

### 3. La intervención de enfermería en procedimientos anestésicos y quirúrgicos para la disminución de la ansiedad

#### NURSING INTERVENTION IN ANAESTHETIC AND SURGICAL PROCEDURES FOR REDUCING ANXIETY

Clara Gómez Brusi

Graduada en Enfermería (Universidad de Castilla-La Mancha).

#### RESUMEN

Los pacientes que se someten a intervenciones quirúrgicas presentan un grado de ansiedad en el preoperatorio, generalmente en los pacientes adultos. Los pacientes cuando entran a cirugía se encuentran en un estado emocional desorbitante por lo que el organismo se prepara para afrontar la situación.

La enfermería en el campo de la anestesiología quirúrgica es de vital importancia, y es que el bloque de cirugía es un equipo multidisciplinar cuyos objetivos son comunes, salvaguardar la salud del paciente. Este equipo está formado por el personal de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, administrativos y limpieza.

Sin embargo, lo que atañe a esta cuestión es la importancia del profesional de enfermería. Este profesional no solamente se involucra en los conocimientos técnicos de la profesión como es la preparación de quirófano, intervención de la operación o ayudar al cirujano, sino que además se preocupa en el bienestar emocional del paciente. De hecho, el profesional de enfermería se encarga de minimizar la ansiedad y estrés del paciente en el preoperatorio y post operatorio.

En definitiva, la enfermería presenta un papel importante en la labor de prevención de ansiedad en pacientes quirúrgicos, dirigiendo su atención y actividades a mejorar su calidad en la estancia hospitalaria.

**Objetivo:** Este estudio de revisión bibliográfica tiene como propósito examinar la literatura sobre las intervenciones del profesional de enfermería para el manejo de la ansiedad en pacientes quirúrgicos que son anestesiados, manejo de técnicas y detección y actuación inmediata.

**Metodología:** Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda en distas bases de datos Pumbed, Scielo, ScieDirect, Google Scholar.

**Resultados:** ha sido una búsqueda de 200 artículos de los cuales fueron descartados 102 por título fecha y año, se observaron 50 de mero interés y se seleccionaron 21 de los cuales los restantes fueron excluidos.

**Conclusiones:** esta revisión manifiesta la importancia del personal de enfermería en la anestesiología quirúrgica para la disminución de la ansiedad del paciente prequirúrgico.

**Palabras clave:** Enfermería quirúrgica, anestesia, paciente, ansiedad.

#### ABSTRACT

*Patients who undergo surgical interventions present a degree of anxiety in the preoperative period, generally in adult patients. When patients enter surgery they are in an exorbitant emotional state so the body prepares itself to face the situation.*

*Nursing in the field of surgical anesthesiology is of vital importance, since the surgery block is a multidisciplinary team whose objectives are common, which is to safeguard the health of the patient. This team is made up of the nursing staff, auxiliary nursing care technicians, orderlies, clerks, and cleaners.*

*However, what concerns this question is the importance of the professional. This professional is not only involved in the technical knowledge of the profession, such as the preparation of the operating room, intervention of the operation or helping the surgeon, but is also concerned with the emotional well-being of the patient. In fact, the nursing professional is in charge of minimizing the anxiety and stress of the patient in the preoperative and postoperative periods.*

*In short, nursing plays an important role in the work of anxiety prevention in surgical patients, directing their care and activities to improve their quality of hospital stay.*

**Objective:** *The purpose of this bibliographic review study is to examine the literature on nursing professional interventions for the management of anxiety in surgical patients who are anesthetized, management of techniques and detection and immediate action.*

**Methodology:** *To carry out this bibliographic review, a search was carried out in different databases Pumbed, Scielo, ScieDirect, Google Scholar.*

**Results:** *there was a search of 200 articles of which 102 were discarded by title, date and year, 50 of mere interest were observed and 21 were selected of which the rest were excluded.*

**Conclusions:** *this review shows the importance of the nursing staff in surgical anesthesiology for the reduction of anxiety in the pre-surgical patient.*

**Keywords:** *Surgical nursing, anesthesia, patient, anxiety.*

## 1. OBJETIVOS

### 1.1. Objetivo general

- Determinar la importancia del profesional de enfermería en los procesos preoperatorios y post operatorios para minimizar el miedo y la ansiedad del paciente.

### 1.2. Objetivos específicos

- Determinar los niveles de ansiedad y miedo en diversos tipos de pacientes.
- Identificar las técnicas de actuación del personal de enfermería en el proceso preoperatorio.
- Establecer técnicas de actuación en la ansiedad preoperatoria.
- Determinar los tratamientos de la ansiedad en los pacientes quirúrgicos.
- Identificar los factores asociados a la ansiedad y el medio de los pacientes.
- Evaluar la ansiedad en los procedimientos anestésicos.
- Identificar programas educativos para disminuir la ansiedad preoperatoria mediante la enseñanza individualizada.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El paciente quirúrgico es aquel que va a someterse a una cirugía o está siendo intervenido en la unidad de hospitalización. La ansiedad es definida por un sentimiento desagradable de sentirse amenazado por algo inconcreto, acompañado de sensaciones somáticas de tensión generalizada y falta de búsqueda de una solución de peligro. Es similar a la angustia, aunque en esta las sensaciones son diferentes, y se diferencia del miedo porque en este existe un peligro definido y conciencia de este. Muchas veces, los síntomas son tan intensos que pueden provocar hiperventilación, palpitaciones, calambres y hasta una serie de manifestaciones gastrointestinales, cardíacas o genitourinarias. Es un síntoma importante en medicina y en ocasiones constituye además una entidad nosológica. Se puede manifestar con inquietud, insomnio, hiperactividad, irritabilidad y miedo (1).

Como se puede apreciar esto, supone una respuesta que forma parte del ser humano, en el que puede estar presente en diferentes tipos, por tanto, en ella pueden existir diferentes síntomas de ansiedad que se ven reflejados en tres sistemas de respuestas (2):

- *Subjetivo-cognitivo*: experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.
- *Fisiológico somático*: es la activación del sistema nervioso autónomo.
- *Motor-conductual*: escape y evitación.

De hecho, la ansiedad es una reacción compleja de la persona para afrontar situaciones y estímulos ante situaciones

que el individuo las considera como peligrosas, en esta situación sería afrontarse a una cirugía o la administración de anestesia. Estas situaciones son por parte del paciente y voluntarias, pero que en virtud de su estado de ánimo las manifiesta como desagradable y en ocasiones es confundida por el estrés (3).

No obstante, la cirugía es un componente estresor y este no se encuentra aislado, sino que depende también de la patología del paciente, los acontecimientos son la causa porque el paciente se va a encontrar desorientado por su pérdida de intimidad. Así mismo, la ansiedad tiene desencadenantes negativos en la recuperación postquirúrgica y eso puede ocasionar largas estancias. Por tanto, es importante una buena preparación del paciente, otorgarle información adecuada y apoyo psicológico antes y después de la cirugía (3).

El proceso de la cirugía requiere anestesia y eso genera en el paciente ansiedad y temor ante lo desconocido porque no es capaz de controlar su cuerpo, en ocasiones pasa a ser inquietante tanto para el paciente como para sus familiares y este estado de estrés puede acarrear consecuencias negativas en la salud del paciente (4).

Este estado emocional en cada paciente se puede manifestar de diferentes modos como es la dificultad del acceso venoso, la rigidez de la mandíbula para la introducción de la anestesia requiriendo incluso un incremento mayor de anestesia (4).

Un estudio realizado por la facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Goiás estimó la prevalencia de la ansiedad y los predictores de ansiedad moderada y grave en el periodo operatorio, señalando que los pacientes en nivel de ansiedad moderado y grave era del 33%, mientras que el 17,5% de muestra general y el restante estaban configurados por altos niveles (4).

A pesar de que los profesionales intenten humanizarse delante del paciente para tranquilizarlos mediante la entrevista, es preciso señalar que no todas las actuaciones pueden ser efectivas por lo que es importante que el profesional sea capaz de detectar la ansiedad preoperatoria y post operatoria mediante información y formación.

Según la definición de NANDA la ansiedad es el estado en el que el individuo tiene una sensación vaga de malestar o amenaza acompañada de una respuesta de tipo vegetativo; existe un sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Se trata de una señal que advierte de un peligro inminente y permite al individuo a tomar medidas para afrontar la amenaza. El origen es con frecuencia inespecífico o desconocido para el individuo (5).

El concepto de ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa estado de agitación e inquietud, esta definición se encuentra solapada con el término angustia y deviene de diversos estudios en el cual se originó a través de diversas traducciones (6).

Aun así, la literatura científica ha ido desarrollando diversos modos de definir la ansiedad, Spielberg señala la ansiedad como una reacción emocional desagradable

ble producida por un estímulo externo, considerado como amenazador. Por otro lado, Navas considera que es un estado emocional o sensaciones fisiológicas. En otro sentido, Mishel determina que la ansiedad se sostiene para cada individuo de forma particular mediante el conjunto de amenazas provocando un temor adquirido. De manera similar a la de la Michel, Papalia la describe como un estado que de incertidumbre ante la anticipación de una amenaza. Por último, cabe señalar a Vindel que define la ansiedad como una reacción emocional ante situaciones estresantes que comprende respuestas subjetivas (7).

Ante estas circunstancias el sometimiento a una cirugía es un factor que genera estrés, por ello el profesional de enfermería tiene la labor de detectar las situaciones de estrés ya que estos agentes pueden desencadenar una recuperación tardía (7).

Los beneficios de prevenir o detectar la ansiedad antes de los procedimientos quirúrgicos son bastantes significativos. El Hospital Universitario de Valme de Sevilla puso un programa dirigido a prevenir y potenciar a los pacientes a disminuir la ansiedad en los procedimientos quirúrgicos incrementando un 99,8% la satisfacción y la tranquilidad del paciente mediante el conocimiento y encuestas realizadas antes y después de la entrevista prequirúrgica (8).

Por tanto, en este contexto se observa la necesidad de realizar una revisión bibliográfica que permita conocer lo que la literatura científica aporta sobre esta temática para mantener las competencias profesionales mediante la formación, en busca de proporcionar los cuidados óptimos e intervenciones de enfermería ligados a los pacientes que se van a someter a intervenciones quirúrgicas ligadas a la prevención, control y promoción de la salud en el marco de los derechos humanos.

### 3. CONCEPTOS BÁSICOS

#### 3.1. Introducción

En el presente apartado se desarrollan una serie de conceptos básicos que sirven de marco para el buen desarrollo del trabajo a realizar, se realiza una breve aproximación al concepto de anestesia y los tipos de anestesia, posteriormente se desarrolla las técnicas básicas del personal de enfermería en la unidad quirúrgica, así como la importancia del personal de enfermería en controlar la ansiedad del paciente para su pronta recuperación y evitar complicaciones. Es preciso añadir, la importancia del consentimiento informado y la educación prequirúrgica para evitar efectos adversos derivados de la ansiedad en pacientes postquirúrgicos, para ello se hace hincapié y una breve reflexión sobre las técnicas de educación en pacientes que van a someterse a cirugía y como su estado ansioso se ve disminuido.

#### 3.2. Tipos de anestesia

La atención quirúrgica es un elemento principal de los sistemas sanitarios y consiste en la reducción reversibles de las funciones del sistema nervioso inducida por fármacos, mediante la eliminación de la percepción de los sentidos para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos, diagnósticos

o intervencionistas y está compuesta por la hipnosis que consiste en la pérdida de la consciencia sin respuesta a estímulos externos, la analgesia que propicia la ausencia total de la percepción del dolor (9).

#### 3.2.1. Anestesia general

##### 3.2.1.1. Anestesia total intravenosa

Se conoce como anestesia total intravenosa a la combinación de varios agentes intravenosos para la inducción y mantenimiento de la anestesia general como son los barbitúricos, opioides, agentes bloqueadores, etc. Esta técnica cada vez está más en uso si se compara con la anestesia inhalada debido a las propiedades farmacológicas que presenta como es el uso del Propofol y los opioides de acción corta. Los medicamentos que se utilizan producen una disminución de los efectos secundarios que la anestesia general produce como son la náuseas y vómitos además que se evita la contaminación ambiental

La TIVA se suele aplicar a todo tipo de intervención quirúrgica, pero requiere una particularidad que es la realización del procedimiento de extubación despierta sin laringoscopia, además de ello refiere a una mejor recuperación debido a la disminución de las náuseas y de los vómitos en el postoperatorio por lo que la facilidad de reanimación es mayor (10).

Con respecto a la medicación utilizada para su utilización se puede utilizar cualquier tipo de hipnótico intravenoso y opioide que habitualmente su utilización es mediante la combinación de Propofol y remifentanilo cuyos resultados son eficaces para establecer una combinación adecuada en la anestesia y en la recuperación del paciente (10).

El tiempo de recuperación de la anestesia y de la cirugía depende del paciente, pero el Propofol es muy recomendable para técnicas de infusión continua ya que si vida útil oscila en los 20 a 30 minutos cuyas duraciones de infusión son de 2 a 8 horas, a su mismo su aclaramiento y redistribución después de la infusión permite un retorno rápido de la conciencia del paciente. En cuanto al suministro del opioide de esta técnica disminuye el requerimiento del Propofol en un 50% por lo que la recuperación más rápida en comparación con el Propofol (10).

##### 3.2.1.2. Anestesia inhalatoria

La anestesia inhalatoria o los agentes anestésicos inhalatorios son sustancias volátiles que se emplean en procedimientos quirúrgicos con el objetivo de aumentar el umbral del dolor y eliminar el estado vigilia (11).

Los componentes de la anestesia inhalatoria son:

- *Anestésicos líquidos volátiles:*
  - Éteres simples.
  - Éteres fluorados.
  - Hidrocarburos halogenados, simples y fluorados.
- *Gases anestésicos:*

- Inorgánicos
- Orgánicos alicíclicos.

Los AA/ que más se emplean en el campo de la medicina son el óxido nitroso, halotano, enflurano, isoflurano, sevoflurano y desflurano. Las vías de administración de este anestésico son por vía inhalatoria, pero existen otras vías como son la piel, la digestiva y la mucosa.

La administración de los AA/ tiene efectos sobre la salud por lo que las exposiciones deben estar sometidas a control médico en el caso del halotano, enflurano, isoflurano sevoflurano o desflurano, independientemente de la vía de entrada produce efectos adversos como son la confusión, vértigo, náuseas, somnolencia, sequedad, enrojecimiento, de la piel y de los ojos (11).

El óxido nitroso produce excitación, vértigos somnolencia y falta de coordinación, en el supuesto de que de la concentración a la exposición sea superior al 50% puede causar asfixia y muerte por falta de oxígeno, en contra partida, si se ingiere puede ocasionar congelación grave.

Otro de los efectos que pueden destacarse del óxido nitroso es la reacción con la vitamina B12, oxida el cobalto y por tanto inactiva la enzima Metionina Sintetasa, esta enzima se encarga de catalizar la formación de Tetrahidrofolato y de Metionina por lo que produce una disminución de la síntesis de la Timidina que es fundamental para la formación del ADN. De hecho, se han demostrado varios efectos en humanos como son:

- Disminución de la síntesis de la Timidina.
- Casos de aplasia medular.
- Anomalías neuro psíquicas.
- Hepatotoxicidad, incrementos temporales de transaminasas, aumento de la bilirrubina indirecta, aumento de alaninaaminotransferasa y aspartato- aminotransferasa.
- Mutagenicidad.

### 3.2.1.3. Anestesia balanceada

La anestesia balanceada es la anestesia general que está libre de opioides y surge mediante el uso de un adyuvante que reduce los requerimientos de opioides durante y después de la intervención quirúrgica que mediante la combinación de estos fármacos se logra evitar los opioides en el transoperatorio y sus efectos indeseados en el postoperatorio (12).

Este tipo de anestesia debe aplicarse en pacientes con un estado de salud comprometido o en cirugías de alto riesgo, por tanto, el conocimiento previo del paciente de los efectos que puede producir este tipo de anestesia es de vital importancia puesto que para el profesional es determinante si este proceso puede causar riesgos.

No obstante, en la aplicación de la anestesia general se ha demostrado en diversos estudios que demuestran que el riesgo de las complicaciones preoperatorias y postoperatorias se correlaciona con la duración de la anestesia general,

lo cual se ha demostrado que el periodo de duración de la anestesia en el paciente incrementa la probabilidad que surjan complicación por cada hora que se encuentra en el cuerpo, por lo que estas personas son más propensas a tener efectos adversos.

Además de ello, no solo depende del tiempo de duración y la cantidad administrada, sino que por la fisiología del paciente o por las patologías que presente el paciente pueden aparecer otros efectos de índole ajeno a la sustancia. Las complicaciones de la anestesia general se manifiestan de diferentes formas como son las náuseas, vómitos, dolor de garganta para los casos que requieran de respiración asistida, dolor e inflamación, intranquilidad y flatulencias. No obstante las personas que se someten a procedimientos quirúrgicos que precisan de anestesia general presentan miedo debido al estado de inconsciencia (12).

### 3.2.1.4. Anestesia combinada

Se denomina anestesia combinada (AC) a la combinación de anestesia general con anestesia regional o periférica, se utiliza en procedimientos prolongados y dolorosa como es la cirugía de tórax y cirugía de abdomen mayor (13).

La anestesia más común, es la anestesia epidural o periférica y algunos autores la han denominado anestesia combinada ligera. Cabe señalar que en el campo de la cirugía requerimientos anestésicos generales ya que las intervenciones más frecuentes son la lipoescultura, lipectomía y mamoplastia, se emplea esta técnica debido a que disminuye los inconvenientes de la anestesia general y facilitando la reanimación (14).

La anestesia combinada espinal-epidural (ACEE) se utiliza en mayor medida en los procedimientos obstétricos. Las ventajas que ostenta la utilización de esta técnica son diversas para la paciente tanto en el momento del parto como en la cesárea. Por otro lado, el cuidado de la anestesia para las mujeres parturientas es una tarea compleja en relación con la técnica empleada, puesto que si se produce una desviación en la intervención de le da anestesia general hacia la zona regional supone un riesgo para la salud del paciente (15).

La anestesia combinada presenta una serie de ventajas en su aplicación puesto que la inyección intratecal produce efectos cíclicos intensos y rápidos con la administración de pequeñas cantidades. Sin embargo, la técnica que se utilizan en la actualidad está limitadas a una sola inyección y por tanto el efecto es limitado, en todo caso es posible la administración de otros fármacos de forma continuada durante unos periodos continuados mediante el catéter epidural. Además, esta técnica no es una técnica aislada, sino que como su nombre indica es una combinación de la inyección intratecal que afecta la una a la otra. Así mismo, es importante que el profesional tenga conocimiento sobre las características del paciente puesto que los cambios fisiológicos del paciente afectan a la dinámica de la farmacológica (15).

Los factores que alteran la farmacocinética son los cambios vasculares, ventilatorios, aumento del tejido adipo-

tos y descenso de proteínas plasmática estos cambios alteran la distribución de la anestesia pudiendo disminuirlas o aumentarlas. En cuanto a la sensibilidad del paciente también depende del conjunto de factores repercutiendo en la intervención ya que la duración de la anestesia puede ser muy rápida, reducida o local.

En definitiva, se ha demostrado que este tipo de anestesia presenta beneficios en el parto y en la cesárea reduciendo la mortalidad materna (15).

### 3.2.2. Anestesia local

El diccionario médico del instituto nacional del cáncer define la anestesia local a la pérdida temporal de la sensibilidad de un área pequeña del cuerpo a causa de medicamentos especiales que se llaman anestésicos. El paciente permanece despierto, pero no tiene sensibilidad en el área del cuerpo tratada con el anestésico. Los anestésicos locales se pueden inyectar o poner sobre la piel para disminuir el dolor durante los procedimientos médicos, quirúrgicos y dentales. Algunos son de venta libre y pueden ayudar a aliviar el dolor local, la irritación y la picazón a causa de afecciones tales como el herpes labial, quemaduras de sol, hiedra venosa o cortes pequeños.

El mecanismo principal del anestésico local es el bloqueo temporal y reversible de los canales de sodio dependientes voltaje, cuando se abre este canal se produce una entrada masiva de sodio despolarizándose la membrana circundante, cuando esta membrana se encuentra completamente despolarizada la configuración interna cambia volviéndose insensible a cualquier estímulo de acción a lo largo de cualquier fibra nerviosa. Posteriormente el anestésico local deprime la primera fase de la velocidad de conducción y por tanto no se altera ningún tipo de umbral (16).

Es preciso mencionar la toxicidad de este tipo de sustancia varios estudios han señalado que la toxicidad de la anestesia local en pacientes pediátricos y adultos responden a una falta de diagnóstico por ello la toxicidad será mayor y el riesgo se incrementa debido a los bloqueos de los nervios periféricos e infiltraciones locales debido a que la anestesia local se deposita en las estructuras vasculares. Para la administración segura de la anestesia local es preciso observar la clínica cardiovascular para evitar efectos negativos de toxicidad cardiaca. En los últimos años como consecuencia de falta de diagnóstico previo a la administración de la anestesia local en los pacientes se ha observado que la anestesia local afecta al 43% de los casos mientras que el 24% tiene una clínica cardiovascular. Por otro lado, el 40% de los pacientes observaron síntomas una vez que han transcurrido 15 días de la administración de la anestesia local (17).

Por tanto, para la prevención de estos síntomas es preciso realizar los bloqueos periféricos mediante ecografía, emplear la menor dosis efectiva de anestesia local, realizar una inyección fraccionada de anestésico local, aspirar a través de la aguja antes de la administración del anestésico, tomar la menor concentración de anestésico local posible en los bloqueos centrales (17).

Existen dos tipos de anestésicos locales que son los amino ésteres y aminoácidos que hace referencia a los tipos de en-

laces químicos que se ubican en las moléculas del anestésico.

#### 3.2.2.1. Amino amidas

- *Bupivacaína*. La Bupivacaína es un bloqueador de los canales de sodio de tipo amida con metabolismo hepático. Su vida media es más larga que el resto de los anestésicos locales, pero también es mayor su cardiotoxicidad, por lo que se percibe mediante administración endovenosa. Además, es de infiltración subcutánea. La dosis máxima que se puede administrar es de 2,5 mg/kg. Este tipo de componente tiene un lapso de duración de 6 horas y no acelera la degeneración en pacientes con tratamiento de disco intervertebral (18).

- *Lidocaína*. Es un anestésico local que bloquea la propagación del impulso nervioso impidiendo la entrada de iones del Sodio a través de la membrana nerviosa. El modo de administrar de la lidocaína mediante adhesivo medicamentoso y por solución inyectable (19).

- *Levobupicaína*. Es un anestésico local que bloquea la acción nerviosa en los nervios sensoriales y motores en gran parte debido a la interacción con los canales de sodio voltaje-dependientes de la membrana celular, pero también bloquea los canales de potasio y calcio. Además, interfiere con la transmisión del impulso y la conducción en otros tejidos donde los efectos sobre los sistemas cardiovascular y nervioso central son los más importantes para la aparición de las reacciones adversas clínicas. Se utiliza para anestesia quirúrgica mayor y menor y tratamiento del dolor (20).

- *Mepivacaína*. Bloquea la propagación del impulso nervioso impidiendo la entrada de iones de sodio a través de la membrana nerviosa, es un anestésico local de inicio de acción rápido y duración intermedia (21).

- *Prilocaína*. Estabiliza la membrana neuronal y previene el inicio y conducción de los impulsos nerviosos, es de aplicación por vía intratecal en cirugías de corta duración (22).

- *Ropivacaína*. Anestésico local de acción prolongada, reduce la permeabilidad de fibras nerviosas de los iones de sodio, se emplea para anestesia en cirugía, como bloqueo epidural, incluyendo cesareas, bloqueos de troncos nervioso y bloqueos periféricos, para tratamiento de dolor agudo, y tratamiento de dolor agudo en pediatría (23).

#### 3.2.2.2. Amino ésteres

- *Benzocaína*. Anestésico local que bloquea los receptores sensoriales de las membranas mucosas disminuyendo la permeabilidad de los iones de sodio, es una sustancia que apenas se absorbe e inicia su acción a los 30 segundos de su aplicación y tiene una duración de 10-15 min (24).

- *Procaína*. Bloquea la iniciación como la conducción de los impulsos nerviosos mediante la disminución de la permeabilidad de la membrana neuronal a los iones de

sodio y de esta forma la estabiliza reversiblemente. Esta acción inhibe la fase de despolarización de la membrana neuronal, dando lugar a que el potencial de acción se propague de manera insuficiente al consiguiente bloque de la conducción. Es de acción rápida y de corta duración. Su aplicación es por infiltración en quemaduras o cirugía menor (25).

- *Tetracaína*. Es un anestésico que bloque la conducción nerviosa, disminuyendo o previniendo el incremento transitorio de la permeabilidad de las membranas excitables al sodio. Aumenta el umbral de estimulación y disminuye la conducción del impulso nervioso hasta lograr el bloqueo completo del mismo cuando se obtiene un efecto anestésico máximo. Su aplicación es tópica oftálmica (26).

### 3.2.3. Anestesia regional

La anestesia regional está ligada al descubrimiento de las propiedades analgésicas de la cocaína que fue descubierta por Carl Koller en 1884, la anestesia regional proporciona una analgesia con escasos efectos secundarios utilizándose como alternativa a los opioides sistémicos, por otro lado, disminuye el riesgo potencial a la exposición del cerebro en desarrollo a los anestésicos inhalados y favorece la recuperación postoperatoria (27).

En cuanto a las diferentes técnicas de la anestesia regional incluyen bloqueos periféricos como centrales en dosis únicas o en infusión continua que ayudan a modular los estímulos nociceptivos que acceden al nivel central, mediante la ecografía utilizada como sistema eficaz para la realización de las técnicas de anestesia regional ha permitido el desarrollo de la realización de técnicas que solamente se utilizaban en referencias de neuroestimulación (28).

#### 3.2.3.1. Anestesia epidural

Es la administración de un anestésico local derivado de los opioides en el espacio epidural, tiene el beneficio de poder colocar un catéter en el espacio para la administración de fármacos prolongando esos fármacos en el mismo lapso. Además, permite graduar la profundidad del bloqueo de los estímulos vegetativo, sensitivo y motor. Se administra mediante una inyección de analgésico en la región epidural que se encuentra en el canal espinal. Del mismo se inyecta el analgésico por el catéter que se ha implantado en el espacio epidural. No obstante, es posible su administración en el postoperatorio para poder controlar el dolor después de la cirugía mediante el mantenimiento de la infusión de analgesia por el catéter (29).

Las complicaciones que se pueden presentar son:

- Punción hemática.
- Parestesias.
- Hipotensión arterial.
- Náuseas y vómitos.
- Retención urinaria.

- Lumbalgia.
- Cefalea post-punción.

#### 3.2.3.2. Anestesia subaracnoidea

La anestesia espinal es una práctica que se utiliza muy habitualmente en el campo de la anestesiología y está asociada al procedimiento mediante el cual se requiere una punción en la membrana dura que recibe la médula espinal y en la parte inferior de la columna vertebral, de la que se extrae la muestra del líquido cefalorraquídeo del canal medular. Esta anestesia produce efectos que son muy poco frecuentes. Las principales complicaciones son la punción hemática, parestesias, náuseas, vómitos, retención urinaria, lumbalgia y cefalea post-punción. Sin embargo, existen otros efectos secundarios más complejos como las afecciones neurológicas en anestesia raquídea que producen daño neurológico y complicaciones cardiovasculares (30).

### 3.3. La ansiedad prequirúrgica

La ansiedad prequirúrgica es un estado mental que conduce al ser humano a experimentar reacciones de angustia, incomodidad, miedo, angustia y preocupación, por tanto, se define como el estado o condición mental del ser humano que experimenta este tipo de reacciones ante amenazas y tiene desencadenantes psicológicos y fisiológicos. De hecho, para Martínez (2010) la ansiedad es cuando una persona experimenta un sentimiento de incomodidad leve e intensa cuyo origen es inespecífico, siendo para él individuo una relación compleja frente a situaciones y estímulos potencialmente inciertos (30).

La función de la ansiedad es adaptativa y por ello supone una reacción natural en el ser humano, pero hay veces que tienden a superar las capacidades y descontrol del ser humano por lo que genera un manejo inadecuado para su afrontamiento (31).

Para comenzar a valorar al paciente en el preoperatorio por parte del personal de enfermería es preciso identificar e implementar las intervenciones que se deben realizar, esta valoración comprende la información del paciente a lo largo del proceso, así como el estudio del historial clínico, esto permite la detección de ciertas patologías antes de su intervención y que pueden favorecer los cuidados posoperatorios (32).

El periodo preoperatorio es la fase en la que el individuo se torna más vulnerable en sus necesidades y por tanto es más propenso al desequilibrio emocional desde que se toma la decisión de realizar la intervención. Este proceso puede ser tomado de forma programada o urgente hasta que el paciente es llevado a cirugía.

No obstante, se puede dividir el preoperatorio en dos fases: el preoperatorio mediato que es desde que el paciente decide intervenir hasta 12 horas antes de la intervención o preoperatorio inmediato desde las 2-4 horas antes de la intervención hasta la sala de operaciones (33).

Así mismo, la ansiedad comienza en el momento del inicio de la cirugía algunos estudios han determinado que la ansiedad preoperatoria afecta a la trayectoria de la cirugía y por tanto dificulta la intervención como es la inserción de un catéter intravenoso en la fase preoperatoria porque se asocia a la vasoconstricción, también está vinculada a la hipertensión y aumento de la frecuencia cardíaca y por tanto puede causar sangrado. Estos efectos además afectan a la anestesia en cuanto a la dosis (34).

### 3.3. La visita prequirúrgica

La visita prequirúrgica es una intervención del profesional de enfermería de quirófano y en cada hospital su tarea es bien diferente, pero a su vez tiene un objetivo común que es tratar la ansiedad el temor y el dolor. La situación de cada paciente es diferente por tanto es importante la humanización del mismo para sus cuidados posteriores, por ello la visita prequirúrgica se define como el proceso de personalización de los cuidados entre el personal de enfermería, el paciente y sus familiares antes de entrar en quirófano con el objetivo de disminuir la ansiedad (35).

La literatura científica ha puesto de relieve que la entrevista prequirúrgica es una herramienta fundamental para la disminuir el grado de ansiedad del paciente que a través de esta entrevista se crea un clima de tranquilidad previo a la intervención tanto por parte del paciente como por su familia. De hecho, disminuye los efectos negativos del postoperatorio y permite al paciente una mejora positiva en la intervención.

Por otro lado, estas actuaciones suponen que al disminuir la ansiedad el paciente padece de menos dolor por lo que lo que propiciaría a una mejora, pero nunca a un empeoramiento del estado de salud del paciente (36).

Sin embargo, los objetivos principales de la visita prequirúrgica son el alivio de la ansiedad y temores del paciente, proporcionar al paciente toda la información y aclarar sus dudas, permitir que el paciente exprese sus sentimientos y conozca la intervención y contribuir a la cooperación del paciente y facilitar la comunicación entre los profesionales y el paciente (37). Esto se desprende del estudio realizado por Moreno que tras su revisión bibliográfica pudo llegar a concretar que la visita prequirúrgica tiene beneficios para la ansiedad de la visita prequirúrgica y con creta que los profesionales de enfermería son los encargados de ayudar al paciente en el proceso quirúrgico para su mejoría.

Así mismo, se han realizado diversos estudios sobre los beneficios de la entrevista prequirúrgica uno de los cuales fue realizado por Gaona y Contento (2018), que trata de determinar el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio en el área de cirugía del Hospital de Loja, este estudio fue realizado de forma observacional con un total de 75 pacientes utilizando la técnica de la entrevista mediante la escala de Hamilton, los resultados obtenidos demostraron que la mitad de los pacientes sufrían un grado de ansiedad leve mientras que el resto eran moderados y un porcentaje mínimo no experimentó ningún tipo de ansiedad. De lo expuesto en este estudio se pudo concluir que los pacientes prequirúrgicos presentaron diferentes tipos de ansiedad

siendo el moderado el más significativo desencadenando manifestaciones como son el insomnio y miedo. Por otro lado, detectaron en los pacientes que describían niveles leves tensión muscular, alteraciones cardiovasculares, respiratorios y genitourinarios (38).

La visita prequirúrgica tiene una serie de ventajas según autores como Bernet, et al (2003) y es que del estudio realizado concluyen que permite disminuir la ansiedad y satisfacción del paciente al crear un clima de tranquilidad y confort en su entorno y minimizar y evitar el dolor agudo postquirúrgico (39).

Otros estudios más recientes que referencia la literatura científica es la importancia de la comunicación del paciente, es por ello la importancia de la entrevista. Esto fue aprobado por un estudio llamado impacto de la comunicación entre médicos y pacientes en la ansiedad preoperatoria realizado por Nikumb et al. En este estudio encontraron que una mejor comunicación con la paciente propicia la disminución de la ansiedad. Por tanto, la herramienta más útil ante esta circunstancia es la utilización del humor en los entornos preoperatorio por parte del profesional.

Otro estudio realizado por Guo, East y Arthur determina la importancia de la educación preoperatoria para disminuir la ansiedad y la recuperación quirúrgica, del mismo modo Pereira descubrió que favorecía la recuperación (40).

### 3.4. La ansiedad postoperatoria

La situación que produce estrés en el paciente surge en el mismo hospital como consecuencia de estar en un entorno desconocido por lo que el paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad, así como la pérdida de la intimidad, los autores Calle y Moreno (2015), determinaron que si el paciente se encuentra en una situación de ansiedad en el preoperatorio la recuperación es más larga y dolorosa, esto es debido a que la ansiedad potencia el estado de alerta positivo que desencadena sensaciones negativas que repercuten en el tiempo de recuperación. Esta sensación es incómoda para el paciente porque se encuentra en una nueva situación de su vida (41).

La ansiedad posoperatoria puede disminuir si previamente se ha trabajado la ansiedad preoperatoria, para ello es preciso mencionar un estudio realizado por Carapia, et al, cuyo objetivo es la modificación de los niveles de ansiedad prequirúrgica a través de técnicas psicológicas verificando que se produce una disminución en los niveles de ansiedad de antes y después de la intervención debido a la aplicación de técnicas psicológicas (42).

Así mismo, es importante destacar el estudio realizado por Fortacín, et al. Que demuestra la efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar en el posoperatorio. El trabajo fue mediante un ensayo clínico clasificado en dos grupos aleatorios, de los cuales estuvo formada por 30 pacientes que se sometían a una cirugía programada, entre ellos se excluyeron a pacientes menores de 18 años y pacientes que no entendían el español.

Se utilizó el cuestionario de autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo para identificar la personalidad del paciente y la escala visual analógica. En el momento del ingreso de los pacientes el día anterior a la cirugía, el personal de enfermería daba toda la información a los pacientes del grupo de control y del grupo de intervención además de proporcionarles el consentimiento informado. Los resultados obtenidos para el control de ansiedad se calcularon mediante los niveles de estado- ansiedad en todo el proceso resultando ser más destacable entre el momento del ingreso, el día anterior de la operación, y la sala preanestesia, mientras que el grupo de intervención su nivel de ansiedad disminuyó considerablemente. Este estudio puso de manifiesto que la eficacia de la entrevista prequirúrgica tiene efectos positivos en el postoperatorio en lo referente a la disminución de la ansiedad, así como la percepción del dolor posoperatorio durante las 72 horas (43).

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de la información actualizada existentes sobre la importancia de la enfermería en el área de anestesiología quirúrgica, concretando el conocimiento de la anestesiología, los tipos de anestesia, los efectos de la anestesia así como qué anestesia es la más recomendable y cuales ofrece menos efectos secundarios para la mejora del paciente, aunque también se han recogido datos existentes en cuanto a la implicación del personal de enfermería en pacientes preoperatorios y como afecta esta intervención en la disminución de la ansiedad para facilitar su postoperatorio.

Para llevar a cabo el presente trabajo se realizará una revisión bibliográfica de la literatura científica, utilizando para tales fines diferentes bases de datos y herramientas de búsqueda que se especifican a continuación.

### 4.2. Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se ha realizado en distintas bases de datos como son:

- Pumbed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)
- GoogleScholar([https://scholar.google.es/scholar?q=google+scholar&hl=es&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.es/scholar?q=google+scholar&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)).
- Scielo (<https://scielo.org/es/>).
- Elsevier (<https://www.elsevier.com/es-es>).
- Sciece Direct (<https://www.elsevier.com/es-es>)

Posteriormente se realizó una búsqueda bibliográfica desde el 2010 hasta el 2020, en Pumbed, Google Scholar, Scielo, Elsevier, ScieceDirect, en estudios de revisiones bibliográficas y estudios aleatorios controlados.

### 4.3. Palabras claves

Para delimitar las palabras clave en la base de datos se han incluido palabras según el idioma:

Tabla 1. Palabras clave.

| Castellano                          | Inglés                         |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| <i>Enfermería quirúrgica</i>        | <i>Surgical nursing</i>        |
| <i>Anestesiología quirúrgica</i>    | <i>Surgical anesthesiology</i> |
| <i>Tipos de anestesia</i>           | <i>Types of anesthesia</i>     |
| <i>Ansiedad prequirúrgica</i>       | <i>Presurgical anxiety</i>     |
| <i>Paciente posquirúrgico</i>       | <i>Post-surgical patient</i>   |
| <i>Revisión</i>                     | <i>Revision</i>                |
| <i>Consecuencias de la ansiedad</i> | <i>Consequences of anxiety</i> |
| <i>Cirugía</i>                      | <i>Surgery</i>                 |
| <i>Efectos de la ansiedad</i>       | <i>Effects of anxiety</i>      |

### 4.4. Criterios de exclusión y de inclusión

Antes de realizar la búsqueda bibliográfica, se establecieron criterios de exclusión y de inclusión para todas las bases de datos consultadas.

Los criterios de inclusión fueron:

- Estar publicados en inglés.
- Documentos que proporcionan información relevante sobre anestesiología quirúrgica.
- Documentos que proporcionan información sobre las técnicas de enfermería.
- Documentos que proporcionan información sobre la ansiedad.
- También se incluyeron documentos sobre las técnicas de enfermería en pacientes con ansiedad preoperatoria.

Los criterios de exclusión fueron:

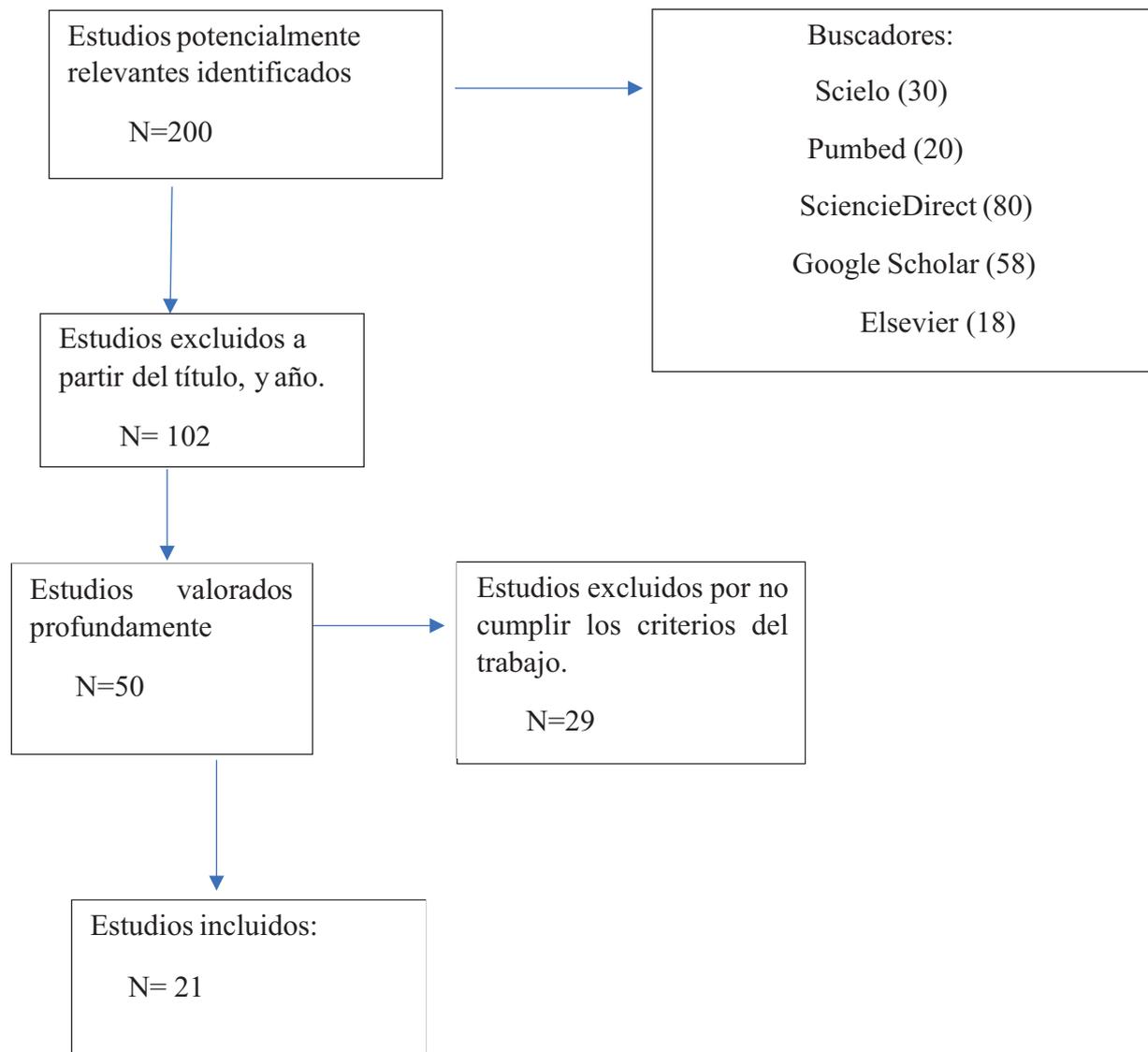
- Artículos de los cuales solamente describen el concepto de ansiedad.
- Artículos donde no es posible acceder a todo el texto completo.
- Editoriales.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Búsqueda y selección de estudios

Para llevar a cabo el presente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica mediante un proceso de recopilación de artículos empíricos cuyo interés es la anestesiología quirúrgica en el campo de la enfermería, concretamente desde la perspectiva de la ansiedad del paciente prequirúrgico, en diferentes buscadores y bases de datos como Google Scholar y Pumbed, y en bases de datos como Sciece Direct, Scielo y Elsevier.

En primer lugar, la búsqueda más empleada han sido palabras como "Anestesiología quirúrgica", "tipos de anes-



tesia”, “ansiedad prequirúrgica”. Después de observar estudios potencialmente identificativos observamos 200 de los cuales fueron excluidos a partir de título y año 102, de los cuales fueron un total de 30 artículos que fueron valorados profundamente un total de 50, de estos cincuenta se excluyeron 29 artículos por no cumplir con los criterios del trabajo y fueron incluidos a nuestro estudio un total de 21.

## 6. DISCUSIÓN

Una vez realizada la búsqueda y con los artículos que hemos seleccionado es preciso retomar los objetivos planteados en cada estudio que han sido los que nos ha llevado a la realización de esta revisión bibliográfica.

El objetivo general planteado para la producción de este trabajo ha sido la realización de una revisión bibliográfica de la intervención de enfermería en procedimientos anestésicos y quirúrgicos para la disminución de la ansiedad. En función de este se estudian los aportes científicos de diferentes autores del campo de la medicina y de la enfermería que hacen alusión al tema, dos de ellos son del año 2010, un artículo que pertenece al año 2012, tres pertenecen al año 2015, dos son artículos del año 2016, cinco estudios del año 2017, de los cuales tres pertenecen al año 2018,

un artículo del año 2019, tres del año 2020 y uno del año 2021.

El primer artículo al que hacemos alusión versa sobre los trastornos de ansiedad dirigida para la atención primaria, los autores Navas, W y Vargas, M plantean que la buena salud mental contribuye de forma significativa a la calidad de vida y suelen ser detectados en atención primaria. Así mismo la ansiedad suele presentarse de forma patológica y realizan una clasificación de ansiedad en atención a los sistemas de respuesta como son el subjetivo-cognitivo, fisiológico-somático y motor-conductual.

Además, estos autores ponen de manifiesto que la ansiedad viene propiciada por una serie de factores que son los siguientes:

- *Factores biológicos.* Son aquellos factores genéticos que predispone la ansiedad, así como el trastorno obsesivo compulsivo y fobia social.
- *Factores psicosociales.* Estos estresores son agravantes y provienen de la educación que el paciente haya tenido en la infancia, pero no identifica las causas específicas.
- *Factores traumáticos.* Se derivan por enfrentar acontecimientos traumáticos que han sido ocasionados a lo

largo de la experiencia humana y suele ocasionar daños biológicos y síntomas graves de ansiedad.

- *Factores psicodinámicos.* La ansiedad se considera como una respuesta individual al peligro que amenazó desde dentro en forma de instinto y se considera que como mecanismo de defensa.
- *Factores cognitivos y conductuales.* La ansiedad se presenta por una sobrevaloración de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales.

En definitiva, dichos autores demuestran que la ansiedad es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que en ocasiones puede ser normal para la persona. Sin embargo, existen circunstancias para el paciente que lo puede transformar en patológica debido a los estímulos inadecuados y definen el TA como aquellos síndromes donde los síntomas de ansiedad, físicos y mentales son importantes y no secundarios dado que supone un deterioro para el paciente y su entorno.

En segundo lugar, hemos de destacar el artículo "Ansiedad y Cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a una cirugía programada", cuyos autores son Gómez, et al. (2010). Este artículo hace hincapié en la ansiedad del paciente sometido a cirugía programada. De hecho al igual que el anterior artículo hace especial mención a la definición de la ansiedad y manifiestan que la cirugía es un estresor complejo para el individuo que no dependen de la enfermedad en sí misma, sino que expresan que existen otros factores estresores como son las consecuencias de la cirugía, el entorno donde se encuentra el paciente, la pérdida de su intimidad, pero sobre todo es importante destacar el miedo a la anestesia, sus efectos y los resultados que puedan derivarse de ella.

Así mismo, el objetivo de estudio por parte de estos autores fue estimar el nivel de ansiedad prequirúrgica del paciente que se encuentra sometidos a una cirugía programada, describir su respuesta somática e identificar los factores predisponentes.

La metodología empleada fue la realización de una línea de investigación planteado por el equipo de trabajo de forma observacional, por un lado establecieron una población de muestreo de todas las intervenciones de cirugía general y traumatología de los cuales 1042 pacientes pertenecían al rango de cirugía general, 347,3 sujetos de traumatología, mientras que al servicio de traumatología correspondían 1277 pacientes, de los cuales 772 personas fueron de muestreo consiguiendo una muestra total de 97 pacientes y por último se observaron pacientes diarios hasta completar 44 sujetos para cirugía general y 53 para traumatologías.

En definitiva, concluyeron que las mujeres presentan mayor ansiedad y depresión que los hombres, además pudieron observar que la ansiedad de los pacientes se incrementa con la edad, también cabe destacar que la enfermedad influye en el nivel de ansiedad por lo que si son paciente que presentan patologías tumorales el nivel de ansiedad se incrementa. Otro de los factores que observaron fue la preocupación de los familiares, así como el alivio del dolor.

En tercer lugar, el estudio realizado por los autores Rosa, M, et al. (2018) "Predictores de ansiedad preoperatoria mo-

derada y grave en pacientes quirúrgicos hospitalizados", buscan estimar la prevalencia de la ansiedad moderada y grave en el periodo preoperatorio de cirugía electiva, mediante la realización de un estudio analítico de la población, que estaba constituida por pacientes hospitalización de una muestra de 200 pacientes.

En este apartado se parte de la base que cualquier estado de ansiedad del paciente en el preoperatorio es preocupante y puede dificultar la intervención e incluso puede llegar a suspenderse la cirugía, estos autores manifiestan que la ansiedad pasa a ser reconocida como preocupante por el equipo de salud cuando se manifiesta por encima de los niveles normales, puesto que las reacciones pueden interferir en la calidad de vida del paciente, por tanto, existe una preocupación de controlar la ansiedad para que la asistencia al paciente sea segura.

Este estudio demostró que la frecuencia de ansiedad fue del 53%, siendo su prevalencia de ansiedad moderada y grave del 33%, entre los pacientes ansiosos. Además, encontraron predictores de ansiedad como son el sexo, la ocupación, miedo a la anestesia y miedo a errores en el procedimiento anestésico quirúrgico (Anexo 1)

En cuanto al perfil del paciente la franja de edad oscila entre los 50 a 69 años, otro factor que evidenciaron en el estudio fue que los niveles de ansiedad están asociados a la educación puesto que los niveles de ansiedad disminuyen al tener más educación formal. Así mismo, estos autores junto con Ribero coinciden que es de vital importancia que el equipo de salud proporcione al paciente un apoyo emocional y orientación quirúrgica, al menos en la fase inicial cuando el paciente entra en el hospital para que tenga un nivel adaptativo óptimo por lo que concluyen que la ansiedad prequirúrgica se manifiesta por el sexo, el miedo a la anestesia y el miedo a errores durante el procedimiento quirúrgico.

El siguiente artículo, consiste en una revisión bibliográfica bajo el título "Ansiedad: Revisión Conceptual" por la autora Kuaik, D. (2019), la autora realiza una revisión conceptual de la ansiedad y parte de diversas definiciones de ansiedad como la aportada por Clark y Beck que la definen como un fenómeno paradigmático cuya tarea pertenece al campo de la psicológica y de la psiquiatría. Así mismo, se procede a una indagación del origen del término de ansiedad que a su vez se observa en la literatura científica que esta definición se solapa con otras como la angustia, poniendo de relieve lo que manifestaba Sarudiansky y Hanns sobre dicha dualidad, así como los términos ansiedad y miedo que a lo largo de su desarrollo conceptual en el marco de la psicología han sido diferenciadas.

Si nos situamos en la importancia de esta revisión hay que hacer especial mención a la forma de delimitar la ansiedad, es decir, la autora realiza una clasificación entorno a los tipos de ansiedad y son los siguientes:

- *Ansiedad normal.* Es una respuesta emocional compleja que se activa ante procesos de evaluación y reevaluación cognitiva, que permite al sujeto a relevar y analizar la información importante sobre la situación que este está experimentando y actuar de forma consecuente.

- *Ansiedad como rasgo de personalidad.* Manifiesta un reconocimiento de la presencia de determinadas diferencias individuales estables que predisponen al sujeto para el desarrollo. De hecho, Kuaik, D vuelve a poner de relieve los enunciados de Clark y Beck en la vulnerabilidad cognitiva para la ansiedad cuando se refiere a una predisposición cognitiva en el desarrollo
- *Ansiedad patológica.* Esta respuesta es emocional y desproporcionada en lo relativo con la amenaza preexistente y por ello, deriva una valoración errónea del peligro.

En definitiva, la importancia del desarrollo de este estudio como bien expone la autora ha sido la exposición de los diferentes modelos teóricos del modelo de ansiedad y cuáles han sido sus enfoques a lo largo de la historia por tanto cuando se aborde la ansiedad es importante tener en cuenta los diferentes enfoques teóricos. De hecho, desde el campo de la enfermería cuando el profesional se encuentre ante situaciones ansiosas es preciso que este valore estos enfoques para su posterior ejecución en la tarea de la disminución de la ansiedad del paciente preoperatorio.

El siguiente artículo, al igual que el artículo anterior es una revisión bibliográfica bajo el título "un estudio sobre la ansiedad" cuya autora es Carrillo, I. (s, f). Este artículo recoge la literatura científica acerca de la complejidad de estudio de la ansiedad en pacientes, la autora pone de manifiesto que es un tema de gran importancia puesto que la ansiedad ha sido objeto desde diversas vertientes, bien sea desde la ansiedad como emoción, la ansiedad como un sentir en un momento determinado o como una característica propia del individuo.

Para ello la autora ha tenido que recoger diversas definiciones de ansiedad realizadas por autores como Spielberg, Navas y Michael. En otro sentido el sistema fisiológico cobra un papel fundamental en el organismo, porque de ello se desprenden diferentes síntomas orgánicos como son las palpitations, pulso rápido, aumento de la tensión arterial, accesos de calor, sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida, vómitos, náuseas, diarrea, opresión torácica, molestias digestivas, hormigueo, sequedad de boca, sudoración y lipotimia entre otros. Todos estos síntomas si se prolongan en el tiempo se traduce como un trastorno y no es considerada como función adaptativa por ello la autora hace una distinción y pone de relieve las dualidades mencionadas en el anterior estudio como son:

- *Ansiedad y angustia.* La angustia a diferencia de la ansiedad es que existe un predominio de síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización, de sobrecoimiento y la nitidez con la que el individuo percibe las situaciones se acentúa, mientras que la ansiedad cobra mayor persistencia a reacciones de sobresalto y búsqueda de soluciones.
- *Ansiedad y miedo.* La ansiedad se destaca por la cercanía al miedo, y el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes y la ansiedad se relaciona con la percepción de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles.
- *Ansiedad arousal.* El arousal es un componente común a toda motivación y estimulación, reacción que tiene el or-

ganismo ante cualquier forma de estimulación intensa y la ansiedad arousal es provocada por una percepción de peligro.

- *Ansiedad y estrés.* Estos conceptos son difíciles de detectar y de definir, pero la autora es capaz de determinar que la ansiedad se desencadena ante cualquier cambio en las rutinas cotidianas mientras que la ansiedad surge dentro del ámbito intrapsíquico de determinantes externos y estables.

Para concluir, con las aportaciones conceptuales del desarrollo de la ansiedad, ha sido capaz de delimitar el concepto de ansiedad y diferenciándose del resto de conceptos médicos y entenderlo en todas sus vertientes más complejas.

Otro de los estudios que también hemos de poner de relieve realizado por Garza, M (2021) titulado "Anestesia general: fases fármacos y secuencia de intubación básica" de la Revista Electrónica de portales médicos, bien es sabido que nuestro trabajo versa sobre la enfermería en el área de anestesiología y cirugía por tanto, hemos de traer a colación este artículo donde se exponen los diferentes tipos de anestesia general como es la anestesia total intravenosa, anestesia inhalatoria, anestesia balanceada, y anestesia combinada, además de la exposición de su farmacología para su desarrollo en nuestro trabajo.

Es preciso poner de relieve que la anestesia cobra un papel de especial importancia en la ansiedad del paciente y en el trabajo del profesional de enfermería, por tanto, el siguiente artículo expone las consideraciones sobre el uso de la anestesia intravenosa total de ahí su título "Consideraciones general del uso de anestesia intravenosa total" por los autores Minda, Reyes, J., et al. (2020). Dicho artículo consiste en una revisión de la literatura científica que expone las ventajas y desventajas de la anestesia intravenosa total.

Los autores parten de la base de una descripción del concepto de anestesia intravenosa total para luego introducir y mantener la anestesia general. Para ello en la exposición se hace alusión a una serie de consideraciones de la utilización de esta técnica en comparación con las técnicas anestésicas inhalatorias. De hecho, existen una serie de indicaciones que se practican en todos los escenarios clínicos en los que precisa de extubación sin estrés y sin laringoespasmos por lo que consideran estos autores que la recuperación es mucha más sencilla al carecer de náuseas y vómitos. Las indicaciones para esta aplicación pueden verse en el Anexo 2.

Además de observarse las indicaciones para su utilización de esta técnica, los autores reflejan que este tipo de técnica favorece la recuperación, esto es importante destacarlo porque muchos pacientes tienen inseguridades sobre la anestesia y su recuperación por lo que es considerable que manifestarle al paciente una pronta recuperación debido a la anestesia a utilizar mínima la ansiedad del paciente.

Siguiendo la exposición de la anestesia, la anestesia inhalatoria es otro tipo de anestesia que se utiliza para las intervenciones quirúrgicas y para ello se utilizó el proto-

colo por parte de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Gobierno de España titulado "Agentes anestésicos inhalatorias", para realizar una definición técnica del tipo de anestesia y así como sus componentes, técnicas ventajas y desventajas en su aplicación por parte del profesional de enfermería.

Así mismo, siguiendo el hilo de la exposición y de los tipos de anestesia, hemos tenido que hacer hincapié en la anestesia intravenosa libre de opioides cuyo título "Ventajas de la anestesia intravenosa libre de opioides en cirugía ambulatoria oncología de mama" realizado por López, GO, et al. (2020). La anestesia general libre de opioides se utiliza debido a que estos no tienen efectos adversos como son las náuseas o vómitos para ello, los autores realizaron un estudio experimental en pacientes que les fueron aplicados la anestesia general balanceada a un total de 34 pacientes y, por otro lado, a 34 pacientes se les aplicó anestesia intravenosa libre de opioides en intervenciones de cáncer de mama.

Para ello, utilizaron un método para valorar el tiempo de recuperación en aquellos pacientes que habían sido intervenidos con anestesia intravenosa libre de opioides de los cuales el tiempo de recuperación fue menor en el grupo de los pacientes que habían sido intervenidos con anestesia intravenosa, mientras que el otro grupo el tiempo de recuperación era mayor, además las náuseas y vómitos tuvieron una mayor incidencia para los grupos de la anestesia balanceada mientras que el grupo de la anestesia intravenosa libre de opioides solamente presentaron náuseas un 5% (Anexo 3).

Por tanto, con todos estos datos recabaron que la anestesia total intravenosa libre de opioides fue mejor método que la anestesia balanceada para la pronta recuperación de los pacientes.

El personal de enfermería para su correcto funcionamiento en su labor debe conocer las complicaciones de la administración de la anestesia por ello, es importante aludir al siguiente artículo denominado "Principales complicaciones posoperatorias con el uso de anestesia general", por los autores Cabello MP, y Martínez, PA. (2017) mediante una revisión bibliográfica. En él, manifiestan las complicaciones posquirúrgicas de este tipo de anestesia partiendo de la base de autores como Bertucci et al, que determinan que las complicaciones que se producen en el paciente suelen ser en la sala de recuperación posanestésica, por lo que si la recuperación no es favorable deducen que la asistencia y la anestesia no es de calidad.

Pero no solamente se refieren a la calidad de la anestesia, sino que también existen factores determinantes para la recuperación del paciente como son los factores de riesgo que pueden presentarse de diversa índole como, por ejemplo, los antecedentes de reacción anafiláctica, consumo de bebidas alcohólicas u obesidad. De hecho, los factores de riesgo desencadenan complicaciones y por ello estos autores manifiestan que diversos estudios han demostrado el riesgo de las complicaciones preoperatorias y postoperatorias con la duración de la anestesia. En sí mismo, hay efectos que son ajenos a la anestesia que puede producir complicaciones como son la edad, el estado de salud, la gravedad de la enfermedad o la técnica utilizada.

El siguiente artículo al que debemos hacer mención es una revisión bibliográfica realizado por Álvarez, JJ. (2016) sobre la anestesia combinada.

Se parte de la definición de anestesia combinada que consiste en la utilización de conjunta de la anestesia general y alguna técnica como la epidural o espinal que se denomina anestesia periférica. De hecho, este autor alude a otros autores en lo referente a la administración de dosis bajas de anestesia bajas presenta efectos favorables en los procedimientos dolorosos.

Las ventajas de la anestesia combinada según Álvarez JJ., depende de las estrategias u del manejo de del dolor agudo ocasionada por las diferentes cirugías, por lo que las cirugías de gran impacto presentan posteriormente un mayor grado de dolor. Del mismo modo sucede en cirugías como son la cirugía de tórax por toracotomías, nefrectomías, mastectomías, y cirugías vasculares mayores, por lo que la anestesia epidural junto con la analgesia ha demostrado que reducen de manera significativa la mortalidad y la morbilidad.

A propósito de seguir con la explicación de los tipos de anestesia, el artículo de López, GO, et al. (2016), "Anestesia combinada espinal-epidural en cirugía obstetricia. Nuestra experiencia", versa sobre la realización de un estudio metodológico descriptivo transversal que expone la descripción de las ventajas y desventajas de la anestesia raquídea y de la anestesia epidural, para ello se tomó un amuestra de treinta y nueve pacientes hospitalizadas para la cirugía obstetricia que tenían programadas cesáreas electivas. Se escogieron un grupo para la utilización de la técnica de la anestesia espinal y otro grupo mediante el cual utilizaron la técnica combinada espinal-epidural.

La realización de la técnica combinada se realizó de la siguiente manera:

- Se sitúa al paciente en la mesa de operaciones.
- Se coloca a la paciente sentada, se procede a la desinfección de la zona región lumbosacra.
- Se selecciona el espacio intervertebral L3-L4 o L4-L5, con aplicación de habón cutáneo con lidocaína al 2%.
- Se introduce la aguja epidural mediante el método de pérdida de resistencia con aguja y se introduce a través de la aguja epidural una aguja espinal fina, extralarga tipo punta de lápiz.
- Cuando se retira el mandril se observa la salida del líquido cefalorraquídeo.
- Se administra la anestesia precia aspiración.
- Se retira el trocar espinal u se coloca el catéter epidural y válvula de seguridad.

Ante la realización de dicha técnica observaron ciertas alteraciones en los parámetros hemodinámicos. No obstante, el grado de dificultad para la realización de esta técnica fue el abordaje del espacio epidural por las alteraciones anatómicas del paciente, entre otras (Anexo 4). Las complicaciones que se observaron en la intervención

fueron complicaciones de hipotensión, bradicardia, náuseas, vómitos y náuseas. Para concluir observaron que con la utilización de esta técnica puede ser una técnica alternativa para los profesionales de forma segura y preferido por la analgesia, sin embargo, presenta dificultades en la realización de la técnica empleada para abordar el espacio epidural, pero las pacientes quedaron satisfechas.

De la misma manera cabe destacar la aplicación de la anestesia del cual se ha extraído la información de la revisión bibliográfica "Anestésicos locales en urgencias y no urgencias" por Castro, GC. et al. (2021). Estos autores ponen de manifiesto que en la actualidad no hay publicaciones recientes respecto a este tipo de anestésicos pese a ser unos de los más utilizados por la población, estos medicamentos han demostrado la morbilidad en los procedimientos quirúrgicos proporcionando un control del dolor, siendo el anestésico más utilizado la lidocaína, el principal uso se da en bloqueos anestésicos locales, infiltración anestésica de heridas y en ocasiones para el manejo del dolor que es útil para la disminución de la prescripción de los opiáceos, no obstante estos autores tras su estudio de la literatura científica el uso de los anestésicos locales con epinefrina supera el beneficio sobre el riesgo por lo que puede ser utilizado para el manejo de las heridas y los bloqueos anestésicos.

Sin embargo, la anestesia presenta una toxicidad para el organismo, el artículo "The Third American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Practice Advisory on Local Anesthetic Systemic Toxicity" por Neal JM, et al. (2017), es una revisión sistemática sobre los mecanismos de reanimación de lípidos, frecuencia actualizada estimaciones así como recomendaciones relativas a la prevención y tratamiento de la toxicidad sistemática por anestésicos. Del mismo modo en la búsqueda de la literatura en la clasificación de los tipos de anestesia hemos de nombrar la anestesia regional, para ello hemos recopilado el artículo "Anestesia regional en pediatría 2018", por Melman SE, et al. En el destacan que la anestesia regional tras varios estudios clínicos ha demostrado su eficacia de forma clara y segura, sin embargo, prevalece la necesidad de evaluar los riesgos y beneficios sobre la médula espinal. De hecho, a pesar de disminuir el riesgo a la exposición del cerebro en desarrollo de los anestésicos favorece la recuperación preoperatoria.

Otra de las cuestiones a tener en cuenta es el tipo de analgesia que debemos conocer y es que Tornero, TC, et al. (2017 "Analgesia multimodal y anestesia regional" hacen una breve descripción de ambas por un lado mantienen que la analgesia multimodal permite conseguir una analgesia de calidad y con menos efectos secundarios y la analgesia regional incluyen los bloqueos periféricos y centrales. En otro sentido Suárez, RC., et al. "Complicaciones en anestesia raquídea" describe las complicaciones que tiene este tipo de anestesia que están descritas a lo largo de la exposición.

Por otra parte, la labor del personal de enfermería no solamente son labores técnicas, sino que también tiene labores para minimizar la ansiedad del paciente puesto que forma parte de su recuperación, por tanto, hay que enfatizar en el este artículo realizado por Martínez.

L. (2010), "Influencia de la enfermera en el proceso quirúrgico de la dacriocistorrinostomía con láser de diodo" este

estudio recoge de la literatura científica que el individuo experimenta muchos temores cuando va a ser intervenido por lo que aquellos pacientes que presentan un nivel elevado de ansiedad son vulnerables al dolor después de la intervención por eso la autora pone de relieve que para la mejora del posoperatorio el personal de enfermería tiene que hacer frente a tareas que disminuya la ansiedad puesto que forma parte de su recuperación.

De hecho, Quintero, A., Yasno, D., et al, en su artículo "Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos" (2018). Ponen de relieve que diversos estudios afirman que la ansiedad antes de una intervención quirúrgica no se puede evitar puesto que el paciente se encuentra ante situaciones que el mismo no puede controlar. Así mismo, estos autores describen que la ansiedad es una respuesta adaptativa que forma parte del ser humano en diversas combinaciones físicas y mentales, pero lo que más le preocupa al paciente es la cirugía dado de que de forma implícita conlleva dolor.

Para ello la metodología empleada de este estudio cuantitativo fue una recopilación de datos sobre el nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios dicha investigación fue llevada a cabo en el Hospital Isidro Ayora de aquellos pacientes que estaban sometidos a cirugía programada en la ciudad de Loja por 75 pacientes.

En lo referido a la escala de nivel de ansiedad un 50,7% presentaba ansiedad leve, un 33,3% moderado, el 2,7 % lo presentó grave y el 13,3% no padeció ansiedad, como se puede observar la prevalencia de ansiedad de este estudio es considerable para el personal de enfermería.

En definitiva, han pretendido dar respuesta a que un alto nivel de pacientes prequirúrgicos presenta ansiedad prequirúrgica, pero no solo eso, sino que además en algunos pacientes se desencadenaron manifestaciones psíquicas como la tensión y el miedo alcanzando un nivel moderado de insomnio y dificultad para concentrarse (Anexo 5). Por otro lado, también los autores de esta investigación encontraron manifestaciones somáticas musculares cardiovasculares, respiratoria, gastrointestinales y genitourinarias como consecuencia de la ansiedad (Anexo 6).

Para evitar que el paciente sufra estos efectos provocados por la ansiedad, es importante que el personal de enfermería tenga conocimientos sobre la entrevista prequirúrgica. Para observar la importancia que tiene este procedimiento en la calidad de la salud paciente los autores Herrera, LJ, et al. En el estudio "Calidad de la visita preoperatoria de enfermería" realizaron un estudio observacional en los pacientes que fueron sometidos a cirugía electiva en el Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced de Ecuador. Parten de la base que la enfermería quirúrgica abarca un área preventiva de la salud, el primer paso a proceder es la valoración del paciente en el proceso para minimizar posibles riesgos en el procedimiento quirúrgico, por tanto, dichos autores definen la visita preoperatoria como un instrumento al servicio de enfermería como parte del proceso de atención al paciente quirúrgico, con énfasis de colaboración entre el personal de la unidad de hospitalización y el bloque quirúrgico (Anexo 7).

De hecho, la información es útil para reducir la ansiedad del paciente quirúrgico está dentro de los procedimientos del personal de enfermería (Anexo 8)

El método que utilizaron de este estudio observacional fue el sometimiento de los pacientes del hospital a procedimientos quirúrgicos en el cual según los pacientes no encuestados no recibieron información al respecto mientras que el personal de enfermería, tampoco se identificaron por lo que los pacientes tenían inseguridades. Por tanto, de acuerdo a estas observaciones se demostró que el personal de enfermería no brindaba toda la atención precisa en la rutina prequirúrgica por lo que presentaban problemas de ansiedad antes del sometimiento a la cirugía.

En el mismo sentido, los autores Marín, MD., et al. (2015), "Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programa para cirugía" definen la ansiedad preoperatoria como un evento frecuente que depende de múltiples factores, para ello realizaron un estudio descriptivo transversal, mediante el cual, escogieron a 99 pacientes que estaban programados para una cirugía en el Hospital Royo Villanova, valoraron el nivel de ansiedad mediante la escala de APAIS para comprobar si sus niveles de ansiedad eran ciertos por tanto dedujeron mediante los datos obtenidos que el grado de información previo está estrechamente relacionado con el nivel de ansiedad puesto que refutan la hipótesis de que cuanto mayor conocimiento tenga el paciente menos ansiedad tendrá.

De igual forma opina Méndez, LA., en su revisión bibliográfica "La entrevista prequirúrgica, un beneficio para al paciente", según Méndez, para Vargas la entrevista quirúrgica tiene como objetivo que el individuo se enfrente a la intervención quirúrgica con unos conocimientos previos y unos niveles de ansiedad disminuidos, para refutar esta definición, Méndez, LA., menciona a Arslan et al, donde comprobaron que la entrevista prequirúrgica realizada por el personal de enfermería en la que le paciente recibe toda la información redujeron los niveles de ansiedad del paciente.

En definitiva, Méndez pudo demostrar que la entrevista prequirúrgica es una herramienta útil para disminuir el grado de ansiedad del paciente, y que a través de esta comunicación entre paciente y enfermero aumenta la tranquilidad del paciente durante el periodo preoperatorio, por lado conlleva a que en el posoperatoria el paciente debido a la disminución de la ansiedad tenga menos y mejor recuperación.

En virtud de lo expuesto en el artículo, la entrevista quirúrgica tiene efectos para el paciente por lo tanto la pronta recuperación se debe a la influencia de la visita prequirúrgica, por tanto, Moreno, FM. (2018), en su revisión bibliográfica "La influencia de la visita prequirúrgica de enfermería en la ansiedad del paciente" describe que la ansiedad del paciente debe ser tratada en una consulta específica que ponga en valor la proximidad del paciente y la empatía con el equipo quirúrgico, por otro lado expresa que no hay que olvidarse de los familiares puesto que ellos también la padecen y es el personal quien debe tranquilizar a los familiares y darle la máxima información posible mediante el apoyo a protocolos de actuación ante estas situaciones tanto a las familias como a los propios pacientes por tanto sería impor-

tante valorar los niveles de ansiedad e implementarlo en la hoja de la entrevista prequirúrgica. (Anexo 9)

## 7. CONCLUSIONES

Según la bibliografía consultada podemos concluir que:

1. El profesional de enfermería en el área de anestesiología quirúrgica debe conocer a fondo las técnicas de aplicación de la anestesia. Después de los estudios obtenidos podemos decir que la Anestesia Intravenosa y la Anestesia regional es la más recomendable para su uso puesto que los efectos secundarios y sus reacciones posoperatorias no son tan agresivas y el posoperatorio es más favorable.
2. La cirugía al igual que la anestesia supone un componente estresor para el paciente por lo que no solamente versa sobre la ansiedad del paciente sino por otros factores que puedan incrementar la ansiedad. Por tanto, en el presente trabajo ha sido preciso indagar en el concepto de ansiedad desde diversas perspectivas.
3. El paciente no solamente tiene ansiedad al dolor postoperatorio, sino que como bien se ha indicado en la descripción de ansiedad, la persona en el momento de la intervención no tiene control sobre su propio cuerpo y eso hace que genere estrés. Cabe señalar que estos factores estresores en ocasiones para el paciente no es un mero mecanismo natural del ser humano, sino que puede convertirse en trastornos que pueden afectar a su recuperación y a su tratamiento.
4. El enfermero posoperatorio tiene la responsabilidad de planificar e implementar las intervenciones que minimicen la ansiedad mediante la entrevista quirúrgica.
5. Ahora bien, con el fin de conseguir que el paciente se encuentre en un estado emocional óptimo previo a la intervención es preciso que en dicha intervención el personal de enfermería sea lo más extenso posible, explicándole con detalles toda su intervención.
6. Son muchos los estudios que ratifican y corroboran que las principales causas y efectos negativos de la ansiedad preoperatoria es la falta de información, diversos autores han demostrado que la ansiedad preoperatoria es por la falta de información.
7. En contrapartida es necesario hacer hincapié en la prevención de la ansiedad preoperatoria porque está asociada a una mala recuperación del paciente mediante la aplicación de herramientas para su detección y prevención (Anexo 10).
8. En definitiva, una intervención adecuada del personal de enfermería en el manejo de técnicas en anestesiología y cirugía especializan al personal en este sector haciendo que cuando tenga contacto con el paciente pueda disponer de toda la información para manejar la ansiedad preoperatoria y el dolor de posoperatorio de los pacientes que consiste en una programación psicológica. Además de ello, es importante tener en cuenta la situación de los familiares de los pacientes ya que son un gran apoyo para ellos.

## 8. ANEXOS

## Anexo 1: Perfil sociodemográfico de los pacientes en preoperatoria clínica quirúrgica del hospital.

| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | n ( %)     |
|-----------------------------------|------------|
| Sexo                              |            |
| Masculino                         | 105 (52,5) |
| Femenino                          | 95 (47,5)  |
| Grupo de edad                     |            |
| 18-29                             | 27 (53,3)  |
| 30-49                             | 78 (39,0)  |
| 50-69                             | 81 (40,5)  |
| 70-72                             | 14 (7,0)   |
| Estado Civil                      |            |
| Casado                            | 107 (53,3) |
| Soltero                           | 58 (29,1)  |
| Viudo                             | 11 (5,5)   |
| Unión Estable                     | 24 (12,1)  |
| Residencia                        |            |
| Goiânia                           | 89 (44,5)  |
| Interior de Goiás                 | 99 (49,5)  |
| Otros estados                     | 12 (6,0)   |
| Aporte familiar                   |            |
| Único proveedor                   | 94 (47,0)  |
| Dos personas                      | 73 (36,5)  |
| Tres/más personas                 | 33 (16,5)  |
| Trabajo remunerado                |            |
| Cartera asignada                  | 50 (25,0)  |
| Informal                          | 72 (36,0)  |
| Desempleado                       | 43 (21,5)  |
| Jubilado                          | 35 (17,5)  |
| Religión                          |            |
| Católico                          | 105 (5,0)  |
| Evangélico                        | 100 (50,0) |
| Espirita                          | 2 (1,0)    |
| Ninguna                           | 12 (6,0)   |
| Escolaridad                       |            |
| Analfabeto                        | 10 (5,0)   |
| Fundamental                       | 100 (50,0) |
| Enseñanza Media                   | 66 (33,0)  |
| Enseñanza Superior                | 24 (12,0)  |

**Anexo 2: Indicaciones específicas para la anestesia total intravenosa.****Indicaciones específicas para anestesia total intravenosa (TIVA)**

Riesgo de hipertermia maligna

Síndrome de QT largo (QTc  $\geq$  500 ms)

Historia de NVPO severa

ENT 'sin cámara' y cirugía torácica

Pacientes con intubación / extubación difícil anticipada

Neurocirugía: para limitar el volumen intracraneal

Cirugía que requiere monitoreo neurofisiológico

Miastenia gravis / trastornos neuromusculares y situaciones en las que los NMB son desventajosos

Anestesia en entornos no teatrales.

Transferencia de un paciente anestesiado entre entornos.

Cirugía Daycase

Docente en prácticas

Elección del paciente

**Anexo 3: Recuperación anestésica según los diferentes intervalos de tiempo del posoperatorio inmediato según técnica anestésica empleada.**

| Grupo              | Alta - 1h (p=0,00) |                | Alta - 1:30h (p=0,117) |                | Alta - 2:00h (p=0,280) |              | Alta - 2:30h |    |
|--------------------|--------------------|----------------|------------------------|----------------|------------------------|--------------|--------------|----|
|                    | Si                 | No             | Si                     | No             | Si                     | No           | Si           | No |
| <b>GB (n=34)</b>   | 6<br>(17,65%)      | 28<br>(82,35%) | 7<br>(38,24%)          | 21<br>(61,76%) | 13<br>(76,47%)         | 8<br>(23,53) | 8<br>(100%)  | 0  |
| <b>TIVA (n=34)</b> | 29<br>(85,29%)     | 5<br>(14,71%)  | 3<br>(94,12%)          | 2<br>(5,88%)   | 2 (100%)               | 0            | 0            | 0  |

**Anexo 4: Dificultad para realizar la técnica combinada.**

| Dificultad para realizar la técnica                                 | No. | %   |
|---|-----|-----|
| Dificultad para abordar el espacio epidural                         | 3   | 75  |
| Dificultad para penetrar el espacio subaracnoideo con aguja espinal | 1   | 25  |
| Total   | 4   | 100 |

**Anexo 5: Manifestaciones psíquicas en pacientes prequirúrgicos.**

| Manifestaciones psíquicas      | Ausente |      | Leve |      | Moderado |      | Grave |     | Total |     |
|--------------------------------|---------|------|------|------|----------|------|-------|-----|-------|-----|
|                                | n.      | %    | n.   | %    | n.       | %    | n.    | %   | n.    | %   |
| Tensión                        | 8       | 10.7 | 27   | 36.0 | 38       | 50.6 | 2     | 2.7 | 75    | 100 |
| Miedo                          | 8       | 10.7 | 30   | 40.0 | 35       | 46.6 | 2     | 2.7 | 75    | 100 |
| Insomnio                       | 21      | 28.0 | 36   | 48.0 | 16       | 21.3 | 2     | 2.7 | 75    | 100 |
| Dificultad en la concentración | 25      | 33.3 | 35   | 46.7 | 13       | 17.3 | 2     | 2.7 | 75    | 100 |
| Animo deprimido                | 39      | 52.0 | 23   | 30.7 | 12       | 16.0 | 1     | 1.3 | 75    | 100 |

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton aplicada a pacientes prequirúrgicos, Hospital Isidro Ayora.

**Anexo 6: Manifestaciones somáticas en pacientes prequirúrgicos.**

| Manifestaciones somáticas | Ausente |      | Leve |      | Moderado |      | Grave |     | Total |     |
|---------------------------|---------|------|------|------|----------|------|-------|-----|-------|-----|
|                           | n.      | %    | n.   | %    | n.       | %    | n.    | %   | n.    | %   |
| Musculares                | 20      | 26.7 | 34   | 45.3 | 19       | 25.3 | 2     | 2.7 | 75    | 100 |
| Cardiovasculares          | 18      | 24.0 | 36   | 48.0 | 19       | 25.3 | 2     | 2.7 | 75    | 100 |
| Respiratorias             | 20      | 26.7 | 34   | 45.3 | 20       | 26.7 | 1     | 1.3 | 75    | 100 |
| Gastrointestinales        | 25      | 33.4 | 28   | 37.3 | 22       | 29.3 | -     | -   | 75    | 100 |
| Genitourinarias           | 20      | 26.7 | 32   | 42.7 | 22       | 29.3 | 1     | 1.3 | 75    | 100 |

**Anexo 7: Atención de enfermería según los pacientes del Hospital Nuestra Señora de la Merced.**

| Frecuencia/Criterio | Llamado por su nombre n(%) | Información sobre cuidados a realizar n(%) | Información sobre cirugía a realizarse n(%) | Trasmisión de seguridad hacia el paciente n(%) |
|---------------------|----------------------------|--|---|--|
| Siempre             | 15 (18.8)                  | 5 (6.3)                                    | 1 (1.3)                                     | 24 (30.0)                                      |
| Casi siempre        | 17 (21.3)                  | 12 (15.0)                                  | 5 (6.3)                                     | 34 (42.5)                                      |
| Algunas veces       | 30 (37.5)                  | 20 (25.0)                                  | 10 (12.5)                                   | 10 (12.5)                                      |
| Nunca               | 18 (22.5)                  | 43 (53.8)                                  | 64 (80.0)                                   | 12 (15.0)                                      |

**Anexo 8: Visita preoperatoria según personal de enfermería del Hospital Nuestra Señora de la Merced.**

| Frecuencia/Criterio | Presentación ante el paciente n(%) | Información sobre cirugía a realizarse n(%) | Registro de signos vitales n(%) | Preparación de la piel n(%) | Verificación del ayuno n(%) | Ejercicios respiratorios n(%) |
|---------------------|------------------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Siempre             | 1 (4.2)                            | -   | 3 (12.5)                        | 2 (8.3)                     | 18 (75.0)                   | 4 (16.7)                      |
| Casi siempre        | 2 (8.3)                            | 3 (12.5)                                    | 20 (83.3)                       | 4 (16.7)                    | 5 (20.8)                    | -                             |
| Algunas veces       | 9 (37.5)                           | 13 (54.2)                                   | -                               | 7 (29.2)                    | -                           | 10 (41.7)                     |
| Nunca               | 12 (50.0)                          | 8 (33.3)                                    | 1 (4.2)                         | 11 (45.8)                   | 1 (4.2)                     | 10 (41.7)                     |



**Anexo 10: Herramientas para medir la ansiedad y el estrés.**

- Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)<sup>1</sup>
- Escala de ansiedad de Hamilton<sup>1</sup>
- Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EAD-G)<sup>1</sup>
- Cuestionarios *Child behaviour checklist* (CBCL) y *Youth self Report* (YSR) de Achenbach<sup>1</sup>
- The Yale Preoperative Anxiety Scale (YPAS-m)<sup>1</sup>
- Escala Visual Analógica del dolor o *Visual Analogue Scale* (VAS) de Scott Huskinson
- Escala de ansiedad de Corah (DAS) y la Escala Modificada de Corah<sup>1</sup>
- Escala *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS)<sup>1</sup>
- La Induction Compliance Checklist (ICC)<sup>1</sup>
- Pediatric Anesthesia Behavior Score (PAB)<sup>1</sup>
- CEMS: Children's Emotional Manifestation Scale<sup>1</sup>
- PAED: Pediatric Anesthesia Emergence Delirium<sup>1</sup>
- la Global Mood Scale (GSM)<sup>1</sup>
- PHBQ: Post Hospitalization Behavior Questionnaire<sup>1</sup>
- SAS: State Anxiety Scale
- Cuestionario de preocupación paterna sobre cirugía CPPC<sup>1</sup>

**Variables fisiológicas**

- Presión arterial sistólica
- Presión arterial diastólica

**9. BIBLIOGRAFÍA**

1. Real Academia Nacional de Medicina de España. "Definición de ansiedad". [en línea]; 2020 [consultado:13 de septiembre 2021]. Disponible en <https://dtme.ranm.es/buscador.aspx>
2. Navas, W y Vargas, M. "Trastornos de ansiedad revisión dirigida para atención primaria", Revista médica de costa rica y Centroamérica [en línea], 2012, [consultado: 13 de septiembre de 2021]. 497-507 (604). Disponible en <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
3. Gómez, et al. (2010). "Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada". Revista Universidad de Castilla la Mancha. [consultado: 13 de septiembre de 2021]. Disponible en <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/336/1998-1.pdf?sequence=1>
4. Rosa, L, et al. (2018). "Predictores de ansiedad preoperatoria moderada y grave en pacientes quirúrgicos hospitalizados". Revista electrónica trimestral de enfermería. [consultado: 12 de septiembre de 2021]. 64-74(52). Doi <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.29>
5. Diagnósticos NANDA. [Internet]. [Consultado 18 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/ansiedad/>.
6. Díaz, K., y De la Iglesia, G. (2018). "Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual". Revista Suma Psicológica, UST. [Consultado: 18 de septiembre de 2021]. 42-50 (1). Doi: 10.18774/0719-448x.2019.16.1.393
7. Carrillo, I. Un estudio sobre la ansiedad. Avances 124. [Consultado: 19 de septiembre de 2021] 124(1). Disponible en: <https://es.scribd.com/document/518365588/Avances-124-Irene-Carrillo>
8. Diario Enfermero. "La enfermería ayuda a reducir la ansiedad prequirúrgica". [Internet]. [consultado: el 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://diario-enfermero.es/la-enfermeria-ayuda-reducir-la-ansiedad-prequirurgica>
9. Garza, Castellón, M. Anestesia General: fases, fármacos y secuencia de intubación básica. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com.202; XVI;8:441. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/anes-tesia-general-fases-farmacos-y-secuencia-de-intubacion-basica/>. [Google Scholar].
10. Minda, Reyes, J., et al. Consideraciones general del uso de anestesia intravenosa total. Journal of American Health. 2019; ISS 2697-3421: 130-139. Doi: <https://doi.org/10.37958/jah.v3i2.40>. [PubMed].
11. González, GM., et al. Agentes Anestésicos inhalatorios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; p. 7-37.
12. López, GO, et al. Ventajas de la anestesia intravenosa libre de opioides en cirugía ambulatoria oncológica de mama. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [ci-

- tado: fecha de acceso 19 de setiembre de 2021]; 24(5): e4648. Disponible en: <http://revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4648>
13. Cabello MP, y Martínez, PA. Principales complicaciones posoperatorias con el uso de anestesia general. *Medisan*.2017;21:10. [ Scielo]
  14. Álvarez, JJ. Anestesia combinada. *Anestesia en México*. 2016;2: 38-43. [ Scielo].
  15. González, MM., López, CO., y Delgado, RD. Anestesia combinada-epidural en cirugía obstétrica. Nuestra experiencia. *Invest Medicquir*.2016; 8(1): 53-67. ISSN: 1995- 9427. [ Pubmed][Scielo].
  16. Castro, GC. et al. Anestésicos locales en urgencia y no urgencias. *Scientific & Education Medical Jorunal*. 2021;3(2): 78-94.
  17. Neal JM, et al. The third American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine practice advisory on local anesthetic systemic toxicity: executive summary 2017. *Reg Anesth Pain Med*. 2018; 43: 113–123. [Elsevier]
  18. Neurocirugía contemporánea [ Internet]; [ Citado: 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=bupivacaina>.
  19. Vademécum online España. Lidocaína anestésico local. [ Internet]. [ Citado el 24 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-lidocaina-N01BB02-es>
  20. Vademécum online España. Levobupicaína. [ Internet]. [ Citado el 24 de septiembre de 2021]. Disponible en <https://www.vademecum.es/principios-activos-levobupivacaina-n01bb10>
  21. Vademécum online España. Mepivacaína. [ Internet]. [Citado el 24 de septiembre de 2021]. Disponible en <https://www.vademecum.es/principios-activos-mepivacaina-N01BB03-es>.
  22. Vademécum online España. Prilocaína. [ Internet]. [ Citado el 24 de septiembre de 2021]. Disponible en <https://www.vademecum.es/principios-activos-prilocaina-N01BB04-es>
  23. Vademecum online España. Ropivacaína. [ Internet]. [ Citado el 24 de septiembre de 2021]. Disponible en <https://www.vademecum.es/buscar?q=Ropivacaina&c=es&x=0&y=0>.
  24. Vademécum online España. Benzocaína. [ Internet]. [ Citado el 24 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-benzocaina-N01BA05-es>.
  25. Vademecum online España. Procaína. [ Internet]. [ Citado el 24 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-procaina-N01BA02-es>.
  26. Vademecum online España. Tetracaína. [ Internet]. [ Citado el 25 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-tetracaina-S01HA03-es>.
  27. Melman, SE., y Zaragoza, LG. Anestesia regional en pediatría. *Revista mexicana de anestesiología*. 2018;41(3): 213-227. [ Elsevier][Pubmed].
  28. Tornero, TC., Fernández, RL., y Orduña, VJ. Analgesia multimodal y anestesia regional. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2017; 54(7): 401-405. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.redar.2017.01.008>. [ ScieDirect].
  29. Chasi, PH. Anestesia epidural vs. Anestesia raquídea: ¿qué debes conocer? [ Internet]. Elsevier. [ Citado el 26 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/anestesia-epidural-vs-anestesia-raquidea-que-debes-conocer>.
  30. Martínez L. Influencia de la enfermera en el proceso quirúrgico de la dacriocistorrinostomía con láser de diodo. *CYBER Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*. 2010;12.
  31. Suárez, RC., et al. Complicaciones en anestesia raquídea. *Revista científica de investigación actualización del mundo de las ciencias*. 2021; 5(3): 44-53. Doi: <https://doi.org/10.26820/reciamuc/5> [ Google Scholar].
  32. Quintero, A., Yasno, D., et al. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Rev.Colomb. Cir* 2017; 32:115-20. [ Google Scholar].
  33. Herrera, LJ., Jiménez, El., et al. Calidad de la visita preoperatoria de enfermería. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2017;2(2): 64-67.
  34. Portales médicos. Revista electrónica de portales médicos. Com. [ Internet]. [ Citado el 26 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-preoperatorio/>
  35. Marín, MD., et al. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería. Global* 2015; 14(37): 181- 191. [ Elsevier].
  36. Portales médicos. Visita prequirúrgica e información a familiares y pacientes. *Revista electrónica de portales médicos.com* [ Internet]. [ Consultado el 29 de septiembre de 2021]. Disponible en <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/visita-prequirurgica-informacion-familiares-pacientes/>
  37. Méndez, LA. La entrevista prequirúrgica, un beneficio para el paciente. *Revista Española de comunicación de salud*. 2020; 11(1): 86-91.
  38. Moreno, FM. Influencia de la visita prequirúrgica de enfermería en la ansiedad del paciente. *Revista nuber científ*. 2018;3(23):33-38.

39. Gaona, RD., y Contenido, FB. Ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2018; 3(1):38-43.
40. Gaudioso, RG. Efectos de la ansiedad en la recuperación del paciente quirúrgico: revisión de la literatura. 2020;3(6):43.[ Elsevier],
41. Calle, MA., y Moreno, CP. Ansiedad en el posoperatorio de CMA. *Cirugía Mayor Ambulatoria*. 2015; 20(2):69-73.
42. Carapia, et al. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2011;34(4):260-263.
43. Fortacín, et al. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar.2015; 39(1): 29-40.
44. Muriel GA. Programas hospitalarios para tratar la ansiedad infantil. Revisión de evidencias. *Anestesia Pediátrica*. [ Internet]. [ Citado el 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://anestesar.org/2017/programas-hospitalarios-tratar-la-ansiedad-infantil-revisión-las-evidencias-iii/>.