

11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL LA RAZA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL
"LA RAZA"**

**MODIFICACIÓN DE LA IMAGEN QUE TIENE EL
PACIENTE DEL ANESTESIOLOGO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

PRESENTA:

DR. JOSÉ LUIS SÁNCHEZ CRUZ

**ASESOR DE TESIS:
DR. JAIME VÁZQUEZ TORRES
DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA**



MÉXICO, D. F.

MARZO 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

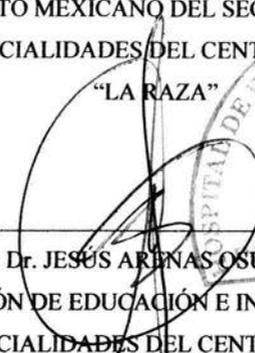
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL

"LA RAZA"


Dr. JESÚS ARENAS OSUNA

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL

"LA RAZA"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.


DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA

TITULAR DEL CURSO DE ANESTESIOLOGÍA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL

"LA RAZA"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL


DRA. JOSE LUIS SANCHEZ CRUZ

MÉDICO RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL

"LA RAZA"

REGISTRO DE PROTOCOLO: 2003-6700016

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS por su infinita misericordia para conmigo y por conducirme a través de la vida a fin de edificar mi propio destino. Aunque muchas veces no lo entienda, gracias Señor

A mi PAPÁ, por hacer lo necesario para alcanzar mis metas y proyectos.

A MI HERMANITA. Por formar una parte importante de mi inspiración a ser mejor cada día

A MI ESPOSA. Por ser ese ser maravilloso que Dios a puesto en mi camino para compartirlo siempre

A MIS AMIGOS por ser ese apoyo constante e incondicional tanto en mis logros como en mis derrotas.

A mis Maestros por brindarme de su tiempo y sabiduría en el aprendizaje de mi profesión y de la vida.

A todos ellos que Dios los bendiga siempre.

GRACIAS.

ÍNDICE.

RESUMEN.	5
ABSTRACT.	6
INTRODUCCIÓN.	7
MATERIAL Y MÉTODOS.	9
RESULTADOS.	10
DISCUSIÓN.	11
CONCLUSIONES.	13
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	14
ANEXOS.	15

RESUMEN.

TÍTULO. Imagen que tiene el paciente del anestesiólogo.

OBJETIVO. Determinar si facilitando una hoja informativa durante la visita preanestésica y las recomendaciones generales para la anestesia, pueden modificar la imagen que tienen los pacientes de la anestesia y del anestesiólogo.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se formaron 2 grupos de 50 pacientes cada 1, programados para cirugía electiva, el grupo 1 o grupo con información, se les facilita un cuestionario acompañado de una hoja informativa en la que se explica en que consiste la anestesia, los posibles riesgos en quirófano y después de la intervención quirúrgica. Al grupo 2 o grupo sin información, solo se les proporciona el cuestionario.

RESULTADOS. Los pacientes del grupo 1 afirman que el anestesiólogo es medico en 93% y en 75 % para el grupo 2. ($p > 0.05$). El anestesiólogo trabaja bajo las órdenes del cirujano para el 42 % del los pacientes del grupo 1 y para el 70 % en el grupo 2 ($p < 0.05$). El responsable de la sala de recuperación es el personal de enfermería para el 58 % de los pacientes del grupo 2 y en el grupo 1 el 88 % cree que el anestesiólogo es el responsable ($p < 0.05$). De la principal característica que el anestesiólogo debe tener según el enfermo; el 40 % opina que debe ser responsable, el 38% que debe de ser seguro, el 34 % cuidadoso, el 26 % paciente, y el 20 % honesto.

CONCLUSIONES. Es posible mejorar la imagen de la anestesia y del anestesiólogo facilitando de forma sistemática, una hoja de información a los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento anestésico quirúrgico.

PALABRAS CLAVES. Anestesiólogo, imagen social.

SUMMARY.

TITLE. Image that has the patient of the anesthesiólogo.

OBJECTIVE. To determine if facilitating an informative leaf during the preanestesia visit and the general recommendations for the anesthesia, they can modify the image that have the patients of the anesthesia and the anesthesiólogo.

MATERIAL And METHODS. 2 groups of 50 patients formed each 1, programmed for elective surgery, the group 1 or group with information, a questionnaire accompanied by an informative leaf is facilitated to them in which it is explained of which the anesthesia, the possible risks in operating room and after the operation consists. To 2 group or group without information, single the questionnaire is provided to them.

RESULTS. The patients of group 1 affirm that the anesthesiólogo is medico in 93% and in 75 % for group 2. ($p > 0.05$). The anesthesiólogo works under the orders of the surgeon for 42 % of the patients of group 1 and for 70 % in 2 group $p (< 0,05)$. The person in charge of the room of recovery is the personnel of infirmary for 58 % of the patients of group 2 and in group 2 88 % think that the anesthesiólogo is the person in charge ($p < 0,05$). Of the main characteristic that the anesthesiólogo must have according to the patient; 40 % think that it must be responsible, 38% that must of being safe, 34 % careful, 26 % patient, and 20 % honest.

CONCLUSIONS. It is possible to improve the image of the anestesiología and the anesthesiólogo being facilitated of systematic form, a leaf of information to the patients who are going to be put under a surgical anesthetic procedure.

KEY WORDS. Anesthesiólogo, social image.

INTRODUCCIÓN.

En nuestro país, al igual que en muchos otros países la imagen del anestesiólogo ha variado escasamente a lo largo del tiempo. Cuando aún no se planteaba la posibilidad de la visita preanestésica, los pacientes llegaban al quirófano con múltiples dudas y temores asociados más que el procedimiento quirúrgico, al acto anestésico como tal, lo que hasta la fecha aún origina muchas versiones y mitos acerca de las complicaciones del paciente durante el acto anestésico quirúrgico (1). A pesar de haber logrado grandes avances en nuestra especialidad, tanto en farmacología como la fisiopatología de los padecimientos asociados a la anestesia, la monitorización, y haber extendido nuestras áreas de asistencia hacia unidades cada vez más calificadas como la clínica del dolor, la unidad de cuidados del paciente en estado crítico, el radiodiagnóstico, la investigación; se sigue teniendo como blanco principal la anestesia como la causa principal de morbilidad y mortalidad perioperatoria a juicio de la mayoría de los pacientes. (2).

En la Asamblea General Extraordinaria de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación., se aprobó un proyecto de edición de una hoja informativa de preanestesia así como de un cuestionario para la evaluación del mismo acerca de la opinión del enfermo acerca del anestesiólogo. (3, 4) para mejorar la calidad asistencial; disminuir el tiempo de hospitalización, para aquellos pacientes cuyo estudio anestésico pueda ser realizado de forma ambulatoria, mejorar las condiciones de trabajo del anestesiólogo y documentar su actuación preoperatoria, conocer el estado clínico del paciente, informarle de su estado y riesgo (5)., así como de las circunstancias en que se llevara a cabo su experiencia anestésico quirúrgica y las precauciones a tomar, así como su probable tratamiento. (6), así como el trabajo que desempeña el anestesiólogo en el quirófano (7). A pesar de todo, después de facilitar información suficiente se produce un mejor entendimiento de todas estas cuestiones, como cabría de esperar. (8, 9).

Existen procesos patológicos en el ser humano cuya curación pasa únicamente por la intervención quirúrgica y en esta participan principalmente dos especialidades médicas, anestesiología y cirugía. El cirujano, apoyado en la historia clínica, exploración física y

algunos estudios complementarios, realiza el diagnóstico e indica intervención. A partir de ese momento comienza la preparación del paciente, tanto desde el punto de vista orgánico como psicológico. (10, 11).

Ya en 1850, Jhon Snow uno de los pioneros en Anestesiología observo que algunos procesos intercurrentes (edad, alteraciones cardiacas, pulmonares) modificaban los efectos de los gases inhalatorios. Por éste motivo recomendaba el examen físico previo a la anestesia, para detectar anomalías y no atribuir las a efectos adversos de los medicamentos (12, 13).

A principios de la años 80's, la valoración preanestésica en la cirugía programada la realizaba el propio cirujano con los datos complementarios que creía oportunos y siempre con un informe del cardiólogo. Este informe sería fundamental en cuanto a la autorización o no de la intervención quirúrgica, por lo que recaía sobre él toda la responsabilidad. El anestesiólogo se limitaba a revisar los estudios efectuados en los momentos previos a la intervención. (14, 15)

Es por tanto, a partir de estas fechas, cuando se inicia la valoración preanestésica por el servicio de anestesiología, con una implantación progresiva de la misma, tanto en hospitales de la red privada, red pública, con diferentes formas de valoración. (16, 17, 18).

MATERIAL Y MÉTODOS.

Previo autorización por el Comité Local de Investigación y ética y habiendo obtenido el consentimiento informado por escrito de los pacientes, se realizó un estudio transversal descriptivo tipo encuesta. En el cual se estudiaron 100 pacientes divididos en 2 grupos cumpliendo con los criterios de inclusión: Derechohabientes de 15 a 70 años de edad, estado físico ASA 1 - 3 programados para cirugía electiva tipo traumatológica, de ambos sexos. Criterios de no inclusión: Pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica (depresión, intento de suicidio, delirio por otras causas, demencia senil) e ingesta de fármacos antidepressivos o ansiolíticos u otra patología que impida la realización del cuestionario. No se hicieron distinciones en cuanto al nivel sociocultural. La encuesta (anexo 3) y la hoja de recomendaciones (anexo 4), que los pacientes debían contestar les fue proporcionado durante la visita preanestésica un día antes de la cirugía en el Hospital de traumatología Víctorio de La Fuente Narváez.

Para facilitar su posterior tratamiento estadístico, la tercera pregunta del cuestionario fue redefinida de la siguiente modo: se consideró respuesta correcta cuando los pacientes contestaban al menos tres especialidades de medicina, respuesta inadecuada cuando respondían menos de tres y respuesta errónea cuando se incluían profesiones que no eran especialidades médicas.

El grupo 2 o grupo sin información lo formaron 50 pacientes que recibieron solamente el cuestionario; el grupo 1 o grupo con información estuvo constituido por 50 pacientes que recibieron igualmente el cuestionario acompañado de una hoja informativa (anexo 4) diseñada según las recomendaciones de la Sociedad Española de Anestesia Reanimación y Terapéutica del dolor (SEDAR). Para el tratamiento estadístico se utilizaron medidas de tendencia central, dispersión, y test de la χ^2 , considerándose significativa cuando $p < 0.05$. mediante el programa estadístico SPSS versión 10 y Windows XP.

RESULTADOS:

Los grupos fueron homogéneos en cuanto a edad, sexo, peso, talla y nivel de estudios. La edad media promedio en el Grupo 1 se situó en 34.6 ± 14.6 años, y en el grupo 2 en 35.6 ± 15.3 años. El 58 % los pacientes entrevistados eran varones (56 % en el grupo 1 y 60 % grupo 2), En cuanto al nivel cultural, quedó repartido de la siguiente forma: 14 % sin estudios, 22 % con primaria, 28% con estudios de secundaria, 26 % con bachillerato y 10 % con estudios profesionales. Habían sido intervenidos con anterioridad el 52 % de los pacientes encuestados. El 62 % de los enfermos encuestados contestaron acertadamente la respuesta tres, la respuesta fue inadecuada en el 26 % y errónea en el 12 % de los pacientes.

Los resultados de las preguntas 4 a la 11 se refieren en la tabla I. No se encontró una relación estadística entre la creencia de que el anestesiólogo es el médico y el antecedente de intervención previa del paciente, ni con su nivel de estudios.

Acerca de la profesión que tiene la persona que le da la anestesia al enfermo el 88 % de los pacientes del grupo 1 respondió que era un médico especialista y el 36 % en el grupo 2, el 4 % respondió que era un técnico en el grupo 1 y 32 % en el grupo 2.

De la principal característica que el anestesiólogo debe tener según el paciente; el 40 % opina que debe ser responsable, el 38% que debe de ser seguro, el 34 % cuidadoso, el 26 % paciente, y el 20 % honesto.

DISCUSIÓN.

Los objetivos que se consiguieron con la consulta de anestesiología son los siguientes; mejorar la calidad asistencial, mejorar las condiciones de trabajo del anestesiólogo y documentar su actuación preoperatoria, conocer de forma exhaustiva la situación clínica del paciente y mantener un contacto de vital importancia para él, informándose de la condiciones generales, y por tanto, de su pronóstico y riesgo (5), así como de las circunstancias, en las que se va a desarrollar su experiencia anestésico quirúrgica y de las precauciones que debe tomar de cara a ésta y, eventualmente, del tratamiento que debe seguir a fin de preparar lo necesario. Además, podríamos incluir dentro de éstos objetivos, el de realzar la imagen que de nuestra especialidad y de los anestesiólogos como médicos especialistas, tienen los enfermos; motivo por el que se inició esta encuesta. En general destaca que los pacientes que no reciben información adecuada tienen muchas dudas acerca de nuestros procedimientos y de la anestesia en general, así como las dudas y temores que se vieron más reflejados en este grupo independientemente del nivel educativo que tenían, como se ve reflejado en la pregunta 12 del cuestionario.

Con la clásica cuestión de si el anestesiólogo es médico, un 88 % de los pacientes respondió que era un médico en el grupo con información, y 34 % para los que no tenían información.

Por otra parte, parece evidente que no existe una idea clara del trabajo del anestesiólogo dentro del hospital y fuera del quirófano. De éste modo, gran parte de los pacientes creen que sala de recuperación está a cargo del personal de enfermería y que el anestesiólogo sólo desempeña su labor dentro del quirófano, esto sobre todo en el grupo sin información.

Se han sugerido diversos métodos para conseguir un cambio de actitud de la población frente a la anestesiología y el anestesiólogo (conferencias públicas, difusión entre los estudiantes de medicina), en diferentes lugares (6, 7, 8).

Creemos que la valoración de la anestesia mejorarán considerablemente después de que el paciente ha recibido información suficiente acerca de nuestra especialidad y nuestras actividades para con el enfermo, quien según la encuesta prefiere la responsabilidad en un 40 %, la seguridad en el 38 %, cuidadoso en el 34 %, la paciencia en el 26 % y la honestidad en el 20 % de los encuestados.

CONCLUSIONES.

En este estudio concluimos que hubo diferencias significativas respecto a la idea que se tiene del la anestesia y el anesthesiólogo en el grupo que recibió información respecto a los que no la recibieron independientemente del nivel de estudios que presentaban; por lo que creemos que la consulta preanestésica tiene un papel decisivo en mejorar la imagen de la anestesiología y del médico anesthesiólogo, para lo que proponemos la entrega sistemática de información escrita a os pacientes programados a cirugía electiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. García del Valle S, Escarpa A, Hotno R. Imagen del anestesiólogo ante el enfermo. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 1987; 34:421-423.
2. Pérez M, Rodríguez C, Herrera A. La anestesia desde el punto de vista del paciente. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación.* 1995; 42:107-108.
3. Boletín de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación. 1993; 40:38
4. Toro J. Consulta de Anestesiología y reanimación. *Rev Esp Anest Reanim.* 1995; 32:4-7.
5. Wijk M, Smalhoout B. A prospective analysis of the patients view of anesthesia in a Netherland Teaching Hospital. *Anaesthesia.* 1990; 45: 679-682.
6. Dodds C, Harding M, Morre D. Anaesthesia in an Australian Private Hospital the consumer view. *Anaesth Int Care.* 1998; 13:325-329.
7. Pleurry B, Bradshaw E. The anaesthesia in the eyes of public. *Anaesthesia.* 1982; 37:462-464
8. Eldor J. Anaesthesia and public image. *Anaesthesia* 1995; 50:270.
9. Barash, Cullen, Stolting *Anestesia Clínica Tercera Edición* 1999; 196-211.
10. Miller Ronald MD *Anestesia Cuarta Edición* 1998; 9-20.
11. *Revista de Cardiología extrahospitalaria Madrid* 1994; 216-221.
12. Zacarías Crespo Villegas *Revista del Instituto Medico de Sucre* 2001; 87-91
13. Marcelo Ochoa P. *Revista Colombiana de Anestesiología* 2002; 56-61.
14. Normas Mínimas de Seguridad en Anestesiología XXI ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE LA CLASA. Comisión de Nomenclatura, Seguridad y Normatización.
15. Miguel A. Paladino *Revista Chilena de anestesiología. Evaluación Anestésica en Pediatría* 2002; 214-219.
16. Kaplan Joel A. *Cardiac Anesthesia Tercera Edición* 1995; 765-771.
17. Valoración Preanestésica . *Clínicas de Anestesiología de Norteamérica* 1990; 4.
18. Norma oficial Mexicana num.-170-SSA1-1998, "Para la practica de la anestesiología".

ANEXOS**Cuadro I. DATOS DEMOGRÁFICOS**

	CON CUESTIONARIO	SIN CUESTIONARIO
Eda	34.6 ± 14.6	35.6 ± 15.3
Peso	69 ± 8.9	68.1 ± 10.1
Talla	1.67 ± 6.6	1.69 ± 6.39
Sexo M/F	28/22	30/20
ASA	32/14/4	22/26/2

TABLA I

Contestaciones de los pacientes de las preguntas 4 a 11 del cuestionario de la tabla I.

Preguntas	Grupo 1. con cuestionario	Grupo 2. sin cuestionario	Significación estadística
Nº 4. la persona que le anestesia ¿Que profesión tiene?			
1. medico	44	18	P < 0.05
2. técnico	2	16	
3. persona auxiliar	0	4	
4. no sabe	4	12	
Nº 5. ¿cómo cree que se le duerme?, mediante:			
1. inyección	46	28	P < 0.05
2. no sabe	4	22	
Nº 6. las anestesia ¿es siempre la misma?			
1. si	6	23	P < 0.05
2. no varía según el enfermo y el tipo de cirugía	44	27	
Nº 7. cuando la anestesia ya está puesta ¿qué hace el anesthesiólogo?			
1. aquí termina su labor	2	17	P < 0.05
2. permanece en quirófano	48	23	
3. no se		10	
Nº 8. ¿para qué se queda el anesthesiólogo en quirófano			
1. para administrarle mas anestesia	2	14	P < 0.05
2. para controlarle su presión, sueros, tensión arterial, corazón.	20	16	
3. para las dos respuestas anteriores.	26	14	
4. no se queda en quirófano	2	6	
Nº 9. el anesthesiólogo ¿trabaja bajo la dirección del cirujano?			
1. si	19	24	

2. no	23	16	P < 0.05
3. no se	8	10	
N° 10. ¿El anestesiólogo realiza otros trabajos en el hospital?			
1. si	34	14	P < 0.05
2. no	10	20	
3. no se	6	16	
N° 11. Quién está a cargo de la unidad de recuperación			
1. enfermera	10	28	P < 0.05
2. anestesiólogo	37	10	
3. nadie o no se.	3	12	

Anexo 3

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

F 1

FECHA: _____ Día _____ Año: 2003

Edad: _____

Peso _____ Talla _____

Sexo: Masculino: ____ Femenino: ____

ASA: I ____ II ____

Por favor lea cuidadosamente las preguntas que siguen y conteste según su propio criterio. Rodee con un círculo aquella respuesta que considere mas adecuada.

1.- ¿Que nivel de estudio posee?.

1. primaria
2. secundaria.
3. bachillerato o equivalente
4. superior (diplomados o licenciatura)
5. no posee estudios

2.- ¿es la primera vez que se opera?

1. si
2. no, ya me había operado antes

3. Entre las siguientes profesiones relacionadas con el hospital, señale aquella que crea una especialidad de medicina.

1. ginecología
2. cirujano
3. celador
4. oftalmólogo
5. anesthesiólogo
6. traumatólogo

7. técnico radiólogo
8. inhaloterapeuta
9. quiropráctico

4. la persona que a usted le duerme y le administra la anestesia durante la intervención quirúrgica ¿qué profesión tiene?.

5. medico
6. técnico
7. persona auxiliar
8. no sabe

5. Para operarle ¿cómo cree que se le duerme?, mediante:

1. inyección
2. no sabe

6. la anestesia ¿es siempre la misma?

1. si
2. no varía según el enfermo y el tipo de cirugía

7. cuando la anestesia ya está puesta ¿qué hace el anestesiólogo?

4. aquí termina su labor
5. permanece en quirófano
6. no se

8. ¿porqué cree que el anestesiólogo se queda en quirófano durante la intervención?

5. para administrarle mas anestesia
6. para controlarle su presión, sueros, tensión arterial, corazón.
7. para las dos respuestas anteriores.
8. no se queda en quirófano

9. el anestesiólogo ¿trabaja bajo la dirección del cirujano?

- 4. si
- 5. no
- 6. no se

10.¿cree que el anestesiólogo realiza en el hospital otros trabajos además del que hace en quirófano?

- 4. si
- 5. no
- 6. no se

11.¿cuando usted haya sido intervenido pasará a una unidad de reanimación hasta que se decida su traslado a su habitación . ¿quién piensa que está al cuidado de dicha unidad?

- 4. enfermera
- 5. anestesiólogo
- 6. nadie o no se.

12.¿Cuándo le dijeron que requería manejo quirúrgico que fue lo que mas le causó temor o inseguridad?.

- 1. el procedimiento anestésico como tal
- 2. el procedimiento quirúrgico

13.Enumere 5 características en orden de importancia del 1 al 5, que crea que debe tener su médico anestesiólogo.

Amigable	serio	inteligente	comprensivo	paciente
Seguro	Hábil,	cuidadoso	honesto	Sutil
Realista	responsable	creativo	rápido	chistoso

14. ¿Cuántos tipos de anestesia conoce?

1.- Regional.

2.- General

3.- 1 y 2

4.- no se.

Gracias por su colaboración.

Anexo 4

Hoja informativa de preanestesia y recomendaciones generales para la anestesia

¡¡¡ESTAS LÍNEAS CONTIENEN UNA INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA USTED; LÉALAS ATENTAMENTE!!!

En los próximos días usted va a ser operado y, para ello, será anestesiado por un médico especialista del servicio de anestesiología-reanimación de este hospital. Pensar en la anestesia siempre causa cierto respeto, a menudo temor y a veces miedo. Esto es normal si usted desconoce qué es la anestesia y sus posibilidades actuales. Nosotros pretendemos con esta información que vaya a quirófano tranquilo, sin temor a la anestesia y dispuesto a colaborar con nosotros. Para ello, vamos a contestar a unas preguntas sencillas.

¿Qué es la anestesiología?

Es una especialidad médica; permite operar a los pacientes sin dolor, procurando su máxima seguridad y comodidad y vigilar en todo momento al enfermo mientras es operado, administrándole los fármacos anestésicos, así como cualquier medicamento que precise el enfermo para tratamiento de sus enfermedades previas o actuales. El médico anestesiólogo verá al enfermo antes de operarse en la consulta de preanestesia o preoperatorios para determinar si se encuentra en buena situación para ser intervenido, conocer sus enfermedades y colocar al enfermo en la mejor situación desde el punto de vista médico para que pueda ser operado.

¿Quién la aplica?

El responsable del acto anestésico es un médico especialista, quien se ha capacitado mediante un programa completo de entrenamiento durante tres años para obtener el grado de la especialidad; al término de la residencia de anestesiología y en algunos casos, el entrenamiento se extiende a la superespecialización en diversas áreas. El aplicará todos sus conocimientos de medicina, ocupando un lugar preponderante en el equipo que interviene en la sala de operaciones; el anestesiólogo es el responsable de la atención y cuidado

anestésico durante el acto quirúrgico, además cuidará que durante el mismo usted esté confortable. Este cuidado incluye el mantenimiento y la regulación de los cambios sobre las funciones vitales (respiración, presión arterial, frecuencia cardíaca) que pudieran verse modificadas durante la cirugía o en el periodo de recuperación. Durante este último periodo el anestesiólogo continuará su cuidado en el que se incluye el manejo adecuado del dolor postoperatorio hasta que sus condiciones sean estables. El anestesiólogo también participa en el trabajo que se realiza en las Unidades de Cuidados Intensivos donde colabora en el restablecimiento de la condición general del paciente en estado crítico.

¿Qué pasará durante y después de la cirugía?

Le insertarán una aguja en la vena para iniciar el suministro intravenoso (IV). Para conservar la vena abierta y sin obstrucción, se le administrará una solución estéril en goteo lento. Todos los medicamentos inyectados se administrarán a través de la sonda IV.

Cuando todo esté listo, su anestesiólogo lo conectará al equipo de monitoreo: brazaletes del baumanómetro, conductores del electrocardiógrafo (ECG) y sensor de oxígeno. A continuación, se empezará a administrar el anestésico. Ya sea que usted reciba anestesia general o regional, el anestesiólogo estará con usted en todo momento. Además de administrar el anestésico, vigilará sus funciones vitales y le administrará líquidos IV para reemplazar los fluidos corporales que se pierden normalmente durante la cirugía. Cuando termine la operación, el anestesiólogo lo acompañará a la sala de recuperación. Si recibió anestesia general se le administrará oxígeno mediante una mascarilla facial o a través de la nariz, hasta que recobre la conciencia. Durante su estancia en la sala de recuperación estará bajo intensa supervisión. Cuando se haya recuperado lo suficiente de la anestesia, se le enviará de nuevo a su cuarto en el hospital. Durante esta estancia o en las 72 horas posteriores a la cirugía, el anestesiólogo podrá recomendarle un esquema para el control del dolor postoperatorio, el cual será de acuerdo al tipo de cirugía al que fue sometido, ya que algunas cirugías pueden asociarse a cuadros dolorosos que requieren de la intervención de un anestesiólogo.

¿Voy a estar dormido?

La anestesia se puede conseguir por distintos medios y no necesariamente hay que estar "dormido" para ser operado sin dolor. Así pues, existen dos tipos de anestesia: una, en la que usted se encontrará en situación semejante al sueño (anestesia general) y otra, en la que sólo estará "dormida" la zona a operar, encontrándose usted "semidespierto", pero tranquilo e indiferente a lo que ocurre a su alrededor. En ningún caso sentirá dolor. El médico anesthesiólogo será el que recomiende el método más adecuado en su caso.

¿Hay algún riesgo?

Toda operación tiene un riesgo; en éste, podemos distinguir el riesgo debido al tipo de operación, del que le informará el cirujano, y el riesgo anestésico del que le estamos informando. La anestesia hoy día es un método razonablemente seguro. Debe usted saber que millones de personas se anestesian y operan todos los años sin complicaciones. No obstante, por sus condiciones, cada enfermo tiene un riesgo diferente. Esto no debe preocuparle demasiado, pues el riesgo será cuidadosamente valorado por su médico anesthesiólogo; él comentará con usted los detalles del tipo de anestesia, efectos, duración, etc., así como el riesgo Particular.

¿Qué va a pasar en el quirófano?

Lo más habitual es que le pongan una medicación en planta para que vaya a quirófano tranquilo y sin nerviosismo. Una vez en el quirófano, después de tomarle la tensión, el pulso, etc., se le pondrá en la vena un medicamento que le hará dormir.

¿Cuáles son las principales categorías de anestesia

La anestesia general y la anestesia regional son las dos categorías principales de anestesia. La anestesia general afecta a todo el cuerpo, dejándolo insensible al dolor y al estímulo quirúrgico. La anestesia regional afecta sólo a un área específica del cuerpo. La anestesia general, que actúa principalmente sobre el cerebro y el sistema nervioso, se administra a través del sistema circulatorio del paciente, por inyección o por inhalación. Se administraran combinaciones de gas inhalado y fármacos inyectados, generalmente juntos. El oxígeno y el anestésico en gas se administran por inhalación a través de una máquina de

anestesia mediante una máscara facial o un tubo de respiración insertado en las vías respiratorias, sea por la boca o por la nariz. La mayoría de las veces, el tubo de respiración (tubo endotraqueal) se coloca cuando el paciente ya está dormido y se retira antes de que recobre totalmente la conciencia. Los modernos anestésicos en gas actúan rápidamente por inhalación y sus efectos son rápidamente reversibles cuando termina la cirugía. Aunque los anestésicos en gas más comúnmente empleados no tienen un olor especialmente agradable, generalmente se administran tras la administración IV de un fármaco anestésico de acción rápida e indoloro. Tras la inyección inicial de un anestésico IV, la anestesia se mantiene con anestésico gaseoso, por inhalación.

La anestesia regional no actúa sobre el cerebro para producir pérdida de conciencia. Aunque no se experimenta dolor con un anestésico regional, el anestesiólogo puede administrar algunos sedantes o tranquilizantes IV para ayudar a disminuir la ansiedad y la aprensión. Aunque estos fármacos no producen inconciencia, puede dejar al paciente poco o ningún recuerdo del procedimiento quirúrgico.

La anestesia regional implica la pérdida de sensación en un área limitada del cuerpo, para evitar el dolor durante un procedimiento quirúrgico. Esta anestesia es producida por fármacos que interrumpen temporalmente el funcionamiento de los nervios que transmiten el dolor.

¿Cómo me van a dormir?

En la actualidad ya no se usa cloroformo ni éter, muy desagradables porque producían sensación de asfixia al dormirse y porque el paciente se despertaba con náuseas y vómitos. Hoy se duerme al paciente inyectando medicamentos en la vena, de forma rápida y sin que se note nada desagradable.

¿Puedo colaborar de alguna forma?

Sí, su colaboración siempre es fundamental. Por eso se le detalla, en una hoja aparte, una serie de normas que debe cumplir rigurosamente. No dude en pedir cualquier aclaración. El equipo médico de anestesia le agradece de antemano su colaboración.

¿Qué es la reanimación?

En general, después de la operación se necesita un período de tiempo de recuperación (una o varias horas), que transcurre en nuestra sala de recuperación, especialmente preparada para vigilarle a usted hasta que se encuentre en perfectas condiciones para regresar a su habitación. Si a usted se le considera de "alto riesgo", no regresará inmediatamente a su habitación sino que permanecerá en dicha sala el tiempo necesario para su total recuperación.

¿Cuáles son las principales complicaciones?.

En anestesia general consecuencias menores como garganta inflamada, dolor de cabeza, ronquera somnolencia, dolores musculares y fatiga, son comunes durante los primeros días y después de la cirugía. Otros posibles son la náusea y vómito, otras menos comunes son la presión sanguínea baja o alta, latidos irregulares del corazón (arritmias), infartos al corazón, reacciones alérgicas, obstrucciones de las vías respiratorias. En anestesia regional cuando el anestésico pasa al torrente circulatorio puede producir, mareos, zumbido de oídos, una sensación de pérdida de la conciencia, ataques o paros cardiacos que esto es muy raro. Además de presión baja al relajarse los músculos de los vasos sanguíneos. Otra es la punción accidental de una membrana entre la medula espinal (duramadre) y un ligamento (ligamento amarillo), lo cual ocasiona dolor de cabeza importante. Sin embargo para todas las complicaciones antes mencionadas se tiene un plan de manejo establecido para el mejor reestablecimiento del paciente.

Recomendaciones generales para los pacientes que van a ser anestesiados

1. Para la consulta de preanestesia
 - a. Comunicar operaciones previas.
 - b. Comunicar todo tipo de enfermedades tanto familiares como personales.
 - c. Comunicar todo tipo de medicación que esté tomando o haya tomado recientemente (últimos 3 meses).
 - d. Deberá venir acompañado de todo tipo de informes médicos recibidos por otras enfermedades.
2. Para el quirófano

- a. Deberá guardar ayuno total, incluso de agua, desde 8 h antes de operarse; la última comida será ligera y no tomará alcohol.
 - b. Deberá llegar a quirófano sin cadenas, anillos, reloj, esmalte de uñas o maquillaje.
 - c. Deberá retirarse las prótesis (lentillas, dentadura postiza, etc.) o, si eso no es posible, advertírnoslo.
3. Para sala de recuperación.
- a. Al terminar la intervención, permanecerá un tiempo variable en la sala de recuperación.
 - b. Para el buen funcionamiento de la unidad de reanimación no se admiten visitas fuera del horario especialmente establecido para ella. Durante 24 h después de la anestesia no debe conducir vehículos ni realizar actividades peligrosas, manteniendo un reposo relativo.

ANEXO 5

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL TRAUMATOLOGÍA “VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ”

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto a través de este documento que se me pidió verbalmente y por escrito mi participación para la realización del siguiente trabajo de investigación titulado:

MODIFICACIÓN DE LA IMAGEN QUE TIENE EL PACIENTE DEL ANESTESIOLOGO

Se me explicó que mi participación consiste en contestar un cuestionario de 14 preguntas breves un día antes de la cirugía, durante la visita preanestésica acerca de la imagen que se tiene sobre la anestesia y el anesthesiólogo.

También se me informó que todos los datos que proporcione serán utilizados en forma estrictamente confidencial, que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en el momento en que yo lo desee, sin que esto repercuta en mi atención médica por parte de todo el personal que me atiende en esta institución.

Paciente

Investigador

Dr. José Luis Sánchez Cruz

Testigo

Testigo

Nombre y firma.

Nombre y firma.