NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN RELACIÓN A LOS EXÁMENES PREOPERATORIOS REQUERIDOS PARA REALIZAR UN ACTO QUIRÚRGICO ELECTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS "DR .ÁNGEL LARRALDE" JUNIO-JULIO 2014.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO UNIVERSITARIO ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL LARRALDE

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN RELACIÓN A LOS EXÁMENES PREOPERATORIOS REQUERIDOS PARA REALIZAR UN ACTO QUIRÚRGICO ELECTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS "DR .ÁNGEL LARRALDE" JUNIO-JULIO 2014.

Trabajo de Grado presentado ante la Universidad de Carabobo para optar al título de Especialista en Anestesiología y Reanimación

Naguanagua, Diciembre

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO UNIVERSITARIO ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL LARRALDE

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN RELACIÓN A LOS EXÁMENES PREOPERATORIOS REQUERIDOS PARA REALIZAR UN ACTO QUIRÚRGICO ELECTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS "DR .ÁNGEL LARRALDE" JUNIO-JULIO 2014.

Trabajo de Grado presentado ante la Universidad de Carabobo para optar al título de Especialista en Anestesiología y Reanimación

Autor: Rut B. Hernandez G.
Tutor Clínico: Angelo Barrile
Tutor Metodológico: Msc. Amílcar Pérez

Naguanagua, Diciembre 2014

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Postgrado Anestesiología y Reanimación
Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Los suscritos miembros del jurado designado para examinar el Trabajo Especial de Grado titulado:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN RELACIÓN A LOS EXÁMENES PREOPERATORIOS REQUERIDOS PARA REALIZAR UN ACTO QUIRÚRGICO ELECTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS "DR .ÁNGEL LARRALDE" JUNIO-JULIO 2014.

Presentado por:
Rut B. Hernández .G. CI 18687422

Hacemos constar que hemos examinado y aprobado la misma, y que aunque no nos hacemos responsables de su contenido, lo encontramos correcto en su calidad y forma de presentación.
Fecha: _____

_____
Profesor

_____ _____
Profesor Profesor

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla #1 Nivel de conocimiento sobre exámenes preoperatorios para cirugía electiva de bajo riesgo en pacientes sanos según clasificación de los médicos (residentes o especialistas).

Tabla #2 Nivel de conocimiento sobre exámenes preoperatorios para cirugía electiva de bajo riesgo en pacientes sanos de los residentes según el año de postgrado y el programa que está cursando.

Tabla #3 Nivel de conocimiento sobre exámenes preoperatorios para cirugía electiva de bajo riesgo en pacientes sanos de los médicos especialistas según el área y los años de ejercicio.

Tabla #4 Nivel de conocimiento sobre los exámenes solicitados como patrón de rutina profesional según la gaceta oficial no. 36.515 a los pacientes quirúrgicos entre los médicos especialistas y residentes del área de cirugía general, traumatología, anestesiología, ginecobstetricia y cirugía maxilofacial.

ÍNDICE GENERAL

	Pag
Resumen	Vii
Abstract	Viii
Introducción	9
Objetivos	12
Materiales y métodos	15
Resultados	17
Discusión	22
Conclusiones	24
Recomendaciones	26
Referencias	28
Anexos	
Anexo A Consentimiento informado	30
Anexo B Instrumento de recolección de datos	31

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN RELACIÓN A LOS EXÁMENES PREOPERATORIOS REQUERIDOS PARA REALIZAR UN ACTO QUIRÚRGICO ELECTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS "DR .ÁNGEL LARRALDE" JUNIO-JULIO 2014.

AUTOR: Rut B. Hernandez G.

TUTOR CLÍNICO: Ángelo Barrile

TUTOR METODOLÓGICO: Msc. Amílcar Pérez

RESUMEN

La valoración preoperatoria es el estudio global del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica y tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad perioperatoria al detectar las alteraciones preexistentes que pueden suponer mayor riesgo para el paciente quirúrgico. Objetivo General: Evaluar el nivel de conocimiento en los médicos residentes y especialistas en relación a los exámenes preoperatorios mínimos requeridos para realizar un acto quirúrgico electivo en pacientes ASA I, Hospital Universitario Ángel Larralde"-IVSS junio-julio 2014. Materiales y métodos: se trato de estudio de tipo descriptivo, no experimental, transversal. Población estuvo representada por medicos residentes y especialistas del área de cirugía general, traumatología, anestesiología, ginecobstetricia y cirugía maxilofacial del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde"- IVSS. Muestra de tipo no probabilística de voluntarios, conformada por un total de 30 personas. Resultados: el 63,33% de la población estudiada posee un buen nivel de conocimiento, de los cuales el grupo de residentes del segundo año representan un 23,53 %, principalmente aquellos de los postgrados de maxilofacial y anestesia. Entre el grupo de especialistas aquellos que poseen el mayor grado de conocimiento (69,23%) son los que tiene entre 1-5 años de experiencia en cirugía general y anestesiología. 66,67% de los consultados negó conocer los exámenes solicitados según gaceta oficial venezolana. Conclusiones: En la muestra estudiada, predominó el nivel de conocimiento bueno en relación a los exámenes preoperatorios requeridos para realizar un acto quirúrgico electivo, prevaleciendo entre los especialistas con 1-5 años de experiencia en cirugía general y anestesia y en los residentes del segundo año de maxilofacial y anestesia. Por otra parte, la mayoría de la población estudiada desconoce el marco legal normativo venezolano en lo referente a cirugías electivas.

Palabras Claves: Exámenes preoperatorios, ASA, cirugía electiva, acto quirúrgico.

República Bolivariana de Venezuela
Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Postgrado Anestesiología y Reanimación
Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde

LEVEL OF KNOWLEDGE OF SURGICAL MEDICAL RESIDENTS AND SURGICAL SPECIALISTS IN RELATION TO PREOPERATIVE TESTS REQUIRED TO PERFORM AN ELECTIVE SURGERY. UNIVERSITY HOSPITAL IVSS "DR .ÁNGEL LARRALDE" JUNE-JULY 2014.

Abstract

Preoperative evaluation is the global study of patients who will undergo surgery with the aims to reduce perioperative morbidity and mortality by detecting pre-existing conditions that may pose higher risk surgical patients. Objective: To assess the level of knowledge in resident physicians and specialists in relation to the minimum preoperative examinations required for elective surgery in patients ASA I, University Hospital Angel Larralde "-IVSS June-July 2014. Materials and methods: survey descriptive, not experimental, transversal. Population represented by residents and specialists in the field of general surgery, orthopedics, anesthesiology, gynecology and Maxillofacial Surgery, University Hospital Dr. Angel Larralde "- IVSS. No probabilistic sample type, comprising a total of 30 people. Results: 63.33% of the study population has a good level of knowledge, of which the group of second year residents represent 23.53%, primarily those of the graduate maxillofacial and anesthesia. Among the group of specialists who possess the highest degree of knowledge (69.23%) are those with 1-5 years of experience in general surgery and anesthesiology. 66.67% of respondents denied knowing the tests ordered according to Venezuelan official gazette. Conclusions: In the population studied, we found that predominated good level of knowledge regarding the required preoperative tests for elective surgery, prevailing among specialists with 1-5 years of experience in general surgery and anesthesia and residents second year of maxillofacial and anesthesia. While most of population studied unknown Venezuelan regulatory legal framework.

Keywords: Preoperative examinations, ASA, elective surgery, surgery.

INTRODUCCIÓN

La valoración preoperatoria es el estudio global del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica y tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad perioperatoria; esto se logra al detectar las alteraciones preexistentes que pueden suponer mayor riesgo para el paciente quirúrgico. [1]

Los componentes de la valoración preoperatoria son: revisión de historia clínica, anamnesis, examen físico, solicitud de pruebas complementarias tales como: radiografía de Tórax, electrocardiograma y pruebas analíticas como: hemograma, pruebas básicas de coagulación, urea, creatinina y glicemia. Incluye además suministrar al paciente toda la información relacionada con el acto anestésico, obtención del consentimiento informado, administrar la premedicación anestésica y establecer el riesgo anestésico-quirúrgico, para esto último la Sociedad Americana de Anestesia (ASA) ha establecido una escala. [2]

La clasificación ASA se utiliza para estimar el estado físico que puede presentar el paciente, clasificándolos en diferentes grados. De forma resumida se describe: ASA I paciente sin ninguna alteración diferente del proceso localizado que precisa la intervención, ASA II paciente con alguna alteración o enfermedad sistémica leve o moderada, que no produce incapacidad o limitación funcional, ASA III paciente con alteración o enfermedad sistémica grave, que produce limitación funcional definida y en determinado grado, ASA IV con enfermedad sistémica grave e incapacitante que constituye una amenaza constante para la vida y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía, ASA V pacientes terminales o moribundos, con unas expectativas de supervivencia no superior a 24 horas con o sin tratamiento quirúrgico y ASA VI pacientes clínicamente con muerte cerebral, que son atendidos con medidas de soporte, para la obtención de órganos de trasplante. [3]

Los exámenes de laboratorio esenciales se pueden definir como aquellos estudios indispensables con validez hasta 90 días, siempre y cuando no exista un evento que pueda modificarlos. En cirugía ambulatoria estipula que los exámenes preoperatorios no excederán de 60 días. [4]

Dentro de los exámenes de laboratorio de rutina se incluyen: el electrocardiograma (ECG) es un examen que se encarga de registrar la actividad eléctrica del corazón. La utilización

ECG debe ser rutina en pacientes de edad avanzada (> 65 años), ya que al menos un cuarto de los adultos mayores pudiesen tener infartos asintomáticos. Sin embargo, la ASA sugiere que no se puede utilizar sólo la edad como criterio para la realización un ECG preoperatorio, teniendo mayor evidencia para su solicitud la existencia de enfermedades cardiovasculares y pulmonares previas a la cirugía, los factores de riesgo cardiovasculares del paciente y el tipo de cirugía a la que éste se someterá.[6]

Por su parte, los Rayos X de tórax (RxTx) se realizan con la finalidad de crear una imagen bidimensional del tórax con sus estructuras anatómicas (pulmones, corazón, grandes arterias, estructura ósea, y el diafragma). Se lleva a cabo mediante radiación electromagnética, que tiene una gran energía y por ello puede penetrar a través del cuerpo humano y producir una imagen en una placa de fotografía. [6] La sociedad americana de anestesiología reporta hallazgos como anormal en 0,3 a 60,1% de los pacientes asintomáticos, y que condujeron aplazamiento, cancelaciones o cambios en el manejo en 0,6 a 20,3% de los casos que se encontraron anormales (pruebas Categoría B2).[5]

La evidencia que existe actualmente no es de buena calidad y se basa sólo en opiniones de expertos con bajo nivel de evidencia médica. Las complicaciones pulmonares en el período postoperatorio ocurren entre 2,7 y 58,3% de los pacientes sometidos a cirugía. La recomendación actual es realizar una RxTx sólo si hay síntomas o signos cardiopulmonares de reciente aparición o si existe alguna condición clínica de insuficiencia cardíaca y/o pulmonar significativa. La RxTx podría estar alterada en pacientes de edad avanzada (> 65 años), tabáquicos crónicos, con infección del tracto respiratorio reciente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedades cardíacas crónicas con relativa estabilidad en los últimos años. [8]

En cuanto al análisis Hemoglobina/hematocrito, en el esquema actual de exámenes preoperatorios, la solicitud de hemoglobina y hematocrito tendría que ser para decidir la necesidad de transfusión antes durante y después del acto quirúrgico. Tradicionalmente se consideraba 30% como el límite inferior de hematocrito y una hemoglobina 10 gr/dl es aceptable para una cirugía. Sin embargo, esto ha cambiado al observarse que al intentar

mantener el hematocrito y hemoglobina alrededor de este valor no disminuye la morbi-mortalidad. [9]

En los pacientes asintomáticos, se reportaron hallazgos anormales de hemoglobina en 0,5% al 65,4% de los pacientes y llevaron a cancelación de la cirugía o cambios en el manejo en 2,4 a 28,6% de los casos con hallazgos anormales de hematocrito fue de 0,2 a 38,9% de y se dieron la cirugía en el 20,0% de los casos con hallazgos anormales (pruebas Categoría B2). Para los pacientes sintomáticos, se reportaron hallazgos anormales de hemoglobina en 54,0% de los pacientes (evidencia Categoría B2). No se informaron cambios en la gestión clínica. [10]

La glicemia preoperatoria se considera necesaria siempre y cuando hay antecedentes de diabetes, intolerancia a la glucosa, obesidad mórbida (índice de masa corporal>35) y uso crónico de esteroides. El valor máximo de glicemia más aceptado para realizar procedimientos quirúrgicos es de 200 mg/dl. Es posible extrapolar la experiencia de los pacientes diabéticos que manejaron cifras de glicemia intraoperatoria entre 80 y 110 mg/dL, en los que hubo un mejor desenlace postoperatorio, pero es difícil aceptar estos valores en los pacientes bajo anestesia por el alto riesgo de que presenten hipoglicemia en el postoperatorio inmediato, lo que podría tener consecuencias desastrosas. En los diabéticos programados para procedimientos con riesgo serio de infecciones (por ejemplo, prótesis articulares, cirugías vasculares mayores) se propone ordenar una hemoglobina glicosilada para determinar la calidad del control preoperatorio de la diabetes. Si los valores son superiores a 6,5%, es una demostración de que el manejo de ésta es deficiente, y es razonable asumir que el riesgo de infección durante la intervención se incremente significativamente con consecuencias desastrosas. Por ello, debe posponerse este tipo de cirugías hasta lograr un mejor control. [11]

Perfil de la coagulación permite encontrar algún trastorno de coagulación que pudiera aumentar el riesgo de sangrado perioperatorio.

En los pacientes asintomáticos, se reportaron alteraciones de la coagulación (por ejemplo, el tiempo de sangría, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina o recuento de plaquetas) en 0,06 a 21,2% de los pacientes y dieron lugar a cancelaciones o cambios en el manejo en 0,0 a 4,0% de los casos con hallazgos anormales (pruebas Categoría B2). Para

los pacientes sintomáticos, se reportaron hallazgos anormales de coagulación en 3,4 a 29,1% de los pacientes (evidencia Categoría B2). [5]

Dentro de los parámetros legales sobre los exámenes a ser solicitados para una intervención quirúrgica según la Gaceta Oficial de la República de Venezuela 36.515 se encuentran los Artículos 31 y 32 los cuales indican que los pacientes deben autorizar con su firma el acto quirúrgico y en el caso de pacientes menores de 18 años, será necesaria la autorización del representante legal. Además deben contar con historia clínica completa con diagnóstico pre-operatorio. Los exámenes complementarios que incluyan como mínimo: radiología del tórax, electrocardiograma informado, hematología completa, urea, glicemia, creatinina, VDRL, pruebas de coagulación sanguínea, orina, grupo sanguíneo y factor Rh, los mismos no deberán tener más de tres (3) meses de vigencia tomando en consideración la individualidad de cada caso. En pacientes mayores de 35 años deberá realizarse una evaluación cardiovascular previa, por un médico internista o cardiólogo; con el criterio médico y consentimiento del paciente se podrá solicitar pruebas para determinar anticuerpos HIV. [13]

Tomando en cuenta el desconocimiento del marco legal normativo venezolano por parte del equipo médico, y la utilización de exámenes de forma indiscriminada, se pretende corroborar a través de este estudio el nivel de conocimiento de los médicos quirúrgicos residentes y especialistas de cirugía general, traumatología, anestesiología, ginecobstetricia y cirugía maxilofacial. Por lo cual se estableció como objetivo general de la presente investigación: Evaluar el nivel de conocimiento en los médicos residentes y especialistas en relación a los exámenes preoperatorios mínimos requeridos para realizar un acto quirúrgico electivo en pacientes ASA I, Hospital Universitario Ángel Larralde”-IVSS junio-julio 2014.

Estableciéndose los siguientes objetivos específicos: Comparar el nivel de conocimiento sobre exámenes preoperatorios mínimos para cirugía electiva de bajo riesgo en pacientes sanos según el tipo de personal; Clasificar el nivel de conocimiento sobre exámenes preoperatorios mínimos para cirugía electiva de bajo riesgo en pacientes sanos de los residentes según el año de postgrado y el programa que está cursando; Evaluar el nivel de

conocimiento sobre los exámenes de rutina en pacientes ASA I de los médicos especialistas del área de cirugía general, traumatología, anestesiología, ginecobstetricia y cirugía maxilofacial y los años de ejercicio e Identificar el conocimiento sobre los exámenes solicitados como patrón de rutina profesional según la Gaceta Oficial No. 36.515 a los pacientes quirúrgicos ASA I entre los médicos especialistas y residentes del área de cirugía general, traumatología, anestesiología, ginecobstetricia y cirugía maxilofacial.

Diversos estudios han profundizado sobre el conocimiento que posee el personal médico sobre los exámenes preoperatorios mínimos necesarios para cirugía ambulatoria en pacientes ASA I, tal es caso de la investigación realizada por Pérez P., quien evaluó los exámenes preoperatorio en cirugías ambulatorias de pacientes jóvenes sanos en el Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda” de Barquisimeto, Venezuela. Se realizó un estudio explicativo, transversal y observacional de un universo de 114 médicos de las especialidades de cirugía general, traumatología y anestesiología. El autor demostró que el nivel de conocimiento de los cirujanos es inadecuado en relación al manejo clínico preoperatorio. [14]

Cabe resaltar que Pallaoro G., Pastorio, Lopes N. y cols., realizaron un estudio en Brasil que incluyó 1.063 pacientes, donde se verificó que un 41,9% de los exámenes realizados en los pacientes clasificados como ASA I no estaban indicados. En el grupo de riesgo ASA II se hicieron 442 exámenes (17,72%) sin necesidad. Se evidencia altos porcentajes en la solicitud del hemograma, creatinina, coagulograma, rayos X de tórax y ECG en los grupos ASAI-II. 5,25% de los exámenes hechos en el grupo ASA III no estaban indicados. En los pacientes del grupo ASA IV, un 22,5% de los exámenes necesarios no se hicieron por lo que se demuestra que los exámenes preoperatorios no siempre se solicitan de acuerdo con los criterios clínicos, lo que trae como resultado, más costos para la institución**.** [15]

En el estudio realizado por Danielle de Sousa Soare, Roberta Ribeiro, Marques y cols, en Brasil, en el Hospital San Antonio, donde fueron atendidos 800 pacientes en la consulta de evaluación preanestésica, fueron incluidos pacientes ASA I que serían sometidos a cirugías electivas menores. Se evaluaron las alteraciones en el hemograma, el coagulograma, el electrocardiograma, Rx de tórax, glicemia, función renal y dosificación de sodio y potasio,

y los eventuales cambios de conducta que se suscitaron provenientes de esas alteraciones. De los 800 pacientes evaluados un 97,5% realizaron hemograma, 89% coagulograma, 74,1% electrocardiograma, 62% RX de tórax, 68% glucemia en ayunas, 55,7% dosificaciones séricas de urea y creatinina y un 10,1% dosificaciones de sodio y potasio séricos. De esos 800 pacientes, 68 (9,71%) tuvieron alteración en los exámenes preoperatorios de rutina y solo 10 (14,7%) de los considerados alterados tuvieron una conducta preoperatoria modificada, o sea, una solicitación de nuevos exámenes, interconsulta o la postergación del procedimiento. Ninguna de las cirugías se suspendió. [16]

Por su parte, Pernalete, y Monsalve en Barquisimeto, Venezuela estudiaron la utilidad de los exámenes preoperatorios en la cirugía electiva ambulatoria de 220 pacientes jóvenes clínicamente sanos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 12 y 45 años con patología quirúrgica no complicada de bajo riesgo. Los autores indicaron entre sus conclusiones la ventaja de la anamnesis y el examen físico en la evaluación del estado de salud y enfermedad de un paciente en fase preoperatoria, y lo injustificado de la utilización de exámenes preoperatorios de forma indiscriminada. [17]

Si bien es cierto que el organismo que marca pauta y actualiza a los profesionales de la anestesiología a nivel de América Latina, es la Sociedad Americana de Anestesiología, también es cierto que ante cualquier accidente anestésico en el perioperatorio el anestesiólogo será procesado según las normas legales del país de origen. La legislación Venezolana plantea la realización de estudios preoperatorios necesarios que superan a lo que en realidad es requerido, y que implica un mayor costo para la institución de salud que atiende al paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata un estudio de tipo descriptivo ya que se busca describir o caracterizar aspectos importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. (Hernandez), en este sentido lo que se hizo en la presente investigación fue evaluar el nivel de conocimiento en los médicos residentes y especialistas en relación a los exámenes preoperatorios requeridos para realizar un acto quirúrgico electivo en pacientes ASA I.

El diseño adoptado para el presente estudio es no experimental, ya que se realiza sin manipular en forma deliberada las variables y se observa la población en su ambiente natural. [12] De igual forma la investigación es de Campo pues la recolección de datos se realizó directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna. (Arias) Y según la temporalidad la investigación fue de tipo transversal. (Londoño)

La población estuvo representada por todos aquellos residentes y especialistas del área de cirugía general, traumatología, anestesiología, ginecobstetricia y cirugía maxilofacial del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde"- IVSS. Por otra parte, la muestra, fue de tipo no probabilística de voluntarios, y estuvo conformada por el total de especialistas y residentes que firmaron en conformidad con llenar el cuestionario diseñado para la recolección de la información. La muestra quedo constituida por un total de 30 personas: 17 residentes y 13 especialistas; cabe destacarse que debido a la naturaleza del instrumento aplicado (tipo prueba de conocimiento) hubo cierta resistencia al llenado del mismo, convirtiéndose esto en una limitante.

La técnica que se usó en la presente investigación fue la encuesta que consiste en la obtención de datos de interés sociológico mediante la interrogación a los miembros de un determinado grupo social y consiste en la observación no directa de los hechos, sino a través de las manifestaciones realizadas por los propios interesados en un cuestionario previamente diseño para tal fin. (Sierra) Gracias a esta técnica se pudo conocer la situación

actual sobre el tema en estudio, se sistematizaron aspectos de interés para dar respuesta a los propósitos del estudio.

El instrumento que se empleó para la recolección de los datos fue un cuestionario, diseñado por la autora de la investigación, constó de 18 preguntas con respuesta cerradas de tipo dicotómicas (Si – No) y una pregunta de selección simple (Ver Anexos B) mediante el cual se recopiló la información necesaria para cubrir los objetivos del estudio. Como el instrumentó se diseñó a similitud de una prueba de conocimiento, se corrigió y para la clasificación del nivel de conocimiento se consideró con conocimiento deficiente aquellas personas que hayan contestado de 1 a 6 preguntas correctas, conocimiento regular de 7 a 12 preguntas correctas y conocimiento bueno de 13 a 19 preguntas contestadas de forma correcta.

En el caso particular del instrumento a utilizar en esta investigación debido a su novedad, se recurrió a la validez de contenido a partir del juicio de expertos. Para la consulta de este tipo de validez se hace necesario recurrir a la opinión de tres expertos. Una vez validado, fue aplicado a una muestra piloto para el cálculo de la confiabilidad del instrumento, que debido a la naturaleza de los ítems que lo componen (respuesta cerrada dicotómica o de selección simple) se utilizó el coeficiente Kuder – Richardson y una vez conocido su porcentaje de confiabilidad el cual fue alto (K_{r20}=0,78) posteriormente fue aplicado a la muestra definitiva.

Una vez obtenida la información, los datos se sistematizaron en una tabla maestra en Microsoft®Excel, para luego ser tabulados aplicándoles procedimientos tipo frecuencias absolutas y relativas según los objetivos propuestos para facilitar su interpretación, discusión y análisis. Todo se realizó a través del procesador estadístico Statgraphics plus 5.1.

RESULTADOS

TABLA N° 1
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EXÁMENES PREOPERATORIOS PARA CIRUGÍA ELECTIVA DE BAJO RIESGO EN PACIENTES SANOS SEGÚN EL GRADO DE ESPECIALIZACION. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE"- IVSS. JUNIO – JULIO 2014

Nivel de conocimiento	BUENO		REGULAR		Total	
Tipo de personal	f	%	F	%	f	%
Especialistas	9	30	4	13,33	13	43,33
Residentes	10	33,33	7	23,33	17	56,67
Total	**19**	**63,33**	**11**	**36,67**	**30**	**100**

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora (Hernández; 2014)

En la muestra estudiada se tiene que predominó el nivel de conocimiento bueno con un 63,33% (19 casos) siendo el nivel de conocimiento más frecuente en cuanto al tipo de personal: especialistas (9/13) y residentes (10/17).

Desde una perspectiva cuantitativa de las 30 personas que conformaron la muestra en estudio se registró una puntuación promedio de 13,57 pts ± 0,40, con una variabilidad promedio de 2,18 pts, una puntuación mínima de 10 pts, una máxima de 17 pts y un coeficiente de variación de 16% (serie homogénea entre sus datos). Según el tipo de personal se tiene que los especialistas registraron una puntuación promedio de 14,15 pts +/- 1,58, mientras que los residentes registraron una puntuación promedio de 13,12 pts +/- 0,89; cuando se compararon los promedios de ambos grupos no se encontró una diferencia estadísticamente significativa (t = 1,31; P - Valor = 0,2015 > 0,05).

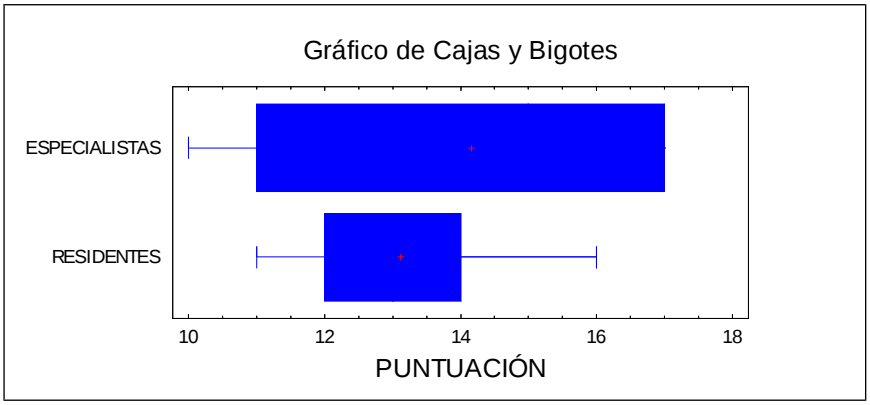

TABLA N° 2
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EXÁMENES PREOPERATORIOS PARA CIRUGÍA ELECTIVA DE BAJO RIESGO EN PACIENTES SANOS DE LOS RESIDENTES SEGÚN EL AÑO DE POSTGRADO Y EL PROGRAMA QUE ESTÁ CURSANDO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE"- IVSS. JUNIO – JULIO 2014

Nivel de conocimiento	BUENO		REGULAR		Total	
Año de Residencia	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
I	3	17,65	2	11,76	5	29,41
II	4	23,53	4	23,53	8	47,06
III	3	17,65	1	5,88	4	23,53
Área	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
Cirugía general	1	5,88	0	0	1	5,88
Ginecología y Obstetricia	2	11,76	1	5,88	3	17,65
Maxilofacial	3	17,65	2	11,76	5	29,41
Traumatología	1	5,88	3	17,65	4	23,53
Anestesia	3	17,65	1	5,88	4	23,53
Total	**10**	**58,82**	**7**	**41,18**	**17**	**100**

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora (Hernández; 2014)

A partir de la información suministrada por los residentes (n=17) el nivel de conocimiento bueno fue el más frecuente (58,82%= 10 casos) siendo más frecuentes los R2 (4 casos) y de los programas de Maxilofacial y Anestesia (3 casos cada programa).

Según el año de residencia el mayor promedio lo registraron los R3 con 13,75 pts ± 1,11, en segundo promedio lo registraron los R1 con 13,2 ± 1,02 y por último los R2 con 12,75 pts ± 0,41; sin embargo no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estos promedios ($F= 0,42$; $P= 0,6639 > 0,05$)

Según la especialidad el mayor promedio lo registraron los residentes del programa de anestesiología (n=4) con 14 pts ± 0,82, seguido del único residente de Cirugía General quien registró 14 pts; el segundo mayor promedio lo registraron los residentes de Maxilofacial (n=5) con 13,8 ± 0,97; el tercer promedio fue de los residentes del programa de ginecología y obstetricia (n= 3) con 12,67 pts ± 0,33 y por último los residentes de traumatología (n=4) con 11,5 pts ± 0,5. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estos promedios ($F= 1,70$; $P= 0,2137 > 0,05$). Cabe destacar que los promedios registrados por los residentes de los dos últimos programas mencionados entran en la clasificación de conocimiento regular.

DIAGRAMA DE CAJAS PARA COMPARAR LOS PROMEDIOS DEL CONOCIMIENTO SEGÚN EL PROGRAMA CURSADO POR LOS RESIDENTES.

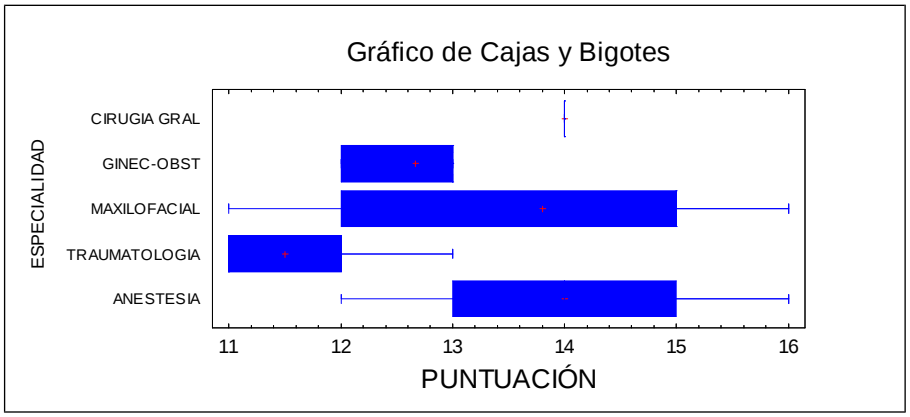

TABLA N° 3
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS EXÁMENES DE RUTINA EN PACIENTES ASA I DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS SEGÚN EL ÁREA Y LOS AÑOS DE EJERCICIO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE"- IVSS. JUNIO – JULIO 2014

Nivel de conocimiento	**BUENO**		**REGULAR**		**Total**	
Años de ejercicio	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
1 – 5	4	30,77	1	7,69	5	38,46
6 – 10	0	0	2	15,38	2	15,38
11 – 15	2	15,38	0	0	2	15,38
> 15	3	23,08	1	7,69	4	30,77
Área	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
Cirugía general	4	30,77	0	0	4	30,77
Ginecología y Obstetricia	2	15,38	2	15,38	4	30,77
Maxilofacial	0	0	0	0	0	0
Traumatología	0	0	1	7,69	1	7,69
Anestesia	3	23,08	1	7,69	4	30,77
Total	**9**	**69,23**	**4**	**30,77**	**13**	**100**

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora (Hernández; 2014)

Según la información suministrada por los especialistas (n=13) predominó el conocimiento bueno con un 69,23% (9 casos), siendo el nivel más frecuente entre aquellos con 1 y 5 años de ejercicio (4 casos) y según la especialidad el conocimiento bueno fue más frecuente entre los de Cirugía general (4 casos), seguidos por los de Anestesiología (3 casos).

Según el año de antigüedad se tiene que aquellos especialistas con 11 y 15 años en ejercicio (n=2) registraron el mayor promedio con 17 pts ± 0,0, seguidos de aquellos que tenían más de 15 años de ejercicio (n=4) quienes registraron un promedio de 14,5 pts ±1,26; el tercer

promedio lo registraron los especialistas con 1 y 5 años de antigüedad (n=5) con 14,2 pts ± 0,97 y por ultimo están aquellos especialistas con 6 y 10 años (n=2) quienes registraron 10,5 pts ± 0,5. Sin embargo no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estos promedios (F= 3,40; P= 0,0671 > 0,05)

Según la especialidad de los adjuntos el mayor promedio lo registraron los de cirugía general 15,0 pts ± 0,71 y los de Anestesiología con 15,0 ± 1,41; el segundo promedio más alto lo registraron los especialistas de ginecología y obstetricia (n=4) con 13,5 pts ± 1,5 y el único adjunto de traumatología registró una puntación de 10 pts. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estos promedios (F= 1,30; P= 0,3332 > 0,05)

DIAGRAMA DE CAJAS PARA COMPARAR LOS PROMEDIOS DEL CONOCIMIENTO SEGÚN EL PROGRAMA CURSADO POR LOS ESPECIALISTAS.

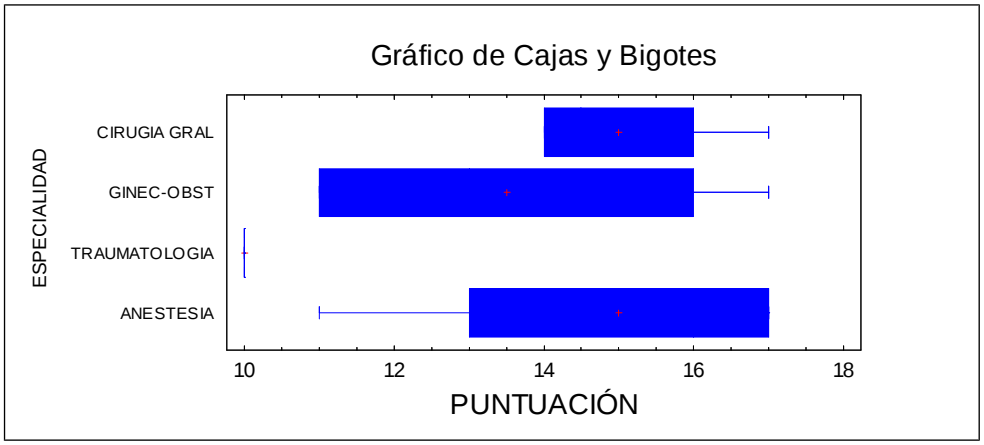

TABLA N° 4
CONOCIMIENTO SOBRE LOS EXÁMENES SOLICITADOS COMO PATRÓN DE RUTINA PROFESIONAL SEGÚN LA GACETA OFICIAL NO. 36.515 A LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS ENTRE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS Y RESIDENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA GENERAL, TRAUMATOLOGÍA, ANESTESIOLOGÍA, GINECOBSTETRICIA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE"- IVSS.
JUNIO – JULIO 2014

Tipo de personal	ESPECIALISTA		RESIDENTE		Total	
18.- ¿Conoce Ud. los exámenes solicitados para una intervención quirúrgica según la Gaceta Oficial No 36.515 de la República de Venezuela?	**f**	**%**	**f**	**%**	**F**	**%**
No	9	30	11	36,67	20	66,67
Si	4	13,33	6	20	10	33,33
Total	**13**	**43,33**	**17**	**56,67**	**30**	**100**
19.- De ser afirmativa su respuesta anterior seleccione, ¿Cuáles son los exámenes que estipula la Gaceta Oficial No 36.515 de la República de Venezuela?	**f**	**%**	**f**	**%**	**F**	**%**
1. Hematología completa	0	0	0	0	0	0
2. Hematología completa, glicemia, urea, creatinina, PT, PTT, VDRL y HIV	1	7,14	1	7,14	2	14,29
3. Hematología completa, glicemia, urea, creatinina, PT, PTT, VDRL , HIV y evaluación cardiovascular	5	35,71	4	28,57	9	64,29
4. Ninguna de las anteriores	2	14,29	1	7,14	3	21,43
Total	**8**	**57,14**	**6**	**42,86**	**14**	**100**

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora (Hernández; 2014)

Un 66,67% de los consultados (20 casos) negó conocer los exámenes solicitados para una intervención quirúrgica según la Gaceta Oficial No 36.515 de la República de Venezuela, siendo ésta la opción mayormente referida por ambos tipos de personal: Especialistas (9/13) y Residentes (11/17). De las 14 personas que contestaron la pregunta 19 sobre los exámenes que estipula la Gaceta Oficial N° 36.515, sólo 9 de ellos identificaron correctamente los exámenes estipulados por tal gaceta en la opción 3 (64,29%).

DISCUSIÓN

En la muestra estudiada se obtuvo como resultado un nivel de conocimiento bueno, 63,33% (19 casos), distribuido de la siguiente manera: médicos especialistas (9/13) y residentes (10/17).

Desde una perspectiva cuantitativa de las 30 personas que conformaron la muestra en estudio se registró una puntuación promedio de 13,57 pts ± 0,40, con una puntuación mínima de 10 pts, una máxima de 17 pts. Según el tipo de personal médico se tiene que los especialistas registraron una puntuación promedio de 14,15 pts +/- 1,58, mientras que los residentes registraron una puntuación promedio de 13,12 pts +/- 0,89; no encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambos promedios (P > 0,05).

Entre los residentes (n=17) predominó el nivel de conocimiento bueno (58,82%= 10 casos) siendo más frecuentes entre los R2 (4 casos) y de los programas de Maxilofacial y Anestesia (3 casos cada programa).

Según el año de residencia el mayor promedio lo registraron los R3 con 13,75 pts ± 1,11, en segundo promedio lo registraron los R1 con 13,2 ± 1,02 y por último los R2 con 12,75 pts ± 0,41; sin embargo no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estos promedios (P > 0,05)

Según la especialidad el mayor promedio lo registraron los residentes del programa de anestesiología (n=4) con 14 pts ± 0,82, seguido del único residente de Cirugía General quien registró 14 pts; el segundo mayor promedio lo registraron los residentes de Maxilofacial (n=5) con 13,8 ± 0,97. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estos promedios (F= 1,70; P= 0,2137 > 0,05). Cabe destacar que los promedios registrados por los residentes de ginecología y obstetricia así como los de traumatología entran en la clasificación de conocimiento regular.

Entre los especialistas (n=13) predominó el conocimiento bueno (69,23%= 9 casos), siendo el nivel más frecuente entre aquellos con 1 y 5 años de ejercicio (4 casos) y según la

especialidad el conocimiento bueno fue más frecuente entre los de Cirugía general (4 casos), seguidos por los de Anestesiología (3 casos).

Según el año de antigüedad se tiene que aquellos especialistas con 11 y 15 años en ejercicio (n=2) registraron el mayor promedio con 17 pts ± 0,0, seguidos de aquellos que tenían más de 15 años de ejercicio (n=4) quienes registraron un promedio de 14,5 pts ±1,26; sin embargo no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estos promedios (P > 0,05)

Según la especialidad de los adjuntos el mayor promedio lo registraron los de cirugía general 15,0 pts ± 0,71 y los de Anestesiología con 15,0 ± 1,41; el segundo promedio más alto lo registraron los especialistas de ginecología y obstetricia (n=4) con 13,5 pts ± 1,5. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estos promedios según la especialidad de los especialistas (P > 0,05)

Un 66,67% de los consultados (20 casos) negó conocer los exámenes solicitados para una intervención quirúrgica según la Gaceta Oficial No 36.515 de la República de Venezuela, siendo ésta la opción mayormente referida por ambos tipos de personal: Especialistas (9/13) y Residentes (11/17).

De las 14 personas que contestaron la pregunta 19 sobre los exámenes que estipula la Gaceta Oficial N° 36.515, sólo 9 de ellos identificaron correctamente los exámenes estipulados por tal gaceta en la opción 3 (64,29%).

El estudio de Pérez y col. realizado con 114 médicos de las especialidades de cirugía general, traumatología y anestesiología demostró que el nivel de conocimiento de los cirujanos es inadecuado, lo que difiere con esta investigación, en la que se demostró que el nivel de conocimiento de los cirujanos es bueno en relación al manejo clínico preoperatorio. Sin embargo, existe 11,76% de médicos de ginecoobstetricia y 5,88% de traumatología con un nivel de conocimiento regular.

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada predominó un nivel de conocimiento bueno en relación a los exámenes preoperatorios requeridos para realizar un acto quirúrgico electivo, para la mayoría de los médicos especialistas y residentes.

La puntuación promedio registrada fue de 13,57 pts ± 0,40, una puntuación mínima de 10 pts, una máxima de 17 pts y un coeficiente de variación de 16% (serie homogénea entre sus datos).Los médicos especialistas registraron una puntuación promedio levemente mayor a la de los residentes; sin embargo tal diferencia no fue estadísticamente significativa P > 0,05).

Entre los residentes (n=17) predominó el nivel de conocimiento bueno, siendo más frecuentes entre los R2 y de los programas de Maxilofacial y Anestesia. Pudiéndose relacionar con el hecho de que los residentes de maxilofacial cumplen una pasantía por el servicio de anestesia .Según el año de residencia el mayor promedio lo registraron los R3 con 13,75 pts ± 1,11; sin embargo no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estos promedios (P > 0,05). Según la especialidad el mayor promedio lo registraron los residentes del programa de anestesiología (n=4) con 14 pts ± 0,82, seguido del único residente de Cirugía General quien registró 14 pts; el segundo mayor promedio lo registraron los residentes de Maxilofacial (n=5) con 13,8 ± 0,97; no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estos promedios (P > 0,05). Cabe destacar que los promedios registrados por los residentes de ginecología y obstetricia así como los de los de traumatología entran en la clasificación de conocimiento regular.

Entre los especialistas predominó el conocimiento bueno, siendo el nivel más frecuente entre aquellos con 1 y 5 años de ejercicio y según la especialidad el conocimiento bueno fue más frecuente entre los de Cirugía general, seguidos por los de Anestesiología.

Según el año de antigüedad se tiene que aquellos especialistas con 11 y 15 años en ejercicio (n=2) registraron el mayor promedio con 17 pts ± 0,0, seguidos de aquellos que tenían más de 15 años de ejercicio (n=4) quienes registraron un promedio de 14,5 pts ±1,26; no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estos promedios (P > 0,05)

Según la especialidad de los especialistas el mayor promedio lo registraron los de cirugía general 15,0 pts ± 0,71 y los de Anestesiología con 15,0 ± 1,41; tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre estos promedios (P > 0,05)

Un poco más de la mitad de los consultados negó conocer los exámenes solicitados para una intervención quirúrgica según la Gaceta Oficial No 36.515 de la República de Venezuela, siendo ésta la opción mayormente referida por ambos tipos de personal: Especialistas (9/13) y Residentes (11/17). De las 14 personas que contestaron la pregunta 19 sobre los exámenes que estipula la Gaceta Oficial N° 36.515, sólo 9 de ellos identificaron correctamente los exámenes estipulados por tal gaceta en la opción 3.

Queda demostrado que el nivel de conocimiento en cuanto a los exámenes preoperatorios requeridos para realizar un acto quirúrgico electivo en el grupo de estudio es bueno, sin embargo aunque se conoce, no se ejecuta por diversos factores, ya sea de orden institucional debido a la falta de recursos y equipos, o porque el médico tratante no los ordena aun sabiendo que son necesarios o están estipulados en el marco legal venezolano como requisitos obligatorios para una intervención quirúrgica.

RECOMENDACIONES

- Los exámenes preoperatorios deben ser solicitados de acuerdo a los antecedentes patológicos de los pacientes y no forma rutinaria y menos indiscriminadamente.

- Los test preoperatorios debieran ser solicitados en base a la condición clínica del paciente y al tipo de cirugía a la que se someterá, realizando una solicitud racional, selectiva y costo-efectiva.

- La evaluación preoperatoria de un paciente quirúrgico no debe limitarse a la revisión de exámenes paraclínicos sino una evaluación clínica a través de la anamnesis y el examen físico general y segmentario, los cuales deben ser realizados de forma completa y adecuada

- Realizar más investigaciones con la finalidad de actualizar la Gaceta Oficial No 36.515 de la República de Venezuela de 1998.

- Difundir en los servicios médicos quirúrgicos lo estipulado por las leyes acerca de los exámenes paraclínicos preoperatorios pertinentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1) Lopez-Argumedo M., Asua J. “Valoración Preoperatoria en Cirugía Programada. Documento de Síntesis de INAHTA”. Diciembre 1999.

2) Contreras M. Evaluación Médica Preoperatoria como Predictor de Riesgo Quirúrgico y No Quirúrgico. Cagua, Venezuela 2007. Comunidad y Salud vol. 8 n°1 Maracay Junio 2010.

3) Nazar C. y cols, Exámenes Preoperatorios de Rutina en Cirugía Electiva: ¿Cuál es la evidencia? 1 División de Anestesiología. 2 Interno de Medicina. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

4) Morales-Orozco C. y cols, Costo-Beneficio de los Exámenes Preoperatorios de Rutina en Cirugía Electiva. Cir Ciruj vol. 73 n°1, Enero-Febrero 2005.

5) Stark P. Imaging in pulmonary disease. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 84

6) Meléndez H. y cols, Correlación entre Exámenes Solicitados en la Consulta Preanestesica y Exámenes Recomendados por SCARE, ASA y NICE. Revista Colombiana de Anestesiología vol.33 n°4 Bogotá, Octubre-Diciembre 2005.

7) Apfelbaum J. y cols, Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. American Society of Anesthesiologists. Anesthesiology, vol.116 n°3, 2012.

8) Rojas-Rivera W., Evaluación de los Exámenes Preoperatorios. Acta Medica Costarricense vol.48 n°4. San José, Costa Rica 2006.

9) ¿Cuáles Exámenes de Laboratorio Preanestésicos se Necesitan en Pacientes Asintomáticos? Actualización del Protocolo del Departamento de Anestesiología de la Clínica Reina Sofía. Rev. Col. Anest. 35: 301-312, 2008.

10) Gaceta oficial de la república de Venezuela 36.515, Ministerio de sanidad y asistencia social república de Venezuela. Caracas, 1998. http://www.fundeeh.gob.ve/site/images/normativa/gacetas-normas/36515.pdf.

11) Pernalete J., Utilidad de los Exámenes Preoperatorios en la Cirugía Electiva del Adulto Joven Sano en el Servicio de Cirugía Ambulatoria del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”, Barquisimeto Julio 2001-2013.

12) De Sousa D. y cols, Relevancia de los Exámenes de Rutina en Pacientes de Bajo Riesgo Sometidos a Cirugías Menores. Revista Brasileira de Anestesiología vol. 63 no. 2 Marzo-Abril 2013.

13) Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. Mac Graw Hill editores. México D.F. México. 2006:103,104, 205.

14) Arias F. El Proyecto de Investigación. (3a. Ed.). Editorial Episteme. Caracas. Venezuela. 2004: 48, 54

15) Londoño J. Metodología de la Investigación epidemiológica. 3ª edición. Editorial Manual moderno S. A. Bogotá. Colombia. 2004:7

16) Sierra B. Restituto *Técnicas de investigación Social. Teorías y ejercicios*. Decimocuarta edición. Tercera reimpresión. Thomson editores. Spain Paraninfo S.A. España. 2005: 305

17) López Puertas E, Urbina J, Blanck, E, Granadillo D, Blanchard M, García J, Vargas P, Chiquito A. Bioestadística – Herramienta de la investigación. CDCH – UC. Valencia. Venezuela. 1998; 1: p 13, 45,46

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Anexo A)

Apreciada Paciente

Hago de su conocimiento que estoy realizando mi Trabajo Especial de Grado, titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN RELACIÓN A LOS EXÁMENES PREOPERATORIOS REQUERIDOS PARA REALIZAR UN ACTO QUIRÚRGICO ELECTIVO.HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS "DR .ÁNGEL LARRALDE" JUNIO-JULIO 2014.**"** presentado a la Universidad de Carabobo para optar al Título de Especialista en Anestesiología y Reanimación, en el cual, especialistas y residentes del área quirúrgica como son cirugía general , ginecoobstetricia, maxilofacial, traumatología y anestesiología serán sometidas a una encuesta que consta de 18 preguntas cerradas y 1 simple sobre exámenes preoperatorios con la finalidad de investigar el nivel de conocimiento que se tiene acerca de los exámenes solicitados de rutina para cirugía de electiva en pacientes ASA I .

Habiéndole explicado sobre el fin del estudio y los efectos adversos que pueden presentarse, cumpliendo con los Derechos Internacionales de los Pacientes y la ética profesional, queda de usted tomar la decisión de participar en el estudio, por lo cual si su respuesta es Sí, firme este CONSENTIMIENTO INFORMADO como muestra de su aceptación.

Nombre de la Paciente_____ Nombre del Investigador_____

Firma de la Paciente: _____

Firma del investigador_____

Nombre de Testigo_____

Firma del Testigo _____

ANEXO A

República Bolivariana de Venezuela
Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de estudios de Postgrado
Postgrado Anestesiología y Reanimación
Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde

Nivel de conocimiento en los médicos quirúrgicos residentes y especialistas en relación a los exámenes preoperatorios requeridos para realizar un acto quirúrgico electivo. Hospital Universitario IVSS "DR .Ángel Larralde" junio-julio 2014.

Especialista	Años de Experiencia	Especialidad

Residente	Especialidad	Nivel

	Si	No
1.- ¿Cree Ud. que la clasificación ASA propuesta por la Sociedad Americana de Anestesiología nos permite predecir riesgo operatorio?		
2.- ¿Se considera ASA II a un paciente de 50 años con HTA controlada?		
3.- Un paciente de 40 años, hipertenso no tratado, será sometido a cirugía electiva, durante la monitorización presenta presión arterial 160/100 mmHg ¿Se debería diferir la intervención?		
4.- Considera Ud. que debe realizarse histerectomía a una paciente con miomatosis uterina y neumonía basal derecha en tratamiento desde hace una semana, sin sintomatología respiratoria actual		
5.- Paciente masculino de 28 años con fractura de fémur izquierda, hospitalizado desde hace 2 meses, presenta Hb 12,5 gr/dl, ¿Cree Ud. que debe disponerse de sangre fijada para iniciar acto quirúrgico?		
6.- Paciente de 30 años con embarazo de 37 semanas, no trabajo de parto, bienestar fetal conservado que va para cesárea electiva por 3 cesáreas anteriores. Se decide realizar técnica peridural simple, pero no se dispone de hematología completa. ¿Considera Ud. que es prudente iniciar la intervención quirúrgica?		
7.- Paciente masculino de 47 años de edad, solicitado para una cirugía de colecistectomía electiva, hospitalizada hace un mes, sin antecedente de diabetes, presenta glicemia de hace un mes 140mg/dl y otra de 200 gr/dl. ¿Está indicado realizar glicemia el día del acto operatorio?		
8.- Paciente femenina de 40 años programada para cirugía de mastectomía parcial de mama derecha, presenta diferencia PTT 10seg y PT normal, ¿Considera Ud. que debe darse el curso a intervención sin repetir pruebas de coagulación?		

CONTINUACIÓN

	Si	No
9.- ¿Cree Ud. que debe solicitarse valoración cardiovascular a paciente femenina de 32 años asintomática en la esfera cardiovascular, sin antecedentes familiares pertinentes, que va ser sometida a toracotomía electiva abierta?		
10.- ¿Se solicita evaluación cardiovascular a un paciente de 20 años de edad sin ninguna enfermedad asociada que será solicitado para cura de hernia inguinal izquierda?		
11.- ¿Se debe solicitar glicemia a paciente de 20 años con antecedente de abuela diabética que será solicitado para cirugía de restitución de tránsito intestinal?		
12.- ¿Se le realiza espirometría a paciente de 30 años con antecedentes de hábitos tabáquicos desde hace 7 años (dos cigarrillos diarios) quien es solicitado para excéresis de TU renal?		
13.- Paciente de 20 años de edad aparentemente sana que es solicitada para cura de hernia umbilical con índice de masa corporal de 30 ¿Ud. le sugiere realizar glicemia previo acto quirúrgico?		
14.- ¿Conoce las pautas según el ASA sobre los exámenes paraclínicos solicitados para actos quirúrgicos de electivos?		
15.- ¿El consentimiento informado es exclusivo para el procedimiento Anestésico?		
16.- ¿Cree Ud. que es necesario que el paciente conozca el riesgo que conlleva la realización del acto quirúrgico?		
17.- ¿Ud. llena el consentimiento informado previo acto quirúrgico?		
18.- ¿Conoce Ud. los exámenes solicitados para una intervención quirúrgica según la Gaceta Oficial No 36.515 de la República de Venezuela?		

19.- De ser afirmativa su respuesta anterior seleccione, ¿Cuáles son los exámenes que estipula la Gaceta Oficial No 36.515 de la República de Venezuela?

5. Hematología completa
6. Hematología completa, glicemia, urea, creatinina, PT, PTT, VDRL y HIV
7. Hematología completa, glicemia, urea, creatinina, PT, PTT, VDRL , HIV y evaluación cardiovascular
8. Ninguna de las anteriores