

Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVII, Número 3; 2015 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Principales temores preoperatorios en los pacientes de cirugía electiva. Lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica

Major preoperative fears in patients for elective surgery. Lessons to be learned in arthroscopic surgery patient management

Dr. Tony Mauricio Ojeda Carpio^I, Dra.C Olga Gloria Barbón Pérez^{II}

^I Médico General. M.D. Residente de Anestesiología y Reanimación. Hospital Pablo Arturo Suárez. Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador

^{II} Doctora en Ciencias Pedagógicas. Docente investigador de la UNACH. Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador

RESUMEN

Introducción: En el marco de la estrecha asociación que hoy se establece entre la seguridad del paciente, desde la perspectiva de este, con la calidad de la atención sanitaria, los temores preoperatorios de los pacientes candidatos a cirugía artroscópica constituyen una preocupación actual de un amplio grupo de profesionales de la salud que engloba a cirujanos, anestesiólogos, reumatólogos y traumatólogos.

Objetivo: Presentar los resultados de la identificación y la caracterización de los principales temores preoperatorios en pacientes de cirugía electiva con significación práctica para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica.

Métodos: Se condujo un estudio exploratorio, descriptivo y transversal. De una población de 750 pacientes, en julio de 2015, se extrajo una muestra de 250 sujetos, a partir de un muestreo intencional no probabilístico. La técnica para la recolección de datos empleada fue la encuesta, cuya aplicación permitió determinar la presencia y los principales temores preoperatorios.

Resultados: El 65,6 % del total de pacientes refirieron sentir temor en el preoperatorio. Las manifestaciones de temor más frecuentes fueron: a la presencia de dolor, a la sensación de muerte y se presentaron en el 28,8 %, 24,4 % y 18,8 % respectivamente. Le sigue la afectación lógica del pensamiento (18%), la sensación de imposibilidad de movimiento y el temor de despertar en la cirugía; los cuales

se presentaron en el 12 % de los pacientes y por último la cefalea, presentada en 28 pacientes (11,2%). Estos y otros resultados permitieron identificar un conjunto de lecciones a aprender en el manejo del paciente en la cirugía artroscópica.

Conclusiones: Fueron identificados los temores principales que revelan los pacientes de cirugía electiva, en el hospital de especialidades "Eugenio Espejo" de la ciudad de Quito en el período estudiado, con impacto directo en las lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica.

Palabras clave: temores preoperatorios, cirugía electiva, manejo del paciente en la cirugía artroscópica.

ABSTRACT

Introduction: As part of the close partnership established today between patient safety from his or her perspective, with quality of health care, preoperative fears in arthroscopic surgery candidates are a current concern of a large group of health professionals which includes surgeons, anesthesiologists, rheumatologists and orthopedic surgeons.

Objective: To present the results of the identification and characterization of the main preoperative fears of elective surgery in patients with practical significance for patient management in arthroscopic surgery.

Methods: An exploratory, descriptive, cross sectional study was conducted. From a population of 750 patients, in July 2015, a sample of 250 subjects was extracted from a non-probability purposive sampling. The technique for data collection used was the survey, which application allowed determining the presence and the main preoperative fears.

Findings: 65.6 % of all patients reported feeling fear preoperatively. The most frequent manifestations of fear were the presence of pain, feeling of death occurred in 28.8%, 24.4 % and 18.8 % respectively. Affectation follows the logic of thought (18%), the feeling of impossibility of movement and fear of waking up during surgery; which occurred in 12% of patients and headache presented in 28 patients (11.2 %). These and other results allowed to identify a set of lessons to be learned in arthroscopic surgery patient management.

Conclusions: The study identified the main fears that reveal elective surgery patients in Quito's "Eugenio Espejo" hospital, during the period studied, with direct impact on a few lessons to be learned for the management of patients in arthroscopic surgery.

Keywords: Preoperative fears, elective surgery, arthroscopic surgery patient management.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aboga por un modelo teórico y aplicado de salud no reduccionista, desde el que se contemple la interrelación de diversas dimensiones que se ajusten activamente a la multifactorialidad de este complejo fenómeno y asume, en la actualidad, el desafío de potenciar un desempeño de los profesionales de la salud que evidencie la ruptura con el modelo biomédico tradicional, sustentado en un enfoque bio-psico-social.¹

Por otra parte, la seguridad del paciente ha adquirido en nuestros días un papel esencial como fuerza motriz de la gestión de la calidad de los servicios sanitarios. La OMS y otras organizaciones asocian de manera explícita la seguridad del paciente, desde la perspectiva de este, con la calidad de la atención sanitaria.² De ahí que sea necesario llevar a cabo acciones que incrementen la percepción de seguridad del paciente, disminuyendo sus temores y niveles de ansiedad,

habilitando espacios que impliquen en este proceso, tanto a profesionales de la salud como a pacientes.

El temor y la ansiedad son parte de la experiencia de todo paciente quirúrgico. En este contexto, la temática de la presente investigación está orientada hacia el estudio de aspectos que influyen en gran medida en la relación anestesiólogo-paciente en particular y equipo de salud-paciente en general, con lo cual aporta conocimiento en un campo escasamente investigado en el Ecuador. Su abordaje posibilita que la atención del paciente no sólo se cimiente en los aspectos biológicos de la enfermedad y tiene como propósito primordial conocer cuáles son los principales temores preoperatorios en los pacientes de cirugía electiva del hospital "Eugenio Espejo" de la ciudad de Quito en el período julio 2015, extrayendo enseñanzas para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica.

La actualidad de esta investigación se debe a la necesidad que tiene el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano de fortalecerse en lo referente al desarrollo de investigaciones que aporten argumentos científicamente fundamentados y que contribuyan, a la toma de decisiones médicas para la presentación de la información al paciente, de manera que esta no incremente sus temores y que le permita disminuir los niveles de ansiedad y brindar su consentimiento. En el hospital de especialidades “Eugenio Espejo”, como exponente de la medicina ecuatoriana actual, la cirugía de rodilla ha ido en incremento en los últimos años y se aspira a que la atención hospitalaria de estos pacientes sea: “de máxima calidad, accesible y ágil, profesional y responsable, coordinada con los diferentes niveles asistenciales, eficiente en el uso de los recursos disponibles.” Ello implica que sus procesos revelan la ruptura con el modelo biomédico tradicional, y de forma general se sustentan en un enfoque bio-psico-social.³

Entre los mayores retos que ha representado el desarrollo de esta investigación figura que la misma rebasa el estrecho marco de las mediciones de parámetros vitales, aplicación de escalas y verificación empírica de modelos importados, a las que se encuentra vinculada mayormente la anestesiología actual, orientándose a fomentar la solución de un problema práctico de la especialidad desde una óptica integradora, en el contexto de la búsqueda de una atención más cálida, humanizada y holística al paciente de cirugía electiva y la búsqueda de las posibles lecciones a ser aprendidas, en función de mitigar estos temores en los pacientes candidatos a cirugía artroscópica.

El significado del estudio en el avance del área investigada tiene que ver con que los medios de difusión masiva de alguna manera, con la información que se transmite al público, han contribuido a relacionar a la anestesia con complicaciones e incluso muerte, con lo cual el papel que desempeñan los temores de los pacientes candidatos a cirugía electiva, incluyendo aquella de tipo artroscópico, constituye un tema esencialmente relevante. Se trata de un paso hacia adelante en el conocimiento y el análisis de los elementos que se articulan, e influyen en la toma de decisión del paciente, así como en su respuesta durante todo el proceso quirúrgico. Además, es preciso subrayar la relevancia de llevar a cabo este trabajo, debido a las repercusiones que poseen los temores en los pacientes candidatos a cirugía electiva, pues, como se ha descrito en varios estudios realizados internacionalmente, su estado emocional cobra una gran importancia para su propia evolución. De ahí, el sumo valor de presentar los principales resultados de la identificación y la caracterización de estos

temores con significación práctica para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica, objetivo de este artículo, a fin de tener a mano información que en futuro permita llevar a cabo intervenciones tempranas y oportunas que atemperen, o eliminen los mismos.

MÉTODOS

Se condujo un estudio exploratorio, descriptivo y transversal. De una población de 750 pacientes candidatos a ser sometidos a cirugía electiva de forma programada en el hospital de especialidades “Eugenio Espejo”, en julio de 2015 se extrajo una muestra de 250 sujetos a partir de un muestreo intencional no probabilístico. Los criterios de inclusión empleados para la selección de la muestra fueron los siguientes:

- Poseer voluntariedad para participar en el estudio.
- Ser candidato a cirugía electiva en el hospital “Eugenio Espejo”
- Haber recibido información sobre el tipo anestesia que se le administraría.
- Haber firmado el consentimiento para la realización de la cirugía.

Los criterios de exclusión empleados para la selección de la muestra fueron los siguientes:

- No mostrar voluntariedad para participar en el estudio.
- No haber recibido información sobre el tipo anestesia que se le administraría.
- No haber firmado el consentimiento para la realización de la cirugía.
- Pacientes en incapacidad de expresarse verbalmente.
- Pacientes en tratamiento psiquiátrico.

La técnica para la recolección de datos empleada fue la encuesta, cuya aplicación tuvo como propósito determinar la presencia y caracterizar los principales temores preoperatorios de los muestreados. Para construir el cuestionario el autor se basó en la metodología propuesta por Hernández et al (2010),⁴ a partir de la cual se consideraron especialmente los objetivos del estudio, las categorías y ejes temáticos. Para la selección de

los ítems se tuvo en cuenta la naturaleza multidimensional de los constructos medidos y la revisión de algunos de los textos más actuales sobre la medición de los mismos. El cuestionario se compuso de 6 ítems que exploraban las siguientes variables demográficas y no demográficas: edad, sexo, presencia de temor preoperatorio, nivel de instrucción, tipo de anestesia y tipo de temor expresado.

Este instrumento fue sometido a un proceso de estudio de su confiabilidad y validez, administrándosele una prueba piloto a 10 pacientes de cirugía opcional. Los resultados obtenidos de la misma fueron analizados, para garantizar su fiabilidad, mediante el cálculo del coeficiente de confiabilidad del Alfa de Cronbach, el cual arrojó un valor de 0.8855. De igual manera se realizó la validación de contenido de los ítems, utilizando la opinión de cinco expertos que laboran en el área de la anestesia, la reumatología, la investigación y la psicología clínica. En base a sus recomendaciones se realizaron las correcciones pertinentes. La aplicación del cuestionario se realizó en horarios matutinos y vespertinos, en las visitas de valoración pre anestésica. Los cuestionarios fueron aplicados por profesionales de la salud previamente adiestrados al efecto.

Se confeccionó una base de datos Excel con la información recolectada la cual se procesó de forma automatizada utilizando el paquete estadístico SPSS en su versión 18.5 para Windows. La información fue resumida mediante frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas. Se estimaron los intervalos de confianza al 95% para completar la estimación puntual de las medidas mencionadas y el nivel de significación estadística se estableció en un valor de $p < 0,05$.

En función de la naturaleza de las variables, se utilizaron varias técnicas de análisis, fundamentalmente el cálculo de porcentajes y la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson para tratar de identificar relaciones significativas entre las variables categóricas.

Desde el punto de vista bioético, cada paciente fue informado y ofreció su consentimiento por escrito. Los sujetos no fueron dañados o influenciados de ningún modo para participar o continuar su participación en el estudio. Los registros que identificaban a cada sujeto se mantuvieron en estricto secreto. La información recogida fue privada y confidencial, publicándose exclusivamente los resultados con fines científicos y docentes. En general el estudio es consistente con las normas de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

A continuación se exponen los principales resultados del estudio realizado.

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos de edades y presencia de temor preoperatorio.

Grupos de edades	¿Siente temor?		
	No	Si	Total
Menor de 25 años	7	16	23
De 25 a 44 años	21	58	79
De 45 a 64 años	29	71	100
De 65 años y más	29	19	48
Total	86	164	250

$P = 0,000$

En la tabla No. 1 se muestra que el grupo de edad predominante fue el comprendido entre los 45 y 64 años con 40 % del total de pacientes, le siguen en orden descendente el comprendido entre los 25 y 44 años, igual o mayor de 65 años y menores de 25 años con un 31,6 %, 19,2 % y 9,2 % respectivamente. De modo que 164 pacientes refieren presentar temor en el preoperatorio, en todos los grupos de edades existe mayor número de pacientes que refieren temor a los que no lo refieren, excepto en el grupo de pacientes con 65 o más años de edad donde solo 19 de los 48 pacientes refieren temor preoperatorio. Destaca que 71 de los 100 pacientes comprendidos entre los 45 y 64 años refieren tener temor en el preoperatorio. Estos datos fueron estadísticamente significativos.

Tabla 2. Distribución de pacientes según sexo y presencia de temor preoperatorio.

Sexo	¿Siente temor?		
	No	Si	Total
femenino	49	83	132
masculino	37	81	118
Total	86	164	250

$P = 0,338$

Aunque se observa un ligero predominio del sexo femenino con 132 pacientes (52,8 %), comparado con los 118 pacientes (47,2 %) del sexo masculino en la muestra de estudio, en la tabla No. 2 se puede ver que tanto hombres como mujeres expresan temor en el preoperatorio, solo 49 de las 132 personas del sexo femenino y 37 de los 118 hombres expresaron no

temer en el preoperatorio, lo cual no fue estadísticamente significativo.

Gráfico 1. Distribución de pacientes según nivel de instrucción.

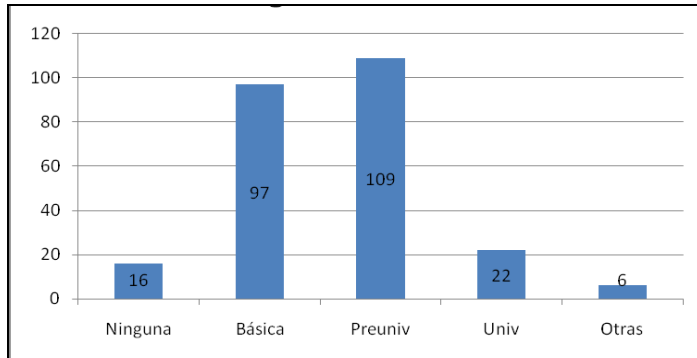


Tabla 3. Distribución de pacientes según nivel de instrucción y presencia de temor preoperatorio.

Nivel de instrucción	¿Siente temor?		
	No	Si	Total
Básica	45	52	97
Ninguna	8	8	16
Otras	0	6	6
Pre-universitaria	30	79	109
Universitaria	3	19	22
Total	86	164	250

$P= 0,002$

El gráfico No. 1 refleja que el 43,6 % de los pacientes estudiados refirieron en el momento del estudio un nivel de instrucción de preuniversitario, 97 pacientes (38,8 %) cursaron estudios hasta educación básica y solo el 8,8 % de los pacientes cursaban o cursaron estudios universitarios. Destaca que solo el 6,4 % de los pacientes refirió no haber tenido ningún grado de instrucción. Además, según se observa en la tabla No.3, solo 3 de los 22 pacientes con estudios universitarios y 30 de las 109 personas con estudios preuniversitarios refieren no tener sentimientos de temor. Este dato es estadísticamente significativo.

Como se muestra en la tabla No.3, el tipo de anestesia más utilizado fue la anestesia general que se aplicó en 140 pacientes, el 33,6 % de los pacientes recibió anestesia regional y solo 26 pacientes (10,4 %) fueron intervenidos con anestesia local. Solo 8 de los 26 pacientes que se intervinieron con anestesia local expresaron haber sentido temor en el preoperatorio, sin embargo 102 de los 140 pacientes a los

cuales se les aplicó anestesia general refirieron sensación de temor en el preoperatorio.

Tabla 4. Distribución de pacientes según tipo de anestesia y presencia de temor preoperatorio.

Tipo de Anestesia	¿Siente temor?		Total
	No	Si	
General	38	102	140
Local	18	8	26
Regional	30	54	84
Total	86	164	250

$P= 0,000$

Acorde a la tabla No. 5, el 65,6 % del total de pacientes refieren sentir temor en el preoperatorio. Las manifestaciones de temor más frecuentes se vincularon con los siguientes: a la presencia de dolor, a la sensación de muerte y nauseas, las cuales se presentaron en el 28,8 %, 24,4 % y 18,8 % respectivamente. Le sigue la afectación lógica del pensamiento (18 %), la sensación de imposibilidad de movimiento y el temor de despertar en la cirugía; los cuales se presentaron en el 12 % de los pacientes y por último la cefalea, que aunque es la manifestación menos frecuente, se presenta en 28 pacientes (11,2 %).

Tabla 5. Distribución de pacientes según tipo de temor expresado

Temores	Frecuencia	%
Sin temor	86	34,4
Nauseas	47	18,8
Muerte	61	24,4
Dolor	72	28,8
Despertar en la cirugía	30	12
No poder moverse	30	12
Cefalea	28	11,2
Afectar la lógica del pensamiento	45	18

DISCUSIÓN

Las creencias, los estereotipos y vivencias previas son elementos constitutivos de los temores por tanto determinan el comportamiento de las personas. Los variados temores que sufren los pacientes, son en gran parte ocasionados por el desconocimiento. Algunas publicaciones exploran el temor como factor contribuyente de complicaciones perioperatorias.⁵⁻

¹⁰ De ahí que los temores preoperatorios de los pacientes candidatos a cirugía artroscópica constituyen una preocupación de cirujanos, anesthesiólogos, reumatólogos y traumatólogos, en función de mejorar la práctica clínica. De forma general todos los estudios que muestran la importancia de valorar los temores al procedimiento bajo anestesia son relevantes para este núcleo de profesionales, pues aunque la introducción de fármacos cada vez más seguros ha permitido el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas y ofrecer una mayor seguridad, de forma general, a los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica, los adelantos científicos y farmacológicos no han conseguido que se eliminen los niveles de ansiedad y temor en estos pacientes.

La importancia de destacar la edad en este estudio radica en que, la mayoría de las personas que fueron programadas para cirugía electiva con anestesia general, están en edades laborales, afectándose de alguna manera las fuerzas productivas del país, haciéndose evidente la repercusión que tiene, sobre la economía, la discapacidad temporal que provoca la cirugía y su asociación a una mayor estadía hospitalaria por concepto de complicaciones en los pacientes con elevado grado de temor y ansiedad, lo cual coincide con algunos estudios de este corte que describen cómo la ansiedad preoperatoria se vincula al miedo e incrementa el riesgo de complicaciones.⁵

Al analizar la relación existente entre la edad y la presencia de temor preoperatorio es de destacar que todos los grupos de edades presentan mayor cantidad de pacientes con temor, excepto el grupo de pacientes con 65 o más años de edad. Algunos autores tratan de explicar este fenómeno haciendo referencia a que mientras más joven es el paciente, el grado de inexperiencia e inmadurez es mayor,⁶ esto propiciaría en ellos mayores dudas, desconocimiento y ansiedad que se manifiestan en forma de temor hacia el acto quirúrgico en sí. Una forma de disminuir el temor preoperatorio en los pacientes sería la explicación amplia y detallada tanto del proceso anestésico como del papel del anestesista durante la intervención quirúrgica, hecho reportado por Ortiz y colaboradores en el año 2015.⁷ Por otro lado Zach plantea que en la medida en que aumenta la edad, los pacientes adquieren mayor conocimiento de sus enfermedades y sus temores tienden a disminuir de forma significativa, la experiencia acumulada durante los años los hace portadores de otra visión de los fenómenos, sus experiencias en el marco familiar y con amistades hacen que se apropien de conocimientos y experiencias que pueden tener un efecto minimizador sobre el

temor preoperatorio.⁸ Este trabajo reflejó resultados similares a los expresados por Ortiz y colaboradores en el año 2015.

Los resultados indican que los pacientes con mayor nivel de instrucción fueron menos propensos a sentir temor preoperatorio, dato que fue estadísticamente significativo. Esto se explica ya que mientras mayor es el nivel de instrucción mayor es el conocimiento que se tienen sobre las enfermedades y los métodos que se emplearán en el proceder quirúrgico.

Similares deducciones han sido reportadas en estudios de otros países, los cuales se enfocan en la percepción del paciente, según su escolaridad, sobre el rol del anesthesiólogo.⁹

Por otro lado la Dra. Mazariego en su trabajo titulado "Características psicobiosociales que influyen en la percepción y expectativas hacia la anestesia y anesthesiólogo" plantea que mientras mayor es el grado de instrucción de los pacientes que se someterán algún proceder quirúrgico mejor es el nivel de interpretación del mismo, además de que este alto nivel de instrucción facilita la comunicación y la relación médico paciente lo cual limita la ansiedad de los mismos y posibilita retardar, desaparecer o disminuir las sensaciones de temor preoperatorio que pueden manifestar los pacientes.¹⁰

El tipo de anestesia utilizada parece tener alguna repercusión sobre la aparición del temor preoperatorio.

Es así que solo 8 de los 26 pacientes (30,7 %) que se intervinieron con anestesia local refirieron temor preoperatorio, sin embargo el 72,86 % de los pacientes en los que se utilizó anestesia general y el 64,29 % en los que se aplicó anestesia regional refirieron temor preoperatorio.

Datos estos que fueron estadísticamente significativos. Mazariego expone en su trabajo que los pacientes asocian el tipo de anestesia a utilizar a la gravedad o posibles complicaciones del acto quirúrgico, lo cual no deja de ser relativamente cierto, ya que existen determinados procedimientos que aunque parecen ser sencillos por la localización de los mismos se deben realizar con anestesia general o regional.¹⁰

En otro reporte, Calabrese y Oneto significan que los temores relacionados con la anestesia general se deben sobre todo a que la anestesia general suprime el control del Yo, sus funciones quedarán abolidas, es ahí donde irrumpe el miedo con anticipación, y a la vez como un efecto de su propia ineficacia de defensa.¹¹

Otros autores como Brown, establecen que este temor se relaciona con el estrecho margen que supone para el paciente la función de la anestesia general y en muchos casos la anestesia regional; debe permitir la intervención quirúrgica sobre su cuerpo sin el sufrimiento de permanecer consciente y a la vez en el extremo de no volver a su estado consciente, o sea morir.¹²

Paz, Prego y Barzaga reportan en su estudio que el temor a despertar con secuelas representó 13.1 %, significando que esa ausencia que involucra el período de anestesia general sólo puede representarse bajo la forma de temor y surgen las preguntas de cómo quedará, qué secuelas habrá al despertar, sin embargo en las intervenciones que utilizan anestesia local, el paciente se mantiene consciente en todo momento, lo que hace desaparecer este temor en un gran número de pacientes.¹³

No debe soslayarse que el temor del paciente por cómo quedará al despertar de la anestesia ha sido ampliamente cubierto por otros estudios. Algunos autores plantean que el anestesiólogo evalúa de forma rutinaria e imperfecta la ansiedad y por consiguiente es frecuente la discordancia entre la valoración de la ansiedad por parte del médico y el grado de ansiedad expresado por el paciente, agregándose además, que en él suelen confundirse los temores causados por la cirugía y los relacionados con la anestesia.¹⁴

En ello se considera influyen estereotipos sociales promovidos por subculturas machistas, los cuales persisten aunque se promueve la construcción de un mundo fundado en ideales de paz, justicia social y equidad, fundamentalmente en espacios de determinadas culturas donde imperan rígidos patrones genéricos que limitan el desarrollo pleno, sano y responsable de hombres y mujeres.

Visto desde otra perspectiva, características personalógicas como la timidez pueden incidir en que el paciente explicita su temor y la ansiedad asociada al mismo. En este sentido algunos estudios clínicos han puesto en evidencia la dificultad para apreciar, durante la consulta pre anestésica, el grado de ansiedad del paciente, dado que aunque los pacientes pueden manifestar ansiedad durante la anamnesis, los más introvertidos suelen reprimirla.^{15,16}

En este estudio, el miedo al dolor representa en la muestra el 28,8 %, por encima de lo encontrado en otros estudios que oscilan alrededor del 20 al 23 %, por lo que esto constituye un área a considerar por los anestesiólogos,¹⁷ pues se conoce que la presencia de dolor afecta el confort y la satisfacción de

los pacientes e incrementa la morbilidad postoperatoria e incluso la estancia hospitalaria, siendo fuente efectos adversos fisiopatológicos y psicoemocionales.¹⁸ En particular el dolor postoperatorio es uno de los principales responsables de este deterioro al impedir la tos y la respiración profunda, favorecer la retención de secreciones y propiciar así la aparición de infecciones respiratorias.¹⁹ En este sentido, se ha estudiado que el empleo de técnicas psicológicas como la psicoeducación, el reforzamiento positivo y la respiración diafragmática son de gran utilidad en esta dirección.²⁰ Finalmente, se coincide con los resultados de estudios internacionales, en los cuales los temores que suelen expresarse en cuestionarios o interrogatorios, se refieren al dolor postoperatorio, al temor de no dormirse durante la operación, al temor de revelar informaciones de la vida privada, a las náuseas y los vómitos, y a la espera antes de la intervención.²¹

Lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica.

A modo de resumen, el manejo del paciente candidato a cirugía artroscópica puede resultar beneficiado del aprendizaje de ciertas lecciones que emanan de los resultados del presente estudio, entre ellas pueden citarse las siguientes:

No resulta extremadamente complejo identificar los temores relacionados con la anestesia, que afectan el estado emocional del paciente, previo a la cirugía artroscópica.

Las creencias, los estereotipos y vivencias previas determinan el comportamiento de las personas. Los temores que sufren los pacientes candidatos a cirugía artroscópica, son en gran parte ocasionados por el desconocimiento, en ello influye el tipo de anestesia a emplear y el nivel de instrucción del paciente.

En todos los grupos de edades existen pacientes que referirán temor, con excepciones en el grupo de pacientes con 65 o más años de edad.

El desconocimiento de las características de los temores de los pacientes afecta la calidad de la atención integral, con enfoque biopsicosocial, ya que limita la correspondencia de la información que se ofrece al paciente con sus necesidades como aspecto esencial de la valoración pre quirúrgica.

CONCLUSIONES

En el marco de la estrecha asociación que hoy se establece entre la seguridad del paciente, desde la perspectiva de este, con la calidad de la atención sanitaria, los temores

preoperatorios de los pacientes candidatos a cirugía artroscópica constituyen una preocupación actual de un amplio grupo de profesionales de la salud que engloba a cirujanos, anesthesiólogos, reumatólogos y traumatólogos, en función de mejorar la práctica clínica.

Fueron identificados los temores a la presencia de dolor, sensación de muerte y náuseas, la afectación lógica del pensamiento, la sensación de imposibilidad de movimiento y el temor de despertar en la cirugía y la cefalea, como los principales que revelan los pacientes de cirugía electiva, en el hospital de especialidades "Eugenio Espejo" de la ciudad de Quito en el período estudiado con impacto directo en las lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica.

De cara al futuro se deben desarrollar investigaciones en torno a los temores y su relación con la valoración preanestésica, de lo cual existen pocos trabajos desde la perspectiva de los pacientes que permitan obtener información de primera mano sobre sus expectativas y necesidades en este tipo de cirugías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS & OMS. *Agenda de Salud para las Américas. Reunión de los Ministros de Salud de las Américas. Ciudad de Panamá. 2007. pp. 5-19.*
2. OMS. *Calidad de la atención: Seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud [Internet] 2002. [citado 29 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>*
3. *Hospital Eugenio Espejo (HEE). Misión y visión [Internet] 2015. [citado 29 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.hee.gob.ec>*
4. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación. 5ta edición. México: Editorial Mc Graw Hill;2010.*
5. Wang SM, Kulkarni L, Dolev J et al. *Music and preoperative anxiety: a randomized, controlled study. AnesthAnalg. 2002; 94:1489-94.*
6. Fitzgerald BM, Elder WJ. *A 1-page informational handout decrease patients' most common fears of anesthesia and surgery? J Surg Educ. 2008; 65: 359-63.*
7. Ortiz J, Wang S, MacArthur A, Tolpin DA. *Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? Brazilian Journal of Anesthesiology (Edición en Español). 2015; 65(1):7-13.*
8. Zach L, Dalrymple PW, Rogers ML et al. *Assessing Internet access and use in a medically underserved population: implications for providing enhanced health information services. Health Info Libr J. 2012; 29: 61-71.*
9. Hool A, Smith AF. *Communication between anaesthesiologists and patients: How are we doing it now and how can we improve? Curr Opin Anaesthesiol. 2009; 22:431-5.*
10. Mazariego Caballero M. *Características psicobiosociales que influyen en la percepción y expectativas de los pacientes hacia la anestesia y el anesthesiólogo. Rev.Guat. Anest.2014; 23(2):34-8.*
11. Calabrese G, Oneto M. *Perfil psicológico de los miedos a la anestesia. Estudio Sobre 616 Pacientes En Paysandú – Uruguay. Revista de la S.A.U.1995; 12(1):15-21.*
12. Brown E. *Quality assurance in Anesthesiology. The problem oriented audit. Anesth, Analg.2011; 85(11):217-43.*
13. Paz Estrada C, Prego Beltrán C, Barzaga Hernández E. *Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. Rev. Mex. de Anest. 2006; 29(3):159-62.*
14. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *Preoperative evaluation. Bloomington (MN): ICSI; 2010.*
15. Baraza Saz A. *Satisfacción del paciente de cirugía mayor ambulatoria con los cuidados anestésicos perioperatorios en relación con el miedo [Tesis Doctoral]. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de las Palmas de Gran Canaria; 2010.*
16. Gordillo Leóna F, Arana Martínez JM, Mestas Hernández L. *Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. RevClínMedFam. 2011; 4 (3):228-33.*
17. Valenzuela Millán J, Barrera Serrano J, Ornelas Aguirre J. *Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir. 2010; 78:151-156.*
18. Rawal N. *Acute Pain Services Revisited Good From Far, Far From Good? Reg Anesth Pain Med. 2002; 27(2):117-21.*
19. Miranda A. *Valoración del dolor. En: Miranda A/JIMS ed. Dolor postoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento.Barcelona:JIMS; 1992. p. 27-56.*

20. Carapia Sadurni A et al. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2011; 34(4):260-3.

21. Badner NH, Nielson WR, Munk S et al. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth*. 1990;37:444-7.

Los autores refieren no tener conflicto de intereses

Recibido: 14 de julio de 20125

Aprobado: 23 de agosto de 2015

Publicado: 30 de septiembre de 2015

Contacto para la correspondencia: *Dra.C Olga Gloria Barbón Pérez* E-mail: olgagloria@infomed.sld.cu

Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador