

**Significado de satisfacción con el acto anestésico en pacientes programados para cirugía
electiva de IPS de tercer nivel de Medellín**

Estudiantes de especialización en Anestesiología y Reanimación

Juan Pablo Muñoz Alzate, MD

Andrés Felipe Mesa Rojas, MD

Director de trabajo de grado

Mario Andrés Zamudio Burbano, MSc, MD, Anestesiólogo

Asesora metodológica

Susana Cristina Osorno Upegui, MSc, MD, Anestesióloga

Sección de Anestesiología

Facultad de Medicina

Universidad de Antioquia

Medellín

TABLA DE CONTENIDO

1.	Resumen	1
2.	Introducción.....	2
3.	Planteamiento del problema.....	3
4.	Pregunta de investigación	6
5.	Justificación.....	7
6.	Marco teórico	10
6.1.	Definición de significado.....	10
6.2.	Definición de satisfacción.....	10
6.3.	Definición de satisfacción en salud.....	11
6.4.	Definición de satisfacción en acreditación.....	11
6.5.	El papel de la satisfacción en la anestesia.....	13
6.6.	Escalas actuales de medición.....	14
7.	Objetivos	17
8.	Método.....	18
9.	Consideraciones éticas.....	22
10.	Divulgación.....	25
11.	Resultados.....	26
12.	Discusión.....	37
13.	Conclusiones.....	43
14.	Anexos.....	44
14.1.	Anexo 1: Consentimiento informado.....	44

14.2.	Anexo 2: Presupuesto.....	49
14.3.	Anexo 3: Cronograma.....	50
14.4.	Anexo 4: Guión entrevista 1	51
14.5.	Anexo 5: Guión entrevista 2	55
15.	Bibliografía.....	58

RESUMEN

Introducción: La satisfacción es un concepto multidimensional, que ha cobrado importancia en la investigación médica, porque es un desenlace relatado por el paciente y permite estimar la calidad en los sistemas de salud, por lo cual ha pasado a tener un lugar destacado en los sistemas de acreditación. Su significado se construye a partir de diferentes componentes cuyo valor cambia cultural y demográficamente, por lo que se debe buscar definir el concepto de satisfacción en cada población para así poder desarrollar planes de evaluación, mejora e incluso acreditación.

Objetivo: Comprender el significado que tienen los pacientes sobre satisfacción con la anestesia en el servicio de cirugía electiva de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria.

Métodos: Estudio cualitativo, realizado a través de técnicas de teoría fundada, llevado a cabo en 20 pacientes programados para cirugía electiva en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria de la ciudad de Medellín.

Resultados: Se hallaron tres fenómenos que explican el significado de satisfacción con el acto anestésico en los pacientes descritos, los cuales son: el anesestesiólogo como promesa de valor y garantía, el acto anestésico produce incertidumbre y el abordaje de esta será un determinante en la experiencia del paciente, donde el acto comunicativo es un protagonista esencial y la actitud de servicio expresada como la mirada al sufrimiento del paciente es un determinante de calidad.

Conclusiones: La satisfacción de los pacientes con el acto anestésico en el medio estudiado está compuesta por los fenómenos encontrados, influenciados tanto por factores culturales propios como por comunes de otras poblaciones. Este estudio abre la puerta a nuevas investigaciones, que nos permitan explorar intervenciones que apunten a los fenómenos señalados. Posiblemente la educación médica juegue un papel fundamental, buscando un impacto en la satisfacción del paciente desde el análisis a los currículos de medicina.

Palabras clave: Satisfacción, Anestesia, Cualitativo, Significado

INTRODUCCIÓN

La satisfacción es un concepto multidimensional y dinámico ha cobrado mucha importancia en la investigación clínica alrededor del mundo ya que representa y afecta de manera directa e indirecta aspectos fundamentales del ejercicio médico. Para abordarlo es importante entender que se ha construido desde diferentes perspectivas, desde muchos campos y disciplinas de estudio; son muchos los factores que influyen en el constructo de este concepto, y algunos de los más importantes son cambiantes entre las diferentes culturas, etnias y espacios demográficos, entonces las expectativas y los determinantes de la satisfacción pueden ser diferentes entre una persona ubicada en Colombia y otra ubicada en Norteamérica o Europa, adicionalmente, tenemos que entender que incluso su definición varía con el tiempo.

La satisfacción hace parte de los desenlaces relacionados con el paciente o PRO por sus siglas en inglés (Patient Related Outcomes) (Thomas Heidegger et al., 2006), dichos desenlaces surgen y cobran importancia luego de que la medicina y la atención en salud, evolucionaron desde un modelo clásico a un modelo centrado en el paciente, en el cual éste es un sujeto activo y líder de su proceso de bienestar.

La satisfacción es un desenlace importante en nuestros pacientes, y es fundamental para evaluar las diferentes intervenciones y ejercicios médicos en nuestras investigaciones; sin embargo, primero debemos ir más allá y entender desde la perspectiva de nuestra población como interpretan y cuales son los determinantes de este concepto, para tener las bases sobre las que se sustenten las futuras investigaciones en este tema que nos lleven a mejoría de los procesos de salud.

En nuestro medio si bien se ha medido la satisfacción con el acto anestésico, no es clara la definición del concepto en sí mismo, ni la interpretación o significado que nuestra población tiene de él.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad directamente relacionada con anestesia era de 1 en 1.000 en 1940, de 1 en 10.000 en 1970 (Li, Warner, Lang, Huang, & Sun, 2009) y de 1-2 en 100.000 en 1990-2000 (Ellis et al., 2014), actualmente la incidencia aproximada es de 3 en 1.000.000 (Schiff & Wagner, 2016); la explicación de esta disminución es multifactorial, y es el resultado de avances formativos, normativos y tecnológicos en el campo de la anestesia con extensión y repercusión global, los cuales están relacionados a cambios sociales, que se han presentado en el último siglo, como la creación de sociedades de pacientes, la instauración de entidades gubernamentales que velan por sus derechos, el mayor cubrimiento periodístico sobre temas de salud, y las posibilidades de los usuarios de informarse por diferentes medios sobre su diagnóstico y opciones de tratamiento, al sumarse todos estos avances han posicionado al paciente como un sujeto activo con respecto a su salud (T. Heidegger, Saal, & Nübling, 2013), estas características actuales tanto de los sistemas de salud, como de los pacientes, obliga al anestesiólogo y a los diversos grupos de investigación a que empiecen a preocuparse por otras áreas de impacto como la satisfacción del paciente, la cual importa tanto para la institución de salud como para los pacientes, para las primeras porque es un indicador de calidad y para los segundos, porque sintetiza los aspectos que consideran importantes en la atención (Myles, Williams, Hendrata, Anderson, & Weeks, 2000) (Lehmann, Monte, Barach, & Kindler, 2010).

Luego de una búsqueda sistemática realizada por los investigadores, no se encontraron estudios cualitativos, pero sí dos estudios cuantitativos, hechos en Colombia con relación a la satisfacción con el acto anestésico:

- En el 2010 Gempeler y Avellaneda (Gempeler & S, 2010) no lograron mostrar impacto de la técnica anestésica (general, neuroaxial, regional o combinada), la edad, el ASA, la educación, los minutos en recuperación o la complejidad de la cirugía en la satisfacción de los pacientes, la cual fue del 99.1%, pero como principal limitante, no se utilizó una escala validada para su medición.

- En el 2014 Tascón y cols (Giraldo Tascón et al., 2014), mostraron un porcentaje de satisfacción anestésica del 98.2% en instituciones de tercer y cuarto nivel, también con la principal limitación de no usar una escala validada.
- Aunque estos estudios aportan información valiosa de la relación médico paciente y su experiencia con la anestesia, no permiten conocer cómo nuestra población entiende la satisfacción en relación con el acto anestésico.

Estas cifras de satisfacción difieren de las mostradas en el estudio Francés donde se desarrolló EVAN-G (Pascal Auquier et al., 2005) una de las escalas más citadas a nivel mundial para medir la satisfacción con el acto anestésico, los pacientes de este estudio presentaron una satisfacción del 76% en comparación a las cifras cercanas al 100% presentadas en los estudios anteriores.

En este estudio, se basaron en que la satisfacción debería ser medida como un concepto multidimensional y debería reflejar de forma exclusiva las preocupaciones de los pacientes (Calnan, 1988), por ello, antes de la creación de una escala, realizaron un estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas, para definir cuáles eran las expectativas de los pacientes y como habían sido respondidas en su experiencia con la anestesia, finalmente identificaron unos dominios de importancia y entendieron como ellos concebían la satisfacción (Pascal Auquier et al., 2005); este es un ejercicio que luego de la búsqueda bibliográfica de los autores no ha sido identificado en Colombia.

Hasta que no se realicen estudios cualitativos que nos ayuden a comprender el concepto de satisfacción que tiene nuestra población y posteriormente se desarrollan escalas validadas con base en ellos, no podremos afirmar que nuestros pacientes están más satisfechos con la atención recibida debido a una mejor atención o a unas expectativas menores, tampoco sabremos si esas cifras descritas anteriormente son representativas de la realidad.

El concepto de la satisfacción se ha explicado a través de la comparación de las expectativas del paciente en relación a su atención con lo recibido, con lo que reciben los demás o con lo que se concilia con el prestador de servicios de salud (Newsome & Wright, 1999); sabemos que las expectativas de los pacientes dependen de las necesidades personales, de las experiencias anteriores con los servicios de salud, de la opinión de personas cercanas, de la

educación y de la cultura propia (Barnett et al.,2013), entonces se hace necesario conocer y estudiar estas expectativas en una población específica para en estudios posteriores poder desarrollar escalas de medición de la satisfacción confiables para estas personas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el significado de satisfacción con el acto anestésico, en pacientes que requieren anestesia para procedimientos electivos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria?

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción del paciente es un desenlace importante actualmente por su papel como indicador de calidad en los sistemas de salud (Castellanos-Olivares, Evangelina-Cervantes, & Vásquez-Márquez, 2013); en el 2015, Tsai y colaboradores, en un estudio realizado en los hospitales de Estados Unidos, encontraron una relación inversa entre la satisfacción y los días de estancia hospitalaria (7.7 vs 7.1 días), la incidencia de readmisión quirúrgica (13.6% vs 12.3%) y la incidencia de mortalidad quirúrgica (3.6% vs 3.1%), comparando los hospitales con menor satisfacción y los de mayor satisfacción respectivamente (Tsai, Orav, & Jha, 2015).

El estudio anterior no es el único que justifica el estudio de la satisfacción por su relación con la calidad hospitalaria, en 2015, Stein y colaboradores compararon la percepción del cuidado de los pacientes con indicadores de la calidad de la atención a través de una base de datos de 4605 hospitales en Estados Unidos, ellos encontraron una correlación negativa entre la experiencia del paciente y las tasas de complicación de las instituciones (Stein, et al. 2015).

Debido a la baja incidencia de desenlaces duros (por ejemplo, mortalidad) en el contexto anestésico (Schiff & Wagner, 2016) y el surgimiento de los desenlaces reportados por los pacientes (Myles et al., 2000) (Lehmann et al., 2010), se hace necesario realizar trabajos de investigación enfocados en estos, que permitan medirlos en contextos específicos.

En nuestro país se han desarrollado pocos estudios que hayan medido la satisfacción con el acto anestésico, en estos no se han utilizado escalas validadas y tampoco se ha indagado por el impacto que mejores tasas de satisfacción puedan tener en otros indicadores de calidad; en el primero de ellos, Gempeler y colaboradores a través de un estudio observacional, utilizaron una encuesta basada en una escala análoga visual encontrando una alta tasa de satisfacción, ellos refieren: “No seleccionamos ninguna de las encuestas validadas por estar en otro idioma, por incluir preguntas irrelevantes en nuestro medio y por ser muy complejas en su aplicación” (Gempeler & S, 2010); en el segundo, Giraldo y colaboradores utilizaron una encuesta propia en un estudio de corte transversal, ellos enuncian: “Los cuestionarios fueron elaborados teniendo en cuenta el estado del arte para incluir las posibles variables y

covariables”, encontrando también una alta tasa de satisfacción (Giraldo Tascón et al., 2014).

En Colombia, la vigilancia del desenlace de satisfacción también se ha vuelto parte de la acreditación en calidad de las instituciones prestadoras de salud, según la resolución 5095 del 2018 del ministerio de salud y protección social, por la cual se adopta el “Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1”, uno de los estándares del proceso de atención al cliente asistencial es “evaluación de la atención”, en el cual se incluye la opinión del paciente con respecto a su atención (Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia, 2018).

En la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria, institución donde se pretende llevar a cabo la investigación, se evalúa la satisfacción por áreas de tratamiento (hospitalización, cirugía, consulta externa), a través de encuestas estructuradas realizadas en llamadas posteriores a la atención y a través de la resolución de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD), pero existe incertidumbre sobre los niveles de satisfacción con la anestesia ya que no hay un indicador ni un evaluador específico para esta; si tenemos en cuenta que los indicadores de satisfacción se correlacionan con los de calidad (Stein, et al. 2015). (Tsai, Orav, & Jha, 2015), se vuelve importante para la institución conocer los primeros para luego impactar en los segundos.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria, sede León XIII, cuenta con catorce quirófanos, en uno de ellos se realizan cirugías urgentes/emergentes y en los trece restantes diariamente se programan cirugías de forma electiva, para pacientes ambulatorios y hospitalizados, esto hace ver que el flujo de pacientes es el adecuado y más que necesario para la recolección.

El estudio propuesto es el primer estudio cualitativo (según la búsqueda bibliográfica realizada por los autores) que evalúa la satisfacción con relación a la anestesia en Colombia y sienta las bases para que en estudios posteriores se pueda dar el desarrollo de una escala apropiada para medir esta satisfacción en nuestra población.

Finalmente, la pregunta de investigación parte de conocer cómo entienden nuestros pacientes la satisfacción, y para lograr esto hay que analizar el concepto mismo de

“significado” según el interaccionismo simbólico: un producto social (Corbin, Strauss 1998), resulta fundamental entonces, acercarse al significado del desenlace a través de las experiencias de la población objetivo.

MARCO TEÓRICO

Definición de significado

Para entender significado en esta investigación, debemos citar las tres premisas en las cuales se basa el interaccionismo simbólico: La primera, es que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él. Al decir cosas nos referimos a todo aquello que una persona puede percibir en su mundo: objetos físicos, como árboles o sillas; otras personas, como una madre o un vendedor; categorías de seres humanos, como amigos o enemigos; instituciones, como una escuela o un gobierno; ideales importantes, como la independencia individual o la honradez; actividades ajenas, como las órdenes o peticiones de los demás; y las situaciones de todo tipo que un individuo afronta en su vida cotidiana. La segunda premisa, es que el significado de estos asuntos se deriva de, o surge como consecuencia del encuentro de intersubjetividades entre un sujeto con el otro. La tercera, es que los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso. El interaccionismo simbólico considera entonces, que el significado es un producto social, una creación que emana de y a través de las actividades definatorias de los individuos a medida que éstos interactúan (Blumer 1982).

Definición de satisfacción

El concepto de satisfacción y su definición ha sido dinámico y variable a través del tiempo, se fundamenta en la opinión y expectativa de los pacientes, el estado actual de la evidencia disponible y la opinión de los expertos (Thomas Heidegger, Saal, & Nuebling, 2006). Su definición no ha sido clara, y se ha derivado de otros conceptos ocasionando problemas a la hora de estandarizar su significado (Wu, Naqibuddin, & Fleisher, 2001). La satisfacción del paciente se basa en la percepción que tiene de una experiencia al recibir alguna atención, y que genera cierto grado de gratificación o inconformidad (Thomas Heidegger et al., 2006).

Esta experiencia ha sido explicada por tres teorías, la primera llamada de la desconfirmación (Newsome & Wright, 1999), menciona que la satisfacción es el resultado entre las expectativas del paciente y su percepción de la atención recibida, la segunda conocida como la teoría de la equidad (Akhtar et al., 2016), explica que la percepción de un trato justo por

parte del paciente, en comparación con los demás usuarios define su satisfacción, y la tercera llamada teoría de la atribución (Wu et al., 2001), afirma que la satisfacción nace del diálogo entre el paciente y el prestador de servicios, cuando existe alguna diferencia entre las expectativas de cada uno.

Satisfacción en salud

La definición de satisfacción en salud ha sido concebida desde los desenlaces relacionados con el paciente, (PRO) “*Patient related outcomes*”, no hay una definición única y en los diferentes estudios se suele utilizar la medición subjetiva del constructo con escalas análogas visuales (0-100), con escalas tipo Likert (nada satisfecho, poco satisfecho, satisfecho, muy satisfecho o totalmente satisfecho) o como medida dicotómica (satisfecho o insatisfecho) (Thomas Heidegger et al., 2006). Han surgido diferentes escalas para una aplicación global y una estandarización de la medida, sin embargo, se ha visto reflejado que los pacientes tienen determinantes para la satisfacción con variabilidad entre culturas y posicionamiento geográfico, por lo que la validación transcultural puede ser poca (Wazir, Shukla, & Dutton, 2018).

Estos desenlaces actualmente son de gran importancia y su utilización va en aumento, ya que por mucho tiempo la atención estuvo enfocada en evaluar los determinantes que los prestadores de salud consideraban fundamentales, como mortalidad o morbilidad, pero al cambiar el centro del modelo de salud y pasar el paciente a ser el eje sobre el cual se estructura el sistema, la calidad en los servicios se empezó a medir de acuerdo a la experiencia de los usuarios, es decir teniendo en cuenta lo que los pacientes consideran más importante, algunos ejemplos adicionales son calidad de vida, analgesia, recuperación postoperatoria, limitaciones funcionales, bienestar psicológico entre otros (Wazir et al., 2018).

Satisfacción en acreditación

En Colombia en el 2018, es expedida la resolución 5095 del ministerio de salud y protección social (Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia, 2018), la cual trata la última versión del manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria; este manual

engloba diferentes grupos de estándares de acreditación, entre los que se encuentra el siguiente:

- “Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial”

A su vez, este se subdivide en diferentes estándares así:

- o Derechos de los pacientes
- o Seguridad del paciente
- o Acceso
- o Registro e ingreso
- o Evaluación de las necesidades al ingreso
- o Planeación de la atención
- o Ejecución del tratamiento
- o **Evaluación de la atención**
- o Salida y seguimiento
- o Referencia y contrarreferencia
- o Sedes integradas en red

El estándar resaltado es quizás el que toca en mayor medida la valoración de satisfacción en nuestros pacientes como un estándar de calidad, específicamente el estándar 48 habla de:

“La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.”

Satisfacción en anestesia

La satisfacción en anestesia está influenciada por varios componentes: cultural, sociodemográfico, cognitivo y afectivo(Thomas Heidegger et al., 2006). Este indicador es difícil de medir como un todo, por esta razón se ha dividido en diferentes dimensiones identificadas por los pacientes (Wazir et al., 2018):



Adaptación de: Wazir A, Shukla A, Dutton RP. Patient Satisfaction in Anesthesia: Implementation, Relevance, and Identification of Meaningful Measures. *Adv Anesth.* 2018;36(1):23–37.

En 2017, Falco D y cols. por medio de una revisión de la literatura encontraron que ofrecer diversas opciones anestésicas a los pacientes, prestar atención a las habilidades de comunicación, escuchar los miedos y la ansiedad del paciente y contestar ampliamente sus preguntas generan expectativas más razonables, que traducen mayores valores de satisfacción con el cuidado anestésico (Falco, Rutledge, & Elisha, 2017).

Se han identificado determinantes que son la base de la satisfacción del paciente, estos pueden ser modificables o no modificables y estar relacionados con varios dominios, los cuales pueden estar asociados al paciente, al prestador de los servicios de salud, o al proceso de atención en salud (Hawkins, Swanson, & Kremer, 2012).

Los factores pronósticos modificables para la satisfacción del paciente con el acto anestésico que se han identificado son entre otros, miedo y ansiedad, náuseas y vómito posoperatorios, mal control del dolor, información brindada por el proveedor en salud, presencia de eventos adversos, duración de la cirugía, capacidad de comunicarse con el personal hospitalario y sensación de bienestar y seguridad (Hawkins et al., 2012), otros factores también habían sido descritos por Capuzzo y cols. en 2005, siendo los más importantes la información dada por el anestesiólogo, atención al paciente, amabilidad y consideración de los cuidadores, demandas respondidas prontamente y sensación de bienestar (M. Capuzzo et al., 2005).

Entre los factores pronósticos no modificables se han encontrado la edad, el género y el nivel educativo, (pacientes más jóvenes se asocian con menor satisfacción, así como las mujeres y las personas con un nivel educativo más alto) (Maurizia Capuzzo & Alvisi, 2008) (Maurizia Capuzzo et al., 2007).

En 2013 la ASA (*The American Society of Anesthesiologists* ®) reconociendo la importancia de evaluar la satisfacción del paciente con la anestesia, a través de su comité de medición de desempeño y resultados, y luego de revisar la literatura existente, emitió unas recomendaciones para la recolección de datos con encuestas de satisfacción del paciente, las recomendaciones sugieren recolectar información demográfica del paciente, como edad, género, o nivel de educación, información general sobre la encuesta (tiempo transcurrido desde el procedimiento y la recopilación de dato) e información general sobre el procedimiento quirúrgico (Glenn E., Meghan L., Peggy G., 2014).

Escalas actuales de medición

En un intento por tratar de cuantificar y objetivar la satisfacción en anestesia, se han desarrollado diferentes escalas, en el 2013 Barnett y cols. (Barnett et al., 2013) realizaron una revisión sistemática de los cuestionarios creados entre 1990 y 2012, encontraron 34 y describieron sus principales características como autores, país, número de preguntas, dimensiones, tipo de anestesia y sus principales resultados; muchas de estas escalas apenas tienen presencia en la literatura con su estudio de validación y sin una adopción generalizada por otros autores para desarrollar más estudios. En esta revisión se utilizó un método de puntuación para las diferentes escalas, con los siguientes criterios: generación de los ítems con participación de los pacientes, evaluación piloto, evaluación de la validez,

evaluación de la confiabilidad, tiempo de respuesta y porcentaje de respuesta, las escalas del contexto perioperatorio con mayor puntuación se enuncian en la siguiente tabla:

Escala	Autor	Año	Scholar	Español
Cuestionario peri anestésico de Heidelberg (Schiff et al., 2008)	Schiff y cols.	2008	48	No
Cuestionario perioperatorio (M. Capuzzo et al., 2005)	Capuzzo y cols.	2005	71	No
Cuestionario perioperatorio (Bauer, Böhrer, Aichele, Bach, & Martin, 2001)	Bauer y cols.	2001	107	No
EVAN-G (Pascal Auquier et al., 2005)	Auquier y cols.	2005	146	Si (32)
Cuestionario psicométrico (T. Heidegger et al., 2002)	Heidegger y cols.	2002	117	No
Cuestionario de satisfacción perioperatoria de Leiden (LPPSq) (Caljouw, van Beuzekom, & Boer, 2008)	Caljouw y cols.	2008	132	No

Anteriormente, en 2009, Pratamaporn Chanthong y cols. (Chanthong, Abrishami, Wong, Herrera, & Chung, 2009) habían realizado otra revisión sistemática de los cuestionarios existentes para evaluar la satisfacción de los pacientes con la anestesia ambulatoria, encontraron que a menudo la satisfacción en anestesia era evaluada sin utilizar cuestionarios

validados y sin metodos psicometricos adecuados, al final de su estudio evidenciaron que sólo dos escalas, IOWA (Satisfaction with Anesthesia Scale) y EVAN G cumplieron los criterios para considerarse instrumentos útiles en investigación.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Comprender qué significa la satisfacción con el acto anestésico, para los pacientes que requieren anestesia para procedimientos electivos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria.

Objetivos específicos

- Conocer las expectativas de los pacientes en relación con la satisfacción con el acto anestésico.
- Describir el nivel de satisfacción con relación al acto anestésico en los pacientes mencionados.

MÉTODO

Enfoque y tipo de estudio

Epistemológicamente este trabajo se desarrolló bajo un enfoque hermenéutico usando algunas técnicas de la teoría fundamentada. La base de la teoría fundada es la corriente de pensamiento sociológico llamada interaccionismo simbólico la cual llega a comprender cómo definen los individuos un fenómeno partiendo de su interacción social (Corbin, Strauss 1998).

La teoría fundada se refiere a una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. El investigador no inicia un proyecto con una teoría preconcebida. Más bien, comienza con un área de estudio y permite que la teoría emerja a partir de los datos (Corbin, Strauss 1998). De esta manera los informantes quienes son los que viven la experiencia estudiada, quienes tienen su propia visión y perspectiva de lo vivido y de acuerdo a cómo ellos conciben la realidad analizada van proporcionando las categorías de la investigación. Mediante las comparaciones constantes entre ellas, se va estableciendo el patrón que las relaciona y así emerge una teoría que explica la realidad considerada (Hernández et al. 2011).

Población

La población objeto de estudio fueron pacientes programados para cirugía electiva, que recibieron anestesia, en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria.

Criterios de inclusión

- Mayor de 18 años de edad, programado para un procedimiento o cirugía que requiera anestesia, programado para cirugía no cardíaca, cirugía electiva, firmar el consentimiento informado (Anexo 1: consentimiento informado).

Criterios de exclusión

- Paciente en cuidado crítico, alteración del estado de conciencia o incapacidad mental para responder a la entrevista, pacientes ambulatorios (alta el mismo día de la cirugía).

Muestreo

Los pacientes fueron identificados mediante muestreo selectivo en los primeros tres días del posoperatorio a través de las listas de las cirugías realizadas, no hubo ninguna relación previa con ellos por parte de los investigadores, estaban hospitalizados, eran de diferentes estratos sociales, con diferentes diagnósticos, y niveles educativos, así como diversos tipos de aseguramiento. El muestreo teórico se refiere a la recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de hacer comparaciones. El propósito es acudir a personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades (Corbin, Strauss 1998).

Se realizaron entrevistas hasta llegar a que todas las categorías estuvieran saturadas, es decir, cuando la recogida de nuevos datos ya no aportaría información adicional o relevante para explicar las categorías existentes o descubrir nuevas categorías, a partir del análisis riguroso de las propiedades (Hernández et al. 2011). La experiencia demuestra que la saturación teórica se logra después de 20 a 50 entrevistas.

Recolección de la información

Se diseñó una entrevista semiestructurada creada por los autores a partir de estudios previos sobre satisfacción (Anexo 4: Guión de entrevista), que incluyó preguntas que sirvieron de guía para el entrevistador; sin embargo, una vez se dió inicio a la recolección de la información, el guión de la entrevista se modificó de acuerdo a la información recolectada y después de discutir la saturación de categorías luego de las primeras 10 entrevistas. No se repitieron entrevistas, ni se tomaron notas escritas, tuvieron una duración promedio de 15 minutos.

Las entrevistas fueron realizadas por dos médicos residentes de anestesiología (Juan Pablo Muñoz Alzate y Andrés Felipe Mesa Rojas) con el fin de realizar el trabajo de grado de su especialidad, a los pacientes se les informó que se quería investigar sobre la satisfacción que habían tenido con la anestesia y que los entrevistadores eran médicos estudiantes de posgrado. Las entrevistas se realizaron en la habitación de los pacientes, cara a cara, en algunos casos con presencia de acompañantes (familiares), ninguno se negó a participar en

el estudio, se aseguraron unas mínimas condiciones de tranquilidad (como control adecuado del dolor, náuseas, emesis), que permitieron la libertad para expresarse y así mismo generaron confianza para que la información que se obtuvo fuera más verídica y de cuenta del sentir de los participantes, no se repitieron entrevistas, ni se tomaron notas escritas, tuvieron una duración promedio de 15 minutos.

En caso de que durante la entrevista se presentaran alteraciones en la parte emocional de los pacientes, hubo un compromiso de no continuación de la recolección de la información y una solicitud de apoyo a través del personal institucional de psicología, con acompañamiento por parte del investigador hasta que llegara este apoyo.

El audio fue grabado, con el fin de no perder información para el análisis, reposa de forma digital en un almacenamiento compartido en la web, al que solo tienen acceso los investigadores, se almacenará durante 10 años y solo fue utilizado con fines científicos para su análisis.

Las entrevistas fueron transcritas a partir del audio, dicha transcripción no fue conocida ni discutida con los pacientes.

Plan de análisis

Se siguió el proceso de codificación y categorización a través de una codificación abierta, axial y selectiva, propuesta por Strauss y Corbin, se realizó de forma manual a través de una matriz de excel. Esto llevó a un primer momento descriptivo, luego uno analítico y por último uno interpretativo (Corbin, Strauss 1998).

En el primer momento se realizó la transcripción fiel de las entrevistas, a partir de lo cual se identificaron los códigos para luego agruparlos inductivamente en categorías descriptivas.

En el segundo momento, se utilizó la codificación axial, en donde a partir de relacionar las categorías descriptivas se identificaron uno o varios fenómenos alrededor de los cuales se describieron un contexto, unas causas, unas consecuencias y unas relaciones de acción e interacción, buscando la saturación teórica.

Por último, en el momento interpretativo, se seleccionó una categoría principal y unas categorías subsidiarias, para dar cuenta de un hilo de historia coherente y profunda.

Usando el método comparativo constante tratamos de lograr la saturación teórica y utilizamos la triangulación metodológica como insumo para la validez, a través de una búsqueda no sistemática de la literatura de los temas que emergieron en los resultados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo del siguiente estudio estuvo fundamentado en los lineamientos éticos internacionales reportados en el código de Nuremberg (Nuremberg 1996), la declaración de Helsinki (World Medical Association 1997), el reporte Belmont (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research 1979) y las guías éticas internacionales para la investigación biomédica que involucra seres humanos de la OMS (Council for International Organizations of Medical Sciences 1993); así como los lineamiento nacionales enmarcados la resolución número 2378 de 2008 del ministerio de la Protección Social (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2008) y en la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud (Ministerio de Salud de Colombia, 1993); según esta última, el estudio se clasifica como de riesgo mínimo:

“ARTÍCULO 11. Parágrafo b.: Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto... pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto...”

En el estudio el registro de datos se hizo a través de entrevistas, el riesgo mínimo anteriormente enunciado se manifiesta principalmente en desencadenar alteraciones emocionales importantes, el manejo de estas crisis está consignado en el método y el consentimiento informado.

En los siguientes apartados nos proponemos demostrar el cumplimiento de los 7 requerimientos para una investigación clínica ética, propuestos por Emanuel y cols. (Emanuel, Wendler, & Grady, 2000) y publicados en JAMA, los cuales agrupan los lineamientos anteriormente mencionados.

Comité de ética

El protocolo fue enviado a los comité de ética del instituto de investigaciones de la Universidad de Antioquia y de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria para su revisión y valoración del cumplimiento de los principios bioéticos de investigación en salud.

Valor científico o social

Nuestro estudio tiene valor científico y social, el conocimiento con relación a cómo los pacientes conciben la satisfacción anestésica permitirá mejorar las intervenciones y la atención que se brinda, llevando a mejoras en esta área para los pacientes; adicionalmente, es un campo que no ha sido estudiado de forma amplia en nuestro país, sabiendo que el contexto es uno de los determinantes para nuestro desenlace.

Validez científica

El protocolo está basado en estándares internacionales de investigación, cuenta con los elementos esenciales de un estudio científicamente válido como lo son objetivos claros, métodos predefinidos y un desarrollo viable.

Selección justa de participantes

En este apartado nos apegamos al principio bioético de la Justicia, los criterios de elegibilidad fueron desarrollados con base en la no discriminación y la posibilidad de incluir a todos los pacientes aptos sin distinción de aspectos sociales.

Relación riesgo/beneficio favorable

Para evaluar este aspecto tenemos en cuenta los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia, el desarrollo de entrevistas supone un riesgo de crisis emocionales/riesgo psicológico, pero sin otros riesgos adicionales, además se enuncia la estrategia de manejo en el método y el consentimiento informado, por otro lado, el entendimiento del concepto de satisfacción, tanto por el paciente como por el investigador, puede dar lugar a mejoría en la atención en salud.

Consentimiento informado

En los siguientes dos puntos trataremos el principio bioético de la autonomía; se desarrolló un consentimiento informado en palabras claras y entendibles para que los pacientes decidieran cuándo entrar o no al estudio luego de estar enterados de los riesgos, beneficios, intervenciones y alternativas a la participación, este consentimiento fue enviado a los comités de ética ya mencionados para su revisión y aprobación.

El paciente solo participó en el estudio luego de la aplicación adecuada(entendimiento y firma) del consentimiento informado

Respeto por los pacientes o posibles candidatos

Ya que los pacientes o posibles candidatos decidieran participar o no en el estudio, fueron tratados con el máximo respeto y sin discriminación por su decisión. Los participantes una vez ingresaron al estudio tuvieron derecho a la confidencialidad de sus datos, a retirarse cuando lo desearan sin ninguna consecuencia, a mantenerse informados durante toda su participación, a que velaran por su bienestar y a explicarles su contribución al conocimiento obtenido.

DIVULGACIÓN

El protocolo del estudio fue presentado en los comité de ética del instituto de investigaciones de la Universidad de Antioquia y de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria, se presentó de forma pública en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y los avances se reportaron al GRIMPA (grupo de investigación en medicina perioperatoria de la Sección de Anestesiología de la Universidad de Antioquia), en todos estos espacios se recibieron sugerencias y correcciones por parte de pares académicos independientes.

Al final de la investigación nuevamente se hará una presentación pública en la facultad ya mencionada y se publicarán los resultados del estudio en una revista científica del ámbito nacional o internacional.

La socialización de los resultados se hará a los servicios asistenciales de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria sede León XIII implicados: hospitalización y cirugía. Los pacientes tienen derecho a indagar por los resultados de la investigación a través del número celular y correo electrónico del investigador consignado en su copia del consentimiento informado.

RESULTADOS

Tras realizar un entrenamiento en entrevistas abiertas semiestructuradas, iniciamos nuestra recolección de información a partir de 10 entrevistas individuales abiertas semiestructuradas profundas a 10 pacientes en algún postoperatorio en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria, Medellín, quienes consintieron libremente tal actividad y firmaron consentimientos. Posteriormente realizamos la transcripción de entrevistas y la codificación abierta, momento en el cual obtuvimos 349 códigos, que agrupamos en 8 categorías descriptivas, y posteriormente en subgrupos dentro de éstas, lo que nos permitió encontrar 109 atributos para dar paso a la clasificación axial, momentos en el cual, encontramos 3 grandes fenómenos que responden a un contexto, causas, relaciones de acción interacción, con sus consecuencias. En este punto decidimos realizar un muestreo teórico con 10 pacientes más, para profundizar intencionalmente en ciertos temas claves, y saturar categorías. En la tabla 1 se presentan las características de todos los pacientes entrevistados:

Tabla 1. Características de los pacientes

Años (DE)	43.45 (18.15)
Genero (%)	
Hombre	9 (45%)
Mujer	11 (55%)
Estado civil (%)	
Soltero	5 (25%)
Separado	0 (0%)
Casado/Unión libre	14 (70%)
Viudo	1 (5%)
Escolaridad (%)	
Sin estudios	0 (0%)
Primaria	6 (30%)
Secundaria	6 (30%)
Técnica/Tecnología	3 (15%)
Universitario	4 (20%)
Posgrado	1 (5%)
Cirugías previas (DE)	1.1 (1.29)

Finalmente utilizamos la matriz condicional consecucional para dar un orden y un lugar a los fenómenos encontrados, y poder dar explicación al significado de satisfacción en los pacientes postoperatorios.

Encontramos 3 fenómenos que se relacionan íntimamente, y que agrupamos de la siguiente manera:

Nivel micro o más íntimo:

- La actitud de servicio expresada como la mirada al sufrimiento del paciente es un determinante de calidad

Nivel meso:

- El acto anestésico produce incertidumbre y el abordaje de esta será un determinante en la experiencia del paciente, donde el acto comunicativo es un protagonista esencial

Nivel macro:

- El anestesiólogo como promesa de valor y garantía

El anestesiólogo como promesa de valor y garantía

Para los pacientes entrevistados, el anestesiólogo es el garante de su cuidado, aunque no recuerden a veces, o casi nunca, el nombre del profesional, parece que tienen claro que es la persona del equipo quirúrgico que guardará sus vidas, su sueño y sus expectativas de despertar bien.

Aunque promesa de valor y garantía, son términos utilizados desde el mercadeo, donde tienen como objetivo darle al cliente una idea clara, concisa, transparente y tal vez certezas de cómo un negocio en particular puede ser relevante para él, parece que en la práctica quirúrgica estos términos también cobran vigencia. Esto está manifestado en la narrativa de los pacientes donde ellos esperan sentirse satisfechos con la atención antes, durante y después del acto quirúrgico.

Las entrevistas con los pacientes nos dan a entender que como en las empresas, los pacientes han desarrollado ideas claras de lo que consideran puntos claves para dar cumplimiento a esa promesa de valor, y expectativas, que de no cumplirse ensombrecen su satisfacción con la experiencia. Así pues, en el recorrido de estos puntos clave, nos daremos cuenta como

muchos parecieran operar desde los prejuicios, las preconcepciones, el desconocimiento, y que tienen asiento en una cultura probablemente facilitadora y alimentadora de tales pensamientos, nuevamente apoyándonos en las ideas de mercadeo, tales exigencias de valor se fundan o se conciben desde un entorno que las ha manifestado como necesidad, o como costumbre.

El primer punto clave identificado es que los pacientes entrevistados tienen una construcción estética del profesional de anestesiología, y se enfrentan al sentimiento de desconcierto o sorpresa, cuando quien los atiende en la consulta preanestésica no responde a estándares de este orden:

- *“Esa fue la que entre comillas no me gustó, porque, sería por la juventud de la muchacha, tanto así que pensé que ella no era la anestesióloga” E1P2.*
- *“Acá vino una muchacha y que le firmara la hojita” E10P4.*
- *“Sabes por qué no me gustó, porque cuando yo llegué yo no sé, no le vi cara de médico porque estaba con sus bluejeans, con su camiseta cortica aquí y "hola cómo estás"” E1P3.*

Tales ideales físicos atraviesan la corporeidad, el género, la juventud, la presentación personal, la existencia o no de formalidad en el lenguaje. Fue frecuente encontrar la asociación experiencia y conocimiento con mayor edad, y la juventud con estudiante, o persona en proceso de formación, pero no como persona con el conocimiento y experiencia para tener su caso a cargo:

- *“Lo importante es la experiencia que él tenga ya, que si lo van a poner en esa situación es porque el man ya tiene la experiencia, la persona, el médico, ya está formado” E12P2.*
- *“Pues yo veo que es como la combinación, veo gente muy joven, veo ya gente adulta en la que la experiencia es necesaria, pero me gusta como la combinación porque obviamente un doctor, un cirujano de edad es el que le va a enseñar a los más jóvenes” E13P1.*
- *“A mí me gustan más los más viejos, tienen más experiencia, más experiencia, porque los más jóvenes apenas están empezando a aprender” E19P1.*

Partiendo de estos hallazgos, cuando en la segunda ronda de entrevistas se buscó una preferencia específica por tratantes según la edad o el género, en el primer caso esta no se logró encontrar en la mayoría de pacientes aunque sí en algunos, y en el segundo caso no hubo preferencia en lo absoluto, adicionalmente, ninguno de ellos expuso estas características como las más importantes a la hora de estar satisfechos con la atención; entonces con respecto a estas dos dimensiones del ideal morfológico, hay entre los pacientes una relación entre edad-experiencia y un trato menos formal a la mujer médica, pero sin expectativas específicas dominantes:

- *“Me preguntaron, que si aceptaba que me operaban habiendo ahí más, que para aprender y pues uno tiene que darle oportunidad a la gente porque si uno, así como cuando va a colocarse a trabajar que le dicen que si tiene experiencia y no le dan experiencia de trabajar, entonces qué experiencia va a tener. Entonces yo pensé "bueno, por eso no me van a quitar un pedazo, uno debe dar la oportunidad para que aprendan"” E19P1*
- *“Para nada, pues, el género no tiene nada que ver, pues cualquiera puede ser muy profesional en su trabajo siendo hombre o mujer” E13P4*

La presentación personal informal, tal vez asociada a la juventud, a nuevas generaciones, no fueron asociados por los pacientes entrevistados al quehacer médico, la informalidad se convierte incluso para ellos en motivo de desconfianza en el profesionalismo del especialista, es así como exaltan los profesionales cuya presentación personal es formal:

- *“Muy organizados, o sea, no es como que andaran así como cada quién por su lado, no, todos muy organizados, muy uniformados, muy bien organizados, pues, daba confianza de que están todos organizaditos y que tenían como un plan de trabajo” E20P2.*
- *“Que lleven pues el uniforme adecuado, limpio, que esté debidamente identificado como es el caso de acá con la IPS Universitaria porque eso de alguno forma da confianza, el respaldo y con todos los implementos necesarios” E11P2.*
- *“Le genera a uno la confianza de que va a ser atendido por alguien serio, si llega aquí en chanclas y pantaloneta, siempre se asusta uno.” E17P2.*

Un segundo componente clave en este fenómeno es la exigencia no siempre manifiesta, de curación y éxito quirúrgico sin complicaciones. Los pacientes entrevistados, más allá de tener esperanza en los resultados basados en un principio de realidad de su condición clínica esperan la infalibilidad médica, la perfección, que, si bien la encontramos más enfocada en el discurso a las expectativas sobre el cirujano, trasciende al anestesiólogo cuando expresan su expectativa contundente de no presentar complicaciones, dolor, ni recuerdo intraoperatorio.

- *“...quedar bien, lo que hace que uno quede satisfecho "ah, me hicieron esta cirugía bien, los procedimientos los hicieron bien", aunque uno no conozca, pero uno saber que las cosas salieron bien, que no hubo ningún tipo de complicación” E2P5.*
- *“Lo más importante para uno quedar satisfecho con la anestesia, ¿qué es? Que salga todo bien” E17P5.*

En los pacientes entrevistados la ausencia de dolor y recuerdo intraoperatorio se convierten en mandatos en los que no esperan falla:

- *“Deberían de ese proceso de punzación no hacerlo con anestesia local sino hacerlo con anestesia general porque le evitaría aparte del dolor si el proceso que van a hacer es fallido de todas maneras le evitarían al paciente ese trauma porque yo no veo pues como la importancia, si ellos saben que es un proceso doloroso cuando se van a hacer estas punzaciones o estos drenajes de los pulmones o donde sea, ellos saben que por la experiencia de los pacientes que es dolorosa, no deberían de hacerlo con una anestesia local” E8P5.*
- *“Bien, bien, la anestesia obró de principio a fin de la cirugía, incluso vine a despertarme cuando ya estaba era en recuperación, entonces la anestesia fue pues como lo correcto para la cirugía” E17P1.*
- *“(He tenido dolor) después de la cirugía, que ya me pasa la anestesia, ahí sí, pero cuando me cortaron el moñito no me dolió la cirugía porque a mí me dejaron en la espalda una epidural, sí, que eso no me deja dar dolor ni nada” E4P1.*

El tercer componente de este fenómeno lo constituye la figura del anestesiólogo como garante de la privacidad del paciente, paciente que espera no ser vulnerado en su intimidad,

que espera su cuerpo no sea expuesto más allá de lo necesario para el acto quirúrgico. Pareciera existir una conciencia de la vulnerabilidad a la que se enfrentan una vez están en la sala quirúrgica, y entonces, encuentran en el anestesiólogo a la persona de encargo de su vulnerabilidad. Aunque parecieran no estar tan conscientes de que están entregando en las manos del equipo quirúrgico la vida misma, sí son conscientes que el equipo puede garantizarles privacidad, y respeto por su cuerpo desnudo:

- *“Es importante porque de todas formas eso no es fácil uno así estar desnudo antes otras personas que son desconocidas para uno. Aunque uno entiende que son situaciones que se presentan” E7P2.*
- *“Pues que lo deben a uno si quiera ponerse los interiores, pero que nada, dizque uno, yo dije allá "dizque le operan a uno una uña y tienen que empelotarlo del todo, no, eso no es como gracia” E19P1.*
- *“No, bien, ¿sabe por qué me sentí bien? Porque no permitieron, si me iban a desnudar, a quitarme pues esta batola, como había tanto personal alrededor, mientras yo estuve despierto no permitieron quitarme esto, me lo quitarían después. Entonces eso le ayuda a uno a esa intimidad mientras estaba consciente” E3PE3.*

El último punto clave de este fenómeno, es la confianza en la cara vista y la palabra ya escuchada. Así pues, los pacientes entrevistados, esperan que su anestesia sea otorgada por el mismo anestesiólogo que los atendió en la consulta preanestésica, el acto médico de la consulta se configura como un momento esencial para la creación de lazos de confianza, se establece la relación médico paciente, y pareciera que se siguiera construyendo ese lazo en el tiempo transcurrido entre la consulta y la cirugía. Por eso los pacientes expresan sorpresa, o mayor ansiedad cuando no encuentran la misma persona en la sala quirúrgica, como es usual en nuestro sistema, que difícilmente puede garantizar tal continuidad, dado el elevado número de cirugías. Por tanto, parece además muy importante dejar esto claro en la consulta misma, que es probable que no sea el mismo anestesiólogo sino que es un equipo que conocerá su caso a través de la historia clínica:

- *“Yo creo que sería muy importante que fuera el mismo que estuvo con uno durante todo el procedimiento, sí, que al menos que uno sepa que esa misma persona que lo*

aconsejó a uno, que le dijo qué iba a pasar, qué iba a ocurrir estuviera en el momento” E3P2.

- *“Pero sería pues como muy bueno que todos tuvieran como que la misma, el mismo criterio sobre las cosas o que al menos sea uno el que se encargue de uno, pero no como que esa variedad entre ideas porque siempre termina uno confundido” E2P1.*
- *“Porque sería como que tuviera más relación con el especialista que lo va a intervenir, o sea, usted sabe que no es lo mismo así pues como un desconocido y ya a alguien que ya haya interactuado con uno” E7P3.*

El acto anestésico produce incertidumbre y el abordaje de esta será un determinante en la experiencia del paciente, donde el acto comunicativo es un protagonista esencial

Los pacientes entrevistados reconocen la incertidumbre que produce estar enfermo, y en su proceso de enfermedad reconocen la cirugía y la anestesia como detonantes de grandes temores, inseguridades, desconocimiento, imaginarios, conciencia de vulnerabilidad, que, si bien son esperables, cuando no son bien abordados por el personal sanitario con un acto comunicativo asertivo y empático, pueden convertirse en causales de mayor sufrimiento:

- *“Pero es que eso es muy importante que le expliquen a uno para dónde va, porque uno va nulo, uno no sabe qué va a pasar, cómo se va a despertar, porque uno no sabe eso, porque todos los cuerpos no son iguales, uno no sabe en qué momento va a despertar. Pues yo desperté, a mi me parece que desperté bien, con maluquera y todo como siempre queda eso” E6P1.*

Las características que rodean al acto anestésico, podría decirse que se mueven en el ámbito de la fantasía, de lo que la sociedad ha creado a través de la tradición oral y las películas. A diferencia de otras ramas médicas, la anestesiología continúa siendo misteriosa para los pacientes, incluso para el personal de salud no médico. Es por esto que, los pacientes entrevistados reclaman del anestesiólogo les sea mitigada la incertidumbre, y por tanto, tener mejor experiencia con la anestesia.

- *“Yo pensé que eso llegaba y empezaba a chuzar por todo lado con una jeringa para*

ponerle a uno anestesia por toda parte así a punta de jeringa” E17P4.

Logramos identificar componentes comunes que alimentan la incertidumbre en los pacientes entrevistados, y los principales son, el riesgo de muerte, que algunos incluso evitan mencionarla y preferirían que no se hablara de ella a la hora de explicar riesgos y consentir la anestesia; el dolor, los pacientes se anticipan a esa experiencia desagradable que produce sufrimiento y quieren que sea evitada siempre; despertarse en medio de la cirugía; y sentir malestar por síntomas como las náuseas, el vómito y los escalofríos, que fueron más referidos por quienes ya habían tenido experiencias quirúrgicas previas:

- *“El mayor miedo fue la anestesia porque pues estaba el riesgo de muerte entonces claro, quién no le va a dar miedo morir” E10P2.*

El acto comunicativo asertivo y empático es encontrado por los pacientes entrevistados como el componente central de alivio del malestar producido por la incertidumbre. Reconocen en la información oportuna, necesaria, cálida y suficiente una oportunidad de hacer más fácil la experiencia riesgosa a la que se someterán. Los pacientes esperan una mirada del médico no instrumentalizada, esperan que un acto comunicativo efectivo se constituya por componentes que superan la información robotizada, que puede no significar nada para el paciente porque ni siquiera es comprendida, o porque el sencillo hecho de informar el riesgo de muerte, puede requerir más que una retórica, una pausa o un tiempo para introyectar la vulnerabilidad a la que se estará sujetos. En el discurso de los pacientes entrevistados queda la sensación que a veces, la mejor información la tienen quienes ya tuvieron una experiencia anestésica previa, y entonces, si ésta fue favorable, pues se convierte en tranquilizador de la angustia, mientras que si fue desfavorable, la angustia incrementa, y entonces debería ser intervenida tal angustia con mayor esmero.

- *“Esa parte en que se presentaban, hablaban claramente, explicaban claramente el procedimiento que me iban a hacer, me estaban preguntando cómo me sentía a toda hora, creo que eso ayudó mucho a que uno le baje la ansiedad, el temor que tiene porque siempre someterse a una cirugía causa temor, uno siempre teme por la vida de uno, además está enfrentado ante la incertidumbre y algo que desconoce” E11P1.*

Este acto comunicativo también implica considerar al otro como interlocutor, y esto parece

ser olvidado por el servicio de cirugía, dado que los pacientes reclaman oportunidad de planeación y anticipación. Ellos quieren conocer su fecha de cirugía, esperan poder participar en tal elección, quieren planearse en el presente y en el futuro con respecto a este evento, pero en el sistema actual de programación de cirugías, donde son avisados una tarde antes que serán llevados al siguiente día a cirugía, se incrementa la incertidumbre, sus miedos, sienten que están corriendo por fuera de su propia demanda:

- *“Me dio mucho susto, uno piensa muchas cosas porque de momento lo cogen, así como desprevenido y uno está trabajando y tiene muchas responsabilidades, entonces toca correr mucho para dejar como todo más o menos organizado” E11P3.*

Podríamos decir en términos generales que el sistema de salud es un sistema no propiciador del alivio de la angustia por incertidumbre de los pacientes, la repesa de cirugías, el número de pacientes a evaluar diariamente, la carencia de tiempo para la evaluación de los pacientes, podrían convertirse en barreras para la comunicación asertiva, efectiva y empática, donde el paciente sea un actor real en la toma de sus decisiones en salud.

La actitud de servicio expresada como la mirada al sufrimiento del paciente es un determinante de calidad

El sufrimiento es una experiencia humana, que todos los seres humanos experimentamos por diferentes razones físicas, psíquicas o emocionales. Los pacientes experimentan sufrimiento durante cualquier proceso salud enfermedad, lo manifiestan en síntomas molestos, incertidumbre, dolor, temor a la muerte, diagnósticos de mal pronóstico, ausencia de diagnóstico, entre otros, y esperan que el personal humano a cargo, conocedor del mismo, les brinde una atención humanizada, empática, y oportuna.

Los pacientes entrevistados se sienten satisfechos cuando encuentran en el personal de salud implicado en el acto anestésico una capacidad genuina de servicio. Capacidad de servicio que ellos expresaron en términos de humanización, amabilidad, empatía, disposición, disponibilidad, incondicionalidad. Lo anterior, lo consideran un atributo médico no negociable, pues se enfrentan a la vulnerabilidad y al sufrimiento de los pacientes.

- *“Él a mí no me está vendiendo un servicio, me está prestando una labor de su*

profesión” E3PE3.

- *“Eso es muy importante porque es que solamente el que ha estado en esas situaciones entiende y de pronto sí, hay médicos en general, enfermeros, todos que como que se les vuelve una monotonía el trabajo y todo eso y no, de pronto sí, el que ya ha experimentado eso entiende un poquito más esa parte de cómo se siente uno, pero el que no es como sí, muy monótona la cosa” E7P1.*

Más que el conocimiento científico los pacientes valoran la capacidad humana de atención de su demanda, y la consideran un atributo de confianza en la atención.

- *“A veces va a hospitales y la gente es muy grosera, pues, no debiera ser así no, yo digo pues que los médicos Dios los bendiga porque nos curan, nos sanan y verdad, bendiciones para ellos porque hacen mucho por nosotros, pero sí en ese punto lo bueno es la amabilidad con los enfermos” E12P1.*
- *“Me parece súper importante que no pierdan la parte humana en el sentido de que el paciente que tienen al frente es un ser humano también, a pesar de que es este es un asunto que para ellos es cotidiano o para el personal de salud es el día a día” E11P1.*
- *“La forma en cómo de pronto le hablaban a uno, la enfermera como te hablaba como con esa forma amigable, paciente, así de que como que todo va a estar bien, tranquila, no es nada grave, no se va a demorar. Entonces esa forma de hablar da confianza y tranquilidad” E20P2.*

La respuesta oportuna a los diferentes malestares manifestados por los pacientes, como sed, mareo o dolor, frecuentes en un postoperatorio, son percibidos como actos de humanidad, donde el otro, es decir, el personal implicado en el acto anestésico es capaz de ver la vulnerabilidad y absoluta oportunidad de mitigar el sufrimiento físico. La no respuesta a sus diferentes causas de sufrimiento afectan notablemente su satisfacción de la experiencia. Ser visto, escuchado y efectivamente atendido con una actitud compasiva, son cualidades de la atención que los pacientes demandan sobre cualquier otro aspecto.

- *“Que estuvieron muy pendientes, demasiado pendientes después de la cirugía, porque después sí me desperté como con demasiado malestar y estuvieron demasiado pendientes” E20P1.*

- *“Porque también sería muy maluco yo tratar, "ah venga, enfermera, ¿me hace el favor?" y que "ah, espere un momentico" o que sea grosera, ¿si me entiende? Mientras que uno ve que no está haciendo nada. Entonces es como eso” E2P5.*
- *“Pero ante todo es la calidad humana, es el respeto frente a la otra persona, es ponerse en el lugar del paciente o si es una persona a la que yo amo, cómo me gustaría que la trataran.” E12P3.*

El acompañamiento continuo del anestesiólogo, como esa persona que guarda la vida, y calidad de la misma en el quirófano, es fuente de tranquilidad en el paciente, que percibe estos “pequeños actos”, que en realidad son la función misma del anestesiólogo, como un interés por ayudarlo a preservar su bienestar en riesgo.

- *“Que si el paciente está expresando que siente dolor se le atienda y se le atienda rápido, pues, uno sabe que hay muchas personas en la misma condición, pero uno como paciente uno no piensa en que está al lado también con dolor, sino en el momento en que uno está también necesitando y uno necesita que se apersonen de ese y que le presten atención en el momento en que uno lo está requiriendo” E12P3.*
- *“Bien porque sé que estaban al menos ahí al cuidado y que no me dejaron como a la deriva sola, entonces me hizo sentir como bien, de que en realidad estaban haciendo las cosas de corazón, desde el bien, ¿si me hago entender? Entonces como que no me dejaron ahí como sola y eso me daba mucha más seguridad y entonces uno se trata de tranquilizar y de calmar para tratar de terminar de despertarse bien a la anestesia” E20P1.*
- *“Me dijeron que no, que tranquila que me iban a cuidar mucho, entonces todo eso le da a uno confianza” E7P1.*

DISCUSIÓN

En esta investigación se encontraron tres fenómenos que explican el significado de la satisfacción en los pacientes de una clínica de tercer nivel en la ciudad de Medellín, estos fueron: el papel del anestesiólogo como promesa de valor y garantía, la incertidumbre generada por el acto anestésico y el abordaje de la misma como determinante de la experiencia del paciente donde el acto comunicativo es un protagonista esencial y la actitud de servicio frente al sufrimiento como determinante de calidad.

El estudio muestra cómo la satisfacción con la atención anestésica parte de las expectativas cumplidas de los pacientes, cuando estas se cumplen tenemos una alta satisfacción y viceversa; el primer fenómeno se muestra al anestesiólogo como promesa de valor y garantía, donde hay un ideal estético del profesional que está permeado por prejuicios y aspectos culturales, entonces salen a flote aspectos como la edad y la presentación personal, desde finales del siglo XX se encuentran intencionales de caracterizar esta asociación, incluso en el ámbito específico de la anestesiología (Robinson, 1993), donde se llega a preferir profesionales con traje formal, identificación, bata blanca y zapatos lustrados y por el contrario no se deseaban con jeans, pelo largo o aretes; recientemente en un estudio norteamericano en el área médica en general (Xun, 2021), se encontró que los tratantes con vestimenta informal eran identificados como menos profesionales y menos experimentados que aquellos con bata blanca.

Con respecto a la edad, es común encontrarse con la idea de preferir tratantes de más edad ya que estos probablemente tengan más experiencia que pueda llevar a mejores resultados clínicos; en las entrevistas realizadas se encontró esta percepción de asociación de edad-experiencia, relación que ha sido explorada recientemente por Forkin y colaboradores (Forkin, 2020), quienes mostraron que era más probable que los anestesiólogos de más edad se categorizaran como los de más confianza, liderazgo e inteligencia, pero similar a los hallazgos encontrados en nuestras entrevistas, no había una predilección significativa por ellos; el género no tuvo una relación con las categorías anteriormente mencionadas ni tampoco con la predilección para el manejo de un familiar, lo que lleva a preguntarse, cuáles serían las explicaciones para que en nuestro medio se dé un trato informal a la mujer médica; las diferentes escalas donde se evalúa la satisfacción en anestesia no han

considerado estas características físicas, lo que podría llevar a pensar que es una característica propia de la población estudiada (Barnett, 2013).

Más allá del ideal estético, otro componente de la promesa de valor y garantía es el manejo adecuado del dolor. Al igual que en trabajos recientes (Berkowitz, 2021), la presencia del dolor moderado o grave durante el perioperatorio condiciona de manera negativa la satisfacción. El abordaje de este aspecto no se limita sólo al manejo farmacológico o intervencionista, sino que engloba varios determinantes como lo son, el trato respetuoso, que no sea subestimado el nivel de dolor y que se vea en el paciente a otro ser humano digno de compasión y atención, es decir que se reconozca como igual.

En este estudio cualitativo también encontramos que el manejo de su privacidad en el quirófano o fuera de este es un pilar fundamental para alcanzar la satisfacción con el acto anestésico, esta privacidad se traducía en el manejo de su pudor, ajustándose el concepto de los pacientes entrevistados a la definición de Yepes en Fundamentos de antropología (Yepes, 2009):

“Por ser el cuerpo parte de la intimidad, el pudor se muestra entonces como *resistencia a la desnudez*, como una invitación a buscar a la persona más allá de su cuerpo. Mediante el acto y el gesto pudoroso, tan cercano aquí a la vergüenza, la persona expresa una negativa a que su cuerpo sea tomado, por así decir, sin la persona que lo posee, como una simple cosa”.

Otro punto importante de la investigación es la continuidad en la atención, que es definida como una relación longitudinal con el tratante (Haggerty, 2003), no es un aspecto del fenómeno que se deba pasar por alto, primero porque se ha asociado con desenlaces positivos, incluso en términos de mortalidad (Gray, 2018), y en una revisión reciente de estudios cualitativos (Nowak, 2021) se concluye que: permite la atención centrada en el paciente, incrementa la calidad de la atención, lleva a mayor confianza en las decisiones tomadas por el médico, su ausencia puede llevar a daño médico y psicológico pero también viene con inconvenientes como falta de accesibilidad y dificultad para complacer expectativas; sin embargo, para hablar de continuidad en la atención en el escenario de la anestesiología, necesariamente hay que tener en cuenta variables importantes, hay una dificultad temporal en tomar todos los casos que se iniciaron en la consulta prequirúrgica, ya que la cantidad de valoraciones que se pueden hacer en un día es mayor a la capacidad de un

quirófano, y en términos de eficiencia, es mucho más fácil dividir un equipo de anestesiólogos en los diferentes servicios según su disponibilidad.

En nuestro trabajo también encontramos cómo el acto anestésico dentro del lugar que ocupa en la historia de salud y enfermedad de los pacientes, genera incertidumbre, este hallazgo concuerda con lo reportado por otros autores (Nagrampa, 2015), que puede ser el resultado de desconocimiento o temores sobre el acto anestésico. Si bien nuestros pacientes reconocen en la figura del anestesiólogo, el papel de un médico especialista que está a cargo del cuidado de sus vida durante la cirugía, también conciben el ejercicio de la especialidad desde la extrañeza y la falta de información con lo relacionado a un acto anestésico, llegando a tener miedos o concepciones erróneas, provenientes de la tradición oral o de prácticas anestésicas antiguas que no tiene lugar dentro de la modernidad, esto se correlaciona con lo publicado sobre la concepción anestésica en la población hispana (Nagrampa, 2015), donde se encontró un conocimiento limitado de la educación y las acciones del anestesiólogo, de los riesgos y del acto anestésico como tal.

Los entrevistados ven al anestesiólogo como “el médico que los pone a dormir”, pero con desconocimiento frente al verdadero papel dentro del quirófano, en el preoperatorio o en la unidad de recuperación luego de la cirugía, por lo que uno de los objetivos de la valoración preanestésica debe de ser definir su labor como parte de una educación que puede mejorar desenlaces (Klafta, 1996).

En nuestro estudio se identificaron factores que construyen la incertidumbre, entre los más nombrados se encuentran el temor a las diferentes complicaciones que se pueden dar con la anestesia o la cirugía, el desconocimiento de la técnica quirúrgica y anestésica y las expectativas de curación, el abordaje de estos factores mediante la comunicación empática y asertiva al igual que el papel activo del anestesiólogo durante todo el perioperatorio, disminuye estos niveles de incertidumbre, ya algunos estudios (Schmocker, 2019) han indicado que la satisfacción de los pacientes durante el acto quirúrgico, no se relaciona directamente con el nivel de complicaciones postoperatorias, y que el éxito que atribuyen los pacientes a su intervención tiene otros determinantes, incluyendo la escucha y la comunicación empática.

Los pacientes esperan un mirada humana y no instrumentalizada de parte de los anestesiólogos, acompañada de una relación médico paciente que vaya más allá de la numeración de posibles eventos adversos, esperan un diálogo humano, en el que se permita reconocer su vulnerabilidad y asimilar los riesgos a los que se enfrenta durante la cirugía, la explicación de estos, así como de las sensaciones físicas que podría experimentar con la técnica anestésica elegida, son el centro del alivio y sobre todo de la modulación de la incertidumbre (Hansen, 2012).

No solo se trata de la forma y de cuanta información sea dada al paciente si no de la calidad de la misma, los niveles de ansiedad no disminuyen con la cantidad de lo explicado si no con qué tan satisfecho está el paciente con la explicación recibida (Klafta, 1996), por lo que deberíamos preguntarle a este qué tipo de información y que tanta profundidad de la misma quisiera recibir en la valoración preanestésica o en el encuentro anterior a la cirugía.

Los miedos presentados en las entrevistas, tales como la muerte, el despertar durante la cirugía, el dolor y las náuseas y vómitos postoperatorios, son relatados en otros estudios, así como la distinta importancia que algunos pacientes les dan a unos y otros, ocasionada por la magnitud de la cirugía, las características demográficas y la exposición previa (Burkle, 2014)(Klafta, 1996).

Al ser cuestionados los entrevistados sobre cuál sería la mejor forma de comunicación con su equipo tratante, principalmente con el anestesiólogo, y que pudiera cumplir sus expectativas y traducir esto en mayor satisfacción con el acto anestésico, encontramos la efectividad y la empatía, con una necesidad bastante importante de explicación de los procedimientos desconocidos. Esta comunicación efectiva mejora la retención de información, los desenlaces médicos, la posibilidad de no ser demandado y el objetivo de esta investigación, la satisfacción (Hool, 2009), también se ha visto que hacer preguntas abiertas y comentarios afectivos por parte del anestesiólogo se correlaciona con mayor intervención por parte del paciente (Kindler, 2005).

La necesidad de explicación encontrada en las entrevistas tiene su razón en disminuir el miedo a lo desconocido, dar confianza con las intervenciones y tener una anticipación de las sensaciones que vienen y el solo hecho de hacerlo incrementa la satisfacción (Ruzman, 2015); estas explicaciones se pueden hacer de forma previa, durante e incluso al momento

de aparecer complicaciones como el fallo de una técnica o un evento adverso (Cruikshanks, 2018).

Se debe resaltar en esta investigación la importancia dada por los pacientes a la amabilidad y compasión dentro de las dimensiones que constituyen la satisfacción con el acto anestésico y con la atención en general.

Desde que el modelo de atención es centrado en el paciente, y se aleja de las tendencias paternalista utilizadas en el pasado, la amabilidad y la compasión ocupan un lugar principal en esta nueva relación. Y es por qué la compasión no sólo mejora directamente la satisfacción de los pacientes sino incluso predice y mejora sus desenlaces (Asch, 2021), estos beneficios no son solo para el paciente, también afectan positivamente a los prestadores de servicios incluyendo al personal médico, que al brindar un atención preocupada por tener adecuados niveles amabilidad y compasión tiene mejor calidad de vida (Sinclair, 2016), y de manera inversa la falta de compasión en el personal sanitario se correlaciona con mayores niveles de pérdida de motivación profesional (Beckett, 2013).

Nuestros pacientes definen la compasión de manera similar a los encontrado en la literatura médica como “la capacidad de notar el sufrimiento en otro ser humano y estar motivado para aliviarlo” (Strauss, 2016) y manifiestan durante las entrevista que esta compasión se evidencia de manera transversal en muchos aspectos de la atención, como lo son el saludo respetuoso y por su nombre al paciente, la explicación detallada de los riesgo anestésicos sin que sea percibido como un proceso rutinario y el uso de frases positivas frente a la atención, como ejemplos “lo vamos a cuidar mucho”, “vamos a hacer todo para que nos vaya muy bien.

Un componente adicional de la empatía es que las quejas referente a dolor o malestar sean prontamente atendidas, algo frecuentemente mencionado por los pacientes entrevistados, esto ha sido más estudiado en los escenarios de urgencias, encontrando que no es el tiempo a analgésicos lo que es importante, si no qué tan empático es percibido el personal y que tanta es la disminución del dolor (Brown, 2018); esta oportunidad en la atención de las necesidades también se ha caracterizado desde enfermería (pero con hallazgos fácilmente extrapolables a todo el grupo de tratantes del dolor), donde la identificación a través de

signos no verbales, la evaluación y el tratamiento sistemático y la analgesia preventiva puede no hacerse tanto como se dice que se hace (Dihle 2006).

Para finalizar recientemente (Pavlova, 2022) se han descrito factores que predicen la compasión y que se dividen en factores relacionados a los pacientes, al personal y a las instituciones, los factores encontrados por nosotros en las entrevistas se correlaciona los factores descritos en los pacientes, sería interesante evaluar estos factores también en los médicos y en las instituciones, al buscar referencias en la literatura médica sobre compasión y amabilidad en salud, se encuentra con un crecimiento exponencial en las principales bases de datos, mostrándonos que cada vez entender y conocer este tema ocupa un papel más importante en la atención, y que como se evidenció en este trabajo constituye un determinante de la satisfacción anestésica.

Este estudio es la primera investigación que explora el significado de satisfacción anestésica en el contexto específico de la población colombiana, que arroja resultados particulares con respecto a los encontrados en otras publicaciones usadas para construir escalas de satisfacción con el acto anestésico, abre la puerta a nuevos trabajos que busquen medidas de intervención en cada uno de los fenómenos encontrados y buscamos la saturación teórica de todas las categorías que surgieron en la codificación abierta; como limitación podemos encontrar que este estudio puede tener una generalización reducida ya que abarca un grupo poblacional que podría tener características propias, con posibles divergencias de resultados con otras IPS de la ciudad o con otras ciudades de Colombia.

Este estudio fue financiado con fondos propios de los investigadores. Los autores declaramos que no tenemos conflicto de intereses financieros o relaciones personales que podrían haber influido en el trabajo informado en este documento.

CONCLUSIONES

La satisfacción con el acto anestésico es un concepto multidimensional, con consideraciones demográficas y culturales propias de cada población, en nuestro caso, nos encontramos con que los pacientes esperan acceder a un servicio de anestesia que les permita llevar a cabo su cirugía con altas expectativas de calidad, y ven en el anesthesiólogo al especialista idóneo para asegurar dichos estándares de seguridad, cumpliendo con expectativas estéticas, éxito quirúrgico y anestésico, cuidado de la privacidad y continuidad en la atención.

También encontramos que el acto anestésico, genera incertidumbre, en parte por el desconocimiento de todo lo relacionado con la práctica actual de la anestesia, y las concepciones previas de los pacientes sobre los riesgos a los que se someten, incluyendo el miedo a la muerte, al dolor y al sufrimiento, el abordaje de lo desconocido a través de un trato humano y compasivo, así como de explicaciones claras sobre el proceso de atención se convierten en un moduladores de la ansiedad generada obteniendo como resultado mayor satisfacción de los pacientes durante su atención.

Los pacientes sometidos a cirugías electivas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria sede León XIII, esperan un trato humano y amable, atendiendo de forma empática y oportuna sus inquietudes, necesidades y padecimientos durante el acto quirúrgico, ellos ven en esta actitud de servicio ante el sufrimiento la mejor forma de ver reconocida su humanidad, siendo esto especialmente importante en nuestro medio para que se logre la satisfacción.

Finalmente, este estudio abre la puerta a nuevas investigaciones, que nos permitan explorar intervenciones que apunten a los fenómenos señalados. Posiblemente la educación médica juegue un papel fundamental, buscando un impacto en la satisfacción del paciente desde el análisis a los currículos de medicina.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Fecha:
--	---------------------------------	--------

TÍTULO DEL PROYECTO	Significado de satisfacción con el acto anestésico en pacientes programados para cirugía electiva de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria
INVESTIGADORES	Mario Andres Zamudio Burbano Susana Cristina Osorno Upegui Andrés Felipe Mesa Rojas Juan Pablo Muñoz Alzate
NOMBRE DEL PARTICIPANTE	

Sitio donde se llevará a cabo el estudio.

El proyecto de investigación se vincula a la Facultad de Medicina Universidad de Antioquia y a la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria, por consiguiente, se ejecutará en las instalaciones de la clínica.

Información para el participante

Usted es una persona a la que se le realizará una cirugía, para tener las condiciones óptimas para dicha cirugía será sometido a anestesia, en el caso de la anestesia general significa que se le administrarán medicamentos tanto intravenosos como inhalados para lograr que usted no siente dolor, no recuerde, no se mueva y la función de los pulmones y el corazón esté preservado, si por el contrario a usted se le brinda anestesia regional se conseguirá que su cirugía sea llevada a cabo evitando el dolor en una parte localizada de su cuerpo, pero usted

estará consciente. Usted ha sido invitado a participar en este proyecto de investigación, cuyo propósito es indagar sobre el significado de la satisfacción en pacientes que son sometidos al procedimiento descrito previamente. Nos interesa conocer su experiencia a lo largo de este proceso, sus pensamientos, acciones, emociones, expectativas, sensaciones y sentimientos.

Su participación es muy importante por ser actor principal de esta experiencia como persona y como paciente. El conocer y aceptar este consentimiento informado es un requisito para hacer parte de la investigación. El tiempo que requerirá la actividad investigativa no superará los 120 minutos.

Número total de participantes

Se espera realizar aproximadamente entre 20 y 50 entrevistas grabadas con personas que decidan participar de forma voluntaria en este estudio.

Procedimientos del estudio

- El procedimiento principal de este estudio es la entrevista semiestructurada. Esto quiere decir que tenemos unas preguntas preparadas, pero pueden surgir otras conforme avance la entrevista. Con esta técnica se busca que el entrevistado relate su trayectoria de vida y exprese sus posiciones, creencias y experiencias. Es importante que sepa que en esta entrevista no hay respuestas correctas o incorrectas.
- Las entrevistas serán grabadas, reposarán de forma digital en un almacenamiento compartido en la web, al que solo tendrán acceso los 4 investigadores enunciados anteriormente, se almacenarán durante 10 años, serán utilizadas únicamente con fines científicos para su análisis, por parte del grupo de investigación en medicina perioperatoria de la Universidad de Antioquia.
- Si alguna de las condiciones del estudio previamente informadas es cambiada, usted será oportunamente informado, y podrá tomar cualquier decisión que considere adecuada, según las nuevas condiciones, sin que esto conlleve ningún cambio en su atención. También tiene derecho a consultar por información nueva del proyecto al correo electrónico del investigador que firmará este consentimiento.

Participación Voluntaria

- Su participación en este estudio es voluntaria. Asimismo, puede retirarse del estudio de forma voluntaria, y puede dar por terminada la entrevista cuando lo considere necesario.
- Se respetará la decisión de quienes habiendo inicialmente aceptado participar en el estudio, decidan retirarse, no se utilizará ningún tipo de presión directa o indirecta.
- Su participación en el proyecto termina cuando la actividad planteada culmine o cuando voluntariamente decida terminar.
- Usted tiene la posibilidad de no participar, sin que esto represente algún conflicto y sin afectar el tratamiento que recibe actualmente.

Molestias o riesgos del estudio

- El tiempo requerido para la entrevista puede ser prolongado para usted. Tenga en cuenta que es hasta dos horas.
- Si no desea responder a alguna pregunta que se le realice puede negarse libremente a contestar.
- Durante la entrevista puede recordar momentos dolorosos y difíciles lo cual puede causar alteraciones emocionales y crisis. Para esto contamos con el apoyo del Departamento de Psicología de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria. Ante un momento de crisis usted puede solicitar dicho apoyo, y los investigadores nos comprometemos a suspender la entrevista, acompañarlo y no dejándolo solo, hasta que reciba la atención por el profesional de psicología
- El presente estudio se clasifica de riesgo mínimo, según la normatividad colombiana (Resolución 8430 1993 del Ministerio de Salud).

Compensaciones

No se dará ninguna compensación económica por su participación en este estudio.

Responsabilidades del participante

Si acepta participar en esta investigación, usted deberá responder con sinceridad las preguntas de la entrevista. Si no desea responder alguna de las preguntas que se le hace, usted puede libremente negarse a contestar.

Confidencialidad del participante.

El manejo de la información de las entrevistas se realizará empleando códigos (numeración consecutiva de 01, 02, ...) que reemplacen los nombres de las personas, ya que la información personal solo será de conocimiento exclusivo de los investigadores. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Nadie fuera de los investigadores tendrá acceso a su información sin su autorización.

Aceptación

Después de haber leído esta información y aclarado las dudas, libremente deseo participar de esta investigación. Mi firma indica que acepto y que recibí una copia de este documento.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

Autorizo la realización de la entrevista y que esta sea grabada: Si ___ No ___

Nombre del participante _____

Cedula _____

Firma o huella del participante

Fecha (dd/mm/aaaa)

Testigo 1

- Nombre:
- Relación con el paciente:
- Dirección de residencia:

Firma o huella

Fecha (dd/mm/aaaa)

Testigo 2

- Nombre:
- Relación con el paciente:
- Dirección de residencia:

Firma o huella

Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre del investigador en letra de imprenta

Firma o huella

Fecha (dd/mm/aaaa) Teléfono celular Correo electrónico

Certifico que me ha sido entregado una copia del consentimiento informado: SI___ NO___

Anexo 2. Presupuesto

Título	Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria	Grupo de Investigación	Total
Mantenimiento	0,0	0,0	0,0
Construcciones	0,0	0,0	0,0
Viajes	0,0	3.000.000	3.000.000
Servicios Técnicos	0,0	600.000	600.000
Publicación y patente	0,0	0,0	0,0
Material bibliográfico	0,0	0,0	0,0
Salidas de campo	0,0	0,0	0,0
Materiales	0,0	2.000.000	2.000.000
Uso de equipos propios	0,0	0,0	0,0
Equipo	0,0	0,0	0,0
Personal	0,0	124.416.000	124.416.000
Total	0,0	130.316.000	130.316.000

Anexo 3. Cronograma

Número	Actividad	Inicio	Final	Tiempo
1	Revisión de la literatura	1	24	Meses
2	Preparación del protocolo de investigación	1	4	Meses
3	Evaluación técnica y ética del protocolo de investigación	5	5	Meses
4	Presentación del protocolo al servicio	6	6	Meses
5	Recolección de información: primera tanda de entrevistas	7	9	Meses
6	Análisis de información: primera tanda de entrevistas	10	13	Meses
7	Ajuste de guion de entrevistas	14	14	Meses
8	Recolección de información: segunda tanda de entrevistas	15	16	Meses
9	Análisis de información: segunda tanda de entrevistas	17	18	Meses
10	Escritura de informe final y artículo de publicación	19	24	Meses

Anexo 4. Guión de la primera entrevista

Introducción

Agradecemos su participación en esta entrevista.

La Universidad de Antioquia y la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria están realizando un trabajo de investigación con el cual se busca comprender que significa la satisfacción con el acto anestésico, para los pacientes que requieran anestesia para procedimientos electivos.

La participación en esta investigación es voluntaria y usted puede retirarse en el momento que lo desee. Usted puede interrumpir la entrevista cuando lo considere necesario. No hay respuestas buenas o malas, simplemente responda con honestidad según sus creencias, experiencias y sentimientos. Su nombre no aparecerá en ningún momento en el estudio publicado y toda la información recolectada será manejada con estricta confidencialidad.

Para nosotros es indispensable grabar la entrevista, ya que nos permitirá analizar de forma más precisa la información, la cual contribuirá al conocimiento de nuestra profesión. Usted puede decidir detener la grabación en cualquier momento, aunque inicialmente nos de su consentimiento, lo puede retirar cuando lo considere.

Datos generales

Número teléfono fijo: _____

Número celular: _____

Correo Electrónico: _____

1. ¿Cuántos años tiene?
2. Género: Femenino: __ Masculino: __
3. ¿Cuál es su estado civil?:
4. Soltero: __ Casado/unión libre: __ Separado: __ Viudo: __

5. ¿Cuál es su nivel de escolaridad? Sin estudios: __ Primaria: __ Secundaria: __ Técnica o tecnología: __ Universitario: __ Posgrado: __

6. ¿Cuál es su ocupación? Ama de casa: __ Empleado formal: __ Empleado informal: __ Desempleado: __ Pensionado: __ Estudiante: __ Otro ¿Cual?: _____

7. ¿Cuál es su estrato socioeconómico? _____

8. ¿Cuál es su seguridad social? Contributivo: __ Subsidiado: __ Vinculado: __

9. ¿Tiene hijos? Cuántos _____

10. ¿Dónde vive?

11. ¿Con quién vive?

12. ¿De que enfermedades sufre?

13. ¿Lo han operado previamente?

14. ¿Hace cuánto tiempo fue su cirugía/ lo operaron?

Satisfacción inicial a la entrevista

1. ¿Cómo esperaba usted que hubiera sido la anestesia?

a. Explorar sentimientos

b. Explorar recuerdos

c. Explorar frustración

2. ¿Qué cosas son importantes para usted, para que se sienta bien con la anestesia?

a. Dirigir mas que a la técnica a las dimensiones:

i. Explorar intimidad

ii. Explorar comunicación con el anesthesiólogo y enfermería

iii. Explorar atención

- iv. Explorar tiempo de demora
- v. Explorar dolor
- b. Explorar recuerdos
- 3. ¿Cómo le fue con su anestesia? ¿Qué tan satisfecho se siente? ¿Por qué?
 - a. Espacio para expresar inconformidades o reconocimientos del acto anestésico
 - b. Explorar recuerdos
- 4. ¿Para usted que es sentirse satisfecho?

Valoración preanestésica

- 5. ¿Cómo fue su encuentro inicial con el anestesiólogo? ¿Podría contarnos este encuentro?
 - a. ¿Cómo se sintió durante esa valoración?
 - b. ¿Cómo pensaba que era la valoración previa por el anestesiólogo?
 - c. ¿Qué le gustaría cambiar de esa valoración?
 - d. ¿El anestesiólogo le dio tiempo para expresar sus dudas o preguntas?
 - e. ¿Usted cree que el anestesiólogo le explicó todo lo que necesitaba saber?

El día de la cirugía

- 6. ¿Cómo fue su encuentro con el anestesiólogo el día de la cirugía?
 - a. ¿Lo atendió el mismo anestesiólogo de la consulta? ¿le habría gustado que fuera el mismo?
 - b. ¿Cómo se sintió con el trato dado por el anestesiólogo del quirófano?
 - c. ¿El anestesiólogo del quirófano le explicó lo que iba a suceder?
 - d. Explorar intimidad si no se exploró anteriormente

- e. ¿Cómo fue cuando le pusieron la anestesia? ¿Qué sintió? ¿Qué experimentó su cuerpo en ese momento?

Luego de la cirugía

- 7. ¿Cómo fue su experiencia cuando despertaste de la anestesia?
 - a. ¿El anestesiólogo le había explicado que se iba a sentir así?
 - b. ¿Sintió alguna experiencia desagradable después de la cirugía?
 - c. ¿Cuál es su último recuerdo del anestesiólogo?

Preguntas de cierre

- 8. Si pudiera cambiar algo de lo vivido en todo el proceso, ¿Qué cambiaría?
- 9. ¿Desea contarnos algo adicional que considere importante y que no le hayamos preguntado?
- 10. En caso de que lo requiera, ¿Podemos contactarlo/a de nuevo?

¡Muchas gracias!

Anexo 5. Guión de la segunda entrevista

Introducción

Agradecemos su participación en esta entrevista.

La Universidad de Antioquia y la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS Universitaria están realizando un trabajo de investigación con el cual se busca comprender qué significa la satisfacción con el acto anestésico, para los pacientes que requieran anestesia para procedimientos electivos.

La participación en esta investigación es voluntaria y usted puede retirarse en el momento que lo desee. Usted puede interrumpir la entrevista cuando lo considere necesario. No hay respuestas buenas o malas, simplemente responda con honestidad según sus creencias, experiencias y sentimientos. Su nombre no aparecerá en ningún momento en el estudio publicado y toda la información recolectada será manejada con estricta confidencialidad.

Para nosotros es indispensable grabar la entrevista, ya que nos permitirá analizar de forma más precisa la información, la cual contribuirá al conocimiento de nuestra profesión. Usted puede decidir detener la grabación en cualquier momento, aunque inicialmente nos de su consentimiento, lo puede retirar cuando lo considere.

Datos generales

Número teléfono fijo: _____

Número celular: _____

Correo Electrónico: _____

1. ¿Cuántos años tiene?
2. Género: Femenino: __ Masculino: __
3. ¿Cuál es su estado civil?:
4. Soltero: __ Casado/unión libre: __ Separado: __ Viudo: __

5. ¿Cuál es su nivel de escolaridad? Sin estudios: __ Primaria: __ Secundaria: __ Técnica o tecnología: __ Universitario: __ Posgrado: __

6. ¿Cuál es su ocupación? Ama de casa: __ Empleado formal: __ Empleado informal: __ Desempleado: __ Pensionado: __ Estudiante: __ Otro ¿Cuál?: _____

7. ¿Cuál es su estrato socioeconómico? _____

8. ¿Cuál es su seguridad social? Contributivo: __ Subsidiado: __ Vinculado: __

9. ¿Tiene hijos? Cuántos _____

10. ¿Dónde vive?

11. ¿Con quién vive?

12. ¿De qué enfermedades sufre?

13. ¿Lo han operado previamente?

14. ¿Hace cuánto tiempo fue su cirugía/ lo operaron?

Privacidad

1. ¿Qué opina usted del manejo de su privacidad durante la estancia en el quirófano?
2. ¿Recuerda algo durante su atención relacionado con su privacidad?

Juventud:

3. ¿Qué piensa usted sobre la edad del médico que va a ocuparse de su atención?

Presentación Física:

4. ¿Qué opina de la presentación personal del anesthesiologo que estuvo con usted en la consulta antes de cirugía?
5. ¿Cuáles aspectos son importantes en la presentación?

Tiempo de atención:

6. ¿Qué opina sobre los tiempos y la puntualidad con la que se brindó su atención?

Compañía de la familia

7. Respecto a la presencia y acompañamientos de los familiares durante la atención, qué consideraciones le parecen importantes
8. ¿Cómo piensa que sus familiares y usted estarían más satisfechos durante la atención?

Mitos o ideas preconcebidas sobre la anestesia

9. ¿Cómo pensaba usted que iba a ser su anestesia?
10. ¿Luego de haber estado en cirugía, qué opinión tiene con respecto a cómo se hace la anestesia?
11. ¿Qué piensa de la anestesia si tiene que ser operado nuevamente?
12. ¿Qué opina sobre la forma en la cual el anesthesiólogo le explicó los riesgos de la anestesia para su cirugía?

Mujer médica

13. ¿Cuándo usted es atendido por un anesthesiólogo como espera que sea?

Explicación de los procedimientos

14. ¿Qué opina que primero le sean explicados los procedimientos que se van a realizar en su cuerpo antes de iniciar la cirugía?

Preguntas de cierre

15. ¿En conclusión para usted qué es quedar satisfecho con la anestesia que se le brindó para su cirugía?
16. ¿Desea contarnos algo adicional que considere importante y que no le hayamos preguntado?

¡Muchas gracias!

BIBLIOGRAFÍA

- Akhtar, Z., Hesler, B. D., Fiffick, A. N., Mascha, E. J., Sessler, D. I., Kurz, A., ... Saager, L. (2016). A randomized trial of prewarming on patient satisfaction and thermal comfort in. *Journal of Clinical Anesthesia*, 33, 376–385. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.04.041>
- Asch, S. M., Atkins, D. V., & Walling, A. (2021). If Kindness Were a Drug, the FDA Would Approve It. *Journal of General Internal Medicine*, 36(2), 263–264. <https://doi.org/10.1007/S11606-020-06343-7>
- Auquier, P., Blache, J. L., Colavolpe, C., Eon, B., Auffray, J. P., Pernoud, N., ... François, G. (1999). Echelle de vecu perioperatoire de l'anesthésie. I - Construction et validation. *Annales Francaises d'Anesthesie et de Reanimation*, 18(8), 848–857. [https://doi.org/10.1016/S0750-7658\(00\)88192-7](https://doi.org/10.1016/S0750-7658(00)88192-7)
- Auquier, Pascal, Pernoud, N., Bruder, N., Simeoni, M. C., Auffray, J. P., Colavolpe, C., ... Blache, J. L. (2005). Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology*, 102(6), 1116–1123. <https://doi.org/10.1097/00000542-200506000-00010>
- Barnett, S. F., Alagar, R. K., Grocott, M. P. W., Giannaris, S., Dick, J. R., & Moonesinghe, S. R. (2013). Patient-satisfaction measures in anesthesia: qualitative systematic review. *Anesthesiology*, 119(2), 452–478. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3182976014>
- Bauer, M., Böhrer, H., Aichele, G., Bach, A., & Martin, E. (2001). Measuring patient satisfaction with anaesthesia: Perioperative questionnaire versus standardised face-to-face interview. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45(1), 65–72. <https://doi.org/10.1034/j.1399-6576.2001.450111.x>
- Beckett, K. (2013). Professional wellbeing and caring: exploring a complex relationship. *British Journal of Nursing*, 22(19), 1118–1125. <https://doi.org/10.12968/BJON.2013.22.19.1118>
- Benítez Linero, I. (2017). *Validación de un cuestionario de satisfacción perioperatoria (EVAN-G)*. 1–146. Retrieved from <https://idus.us.es/xmlui/handle//11441/70510>

- Berkowitz, R., Vu, J., Brummett, C., Waljee, J., Englesbe, M., & Howard, R. (2021). The Impact of Complications and Pain on Patient Satisfaction. *Annals of Surgery*, 273(6), 1127–1134 <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003621>
- Blumer, H. (1982). El Interaccionismo simbólico. Perspectiva y método. HORA S.A.
- Brown, T., Shetty, A., Zhao, D. F., Harvey, N., Yu, T., & Murphy, M. (2018). Association between pain control and patient satisfaction outcomes in the emergency department setting. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 30(4), 523–529. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12945>
- Burkle, C. M., Mann, C. E., Steege, J. R., Stokke, J. S., Jacob, A. K., & Pasternak, J. J. (2014). Patient fear of anesthesia complications according to surgical type: Potential impact on informed consent for anesthesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(10), 1249–1257. <https://doi.org/10.1111/aas.12413>
- Caljouw, M. A. A., van Beuzekom, M., & Boer, F. (2008). Patient's satisfaction with perioperative care: Development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*, 100(5), 637–644. <https://doi.org/10.1093/bja/aen034>
- Calnan M (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Soc Sci Med*; 27:927–33
- Capuzzo, M., Landi, F., Bassani, A., Grassi, L., Volta, C. A., & Alvisi, R. (2005). Emotional and interpersonal factors are most important for patient satisfaction with anaesthesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 49(6), 735–742. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2005.00738.x>
- Capuzzo, Maurizia, & Alvisi, R. (2008). Is it Possible to Measure and Improve Patient Satisfaction with Anesthesia? *Anesthesiology Clinics*, 26(4), 613–626. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2008.07.008>
- Capuzzo, Maurizia, Gilli, G., Paparella, L., Gritti, G., Gambi, D., Bianconi, M., ... Alvisi, R. (2007). Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia. *Anesthesia and Analgesia*, 105(2), 435–442. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000270208.99982.88>

- Castellanos-Olivares, A., Evangelina-Cervantes, H., & Vásquez-Márquez, P. I. (2013). Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica en el paciente geriátrico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36(SUPPL.1), 250–255.
- Chanthong, P., Abrishami, A., Wong, J., Herrera, F., & Chung, F. (2009). Systematic review of questionnaires measuring patient satisfaction in ambulatory anesthesia. *Anesthesiology*, 110(5), 1061–1067. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31819db079>
- Corbin J, Strauss A (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Publications S, editor. 312 p.
- Council for International Organizations of Medical Sciences (1993). International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva, Switzerland: CIOMS.
- Cruikshanks, A., & Bryden, D. C. (2018). What to do when complications occur. *Anaesthesia*, 73, 95–101. <https://doi.org/10.1111/anae.14145>
- Dihle, A., Bjølseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 469–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x>
- Ellis, S. J., Newland, M. C., Simonson, J. A., Peters, K. R., Romberger, D. J., Mercer, D. W., ... Lisco, S. J. (2014). Anesthesia-related cardiac arrest. *Anesthesiology*, 120(4), 829–838. <https://doi.org/10.1097/ALN.000000000000153>
- Emanuel, E. J., Wendler, D., & Grady, C. (2000). What Makes Clinical Research Ethical? *JAMA*, 283(20), 2701–2711. Retrieved from <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/283/20/2701>
- Falco, D., Rutledge, D. N., & Elisha, S. (2017). Patient satisfaction with anesthesia care: What do we know? *AANA Journal*, 85(4), 286–292.
- Forkin, K. T., Dunn, L. K., Kotha, N. C., Bechtel, A. J., Kleiman, A. M., Huffmyer, J. L., Collins, S. R., Lyons, G. R., Ma, J. Z., & Nemergut, E. C. (2020). Anesthesiologist Age and Sex

Influence Patient Perceptions of Physician Competence. *Anesthesiology*, 1, 103–110.
<https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003595>

Gempeler, F. E., & S, M. V. A. (2010). Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital Universitario de San Ignacio Evaluation of Patient Satisfaction and Recovery Time Following Different Anesthetic Techniques at the San Ignacio Univer. *Rev Colomb Anesthesiol*, 38(2), 178–202.
[https://doi.org/10.1016/S0120-3347\(10\)82003-9](https://doi.org/10.1016/S0120-3347(10)82003-9)

Giraldo Tascón, V. L., Castillo, G. G., Quintero Saker, U., Palacio, L., Díaz Ante, Y., Palacio Arboleda, M., ... Carvajal, R. (2014). Percepción de la relación anestesiólogo-paciente valorada en el posoperatorio de pacientes ASA I y II en instituciones de nivel III y IV (estudio RAP-2) en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 42(1), 20–27.
<https://doi.org/10.1016/j.rca.2013.10.004>

Glenn E., Meghan L., Peggy G., C. R. (2014). Patient Satisfaction and Experience with Anesthesia. *Elsevier*, (2), 1–23.

Gray, D. J. P., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. (2018). Continuity of care with doctors - A matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8(6), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

Hansen BS, Rørtveit K, Leiknes I, Morken I, Testad I, Joa I, et al. Patient experiences of uncertainty – a synthesis to guide nursing practice and research. *J Nurs Manag* [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2022 Apr 18];20(2):266–77. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2834.2011.01369.x>

Hawkins, R. J., Swanson, B., & Kremer, M. J. (2012). An Integrative Review of Factors Related to Patient Satisfaction With General Anesthesia Care. *AORN Journal*, 96(4), 368–376.
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.07.015>

- Heidegger, T., Husemann, Y., Nuebling, M., Morf, D., Sieber, T., Huth, A., ... Kreienbühl, G. (2002). Patient satisfaction with anaesthesia care: Development of a psychometric questionnaire and benchmarking among six hospitals in Switzerland and Austria. *British Journal of Anaesthesia*, 89(6), 863–872. <https://doi.org/10.1093/bja/aef277>
- Heidegger, T., Saal, D., & Nübling, M. (2013). Patient satisfaction with anaesthesia - Part 1: Satisfaction as part of outcome - And what satisfies patients. *Anaesthesia*, 68(11), 1165–1172. <https://doi.org/10.1111/anae.12347>
- Heidegger, Thomas, Saal, D., & Nuebling, M. (2006). Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*, 20(2), 331–346. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2005.10.010>
- Hernández JG, Herrera L, Martínez R, Páez JG, Páez MA. (2011). Seminario: Generación de teoría. Teoría fundada.
- Hool, A., & Smithf, A. F. (2009). Communication between anaesthesiologists and patients: How are we doing it now and how can we improve? *Current Opinion in Anaesthesiology*, 22(3), 431–435. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e32832a40fb>
- Jaensson, M., Dahlberg, K., & Nilsson, U. (2019). Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. *Perioperative Medicine*, 8(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13741-019-0115-1>
- Kindler, C. H., Szirt, L., Sommer, D., Häusler, R., & Langewitz, W. (2005). A quantitative analysis of anaesthetist-patient communication during the pre-operative visit. *Anaesthesia*, 60(1), 53–59. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2004.03995.x>
- Klafta, J. M. (1996). Current Understanding of Patients' Attitudes Preparation for Anesthesia: A Review. 1314–1321.
- Lehmann, M., Monte, K., Barach, P., & Kindler, C. H. (2010). Postoperative patient complaints: a prospective interview study of 12,276 patients. *Journal of Clinical Anesthesia*, 22(1), 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2009.02.015>

- Li, G., Warner, M., Lang, B. H., Huang, L., & Sun, L. S. (2009). Epidemiology of anesthesia-related mortality in the united states, 1999-2005. *Anesthesiology*, *110*(4), 759–765. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31819b5bdc>
- Maurice-Szamburski, A., Auquier, P., Viarre-Oreal, V., Cuvillon, P., Carles, M., Ripart, J., ... Bruder, N. (2015). Effect of sedative premedication on patient experience after general anesthesia: A randomized clinical trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *313*(9), 916–925. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.1108>
- Ministerio de Protección Social de Colombia. (2008). *Resolución número 2378 de 2008*. 2008(Junio 27), 93. Retrieved from https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Decreto2378de2008_Buenas_practicas_clinicas_unisabana.pdf
- Ministerio de Salud de Colombia. (1993). *Resolución número 8430 de 1993*. 19. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v32i4.1526>
- Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia. (2018). *Resolución 5095 de 2018* (p. 81). p. 81. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5095-de-2018.pdf>
- Myles, P. S., Williams, D. L., Hendrata, M., Anderson, H., & Weeks, A. M. (2000). Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: Results of a prospective survey of 10,811 patients. *British Journal of Anaesthesia*, *84*(1), 6–10. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bja.a013383>
- Nagrampa, D., Bazargan-Hejazi, S., Neelakanta, G., Mojtahedzadeh, M., Law, A., & Miller, M. (2015). A survey of anesthesiologists' role, trust in anesthesiologists, and knowledge and fears about anesthesia among predominantly Hispanic patients from an inner-city county preoperative anesthesia clinic. *Journal of Clinical Anesthesia*, *27*(2), 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2014.05.012>

- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979). The Belmont Report. Washington, DC: US Government Printing Office..
- Newsome, P. R. H., & Wright, G. H. (1999). A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *British Dental Journal*, 186(4), 166–170. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800053>
- Nowak, D. A., Sheikhan, N. Y., Naidu, S. C., Kuluski, K., & Upshur, R. E. G. (2021). Why does continuity of care with family doctors matter?: Review and qualitative synthesis of patient and physician perspectives. *Canadian Family Physician*, 67(9), 679–688. <https://doi.org/10.46747/cfp.6709679>
- Nuremberg Code (1996). *JAMA*, 276:1691.
- Orellana-Peña, C. (2008). Intimidad del paciente, pudor y educación médica. *Persona y Bioética*, 12(1), 8–15.
- Pavlova, A., Wang, C. X. Y., Boggiss, A. L., O’Callaghan, A., & Consedine, N. S. (2022). Predictors of Physician Compassion, Empathy, and Related Constructs: a Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 37(4), 900–911. <https://doi.org/10.1007/S11606-021-07055-2/FIGURES/4>
- Rebibo, L., Dhahri, A., Badaoui, R., Dupont, H., & Regimbeau, J. M. (2015). Laparoscopic sleeve gastrectomy as day-case surgery (without overnight hospitalization). *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 11(2), 335–342. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.08.017>
- Robinson, N. (1993). The effect of the anaesthetist’s attire on patient attitudes. *Anaesthesia*, 48(9), 839–839. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.1993.tb07641.x>
- Ružman, T., Ružman, N., Kristek, G., Haršanji-Drenjančević, I., Gulam, D., & Kvolik, S. (2015). Patient satisfaction with regional anesthesia in orthopedic surgery. *Periodicum Biologorum*, 117(2), 297–301.
- Schiff, J. H., Fornaschon, A. S., Frankenhauser, S., Schiff, M., Snyder-Ramos, S. A., Martin, E., ... Motsch, J. (2008). The Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire - Development of a

new refined psychometric questionnaire. *Anaesthesia*, 63(10), 1096–1104.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2008.05576.x>

Schiff, J. H., & Wagner, S. (2016). Anesthesia related mortality? A national and international overview. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 9, 43–48.
<https://doi.org/10.1016/j.tacc.2016.07.001>

Schmocker, R. K., Cherney Stafford, L. M., & Winslow, E. R. (2019). Satisfaction with surgeon care as measured by the Surgery-CAHPS survey is not related to NSQIP outcomes. *Surgery (United States)*, 165(3), 510–515. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2018.08.028>

Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., McClement, S., & Bouchal, S. R. (2016). Compassion: A scoping review of the healthcare literature Knowledge, education and training. *BMC Palliative Care*, 15(1), 1–16.
<https://doi.org/10.1186/S12904-016-0080-0/TABLES/4>

Stein SM, Day M, Karia R, Hutzler L, Bosco JA. Patients' Perceptions of Care Are Associated With Quality of Hospital Care: A Survey of 4605 Hospitals. *Am J Med Qual*. 2015;30(4):382–8.

Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15–27. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2016.05.004>

Tsai, T. C., Orav, E. J., & Jha, A. K. (2015). Patient satisfaction and quality of surgical care in US hospitals. *Annals of Surgery*, 261(1), 2–8. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000765>

Wazir, A., Shukla, A., & Dutton, R. P. (2018). Patient Satisfaction in Anesthesia: Implementation, Relevance, and Identification of Meaningful Measures. *Advances in Anesthesia*, 36(1), 23–37. <https://doi.org/10.1016/j.aan.2018.07.012>

World Medical Association (1997). Declaration of Helsinki. *JAMA*, 277:925-926.

Wu, C. L., Naqibuddin, M., & Fleisher, L. A. (2001). Measurement of patient satisfaction as an outcome of regional anesthesia and analgesia: A systematic review. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 26(3), 196–208. <https://doi.org/10.1053/rapm.2001.22257>

Xun, H., Chen, J., Sun, A. H., Jenny, H. E., Liang, F., & Steinberg, J. P. (2021). Public Perceptions of Physician Attire and Professionalism in the US. *JAMA Network Open*, 4(7), 1–14. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.17779>

Yepes Stork, R., & Aranguren Echevarría, J. (2009). *Fundamentos de antropología. Un ideal de la excelencia humana*, Eunsa, Pamplona, 384.