Descargado el: 9-11-2026 ISSN 1727-897X

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Precisiones anestésicas preoperatorias: lo que debe saber el médico de familia

Preoperative Anesthetic Specifications: What the Family Physician Must Know

Evangelina Dávila Cabo de Villa[1] Carlos Manuel Hernández Dávila[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Dávila-Cabo-de-Villa E, Hernández-Dávila C. Precisiones anestésicas preoperatorias: lo que debe saber el médico de familia. **Medisur** [revista en Internet]. 2013 [citado 2026 Nov 9]; 11(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2455

Resumen

La realización de toda intervención quirúrgica lleva implícito un trabajo colectivo que comienza desde que el enfermo acude al médico de familia, quien se caracteriza por ser “guardián de la salud” y estar en estrecho contacto con las familias que atiende, visitar sus hogares y familiarizarse con sus hábitos de vida, higiene, cultura y todos los aspectos que directa o indirectamente influyan en la salud. Por tanto es el profesional más inmediato que está involucrado en la atención de cualquier problema de salud. Mediante la relación de confianza bien establecida con la familia puede contribuir al conocimiento y difusión de un mínimo de requerimientos sobre anestesiología y favorecer así la evaluación preoperatoria, agilizar y garantizar la asistencia médica intrahospitalaria del enfermo, con un mayor grado de satisfacción. Esta revisión bibliográfica propicia una mayor orientación a médicos de familia que le permita satisfacer interrogantes y favorecer el desarrollo perioperatorio, por lo que contiene lo que debe saber el enfermo y precisiones preoperatorias más sobresalientes.

Palabras clave: cuidados preoperatorios, atención primaria de salud, médicos de familia

Abstract

Performing any surgery entails a collective work which begins when the patient resorts to the family doctor, who is often characterized as "guardian of health”; being in close contact with the families she/he treats, visiting their homes and getting familiar with their lifestyles, hygiene, culture and all aspects that directly or indirectly influence on their health. Therefore, she/he is the most immediate professional involved in any health care issue. Using the well-established trust relationship with the family, he can contribute to the knowledge and dissemination of minimum requirements in anesthesiology. Thus; he can favor the preoperative evaluation as well as speed up and ensure the patient's hospital care, with a greater degree of satisfaction. This literature review provides an increased guidance for family physicians, helping them to answer the questions that may arise and to contribute to the preoperative phase. Therefore, it contains what the patient needs to know and the main preoperative specifications.

Key words: preoperative care, primary health care, physicians, family

Aprobado: 2013-04-03 10:49:07

Correspondencia: Evangelina Dávila Cabo de Villa. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. edc@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas diferentes hospitales muestran notables incrementos en el número de pacientes atendidos en los servicios de anestesiología por diversas razones, entre las que se destaca el requerimiento de una intervención quirúrgica.

La realización de toda intervención quirúrgica lleva implícito un trabajo colectivo que comienza desde que el enfermo acude al médico de familia, el cual se caracteriza por ser "guardián de la salud" y estar en estrecho contacto con las familias que atiende, visitar sus hogares y familiarizarse con sus hábitos de vida, higiene, cultura y todos los aspectos que directa o indirectamente influyan en la salud. Por tanto es el profesional más inmediato que está involucrado en la atención de cualquier problema de salud que surja.[1-3]

Cuando se diagnostica una posible afección quirúrgica, comienzan a gestarse en el enfermo inquietudes provocadas por la terapéutica anunciada. Resulta frecuente encontrar que muchos de ellos expresan mayor temor ante la anestesia que recibirán, que ante la propia cirugía. Algunos pacientes entrevistados en consulta, previo a la intervención quirúrgica, han planteado que tienen poca o ninguna noción sobre anestesia, o tal vez una tenue familiarización con el tema, a veces vivencias distorsionadas, como resultado de un perioperatorio con evolución tórpida, contadas por otros enfermos, familiar o amigo.

Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir un ingreso hospitalario para la realización de una intervención quirúrgica, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales.[4]

Graziola plantea que el estrés quirúrgico se inicia por percepción psicológica (generada en la corteza límbica, por ansiedad ante la operación), por daño tisular (por estimulación de vías nociceptivas y liberación de citoquinas), por pérdida de líquido extracelular (en receptores de volumen), por las drogas anestésicas (que actúan sobre los recepto- res del SNC, endocrino, inmune, etc.)[5]

Por las propias características del procedimiento quirúrgico, algunos llevan implícito el miedo a: no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación o al que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, revelar información personal debido a los efectos de la anestesia, los resultados de la cirugía, etc. Esta situación puede provocar altos niveles de ansiedad, lo que repercute en el sujeto desfavorablemente.[6]

El médico de familia en su trabajo crea una relación de confianza bien establecida, puede contribuir al conocimiento y difusión de un mínimo de conocimientos sobre anestesiología y de esta forma favorecer la evaluación preoperatoria, agilizar y garantizar la asistencia médica intrahospitalaria del enfermo, con un mayor grado de satisfacción.

Por tales razones se realizó esta revisión con el objetivo de propiciar una mayor orientación a médicos de familia que le permita satisfacer interrogantes y favorecer el desarrollo perioperatorio, por lo que contiene lo que debe saber el enfermo y precisiones preoperatorias más sobresalientes.

DESARROLLO

I.-Lo que debe saber el enfermo

Existe una serie de procedimientos y condiciones preestablecidas para salvaguardar la salud del paciente que será sometido a una intervención quirúrgica. Sin embargo esto no es ampliamente conocido por la población. El médico de familia puede informar a los pacientes al respecto.

La intervención quirúrgica se realiza en un área creada para esos fines, que incluye sistema de anestesia, diversos medios, suministros, de modo que se encuentra equipada de acuerdo a los estándares que correspondan al nivel de atención hospitalaria.[7]

Toda aplicación anestésica está precedida y seguida de una evaluación realizada por el anestesiólogo que se informará sobre el estado de salud, elegirá el método y agente anestésico que corresponda para la realización de la cirugía.[8]
La información y su análisis son recogidos en un documento específico de la especialidad que se incluye en la historia clínica.

Se indican exámenes complementarios que pueden realizarse antes del ingreso hospitalario como resulta en la cirugía ambulatoria. Entre los más frecuentes se encuentran: el hemograma;

glucemia sobre todo en los pacientes diabéticos o con familiares que la padecen; urea; electrocardiograma a todo paciente con afecciones cardiacas, hipertensión o mayor de 45 años de edad y rayos X de tórax, aunque discutido, a los mayores de 50 años de edad, o portadores de afecciones respiratorias. Se indican otros estudios en dependencia de la localización de la cirugía y los resultados hallados en la consulta médica.[9]

Las acciones propuestas que modificarán el estado de salud son informadas y aplicadas en dependencia de la aceptación escrita por el interesado y/o allegados.[10]

Se cuenta con una variedad de fármacos que permiten la selección de acuerdo a diversas condiciones existentes en el paciente para mayor seguridad, extensivo a los que sean portadores de otras enfermedades como diabetes, hipertensión arterial y lesiones del hígado, entre otras.

Los diferentes métodos de anestesia están basados en la administración de medicamentos, algunos llevan al paciente a un estado de inconsciencia que le permite tolerar procedimientos quirúrgicos y diagnósticos sin dolor ni estrés; y otros, en los cuales el medicamento interrumpe la conducción nerviosa provocando anestesia en un área determinada del cuerpo, hacen que se permanezca consciente. Toda conducción anestésica se apoya en la perenne interpretación de diferentes bioparámetros y cuenta con dispositivos de monitorización como complemento de los sentidos humanos y de las habilidades clínicas.

Finalizada la actividad quirúrgica el enfermo es trasladado, para su restablecimiento, a un área próxima al quirófano denominada “recuperación anestésica” que está diseñada y equipada para la observación del enfermo por determinado período de tiempo, con un personal calificado.[11]

II-Precisiones preoperatorias que debe tener en cuenta el médico de familia ante un paciente prequirúrgico

Estado de salud

El estado evolutivo de la enfermedad quirúrgica y su repercusión en el resto de los sistemas cobra gran importancia, a lo que se le agregan las alteraciones creadas por el estrés, dadas por la respuesta del organismo ante estímulos de una intensidad tal que interfieren en la homeostasia interna, activando el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y el sistema simpático adrenal. Dichos estímulos son los estresores que interfieren en la homeostasis del organismo. La ansiedad prequirúgica experimentada por los pacientes puede causar problemas fisiológicos que lleven a una curación más lenta de las heridas, una disminución de la respuesta inmune y un incremento del riesgo de infecciones. Además, puede exacerbar el dolor experimentado en el posoperatorio, dañar significativamente el bienestar psicológico y la cooperación con las actividades de autocuidado.[12]

Gordillo León destaca que los estados de ansiedad elevados en los periodos previos a la operación quirúrgica se ven reflejados durante la operación, ya que el cuerpo reacciona de diferente forma ante la anestesia en estado de gran ansiedad, y en los periodos posoperatorios, retardando la recuperación y el abandono del centro hospitalario. [13]

La importancia de la interpretación del miedo y la ansiedad radica no sólo en la incidencia que tiene para el estudio del control de calidad anestésica, sino además y básicamente en que las manifestaciones somáticas del miedo pueden producir efectos de relevancia en la experiencia anestésico-quirúrgica del paciente y en la práctica médica; puede causar desórdenes intestinales, perturbaciones, etc. [14]

Comorbilidad

Resulta favorable identificar otras enfermedades concomitantes en el enfermo, manifestación y grado de compensación.

La hipertensión arterial aparece con frecuencia, y se encuentra entre las prioridades de los programas de salud de la atención, por ser clave en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Entre otras enfermedades que acompañan al paciente quirúrgico están las cardiopatías isquémicas, la insuficiencia cardiaca, afecciones respiratorias y endocrinas. [14]

Hábitos tóxicos

Entre los hábitos más declarados por los enfermos se encuentra el fumar. Se ha señalado de cuatro a seis veces más complicaciones en este grupo, sobre todo en los que reciben anestesia general, ya que tienen mayor

probabilidad de desarrollar complicaciones respiratorias. El riesgo de laringoespasmo asociado a anestesia general es diez veces más grande en niños expuestos al humo de tabaco en el hogar, posibilidad que se acrecienta en los que además presentan enfermedades infecciosas del aparato respiratorio.

El humo del cigarro contiene varias sustancias químicas, incluyendo la nicotina y el alquitrán, la mayoría de las cuales son cancerígenas. El cigarro aumenta la activación simpática debido al aumento de la liberación de catecolaminas y del atraso en la eliminación de nicotina de la junción neuro efectora. Y como la respuesta hemodinámica a la inducción anestésica e intubación traqueal es alta en los fumadores, serios problemas pueden desarrollarse en los que tiene este hábito.[15]

Está comprobado que la suspensión del cigarro 12 horas antes de la cirugía, resulta suficiente para eliminar el monóxido de carbono y evitar los efectos indeseables de la carboxihemoglobina la cual provoca una menor disponibilidad de oxígeno por parte de los tejidos. Lo más recomendable es suspender la fuma ocho semanas antes de la anestesia, con lo que las secreciones bronquiales empiezan a disminuir hasta la normalidad y con ello el riesgo de sufrir complicaciones respiratorias. [16]

Ingestión de medicamentos

De gran importancia resulta declarar el tipo y número de fármacos que toma el paciente que va a ser intervenido, ante la posibilidad de provocar alguna interacción farmacológica con los anestésicos lo cual pudiera desencadenar alteraciones fisiológicas que comprometan la vida del paciente, por ejemplo: digital y atropina, antidepresivos y vasopresores, diuréticos y relajantes musculares, antihipertensivos y beta-bloqueadores con anestésicos endovenosos o inhalados, solo por mencionar algunos.

Es preciso tener en cuenta que a medida que aumenta el número de medicamentos administrados, se incrementan de manera significativa las posibilidades de reacción indeseable.[17]

El siguiente cuadro presenta un pequeño grupo de fármacos de uso frecuente, su efecto y conducta recomendable.[9]

Medicamentos	Efecto perioperatorio	Conducta
Aspirina	Produce tendencia al sangrado, por tratarse de un antiagregante plaquetario.	Se ha recomendado su suspensión, algunos consideran que está en dependencia de la dosis empleada.
Amitriptilina	Hipotensor, aunque leve.	Se prefiere su interrupción 3-7 días previos a la anestesia.
Antihipertensivos	Potencializan efecto hipotensor y/ bradicadia de otros agentes.	No debe interrumpirse, solo identificarse.
Antiarrítmicos	Favorecen la bradicardia y la hipotensión arterial.	No interrumpirse, solo identificarse.
Diuréticos	Capaces de inducir arritmias.	Control hidroelectrolítico.
Anticonceptivos	Riesgo de trombosis venosas, mayor sobre todo en aquellos que contienen estrógenos.	Suspensión 30 días previos a la cirugía programada.

Se ha reportado que la incidencia de efectos adversos es del 7 % en aquellos pacientes que

reciben entre 6-10 medicamentos y mayor del 40 % cuando se recibe entre 16-20 medicamentos diferentes.[18]

Terapia herbal

La planta o hierba medicinal, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es todo aquel vegetal que contiene uno o varios principios activos que pueden ser utilizados en el tratamiento favorable de ciertas enfermedades. Su empleo como recurso terapéutico puede producir efectos colaterales peligrosos, principalmente en el periodo perioperatorio, debido a las potenciales interacciones con los agentes anestésicos y las complicaciones inesperadas que se presentan por su uso.[19]

Un artículo revisado reportó que el 35,73 % de los pacientes entrevistados en la consulta preanestésica habían consumido algún remedio herbario y el 12,76 % usaron plantas medicinales consideradas potencialmente tóxicas en la literatura. El consumo fue significativamente mayor en las mujeres (64,28 %); el 88,96 % de todos los pacientes que consumían plantas opinaron que no las consideraban medicamentos y el 91,55 % reconoció que no hubiera reportado el uso de plantas en una entrevista de rutina con el anestesiólogo.[20]

La asociación entre la terapia herbal y hemostasia perioperatoria debe tomarse en consideración. Algunas plantas pueden ocasionar alteraciones hematológicas, cardiovasculares y endocrinas; hepatotoxicidad; prolongación de agentes anestésicos e incluso rechazo a trasplante de órganos.[19-22]

Algunos autores han aconsejado el cese del consumo de todo tipo de plantas medicinales al menos dos o tres semanas previas a la cirugía, aunque muchas veces esto no es posible, como en las intervenciones quirúrgicas urgentes; pero el conocimiento de los potenciales efectos adversos que pueden provocar algunas de ellas podrá ayudar a reconocer y prevenir, o en último caso, a tratar la aparición de algún trastorno.[23]

Entre las sustancias que han mostrado un potencial para incrementar el riesgo de sangrado se incluyen bromelaína, manzanilla, uña del diablo, angélica china, matricaria, aceite de pescado, jengibre, castaño de indias, ipriflavona, mesoglicano, papaya, PC-SPES , fosfatidilserina, trébol rojo, reishi, vitamina A y sauce blanco.[24]

CONCLUSIONES

La poca información o desconocimiento sobre la anestesiología puede favorecer la aparición de resultados desfavorables en el paciente que requiere de algún procedimiento anestésico con fines quirúrgicos. Una familiarización anticipada por el médico de familia sobre esta disciplina y sus requerimientos, además de disminuir la ansiedad, ayudará a viabilizar la asistencia intrahospitalaria con resultados más ventajosos. Motivar al enfermo a que llegue al quirófano en condiciones lo más óptimas posible, a través de la mejoría de su estado de salud desde el área correspondiente, con la compensación de las enfermedades concomitantes que pudieran presentar y algunos conocimientos sobre la ingestión de sustancias previas, permitirán un curso perioperatorio más satisfactorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lemis Lago ER, Borroto Cruz R. Atención primaria de salud, medicina familiar y médicos de la familia. In: Álvarez Sintes R . Temas de Medicina General Integral. La Habana: ECIMED; 2001. p. 7-38.

2. Díaz Novás J, Gallego Machado B, Durán Cortina M. Caracterización del médico de familia. Rev Cub Med Gen Integral [revista en Internet]. 2005 [cited 27 Dic 2012] ; 21 (5-6): [aprox. 7p]. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi165-605.htm.

3. Sánchez Ramos L, Cruz Álvarez NA, Amaro Cano MC, Barriuso Andino A. Atención Primaria de Salud. In: Introducción a la Medicina General Integral. La Habana: ECIMED; 2001. p. 114-23.

4. Gómez Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva [revista en Internet]. 2007 [cited 23 Ene 2013] ; 31 (6): [aprox. 17p]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912007000600006&script=sci_arttext.

5. Graziola E. Características del estrés anestésico quirúrgico. Rev Arg Anest. 2002 ; 60 (6): 372-8.

6. Barrilero Gómez JA, Casero Mayora JA, Cebrian Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E, et al. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada [Internet]. Castilla: Universidad de Castilla-La Mancha; 2006. [cited 27 Dic 2012] Available from: http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero 8/ansicirug.

7. Merry AF, Cooper JB, Soyannwo O, Wilson IH, Eichhorn JH. International Standards for a Safe Practice of Anesthesia 2010. Can J Anaesth. 2010 ; 57 (11): 1027-34.

8. Fischer SP, Bader AM, Sweitzer B. Preoperative Evaluation. In: Miller RD. Anesthesia. Philadelphia: Elsevier; 2009. p. 234-78.

9. Dávila E. Evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico. In: Dávila E, Álvarez M, Gómez C, Sainz H, Molina M. Anestesiología Clínica. La Habana: ECIMED; 2006. p. 61-74.

10. Waisel DB, Ttuog RD. Aspectos éticos y legales de la asistencia anestésica. In: Miller RD. Anesthesia. 6th. ed. California: Elsevier; 2005. p. 3206-94.

11. Lucas M. Unidad de Cuidados Posanestesia. In: Hurford D. Massachusetts General Hospital procedimientos en Anestesia. Madrid: Marbán; 2000. p. 601-17.

12. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. Nurs Crit Care. 2004 ; 9: 72-9.

13. Gordillo León F, Arana Martínez JM, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Rev Clin Med Fam [revista en Internet]. 2011 [cited 23 Ene 2012] ; 4 (3): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2011000300008&script=sci_arttext.

14. Llibre Rodríguez J, Laucerique Pardo T, Noriega Fernández L, Guerra Hernández M. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Rev Cubana Med [revista en Internet]. 2011 [cited 27 Dic 2012] ; 50 (3): [aprox. 14p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300003.

15. Gulsoy K, Deren S, Baskan S, Ornet D, Bayazit D. Tabaquismo y efecto de la dexmedetomidina y del fentanil en la intubación traqueal. Rev Bras Anestesiol [revista en Internet]. 2012 [cited 23 Ene 2013] ; 62 (2): [aprox. 20p]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000200002&script=sci_arttext&tlng=es.

16. Sweeney BP, Grayling M. Smoking and anaesthesia: the pharmacological implications. Anaesthesia. 2009 ; 64 (2): 179-86.

17. Mora García JD. Valoración de riesgo anestésico Mora-México: Una propuesta razonada en evidencias. Anestesia en México [revista en Internet]. 2005 [cited 13 Mar 2006] ; 17 (1): [aprox. 14p]. Available from: http://www.fmca.org.mx/art/art.php?id=735.

18. Granados Tinajero SO. Interacciones farmacológicas en anestesiología [Internet]. Tijuana: Clínica LEDA de Cirugía Plástica y Medicina Hiperbárica; 2011. [cited 18 Dic 2012] Available from: http://www.euroviane.net/index.php?option=com_docman...gid.

19. López-Herranz GP. Interacción entre hierbas medicinales y agentes anestésicos. Rev Med Hosp Gen Mex. 2006 ; 69 (2): 108-12.

20. Morón Rodríguez FJ, Guerrero Jácome RO, Victoria Amador MC. Plantas medicinales caribeñas con potencialidad para inhibir la agregación de las plaquetas. Rev Cubana Plant Med [revista en Internet]. 2007 [cited 3 Dic 2012] ; 12 (2): [aprox. 11p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47962007000200007.

21. Morgan E. Práctica de anestesiología. In: Anestesiología Clínica. 3ra. ed. Medellín: Manual Moderno; 2003. p. 1-18.

22. Tres JC. Interacciones entre fármacos y plantas medicinales. An Sist Sanit Navar. 2006 ; 29 (2): 233-52.

23. Valencia Orgaz O, Orts Castro A , Castells Armenter MV, Pérez-Cerdá Silvestre F. Valoración del consumo preoperatorio de plantas medicinales en la consulta preanestésica. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2005 ; 52: 453-8.

24. Hierbas y complementos para usar sólo con precaución [Internet]. Medellín: EBSCO; 2011. [cited 23 Ene 2013] Available from: http://therapy.epnet.com/nat/GetContent.asp?siteid=EBSCO&chunkiid=124754#top.