lugar a dudas.
- **PREOPERATORIO:** Conjunto de actividades o procedimientos que se realizan en y para el paciente, antes de ser sometido al acto quirúrgico. Se inicia en la primera consulta con el cirujano, se consolida en el momento de la aceptación de la cirugía y culmina antes de ingresar al quirófano.
- **INTRAOPERATORIO:** Comprende desde el ingreso a sala de operaciones, la inducción anestésica y la ejecución de la cirugía.
- **POSOPERATORIO:** Conjunto de actividades y procedimientos que se ejecutan en y para el paciente, inmediatamente después de ser intervenido quirúrgicamente hasta su condición de alta y controles posoperatorios. Se incluye la permanencia en Recuperación.
- **RECUPERACIÓN POST ANÉSTESICA:** Restablecimiento de la conciencia y movimientos.
- **PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA:** Procedimiento de terapia psicológica que consiste en la preparación emocional del paciente y de su entorno familiar, para afrontar la cirugía con la menor cantidad de secuelas psicológicas negativas, aliviar ansiedades provocadas por la cirugía y una rápida reinserción a su actividad anterior. Debe ser obligatoria en pacientes que han tenido experiencias previas relacionadas, en cirugía de alto riesgo; cuando la parte anatómica afectada representa la mutilación de su identidad (cara, genitales, manos, etc.); en casos de ansiedad preoperatoria marcada o fobia a los médicos.
- **SINDROME DE BURNOUT o SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL o S. DE DESGASTE OCUPACIONAL o S. DEL TRABAJADOR DESGASTADO O CONSUMIDO o SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO o SINDROME DE LA CABEZA QUEMADA:** Es un síndrome psicológico de agotamiento emocional,

despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas. Se traduce en agotamiento físico e intelectual, cansancio, ansiedad, depresión, quejas psicosomáticas, incremento de ingesta de sustancias tóxicas, dudas respecto a la propia capacidad para desempeñar el trabajo, insatisfacción laboral, falta de compromiso institucional, ausentismo laboral, disminución del desempeño laboral, etc. Es frecuente en los profesionales y técnicos de la salud (32, 33). El cirujano está sometido a un estrés laboral intenso. Tiene responsabilidad en condiciones que implican un riesgo potencial de muerte (34).

- **INFORMACIÓN PREOPERATORIA:** Información otorgada al paciente y al familiar antes de ser sometido a una cirugía, de todas las actividades y procedimientos que pueden ocurrir durante el preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio, en forma sencilla, clara, oportuna y precisa.
- **EVALUACIÓN PREOPERATORIA:** Es un procedimiento clínico que busca determinar su configuración basal y para detectar la presencia de factores determinantes de riesgo.  
Se encuentra inmerso la evaluación preanestésica, el riesgo cardiovascular, la toma de análisis de laboratorio y de gabinete.
- **EVALUACIÓN PREANESTÉSICA:** Es la evaluación realizada por el Anestesiólogo y tiene por finalidad la correcta evaluación del paciente quirúrgico, desde el punto de vista anestésico, de sus parámetros de laboratorio y psicológico, previo a la cirugía; cuyo fin principal es la preparación al acto quirúrgico y la prevención de las posibles complicaciones o dificultades que se pudieran presentar durante la aplicación de la anestesia (35).
- **MEDICACIÓN PREANESTÉSICA:** Empleo de medicamentos como inductorios (atropina, diazepam, etc.) de la anestesia, con la finalidad de disminuir la ansiedad y facilitar la acción de los anestésicos. Para que sea efectiva, se debe ajustar a las necesidades de cada paciente.
- **ANESTESIA:** Es la práctica de la medicina dedicada al alivio del dolor y al cuidado total del paciente antes, durante y después del acto quirúrgico. Puede ser raquídea, general endovenosa, general inhalatoria.
- **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:** Mal llamados "exámenes de rutina". Estos permitirán confirmar o cuantificar la presencia de un factor de riesgo, establecer el valor basal de algún parámetro que pueda ser modificado por la cirugía y cuya cuantificación preoperatoria pueda facilitar y optimizar el manejo del paciente. Se incluye a los análisis de laboratorio (Hemograma, grupo sanguíneo y factor, tiempo de coagulación y sangría, glicemia; VDRL, test de Elisa; examen completo de orina, etc.); estudios radiográficos (Rx de tórax, etc.); estudios ecográficos (de abdomen, pelvis, renal, etc.).

- **RIESGO CARDIOVASCULAR:** Es la probabilidad que tiene una persona de sufrir una enfermedad cardíaca o vascular durante el acto operatorio. Procedimiento realizado por el cardiólogo.
- **RIESGO ANESTÉSICO:** Procedimiento realizado por el anestesiólogo.
- **RIESGO QUIRÚRGICO:** Es la probabilidad de aparición de un efecto adverso tras la realización de un procedimiento quirúrgico. Es realizado por el cirujano. Conjugado el riesgo cardiovascular, anestésico, etc. Así como el cardiovascular (que no es el riesgo quirúrgico propiamente dicho), también se considera el riesgo: hematológico, hepático, renal, neumológico, endocrino metabólico, nutricional, inmunológico, neuro psiquiátrico, etc.
- **PREPARACIÓN PRE-OPERATORIA:** Conjunto de procedimientos que se realiza antes del ingreso a sala de operaciones. Técnicamente se considera el rasurado, enema, ayuno, retiro de prótesis dental, retiro de joyas, uñas sin esmalte, etc. (36). Asimismo, para que ésta se considere completa, se debería considerar ya realizada la información preoperatoria y la psicoprofilaxis quirúrgica (37).
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Aceptación voluntaria y escrita del paciente para ser intervenido quirúrgicamente, previa información y entendimiento de todos los eventos que pueden derivarse de la cirugía.
- **MALPRAXIS O MALA PRAXIS MÉDICA:** Existirá mala praxis en el área de la salud, cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona, parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable. No existe medio único para adquirir inmunidad ética, administrativa y jurídica; pero el fortalecimiento de la relación médico – paciente – familia así como el conocimiento y el cumplimiento de las normas relacionadas vigentes, nos permiten el ejercicio profesional con relativa tranquilidad (38).
- **IMPERICIA:** Es la falta de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad imprescindibles para realizar un acto médico. Existe ineptitud del cirujano.
- **IMPRUDENCIA:** Es no medir adecuadamente la consecuencia de una acción, un obrar de más, sin juicio médico adecuado y sin discreción o cautela.
- **IATROGENIA:** Es la acción adversa o perjudicial que resulta de la intervención del médico en la fase diagnóstica, terapéutica o rehabilitadora de la enfermedad. Por consiguiente, incluye también el éxito y la curación de la enfermedad. Puede ser:

1. **POSITIVA:** Las alteraciones producidas en el estado del paciente son inocuas.
  2. **NEGATIVA:** Existe un daño efectivo o potencial a la integridad física o mental del paciente. Puede ser: a) **NEGATIVA NECESARIA:** El daño es un riesgo esperado que no produce sorpresa al médico. El recurso produce el efecto benéfico, pero también reacciones adversas. No existe equivocación, ignorancia ni negligencia. B) **NEGATIVA INNECESARIA:** El acto médico produce daño que no tenía que ocurrir. Se incurre en negligencia, impericia o imprudencia (39).
- **NEGLIGENCIA MÉDICA:** Es la falta de adopción de precauciones o dejar de hacer lo debido.
  - **CONDUCTA DOLOSA:** Existe voluntad expresa o intención de dañar.
  - **DELITO O CONDUCTA CULPOSA:** Cuando el resultado negativo no ha sido premeditado y no tiene intencionalidad en el cirujano.
  - **OBLITOS u OBLITOMAS:** Es el cuerpo extraño (gasas, compresas, instrumental, otros) olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica. Ocurre generalmente por: cambio inesperado del plan quirúrgico (apendicectomías que se transforman en colectomías), múltiples equipos quirúrgicos, excesiva pérdida de sangre, cambio de personal durante la cirugía, cansancio del equipo quirúrgico, cirugías de emergencia, etc. (40). Según el observador, el oblito puede ser considerado de manera diferente: Para el paciente, como una nueva enfermedad; para el cirujano, como una desagradable complicación, para los abogados, como un error inexcusable por el cual se debe demandar. Al final, termina con una elevada morbimortalidad y en los pasillos de los juzgados penales generando cuestionamientos de la calidad profesional del equipo (41).
  - **REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS:** Es la reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento. Cualquier medicamento puede generar esta reacción. Los anestésicos, son uno de ellos. En la práctica clínico quirúrgica, NO existe medicamento exento de reacciones adversas.

## 7.2: FICHA CLINICA.

### FICHA CLINICA:

Proyecto de Investigación: "Calidad de Información preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía programada y su repercusión en la relación médico paciente.- Hospital de Apoyo de Palpa, años 2004-2008".

#### 1.- ANAMNESIS:

1.1: N°:.....1.2: NOMB-APELL:.....  
1.3: N° H. C.: ..... 1.4: EDAD:..... 1.5: SEXO: F( ) M( )  
1.6: DOMICILIO:.....U( )R( )UM( ) 1.7: OCUPACION:.....  
1.8: GRADO INSTRUCCIÓN+AÑO: PR( ) SE( ) SU( ) TEC( ) AÑO:.....  
1.9: ESTANCIA HOSPITALARIA:.....días.

#### 2.- REPORTE OPERATORIO:

2.1: FECHA: ..... 2.2: Especialidad Qx:.....  
2.3: DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:.....  
2.4: DIAGNÓSTICO POSOPERATORIO:.....  
2.5: OPERAC REALIZADA:.....  
2.6: CIRUJANO:.....2.7: ASISTENTE:.....  
2.8: ANESTESIOLOGO:.....  
2.9: TIPO ANESTESIA:.....

3.- CONDICIÓN AL ALTA: CURADO( ) MEJORADO( ) SIN MEJORÍA( ) TRANSFERIDO( )

### ENTREVISTA 1.

1.1: PERSONAL QUE INFORMO: CIRUJANO ( ) ASISTENTE ( ) ANESTESIÓLOGO ( )  
ENFERMERA ( ) TÉCNICO ( ) OTRO ( ) :.....  
1.2: QUE LE INFORMARON:.....  
1.3: EN GRAL UD LA CONSIDERA (CALIDAD): BUENA ( ) REGULAR ( ) DEFICIENTE( )  
1.4: OBSERVACIONES:.....

## ENTREVISTA 2.

- 2.1: Autorización de la cirugía: Autorización simple ( ) Consentimiento informado ( )  
2.2: Uso de medios audiovisuales: SI ( ) NO( ) 2.3: Uso de folletos o similares: SI( ) NO( )  
2.4: Referencia de otros pacientes: SI ( ) NO( ). 2.5: Apoyo psicológico: SI ( ) NO ( ).  
2.6: Conoce el nombre del cirujano: SI ( ) NO( ) Solo el apellido ( ), Del Anestesiólogo: SI( )  
NO( ) Solo el apellido( ) 2.7: Uso de fotocheck/Identificación consultorio: SI ( ) NO ( ).  
2.8: Satisfacción con la cirugía: SI ( ) NO ( ) Regular ( )  
2.9: Información de probables complicaciones/riesgo de la cirugía: Marcar SI O NO.  
2.9.1: De la herida operatoria: Infecciosas (abscesos) ( ), No infecciosas (Hematomas,  
dehiscencia, queloides) ( ) Dolor HO ( ) .....  
2.9.2: Gastrointestinales (gastritis, ileo, náuseas y vómitos) ( ) 2.9.3: Cefalea ( )  
2.9.4: Psicológicas (ansiedad, depresión, insomnio) ( ) .....  
2.9.5: Reacción adversa a medicamentos: RAM ( ) 2.9.6: Retención urinaria ( )  
2.9.7: Respiratoria (Aspiración, neumonías) ( ) .....  
2.9.8: Reintervención Qx ( ) 2.9.9: Coma ( ) 2.9.10: Muerte ( ) 2.9.11: ( ) 2.9.12: Otras  
(absceso residual, bridas y adherencias, fiebre, etc.)( ) .....  
2.10: En el posoperatorio, que complicaciones ocurrieron: (versión del paciente y verificar H.  
C.) .....  
.....  
.....  
.....  
2.11.: Le informaron si en el intraoperatorio ocurrió alguna complicación: Qx: SI( ) NO( )  
Anestésica: SI( ) NO( ) .....  
2.12: Cree Ud. que el Cirujano omitió información: SI ( ) NO ( )  
2.13: Según su integridad: Completa ( ) Incompleta ( ) .....  
2.14: Porque Ud. No solicitó ampliar información/preguntar: Temor ( ) Vergüenza( ) Falta de  
confianza( ) No deseaba ( ) Otro ( ) .....  
2.15: Porque no fue adecuada, oportuna e integral: Mucho trabajo del cirujano ( ), Poco tiempo  
de información ( ), Desinterés ( ), Por no atemorizar ( ), No quiere opinar ( ).  
2.16: La aparición de complicaciones en el PO, modificó la relación MPF: SI ( ) NO( ) Parcial( )  
2.17: Ahora, cómo considera la calidad de la información que recibió, en general: Buena ( )  
Regular ( ) Deficiente ( )  
2.18: COMENTARIO / OBSERVACIONES:.....  
.....  
.....

### **7.3: FRASES RELACIONADAS A LA INFORMACIÓN (42, 43, 44, 45, 46).**

*Uno es dueño de lo que calla y esclavo de lo que habla.*

Sigmund Freud.

*Es fácil hablar claro cuando no va a decirse toda la verdad.*

Rabindranath Tagore.

*Pide fuerza para decir la verdad y ganarte el respeto de los fuertes, y no para mentir y ganarte el aplauso de los débiles.*

Anónimo.

*La verdad, por muy dolorosa que sea, siempre es el camino adecuado.*

Anónimo.

*La mentira siempre dura hasta que la verdad no llega.*

Refrán

*La peor verdad sólo cuesta un gran disgusto. La mejor mentira cuesta muchos disgustos pequeños y al final, un disgusto grande.*

Jacinto Benavente

*La verdad duele sólo una vez, las mentiras ... .. cada vez que se recuerdan.*

Loli.

*La información de hoy es el arma del mañana.*

Anónimo.

*Internet facilita la información adecuada, en el momento adecuado, para el propósito adecuado.*

Bill Gates.

*Hay tres cosas que nunca vuelven atrás: la palabra pronunciada, la flecha lanzada y la oportunidad perdida.*

Proverbio chino.

*Todas las desgracias de los hombres provienen de no hablar claro.*

Albert Camus.

*Antes de hablar, piensa lo que vas a decir; la lengua, en muchos, precede a la reflexión.*

Isócrates.