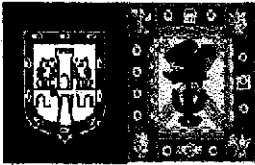


11202



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN
EN ANESTESIOLOGÍA

“MANIFESTACIÓN DE MEMORIA EXPLÍCITA
TRANSOPERATORIA CON ANESTESIA GENERAL”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR
DRA. MARCELA MENA DE LA ROSA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

DIRECTORA DE TESIS
DRA. HERLINDA MORALES LÓPEZ

- 200 -

m 351786



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

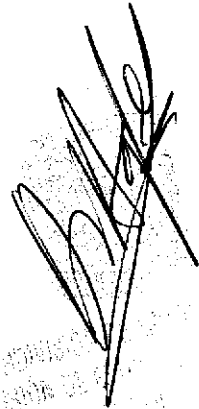
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

"MANIFESTACIÓN DE MEMORIA EXPLÍCITA TRANSOPERATORIA CON ANESTESIA GENERAL"

DRA. MARCELA MENA DE LA ROSA



**Vo. Bo.
Dr. Antonio Federico Campos Villegas**

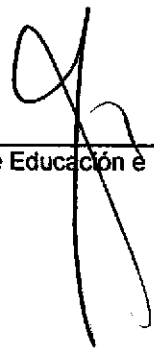
**Profesor Titular del Curso de
Especialización en Anestesiología**

**Vo. Bo.
Dr. Roberto Sánchez Ramírez**

Director de Educación e Investigación



**DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDE**



"MANIFESTACIÓN DE MEMORIA EXPLÍCITA TRANSOPERATORIA CON ANESTESIA GENERAL"

DRA. MARCELA MENA DE LA ROSA

Vo. Bo.

Dra. Herlinda Morales López

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dra. Herlinda Morales López', written over a horizontal line.

Directora de Tesis

**Jefa del Servicio de Anestesiología y Quirófano
del Hospital General Ticomán**

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1 - 3

MATERIAL Y MÉTODOS

4 - 5

RESULTADOS

6 - 7

DISCUSIÓN

8

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9 - 10

ANEXOS

RESUMEN

Objetivo: Determinar el porcentaje de pacientes que presentan conciencia transoperatoria en forma de memoria explícita cuando son sometidos a anestesia general.

Material y Métodos: Se estudiaron 30 pacientes que ingresaron al Hospital General Ticomán, ASA 1 - 2, edad mayor a 18 y menor de 50 años, para cirugía electiva; usando como técnicas anestésicas anestesia general balanceada y endovenosa total. Previo consentimiento informado, se realizó inducción anestésica y mantenimiento transoperatorio de la misma. Al término de la cirugía los pacientes ingresaron al servicio de recuperación post anestésica, se les realizó una entrevista cuando el efecto de los anestésicos había pasado con el fin de evaluar la presencia de memoria explícita o implícita durante el transanestésico.

Resultados: De los 30 pacientes 10% presentó memoria explícita, 3.3% memoria implícita y 86.6% no refirió recuerdos durante la anestesia.

Conclusiones: Se encontró un porcentaje muy alto de pacientes que presentan memoria explícita durante la anestesia general, por lo que se deben tomar medidas para evitar la conciencia transoperatoria y en caso de síndrome de estrés postraumático, hacer un diagnóstico y tratamiento tempranos, enviando al paciente con un especialista para evitarle complicaciones.

Palabras clave: Memoria explícita, memoria implícita, anestesia general, conciencia transoperatoria.

INTRODUCCIÓN

Durante el último decenio ha aumentado notablemente el número de pacientes que tienen ansiedad preoperatoria por la posibilidad de "despertar" a mitad de la intervención quirúrgica.¹

La incidencia de conciencia durante la anestesia y cirugía es variable y depende del tipo de cirugía y los anestésicos usados, el tiempo, la técnica, evaluando así conciencia o recuerdos. Los procedimientos más frecuentes que se relacionan con un mayor índice de conciencia son operación cesárea, traumatismo mayor y procedimientos cardíacos. La incidencia de conciencia que ha sido reportada va desde 0.2 a 1.6%. Con mayor frecuencia se encuentra la cirugía cardíaca y va desde 1.1 a 1.5%, durante operación cesárea la incidencia es del 0.4%.²⁻⁴ Se sabe que la inestabilidad hemodinámica que acompaña al traumatismo mayor a menudo requiere dosis bajas de anestésicos lo cual ocasiona con frecuencia conciencia, que va desde 11 a 43%,⁵ aunque esto al parecer ha disminuido por una mejoría en la reanimación del sujeto traumatizado.⁶

En la conciencia existen muchos componentes (atención, percepción, memoria, orientación, emoción, instinto, pensamiento, etc) por lo que debemos recordar que todo paciente en estado de alerta tiene estas funciones, con el hecho de pensar de que la inconsciencia es un fenómeno de todo o nada se corre el riesgo de presentar despertar transoperatorio.⁷ Comúnmente, se utiliza el término conciencia para definir al estado del conocimiento del mundo externo.⁸

Cuando se encuentra que un paciente está despierto durante la anestesia general, suele ser posible atribuir la causa a uno de tres factores: anestesia ligera, mal funcionamiento del aparato, o uso erróneo de la técnica o incremento de la necesidad de anestésico.⁹ La posibilidad del monitoreo de la conciencia ya es una realidad (Índice Biespectral y potenciales auditivos evocados) y ha demostrado su valor en diversos estudios a nivel mundial, pero se debe considerar que en nuestro país no es una práctica cotidiana por razones multifactoriales, pero corresponde al anestesiólogo actuar para que se mejore la práctica diaria de la especialidad.^{3,9,10,11}

Los pacientes que están concientes durante la anestesia pueden presentar memoria implícita y memoria explícita. La memoria implícita o "inconsciente" se refiere a los cambios en actuación o conducta que se producen por las experiencias anteriores pero sin cualquier recolección consciente de esas experiencias, en contraste, la memoria explícita o "consciente", se refiere a la recolección consciente de experiencias anteriores.^{5,12}

Para el enfermo, recuperar el conocimiento o recordar cuando se encuentran bajo anestesia general es una experiencia atemorizante que puede producir una lesión emocional debilitante, e incluso un trastorno de estrés postraumático. Los pacientes que experimentan recuperación de la conciencia durante la anestesia describen percepciones auditivas (p. ej. ruidos y conversaciones en el quirófano), sensación de parálisis, ansiedad, pánico, desesperanza e impotencia. Se ha señalado dolor en los pacientes que recuperan el conocimiento durante la anestesia. Con menor frecuencia se comentan percepciones visuales y sensación de colocación de sonda endotraqueal, o se dan cuenta de la operación, pero sin dolor.^{13,14}

Reconocer que está despierto y paralizado origina una sensación abrumadora de ansiedad y pánico, y la incapacidad para poner en alerta al equipo quirúrgico de que está despierto deja al paciente la sensación de desamparo. La imposibilidad para tomar alguna acción a fin de escapar a la experiencia conduce a una falta de la respuesta normal de lucha o ira, que impide el tratar de superar el problema de una manera activa e incrementa la posibilidad de afrontamiento pasivo o disociación. Es menos probable que los pacientes no paralizados experimenten ansiedad durante un episodio de recuperación de la conciencia.^{2,9,15,16}

Las personas con recuperación del conocimiento durante la operación, experimentan efectos posteriores desagradables, como alteraciones del sueño, sueños, pesadillas, escenas retrospectivas y ansiedad durante el día.^{2,9,15,16}

En los meses y años después del episodio de recuperación de la conciencia, el síndrome de estrés postraumático se manifiesta por sí mismo en forma de ataques de pánico, escenas retrospectivas angustiantes del acontecimiento durante el día, respuesta de susto exagerada, dificultad de concentración, pesadillas recurrentes e insomnio. Por lo que son importantes el diagnóstico y tratamiento tempranos en quienes tienen trastornos de estrés postraumático, ya que cuando no se trata, puede conducir a una depresión comórbida, agorafobia o abuso de sustancias; así mismo, se ha relacionado con índices más altos de hipertensión, úlcera péptica y enfermedades infecciosas.¹

La entrevista posoperatoria permite que el anestesiólogo obtenga información sobre los recuerdos anestésicos. Debido a que pocos pacientes se quejan de manera espontánea de haber estado conscientes durante la operación, es frecuente que se pasen por alto algunos informes. El interrogatorio directo sobre los sentimientos subjetivos del paciente con respecto al acto anestésico puede dar lugar a quejas de temor, enojo, tristeza o simplemente una sensación de que algo no está bien.^{13,14}

Cuando se identifica un caso de conciencia, ya sea por parte del personal o durante la entrevista posoperatoria, se deben tomar varias medidas inmediatas. El anestesiólogo debe establecer la validez de la referencia al comparar los detalles que refiere el paciente con los hechos transoperatorios. Se debe valorar el momento de cualquier recuerdo de dolor, ya que los pacientes a veces confunden el dolor posoperatorio con el transoperatorio. El anestesiólogo debe interrogar a los pacientes en forma compasiva y creer en sus referencias.^{2,9,15,16}

Es esencial proporcionar al paciente, una explicación razonable del motivo de la ocurrencia de la recuperación del conocimiento y tranquilizarlo en cuanto a que es ligera la probabilidad de que suceda nuevamente en procedimientos futuros.¹

Con frecuencia los individuos se sienten traicionados por sus médicos y enfermeras, lo que da por resultado una desconfianza general en el personal médico. Ello conduce a evitación de facultativos y hospitales y otras situaciones que pueden recordarles la cirugía.

El paciente se debe referir rápidamente con un psicólogo o psiquiatra entrenado en el tratamiento de trastornos postraumáticos, en especial, los pacientes que presentan síntomas psicológicos o que experimentan dolor como parte del recuerdo transoperatorio.^{13,14}

El tratamiento de quienes presenta estos trastornos suele ser desafiante y es posible que nunca se resuelva por completo el problema, pero se ha demostrado que varias técnicas son eficaces para reducir los síntomas, así la psicoterapia suele ser beneficiosa en quienes lo han experimentado.¹

Además, aunque la recuperación de la conciencia bajo anestesia general puede provocar una lesión emocional importante y trastornos de estrés postraumático, para la mayoría de los pacientes esta recuperación del conocimiento no da lugar a un litigio. Sin embargo, unos cuantos enfermos en Estados Unidos y Europa, entablan una reclamación por procedimiento médico incompetente como consecuencia de su lesión.¹

En fecha reciente, el American Society of Anesthesiologists Closed Claims Project describió las consecuencias medicolegales de la recuperación intraoperatoria de la conciencia en Estados Unidos y son: las demandas por recuperación de la conciencia originaron 1.8% de los litigios y estas incluyen más mujeres, pacientes menores de 60 años y pacientes con cirugía electiva.¹

Por ello se considera importante determinar el porcentaje de pacientes que presentan conciencia transoperatoria en forma de memoria explícita cuando son sometidos a anestesia general en el Hospital General Ticomán.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio de investigación se realizó en el Hospital General Ticomán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el período comprendido del primero de Marzo al 31 de Julio del año 2005.

Se consideró un estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional.

Se estudiaron 30 pacientes adultos, género masculino y femenino, de 18 a 50 años de edad, ASA 1 y 2 (anexo I), sometidos a cirugía programada con anestesia general balanceada y endovenosa total. Fueron excluidos los pacientes traumatizados, con antecedentes psiquiátricos, aquellos que refirieran abuso de sustancias (toxicomanías) y pacientes que presentaran alguna complicación grave durante el transoperatorio.

El día previo a la cirugía se realizó una visita preanestésica a los pacientes, para darles a conocer el procedimiento anestésico y determinar si eran candidatos para el estudio. Posteriormente se obtuvo la firma de la carta de consentimiento informado.

A su llegada al quirófano, se colocó monitoreo tipo II para presión arterial, frecuencia cardíaca y oximetría de pulso, ya contaban con una línea venosa periférica para la administración de soluciones parenterales y fármacos. Para la inducción anestésica se utilizó en algunos casos midazolam, inductores, fentanilo, relajantes musculares, posteriormente se realizó la intubación orotraqueal. El mantenimiento anestésico se realizó con oxígeno a 3 litros por minuto, para la anestesia balanceada isoflorane y sevoflorane a volúmenes y concentraciones variables y para la endovenosa propofol a 8 mg/kg/hr. Para ambas técnicas fentanilo en bolos intravenosos.

Se determinaron y registraron las variables hemodinámicas en las hojas trananestésicas, observando cualquier alteración o complicación que pudiera propiciar la eliminación de los pacientes del estudio, así como las dosis totales de los anestésicos utilizados.

Una hora posterior al procedimiento anestésico quirúrgico, cuando el paciente se encontraba en recuperación, se valoró el estado de sedación mediante la escala de Ramsay (anexo II), para saber si el paciente estaba orientado en tiempo, lugar y persona; y se realizó una entrevista con aplicación de un cuestionario para determinar si los pacientes presentaban recuerdos o conciencia durante la anestesia. En caso de contestar en forma afirmativa las preguntas 3 y/o 4 se realizó un segundo cuestionario en la misma entrevista (anexo IV).

Los datos obtenidos se registraron en una ficha de identificación diseñada para este estudio (anexo III), así como una serie de preguntas tomadas de varios artículos en inglés (anexo IV), la cual se tradujo al español y se realizó la retrotraducción del español al inglés para saber si la idea original no se perdía. Se realizaron estas preguntas a los pacientes para determinar si las mismas fueron precisas con la idea original.

Se realizó estadística descriptiva de cada una de las variables estudiadas, reportando las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y porcentajes para las categóricas.

RESULTADOS

Del primero de Marzo al 31 de Julio del 2005 se sometieron 30 pacientes adultos para cirugía electiva con anestesia general, los cuales fueron incluidos en el estudio. A todos se les informó de la intención del estudio y se obtuvo carta de consentimiento informado.

El promedio de edad de los participantes fue de 34.5 años, la desviación estándar fue de 8.43 años, la edad máxima fue de 49 años y la mínima de 18.

El 73.3% (22) fueron mujeres y el 26.6% (8) hombres. (Fig.1)

De acuerdo a la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología de estado físico (ASA) se les clasificó como E1B, cirugía electiva en paciente sano a 36.6% (11) y E2B, cirugía electiva en paciente con una patología asociada y controlada a 63.3% (19).

La escala de valoración de Ramsay para estado de sedación del paciente una hora después del procedimiento anestésico quirúrgico se calificó como: 1 a 43.3% (13) y 2 a 56.6% (17).

La escolaridad de los pacientes fue: Primaria 30% (9), Secundaria 46.6% (14), Preparatoria 16.6% (5), Licenciatura 6.6% (2). (Fig. 2)

El tipo de cirugía electiva fue: Colectomía abierta 46.6% (14), Colectomía laparoscópica 6.6% (2), Estabilización posterior de columna 10% (3), Funduplicatura 3.3 % (1), Histerectomía 13.3% (4), Laparoscopia diagnóstica 3.3% (1), Osteosíntesis miembro superior 6.6% (2), Osteosíntesis miembro inferior 6.6%(2) y Rinoseptoplastia 3.3% (1). (Tabla 1)

El tipo de anestesia general usada fue: 70% (21) balanceada y 30% (9) endovenosa. (Fig. 3)

En cuanto al uso de midazolam para inducción anestésica, en el 86.6% (26) si se uso y en 13.33% (4) no se usó. La dosis fue variable, dependiendo del peso del paciente.

El uso de fentanil tuvo un promedio de 286.67 mcg (IV) y una desviación estándar de 88.02 mcg (IV), con una tasa promedio de 1.5 mcg/kg/hr, tomando en cuenta que la dosis fue variable dependiendo del tiempo anestésico quirúrgico.

De los inductores utilizados: 20% (6) fue con etomidato, 70% (21) con propofol y 10% (3) con tiopental.

De los relajantes musculares utilizados, el 96.66% (19) correspondió a vecuronio y 3.33% (1) a atracurio, con dosis variadas según peso del paciente.

Los halogenados usados en anestesia general balanceada, fueron en 40% (8) con Isoflorane y el 60% (12) con Sevoflorane, cambiando los volúmenes y concentraciones, de acuerdo a las variables hemodinámicas observadas durante el transanestésico.

La duración del tiempo anestésico quirúrgico, fue en promedio 137.66 minutos, la desviación estándar fue de 62.74 minutos, el tiempo máximo fue de 330 minutos y el mínimo de 60.

De los 30 pacientes (100%) ninguno tuvo complicaciones graves durante el transoperatorio.

Con relación a la evaluación de conciencia transoperatoria: 86.66% (26) respondió no recordar nada durante la cirugía, 10% (3) refieren datos correspondientes a memoria explícita y 3.33% (1) a memoria implícita. (Fig. 4)

De la guía de entrevista, se realizó el primer cuestionario a los 30 pacientes y el segundo a 4 de ellos que referían datos de conciencia transoperatoria. (Tablas 2 y 3)

DISCUSIÓN

El problema de la conservación de la conciencia durante el procedimiento quirúrgico aqueja a los anestesiólogos desde el inicio de la práctica de la anestesia.

Se encontró que el porcentaje de pacientes que presentan memoria explícita durante la cirugía fue del 10% y de memoria implícita del 3.3%. Al evaluar sus variables hemodinámicas registradas en la hoja transanestésica, no se presentaron cambios que hicieran pensar en un estado anestésico superficial.

La incidencia de conciencia durante el procedimiento anestésico es variable y a sido reportada del 0.2 al 1.6 % para cirugía electiva, del 1.1 al 1.5% en cirugía electiva cardiaca y del 11 al 43% en pacientes traumatizados por los autores Domino, Lubke y Schmidt, por lo que al comparar este estudio con los reportes de la literatura, la frecuencia encontrada fue mayor a lo establecido por dichos autores.

La evaluación transoperatoria de la actividad del sistema nervioso central con el índice biespectral y potenciales evocados auditivos han demostrado ser de utilidad a nivel mundial, según lo reportan Schmidt, Kerssens, Drummond y cols., por lo que debieran llevarse a cabo en la práctica diaria de la especialidad e implementarlos como monitoreo obligatorio durante los procedimientos anestésicos en México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spitellie PH, Holmes MA, Domino KB. Recuperación de la conciencia durante la anestesia. *Clínicas de Norteamérica de Anestesiología*. 2003; 3: 525 – 541.
2. Domino KB, Posner KL, Caplan RA, Cheney FW. Awareness during Anesthesia: A Closed Claims Analysis. *Anesthesiology* 1999; 90 (4): 1053-1061.
3. Schmidt G, Bischoff P, Standl T, Issleib M, Voigt M, Schulte E, Jochen A. Index during the induction of anesthesia with propofol and ARX-derived auditory evoked potential index and bispectral remifentanyl. *Anesthesiology* 2003; 97(1): 139-144.
4. Dowd NP, Cheng D, karski J, Wong D, Munro J, Sandler A. Intraoperative awareness in Fast-track cardiac anesthesia. *Anesthesiology* 1998; 89(5): 1068-1073.
5. Ghoneim MM, Weiskopf RB. Awareness during Anesthesia. *Anesthesiology* 2000; 92 (2): 597.
6. Lubke GH, Kerssens C, Phaf H, Sebol PS. Dependence of explicit and implicit memory on hypnotic state in trauma patients. *Anesthesiology* 1999; 90: 670-680.
7. Muñoz Cuevas JH. Conciencia-memoria-despertar transoperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2004; 27 (1): 98-101.
8. Ghoneim MM, Block RI. Learning and memory during general anesthesia: an update. *Anesthesiology* 1997; 87: 387-410
9. Kerssens C, Klein J, Bonke B. Monitoring versus Remembering What Happened. *Anesthesiology* 2003; 99 (3): 570-575.
10. Drummond J. Monitoring Depth of anesthesia: with emphasis on the application of the Bispectral Index and the middle latency auditory evoked response to the prevention of recall. *Anesthesiology* 2000; 93 (3): 876-882
11. Kerssens Ch, Lubke GH, Klein J, van der Woerd A, Bonke B. Memory function during propofol and alfentanil anesthesia: predictive value of individual differences. *Anesthesiology* 2002; 97(2): 382-389
12. González-Flores ML, Muñoz-Cuevas JH. Memoria explícita e implícita en anestesia general. *Revista médica del Hospital General de México* 2000; 63(4): 241-246

13. Andrade J, Englert L, Harper C, Edwards ND. Comparing the effects of stimulation and propofol infusion rate on implicit and explicit memory formation. *British Journal of Anaesthesia* 2001; 86 (2): 189-95
14. Russell IF, Wang M. Absence of memory for intra-operative information during surgery with total intravenous anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 2001; 86 (2): 196-202
15. Sebel PS, Bowdle TA, Ghoneim MM, Rampil IJ, Padilla RE, Gan TJ, Domino KB. The Incidence of Awareness during Anesthesia: A Multicenter United States Study. *Anesthesia & Analgesia* 2004; 99 (3): 833-839.
16. Ouellete SM, Simpson C. Monitoring for Intraoperative Awareness. *AOA Online* 1998; 68 (6): 950-961
17. George B, Troje C, Bunodiére M, Eurin B. Libre circulación aérea de las vías respiratorias en anestesiología. *Enciclopedia Médico Quirúrgica de Anestesia y Reanimación* 2004, 36-190-A-10 (1): 1-37. Haberer JP. Consulta Preanestésica. *Enciclopedia médico Quirúrgica de Anestesia y Reanimación* 2004, 36-375-A05 (2): 1-11

ANEXOS

ANEXO I. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE SEGÚN LA AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA)

CLASE	PACIENTE
1	Paciente con buena salud, sin otra afección que la que requiere el acto quirúrgico.
2	Paciente con una enfermedad general moderada
3	Paciente con una enfermedad general grave pero no invalidante.
4	Paciente con una enfermedad general invalidante que compromete el pronóstico vital.
5	Paciente moribundo que no sobrevivirá 24 horas, con o sin la operación.

La letra "E" se añade en caso de cirugía electiva, la letra "U" si la intervención realizada es de urgencia, la letra "A" en caso de cirugía menor y la letra "B" de cirugía mayor.

ANEXO II. ESTADIOS DE SEDACIÓN, SEGÚN RAMSAY

ESTADIO	PACIENTE
1	Ansioso y agitado.
2	Cooperativo, orientado, tranquilo.
3	Respuesta únicamente cuando se le interpela.
4	Viva respuesta a una ligera estimulación de la glabella.
5	Débil respuesta a una ligera estimulación de la glabella.
6	Ninguna respuesta a una ligera estimulación de la glabella.

FUENTE: Enciclopedia Médico Quirúrgica de Anestesia y Reanimación 2004.

ANEXO III. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DISEÑADA PARA EL ESTUDIO



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza

NOMBRE: (INICIALES) _____

SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()

EDAD: _____ años

ASA: (I) (II) (III) (IV) (V) (VI)

RAMSAY: (I) (II) (III) (IV) (V) (VI)

ESCOLARIDAD: _____

CIRUGÍA
REALIZADA: _____

TÉCNICA ANESTÉSICA UTILIZADA:

BALANCEADA () ENDOVENOSA ()

TIEMPO ANESTÉSICO
QUIRÚRGICO: _____

COMPLICACIONES:

ANEXO IV. GUÍA DE ENTREVISTA



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México - La Ciudad de la Esperanza

1. Qué es lo último que recuerda antes de la cirugía?

2. Qué fue lo primero que usted recordó posterior a la cirugía?

3. Puede recordar algo entre estos dos períodos?

4. Tuvo algún sueño durante su operación?

EN CASO DE QUE EL PACIENTE CONTESTE EN FORMA AFIRMATIVA LAS PREGUNTAS 3 Y/O 4, SE REALIZARÁ UN SEGUNDO CUESTIONARIO:

1. Que notó: sonidos	SI ()	NO ()
que lo tocaban	SI ()	NO ()
dolor	SI ()	NO ()
se sentía paralizado(a)	SI ()	NO ()

2. Cuánto tiempo sintió esto?

3. Intentó avisar a alguien?

4. Ha tenido esto alguna consecuencia para usted?

ANEXO V. TABLAS

TABLA 1. TIPOS DE CIRUGÍA ELECTIVA

CIRUGIA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE(%)
Colecistectomía abierta	14	46.6
Colecistectomía laparoscópica	2	6.6
Estabilización posterior de columna	3	10
Funduplicatura	1	3.3
Histerectomía	4	13.3
Laparoscopia diagnóstica	1	3.3
Osteosíntesis miembro superior	2	6.6
Osteosíntesis miembro inferior	2	6.6
Rinoseptumplastía	1	3.3

FUENTE: Ficha de identificación diseñada para el estudio.

TABLA 2. GUÍA DE ENTREVISTA REALIZADA (PRIMER CUESTIONARIO)

PRIMER CUESTIONARIO REALIZADO A LOS 30 PACIENTES:		
1) Que es lo último que recuerda antes de la cirugía?		
RESPUESTA	No DE PACIENTES	(%)
Estaban pasando medicamentos por el suero	6	20
Le acercaban la mascarilla con oxígeno	12	40
Veían a los doctores	4	13.3
Les colocaban parches en el pecho	4	13.3
Le decían que respirara profundo	1	3.3
Veía el quirófano	1	3.3
Le tomaban la presión arterial	1	3.3
2) Que fue lo primero que usted recordó posterior a la cirugía?		
Veía a los doctores	9	30
Sentía el tubo en la garganta	9	30
Estaba en recuperación	7	23.3
Les decían que se pasarán a la camilla	4	13.3
Le decían que ya se había operado	1	3.3
3) Puede recordar algo entre estos dos periodos?		
No	26	86.66
Si	4	13.33
4) Tuvo algún sueño durante su operación?		
No	29	96.66
Si (lo perseguían unos perros y le mordían las piernas)	1	3.33

FUENTE: Guía de entrevista diseñada para el estudio.

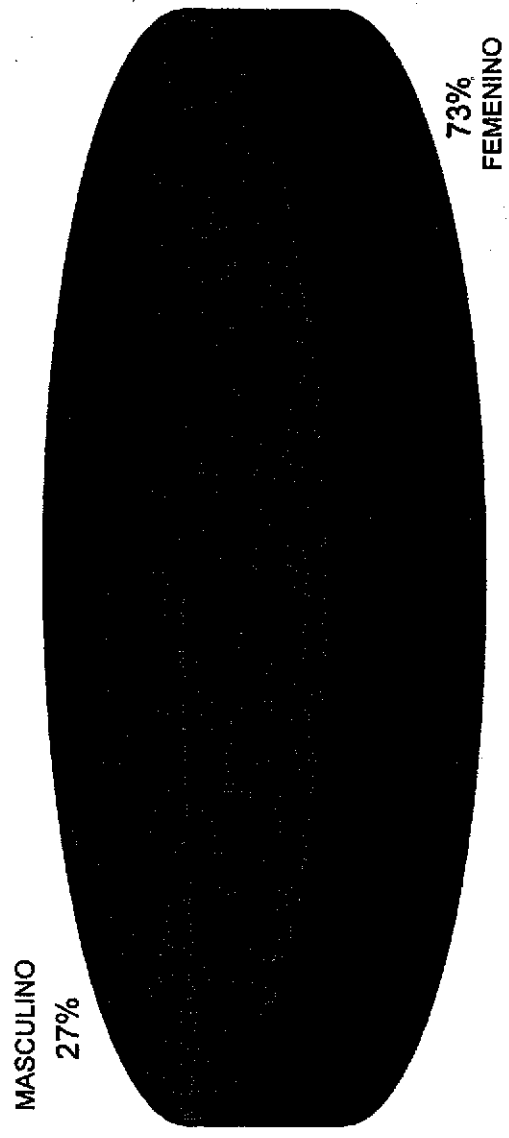
TABLA 3. GUÍA DE ENTREVISTA REALIZADA (SEGUNDO CUESTIONARIO)

SEGUNDO CUESTIONARIO REALIZADO A 4 PACIENTES QUE REFIRIERON DATOS DE CONCIENCIA TRANSOPERATORIA:		
1) Que notó		
RESPUESTA	No DE PACIENTES (%)	
Sonidos, que lo tocaban	1	25
Dolor	1	25
Sonidos, que lo tocaban, se sentía paralizado	1	25
Sonidos, que lo tocaban, dolor	1	25
2) Cuánto tiempo sintió esto?		
Durante toda la cirugía	3	75
Un buen tiempo	1	25
3) Intentó avisar a alguien?		
No	2	50
Si	2	50
(Uno de ellos refiere que a quien se le acercaba y el otro que hasta levantó una mano)		
4) Ha tenido esto alguna consecuencia para usted?		
No	2	50
Si	2	50
(Uno refirió tener miedo de volver a operarse "pánico" y el otro no querer anestesia general para otra operación)		

FUENTE: Guía de entrevista diseñada para el estudio.

"MANIFESTACIÓN DE MEMORIA EXPLÍCITA TRANSOPERATORIA CON ANESTESIA GENERAL"

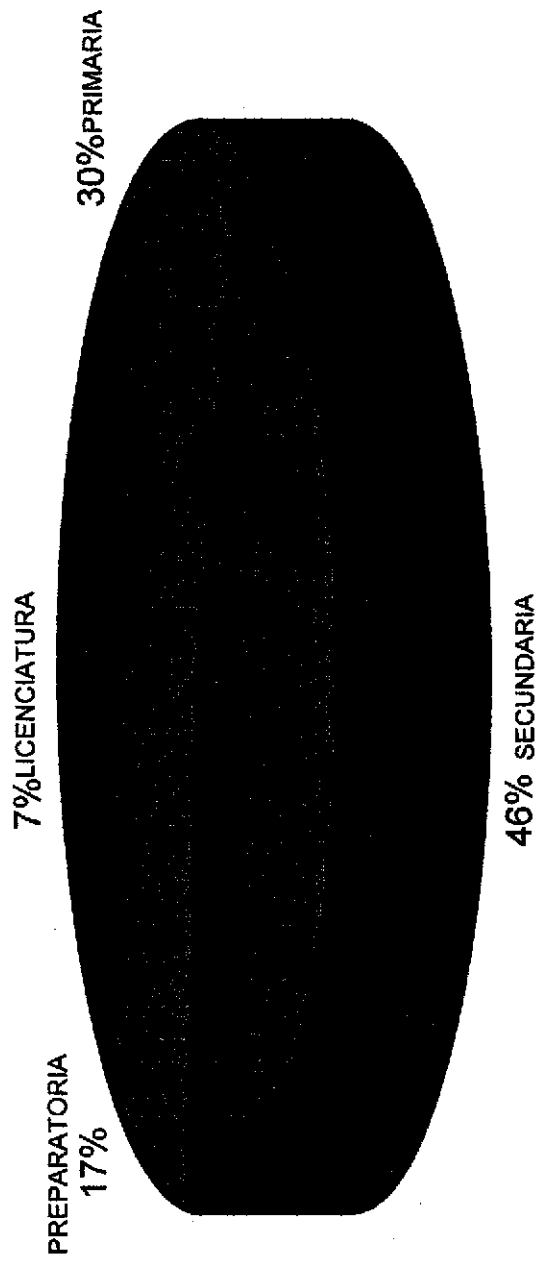
FIG 1. GÉNERO



FUENTE: Ficha de identificación diseñada para el estudio

"MANIFESTACIÓN DE MEMORIA EXPLÍCITA TRANSOPERATORIA CON ANESTESIA GENERAL"

FIG. 2 ESCOLARIDAD

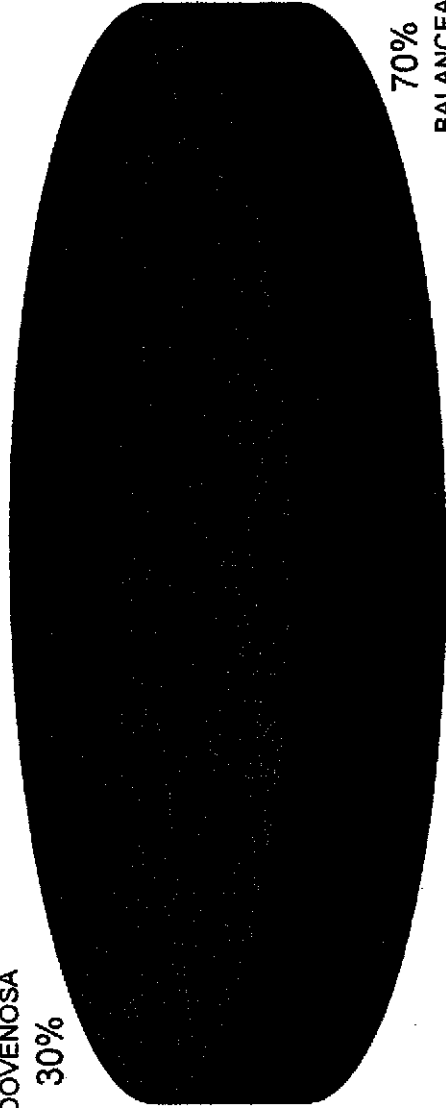


FUENTE: Ficha de identificación diseñada para el estudio

"MANIFESTACIÓN DE MEMORIA EXPLÍCITA TRANSOPERATORIA CON ANESTESIA GENERAL"

FIG. 3 TIPOS DE ANESTESIA GENERAL

ENDOVENOSA
30%

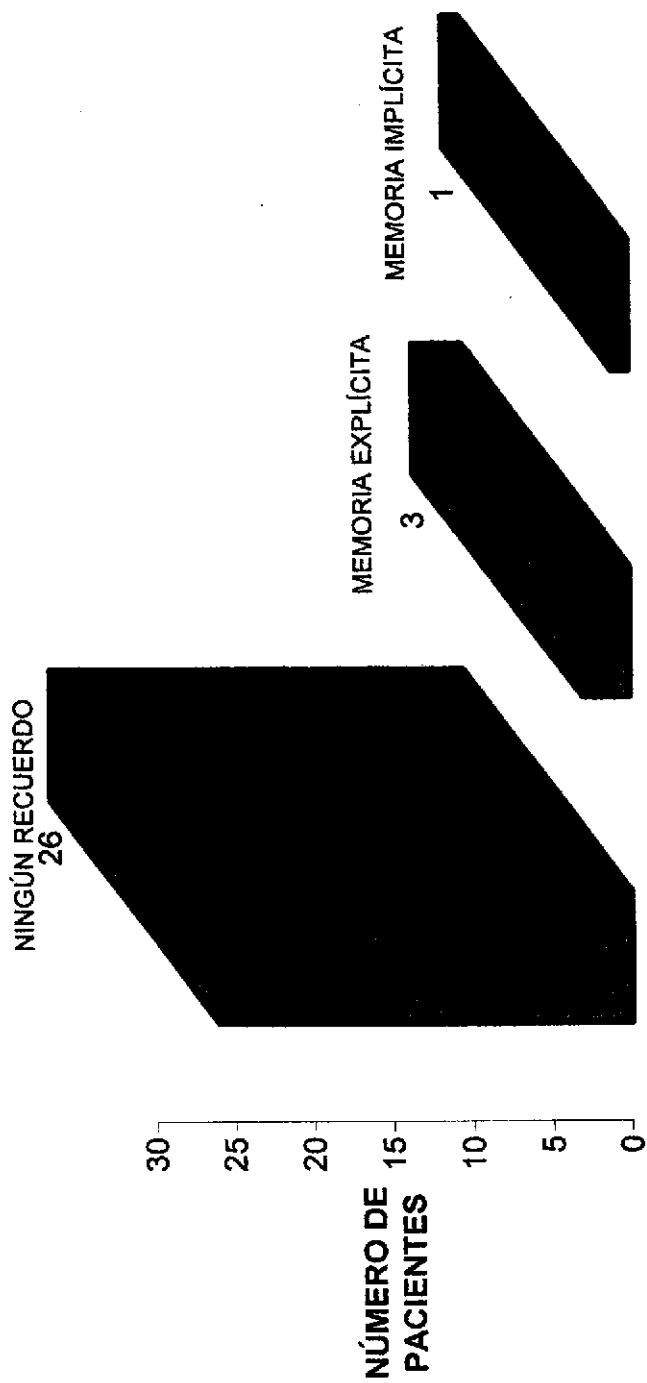


70%
BALANCEADA

FUENTE: Ficha de identificación diseñada para el estudio

"MANIFESTACIÓN DE MEMORIA EXPLÍCITA TRANSOPERATORIA CON ANESTESIA GENERAL"

FIG. 4 CONCIENCIA TRANSOPERATORIA



FUENTE: Guía de entrevista diseñada para el estudio