

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA.**



TEMA:

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA ANESTESIA EN LA VISITA
PREANESTÉSICA, EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE LA UNIÓN Y SAN
FRANCISCO GOTERA, EL SALVADOR, AÑO 2017.**

PRESENTADO POR:

DÍAZ RODRÍGUEZ, ANA JAZMÍN.

RIVAS BONILLA, YOSSELYN YAJAIRA.

PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE:

LICENCIADA EN ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA.

DOCENTE DIRECTOR:

LICENCIADA ANA CAROLINA CRUZ BARAHONA

MARZO DE 2018.

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

LICENCIADO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR

DOCTOR MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO
VICERRECTOR ACADEMICO

INGENIERO NELSON BERNABÉ GRANADOS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERIO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO

LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTÉZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO

MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DE DEPARTAMENTO**

**MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
COORDINADOR GENERAL DE LOS PROCESOS DE GRADUACION DE LA
CARRERA DE ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA**

TRIBUNAL CALIFICADOR

LICENCIADA ANA CAROLINA CRUZ BARAHONA
DOCENTE ASESOR

MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES
TRIBUNAL CALIFICADOR

DOCTORA ISABEL TATIANA MARIA ORELLANA DE REVELO
TRIBUNAL CALIFICADOR

AGRADECIMIENTOS.

Dedicamos este trabajo a:

A Dios, por darnos la sabiduría necesaria y brindarnos fortaleza hasta el último momento y amarnos incondicionalmente.

A nuestras familias, por ser un pilar fundamental en nuestras vidas y ser nuestra principal fuente de apoyo.

A nuestros docentes, por guiarnos, instruirnos y ser nuestro cimiento en el desarrollo como futuros profesionales.

A los hospitales de La Unión y San Francisco Gotera, por contribuir de manera importante, para la realización de este estudio.

ANA Y YOSSELYN.

DEDICATORIA.

A DIOS: Por cuidar de mis seres queridos, Jeremías 3.33 clama a mí y yo te responderé y te enseñare cosas grandes y ocultas que tú no conoces. Eh aquí estar presentando nuestra tesis.

A mis padres: Ana Isabel Rodríguez por darme lo mejor de su ser, por respetar mis decisiones. Y José Anselmo Díaz Canales, aunque hoy no estés en cuerpo presente sé que, hasta el cielo, te llegara la noticia.

A mi hijo: Eliazar Noé Sorto Díaz, por darme un motivo para vivir y superarme, por darle cordura a mi vida. me considero afortunada al tenerte. Te amo.

A mi primo: José Alberto Flores, eres el hermano mayor que hubiese deseado tener, gracias por el apoyo incondicional este logro es gracias a él, tan suyo como mío.

A mis hermanos: Angélica, Carlos, José, Yuri, por sus palabras de ánimo y su apoyo.

A mi amiga querida y compañera de tesis: Yosselyn Yajaira Rivas Bonilla, gracias por tantos años compartidos, por tantos recuerdos. Este es nuestro triunfo, hoy puedo decirle colega. que nuestra amistad trascienda en el tiempo.

A mis amigos: Jackson Nieto y Noé Quintanilla, gracias por no dejarme caer por sus consejos por estar siempre para mí, a pesar de la distancia.

A César Antonio Sorto Amaya: por regalarme lo más preciado en mi vida a mi hijo, por todo el apoyo, lo que hizo por mí jamás lo olvidare.

A María Ermida Amaya De Sorto: por ser la segunda madre de mi hijo y apoyarme.

A L.B.G.R: Por llegar en una etapa crucial de mi vida, por dar ese respiro y frescura a mi pensar, por brindarme ese ánimo y motivarme a dar lo mejor de mí en todo lo que haga, y aportar una perspectiva diferente de la vida.

ANA.

DEDICATORIA.

En primer lugar, a **DIOS**, por obsequiarme la vida y ser mi ángel guardián en lo que ha transcurrido de ella.

A MIS PADRES: Santos Aparicio Rivas Hernández y Digna Argelia Bonilla de Rivas, por ser una fuente inagotable de apoyo, por su eterna confianza y su cariño infinito.

A MI HERMANO: Alejandro Josué Rivas Bonilla, por su apoyo y su amor tan peculiar; le estaré agradecida hasta la eternidad. **A MI FAMILIA:** Por brindarme su ayuda en innumerables ocasiones.

A MI FIEL AMIGA Y COMPAÑERA DE TESIS: Ana Jazmín Díaz Rodríguez, por brindarme una amistad sincera; por acompañarme en esta extraordinaria travesía, por su comprensión y muestras de cariño.

A V.J.A.A: Por ser una persona muy importante en mi vida y a la vez incentivarme a seguir luchando por todo aquello que anhelo y deseo cumplir.

YOSSELYN.

INDICE GENERAL

N° DE PAGINA

RESUMEN.	13
INTRODUCCIÓN.	XIV
1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	16
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.	16
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	22
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	23
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.	24
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	24
2.0 MARCO TEORICO.	25
2. 1 LA PERCEPCIÓN Y LA ANESTESIA.	25
2. 1. 1 Percepción.....	25
2. 1. 2 Bases biológicas de la percepción.....	26
2. 1. 3 Predisposición perceptiva.	27
2. 1. 4 Percepción, el proceso de extracción de información.....	27
2. 2 PERCEPCIÓN ANESTÉSICA.....	28
2. 3 CONCEPTO E HISTORIA DE LA ANESTESIA.	31
2. 3. 1 Anestesia.	31
2. 4 ANESTESIA GENERAL.....	32
2. 5 ANESTESIA GENERAL INHALATORIA.	34
2. 6 SEDOANALGESIA.....	36
2.7 ANESTESIA TOTAL INTRAVENOSA.....	38
2.8 PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL.	39
2.9 ANESTESIA RAQUIDEA.	41
2.10 COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA RAQUÍDEA.	44
2.11 VISITA PREANESTÉSICA.....	45
2.12 CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS EN LA VISITA PREANESTESICA.	48
2.12.1 Influencia del miedo.....	48
2.12. 2 El paciente y la ansiedad.....	49

3.0 SISTEMA DE HIPOTESIS.....	61
3.1 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION:.....	61
3.2 HIPOTESIS NULA:	61
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS.....	62
4.0 DISEÑO METODOLÓGICO.....	63
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	63
4.2 POBLACION.....	63
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	64
4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	64
4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.....	64
4.5.1 TÉCNICA DOCUMENTAL:	64
4.5.2 INSTRUMENTO.	64
4.6 PROCEDIMIENTO.....	65
4.7 RESULTADOS ESPERADOS	67
4.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	67
4.7 RIESGOS Y BENEFICIOS.....	68
4.7.1 RIESGOS.....	68
4.7.2 BENEFICIOS.....	68
RECURSOS A UTILIZAR.....	69
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN CICLO I Y II AÑO 2017.....	70
5.0 PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.....	71
5.1 TABULACION ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	71
5.1 .1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	71
6.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	87
6.1 CONCLUSIONES.....	87
6.2 RECOMENDACIONES.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90

INDICE DE TABLAS

N° DE PAGINA

TABLA 1. DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES.....	72
TABLA 2. CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES SOBRE LA ANESTESIA.....	73
TABLA 3. CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES SOBRE LA ANESTESIA.....	75
TABLA 4. PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA ANESTESIA SEGÚN EL GENERO.....	77
TABLA 6. CONOCIMIENTO SOBRE LA ANESTESIA SEGÚN LA UBICACIÓN GEOGRAFICA.....	79
TABLA 7. DIFINICION DE LA ANESTESIA SEGÚN EL PACIENTE.	80
TABLA 8. ADMINISTRACION DE FARMACOS SEGÚN LA EDAD.....	81
TABLA 9. TECNICAS ANESTESICAS CONOCIDAS.....	82
TABLA 10. RELACIÓN EN LA CANTIDAD DEL FARMACO ADMINISTRADO, A CADA PACIENTE.....	83
TABLA 11. NECESIDAD DEL AYUNO ANTES DE LA CIRUGIA.	84
TABLA 12. IMPORTANCIA DEL ANESTESISTA EN LA CIRUGIA.....	85
TABLA 13. PRINCIPALES TEMORES SOBRE LA ANESTESIA EN LOS PACIENTES CON O SIN EXPERIENCIA ANESTESICO QUIRURGICA.....	86

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS.....	94
ANEXO N° 1 INSTRUMENTO.....	94
ANEXO N° 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	97
ANEXO N° 3 GLOSARIO.....	98
ANEXO N° 4 SIGLAS.....	101

RESUMEN.

Existen estudios que demuestran que la percepción del paciente sobre la anestesia es distorsionada, como consecuencia de lo anterior el profesional en anestesiología debe aclarar dudas al momento de realizar la visita preanestésica, así como enfatizar y tranquilizar a los pacientes, en los posibles temores que puedan presentar previo a un procedimiento anestésico-quirúrgico, y que de alguna manera influyen directamente en la percepción que el paciente tiene sobre la anestesia, causándoles angustia y ansiedad. **El objetivo** de la investigación consiste en conocer la percepción del paciente sobre la anestesia, en la visita preanestésica en los hospitales nacionales de La Unión y San Francisco Gotera. **La metodología** utilizada en la investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, basada en una entrevista preanestésica y así mismo, se elaboró un cuestionario previamente validado y ejecutado en los hospitales nacionales de La Unión y San Francisco Gotera. En el cual se abordaron las principales interrogantes que surgieron conforme se desarrolló la investigación. **En los resultados**, los pacientes a pesar de no conocer a profundidad sobre la anestesia, perciben acertadamente (segura) la anestesia por factores posiblemente como; desconocimiento, religiosos u otros ya que poseen un nivel bajo de temor.

Palabras Claves: Paciente, Percepción, Temores, Ansiedad, Dudas, Anestesia.

INTRODUCCIÓN.

La anestesia es una de las especialidades más interesantes de la medicina y con mayor desarrollo. La especialidad surge de la necesidad de proteger al paciente frente a la agresión quirúrgica. Sin embargo, el hablar de anestesia es causa de temor, ansiedad y preocupación en los pacientes sometidos a cirugía y en la población en general. El desconocimiento de la práctica anestésica por parte de los pacientes es amplio y, en muchas ocasiones errado; llegando a desconocer la realidad sobre lo que es la anestesia y creando así una percepción equivocada de esta.

El documento se encuentra estructurado de la siguiente manera:

Se inicia con el planteamiento del problema, el cual está dividido en antecedentes del fenómeno en estudio, donde se hace referencia a las investigaciones que se han registrado previamente; las cuales han servido de base para enriquecer la investigación; así mismo el enunciado del problema, en el cual se transforma el tema en una interrogante, a la que se trata de dar respuesta durante el proceso de investigación. Además, se presenta la justificación, la cual da a conocer el por qué se está llevando a cabo la investigación. También contiene los objetivos que están divididos en general y específicos que reflejan lo que se pretende alcanzar.

Posteriormente se encuentra el marco teórico, en el cual se fundamenta teóricamente el tema de investigación. Seguidamente, se presenta el sistema de hipótesis, las cuales son una respuesta lógica y posible durante una investigación. En estas se plantea la hipótesis de investigación y la hipótesis nula. Además, se presenta la operacionalización de las hipótesis en variables.

De igual manera se describe el diseño metodológico en la investigación donde se muestran los siguientes elementos: Tipo de investigación, población objeto de estudio, criterios de inclusión y exclusión para establecer la muestra, técnicas de obtención de información, el instrumento y el procedimiento utilizado para llevar a cabo la investigación.

Para dar continuidad se incluyen las consideraciones éticas de la investigación de igual manera, los riesgos y beneficios que se pueden presentar durante la ejecución del trabajo de investigación.

Seguidamente se procede con la tabulación de datos mediante el programa estadístico SPSS versión 24.0, el cual nos sirve para sistematizar la información obtenida de los participantes, para proseguir a la realización del análisis estadístico, el cual muestra la interpretación de los resultados previos, por otra parte, también consta de las conclusiones y recomendaciones que dan respuesta a los objetivos que se plantearon.

Posteriormente se encuentran las referencias bibliográficas, que son las fuentes consultadas para estructurar el trabajo de investigación. Luego la definición de términos básicos con las definiciones más relevantes que se encontraron dentro de la investigación y por ultimo las siglas.

1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

La percepción acerca de la anestesia ha sido siempre una de las mayores preocupaciones (si no la mayor de todas), a la hora de enfrentar cualquier procedimiento quirúrgico, por muy sencilla que se plantee la cirugía, nunca habrá una anestesia pequeña o anestesia a medias e inclusive una técnica anestésica cien por ciento segura, debido a esto los pacientes tienden a mal interpretar su verdadero funcionamiento y dan por hecho que hay más posibilidades de correr con mala suerte y sufrir un daño irreparable, que salir ilesos y que la técnica anestésica que les fue administrada obtenga éxito en su totalidad, a partir de ello nacen ciertas percepciones erróneas, y como resultado desencadenan miedo a la anestesia en general; de lo anterior surge una terrible pregunta: ¿volveré a despertarme? Sin embargo, hoy el riesgo de la anestesia es mínimo, pues se ha avanzado mucho en el desarrollo de fármacos efectivos y seguros.

La anestesia es una de las ramas de la medicina en la que más se invierte para su investigación y evolución en países desarrollados; por tal razón, es de las que más ha avanzado en los últimos tiempos en cuanto a medicamentos y maquinaria se refiere, lo que ha ayudado a reducir a niveles mínimos la mortalidad quirúrgica, que con anterioridad se consideraba muy alta, sin embargo el temor a esta práctica se ha vuelto cotidiano para aquellos que por diversos motivos necesitan ser sometidos a una anestesia, por consiguiente se puede decir que el temor y los conceptos negativos prevalecen a pesar del desarrollo de esta.

. En diferentes estudios se ha visto que existe desconocimiento sobre la práctica anestésica por parte de los pacientes. A nivel internacional y nacional hay escasos registros de este tipo de investigación, es por ello que es importante conocer más a fondo acerca de la percepción que tienen las personas sobre la anestesia.

A la percepción sobre anestesia se incluyen varios factores entre estos los más comunes son el miedo y la ansiedad que son sensaciones inherentes al ser humano, las

que se expresan en general cuando el paciente será sometido a una cirugía. La angustia es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por un temor difuso, que va de la inquietud al pánico.

Relacionado a lo anterior se encuentra en los años 2004-2005 una previa elaboración de protocolo y permiso del comité de ética e Investigación del hospital “Guillermo Luis Fernández Hernández-Baquero”, Moa, Holguín, Cuba, bajo consentimiento informado, en el que se elaboró un estudio descriptivo en 1,353 pacientes desde septiembre de 2004 hasta abril de 2005, programados para cirugía electiva en procedimientos de Cirugía General, Ginecología y Traumatología; presentaron estado físico I y II según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA). Las edades oscilaron entre 18 y 70 años. La distribución por sexo fue: 803 femenino y 550 masculino. No se tuvo en cuenta el nivel educacional, excluyéndose del estudio a aquellos que no se expresaran verbalmente y pacientes con patología psiquiátrica. En la consulta de anestesia se valoró la ansiedad a través de la puntuación de evaluación preoperatoria “Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale” (APAIS).

Se observó que 366 pacientes tenían miedo a la anestesia (27%) y 987 de ellos no lo manifestaron para un 73%; de los 366 que tuvieron miedo, los motivos más frecuentes fueron. El haber recibido anestesia general anteriormente, la misma lo dejó: Sin miedo 44% (595 pacientes) Menos miedo 53% (717 pacientes) Más miedo 3% (41 pacientes) Dentro de los pacientes que refirieron más miedo, en el 71% de los casos se debió a la mala experiencia anestésica y/o quirúrgica anterior. En el grupo que refirió menos miedo, el 87% fue por conocimiento sobre la intervención y el 13% por saber que tenía el apoyo del anesthesiólogo y el técnico a su lado. Tuvo visita preanestésica. ¹

No obstante en el año 2006 se publicó un estudio en el Journal of Clinical Anesthesia, el cual se acerca más a la situación de la población latinoamericana, realizado en tres hospitales de la ciudad de Trinidad, a pacientes que iban a ser sometidos a cirugía electiva, con el interés de conocer la percepción y los conceptos que los pacientes tienen respecto a la preferencia anestésica, sus temores y preocupaciones, en dicho estudio se confirmó que la población en general siente temor frente a los procedimientos quirúrgicos

y anestésicos, que implican pérdida momentánea de la conciencia y de la voluntad y, aunque el procedimiento es aceptado y autorizado por el paciente, no por esto deja de generar ansiedad y angustia.²

Mientras que, en el 2008 se informó el resultado de un estudio basado en uno de los principales temores que tienen los pacientes sin experiencia anestésica-quirúrgica, dicha investigación se trata de la percepción intraoperatoria, este es un problema real, aunque es bastante raro, dice el Dr. Alex Evers, un anestesiólogo en la Universidad de Washington en St. Louis. «La percepción intraoperatoria puede llevar a un trastorno de estrés postraumático», un trastorno de ansiedad severa que puede presentarse después de una experiencia aterradora, a partir de esto se podrían crear percepciones equivocadas y algunas personas podrían creer que también están destinadas a vivir las mismas experiencias durante un procedimiento anestésico.³

Sin embargo, en el 2010 se buscó identificar las diferentes percepciones y temores a la anestesia. Se realizó a través de un estudio observacional descriptivo de corte transversal, mediante una encuesta voluntaria y anónima a estudiantes, funcionarios y profesores de la Universidad Mayor de Santiago de Chile. Los resultados mostraron que el 94% temía sentir dolor, 92% despertar, 84% no despertar terminada la cirugía y 71% que la anestesia afectara la lógica y juicio del pensamiento. Con esto que claro que aún existe una alta prevalencia de temores a escenarios poco frecuentes que pueden ser disminuidos con una buena visita pre-anestésica.⁴

Además, en enero del año 2012 se realizó una investigación impulsada por el conocimiento limitado de los pacientes sobre la anestesia, el cual en muchas ocasiones es errado y se basa en mitos y comentarios de terceras personas, llegando a desconocer la verdad, generando temor sin fundamento. Fue un estudio descriptivo, transversal, se sometieron a 112 pacientes a procedimientos anestésicos en cirugía electiva en el Hospital de Enfermedades y Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, donde se les aplicó un cuestionario de 31 preguntas: 6 de características biológicas, 6 de características sociales, 8 de características psicológicas, 7 de percepción y 4 de expectativas y se encontró que están relacionados con el miedo a la

anestesia, el sexo (femenino con coeficiente de correlación en 0.629), la edad (los más jóvenes, -0.538), los casados o unidos (0.382), los que tienen mayor ASA (0.224), los que sienten temor ante una nueva experiencia (0,584), los que se consideran personas nerviosas (0,525) y por el contrario, no se encontró relación entre el miedo a la anestesia y los que no han tenido antecedentes quirúrgicos o anestésias previas, con nivel de escolaridad y con religión, los que suelen conversar con otras personas cuando se enfrentan a una nueva situación y el que busca información. ⁵

Así mismo en el año 2013, se realizó un estudio cuyo objetivo fue dar a conocer la percepción sobre la anestesia y determinar las causas de los temores. A la pregunta de dónde trabajan los anestésistas, el 55,6% respondió en el quirófano, el 43,6% en clínicas, el 4% en UCI, 2% clínica del dolor, 10,8% respondió como no lo sé. Cuando se les pregunto qué hacen los anestésistas durante el funcionamiento, el 60% de los pacientes respondió seguir la conciencia del paciente, 16% control de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, 8.8% hacen al paciente indoloro, 4.8% reemplazan el líquido y la deficiencia de la sangre, el 26% contestó como no sabe, y el 0,4% de los pacientes no respondió a esta pregunta. En el conocimiento de los tipos de anestesia varió de la anestesia general (58,8%) a la anestesia regional (12,8%), anestesia local (30,7%) y No lo sé (34,4%). A la pregunta sobre los temores de anestesia, el 31,2% de los pacientes no se despiertan de la anestesia, 22,8% despiertan de la anestesia, el 21,6% no se duerme totalmente, el 9,6% dice no intencional 10,8% sentía dolor, y 5,2% náuseas-vómitos después de la operación.⁶

Así también en el año 2015 la Dra. Mazariegos en su trabajo titulado “Características psicobiosociales que influyen en la percepción y expectativas hacia la anestesia y anestésista”, planteo que mientras mayor es el grado de instrucción de los pacientes que se someterán algún proceder quirúrgico mejor es el nivel de interpretación del mismo, además de que este alto nivel de instrucción facilita la comunicación y la relación médico paciente lo cual limita la ansiedad de los mismos y posibilita retardar, desaparecer o disminuir las sensaciones de temor preoperatorio que pueden manifestar los pacientes.⁵

Actualmente en el país, no se cuenta con estudios ni artículos científicos o académicos relacionados a la percepción o el temor que presentan los pacientes en cuanto a una técnica anestésica se refiere; solamente se posee, el conocimiento por parte de los profesionales en anestesia, sirviendo y escuchando las diferentes versiones, de cómo los pacientes entienden o conciben la anestesia, la mayoría de profesionales en anestesia que fueron entrevistados concuerdan que una gran cantidad de pacientes ya sea por falta de educación o por otros motivos, le temen a un procedimiento anestésico, muchos de ellos por comentarios o teorías infundadas sobre el miedo a la anestesia más que al propio procedimiento quirúrgico.

De igual manera la mayoría de profesionales en anestesia que brindaron su opinión, coinciden en que la mayor parte de los pacientes no tienen un conocimiento certero y objetivo de lo que es la anestesia y en la mayoría de los casos, el profesional en anestesia juega una función de educador al brindarle la información necesaria sobre el procedimiento anestésico y al mismo tiempo de este dependerá el éxito parcial o total de abolir cualquier temor relacionado a la anestesia durante el breve lapso que dure la entrevista preanestésica.

Es en ese preciso momento donde se da la valiosa oportunidad de explicar al paciente el procedimiento anestésico que se le realizara; así mismo algunos profesionales de anestesia, refieren que hay poca disposición en ambos extremos; tanto del paciente que es propenso al estrés, al temor y que por alguna razón supone anticipadamente, que se encuentra al “borde de la muerte”, solo con el simple hecho de saber que será sometido a una técnica anestésica, hasta el hecho de que el anestesista no sepa darse a entender al hacer uso de lenguaje técnico frente al paciente.

Así también se presenta como punto relevante el desconocimiento que el paciente posee en cuanto a quien le realizará su técnica anestésica, optando por ideas equivocadas de quien será su “anestesista”, creyendo en la mayoría de los casos que el profesional en anestesia puede ser una persona que simplemente le cumple una inyección bajo el cargo de enfermero, estudiante, medico, hasta un extraño que “lo

durmió” y después abandono el quirófano, ignorando por completo las principales funciones que desempeña el anestesista antes, durante y después de la cirugía.

Considerando este tipo de anécdotas se abordan un sinnúmero de temores que se mencionan con mucha frecuencia según los profesionales y pacientes, entre los que se pueden mencionar: “no poder caminar después de la inyección anestésica en la espalda”, “si le ponen mucha de esa inyección anestésica nunca mas podrá despertar”, “que la anestesia les hará hablar cosas indebidas o les hará revelar secretos que ellos no desean que sean conocidos por extraños”. Pensamientos como estos; hacen que la percepción errada sobre la anestesia crezca día con día. Así mismo para reforzar la información local sobre este estudio se denota que la mayoría de pacientes posee cierta información, es decir, tienen una idea básica sobre el concepto de anestesia, no porque se les haya enseñado en una institución educativa o porque el hospital al que asistieron imparta charlas de información sobre lo que es anestesia; es decir, en este sentido se comprende que el conocimiento o concepto que nuestros pacientes tienen en cuanto anestesia es meramente empírico, basado en experiencias previas vividas o relatadas por otra persona, ya sea familiar, amigo, conocido o simplemente un extraño con el cual esto surge como tema de conversación. Se debe tener en cuenta que la educación por parte del anestesista juega un rol fundamental sobre la percepción acertada del paciente, por consiguiente, siempre existirán temores infundados sobre casos extremos de esos que derrochan fantasía y un grado de imaginación elevado por el que relata la historia, a lo cual el anestesista debe aclarar muchos de los conceptos un tanto equívocos que posee el paciente, para que este pueda brindarle una burbuja de confianza previo al procedimiento quirúrgico. Como otro contexto se puede enfatizar que los pacientes desconocen muchas de las terminologías que normalmente se utilizan en el área de la salud.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

De la problemática antes mencionada nace el interés de conocer más acerca de la percepción que tienen los pacientes sobre la anestesia, debido a que en muchas ocasiones se tiene una idea errónea y por ende puede crear intranquilidad al enfrentarse a un determinado procedimiento anestésico.

De lo expuesto anteriormente surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la percepción del paciente sobre la anestesia en la visita preanestésica, en los hospitales nacionales de La Unión y San Francisco Gotera, El Salvador, año 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

Los descubrimientos científicos y tecnológicos son los que hacen que nuestra sociedad evolucione, y se puedan desarrollar adelantos que faciliten la vida en diversos ámbitos, por lo que respecta a la medicina, la anestesia es sin duda alguna uno de los grandes avances que se han llevado a cabo, la anestesiología de hoy día no consiste simplemente en entrar al quirófano y dormir al paciente, sino que el proceso se inicia antes de la intervención en la entrevista preanestésica, además la anestesia moderna exige al profesional en anestesia un conocimiento profundo para tomar decisiones que son vitales en un corto periodo de tiempo.

Según la psicología la percepción es un proceso activo en el cual los estímulos sensoriales serán percibidos de modo diferente dependiendo del contexto en el que una persona se encuentre, partiendo de lo anterior y aplicándolo a la problemática en cuestión, se puede decir que los pacientes conocen muy poco acerca de la anestesia y en muchas ocasiones la percepción sobre esta es distorsionada, llegando a ignorar su verdadero significado.

La información sobre dicho tema es escasa en el país, debido a que se carece de estudios previos, por lo que es de vital importancia ampliar la información en dicho campo. Al analizar algunos de los temores que se manifiestan en las personas, como consecuencia de su manera de percibir la anestesia, se aborda la presente investigación acerca de la percepción del paciente sobre la anestesia en la visita preanestésica, mediante un acercamiento a los pacientes de los hospitales nacionales de La Unión y San Francisco Gotera año 2017.

Los resultados obtenidos en dicho estudio, servirán de fuente de información para el profesional en anestesia y a la vez, a la ampliación de sus conocimientos en el tema, permitiendo de alguna manera brindar una mejor atención al paciente y adquirir una perspectiva más amplia sobre la importancia que tiene la visita preanestésica a la hora de conocer más detalladamente la percepción del paciente.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

Conocer la percepción del paciente sobre la anestesia en la visita preanestésica, en los hospitales nacionales de La Unión y San Francisco Gotera, El Salvador, año 2017.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Determinar las percepciones por género sobre la anestesia.

Relacionar si la edad del paciente distorsiona la percepción sobre la anestesia.

Describir si la ubicación geográfica influye en el conocimiento de una determinada técnica anestésica.

Indagar si el nivel de enseñanza en pacientes contribuye a percepciones acertadas con respecto a la anestesia.

Identificar los principales temores en los pacientes con o sin experiencia anestésico quirúrgica.

2.0 MARCO TEORICO.

2. 1 LA PERCEPCIÓN Y LA ANESTESIA.

2. 1. 1 Percepción.

Se llama percepción a la imagen de objetos o fenómenos que se crea en la conciencia del individuo al actuar directamente sobre los órganos de los sentidos, proceso durante el cual se realiza el ordenamiento y la asociación de las distintas sensaciones en imágenes integrales de cosas y hechos.⁷

En las últimas décadas el estudio de la percepción ha sido objeto de creciente interés dentro del campo de la antropología, sin embargo, este interés ha dado lugar a problemas conceptuales pues el término percepción ha llegado a ser empleado indiscriminadamente para designar a otros aspectos que también tienen que ver con el ámbito de la visión del mundo de los grupos sociales, independientemente de que tales aspectos se ubiquen fuera de los límites marcados por el concepto de percepción. Es común observar en diversas publicaciones que los aspectos calificados como percepción corresponden más bien al plano de las actitudes, los valores sociales o las creencias. Aun cuando las fronteras se traslapan, existen diferencias teóricas entre la percepción y otros aspectos analíticos que hacen referencia a distintos niveles de apropiación subjetiva de la realidad.

La percepción es bicultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucradas y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social, a través de la capacidad para la

producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno.

La percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad, es decir que, mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad. Este proceso de formación de estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte, de manera implícita y simbólica en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad.⁸

2. 1. 2 Bases biológicas de la percepción.

Los seres humanos para vivir de manera integral y adecuada en sociedad, necesitan la actividad de los circuitos neurogliales del sistema nervioso, que hacen posible despertar y mantener la vigilia, así como detectar, identificar, reconocer e integrar los cambios del medio y responder para solucionar problemas. De acuerdo con el área específica activada por el estímulo (visual, auditiva, olfativa, etc.) se integran nuevas conexiones y circuitos que ayudan a responder. Los cambios en las vías sensoriales se manifiestan como potenciales provocados que se propagan a los circuitos límbicos, incluidas las áreas de asociación, las cuales generan lo que se conoce como percepción.

¿Cuántos sentidos tiene el ser humano? El público en general responde que tenemos cinco sentidos, en referencia a las grandes modalidades sensoriales: visión, audición, gusto, olfato y tacto, pero la filosofía nos demuestra que cada tipo de receptores es en sí un sentido. Por ejemplo, cuando nos tropezamos, nuestro organismo, de manera refleja,

realiza una serie de acciones para impedir que caigamos: extender los brazos, separar las piernas, soltar los objetos que cargamos, etc. Gracias a todas estas acciones innatas, automáticas e inmediatas, el ser humano conserva la verticalidad de su cuerpo o la posición que desea, a esto se le llama sentido del equilibrio, y se encuentra ubicado en la parte no auditiva del oído. Otro sentido poco conocido es el somestésico que nos da información del soma, o sea, del cuerpo, y nos permite, entre otras cosas, reconocer su buen estado físico, o, por el contrario, saber que estamos enfermos, sin tener grandes dolores. Cosas semejantes podemos decir de los receptores que nos dan información del calor, el frío, la orientación en el espacio, el dolor, la posición de las coyunturas, etc. Por lo tanto, es difícil precisar cuántos sentidos tenemos.⁹

2. 1. 3 Predisposición perceptiva.

El poder que tenemos sobre nuestra percepción es grande. A menudo vemos (oímos, saboreamos, olemos, etc.) lo que esperamos ver o lo que encaja con nuestras ideas preconcebidas sobre lo que tiene sentido, un fenómeno conocido como predisposición perceptiva. Oyendo un fragmento de una conversación, puede haber entendido algo completamente diferente a lo que en realidad se dijo; si le dicen que va a ver unas ilustraciones, puede que las vea, aunque realmente no se las enseñe.

El conocimiento de la manera en como nuestras expectativas influyen en nuestras percepciones es importante para juzgar a los demás. Dos personas, por ejemplo, pueden decir exactamente lo mismo en el mismo tono de voz arisca. Si tiene la imagen de uno como simpático y del otro como una persona de mal carácter, pensara que el primero está bromeando y que el segundo es agresivo, y su propia reacción emocional será totalmente diferente hacia uno u otro.¹⁰

2. 1. 4 Percepción, el proceso de extracción de información.

El ser humano ha evolucionado hasta contar con las estructuras biológicas actuales que le permiten conocer el medio que le rodea y del cual forma parte, a fin de apartarse

y sobrevivir. El conocimiento que permite la adaptación del ser humano en su entorno, se adquiere a través de los procesos cognoscitivos, que, para su explicación, comprensión clasificación se dividen en percepción, aprendizaje y pensamiento, estos íntimamente ligados se afectan entre sí y cada uno engloba a otros procesos: la percepción abarca a la atención; el aprendizaje a la memoria y el pensamiento al lenguaje, formación de conceptos, razonamiento y solución de problemas, entre otros.

El proceso básico en el desarrollo cognoscitivo es la percepción, que es la extracción de información del medio. Consta de una serie de etapas sucesivas que no pueden omitirse porque el objeto de extraer información sería imposible. En esta definición se enfatiza el termino extracción, pues tiene un significado activo y, por tanto, el organismo no solo capta de forma pasiva los estímulos del ambiente, sino que cuando la información es pobre, débil o difícil de percibir pone en acción varios mecanismos para obtener esa información de manera activa.

Para comprender la naturaleza de la percepción es importante notar la diferencia entre el concepto de estímulo y el de información. Estimulo es cualquier cambio de energía capaz de excitar a un receptor. Si las energías del medio físico (Luz, sonido, temperatura, presión, etc.) se manifiestan constantes como en los experimentos de aislamiento sensorial, la información desaparece. El organismo solo responde a algunos estímulos que le son importantes para conocer su medio y adaptarse a él. La diferencia entonces entre información y estimulo es la provocación de respuestas. Si un estímulo con capacidad para excitar un receptor está presente pero no llega a ser percibido, se queda en calidad de estímulo; si por el contrario es percibido y provoca una respuesta se convierte en información.⁹

2. 2 PERCEPCIÓN ANESTÉSICA.

Los primeros reportes acerca de la relación anestesista-paciente datan de 1960 y demostraron que las sensaciones de ansiedad acerca de la anestesia se debían en gran parte a la pobre relación que el anestesista lograba establecer con su paciente. Según

los autores los anestesiólogos eran percibidos como impersonales, figuras distantes, quienes tenían habilidades y eran eficientes, pero no tan reales como algunos médicos, lo cual podía ser explicado, en parte, por lo efímero de la relación anestesiólogo-paciente y por el efecto de la medicación preoperatoria y posoperatoria. Panchón en su estudio incluso reporta quejas sobre las relaciones interpersonales de los anestesiólogos, la práctica de la anestesia ha cambiado de modo espectacular gracias a la aplicación de adelantos recientes de la tecnología biomédica y lo cual hace que esta sea una profesión excitante y de rápida evolución. El anestesiólogo moderno es ahora un tanto consultante como proveedor primario de cuidados. El papel que desempeña como consultante resulta apropiado debido a que el principal objetivo es cuidar que el paciente enfrente de forma segura y cómoda la cirugía, por lo general toma solo un tiempo corto de minutos a unas cuantas horas, no obstante, como los anestesiólogos se encargan de todos los aspectos “no quirúrgicos” de los cuidados del sujeto en el periodo perioperatorio inmediato, también proporcionan cuidado primario. La doctrina del “capitán del barco”, que sostiene que el cirujano es responsable de todos los aspectos de los cuidados posoperatorios del enfermo incluida la anestesia ya no es válida.

Los logros del pasado han permitido obtener en la especialidad, la percepción de que se ha convertido en segura, pero no debe haber lugar para la complacencia cuando hay más por hacer. Cada vez hay pacientes con mayor edad y con más patologías, las intervenciones quirúrgicas son más complejas, hay más presión sobre el rendimiento, se diseñan nuevos medicamentos y dispositivos que plantean riesgos en el trabajo del profesional en anestesia. Pese a esto muchos pacientes siguen sin conocer el papel del profesional en anestesia moderno o la importancia de la atención anestésica a los resultados quirúrgicos a largo plazo. Los pacientes sienten que todas las intervenciones quirúrgicas generan intranquilidad, miedos y desconocimiento, la anestesia aparece como fantasma principal. Este miedo está relacionado con la mala reputación que tiene la práctica anestésica, desde los tiempos de inicio en los que las personas sin ninguna preparación realizaban esta labor. Es necesario cambiar estas ideas con acciones concretas basadas en el conocimiento y experiencia de cada anestesiólogo, con normativas y protocolos, conjuntamente con los medios tecnológicos y administrativos de cada

institución, demostrando que la anestesia ya no es el fantasma ni la especialidad de la muerte, todo lo contrario, es una especialidad con gran sensibilidad que entrega conocimiento, estabilidad, destreza, seguridad, esperanza, confianza y profesionalismo.

La anestesiología ha estado a la vanguardia del movimiento de la seguridad del paciente durante muchos años. También las funciones que este realiza son poco conocidas. El 51% de los pacientes cree que el anestesista permanece en el quirófano durante la intervención quirúrgica para controlar su respiración, presión arterial y sueros e incluso la mayoría de los encuestados el 72%, considera que el anestesista trabaja bajo las órdenes del cirujano. Los estudios recientes son alentadores al mostrar que la percepción del paciente ha mejorado llegando hasta un 94.2 % en países desarrollados. Los pacientes con estudios superiores, con buenos ingresos y que viven en las ciudades parecen estar bien informados sobre el papel y la función de la anestesia en una intervención, a diferencia de los pacientes aislados analfabetos que no tenían ninguna información. Se debe trabajar en la educación de los pacientes sobre todo en los de un nivel de enseñanza menor, Los pacientes tienen un fuerte deseo de conocer personalmente al anestesista antes de la cirugía y obtener la mayor cantidad de información, sin importar su experiencia anestésica previa.

La consulta anestésica es quizás el único momento para aclarar las dudas y establecer una relación médico paciente. Lamentablemente quién realiza la visita pre anestésica no es el mismo especialista que administra el cuidado anestésico. Estas situaciones llevan frecuentemente a que los pacientes no conozcan con claridad el nombre de su anestesista o la importancia que este tiene en el cuidado perioperatorio, identificando como dador total de su cuidado a su cirujano y dejando de reconocer incluso a la anestesiología como una especialidad médica. En 1991, un estudio realizado en Cali, Colombia, mostró que solo un 74% de los pacientes sabía quién les administró la anestesia, al tiempo que solo un 68% lo identificaba como médico. El 68,5% de los pacientes reconocían a su cirujano, mientras que solo el 21% reconocían a su anestesista.¹¹

2. 3 CONCEPTO E HISTORIA DE LA ANESTESIA.

2. 3. 1 Anestesia.

La palabra anestesia procede de la palabra griega an + aisthesia que significa "insensibilidad"; esta se define como la ausencia parcial o general de la sensibilidad de un área específica del cuerpo o de su totalidad, la cual es inducida de manera temporal al administrar una sustancia química.

Historia de la anestesia.

Las practicas anestésicas proceden de tiempos remotos, pero la evolución de la especialidad se inició a mediados del siglo XIX, y no se estableció con firmeza sino hace menos de seis décadas, las civilizaciones remotas emplearon amapola de opio, hojas de coca y de mandrágora y alcohol. Es interesante señalar que los antiguos egipcios usaban la combinación de amapola de opio e hyoscyamus, aún se usa por vía parenteral una combinación similar de morfina y escopolamina para premedicación. La anestesia regional en tiempos remotos consistía en la compresión de troncos o aplicación de frío. Es posible que los incas hayan practicado anestesia local mientras los cirujanos masticaban hojas de coca y escupían saliva en la herida operatoria.

Los procedimientos quirúrgicos en su mayor parte se limitaban al cuidado de fracturas, heridas traumáticas amputaciones y extracción de cálculos vesicales. Es sorprendente que algunas civilizaciones también tuvieron la capacidad de practicar trepanaciones en cráneo. Una de las principales calificaciones para el éxito de un cirujano era la velocidad, la evolución de la cirugía moderna fue marcada no solo por la mala comprensión de los procesos patológicos, la anatomía y la asepsia quirúrgica, sino también por la carencia de técnicas anestésicas confiables y seguras. Estas técnicas evolucionaron primero con anestesia por inhalación, seguida por anestesia local y regional y, por último, anestesia intravenosa. El descubrimiento de la anestesia quirúrgica se considera uno de los más importantes logros en la historia de la humanidad.¹²

Actualmente se conocen dos principales tipos de anestesia: El primero es la anestesia general, en dicha técnica los métodos que normalmente se emplean para su administración son: a través de una vía intravenosa y por medio de la inhalación, el segundo tipo no menos importante es la anestesia regional, en la cual se encuentra la anestesia raquídea o también llamada anestesia subaracnoidea.

A continuación, se detallará más a fondo sobre las diferentes técnicas y las posibles complicaciones que se podrían presentar como consecuencia de estas.

2. 4 ANESTESIA GENERAL.

La anestesia general se ha definido clásicamente como una depresión descendente y controlada de las funciones del Sistema Nervioso Central (SNC), inducidas farmacológicamente, se caracteriza por pérdida de la conciencia (hipnosis), de la sensibilidad (analgesia), de la actividad refleja (protección neurovegetativa) y de la motilidad (relajación muscular). Esta situación se consigue mediante los anestésicos generales, los cuales actúan sobre diferentes órganos y aparatos y, más específicamente, deprimiendo el SNC, La anestesia general se puede lograr con la combinación de distintos tipos de fármacos (hipnóticos, analgésicos, anticolinérgicos y relajantes musculares) que poseen diferentes puntos de acción, con un menor riesgo de intoxicación del organismo al poder ajustar la dosis a las necesidades de cada paciente.¹³

Es importante mencionar que la anestesia general está compuesta por cuatro fases, las cuales son: 1) Inducción analgésica: En esta fase se conseguía dar analgesia sin pérdida de la conciencia, ni los reflejos. 2) Excitación y delirio: En esta fase aumentan los reflejos somáticos y viscerales 3) Anestesia quirúrgica propiamente dicha: En esta fase se da depresión de la conciencia y de reflejos, 4) Parálisis bulbar: En esta fase se afecta las funciones del tallo cerebral, por lo que existe depresión progresiva del sistema cardiorrespiratorio y del SNC.¹⁴

Los fármacos utilizados para inducir y mantener la anestesia general casi siempre producen consecuencias fisiológicas intensas sobre el cuerpo como depresión

cardiovascular, respiratoria y, por definición, neurológica, es por ello que se debe tener presente las siguientes consideraciones:

A) Dados los cambios fisiológicos previstos con la anestesia general, a cualquier paciente en el que se planifique una sedación profunda o una anestesia general se le debería realizar una valoración preoperatoria con una revisión de sus antecedentes médicos, de antecedentes a exposiciones previas a la anestesia, última ingesta por vía oral, exploración física (haciendo hincapié en la vía respiratoria, el sistema cardiopulmonar y la situación neurológica), así como pruebas y estudios de laboratorio adecuados. También es esencial obtener un consentimiento informado y que se documente todo este proceso.

B) La preparación y la monitorización debe ser coherente con la cantidad de información requerida para garantizar la estabilidad cardiovascular y respiratoria durante la cirugía. Entre los estándares de la Asociación Americana de Anestesiología para la monitorización básica están la función cardiovascular mediante la monitorización continua del electrocardiograma; la presión arterial y la monitorización del pulso; el grado de oxigenación y de ventilación a través de pulsioximetría; la capnometría o capnografía; y en el caso de anestésicos generales que utilizan una máquina de anestesia, un analizador de oxígeno y un sensor de desconexión.

C) El tipo de inducción de la anestesia estará influido por la edad y el estado físico del paciente, las horas de ayuno, el o los anestésicos generales que se vayan a emplear y por la necesidad o no de intubar la tráquea. Las inducciones intra venosas o mediante mascarilla son las más habituales, pero en los pacientes poco colaboradores también se puede llevar a cabo mediante inyección intra muscular. Deben tenerse en cuenta los aspectos intrínsecos de cada fármaco para evitar respuestas nocivas y morbilidad potencial (p. ej., utilización de barbitúricos en el paciente con porfiria intermitente aguda y propofol en pacientes con alergia al huevo).

D) Hay que valorar la necesidad de intubación traqueal. Si ésta no es necesaria, se puede utilizar una mascarilla facial o un dispositivo extra glótico como la mascarilla laríngea. Sin embargo, hay que evaluar continuamente la idoneidad de la ventilación. La

intubación traqueal debe ponerse en práctica en cuanto surjan problemas (obstrucción de la vía respiratoria, hipoventilación o aspiración).

E) Para mantener una evolución estable de la anestesia con una alteración mínima del estado fisiológico se requiere una evaluación constante de la idoneidad de la anestesia en cuanto al nivel de conciencia, relajación muscular y estabilidad hemodinámica. Esta evolución estable se garantiza ajustando la dosis del anestésico y la adición de analgésicos (por vía inhalatoria o intravenosa) o un relajante neuromuscular (despolarizante o no despolarizante). En el caso de que se necesiten otros fármacos amnésicos se pueden añadir benzodiazepinas o escopolamina.

F) La evolución postoperatoria después de una anestesia general guarda relación con el procedimiento quirúrgico y con la técnica y los fármacos utilizados para controlar la anestesia asociada. Después de cualquier anestesia general el paciente se trasladará a la sala de recuperación o a su equivalente con la compañía de un miembro del equipo de anestesia, que será el encargado de informar al equipo asistencial que lo reciba.¹⁵

2. 5 ANESTESIA GENERAL INHALATORIA.

Los anestésicos inhalatorios son sustancias que ingresan al organismo, a través de los pulmones, y que la sangre distribuye a los diferentes tejidos. El principal órgano blanco de los anestésicos inhalados es el cerebro. Actualmente, los anestésicos inhalados más utilizados son el isoflurano, sevoflurano y óxido nitroso; no obstante, rara vez se usan como agentes anestésicos únicos hoy en día. Idealmente, estos deben ofrecer una rápida inducción y despertar de la anestesia, así como también cambios rápidos en la profundidad anestésica. Deben ofrecer, adicionalmente analgesia, amnesia, relajación muscular y no poseer efectos colaterales. Desdichadamente, un agente anestésico de tales características no existe.¹⁶

El mecanismo de absorción es por difusión pasiva simple a favor de un gradiente de concentración o presión parcial, siguiendo las leyes generales de los gases (leyes de

Dalton, de Fick, de Henry y de Graham). La cinética de las sustancias administradas por vía inhalatoria se rige por las leyes de Paul Bert, que indican que la intensidad o profundidad de la anestesia depende de la presión parcial del gas o vapor anestésico en el aire inspirado y de su concentración en la sangre. El vapor o gas se desplaza desde el lugar donde su presión parcial es mayor hacia donde es menor. En este paso se distinguen tres fases: En la etapa pulmonar, los agentes menos solubles alcanzan una velocidad de inducción rápida, mientras que en el caso de los más solubles la inducción sería lenta. En la etapa de distribución en los tejidos, así como en la etapa de eliminación, los coeficientes de partición tejido adiposo/sangre y tejido/sangre son importantes y determinan la rapidez en el despertar de la anestesia.¹³

Los anestésicos halogenados más modernos (Sevoflurano e Isoflurano) son menos solubles en la sangre y en los tejidos. Por este motivo, entran y salen muy rápidamente del cuerpo, y ello se refleja en la práctica clínica en tiempos de inducción y de recuperación más breves y en un cambio del plano anestésico más veloz. Por otra parte, la baja solubilidad convierte a estos agentes anestésicos en moléculas ideales para ser utilizadas de manera segura con un flujo bajo de gas diluyente o en circuito cerrado, aún con los vaporizadores convencionales, o con técnicas cuantitativas, lo cual reduce enormemente su consumo y, en consecuencia, su precio de compra, así también, la exclusión de los átomos de cloro en las moléculas de los nuevos hidrocarburos halogenados constituye una ventaja desde el punto de vista ecológico, porque ellos no interactúan con la capa de ozono, vale decir que la solubilidad es el factor que más incide en la velocidad de la inducción anestésica y en el tiempo del despertar. Otros factores que también influyen en la velocidad de la inducción y de la recuperación son la ventilación pulmonar y el flujo circulatorio, el olor del anestésico influye de una manera indirecta en la rapidez de la inducción, aunque no incide durante la recuperación, porque los anestésicos que tiene una menor acritud pueden ser dosificados con mayores concentraciones en las primeras etapas de la inducción anestésica. Recientemente, se ha comprobado que el tiempo que dura la administración del anestésico es muy importante para predecir el tiempo que va a tardar el paciente en despertarse.¹⁷

2. 6 SEDOANALGESIA.

La sedoanalgesia es la administración de sedantes, analgésicos o fármacos disociativos, para inducir un estado que permita al paciente tolerar un procedimiento desagradable sin interferir en sus funciones corporales normales. La intención de dicha técnica es disminuir el nivel de conciencia preservando el control independiente y continuo de la vía aérea.

La sedación y la analgesia son reconocidas actualmente como estrategias importantes tanto en la anestesia como en las unidades de cuidados intensivos. Los pacientes que van a ser sometidos a uno de los múltiples procedimientos de corta estancia o como complemento de una anestesia locorregional, así como los pacientes críticos, requieren de una o ambas alternativas. Reducir la ansiedad, la agitación y el dolor ayudan a disminuir el consumo de oxígeno y mejoran, además, el intercambio gaseoso sobre todo en aquellos pacientes considerados de alto riesgo, como los cardiópatas y los neumópatas o aquellos que cursan con alguna insuficiencia orgánica, ¿Cuándo se debe sedar a un paciente en anestesia? Cuando exista angustia, ansiedad o miedo, cuando se presente dificultad para conciliar el sueño, para complementar las técnicas de anestesia locorregional.¹⁸

Existe una clasificación de los niveles de sedación, esta clasificación es muy útil con el fin de definir de manera clara las competencias indispensables para proporcionar una sedación segura. Es crucial, sin embargo, entender que dichos niveles son parte de un espectro, y el paso de un grado al otro puede ocurrir fácilmente en intervalos muy breves, a continuación, se describirá cada uno de ellos:

Grado I: Ansiolisis. Describe un estado que le permite al paciente tolerar un procedimiento desagradable, mientras mantiene una adecuada función cardiorrespiratoria y la capacidad de respuesta ante una orden verbal o la estimulación táctil. En este grado la sedación es mínima y tiene el menor impacto de seguridad sobre el paciente. Este nivel es el que menos requerimientos tiene para la seguridad del paciente.

Grado II: Sedación consciente. El grado II es el de la sedación moderada que se puede lograr con una medicación. En este nivel de sedación, la vía aérea rara vez queda comprometida, por lo cual las competencias de experticia en vía aérea no son indispensables, más que en las destrezas básicas. Con un entrenamiento básico es posible manejar los problemas de vía aérea que ocasionalmente se presenten.

Grado III: Sedación profunda. Si solo se obtiene respuesta por medio de un fuerte estímulo doloroso se considera que el paciente está bajo sedación profunda. En este nivel disminuyen los reflejos protectores, hay incapacidad de mantener la vía aérea y se presenta la posibilidad de deterioro hemodinámico. Este grado se logra, habitualmente, combinando medicaciones (opioides con un sedante como el midazolam, llamando a esta combinación comúnmente sedoanalgesia), lo cual demanda experticia en el manejo de vía aérea: esta puede comprometerse gravemente y la falta de conocimiento en el manejo de vía aérea puede asociarse a un desenlace letal en poco tiempo.

Grado IV: Anestesia general, es de dominio exclusivo de un profesional en anestesiología.¹⁹

Entre los fármacos que normalmente se utilizan en la técnica de sedoanalgesia, se encuentran los opiáceos como el fentanil, la meperidina y el remifentanil, en el caso de los sedantes cabe destacar el uso del midazolam, lorazepam y diazepam.

En la actualidad se puede llegar a pensar que, por el hecho de utilizar menor cantidad de fármacos, no existe ningún tipo de efectos adversos, sin embargo, la combinación de fentanil y midazolam podrían causar hipoxemia y apnea en pacientes con un inadecuado suministro de oxígeno.

Es un mito el escuchar que esta técnica es más segura que la anestesia general o regional, particularmente en pacientes enfermos, y que las guías actuales de la American Society of Anesthesiologists (ASA), recomiendan el monitoreo óptimo para evitar complicaciones, debido a que estas se podrían presentar aun en pacientes que cuenten con monitorización de signos vitales.²⁰

2.7 ANESTESIA TOTAL INTRAVENOSA.

Se define como anestesia total intravenosa (TIVA) a la combinación de varios agentes intravenosos para inducción y mantenimiento de la anestesia general, entre ellos: barbitúricos, hipnóticos no barbitúricos, opioides, agentes bloqueadores neuromusculares, α agonistas, anestésicos locales (lidocaína) entre otros, en ausencia absoluta de cualquier agente anestésico inhalado. Los sistemas de administración de fármacos tienen varias modalidades que pueden ir desde los más sencillos como: bolos (no recomendable por la caída de las concentraciones plasmáticas), llevando a «picos y valles» como lo define White, que dicho coloquialmente por momentos podemos tener un paciente con un adecuado estado anestésico y por momentos despierto o con dolor por decir lo menos; o bien perfusiones a goteo, difíciles de tazar y controlar; o sistemas un poco más complejos como perfusores que requiere de cálculos y modelos matemáticos con base en perfiles fármaco-cinéticos y fármacodinámicos, o bien sofisticados sistemas computarizados programados con base en modelos fármaco-cinéticos y fármaco-dinámicos de los fármacos y cierta muestra poblacional.

Hoy en día ha incrementado la práctica de la anestesia total intravenosa. La TIVA se ha visto favorecida con el advenimiento de medicamentos cuyo perfil farmacológico se ha modificado en su vida media, en su tasa de aclaramiento y en el metabolismo que ya no depende directamente del hígado, lo que ha permitido mejorar su dosificación en el caso de la concentración plasmática y llevar al desarrollo de nuevos agentes intravenosos con perfiles farmacocinéticos y fármacodinámicos típicos, de duración breve, rápido inicio y rápido cese de sus efectos. La técnica de administrar anestésicos intravenosos para alcanzar un objetivo farmacológico basado en el modelo farmacocinético, para alcanzar la concentración objetivo en plasma o en el sitio efector, se conoce como infusión controlada a objetivo (Target Controlled Infusion TCI por sus siglas en inglés) y se ha documentado su seguridad en la administración de diferentes agentes intravenosos entre los que se incluyen fentanyl, propofol, remifentanyl, sulfentanyl, alfentanyl, midazolán y últimamente dexmedetomidina, entre otros. La mayor parte de las acciones farmacológicas de los fármacos hipnóticos y analgésicos utilizados

en la anestesia intravenosa tienen su origen en la interacción con uno de los tres tipos de receptores siguientes: el receptor de ácido gamma-aminobutírico (GABA), el receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA) y uno o varios receptores de opioides y fármacos que actúan sobre los receptores adrenérgicos alfa 2. El desarrollo de la TIVA está ligado estrechamente al de los sistemas de perfusión, éstos hacen que la anestesia total intravenosa goce de varias ventajas útiles tanto en la anestesia ambulatoria como en los procedimientos de alta complejidad. Algunas de estas ventajas son: gran estabilidad hemodinámica, profundidad anestésica más equilibrada, recuperación rápida y predecible, menor cantidad de medicamento administrado, menor contaminación y menor toxicidad, no sólo para el paciente, sino también para el equipo quirúrgico.²¹

2.8 PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA GENERAL.

Entre las complicaciones más comunes que pueden desencadenarse en aquellos pacientes a los que se les brindara una anestesia general, se encuentran aspiración de contenido gástrico, hipoxemia, hipercapnia e hipocapnia, lesiones de la vía aérea, broncoespasmo o laringoespasmo, también podrían darse ciertas alteraciones cardiovasculares como la hipertensión, hipotensión, taquicardia y bradicardia, otra complicación muy conocida es el nivel de conciencia inadecuado, a continuación se conocerá más acerca de cada una de ellas.

- La aspiración de contenido gástrico puede tener consecuencias muy graves, como por ejemplo la neumonitis por aspiración e inclusive podría causar en el paciente una insuficiencia respiratoria grave, lo más preocupante es el hecho de que no se conoce un tratamiento específico y solo se brinda un tratamiento de soporte.

- La Hipoxemia es una de las complicaciones más comunes, normalmente se debe a la disminución de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial por debajo de los 80 milímetros de mercurio.

- También se podrían desencadenar una Hipocapnia o hipercapnia, la hipocapnia es una deficiencia en la presión parcial de dióxido de carbono (PaCo₂) en sangre arterial por debajo de los 35 milímetros de mercurio, mientras que la hipercapnia es una elevación anormal de la PaCo₂ por arriba de los 45 milímetros de mercurio.
- En las lesiones de la vía aérea se incluyen los traumatismos dentales, daño en la articulación temporomandibular y también en la mucosa de la orofaringe, perforación faringo-esofagica y en algunos casos la lesión de las cuerdas vocales.
- El broncoespasmo que es básicamente el estrechamiento de la luz de los bronquios y el laringoespasmo que se debe a una respuesta exagerada del reflejo de cierre glótico, son complicaciones que podrían presentarse en algún determinado momento y como consecuencia atentar contra la vida del paciente si no se le brinda un tratamiento adecuado.
- Durante la anestesia general se pueden presentar algunas alteraciones cardiovasculares como hipotensión, bradicardia, hipertensión y taquicardia, son eventos que se han convertido en un importante problema clínico y que es importante evitar en el transoperatorio.
- El nivel de conciencia inadecuado es uno de los problemas que mayormente atemoriza a cualquier paciente, este puede desencadenarse por una anestesia general demasiado superficial; causando en el paciente dolor y que en algunas ocasiones pueda ser consciente de lo que pasa a su alrededor generándole molestias e incomodidad.

2.9 ANESTESIA RAQUIDEA.

La anestesia subaracnoidea o raquianestesia se define como la interrupción temporal de la transmisión nerviosa dentro del espacio subaracnoideo al inyectar un anestésico local en el líquido cefalorraquídeo (LCR).²²

Al realizar una punción subaracnoidea habitualmente elegimos un inter espacio que esté alejado de la médula espinal para evitar su punción accidental. Este inter espacio debiera ser más caudal que el borde inferior de la primera vértebra lumbar (L1), ya que, según los textos clásicos, el cono medular llega a esta altura en cerca de 90% de los casos. Sin embargo, Broadbent reevaluaron este punto en una cohorte de 97 pacientes a los que se realizó una resonancia nuclear magnética y evidenciaron que en 19% de los casos el cono medular se extendía más caudal que L1. Habitualmente solemos utilizar referencias anatómicas como guía para detectar el inter espacio más apropiado, sin embargo, esta práctica es inexacta y puede derivar en una elección con riesgo potencial. Estudiaron lo precisa que es la Línea de Tuffier (o la línea que une las crestas ilíacas) para detectar un inter espacio a nivel lumbar.

El conducto raquídeo se origina en el agujero occipital y termina en el hiato sacro encontrando, como límite anterior, el cuerpo vertebral, lateralmente los pedículos y las láminas y las apófisis espinosas posteriormente. Las apófisis vertebrales están conectadas por el ligamento supraespinoso que conecta, a su vez, los vértices de las apófisis espinosas, el ligamento interespinoso que une las superficies horizontales de dichas apófisis y el ligamento amarillo que une las láminas vertebrales. Al nacer, la médula espinal termina en L3 y asciende para alcanzar la posición adulta a nivel de L1 o L2 a los 2 años de edad. El nivel vertebral en el cual puede encontrarse el fin de la médula espinal varía ampliamente desde T12 hasta el espacio intervertebral L3/L4; en el 51% de la población, la médula espinal terminará a nivel de L1/L2. Las raíces nerviosas de los segmentos lumbares, sacros y coccígeos salen del cono medular para formar la cauda equina, por lo que es recomendable, con base en la evidencia científica, la inserción de las agujas espinales por debajo de L2.

La médula espinal se encuentra envuelta por las meninges duramadre, aracnoides y piamadre. La dura madre, capa de tejido conectivo densa, contiene a la médula espinal y las raíces nerviosas que la penetran; está compuesta de fibras de colágeno y elastina (las cuales poseen una orientación longitudinal), extendiéndose desde el agujero magno hasta S2. La aracnoides a vascular, en íntima relación con la duramadre, representa la meninge más importante y activa, pues delimita, el espacio subaracnoideo que contiene el líquido cefalorraquídeo y permite el transporte de los anestésicos locales; consta de dos porciones, una densa laminar que cubre la superficie interna del saco dural y la porción trabecular, la cual se encuentra distribuida como telaraña alrededor de la pía madre, esta última altamente vascularizada y adherida a la médula espinal. El líquido cefalorraquídeo es claro e incoloro; es producido en los plexos coroideos, pero existe cierta evidencia de producción extracoroidea. Diariamente se producen cerca de 500 ml (0.35mL/min). El volumen total de LCR en un adulto es de 150 ml aproximadamente y cerca de la mitad se encuentra contenida en la bóveda craneal. Existe una amplia variabilidad interindividual a nivel lumbosacro, la cual ha sido demostrada por estudios de imagen con resonancia magnética, observándose volúmenes de 28 a 81 ml, siendo también éste uno de los factores más importantes que afectan el pico del bloqueo sensorial y la duración de la anestesia espinal, al diluir el anestésico local administrado e influir en la extensión del nivel del bloqueo por la densidad del líquido cefalorraquídeo (dependiendo de la edad, sexo, embarazo y procesos mórbidos) que varía entre 1,003 y 1,009 g/ml a 37 °C(2,5).²³

Técnica.

La elección de la aguja se hará con base en su calibre y bisel; estas características impactan directamente sobre la incidencia de cefalea postpunción, siendo recomendables la aguja de punta cónica o lápiz y de menor calibre (25 a 27 Gauge) que reduzcan al máximo el tamaño del orificio en la duramadre. Existen tres posiciones empleadas para la administración de la técnica.

El decúbito lateral es la más comúnmente utilizada, donde la cauda equina se aleja de la línea media hacia anterolateral a favor de la gravedad, alejándose, por lo tanto, de

la aguja espinal. Según el tipo de cirugía y la baricidad del anestésico local empleado, el paciente se colocará con el hemicuerpo, que se someterá a cirugía hacia arriba o hacia abajo si se usan anestésicos locales hipobáricos e hiperbáricos respectivamente. La posición de sedestación se elegirá cuando se desee mantener un nivel de anestesia sensitiva lumbar baja o sacra para cirugías perineales y/o urológicas, dejando al paciente sentado durante cinco minutos; si no es así, se le colocará inmediatamente en decúbito supino. Es sumamente útil cuando la obesidad hace difícil identificar las referencias anatómicas. El decúbito prono se elige para cirugía de periné o región sacra y también cuando el paciente mantiene esta posición durante la cirugía, empleando una solución hipobárica. Éste se realiza colocando una almohada bajo el abdomen del paciente, disminuyendo la lordosis lumbar. Se utilizarán los espacios intervertebrales comprendidos de L2 a L5, siendo el acceso por vía media el más empleado, introduciendo la aguja por debajo de la base de la apófisis espinosa con dirección cefálica y media.

La vía paramedia está recomendada en casos de deformidades raquídeas, puncionando a nivel del punto medio de un espacio intervertebral de 1 cm por fuera de la apófisis espinosa. Se punciona orientando la punta de la aguja hacia el eje mayor de la columna vertebral, atravesando la masa muscular paravertebral y el ligamento amarillo; si se redirecciona con angulación cefálica excesiva inicialmente se puede contactar con la lámina vertebral impidiendo su avance y mayor riesgo de punción de las venas epidurales. Existe otro abordaje menos popular, la vía de acceso de Tylor o lumbosacra, la cual puede usarse cuando las otras vías han fallado, pues es una vía paramedia dirigida al espacio intervertebral L5/S1, que es el de mayor tamaño. El paciente puede estar en posición sedente, lateral o prona. La aguja se insertará a una distancia de 1 cm en posición medial e inferior respecto a la espina ilíaca posterosuperior, dirigiéndola en dirección cefálica con un ángulo de 45 a 55 grados, suficientemente medial para alcanzar la línea media de la apófisis espinosa de L5, teniendo como primera resistencia importante el ligamento amarillo; después se punciona la duramadre obteniendo líquido cefalorraquídeo. Una vez obtenido el líquido cefalorraquídeo, se conecta a la jeringa con la dosis de anestésico local.

La aspiración del LCR ofrece la visualización de un efecto birrefringente, confirmando la afluencia del mismo; inyectando posteriormente el anestésico local a una velocidad de 0.2mL/segundos, evitando turbulencias y la diseminación inadecuada del fármaco.²⁴

2.10 COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA RAQUÍDEA.

La anestesia espinal, al igual que otras técnicas anestésicas, no está exenta de complicaciones. Éstas, desde un punto de vista práctico, pueden clasificarse de manera arbitraria en transitorias y permanentes.

Transitorias.

- Hipotensión arterial.
- Cefalea pos-punción dural.
- Dolor de espalda.

Más graves.

- Toxicidad sistémica.
- Retención urinaria.
- Bloqueo espinal total.
- Afección del VI nervio craneal.

Permanentes.

Es una situación en extremo rara, una de las más serias y temidas, puede consistir en: parálisis permanente, síndrome de la cola de caballo o mielitis transversa. Estas complicaciones neurológicas se atribuyen a contaminación del equipo con detergentes, acentuaciones por la anestesia espinal de enfermedades preexistentes del SNC, sangrado después de la punción lumbar en pacientes con discrasias sanguíneas, pacientes que reciben terapia anticoagulante y ocasionalmente un daño directo con la aguja.²²

Después de conocer detalladamente las técnicas que normalmente se emplean en el medio, es importante continuar ampliando más el tema en otros puntos de mucha importancia que de alguna manera influyen en todas las técnicas anestésicas como la visita preanestésica y todo lo que interviene en ella.

2.11 VISITA PREANESTÉSICA.

La evaluación preoperatoria del paciente sometido a cirugía tiene el fin de abordar las cuestiones relativas a la seguridad y la eficacia del proceso perioperatorio. El principal objetivo de la valoración preoperatoria consiste en permitir la ejecución del procedimiento quirúrgico requerido o deseado con la mínima exacerbación de alguna enfermedad preexistente, evitar nuevas morbilidades y permitir una adecuada y rápida recuperación para el paciente. El hecho de que un paciente quirúrgico requiera tratamiento posoperatorio en una unidad de terapia intensiva muchas veces depende de que cualquier patología conocida haya sido perfectamente identificada y tratada antes del procedimiento quirúrgico, lo cual depende de una adecuada valoración preanestésica. En caso de pacientes con patologías no complicadas generalmente son suficientes las valoraciones preanestésicas del cirujano y del anesthesiólogo el día de la cirugía. Sin embargo, muchos otros pacientes requerirán una valoración más extensa, dependiendo de su estado de salud. Dicha valoración puede requerir la participación de un equipo completo de especialistas que conduzca a la evaluación, que en casos seleccionados puede incluir la admisión a una unidad de terapia intensiva para la optimización preoperatoria. En diversos estudios se ha visto que a los pacientes identificados como de alto riesgo a quienes se les brinda una mejoría de su condición de salud antes del procedimiento quirúrgico, se les proporciona al mismo tiempo una reducción importante en la mortalidad, así como de los costos hospitalarios, ya que se disminuyen los incidentes perioperatorios y la necesidad de un ingreso a terapia intensiva, así como el tiempo de recuperación posoperatorio.

En los pacientes que requieran la valoración de un especialista, aparte del anestesista, se recomienda su ingreso al hospital al menos un día previo al procedimiento quirúrgico, con el fin de que se puedan realizar los exámenes requeridos y su

interpretación, y en todo caso iniciar el manejo que permita la optimización del estado actual de salud. La valoración preanestésica se debe enfocar en la garantía de la realización segura del procedimiento anestésico y quirúrgico; sólo el equipo de anestesia puede determinar la salud de un paciente para la administración de la anestesia y decidir la técnica de anestesia apropiada. La historia y el examen físico proporcionado por otros especialistas brindan la información al personal de anestesia para hacer aquella determinación.

Durante la visita preanestésica deben conseguirse los siguientes objetivos:

- Evaluar la historia clínica, examen físico y estudios complementarios.
- Detectar patologías preexistentes y determinar el riesgo individual.
- Optimizar el estado preoperatorio del paciente.
- Establecer profilaxis específicas.
- Considerar posibles interacciones medicamentosas con fármacos anestésicos.
- Establecer una adecuada relación anestesista-paciente, que permita una adecuada comprensión del proceso anestésico-quirúrgico, favoreciendo la ansiólisis.
- Desarrollar una estrategia anestesiológica, minimizando los riesgos individuales perioperatorios.
- Proporcionar una adecuada información del proceso y obtener una cobertura legal a través del consentimiento informado para procedimientos anestésicos.
- Pautar una premedicación.

Un aspecto muy importante de la entrevista preoperatoria es la oportunidad del anestesista para informar al paciente y a los familiares acerca de los aspectos relacionados con el procedimiento anestésico, que en muchas ocasiones es la parte más inquietante de la cirugía. Deben contar con una clara explicación sobre los riesgos asociados con la anestesia, como son náusea, vómito, mialgias, daño a piezas dentarias, neuropatía periférica, arritmias cardíacas, infarto del miocardio, atelectasias, aspiración, evento vascular cerebral, reacción alérgica a medicamentos e incluso la muerte. Se debe

explicar también la vía de administración de los fármacos a utilizar, así como las reacciones adversas asociadas con ellos, el tiempo de espera aproximado desde que trasladan al paciente a quirófano hasta su regreso a su habitación, la probable presencia de dispositivos como el catéter venoso central, tubo orotraqueal, sonda orogástrica, sonda urinaria y catéter arterial o periférico, y la existencia de dolor posoperatorio y los métodos para su control.²⁵

Revisión de la historia clínica y evaluación del estado físico del paciente.

Es relevante conocer del paciente los antecedentes respiratorios, cardiovasculares, genitourinarios, metabólicos, neuro-psiquiátricos, uso de medicamentos legales o ilícitos, alcohol, tabaco, intervenciones quirúrgicas previas y los antecedentes anestésicos relacionados, así como capacidad funcional general que pueden ser consignados en la pauta de Evaluación pre anestésica. El examen físico puede incluir signos vitales, datos antropométricos generales y la evaluación de la vía aérea superior para determinar algún factor de riesgo relacionado con la intubación endotraqueal. Para evaluar este riesgo se puede usar la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana y la abertura bucal. De la misma forma es necesaria la clasificación del estado físico.

Al valorar el riesgo quirúrgico el factor constante solo es el paciente, tanto el cirujano como el anestesista atienden al enfermo. El paciente no puede soportar una mala anestesia o una mala operación, y solo los médicos relacionados practican una mala intervención o los profesionales en anestesiología administran una mala anestesia. Como resultado de dichas consideraciones se clasifica a los enfermos para procedimientos quirúrgicos en varias clases de condición física denominadas estados físicos. Esta clasificación la elaboro Saklad y la modifiqué y adopté en 1963 el comité de la American Society of Anesthesiologists y la aprobó el House of Delegates como un sistema uniforme de clasificación de los pacientes. Dicha clasificación se representa de la siguiente manera:

- Clase 1: Paciente sano normal, ninguna afección ni otra patología quirúrgica. Sin alteraciones sistémicas.
- Clase 2: Paciente con afección sistémica leve, alteraciones sistémicas por a) enfermedad general o b) estado quirúrgico.
- Clase 3: Paciente con enfermedad sistémica moderada a grave, alteración sistémica por a) enfermedad general, b) estado quirúrgico que limita la actividad, pero no causa incapacidad.
- Clase 4: Paciente con una enfermedad sistémica grave, incapacitante y que es un peligro inminente para la vida.
- Clase 5: Enfermo, moribundo que no se espera sobreviva 24 horas con la operación o sin ella.
- Urgencia: Precede al número con una U.²⁶

2.12 CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS EN LA VISITA PREANESTÉSICA.

Existen algunos aspectos psicológicos o determinadas situaciones que tienen cierta influencia en el paciente y en la manera en cómo estos perciben una técnica anestésica, es importante conocer cada uno de ellos; ya que seguramente estos tienden a generar pensamientos y creencias erróneas aun cuando el paciente no se ha enfrentado al acto anestésico y todo lo que implica dicha experiencia.

2.12.1 Influencia del miedo.

Normalmente se tienden a confundir los conceptos de miedo y temor, sin embargo, son dos cosas muy distintas, el miedo es un comportamiento emotivo caracterizado por un tono afectivo de desagrado, y acompañado de actividad del sistema nervioso simpático con varios tipos de reacciones motoras como temblor, encogimiento, huida o ataques convulsivos. Mientras que el temor es una actitud emotiva caracterizada por un tono hedónico desagradable y por la idea de que puede ocurrir un mal en el futuro.²⁷

El estado mental o psicológico de un paciente programado para la operación influye intensamente en el resultado final de una cirugía, es por ello que es importante saber identificar cuando el paciente presenta temor a una determinada situación a la cual aún no se ha enfrentado.

Sheffer identificó alguno de los temores relacionados con la anestesia que experimenta normalmente un paciente antes de la intervención. Incluyen el temor a que pueda revelar secretos; a que la operación se inicie muy pronto; que pueda despertarse durante la operación; que quizá no despierte después de la operación. Se puede representar sistemáticamente que la influencia del temor origina irritabilidad del sistema nervioso y por último resistencia a la anestesia.

Las respuestas emocionales de pacientes quirúrgicos a la anestesia incluyen:

- Reacciones de defensas: basadas en la sospecha y que se manifiestan por resistencia, su presión o aislamiento y falta de cooperación.
- Reacciones de conversión: el temor se expresa en dos formas por una conducta motora poco común y por respuesta autónoma.
- Alteraciones del sueño: se encuentran en el 40%.
- Trastornos del ánimo: se presenta en 38% y se manifiesta por fatiga, fijaciones, sentimientos de culpa y desmerecimiento.
- Deformación de la realidad: en 11% de los pacientes se observó reacción de pánico.²⁶

2.12. 2 El paciente y la ansiedad.

Los pacientes suelen expresar temores y angustia con respecto a la anestesia. La angustia es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por un temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico. La ansiedad puede ser una característica constitucional de la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) o bien ser causada por el acto quirúrgico (ansiedad-estado). La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en

el período perioperatorio y, en cierta medida, se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor la intervención. Los estudios clínicos han puesto en evidencia la dificultad para apreciar, durante la consulta preanestésica, el grado de ansiedad del paciente, dado que, aunque los pacientes pueden manifestar ansiedad durante la anamnesis, los más introvertidos suelen reprimirla.

El nivel de ansiedad del paciente con respecto a la anestesia se puede evaluar por medio de la escala de Amsterdam. Dicha puntuación para la evaluación de la ansiedad preoperatoria "Ámsterdam preoperative anxiety and information scale" (APAIS), incluye seis preguntas a las que el paciente debe responder según una escala de 5 puntos, de 1= absolutamente no, a 5 = enormemente.²⁸

Escala de Amsterdam.

1. Estoy inquieto con respecto a la anestesia.
2. Pienso continuamente en la anestesia.
3. Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia.
4. Estoy inquieto con respecto a la intervención.
5. Pienso continuamente en la intervención.
6. Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención.

Tipos de ansiedad.

Es necesario valorar la capacidad de los pacientes para afrontar la ansiedad ya que la anestesia y la intervención originan una situación de gran estrés. Siempre hay una reacción emocional cuando se sabe que habrá que afrontar tanto el peligro físico como el dolor. Las personas mentalmente estables les dan más importancia a los riesgos que a los beneficios.

Spielbergere ha delineado dos tipos de ansiedad:

- 1- Ansiedad de situación: El temor inmediato a corto plazo que puede experimentar una persona en respuesta al estrés ambiental o de situación que afronta súbitamente. La ansiedad de situación es un estado pasajero cuya intensidad es variable y fluctúa con el tiempo sin embargo no es de desproporcionadamente intensa ni patológica.

- 2- Carácter de ansiedad una disposición: una disposición de la personalidad que es estable durante el tiempo; es un tipo de ansiedad crónica que representan un estado de trato interpersonal continuo es probable que tipo de persona mal adaptado se relacione con respuestas patológicas y neuróticas.²⁶

Métodos no farmacológicos para tratar la ansiedad preoperatoria.

La mayoría de los pacientes en espera de cirugía tienen cierto grado de ansiedad, unos la demuestran más que otros, más todos en cierto momento se preguntan a sí mismos:

¿Sobreviviré a esta operación? ¿Qué tanto me dolerá? ¿Qué me harán? ¿Cómo me veré después? ¿Podré hacer el amor? ¿Me podré embarazar otra vez? ¿Cuándo podré regresar a trabajar? ¿Tendré cáncer?

La capacidad de percibir y de regular la ansiedad varía de paciente a paciente, algunos pueden hacerlo solos, otros simplemente lo discuten con él o la cónyuge, otros prefieren reflejar sus pensamientos en ciertos familiares y otros tienen un verdadero pánico, no obstante haber recurrido a todos los recursos mencionados a veces es suficiente hacer preguntas y pedir al médico o la enfermera que las conteste, y en otras ocasiones preguntas no formuladas quedan sin contestación, lo que deja dudas y mantiene ciertos temores. Para algunos pacientes estas intervenciones no son suficientes para calmar su ansiedad; en estos casos, ciertas técnicas de conversación personal les reafirman que habrá resultados favorables. Los pacientes pueden hallarse estresados por diferentes motivos, incluidos los resultados de la operación, el costo de

la hospitalización, problemas de la familia en su ausencia, separación de la familia, pérdida de auto representación, así como temor de perder control bajo la anestesia.

La ansiedad puede manifestarse como temblor, hipertensión, insomnio y diaforesis, hasta llanto, enojo, conflicto, discusiones interminables, pánico, comportamiento infantil, regresión y otras situaciones, como negativismo e intolerancia. Las técnicas para reducir la ansiedad incluyen la eliminación de impedimentos para afirmar la función del ego del mismo, así como la conversación con familiares que puedan influir en el paciente. La entrevista con el anesthesiólogo o con el cirujano debe ser útil para erradicar temores y dudas expresadas por los pacientes. Es importante que los médicos tratantes discutan no sólo los problemas de salud, sino cualquier otro que presente el paciente o que parezca darle problemas, aunque sea personal. Los síntomas de regresión y comportamiento infantil pueden mejorar apoyando las funciones del ego que están impedidas: vestido, traje, remplazar su camisión por comida, no poder hablar por teléfono, etc.

En la discusión los médicos deben tratar de encontrar las causas de ansiedad sin hacer sentir culpable al paciente o reprocharle por tener ansiedad, al contrario, demostrar entendimiento, comprensión y ofrecer soluciones simples. Forzar al paciente a admitir la causa de ansiedad puede empeorar la situación, a veces precipita manifestaciones físicas como amenazar con salir del hospital, dar de gritos al personal y aun proferir insultos. Escuchar las quejas o los temores, con comprensión, entendimiento y apoyo leve en general es suficiente en la mayor parte de los casos, por ejemplo, hace notar que a otros pacientes les pasa lo mismo, sugerir que el personal está acostumbrado a estas reacciones y hacerles ver que se entienden las razones de su ansiedad. Todas esas técnicas se llaman de apoyo indirecto o psicoterapia expresiva.

La hipnosis usada apropiadamente ha sido aplicada por Chávez y Barker, quienes demostraron una reducción de la ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos. Considerando que la hipnosis es un estado de atención concentrada y reforzada, enfocándola en un objeto o una acción, durante un estado de sueño o trance, puede utilizarse, ya que se realiza por hipnoterapéutas con experiencia, por lo general apoya y refuerza el ego, permitiéndole funcionar y aplicar cierto control, aumenta los mecanismos

de adaptación. Sin embargo, no es efectiva en todos los casos y los pacientes tienen que ser seleccionados, porque no todos los sujetos son hipnotizables. Aquellos que la emplearán tienen que ser entrenados y utilizar métodos específicos para enseñar al paciente, reforzar la técnica si es necesario y practicarla sólo en pacientes susceptibles por hipnoterapeutas entusiastas, en un esfuerzo por evitar fármacos, como en el embarazo del primer trimestre. Si estas técnicas fallan, se puede recurrir a medicamentos con acción ansiolítica.²⁹

SITUACIONES QUE PODRIAN CREAR PERCEPCIONES DISTORCIONADAS EN EL PACIENTE SOBRE LA ANESTESIA.

Es normal que, en alguna ocasión a lo largo de la vida del ser humano, se pueda llegar a experimentar algún tipo de temor, sobre todo en aquellas circunstancias poco conocidas, en las que sentirse vulnerable se convierte en el mayor enemigo, a continuación, se detallará un poco más sobre algunas situaciones relacionadas a la anestesia, que podrían causar temor en los pacientes que en algún momento enfrentaran un procedimiento anestésico.

Despertar intraoperatorio.

Varios reportes de los medios han producido temor a despertar durante la anestesia en la psique de la población en general. Los recuentos de recuerdos y desesperanza al estar paralizado han hecho que la inconciencia sea una de las principales preocupaciones de los pacientes a anestesia general. Algunos informes están sobre dramatizados; sin embargo, cuando se presenta el despertar las personas tienen síntomas que van desde angustia leve, hasta trastorno de estrés post traumático (p. ej. alteraciones del sueño, pesadillas y problemas sociales).

Aunque es difícil documentar la incidencia ciertos patrones están claros. Los estudios más citados hablan de incidencia del despertar bajo anestesia general en el orden de 0,2% a 0,4%. En muchos casos el despertar se relaciona con la profundidad de la

anestesia que pueda tolerarse, el Anesthesia Closed Claims Project (ASACCP) informó de 79 casos de despertar, alrededor del 20% fue de parálisis al estar dormido y el resto fue de recuerdo bajo anestesia general. La mayor parte de las reclamaciones fue por parálisis al estar dormido se debió a errores en la etiquetación y administración de medicamento. El recuerdo bajo anestesia general fue más frecuente en mujeres y con anestesia basada en opioides y relajantes musculares sin anestésico volátil. Además de mala tolerancia a la anestesia y a errores en los medicamentos, ciertos enfermos tienen mayor requerimiento de anestésicos, los jóvenes, los fumadores y los que han usado ciertas drogas por largo tiempo.¹²

Mortalidad en el quirófano.

La muerte puede definirse como el cese de las funciones integradas para la vida. La vida depende de la integración de los siguientes mecanismos fisiológicos: ingestión, digestión y absorción; respiración, circulación y coordinación (sistema nervioso y endocrino, metabolismo, excreción y eliminación). La muerte ocurre si se deteriora o detiene en grado considerable cualquiera de estas funciones. Gracias a estos conocimientos es posible diferenciar entre muerte clínica y muerte biológica, en la primera se detienen todas las funciones esenciales o vitales, la persona está aparentemente sin vida. En ocasiones es reversible como en el caso de un paro cardiorrespiratorio agudo. Existe muerte biológica cuando ningún grado de reanimación puede reintegrar a un paciente.

Cuando la muerte se debe al deterioro de las principales funciones vitales, dicho fenómeno suele ir precedido de un periodo prolongado de síntomas. En consecuencia, los pacientes con enfermedades crónicas y obstrucción intestinal prolongada y los enfermos con peritonitis pudieron pasar por la etapa de reversibilidad, y por consiguiente morir a causa de su enfermedad y no por la anestesia o la intervención quirúrgica. Por otra parte, la alteración de las funciones intermedias suele precipitar las llamadas muertes súbitas, en lo básico se relaciona a la supresión de oxígeno a los tejidos. En el quirófano las causas morfológicas de muerte son secundarias. Contribuyen al grado en que altera la función fisiológica. Es necesario reconocer que a menudo los mecanismos

fisiológicos causan la muerte sin datos positivos y que, en muchos casos no existen alteraciones demostrables en la necropsia. No se justifica suponer la causa de la muerte sin un estudio mortem amplio. Además del estudio patológico de tejidos debe obtenerse información bioquímica considerable.²⁶

El error en la práctica anestésica.

El acto anestésico, al igual que todo proceso realizado por el ser humano, está sujeto a sufrir las consecuencias de fallas humanas. La anestesiología es una especialidad de alto riesgo y susceptible a un gran número de errores. Éstos son resultado de una serie de eventos desafortunados que no fueron previstos, detectados o revertidos en su momento y que impactan de manera negativa en la calidad y seguridad de la atención y acto médico.

Por este motivo el anestesista debe de ser un profesional con un profundo conocimiento científico y técnico de la especialidad que practica y en especial un líder que implemente en su práctica cotidiana procesos encaminados a prevenir y eliminar malas prácticas que puedan resultar en diferentes eventos adversos y complicaciones en el enfermo bajo su responsabilidad. La prioridad es revisar el sustrato del error médico en la anestesiología, sus condicionantes, análisis, repercusiones, prevención y la implementación de procesos encaminados a su erradicación.

Los errores más frecuentes de medicación en el quirófano son:

Rotulación inadecuada de la jeringa.

Múltiples jeringas y ampulas en la mesa de trabajo del anestesista.

Mal manejo de los puntos decimales.

Errores en la preparación de diluciones y en la programación de las bombas de infusión.

Confusión de jeringas.

Falta de conocimiento de la farmacología de los medicamentos anestésicos empleados.

Falta de capacitación, no verificación ni doble cotejo.

Multifarmacia.

Fatiga, estrés extremo.

Para evitarlos se recomienda un adecuado entrenamiento clínico, farmacológico, equipamiento, en especial en bombas y sistemas de infusión, supervisión a residentes y a estudiantes de anestesia que se encuentren en el quirófano, de ser posible nunca trabajar solo, no trabajar bajo situaciones de fatiga o estrés, tener en orden la mesa de trabajo y en especial el rotular tanto jeringas como ámpulas que contienen los medicamentos. Es importante mencionar que el etiquetado debe de ser claro, anotar el medicamento, el contenido total de éste por jeringa y la cantidad por mililitro, además de seguir las indicaciones de la codificación internacional de colores. Todo esto se puede resumir en que es imprescindible el desarrollo e implementación de procesos y protocolos vigentes y actualizados, que sean de conocimiento y aplicación general, entre todo el grupo de anestesiistas, los que deben de actualizarse y tener un programa de difusión y capacitación constante entre todo el personal. Es esencial tener presente los diferentes errores que se pueden cometer en el quirófano por parte del anestesista, debido a estos, se generan rumores que no son ciertos y que de alguna forma ocasionan ansiedad, temor y estrés en aquellos pacientes, que nunca han sido intervenidos quirúrgicamente y por lo tanto no se les ha administrado algún tipo de anestesia, ya sea general o raquídea.³⁰

Revelación del alma durante la anestesia.

Las experiencias extra corporales han sido uno de los temas abordados por las personas que manifiestan haber tenido una experiencia similar en algún determinado momento de su vida, en la que el espíritu o el alma se separan del cuerpo para acceder a otros planos de la realidad. Los denominados viajes extracorpóreos son una de las formas más cercanas que puede experimentar cualquier ser humano mediante determinadas técnicas.

La mayor parte de las personas han tenido si no una experiencia como tal, sí una aproximación de lo que significa el desdoblamiento del cuerpo o lo que muchos le llaman

la separación cuerpo-alma. Quién no se ha despertado alguna vez sobresaltado por una sacudida, como si hubiera caído desde alguna altura a la cama donde hasta ese momento permanecía dormido. Esta parece ser la manifestación de ese otro cuerpo que anima y nos ha dotado de conciencia. La cuestión es, quizá, saber interpretar el lenguaje del alma. Se ha escuchado hablar y relacionar muchos acontecimientos vividos por algunos pacientes que han experimentado algún tipo de conciencia aun estando bajo los efectos farmacológicos de una técnica anestésica, y a lo que ellos llaman “mi alma abandono el cuerpo”, gracias a estas experiencias y testimonios posiblemente incorrectos se ha creado la idea de que el alma puede salir del cuerpo de un paciente anestesiado, creando temor irracional sobre algo que es científicamente poco probable.

El concepto de que todos poseemos un alma o espíritu animado, comunicativo y movible trasciende la existencia física del cuerpo humano, ya que acepta como hecho los teoremas en los que se basan numerosas filosofías y religiones tanto orientales como occidentales, cuya prevalencia en ciertas culturas ha sido motivo de debates, desacuerdos, conflictos, guerras y controversias descritas a principios del siglo XX por MacDougall. Además, la relación entre algunos términos empleados en el lenguaje anestésico se intercambia por dichos y verbalizaciones de la teoría “espiritista”, como lo ha expuesto Gravenstein, quien ha relacionado palabras como “exhalación” de la vida refiriéndose a la última respiración o a la entrada del alma cuando el recién nacido toma la primera inspiración, aunque sin llegar a definir cuándo y cómo se inició tal relación.

Dicho concepto se ha expandido al describir algunas de las experiencias ocurridas durante el acto anestésico referidas por infinidad de pacientes, las cuales han sido concebidas como sueños, alucinaciones o pesadillas. Algunas observaciones hechas durante estos relatos han sido motivo de elucubración de teorías esotéricas que han tratado de proveer explicación para tales fenómenos incluyendo una o más de las siguientes premisas: La personalidad específica del paciente en cuestión. Experiencias anteriores, o patología psíquica previa, por ejemplo, ansiedad o depresión. Ciertos fármacos empleados en anestesia, como ketamina, morfina y otros. Algunos adyuvantes como la escopolamina, el droperidol, el haloperidol, etc.

La alteración del estado consciente que ocurre durante la anestesia puede considerarse una variación reversible desde el punto de vista fisiológico, ya que los agentes anestésicos tienen un efecto depresivo sobre la sustancia reticular en el bulbo raquídeo, es decir, interrumpen una de las funciones primordiales del sistema nervioso central (SNC). A propósito de ello, algunos autores, se han atrevido a expresar que el cerebro es sólo un instrumento en el proceso de pensar y actuar del ser metafísico que controla la mente y, a su vez, el cuerpo humano. Ya sea que se le denomine alma, ánima o espíritu, tal concepto, aunque vago, no puede ser considerado trivial. Como evidencia objetiva de la inmortalidad del alma se han propuesto los relatos dramáticos de pacientes que han sobrevivido a paros cardíacos o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea y que han tenido experiencias como la de notar que su alma salió del cuerpo, sin sentir dolor, angustia o ansiedad con respecto a su muerte inminente o a la posible separación permanente de sus seres queridos o simplemente por pasar a una “mejor vida”. Dichos pacientes han descrito una luz brillante al final de un túnel, han reconocido a familiares o amigos ya fallecidos, y aún más: algunos han escuchado una “voz sobrenatural”.

A esta ocurrencia se le ha llamado autoscopia, y se le ha definido como la experiencia de haber observado el propio cuerpo desde fuera de éste, y se le ha relacionado con otros eventos peculiares, incluyendo utilizaciones no médicas de la ketamina y la inhalación del llamado “polvo de ángeles” o la de óxido nitroso, inhalación que produce una “despersonalización”, también llamada síndrome del doble. Se supone que todos los seres humanos tenemos este síndrome, aunque no siempre pueda identificársele. También se alude a experiencias místicas, muchas de las cuales han sido provocadas por la ingestión de hongos o peyote, o al fumar marihuana. Todas esas experiencias han sido ampliamente debatidas. La idea de percibir en imagen la muerte y la de un renacimiento han sido descritas con elocuencia por el autor escocés de obras de teatro J. M. Synge al relatar su experiencia con anestesia por éter sulfúrico: “La impresión de que había yo muerto el día anterior era definitiva y fue seguida por una en la que había vuelto yo a la vida; tal impresión nunca ha cambiado desde entonces”. Semejantes eventos han sido contados por otros pacientes anestesiados. Además, sagas similares han sido descritas por “psíquicos”, “mediums” o “canalizadores” que

actúan como facilitadores o comunicadores entre clientes y espíritus en vidas anteriores o vidas futuras, así como en ciertos lugares habitados siglos atrás. Impresionante ha sido la relación hecha por Fischer, autor que describió un continuum entre el estado consciente y la inconsciencia que incluye al principio éxtasis, y después hiperestimulación que cede ante una hipoestimulación para llegar a una fase letárgica, proceso que se revierte al presentarse en orden inverso en el proceso de despertar. En tal travesía, se contemplan el fenómeno del “sí mismo” como una dimensión mental, personajes como el “conocedor” y el “creador de imagen” que aparecen como pretendientes, así como la función del “yo” en un mundo objetivo y en un mundo imaginado. Por último, el propio Fischer propuso que la comunicación entre el “yo” y el “yo mismo” sólo es posible durante los estados de sueño, las alucinaciones o la anestesia. Fischer argumentó en su texto Cartografía del espacio interior que el alma y la personalidad de cada uno de nosotros se alían y llegan a revelarse en casos de experiencias traumáticas como paros cardíacos, anestésias en plano profundo, accidentes casi mortales, experiencias trascendentales, etc. Estas últimas han sido descritas por individuos que han intentado descubrir el secreto ulterior del universo u otra “fase de la vida”, como lo relató Shoemaker después de haber recibido una anestesia con éter. De manera semejante, Talbot, luego de una autoadministración de óxido nitroso, refirió que “al pasar a la inconsciencia cayó en la cuenta de que podía resolver los misterios del universo”.

Otros famosos personajes han tratado de comunicar cómo sus propias experiencias con anestesia afectaron su entendimiento del propio ser, entre ellos William James, quien durante la inhalación de óxido nitroso creyó percatarse de que “la verdad estaba evidentemente abierta por debajo de una profundidad que me dejaba ciego mientras que la mente era capaz de ver toda la razón de ser”.

Quizá el individuo que tuvo mayor experiencia en este campo fue Benjamin Paul Blood, quien realizó investigaciones con éter y óxido nitroso durante 27 años en su intento por encontrar la “revelación anestésica” para al final concluir: “la lección es con seguridad inherente; el Reino es nuestro”, de acuerdo con lo interpretado por Smith,

quien aseguraba que Blood había visto el “Paraíso Prometido” bajo anestesia. No obstante que no se presentó evidencia alguna de que tal visión ocurrió, otros continúan su búsqueda.³¹

3.0 SISTEMA DE HIPOTESIS.

3.1 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION:

Hi: La percepción del paciente sobre la anestesia en la visita preanestésica es distorsionada, en los hospitales nacionales de La Unión y San Francisco Gotera, El Salvador, año 2017.

3.2 HIPOTESIS NULA:

Ho: La percepción del paciente sobre la anestesia en la visita preanestésica no es distorsionada, en los hospitales nacionales de La Unión y San Francisco Gotera, El Salvador, año 2017.

3. 3 OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Hi: La percepción del paciente sobre la anestesia en la visita preanestésica es distorsionada, en los hospitales nacionales de La Unión y San Francisco Gotera, El Salvador, año 2017.</p>	<p>Percepción sobre la anestesia.</p>	<p>Conjunto de conocimientos adquiridos por medio de las impresiones que comunican los sentidos, relacionados a un procedimiento o técnica anestésica a la cual deberá enfrentarse el paciente.</p>	<p>Genero.</p> <p>Ubicación geográfica.</p> <p>Nivel de enseñanza del paciente.</p> <p>Conocimiento del paciente.</p> <p>Temores.</p>	<p>Masculino. Femenino.</p> <p>Rural. Urbana.</p> <p>Sin estudios. Educación Básica. Bachillerato. Universitario.</p> <p>Que es la anestesia Técnicas anestésicas que conoce. Porque es necesario ayunar antes de la cirugía Administración de fármacos según la edad Relación en la cantidad del fármaco administrado Qué importancia tiene el anestesista en la cirugía.</p> <p>Temor a no poder caminar después de la anestesia. Temor a que la anestesia sea insuficiente y le produzca dolor Temor a no volver a despertar por la anestesia Temor a sentir reacciones extrañas. Otros.</p>

4.0 DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

La presente investigación fue de carácter **transversal**, ya que se recolectó la información en un tiempo determinado, sin darle seguimiento posteriormente, se evaluó con preguntas cerradas la percepción del paciente sobre la anestesia, así también se considera de tipo **descriptivo** debido a que se detalló de manera específica ciertos aspectos y características que interfieren en las diferentes percepciones que tienen los pacientes sobre las técnicas anestésicas permitiendo conocer más a fondo aquellos rasgos particulares de dicho fenómeno. Dentro de este marco cabe destacar que también es de enfoque o carácter **cuantitativo**, ya que es secuencial y probatorio, cada una de las etapas precede a la otra y no se puede eludir ningún paso, el orden es riguroso, aunque se puede redefinir alguna fase, parte de una idea que va acortándose y una vez delimitada, se derivan objetivos, y preguntas de la investigación, se revisa la literatura, se construye un marco o perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y se determinan variables, se establece un diseño para probarlas, se miden las variables en un determinado contexto, se analizan las mediciones obtenidas con frecuencias y métodos estadísticos y se establece una serie de conclusiones respecto de la hipótesis y así mismo recomendaciones para el lector y futuros estudiantes que se sientan interesados en ampliar la información de la investigación.

4. 2 POBLACION.

La población en estudio la constituyeron los pacientes que fueron sometidos a una intervención quirúrgica, que necesitaban de una evaluación preanestésica en los días previos a la cirugía, que fue conformada por 60 pacientes que representaron la muestra, de los cuales 30 pacientes provinieron del hospital de La Unión y los otros 30 del hospital de San Francisco Gotera. Dichos participantes cumplieron con los criterios de inclusión.

4. 3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes adultos ASA I, II y III.

Procedimientos que requieran de una técnica anestésica.

Pacientes que estén de acuerdo en responder la entrevista.

Pacientes a los que no se les haya realizado la visita preanestésica.

Pacientes que sean intervenidos durante el periodo de elaboración de la investigación.

4. 4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes con deficiencia mental.

Pacientes sordomudos.

Estudiantes o profesionales del área de la salud.

4. 5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

Las técnicas que se utilizaron para la toma y recolección de información son:

4. 5.1 TÉCNICA DOCUMENTAL:

Es una técnica importante en la recolección, interpretación y redacción de la teoría antes presentada, ya que por medio de esta se logró obtener información por medio de: libros, revistas, diccionarios, tesis e Internet, permitiendo enriquecer aún más la investigación.

4. 5. 2 INSTRUMENTO.

Para la obtención de información de los sujetos en estudio, se llevó a cabo la elaboración de una guía de entrevista dirigida, compuesta por dos partes las cuales son: datos generales del paciente y la percepción que el tiene sobre la anestesia.

4.6 PROCEDIMIENTO.

PLANIFICACIÓN.

En la **primera fase** se llevó a cabo la planificación y coordinación para realizar la elección del tema de estudio, seguido de la respectiva aprobación por parte del asesor, después de obtener dicha aprobación se prosiguió a la búsqueda y recopilación de información bibliográfica relacionada con la percepción del paciente sobre la anestesia. Seguidamente se realizó el protocolo de investigación que contiene el planteamiento del problema con la información obtenida y poder así establecer los alcances de la investigación, además se llevó a cabo la estructuración del marco teórico, lo que permite explicar la problemática en estudio y establecer el sistema de hipótesis; elaborando para su comprobación el diseño metodológico y finalizando con la bibliografía y los anexos, que brindan un aporte teórico para el enriquecimiento de la investigación.

EJECUCIÓN.

Previo a la ejecución se realizó la implementación de una prueba piloto, lo que permitió analizar la percepción de la anestesia de manera generalizada, posibilitando la elaboración de las interrogantes y sus posibles respuestas.

La **segunda fase** de la investigación consistió en la ejecución de la investigación, en donde se procedió a realizar la entrevista dirigida según la guía (ver anexo 1) durante la visita preanestésica de la siguiente forma, después de tener la certeza de que el paciente se encontraba con la disponibilidad y confianza de querer participar y cumplía con los

criterios de inclusión, se prosiguió a explicar a cada uno de los participantes el motivo de dicha investigación y los principales objetivos que impulsaron a llevarla a cabo, así también la forma en la que estaba compuesta la guía de entrevista y como se respondería cada una de las interrogantes según el criterio del entrevistado así como la firma del consentimiento informado. Cabe destacar que al participante se le explica que todo lo que hable y/o suceda durante el lapso de tiempo que dura la entrevista quedara en un total anonimato.

RESULTADO.

En **la tercera fase** de la investigación, se incluyeron un total de 60 pacientes, en edades comprendidas de 18 a 73 años, de ambos géneros (masculino y femenino), clasificados según la ASA, que fueron intervenidos en cirugía electiva; se obtuvieron 30 pacientes de cada hospital seleccionado (Hospital Nacional de La Unión y Hospital Nacional de San Francisco Gotera). Previamente se elaboró una entrevista en la cual se tomaron de referencia puntos específicos, para la obtención de datos y de esta manera hacer más eficaz la obtención de información en el estudio, abordando cuestionamientos que parten de lo general a lo particular; iniciando por los datos generales y seguido de las interrogantes relacionadas al conocimiento sobre la anestesia y a los temores.

Aunado a puntos más específicos tales como el tipo de ASA, el hecho de haber sido sometido anteriormente o no, a procedimientos quirúrgicos, donde se le haya administrado una determinada técnica anestésica: seguidamente, el tipo de técnicas conocidas por el paciente y si reconoce o tiene una idea del funcionamiento de dicha técnica; también se tomó información para interpretar de alguna forma, el conocimiento en cuanto a las diferentes tipos de técnicas anestésicas que tiene el paciente, de igual manera, los temores infundados que poseen a la hora de la entrevista, ya sean por experiencias previas o anécdotas comentadas al paciente, y otros datos de gran relevancia para el cumplimiento de los objetivos de dicho proceso investigativo. Toda la obtención de la información se realizó durante el proceso de la visita preanestésica previo a la cirugía del paciente.

Para el desarrollo estadístico se realizó el uso del programa estadístico SPSS versión N° 24.0 y de Office Word para la elaboración de las tablas de contingencia, así también la implementación de la fórmula de Sturges. Asimismo, se realizó una escala numérica para ejemplificar el nivel de temor, es decir, esta escala sirve como guía o referencia para conocer la percepción del temor en el paciente.

4.7 RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados que se esperan tras el desarrollo del trabajo de investigación son:

Conocer y comprender de una mejor forma la percepción que el paciente tiene sobre la anestesia, evitando de esta manera posibles confusiones que generen temor en el paciente.

Lograr cambios positivos en la percepción del paciente sobre la anestesia y sus diferentes técnicas, al crear conciencia y empatía en los profesionales de anestesia que muestren interés en conocer a detalle la investigación.

Servir de fuente o base de información para futuros proyectos de investigación que se realicen a nivel nacional y que sea un aporte en estudios internacionales.

4. 8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La investigación se realizó de tal forma que los pacientes no recibieran ningún tipo de daño a su integridad física y moral, se contó con la debida aprobación del jefe del departamento o servicio de anestesiología de los hospitales nacionales de La Unión y San Francisco Gotera.

Se respetó el derecho del sujeto de investigación, debiendo prevalecer sus intereses personales, sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad. De igual manera la libertad del individuo durante todo el estudio y si este hubiera decidido abandonarlo, además se

solicito la aprobación del consentimiento informado (ver anexo 2) con la respectiva lectura y todo lo que dicho documento significa, logrando de esta manera la tranquilidad de los pacientes.

4.7 RIESGOS Y BENEFICIOS.

4.7.1 RIESGOS.

Falta de trabajo en equipo.

Dificultad a la hora de recolectar datos.

Negación del paciente a contestar la encuesta.

4.7.2 BENEFICIOS.

Comprensión y conocimiento del punto de vista que tiene el paciente sobre la anestesia.

Despejar dudas del paciente con respecto a los diferentes tipos de técnicas anestésicas.

Aporte de información al profesional de anestesia para mejorar el trato al paciente.

RECURSOS A UTILIZAR.

RECURSOS	COSTOS	TIEMPO Y CANTIDAD	TOTALES
HUMANO			
Transporte	\$ 11.50	60 días	\$ 690.00
Otros	\$ 7.50	24 días	\$ 180.00
DOCUMENTOS Y PAPELERIA			
Folletos	\$1.00	2	\$ 2.00
Internet	\$0.75	24 días	\$ 18.00
Copias	\$0.30	65 copias	\$ 19.50
MATERIALES			
Folders	\$0.15	26	\$ 3.90
Fastener	\$ 0.05	26	\$ 1.30
Impresiones	\$3.50	26	\$ 91.00
Engrapador	\$2.00	1	\$ 2.00
Lapiceros	\$0.25	3	\$ 0.75
Corrector	\$1.00	1	\$ 1.00
TOTAL:	\$28.00		\$1,009.45

Fuente: Propia de financiamiento.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN CICLO I Y II AÑO 2017.

MESES	Feb./2017				Mar./2017				Abr./2017				May./2017				Jun./2017				Jul./2017				Ago./2017							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Reuniones generales con la Coordinación del Proceso de Graduación	x	x	x	x	x	x	X	X	x	X	x	X	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X	X	X	x	x	x					X
2. Elección del Tema	x	x	x	x																												
3. Inscripción del Proceso de Graduación		X																														
4. Aprobación del Tema y Nombramiento de Docente Asesor			x	x																												
5. Elaboración de Protocolo de Investigación				x	x	x	X	X	x	X																						
6. Entrega Final de Protocolo de Investigación.									14 de Abril de 2017																							
7. Ejecución de la Investigación											x	x	x	x	x	x	x	x														
8. Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos.																			x	x	x	X										
9. Redacción del Informe Final																			x	x	x	X	X	X								
10. Entrega del Informe Final																									28 de Julio de 2017							
11. Exposición de Resultados																												x				X

5.0 PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

5.1 TABULACION ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

5.1 .1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

En la presente investigación se incluyeron un total de 60 pacientes, en edades comprendidas de 18 a 73 años, de ambos géneros (masculino y femenino), clasificados según la ASA, como pacientes ASA I, II, III que serían intervenidos en cirugía electiva; se obtuvieron 30 pacientes de cada hospital seleccionado (Hospital Nacional de La Unión y Hospital Nacional de San Francisco Gotera).

Para el desarrollo estadístico se realizó la implementación del programa SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión N°24.0 y también de diversas fórmulas estadísticas, que se irán describiendo a continuación. Así mismo, se realizó una escala numérica para ejemplificar el nivel de temor que sirve como referencia para conocer la percepción sobre la anestesia en el paciente; a menor nivel mejor percepción acertada que se utilizó en las tablas 4 y 5, se empleó una numeración del 1 al 5, a los cuales se les da un valor que se desglosa de la siguiente manera 1 es igual a “nada”, 2 es “poco”, 3 es “regular”, 4 es “mucho” y 5 “muchísimo” temor.

Debido a la amplitud de valores en la edad de los pacientes, se realizó el empleo del rangos e intervalos de clases. Luego se procede a sacar la amplitud de intervalos (que en este caso es de 7) para así evitar los errores de agrupamiento, se hace uso de la fórmula de Sturges ($1 + 3.332 \log de N$) desglosando la formula anterior, las dos primeras constantes son estándares, mientras que N seria 60 (que es la muestra de la población).

Finalmente se realizaron las respectivas tablas de contingencia con el objetivo de resumir datos categóricos, y así poder registrar y analizar la asociación entre dos o más variables con la ayuda del programa de estadística SPSS.

TABLA 1. DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
Género.			
Masculino	21	33.50%	100%
Femenino	39	66.50%	
Edad.			100%
18 – 25	1	1.70%	
26 – 33	14	23.30%	
34 – 41	8	13.30%	
42 – 49	11	18.30%	
50 – 57	13	21.70%	
58 – 65	9	15.00%	
66 – 73	4	6.70%	
Estado físico.			100%
ASA I	43	71.70%	
ASA II	16	26.70%	
ASA III	1	1.60%	
Ubicación Geográfica.			100%
Urbano	26	43.30%	
Rural	34	56.70%	
Nivel de enseñanza.			100%
Sin estudios	14	23.30%	
Básica	26	43.30%	
Media	13	21.70%	
Superior	7	11.70%	

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: en el cuadro anterior, se representan los datos generales de los pacientes, en la cual se muestra el género, la edad, el estado físico, el lugar de residencia y por último el nivel de enseñanza. Se observa que el 66.50% de los participantes está compuesto por el género femenino y el 33.50% lo compone el género masculino; El rango de edad que obtuvo un mayor porcentaje, es el de 26-33 años, con un 23.30%; siendo menor el de 18-25 años, con un porcentaje de 1.70%. El 71.70% de los participantes entrevistados, fueron clasificados como pacientes ASA 1, el 26.70% como ASA II, y el 1.60% como ASA III. El 56.70% de los pacientes provenían de la zona rural, mientras que el 43.30% estaba integrado por pacientes de la zona urbana. Según el nivel de enseñanza de cada paciente, el 43.30% alcanzó la educación básica, un 21.70% nivel medio, y el 11.7% el nivel superior, mientras que el 23.30% pertenece a participantes sin ningún tipo de estudio.

TABLA 2. CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES SOBRE LA ANESTESIA.

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
¿Qué es la anestesia?	Forma de quitar el dolor.	21	35%	100%
	Lo que te duerme.	16	26.67%	
	Técnica que usan los especialistas en anestesia para poder operar a alguien.	12	20%	
	Medicamentos que insensibilizan una parte del cuerpo o su totalidad, y sirven para bloquear el dolor.	3	5%	
	No sabe.	8	13.33%	
¿Técnicas anestésicas que conoce?	Anestesia general balanceada.	18	30%	100%
	Anestesia raquídea.	6	10%	
	Anestesia local.	2	3.33%	
	No sabe.	34	56.67%	
¿Por qué es necesario ayunar antes de la cirugía?	La comida le puede hacer daño.	18	30%	100%
	La cirugía puede ser difícil de realizar, si se tiene el estómago lleno.	17	28.33%	
	Puede ocurrir que después de la cirugía, tenga náuseas y vomito.	15	25%	
	Porque se pueden vomitar los anestésicos.	6	10%	
	Durante el sueño los alimentos se pueden ir a los pulmones.	2	3.33%	
	Otro.	2	3.33%	

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: Los resultados que se observan en la tabla 2, representan el conocimiento que posee el paciente sobre la de anestesia. En los valores obtenidos se observa que en la definición de “qué es la anestesia” un porcentaje del 35% la describe como una forma de quitar el dolor, siendo esta la respuesta con mayor porcentaje; mientras que un 26.67% describe la anestesia como “lo que te duerme”, un 20% describe que es “una técnica que usan los especialistas en anestesia para poder operar a alguien”, luego un 5% afirma que “son medicamentos que insensibilizan una parte del cuerpo o su totalidad, y sirven para bloquear el dolor”, luego un total de 13.33% aseveran “no saber” para que funciona. Como siguiente punto se hace la interrogante a los pacientes sobre “qué tipos de técnicas anestésicas conoce”, un 30% tiene conocimiento sobre la “anestesia general balanceada”, tan solo un 10% de los pacientes conoce la técnica de “anestesia raquídea” y un 3.33% sabe o tiene conocimiento de la “anestesia local”, mientras que un 56.67% de los pacientes dicen no “conocer ninguna técnica anestésica”. Como siguiente ítem se le cuestiona al paciente el porqué es necesario “el ayuno previo a la cirugía”, donde un 30% de los entrevistados afirma que esto es debido a que “la comida les puede hacer daño”, mientras que un 28.33% afirma que es debido a que “la cirugía puede ser difícil de realizar si se tiene el estómago lleno”, un 25% responde que “puede ocurrir que después de la cirugía tengan náuseas y vómitos”, un 10% de los entrevistados respondieron que es porque “pueden vomitar los anestésicos”, tan solo un 3.33% declara que “durante el sueño los alimentos se pueden ir a los pulmones” y el otro 3.33% dijo que eran “otros motivos” los cuales son que “las venas se les llenen de agua” o “vomitar los anestésicos”.

TABLA 3. CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES SOBRE LA ANESTESIA.

PREGUNTA ESPECIFICA	RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
¿Los fármacos que se administran en una anestesia son diferentes, según la edad del paciente?	Si	34	56.67%	100%
	No	8	13.33%	
	No sabe	18	30%	
¿Con que se relaciona la cantidad d el fármaco que se le administra a cada paciente?	Edad	22	36.67%	100%
	Peso	21	35%	
	Genero	3	5%	
	Estatura	4	6.67%	
	No sabe	10	16.66%	
¿Qué importancia tiene el anestesista en la cirugía?	Indispensable	16	26.67%	100%
	Sumamente importante.	25	41.67%	
	Medianamente importante.	6	10%	
	Poco importante.	8	13.33%	
	No se toma en cuenta.	5	8.33%	
¿Le gustaría recibir información sobre la anestesia, antes de la cirugía?	Mucho.	15	25%	100%
	Bastante.	16	26.67%	
	Algo.	14	23.33%	
	Poco.	12	20%	
	Nada.	3	5%	

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: Los datos reflejados en la tabla 3, muestran que un 56,67% de los entrevistados afirma que “los fármacos que se administran en una anestesia son diferentes según la edad del paciente”, mientras que un 13.33% dijo que “los fármacos no eran diferentes” y un 30% respondió “no saber, si eran o no diferentes”. A continuación, se les planteo a los entrevistados “con qué se relaciona la cantidad del fármaco que se le administra a cada paciente” donde un 36.67% afirma que se relaciona con la “edad del paciente”, mientras que un 35% dice que esto se relaciona con “el peso del paciente”, un 5% menciona que se relaciona con “el género del paciente”, mientras que un 6.67% que está relacionado más a la “estatura” y un 16.66% confirma “no saber a qué se relaciona”. Seguidamente se les plantea la siguiente pregunta, que se relaciona a la “importancia tiene el anestesista en la cirugía” donde los resultados obtenidos reflejan que para un 26.67% el anestesista es “indispensable” en la cirugía, mientras que un 41.67%, siendo este el porcentaje más alto, confirma que “el anestesista es sumamente importante”, un 10% dijo que es “medianamente importante”, Además un 13.33% manifiesta que es “poco importante” y el 8.33% dice que “el anestesista no se toma en cuenta”. La siguiente interrogante describe si al paciente le gustaría “recibir información sobre la anestesia antes de la cirugía”; Donde a un 25% le gustaría recibir “mucho información referente a la anestesia”, un 26.67% le gustaría recibir “bastante información”, un 23.33% “algo de información”, un 20% afirma que “les gustaría recibir poca información” y por último el 5% de los pacientes responde que “nada”.

TABLA 4. PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA ANESTESIA SEGÚN EL GÉNERO.

NIVEL DE TEMOR SOBRE LA ANESTESIA.	GÉNERO			
	MASCULINO	POCENTAJE	FEMENINO	PORCENTAJE
1	9	42.86%	6	15.38%
2	9	42.86%	14	35.90%
3	1	4.76%	12	30.77%
4	1	4.76%	6	15.38%
5	1	4.76%	1	2.56%
TOTAL:	21	100%	39	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: En la tabla 4, se refleja la percepción que tiene el paciente sobre la anestesia según el género (masculino y femenino). Se describe lo siguiente. 9 pacientes masculinos siendo estos un (42.86%) respondieron tener “nada de temor” a la anestesia (1), 6 pacientes femeninas respondieron de igual manera (1); siendo estas un (15.38%). 9 pacientes masculinos respondieron tener “poco temor” (2). Siendo estos un (42.86%) de la población, mientras 14 mujeres respondieron que tenían “poco temor” (2) de la anestesia que son un (35.9%), por consiguiente tan solo un entrevistado masculino respondió a “regular temor” sobre la anestesia (3); mientras que en la población femenina 6 mujeres respondieron que sienten “regular temor” a la anestesia (3) siendo estas un (15.38%), al ítem de “mucho temor” a la anestesia (4) respondió solamente un participante masculino siendo este (4.76%), mientras que en la población femenina, de igual manera, 1 entrevistada respondió que tenía “mucho temor” (4) siendo un (4.76%) y como último ítem de respuesta que es “muchísimo temor” (5) tan solo un paciente masculino refirió tener “muchísimo temor” siendo este un (4.76%) de la población. De igual manera un paciente femenino respondió tener “muchísimo temor” a la anestesia (5) teniendo una ponderación del (4.76%). En lo antes descrito se observa una marcada respuesta al temor a la anestesia en el género femenino, teniendo estas los porcentajes más altos, mientras que en los participantes masculinos se observan porcentajes altos en respuestas a nada y poco temor. Mientras en el otro extremo la población femenina esta con porcentajes altos a respuestas que ya implican poco y regular temor, además se observa que hay una mayor población femenina. El número de participantes del sexo femenino es mayor debido a la alta demanda de cirugías ginecológicas.

TABLA 5. DISTORSION DE LA PERCEPCIÓN ANESTESICA SEGÚN LA EDAD.

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE. NIVEL DE TEMOR	RANGO DE EDAD.							Total
	18 – 25 años	26 – 33 años	34 –41 años	42 – 49 años	50 – 57 años	58 –65 años	66 –73 años	
1	-	5	2	3	1	4	-	15
2	-	4	2	2	8	4	3	23
3	1	1	2	5	2	1	1	13
4	-	4	2	-	1	-	-	7
5	-	-	-	1	1	-	-	2
TOTAL:	1	14	8	11	13	9	4	60

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: La tabla 5, muestra la distorsión de la percepción anestésica según la edad. El nivel 1 está conformado por 15 participantes, en este nivel el rango con mayor número de pacientes (5) es el de “26-33 años” y el menor (1) es el de 50-57 años; El nivel 2 cuenta con 23 pacientes en el cual el rango con mayor número de participantes (8) es el de “50-58 años”, y los de menor número (2 y 2 respectivamente) los rangos de “34-41 años” y “42-49 años”; En el nivel 3 se observan 13 pacientes, siendo el rango de “42-49 años” el que tiene un mayor número de participantes (5), los demás rangos en este nivel solo están integrados por 1 paciente en cada uno; En el nivel 4 hay 7 participantes, siendo el rango de “26-33 años” el que refleja claramente el número más alto de entrevistados (4), el rango con menor número de pacientes (1) en dicho nivel es el de “50-57 años”; Solo dos pacientes integraron el nivel 5, en los rangos de “42-49 años” y “50-57 años”. En esta tabla se observa que la edad que predominó entre los participantes es la de “26-33 años”, con 14 pacientes, y la menor es la de “18-25 años”, con 1 participante. En los pacientes jóvenes las cirugías más comunes a realizar fueron las colecistectomías, mientras que en los de mayor edad se encontraron las hernioplastias y las histerectomías.

TABLA 6. CONOCIMIENTO SOBRE LA ANESTESIA SEGÚN LA UBICACIÓN GEOGRAFICA.

TÉCNICAS ANESTESICAS	UBICACIÓN GEOGRAFICA		
	RURAL	URBANO	TOTAL
Anestesia general balanceada	9	9	18
Anestesia local	1	1	2
Anestesia raquídea	3	3	6
No sabe	21	13	34
TOTAL:	34	26	60

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: En la tabla número 6, se representa el conocimiento que tiene el paciente sobre la anestesia, según su ubicación geográfica. En la zona rural, 9 personas manifestaron conocer la anestesia general balanceada, 1 la anestesia local y 3 la anestesia raquídea; mientras que 21 personas, dijeron no saber sobre ninguna técnica, haciendo un total de 34 pacientes provenientes de la zona rural; Así también en la zona urbana, se obtuvieron resultados similares, 9 personas refirieron conocer la anestesia general balanceada, la anestesia local 1, y la anestesia raquídea 3, sin embargo 13 pacientes dijeron no conocer ninguna, llegando a un total de 26 participantes de la zona urbana. Hay un mayor número de pacientes provenientes de la zona rural, estos manifestaron asistir a dichos hospitales, porque son los más próximos según su ubicación geográfica, son de segundo nivel y porque no pueden acceder al hospital o costear hospitales privados.

TABLA 7. DIFINICION DE LA ANESTESIA SEGÚN EL PACIENTE.

DEFINICION DE LA ANESTESIA SEGÚN EL PACIENTE.	NIVEL DE ENSEÑANZA.				
	SIN ESTUDIOS	BASICO	MEDIO	SUPERIOR	TOTAL
Una forma de quitar el dolor.	6	11	3	1	21
Lo que te duerme.	5	4	5	2	16
Una técnica que usan los especialistas en anestesia para poder operar a alguien.	2	4	2	4	12
Son medicamentos que insensibilizan una parte del cuerpo o su totalidad, para bloquear el dolor.	-	2	1	-	3
No sabe	1	5	2	-	8
TOTAL:	14	26	13	7	60

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: La tabla 7, muestra la contribución del nivel de enseñanza del paciente (sin estudios, básico, medio y superior) en la creación de percepciones acertadas con respecto a la anestesia; se les pregunto a los participantes, sobre “¿Qué es la anestesia?”, a lo cual un total de 21 personas respondieron que es “una forma de quitar el dolor”, entre ellas 11 pertenecían al nivel básico, 6 sin ningún tipo de estudio, 3 del nivel medio y 1 del nivel superior; sin embargo, 16 pacientes respondieron que para ellos la anestesia es “lo que te duerme”, integrados por 5 participantes sin ningún estudio, 5 del nivel medio, 4 en el nivel básico y 2 pertenecientes al superior; del mismo modo, 12 pacientes declararon que es “una técnica que utilizan los especialistas en anestesia para poder operar a alguien”, entre ellos se incluyeron 4 entrevistados del nivel básico, 4 del nivel superior, 2 del nivel medio y 2 pacientes sin ningún estudio; Solo 3 participantes respondieron que son “medicamentos que insensibilizan una parte del cuerpo o su totalidad, para bloquear el dolor”, 2 pertenecen al nivel básico y 1 al medio, de igual manera, 8 pacientes refirieron no saber lo que era, de estos, 5 pertenecen al nivel básico, 1 al medio e igualmente 1 sin ningún estudio; De un total de 60 pacientes, 26 de ellos conforman el nivel básico, 14 pacientes sin estudios, 13 corresponden al nivel medio y 7 participantes del nivel superior. Los pacientes no diferencian el concepto de anestesia según la técnica, y más de la mitad lo percibe como una forma de quitar el dolor y de dormir.

TABLA 8. ADMINISTRACION DE FARMACOS SEGÚN LA EDAD.

ADMINISTRACION DE FARMACOS SEGÚN LA EDAD.	NIVEL DE ENSEÑANZA.				
	SIN ESTUDIOS	BASICO	MEDIO	SUPERIOR	TOTAL
Si	9	12	8	5	34
No	1	3	2	2	8
No Sabe	4	11	3	-	18
TOTAL:	14	26	13	7	60

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: En la tabla 8, se presentan los resultados obtenidos a la interrogante “¿Considera usted que, según la edad de cada paciente, los fármacos que se administran para la anestesia, son diferentes?”, 34 pacientes respondieron que “Si”, siendo 12 participantes del nivel básico, 9 sin ningún estudio, 8 del nivel medio y 5 del nivel superior; de la misma forma, 8 participantes respondieron que “No”, entre ellos 3 pertenecen al nivel básico, 2 del nivel medio, 2 del superior, y solamente 1 sin ningún estudio; así también 18 pacientes manifestaron “no saber al respecto”, 11 de ellos, corresponden al nivel básico, 4 sin estudios, y 3 al nivel medio. Al responder dicha pregunta, los pacientes relacionaron el hecho de que los adultos y los niños no pueden tomar los mismos fármacos, y estos podrían causarle daño a los de menor edad.

TABLA 9. TECNICAS ANESTESICAS CONOCIDAS.

TÉCNICAS ANESTÉSICAS CONOCIDAS.	NIVEL DE ENSEÑANZA.				
	SIN ESTUDIOS	BASICO	MEDIO	SUPERIOR	TOTAL
Anestesia general balanceada	-	12	3	3	18
Anestesia raquídea	3	1	1	1	6
Anestesia local	1	1	-	-	2
No sabe	10	12	9	3	34
TOTAL:	14	26	13	7	60

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: La tabla 9, presenta los resultados obtenidos a la interrogante “¿Qué técnicas anestésicas conoce?” 18 participantes declararon conocer la “Anestesia general balanceada”, entre ellos, 12 corresponden al nivel básico, 3 al nivel medio e igualmente 3 al superior; Del mismo modo, 6 pacientes manifestaron tener conocimiento sobre la “Anestesia raquídea”, con respecto a estos participantes, 3 cuentan sin ningún estudio, 1 del nivel básico, 1 del nivel medio y 1 del superior; asimismo 2 pacientes dijeron conocer la “anestesia local”, 1 perteneciente al nivel básico y 1 sin estudios, Así también 34 pacientes refirieron “no saber” sobre ninguna técnica, de los cuales 12 pertenecen al nivel básico, 10 sin estudios, 9 pacientes del nivel medio y 3 del superior. Más de la mitad de los pacientes no tenía conocimiento sobre las diferentes técnicas, ya que la mayoría manifestó nunca haber sido intervenidos.

TABLA 10. RELACIÓN EN LA CANTIDAD DEL FARMACO ADMINISTRADO, A CADA PACIENTE.

RELACIÓN EN LA CANTIDAD DEL FARMACO ADMINISTRADO, A CADA PACIENTE.	NIVEL DE ENSEÑANZA.				
	SIN ESTUDIOS	BASICO	MEDIO	SUPERIOR	TOTAL
Edad	9	9	3	1	22
Peso	1	7	8	5	21
Estatura	1	1	1	1	4
Genero	-	2	1	-	3
No sabe	3	7	-	-	10
TOTAL:	14	26	13	7	60

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: La tabla 10, presenta los resultados obtenidos a la interrogante “¿Con que se relaciona la cantidad del fármaco que se le administra a cada paciente?”; 22 pacientes manifestaron que con “la edad”, de estos pacientes 9 pertenecen al nivel básico, 9 sin ningún estudio, 3 del nivel medio y 1 del superior; por otra parte, 21 pacientes respondieron que con “el peso”, 8 de ellos son del nivel medio, 7 del nivel básico, 5 del nivel superior y 1 sin estudios; por otra parte, 4 entrevistados lo relacionaron con la “estatura”, perteneciendo 1 a cada respectivo nivel y 1 sin estudios; en cambio 3 pacientes lo vincularon con el “genero”, de los cuales 2 participantes son del nivel básico y 1 corresponde al medio; Así también, 10 pacientes refirieron “no saber” al respecto, de los cuales 7 corresponden al nivel básico y 3 sin estudios. Para los participantes la edad y el peso cuenta mucho a la hora de decidir la cantidad de anestesia que se les administrara, muchos de ellos pidieron que se les administrara poco y así poder evitar una tragedia.

TABLA 11. NECESIDAD DEL AYUNO ANTES DE LA CIRUGIA.

NECESIDAD DEL AYUNO ANTES DE LA CIRUGÍA.	NIVEL DE ENSEÑANZA.				
	SIN ESTUDIOS	BASICO	MEDIO	SUPERIOR	TOTAL
La comida le puede hacer daño.	5	7	5	1	18
La cirugía puede ser difícil de realizar si se tiene el estómago lleno.	6	8	3	-	17
Puede ocurrir que después de la cirugía tenga náuseas y vómitos.	2	5	2	6	15
Puede vomitar los anestésicos.	-	4	2	-	6
Durante el sueño los alimentos pueden irse a los pulmones.	1	1	-	-	2
Otro.	-	1	1	-	2
TOTAL:	14	26	13	7	60

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: La tabla 11, refleja los resultados siguientes, 18 pacientes respondieron que era debido a “que la comida les puede hacer daño”, 7 pacientes pertenecientes al nivel básico, 5 del nivel medio, 5 sin estudios y 1 del nivel superior; asimismo, 17 pacientes afirmaron que se debe a que la “cirugía puede ser difícil de realizar si se tiene el estómago lleno”, 8 de ellos incluidos en el nivel básico, 6 sin estudios y 3 del nivel medio; de igual manera, 15 participantes lo relacionaron a que “puede ocurrir que después de la cirugía tengan náuseas y vómitos”, 6 de estos son del nivel superior, 5 del básico, 2 del nivel medio y 2 sin estudios; por otra parte, 6 pacientes declararon que es debido a que “pueden vomitar los anestésicos”, 4 de estos pacientes del nivel básico y 2 del nivel medio; asimismo, 2 participantes lo vincularon a que “durante el sueño los alimentos pueden irse a los pulmones”, conformados por 1 paciente del nivel básico y 1 sin estudios; del mismo modo, 2 participantes respondieron que el motivo podía ser “otro”, de estos, 1 pertenece al nivel básico y el otro al nivel medio. Dos pacientes mencionaron otras posibles razones por las que el ayuno es necesario antes de la cirugía, estas son “el poder vomitar la anestesia” y “que las venas se les llenen de agua”.

TABLA 12. IMPORTANCIA DEL ANESTESISTA EN LA CIRUGIA.

IMPORTANCIA DEL ANESTESISTA EN LA CIRUGÍA.	NIVEL DE ENSEÑANZA.				
	SIN ESTUDIOS	BASICO	MEDIO	SUPERIOR	TOTAL
Indispensable	2	6	2	6	16
Sumamente importante	8	10	6	1	25
Medianamente importante	1	3	2	0	6
Poco importante	3	3	2	0	8
No se toma en cuenta	0	4	1	0	5
TOTAL:	14	26	13	7	60

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: La tabla 12, muestra los resultados obtenidos a la interrogante “¿Para usted qué importancia tiene el anestesista en la cirugía?”; 16 pacientes sostuvieron que es “indispensable”, conformados por 6 participantes del nivel básico, 6 del nivel superior, 2 pacientes sin estudios y 2 del nivel medio, 25 pacientes dijeron que es “sumamente importante”, 10 de ellos provenientes del básico, 8 sin estudios, 6 pacientes del nivel medio y 1 del nivel superior; así también 6 participantes respondieron que es “medianamente importante”, 3 pertenecientes al nivel básico, 2 al nivel medio y 1 sin estudios; Además, 8 pacientes declararon que es “poco importante”, entre ellos, 3 pertenecen al nivel básico, 3 sin ningún estudio y 2 al nivel medio, y por ultimo 5 pacientes afirmaron que “no se toma en cuenta”, 4 de ellos del nivel básico, y 1 del nivel medio. Los participantes que le dieron poca importancia al anestesista en la cirugía, desconocían que este permanecía presente durante todo el procedimiento y dijeron que solo aparecía cuando terminaba la cirugía.

TABLA 13. PRINCIPALES TEMORES SOBRE LA ANESTESIA EN LOS PACIENTES CON O SIN EXPERIENCIA ANESTESICO QUIRURGICA.

PRINCIPALES TEMORES	VALOR PROMEDIO DE RESPUESTA.
Temor a no poder caminar después de la anestesia.	205
Temor a que la anestesia sea insuficiente y le produzca dolor.	185
Temor de no volver a despertar por la anestesia.	173
Temor a sentir reacciones extrañas después de la anestesia.	164
Temor a recordar todo lo que le hicieron durante la cirugía.	157
Temor a la anestesia regional.	155
Temor a la anestesia general.	150
Temor a sentir náuseas y vómitos después o durante la anestesia.	146
Temor a tener dolor de cabeza posterior a la anestesia.	144
Temor a hablar cosas que no desea mientras se encuentra bajo los efectos de la anestesia.	143

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Análisis e interpretación: El cuadro anterior, muestra los diez principales temores sobre la anestesia. El mayor puntaje de respuesta es de 205, al temor de no poder caminar como consecuencia de una determinada técnica anestésica; en 2°, se presenta el temor a que la anestesia sea insuficiente y produzca dolor con un valor de 185 ; el 3° con 173 puntos, por el temor de no volver a despertar por culpa de la anestesia; seguido del temor a sentir reacciones extrañas después de la anestesia con puntaje de 164; mientras que el temor a recordar todo lo que se les hizo durante la cirugía, obtuvo un valor promedio de 157 puntos; El temor a la anestesia regional obtuvo 155 puntos, y el 7° lo compone el temor a la anestesia general, con un valor de 150; El puesto número 8 con 146 puntos, le corresponde al temor de sentir náuseas o vómitos después o durante la anestesia; así también, con un puntaje menor, pero no menos importante, están los temores a tener dolor de cabeza posterior a la anestesia y el temor a hablar cosas que no se desean mientras se encuentran bajo los efectos de la anestesia, con un valor de respuesta de 144 y 143 respectivamente. Los pacientes manifestaron tener otros temores, pero según el puntaje de respuesta fueron seleccionados como principales solamente 10.

6.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados de la investigación en la percepción del paciente sobre la anestesia en la visita preanestésica, en los hospitales nacionales de la Unión y San Francisco Gotera, El Salvador, Año 2017. Como equipo de investigación se concluyó que:

Se determinó que en la percepción sobre la anestesia según el género no hay diferencias basados en el nivel de temor, debido a que 19 participantes del género masculino de un total de 21, y 32 participantes del género femenino de un total de 39, se encuentra en los primeros niveles de la escala de temor, a menor nivel hay posiblemente mejor percepción acertada.

Al investigar si existe una relación entre la edad del paciente y la distorsión en la percepción sobre la anestesia, no se encontró relación entre la edad del paciente con respecto a la percepción anestésica, ya que 51 participantes manifestaron no tener temor.

Se encontró que la ubicación geográfica de los pacientes no influye en el conocimiento de la anestesia, ya que 13 participantes de la zona rural y 13 participantes de la zona urbana que fueron parte del estudio, manifestaron conocer de cada una de las técnicas anestésicas.

De los 60 participantes 26 pacientes tienen un nivel de enseñanza básico por lo que este no contribuye a crear percepciones acertadas; estos no tienen una definición clara de anestesia y poseen un conocimiento deficiente porque piensan que los fármacos que se utilizan son diferentes según la edad; en las técnicas anestésicas 34 participantes refirieron desconocerlas y de la que más conocen es la anestesia general balanceada. Por otra parte, en relación a la cantidad del fármaco administrado 43 pacientes, tienen un conocimiento acertado debido a que lo relacionan con la edad y el peso del paciente. Así también tienen un conocimiento erróneo acerca de la necesidad del ayuno

preoperatorio, pero consideran que el anestesista es sumamente importante e indispensable en un procedimiento quirúrgico.

Los principales temores que se identifican en los pacientes con o sin experiencia anestésico quirúrgica según los puntajes, son el no poder caminar después de la anestesia, que esta sea insuficiente y les produzca dolor, no volver a despertar, sentir reacciones extrañas, tener algún tipo de recuerdo relacionado al acto anestésico quirúrgico, a la anestesia regional y general, sentir náuseas o vómitos después de la anestesia, sentir dolor de cabeza posterior a la anestesia y a revelar cosas que no se desean mientras se encuentran bajo los efectos de la anestesia.

Los pacientes a pesar de no conocer a profundidad sobre anestesia, se cree que perciben acertadamente (segura) la anestesia por factores posiblemente como; desconocimiento, religiosos u otros ya que poseen un nivel bajo de temor.

6.2 RECOMENDACIONES.

A partir de lo concluido anteriormente, el grupo investigador recomienda que:

Brindar una mayor calidad de información y el tiempo adecuado a la educación y explicación sobre lo que es en realidad la anestesia a los pacientes, aportando una sensación en ellos de calidez humana y así disminuir el temor a la anestesia independientemente de la técnica anestésica que se realice en ellos.

Aportar una atmosfera de confianza y tratando con el debido respeto a los pacientes marca una gran pauta en la manera en como es percibido y reconocido el anestesista ante los ojos del paciente, para que ellos sientan que son tratados no solo como una cirugía a realizar, si no también que el anestesista se preocupa por su cuidado y que desea el mayor bien posible para el esto se debe aplicar independientemente de la edad el trato digno debe ser por igual en todo paciente.

Tratar de realizar de manera objetiva la entrevista anestésica tomando a consideración que muchos de los pacientes viajan grandes distancias en muchas de las ocasiones solo para ser evaluados y entrevistados “por anestesia” para la aprobación o dar el pase de cirugía, tomar la dedicación de valorar a detalle puesto que muchos son de escasos recursos y no tienen medios de transporte.

Hablar un lenguaje acorde al grado y/o nivel de enseñanza del paciente, con respeto y que sea entendible.

Explicar todo lo que implica una técnica anestésica sin omitir detalles, brinda un grado de realidad al paciente y conciencia de que debe cumplir lo que se le indique, esto les permite ver con normalidad las reacciones a los fármacos y así informar al anestesista en turno, no con temor de estar en peligro sino para que el anestesista haga lo que debe y este pueda abolir su malestar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1- Paz Estrada C, Prego Beltrán C, Barzaga Hernández E. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. RMDA [En línea] 2016 [fecha de acceso: 1 de enero]; volumen 29, pág. 160-161, URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma063d.pdf>
- 2- Cobos C, Chaves A. Percepciones y conceptos acerca de la práctica anestésica: una mirada desde la perspectiva del paciente. RCDA [En línea] 2008 [fecha de acceso: 1 de enero de 2017]; vol 36, URL disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472008000400005
- 3- National Institutes of Health. Tome consciencia sobre la anestesia. USA: Departamento de Salud y Servicios humanos; 2016.
- 4- Castellón J. M. Araneda A. V. Percepciones y temores de la práctica anestésica: una perspectiva desde Chile, RCCM [En línea] 2016 [fecha de acceso: 4 de febrero de 2017]; vol. 19, pág. 35, URL disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4260/426046636007/index.html>
- 5- Caballeros M. M. Características psicobiosociales que influyen en la percepción y expectativas de los pacientes hacia la anestesia y el anestesiólogo, [Tesis doctoral] Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, facultad de ciencias médicas; 2015.
- 6- Aslinur S, Handan B, Gulcin Y. Patients who applied to the anesthesia clinic, perceptions and knowledge about anesthesia in Turkiye. SJA. 2013; vol. 7: p. 170-174.
- 7- Petrovski A. Psicología general: Manual didáctico para los institutos de pedagogía. Rusia: Ediciones de cultura popular; 1980.
- 8- Vargas Melgarejo L. Sobre el concepto de percepción. AIS [En línea] 1994 [Fecha de acceso: 20 de enero de 2017]; vol. 4: p. 47-48. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- 9- García Gonzales E. Psicología general. 3ª ed. México: Patria S.A DE S.V; 2014.

- 10-Papalia D, Wendkos Olds S. Psicología. México: McGraw-Hill/Interamericana; 1988.
- 11-Tuza Machasilla W. Martínez Ordonez L. Percepción de los pacientes sin experiencia previa anestésico quirúrgico, sobre la anestesia y los anestesiólogos, en el preoperatorio y posoperatorio. [Tesis doctoral] Quito. Universidad central del Ecuador, facultad de ciencias médicas; 2014.
- 12-Morgan EG. Mikhail Maghed S. Anestesiología clínica. 3ª ed. México D.F- Santafé de Bogotá: Editorial el manual moderno; 2003.
- 13-Timoneda Lopez F. Gasco MC. Fármacos anestésicos generales. Velásquez farmacología básica y clínica. 18ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 229.
- 14-Cutile V. Rojas I. Anestésicos Intravenosos, RBAC. [En línea] 2012, [fecha de acceso: 30 de marzo de 2017]; vol. 27: pág. 1345. URL disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012001200009&script=sci_arttext
- 15-Dillman D, M.D. Anestesia general. Toma de decisiones en anestesiología. 4ª ed. Estados Unidos de América: Editorial Elsevier Mosby; p. 2.
- 16-Rincón E. I. Anestésicos inhalatorios. Principios básicos de anestesiología. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; año 2004. p. 111.
- 17-Dirección Médica de Abbott. Manual de anestesia inhalatoria. Colombia: Cuerpo médico colombiano; 2007.
- 18-Hernández de la Vega L. Sedación consciente e inconsciente. RMA [En línea] 2004 [Fecha de acceso: 8 de marzo de 2017]; vol. 27: p. 95. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cmas041q.pdf>
- 19-Ibarra P. Galindo M. Manolo A. Recomendaciones para la sedación y la analgesia por médicos no anestesiólogos. RCA [En línea] 2012 [Fecha de acceso: 10 de marzo en 2017]; vol. 40: p. 69-70. URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v40n1/v40n1a12.pdf>

- 20-Lobato E. Complicaciones de la sedación y monitoreo anestésico. RMA. [En línea] 2014 [Fecha de acceso: 10 de marzo de 2017]; vol. 34: p. 254. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cmas111bk.pdf>
- 21-Ramírez Segura E. Nava León J. Anestesia total intravenosa. RMA. [En línea] 2015 [Fecha de acceso: 5 de mayo de 2017]; vol. 38: p. 431. URL disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas153g.pdf>
- 22-Plancarte Sánchez R. Miller Loera TE. Aldrete Velasco J. Anestesia raquídea. Texto de Anestesiología Teórico-Práctico. 2ª ed. México D.F: El manual moderno; 2004. p. 755-776.
- 23-Rebollo Manrique R. Bloqueo subaracnoideo una técnica para siempre. RMA. [En línea] 2013 [fecha de acceso: 16 de abril de 2017]; vol. 36. p.145. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131af.pdf>
- 24-Jiménez Hernández Y. Anestesia espinal subaracnoidea. RETM. [en línea] 2010 [fecha de acceso 16 de abril de 2017]; p. 7-10. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/anestesia_espinal_subaracnoidea.pdf
- 25-Reyes Hurtado C. López S. Añorve Ramirez I. Valoración preanestésica. El ABC de la anestesia. 1ª ed. México. Alfil S.A de C.V; 2011, p. 1-11.
- 26-Collings Vicent J. Anestesiología: Anestesia general y regional. 3ª ed. Gran Bretaña: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
- 27-Howard C. Warren Diccionario de Psicología. 3ª ed. México: Fondo de cultura económica; 1998. Miedo; p. 228. Temor; p. 350.
- 28-Naranjo FK. Salazar RJ. P. Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam realizada en la visita preanestésica. [Tesis doctoral] Quito. Universidad central del Ecuador, facultad de ciencias médicas; 2012.
- 29-Aldrete J. A. Reacciones Emocionales a la Anestesia y a la cirugía. Texto de anestesiología teórico práctica. 2ª ed. México D.F- Santafé de Bogotá: Editorial Manual moderno; 2004. p. 1595-1601.

- 30-Carrillo Esper R. El error en la práctica de la anestesiología. RMA. [En línea] 2011. [fecha de acceso: 13 de febrero de 2017]; vol. 34. p. 104-105. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma112e.pdf>
- 31-Aldrete J. Antonio. Wright Amos J. Anestesia y el alma. Texto de anestesiología teórico práctica. 2ª ed. México D.F- Santafé de Bogotá: Editorial Manual moderno; 2004. p. 1625 – 1628.

ANEXOS.

ANEXO Nº 1 INSTRUMENTO.



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA.**

ENTREVISTA DIRIGIDA A PACIENTES QUE SERAN SOMETIDOS A CIRUGIA EN LOS HOSPITALES NACIONALES DE LA UNION Y SAN FRANCISCO GOTERA, EL SALVADOR, AÑO 2017.

Tema: Percepción del paciente sobre la anestesia en la visita preanestésica, en los hospitales nacionales de La Unión y San Francisco Gotera, El Salvador, año 2017.

Indicación: Responda de acuerdo a su criterio las siguientes interrogantes. Se agradece su participación en este estudio.

Nº DE GUIA: _____

HOSPITAL: _____

FECHA: _____ **GENERO:** _____ **ASA:** _____ **EDAD:** _____

UBICACIÓN GEOGRAFICA: _____ **NIVEL DE ENSEÑANZA:** _____

¿Ha tenido alguna experiencia con respecto a la anestesia?

(1) SI (2) NO

Si su respuesta fue si a la pregunta anterior, nombre la técnica anestésica que se le administro. _____

1. ¿Qué es la anestesia para usted?

- (1) Una forma de quitar el dolor.
- (2) Una técnica que usan los especialistas en anestesia para poder operar a alguien.
- (3) Son medicamentos que insensibilizan una parte del cuerpo o su totalidad, para bloquear el dolor y se aplican por medio de inyecciones en la columna vertebral o por medio de una vena.
- (4) No sabe.
- (5) _____

2. ¿Qué técnicas anestésicas conoce?

(1) Anestesia general balanceada (2) Anestesia local (3) Anestesia total intravenosa

(4) Anestesia raquídea (5) Anestesia Regional

(6) _____

3. ¿Porque cree que es necesario ayunar antes de la cirugía?

(1) Durante el sueño los alimentos se pueden ir a los pulmones.

(2) Puede ocurrir que después de la cirugía tenga náuseas y vómitos.

(3) La cirugía puede ser difícil de realizar si se tiene el estómago lleno.

(4) La comida le puede hacer daño.

(5) Porque puede vomitar los anestésicos.

(6) _____

4- ¿Considera usted que, según la edad de cada paciente, los fármacos que se administran para la anestesia son diferentes?

(1) Si (2) No (3) No sabe

5- ¿Con que cree usted que se relaciona la cantidad del fármaco que se le administra a cada paciente?

(1) Edad (2) Peso (3) Genero (4) Estatura

(5) _____

6- ¿Para usted que importancia tiene el anestesista en la cirugía?

(1) No se toma en cuenta (2) Poco importante (3) Medianamente importante

(4) Sumamente importante (5) Indispensable

7- ¿Le gustaría recibir información sobre la anestesia antes de la cirugía?

(1) Nada (2) Poco (3) Algo (4) Bastante (5) Mucho

PREGUNTAS	NADA (1)	POCO (2)	REGULAR (3)	MUCHO (4)	MUCHISIMO (5)
8- ¿Siente temor a la anestesia general porque considera el riesgo de morir?	<input type="checkbox"/>				
9- ¿Teme a la anestesia regional porque no la considera segura?	<input type="checkbox"/>				
10- ¿Siente temor a tener dolor de cabeza posterior a la anestesia?	<input type="checkbox"/>				
11- ¿En días previos a la cirugía ha pensado continuamente en lo que le podría pasar por la anestesia?	<input type="checkbox"/>				
12- ¿Siente temor a sentir náuseas o vómitos después de la anestesia o durante la anestesia?	<input type="checkbox"/>				
13- ¿Le da temor despertar durante la cirugía mientras se encuentra bajo los efectos de la anestesia?	<input type="checkbox"/>				
14- ¿Siente temor de no volver a despertar por la anestesia?	<input type="checkbox"/>				
15- ¿Siente temor a que la anestesia sea insuficiente y le produzca dolor?	<input type="checkbox"/>				
16- ¿Teme recordar todo lo que le hicieron durante la cirugía por una anestesia insuficiente?	<input type="checkbox"/>				
17- ¿Tiene temor a sentir reacciones extrañas después de la anestesia? (Calambres, adormecimiento, parestesias)	<input type="checkbox"/>				
18- ¿Siente temor a no poder caminar después de la anestesia?	<input type="checkbox"/>				
19- ¿Ha pensado que alguien del personal, puede causarle algún daño mientras se encuentra bajo los efectos de la anestesia?	<input type="checkbox"/>				
20- ¿Siente temor a quedar estéril después de la anestesia? (No poder tener hijos)	<input type="checkbox"/>				
21- ¿Siente temor a hablar cosas que no desea mientras se encuentre bajo los efectos de la anestesia?	<input type="checkbox"/>				

ANEXO Nº 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.



Consentimiento Informado para participantes de Investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente tesis es conducida por: Díaz Rodríguez Ana Jazmín y Rivas Bonilla Yosselyn Yajaira. Egresadas de la carrera de licenciatura en anestesiología e inhaloterapia, en la Universidad De El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Lo que se converse durante la sesión se registrara de modo anónimo.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta serán codificadas.

Si tiene alguna duda sobre cualquier criterio de la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto cuando lo desee, sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

De ante mano agradecemos su participación.

He leído la información, o me han leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de ello y han sido respondidas satisfactoriamente. Consiento voluntariamente y entiendo que tengo el derecho de retirarme, sin que esto afecte el estudio de investigación actual o mi atención médica.

Firma o huella del participante _____ Fecha _____

(Día/mes/año)

ANEXO Nº 3 GLOSARIO.

Anestesia: Ausencia temporal de la sensibilidad de una parte del cuerpo o de su totalidad provocada por la administración de una sustancia química, por la hipnosis o como causa de una enfermedad.

Anestesia general: Pérdida o ausencia temporal de la sensibilidad de todo el cuerpo que suele ir acompañada de pérdida de conocimiento provocada por la administración de una sustancia química, por la hipnosis o como causa de una enfermedad.

Anestesia raquídea: Es la administración de un anestésico local en el espacio subaracnoideo o intradural, con el fin de bloquear el estímulo nervioso (sensitivo, autonómico y motor).

Ansiolisis: Es el estado en el cual hay una disminución de la sensación de aprehensión sin un cambio asociado en el estado de alerta del individuo.

Ansiedad: La ansiedad (del latín anxietas, 'angustia, aflicción') es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como amenazantes y peligrosos, y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión.

Cirugía electiva: La cirugía electiva es el nombre que se le da a toda aquella cirugía que no sea de emergencia y que pueda ser demorada al menos por 24 horas. Cuando una persona requiera cirugía electiva, el médico especialista le determinará una categoría clínica de acuerdo a la evaluación que le haya efectuado.

Consentimiento informado: El consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos

Creencia: Idea o pensamiento que se asume como verdadero.

Dolor: Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.

Estrés: Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

Ética: Disciplina filosófica que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano.

Expectativas: Una expectativa es lo que se considera lo más probable que suceda. Una expectativa, que es una suposición centrada en el futuro, puede o no ser realista. Un resultado menos ventajoso ocasiona una decepción, al menos generalmente. Si algo que pasa es completamente inesperado suele ser una sorpresa.

Farmacología: Ciencia que estudia la composición, las propiedades y la acción terapéutica de los medicamentos.

Paciente: Persona que recibe atención médica.

Patología: Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.

Percepción: Es la manera en la que el cerebro de un organismo interpreta los estímulos sensoriales que recibe a través de los sentidos para formar una impresión consciente de la realidad física de su entorno.

Preoperatorio: Que precede a una intervención quirúrgica.

Psicoterapia: Es el tratamiento que tiene como objetivo el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas. Se lleva a cabo entre un profesional con la formación y las habilidades necesarias para facilitar el cambio psicológico, y el paciente que requiere la ayuda para aliviar los síntomas que le producen un grado de sufrimiento importante.

Riesgo: Posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra perjuicio o daño.

Satisfacción: Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad.

Temor: Miedo que se siente al considerar que algo perjudicial o negativo ocurra o haya ocurrido.

Técnicas anestésicas: Son diferentes tipos de sustancias, que con motivo de acción típica son designados como anestésicos o narcóticos, dan lugar en el sistema nervioso central a modificaciones de carácter reversible que, mediante supresión de la conciencia colocan el organismo en un estado en el cual se puede ejecutar intervenciones quirúrgicas sin sensación de dolor ni reacciones defensivas.

Visita preanestésica: es un acto médico en el cual se evalúa y determina en forma objetiva la condición de un paciente que será sometido a un acto anestésico, sea éste para un acto quirúrgico o un procedimiento diagnóstico.

ANEXO N° 4 SIGLAS.

APAIS: The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale.

APL: Aguja de punción lumbar.

ASA: American Society of Anesthesiologists.

ASACCP: Anesthesia Closed Claims Project.

GABA: Acido gamma-amino butírico.

HGDM: Hospital General de Massachusetts.

HNJLU: Hospital Nacional de La Unión

HNSFG: Hospital Nacional San Francisco Gotera

LCR: Liquido cefalo raquideo.

NDMA: N-methyl-D-aspartate.

RMP: Relación médico paciente.

SNC: sistema nervioso central.

SPSS: Statical Package for the Social Sciencie

TCI: Target Controlled Infusion.