

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CREENCIAS Y TEMORES SOBRE ANESTESIA
GENERAL Y REGIONAL**

CAROL YESENIA MARÍN CAPRIEL

**Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología**

Enero 2018



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.363.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **Carol Yesenia Marín Capriel**

Registro Académico No.: **200540276**

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Anestesiología**, el trabajo de TESIS **CREENCIAS Y TEMORES SOBRE ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL**

Que fue asesorado: **Dr. Arturo Adolfo Quevedo Girón**

Y revisado por: **Dr. Eddy René Rodríguez González MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2018**

Guatemala, 15 de noviembre de 2017


Dr. **Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.**

Director

Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. **Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.**

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Ciudad de Guatemala, 20 de julio de 2017

Doctora

GLADIS JULIETA GORDILLO CABRERA

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología

Hospital Roosevelt

Presente

Respetable Dra. Gordillo:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **CAROL YESENIA MARIN CAPRIEL** Carné **200540276** de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología, el cual se titula **"CREENCIAS Y TEMORES SOBRE ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL"**.

Luego de asesorar, hago constar que la **Dra. Marin Capriel**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Arturo Adolfo Quevedo Girón
Asesor de Tesis

Ciudad de Guatemala, 20 de julio de 2017

Doctora

GLADIS JULIETA GORDILLO CABRERA

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología

Hospital Roosevelt

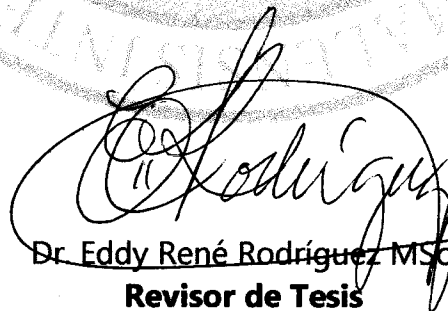
Presente.

Respetable Dra. Gordillo:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **CAROL YESENIA MARIN CAPRIEL Carné 200540276**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología, el cual se titula **"CREENCIAS Y TEMORES SOBRE ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL"**.

Luego de la revisión, hago constar que la **Dra. Marín Capriel**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dr. Eddy René Rodríguez MSc
Revisor de Tesis



A: Dra. Gladis Julieta Gordilo Cabrera, MSc.
Docente responsable del Hospital Roosevelt.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 28 de Julio 2017

Fecha de dictamen: 3 de Agosto de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:


CAROL YESENIA MARIN CAPRIEL

Título:

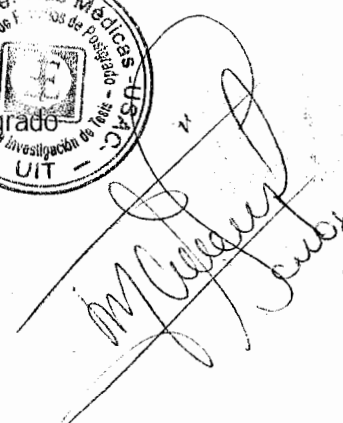
CRREENCIAS Y TEMORES SOBRE ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL

Sugerencias de la revisión:

- Solicitar examen privado.


Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado





DEDICATORIA

A Dios:

Médico, por excelencia, dueño de mi vida y por haberme dado salud para lograr mis objetivos además de su infinita bondad y amor.

A mis consejeras y guías:

Mamá Carmen Capriel, mi abuelita querida Sebastiana García y mi tía Sara Luz Capriel.

A mi hermana y amiga:

Mercy Marín y mi pequeña sobrina.

A mi hermosa hija:

Que vino a llenar de ilusión mi vida entera.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	25
IV. MATERIAL Y METODOS	26
V. RESULTADOS	34
VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	45
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
VIII. ANEXOS	57

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	35
Tabla 2	36
Tabla 3	37
Tabla 4	38
Tabla 5	39
Tabla 6	40
Tabla 7	41
Tabla 8	42
Tabla 9	43
Tabla 10	44

RESUMEN

Título: Creencias y temores sobre anestesia General y Regional. Estudio Descriptivo realizado en pacientes programados para cirugía en Hospital de Día, Hospital Roosevelt.

Antecedentes: El término anestesia deriva del vocablo "a aisthesis" (a- estesia). Hay tres categorías principales de anestesia, son: *general, regional, local*. Todas las intervenciones quirúrgicas conllevan riesgo, por ello surgen temores y creencias. En nuestra sociedad las creencias son muy comunes, éste término se define como: ideas en las cuales creemos lo suficiente como para considerarlas una verdad. (1). El miedo a la anestesia viene de tiempos inmemoriales, en los cuales la anestesiología ni siquiera era una especialidad médica.

Objetivos: Se determinó el porcentaje de pacientes que refirieron miedo previo al procedimiento quirúrgico y el tipo de personalidad de los mismos. Fueron enumeradas las creencias más frecuentes sobre anestesia regional y general.

Metodología: Se utilizó una boleta recolectora de datos, elaborada en base a cuestionario validado en estudios previos. Con una muestra de 291 pacientes, incluyendo a ambos sexos, mayores de 18 años, solo programados para cirugía de manera electiva, con plan anestésico general o regional.

Resultados: Se determinó que 91% (264) de los pacientes refirieron miedo al procedimiento quirúrgico. Las creencias y temores referidos con respecto a la anestesia general son: *"Morir, no despertar, no reaccionar, los ancianos no aguantan la anestesia, sentir toda la operación"* y con respecto a la anestesia regional, son: *"parálisis de las piernas, debilidad, no pega la anestesia, dolor de espalda"*

Palabras Clave: creencias, temores en anestesia general y regional.

I. INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad las creencias son muy comunes, éste término se define como: ideas en las cuales creemos lo suficiente como para considerarlas una verdad. (1)

Las personas han venido formando diversidad de creencias en los últimos años en relación a varios temas y áreas de la medicina y no está exenta la rama de la anestesiología. Todos éstos generan en la mayoría de veces temores innecesarios.

Cuando un paciente se le informa que debe recibir un tratamiento quirúrgico por determinada patología, lo primero que inunda su ser es una enorme angustia, debido al día y momento en que deberá recibir el tratamiento anestésico, el origen de ésta angustia y miedo suele ser por ideas, historias, comentarios u opiniones que divagan o merodean en las salas hospitalarias o fuera de éstas.

Tomando en cuenta lo antes escrito, el anestesiólogo tiene la ardua labor de ayudar durante la visita pre anestésica o en la pre medicación, despejando dudas y respondiendo preguntas relacionadas a este tema.

Con lo anterior, se hace importante, además de la evaluación física, describir de manera más detallada los temores y creencias que los pacientes presentan preoperatoriamente en relación a la anestesia, para contribuir de este modo a reducir sus miedos.

Actualmente en Hospital de Día, del Hospital Roosevelt, los anestesiólogos atienden en promedio de 6 a 7 pacientes diarios,¹ que serán programados para procedimientos quirúrgicos. Pero es importante cuestionarse lo siguiente, *¿Los pacientes previo a ir a sala de operaciones dan a conocer sus temores y miedos o bien por el corto tiempo que el anestesiólogo brinda por la alta demanda de usuarios, sus dudas son respondidas adecuadamente en la entrevista pre anestésica?*

¹ Fuente: Libro de Registro diario de pacientes programados para sala de operaciones. Hospital de Día. Año 2014. Hospital Roosevelt.

² Tomado de Rev. Bras. Anesthesiol. vol.63 no.6 Campinas Nov./Dec. 2013. Disponible en

Por lo que se realizó un estudio de tipo descriptivo acerca de las Creencias y Temores sobre anestesia General y Regional en pacientes programados para cirugía en Hospital de Día, Hospital Roosevelt, durante el periodo comprendido de Enero a Octubre de 2015.

El corto espacio de tiempo entre la llegada de los pacientes a Hospital de Día y su procedimiento quirúrgico y ser solo un entrevistador, fueron las principales limitantes para el estudio, pero ello no impidió a totalidad la realización del estudio.

Los principales resultados fueron: que el 91% (264 pacientes) refirieron miedo previo al acto quirúrgico. Las creencias y temores referidos con respecto a la anestesia general son: "*Morir, no despertar, no reaccionar, los ancianos no aguantan la anestesia, sentir toda la operación*" y con respecto a la anestesia regional, son: "*parálisis de las piernas, debilidad, no pega la anestesia, dolor de espalda*".

II. ANTECEDENTES

2.1. **CREENCIAS Y TEMORES**

Generalidades

Las creencias que las personas adquieren están íntimamente relacionadas con los resultados de su realidad actual. Se entiende por creencia: ...a las ideas en las cuales se cree lo suficiente como para considerarlas una verdad. (1) Es necesario llegar a descubrir que si su origen es verdadero o erróneo.

Según la Dra. Martha Sánchez Navarro, experta en metafísica, explica que *“Las creencias, ya sea aprendidas o heredadas, generan miedos y temores, lo que obligan a los individuos a tener un comportamiento especial respecto a los padecimientos. (8)*

El miedo o temor que muchas veces generan nuestras creencias, es solo un pensamiento, un huésped que nosotros hemos albergado en nuestra mente y, que paulatinamente nos puede ir afectando. Trabaja de muchos modos, generando ansiedad y alterando nuestras respuestas corporales.

Éste temor nos hace construir pensamientos equivocados y hace ver las situaciones peor de lo que en verdad son.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) investigó el impacto existente de las creencias personales, examinó las mismas y se determinó que pueden afectar la calidad de vida y provocar carencia de sensación de bienestar si no son manejadas ni disipadas adecuadamente. (7)

En los últimos años la sociedad ha creado diversidad de creencias en relación a varios temas y áreas de la medicina, no está exenta la rama de la anestesiología. Ellas generan e infunden en la mayoría de veces temores innecesarios.

2.2. TEMOR A LA ANESTESIA

La práctica de la anestesiología constituye un conjunto de técnicas que permiten la realización de un acto quirúrgico, obstétrico o médico (endoscopía, radiología) suprimiendo o atenuando la sensación dolorosa. Es considerada una especialidad de apoyo y, a diferencia de otras, no juega un rol sanador, sino que busca evitar el sufrimiento de los enfermos. (9)

Los profesionales que pertenecen a ésta rama de la medicina, han tenido y tienen la labor diaria de despejar muchas dudas y temores que han venido surgiendo en torno a ella.

El origen de muchas de las creencias con respecto a las técnicas anestésicas está vinculado a la mala reputación que goza esta práctica desde tiempos en los que esta labor carecía de medicamentos "seguros" y equipamiento adecuado, con tecnología moderna. Antiguamente el especialista centraba su función en lo que ocurría durante el acto quirúrgico; hoy se enfrentan a una realidad distinta. (10)

En la actualidad, el anesesiólogo conoce, a cada instante, el estado de salud de su paciente gracias a los avances tecnológicos, ya que se acarrea una enorme responsabilidad y la carga de las complicaciones propias de cada especialidad médica que frecuentemente comprometan la vida de los pacientes.

En aras de minimizar los riesgos que la anestesia implica, desde hace varios años los anesesiólogos se han convertido en médicos perioperatorios, esto significa que han asumido papel protagónico no sólo durante el acto operatorio sino antes y después del mismo. (11)

2.3. CREENCIAS Y TEMORES MÁS COMUNES CON RESPECTO A LAS TÉCNICAS ANESTESICAS

2.3.1 Anestesia General _El anestesiólogo sabe que, gran parte de la inquietud y miedo que experimentan los pacientes al enfrentarse a una intervención quirúrgica está causado por la anestesia y no por la propia intervención.

Sin duda, el responsable de esa sensación de miedo es la desinformación y el desconocimiento que la mayoría de las pacientes tienen acerca de esta rama médica. (12)

Según la Dra. Luisa Plata, miembro de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, *“refiere y aclara que las frecuentes y nocivas historias sobre la anestesia, generan una serie de creencias y temores”* (13)

“Las tres más comunes son:

“Las persona se quedan en la anestesia y no despiertan”

“Es cierto que: ¿Puedo recordar, o despertar durante la anestesia?”

“El despertar es terrible”

Mientras un paciente se encuentra anestesiado, la actividad de las neuronas disminuye como en el estado de coma.

Solo dos de cada mil pacientes se pueden llegar a despertar durante una cirugía. (13).

Otros temores que han sido infundidos en los pacientes son:... "Los pacientes no consiguen salir de la anestesia "Nunca se vuelve a recuperar la consciencia" "En algunos casos los pacientes intervenidos puede recordar lo que sucede en el quirófano y cómo trabajaron en su cuerpo".

"Algunos se despiertan en medio de la operación sin que los cirujanos ni las enfermeras se den cuenta". Según Eugenio Frater. (14)

Las anteriores son algunas creencias muy comunes sobre la anestesia, cuyas probabilidades estadísticas de que ocurran son muy remotas, debido a las avanzadas tecnologías médicas y sistemas de monitorización, pero que siguen causando desasosiego y temores infundados entre quienes se disponen a ser intervenidos quirúrgicamente con la ayuda de la anestesia general.

La anestesia general se parece más a un coma farmacológico inducido y reversible que a un sueño profundo, de acuerdo a un estudio de investigadores del Hospital General de Massachusetts, de la Facultad de Medicina WeillCornell en Nueva York y de la Universidad de Michigan, en Ann Arbor, ambos en EE.UU. (14)

En relación a la evaluación pre-anestésica y premedicación también se puede decir que es un proceso lleno de creencias, mal llamado por muchos pacientes prueba de anestesia, no se trata de prueba alguna. En esta valoración, el anestesiólogo analiza el estado general del paciente que va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico y determina el riesgo del mismo. Sirve entre otros para dar a conocer los pasos a seguir durante la intervención quirúrgica y así disminuir la ansiedad previamente. (11)

Otro tema en cuestión son las náuseas y los vómitos que suelen aparecer con relativa frecuencia en el postoperatorio de las intervenciones quirúrgicas. Son un problema, ya que comportan una disminución del bienestar de los pacientes y aumentan el riesgo de presentar algunas complicaciones. Tradicionalmente, el saber popular ha atribuido el origen de las náuseas y los vómitos postoperatorios a la anestesia. Si bien hay cierta verdad en esta afirmación, no es cierto todo lo que se dice sobre este tema.

En un estudio realizado por el Dr. Mikel Batllori Gastón y el Dr. Miguel Castañeda Pascual del Servicio de Anestesia y Reanimación del Complejo Hospitalario de Navarra y publicado en la revista Medicina y salud. En el cual se interrogó a varios pacientes sobre las dudas y miedos que presentaban previo a su cirugía, las cuestiones más frecuentes fueron recabadas. Y posteriormente se creó un artículo en el cual se respondía a cada duda con el propósito de despejar ansiedad y temor en los pacientes, el contenido del mismo es el siguiente: (15)

¿Es cierto que la anestesia se expulsa del organismo mediante el vómito?

No. El vómito no es una ruta de eliminación de fármacos. Los fármacos anestésicos siguen diversas vías para abandonar el organismo. Los agentes anestésicos intravenosos son generalmente metabolizados por el hígado, y los productos de dicho metabolismo son eliminados gradualmente a través de la orina. Los agentes anestésicos inhalatorios (gases anestésicos) se eliminan por vía respiratoria, mediante la exhalación. Los pacientes no perciben estos procesos, por lo que no suponen para ellos ninguna molestia.

Entonces, ¿Cuál es la causa de las náuseas y los vómitos en el postoperatorio?

Tanto la sensación nauseosa como el vómito son mecanismos de defensa ancestrales para el ser humano que tienen como finalidad evitar la ingestión de sustancias tóxicas. Se desencadenan cuando dichas sustancias entran en contacto con ciertos sensores presentes en el aparato digestivo y el cerebro. Algunos fármacos anestésicos, en la medida en la que son elementos ajenos al organismo, son capaces de estimular directamente dichos sensores y desencadenar náuseas y vómitos. Los analgésicos derivados del opio, como la morfina, son fármacos de uso habitual en el postoperatorio que también poseen esta propiedad.

Además existen causas no farmacológicas que pueden desencadenar la aparición de náuseas y vómitos en este periodo (hipotensión, dolor mal controlado, ansiedad, entre otros)-

Si los fármacos anestésicos pueden inducir el vómito, ¿No es esto peligroso para los pacientes durante la cirugía?

Cuando el paciente está consciente existen reflejos protectores, como la tos, que evitan un posible paso del contenido digestivo expulsado durante el vómito a la vía respiratoria. Estos reflejos protectores desaparecen durante la anestesia general. No obstante, si la cirugía se lleva a cabo de forma programada el contenido gástrico es mínimo o inexistente, ya que se habrá guardado un periodo prudencial de ayuno. En cualquier caso el anesestesiólogo, que es el médico encargado de velar por la seguridad del paciente durante el acto anestésico, tomará siempre las precauciones necesarias para asegurar la vía respiratoria y minimizar este riesgo.

¿Existen cirugías con mayor riesgo de presentar náuseas y vómitos en el postoperatorio?

Aunque no es una opinión unánime, generalmente se acepta que en determinadas cirugías el riesgo de presentar náuseas y vómitos es mayor. Entre ellas se cuentan la cirugía abdominal (laparoscópica o abierta), cirugía de mama, cirugías plástica y maxilofacial,

cirugía ginecológica, cirugía de tiroides y algunos tipos de cirugía oftalmológica (corrección del estrabismo).

¿Qué pacientes pueden presentar con más frecuencia náuseas y vómitos en el postoperatorio?

Podemos distinguir los siguientes factores de riesgo en pacientes adultos:

- Sexo femenino
- No-fumadores
- Historia previa de náuseas y vómitos en el postoperatorio
- Historia previa de cinetosis (mareo acompañado de náuseas y/o vómitos durante los viajes en avión, barco, tren o vehículos por carretera)

2.3.2 Anestesia Regional__Como sucede con la anestesia general, los temores con respecto a la anestesia regional específicamente la espinal se hacen evidentes.

Estos son más comunes en las salas de maternidad o áreas en donde se maneja el parto. Pero en cierto porcentaje se hacen también presentes en aquellos pacientes que serán sometidos a una cirugía de miembros inferiores o de abdomen bajo.

Según el Dr. Gonzalo Abelleira, médico anesestesiólogo, los miedos y creencias más comunes en relación a la anestesia espinal o epidural son: (16)

1. *Con el pinchazo de la espalda siempre se produce parálisis de las piernas y ya no hay recuperación*
2. *La anestesia produce mala circulación*
3. *Después de la anestesia, se padece toda la vida de cefaleas*
4. *Dan varios pinchazos en la columna, y después es imposible llegar a sentarse.*
5. *Después se padece y sufre de calambres y frío en las piernas.*

Puede darse el caso que se presenten parestesias en los primeros días, pero suelen auto limitarse. Las cefaleas post anestesia raquídea se produce 24 a 48 horas después y remite en una posición supina y con analgésicos combinados con cafeína.

Las punciones frecuentes suelen darse en pacientes obesos o pacientes con las vértebras más juntas. No todas las columnas son iguales, algunas ofrecen más dificultades que otras.

Lo importante es que los riesgos y las complicaciones que pueden llegar a existir, revierten casi todos. Un 99% por ciento.

2.4. ALTERACIONES CAUSADAS POR EL TEMOR A LA ANESTESIA

2.4.1. _Ansiedad y sus efectos

La ansiedad se define como una condición emocional transitoria consistente en sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo, temor y elevada actividad del sistema nervioso autonómico. (17)

Esta condición varía en fluctuaciones y grado de intensidad a través del tiempo. El acto anestésico-quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que la atención debe enfocarse a disminuirla.

La ansiedad se presenta en cualquier persona de forma transitoria o crónica, puede producir reacciones agresivas que resultan en incremento en el estrés experimentado por el paciente, causando en consecuencia un manejo del dolor más difícil en el posoperatorio.

Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad (de pánico, desórdenes por ansiedad generalizada, trastornos mixtos ansioso-depresivos); sin embargo, la que se genera en el paciente por el acto anestésico-quirúrgico es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico, de hecho, puede ser una característica constitucional de la personalidad del paciente.

Incluso, análisis previos han demostrado que en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos desde una semana antes del procedimiento. Otros factores asociados a la ansiedad incluyen el tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario y la calidad de la atención médica proporcionada.

Se conoce que la ansiedad provoca incremento en el dolor posoperatorio, mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de estancia hospitalaria, que repercuten directamente en los costos de la atención. Debido a esto es necesario evaluar y prevenir la ansiedad en todo paciente que va a ser sometido a algún procedimiento anestésico-quirúrgico, para lo cual existen diversas escalas como el DASS (*Depression, Anxiety and Stress Scale*), STAI (*State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire*),⁸ Escala Visual Análoga de Ansiedad, las escalas de ansiedad de Taylor (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) o Hamilton, y, más recientemente, la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS), diseñada y utilizada por Moerman y colaboradores en 1996.

La intervención quirúrgica en un ambiente extraño, el conocimiento de los peligros de la anestesia y la cirugía, más las fantasías y los miedos al respecto (miedo a lo desconocido, miedo a no despertar jamás o el miedo a despertar en medio de la cirugía, miedo a los errores técnicos dentro de ella, miedo al dolor), conducen al estrés psicológico de manera por demás importante. (18)

Para enfrentar esto, los pacientes movilizan sus recursos emocionales y pueden adaptarse a los requerimientos del proceso preoperatorio en el que se encuentran.

Sin embargo, este proceso de adaptación resulta no siempre exitoso, ya que el paciente ignora a qué se enfrentará exactamente en la mayoría de las ocasiones. Es así como el control del nivel de ansiedad preoperatoria permite disminuir la incidencia de inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y la cirugía, además de favorecer una recuperación más rápida en el postoperatorio al reducir o evitar los trastornos del comportamiento que se observan en algunos pacientes, sobre todo en edades extremas (ancianos y niños), y que se manifiestan en formas de desorientación, agresividad, requerimientos excesivos de analgesia, conductas psicóticas, hipocinesia, aislamiento e incluso conductas regresivas, lo que produciría un descenso en la morbimortalidad.

La ansiedad preoperatoria está asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria y mayores niveles de dolor postoperatorio.

2.4.2. Estrés preoperatorio y demora en la recuperación

El estrés preoperatorio puede retrasar la recuperación. Las intervenciones quirúrgicas, aunque pueden representar un alivio, también están cargadas de ansiedad y constituyen una fuente de estrés psicológico para el paciente, porque lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas, que implican ciertos riesgos de vida. La carga emocional propia que cualquier intervención pueda tener, puede aumentar, si el paciente al recibir la noticia, revive recuerdos traumáticos de pasadas cirugías propias o de personas cercanas.

Luego el paciente debe recurrir a sus recursos emocionales para hacerle frente a la realidad de la enfermedad, la cirugía, y las exigencias de la recuperación postoperatoria. Cabe recordar, que en el periodo preoperatorio "*cierto nivel de ansiedad es normal y deseable*", (19) dice el psiquiatra argentino Eduardo Giacomantone y el cirujano Alberto Mejía, ya que indica que el paciente tiene una visión realista del peligro objetivo que representa la cirugía y trata de adaptarse a la situación.

A menudo personas que van a tener un parto, una cirugía, biopsia, endoscopia, resonancia magnética, quimioterapia, diálisis, etcétera, me preguntan: ¿hay una manera de prepararse para ello, estar más tranquilas, con menos dolor y sanar más rápido?

Si la hay. Estudios demuestran que cuando se prepara a la persona psicológicamente para cualquier intervención quirúrgica, proveyéndole información, enseñándole técnicas de relajación, escuchándole y eliminando sus miedos, la ansiedad disminuye.

La estadía hospitalaria es más corta, el dolor es menor por lo tanto menor necesidad de analgésicos, el post operatorio es más corto y la persona tiene un sentido de bienestar y de control. (19)

Cuando la persona presenta un alto grado de ansiedad o estrés, esta puede afectar la respuesta a las drogas anestésicas, la tensión arterial o la frecuencia cardiaca, sus heridas demoraran en cicatrizar más, su sistema inmunológico se debilitará y el post operatorio será más largo.

También puede presentar insomnio, agresividad, problemas en sus relaciones con el médico o el staff, uso excesivo de analgésicos, para controlar el dolor y actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad.

2.5. **IMPORTANCIA DE LA PREPARACION E INFORMACION PREANESTESICA**

Para Ceneviva y col. (20), en la comunicación con el paciente es necesario el uso de un lenguaje de comprensión clara, sin nunca huirle a la verdad, respetando el ritmo del paciente, sin generar la falta de esperanza ni herir su autoestima.

Los médicos destacan el uso de la consulta preanestésica como estrategia de acogida para humanizar, porque en muchas ocasiones, la anestesia genera temor, casi siempre mayor que la propia intervención quirúrgica.

Por lo tanto, en el discurso que a continuación se ilustra los médicos anesthesiólogos destacan la importancia de la consulta preanestésica como una acción eficaz para establecer el diálogo entre el médico y el paciente.

[...] En la visita preanestésica me identifico. Conversamos.

[...] La visita preanestésica es el primer contacto del anestesista para conocer al enfermo [...]

[...] Vas perfilando las dudas, de acuerdo al nivel del lenguaje del paciente. No puedes usar un lenguaje técnico. Le oriento sobre la medicación y el ayuno.

Considerando el papel del anesthesiólogo en el proceso de acoger, Meneses (21) destaca: “preparar al paciente, en el campo médico y psicológico, prever posibles dificultades, calmar al enfermo, conquistar su colaboración y su confianza y prepararlo para la operación”.

En ese sentido, el anesthesiólogo tiene que observar cuidadosamente cada detalle durante los procedimientos, estar consciente de que la prudencia es tan necesaria como la rápida intervención, y que puede implicar en la reducción de los errores; mantenerse firme en sus

actos, manifestar paciencia frente al enfermo y frente a sus familiares, ser empático y ponerse en el lugar del otro.

Eso significa tener como práctica constante la humanización de la atención. La seguridad en la anestesia se basa en un examen clínico minucioso del cuadro del paciente y en la planificación de la técnica anestésica que será utilizada, aspectos que deben ser considerados en la consulta preanestésica. Para ese momento también se hace imprescindible prestarle al paciente todas las clarificaciones necesarias, incluso informándolo claramente sobre los riesgos relacionados con los procedimientos adoptados.

La consulta preanestésica también tiene que ver con la determinación del tipo de anestesia que el paciente utilizará. Eso no constituye un procedimiento mecánico solamente, ni significa la decisión preferente por parte del anestesista, pero sí que es una cuestión eminentemente clínica que tiene en cuenta el cuadro y las características de cada paciente, su estado físico y mental, su diagnóstico, sus condiciones fisiológicas, influencias farmacológicas, y el tipo de operación que el paciente necesita realizar (22)

Para Meneses (21), el paciente tiene derecho a una evaluación preanestésica, siendo esa evaluación de responsabilidad intransferible del anesthesiologo. En esa evaluación, el paciente debe ser informado sobre la secuencia del pre y del postoperatorio, con el grado de detalles compatible con su nivel de comprensión cognitiva. Además, el anesthesiologo debe hacer un abordaje directo, sencillo y objetivo en cuanto a los riesgos, el dolor, la incomodidad, los exámenes y otros aspectos.

Considerando lo expuesto, la American Society of Anaesthesiologists (ASA) propone en 1987, las normas de cuidados anestésicos con el objetivo de normatizar la evaluación del paciente, la cual debe incluir una revisión de la historia clínica, entrevista con el paciente, examen físico, exámenes laboratoriales, anestésias previas, medicaciones en uso y/o consultas con expertos.

Como norma, la cantidad de test adicionales debe ser hecha según la edad, el estado físico, las comorbilidades y el porte del procedimiento (23.)

Bisinotto y col. (24) resaltan que uno de los efectos más relevantes de la evaluación preanestésica electiva fue la reducción del número de procedimientos quirúrgicos cancelados, además de la disminución de la solicitud de exámenes preoperatorios.

Los autores destacan, también, que hubo un descenso en el número de test laboratoriales y en las consultas médicas en más de un 50% cuando la responsabilidad por la preparación quirúrgica le fue designada solamente al servicio de anestesiología.

Así, se puede inferir que la consulta preanestésica constituye una herramienta relevante para el desempeño de una práctica de cuidado humanizado y acogedor por parte del anestesiólogo, como también en la reducción de la morbimortalidad proveniente de procedimientos quirúrgicos.

En un estudio realizado por la Fundación Mario Gaitán Yanguas en noviembre de 2008 en la ciudad de Santander, Colombia. Se buscaba establecer la relación entre el grado de información previa y el nivel de ansiedad preoperatoria. Se concluyó que: *los pacientes en su mayoría refieren conocer el procedimiento quirúrgico, pero no el tipo de anestesia que se les va a administrar, esto correlaciona con el nivel de ansiedad, pues este se incrementa, situándose entre moderada y alta. (25)*

2.6. PREPARACIÓN PSICOLÓGICA

Es enormemente beneficioso, para los pacientes que van a tener una cirugía, que sean preparados psicológicamente, para no sufrir traumas emocionales en sus vidas y que tengan un mejor y más corto post operatorio. (19)

Muchas veces debido a la gravedad de la situación, no hay tiempo de preparar a la persona, en el caso de un accidente o una enfermedad grave y el choque emocional puede ser más fuerte.

Sin embargo, es importante una vez pasada la emergencia, que el paciente busque ayuda para trabajar la parte emocional y evitar traumas futuros.

Beneficios adicionales de la preparación psicológica:

- Mejora el estado inmunológico
- Mejor y más rápida cicatrización
- Mejor circulación
- Mayor tranquilidad y autocontrol
- Mejor metabolismo
- Mayor oxigenación
- Menor tensión muscular
- Menor estrés antes, durante y después de la cirugía
- Menos complicaciones relacionadas con la cirugía y la recuperación
- Menos dolor y menos analgésicos
- Recuperación más rápida
- Menor tiempo de hospitalización
- Disminución de depresión o ansiedad
- Balance en la presión sanguínea, ritmos cardiacos y respiratorios
- Mayor cooperación del paciente en su recuperación

¿En que consiste la preparación psicológica?

Consiste en ayudar al paciente a identificar, explorar y eliminar las emociones que tenga

con respecto a su cirugía y prepararlo emocionalmente para la misma. Idealmente se empieza hacer tres semanas antes de la cirugía.

El número de sesiones depende del grado de ansiedad, experiencias traumáticas pasadas y gravedad de la cirugía.

Las técnicas usadas para la preparación son: técnicas de relajación, hipnosis, visualización y desensibilización sistemática para eliminar el miedo. (19)

2.7. TEMOR Y PERSONALIDAD

El temor, esa emoción tan estudiada y tan temida. Pero, ¿qué es el miedo? El miedo es un conjunto de reacciones fisiológicas, cognitivas, emocionales, conductuales y subjetivas producidas por un peligro presente e inminente. Sin un estímulo que elicite miedo, no podemos sentir miedo. Dichas reacciones de nuestro organismo también se producen durante el sueño e, igualmente, también son consideradas como perniciosas para la salud por el cerebro. Considerando estos hechos cabe afirmar que para sentir miedo se debe tener un estímulo elicitor. El miedo, como hemos visto antes, es adaptativo. Sin él no se podría sobrevivir, y es causa o consecuencia, de reacciones fisiológicas de activación y alto afecto negativo.

Eysenck es uno de los teóricos que más tiempo ha dedicado en su vida a estudiar la personalidad. Se ha demostrado en diversas ocasiones la universalidad del EPQ-R.

El propio Eysenck (1987) propone que las personas que sean introvertidas pero con puntúen alto en Neuroticismo serán más propensas a la sensación psicológica de ansiedad. Por otra parte, las personas que puntúen alto en Extraversión y puntúen alto en Neuroticismo tenderán a experimentar mayoritariamente los componentes somáticos de la ansiedad que reflejan emotividad. Desde las teorías de personalidad más basadas en la identificación de rasgos también se ha demostrado que el miedo, junto con otras emociones, están relacionadas con algunos rasgos de personalidad. (26)

2.7.1 Cuestionarios de Eysenck

Francis, Brown y Philipchalk (1992) desarrollaron el cuestionario de personalidad EysenckPersonalityQuestionnaireRevised-Abbreviated (EPQR-A). Esta es una Forma abreviada de 24 ítems y permite evaluar cuatro subescalas, de las cuales tres se refieren a dimensiones de la personalidad (extraversión, neuroticismo y psicoticismo) y la última evalúa la tendencia a mentir o, más bien, a emitir respuestas de deseabilidad social (escala de sinceridad).

El interés de este cuestionario es notable, sobre todo si tenemos en cuenta que otras formas del EPQ (EPQ, EPQR, EPQR-S) poseen un número de ítems considerablemente mayor, lo que dificulta su aplicación en muchos contextos de investigación o clínicos. El cuestionario de personalidad desarrollado por el grupo de H. J. Eysenck, - no sólo es posiblemente el cuestionario sobre dimensiones (rasgos) básicas de la personalidad más empleado y conocido en el mundo, sino también uno de los, que han sufrido mayores transformaciones.

Podríamos decir que la saga de los cuestionarios de 40 ítems, y continúa con los cuestionarios MaudsleyPersonalityInventory de 48 ítems, y de 57 ítems (EPI; Eysenck y Eysenck, 1964), de 90 ítems y, finalmente, el EysenckPersonalityQuestionnaireRevised de 100 ítems. Como puede apreciarse, existe una clara tendencia hacia un incremento del número de elementos del cuestionario, lo cual, al margen de una posible mejora en la fiabilidad de la prueba, también ha venido determinada por la necesidad de incrementar el número de dimensiones (concretamente por la inclusión de la dimensión de psicoticismo que se produce a partir del EPQ).

2.7.2. Significado de la prueba.

a) Escalas N (Emocionabilidad).

El sujeto con puntuación alta en N es ansioso, preocupado, con cambios rápidos de humor, frecuentemente deprimido; probablemente duerme mal y se queja de diferentes desórdenes psicosomáticos; es exageradamente emotivo, presenta reacciones muy fuertes a todo tipo de estímulos y le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional.

Sus fuertes reacciones emocionales interfieren para lograr una adaptación adecuada, y hacen que reaccione de una manera irracional y, en ocasiones, rígida. Cuando esta puntuación se combina con la Extraversión, es probable que el sujeto se muestre quisquilloso e inquieto, excitable, e, incluso agresivo. Si hubiera que describir a este sujeto de valor N alto con un solo adjetivo, se podría decir que es un **preocupado**; su principal característica es una constante preocupación acerca de las cosas o acciones que pueden resultar mal, junto con una fuerte reacción emocional de ansiedad a causa de estos pensamientos. Por otra parte, el sujeto estable tiende a responder emocionalmente sólo con un tono bajo y débil, y vuelve a su estado habitual rápidamente después de una elevación emocional; normalmente es equilibrado, calmado, controlado y despreocupado.

b) Escalas de Extraversión.

El extravertido típico es sociable, le gustan las fiestas, tiene muchos amigos, necesita tener a alguien con quien hablar y no le gusta leer o estudiar en solitario, anhela la excitación, se arriesga, frecuentemente se mete en todo, actúa por impulsos del momento y generalmente es un individuo impulsivo; le gustan las bromas, siempre tiene una respuesta a punto y generalmente le encanta el cambio; es despreocupado, de fácil cambio, optimista, y su lema es diviértete y sé feliz.

Prefiere estar moviéndose y haciendo cosas, tiende a ser agresivo y se enfada rápidamente a la vez que sus resentimientos no se mantienen bajo un fuerte control, no es siempre una persona confiable. El introvertido típico es un individuo tranquilo, retraído, introspectivo, más amigo de libros que de personas; es reservado y se muestra distante, excepto con los amigos íntimos; suele ser previsor, mira antes de saltar y desconfía de los impulsos del momento; no le gusta la diversión, considera seriamente los asuntos cotidianos y disfruta de un modo de vida ordenado; controla cuidadosamente sus sentimientos, raras veces se comporta de una manera agresiva, y no se enfada con facilidad; se puede confiar en él, es algo pesimista y tiene en gran estima las normas éticas.

c) Escala Psicoticismo (Dureza).

Un sujeto con puntuación alta en P se puede describir como solitario, despreocupado de las personas, crea problemas a los demás y no compagina con los otros fácilmente; puede ser cruel, inhumano e insensible, y tener falta de sentimientos y empatía; se muestra hostil, incluso con los más íntimos, y agresivo, incluso con las personas amadas: Tiene una cierta inclinación por cosas raras y extravagantes; desprecia el peligro; le gusta burlarse de los demás y ponerse de mal humor. La descripción anterior se aplica a un adulto con P alto; La socialización es un concepto relativamente ajeno, tanto a esos adultos y niños; tanto la empatía como los sentimientos de culpabilidad o la sensibilidad para con los demás, son nociones que les resultan extrañas y desconocidas.

d) Escala S Sinceridad.

La escala S mide la no disimulación, sin embargo no son concluyentes los estudios respecto a que la escala mide una función estable de la personalidad. Cuando N y S se correlacionan positivamente (cercana o superior a +0.50) se dice que existen condiciones que ofrecen un alto grado de motivación hacia la disimulación. En este caso se puede discriminar a los falseadores (puntajes altos) no considerando para los estudios posteriores. Cuando las puntuaciones son bajas en disimulación, la escala debería tener mucha fiabilidad

2.8. DUDAS QUE DEBE RESOLVER EL ANESTESIOLOGO EN LA VISITA PREANESTESICA

En un artículo científico publicado en el año 2013 en la revista Brasileira de Anestesiología, titulado: ***Impacto del tipo de información preanestésica sobre la ansiedad de los padres y de los niños***, se dio a conocer un boletín con la información básica que debe transmitírsele al paciente y familiar, previo al acto anestésico. (26)

El contenido del mismo ha sido utilizado como base para dar información a los pacientes y despejar dudas más comunes. A continuación se describe.

¿Qué es la anestesiología? Es la especialidad médica que estudia y proporciona la falta de dolor para el paciente que necesita procedimientos médicos, como cirugías o exámenes diagnósticos

¿Qué hace el anestesiólogo?

Durante la cirugía, y además de la función natural de retirar la sensación de dolor para que el acto en sí sea soportable al ser humano, el médico anestesiólogo tiene la misión de monitorizar el estado general del paciente, el nivel de conciencia, la presión arterial, el pulso y la respiración y está siempre atento a cualquier alteración. Por eso es que al anestesiólogo se le conoce por «el ángel de la guarda»

¿Debemos suspender el uso de medicaciones usadas regularmente?

El médico anestesiólogo, durante la consulta, lo orientará sobre los medicamentos que serán suspendidos o mantenidos antes de la cirugía. Existen algunas medicaciones que deberán ser suspendidas hasta 10 días antes de la cirugía porque aumentan el riesgo de sangramiento y otras, como las medicaciones para el asma, que deben ser tomadas incluso el día de la cirugía incluso en ayunas, con pequeños sorbos de agua. Pero solo el médico anestesiólogo podrá dictaminar esas orientaciones específicas

¿Por qué es necesario mantener al niño en ayunas?

Los alimentos que ingerimos, líquidos o sólidos, no entran por las vías respiratorias porque disponemos de mecanismos de defensa que impiden su entrada, por lo que se dirigen al estómago. Durante la anestesia, esos mecanismos de defensa se pierden y si ocurre algún vómito, el alimento podrá entrar en las vías respiratorias y provocar complicaciones pulmonares muy graves. Por tanto, no permita que su hijo(a) coma o beba nada, y siga las orientaciones de su médico anesthesiologo

¿Si la cirugía es de urgencia que hacer si mi hijo(a) acabó de alimentarse?

En esos casos existen métodos que pueden reducir bastante el riesgo de aspiración de alimentos al pulmón. El cirujano tiene plena conciencia de ese riesgo y solo indicará la cirugía bajo esas condiciones cuando juzgue que es absolutamente necesaria

¿En la consulta preanestésica se hace algún «test» para la anestesia?

No existe «test» de anestesia, ni siquiera test para identificar alergias antes de la anestesia. La evaluación preanestésica es de hecho, un examen médico dirigido por medio de la recolección de datos de la historia clínica y del examen físico específico para las necesidades del acto anestésico-quirúrgico

¿Es posible que mi hijo(a) se someta a una anestesia sin hacer el examen laboratorial previo?

Niños sanos, que no usan medicaciones diariamente y que serán sometidos a pequeñas cirugías, no necesitan exámenes preoperatorios. Sin embargo, solamente el cirujano y el anesthesiologo, después de examinar al paciente, pueden definir la necesidad de exámenes laboratoriales de acuerdo con las características individuales

¿Cuál es el riesgo de una anestesia?

El avance tecnológico que propicia nuevas medicaciones y nuevos equipos de monitorización, como también estudios e investigaciones clínicas, han convertido

la práctica moderna de la anestesiología en algo mucho más seguro de lo que era antes, reduciendo inmensamente los riesgos de accidentes o complicaciones provenientes de la anestesia. Por supuesto que el riesgo nunca es cero, existen factores, algunas veces inesperados, relacionados no solamente con la anestesia, sino con la propia cirugía, con las condiciones hospitalarias y con la condición clínica del niño, que pueden repercutir en un mayor riesgo anestésico-quirúrgico

¿Cuál es el tipo de anestesia que mi hijo(a) recibirá?

Los pacientes pediátricos en la mayoría de los casos, necesitan recibir anestesia general, que puede variar desde una sedación (en los exámenes diagnósticos), hasta una anestesia profunda (procedimientos quirúrgicos), lo que hace con que el paciente quede totalmente inconsciente y sin dolor durante la cirugía

En pediatría, a menudo asociamos la anestesia general con alguna técnica de bloqueo loco-regional, que va desde una epidural hasta una simple infiltración de anestésico local. Esas técnicas proporcionarán la ausencia de dolor en el postoperatorio

Acostumbramos a oír decir que la anestesia para niños es solamente un «algodoncito». ¿Es esta una anestesia más simple y con menores riesgos?

El «algodoncito» es simplemente el anestésico en forma de gas, inhalado junto con la respiración. Esas medicaciones son las mismas que se usan en la mayoría de las anestesias de los adultos

¿Qué es la inducción anestésica?

Es el inicio de la anestesia y se da dentro del quirófano o en la sala de examen. La inducción puede ser por inhalación, cuando el anestésico se administra a través de la respiración, o venosa, a través de la administración de medicaciones en vena. Inicialmente el anestésico inhalado puede generar una sensación dulce en la boca y una sensación de bienestar, los niños pueden reírse en ese período. Después de algunos minutos, el efecto del anestésico inhalatorio puede desencadenar una agitación psicomotora, con movimientos involuntarios por pocos minutos y después una rápida pérdida de la conciencia, o sea, el adormecimiento

¿Cuánto tiempo dura la anestesia?

En las cirugías con anestesia general, el avance tecnológico y farmacéutico permite que el médico anestesiólogo proporcione al paciente una anestesia con la misma duración de la cirugía, haciendo posible que el paciente solo se despierte al final de la operación

¿Qué es lo que mi hijo(a) sentirá después de la anestesia?

Depende de la edad, de la personalidad, de la cirugía, del tipo de anestesia y de las condiciones de salud del niño. En la mayoría de las anestesias, los niños no sienten y no se acuerdan de nada después, muchas veces quieren incluso jugar o alimentarse en el postoperatorio inmediato. Solamente un pequeño número de niños presenta algún tipo de reacción después de la anestesia, siendo más frecuente en niños pequeños, que muchas veces no saben explicar o no entienden lo que están sintiendo. Esos niños pueden presentar irritación, agitación o llanto inconsolable, y en la gran mayoría de los casos no es necesaria ninguna medicación para el tratamiento

¿Qué es lo que los niños pueden beber y comer después de la cirugía y de la anestesia?

En casos en los que no existen restricciones alimentarias en el postoperatorio, lo ideal es esperar hasta que el niño demuestre que está con hambre. En ese momento, debemos ofrecer un líquido sin grasas (agua, té, jugo de fruta o gelatina), y después de la ingestión esperar entre 10 a 15 minutos para evaluar si el niño no presentará náuseas o vómitos. Esos síntomas pueden ocurrir después de la anestesia y de la cirugía. No habiendo incomodidad alguna después de la ingestión de líquidos, podemos autorizar poco a poco la dieta habitual del niño

¿Cómo podemos colaborar para una anestesia tranquila y segura en nuestro hijo(a)?

En primer lugar, sea honesto con su hijo (a), cuénteles la verdad sobre la anestesia y la cirugía, busque un lenguaje que el niño pueda comprender. Mentirle nunca lo ayudará y le generará situaciones inesperadas, ansiedad y muchas veces la ruptura de los lazos de confianza entre padres e hijos. Su hijo(a) necesita su apoyo

y su sinceridad

¿Por qué es tan importante la presencia de los padres junto al hijo antes y después del término de la cirugía?

Diversos estudios han comprobado que la presencia de uno de los padres acompañando al niño al momento inicial de la anestesia, o sea, en la inducción, lo beneficia cuando los padres están tranquilos. Por tanto, la presencia de padres tranquilos ayuda a aumentar la colaboración de sus hijos, reduce la ansiedad de los niños y disminuye los riesgos de agitación y alteraciones de comportamiento al despertar de la anestesia²

El uso del boletín informativo con la finalidad de aumentar el conocimiento y la satisfacción y de reducir la ansiedad de los responsables se propuso en este artículo, como una estrategia no farmacológica, con el objetivo principal de reducir la ansiedad del niño al momento de la inducción anestésica, en conformidad con el análisis multicéntrico que evidencia que el suministro de informaciones y la PPIA son factores de impacto en los niveles de satisfacción de los niños y de sus parientes con relación a la anestesia. Además se afirman que el uso de material pedagógico o material de lectura, incluso con informaciones básicas, es eficiente para promover la educación y el conocimiento a los padres sobre los cuidados peroperatorios de sus hijos.

En el presente estudio, el folleto informativo se le entregó al responsable con una antelación mínima de 30 minutos en la sala de espera del quirófano, para que tuviese tiempo suficiente de leer las informaciones y orientar a los niños en cuanto al procedimiento anestésico antes de la entrada a la SO (quirófano), y se presupuso que el tiempo para la lectura del folleto fuese de aproximadamente diez minutos. En cuanto al momento de la entrega del material informativo, no existe un consenso en la literatura actual sobre cuál es el momento ideal para informar a los responsables.

² Tomado de Rev. Bras. Anesthesiol. vol.63 no.6 Campinas Nov./Dec. 2013. Disponible en http://www.scielo.br/img/revistas/rba/v63n6/es_a06fig01.jpg

III. OBJETIVOS

3.1. **General:**

Conocer las creencias y temores en anestesia general y regional en pacientes programados para cirugía en Hospital de Día, Hospital Roosevelt. Durante el periodo comprendido de Enero a Octubre de 2015.

3.2. **Específicos:**

- 3.2.1. Determinar el porcentaje de pacientes que refieren temor previo a su procedimiento quirúrgico
- 3.2.2. Identificar el tipo de personalidad de los pacientes que refieren temor al momento de la cirugía-
- 3.2.3. Enumerar las creencias más frecuentes sobre anestesia general y regional

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

- 4.1. **Tipo de Estudio:** Descriptivo, ya que se identificó y describió las creencias y temores más comunes sobre anestesia regional y general, en pacientes programados para cirugía, en Hospital de Día, Hospital Roosevelt, en el departamento de Anestesiología. Durante el periodo comprendido de Enero a Octubre de 2015.
- 4.2. **Población:** Pacientes con mayoría de edad, programados para cirugía en Hospital de Día, Hospital Roosevelt
- 4.3. **Sujeto de Estudio:** Creencias y temores más comunes sobre anestesia regional y general expresados por los pacientes
- 4.4. **Cálculo de la muestra:** durante el año 2013 en Hospital de Día, de Hospital Roosevelt fueron realizadas 1197 cirugías. En las cuales fueron utilizadas técnicas de anestesia regional o general. Se hizo el cálculo de la muestra para tener un nivel de confianza del 95 % y margen de error del 5 %, Aplicando la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z^2 * P * Q * N}{E^2 (N - 1) + Z^2 * P * Q}$$

Dónde:

n = Número de elementos de la muestra.

N = Número de elementos del universo.

P/Q = Probabilidades con las que se presenta el fenómeno.

Z2 = Valor crítico correspondiente al nivel de confianza elegido; siempre se opera con valor sigma 2, luego Z = 2.

E = Margen de error permitido (a determinar por el director del estudio).

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2 \cdot (n-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 50 \cdot 50 \cdot 1197}{(5)^2 \cdot (1197-1) + (1.96)^2 \cdot 50 \cdot 50}$$

$$n = \frac{(3.8416)(50)(50)(1197)}{(25)(1196) + (3.8416)(50)(50)}$$

$$n = \frac{11,495,988}{39,504}$$

$$n = 291.00$$

Se obtuvo un resultado de: 291 **pacientes**. Dado lo anterior, ese es el número de pacientes que formaron parte del estudio tomando en consideración los criterios de inclusión. Durante enero a octubre de 2015.

4.5. Criterios de Inclusión:

- 4.5.1. Pacientes de ambos sexos programados para cirugía electiva y con evaluación pre anestésica que tendrán plan anestésico general o regional
- 4.5.2. Mayores de 18 años

4.6. Criterios de Exclusión:

- 4.6.1. Pacientes que ya se encuentran ingresados en el algún servicio del Hospital Roosevelt
- 4.6.2. Pacientes con alteraciones de la conducta o conciencia que no respondan adecuadamente a las interrogantes

4.7. Cuadro de Operacionabilidad de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidad de Medición
Creencias	Conjunto de ideas en las cuales se cree lo suficiente como para considerarlas una verdad.	<p>a." Las personas se quedan en la anestesia y no despiertan"</p> <p>b."Puedo recordar, o despertar durante la anestesia."</p> <p>c."El despertar es terrible."</p> <p>d. No se recupera la consciencia.</p> <p>e. otro</p>	Cualitativa	Nominal	Tipo
Temor/Miedo	Perturbación angustiosa del ánimo por un <u>riesgo</u> o <u>daño</u> real o imaginario.	<p>a. "Morir durante la anestesia general".</p> <p>b. "Sentir dolor o recordar tras la operación. "</p> <p>c. "No resistir la anestesia"</p> <p>d. Imposibilidad para mover miembros inferiores o superiores después de la anestesia regional.</p> <p>e. otro</p>	Cualitativa	Nominal	Tipo
Anestesia	La anestesia es la ausencia, ya sea total o parcial, de la sensibilidad. El término, por lo general, se utiliza para referirse a la acción médica que consiste en inhibir el dolor en un paciente mediante el suministro de una sustancia con propiedades anestésicas.	<p>a. Anestesia General:</p> <p>Pérdida total de la sensibilidad.</p> <p>b. Anestesia Regional</p> <p>Pérdida parcial de la</p>	Cualitativa	Nominal	Tipo

		sensibilidad.			
No. De asistencia anestésica	Número de veces que un paciente ha recibido suministro de anestesia regional o general.	a. Primera intervención anestésica b. Múltiples intervenciones anestésicas	Cuantitativa	Razón	Número
Sexo	En su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.	a. Femenino b. Masculino	Cualitativa	Nominal	Mujer Hombre
Dudas previas al acto anestésico quirúrgico	Es una indeterminación entre dos decisiones o dos juicios. Se trata de una vacilación que puede experimentarse ante un procedimiento anestésico quirúrgico.	a. Dudas en relación a la anestesia b. Dudas en relación a la cirugía	cualitativa	nominal	Si No
Visita pre anestésica	Es aquella que tiene como objetivo generar confianza y mostrar un ambiente confortable, sin embargo lo más importante es evaluar el estado emocional y físico del paciente, además de dar tranquilidad. Dando a conocer el acto anestésico y factores relacionados. La valoración en este tipo de pacientes es compleja y debe llevarse a cabo sin prisa.	Indicaciones pre anestésicas: a) Abordaje anestésico b) Duración aproximada de la anestesia c) Posibles riesgos de la anestesia d) Monitorización intraoperatoria e) Molestias posoperatorias Consejería Pre Operatoria f) Ayuno g) Manejo de medicame	Cualitativa	Nominal	Si No

		<p>ntos preoperat orios</p> <p>h) Aseo personal</p> <p>i) Preguntas hacia el paciente o viceversa.</p>			
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Mayores de edad >18 años	Cuantitativa	Ordinal	años
Personalidad	La personalidad es el conjunto de características físicas, genéticas y sociales que reúne un individuo, y que lo hacen diferente y único respecto del resto de los individuos	N, Emocionabilidad E, Extraversión P, Psicoticismo S, Sinceridad	Cualitativa	nominal	Cuestionario EPQR-A

4.8. Descripción del Proceso de Selección de la Muestra

En el estudio se incluyeron a 291 pacientes (dato del muestreo), mayores de 18 años de edad que decidieron participar de forma voluntaria en la investigación y que fueron programados para procedimientos quirúrgicos en Hospital de Día, del Hospital Roosevelt, seleccionándolos en base a los criterios de inclusión de la siguiente forma:

- Primeramente se solicitó por escrito el permiso pertinente, a los encargados o jefes de cirugía, anestesia y enfermería, de Hospital de Día, para que permitan el acceso a las instalaciones y de ésta manera poder llevar a cabo la investigación. Dando a conocer los motivos de la investigación.
- El investigador fue la principal persona en recaudar los datos de los pacientes.
- Si por alguna circunstancia o inconveniente el médico investigador no le era posible realizar el cuestionario, se solicitó la ayuda y colaboración del médico residente de primer año que estaba rotando en dicha área.
- Se completó la muestra en un lapso de dos meses y una semana. Tomando únicamente días hábiles, en horarios de siete a nueve de la mañana y de trece a catorce horas.
- El cuestionario se realizó en el primer horario mencionado, seguido del cuestionario EPQR-A.
- Se ingresaba a la sala de espera de Hospital de Día, en donde el médico investigador se presentaba de manera pública a los pacientes programados, con el afán de ser identificado.
- Se entrevistó diariamente a los pacientes programados, previo a que fueran ingresados a sala de operaciones.
- La entrevista se realizó de manera privada y discreta, para la mejor tranquilidad del paciente y se transmitiera confianza en él, para obtención de datos fácilmente.

- A cada entrevistado y familiar se les explicó el motivo de la entrevista, si los mismos permitían y daban la aprobación de su participación, se les pasó el cuestionario, el cual fue llenado por el médico investigador.
- Se utilizó palabras acordes al nivel socioeconómico del paciente, evitando términos médicos que fueran difíciles de comprender.
- Asimismo también se solicitó la autorización del familiar que acompaña, para que autorizara la entrevista. Posteriormente, se dio los respectivos agradecimientos por la participación.

4.9. Descripción del instrumento recolector de la información

Se utilizó una boleta de recolección de datos, elaborada en base a cuestionario validado en estudios previos, tomando en cuenta las variables y objetivos del estudio.

Compuesta de dos apartados, así:

Primer apartado: Se obtuvieron datos generales del paciente, así como datos de su expediente. No se solicitara nombre ni apellidos.

Segundo apartado: Consta de 14 preguntas, De las cuales, únicamente 7 preguntas tienen respuesta cerrada (si, no). Cinco preguntas con respuesta múltiple. Y dos preguntas en las cuales el paciente puede expresarse abiertamente.

(Ver anexo 1).

Asimismo conjuntamente se determinó el tipo de personalidad de los pacientes participantes haciendo uso de la versión española del cuestionario EPQR-A.

(Ver anexo 1.1)

4.10. Aspectos Éticos

A cada paciente que formó parte del estudio se le explicó de forma verbal y clara en qué consiste el estudio, su naturaleza, objetivos, procedimiento.

Asimismo, se le informó al participante que tiene plena libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee. Dicha información se le brindó al momento de iniciar la entrevista y verificar que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión.

Se explicó que beneficios conlleva el estudio y como ayudará directamente al paciente.

Se garantizó la confidencialidad en el manejo de la información proporcionada por el paciente al momento de obtener sus datos personales.

Cada encuesta tiene un código para identificar la boleta de recolección de datos del paciente y así mantener la mayor confidencia posible.

También se garantizó el uso de la información únicamente para los fines originales del estudio.

4.11. Análisis Estadístico

- Para el análisis estadístico de dicho estudio se creó una base de datos en Microsoft Excel 2012 para ingresar los datos obtenidos de los pacientes que
Fueron incluidos en el estudio.
- Se analizó los resultados elaborando frecuencias, identificando las variables en estudio.
- Los resultados de las variables incluidas se presentaron en tablas y gráficas de distribuciones de frecuencia.

V. RESULTADOS

Las creencias que las personas adquieren están íntimamente relacionadas con los resultados de su realidad actual. Se entiende por creencia: ideas en las cuales se cree lo suficiente como para considerarlas una verdad. El temor que muchas veces generan nuestras creencias, son un pensamiento, un huésped que nosotros hemos albergado en nuestra mente y, que paulatinamente nos puede ir afectando. Éste temor nos hace construir pensamientos equivocados y hace ver las situaciones peor de lo que en verdad son.

En el presente estudio se determinó de manera descriptiva las Creencias y Temores en Anestesia general y Regional, realizado en pacientes programados para cirugía en Hospital de Día, Hospital Roosevelt, durante el periodo comprendido de Enero a Octubre de 2015,

Población en estudio: Pacientes con mayoría de edad, programados para cirugía de manera electiva

Resultados: Se pudo contemplar que el 91% (264) de los pacientes refirieron miedo al procedimiento quirurgico, mientras el 9%(27) respondieron que no. Y el 98%(286) de los pacientes refirieron sentir miedo a la anestesia que se les administrara, mientras que el resto no.

Se observó que la mayor parte de los pacientes participantes en el estudio, pertenecen a los grupos entre 31-40 y 41-50 años, correspondientes a un 52% (152 pacientes). El otro 48% ya son personas en límites de la vida (jóvenes y ancianos) y una Media=44 años.

De los pacientes que refirieron temor a la anestesia, el 47%(137) de pacientes según el cuestionario de personalidad, muestran N= personalidad de emocionabilidad, ansioso. El 29%(82), corresponden a E= extravertido, sociable, comunicativo. Un 8%(21) P=Psicoticismo, Dureza y un 16% (46) S=Sinceridad.

TABLA 1

CREENCIAS Y TEMORES SOBRE EN ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL

DISTRIBUCION POR RANGO DE EDAD

EDAD EN AÑOS	F	M	PACIENTES	%
18-30 años	38	21	59	20%
31-40 años	68	25	93	32%
41-50 años	38	21	59	20%
51-60 años	24	15	39	13.5%
61-70 años	12	13	25	8.5%
71-80 años	6	7	13	4.5%
>81 años	2	1	3	1%
Totales	188(64.6%)	103(35.4%)	291	100%

Fuente: Boleta recolectora de Datos

Moda	38 años	Q1= 32.33
Media	44 años	Q2= 39.37
Mediana	40 años	Q3= 52.67
DE	13.06	

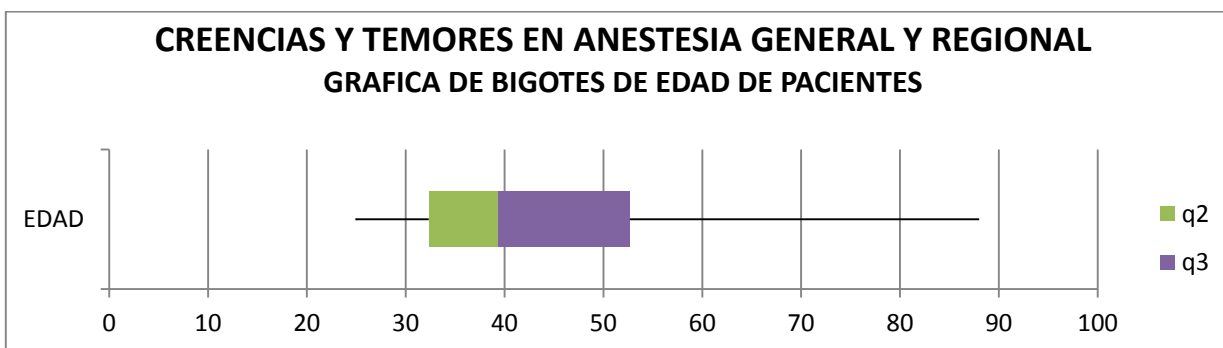


TABLA 1

Se observa en la tabla 1 que la mayor parte de los pacientes participantes en el estudio, pertenecen a los grupos entre 31-40 y 41-50 años, correspondientes a un 52% (152 pacientes), y según sexo, se contempla que el mayor porcentaje equivale a 64.6% del sexo femenino y 35.4% corresponde al sexo masculino. Según la gráfica de bigotes el 25% de la población está por debajo de la edad de 32 años y el 75% se encuentra por encima de 52 años, la edad mínima es 25 años y la máxima 88 años.

TABLA 2

**CREENCIAS Y TEMORES SOBRE EN ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL
RELACION SEGUN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE TEMOR AL PROCEDIMIENTO
QUIRURGICO Y EL SEXO DE LOS PACIENTES**

¿Siente temor actualmente por el Procedimiento quirúrgico?	Fem	%	Masc	%	Frecuencia
Si	179	62 %	85	29 %	264 (91%)
No	9	3 %	18	6%	27 (9%)
Totales	188		103		291

Fuente: Boleta recolectora de Datos

TABLA 2

Se puede contemplar que el 91% (264) de los pacientes refirieron miedo al procedimiento quirurgico, mientras el 9%(27) respondieron que no. Paralelo a ello se observa que el sexo femenino es el que obtiene mayor porcentaje con 62%, que equivale a 179 pacientes.

TABLA 3

**CREENCIAS Y TEMORES SOBRE EN ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL
RELACION SEGÚN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE TEMOR A LA ANESTESIA Y EL
SEXO DE LOS PACIENTES**

Respuesta	No.	FEM	MASC
Si	286 (98%)	185	101
No	5 (2%)	3	2
TOTALES	291 (100%)	188	103

Fuente: Boleta recolectora de Datos

TABLA 3

En ésta distribución se puede contemplar que el 98%(286) de los pacientes refirieron sentir temor a la anestesia que se les administraría, mientras que el resto no. Pero se evidencia que el miedo es mayor a la anestesia necesaria para las cirugías, presentándose en casi toda la muestra (98%). En esta ocasión, el sexo más afectado es el femenino, al igual que en la tabla anterior.

TABLA 4

**CREENCIAS Y TEMORES SOBRE EN ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL
DISTRIBUCION SEGÚN EL ORIGEN DEL TEMOR A LA ANESTESIA**

¿Cuál es el origen del temor a la anestesia?	No.
Por experiencias previas	3 (2%)
Comentarios de otros	283 (98%)
TOTAL	286

Fuente: Boleta recolectora de Datos

Tabla 4

En esta distribución, podemos observar que de los 286 pacientes que respondieron que tenían temor a la anestesia, solo 2% (3) de los pacientes, refieren que el temor tiene su origen por experiencias previas, mientras que el resto 98%(259), es por comentarios de otras personas.

TABLA 5

**CREENCIAS Y TEMORES SOBRE EN ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL
DISTRIBUCION SEGÚN EL ANTECEDENTE DE ANESTESIAS PREVIAS**

¿ANESTESIAS PREVIAS?	No.
Si	48 (17%)
No	243 (83%)

Fuente: Boleta recolectora de Datos

TABLA 5

El 83%(243) de los pacientes que formaron parte del estudio, nunca habían recibido asistencia anestésica para cirugías, solo el 17%(48).

TABLA 6

CREENCIAS Y TEMORES SOBRE EN ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL
DISTRIBUCION QUE ENUMERA Y DEMUESTRA LOS PRINCIPALES TEMORES A LA
ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL

Respuesta a anestesia General.	No.	%
a. morir	112	38.5
b. Permanecer consiente	55	19%
c. despertar con secuelas	50	17%
d. Sentir dolor	60	20.5%
e. Temor inexplicable	14	5%
Totales	291	100%
Respuesta a anestesia Regional		
a. morir	10	3.5%
b. Quedar con secuelas neurológicas	73	25%
c. Nunca mover miembros	124	42.5%
d. Sentir dolor	67	23%
e. Temor inexplicable	17	6%
Totales	291	100%

Fuente: Boleta recolectora de Datos

Tabla 6

En esta tabla se preguntó de manera cerrada a los pacientes, cuál era su temor, si fuera a recibir anestesia general, observando que el 38.5%(112) respondieron que era el de morir durante este abordaje. Y el 19% y 17% a permanecer consientes y sentir dolor, respectivamente.

Paralelo a ello, también se indagó cual era el temor más intenso, si fueran a recibir anestesia regional, respondiendo a la interrogante el 42.5%(124) y 25% (64), pérdida de la movilidad de miembros o tener secuelas neurológicas, respectivamente.

TABLA 7

**CREENCIAS Y TEMORES SOBRE EN ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL
DISTRIBUCION QUE RELACIONA A LOS PACIENTES QUE RECIBIERON VISITA
PREANESTESICA Y LOS QUE DESPEJARON Y PREGUNTARON DUDAS CON EL
ANESTESIOLOGO.**

	¿Recibió visita pre anestésica?	¿Despejo dudas y preguntas?
Si	291(100%)	109(37.5%)
NO	0	182(62.5%)

Fuente: Boleta recolectora de Datos

Tabla 7

El 100%(262) de los pacientes, previo a realizarse el procedimiento quirúrgico, recibieron visita y evaluación pre anestésica, pero el 62% (182) no despejo dudas ni realizó preguntas.

TABLA 8

**CREENCIAS Y TEMORES SOBRE EN ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL
DISTRIBUCION DE LOS COMENTARIOS ESCUCHADOS ACERCA DE LA ANESTESIA
GENERAL QUE PROVOCA TEMOR EN LOS PACIENTES**

Morir, no despertar, no reaccionar Los ancianos no aguantan la anestesia Sentir toda lo la operación	Comentarios comunes	muy
Oír todo durante la operación A veces colocan mucha o poca anestesia		
Usan drogas fuertes para dormir a la gente y se vuelven después adictos		
La anestesia "de todo el cuerpo es la más peligrosa Esos medicamentos dañan el cerebro	Comentarios comunes	menos
Dañan el hígado y los riñones		
Se Pierde la memoria		
Después de la anestesia dan convulsiones Los que fuman se ahogan durante la anestesia y no vuelven Puede dar alergias fuertes	Comentarios mencionados	poco
Baja las defensas del cuerpo		
Se "hincha todo el cuerpo		
Se puede levantar uno durante la anestesia Se "seca la leche materna"		

Fuente: Boleta recolectora de Datos

Tabla 8

En esta tabla se ven reflejados los comentarios que los pacientes han escuchado de manera externa sobre la anestesia general, en color amarillo se desglosan los que la mayoría de pacientes mencionaron y que provocan temor intenso en ellos. En color verde se presentan los menos comunes y en celeste los que fueron mencionados por pequeño número de pacientes.

TABLA 9

**CREENCIAS Y TEMORES SOBRE EN ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL
DISTRIBUCION DE LOS COMENTARIOS ESCUCHADOS ACERCA DE LA ANESTESIA
REGIONAL QUE PROVOCA TEMOR EN LOS PACIENTES**

Parálisis de las piernas Debilidad de las piernas No pega a veces la anestesia No alcanza la anestesia	Comentarios muy comunes
Hasta el otro día, "despiertan las piernas" Me sacan liquido de la columna	Comentarios menos comunes
Después salen hernias en la columna Se "hinchon las piernas" Se queda con dolor en la espalda , que no alivia	Comentarios poco mencionados

Fuente: Boleta recolectora de Datos

Tabla 9

Conjuntamente con la tabla anterior, se presenta en ésta, los comentarios que las personas o pacientes hacen acerca de la anestesia regional. Igualmente en amarillo los comentarios más comunes, en verde los menos comunes y el azul los comentarios que ocasionalmente fueron mencionados.

TABLA 10

**CREENCIAS Y TEMORES SOBRE EN ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL
DISTRIBUCION SEGÚN LA RELACION ENTRE LOS PACIENTES QUE REFIRIERON TEMOR A LA
ANESTESIA Y EL TIPO DE PERSONALIDAD DADO POR EL CUESTIONARIO EPQR-A**

No. De Pacientes	Personalidad
137 (47%)	Escalon N= de emocionabilidad, ansioso
82 (29%)	Escalon E = de extroversion, sociable, comunicativo
46 (21%)	Escalon S= de sinceridad,
21 (8%)	Escalon P= de psicoticismo, dureza
Total 286 pacientes	

Fuente: Boleta Recolectora de Datos

Tabla 10

En esta distribucion se observa que de los pacientes que refirieron temor a la anestesia, el 47%(137) de pacientes según el cuestionario de personalidad, muestran N= personalidad de emocionabilidad, ansioso. El 29%(82), corresponden a E= extravertido, sociable, comunicativo. Un 8%(21) P=Psicoticismo, Dureza y un 16% (46) S=Sinceridad.

VI. DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En los últimos años las personas han venido formando diversidad de creencias en relación a varios temas y áreas de la medicina y no está exenta la rama de la anestesiología. Todos éstos generan en la mayoría de veces temores innecesarios.

Cuando un paciente se le informa que debe recibir un tratamiento quirúrgico por determinada patología, lo primero que inunda su ser es una enorme angustia, debido al día y momento en que deberá recibir el tratamiento anestésico, el origen de ésta angustia y miedo suele ser por ideas, historias, comentarios u opiniones que divagan o merodean en las salas hospitalarias o fuera de éstas.

Tomando en cuenta lo anterior el anestesiólogo tiene la ardua labor de ayudar durante la visita pre anestésica o en la pre medicación, despejando dudas y respondiendo preguntas relacionadas a este tema. En el presente estudio se analizó las creencias y temores sobre anestesia general y regional, en la población ya mencionada, haciendo hincapié en lo siguiente:

Se observó que la mayor parte de los pacientes participantes, pertenecen a los grupos entre 31-40 y 41-50 años, correspondientes a un 52% (152 pacientes). El otro 48% ya son personas en límites de la vida (jóvenes y ancianos). Asimismo el sexo predominante fue el femenino con 188(65%). ***Considerando que los procedimientos más comunes en Hospital de Día son colecistectomías y cirugías de vía biliar, se relaciona con éstos datos, porque estas cirugías suelen darse en personas cercanas y alrededor de la cuarta década. Confirmado por la media de la población 44 años. (27)***

Se contempló que el 91% (264) de los pacientes refirieron miedo al procedimiento quirúrgico, mientras el 9%(27) respondieron que no. Y el 98%(286) de los pacientes refirieron sentir miedo a la anestesia que se les administraría, mientras que el resto no. El grupo femenino fue el que refirió en mayor porcentaje temor a la anestesia. Lo anterior es razonable, como lo menciona la literatura, las mujeres tienden a ser por naturaleza más temerosas y sensibles que la población masculina, además demuestran temor por dejar a sus hijos y familia sin su apoyo y compañía, resultados similares mostro la encuesta nacional española realizada por

la asociación de cirujanos en el 2014³, sobre los temores del paciente ante una intervención de cirugía general.

El temor es una respuesta normal ante la situación quirúrgica y en mayor intensidad cuando nunca han sido sometidos a algún procedimiento y se carece de información adecuada. Este temor es común en la mayoría de los pacientes, se evidencia que éste no es a la cirugía, ni la posibilidad de dolor posterior a ello, por el contrario, el miedo es a no recuperarse de la anestesia. Esto fortaleció éste estudio, para indagar el porqué de este temor?

De los 286 pacientes que respondieron que tenían temor a la anestesia, solo 2% (3) de los pacientes, refieren que el miedo tenía su origen por experiencias previas, mientras que el resto 98%(259), es por comentarios de otras personas, *lo que avala la presente investigación, para concluir que muchas veces el miedo es generado por comentarios de extraños que muchas veces carecen de la información necesaria y real sobre los abordajes anestésicos.*

El 83%(243) de los pacientes que formaron parte del estudio, nunca habían recibido asistencia anestésica para cirugías, solo el 17%. *A pesar de ello, en este pequeño porcentaje se evidencio qué había pacientes que continuaban presentando temor a la anestesia. Lo que nos permitió especular, que muchos de ellos quizás no recibieron orientación adecuada e información en su primera anestesia, que despejara dudas y temores,* lo anterior también fue concluido por el estudio del canadiense P. Matthey⁴, en el cual el 84% de los pacientes estudiados no habían recibido orientación pre anestésica y el 12% de su población refirió temor a morir trans operatoriamente.

Y para ir dando respuesta a nuestro objetivos, se preguntó de manera cerrada a los pacientes, cuál era su temor, si fuera a recibir anestesia general, observando que el 38%(112) respondieron que era el de morir durante este abordaje. Y el 18% y 16% a

³ **Fernández, Maria Carmen.** Grupo de trabajo de la Asociación Española de Cirujanos (AEC). Encuesta Nacional año 2014 Revista Elsevier. Vol 93. NO. 10. Diciembre 2015. Consultado el 01 de junio de 2017. Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-encuesta-nacional-sobre-los-temores-S0009739X14003005>

⁴ P. Matthey, B.T. Finucane, B.A. Finegan. **The attitude of the general public towards preoperative assessment and risks associated with general anesthesia.** Can J Anaesth., 48 (2001), pp. 333-339 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/BF03014959> Medline

permanecer conscientes y sentir dolor, respectivamente. *El mayor porcentaje, es el que ha creado en la población en general el temor a la anestesia, por el cual, muchos pacientes a veces se niegan a recibir asistencia quirúrgica. Al no informar de manera adecuada a los pacientes el abordaje de anestesia general, esta técnica es sinónimo de muerte temporal.*

Paralelo a ello se indagó cual era el temor más intenso si fueran a recibir anestesia regional, respondiendo a la interrogante el 42%(124) y 24% (64), pérdida de la movilidad de miembros o tener secuelas neurológicas, respectivamente. *Muchas veces los pacientes prefieren escoger y se deciden por la anestesia general, tratando de evitar que esto pase. Al mencionarles que el anestésico se administrará en la espalda o medula espinal, rápidamente se imaginan una parálisis de miembros, pero esto ocurre por no brindarles la información y orientación necesaria. Considerando que muchas veces, la técnica anestésica regional conlleva menos riesgos, al estar el paciente únicamente sedado y respirando espontáneamente. Los datos obtenidos se asemejan a estudios previos, como el de Ceneniva y col. (20).*

El 100%(291) de los pacientes, previo a realizarse el procedimiento quirúrgico, recibieron visita y evaluación pre anestésica. Este es un requisito de Hospital de Día, para que todo sea programado adecuadamente. Esta oportunidad es la que debe ser aprovechada por los pacientes y por el anesthesiologo para poder comunicarse e intercambiar ideas y despejar dudas que se presenten, pero como pudo observarse 62. % (182) de ellos no lo hicieron. Se esperaba que toda la muestra hubiera hecho participación despejando interrogantes , al tener contacto con el personal de Anestesiología y evitar temores e ideas negativas con respecto a los abordajes anestésicos. El Dr. Lester Bonilla, anesthesiologo dijo: *“Las relaciones humanas en anestesia son más importantes que el conocimiento científico, una buena charla con el paciente ahorra muchos milagros del Diazepam”*

Por último se pudo determinar las creencias más comunes con respecto a los abordajes anestésicos general y regional, reflejadas en los comentarios expuestos por los pacientes. En la tabla 9 y 10 en color celeste se desglosan los que la mayoría de pacientes mencionaron y que provocan temor intenso. En color verde se presentan los menos comunes y en rojo los que fueron mencionados por pequeño número de pacientes. Estas tablas arrojaron información muy valiosa y curiosa. Puede tomarse como base para orientar a los pacientes y despejar las creencias que en ellos radica y con esto disminuir el temor con el cual se presentan previo a su cirugía.

Estas dos últimas distribuciones son la médula de la presente investigación, proporcionando información apreciable y que es desconocida por muchos anestesiólogos, incluyendo al investigador previo a la creación del presente informe.

Para finalizar se identificó que el 47%(137) de pacientes según el cuestionario de personalidad, muestran N= personalidad de emocionabilidad, ansioso. El 29%(82), corresponden a E= extravertido, sociable, comunicativo. Un 8%(21) P=Psicoticismo, Dureza y un 16% (46) S=Sinceridad. Demostrando que los pacientes en su mayoría, previo a una cirugía demuestran ser ansiosos, sensibles y emocionales. Esto viene a ser otro punto de apoyo, como lo demuestra en su estudio Navarro-García⁵, que pacientes que van a ser sometidos a cirugía y anestesia, la ansiedad se presenta al menos una semana antes del procedimiento. (28)

⁵ M.A. Navarro-García, B. Marín-Fernández, V. de Carlos-Alegre, A. Martínez-Oroz, A. Martorell-Gurucharri, E. Ordoñez-Ortigosa. **Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardíaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos.** Rev Esp Cardiol., 64 (2011), pp. 1005-1010 . Disponible en; <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2011.06.009>. Medline

6.1. CONCLUSIONES

- 6.1.1. Se determinó que el 91% (264) de los pacientes refirieron temor al procedimiento quirúrgico, mientras el 9%(27) respondieron que no. El 98%(286) de los pacientes refirieron sentir temor a la anestesia que se les administrara, mientras que el resto no. De los 286 pacientes que respondieron que tenían miedo a la anestesia, solo 2% (3) de los pacientes, refieren que el temor tiene su origen por experiencias previas, mientras que el resto 98%(259), es por comentarios de otras personas.
- 6.1.2. De los pacientes que refirieron temor a la anestesia, el 47%(137) de pacientes según el cuestionario de personalidad, muestran N= personalidad de emociabilidad, ansioso. El 29%(82), corresponden a E= extravertido, sociable, comunicativo. Un 8%(21) P=Psicoticismo, Dureza y un 16% (46) S=Sinceridad.
- 6.1.3. Las creencias/temores más comunes sobre anestesia general son:
- a) **Morir, no despertar, no reaccionar**
 - b) **Los ancianos no aguantan la anestesia**
 - c) **Sentir toda lo la operación**
 - d) **Oír todo durante la operación**
 - e) **A veces colocan mucha o poca anestesia**
- 6.1.4. Las creencias/temores más comunes sobre anestesia regional son:
- a) **Parálisis de las piernas**
 - b) **Debilidad de las piernas**
 - c) **No pega a veces la anestesia**
 - d) **No alcanza la anestesia**

6.2. RECOMENDACIONES

- 6.2.1. Continuar con la realización de evaluación pre anestésica para tener la oportunidad de acercamiento a los pacientes y aprovechar para dar plan educacional, explicación de los abordajes anestésicos y brindar tiempo para que los pacientes puedan resolver dudas y preguntas
- 6.2.2. Gestionar la realización e impresión del trifoliar que se encuentra como anexo 2, con el fin de brindar y transmitir información sobre las técnicas anestésicas, resolviendo las dudas y despejando creencias, que muchas veces por el corto tiempo con que se cuenta no es posible realizarlo verbalmente, tomando de base los resultados obtenidos y proporcionarlos a cada paciente que esté programado para cirugía,
- 6.2.3. Reunir a los pacientes que serán sometidos a cirugía y sus familiares, con el fin de que el anestesiólogo pueda ahorrar tiempo y tenga la oportunidad de un mejor acercamiento con ellos, haciendo énfasis en dudas e inquietudes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. López, Edu. Inconsciente consciente (Blog Internet). El concepto de creencia. (en línea). 2014. Consultado el 30 de abril.

Disponible en: <http://inconscienteconsciente.com/>

2. FAT. Noticias de Salud (Blog Internet). España. Francisco Acedo. Noviembre 2010. Consultado el 30 de abril de 2014.

Disponible en: <http://noticiadesalud.blogspot.com/2010/11/anestesia-general-mas-que-dormir.html>

3. Rev. Bras. Anesthesiol. Ansiedad preoperatoria en niños: utilización de la escala de Yale modificada. (en línea) 2006, vol.56, n.6. Consultado el 30 de abril 2014.

Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-70942006000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

4. Calabrese, Gustavo y Mariela Oneto. Perfil Psicológico De Los Miedos A La Anestesia. (en línea). Uruguay. Revista de la S.A.U., 1995; 12: 1: 15-21. Consultado el 30 de abril de 2014.

Disponible en: http://www.clasaanestesia.org/revistas/uruguay/HTML/uruguayPerfil_Psicologico_De_Los_Miedos .htm

5. Salamanca, Nayibe. Evaluación pre anestésica. (en línea). Universidad del Cauca, Colombia. Junio 2005. Consultado el 04 de mayo de 2014.

Disponible en:
<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2005/junio/EVALUACION%20PREANESTESICA.pdf>

6. Comolli, Adriana. Miedo a la Anestesia. (en línea). Argentina. Enero 2013. Consultado el 4 de mayo de 2014.

Disponible en: <http://www.grupogamma.com/2013/01/miedo-a-la-anestesia/>

7. Sánchez Navarro, Martha. Calidad de Vida. (Blog en internet). Las creencias enferman nuestro cuerpo. (en línea). Marzo 2014. Consultado el 25 de junio de 2014.

Disponible en: <http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/creencias-desarrollan-enfermedades.htm>

8. Santa María. El paciente y la anestesia. (Blog en internet). Educación al paciente. (En línea). Santiago de Chile. 2010. Consultado el 25 de junio de 2014.

Disponible en: www.clinicasantamaria.cl/edu_paciente/anestesia.htm

9. Micarelli, Lucas. Preanestesia. (Blog en internet). ¿Por qué el miedo a recibir anestesia? (en línea). Junio 2014. Consultado el 25 de junio de 2014.

Disponible en: <https://anestesianotti.com.ar/preanestesia.html>

10. Domínguez, José Bernardo. La Dosis. (blog en internet). Mitos y Realidades de la Anestesia. (en línea). Consultado el 25 de junio de 2014.

Disponible en: <http://www.ladosis.com/index.php/home/actualidad/1598mitos-y-realidades-de-la-anestesia>

11. SEDAR (Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. El miedo a la Anestesia. Artículo No. 5. 2005. Consultado el 25 de junio de 2014.

Disponible en: <http://demo1.sedar.es/index.php?option=content&task=view&id=105>

12. Plata, Luisa. Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica. Mitos y realidades de la anestesia. (En línea). 2009. Consultado el 25 de junio de 2014

Disponible en: <http://www.luisaplata.com/>

13. Frater, Eugenio. Secretos del sueño quirúrgico (revista en línea). Revista Dominical. No. Rif J-00037398-1. Consultado el 25 de junio de 2014

Disponible en: <http://www.revistadominical.com.ve/noticias/salud-y-belleza/secretos-del-sueno-quirurgico-.aspx>

14. **Gastón, Mikel & Dr. Miguel Castañeda Pascual. Preguntas frecuentes antes de la cirugía. Revista nº 29. Servicio de Anestesia y Reanimación Complejo Hospitalario de Navarra (en línea). Mayo - junio 2011. Consultado el 25 de junio de 2014**

Disponible en: http://www.zonahospitalaria.com/noticias/zh_29/preguntas_frecuentes.shtml

15. Abelleira, Gonzalo. Diario El Pueblo. ¿es realmente fundamentado el miedo a la anestesia raquídea? (en línea) Publicado en 24.04.2014. Uruguay. 2014. Consultado el 25 de junio de 2014

Disponible en: www.diarioelpueblo.com.uy/.../¿es-realmente-fundamentado-el-miedo-a-...

16. Valenzuela-Millán, Jacqueline, José René Barrera-Serrano, José Manuel Ornelas-Aguirre. *Revista Mexicana de Anestesiología. **Ansiedad preoperatoria en procedimientos Anestésicos.** (en línea) Volumen 78, No. 2, México. Marzo-Abril 2010.* Consultado el 25 de junio de 2014
Disponibile en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=66219077008
17. Carapia-Sadurni, Adriana. *Revista Mexicana de Anestesiología. **Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad Preoperatoria.** (en línea). Vol. 34. No. 4 . México. Octubre-Diciembre 2011pp 260-263.* Consultado el 25 de junio de 2014
Disponibile en: www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf
18. Escamilla Rocha, Martha. *Sus Médicos (blog en línea). El estrés preoperatorio pueden demorar la recuperación. Universidad Javeriana. Colombia. 2005.* Consultado el 25 de junio de 2014
Disponibile en: http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm
19. Ceneviva R, Castro e Silva Jr. – O paciente quirúrgico: relación médico paciente. *Medicina (Ribeira- Preto). 2008; 41 (3):252-258.* (en línea) Consultado el 1 de julio de 2014
Disponibile en: www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/es_v62n2a06.pdf
20. Meneses JAG. *Dilemas bioéticos en la práctica da anestesia. RevBrasAnesthesiol. 2001;51(5):426-430.*
21. Franca GV – *Los deberes en la cirugía. 2000. [Acceso: 11/feb./ 2011].*
Disponibile http://www.ibemol.com.br/sodime/artigos/obrigacao_meio_result.

22. Solca M – Evidence-based preoperative evaluation. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, v.20, n.2, p.231-236, 2006.
23. Bisinotto FMB, Pedrini Jr. M, Alves AAR, Andrade MAPR – Implantação do serviço de avaliação pré-anestésica em hospital universitário: dificuldades e resultados. Rev Bras Anesthesiol. 2007; 57(2):167-176.
24. Vivas, Vilma Margoth. **Nivel de Ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía. Revista Ciencia y Cuidado (en línea).** VOLUMEN 6 / NÚMERO 1 / AÑO 2009. Ciudad de Santander, Colombia. Consultado el 1 de julio de 2014.
Disponibile
en: www.ufps.edu.co/ufpsnuevo/publicaciones/archivos/RCYC-2009.pdf
25. Oliveira Cumino, Debora. **Impacto del tipo de información preanestésica sobre la ansiedad de los padres y de los niños** ^{(en} línea) Rev Bras Anesthesiol. 2013; **63(6)**:473–82. Consultado el 1 de julio de 2014.
Disponibile en: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034>
26. Sandin Bonifacio, Rosa M. Valiente. Versión española del cuestionario epqr-abreviado (epqr-a) (i): análisis exploratorio de la estructura factorial. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2002, Volumen 7, Número 3, pp. 195-205.
Disponibile en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/viewFile/3933/3787>
27. Ibáñez L, Velasco P, López F, Zúñiga A, Guzmán S, Llanos O. y cols. Colectomías laparoscópicas. Experiencia Clínica. Rev Chil Cir 2014; 46: 75-80.

Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000100004

28. Mardarás Platas, E. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. En revista Rol Año I. Barcelona: Ediciones Rol, S.A. Diciembre 2010, 5: 30-50

29. Labrador, FJ, Crespo, M. Evaluación del estrés. En Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., 2009: 484-536

30. Barrilero Gómez, José Alberto. Ansiedad y Cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada, año2012, documento en línea. Consultado el 19 septiembre de 2016.

Disponible en:
<https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>

VIII. ANEXOS



Anexo 1

Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Departamento de Anestesiología
Trabajo de Investigación. Dra. Carol Marín

Datos del Paciente

Registro:

Edad

Sexo

Procedimiento Quirúrgico planeado:

Plan anestésico:

Responda las siguientes preguntas

1. ¿Siente miedo actualmente al procedimiento quirúrgico? Si no
2. ¿Tiene miedo a la anestesia? Si no
3. ¿Cuál es el origen del miedo a la anestesia?
A. por experiencias previas
B. comentarios de otros
4. ¿Ha recibido algún tipo de anestesia anteriormente? Si no
5. ¿Cuántas veces ha recibido?
A. una
B. dos
C. tres o más
6. ¿Su miedo durante la anestesia GENERAL es a?
A. a morir
B. Permanecer consciente
C. A despertar con secuelas
D. Sentir dolor
E. Temor Inexplicable
7. ¿Su miedo durante la anestesia REGIONAL es a?
A. Morir
B. Quedar con secuelas Neurológicas
C. Nunca mover miembro
D. Sentir dolor
e. Temor inexplicable⁶

⁶ Cuestionario basado en: Calabrese, G. y Oneto, M. (1995). Miedos a la anestesia. Revista de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay, 12 (1), 15-21

8. ¿Usted sabe qué es un anestesiólogo?
- A. Enfermero
 - B. Médico
 - C. Técnico
 - D. No sabe
9. ¿Recibió visita pre anestésica? Si No
10. ¿El anestesiólogo le transmitió confianza?
Si No
11. ¿El anestesiólogo brindó la siguiente información?
- Abordaje anestésico Si No
- Se identificó con usted? Si No
12. ¿Usted despejo y pregunto sus dudas con el anestesiólogo? Si No
13. ¿Que ha escuchado acerca de la anestesia general, que provoca en usted miedo?
14. ¿Que ha escuchado acerca de la anestesia regional, que provoca en usted miedo?⁷

⁷ Cuestionario basado en: Calabrese, G. y Oneto, M. (1995). Miedos a la anestesia. Revista de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay, 12 (1), 15-21



Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt
Departamento de Anestesiología
Trabajo de Investigación. Dra. Carol Marín

Registro:

Edad:


Sexo:

Versión española del cuestionario EPQR-A (forma original)

si no Sub
escala

1.	¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?			N
2.	¿Es Ud. una persona habladora?			E
3.	¿ Le preocupa tener deudas?			P
4.	¿ Es Ud. mas bien animado/a?			E
5.	¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo / a que compartir con otros?			S
6.	¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?			P
7.	¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de Ud.?			S
8.	¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?			P
9.	¿Se siente con frecuencia harto/a (<hasta la coronilla>)?			N
10.	¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?			S
11.	¿Se considera una persona nerviosa?			N
12.	¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?			P
13.	¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?			E
14.	¿Es Ud. Una persona demasiada preocupada?			N
15.	¿Tiende a mantenerse callado/o en las reuniones o encuentros sociales?			E
16.	¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?			P
17.	¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?			S
18.	¿Sufre Ud. de los nervios?			N
19.	¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?			S
20.	¿Cuándo esta con otras personas .es Ud. mas bien callado/a?			E
21.	¿Se siente muy solo/a con frecuencia?			N
22.	¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?			P
23.	¿Las demás personas le consideran muy animado/a?			E
24.	¿Pone en práctica siempre lo que dice?			S

L.J. Francis, B. Brown y R. Philipchalk (1992). Versión española de B. Sandin (Sandin, Valiente y Chorot, 1999). Reproducido con permiso.



MITOS Y TEMORES EN ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL

Dra. Carol Marín
Anestesióloga

RECOMENDACIONES

TENGA CONFIANZA SIEMPRE EN SU ANESTESIOLOGO

TRANSMITA TODA LA INFORMACION QUE SE PIDA

**NO SE QUEDE CON DUDAS
¡PREGUNTE LO QUE QUERA SABER**

**NO HAGA CASO DE LOS QUE
OTRAS PERSONAS LE
CUENTEN ACERCA DE LA
ANESTESIA, MEJOR
PREGUNTE CON SU MEDICO,
ESTAMOS PARA AYUDAR!!**

¿Temor a la anestesia que va a recibir?



ESTE TRIPOLLAR QUE TIENEN SUS MANOS SE Hizo CON EL FIN DE DESPEJAR DUDAS TEMORES Y MITOS SOBRE LA ANESTESIA QUE RECIBIRA EN SU CIRUGIA, DEALO LE AYUDARA.

Después de haber leído que antes de recibir una anestesia general (o en algunas circunstancias) o anestesia regional (o durante la cirugía para el cuerpo), los médicos harán lo siguiente:

Realizaran una evaluación especial de su corazón y pulmones, harán exámenes de laboratorio y los resultados serán mostrados al médico que le administrara la anestesia.

El médico anestesiólogo le hará también una evaluación general antes de que le realice con su cirugía, le hará una serie de preguntas acerca de enfermedades que padezca, alergias, cirugías anteriores, fracturas y si toma algún medicamento (como o ingiera bebidas alcohólicas)

CUANTO MAS TIEMPO A SU ANESTESIOLOGO

Unos como paciente debe contar a su médico anestesiólogo si padece alguna enfermedad, si toma medicamentos regulares, SI ES DIABETICO O PADRE DE UN BEBEN ALTA, si padece de alergias, si ha recibido anestesia general y si ha presentado alguna complicación, debe ser sincero al responderle, con el fin de evitar problemas en su cirugía y anestesia.

MITOS Y TEMORES QUE DEBE DESPEJAR

NO AGUANTARE LA ANESTESIA, NO DESPERTARE, VOY A MORIR:

Antes de administrar la anestesia, le colocaran varios aparatos en su cuerpo para medir su presión arterial, para ver la función de su corazón, como se encuentra el oxígeno en sus pulmones, y además estarán oyendo el latido de su corazón minuto a minuto, la anestesia se administra a través del suero que le colocaran, cuando la cirugía finalice se cierran sueros y se apagan los anestésicos y usted empezara a despertar poco a poco. El anestesiólogo estará pendiente de usted en todo momento, segundo a segundo, estará cuidándolo. No se preocupe, mientras duerme, lo tendrán bien vigilado.

VOY A RECORDAR TODO O DESPERTAR DURANTE LA ANESTESIA:

Si usted recibe anestesia de una parte del cuerpo, va a recordar ciertas cosas de la cirugía, porque la anestesia esta solo en la parte que van a operar y solo se le colocará un sedante para evitar que se ponga ansioso o nervioso. Si recibe una anestesia general, le inyectaran varios medicamentos que lo harán dormir, relajarse y además le quitaran el dolor que produce la cirugía, estos medicamentos se administran continuamente por lo que no despertara hasta que el médico apague y deje de colocar los medicamentos.

POR MI EDAD NO VOY A AGUANTAR LA ANESTESIA:

Todo paciente puede recibir anestesia, pero hay ciertas personas en quienes se tiene más cuidado y precaución, en aquellos que padecen de alguna enfermedad, del corazón, pulmones, diabéticos, con

anemia, recién nacidos, ancianos, se toman las medidas necesarias para evitar complicaciones, en estos pacientes los anestésicos que se inyectaran, se hará con mucha cautela y de manera sufl. Además la cantidad y dosis de anestésicos que se usaran, será de acuerdo a la edad, peso y al tipo de cirugía que se le va a realizar. Tranquilos!!! Siempre estamos cuidándolos.

SI ME COLOCAN ANESTESIA EN LA ESPALDA, NO VOY A CAMINAR DESPUES, QUEDARA DEBILIDAD EN MIS MIEMBROS, VOY A SENTIR DOLOR CUANDO ME OPEREN:

Cuando la anestesia se coloca en la espalda, se dormirá solo la mitad de su cuerpo, de las caderas hacia abajo, todo lo que hagan y operen no dolerá, antes de empezar a operar hacen una prueba, no entrarán hasta que la mitad de su cuerpo este dormida. El medicamento que se inyecta durara más o menos una hora y media o un poquito más, luego poco a poco el efecto ira desapareciendo y automáticamente empezara a moverse y sentir de nuevo, al principio estarán débiles sus piernas porque estuvieron sin movimiento por cierto rato, pero ya después estarán como al inicio. El anestesiólogo busca siempre la forma de ayudarle no dañarlo.

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: “**CREENCIAS Y TEMORES SOBRE ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL**” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea de cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.