



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERETARO

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA

PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES ACERCA DEL TRABAJO DEL ANESTESIOLOGO

Tesis individual:

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Anestesiología.

Presenta:

Med. Gral. Yadira Cortés Viviano.

Dirigido por:

Med. Esp. Nicolás González Espinosa

SINODALES:

Med. Esp. Nicolás González Espinosa

Presidente

Med. Esp. David Flores Aparicio

Secretario

Dr. Carlos Francisco Sosa Ferreyra

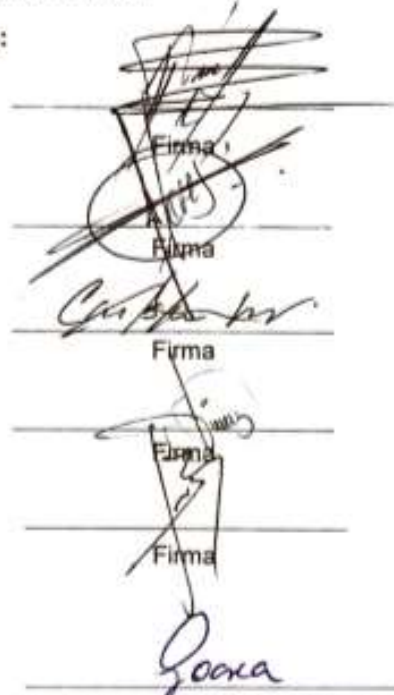
Vocal

M.C. Maria Teresita Ortiz Ortiz

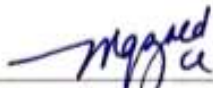
Suplente

Med. Esp. Miguel Lloret Rivas

Suplente

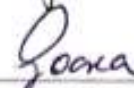


Firma
Firma
Firma
Firma
Firma



Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea

Directora de Facultad de Medicina



Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña

Directora de Investigación y Posgrado

Querétaro, Qro.

Octubre 2018

RESUMEN

A pesar de que la Anestesiología es una especialidad médica que ha tenido avances importantes y todo esto ha contribuido en una disminución de las complicaciones en el paciente quirúrgico relacionadas con la anestesia; la literatura médica ha demostrado que los pacientes presentan una falta de conocimiento de la educación médica y el rol del Anestesiólogo, así mismo uno de sus mayores temores y causa de ansiedad es la administración de la anestesia. Estos factores tienen repercusiones importantes en la adecuada evolución del paciente durante y después de la cirugía. **Objetivo:** determinar cuanto conoce el paciente de la formación académica y del rol que desempeña el Anestesiólogo; así como si el paciente presenta ansiedad y miedo a tener que ser sometido a un procedimiento anestésico. **Resultados:** por conveniencia se tomaron 161 pacientes de ambos sexos en donde se demostró que en general sin importar edad, ni grado académico desconocen la formación y el rol del Anestesiólogo, así como la presencia de uno ó más miedos. **Discusión:** los pacientes desconocen el tiempo que estudia un Médico General para convertirse en Anestesiólogo, así como el trabajo que realiza dentro y fuera del quirófano, el miedo se encuentra presente principalmente en mujeres y el número de miedos es mayor en individuos con mayor grado académico. **Conclusiones y sugerencias:** el que los pacientes desconozcan el rol del anestesiólogo representa miedo y ansiedad perioperatoria. Para disminuir la ansiedad y miedo se debería realizar un programa de acción en el cual el Anestesiólogo explique y resuelva dudas acerca del procedimiento anestésico; además se podrían realizar tests para evaluar el grado de ansiedad y con base en esto se podría utilizar premedicación en pacientes seleccionados.

Palabras clave: rol Anestesiólogo, miedo, ansiedad perioperatoria.

SUMMARY

Despite the fact that Anesthesiology is a medical specialty that has had important advances and all this has contributed to a decrease in complications in the surgical patient related to anesthesia; medical literature has shown that patients have a lack of knowledge of medical education and the role of the anesthesiologist, and one of their biggest fears and cause of anxiety is the administration of anesthesia. These factors have important repercussions in the proper evolution of the patient during and after the surgery. **Objective:** to determine how much the patient knows about the academic training and the role played by the Anesthesiologist; as well as if the patient has anxiety and fear of having to undergo an anesthetic procedure. **Results:** for convenience, 161 patients of both sexes were taken, where it was demonstrated that in general, regardless of age or academic level, they do not know the training and role of the Anesthesiologist, as well as the presence of one or more fears. **Discussion:** patients are unaware of the time a General Physician studies to become an Anesthesiologist, as well as the work performed inside and outside the operating room, fear is present mainly in women and the number of fears is higher in individuals with higher academic degrees. **Conclusions and suggestions:** that patients do not know the role of the anesthesiologist represents fear and perioperative anxiety. To reduce anxiety and fear, an action program should be carried out in which the Anesthesiologist explains and resolves doubts about the anesthetic procedure; In addition, tests could be performed to assess the degree of anxiety and based on this, premedication could be used in selected patients.

Keywords: role Anesthesiologist, fear, perioperative anxiety.

DEDICATORIA

A mis amados padres y hermano por su amor y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS porque su bondad conmigo ha sido infinita... con él todo y sin él nada.

A mis padres y hermano por creer en mí.

A mis amigos por estar siempre que los necesité.

A mi querido Hospital General de Querétaro y toda su hermosa gente por aceptarme como hija adoptiva.

A todos los pacientes que tuve el honor de atender gracias por la nobleza de dejarme aprender de ustedes; siempre lo hice con mucho amor y respeto.

A mis maestros todos y cada uno fueron pieza clave en mi aprendizaje.

Dr. Nico muchas gracias por su amistad y paciencia.

CONTENIDO

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Contenido	v
Índice de gráficas	vi
I Introducción	1
II Revisión de literatura	3
III Metodología	11
IV Resultados	12
V Discusión	28
VI Conclusiones	30
VII Literatura citada	31
VIII Apéndice	34

INDICE DE GRÁFICAS

		Pág.
GRAFICA 1	Grupo etario	12
GRAFICA 2	Grado Académico	12
GRÁFICAS 3 a y b	¿Qué es un Anestesiólogo?	13
GRÁFICAS 4 a y b	Formación académica	14
GRÁFICAS 5 a y b	Visita Pre anestésica	15-16
GRÁFICAS 6 a y b	Importancia antecedentes personales patológicos	17
GRÁFICAS 7 a y b	Importancia del ayuno	18-19
GRÁFICAS 8 a y b	Medicamentos anestésicos	20
GRÁFICAS 9 a y b	¿Quién decide el tipo de anestesia?	21
GRÁFICAS 10 a y b	Responsabilidades del anestesiólogo	22
GRÁFICAS 11 a y b	Otras áreas desempeño del anestesiólogo	23-24
GRÁFICAS 12 a y b	Miedo a la anestesia	25
GRÁFICAS 13 a y b	¿Cuáles son los miedos con la anestesia?	26-27

I INTRODUCCION

En tiempos presente la Anestesiología es una especialidad médica que ha tenido avances importantes que van desde el uso de escalas predictivas implementadas en la valoración preanestésica, inventos de nuevos medicamentos anestésicos, mejoramiento del monitoreo transoperatorio, y dispositivos para manejo de la vía aérea, todo esto ha contribuido en una disminución de las complicaciones en el paciente quirúrgico relacionadas a la anestesia; Sin embargo la literatura médica han demostrado que los pacientes en general presentan una falta de conocimiento en lo que respecta a la educación médica y el rol del Anestesiólogo, así mismo dichos estudios demuestran que de los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica uno de sus mayores temores y causa de ansiedad es la administración de la anestesia. Estos factores como lo son: la falta de conocimiento del rol del Anestesiólogo y del procedimiento anestésico generan miedo y ansiedad pre-operatoria lo cual tiene repercusiones importantes en la adecuada evolución del paciente durante y después de la cirugía.

Se desconoce en nuestra población de pacientes del Hospital General de Querétaro la idea o percepción que tienen en cuanto al grado de estudios del Anestesiólogo así como el rol que éste desempeña.

Así mismo se desconoce cuáles son los principales temores de los pacientes respecto a ser anestesiados.

Determinar si algún factor como edad, género y nivel educativo influye en la perspectiva que los pacientes tengan sobre la anestesia y el anestesiólogo.

A diferencia de países como Brasil, Turquía, Japón y Gran Bretaña que han estudiado e incluso publicado trabajos acerca de cómo afecta la ansiedad y el miedo por el desconocimiento del rol del Anestesiólogo y la Anestesia; en México no se ha dado la importancia y por lo tanto no existe ningún trabajo o protocolo en el hospital que haya revisado estos puntos.

Sentar las bases para futuros estudios en donde se busque demostrar como la falta de conocimiento o de información al paciente respecto al papel del

Anestesiólogo y el miedo y la ansiedad que esto genera en el paciente puede repercutir en la evolución perioperatoria.

OBJETIVO

Determinar cuanto conoce el paciente que va a ser sometido a un evento quirúrgico del rol o actividades que desempeña el Anestesiólogo durante la cirugía.

El conocimiento de los pacientes acerca de la formación académica del Anestesiólogo.

Si el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente siente ansiedad y miedo a tener que ser sometido a un procedimiento anestésico.

En base a los resultados obtenidos proponer posibles soluciones que contribuyan a mejorar la ansiedad y el temor que pudieran sentir los pacientes con respecto a la anestesia.

II REVISIÓN DE LA LITERATURA

En 1772 Joseph Priestley descubrió el óxido nitroso, pero sólo lo utilizó como “gas hilarante”, debido al estado de euforia que producía en quienes lo inhalaban. Años más tarde, en los inicios del siglo XIX, Humphry Davy observó que el óxido nitroso producía un incremento en el umbral de las personas para sentir dolor y fue realmente el primero que propuso su utilización en cirugía, pero su iniciativa no obtuvo respuesta. Contemporáneamente a Priestley, surge en Europa el “mesmerismo”, doctrina también conocida por el nombre de “magnetismo animal”, fue popularizada por Franz Anton Mesmer particularmente en Francia y adquirió importante arraigo, sobre todo entre las damas de clase alta, estas mujeres, bajo el influjo de la personalidad de Mesmer, entraban en una especie de trance y acababan teniendo crisis convulsivas en unos pocos minutos con la curación inmediata. El mesmerismo fue tan importante, que en 1784 el propio Luis XVI pretendió esclarecer si se trataba de un hito médico o de mera charlatanería. La duda del rey venía dada porque, efectivamente, se produjeron algunas sanaciones. Luis XVI reunió en una comisión investigadora a cuatro distinguidos científicos de la época para que comprobaran qué había de cierto en todo aquello. Ellos fueron: Antoine Lavoisier, Joseph Ignace Guillotine, Jean Bailly y Benjamín Franklin. La conclusión de la Comisión fue: Que la sugestión era la causa de las convulsiones y no había ni rastro del “magnetismo animal” que afirmaba el médico alemán. En los albores del siglo XIX, específicamente en 1824, Henry Hill Hickman probó un método en animales que consistía en la producción de un estado de “animación suspendida” secundaria a asfixia por inhalación de dióxido de carbono, lo que según él le permitió hacer operaciones en animales sin causarles dolor, trató en vano de convencer a los científicos de llevar su aplicación a los seres humanos, pero no logró persuadir a nadie de sus intenciones. Dado que el dolor de los dientes es de sobra conocido por su gran intensidad y por los terribles malestares que ocasiona a los pacientes dada la exquisita sensibilidad del área bucal, no es de extrañar que esto, aunado al crecimiento y desarrollo de la

odontología, propiciara que precisamente fueran los odontólogos decimonónicos unos de los profesionistas más involucrados en la búsqueda del control del dolor de sus pacientes. Hacia 1831 ya se conocían los tres agentes (óxido nitroso, éter y cloroformo), sin embargo, aún no se habían utilizado en medicina y cirugía para mitigar y controlar el dolor. Y, aun en 1839, el destacado cirujano francés Armand Velpeau exclamó: “El escape del dolor en las operaciones quirúrgicas es una quimera... cuchillo y dolor en la cirugía, son palabras que siempre permanecen inseparables en la mente de los pacientes”. El primero en utilizar el éter sulfúrico con fines quirúrgicos fue Crawford Williamson Long en la ciudad de Jefferson, condado de Jackson, Georgia U.S.A., el 30 de marzo de 1842, pero no publicó sus observaciones, sino hasta varios años después. Posteriormente, en 1844, el dentista de Connecticut Horace Wells inhaló el óxido nitroso y se extrajo él mismo un diente sin dolor, más tarde hizo una demostración pública en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard en la clase del doctor John Collins Warren, con un inexplicable y estrepitoso fracaso, pues el paciente, a pesar de haber recibido el óxido nitroso, se puso a gritar, siendo Wells abucheado por todos los presentes a la demostración. Dos años más tarde, el discípulo de Wells, el odontólogo William Thomas Green Morton, previa consulta con el Profesor Jackson, efectuó varios experimentos utilizando éter, tanto sobre sí mismo como con animales. Poco después realizó con éxito una extracción dental en su oficina en un comerciante de Boston de nombre Eben Frost. Una nota periodística favorable consignada en la prensa local de Boston atrajo la atención del joven cirujano Henry Bigelow y fue precisamente él quien persuadió al cirujano jefe del Hospital General de Massachusetts, doctor John Collins Warren, para organizar por segunda ocasión una presentación pública del revolucionario procedimiento. Ésta quedó programada para el viernes 16 de octubre de 1846 en el 4/o. piso del Hospital General de Massachusetts. Sin embargo, Morton no apareció en la hora señalada, entonces el Dr. Warren inició los preparativos y rutinas tradicionales en su aterrorizado paciente. Su tardanza aumentó el escepticismo de la audiencia de los estudiantes de medicina y cirujanos. Hasta que Morton hizo su arribo al anfiteatro y le administró el éter al paciente Edward Gilbert Abbott, un impresor de

52 años, quien poco después cayó presa de un profundo sopor y Morton se dirigió entonces al Dr. Warren y le dijo: “doctor, su paciente está listo”. Hasta antes de la época anestésica, la cirugía normalmente era un espectáculo extremadamente ruidoso, salpicado por sangre, coágulos, gritos y la escena deplorable de un paciente gimiendo y retorciéndose. Tal era la expectativa de la audiencia de ese día de octubre, pero, contra todo pronóstico, en esta ocasión la operación se llevó a cabo en medio de un absoluto y embelesador silencio. Nadie sabía si el paciente estaba vivo o muerto, el Dr. Warren procedió a efectuar la resección del pequeño tumor vascular en el cuello del paciente tan rápido como pudo, el paciente no sólo no se movió, sino que no emitió ningún gemido y las personas que lo sujetaban lo soltaron azoradas al igual que todos los presentes en el anfiteatro, minutos más tarde el paciente despertó y preguntó entre murmullos ¿en qué momento van a comenzar?, acto seguido la audiencia prorrumpió en aplausos y vítores, acallados sólo por la voz del Dr. Warren quien exclamó: ¡Señores, esto no es una patraña! ¡Este invento hace salir al poeta del cirujano! Bigelow describió el triunfo de Morton en su libro: La insensibilidad durante las operaciones quirúrgicas producida por inhalación. La noticia pronto le “dio la vuelta al mundo” y se iniciaron los ensayos en otras latitudes y con otras sustancias, iniciándose a mediados del siglo XIX, la era anestésica de la cirugía. Warren y Bigelow fueron los que presentaron en la sociedad médica el descubrimiento al publicarlo en el “Boston Medical and Surgical Journal”, pero reconociéndole el crédito a Morton. De esta manera, el 16 de octubre de 1846 en el Hospital General de Massachusetts, se llevó a cabo la primera demostración pública y exitosa de la cirugía sin dolor, habiéndose operado un paciente de un angioma en el cuello por el doctor John C. Warren, acontecimiento sumamente trascendental para la cirugía y probablemente la aportación norteamericana más importante a la medicina en el siglo XIX. Al procedimiento, algún tiempo después, el 21 de noviembre de 1846, Sir Oliver Wendell Holmes lo denominó como “anestesia”, y agregó: “cualquiera sea el nombre que se elija, será repetido por las lenguas de todas las razas civilizadas de la humanidad.” Del otro lado del Atlántico, en Inglaterra, la primera amputación bajo los efectos anestésicos del éter sulfúrico se realizó el 21 de diciembre de

1846 en Londres en el Hospital Universitario, la efectuó el cirujano Robert Liston, a quien le bastaron ¡tan sólo 28 segundos! para amputarle la pierna al paciente Frederick Churchill. Sin embargo, a pesar del éxito del éter como agente anestésico, en Inglaterra el doctor James “Young” Simpson, cuyas aportaciones a la obstetricia sólo fueron eclipsadas por su descubrimiento de los efectos anestésicos del cloroformo en noviembre de 1847. Apenas un año después del éxito de la aplicación del éter sulfúrico, marcando con ello un hito importante en la historia de la anestesia. El cloroformo había sido descubierto en 1831 en forma independiente y prácticamente en forma simultánea por von Liebig (alemán), Souberain (francés) y S. Guthrie (norteamericano), y fue J.B. Dumas, en París, quien le dio el nombre de “cloroformo” y describió sus propiedades físicas y químicas. Simpson autoexperimentó los efectos anestésicos del cloroformo en el comedor de su casa el 4 de noviembre de 1847, junto a sus colegas Duncan y Keith y a su sobrina Miss Petrie. Cuatro días después lo utilizó en clínica y el 10 de noviembre presentó ante la Sociedad de Medicina y Cirugía de Edimburgo un trabajo sobre un “Nuevo agente anestésico como sustituto del éter en sulfúrico en cirugía y obstetricia”. En Londres se utilizó oficialmente por primera vez en el St. Bartholomew’s Hospital, el 20 de noviembre de 1847. Simpson prefirió al cloroformo como anestésico, dado que el éter sulfúrico tenía un olor desagradable, era irritante y necesitaba de una larga inducción, usándose por estas razones el cloroformo en Inglaterra por más de un siglo, hasta que se descubrieron sus efectos nocivos y hepatotóxicos, con una mortalidad asociada a su uso cinco veces mayor a la que se presentaba con el éter sulfúrico. Por otra parte, aunque la Iglesia calvinista se oponía al uso de la anestesia durante el parto, porque la Biblia menciona “parirás con dolor”, cuando John Snow, en 1853, le administró con éxito el cloroformo a la reina Victoria para disminuir los dolores de parto durante el nacimiento del príncipe Leopoldo, se terminó la condena para el uso de la anestesia. También al doctor John Snow se le debe el desarrollo de la anestesiología como especialidad, alcanzándose con esto la reivindicación de Simpson y su lucha por la anestesia. Pero....¿qué ocurría en ese entonces nuestro país respecto del uso de anestésicos? Durante la invasión norteamericana

en 1847, en el desembarco en Veracruz, el cirujano militar norteamericano Edward H. Barton realizó con éxito la primera amputación bajo anestesia con éter sulfúrico en un conflicto bélico en el mundo. La primera anestesia con éter sulfúrico en territorio mexicano, aplicada por un mexicano, fue en la península de Yucatán. Esta evidencia periodística fue publicada en el diario “El Noticioso de Yucatán”, año I, Núm. 150, pág. 2, del día 12 de junio de 1847, artículo firmado por el Dr. José Matilde Sansores, titulado: “Supresión del dolor en las grandes operaciones quirúrgicas por medio del éter” ...mencionaba el Dr. Sansores... “leí en el diario de la Habana el descubrimiento del éter sulfúrico, debido a los cirujanos norteamericanos M. Jackson y W. Morton, cuyos experimentos fueron comunicados al Journal of Surgery of Boston”. Con este antecedente, el Dr. Sansores llevó a cabo, bajo anestesia con éter sulfúrico, una amputación del antebrazo izquierdo al paciente José María Juchim en el Hospital General de San Juan de Dios de Mérida, la que parece haber sido la primera anestesia inhalada administrada por civiles en la República Mexicana, el 4 de junio de 1847, solamente ocho meses después del descubrimiento de W.T.G. Morton en Massachusetts. Meses más tarde, en Aguascalientes, el 20 de noviembre de 1847, se llevó a cabo la segunda amputación exitosa en México bajo los efectos del éter sulfúrico, habiendo sido amputado el miembro superior izquierdo a una paciente de 56 años por el doctor Atanasio Rodríguez. En 1878 el Dr. Pablo Martínez del Río reportó el uso de anestésicos en cirugías realizadas por él de los años 50 a los 70 del siglo XIX, en un principio se refirió al éter y posteriormente cambió a la utilización como de cloroformo como agente anestésico, aclarando que el abuso en la aplicación de cloroformo en las pacientes de trabajo de parto les producía hemorragias exanguinantes, por lo que su uso debería ser sumamente cuidadoso. En esos mismos años, el Coronel Médico Cirujano Francisco Montes de Oca reportó cerca de dos mil cirugías practicadas bajo los efectos del cloroformo como anestésico en el Hospital Militar de Instrucción, aclarando que en los 25 años de práctica quirúrgica bajo anestesia, sólo contabilizaba tres muertes no atribuibles a la anestesia. En cuanto a la anestesia regional, el primer reporte mundial data del 16 de mayo de 1900, en el artículo

publicado por Thodore Tuffier en “La semana médica de Paris”, con el título de “Anestesia medular quirúrgica por inyección subaracnoidea de cocaína, técnica y resultados”. Y en nuestro país, tan temprano como para el 25 de julio de ese mismo año, se llevó a cabo la primera raquianestesia en México y América Latina, en la Ciudad de Oaxaca, Oaxaca. Habiéndose sometido a la amputación de la pierna derecha por gangrena de los dedos del pie al paciente Lorenzo Cruz, de 25 años, con resultado exitoso, por el Dr. Juan Ramón Pardo Galindo. Finalmente, hacia 1906, el Dr. Demetrio Mejía introdujo en México el uso del inhalador de cloroformo o éter del Dr. Truman W. Brophy, el cual permitía la administración segura y continua de de éter o cloroformo de manera muy precisa.

Ansiedad y su relación con la anestesia.

Se define ansiedad como «aquél sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida» (Montelongo, Lara, Morales y Villaseñor, 2005). Enfocando la ansiedad en la zona hospitalaria que compete al área quirúrgica, es común detectar que la ansiedad preoperatoria se manifiesta desde el momento en que al enfermo se le informa de la intervención quirúrgica a la cual será sometido, se agudiza minutos previos al evento y se extiende al posoperatorio incluso hasta 48 horas después y en relación directa a la recuperación (Cárdenas, González, González y Pérez, 2013; Vargas y López, 2010). La importancia de la interpretación del miedo y la ansiedad radica no sólo por su incidencia en el estudio del control de calidad anestésica, sino además y básicamente en que las manifestaciones somáticas del miedo pueden producir efectos de relevancia en la experiencia anestésico-quirúrgica del paciente y en la práctica médica. El anestesiólogo trabaja con personas cuyas emociones facilitan u obstaculizan la eficacia de su práctica. El temor o la angustia son sin duda, aun cuando no se pueden explicar, un inconveniente para el médico y el paciente. Este es el fenómeno que desencadena el acto anestésicoquirúrgico, una situación

riesgosa, sin posibilidad de reacción ante la misma. La anestesia general suprime el control del Yo, sus funciones quedarán abolidas, es ahí donde irrumpe el miedo y la ansiedad con anticipación, y a la vez como un efecto de su propia ineficacia de defensa. Por ejemplo, se ha descrito que cuanto mayor es el grado de ansiedad, existirá aumento de inestabilidad cardiorrespiratoria, incremento ante la posibilidad de sangrado, conductas inadecuadas, acrecentamiento en los requerimientos anestésicos, difícil control del dolor posoperatorio (La ansiedad se asocia con menor umbral de dolor, la sobreestimación de la intensidad del dolor, y la activación de la corteza entorrinal de la formación del hipocampo) y por ende, mayor necesidad de administración de medicamentos; en suma, elevación de la morbimortalidad y en consecuencia, prolongación en los días de estancia hospitalaria, que repercuten directamente en los costos de la atención (Carrascosa, Aguilar y Carrascosa, 2011; Gavito, Corona, Villagrán, Morales, Téllez y Ortega, 2000). La magnitud de la ansiedad que experimenta un paciente y su capacidad de afrontarla, dependen de la interacción de varios factores, tales como: antecedentes personales y familiares en cuanto a cirugías (historia de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme se repitan); lenguaje técnico poco comprensible (nomenclatura médica que el enfermo percibe como grave); temores en torno a la intervención (posible dolor, complicaciones derivadas de la cirugía o de la anestesia, angustia por la posibilidad a no despertar jamás o a despertar en medio de la cirugía, a los errores técnicos que le pueden llevar incluso a la muerte) (Jlala, French, Foxall, Hardman y Bedforth, 2010; Giacomantone y Mejía, 1997). En la construcción del marco conceptual del manejo preoperatorio, se ha encontrado importante incorporar el concepto magnitud del factor traumático generador de ansiedad; es decir, la gravedad de la enfermedad orgánica (intervención quirúrgica mayor o mutilante), como variable relacionada con el constructo severidad percibida del MCS. Pues descrito está que pacientes con una clasificación de ASA III (con enfermedad sistémica grave de cualquier causa), ASA IV (con enfermedad sistémica grave que amenaza constantemente su vida), y ASA V (paciente moribundo cuyo padecimiento es previsible en las próximas 24 horas), presentan respectivamente una proporción de mortalidad de

1:347, 1:134 y 1:64 (Aguilar, De Andrés, De León, Gómez y Montero, 2001). Para la ansiedad preoperatoria se han descrito algunas medidas preventivas, algunas de ellas hablan de los factores sociales que pueden resultar atenuadores si están adecuadamente consolidados en el individuo, mediante redes de apoyo y el apuntalamiento a través de la espiritualidad o religiosidad, el optimismo de las personas que le circundan y los rasgos humanistas, el trato personalizado, así como la explicación de la infraestructura y rutina hospitalaria a partir de las necesidades del usuario. (Aparicio, Ramos, Salguero y Sanz, 2011; Gordillo et al, 2011). Al respecto, en nuestro país se comenta que la ansiedad preoperatoria depende, en gran parte, de la cooperación entre el anestesiólogo, el cirujano, el equipo quirúrgico, quienes, al conocer el plan terapéutico basado en la historia clínica del paciente, deben ofrecer al mismo información, orientación, orientado a dar mayor seguridad (Ruiz, Muñoz, Olivera, Islas, 2000). Es conocido que la visita efectuada por el anestesiólogo es en ocasiones más efectiva que la medicación farmacológica para aliviar la ansiedad preoperatoria. También es cierto que premedicar a un paciente provoca sedación y amnesia, lo cual origina mejor cooperación del enfermo, que al final será un paciente satisfecho con el tratamiento y las atenciones otorgadas por el equipo de salud. En las instituciones de salud pública de México no es una práctica cotidiana del anestesiólogo proporcionar información detallada a los pacientes, la mayoría de las veces la consulta preanestésica se reduce a la evaluación técnicomédica. Más aún, solo 36 % de los pacientes recibe detalles de la técnica anestésica, así como información completa acerca de los fármacos a utilizar. En los estudios donde se ha investigado a los pacientes que recibieron detalles sobre la técnica anestésica y sobre los medicamentos que les serían administrados, se demostraron cambios benéficos en los niveles de ansiedad después del procedimiento. En investigaciones previas se ha mencionado que existe relación directa entre ansiedad y percepción del dolor, demostrando que experimentan más ansiedad las mujeres que los hombres, principalmente en legrados, cirugías de mama, tórax y otorrinolaringología.

III METODOLOGIA

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo, de cohorte en el Hospital General de Querétaro en el periodo de Marzo a Octubre de 2014.

Para la muestra se tomaron 161 pacientes de ambos sexos que acudieron a valoración pre anestésica para cirugía programada que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

Los criterios de inclusión fueron hombres y mujeres de entre 16 y 75 años de edad así como calificación I y II en la escala de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA).

Como criterios de exclusión fueron pacientes menores de 16 años y mayores de 75 años, calificación en la escala ASA igual ó mayor de III, pacientes con problemas para hablar ó escuchar, pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica.

Al ingreso al consultorio se realizó primeramente la valoración preanestésica como de costumbre para otorgarle una calificación en base a la escala de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) y si esta calificación se encontró dentro de los criterios de inclusión así como la edad, además de tener en cuenta los criterios de exclusión se le realizó la invitación a participar en la encuesta explicándole que la información era para un protocolo de estudio y que su participación sería anónima. Una vez obtenido el consentimiento del paciente se le otorgó un cuestionario que constó de 14 preguntas y que consistió en dos partes : la primera parte incluyó datos demográficos del paciente como edad, género, nivel educativo, ocupación. La segunda parte incluyó preguntas relacionadas con la anestesia; en caso de que el paciente no supiera leer y escribir se le ayudó realizándole el cuestionario verbalmente y subrayando sus respuestas.

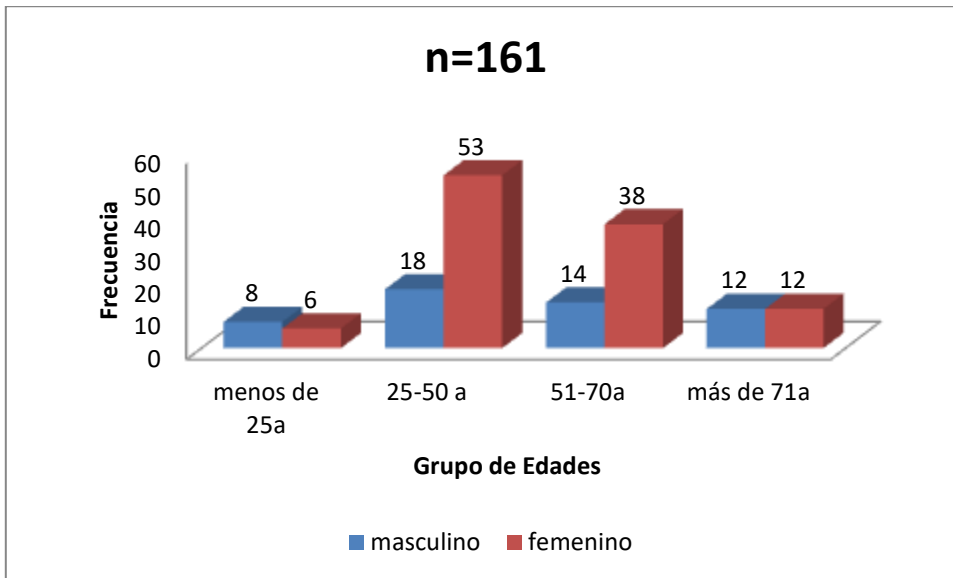
Se realizó la captura de datos de los cuestionarios primeramente por paloteo los resultados obtenidos se trasladaron en tablas y posteriormente fueron graficadas de acuerdo a género y nivel educativo.

Debido a que los resultados de este estudio se establecieron por frecuencia se utilizó el programa operativo Excell.

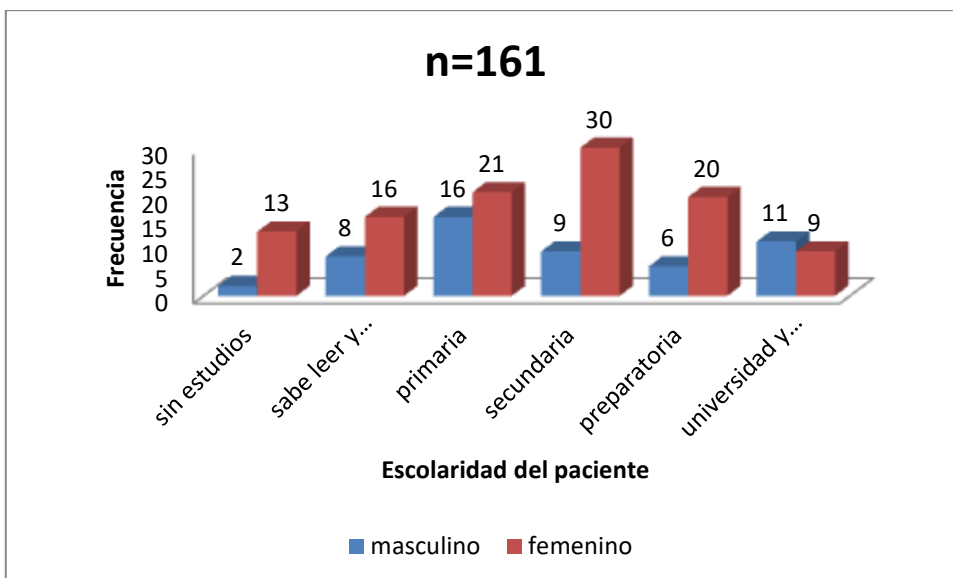
IV RESULTADOS

En cuanto a los datos demográficos se puede apreciar que la mayor parte de nuestra población en este Hospital General de Querétaro es una población joven, imperando el sexo femenino y con una educación básica.(ver gráficas 1 y 2)

Gráfica 1 Grupo Etario

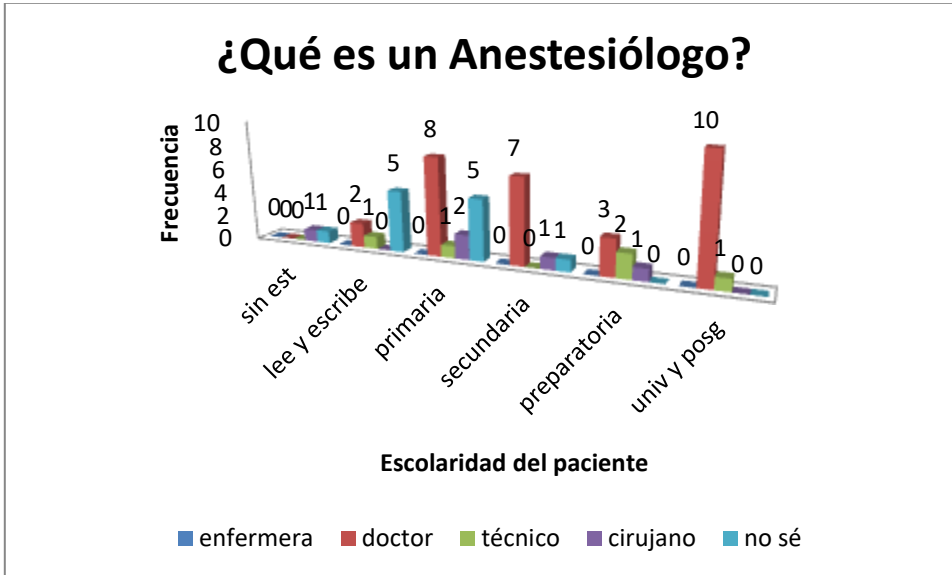


Gráfica 2 Grado Académico del paciente

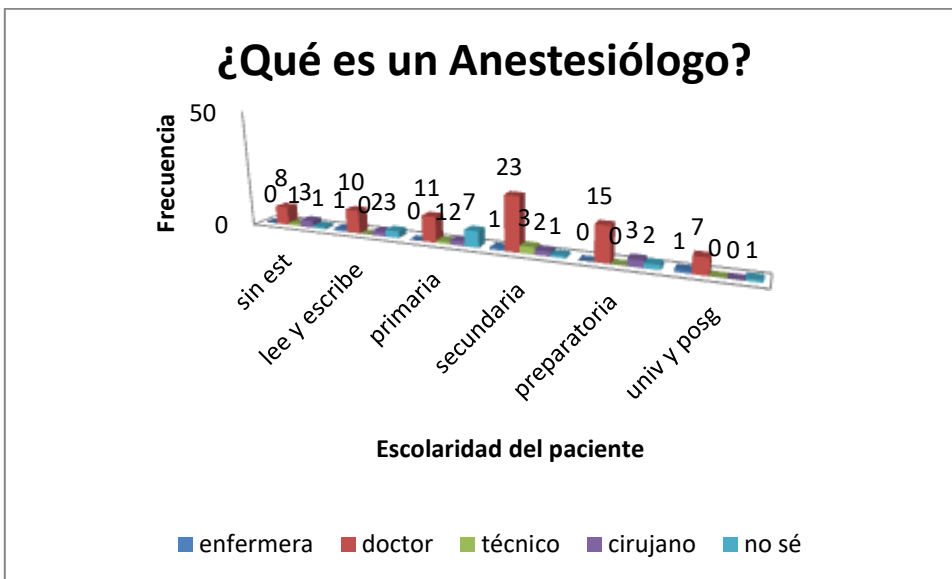


En su mayoría hombres y mujeres saben que un anestesiólogo es un Médico especialista (gráfica 3 a, 3b);

Gráfica 3 a Hombres ¿Qué es un Anestesiólogo?

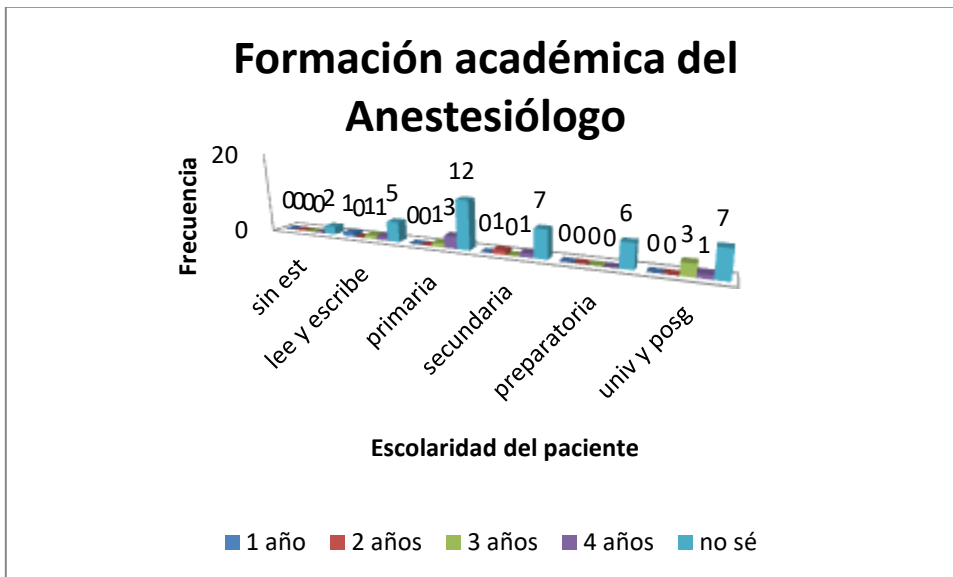


Gráfica 3b Mujeres ¿Qué es un Anestesiólogo?

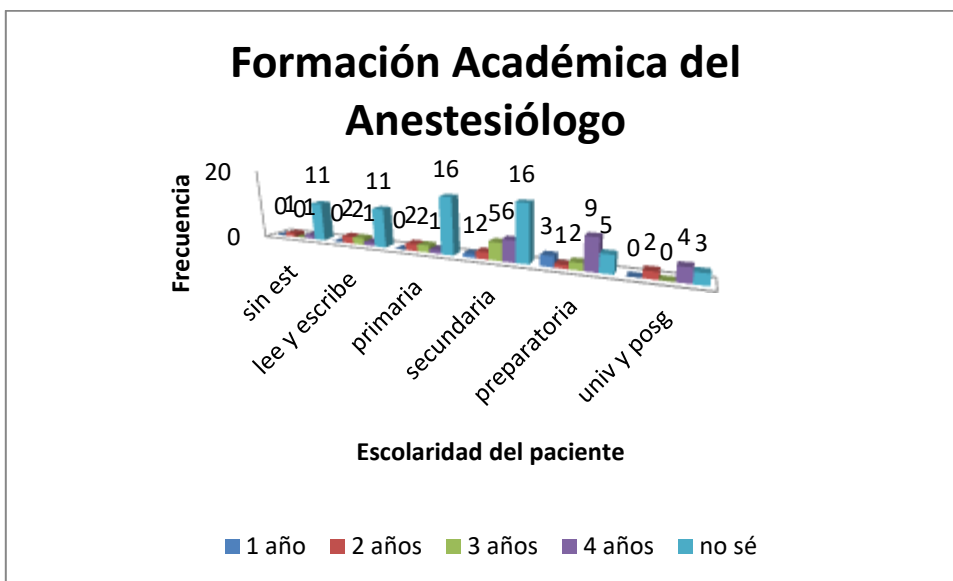


Hombres y mujeres desconocen el tiempo de preparación académica del Anestesiólogo independientemente de su nivel académico. (gráfica 4 a, 4b)

Gráfica 4 a Hombres Formación Académica

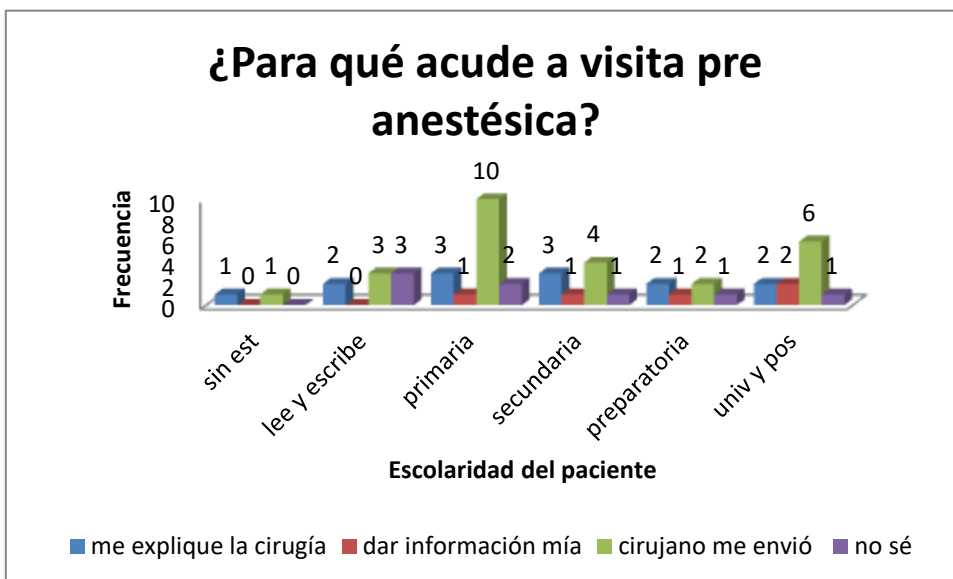


Gráfica 4 b Mujeres Formación Académica

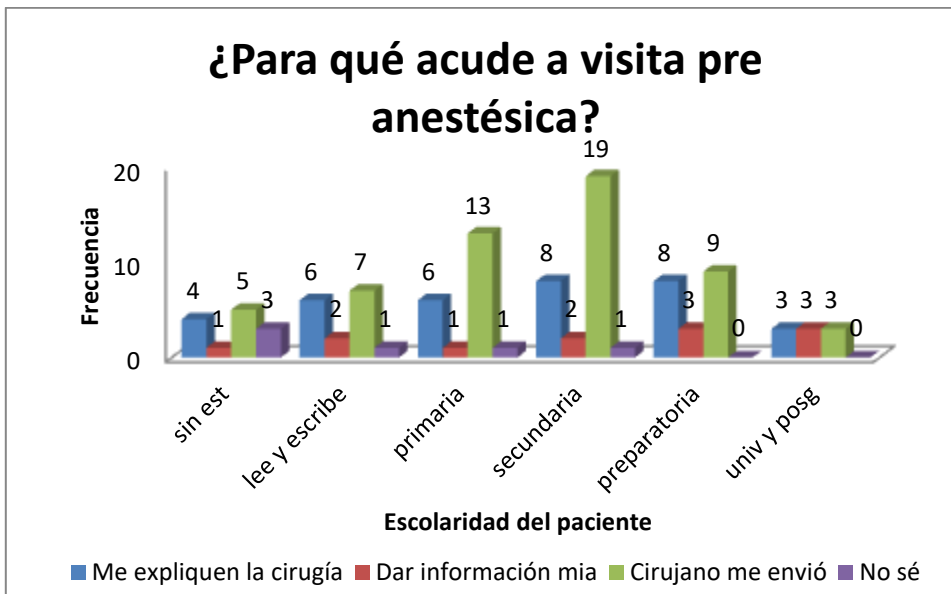


La razón por la que los pacientes acuden a la visita preanestésica como primer lugar en ambos grupos tanto de hombres como de mujeres es por que el cirujano les ha enviado y la segunda respuesta más común en ambos grupos independientemente del nivel educativo es para que se les explique la operación con éstas dos respuestas se corrobora que los pacientes desconocen la importancia de la consulta preanestésica. (5^a, 5b)

Gráfica 5 a Hombres Visita Pre anestésica

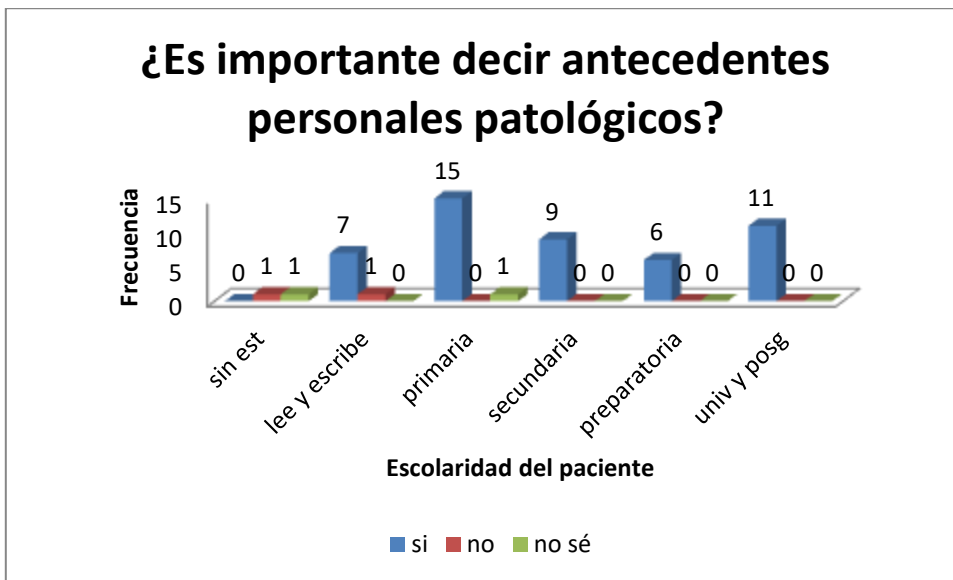


Gráfica 5 b Mujeres Visita Pre anestésica

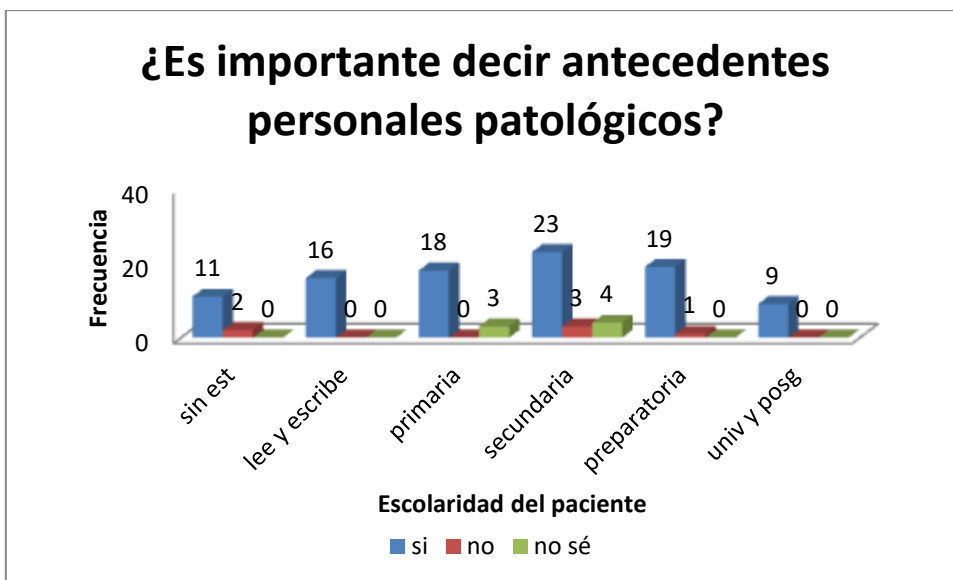


En cuanto a la importancia de decirle al anesthesiólogo los antecedentes personales patológicos tanto hombres como mujeres de todos los niveles educativos coinciden en que si es importante mencionárselos al anesthesiólogo. (6 a, 6b)

Gráfica 6 a Hombres Importancia antecedentes personales patológicos

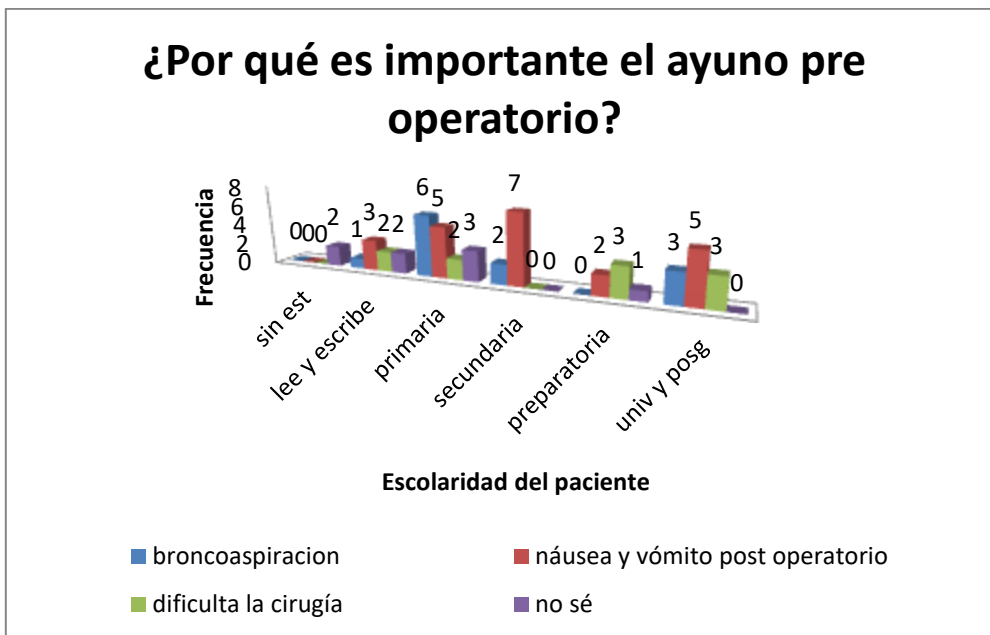


Gráfica 6 b Mujeres Importancia antecedentes personales patológicos

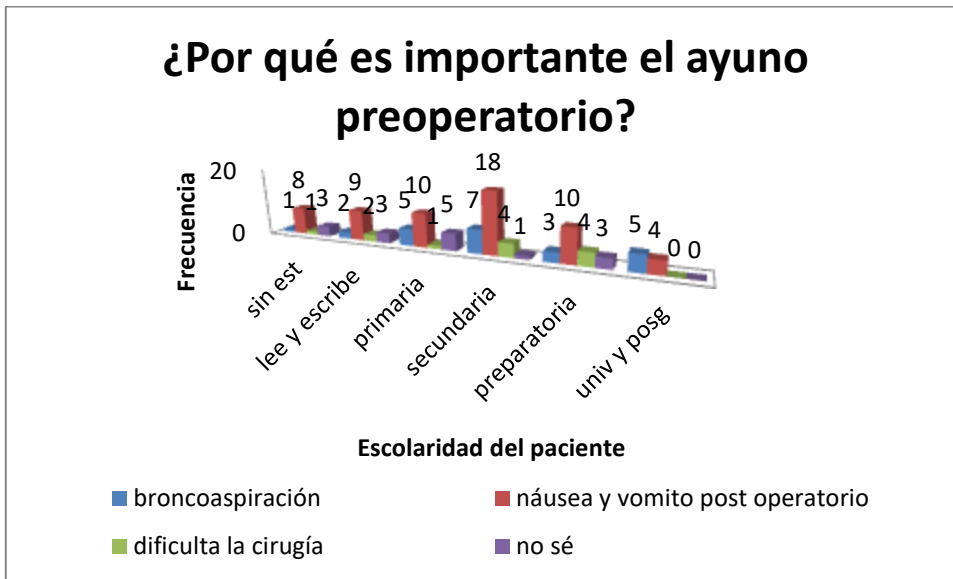


En cuanto a un aspecto fundamental para el anesthesiólogo como lo es que el paciente cuente con ayuno en general los pacientes piensan que es porque de no cumplirse el ayuno podría provocar náusea y vómito postoperatorio como principal complicación llama la atención que mientras en el grupo de mujeres con mayor escolaridad fueron en su mayoría quienes contestaron de forma certera al indicar el riesgo de broncoaspiración en los hombres lo hizo el grupo con estudios de primaria . (7 a, 7b)

Gráfica 7 a Hombres Importancia del ayuno

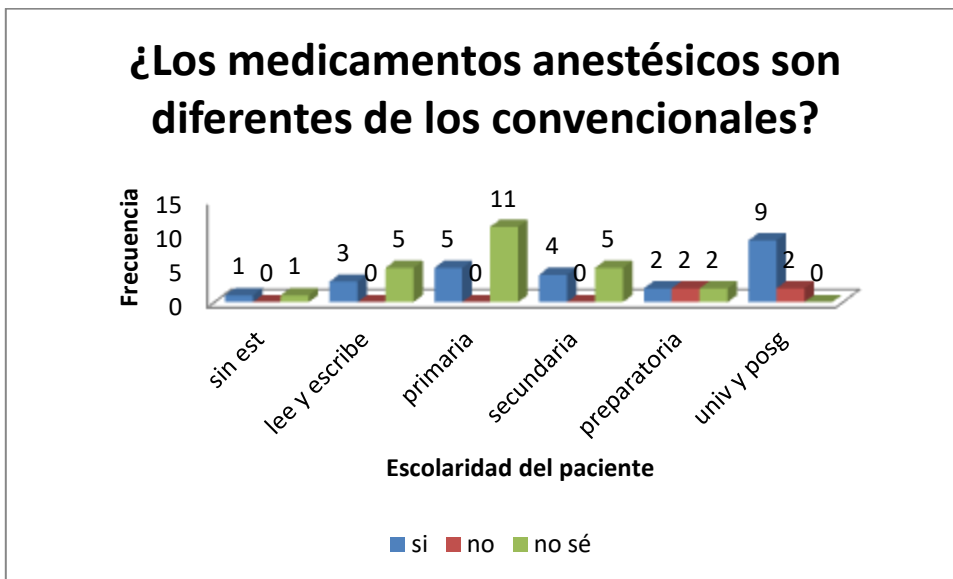


Gráfica 7 b Mujeres Importancia del ayuno

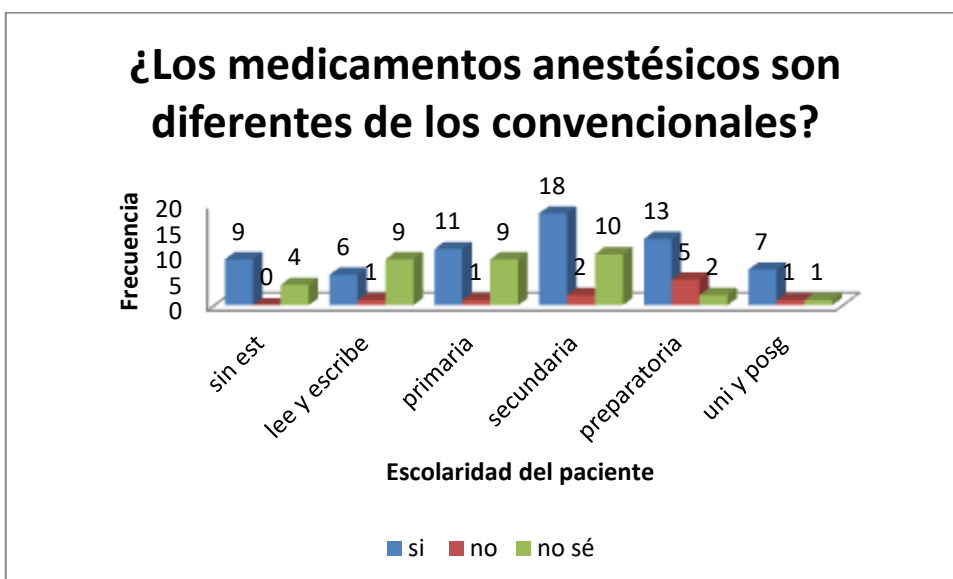


La mayoría de hombres no sabe si los medicamentos anestésicos son diferentes a los convencionales a excepción de los hombres con estudios de licenciatura y posgrado quienes consideran que si son diferentes (8 a); mientras que todas las mujeres estuvieron de acuerdo en que los medicamentos anestésicos si son diferentes a los convencionales sin embargo la segunda respuesta más popular fue no sé (8 b).

Gráfica 8 a Hombres Medicamentos anestésicos

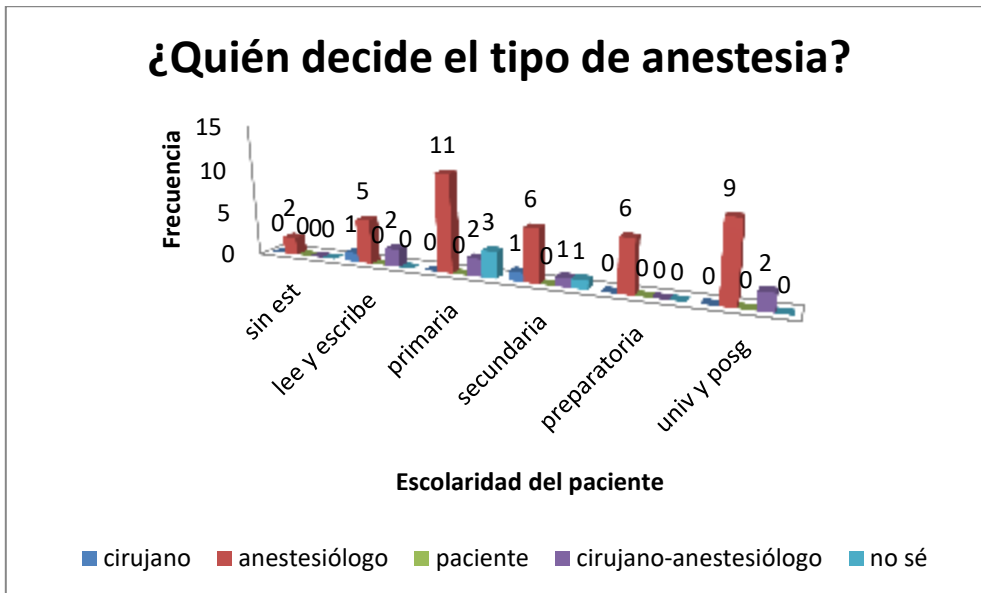


Gráfica 8 b Mujeres Medicamentos anestésicos

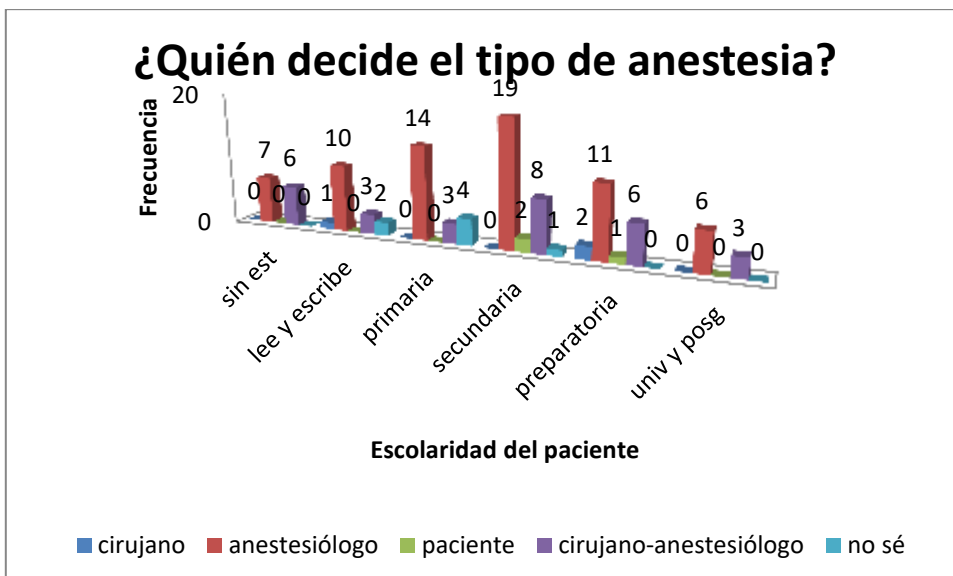


Tanto hombres como mujeres sin importar el grado académico la respuesta predominante fué que la responsabilidad de elegir el tipo de anestesia pertenece al anestesiólogo y en segundo lugar cirujano-anestesiólogo lo cual también indica una falta de conocimiento de sus derechos. (9 a, 9 b).

Gráfica 9 a Hombres ¿Quién decide el tipo de anestesia?

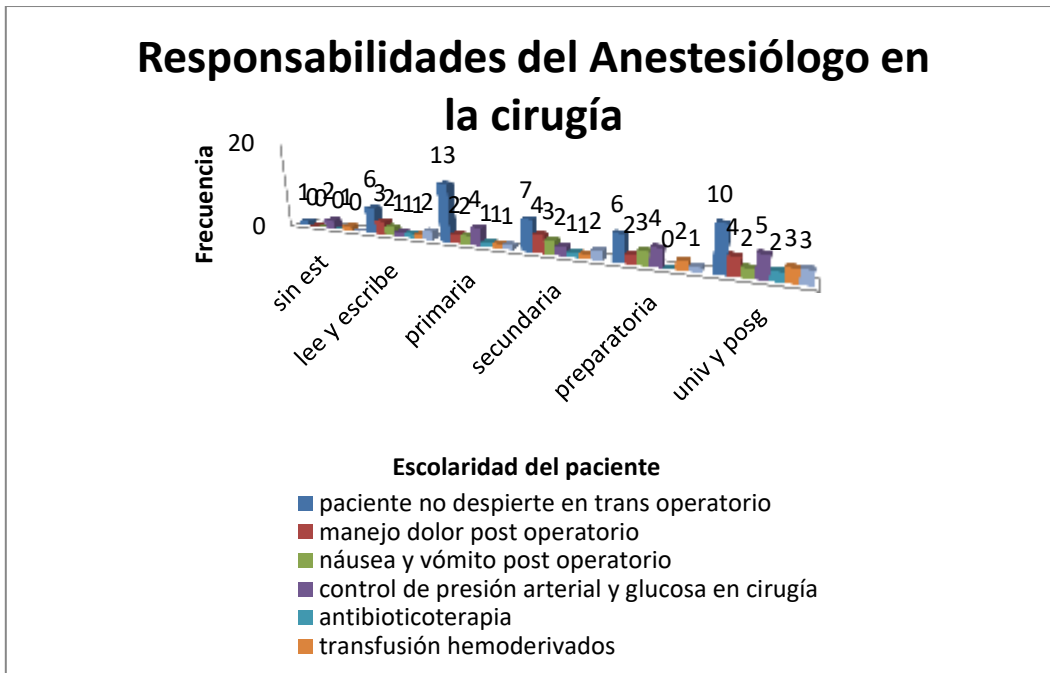


Gráfica 9 b Mujeres ¿Quién decide el tipo de anestesia?

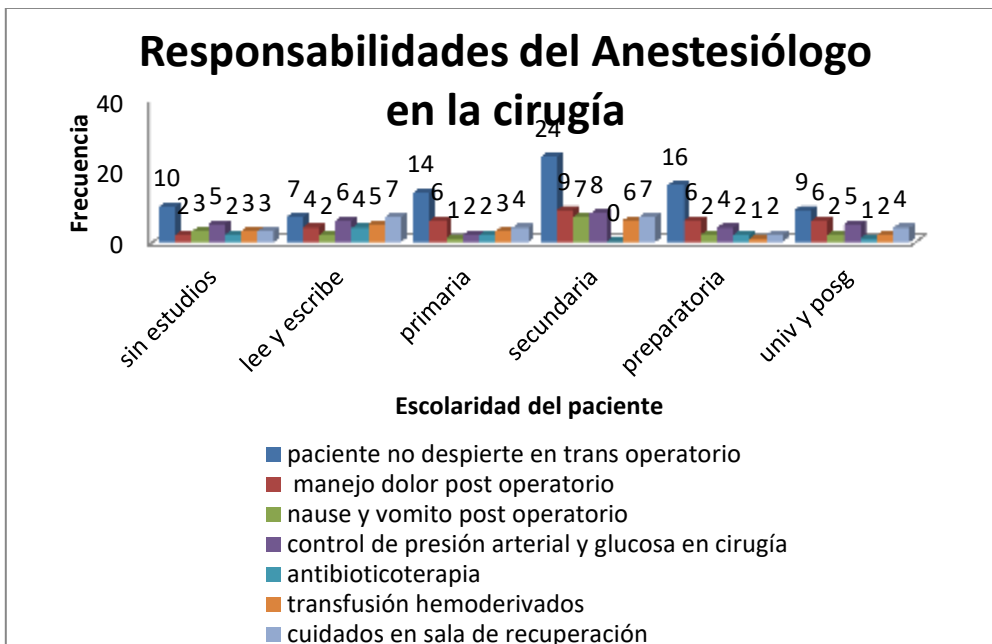


En cuanto a las responsabilidades que tiene el Anestesiólogo en el quirófano ni hombres ni mujeres independientemente de su grado académico tienen claras las actividades que este realiza. (gráfica 10 a y 10b)

Gráfica 10 a Hombres Responsabilidades del Anestesiólogo

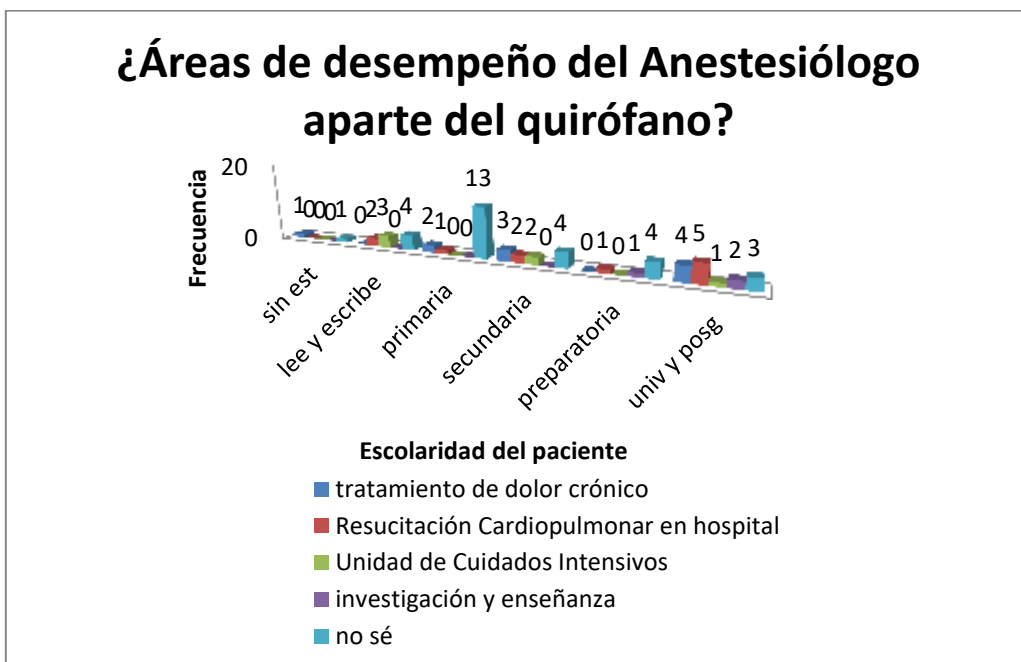


Gráfica 10 b Mujeres Responsabilidades del Anestesiólogo

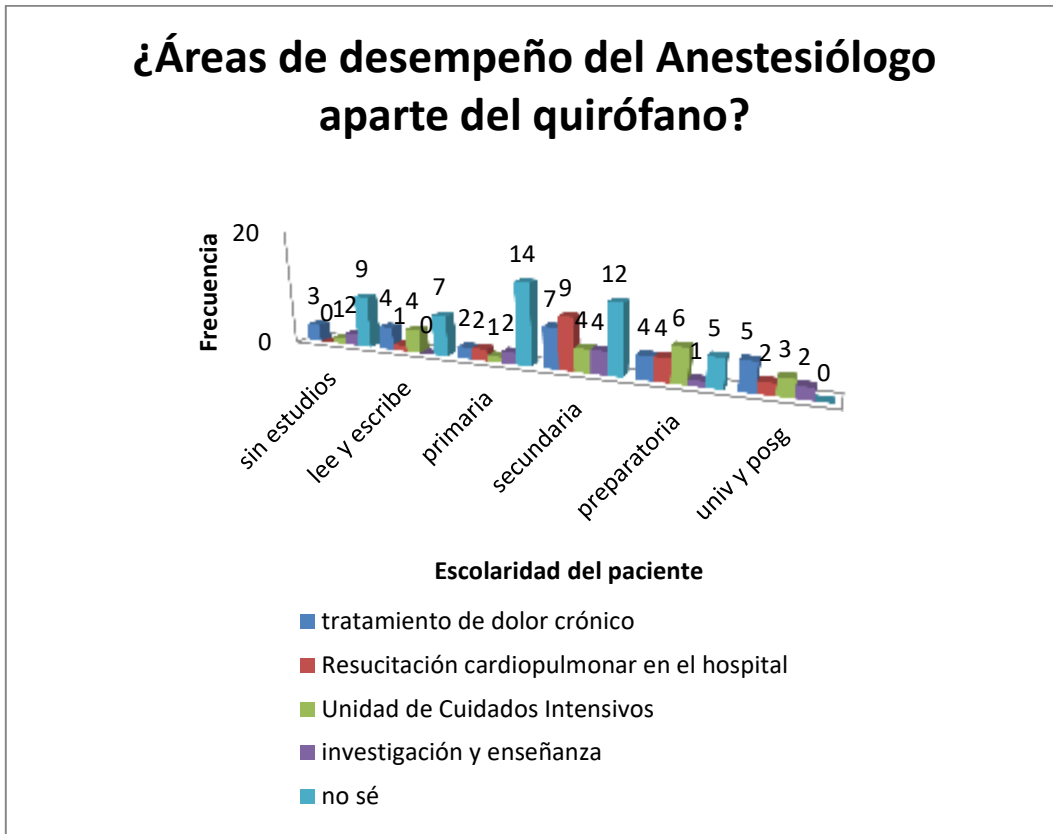


De igual forma el resultado más frecuente tanto en hombres como mujeres fue no sé cuando se les preguntó a los pacientes acerca de en que otras áreas se desempeña un Anestesiólogo aparte del quirófano, sin embargo los pacientes con un grado académico de universidad y posgrado a diferencia de los de niveles básicos saben que el Anestesiólogo se desarrolla también en otras áreas. (gráficas 11 a y 11b)

Gráfica 11 a Hombres Otras áreas de desempeño del Anestesiólogo

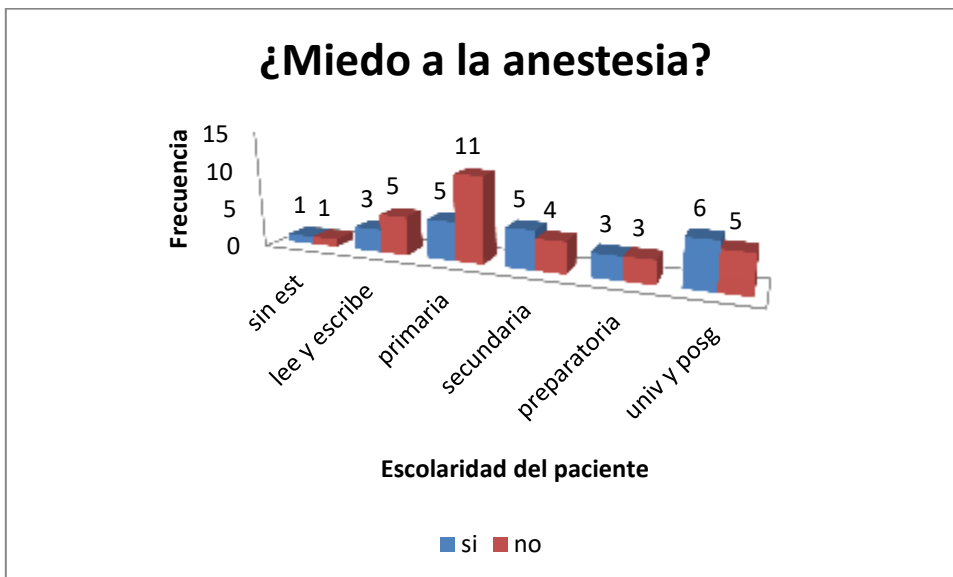


Gráfica 11 b Mujeres Otras áreas de desempeño del Anestesiólogo

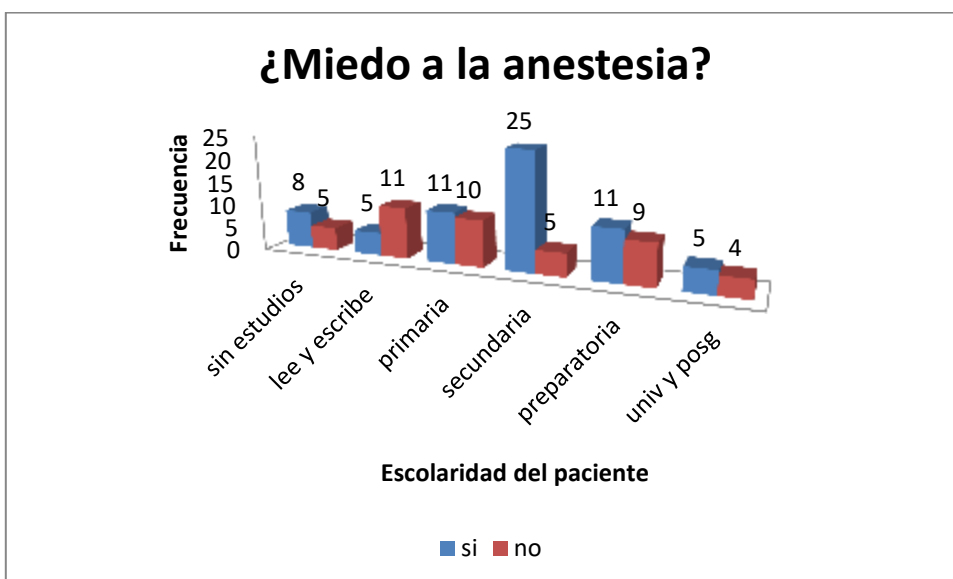


En su mayoría las mujeres fueron las que expresaron sentir miedo de la anestesia, mientras que en los hombres la diferencia no fue tan marcada; más sin embargo en ambos grupos de mujeres y hombres los que expresaron no sentir miedo fueron los pacientes que sólo saben leer y escribir, mientras que ambos grupos los que expresaron sentir miedo fue el grupo de los que tiene estudios de Universidad y posgrado. (gráfica 12 a y 12b)

Gráfica 12 a Hombres Miedo a la anestesia

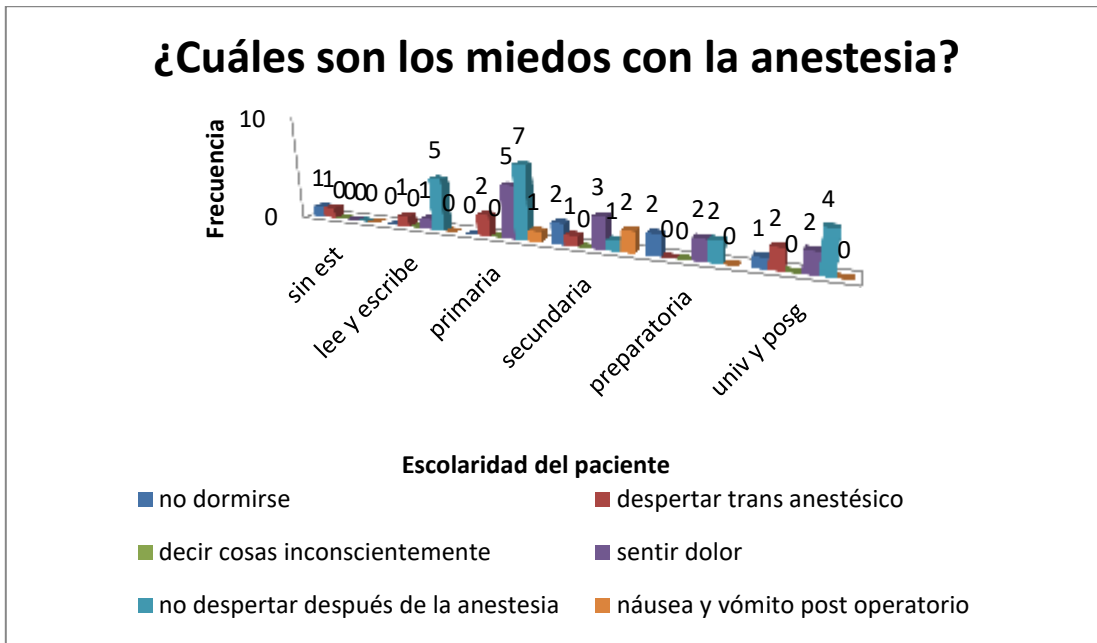


Gráfica 12b Mujeres Miedo a la anestesia

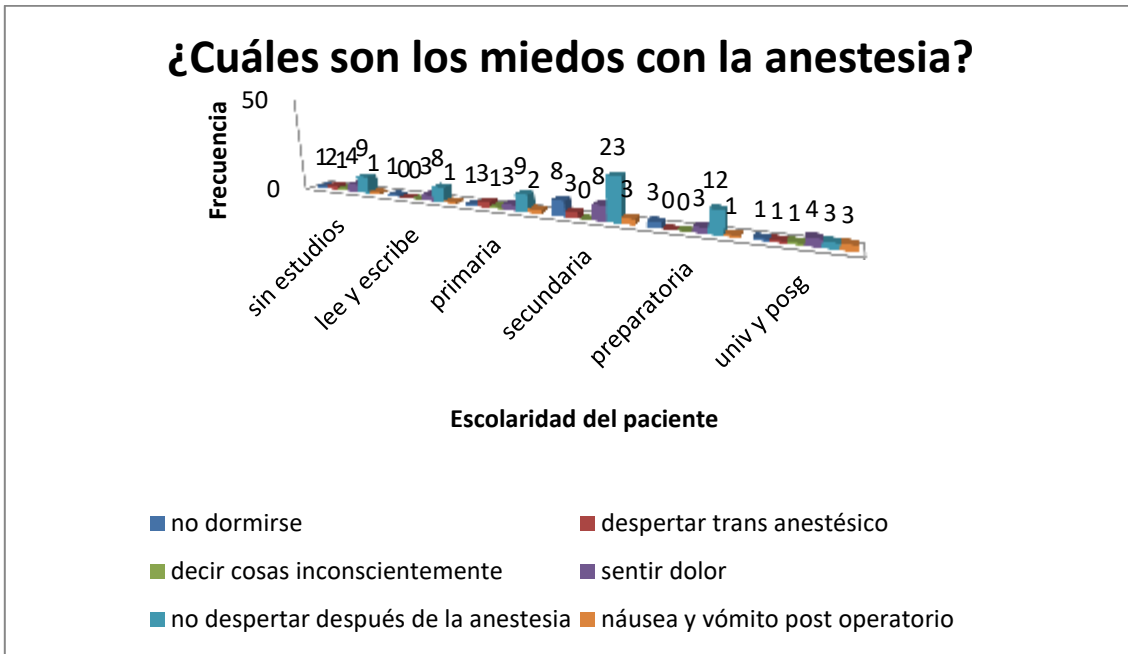


Los miedos más frecuentes tanto en hombres como en mujeres fueron el no despertar de la anestesia y sentir dolor; mientras en los grupos con un grado académico menor algunos miedos son nulos, en el grupo de universitarios y posgrado en todos los rubros mostraron un nivel de miedo. (gráfica 13 a y 13b)

Gráfica 13 a Hombres ¿Cuáles son los miedos con la anestesia?



Gráfica 13 b Mujeres ¿Cuáles son los miedos con la anestesia?



V DISCUSION

Esta encuesta retrospectiva indica que los pacientes desconocen el trabajo del Anestesiólogo lo que a su vez genera una percepción de miedo y ansiedad ante el procedimiento anestésico ; de esta manera se corroboró lo descrito en estudios que se han llevado a cabo en otros países.

Al igual que en estudios que se han llevado a cabo en países en vías de desarrollo nuestra población fue predominantemente del sexo femenino (109), con un grupo poblacional joven de entre 25-50 años (71) y con estudios de nivel básico (115); este último aspecto es de los que se ha visto como un punto importante reflejado en los resultados.

La encuesta reveló que sólo 104 de 161 pacientes encuestados supieron que un anestesiólogo es un Médico especialista siendo la respuesta más frecuente entre pacientes con estudios de universidad y posgrado; este dato concuerda con los estudios que se han hecho en países en vías de desarrollo en los que entre el 50 y 60% de la población sabe que el Anestesiólogo es un Médico especialista, quedando muy lejos de países desarrollados en los que el 90-99% sabe que es un Anestesiólogo.

En cuanto al tiempo que estudia un Médico General para convertirse en Anestesiólogo la gran mayoría lo desconoce sin importar su nivel educativo, sin embargo al igual que diferentes estudios de otros países los pacientes creen que el tiempo de entrenamiento es similar al de un cirujano.

De igual manera se muestra en éste estudio ante preguntas sencillas y a las vez específicas como el motivo de la visita preanestésica, la importancia del ayuno y de referir enfermedades y cirugías preexistentes el total desconocimiento al ser respondidas en forma errónea.

Tanto en hombres como en mujeres sin importar el nivel académico se piensa que la principal responsabilidad del Anestesiólogo es que el paciente no despierte durante la cirugía dejando de lado todas las funciones que realiza y que tienen que

ver con la integridad del individuo; sin mencionar que una limitante a ésta pregunta es: ¿ que acontece cuando se trata de una anestesia regional únicamente?

Por lo anterior es lógico pensar que hombres y mujeres no sepan que los Anestesiólogos se pueden desempeñar en otros campos o bien no sepan a ciencia cierta en que campos como es el caso de las personas con mayor escolaridad.

Y finalmente corroborando lo que se ha difundido en otros estudios tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados el miedo si se encuentra presenta principalmente en mujeres y predominando el miedo a no despertar después de la anestesia, curiosamente en ésta encuesta entre mayor es el grado de escolaridad mayor es el número de miedos que presentan los individuos.

Valdría la pena pensar con todos estos estudios que se han hecho que si el paciente tuviera un mayor y mejor conocimiento del Anestesiólogo como su preparación académica, las áreas en las que se ha subespecializado, así como la explicación de las técnicas anestésicas, los medicamentos y todos los instrumentos de nueva creación que se utilizan para su seguridad el nivel de ansiedad y miedo del paciente disminuiría? Y la confianza en el Anestesiólogo aumentaría? Y si esto fuera así que tanto impacto tendría en la evolución perioperatoria del paciente? E inclusive desde otro punto de vista sería de alto impacto costo-beneficio para las instituciones públicas como en éste caso?

VI CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Este estudio mostró que los pacientes desconocen el rol del anesthesiologo y sus responsabilidades son subestimadas, desconocen las diferentes áreas en las que se desempeña y todo esto representa miedo y ansiedad perioperatoria.

Para disminuir esta ansiedad y miedo se debería realizar un programa de acción en el cuál intervinieran en conjunto el Anesthesiologo, cirujano, enfermeras y trabajadores sociales; el primer paso corresponde al Anesthesiologo al explicar y resolver dudas acerca del procedimiento anestésico, enfermeras y trabajadores sociales deben tener conocimiento a través de capacitaciones acerca del trabajo del Anesthesiologo para orientar a pacientes y familiares cuando se requiera.

También se podrían realizar tests para evaluar el grado de ansiedad y en base a esto premedicar con ansiolíticos a los pacientes para cirugías electivas la noche previa a su procedimiento quirúrgico.

VII LITERATURA CITADA

- Alvarez-Bobadilla Gloria María. Ansiedad: evolución, diagnóstico e intervención preoperatoria. Rev Mex Anest 2014; 37: 152-154.
- Anne Thushara Matthias, Dharmanbandhu Nandadeva Samarasekera. Preoperative anxiety in surgical patients- experience of a single unit. Acta Anaesthesiologica Taiwanica 2012; 3-6.
- Bilgin Egemen Tuğsan et al., Effects of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction. Turkish Journal of Urology 2012; 38(2): 91-94.
- Bischoff Petra, Rundshagen. Awareness Under General Anesthesia. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(1-2):1-7.
- Bnchs Richard J., Lerman Jerrold. Preoperative Anxiety Management, Emergence Delirium , and Postoperative Behavior. Anesthesiology Clin 2014; 1-23
- Carapia-Sadurni Adriana, Mejía –Terrazas Gabriel E. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. Rev. Mex Anest 2011; 34: 260-263.
- Cserép et al.: The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. Journal of Cardiothoracic Surgery 2012 7:86.
- Ferreira de Oliveira Katia, Clivatti Jefferson. What do Patients know about the Work of Anesthesiologists? Rev Bras Anesthesiol 2011; 61: 720-727
- Giraldo Tascón VL, Castillo G, Quintero Saker U, Palacio L, Díaz Ante Y, Palacio Arboleda M, et al. Perception about anesthesiologist-patient relationship assessed during the post-operative of ASA I and II patient at level III and IV institutions (RAP-2 trial) in Cali, Colombia. Rev Colomb Anesthesiol 2014; 42:20-27
- Goddard Nick, Smith David. Unintended awareness and monitoring os depth of anaesthesia. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain 2013: 1-5

- Gordillo León Fernando et al.. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Revista Clínica de Medicina de Familia 2011; 228-233.
- Jlala H.A., French J.L. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. Br J Anaesth 2010; 104:369-74
- Karabulut Nezih, Cetinkaya Funda. The impact on the Level of Anxiety and Pain of the Training before Operation Given to Adult Patients. Surgical Science 2011; 2, 303-311
- Kavakci et al.: Effects of the preoperative anxiety and depression on the postoperative pain in ear, nose and throat surgery. Indian Journal of Otolaryngology 2012; 18,82-7
- Kil H.K., Kim W.O. Preoperative anxiety and pain sensitivity are independent predictors of propofol and sevoflurane requirements in general anaesthesia. Br J Anaesth 2011
- Kim Won-Sung, Byeon Gyeong-Jo. Availability of preoperative anxiety scale as a predictive factor for hemodynamic changes during induction of anesthesia. Korean J Anesthesiol 2010; 58: 328-333
- Krishna Pokharel et al. Nepalese patient's anxiety and concerns before surgery. Journal of Clinical Anesthesia 2011; 23, 372-378
- Leite F, Silva LM, Biancolin SE, Dias A, Casliglia YMM. Patient perceptions about anesthesia and anesthesiologists before and after surgical procedures. Sao Paulo Med J 2011; 129: 224-9
- Moreno –Guzmán Antonio Mayor M.C. Breve historia de la anestesia. Rev Sanid Milit Mex 2012; 66: 189-194
- Morley A.P., Papageorgiou C.H. The effect of pre-operative anxiety on induction of anaesthesia with propofol. Anaesthesia 2008; 63: 467-473
- Navarro-García Miguel A. et al.: Transtornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardíaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos. Rev. Esp Cardiol 2011; 46(11): 1005-1010.

- Nigussie et al.: Predictors of preoperative anxiety among surgical patient in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BMC Surgery 2014 14:67.
- Niño de Mejía María Claudia y cols. El despertar intraoperatorio en anestesia, una revisión. Rev. Mex. Anest 2011 (34) 4:274-285
- Noriyoshi Tanaka, Yuko Ohno, Megumi Hori. High Preoperative Anxiety Level and the Risk of Intraoperative Hypothermia. International Journal of Clinical Medicine 2012; 3, 461-468
- Ortíz J, et al. Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety? Rev Bras Anesthesiol 2014
- P. MAVRIDOU et al. Effect of previous anesthesia experience on patients' knowledge and desire for information about anesthesia and the anesthesiologist: A 500 patients' survey from Greece. Acta Anaesth. Belg 2012, 63: 63-68.
- Panjabi Gauri, khokhari Urmila. Effect of Preanesthetic Assessment in Outpatient Consultation Clinic in Decreasing Anxiety of Patient Undergoing Elective Surgery. IOSR-JDMS 2014; 74-77
- Rojas Maritza J, Azevedo Pérez Doris. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio De Alcalá, Cumana, Venezuela. Saber 2013; (25)3:273-278
- Sagün A, Birbiçer H, Yapici G. Patients who applied to the anesthesia clinic perceptions and knowledge about anesthesia in Türkiye. Saudi J Anesth 2013; 7:170-4
- Vlaenzuela-Millán Jaquelyn, Barrera-Serrano José René. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir Cir 2010; 78:151-156.

VIII APENDICE

ENCUESTA DE ANESTESIOLOGÍA "HOSPITAL GENERAL DE QUERÉTARO"

1. Género
 - a. Femenino
 - b. Masculino

2. Edad:
 - a. -25 años
 - b. 25-50 años
 - c. 51-70 años
 - d. + 71 años

3. Nivel de estudios
 - a. Sin estudios
 - b. Sabe leer y escribir
 - c. Primaria
 - d. Secundaria
 - e. Preparatoria
 - f. Universidad y posgrado

4. Un anesestiólogo es:
 - a. Una enfermera especializada
 - b. Doctor especializado
 - c. Técnico especializado
 - d. Cirujano especializado
 - e. No sé

5. ¿Cuánto tiempo después de la universidad se requiere de educación y entrenamiento para ser anesthesiólogo?

- a. 1 año
- b. 2 años
- c. 3 años
- d. 4 años
- e. No sé

6. ¿Cuál es la razón de su visita pre anestésica?

- a. Para que me expliqué la operación
- b. Para dar información acerca de enfermedades existentes
- c. Porque el cirujano me envió
- d. No sé

7. Usted considera importante decirle al anesthesiólogo enfermedades existentes, así como medicamentos que use y cirugías previas

- a. Si
- b. No
- c. No sé

8. ¿Por qué creé que sea importante el ayuno antes de la anestesia?

- a. Durante el sueño los alimentos pueden ir a los pulmones
- b. Náusea y vómito pueden ocurrir después de la anestesia
- c. Puede dificultar al cirujano la operación
- d. No sé

9. Usted considera que los medicamentos administrados para la anestesia son diferentes de los convencionales

- a. Si
- b. No
- c. No sé

10. ¿De quién es la responsabilidad de decidir el tipo de anestesia?
- a. Cirujano
 - b. Anestesiólogo
 - c. Paciente
 - d. Cirujano-anestesiólogo
 - e. No sé
11. Usted ¿cuál cree que sea responsabilidad del anestesiólogo? (puede elegir más de 1 respuesta)
- a. Hacer que el paciente no despierte durante la cirugía
 - b. Manejo del dolor inmediato después de la cirugía
 - c. Prevenir náusea y vómito después de la cirugía
 - d. Tratar la presión arterial y la glucosa durante la cirugía
 - e. Administrar antibióticos para prevenir infecciones
 - f. Transfundir sangre (si es necesario) durante la cirugía
 - g. Cuidar del paciente en la sala de recuperación
12. En ¿qué área adicional al quirófano el anestesiólogo está involucrado? (puede elegir más de 1 respuesta)
- a. Tratamiento del dolor crónico
 - b. Resucitación cardiopulmonar en el hospital
 - c. Cuidado de pacientes en unidad de cuidados intensivos
 - d. Investigación y enseñanza
 - e. No sé
13. ¿Tiene algún miedo con respecto a la anestesia?
- a. Si
 - b. No

14. ¿Cuáles son sus miedos acerca de la anestesia?
- a. No dormirse completamente
 - b. Despertar durante la anestesia
 - c. Decir cosas no deseadas inconscientemente.
 - d. Sentir dolor
 - e. No despertar después de la anestesia
 - f. Náusea y vómito después de la operación