

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA**



**TRABAJO DE GRADO:**

“INFLUENCIA DE LA VISITA PREANESTESICA EN EL CONOCIMIENTO DE LOS ROLES DEL PROFESIONAL EN ANESTESIOLOGÍA EN PACIENTES PARA CIRUGÍA, HOSPITALES NACIONALES: LA UNIÓN, SANTA ROSA DE LIMA Y SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL, PERIODO JULIO A SEPTIEMBRE DE 2013.”

**PRESENTADO POR:**

VILMA ROSSY PEÑALVA VALLE  
MELVIN MAURICIO ARGUETA PADILLA  
IRIS YAMILETH PERLA MOLINA

**PARA OPTAR AL GRADO DE:**

LICENCIADO EN ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA

**CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, NOVIEMBRE DE 2013**

**SAN MIGUEL**

**EL SALVADOR**

**CENTROAMÉRICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**

**INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO  
RECTOR**

**MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO  
VICERRECTORA ACADÉMICA**

**(PENDIENTE DE ELECCIÓN)  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA  
SECRETARIA GENERAL**

**MAESTRO FRANCISCO CRUZ LETONA  
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES**

**MAESTRO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ**

**DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ**

**VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ**

**SECRETARIO**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO**  
**DIRECTORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**AUTORIDADES**

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

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA  
COORDINADOR DE LA CARRERA DE ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA**

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

**ASESORES**

**LICENCIADA ANA CAROLINA CRUZ BARAHONA  
DOCENTE DIRECTOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO  
ASESORA METODOLOGICA**

**INGENIERO JOSE ISMAEL GUEVARA  
ASESOR ESTADISTICO**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS TODOPODEROSO:**

Por habernos dado la oportunidad de vivir y por estar con nosotros en cada paso que damos, por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a todas aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el período de estudio.

### **A NUESTROS ASESORES:**

A la Licenciada Ana Carolina Cruz Barahona (docente director), Maestra Elba Margarita Berríos Castillo (asesora de metodología), Ingeniero José Ismael Guevara (asesor de estadística), por brindarnos su tiempo, apoyo incondicional, el aliento de seguir adelante, la satisfacción de trabajar en equipo y orientación a lo largo de todo el proceso de realización del estudio.

### **AL PERSONAL QUE LABORA EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL, HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN Y HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA.**

Por mostrar su apoyo incondicionalmente con el grupo de investigación y colaborar para la realización del estudio, por el tiempo y conocimientos brindados al momento de la ejecución.

Y a todas aquellas personas que nos dieron su apoyo, tiempo y aportaron sus conocimientos para llevar a cabo nuestra investigación.

**Atentamente.**

**Iris, Vilma y Melvin**

## DEDICATORIA

Primeramente a **DIOS TODOPODEROSO** y **SAN ANTONIO DE PADUA** por darme la fuerza y sabiduría para llegar hasta el final de mi carrera.

**A MIS PADRES:** José Andrés Perla y María Isabel Molina de Perla por todo su apoyo, confianza y seguridad que me siguen brindando; me siento muy bendecida por tenerlos conmigo.

**A MI TÍA:** Sonia Perla de Quinteros, por su apoyo y sacrificio, por hacerme creer que todo es posible. A mis demás tíos, primos y mis sobrinos: Josué y Eduardo Perla.

**A MIS HERMANOS** Wilfredo Perla Y Julio Perla por su apoyo, consejos y amor.

**A MIS AMIGAS:** Iliana Gonzales y Mirna Santos por sus consejos y ánimos para seguir estudiando.

**A MI ÁNGEL PROTECTOR** que me acompaña y me impulsa a lo largo de todos mis proyectos y mi vida.

**Iris Yamileth Perla Molina**

## DEDICATORIA

**A DIOS TODOPODEROSO:** Por haberme permitido llegar hasta este punto, por haberme brindado salud y sabiduría para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

**A MIS PADRES:** Hibes de Peñalva y Santos Peñalva, por haberme apoyado en todo momento y enseñarme a ser una persona de bien, por sus consejos, sus valores y por su amor incondicional.

**A MIS HERMANAS:** Jaqueline, Katia y Jasmy, por estar conmigo siempre y apoyarme mucho durante toda mi formación profesional.

**A MIS SOBRINOS:** Cristián, Valentina y los que vienen en camino, por ser los angelitos en mi vida y estar siempre junto a mí.

**A MIS TIOS:** Vilma de Pérez y Juan Antonio Valle por toda la ayuda brindada, la comprensión y los ánimos que me impulsan a seguir adelante.

**A MI ABUELITA:** Vilma Amparo Galeano Viuda de Valle, por todos sus consejos y apoyo que me ayudan a ser una mejor persona.

**A UNA PERSONA MUY ESPECIAL:** Nelson Mauricio Amaya Hernández, por su amor, comprensión y apoyo, por creer y confiar en mí, por todas las horas compartidas en la realización de este trabajo.

**Vilma Rossy Peñalva Valle**



## **DEDICATORIA**

**A DIOS TODOPODEROSO:** por darme la oportunidad de graduarme como profesional, por iluminar mi camino con personas que me han ayudado en la realización de la investigación y por todo su amor y comprensión.

**A MIS PADRES:** por su apoyo y ayuda incondicional a lo largo de mis estudios.

**A MIS HERMANOS:** Karina, Eva, Omar, Tico y Herson por su apoyo, compañía y ayuda que me han brindado durante todo este proceso.

**A MIS PRIMOS:** Geovany Argueta y Henry R. Ramos, por su aporte, ayuda, apoyo y confianza.

**A MIS AMIGOS:** Cesar Benavides y Wilfredo Reyes por su compañía y comprensión.

**A MI NOVIA:** por su amor, apoyo, comprensión, confianza y creer siempre en mí y mis capacidades.

**Melvin Mauricio Argueta Padilla**

## LISTA DE CONTENIDO

<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	xii
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	xiii
<b>LISTA DE ANEXOS</b> .....	xiv
<b>RESUMEN</b> .....	xv
<b>INTRODUCCION</b> .....	xvi
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Antecedentes del fenómeno objeto de estudio .....	19
1.2 Enunciado del problema .....	20
1.3 Justificación del estudio .....	20
1.4 Objetivos de la investigación .....	22
1.4.1 Objetivo General.....	22
1.4.2 Objetivos Específicos .....	22
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	
2.1 Base Teórica.....	24
2.1.1 Practica de la Anestesiología .....	24
2.1.2 Estándares y funciones de los profesionales en Anestesiología según la AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA) .....	26
2.1.2.1 Norma técnica sobre Anestesiología según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social .....	31
2.1.2.2 Manual descriptivo de clases según Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social .....	36
2.1.2.3 Responsabilidades del personal del Departamento de Anestesiología del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel .....	38
2.1.2.4 Responsabilidades del personal del Servicio de Anestesiología en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima .....	43
2.1.2.5 Actividades de los profesionales en Anestesiología del Hospital Nacional de La Unión .....	45
2.1.3 Visita Preanestésica .....	47
2.1.4 Conocimiento .....	55
2.1.4.1 Conocimiento del paciente sobre la Anestesia y el Profesional en Anestesiología.....	58
2.2 Definición de términos básicos .....	62
2.2.1 Siglas y Abreviaturas.....	65

### **CAPITULO III: SISTEMA DE HIPOTESIS**

3.1 Hipótesis de Trabajo .....	67
3.2 Hipótesis Nula.....	67
3.3 Operacionalización de las hipótesis en variables .....	68

### **CAPITULO IV: DISEÑO METODOLOGICO**

4.1 Tipo de Investigación .....	70
4.2 Población .....	71
4.3 Muestra.....	71
4.3.1 Criterios de Inclusión .....	72
4.3.2 Criterios de Exclusión.....	73
4.4 Tipo de Muestreo .....	73
4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	73
4.5.1 Técnicas documentales.....	73
4.5.2 Técnicas de campo .....	73
4.5.3 Instrumento .....	74
4.6 Material y Equipo .....	74
4.7 Procedimiento.....	74
4.7.1 Planificación .....	74
4.7.2 Ejecución.....	75
4.8 Riesgos y beneficios.....	75
4.9 Consideraciones éticas.....	76

### **CAPITULO V: PRESENTACION DE RESULTADOS**

5.1 Tabulación, análisis e interpretación de datos .....	78
--	----

### **CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6.1 Conclusiones .....	88
6.1 Recomendaciones .....	89

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>90</b>
---	-----------

**LISTA DE TABLAS****PAG.**

Tabla 1: Conocimiento total generado .....	78
Tabla 2: Conocimiento general de los roles del profesional en anestesiología.....	79
Tabla 3: Comparación del conocimiento entre los Hospitales estudiados .....	81
Tabla 4: Conocimiento de los pacientes según el género .....	81
Tabla 5: Conocimiento generado en base a la zona de residencia .....	82
Tabla 6: Conocimiento en base al grado de escolaridad .....	83
Tabla 7: Comparación de conocimiento en pacientes con cirugías Previas.....	84
Tabla 8: Calidad de la visita preanestésica por hospital .....	85

## LISTA DE FIGURAS

PAG.

Figura 1 Enfermeras del Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel monitorizando y vigilando al paciente en la sala de recuperación anestésica .....	93
Figura 2 Licenciado en Anestesiología E Inhaloterapia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, realizando la visita preanestésica .....	94
Figura 3 Mapa conceptual de la teoría del conocimiento según Johannes Hessen .....	95
Figura 4 Investigadora realizando cedula de entrevista a paciente en el Hospital Nacional “San Juan de Dios” de San Miguel.....	96
Figura 5 Investigador realizando cedula de entrevista a paciente en el Hospital Nacional de La Unión .....	97
Figura 6 Investigadora realizando cedula de entrevista a paciente en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima .....	98

<b>LISTA DE ANEXOS</b>	<b>PAG.</b>
Anexo 1: Cronograma de actividades Generales .....	100
Anexo 2: Cronograma de actividades específicas .....	101
Anexo 3: Presupuesto y financiamiento.....	102
Anexo 4: Plan de estudio: Carrera de Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia.....	103
Anexo 5: Escala de calificación de la UCPA.....	104
Anexo 6: Resolución Ministerial sobre la Norma Técnica de Anestesiología según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	105
Anexo 7: Hoja de Premedicación Anestésica .....	106
Anexo 8: Hoja de Registro Anestésico .....	108
Anexo 9: Valores $Z_{\alpha}$ para diferentes niveles de confianza.....	111
Anexo 10: Valores $Z_{\beta}$ para diferentes niveles de poder estadístico .....	112
Anexo 11: Diferentes Valores para $W$ .....	113
Anexo 12: Consentimiento Informado.....	114
Anexo 13: Cedula de entrevista .....	115

## Resumen

A través del tiempo se ha observado que el conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología por parte de los pacientes es mínimo y en ocasiones falso basado en mitos y experiencias previas. Este fenómeno no ha tenido suficiente atención en el ámbito de la investigación, por tal razón se tiene como **Objetivo** determinar la influencia de la visita preanestésica en el conocimiento de los roles del profesional en anestesiología los Hospitales Nacionales: La Unión, Santa Rosa de Lima y San Juan de Dios de San Miguel, periodo comprendido de julio a septiembre de 2013. **Metodología:** la investigación fue de tipo prospectivo, transversal, descriptivo, analítico, bibliográfico y de campo. La población estimada fue conformada por 349 individuo; estableciendo como muestra 90 pacientes, 30 pacientes por cada Hospital sometido al estudio, para lo cual se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. A cada paciente se le realizó una cedula de entrevista previo y posteriormente a la visita preanestésica, elaborada para medir el conocimiento respecto al tema en estudio. **Resultados:** se determinó que el conocimiento general previo obtenido fue de 1.49 como media y 1.78 como media posterior; resultando una mejora de un 0.29% encontrando una significación estadística en general de 0.000. Utilizando la prueba T student y con 0.29% de incremento de conocimiento se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo la cual dice: “La visita preanestésica influye en el nivel de conocimiento de los roles del profesional en anestesiología.”

**Palabras claves:** influencia, conocimiento, visita preanestésica, paciente, profesional en anestesiología, roles.

## INTRODUCCION

La anestesia es una de las especialidades más interesantes de la medicina y en desarrollo. Sin embargo, es causa de temor, ansiedad y preocupación en los pacientes sometidos a cirugía y en la población en general, ya que el conocimiento de la práctica anestésica por parte de los pacientes es poco y, en muchas ocasiones, errado, llegando a desconocer las funciones de los profesionales en anestesiología y su responsabilidad durante un procedimiento quirúrgico, hecho que interfiere en la relación médico-paciente, e incluso, en el entendimiento de los desenlaces de los procedimientos médicos.

En el presente estudio se da a conocer la influencia de la visita preanestésica en el nivel de conocimiento de los roles del profesional en anestesiología en pacientes para cirugía en los Hospitales Nacionales de La unión (HNLU), Santa Rosa de Lima (HNSRL) y San Juan de Dios de San Miguel (HNSJD), el cual se desglosa de la siguiente manera.

En el capítulo uno se presenta el planteamiento del problema, donde se detallan los antecedentes del fenómeno en estudio, en el cual se plasma el esfuerzo de otros investigadores en torno al tema que se estudiara y a la vez garantizando que el trabajo partirá de la actualidad, llevando un seguimiento de lo internacional a lo regional; de lo cual surge el enunciado del problema. También contiene la justificación, la cual da a conocer el propósito de la investigación con los beneficios que esta presenta y de igual forma sus respectivos objetivos, tanto el general como los específicos que reflejan por qué se está llevando a cabo la investigación y proporcionan una guía durante el desarrollo del estudio.

El capítulo dos está constituido por el marco teórico, en el cual se fundamenta el tema de investigación, este se divide en dos partes: la base teórica, donde se detalla la información recopilada sobre el objeto en estudio y; la definición de términos básicos constituida por los conceptos más importantes para una mayor comprensión de la investigación.

El capítulo tres muestra el sistema de hipótesis, conformado por la hipótesis de investigación. De igual forma se presenta la hipótesis nula y la operacionalización de las hipótesis en variables.

En el capítulo cuatro se da a conocer el diseño metodológico, describiendo en este apartado: el tipo de investigación, la población objeto de estudio y su correspondiente muestra determinada de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se presentan también la técnicas utilizadas para la recolección de información, los instrumentos para la recopilación de datos y el procedimiento que se llevará a cabo para realizar la investigación.



Posteriormente se definen los riesgos y beneficios que se pueden presentar durante la ejecución del estudio, así como las consideraciones éticas con el objetivo de establecer los puntos de mayor relevancia en la vigilancia ética del trabajo realizado.

El capítulo cinco está constituido por la presentación de resultados, donde se muestra la tabulación, análisis e interpretación de los datos que fueron recolectados mediante la cedula de entrevista realizada a los pacientes sometidos al estudio.

En el capítulo seis se establecen las conclusiones y recomendaciones que el grupo de investigación ha planteado de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio.

Finalmente se muestra la bibliografía, que son las fuentes consultadas para estructurar el trabajo de investigación, Seguido de los anexos, que contienen información visual sobre el contenido de este documento.

**CAPITULO I**  
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Antecedentes del objeto fenómeno de estudio**

A lo largo de los últimos cinco años se han publicado estudios en diferentes tipos de población, en los que se investigan las preferencias anestésicas de los usuarios, el grado académico reconocido por éstos a los profesionales en anestesiología, el reconocimiento de los distintos roles de estos especialistas y, de igual forma, los miedos y temores más relevantes en cada una de estas poblaciones cuando van a someterse a algún procedimiento quirúrgico.<sup>1</sup>

La mayoría de los profesionales en anestesiología atienden a los pacientes solamente durante el periodo perioperatorio; sin embargo, existe conocimiento pobre y conceptos erróneos referente a la función de éste aún durante ese periodo. Los usuarios en algunos países parecen conocer las funciones del anestesista, como por ejemplo evaluar a los pacientes previo a una cirugía, monitorear al paciente durante el procedimiento y recuperación, asegurarse de que el usuario se mantiene libre de náusea/vómito y dolor, y evaluar al mismo para su alta.

Más específicamente, se ha reportado que el papel del profesional en anestesiología en el monitoreo del paciente durante la cirugía está bien conocido en algunos países como el Reino Unido, mientras que en otros países, como Arabia Saudita y en varios países latinoamericanos, ese papel no es tan conocido entre los pacientes. A pesar de esos reportes contradictorios, es una creencia común que el profesional en anestesiología solo duerme al paciente, lo deja en manos del cirujano y se van a otro quirófano para anestesiarse a otro paciente simultáneamente. Claramente se demuestra el conocimiento inadecuado referente a la importancia de la función del anestesiólogo en el período transoperatorio.

Probablemente es debido a esa percepción en Austria que, a pesar de que 93% de los pacientes sepan que el profesional en anestesiología es un especialista solamente 55% creen que él o ella es responsable de su recuperación segura de la anestesia.<sup>2</sup> De los estudios que más se acerca a esta situación como población latinoamericana son: el publicado en el Journal of Clinical Anesthesia en 2008, realizado en tres hospitales de la ciudad de Trinidad, a pacientes que iban a ser sometidos a cirugía electiva, en el que se encontró que cerca de un tercio de los pacientes no sabía quién era un profesional en anestesiología y sólo el 60% reconoció los verdaderos roles de éste.<sup>3</sup>

En 2011, en Brasil se llevó a cabo un estudio con 400 pacientes en el estudio, siendo 203 (50,75%) hombres y 197 (49,25%) mujeres entre los 18 y los 89 años. Un total de 207 (51,75%) pacientes reconoció al anestesiólogo como médico. Doscientos ochenta y nueve (72,25%) de los entrevistados respondieron que el anestesiólogo cuida al paciente durante la cirugía, mientras que 256 (un 64%) pacientes no sabían que el anestesiólogo determina si el paciente está apto para

ser sometido a la cirugía. Hubo una correlación estadística entre el nivel de escolaridad y la presencia de experiencia previa de procedimientos anestésico-quirúrgicos, con la respuesta correcta con relación a la formación médica del anesthesiologo. No hubo diferencia significativa entre los grupos (sometido y no sometido), a la evaluación preanestésica con relación al conocimiento de la formación médica del anesthesiologo.<sup>1</sup>

En la actualidad no existen estudios sobre este tópico a nivel nacional, regional o local, por lo cual se puede observar la falta de conocimiento científico de este tema por parte de los profesionales en anestesiología o por parte de la población en general y solo se pueden formar conclusiones o conjeturas formadas de la experiencia adquirida de lo que los profesionales en anestesiología experimentan a diario con el contacto con los pacientes sin ningún tipo de base científica que justifique dichas conclusiones haciendo evidente la necesidad de realizar el estudio.

## **1.2 Enunciado del problema**

De lo antes planteado y con el interés de conocer la percepción y los conceptos que los pacientes tienen respecto a los profesionales en anestesiología, sus funciones y desempeño en el área quirúrgica, así como la preferencia anestésica de los pacientes, sus temores y preocupaciones cuando requieren de un procedimiento quirúrgico, se realizara el presente estudio:

¿Cómo influye la visita preanestésica en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología en pacientes para cirugía, Hospitales Nacionales de La Unión, Santa Rosa de Lima y San Juan de Dios de San Miguel?

## **1.3 Justificación del estudio**

La capacidad de la práctica anestésica y el potencial del profesional en anestesiología no están bien reconocidos. Estudios modernos internacionales tratan sobre la falta de conocimiento del paciente hacia el acto anestésico, así como también el nivel de tal conocimiento que presentan dichos sujetos.

Dado que en el entorno de estudio no existen investigaciones sobre este tema, a nivel nacional, se propone realizar la investigación sobre este tópico en particular, para tener una idea de la imagen que se maneja sobre el profesional en anestesiología haciendo énfasis en los licenciados en anestesiología.

La necesidad de realizar este estudio se hace evidente cuando los pacientes proporcionan una información no adecuada, pensando que el proporcionar dicha información no es de mucha utilidad debido a que no se tiene la idea correcta sobre las labores de los profesionales en anestesiología o generan un cierto tipo de miedo o ansiedad ante la presencia éste.

Es por ello que la visita preanestésica debe ser completa y adecuada al proporcionar información o aclarar dudas al paciente, se pretende indagar sobre cuán útil es dicha visita para generar este conocimiento en particular.

Si se descubre cuán importante es la visita preanestésica o si es deficiente en la generación de conocimiento sobre el tópico en investigación. Se puede recomendar replantear la visita que se realiza o al menos realizar de una manera más completa para ayudar a crear una imagen correcta sobre las actividades que realiza el profesional en anestesiología tanto fuera como dentro del quirófano.

Si el paciente tiene conocimiento de lo que es en sí toda la labor del profesional en anestesia, se colabora a que las personas disminuyan la ansiedad presentada, al saber que están seguros con profesionales calificados, aptos y debidamente capacitados para la atención que brindan y que también son ellos que mantienen una homeostasis de su salud durante todo el acto pre, intra y posquirúrgico.

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar la influencia de la visita preanestésica en el conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Establecer el nivel de conocimiento que poseen los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología.
- Detectar la efectividad de la visita preanestésica para aclarar las funciones del profesional en anestesiología.
- Comparar la percepción sobre los roles del profesional en anestesiología de las zonas rural y urbana.
- Relacionar el grado de educación con el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología.
- Calcular si existe influencia de conocimiento sobre los roles del profesional en Anestesiología entre los pacientes que cuentan con cirugía previa y los que no han sido intervenidos anteriormente.
- Identificar si los pacientes reconocen la diferencia entre el licenciado en anestesiología y el médico anesthesiologo

**CAPITULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 BASE TEORICA**

#### **2.1.1 PRÁCTICA DE LA ANESTESIOLOGÍA**

##### **Definición**

La American Society of Anesthesiologists define "Anestesiología" como: "la práctica de la medicina dedicada al alivio del dolor y al cuidado completo e integral del paciente quirúrgico, antes, durante y después de la cirugía". Como la práctica de la anestesiología se ha ampliado más allá de hacer insensibles al dolor a los pacientes durante la cirugía o el parto obstétrico, causó que la American Board of Anesthesiology<sup>4</sup> revisara su definición en 1989 de la siguiente manera:

1. Evaluación, consulta y preparación de pacientes para anestesia.
2. Volver insensibles al dolor a los pacientes durante los procedimientos quirúrgicos, obstétricos, terapéuticos y diagnósticos.
3. Vigilar y restaurar la homeostasia en los sujetos perioperatorios y críticamente enfermos.
4. Diagnosticar y tratar síndromes dolorosos.
5. Tratamiento y enseñanza de reanimación cardiaca y pulmonar.
6. Evaluación de la función respiratoria y aplicación de terapéutica respiratoria.
7. Enseñanza, supervisión y evaluación de la actuación del personal médico y paramédico relacionado con anestesia, cuidado respiratorio y cuidado crítico.
8. Conducir investigación a los niveles de ciencia básica y clínica para explicar y mejorar el cuidado de los pacientes en términos de función fisiológica y respuesta a fármacos.
9. Participación en la administración de hospitales, escuelas médicas y servicios de pacientes externos necesarios para ejecutar estas responsabilidades.

La anestesiología siempre ha sido mal concebida como especialidad poco importante. A pesar de su crecimiento notable en los últimos años, todavía hay conocimiento deficiente por parte del público en cuanto a la especialidad, así como el papel exacto del profesional en anestesiología y el anestesiólogo.



El conocimiento referente a las diversas funciones del anesthesiologo en los quirófanos así como las diversas áreas del hospital es escaso no tan solo entre la población en general sino también entre otros trabajadores de la salud. La capacidad de la práctica anestésica y el potencial del profesional en anestesiología no están bien reconocidos.<sup>5</sup>

### **Médico Anestesiólogo**

El anesthesiologo es un médico especialista que ejerce la anestesiología que tras realizar la el doctorado en medicina durante ocho años, se preparan para el examen Médico Interno Residente (MIR) durante un año, para luego aprender la especialidad durante 4 años en el periodo de residencia.

En el primero de estos años, el anesthesiologo completa su entrenamiento en el diagnóstico y tratamiento de otras áreas de la medicina, como medicina interna, cardiología, neumología, urgencias. Posteriormente durante tres años intensivos, el anesthesiologo aprende los aspectos médicos y técnicos de la especialidad. Los anesthesiologos de hoy día son innovadores en su campo, continuando una larga tradición en el avance de la práctica de la medicina moderna. Tras el periodo de residencia, el anesthesiologo continúa estudiando los nuevos avances médicos y técnicos de la especialidad para ser capaces de interpretar su mejor papel en la medicina moderna.<sup>5</sup>

### **Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia**

Los Licenciados en anestesiología son aquellos que cursan la carrera de Licenciatura en Anestesiología e inhaloterapia por cinco años, seis meses de servicio social, y en ese mismo año se realiza y ejecuta la tesis.

Durante este periodo los profesionales son preparados en el área básica y especializada, mediante un sistema de módulos que abarca los principales conocimientos tanto de fisiología y anatomía del cuerpo humano, como de la farmacología necesaria para la práctica de la anestesia, se conocen las condiciones para la administración anestésica – paciente – procedimiento, los cuidados pre, trans y postanestésicos, el manejo especializado en pacientes con diferentes patologías y en pacientes complicados de alto riesgo anestésico - quirúrgico.

El programa de la carrera de Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia también cuenta con estudios básicos en Administración y programación de los servicios de Anestesia e Inhaloterapia así como de Investigación científica en el problema morbimortalidad anestésica. (Anexo N°4)

En el área de Inhaloterapia se forman conocimientos en la terapéutica de inhaloterapia y gasometría en problemas respiratorios profilaxis, curación y

rehabilitación y las funciones de la anestesia e inhaloterapia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se forman profesionales capaces de usar las diversas tecnologías modernas; así como la existente en el país en el campo de la cirugía, para contribuir eficientemente en la elaboración del diagnóstico adecuado en beneficio del ser humano y la recuperación de la salud con la capacidad de adaptar su conocimiento de acuerdo a la realidad.<sup>6</sup>

### **2.1.2 ESTÁNDARES Y FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES EN ANESTESIOLOGÍA SEGÚN AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA).<sup>7</sup>**

Cada año se llevan a cabo cientos de miles de intervenciones quirúrgicas. Salvo las más superficiales, realizadas con anestesia local por el propio cirujano, todas ellas precisan de la participación de un anesthesiólogo o profesional en anestesiología, el cual es responsable de todo el cuidado médico del paciente durante la intervención.

Fuera de los confines del quirófano, la actividad del anesthesiólogo y profesional en anestesiología suele ser poco visible, y aún dentro del mismo, solamente el equipo quirúrgico y de enfermería llega a ser consciente de ella.

La mayoría de los pacientes, por efecto de los sedantes, son incapaces de recordar incluso la presencia de este especialista en el quirófano, a pesar de que su trabajo resultará de vital importancia para su seguridad y el buen desarrollo de la intervención. Según la American Society Of Anesthesiologists (ASA) considera las funciones básicas de éstos profesionales en base a los siguientes estándares:

#### **En el preoperatorio**

Estos estándares se aplican a todos los pacientes que reciben anestesia o cuidado vigilado de la anestesia. En circunstancias poco comunes, por ejemplo urgencias extremas, pueden modificarse. Cuando sucede así es necesario describir en el expediente del paciente las circunstancias.

##### **Estándar I**

El profesional en anestesiología es responsable de determinar el estado médico del paciente, desarrollar un plan de cuidado anestésico y dar a conocer al enfermo o al adulto responsable el plan propuesto. El desarrollo de un plan de cuidado anestésico apropiado se basa en:

- I. Revisión del expediente médico.
- II. Entrevista y examen del paciente para:

- a) Comentar antecedentes médicos y experiencias con anestесias y farmacoterapia
- b) Valorar los aspectos del estado físico que pudieran afectar las decisiones sobre el riesgo y la atención perioperatorios. .

III. Obtener o revisar, o ambos, pruebas y consultas necesarias para suministrar la anestesia.

IV. Determinar la prescripción apropiada de medicamentos preoperatorios según se requieran para conducir la anestesia.

El profesional en anestesiología a cargo debe comprobar que se han llevado a cabo y registrado en el expediente del paciente apropiadamente todos los puntos anteriores.

### **En el Transoperatorio**

Estos estándares se aplican al cuidado de todas las anestесias aunque, en circunstancias urgentes. Tienen prioridad las medidas apropiadas de apoyo para la vida. Los estándares pueden excederse en cualquier momento según el juicio del anestesiólogo responsable. Pretenden fomentar la calidad del cuidado del paciente, pero aun observándolos no es posible garantizar ningún resultado final específico para el enfermo. Están sujetos a revisión periódica, según lo exija la evolución de la tecnología y La práctica. Se aplican a todas las anestесias generales, regionales y al cuidado vigilado de la anestesia.

#### **Estándar I**

El personal de anestesia calificado debe estar presente en el quirófano durante toda la conducción de una anestesia general, regional y el cuidado vigilado de la anestesia.

Objetivo: Debido a los rápidos cambios del estado del paciente durante la anestesia, siempre debe estar presente el personal de anestesia calificado para vigilarlo y proporcionar cuidado anestésico.

En caso de un peligro conocido directo, por ejemplo radiación, es necesario tomar algunas medidas para vigilar al enfermo, en especial si se requiere observación remota intermitente del paciente.

Si alguna urgencia exige la ausencia temporal del personal de anestesia responsable, el anestesiólogo tomará la decisión que juzgue mejor comparando la urgencia y el estado del paciente anestesiado y elegirá a la persona que se hará cargo de la anestesia durante su ausencia.

## Estándar II

Durante todas las anestесias es necesario valorar continuamente la oxigenación, ventilación, circulación y temperatura del paciente.

### Oxigenación

Objetivo: Asegurar la concentración de oxígeno adecuada en el gas inspirado durante toda la anestesia.

### Métodos

1. Gas inspirado: durante la administración de toda anestesia general en la que se utiliza un aparato de anestesia es necesario medir la concentración de oxígeno en el sistema respiratorio del paciente con un analizador de oxígeno y alarma de límite de concentración baja de oxígeno.

2. Oxigenación de la sangre: en todas las anestесias se requiere emplear un método cuantitativo para estimar la oxigenación, como la oximetría de pulso. Se necesita iluminación y exposición adecuadas del paciente para valorar el color.

### Ventilación

Objetivo: Asegurar la ventilación apropiada del paciente durante todas las anestесias.

### Métodos

1. En todo paciente que recibe anestesia general debe revisarse continuamente que sea adecuada la ventilación.

Si bien los signos clínicos cualitativos, como excursión torácica, observación de la bolsa reservorio respiratoria y auscultación de los ruidos respiratorios, pueden ser útiles, se recomienda la vigilancia cuantitativa del contenido de CO<sub>2</sub> o del volumen de gas espirado, o de ambos.

2. Cuando se inserta una sonda endotraqueal es necesario comprobar su posición correcta en la tráquea mediante valoración clínica e identificación del dióxido de carbono en el gas espirado.

El análisis continuo del dióxido de carbono en la ventilación final, que se utiliza desde el momento en que se coloca la sonda endotraqueal hasta la extubación o el inicio del traslado a una sala de cuidado posoperatorio, debe efectuarse con un método cuantitativo, como capnografía, capnometría o espectroscopia de masa.

3. Cuando se controla la ventilación con un ventilador mecánico debe usarse continuamente un dispositivo que detecte la desconexión de los componentes del sistema respiratorio. El dispositivo debe proporcionar una señal audible cuando se excede su umbral de alarma.

4. Durante la anestesia regional y el cuidado vigilado de la anestesia es necesario valorar que sea apropiada la ventilación, cuando menos mediante observación continúa de los signos clínicos cualitativos.

### Circulación

Objetivo: Asegurar que sea adecuada la función circulatoria del paciente durante toda la anestesia

### Métodos

1. En todo paciente que recibe anestesia debe mostrarse continuamente el electrocardiograma en una pantalla desde el inicio de la anestesia hasta que se prepara para salir del sitio en que se anestesió.
2. En todo paciente que se anestesia es necesario determinar la presión arterial y la frecuencia cardiaca y valorarlas cuando menos cada 5 minutos.
3. Además de los anteriores, en todo paciente que recibe anestesia general debe valorarse de manera continua la función circulatoria cuando menos con uno de los siguientes métodos: palpación de un pulso, auscultación de los ruidos cardiacos, vigilancia de un trazo de la presión intraarterial, vigilancia con ultrasonido del pulso periférico, o pletismografía u oximetría de pulso.

### Temperatura corporal

Objetivo: Ayudar a conservar la temperatura apropiada del cuerpo durante la anestesia.

### Métodos

Debe haber un medio fácilmente disponible para medir frecuentemente la temperatura del paciente. Se requiere cuantificarla cuando se intenta cambiarla o se anticipan o sospechan alteraciones de la misma.

### **En el postoperatorio**

Estos estándares se aplican al cuidado posanestésico en todos los sitios. Los estándares pueden excederse según el juicio del anestesiólogo responsable.

Pretenden fomentar la calidad del cuidado del paciente, pero no pueden garantizar ningún resultado final específico del enfermo. Están sujetos a revisión periódica según lo justifique la evolución de la tecnología y la práctica.

#### Estándar I

Todos los pacientes que han recibido anestesia general, regional o cuidado vigilado de la anestesia deben recibir una atención posanestésica apropiada.

1. Debe estar a disposición una unidad de cuidado posanestesia (UCPA) o un área que proporcione cuidado posanestésico equivalente para recibir a los pacientes después de la anestesia.

Todos los enfermos con cuidados de anestesia deben ingresar a la UCPA o su equivalente, excepto si hay indicaciones específicas del anesthesiologo responsable del cuidado del enfermo

2. Los aspectos médicos del cuidado en la UCPA se registrarán por normas y procedimientos que ha recibido y aprobado el departamento de anestesiología.

#### Estándar II

Un paciente que se traslada a la UCPA debe ir acompañado de un miembro del grupo de cuidado de anestesia que conozca su estado. Es necesario valorar continuamente al enfermo y tratarlo durante su traslado con vigilancia y apoyo apropiados para su estado.

#### Estándar III

Al llegar a la UCPA el miembro del grupo de cuidado de anestesia que acompaña al paciente debe valorarlo otra vez e informar verbalmente a la enfermera responsable de la UCPA (Figura 1)

1. Debe anotarse el estado del paciente al llegar a la UCPA.

2. Es necesario transmitir a la enfermera de la UCPA la información relacionada con el estado preoperatorio y el curso quirúrgico o anestésico.

3. El miembro del grupo de cuidado anestésico debe permanecer en la UCPA hasta que la enfermera de esta última acepte la responsabilidad del cuidado de enfermería del paciente.

#### Estándar IV

En la UCPA debe valorarse continuamente el estado del paciente.

1. Es necesario observar y vigilar al enfermo con métodos apropiados para su estado médico. Debe concederse particular atención a la vigilancia de la oxigenación, ventilación, circulación y temperatura. Durante la recuperación de todas las anestias es necesario emplear en la fase inicial de la misma un método cuantitativo para valorar la oxigenación, como la oximetría de pulso.

2. Debe elaborarse un informe escrito preciso del periodo en la UCPA. Se recomienda usar un sistema de calificación de la UCPA apropiado para cada paciente que ingresa, a intervalos adecuados antes de darlo de alta y cuando abandona la unidad (Anexo N° 5).

3. La supervisión y coordinación médica general del cuidado del paciente en la UCPA deben ser responsabilidad de un anesesiólogo.

4. Es necesario que existan en la institución lineamientos para asegurar la disponibilidad de un médico capaz de tratar complicaciones y proporcionar reanimación cardiopulmonar a pacientes en la UCPA.

#### Estándar V

Un profesional en anesesiología es responsable del egreso del paciente de la UCPA.

1. Cuando se emplean criterios para el alta éstos deben ser aprobados por el departamento de anesesiología y el personal médico. Pueden variar dependiendo del lugar del que egrese (sala del hospital, unidad de cuidado intensivo, unidad de permanencia breve).

2. Cuando no hay un médico responsable para el alta, la enfermera de la UCPA determinará si el paciente satisface los criterios para el egreso. Es necesario escribir en el expediente el nombre del médico que acepta la responsabilidad del alta.

#### **2.1.2.1 NORMA TÉCNICA SOBRE ANESTESIOLOGÍA SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, consciente de la responsabilidad que le compete en relación con la salud humana en el país, ha tenido a bien elaborar la siguiente “Norma Técnica sobre anesesiología” con el

propósito de contribuir a brindar una mejor atención a todos los pacientes que necesiten en determinado momento ser sometidos a procedimientos anestésicos. Esta norma establece las responsabilidades de los profesionales en anestesiología, así como los requisitos necesarios con los cuales deben de contar los establecimientos de salud, para garantizar que los pacientes reciban una mejor atención en cualquier procedimiento de anestesiología y por consiguiente a disminuir la morbi-mortalidad a causa de un acto anestésico.<sup>8</sup> (Anexo N° 6)

### **Actividades de los profesionales en Anestesiología**

Para efectos de esta norma se consideran profesionales graduados en anestesiología a los doctores en medicina con conocimientos adquiridos para el ejercicio de la anestesiología, Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia o tecnólogos en Anestesiología, autorizados por la Junta de Vigilancia respectiva.

Todo profesional en anestesiología deberá cumplir con las actividades y responsabilidades siguientes:<sup>9</sup>

- a. Proporcionar al paciente trato respetuoso, digno de acuerdo a sus derechos y a la ética médica, así como las explicaciones correspondientes al procedimiento anestésico.
- b. Conocer la historia clínica del paciente y hacer las interconsultas a otros especialistas si fuera necesario para desarrollar un plan de cuidados anestésicos.
- c. Verificar en el expediente clínico que el paciente, sus familiares o su representante legal, haya firmado el consentimiento informado.
- d. Indicar la prescripción apropiada de la medicación preanestésica.
- e. Identificar al paciente dentro del quirófano, verificar el diagnóstico, la cirugía propuesta y evaluar al paciente antes de la inducción anestésica.
- f. Examinar el buen funcionamiento de los equipos antes de la inducción anestésica y verificar que existan los medicamentos e insumos necesarios, así como sangre, hemoderivados, coloides, cristaloides y otros.
- g. Iniciar el procedimiento anestésico cuando el cirujano y su equipo colaborador estén presentes en el quirófano.
- h. Conducir personalmente el procedimiento anestésico y permanecer en el quirófano durante todo el acto quirúrgico.
- i. Adoptar las medidas de bioseguridad para evitar la transmisión de padecimientos infecciosos al paciente y al personal del equipo de trabajo.



j. Registrar completamente el proceso de la anestesia en una hoja elaborada específicamente para tal fin.

k. Toda complicación que surja durante el evento anestésico, deberá ser reportada y registrada en el expediente clínico.

l. Apoyarse en otros especialistas para solucionar emergencias médico-quirúrgicas que se presenten durante el acto anestésico.

m. Todo profesional en anestesiología que sea relevado del acto anestésico debe entregar al profesional que lo releva, la hoja de anestesia en la cual haga constar la evolución y condiciones clínicas del paciente.

### **Evaluación preanestésica.<sup>10</sup>**

a. En los casos de cirugía electiva, la evaluación debe realizarse o supervisarse por un médico anestesiólogo o por un residente en anestesiología; y en lugares donde no existan anestesiólogos, por el licenciado o tecnólogo anestesista, bajo la necesidad del cirujano a cargo del paciente, con un periodo mínimo de 24 horas previas al procedimiento.

b. El paciente programado para cirugía ambulatoria, debe tener previo al procedimiento quirúrgico la evaluación preanestésica, debiendo revisarse exhaustivamente su historia clínica y confirmar que el paciente no presenta contraindicaciones al procedimiento, lo cual deberá quedar consignado en el expediente.

c. En los casos de emergencia o urgencia, el profesional en anestesiología evaluará al paciente juntamente con el cirujano, a fin de llevarlo a una condición óptima, en el menor tiempo posible.

d. En la nota preanestésica debe consignarse como mínimo: (Anexo N° 7)

- Evaluación clínica del paciente, señalando los datos fundamentales en relación a la anestesia.
- El tipo de anestesia que se aplicará de acuerdo a las condiciones del paciente y a la intervención quirúrgica planeada.
- Estado físico (ASA).
- Medicación preanestésica de acuerdo a las condiciones del paciente.
- Ayuno de 6 horas para sólidos y 4 horas para líquidos en el paciente adulto, dependiendo de sus condiciones preoperatorias. Excepto medicamentos.

e. La técnica anestésica será decidida por el medico anestesiólogo y en su ausencia se hará en consenso entre el cirujano y el licenciado o tecnólogo anestesista.

f. El médico anestesiólogo, tendrá la facultad de suspender o diferir un procedimiento anestésico electivo cuando considere que el paciente no reúna los criterios de seguridad establecidos en esta norma y en ausencia de éste, el licenciado o tecnólogo anestesista en conjunto con el cirujano deberán decidir la conducta a seguir.

### **Manejo transanestésico<sup>11</sup>**

El profesional en anestesiología deberá:

a. Comprobar el funcionamiento adecuado del equipo que se utilizará, incluyendo el desfibrilador y el aparato de succión.

b. Verificar la existencia de los materiales y medicamentos necesarios para el procedimiento anestésico.

c. Identificar al paciente, conocer la historia clínica, consultar la nota preanestésica, verificar el cumplimiento de las indicaciones médicas y procedimientos a realizar.

d. Aplicar la técnica anestésica y procedimientos pertinentes.

e. Monitorizar al paciente con los parámetros mínimos establecidos.

f. Verificar que todo paciente que reciba un procedimiento anestésico posea una venoclisis permeable.

g. Administrar al paciente, oxígeno suplementario cuando se aplique anestesia regional o sedoanalgesia.

h. Utilizar máquinas de anestesia que cumplan con los estándares internacionales previamente establecidos.

i. Comprobar en repetidas ocasiones la permeabilidad de la vía aérea.

j. Mantener una vigilancia constante del monitoreo establecido.

k. Evaluar por medios clínicos y continuamente la profundidad anestésica; recomendándose la medición de la concentración inspirada de gases anestésicos por medio de un analizador de gases.

l. Documentar el procedimiento anestésico a través del llenado de la hoja correspondiente, registrando todos los eventos sucedidos, medicamentos utilizados con sus respectivos horarios, dosis y líquidos endovenosos administrados incluyendo sangre y sus derivados, así como las condiciones del

paciente al finalizar el procedimiento. Este documento deberá incluir la firma y nombre del responsable. (Anexo N° 8)

m. En los casos en que por la complejidad de la cirugía o la condición del paciente, sea necesario llevar un control de los líquidos, estos deberán registrarse en la hoja de balance hídrico.

### **Cuidado Postanestésico<sup>12</sup>**

a. Al finalizar la intervención quirúrgica, el profesional que realizó el procedimiento anestésico, deberá entregar el paciente al personal de la sala de recuperación, con venoclisis permeable.

b. Todo paciente que reciba anestesia, deberá contar con los siguientes cuidados postanestésicos:

- Administración de oxígeno suplementario
- Líquidos parenterales y medicamentos indicados
- Monitoreo de la frecuencia cardíaca, presión arterial, oximetría de pulso, frecuencia respiratoria.
- Valoración del estado de conciencia.

c. La vigilancia del paciente en la unidad de recuperación estará a cargo del personal idóneo.

d. El profesional en anestesiología en coordinación con el cirujano o médico tratante, determinará con base al estado físico y condiciones del paciente, su ingreso a la sala de recuperación anestésica o si es necesario trasladarlo a una unidad de cuidados especiales.

e. Todo paciente que sea trasladado a una unidad de cuidados especiales, deberá ser acompañado por el profesional que administro la anestesia y la enfermera asignada.

f. Para el traslado del paciente a una unidad de cuidados especiales, deberá contarse con el equipo mínimo indispensable que incluirá:

- Ventilador de transporte o resucitador manual
- Fuente de oxígeno
- Monitor de traslado que incluya: oximetría de pulso
- Estetoscopio precordial
- Camilla con barandas y respaldo

## **2.1.2.2 MANUAL DESCRIPTIVO DE CLASES SEGÚN MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

### **Técnico en Anestesia**

Naturaleza del trabajo: Administración de anestesia electiva y urgencia a pacientes bajo intervención médica o quirúrgica.

#### ❖ Tareas y responsabilidades:

- Evaluar pacientes programados
- Prescribir pre- anestésicos
- Revisar máquina de anestesia
- Vigilar recuperación de pacientes
- Administrar anestesias
- Brindar asistencia post- operatoria
- Administrar sangre compatible

#### ❖ Características de la clase

- Supervisión ejercida: Puede darse de orden técnico a personal auxiliar
- Supervisión recibida: El trabajo es evaluado por el jefe inmediato a través de supervisión directa y por resultados obtenidos.
- Relaciones interpersonales: se producen con niveles superiores, personal médico, técnico, paramédico, auxiliar y paciente
- Consecuencias del error: Puede generar situaciones graves para el paciente
- Condiciones de trabajo: Normales para esta clase de puesto, sujeto a presión y tensión.

#### ❖ Requisitos:

- Bachiller en salud
- Haber recibido tratamiento previo por 1 año como mínimo
- 1 año después de experiencia después del adiestramiento

### **Tecnólogo en Anestesia**

Naturaleza del trabajo: Administración de anestesia electiva y urgencia a pacientes bajo intervención quirúrgica.

❖ Tareas y responsabilidades:

- Evaluar pacientes programados para cirugía
- Dar recomendaciones previas
- Prescribir pre- anestésicos
- Recibir pacientes en el quirófano
- Revisar máquina de anestesia
- Brindar asistencia post- operatoria de problemas relacionados con anestesia
- Revisar historia clínica, Diagnostico quirúrgico y revisión de exámenes de laboratorio
- Administrar sangre compatible en caso necesario
- Conocer y practicar las diferentes técnicas de anestesia

❖ Características de la clase

- Supervisión ejercida: Supervisa a personal técnico y auxiliar a través de supervisión directa y por resultados obtenidos
- Supervisión recibida: El trabajo es evaluado por la jefatura del departamento en forma escrita y verbal
- Relaciones interpersonales: Se producen con niveles superior, personal médico, paramédico, con compañeros y pacientes
- Consecuencias del error: Puede generar situaciones graves al paciente
- Condiciones de trabajo: Normales para esta clase de puesto.

❖ Requisitos:

- Tecnólogo médico en anestesiología graduado o incorporado
- Experiencia previa
- Buenas relaciones interpersonales
- Buena salud física y mental

**Sub- Jefe del servicio de Anestesiología**

Naturaleza del trabajo: Planeamiento, organización, dirección y supervisión de tareas profesionales, medico, administrativas en el suministro de anestesia en una institución hospitalaria.

❖ Tareas y responsabilidades:

- Hacer planes de trabajo diario y mensual
- Hacer pedidos a farmacia y almacén
- Programar y distribuir al personal en cirugía electiva

- Administrar anestesia, generalmente en pacientes complicados, en unión con el jefe
- Supervisar el trabajo del personal
- Controlar la estrategia de medicamentos y materiales
- Revisar el buen funcionamiento de máquinas de anestesia
- Proporcionar asistencia y asesoría al personal bajo su cargo
- Hacer informe mensual estadístico y gerencial.

❖ Características de la clase

- Supervisión ejercida: Supervisar a personal técnico y auxiliar a través de observación directa y análisis de informes.
- Supervisión recibida: El trabajo es evaluado por el jefe inmediato, a través de análisis de informes y por apreciación de resultados obtenidos
- Relaciones interpersonales: Se producen con personal médico, paramédico, técnicos de apoyo y pacientes
- Consecuencias del error: Pueden ser leves o graves con pérdidas de vida y costos económicos y de esfuerzo de grupo e institución.
- Condiciones de trabajo: Sujeto a alto grado de tensión, obligado a estudio y atención minuciosa de cada caso.

❖ Requisitos:

- Título de Tecnólogo médico en anestesiología
- 5 años de experiencia específica en el área
- Habilidad en relaciones interpersonales

**2.1.2.3 RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL “SAN JUAN DE DIOS” DE SAN MIGUEL.<sup>13</sup>**

**Jefatura de Anestesiología**

- Estará a cargo de un médico anesthesiologo.
- Cumplir las Normas y Reglamentos de la Institución en Terapia Respiratoria, Gases Hospitalarios y el departamento de Anestesiología.
- Cumplir con el horario por el cual ha sido contratado.
- Distribuir al personal y especificar sus funciones.

- Verificar periódicamente con el personal reuniones científicas y administrativas.
- Interconsultas de pacientes de alto riesgo en las diferentes especialidades.
- Mantener la disciplina en el personal sub alterno, haciendo respetar los niveles jerárquicos.
- Seleccionar al personal bajo su cargo y hacer propuestas para plazas y ascensos.
- Aceptar o rechazar solicitudes de operación de acuerdo a si se llenan o no los requisitos indispensables.
- Velar por que se realice la visita preanestésica.
- Se cumplirá con todas las funciones descritas en el Manual de Clasificación de Puestos de Recursos Humanos.

#### **Sub – jefatura de Anestesiología**

- Velar porque el personal sub alterno cumpla con sus obligaciones y con el reglamento interno del Hospital.
- Elaborar el plan de trabajo mensual, con la supervisión de médico Jefe.
- Supervisara el trabajo diario de sus compañeros.
- Llamará al médico jefe cuando sea necesario para interconsultas.
- Distribuirá al personal por quirófanos de acuerdo a su capacidad y a las patologías del paciente.
- Velará por que se cumpla la premedicación y la vigilancia de la recuperación anestésica.
- Llevará el control diario y mensual de gastos de material y realizará informe de tabulación y sistema gerencial.
- Revisará y clasificará diariamente los reportes anestésicos.
- Revisar el buen funcionamiento del equipo y revisar que todo sea mantenido en orden y aséptico.

- Reportará desperfectos del equipo o cualquier otra anomalía al jefe de Anestesiología.
- Velar y supervisar al personal sub alterno para que exista el buen funcionamiento.
- Hacer pedidos a farmacia según demanda; bajo la supervisión del médico jefe.
- En ausencia del jefe, otorgara permisos y cambios de turno debidamente justificados.
- Distribuir al personal por ausencia de uno de ellos, en ausencia del médico jefe.
- Evaluar al personal bajo su cargo cada seis meses y lo presentara al médico jefe para su ratificación.
- Cumplir con las horas laborales.
- Se cumplirá con todas las funciones descritas en el Manual de Clasificación de Puestos de Recursos Humanos.

### **Médicos Anestesiólogos Staff**

- Cumplir con las normas de control interno del Departamento de Anestesiología, Terapia Respiratoria y Gases Hospitalarios.
- Cumplir con el horario que se le establezca de acuerdo a las horas contratadas.
- Cumplir con las asignaciones que el jefe del departamento le delegue en relación a la enseñanza y administración de dicha profesión.
- Colaborar con el desarrollo científico y la enseñanza continua del personal bajo su cargo.
- Cuando el contrato del Ministerio de Salud sea por el espacio de dos horas labores tendrá la obligación de dar como mínimo, una anestesia diaria en paciente electivo y si son cuatro dará dos y así sucesivamente.
- Mantener buenas relaciones personales y laborales con el personal sub alterno, con los médicos y paramédicos de las diferentes disciplinas.



- Cumplir con la responsabilidad de las interconsultas en el tiempo y espacio que le sea asignado.
- Dar asistencia anestésica a todos los pacientes ya sea de cirugía electiva, emergencia y urgencia en todas las áreas quirúrgicas y supervisar el manejo anestésico por los licenciados.
- Mantener la vía telefónica abierta, para cualquier interconsulta de emergencia de acuerdo al horario establecido en base a la ética y moral del profesional.
- Dar instrucciones sobre el manejo de pacientes cuando el personal sub alterno se lo solicite.
- Realizar o supervisar la evaluación preanestésica de cirugía electiva y de emergencia.
- Colaborar con la recuperación anestésica.
- Tomar decisiones junto al equipo médico que maneja al paciente para el traslado de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Estar presente diariamente en las salas de operaciones en las horas por las cuales ha sido contratado.
- Velar por el buen funcionamiento de los aparatos de anestesia.
- Realizar interconsulta con otras disciplinas para el manejo anestésico cuando el caso lo amerite.
- Asistir a reuniones administrativas o relacionadas con el Departamento cuando el Jefe lo asigne.
- Se cumplirá con todas las funciones descritas en el Manual de Clasificación de Puestos de Recursos Humanos.

### **Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia**

- Cumplir con sus horas laborales de acuerdo a sus turnos relativos, asignados con el Manual de procedimientos de control interno del Departamento y con el reglamento interno del Hospital.
- Llegar 15 minutos antes de iniciar su turno.

- El Licenciado en anestesiología e Inhaloterapia vigilara que su quirófano se encuentre aséptico y equipado.
- No abandonara su turno; sin previo permiso por el medico jefe y con una causa debidamente justificada.
- Dar anestesia electiva, de urgencia y emergencia que se les sea asignada en el quirófano.
- Asistir a las conferencias administrativas y científicas programadas.
- Cuidar y mantener el equipo en óptimas condiciones y reportar al jefe o sub jefe cualquier anormalidad.
- En ausencia del jefe o sub jefe, los Licenciados en anestesiología e Inhaloterapia asumirán sus propias funciones y responsabilidades.
- Realizaran la visita preanestésica diariamente, según programación realizada por jefe y sub jefe; asistirá al paciente que ha premedicado en cirugía electiva y ambulatoria.
- Velara por el buen funcionamiento de la recuperación anestésica; será él junto con el cirujano o residente de cirugía y la enfermera de recuperación, los responsables del paciente y del alta de la recuperación.
- Trasladará al paciente a recuperación, junto con el cirujano o residentes de cirugía y la enfermera circular, cuando el caso lo amerite por el estado del paciente crítico, el licenciado también participara en el traslado a la UCI.
- Presentará el paciente a la persona encargada del área de recuperación anestésica.
- La responsabilidad sobre su paciente terminara cuando éste sea trasladado de la Unidad de cuidados Post anestésicos (UCPA) a su respectivo servicio.
- Pedirá interconsulta al jefe anesthesiólogo cuando lo considere necesario.
- Realizará el reporte anestésico de cada paciente en forma adecuada.
- Se cumplirá con todas las funciones descritas en el Manual de Clasificación de Puestos de Recursos Humanos.

## **2.1.2.4 RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA EN EL HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA.<sup>14</sup>**

### **Técnico en Anestesia**

Naturaleza del trabajo: Administración de anestesia electiva y urgencia a pacientes bajo intervención médica o quirúrgica.

#### ❖ Tareas y responsabilidades:

- Evaluar pacientes programados
- Prescribir pre- anestésicos
- Revisar máquina de anestesia
- Vigilar recuperación de pacientes
- Administrar anestesia
- Brindar asistencia post- operatoria
- Administrar sangre compatible

#### ❖ Características de la clase

- Supervisión ejercida: Puede darse de orden técnico a personal auxiliar
- Supervisión recibida: El trabajo es evaluado por el jefe inmediato a través de supervisión directa y por resultados obtenidos.
- Relaciones interpersonales: se producen con niveles superiores, personal médico, técnico, paramédico, auxiliar y paciente
- Consecuencias del error: Puede generar situaciones graves para el paciente
- Condiciones de trabajo: Normales para esta clase de puesto, sujeto a presión y tensión.

#### ❖ Requisitos:

- Bachiller en salud
- Haber recibido tratamiento previo por 1 año como mínimo
- 1 año después de experiencia después del adiestramiento

### **Tecnólogo en Anestesia**

Naturaleza del trabajo: Administración de anestesia electiva y urgencia a pacientes bajo intervención quirúrgica.

❖ Tareas y responsabilidades:

- Evaluar pacientes programados para cirugía
- Dar recomendaciones previas
- Prescribir pre- anestésicos
- Recibir pacientes en el quirófano
- Revisar máquina de anestesia
- Brindar asistencia post- operatoria de problemas relacionados con anestesia
- Revisar historia clínica, Diagnostico quirúrgico y revisión de exámenes de laboratorio
- Administrar sangre compatible en caso necesario
- Conocer y practicar las diferentes técnicas de anestesia

❖ Características de la clase

- Supervisión ejercida: Supervisa a personal técnico y auxiliar a través de supervisión directa y por resultados obtenidos
- Supervisión recibida: El trabajo es evaluado por la jefatura del departamento en forma escrita y verbal
- Relaciones interpersonales: Se producen con niveles superior, personal médico, paramédico, con compañeros y pacientes
- Consecuencias del error: Puede generar situaciones graves al paciente
- Condiciones de trabajo: Normales para esta clase de puesto.

❖ Requisitos:

- Tecnólogo médico en anestesiología graduado o incorporado
- Experiencia previa
- Buenas relaciones interpersonales
- Buena salud física y mental

**Sub- Jefe del servicio de Anestesiología**

Naturaleza del trabajo: Planeamiento, organización, dirección y supervisión de tareas profesionales, medico, administrativas en el suministro de anestesia en una institución hospitalaria.

❖ Tareas y responsabilidades:

- Hacer planes de trabajo diario y mensual
- Hacer pedidos a farmacia y almacén

- Programar y distribuir al personal en cirugía electiva
- Administrar anestesia, generalmente en pacientes complicados, en unión con el jefe
- Supervisar el trabajo del personal
- Controlar la estrategia de medicamentos y materiales
- Revisar el buen funcionamiento de máquinas de anestias
- Proporcionar asistencia y asesoría al personal bajo su cargo
- Hacer informe mensual estadístico y gerencial.

❖ Características de la clase

- Supervisión ejercida: Supervisar a personal técnico y auxiliar a través de observación directa y análisis de informes.
- Supervisión recibida: El trabajo es evaluado por el jefe inmediato, a través de análisis de informes y por apreciación de resultados obtenidos
- Relaciones interpersonales: Se producen con personal médico, paramédico, técnicos de apoyo y pacientes
- Consecuencias del error: Pueden ser leves o graves con pérdidas de vida y costos económicos y de esfuerzo de grupo e institución.
- Condiciones de trabajo: Sujeto a alto grado de tensión, obligado a estudio y atención minuciosa de cada caso.

❖ Requisitos:

- Título de Tecnólogo médico en anestesiología
- 5 años de experiencia específica en el área
- Habilidad en relaciones interpersonales

**2.1.2.5 ACTIVIDADES DE LOS PROFESIONALES EN ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN<sup>15</sup>**

- Administración de anestesia electiva y de urgencia a pacientes bajo intervención quirúrgica.
- Evaluar al paciente programado para cirugía.
- Dar recomendaciones previas.
- Prescribir pre-anestésicos.
- Recibir pacientes en el quirófano, que sea relevado del acto anestésico debe entregar al profesional que lo releva, las hojas de anestesia en la cual haga constar la evolución y condiciones clínicas del paciente.

- Revisar la máquina de anestesia.
- Brindar asistencia post-operatoria de problemas relacionados con la anestesia.
- Revisar la historia clínica, diagnóstico quirúrgico y revisión de exámenes de laboratorio.
- Administrar sangre compatible en caso necesario.
- Conocer y practicar las diferentes técnicas anestésicas.
- Examinar el buen funcionamiento de los equipos antes de la inducción anestésica y verificar que existan los medicamentos e insumos necesarios.
- Iniciar el procedimiento anestésico cuando el cirujano y su equipo colaborador estén presente en el quirófano.
- Apoyarse en otros especialistas para solucionar emergencias médicas quirúrgicas que se presenten durante el acto anestésico.
- Registrar completamente el proceso de anestésico en la hoja de anestesia, así como llenar la hoja de insumos anestésicos por material y por procedimiento.
- Toda complicación que surja durante el evento anestésico deberá ser reportada y registrada en el expediente clínico.
- Realizar limpieza y desinfección del equipo y de utensilios de manera periódica.
- Respetar las normas establecidas por el comité de infecciones nosocomiales.
- El profesional en anestesiología tendrá la facultad de suspender o diferir procedimientos anestésicos cuando considere que el paciente no reúne los criterios de seguridad establecidos, en conjunto con el cirujano decidirán la conducta a seguir.
- Conducir personalmente el procedimiento anestésico y permanecer dentro del quirófano durante todo el acto quirúrgico.
- Anotar en los libros de procedimiento anestésico todo paciente que sea sometido a las diferentes técnicas de anestesia.
- Todo profesional en anestesiología deberá al final del turno contabilizar el número de técnicas anestésicas realizadas y transferirlas al tabulador diario de

actividades de anestesiología de igual forma contabilizar los medicamentos e insumos y transferirlos al tabulador de reporte de medicamentos anestésicos.

- Si se presentan incapacidades de los profesionales en anestesiología, el plan de trabajo será modificado para continuar con el cumplimiento de las actividades, siendo responsabilidad de la jefatura del departamento, la redistribución de los turnos, si se presentan mayor número de horas trabajadas, serán compensadas en el siguiente plan de trabajo, siempre y cuando no afecten el desarrollo de las actividades departamentales.
- Será responsabilidad de los profesionales del departamento de anestesiología cumplir con los planes de llamada en caso de emergencia nacional.
- El trabajo será evaluado por la jefatura del departamento en forma verbal y escrita.

### **2.1.3 VISITA PREANESTÉSICA**

#### **Definición e importancia**

Es el proceso clínico que precede a la administración de anestesia antes de un procedimiento quirúrgico, que consiste en la obtención de información mediante la historia clínica y la exploración física, para educar y orientar al paciente facilitando la elección de la anestesia adecuada, entonces la visita preanestésica señala el inicio de la atención anestésica de un paciente. (Figura 2)

Es importante la visita preanestésica, debido al aumento de cirugías y a complicaciones con desenlaces fatales, por lo que se ve necesaria la realización de la visita y cumplir con los objetivos de esta.

La visita preanestésica cumple con cuatro objetivos básicos: <sup>16</sup>

1. El primero de ellos es establecer una buena relación médico – paciente, ello implica que el paciente no solo conozca al profesional en anestesiología que lo atenderá, sino también que le tome confianza. Pero las características cada vez más tecnificadas de la labor del profesional en anestesiología y el gran cúmulo de trabajo asistencial, han sustraído parte del tiempo que él le dedicaba a la atención del paciente en el preoperatorio, y su rol como soporte emocional de éste se ha ido perdiendo paulatinamente. Por esta razón el profesional en anestesiología, es percibido en la actualidad, por muchos pacientes, como una figura impersonal y distante.

2. El segundo objetivo de la visita preanestésica es evaluar y disipar la ansiedad que presenta el paciente desde el momento que se le anuncia que va a ser operado.

Para muchos pacientes la anestesia y la operación es la interrupción de su vida. Lo real es que más del 70% de los pacientes reconocen tener miedo y que la visita y la medicación anestésica pueden disipar esta sensación en una elevada proporción de casos. Y ya que los estímulos emocionales desencadenan reacciones neurovegetativas y hormonales, las que repercuten no solo sobre el aparato circulatorio, sino que pueden producir otras manifestaciones somáticas, es importante que el profesional en anestesiología sepa reconocerlos para tratarlos adecuadamente. Esto no es siempre fácil, ya que la disponibilidad de los métodos precisos para evaluar el grado de ansiedad y su posible repercusión sobre la anestesia no siempre se encuentran al alcance del profesional en anestesiología.

Para la evaluación psicológica del paciente quirúrgico se han elaborado distintos métodos, que podemos clasificar en subjetivos y objetivos. Independientemente del método que se emplee para reconocer el grado de ansiedad, lo habitual es que el paciente quirúrgico esté ansioso. Muchas de estas sensaciones están relacionadas con su incapacidad para evaluar objetivamente aquellas circunstancias ligadas a su condición de enfermo, las que inducen en él una sensación de peligro. Si no se resuelve esta sensación generadora de pensamientos inciertos, que contribuyen a distorsionar la apreciación valorativa de la realidad la ansiedad se puede transformar en un verdadero miedo.

Sin embargo, la respuesta emocional de los pacientes frente a la inminencia del acto anestésico quirúrgico no es uniforme. Ella está condicionada por muchos factores, entre otros el entorno hospitalario, la personalidad y las creencias religiosas del paciente, su grado de resignación frente a la situación, su cultura, su experiencia quirúrgica previa o la de sus familiares y conocidos.

Pero los factores más significativos, capaces de reducir el impacto emocional de creerse frente a una situación de peligro real, es la conducta observada por el profesional en anestesiología o por el médico tratante durante la entrevista previa a la operación, y el grado de confianza que el equipo médico despierta en el paciente.

En un paciente consciente, el resultado de esta compleja interacción entre la situación en la que está expuesto y la actitud del equipo médico, es muchas veces superior al efecto directo de los fármacos que el profesional en anestesiología indica durante su visita preanestésica.

3. El tercer objetivo de la visita preanestésica es hacer una correcta evaluación clínica del paciente quirúrgico.



La anestesiología es una especialidad esencialmente clínica. Como tal, la visita preanestésica debería estar orientada a describir los predictores de riesgo, que nos permitan adoptar conducta médicas anticipadas, o prever los incidentes y prevenir los accidentes que el acto quirúrgico anestésico pudiese ocasionar al paciente. Se entiende por riesgo a la probabilidad de que una circunstancia, o un grupo de ellas, puedan producir un daño a la persona.

Los factores de riesgo se pueden identificar evaluando los siguientes aspectos: la revisión del expediente clínico, una correcta exploración física, el conocimiento de antecedentes mórbidos familiares y personales; y si el paciente amerita alguna otra evaluación.

4. La cuarta función de la visita preanestésica es indicar la medicación más apropiada o conveniente para resolver los problemas médicos derivados de la evaluación clínica del paciente.

¿Cuáles son estos medicamentos y a que razones obedece su inclusión en la medicación preanestésica? Dejando de lado los medicamentos de naturaleza terapéutica general, que en algún momento determinado el profesional en anestesiología puede considerar indispensable para su paciente, los fármacos que aquél habitualmente en el preoperatorio del paciente quirúrgico, pertenecen a alguna de las siguientes categorías:

- Barbitúricos.
- Ansiolíticos, sedantes y amnésicos.
- Neurolépticos.
- Narcóticos.
- Bloqueadores autonómicos.

La medicación preanestésica tiene dos propósitos: a) preparar a un paciente para la anestesia proporcionándole un estado dócil para la inducción de la anestesia y embotando la actividad del sistema nervioso, b) contribuir al estado de anestesia y reducir las necesidades del anestésico.<sup>17</sup>

### **Objetivos de la medicación preanestésica<sup>16</sup>**

1. Promover la relajación mental y emocional
  - a) Sedación cortical, tranquilización subcortical y amnesia
  - b) Reducir las actividades del sistema límbico
2. Disminuir los impulsos sensoriales
  - a) Analgesia para dolor real o posible
  - b) Disminución de la actividad del centro talámico
  - c) Depresión del sistema reticular activador (SRA)

3. Reducción del índice metabólico
  - a) Disminución de las necesidades de oxígeno
  - b) Reducción de la cantidad de anestésico necesario
  
- 4) Antagonización de impulsos adversos del sistema nervioso autónomo
  - a) Bloqueo de la actividad parasimpática
  - b) bloqueo de la actividad simpática

### **Miedo y ansiedad previa a cirugía**

El miedo y la ansiedad 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.<sup>10</sup>

La influencia del miedo en el estado psicológico de un paciente programado para la operación influye en el resultado final de procedimiento. Sheffer identificó alguno de los temores relacionados con la anestesia que experimenta normalmente un paciente antes de la intervención. Estos incluyen el temor a “revelar secretos”, “la operación se inicie muy pronto”, “pueda despertarse durante la operación”, “quizá no despierte después de la operación”, ahogo, mutilación, vómitos y cáncer.

La frecuencia y grado de ansiedad y aprensión son proporcionales al tipo y magnitud de la operación. 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.

Spielberger ha identificado dos tipos de ansiedad:

- **Ansiedad de situación:** es el temor inmediato a corto plazo que puede experimentar una persona en respuesta a 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 patológica, y se muestra con conductas de adaptación razonables y estilos para afrontamiento. Estos pacientes solo requieren medicamentos hipnóticos sedantes en el preoperatorio.
  
- **Carácter de ansiedad:** es una disposición de la personalidad que es estable durante un tiempo; es un tipo de ansiedad crónica que representa un estado de trato interpersonal continuo. En estos pacientes puede ocurrir aprensión y respuestas excesivas, pánico, ataques, depresión neurótica y continua de evitación. Estos pacientes suelen requerir un tranquilizante (benzodiacepina).

En muchos factores contribuye la ansiedad preoperatoria, como por ejemplo la presencia un sueño inquieto la noche anterior a la operación, que aumenta la ansiedad al día siguiente.

Ciertos tipos de cirugía que conciernen a la propia imagen del paciente pueden necesitar un manejo psicológico particular y un tranquilizante, la ansiedad en una situación simple puede bastar con un sedante la noche anterior; en cambio algunos sedantes no son tan eficaces en un paciente con ansiedad y que no ha recibido la visita preanestésica.

Si la personalidad y el nivel sociocultural lo permiten, el profesional en anestesiología debe establecer con él una relación de confianza, darle un papel activo y hacerle participar en las decisiones terapéuticas.<sup>18</sup>

La importancia de la interpretación del miedo y la ansiedad radica no sólo por su incidencia en el estudio del control de calidad anestésica, sino además en que las manifestaciones somáticas del miedo que, pueden producir efectos de relevancia en la experiencia anestésico-quirúrgica del paciente y en la práctica médica, observándose desórdenes intestinales, perturbaciones del sueño, palpitaciones, tensión muscular, entre otros.

### **Respuestas emocionales de pacientes quirúrgicos a la anestesia**

- Reacciones de defensa: basadas en la sospecha y que se manifiestan por resistencia, supresión o aislamiento y falta de cooperación.
- Reacciones de conversión: el temor se expresa en dos formas, por una conducta motora poco común y respuestas autónomas.
- Alteraciones del sueño: se encuentra en un cuarenta por ciento.
- Trastorno del ánimo: se manifiestan por fatiga, fijaciones, sentimientos de culpa, desmerecimiento.
- Deformación de la realidad: reacción de pánico.

### **Principales aspectos de la visita preanestésica**

El profesional en anestesiología debe visitar a todos los pacientes quirúrgicos en su cama el día anterior de una intervención electiva. La visita debe ser para información y apoyo. Egbert encontró que en una visita útil durante cinco minutos con un paciente, equivale en efecto a 100 mg de pentobarbital ya que disminuye la ansiedad y aumenta el grado de somnolencia.<sup>18</sup> Durante la visita es necesario valorar por completo al paciente incluyendo:

1. Antecedentes personales y familiares pertinentes:

a) Deben anotarse las operaciones ya anestесias previas y las complicaciones. También es necesario incluir reacciones de familiares a anestésicos y otro medicamento.

b) Alergias: reacciones conocidas a fármacos

c) Medicamentos: muchos de los medicamentos prescritos por el internista del paciente para el tratamiento de sus trastornos médicos pueden ocasionar interacciones importantes con los anestésicos.

d) Hábitos personales: como el uso de alcohol, toxicomanía y uso de drogas, tabaquismo, ya que si es excesivo aumenta hasta 6 veces las complicaciones pulmonares posoperatorias, los fumadores requieren más medicamentos anestésicos y analgésicos que los que no fuman.

2. Determinación del estado físico mediante un examen físico pertinente y revisión del expediente del enfermo, deben observarse y anotarse, como parte del registro preanestesia, pulso, presión arterial y patrones respiratorios; pueden llevarse a cabo en la cabecera pruebas simples para valorar la función pulmonar y cardiovascular.

a) Hábito físico y peso: es necesario estimar el hábito corporal del enfermo. Con este fin es útil la clasificación de Kretschmer, pueden considerarse cuatro tipos de hábitos corporales: asténico, pícnico, atlético y displásico. Pueden incluirse otros calificativos como obesidad, tórax en tonel o cuello de toro. Es necesario anotar el peso del paciente.

b) Nutrición general: deben registrarse los hábitos dietéticos.

c) Características faciales: debe valorarse el contorno de la cara de manera que se elija una máscara que ajuste adecuadamente. Es necesario observar deformidades de maxilares o de mandíbula. La barba en los varones puede implicar un peligro ya que es difícil ajustar adecuadamente la mascarilla.

d) Higiene dental: debe valorarse y anotarse si existen dentaduras protéticas. Pueden dejarse colocadas las dentaduras completas cuando se lleva al quirófano, de tal forma que pueda conservarse una vía respiratoria bucal despejada durante la inducción.

Es en especial importante en pacientes emaciados y desdentados. Cuando se quitan las dentaduras por cualquier razón, como durante la intubación, deben protegerse con cuidado.

e) Valorar las vías respiratorias: al revisar la cavidad bucal, es necesario observar el tamaño de la lengua y buscar deformaciones. Debe indicarse la posición de la tráquea en la línea media y cualquier característica anormal de la voz. Es necesario estimar la permeabilidad de las fosas nasales para la posible inserción de una vía aérea o intubación nasotraqueales.<sup>10</sup>

f) Estudios de laboratorio: la realización de exámenes preoperatorios tienen el objetivo de identificar o diagnosticar enfermedades y disfunciones que puedan comprometer los cuidados del período perioperatorio; evaluar el comprometimiento funcional causado por enfermedades ya diagnosticadas y en tratamiento e, incluso, auxiliar en la formulación de planes específicos o alternativos para el cuidado anestésico.

Hay nueve pruebas que deben considerarse sistemáticamente y ordenarse según este indicado.<sup>18</sup> Estas pruebas son:

1. Hemoglobina (Hb)
2. Hematocrito (Htc)
3. Tiempo de protrombina (TP)
4. Tiempo parcial de tromboplastina (TPT)
5. Tiempo de sangrado
6. Recuento de plaquetas
7. Creatinina sérica
8. Glicemia central
9. Electrolitos séricos ( $\text{Na}^+$   $\text{Cl}^-$ )

La indicación de pruebas sanguíneas debe guiarse por la historia clínica preoperatoria. En paciente con alteraciones médicas específicas existen varias pruebas importantes que deben practicarse. Deben añadirse a las pruebas usuales y selectivas indicadas, como la radiografía de tórax y el electrocardiograma.<sup>18</sup>

3. Estimación del riesgo quirúrgico: se clasifica a los enfermos para procedimientos quirúrgicos en varias clases de condición física denominadas estados físicos. Esta clasificación la elaboró Saklad en 1941 para proporcionar una terminología común y facilitar la recopilación de datos estadísticos. En 1961, Dripps y colaboradores modificaron el sistema, denominándolo sistema de puntuación del estado físico. En 1963 el Comité de la Sociedad Americana de Anestesiología la modificó y adoptó, fue aprobada como un sistema de clasificación de los pacientes.

Esta clasificación hace una distinción entre riesgo quirúrgico total y el estado físico del paciente. Al determinar el estado físico debe confiarse en el examen y los informes del cardiólogo y/o internista. El profesional de anestesiología no solo debe observar enfermedades e incapacidades, sino también si el internista piensa que es posible corregir cualquier alteración o si la preparación funcional es óptima.

Si no cabe esperar razonablemente alguna mejoría adicional, debe considerarse que el paciente está preparado desde el punto de vista médico.<sup>16</sup>

ASA I: Paciente normal a sano, aparte de la patología quirúrgica, sin enfermedad general

ASA II: Sujeto con enfermedad sistémica leve, sin limitaciones funcionales.

ASA III: Individuo con enfermedad sistémica con cierta limitación funcional pero no incapacitante.

ASA IV: Paciente con enfermedad sistémica grave, que representa una amenaza constante para la vida y que está incapacitado.

ASA V: Enfermo moribundo que no se espera que sobreviva 24 horas con o sin cirugía

E: Si es el caso de una urgencia el estado físico con una letra E o U

4. Elección de la técnica anestésica adecuada: cuando se estima riesgo quirúrgico deben considerarse la magnitud de la operación y la habilidad del cirujano así como las condiciones del estado general y psicológico del paciente. Los procedimientos quirúrgicos mayores y los complejos implican una morbilidad y mortalidad más elevadas.

El tipo de anestesia requerida para una intervención se elige entre el profesional en anestesiología el cirujano y el paciente. El primero indicará las posibilidades anestésicas que existen para la cirugía solicitada, y expondrá el modo más correcto y seguro, tanto desde su punto de vista como del licenciado/a en anestesiología, pues es importante que ambos se conozcan y tengan criterios acordes. El paciente, dependiendo de sus preferencias y características personales, podrá optar por lo que crea que más le conviene.<sup>18</sup>

### **Relación médico – paciente**

Como ya se mencionó, es importante que durante la visita preanestésica se establezca una buena relación con el paciente y su familia, por lo que el profesional en anestesiología debe desarrollar la capacidad de entender los motivos que generan ansiedad en los pacientes.

Tener presente que no es una visita médica de rutina o de cortesía, sino un acto con carácter preventivo en el cual es mandatorio actuar con capacidad de comunicación informativa y convincente. Se ha dicho que la actitud, la conducta y la capacidad de comunicación de los profesionales especialistas deben desarrollarse desde la etapa de entrenamiento ya que es una forma para mejorar

la empatía y reducir la ansiedad preoperatoria, además de que mejora la satisfacción de los pacientes.

Se ha demostrado que los pacientes prefieren ser llamados por sus nombres de pila, y que los doctores se identifiquen con claridad por su nombre y apellidos. La apariencia del profesional de la anestesiología también es importante durante esta visita; no es igual realizar la entrevista preanestésica vestidos con mezclilla y huaraches, que presentarnos con un atuendo formal.

La eficiencia de la visita preanestésica se mejora cuando el profesional en anestesiología que la realiza es el mismo que imparte la anestesia, si bien la decisión de solicitar estudios de apoyo como ecocardiogramas, pruebas de esfuerzo, gases arteriales, espirometría o consultas con el internista no cambia si el profesional en anestesiología sabe o ignora si será el médico tratante de los pacientes que evalúa en la consulta preoperatoria. De esta forma, la valoración preanestésica no es una rutina, sino un instrumento que bien ejecutado informa del estado clínico de los pacientes, y brinda la oportunidad de iniciar una relación paciente-familia-anestesiólogo que tiene un valor positivo en caso de una evolución post anestésica no favorable, convirtiéndose así en una medida preventiva de gran valía.<sup>1</sup>

#### **2.1.4. CONOCIMIENTO**

El hombre, a lo largo de su existencia, ha sentido curiosidad por conocer el mundo que le rodea y ha pretendido dar explicaciones a una serie de interrogantes, que le han surgido de su contacto directo o indirecto con las cosas, hechos y fenómenos que la naturaleza le presenta.

Gran parte de las explicaciones que ha dado se fundan en supuestos, creencias y generalizaciones que son aceptadas por razones de autoridad, experiencia, o de fe, sin crítica o razonamiento que sustente su veracidad. El conocimiento es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con que nos relacionamos con el mundo exterior. Conjunto de saberse sobre un tema o sobre una ciencia.

La rama de la ciencia que estudia el conocimiento es la epistemología o teoría del conocimiento. La teoría del conocimiento estudia las posibles formas de relación entre el sujeto y el objeto. Se trata por lo tanto del estudio de la función del entendimiento propia de la persona. (Figura 3)

La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc.) A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos.

## **Características del conocimiento**

- Su fin es alcanzar una verdad objetiva.
- Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación.
- Asimila el mundo circulante.

## **Clasificación del conocimiento**

### ❖ Conocimiento ordinario

Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que rodean al ser humano. Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.<sup>20</sup>

### ❖ Características del conocimiento ordinario

- Sensitivo y superficial: Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos.
- Subjetivo: La descripción y aplicación de los hechos depende del capricho y arbitrariedad de quien los observe.
- Dogmático: este sostiene en la aceptación táctica de actitudes corrientes o en la propia suposición irreflexiva se apoya en creencias y supuestos no verificables o no verificados.
- Estático: Los procedimientos para lograr los conocimientos se basan en la tenacidad y el principio de autoridad, carecen de continuidad e impide la verificación de los hechos.
- Particular: Agota su esfera de validez en sí mismo, sin ubicar los hechos singulares en esquemas más amplios.
- Asistemático: Porque las apariencias y conocimientos se organizan de manera no sistemática, sin obedecer a un orden lógico.
- Inexacto: Sus descripciones y definiciones son pocas precisas.
- No acumulativo: La aplicación de los hechos es siempre arbitraria, cada cual emite su opinión, sin considerar otras ideas ya formuladas.

### ❖ Conocimiento científico

Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad.



Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.<sup>20</sup>

#### ➤ Características del Conocimiento Científico

- Racional: No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, sino que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, fórmulas, enunciados, conceptos, etc.
- Fático: Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos
- Objetivo: Los hechos se describen y se presentan cual son, independientemente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa.
- Metódico: Responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez.
- Auto-Correctivo o Progresivo: Es de esta forma porque mediante la confrontación de las conjeturas sobre un hecho con la realidad y el análisis del hecho en sí, que se ajustan y rechazan las conclusiones.
- General: Porque ubica los hechos singulares en puntas generales llamadas "Leyes".
- Sistemático: Ya que el conocimiento está constituido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas.
- Acumulativo: Ya que parte del conocimiento establecido previamente y sirve de base a otro.

#### **Diferencia entre el conocimiento ordinario y científico**

##### ➤ Conocimiento ordinario

- Este se adquiere por medio del azar.
- No es verificable. Está sujeto a nuestra experiencia y modo de sentir.
- Es dogmático porque se apoya en creencias y respuestas no verificables.
- Es inexacto, sin definiciones son pocos precisos.
- Es subjetivo.
- Es vago sin definiciones.

##### ➤ Conocimiento Científico.

- Este se adquiere mediante la razón y es objetivo
- Es verificable, puede estar basado en la experiencia, pero se puede demostrar.

- Es sistemático, se adquiere mediante el conocimiento acumulativo, porque sirve de base para otros entendimientos.
- Es sistemático, porque se adquiere con procedimiento.

#### **2.1.4.1 CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA ANESTESIA Y EL PROFESIONAL EN ANESTESIOLOGÍA<sup>19</sup>**

El hecho de que los pacientes se enteren sobre que es la anestesiología y que hacen los profesionales en anestesiología se considera un factor importante para disminuir el estrés preanestésico, a la vez que favorece la empatía entre el paciente y el profesional en anestesiología. Las personas tienen lo que pareciera ser un temor nato por la anestesia, y su mayor pavor es la muerte por anestesia. Esta actitud negativa la justifican mediante historias anecdóticas de casos desafortunados que han tenido evoluciones tórpidas, chuscas, o fatales. Por tal razón este conocimiento con el que cuentan las personas sobre la práctica de la anestesiología y en general sobre los roles del profesional en anestesiología es un conocimiento de tipo vulgar u ordinario.

La mayoría de los profesionales en anestesiología han tenido pacientes y sus familiares que interrogan sobre los aspectos negativos de la anestesia basados en esas experiencias anecdóticas, aferrándose con terror e incertidumbre a la posibilidad de un evento desafortunado, inclusive la muerte. Estas son banderas rojas que deben de ser atendidas con propiedad, con información extensa que no deje duda sobre la personalidad como profesionales en anestesiología.

Es importante establecer una sólida relación profesional-paciente, no solo con la idea de saber más de cada caso, sino con la meta pre establecida de disminuir la posibilidad de una demanda. Cuando los enfermos y sus familiares conocen más sobre la anestesiología y sobre lo que se hace como profesional en anestesiología, podrán aquilatar dicha labor.

Ellos deben de saber que su vida estará en manos de profesionales, y por tan singular motivo deben de confiar en las habilidades y conocimientos de dicho personal. La situación ideal de que los enfermos que van a requerir de los servicios del profesional en anestesiología debieran de saber que son y que hacen, está aún muy lejos de darse en la entorno profesional de El Salvador.

Los estudios disponibles en la literatura internacional realizados en diversas regiones alrededor del mundo, muestran que con excepción de algunos países, las personas no tienen una idea correcta de que es la anestesia y que hacen los profesionales en anestesiología, y que existe poca disponibilidad de la opinión pública y de los pacientes por mejorar este conocimiento.

A finales del siglo pasado se realizó un estudio en Sheffield, una ciudad cercana a Londres, encontrándose que el 35 % de los pacientes quirúrgicos ignoraban que

los anestesiólogos son médicos y tan solo el 25% de este grupo pudo mencionar algunas actividades que los anestesiólogos tienen fuera del quirófano. El First National Anesthesia Day fue creado en la Gran Bretaña en 2000, con la meta de cambiar el conocimiento que tenía la población laica sobre los anestesiólogos; Tanser y Birt reportaron que este esfuerzo del Colegio Británico no mejoró el conocimiento de los pacientes sobre el anestesiólogo de ese país.

Estos autores compararon las respuestas previas al First National Anaesthesia Day con las respuestas obtenidas un día después de esa fecha; el 35 % desconocían que los anestesiólogos son médicos, cifra que no mejoró con la campaña publicitaria. El conocimiento público sobre el entrenamiento y el papel de los anestesiólogos y profesionales en anestesiología apenas si mejoró al compararlo con el que se tenía en 1978. En este estudio la mayoría de los pacientes esperaban ver al anestesiólogo durante 10 minutos en el preoperatorio, y no les importaría si no lo veían una hora antes de la cirugía. Estos autores concluyeron que el nivel de ignorancia sobre la anestesiología no ha cambiado desde 1978 y que la campaña informativa de un día no tuvo impacto en la población, y lo relacionan con la pobre imagen del anestesiólogo en la televisión, la cual es una fuente importante de información pública en otras áreas de la medicina.

El estudio español de García y cols encontró que cuando se les da información previa a los pacientes quirúrgicos sobre la anestesia y los profesionales en anestesiología, se puede cambiar la idea que ellos tienen sobre dichas personas. Cuando carecen de información, solo el 67% identifica como médicos, el 48% cree que trabajan bajo las órdenes del cirujano y el 48% piensa que el jefe de la sala de cuidado intensivo posanestésico es un miembro de enfermería. Cuando se les da información escrita en la visita preoperatoria estas cifras cambian a 99%, 27% y 95% ( $p < 0.05$ ) respectivamente.

En Hong Kong, Irwin y cols. Hicieron un estudio retrospectivo basado en un cuestionario buscando el conocimiento y actitudes de sus pacientes hacia los profesionales en anestesiología y encontraron que el 70% sabían que estos profesionales son médicos y la mayoría conocían que el anestesiólogo participa como tal en los procedimientos operatorios, sin embargo tenían un conocimiento muy escaso sobre las actividades en otros aspectos como medicina del dolor, terapia intensiva, resucitación, investigación y enseñanza. Sus pacientes pensaron que era importante estar bien informados sobre la anestesia y se mostraron interesados en ver a su profesional en anestesiología antes y después de la operación.

El estudio de Chew y cols. Realizado en Singapur se planteó con la meta de valorar los conocimientos que los pacientes tenían sobre la anestesia y el período perioperatorio, al igual que sobre su percepción del papel de los profesionales en anestesiología.

Estos autores examinaron 23 factores en 132 enfermos en el periodo preoperatorio de los cuales el 80% tenían cuando menos educación secundaria. Encontraron que el 56.8% sabían que los anesthesiólogos en su país habían ido a la escuela de medicina, tenían información equivocada respecto a la importancia del ayuno, del dolor postoperatorio, temor a no poder caminar luego de la cirugía, y solo el 23.5 % identificaron al anesthesiólogo como responsable de la analgesia postquirúrgica.<sup>19</sup>

El 75.8% manifestó su deseo de conocer más sobre la anestesiología. En Francia, donde la visita preanestésica es requerida por ley, Baillard y cols. Estudiaron la disposición de los pacientes para designar a su profesional en anestesiología y analizaron la opinión de cómo se practica la anestesia en ese país. Estos investigadores encontraron que el 34% de todo el grupo eligió a dicho profesional, lo cual fue más marcado en las mujeres.

El 80% se preocupó más por el profesional en anestesiología que los iba a anestesiar, que por el profesional en anestesiología que hizo la valoración preanestésica. Solo el 4% lamentaron el cambio de dicho profesional. El 60% de los pacientes se acordaron del nombre del cirujano y solo el 4% recordaron el nombre del anesthesiólogo. Esta ignorancia sobre lo que se hace y quienes son los profesionales en anestesiología también afecta a los habitantes de los países en desarrollo; Khan y cols. Del hospital universitario en Karachi Pakistan, interrogaron a 102 pacientes de los cuales el 56% sabían sobre el profesional en anestesiología, pero solo el 20 % tenían una idea del papel de este especialista en la sala de operaciones y el 27% sabían el rol en el área de recuperación. El 14.6% de estos pacientes conocían que los profesionales en anestesiología también participan fuera del quirófano.

Un estudio hecho con pacientes Saudis mostró que apenas el 55.3% de sus enfermos sabían que los profesionales en anestesiología eran capacitados y solo el 16.5% reconoció los servicios anestesiológicos durante la cirugía, si bien categorizaron los servicios anestesiológicos como excelentes o buenos.

El estudio realizado en Trinidad, Federación de las Indias Occidentales, demostró en 371 adultos quirúrgicos que una décima parte no sabían que era un profesional en anestesiología y el 59% sabía que el profesional en anestesiología era un profesional propiamente dicho. Aunque el 70% calificó bien la comunicación con el profesional en anestesiología, el 46% señaló que no se discutieron las posibles complicaciones y efectos colaterales de los fármacos anestésicos. El 5% de los entrevistados consideró al profesional en anestesiología más importante que el cirujano y el 59% los consideró con igual importancia.

En México la situación es muy similar, Alvarado y Álvarez estudiaron 178 pacientes, de los cuales el 74% no sabía el nombre del profesional en anestesiología y el 49% no supo las funciones dentro del quirófano. Cabe resaltar que solo el 3% de este grupo recibió visitas post anestésicas.

En contraste con los estudios mencionados, la investigación de Kindler, Harms y Alber en Suiza, demostró que de 685 pacientes interrogados, el 99% supo que el profesional en anestesiología era propiamente un profesional en su labor y hasta el 75% sabía de las actividades que desarrolla un profesional en anestesiología fuera de los quirófanos, aunque ignoraban el tiempo correcto que los profesionales en anestesiología requerían para su formación. Un dato interesante fue que el 45% de estos pacientes creían que los profesionales en anestesiología trabajaban bajo la supervisión de los cirujanos.

También encontraron que la información previa del material escrito y videos sobre las actividades de los profesionales en anestesiología no mejoraron el conocimiento de los pacientes suizos respecto a lo que hacen y son los profesionales en anestesiología. Hennessy y cols encontraron resultados similares en Nottingham Reino Unido, donde el 81.8% de los pacientes interrogados en el periodo preoperatorio sabían que son profesionales, pero solo el 35.4% pensaron que pueden trabajar en las salas de terapia intensiva.

Este grupo reportó que sus pacientes reconocieron en el profesional en anestesiología un prestigio elevado y un largo periodo de entrenamiento. Los pacientes austriacos también poseen un conocimiento aceptable de la personalidad de los profesionales en anestesiología, ya que el 93% considera como profesionales en tal labor, aunque el 60% los confinan a las salas de operaciones, y solo el 55% consideran que son ellos los responsables de la seguridad en la recuperación posanestésica.

Otro de los pocos estudios que dan créditos justos al profesional en anestesiología fue hecho en Finlandia, donde encontraron que el 90% de los pacientes supieron que el profesional en anestesiología es un ente debidamente especializado y el 87% sabían que este profesional trabaja en la sala de operaciones, pero no conocían bien del desempeño fuera del quirófano.

En este estudio los pacientes calificaron a los profesionales en anestesiología más abajo que a los cirujanos, aunque su trabajo fue muy bien apreciado. Los métodos elaborados de información para pacientes sobre la anestesia y los profesionales encargados de administrarla como son los videos, papelería, periódicos, días nacionales, radio, televisión, además de ser costosos, no han demostrado ser efectivos.

Debido a la información tan variada que tienen los pacientes sobre la anestesia, Lee y Gin sugirieron tomar en cuenta la opinión de los pacientes sobre el tipo de información que a ellos les gustaría recibir y hacer encuestas sobre niveles de satisfacción por los servicios recibidos. Es recomendable tener información multimodal disponible al momento de la evaluación preanestésica.

Estos datos impresionantes sobre la desinformación de lo que son y hacen como profesionales en anestesiología, favorece que los enfermos y sus familias tengan temor a lo desconocido, y por ende, esta ignorancia favorece que sean el blanco de la demanda, de la querrela, o del reclamo cuando algo sale mal.

Es por esto que durante la evaluación preanestésica se debe de incluir información sobre dicha especialidad, con la idea firme de dar a conocer, que al igual que otros especialistas, los profesionales en anestesiología tienen una educación similar: que fueron a la universidad, que participan dentro y fuera de la sala de operaciones, que dicho trabajo es autónomo y en relación estrecha con los cirujanos, que están inscritos en la Junta de Vigilancia Médica.<sup>16,19</sup>

Se debe tener presente que los resultados de todos los estudios revisados sobre este tema claman por la necesidad de educar a los pacientes quirúrgicos y a sus familiares, educación que debe de ser impartida por los profesionales en anestesiología durante la visita preanestésica.<sup>19</sup>

## 2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Amnésico:** Medicamentos que causan falta o deficiencia de la memoria, con imposibilidad de recordar las palabras propias.

**Analgésicos:** Medicamentos efectivos contra el dolor, independientemente de la causa que lo provoca. Inducen el estado de analgesia o abolición de la sensibilidad al dolor en los pacientes, mientras continúan los procesos corporales normales de recuperación

**Ansiedad:** es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos

**Ansiolítico:** Fármacos que reducen la ansiedad sin inducir sueño, se indican para personas que sufren diversas neurosis nerviosas o depresión leve.

**Asténico:** Se caracterizan por ser una persona alta y generalmente delgada, estructura física ligada a un temperamento retraído y pensativo.

**Barbitúrico:** Son una familia de fármacos derivados del ácido barbitúrico que actúan como sedantes del sistema nervioso central y producen un amplio esquema de efectos, desde sedación suave hasta anestesia total.

**Bioseguridad:** Es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a personas, laboratorios, áreas hospitalarias y medio ambiente de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico.

**Capnografía:** es la representación “gráfica” de la medida de la  $PCO_2$  en función del tiempo, es decir, se refiere a la medida y visualización de los parámetros básicos de la  $CO_2$ , que incluye la  $CO_2$  al final de la expiración ( $ETCO_2$ ), el  $CO_2$  inspirado y el Capnograma

**Capnometría:** Es la medida del dióxido de carbono ( $CO_2$ ) en la vía aérea de un paciente durante su ciclo respiratorio. Su lectura se obtiene de un dígito a través de un aparato, el capnógrafo, y es la representación “numérica” de la  $PCO_2$  inhalada y exhalada por un individuo.

**Desfibrilador:** Es un aparato que ayuda a recuperar las constantes vitales después de una parada cardiorrespiratoria mediante una descarga eléctrica.

**Diagnosticar:** Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier condición de salud-enfermedad.

**Dolor:** Es una sensación desencadenada por el sistema nervioso.

**Espectrometría:** Es la técnica espectroscópica para tasar la concentración o la cantidad de especies determinadas.

**Espirometría:** Consta de una serie de pruebas respiratorias sencillas, bajo circunstancias controladas, que miden la magnitud absoluta de las capacidades pulmonares y los volúmenes pulmonares y la rapidez con que éstos pueden ser movilizados (flujos aéreos).

**Estándares:** Sirve como norma, patrón a seguir.

**Estrés:** Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

**Farmacología:** Es la ciencia que estudia la historia, el origen, las propiedades físicas y químicas, la presentación, los efectos bioquímicos y fisiológicos, los mecanismos de acción, la absorción, la distribución, la biotransformación y la excreción así como el uso terapéutico de las sustancias químicas que interactúan con los organismos vivos.

**Gases arteriales:** Examen de sangre arterial que sirve para saber cómo su pulmón está oxigenando la sangre, verificar la necesidad o requerimiento de oxígeno, evaluar la adecuada eliminación del dióxido de carbono por el pulmón y en algunos casos determinar problemas metabólicos.

**Hemoderivados:** Componentes de la sangre. Son las fracciones separadas de una unidad de sangre, como el plasma, albúmina, gammaglobulina, concentradas de eritrocitos, plaquetas y factor VIII.

**Homeostasia:** Se dice que un organismo está en homeostasia cuando: su medio ambiente interno contiene las concentraciones óptimas de gases, nutrientes, iones y agua, su temperatura es la óptima, el volumen de fluídos es el óptimo para la vida de las células.

**Narcótico:** Sustancia que induce al sueño, pero resulta intoxicante o venenosa en grandes dosis.

**Neuroléptico:** Tranquilizante potente para tratamiento de psicosis que bloquea la recepción de la dopamina.

**Pletismógrafo:** Es un método basado en la medición de cambios de presión y volumen que se utiliza para medir parámetros orientados al diagnóstico de enfermedades pulmonares o cardiovasculares.

**Profilaxis:** Prevención o conjunto de medidas para evitar una enfermedad.

**Sistema límbico:** Es un sistema formado por varias estructuras cerebrales que gestionan respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales.

**Terapia respiratoria:** Es una profesión de la salud en el que especialistas trabajan con pacientes que sufren de problemas respiratorios agudos o crónicos.

**Toxicomanía:** Es la adicción al consumo de sustancias dañinas, que producen efectos adversos en la salud física y psicológica.

**Venoclisis:** Procedimiento utilizado para aplicar un medicamento o líquido dotado de propiedades terapéuticas directamente al torrente circulatorio a través de una vena periférica.

**Ventilación:** Se denomina ventilación al acto de mover o dirigir el movimiento del aire para un determinado propósito.



### **2.2.1 SIGLAS Y ABREVIATURAS**

**ASA:** American Society of Anesthesiologists

**Hb:** Hemoglobina

**HNJLU:** Hospital Nacional de La Unión

**HNSJD:** Hospital Nacional San Juan de Dios

**HNSRL:** Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

**Htc:** Hematocrito

**MIR:** Médico Interno residente

**SPSS:** Programa Estadístico para las Ciencias Sociales

**SRA:** Sistema reticular activador

**TP:** Tiempo de protrombina

**TPT:** Tiempo parcial de tromboplastina

**UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos

**UCPA:** Una unidad de cuidado posanestesia (UCPA)

**CAPITULO III**  
**SISTEMA DE HIPÓTESIS**

### **3. SISTEMA DE HIPÓTESIS**

#### **3.1 Hipótesis de investigación**

**Hi:** La Visita Preanestésica influye en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del Profesional en Anestesiología.

#### **3.2 Hipótesis Nula**

**Ho:** La Visita Preanestésica no influye en el nivel de conocimientos de los pacientes sobre roles del Profesional en Anestesiología.

### 3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES

HIPOTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>Hi:</b> La Visita Preanestésica influye en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del Profesional en anestesiología</p>	<p><b>Vi:</b> Nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del Profesional en Anestesiología</p>	<p><b>Nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles de los profesionales en anestesiología:</b> conjunto de conocimiento adquirido por los pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos en relación a las funciones o al papel que desempeñan los profesionales en anestesiología.</p>	<p>Mediante la técnica de la entrevista se determinará el nivel de conocimiento de los pacientes para cirugía electiva sobre los roles del profesional en anestesiología y se establecerá como influye la visita preanestésica en la variable de estudio. Se realizaran dos entrevistas al paciente una previa y otra posterior a la evaluación preoperatoria, conociendo esta influencia en base a la calidad de la visita preanestésica.</p>	<p>Tiempo de la Visita Preanestésica.</p> <p>Calidad de la Visita Preanestésica.</p> <p>Relación médico-paciente</p> <p>Nivel de escolaridad</p> <p>Lugar de residencia</p> <p>Anestesis previas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt; 10 min.</li> <li>- 10 – 20 min.</li> <li>- &gt; 20 min</li>   <li>- Excelente</li> <li>- Buena</li> <li>- Regular</li>   <li>- Buena</li> <li>- Mala</li> <li>- Regular</li>   <li>- Básico</li> <li>- Medio</li> <li>- Superior</li> <li>- Ninguno</li>   <li>- Rural</li> <li>- Urbano</li>   <li>- Si</li> <li>- no</li> </ul>

**CAPITULO IV**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

## 4. DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un enfoque de estudio cuantitativo, por la necesidad de medir la variable nivel de conocimiento en forma numérica.

Además, según el tiempo de ocurrencia de los hechos, la investigación se caracteriza por ser:

**Prospectivo:** Debido a que la información se registró al mismo tiempo que ocurrieron los fenómenos, es decir se anotaron los distintos niveles de conocimientos de los pacientes sobre roles de profesional en anestesiología según el grado de educación, lugar de residencia y experiencias anteriores de los pacientes, todo esto previo a la visita preanestésica y posterior a ésta.

Según el período y la secuencia del estudio es:

**Transversal:** Porque se delimitó un período de tiempo específico, julio a septiembre de 2013 para realizar la investigación, tiempo en el cual se buscó la comprobación de la hipótesis “La visita preanestésica influye en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología”

Según el análisis y alcance de los resultados, el estudio es:

**Descriptivo:** Porque se describieron los resultados que se obtuvieron de la muestra a estudiar, tomando en cuenta de qué forma influye la visita preanestésica en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología y reconociendo su efecto al realizar una entrevista al pacientes antes y después de dicha visita.

**Analítico:** Porque se buscó dar respuesta a la hipótesis formulada, analizando los resultados de las entrevistas previas a la visita preanestésica y comparándolos con los obtenidos en la segunda entrevista realizada después de la visita, determinando la influencia de la visita preanestésica en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología en base a la calidad de la misma.

**Bibliográfico:** porque se recolecto información relacionada con el tema de investigación de diferentes fuentes bibliográficas como libros, documentos y páginas de internet, tesis realizadas, entre otras.

**De campo:** porque para llegar a la comprobación de la hipótesis, se recolectó la información con los pacientes seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión mediante fuentes de campo la encuesta y se utilizaron como instrumento de recolección de datos la cédula de entrevista.

## 4.2 POBLACIÓN

Como base de estudio para la investigación, se revisaron los archivos de los pacientes para cirugía electiva que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos y que fueron atendidos en el Hospital Nacional de La Unión, Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima y Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, se recolectó información de los pacientes intervenidos en el periodo de enero a marzo del año 2012. Teniendo como resultado 98 pacientes en el Hospital nacional de La Unión, 111 pacientes en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima y 130 pacientes en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel. Con la finalidad de determinar el tamaño de la población que dio como resultado un total de 349 pacientes.

## 4.3 MUESTRA

En una investigación o experimentación, siempre debe recurrirse, en primera instancia a la elección del tamaño de la muestra a ser abarcado y posteriormente tratado, lo que permitió obtener datos confiables desde el punto de vista estadístico. Este número de muestra es la que se denomina “tamaño muestral”. Para evitar caer en dos situaciones inaceptables: la primera realizar un número innecesario de pruebas que acarreará pérdida de tiempo y dinero; la segunda, tomar una cantidad insuficiente de datos, lo cual generaría imprecisión y muy probablemente, conducirá a que no se encuentren diferencias significativas, cuando en la realidad, es posible que sí existan.

Para determinar la muestra en el presente estudio se recurrió al Análisis del modelo realizado por William Antonio Lazo Rivas de la Universidad Antonio Nariño de Colombia.

**Ecuación para la determinación del número mínimo de observaciones para experimentos de un solo factor.**

$$n = \frac{W - W^2 (Z_{\beta} + 1,4 \cdot Z_{\alpha})^2}{W^2}$$

Dónde:

$n$  = Número mínimo de muestras, observaciones o réplicas que deben efectuarse en el estudio.

$Z_{\alpha}$  = Valor correspondiente al nivel de confianza asignado (Riesgo de cometer un error tipo I).

$Z_{\beta}$  = Valor correspondiente al poder estadístico o potencia asignada a la prueba (Riesgo de cometer un error tipo II).

W = Rendimiento mínimo, eficiencia mínima esperada o diferencia mínima observable.

Esta ecuación es el modelo propuesto para la determinación del número mínimo de observaciones, de repeticiones o de datos que deben efectuarse u obtenerse para experimentos de un solo factor donde no es posible estimar la varianza de los datos, como es el caso en la presente investigación ya que por la diversidad de pacientes que acuden a los centros hospitalarios en estudio, no es posible saber con certeza que en el presente año acudieron la misma cantidad de pacientes que acudieron el año pasado según los registros revisados.

Los valores  $Z_{\alpha}$  y  $Z_{\beta}$  para diferentes niveles de confianza se presentan en anexo N° 9 y Anexo N° 10

Para la presente investigación, se estableció que los resultados del experimento deberán tener una significación ( $\alpha$ ) de 0,05 (5%) que corresponde a un nivel de confianza ( $1-\alpha$ ) del 95% (0.95). En el anexo 9, se observa que para este nivel de confianza,  $Z_{\alpha}$  tiene un valor de 1,96. También, en el anexo 10, para un valor  $\beta$  igual a 0,20 (20%), existe un  $Z_{\beta}$  de 0,842. El rendimiento mínimo esperado (W) será del 30% según el nivel de confianza elegido correspondiente al 95% (Anexo N°11) es decir, se espera una mejora del conocimiento de los roles del profesional en anestesiología mínima del 30% respecto al conocimiento inicial.

Así,

$$Z_{\alpha} = 1.96 \quad Z_{\beta} = 0.842 \quad W = 0.30 \text{ (30\%)}$$

Reemplazando en la ecuación propuesta:

$$n = \frac{0.30 - 0.30^2 (0.842 + 1.4 \cdot 1.96)^2}{0.30^2}$$

$$n = 30$$

Se estudió una muestra de 30 pacientes por cada establecimiento hospitalario con el fin de obtener un nivel de confianza en un 95%. En total fueron estudiados 90 pacientes.

#### 4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes para cirugía electiva
- Pacientes con estado físico ASA I y ASA II
- Edad entre 20 y 35 años
- Pacientes de ambos sexos



- Anestesia General o Anestesia Raquídea
- Pacientes intervenidos en los Hospitales Nacionales de La Unión, Santa Rosa de Lima y San Miguel
- Pacientes intervenidos en el periodo de julio a septiembre de 2013
- Pacientes dispuestos a colaborar con el estudio mediante el consentimiento informado (ver anexo N° 12)

#### 4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estado físico ASA igual o mayor de III
- Pacientes para cirugía de emergencia
- Pacientes para cirugía ambulatoria
- Anestesia Local

#### 4.4 TIPO DE MUESTREO

**No probabilístico por conveniencia:** debido a que la elección de los pacientes no fue al azar, ya que se tomaron como muestra los pacientes para cirugía electiva que cumplían con los criterios de inclusión ya establecidos.

#### 4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### 4.5.1 Técnicas documentales

**Documental bibliográfica:** porque se utilizaron fuentes bibliográficas tanto primarias como secundarias incluyendo libros, diccionarios especializados, documentos y páginas de internet.

**Documental Hemerográfica:** debido a que se utilizaron artículos de revistas científicas, documentos de trabajos relacionados con el tema de investigación y tesis realizadas en la especialidad como fuente de información.

**Documental escrita:** recurriendo a los archivos en los libros de registro de procedimientos realizados en los hospitales donde se llevó a cabo la investigación y, de igual forma se utilizaron los expedientes clínicos de los pacientes que participaron en el estudio para recolectar los datos necesarios para el desarrollo del estudio.

##### 4.5.2 Técnicas de campo

**La encuesta:** por medio de la cual se obtuvieron los datos necesarios para comprobar la hipótesis de investigación.

### 4.5.3 Instrumento

**Cédula de entrevista:** como Instrumento de recolección de datos se utilizó una cédula de entrevista elaborada con los puntos principales y necesarios para el estudio de la variable nivel de conocimiento (Anexo N° 13).

**Consentimiento informado:** por medio del cual se obtuvo la aceptación voluntaria de los pacientes a participar con el estudio, explicándole en forma detallada en que consiste la investigación y los riesgos y beneficios que traerá la realización de la misma.

## 4.6 MATERIALES

- Cédula de entrevista.
- Hoja de consentimiento informado.
- Lápiz.
- Lapicero.
- Corrector
- Almohadilla para tinta.
- Engrapador.
- Folders.

## 4.7 PROCEDIMIENTO

### 4.7.1 Planificación

Comprendió desde la elección del tema con ayuda del docente director y de acuerdo a los estándares para su estructuración, primeramente se formularon una serie de temas relacionados con la carrera de Anestesiología e Inhaloterapia, de los cuales se eligió el de mayor interés ; seguido se buscó el permiso para llevar a cabo la investigación, acudiendo a las autoridades de los servicios y departamento de anestesiología en el Hospital Nacional de La Unión, Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima y Hospital Nacional de San Miguel.

Luego se procedió con la búsqueda y recopilación de información relacionada con el tema por medio de libros, tesis, internet y artículos de revista científica. Mediante la primera revisión de la literatura, se estructuró el perfil de investigación constituido por los antecedentes del objeto fenómeno de estudio, el planteamiento del problema, se establecieron los objetivos y la justificación del estudio. A continuación, se elaboró el protocolo de investigación, estructurando el marco teórico, que constituye la base teórica de la investigación y a partir de donde se elaboró la hipótesis de trabajo y Operacionalización de ésta en variables.

Finalmente se elaboró el diseño metodológico a seguir en la realización del estudio, detallando el tipo de investigación con los métodos y técnicas que se utilizaron para la realización de la misma.

#### **4.7.2 Ejecución**

Se elaboró una cédula de entrevista destinada a determinar el nivel de conocimiento, previo a la visita preanestésica de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología, que se realizó unas horas antes de llevar a cabo dicha visita en los servicios de cirugía de los Hospitales Nacionales de La Unión, Santa Rosa de Lima y de San Miguel, en pacientes para cirugía electiva que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos y con su debida autorización para participar en el estudio mediante el consentimiento informado, en total fueron un total de 90 pacientes. (Figura 4,5 y 6)

En esta entrevista N°1 se limitó a incluir preguntas básicas sobre procedimientos anestésicos y datos personales del paciente. Se esperó a que el profesional en anestesiología responsable realizará la visita preanestésica, evitando la intervención del grupo de investigación y así eliminar cualquier tipo de sesgo.

Una vez finalizada la evaluación preoperatoria, se realizó la entrevista N° 2 cuyo objetivo era determinar la influencia de la visita preanestésica en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología, entrevista que contó con las mismas preguntas de la entrevista N° 1 pero incluyendo preguntas para reconocer la calidad de la visita preanestésica realizada y determinar en base a calidad la influencia de ésta en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología.

Se concluyó el estudio en los pacientes que conformaron la muestra, luego se procedió a la tabulación y análisis de los resultados presentándose mediante tablas con ayuda del asesor de estadística. Finalmente se elaboraron las respectivas conclusiones y recomendaciones; y se presentó el informe final de la investigación.

#### **4.8 RIESGOS Y BENEFICIOS**

##### **Riesgos**

No existió riesgo alguno relacionado con la participación de los pacientes en la presente investigación, salvo la molestia ocasionada al momento de realizar las encuestas.

## **Beneficios**

El paciente no obtuvo ningún beneficio económico durante la participación en la investigación, sin embargo, los resultados que se obtuvieron proveerán abundante información que podrá ser utilizada por las autoridades correspondientes para mejorar la atención brindada. Con la información obtenida durante el desarrollo de la investigación se podrán estructurar propuestas que ayuden a mejorar la calidad de la visita preanestésica.

De acuerdo a los resultados de la investigación se impartirán charlas a los pacientes para cirugías electivas buscando disminuir cualquier duda sobre los roles de los Profesionales en Anestesiología y de forma indirecta con la adecuada información se disminuye la ansiedad preoperatoria de los pacientes al conocer más acerca de la anestesia y sus complicaciones.

## **4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El grupo de investigación no publicará ninguna información acerca del estado de salud del paciente, que de forma voluntaria decidió participar en el estudio; y los datos recolectados mediante la cédula de entrevista fueron utilizados estrictamente para fines académicos.

Se obtuvo el consentimiento de los pacientes, explicándoles cuales serían los riesgos y beneficios que obtendrían al realizar el estudio, las ventajas y desventajas del mismo y dándose respuesta a cada duda o pregunta que tuvo la persona participante. Así también se le explicó la importancia de la investigación y porque motivos fueron elegidos para participar en ella.

La participación del paciente fue totalmente voluntaria y se le realizó una encuesta posterior a la firma del consentimiento informado, la cual fue llenada por el grupo de investigación y que registró la información de manera confidencial. Además se le explicó en qué consistía el estudio y cuáles eran los objetivos y metas.

**CAPITULO V**  
**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## 5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### 5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los resultados

El conjunto de datos que se describen a continuación, han sido recolectados en base a la cedula de entrevista que se pasó a los pacientes que serían sometidos a cirugía electiva en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, Hospital Nacional de la Unión y Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, con el fin de conocer el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología previo a la visita preanestésica y de igual forma establecer cómo influye está en dicha variable realizando la mismas preguntas posterior a la visita preanestésica. Además de conocer el nivel de calidad.

Inicialmente, con ayuda del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) Versión 15.0, se elaboró una base de datos con todas las variables que fueron sometidas a dicho estudio, organizando los datos en tablas estadísticas de muestras relacionadas y muestras independientes, comparando medias y realizando la prueba T para evidenciar los resultados obtenidos y demostrar la diferencia de las medias tanto previas como posteriores en base a la significación estadística sobre la mejora del conocimiento en los pacientes sometidos al estudio.

De igual forma se utilizaron pruebas estadísticas de sistema factorial y prueba de Duncan para demostrar que el conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología cambió posterior a la visita preanestésica; por lo cual de esta manera se rechaza la hipótesis nula ya que según los resultados se demostró que el conocimiento de los pacientes cambio posterior a dicha visita; concluyendo así en la aceptación de la hipótesis de trabajo que dice de la siguiente manera: “La visita preanestésica influye en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles de los profesionales en anestesiología”

**Tabla 1 Conocimiento total generado**

Conocimiento	Media	N	Mejora (%)		T	GL	Sig. Est.
Previo	1.49	900	Pre-post	0.29	17.38	899	0.000
Posterior	1.78	900					

Fuente: cédula de entrevista

**Análisis:** se observa en la tabla que el conocimiento total por parte de los Hospitales Nacionales San Juan de Dios, La Unión y Santa Rosa de Lima en la evaluación previa fue de 1.49 en promedio y posterior a la visita preanestésica se obtuvo una media de 1.78 resultando en una mejora del conocimiento de un 0.29%. Obteniendo la comparación de dichas medias una significación estadística de 0.000.

**Interpretación:** se observa que existe un incremento notable de conocimiento en los pacientes de los Hospitales Nacionales San Juan de Dios, La Unión y Santa Rosa de Lima que fueron sometidos a estudio en relación al conocimiento previo y posterior.

**Tabla 2 Conocimiento general de los roles del profesional en anestesiología**

Pregunta		Media	N	Mejora (%)		T	GL	Sig. Est.
1	Previo	1.61	90	Pre-post	0.356	7.007	89	0.000
	Posterior	1.97						
2	Previo	1.64	90	Pre-post	0.333	6.671	89	0.000
	Posterior	1.98						
3	Previo	1.81	90	Pre-post	0.156	3.500	89	0.001
	Posterior	1.97						
4	Previo	1.33	90	Pre-post	0.367	6.858	89	0.000
	Posterior	1.70						
5	Previo	1.37	90	Pre-post	0.400	6.814	89	0.000
	Posterior	1.77						
6	Previo	1.16	90	Pre-post	0.367	6.676	89	0.000
	Posterior	1.52						
7	Previo	1.26	90	Pre-post	0.322	5.126	89	0.000
	Posterior	1.58						
8	Previo	1.17	90	Pre-post	0.389	6.907	89	0.000
	Posterior	1.56						
9	Previo	1.90	90	Pre-post	0.100	3.145	89	0.002
	Posterior	2.00						
10	Previo	1.67	90	Pre-post	0.078	2.153	89	0.034
	Posterior	1.74						

Fuente: cédula de entrevista

**Análisis:** en la tabla presentada se muestra los resultados obtenidos de las primeras 10 preguntas de la cedula de entrevista tanto previo como posterior a la visita preanestésica. Obteniendo los siguientes datos: En la pregunta 1 relacionada al conocimiento de la profesión de la persona que administra anestesia se obtuvo un conocimiento previo 1.61 y posterior de 1.97 con una mejora de conocimiento de 0.35%, en la pregunta número 2 donde se considera si los pacientes conocen si la administración de anestesia tiene riesgos, se observó un conocimiento previo de 1.64 y posterior de 1.98 con una media de mejora del 0.33%; en cuanto a la pregunta 3 que señala como el paciente considera que se le duerme para operarle, se obtuvo un conocimiento previo de 1.81 y posterior de 1.97 con una mejora del 0.15%.

En la pregunta 4 donde se establece si el paciente sabe quién decide el tipo de anestesia que se le administrara, resulto con un conocimiento previo de 1.33 y posterior 1.70 con la media de mejora de conocimiento de un 0.36%. En la pregunta número 5 que se relaciona al conocimiento del paciente con respecto a que si el profesional en anestesiología permanece dentro del quirófano durante toda la cirugía muestra un conocimiento previo de 1.37 y posterior 1.77 con una mejora de conocimiento del 0.40%.

En el caso de la pregunta número 6 cuya finalidad era conocer si los pacientes saben quiénes están a cargo de su cuidado en la sala de recuperación anestésica se obtuvo un conocimiento previo de 1.16 y posterior de 1.5 con una media de mejora de conocimiento del 0.36%; en la pregunta número 7 que dice de la siguiente manera: ¿Considera que el profesional en anestesiología efectúa dentro del hospital otras funciones fuera del quirófano? los pacientes presentaron un conocimiento previo de 1.26 y posterior de 1.58 con una mejoría en el conocimiento de 0.32%. En la pregunta número 8 que hace referencia sobre lo que el profesional en anestesiología hace durante la cirugía, se obtuvo un conocimiento previo de 1.17 y posterior de 1.56 con una media de mejora de conocimiento de 0.38%; en la pregunta número 9 que corresponde a una de las funciones principales del profesional en anestesiología se obtuvo un conocimiento previo en los pacientes de 1.90 y posterior de 2.0 con una mejora de conocimiento de 0.10%.

Finalmente, en la pregunta número 10 relacionada a la opinión del paciente sobre cómo debe ser la relación de confianza y comunicación entre el paciente y el profesional en anestesiología se observa un conocimiento previo de 1.67 y posterior de 1.74 con una mejora de conocimiento de 0.07%. Con la prueba de T realizada se demostró que todas las medias comparadas tienen significación estadística con un valor de 0.00.

**Interpretación:** se puede observar que en la pregunta N° 10 a pesar que existe una significación estadística y se obtuvo una mínima mejoría reflejando el y conocimiento respecto a la confianza y comunicación del profesional con pacientes, es menor, con respecto a la pregunta N°9 sobre el conocimiento de una de las funciones del profesional en anestesiología, la mejoría obtenida es ligeramente mayor a la anterior sin embargo, al igual se obtiene significación estadísticas y en lo que respecta a los que presenta un incremento mayor de conocimiento fue la pregunta N°6 sobre quien estará presente en la unidad de recuperación y la de mayor conocimiento adquirido es la pregunta N°5 respecto a la permanencia del profesional de anestesiología en toda la cirugía obtenida.



**Tabla 3 Comparación del conocimiento entre los Hospitales estudiados**

Hospital		Media	N	Mejora (%)		T	GL	Sig. Est.
HNSJD	Previo	1.43	300	Pre-post	0.353	11.246	299	0.000
	Posterior	1.78	300					
HNLU	Previo	1.54	300	Pre-post	0.110	5.003	299	0.000
	Posterior	1.65	300					
HNSRL	Previo	1.50	300	Pre-post	0.397	13.829	299	0.000
	Posterior	1.90	300					

Fuente: cédula de entrevista

**Análisis:** en la tabla se observa que de los 3 hospitales sometidos al estudio, el Hospital Nacional San Juan de Dios obtuvo un conocimiento previo de 1.43 y posterior de 1.78 resultando en una mejora de conocimiento de 0.35%; en el Hospital Nacional de La Unión se presentó un conocimiento previo de 1.54 y posterior de 1.65 mejorando dicho conocimiento con una media de 0.11% y; el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima cuenta con un conocimiento previo de 1.50 y posterior de 1.90 resultando en una mejoría de conocimiento del 0.40%. En los tres Hospitales se realizó la prueba T entre medias obteniéndose una significación estadística de las medias comparadas con un valor de 0.000.

**Interpretación:** comparando el incremento de conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología, entre los Hospitales Nacionales San Juan de Dios, La Unión y Santa Rosa de Lima estudiados cabe resaltar una significación estadística en los tres centros hospitalarios de 0.000, Con una mejoría mayor en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.

**Tabla 4 Conocimiento de los pacientes según el genero**

Género		Media	N	Mejoría (%)		T	GL	Sig. Est.
F	Previo	1.52	530	Pre-post	0.289	13.364	529	0.000
	Posterior	1.81						
M	Previo	1.45	370	Pre-post	0.284	11.102	369	0.000
	Posterior	1.74						

Fuente: cédula de entrevista

**Análisis:** en la tabla anterior se observa la clasificación de los pacientes sometidos al estudio según el género: femenino y masculino. De los 90 pacientes 53 corresponden al sexo femenino obteniendo una media de conocimiento previo 1.52 y posterior de 1.81 resultando en una mejora de conocimiento de 0.29%

como media; y 37 pacientes de sexo masculino generando una media de conocimiento previo de 1.45 y posterior 1.74 de lo cual de obtuvo una mejora de conocimiento de 0.28% como media. La prueba T demuestra que existe significación estadística entre ambas medias comparadas con un valor de 0.000. Sin embargo en la comparación de las medias de conocimiento previo y posterior de los géneros tanto masculino como femenino, la prueba de T no demuestra significación estadística.

	Genero	Media	T	Sig. Est.
Previo	Femenino	1.52	1.996	0.46
	Masculino	1.45	1.997	0.46
Posterior	Femenino	1.81	2.578	0.010
	Masculino	1.74	2.526	0.012
Mejoría	Femenino	0.289	0.146	0.884
	Masculino	0.284	0.146	0.884

Fuente: cédula de entrevista

**Interpretación:** de los dos grupos comparados el sexo femenino demostró que tenía mayor conocimiento tanto previo como posterior y el sexo masculino resulto con un conocimiento previo y posterior menor, sin embargo el porcentaje de mejora entre ambos grupos es similar.

**Tabla 5 Conocimiento generado en base a la zona de residencia**

Zona de residencia		Media	N	Mejora (%)		T	GL	Sig. Est.
Rural	Previo	1.47	490	Pre-post	0.331	14.507	489	0.000
	Posterior	1.80						
Urbano	Previo	1.52	410	Pre-post	0.234	9.915	409	0.000
	Posterior	1.75						

Fuente: cédula de entrevista

**Análisis:** de los 90 pacientes sometidos al estudio, 49 de estos residen en la zona rural quienes obtuvieron un conocimiento previo de 1.47 y posterior de 1.80 generando una mejora de conocimiento total de 0.33% según la media. Los 41 pacientes restantes residen en la zona urbana, los cuales resultaron con un conocimiento previo 1.52 y posterior de 1.75 obteniendo un 0.10% menos de

mejora de conocimiento en relación con los residentes de la zona rural. La prueba T demuestra que ambas medias obtuvieron significación estadística.

En la prueba de T para la comparación de medias de conocimiento previo y posterior a la visita preanestésica tanto en zona rural como urbana no se observó significación estadística, siendo esta superior a 0.05. En la mejora de conocimiento de ambas zonas, si hubo significación estadística con un valor menor a 0.05.

### Prueba de T intergrupala según la zona de residencia

	Zona	Media	T	Sig. Est.
Previo	Rural	1.47	1.55	0.119
	Urbana	1.52	1.55	0.119
Posterior	Rural	1.80	1.59	0.112
	Urbana	1.75	1.58	0.114
Mejoría	Rural	0.33	2.92	0.04
	Urbana	0.23	2.93	0.03

Fuente: cédula de entrevista

**Interpretación:** se hace notar que los pacientes de la zona rural a pesar de haber obtenido un promedio de conocimiento inferior resultaron con un incremento de conocimiento mayor que los pacientes que residen en la zona urbana.

### Tabla 6 Conocimiento en base al grado de escolaridad

Grado de escolaridad		Media	N	Mejora (%)		T	GL	Sig. Est.
Ninguno	Previo	1.41	100	Pre-post	0.430	8.62	99	0.000
	Posterior	1.84						
Básica	Previo	1.49	370	Pre-post	0.316	11.803	369	0.000
	Posterior	1.80						
Media	Previo	1.49	310	Pre-post	0.213	8.240	309	0.000
	Posterior	1.70						
Superior	Previo	1.58	120	Pre-post	0.267	5.870	119	0.000
	Posterior	1.84						

Fuente: cédula de entrevista

**Análisis:** del total de los pacientes sometidos al estudio 10 no cuentan con grado de escolaridad y obtuvieron un conocimiento previo de 1.41 y posterior de 1.84 con una mejora de conocimiento de 0.43% de media; 37 pacientes cuentan con educación básica resultando con un conocimiento previo de 1.49 y posterior 1.80 con un incremento de conocimiento de 0.31% según la media; 31 paciente tienen educación media generando un conocimiento previo de 1.49 y posterior 1.70 con una mejoría de conocimiento de 0.21% ; 12 pacientes tienen un grado de escolaridad superior quienes contaron con un conocimiento previo de 1.58 y posterior de 1.84 obteniendo una mejora de 0.26% en base a la media.

La prueba T realizada demostró significación estadística entre todas las medias comparadas. La prueba de Duncan compara las medias obtenidas por separado en previa, posterior y las relaciona con la mejora del conocimiento obtenido mostrando que a pesar de ser diferente aritméticamente las medias obtenidas, estas entre sí no tienen significación estadística.

### Prueba de Duncan intergrupar según nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	N	Evaluación Previa		Evaluación Posterior		Mejoría	
		B	A	B	A	b	a
Media	310	1.49	1.49	1.70		0.21	
Básica	370	1.49	1.49		1.80	0.31	
Ninguna	100	1.41			1.84		0.43
Superior	120		1.58		1.84	0.26	
Sig.		0.170	0.129	1.000	0.424	0.071	1.000

Fuente: cédula de entrevista

**Interpretación:** entre los cuatro grupos estudiados se observa que quienes obtuvieron una mejora mayor de conocimiento fueron los pacientes que no contaban con ningún grado de escolaridad seguidos de los pacientes con grado de escolaridad básica, y los de escolaridad media un ligero porcentaje mayor que los de educación superior.

**Tabla 7 Comparación de conocimiento en pacientes con cirugías previas**

Cirugía previas	N	Media		Suma de cuadrados	Sig. Est.
NO	480	1.42	Intergrupar	4.783	0.000
SI	420	1.57	Intergrupar	220.146	
Total	900	1.49	total	224.929	

Fuente: cédula de entrevista

**Análisis:** de los 90 pacientes 48 respondieron No, con una media de 1.42 y 42 pacientes restantes contaban con cirugías previas; mediante la prueba de suma de cuadrados se demuestra que existe significación estadística entre los dos grupos.

**Interpretación:** se observa que los pacientes estudiados con cirugía previa presentaban un mayor conocimiento previo en relación con los pacientes que no presentaban cirugías previas.

**Tabla 8 Calidad de la visita preanestésica por hospital**

Hospital	Pregunta	Media	N
HNSJD	Visita	2.00	30
	Explicación	2.00	30
	Calidad	1.60	30
	Tiempo	1.48	30
	<b>Total</b>	<b>1.77</b>	<b>120</b>
HNLU	Visita	2.00	30
	Explicación	1.83	30
	Calidad	1.43	30
	Tiempo	1.47	30
	<b>Total</b>	<b>1.68</b>	<b>120</b>
HNSRL	Visita	1.97	30
	Explicación	1.97	30
	Calidad	1.75	30
	Tiempo	1.15	30
	<b>Total</b>	<b>1.71</b>	<b>120</b>
Total	Visita	1.99	90
	Explicación	1.93	90
	Calidad	1.59	90
	Tiempo	1.36	90
	<b>Total</b>	<b>1.72</b>	<b>360</b>

Fuente: cédula de entrevista

**Análisis:** en la tabla se muestran las medias obtenidas en la evaluación de la calidad de la visita preanestésica por cada Hospital estudiado; el Hospital Nacional San Juan de Dios en cuanto a visita recibida obtuvo una media de 2.0 al igual que en explicación recibida 2.0, disminuyendo en calidad y tiempo 1.60 y 1.48 respectivamente; el Hospital Nacional de La Unión obtuvo una media en visita

impartida de 2.0, en explicación impartida resulto con un puntaje de 1.83, en calidad y tiempo obtuvo una media de 1.43 y 1.47 respectivamente; con respecto al Hospital Nacional De Santa Rosa De Lima obtuvo en promedio una media en visita y explicación impartida de 1.97, en calidad resulto con una media 1.75 y de tiempo un promedio de 1.15.

En total en los tres centros hospitalarios sometidos al estudio se obtuvieron las siguientes medias: en visita 1.99, en explicación 1.93, en calidad 1.59 y en tiempo 1.36. Resultando en un promedio global de la calidad de la visita preanestésica de 1.72.

Se presenta la prueba de Duncan que compara las medias de los hospitales estudiados: Hospital Nacional San Juan de Dios, Hospital Nacional Santa Rosa de Lima y Hospital Nacional La Unión, lo que demuestra que no existe significación estadística de las medias obtenidas de la mejora del conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología en base a la calidad de la visita preanestésica.

#### Prueba de Duncan intergrupar en base a calidad de la visita preanestésica

Hospital	N	Subconjunto	
		b	A
HNLU <sup>b</sup>	120	1.68	
HNSRL <sup>ab</sup>	120	1.71	1.71
HNSJD <sup>a</sup>	120		1.77
Significación		.455	.070

Fuente: cédula de entrevista

**Interpretación:** se observa, en primer lugar una ligera ventaja en cuanto a la calidad de la visita preanestésica en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, la cual se compara por una diferencia poco significativa con la media de calidad obtenida del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima y esta a su vez se compara con la puntuación más baja correspondiente al Hospital Nacional de La Unión.

**CAPITULO VI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1 Conclusiones

Finalizada la investigación sobre la influencia de la visita preanestésica en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, Hospital Nacional de la Unión y Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima en el periodo comprendido de julio a septiembre de 2013, se concluye que:

- Con los resultados obtenidos en la realización del estudio se demuestra con una media de mejora general del 0.30% entre el conocimiento previo y posterior de 1.49 y 1.78 respectivamente; que la visita preanestésica influye en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología.
- La visita preanestésica es efectiva para aclarar las funciones en el Profesional en Anestesiología, esto se observa en el incremento de conocimiento generado por la misma.
- Los pacientes de la zona rural demostraron tener menos conocimiento previo sobre los roles del profesional en anestesiología de 1.47 y posterior de 1.80; obteniendo una mejoría de conocimiento de 0.33% superior respecto a los pacientes que residen en la zona urbana quienes obtuvieron una mejora del 0.23%, los cuales mostraron un conocimiento previo mayor de 1.52 y posterior de 1.75.
- Entre los distintos niveles de educación que fueron sometidos al estudio, los que presentaron un incremento mayor de conocimiento de los roles del profesional en Anestesiología fueron los que no contaban con ningún grado de escolaridad con una mejora del 0.43%, ya que el conocimiento previo fue menor en comparación con los otros grupos en estudio de 1.41 y el conocimiento posterior a la visita preanestésica de 1.84 fue mayor que los demás niveles de educación.
- En base a los resultados obtenidos, los pacientes que contaban con cirugías previas demostraron un conocimiento superior al final de la primera cedula de entrevista que fue de 1.57 en relación con los pacientes que no tenían cirugías previas que mostraron una media de conocimiento de 1.42; por lo tanto sí existió influencia para generar mayor conocimiento en los pacientes con cirugías previas.
- Se observó que los pacientes no reconocen la diferencia entre Medico Anestesiólogo y Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia.



- De acuerdo a la escala establecida para el instrumento de recolección de datos correspondiente a los valores de “1” que señala que los pacientes no poseen ningún conocimiento sobre los roles del profesional en anestesiología y “2” para los que sí poseen conocimiento sobre los mismos; se obtuvo un conocimiento previo general de 1.49 colocando éste en un nivel de conocimiento regular de los pacientes sobre los roles de los profesionales en anestesiología.
- Mediante las pruebas estadísticas realizadas en la tabulación de los datos, donde se demostró que el conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología cambió posterior a la visita preanestésica, siendo éste inicialmente de 1.49 y posterior de 1.78 con una mejora de conocimiento de 0.30%; por lo cual de ésta manera se rechazó la hipótesis nula, concluyendo en la aceptación de la hipótesis de trabajo que dice de la siguientes manera: “La visita preanestésica influye en el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los roles del profesional en anestesiología”

## **6.2 Recomendaciones**

En base a las conclusiones establecidas, el grupo de investigación propone las siguientes recomendaciones:

- Promover una visita preanestesia adecuada que ayude al paciente a conocer más acerca de las funciones que realiza el profesional en anestesiología tanto dentro como fuera del quirófano.
- Motivar a los pacientes en general a mostrar mayor interés y colaborar con los profesionales en anestesiología para hacer de la administración de la anestesia una práctica más segura.
- A los Licenciados en Anestesiología e Inhaloterapia de los Hospitales Nacionales: San Juan de Dios, La Unión y Santa Rosa de Lima, mejorar la calidad de la visita preanestésica con el fin de brindar mejor atención a los usuarios.
- Al personal de Anestesiología e Inhaloterapia que labora en los Hospitales Nacionales: San Juan de Dios, La Unión y Santa Rosa de Lima, proporcionar mayor información a los pacientes sobre lo que implica la práctica de la anestesiología.

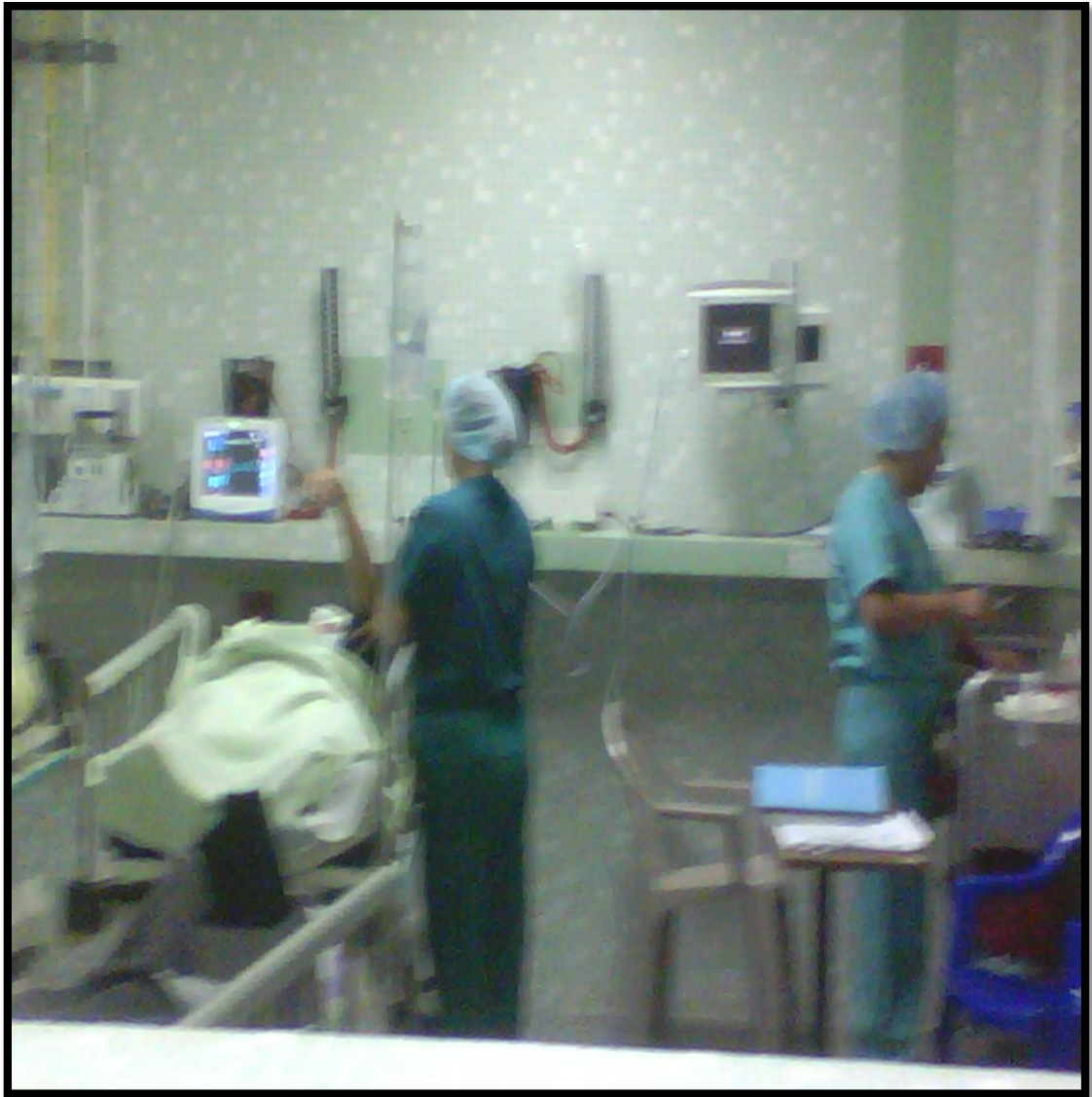
## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Katia Ferreira de Oliveira, Jefferson Clivatti, Masashi Munechika, Luiz Fernando dos Reis Falcão, ¿Qué es lo que el paciente sabe sobre el trabajo del anestesiólogo? Noviembre/diciembre 2011. Revista Brasileña de Anestesiología. Volumen 61 no.6 Campinas.
2. Eric Williams, Conocimientos y Actitudes de los pacientes hacia la Anestesia. Faculty of Medical Sciences, The University of the West Indies. *Anestesia en México 2009*;21(3): 174 – 178
3. Claudia Patricia Cobos, Alexandra Chaves, Percepciones y conceptos acerca de la práctica anestésica: una mirada desde la perspectiva del paciente. Octubre/Diciembre. 2008. Revista Colombiana de anestesiología. Volumen 36.
4. Anestesiología Clínica, Práctica de Anestesiología. En: G. Edward Morgan, Primera edición. México D. F. Editorial el manual moderno, 1995. Pág 3 – 16
5. Anesmur.com, La anestesia del siglo XXI. Primaria en la red. Digitalias estudio. 2010. Visitado el 10 de abril de 2013. Disponible en:  
<http://www.anesmur.com/anestesiologo>
6. Universidad de El Salvador. Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia (L50103) Plan de estudio 1997. Académica, UES. Visitado el 10 de abril de 2013. Disponible en:  
[https://www2.academica.ues.edu.sv/consultas/plan\\_estudio/diagrama\\_carrera.php?carrera=L50103-1997&facultad=orient](https://www2.academica.ues.edu.sv/consultas/plan_estudio/diagrama_carrera.php?carrera=L50103-1997&facultad=orient)
7. Paul G. Barash, Bruce F. Cullen, Robert K. Stoelting. Introducción a la práctica de la anestesiología en Anestesia Clínica. Tercera Edición McGraw – Hill Interamericana, México D. F. 1997. Pág 35 – 65
8. Dr. Hebert Abraham Betancourt Quijada. Norma Técnica sobre anestesiología. República de El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Regulación. San Salvador, Enero 2004.
9. Dr. Hebert Abraham Betancourt Quijada. Título II Actividades de los Profesionales en anestesiología. Norma Técnica sobre anestesiología. República de El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Regulación. San Salvador, Enero 2004. Pág. 3 – 5.
10. Dr. Hebert Abraham Betancourt Quijada. Título V Evaluación preoperatoria. Norma Técnica sobre anestesiología. República de El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Regulación. San Salvador, Enero 2004. Pág. 11 – 12.

11. Dr. Hebert Abraham Betancourt Quijada. Título VII Manejo Transanestésico. Norma Técnica sobre anestesiología. República de El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Regulación. San Salvador, Enero 2004. Pág. 14 – 16.
12. Dr. Hebert Abraham Betancourt Quijada. Título IX Cuidados Postanestésicos. Norma Técnica sobre anestesiología. República de El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Regulación. San Salvador, Enero 2004. Pág. 21 – 22.
13. Dr. José Carlos Orellana, Licda. Ana Elsy Molina, Licda. Mayra Aracely Rodríguez. Manual de Procedimientos de Control Interno del Departamento de Anestesiología, Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel. Septiembre 2011. Pág. 22 – 27.
14. MINSAL, Gobierno de El Salvador. Manual descriptivo de clases, Tomo II. División de administración del Recurso Humano. Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima. Agosto 1993. Código 2301.
15. MINSAL, Gobierno de El Salvador. Manual descriptivo de clases, Tomo II. División de administración del Recurso Humano. Hospital Nacional La Unión. Agosto 1993. Código 2301.
16. Jaime A. Wikinski. La visita preanestésica. En: complicaciones neurológicas de la anestesia regional, periférica y central. Wikinski – Bollini. Primera edición. Editorial panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1999. Pág. 333 – 337.
17. Vincet J. Collins, Principios de la medicación Preanestésica. En: Vincet J. Collins, Volumen I, tercera edición. México D.F. Nueva Editorial Interamericana McGraw-Hill, 2003. Pág. 290 – 320
18. Vincet J. Collins, Valoración y preparación preanestésicas. En: Vincet J. Collins, Volumen I, tercera edición. México D.F. Nueva Editorial Interamericana McGraw-Hill, 2003. Pág. 211 - 257
19. Dr. Víctor M. Whizar-Lugo. Prevención en Anestesiología Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología, A.C. Volumen 21, Numero 2. Mayo – Agosto 2009.
20. Carlos E. Montesinos. Tipos de Conocimientos. Digitalias Estudios 2011. Visitado 08 de abril de 2013. Disponible en:  
[www.monografias.com/trabajos12/marcono/marcono.shtml](http://www.monografias.com/trabajos12/marcono/marcono.shtml)

## **LISTA DE FIGURAS**

**FIGURA 1**



**Fig. 1: Enfermera del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel monitorizando y vigilando al paciente en la sala de recuperación anestésica.**

**FIGURA 2**



**Fig. 2: Licenciado en Anestesiología e Inhaloterapia de hospital Nacional de Santa Rosa de Lima realizando la visita preanestésica**

FIGURA 3

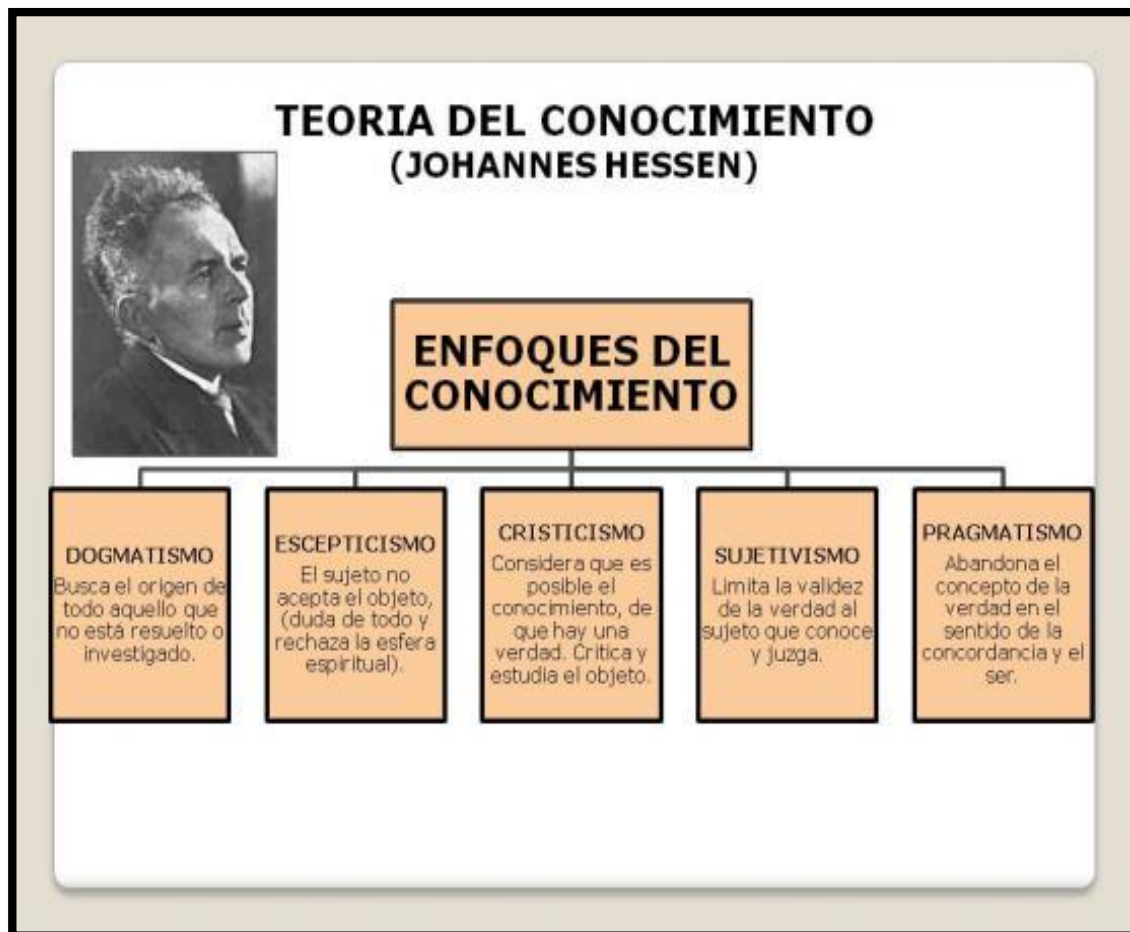


Fig. 3: Mapa conceptual de la Teoría del conocimiento según Johannes Hessen



**FIGURA 4**



**Fig. 4: Investigadora realizando a paciente la cedula de entrevista en Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel**



**FIGURA 5**



**Fig. 5: Investigador realizando cédula de entrevista a paciente en Hospital Nacional de La Unión.**

**FIGURA 6**



**Fig. 6: Investigadora realizando cedula de entrevista a paciente en Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima**

## **LISTA DE ANEXOS**





**ANEXO 2  
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS.**

Actividades Día	Mes de Julio																														
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Inicio de ejecución del estudio															X																
Asistencia a los Hospitales															X		X		X			X						X			X
Tabulación de resultados																															

Actividades Día	Mes de Agosto																														
	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Inicio de ejecución del estudio																															
Asistencia a los Hospitales		X			X		X		X			X		X		X			X		X		X			X		X		X	
Tabulación de resultados																															

Actividades Día	Mes de Septiembre																													
	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Asistencia a los Hospitales		X		X		X			X		X		X		X		X		X		X									
Finalización de la ejecución																					X									
Tabulación de resultados*																								X	X	X	X	X		X


\* Se llevara a cabo a partir de la última semana del mes de Septiembre hasta la segunda semana del mes de Octubre



## ANEXO 4

### Plan de estudio: Carrera de Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL ADMINISTRACION ACADÉMICA PLAN ESTUDIOS Código Carrera: L50103. Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia Plan: 1997.					
#	Código	Nombre de la materia	U.V.	Prerrequisitos	Ciclo
<b>Primer Año</b>					
1	TCM151	MODULO I SOCIEDAD Y NATURALEZA	16		1
2	TCM051	MODULO II SALUD Y COMUNIDAD	16	MODULO I SOCIEDAD Y NATURALEZA	2
<b>Segundo Año</b>					
3	TCM051	MODULO III ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y SU CONTEXTO SOCIAL EN EL SALVADOR	17	MODULO II SALUD Y COMUNIDAD	3
4	TCM481	MODULO IV CONDICIONES PARA LA ADMINISTRACION ANESTESICA PACIENTE PROCEDIMIENTO	10	MODULO III ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y SU CONTEXTO SOCIAL EN EL SALVADOR	4
<b>Tercer Año</b>					
5	TCM651	MODULO V CUIDADOS PRE-TRANS Y POST-ANESTESICOS, RIESGO MENOR, MEDIO Y MAYOR	20	MODULO IV CONDICIONES PARA LA ADMINISTRACION ANESTESICA PACIENTE PROCEDIMIENTO	5
6	TCM651	MODULO VI MANEJO ESPECIALIZADO EN PACIENTES COMPLICADOS DE ALTO RIESGO ANESTESICO QUIRURGICO	20	MODULO V CUIDADOS PRE-TRANS Y POST-ANESTESICOS, RIESGO MENOR, MEDIO Y MAYOR	6
<b>Cuarto Año</b>					
7	TCM751	MODULO VII TERAPIA DE INHALOTERAPIA Y GASOMETRIA EN PROBLEMAS RESPIRATORIOS PROFILAXIS CURACION Y REHABILITACION	20	MODULO VI MANEJO ESPECIALIZADO EN PACIENTES COMPLICADOS DE ALTO RIESGO ANESTESICO QUIRURGICO	7
8	TCM851	MODULO VIII FUNCIONES DE LA ANESTESIA E INHALOTERAPIA EN CUIDADOS INTENSIVOS	20	MODULO VII TERAPIA DE INHALOTERAPIA Y GASOMETRIA EN PROBLEMAS RESPIRATORIOS PROFILAXIS CURACION Y REHABILITACION	8
<b>Quinto Año</b>					
9	TCM851	MODULO IX ADMINISTRACION Y PROGRAMACION DE LOS SERVICIOS DE ANESTESIA E INHALOTERAPIA	20	MODULO VIII FUNCIONES DE LA ANESTESIA E INHALOTERAPIA EN CUIDADOS INTENSIVOS	9
10	TA1051	MODULO X INVESTIGACION CIENTIFICA EN EL PROBLEMA DE MORBIMORTALIDAD ANESTESICA	20	MODULO IX ADMINISTRACION Y PROGRAMACION DE LOS SERVICIOS DE ANESTESIA E INHALOTERAPIA	10
		SERVICIO SOCIAL		MODULO X INVESTIGACION CIENTIFICA EN EL PROBLEMA DE MORBIMORTALIDAD ANESTESICA	
TOTAL UNIDADES VALORATIVAS:			181		
TOTAL MODULOS:			13		



Aprobado el 14-15-1997 Según Acuerdo N° 80-95-98 (V) del Consejo Superior Universitario,  
Publicado en el Diario Oficial el 8 de enero de 1998. Tomo N° 338.  
"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"



## ANEXO 5

### Escala de Calificación de la UCPA

**HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA  
DEPARTAMENTO DE ANESTESIA**

**CENTRO QUIRURGICO / RECUPERACION ANESTESICA**

NOMBRE \_\_\_\_\_ CAMA N° \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_ REGISTRO \_\_\_\_\_

Se evaluará el alta del paciente de acuerdo a los siguientes parámetros clínicos y quirúrgicos

**A- CLINICOS:**

**I- ACTIVIDAD.**

- (0) No mueve las extremidades voluntariamente aunque se le ordene.
- (1) Mueve solo dos extremidades voluntariamente o si se le ordena.
- (2) Mueve las cuatro extremidades voluntariamente o si se le ordenara.

**II-RESPIRACION**

- (0) Apnea
- (1) Disnea o la respiración se encuentra limitada.
- (2) Capaz de efectuar respiración profunda o toser.

**III- CIRCULACION:**

- (0) TA (+-) 50 del nivel pre-anestésico.
- (1) TA(+-) 20-50 el nivel pre-anestésico..
- (2) TA(+-) 20 del nivel pre-anestésico..

**IV- CONCIENCIA:**

- (0) No responde
- (1) Despierta cuando se le llama
- (2) Completamente despierto

**V- COLOR DE LA PIEL.**

- (0) Cianótico
- (1) Pálido, icterico, pardo
- (2) Rosado

Para darle el alta o pasarlo a su servicio tiene que tener un puntaje de 10, siendo el mínimo de 8.

**B- QUIRURGICOS:**

HERIDA OPERATORIA
APOSITOS
DRENOS
SONDAS

Firma y sello \_\_\_\_\_  
Cirujano

Firma y sello: \_\_\_\_\_  
Anestesiología



## ANEXO 6

### Resolución Ministerial Sobre la Norma Técnica de Anestesiología según el Ministerio de Salud

Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social

Norma Técnica sobre Anestesiología



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
REPÚBLICA DE EL SALVADOR, C.A.

HOY SE EMITIÓ LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL No. 000875 QUE DICE:

"Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador, a los seis días del mes de enero del año dos mil cuatro. De conformidad a lo establecido en el Artículo 40 del Código de Salud y Artículo 42 número 2 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, esta Secretaría de Estado con el propósito de proporcionar una mejor atención para los pacientes en los procedimientos de anestesiología emite la **"NORMA TÉCNICA SOBRE ANESTESIOLOGÍA"** y en virtud de lo anterior RESUELVE: Oficializar la presente norma la cual es de carácter obligatorio para todas las instituciones de salud públicas y autónomas donde se desarrollen procedimientos anestésicos, se debe proceder a su divulgación e implementación a partir de esta fecha. HAGASE SABER. El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, (F). H. Betancourt Q'.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



DIOS UNIÓN LIBERTAD



Dr. Herbert Abraham Betancourt Quijada  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

ANEXO 7

Hoja de premedicación

Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel

**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS",  
SAN MIGUEL  
SALA DE OPERACIONES**

**HOJA DE EVALUACION PRE ANESTESIA**

Apellido: \_\_\_\_\_ No. de Registro \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_ Puls: \_\_\_\_\_  
Resp. Por minuto: \_\_\_\_\_ T. A. \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Orina: \_\_\_\_\_  
Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_ Rx. De Tórax: \_\_\_\_\_ EKG y Evaluación C. V.: \_\_\_\_\_

**Precedentes Personales:**

Diabético:	Si _____ No _____	Fumador:	Si _____ No _____	TB:	Si _____ No _____
Hipertensivo:	Si _____ No _____	Cardíaco:	Si _____ No _____	Hepatitis:	Si _____ No _____
Alérgico:	Si _____ No _____	Asmático:	Si _____ No _____	Retraso mental:	Si _____ No _____
Diagnóstico:	Si _____ No _____	Hipertensión Arterial:	Si _____ No _____	Ha sido transfundido:	Si _____ No _____

Antecedentes Anestésicos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha última de Anestesia: \_\_\_\_\_  
Fecha última Anestesia: \_\_\_\_\_

**Tratamiento:**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Gripe: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Prótesis Dentaria Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Infecciones: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Toma algunos medicamentos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tipos de medicamentos: \_\_\_\_\_  
Tiempo de ingestión: \_\_\_\_\_ Hora de última ingesta de alimentos: \_\_\_\_\_  
Tipo de intervención a realizar: \_\_\_\_\_

**Indicación Anestésica:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indicaciones Anestésicas:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indicaciones de otras especialidades: (ver hoja de indicaciones)**

Firma por departamento de Anestesiología

## Hoja de premedicación: Hospital Nacional Santa Rosa de Lima

### HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º Exped. \_\_\_\_\_

EVALUACIÓN PRE-OPERATORIA				SIGNOS VITALES			
EDAD	SEXO	ALTURA	PESO	TA	PULSO	RESPI	TEMP
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CM.	LB/KG				

PROCEDIMIENTO PROPUESTO \_\_\_\_\_

ANESTESIA Y OPERACIONES PREVIAS (si es NO marque este cuadro <input type="checkbox"/> )	MEDICAMENTOS QUE RECIBE (si es NO marque este cuadro <input type="checkbox"/> )
HISTORIA FAMILIAR DE COMPLICACIONES ANESTESICAS (si es NO marque este cuadro <input type="checkbox"/> )	ANTECEDENTES ALÉRGICOS (si es NO marque este cuadro <input type="checkbox"/> )
VIA AREA/DENTADURA/CABEZA Y CUELLO	HISTORIA PROVIENE DE PACIENTE <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>


SISTEMA	WNL	COMENTARIOS	RESULTADOS PERTINENTES DEL ESTUDIO
<b>RESPIRATORIO</b> Asma                      Neumonía Bronquitis                Tos productiva Enfermedad                Gripe reciente Difteria                      Tuberculosis Ortopnea	<input type="checkbox"/>	Uso de Tabaco <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Paquetes por día, por _____ años	RX Tórax    Est. Pulmonares
<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> Angina                      Arritmia Hipertensión              Marcapaso Infarto del miocardio    Fiebre Reumática Tolerancia al ejercicio	<input type="checkbox"/>		EKG
<b>GASTRO INTESTINAL Y HEPATICO</b> Cirrosis                      Hepatitis Ictericia                      Hernia Hiatal Gastritis                      Úlcera péptica	<input type="checkbox"/>	Ingesta de Alcohol <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Frecuencia _____	
<b>NEURO/MUSCULO ESQUELETICO</b> Artritis                      Problemas de columna ACV                            Cefaleas Parálisis                      Parosteomas Síncope                      Convulsiones Pérdida de Conciencia Enf. Neuro muscular	<input type="checkbox"/>		
<b>SEÑAL/ENDOCRINO</b> Diabetes                      Insuf. Renal Enf. Tiroides                Reten. Urinaria Pérdida de peso - ganancia			
<b>OTROS</b> Anemia                      Sentencia al sangrado Embarazo                    Hisio. Transfusiones			
<b>DIAGNÓSTICO EN ORDEN PRIORITARIO</b>  <b>PLAN ANESTÉSICO Y MONITOREO</b>	ASA EP 1 2 3 4 5 E	<b>ESTUDIOS DE LABORATORIO</b> HBAT      ELECTROLITOS      EX. DE ORINA  OTROS:	
<b>INDICACIÓN PREANESTÉSICA</b>		<b>NOTAS POST-ANESTESIA</b>	

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL EVALUADOR
Firma: \_\_\_\_\_
Fecha: \_\_\_\_\_
Hora: \_\_\_\_\_



## ANEXO 8

### Hoja de Registro Anestésico Hospital Nacional de La Unión



**HOSPITAL NACIONAL DE LA UNION**

**HOJA DE ANESTESIA**

( SALA )
( CAMA )
( Apellidos Paterno, Materno y Nombres )

Edad:	Sexo:	Peso:	Talla:	Fecha:
RIESGO: Enfer. Comun:	Accdte. Comun:	Enf. Profes:	Accdte. Comun:	Maternidad:
Diagnóstico Pre-operatorio:				
Operación Solicitada:				
Cirujano:			1er. Ayudante:	
Ayudante:			Anestesista:	

	M	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
Halotane											<b>Medicacion Pre-Anestesia</b>
Forane											Hora: _____
Ethrace											Estado Pre-operatorio
Oxígeno											Satisfactorio <input type="checkbox"/>
N2O											Debil <input type="checkbox"/>
Aire											Inconsciente <input type="checkbox"/>
											Precario <input type="checkbox"/>
											Intoxicado <input type="checkbox"/>
											Grave <input type="checkbox"/>
1											<b>Riesgo Anestésico</b>
2											Induccion <input type="checkbox"/>
3											Lenta <input type="checkbox"/>
4											Rapida <input type="checkbox"/>
180											Vomito <input type="checkbox"/>
160											Tos <input type="checkbox"/>
140											Convulsions <input type="checkbox"/>
120											Cianosis <input type="checkbox"/>
100											Exitacion <input type="checkbox"/>
80											Relajacion <input type="checkbox"/>
60											Flemas <input type="checkbox"/>
40											Completa <input type="checkbox"/>
20											Rigides <input type="checkbox"/>
0											Incompleta <input type="checkbox"/>
											<b>Mantenimiento</b>
											Variable <input type="checkbox"/>
											Constante <input type="checkbox"/>
											Tos <input type="checkbox"/>
											Vomito <input type="checkbox"/>
											Cianosis <input type="checkbox"/>
											Palidez <input type="checkbox"/>
											Sudor <input type="checkbox"/>
											Flemas <input type="checkbox"/>
											Apneas <input type="checkbox"/>
											Duracion _____
											Obstruccion _____
											Respiratoria _____
											Lugar _____
											Duracion _____
											Choque Operativo <input type="checkbox"/>
											Hemorragia <input type="checkbox"/>
											Posicion _____
											Duracion Anestésica _____

# Hoja de registro anestésico: Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel



## HOJA DE ANESTESIA

N° (EXPEDIENTE)

(Unidad Asistencial) \_\_\_\_\_ (Servicio) \_\_\_\_\_

(Sala) \_\_\_\_\_ (Cama) \_\_\_\_\_ (Apellidos Paterno, Materno y Nombres) \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

RIESGO: Enf. Común \_\_\_\_\_ Accte. Común \_\_\_\_\_ Enf. Profes. \_\_\_\_\_ Accte. Común \_\_\_\_\_ Maternidad \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pre-operatorio \_\_\_\_\_

Operación solicitada \_\_\_\_\_

Cirujano \_\_\_\_\_ 1er. Ayudante \_\_\_\_\_

2do. Ayudante \_\_\_\_\_ Anestesia \_\_\_\_\_ Ayudante Anestesta \_\_\_\_\_

	M			15			30			45		
	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
O <sub>2</sub>												
N <sub>2</sub> O												
Forane												
Sevorane												
400												
300												
200												
100												
1												
2												
3												
4												
80												
60												
40												
20												
00												
80												
60												
40												
20												
0												
	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45

Medicación pre-anestésica \_\_\_\_\_

---

Hora \_\_\_\_\_

ESTADO PRE-OPERATORIO

Satisfactorio  Débil  Precario

Febril  Intoxicado  Inconsciente  Grave

---

RIESGO ANESTÉSICO

Inducción

LENTA \_\_\_\_\_

RÁPIDA \_\_\_\_\_

Vómito  Tos \_\_\_\_\_

Flemas  Excitación

Rigidez  Convulsiones

Cinvosia  Apnea

Relajación  Completa  Incompleta

---

MANTENIMIENTO

Variable  o constante

Tos  Vómito

Cianosis  Palidez

Sudor  Flema

Apneas \_\_\_\_\_

Duración

Obstrucción

Respiratoria

Lugar

Duración

Choque operatorio

Hemorragia

Posición \_\_\_\_\_

Duración de la Anestesia \_\_\_\_\_



Hoja de registro anestésico: Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

HOJA OFICIAL DE EVOLUCIÓN TRANSESTÉSICA Y R. / ANESTÉSICA

Aerías anestésicas		Evolución																	
		15			30			45			15			30			45		
Horario: AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	200																		
Tiempo	160																		
* FREC. cardíaca	160																		
∇ Presión arterial	140																		
△ Presión diastólica	120																		
x Índice Anestésico	100																		
⊙ Índice Chugán	80																		
⊙ Tensión Craxia	60																		
⊙ Tensión Ausculto	40																		
⊙ Tensión Ausculto	20																		
% Sat O <sub>2</sub>																			
Et DO <sub>2</sub>																			
Horario																			
Tiempo																			
Medicamentos																			
Cantidad del Fármaco																			
(A)																			
(B)																			
(C)																			
(D)																			
(E)																			
(F)																			
(G)																			
(H)																			
(I)																			
(J)																			
(K)																			
(L)																			
(M)																			
(N)																			
(O)																			
OBSERVACIONES:																			
		CASOS OBSTETRICOS																	
		DATOS DEL RECIEN NACIDO																	
		HORA DE NACIMIENTO: _____																	
		Sexo: _____ Talla: _____ Peso: _____																	

## ANEXO 9

Valores de  $Z_\alpha$  para diferentes niveles de confianza

$\alpha$	Nivel de Confianza ( $1\alpha$ ) (%)	$Z_\alpha$
<b>0,050</b>	95.0	1,960
<b>0,025</b>	97.5	2,240
<b>0,010</b>	99.0	2,579

## ANEXO 10

Valores de  $Z_{\beta}$  para diferentes niveles de poder estadístico

$\beta$	Nivel de Confianza (1- $\beta$ ) (%)	$Z_{\beta}$
0,20	80.0	0,842
0,15	85.00	1,036
0,10	90.0	1,282



## ANEXO 11

### Diferentes valores para W

**W = Número mínimo de observaciones**

<b>Diferencia mínima observable, W (valor porcentual)</b>	<b>N Confianza del 95% <math>1 - \alpha = 0.95</math></b>
0,05	245
0,1	116
0,2	52
0,3	30
0,4	20
0,5	13
0,6	9
0,7	6
0,8	4
0,9	3
1,0	3

## ANEXO 12

### HOJA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO

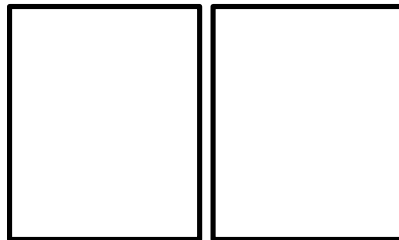
Yo \_\_\_\_\_, he sido elegido (a) para participar en la investigación llamada: Influencia de la Visita preanestésica en el nivel de conocimiento de los profesionales en anestesiología en el Hospital Nacional de La Unión, Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima y Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

Se me ha explicado en qué consiste la investigación a realizar, cuáles son sus beneficios, así como las dificultades que pueden presentarse en la realización de la misma. Además se me ha explicado que los datos obtenidos se utilizaran estrictamente para fines académicos, manteniendo la confidencialidad de mi estado de salud. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho (a) con las respuestas brindadas por los investigadores.

Consiento voluntariamente de participar en esta investigación.

Firma \_\_\_\_\_

Huellas digitales (en caso de no poder firmar)



Fecha de participación \_\_\_\_\_

## ANEXO 13

### Cédula de Entrevista

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA



**Objetivo:** Determinar la influencia de la calidad de la visita preanestésica en el nivel de conocimiento de los roles del profesional en anestesiología

**Indicaciones:** Leer y contestar las siguientes preguntas de forma clara, ordenada y limpia.

#### I. Datos personales

Hospital: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ N° de registro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Lugar de Residencia: Rural  Urbano

Nivel de escolaridad:

Básico	Medio	Superior	Ninguno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene cirugías previas? Si  No

¿Qué tipo de anestesia le han administrado?

Anestesia general  Anestesia regional

#### II. Cedula de entrevista previa a la visita preanestésica

1. La persona que a usted le administra anestesia durante la Intervención quirúrgica, ¿qué profesión tiene?

- Enfermero
- Licenciado en anestesiología
- Médico general
- Doctor en anestesiología

2. ¿Considera que tiene riesgos la administración de anestesia?

- Si
- No
- No sabe

3. ¿Cómo cree que se le duerme para operarle?
  - a. Inyecciones
  - b. Gases
  - c. Pastillas
  - d. Otros: \_\_\_\_\_
  
4. Para usted, ¿Quién decide el tipo de anestesia que se administrara?
  - a. El cirujano
  - b. El profesional en anestesiología
  - c. El cirujano y el profesional en anestesiología (juntos)
  - d. No sabe
  
5. ¿Cree usted que el profesional en anestesiología permanece dentro del quirófano durante toda la cirugía?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sabe
  
6. ¿Quién piensa usted que está presente en la Unidad de Recuperación donde pasara luego de ser intervenido quirúrgicamente hasta que usted se recupere de la anestesia y se decida su traslado a la habitación de hospitalización?
  - a. Solo el Cirujano
  - b. Solo el Profesional en anestesiología
  - c. Solo el Enfermero
  - d. Todos los anteriores
  
7. ¿Considera que el profesional en anestesiología efectúa dentro del hospital otras funciones fuera del quirófano?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sabe
  
8. ¿Qué hace el profesional en anestesiología durante la cirugía?
  - a. Solo le administra anestesia
  - b. Administra anestesia y se encarga del cuidado del paciente en conjunto con el cirujano
  - c. No sabe
  
9. Una de las funciones principales del Profesional en Anestesiología es:
  - a. Solo administra anestesia y Alivia el dolor durante la cirugía
  - b. Proporcionar al cirujano instrumentos quirúrgicos
  - c. Aliviar el dolor postoperatorio
  
10. ¿Cómo considera usted que debe ser la relación de confianza y comunicación del profesional en anestesiología con el paciente?
  - a. Buena
  - b. No importa
  - c. Regular

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA**



**Objetivo:** Determinar la influencia de la calidad de la visita preanestésica en el nivel de conocimiento de los roles del profesional en anestesiología

**Indicaciones:** Leer y contestar las siguientes preguntas de forma clara, ordenada y limpia.

Hospital: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ N° de registro: \_\_\_\_\_

**III. Cedula de entrevista posterior**

1. La persona que a usted le administra anestesia durante la Intervención quirúrgica, ¿qué profesión tiene?
  - a. Enfermero
  - b. Licenciado en anestesiología
  - c. Médico general
  - d. Doctor en anestesiología
  
2. ¿Considera que tiene riesgos la administración de anestesia?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sabe
  
3. ¿Cómo cree que se le duerme para operarle?
  - a. Inyecciones
  - b. Gases
  - c. Pastillas
  - d. Otros: \_\_\_\_\_
  
4. Para usted, ¿Quién decide el tipo de anestesia que se administrara?
  - a. El cirujano
  - b. El profesional en anestesiología
  - c. El cirujano y el profesional en anestesiología (juntos)
  - d. No sabe
  
5. ¿Cree usted que el profesional en anestesiología permanece dentro del quirófano durante toda la cirugía?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sabe

6. ¿Quién piensa usted que está presente en la Unidad de Recuperación donde pasara luego de ser intervenido quirúrgicamente hasta que usted se recupere de la anestesia y se decida su traslado a la habitación de hospitalización?
- Solo el Cirujano
  - Solo el Profesional en anestesiología
  - Solo el Enfermero
  - Todos los anteriores
7. ¿Considera que el profesional en anestesiología efectúa dentro del hospital otras funciones fuera del quirófano?
- Si
  - No
  - No sabe
8. ¿Qué hace el profesional en anestesiología durante la cirugía?
- Solo le administra anestesia
  - Administra anestesia y se encarga del cuidado del paciente en conjunto con el cirujano
  - No sabe
9. Una de las funciones principales del Profesional en Anestesiología es:
- Solo administra anestesia y Alivia el dolor durante la cirugía
  - Proporcionar al cirujano instrumentos quirúrgicos
  - Aliviar el dolor postoperatorio
10. ¿Cómo considera usted que debe ser la relación de confianza y comunicación del profesional en anestesiología con el paciente?
- Buena
  - No importa
  - Regular
11. ¿Le visito el Profesional en Anestesiología para realizarle una entrevista?
- Si
  - No
12. ¿Le explicaron la técnica anestésica que se le administrara para su cirugía?
- Si
  - No
13. ¿Cómo califica la atención de la persona que lo visito?
- Excelente
  - Regular
  - Mala
14. ¿Cuánto tiempo le dedico el profesional en anestesiología en la visita preanestésica?
- Menor de 10
  - Entre 10 -20
  - Mayor de 20