The seal of the Universidad San Carlos de Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a man in a red and white robe, surrounded by various symbols including a crown, a lion, and a castle. The Latin motto "SALUTEM ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

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

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD PRE-ANESTÉSICA EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A
CIRUGIA ELECTIVA**

VIVIAN VALESKA VANEGAS PINZÓN

TESIS

**Presentada ante las autoridades de la Escuela de Estudios
de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en ANESTESIOLOGÍA
Para obtener el grado de
Maestro en ANESTESIA**

ENERO, 2012

INDICE

	Pag.
	1.
1. RESUMEN	
2. INTRODUCCIÓN	2.
3. ANTECEDENTES	
3.1 Introducción	3.
3.2 Ansiedad	8.
3.3 Evaluación de la Evaluación preoperatoria	11.
3.4 Escala de Ámsterdam	14.
3.5 Trastornos de Ansiedad Generalizada	15.
4. OBJETIVOS	20.
5. METODOLOGÍA	
5.1 Tipo de Estudio	21.
5.2 Población	21.
5.3 Unidad de Análisis	21.
5.4 Muestra	21.
5.5 Criterios de inclusión	22.
5.6 Criterios de exclusión	22.
5.7 Variables del estudio	23.
5.8 Recolección de Información	24.
5.9 Boleta de recolección de datos	24.
5.10 Aspectos éticos	25.
5.10 Procedimientos de análisis de la información	25.
6. RESULTADOS	26.
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	33.
8. REFERENCIAS	34.
9. ANEXOS	39.
10. PERMISO PARA COPIAR EL TRABAJO	42.

AGRADECIMIENTOS

A dios por darme la vida

A mi familia por su apoyo incondicional

Al Hospital Roosevelt por brindarme la oportunidad de aprender y practicar el arte de la
anestesia

1. RESUMEN

La **ansiedad** es una emoción común relacionada con la supervivencia. No tiene necesariamente un impacto negativo en el periodo **preoperatorio**, sin embargo conocer el nivel de ansiedad permite al anestesiólogo tomar decisiones terapéuticas adecuadas de manera anticipada.

La utilización del **Test de Ámsterdam**, para establecer el nivel de ansiedad en el periodo **preoperatorio** y conocer esta condición orienta al anestesiólogo para resolver dudas e inquietudes y/o utilización de medicamentos o terapia (psicológica o psiquiátrica) que mejoren el estado emocional del paciente. Optimizando la calidad de los cuidados peri operatorios.

El presente estudio se realizó con los siguientes objetivos: Determinar la incidencia y el nivel de **ansiedad preoperatoria** en pacientes sometidos a cirugía electiva; Analizar la utilidad de la **escala preoperatoria de Ámsterdam**.

Es un estudio descriptivo, longitudinal. Muestra de 380 pacientes. La población evaluada pacientes adultos comprendidos entre los 18 años y los 70 años, de los departamentos de Cirugía, Ortopedia y Traumatología. Metodología aplicación del test de Ámsterdam. Los datos se ingresaron y analizaron en Epi-Info 2007.

Principales resultados:

- Se encontró una incidencia de **ansiedad preoperatoria** de 973 pacientes por cada 1000 pacientes nuevos (97%).
- Dentro de los niveles de ansiedad se encontraron los siguientes valores: Bajo 2.5% (11), Intermedio 9.5% (36) Alto 85% (323).
- Con la población estudiada se encontró que la incidencia y el nivel de ansiedad son similares en ambos sexos, edades y especialidades quirúrgicas
- La aplicación del **Test de Ámsterdam**, en la fase **preoperatoria**, permitió conocer el nivel de **ansiedad** de los pacientes.

2. INTRODUCCIÓN

La ansiedad (del latín *anxietas*, angustia, aflicción) es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel 'adecuado'; o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado. La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia. (3)

La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en el período perioperatorio y, en cierta medida, se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor la intervención. Ciertos tipos de cirugía que conciernen a la propia imagen del paciente pueden necesitar un manejo psicológico particular. La consulta puede tener un efecto tranquilizador, sobre todo si es la primera anestesia en la vida del paciente. (5) El estudio sobre ansiedad preoperatoria y requerimientos anestésicos intraoperatorios, realizado en Yale, Connecticut, en el años 1999 reportan una incidencia de ansiedad preoperatoria en adultos de 11% hasta el 80%, dependiendo del método de medición utilizado.(15)

La evaluación de la ansiedad se realizó por medio del test de Ámsterdam, que mide la ansiedad y la necesidad de información del paciente en el periodo preoperatorio, el cual es una prueba con una especificidad mayor del 99% y sensibilidad mayor del 95% y asociada con pruebas analíticas visuales de Spielberg llegan al 100% de especificidad y sensibilidad. (6, 10)

El presente estudio se llevó a cabo en el departamento de Anestesiología del Hospital Roosevelt, y la población estudiada fueron los pacientes adultos sometidos a cirugía electiva, de los departamentos de Cirugía, Ortopedia y Traumatología, durante el periodo de Enero 2008 a Octubre del 2010.

3. ANTECEDENTES

A diferencia del médico general, del clínico o del cirujano, el anestesiólogo tiene generalmente poco tiempo para estudiar a cada uno de los pacientes antes de la intervención quirúrgica. En este tiempo tan breve se debe decidir si el enfermo está en condiciones adecuadas para ser sometido a un procedimiento anestésico-quirúrgico. (2)

El éxito en la visita preoperatoria depende, en gran parte, de la cooperación entre el anestesiólogo, el cirujano y el equipo quirúrgico, quienes, al conocer el plan terapéutico basado en la historia clínica del paciente, deben ofrecer al mismo información, orientación, adecuada relación médico-paciente y trato humano para brindarle un manejo perioperatorio de calidad, orientado a dar mayor seguridad de acuerdo al caso de que se trate; sin restar importancia a la labor del personal paramédico y administrativo (enfermeras, trabajo social, intendencia, secretarías, etcétera), ya que, para obtener buenos resultados, se debe trabajar con un equipo multidisciplinario que interactúe con el paciente para ofrecer una adecuada atención. A pesar de ello, en la mayoría de los casos, el enfermo es valorado en la sala por el anestesiólogo 24 horas antes del procedimiento quirúrgico. No debería administrarse jamás una anestesia sin conocer al paciente y haberlo evaluado previamente.(3)

Los objetivos de la valoración preanestésica son:

4. Establecer una buena relación médico-paciente
5. Realizar una evaluación clínica del enfermo,
6. Valoración de los factores predictivos de riesgo anestésico-quirúrgico; prescribir una medicación, si se encuentra indicada para cada caso en particular, con el objetivo de mitigar el estado de ansiedad del paciente previo a la cirugía
7. Seleccionar la técnica anestésica y fármacos a emplear en el periodo perioperatorio.

La ansiedad es una alteración psíquica caracterizada por un sentimiento de temor y de aprehensión que puede ser componente de enfermedad psiquiátrica o un desorden de ansiedad independiente y estar acompañado de componentes somáticos, alteraciones psíquicas e hiperactividad simpática.

Es el resultado de un esfuerzo de adaptación inadecuado para resolver conflictos internos y puede generar fobias, reacciones de conversión, estados disociativos, obsesivos y compulsivos.

La ansiedad se puede presentar en cualquier persona; puede ser transitoria o crónica o de ambas formas.

Existen diversos tipos de trastornos por ansiedad:

- Trastornos de pánico
- Fobias
- Desórdenes por ansiedad generalizados
- Trastorno mixto ansioso depresivo

Se diferencia del miedo en que este último es un sentimiento de inquietud y malestar suscitado por la presencia de un peligro. (5)

La presencia de ansiedad en el periodo preoperatorio es variable en cada paciente y depende de varios factores:

- Edad
- Sexo
- Estado socioeconómico
- Ocupación,
- Estado físico
- Tipo de cirugía
- Temor al ambiente hospitalario
- Calidad de la atención médica, etcétera.

La preparación psicológica que ofrece la visita preanestésica tiene gran influencia positiva en el estado anímico del paciente, pudiéndose observar en el mismo la disminución de su ansiedad preoperatoria cuantitativamente.(6)

A pesar de que mucho se ha avanzado en la farmacología de los medicamentos empleados para abatir la ansiedad en este periodo, poco se sabe sobre la frecuencia o la etiología de la misma; por esto se han implementado estrategias para disminuir su aparición, como pueden ser:

- La información audiovisual con material didáctico
- Realización de visitas guiadas previas en salas de operaciones
- La instrucción a través de hipnosis por medio de grabaciones que cada paciente escucha previamente a su cirugía.

La anestesiología es una especialidad esencialmente clínica, por lo que la valoración médica preoperatoria está orientada a descubrir predictores de riesgo para que esto permita adoptar conductas médicas anticipadas, prevención de incidentes y accidentes en el acto anestésico-quirúrgico; inicialmente ésta se basaba en una historia clínica precisa y una exploración; después se añadieron las pruebas de laboratorio y con ello la detección de enfermedades en fase asintomática, con lo que se observa mejoría en el resultado posoperatorio.

La admisión de un paciente a un hospital genera ansiedad. En estudios previos se ha demostrado que, en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos una semana antes de su admisión.

El simple hecho de estar involucrado en un medio desconocido como lo es el hospitalario, la deficiente comunicación por parte del personal intrahospitalario, la desinformación obtenida por terceras personas y, sobre todo, el impacto en la esfera familiar, afectiva, social, laboral y económica, pueden ser detonantes de ansiedad y, por lo tanto, presentarse antes de su ingreso al hospital.

Esta ansiedad puede desaparecer en el periodo posoperatorio, cuando el paciente recupera el estado de alerta y revalora que su entorno no presenta cambios importantes que le signifique modificación de sus hábitos de vida previos. (9)

Con base en esto, los anestesiólogos han utilizado la visita y medicación preoperatoria para mitigar la ansiedad. Se ha demostrado que la visita efectuada por el anestesiólogo es en ocasiones más efectiva que la medicación farmacológica y que puede aliviar la ansiedad preoperatoria. (10)

La mayoría de revisiones sobre anestesia pocas veces fija la atención en cuanto al tema de la ansiedad en el paciente preoperatorio. Algunos autores hacen observaciones interesantes al describir que la atención y el servicio que ofrece todo el personal dentro del hospital puede generar angustia en el enfermo, por lo que la comunicación adecuada y la actitud del equipo multidisciplinario que interactúe con el paciente puede ofrecer un entorno confortable, previo al acto anestésico-quirúrgico. (7)

La base de la entrevista preanestésica son la historia clínica y el examen físico, los cuales son el mejor medio para detectar una patología y valorar clínicamente la ansiedad preoperatoria con inspección visual, perfil psicológico, sintomatología asociada, tratamiento farmacológico previo; siendo esta información recopilada en la nota preanestésica para determinar la conducta a seguir en cada caso en particular. Idealmente, esta valoración debería realizarse unos días antes del procedimiento quirúrgico, permitiendo al paciente conocer a los miembros del equipo, completar los exámenes de laboratorio necesarios, proporcionar tiempo suficiente para estabilizar cualquier patología previa, en ocasiones con la asesoría de otro especialista. Desafortunadamente, problemas logísticos (pacientes y centro hospitalario) no lo permiten.

En general, los enfermos con una adaptación preoperatoria normal (aquellos que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de ansiedad frente al peligro objetivo de la cirugía) presentan una buena evolución postoperatoria. Por el contrario, los pacientes con una adaptación psicológica anormal en el preoperatorio -a menudo también portadores de una personalidad previa con rasgos patológicos-, presentan mayores dificultades en su evolución clínico-quirúrgica. (4)

Esas dificultades pueden ser síntomas psíquicos (ansiedad, insomnio o agresividad) o problemas en la rehabilitación o en la relación médico-paciente, convalecencia prolongada, mal control del dolor con analgésicos, actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad y, en ocasiones, complicaciones orgánicas. (1)

Es decir que una adaptación emocional ineficaz frente al estrés preoperatorio determina un riesgo quirúrgico adicional, de origen psicológico y psiquiátrico, que debería ser siempre evaluado junto con los demás factores de riesgo.

Uno de los rasgos distintivos de las reacciones emocionales anormales frente al estrés quirúrgico es el mal manejo de la ansiedad, de lo que se desprende la necesidad de su adecuada evaluación y control con psicofármacos y otras medidas terapéuticas.

En cirugía, la magnitud de la ansiedad que experimenta el paciente y su capacidad para tolerarla y dominarla, dependen de la interacción de varios factores:

1) La magnitud del factor traumático externo o real: es decir, la gravedad de la enfermedad orgánica, si se realizara una intervención de cirugía mayor o mutilante, etcétera.

2) La duración del período preoperatorio: cuanto más urgente sea la necesidad de operar, menos tiempo tiene el paciente para reconocer y controlar sus temores. Ello condiciona un elevado nivel de ansiedad, que con frecuencia adopta la forma de un estado de angustia con crisis emocionales y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas.

3) Los antecedentes Personales y familiares en cuanto a cirugías: historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme se repitan, lo que puede transformarse en la principal fuente de ansiedad.

4) La capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad, es decir su natural tolerancia y capacidad para defenderse y controlar psicológicamente las situaciones estresantes. Es por eso que, en ocasiones, una intervención menor, que el cirujano no vacila en considerar "sin importancia", puede ser muy traumática para un enfermo con una personalidad débilmente estructurado o que se encuentra en una situación emocional que lo torna más vulnerable.

De la interacción de todos estos factores resulta un determinado grado de ansiedad, que varía en un amplio espectro desde aquellos pacientes que impresionan como absolutamente tranquilos, hasta los enfermos con una notable angustia e inquietud motora, e incluso crisis de excitación psicomotriz con agresividad. (7,8)

3. 1 ANSIEDAD

La **ansiedad** (del latín *anxietas*, angustia, aflicción) es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel 'adecuado'; o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado.

La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia

Ante esta situación, el organismo pone a funcionar el sistema dopaminérgico, por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento, liberando señales de alerta a todo el sistema nervioso central. Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, forzando a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que están invirtiendo para conseguirla, y que normalizará los valores que han disparado esa 'alerta amarilla'. En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado que bien pudiéramos llamar de 'alerta roja'.

El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina.

Desde este punto de vista la ansiedad es algo sano y positivo que nos ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: Alerta amarilla => Alerta roja => consecución del objetivo. Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se dan con bastante asiduidad, el organismo corre el riesgo de intoxicación por dopaminas o por catecolaminas. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana, que requieran una actividad del organismo fuera de lo normal.

Sin embargo, en las sociedades avanzadas modernas, esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica conformando, en algunos casos, cuadros sintomáticos que

constituyen los Trastornos de Ansiedad, que tienen consecuencias negativas y muy desagradables para las personas que los padecen.

Entre los Trastornos de Ansiedad se encuentran las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés post-traumático, el trastorno de ansiedad generalizada, etc. (Organización Mundial de la Salud).

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, por ejemplo, la ansiedad patológica se vive como una sensación difusa de angustia o miedo, y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento. Esta ansiedad patológica es resultado de los problemas de diverso tipo a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de la forma en que interioriza y piensa acerca de sus problemas.

Hay que matizar, como se decía más arriba, que la ansiedad en sí no es algo patológico, lo que genera problemas es la respuesta incorrecta de dicha emoción de manera cronicada, o ante determinadas situaciones o estímulos que resulta desadaptativa para el individuo.

Los síntomas de ansiedad son muy diversos, tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc. La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes; a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Estos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros. Es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y estos a su vez disparar los síntomas conductuales.

Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardíaca o la hipoglucemia. Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para descartarlos.

La ansiedad también puede convertirse en un Trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. Es común que las personas con este trastorno visiten la sala de urgencias con cierta frecuencia, y típicamente se sienten mejor después de ser atendidas.

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Ellos incluyen:

Fármacos ansiolíticos.

Psicoterapia Cognitivo-Conductual (*cognitive-behavioral therapy*). Esta debería ser dirigida por un psicólogo competente y experimentado. La terapia incluye técnicas de exposición graduada, confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas; modificación de pensamientos negativos; técnicas para entablar auto-charlas positivas; técnicas específicas para tratar con el pánico, etc.

Reducción de estrés, lo que puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, etc.

Cambios en la alimentación; por ejemplo, eliminación *gradual* del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos o drogas que contengan esta. Algunos pacientes informan reducciones considerables en su ansiedad sólo tomando estas medidas.

En casos muy graves tal vez sea necesario utilizar fármacos durante el transcurso de la terapia psicológica, pero siempre bajo la supervisión de un profesional calificado. Si la terapia psicológica da los resultados esperados, los fármacos se podrían suspender. Lo más recomendable es seguir los consejos de un profesional calificado

En general se considera que la ansiedad es una condición que existe de por vida en cierto grado. No todos los pacientes responden a los tratamientos, pero un porcentaje importante de ellos pueden lograr una recuperación parcial o casi completa a largo plazo con la ayuda de la terapia psicológica (terapia cognitivo-conductual). Se cree que la prognosis de la ansiedad se ve afectada por la creencia común (posiblemente una creencia negativa e incorrecta) por parte

de los padecientes de que su condición es especialmente grave, más grave que la de cualquier otra persona que se haya recuperado (3)

3.2 EVALUACION DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA

Es muy útil que, durante la evaluación prequirúrgica o el día de la internación, el anestesiólogo destine un tiempo de la consulta para mantener una conversación más informal con cada enfermo, y lo estimule a que cuente como enfrenta anímicamente la operación y que piensa o teme de ella.

Esto suele permitir una indagación más allá de las apariencias, y surgen los verdaderos temores y preocupaciones, que el paciente no habría manifestado si la consulta hubiese estado dirigida únicamente al interrogatorio clínico-quirúrgico.

Además habilita al anestesiólogo para tranquilizarlo eficazmente con respecto a los temores específicos detectados. (Las tranquilizaciones globales -como: "quédese tranquilo, es una operación sin importancia y no pasara nada malo"- logran poco y dejan en el enfermo la sensación de no ser escuchado).

Para evaluar la ansiedad preoperatoria, el médico debe atender no sólo a los aspectos verbales (si el paciente expresa su ansiedad, si la reconoce y tolera o no, si puede hablar acerca de sus dudas o temores, etcétera). También deberá observar manifestaciones no verbales de la ansiedad: expresión del rostro y la mirada, temblor, sudoración, etcétera.

Es necesario detectar, además, cambios fisiológicos que suelen acompañar los estados de ansiedad y pueden afectar la respuesta a las drogas anestésicas, como variaciones de la tensión arterial o la frecuencia cardíaca.

Algunos síntomas deben alertar sobre la probable existencia de un cuadro de ansiedad preoperatoria anormal y/o mal tolerada: insomnio, pesadillas, cefaleas tensionales, náuseas, dispepsias, sensación de disnea u opresión precordial atípica, etcétera.

En ciertos pacientes, su incapacidad para afrontar el estrés prequirúrgico se expresa en el antecedente de reiteradas suspensiones de la operación y cambios de fecha por parte del enfermo, motivados por el temor o por trastornos somáticos como reacciones alérgicas o resfriados, por ejemplo.

Finalmente, otra cuestión muy importante es evaluar si el enfermo que está ansioso logra tranquilizarse con la información que recibe del anestesiólogo u otros médicos del equipo, o si su ansiedad permanece sin cambios (lo que constituye un dato que pronuncia dificultades).

En el cuadro 1 se enumeran situaciones clínico-quirúrgicas y diversas reacciones emocionales preoperatorias que indican un alto riesgo quirúrgico de origen psicológico; en esos casos, es conveniente que el cirujano, el anestesiólogo y demás miembros del equipo quirúrgico presten especial atención a la capacidad y las posibilidades del paciente para afrontar el estrés quirúrgico, y consideren ya desde el preoperatorio una serie de medidas para ayudarlo a un mejor control de la ansiedad durante toda su experiencia quirúrgica.(13)

CUADRO I

INDICADORES DE ALTO RIESGO QUIRURGICO DE ORIGEN PSICOLOGICO

- **Personalidad patológica (neurosis graves, psicosis, adicciones).**
- **Antecedentes de mala adaptación emocional en cirugías anteriores.**
- **Marcada ansiedad preoperatoria que no disminuye con la información brindada al paciente por su cirujano.**
- **Intervenciones quirúrgicas mutilantes o con postoperatorios presumiblemente difíciles.**
- **Ausencia llamativa de ansiedad preoperatoria o demoras en la aceptación de la indicación quirúrgica.**

Tomado de Giacomantone y Mejía (1997)

No debe creerse que estas sugerencias son solo importantes en el sentido humanitario de atenuar el sufrimiento moral de los pacientes operados; son también indispensables para agilizar su recuperación, lograr un mejor tratamiento clínico-quirúrgico y optimizar así el resultado de las cirugías.

A modo de ejemplo baste mencionar que, en un estudio que realizado sobre la evolución quirúrgica de 303 enfermos (Giacomantone y Mejía, 1997), los pacientes con un elevado grado de ansiedad preoperatoria y una actitud quejosa, hostil y desconfiada, presentaron en el

postoperatorio una frecuencia 10 veces mayor de problemas en el ritmo de rehabilitación, interferida y demorada por su escasa colaboración y negativismo. Además - y con una frecuencia 9,5 veces mayor en comparación con los normales-, esos enfermos sufrieron dolor postoperatorio más intenso y difícil de controlar con analgésicos. (13)

Veamos un caso. Un paciente añoso operado en su columna lumbar había mostrado conductas hostiles pre y postoperatorias. Se lo veía muy ansioso, con insomnio, incómodo por estar internado y mantenía peleas frecuentes con las enfermeras. Según él, su dolor era más intenso de lo que le habían informado en el preoperatorio, por lo que se consideraba engañado. Quería abandonar el hospital y le molestaba mucho que no se lo permitieran.

Gradualmente se fue "atrincherando" en sus quejas por dolor, ningún medicamento lo aliviaba y resultaba evidente que para él el dolor era un arma para hacer sentirse mal e impotentes a los médicos, desafiarlos y vengarse por los sufrimientos. Surgía así una nueva pelea, pero librada esta vez en el campo de batalla del control del dolor postoperatorio y sus alternativas. Sólo después de lograr disminuir su ansiedad con psicofármacos y otras medidas terapéuticas, fue posible atenuar su dolor, restablecer la confianza y contar con su colaboración en la recuperación quirúrgica.

A menudo, el anestesiólogo evalúa de una manera imperfecta la ansiedad del paciente y por consiguiente, es frecuente que exista discordancia entre la valoración de la ansiedad por parte del médico y el grado de ansiedad expresado por el paciente. Además, en el paciente suelen confundirse los temores causados por la cirugía y los relacionados con la anestesia.

En general, la ansiedad que se expresa en la consulta es mayor en las mujeres. Pero esto no se observa de manera sistemática en todos los estudios. No existe relación directa entre la gravedad de la afección, la importancia de la intervención y el grado de ansiedad. El impacto de la enfermedad sobre la vida familiar y social del paciente, influye en la ansiedad preoperatoria. Los antecedentes de anestesia disminuyen ligeramente la ansiedad

La ansiedad en el período preoperatorio es un hecho prácticamente constante hasta el momento de la intervención, desencadenando en el organismo una respuesta que se englobaría dentro de la reacción general al estrés, con descarga de catecolaminas, hiperactividad simpática, hipermetabolismo, cambios neuroendocrinos (elevación del cortisol, ACTH, glucagón, aldosterona, vasopresina, prolactina, hormona antidiurética, resistencia a la

insulina, etc.), alteraciones hidroelectrolíticas (descenso del potasio sérico, retención hidrosalina) y modificaciones inmunológicas. (1) Su incidencia varía según diferentes estudios entre un 10 y un 80%, dependiendo de los métodos de evaluación utilizados. (2, 8)

Este estado de ansiedad en los pacientes quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales (mutilación), a la posibilidad de morir, etc. (9, 10) La realización de una anestesia, principalmente la anestesia general, se identifica muchas veces con la pérdida del autocontrol por parte de la persona e incluso con la muerte, lo que genera a su vez ansiedad. Este estado de ansiedad puede repercutir en el curso evolutivo intraoperatorio en forma de una mayor incidencia de inestabilidad hemodinámica, o requerimiento de mayor dosis de fármacos¹¹, y en el postoperatorio, con trastornos de comportamiento que pueden interferir en la recuperación del paciente. Por otro lado, parecen existir una serie de factores que podrían favorecer la ansiedad preoperatoria, como son: el sexo (más en mujeres), la edad (disminuye con la edad), la experiencia previa, etc., pero no está clara la relación con el nivel sociocultural de los pacientes, y el tipo de cirugía en la ansiedad.

3.3 ESCALA DE AMSTERDAM

La escala de ansiedad y de información preoperatoria de Amsterdam (APAIS) fue desarrollada en 1996 por el grupo holandés de Moermann .

Este cuestionario consiste en seis items y es, por lo tanto, un instrumento económico:

- Estoy inquieto con respecto a la anestesia
- Pienso continuamente en la anestesia
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia
- Estoy inquieto con respecto a la intervención
- Pienso continuamente en la intervención
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención

La Puntuación de evaluación de la ansiedad preoperatoria "Ámsterdam preoperative anxiety and information scale" (APAIS) incluye seis preguntas a las que el paciente debe responder

según una escala de 5 puntos, de 1= definitivamente no a 5 = definitivamente si. Cuatro preguntas evalúan la ansiedad en relación con la anestesia y la intervención (puntuación total de 4 a 20) y dos preguntas se refieren a la demanda de información (puntuación total de 2 a 10). (16)

La alta aceptación del APAIS de los pacientes fue probada en diversos estudios de los cuales los valores de referencia están disponibles para diversos grupos de pacientes. Puesto que los items se formulan de una manera general y no específicamente para una enfermedad o tratamiento el área de aplicación del APAIS es muy amplia. La versión alemana del APAIS es aceptada bien por los pacientes y los médicos debido a su brevedad (el tiempo de aplicación es 1 minuto) y la alta comprensibilidad de los items. Para el análisis las cuentas de los items tienen que ser resumidas que toma apenas algunos minutos y demuestra alta objetividad (5,6,8,10,16). Anexo 2.

3.4 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

El trastorno de ansiedad generalizada es mucho más que la ansiedad normal que se suele experimentar con el día a día. Es crónico y llena el día de una persona con exagerada preocupación y tensión, incluso sin haber nada que lo provoque.

El tener este trastorno significa anticipar siempre un desastre, preocuparse excesivamente a menudo por cuestiones de salud, dinero, familia o trabajo. Algunas veces, sin embargo, el origen es difícil de definir. El simple pensamiento de afrontar un nuevo día provoca ansiedad. “Siempre pensé que simplemente me preocupaba por todo; en todo momento estaba a punto de saltar y era incapaz de relajarme. En ocasiones iba y venía y, en otras, era constante. Podía durar durante días Me preocupaba por cómo me las iba a arreglar para preparar una cena de celebración o cuál sería el regalo adecuado para todos. No podía dejar escapar nada en absoluto.

“Tenía problemas de sueño. Había veces en que me despertaba de golpe en medio de la noche; tenía problemas en concentrarme incluso leyendo el periódico o una novela. En ocasiones, me sentía un poco mareada y el corazón se me aceleraba o latía con fuerza, lo cual me hacía sentir todavía más preocupada. Siempre estaba imaginando que las cosas eran peor de lo que eran en realidad: cuando me dolía el estómago, estaba segura de tener una úlcera.

“Cuando llegué a un punto insostenible, falté a mi trabajo lo que me hizo sentir todavía peor, porque pensaba que lo perdería. Mi vida se convirtió en un tormento hasta que, por fin, busqué ayuda y conseguí un tratamiento adecuado.

Parece que este trastorno no produce excesiva discapacidad a las personas que lo sufren, aunque si se dan cuenta de que su ansiedad es más intensa de lo que la situación en cada caso requiere. Sus preocupaciones se ven acompañadas de síntomas físicos, especialmente fatiga, dolores de cabeza, tensión muscular, dolor muscular, dificultad en la deglución, temblores, contracciones, irritabilidad, sudoración y acaloramientos.

Algunas personas pueden sentir una incapacidad para relajarse y asustarse más fácilmente que otras personas. Tienden a experimentar más dificultad en la concentración y, a menudo, tienen problemas para conciliar o sostener el sueño.

Contrariamente a las personas con trastornos de ansiedad diversos, los afectados por este trastorno no evitan ciertas situaciones como resultado de su problema. Cuando los problemas asociados con el trastorno son menores, las personas pueden funcionar con normalidad tanto en sus relaciones sociales como en el trabajo. Si el problema es severo, puede ser discapacitante y crear dificultades en llevar a cabo incluso las actividades diarias más comunes.

El trastorno afecta a alrededor de 4 millones de adultos norteamericanos y lo padecen por lo general el doble de mujeres que hombres. El trastorno se presenta gradualmente y puede empezar en cualquier momento del ciclo de la vida, aunque el riesgo es más alto entre la niñez y la mediana edad.

Se diagnostica cuando alguien pasa al menos 6 meses preocupándose excesivamente por un número de problemas cotidianos. Hay evidencia de que el factor genético juega un papel modesto en el trastorno.

El trastorno de ansiedad generalizada puede estar acompañado de otro trastorno de ansiedad, depresión o abuso de sustancias; éstos deben tratarse juntamente con el trastorno.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Trastorno de ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.

A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a)** Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b)** Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).

c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.). En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo

4. OBJETIVOS

4.1 General

4.1.1 Determinar la incidencia y el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía electiva

4.2 Especifico

4.2.1 Analizar la utilidad de la escala preoperatoria de Ámsterdam – APAIS

5. MÉTODOLÓGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo. Por que se determinó la incidencia de ansiedad pre-anestésica en pacientes sometidos a cirugía electiva en el departamento de Anestesiología del Hospital Roosevelt. Longitudinal. Porque se realizó durante el periodo de Enero, 2008 a Octubre 2010.

5.2 POBLACION: Pacientes adultos programados en Sala de Operaciones de Adultos del Hospital Roosevelt para cirugía electiva.

5.3 UNIDAD DE ANÁLISIS: Ptes mayores de 18 años y menores de 70 años, sometidos a cirugía electiva, de los departamentos de Cirugía, Ortopedia y Traumatología, en el Hospital Roosevelt; y que se les analizó el nivel de ansiedad pre-operatoria con el test de Ámsterdam

5.4 MUESTRA:

Universo: 4,000 pacientes

Muestra: 380 ptes.

Calculada a partir de: $n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$

Descripción:

n = tamaño de la muestra requerido
t = nivel de confiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96)
p= prevalencia estimada ansiedad 45%
m = margen de error de 5% (valor estándar de 0,05)

$$n = \frac{1.96^2 \times .45(1-.45)}{.05^2} =$$

$$n = \frac{3.8416 \times .24}{}$$

$$n = \frac{.9507}{.0025} = 380.3 \sim \mathbf{380}$$

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a. Edad, > 18 y < 70 años
- b. Pacientes programados a cirugía electiva de los servicios de Cirugía General, Ortopedia y Traumatología, asignados a los quirófanos, 2, 4, 5, 6, de sala de operaciones de adultos del Hospital Roosevelt
- c. ASA I, II

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- a. Alteración mental diagnosticada (neurosis, depresión, etc) previo a la cirugía electiva
- b. Deficiencia mental demostrada (Síndrome de Down, demencia senil, enajenación, etc)
- c. Pacientes con premedicación anestésica previa a la entrevista en el servicio de encamamiento

5.7 VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Ansiedad	Estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel 'adecuado'; o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado	<ul style="list-style-type: none"> - Estoy inquieto con respecto a la anestesia. (1- 5) - Pienso continuamente en la anestesia (1- 5) - Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia (1- 5) - Estoy inquieto con respecto a la intervención (1- 5) - Pienso continuamente en la intervención (1- 5) - Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención (1- 5) 	Cualitativa	Nominal	SI - NO
Incidencia	La incidencia es el número de casos nuevos de una <u>enfermedad</u> en una población determinada y en un periodo determinado	Casos nuevos x 1,000 / población en riesgo	Cuantitativa	Numérica	Tasa de incidencia

5.8 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: La forma de selección de los sujetos a estudio, se realizó mediante:

- a. Asignación aleatoria al azar de los pacientes asignados a los quirófanos de Cirugía (2, 4) y Traumatología (5, 6)
- b. El equipo entrevistador lo formaron residentes del departamento de anestesiología asignados a los quirófanos 2, 4, 5 y 6 de sala de operaciones de adultos del Hospital Roosevelt, cada entrevistador fué previamente capacitado y estandarizado respecto al Test de Ámsterdam
- c. El equipo entrevistador pasó los cuestionarios la tarde anterior a la cirugía, de lunes a Jueves de 15:00 a 20:00hrs, en los respectivos servicios de los Departamentos de Cirugía, Ortopedia y Traumatología (Cirugías A, B, C, D, E y Emergencia)

5.9 BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS: Se llenó un instrumento de recolección de datos (anexo, 1), previa la evaluación anestésica el cual incluye:

Numero de Historia clínica

Departamento (Cirugía y Traumatología)

Edad

Sexo

Escala de Ámsterdam

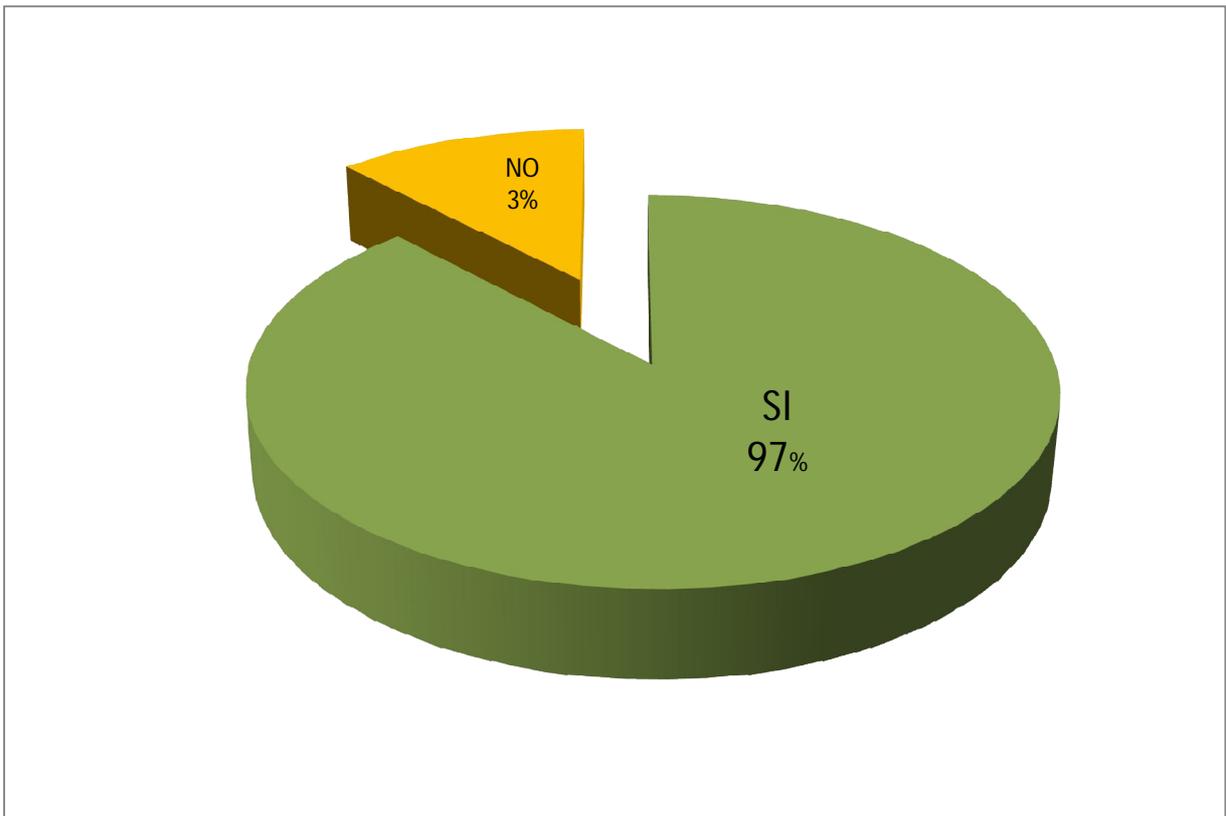
- Estoy inquieto con respecto a la anestesia: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
- Pienso continuamente en la anestesia 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
- Estoy inquieto con respecto a la intervención 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
- Pienso continuamente en la intervención 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

5.10 ASPECTOS ETICOS: El presente es un estudio descriptivo en el cual busca conocer la incidencia de la ansiedad de los pacientes que fueron sometidos a cirugía electiva, la misma fué medida a través de un Test de evaluación el cual se llenó de forma anónima, resolviendo todas las dudas del paciente durante el evento, por lo que no se dañaron los aspectos físicos y mentales de los pacientes a estudio. Los beneficios de esta investigación serán que en nuestros Hospitales los médicos de las especialidades medico- quirúrgicas tengan una herramienta para la identificación de un paciente ansioso en la fase preoperatoria y los beneficios de su manejo, tanto en el perioperatorio como en la recuperación del paciente. Por lo que se respetará su confiabilidad.

5.11 PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS DE LA INFORMACIÓN: Después de realizadas la totalidad de entrevistas se utilizó el programa electrónico Epi Info para recabar los datos y realizar los cálculos estadísticos correspondientes los cuales fueron: frecuencia y porcentajes. Todas analizadas con su respectiva grafica y cuadro.

6. RESULTADOS

GRAFICA No. 1
INCIDENCIA DE ANSIEDAD PRE-ANESTESICA EN PACIENTES ADULTOS
SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(ENERO 2008 – OCTUBRE 2010)



Fuente: Boleta de recolección de datos.

n= 380

La incidencia de ansiedad encontrada es de 973 (97%) pacientes por cada mil pacientes nuevos, según se muestra en la grafica No.1.

TABLA No. 1
NIVEL DE ANSIEDAD PRE- ANESTESICA EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS
A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(ENERO 2007 – OCTUBRE 2010)

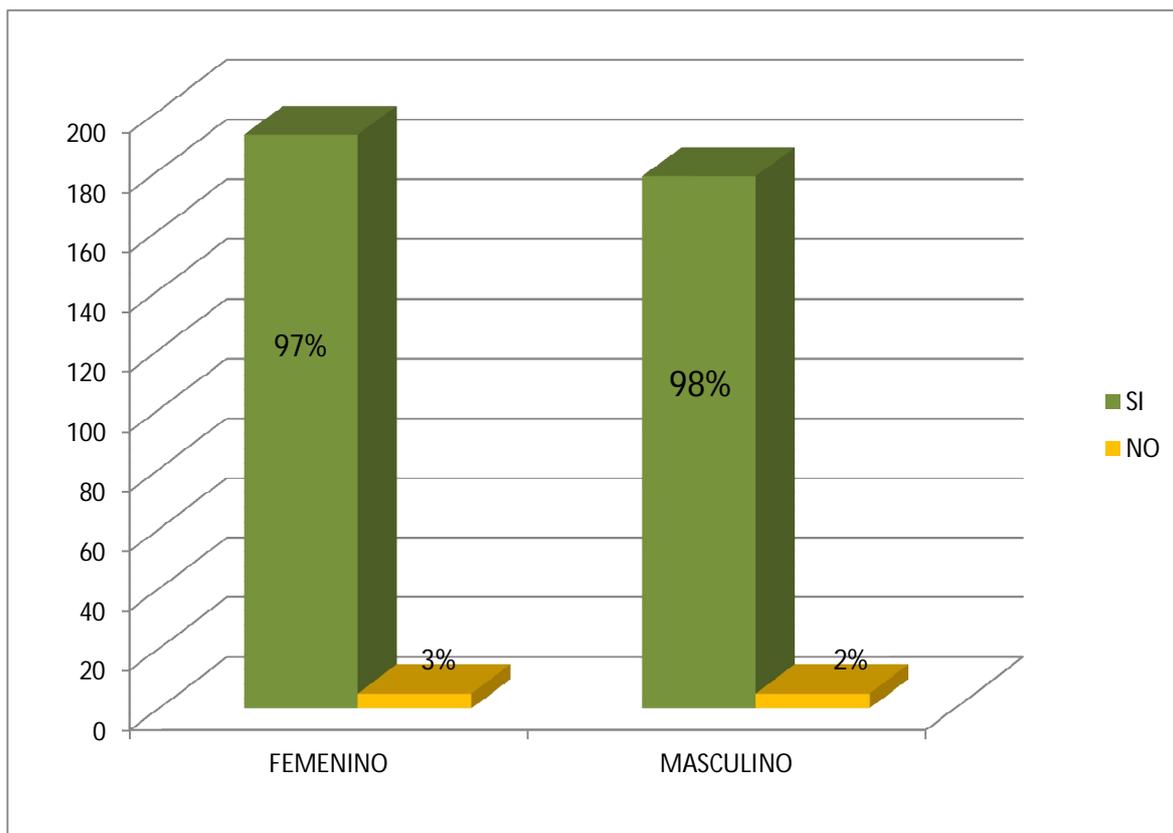
NIVEL*	Fr.	%
Sin ansiedad	10	3
Bajo	11	2.5
Intermedio	36	9.5
Alto	323	85
Total	380	100

***Nivel de ansiedad: Bajo: 5-9, Intermedio: 10-15, Alto: 16-20,**

Fuente: Boletas de recolección de datos

La tabla No.1, muestra la frecuencia (fr) y el porcentaje (%) del nivel de ansiedad, detectado en los pacientes a quienes se les aplico el test de Ámsterdam.

GRAFICA No. 2
INCIDENCIA DE ANSIEDAD PRE-ANESTESICA SEGÚN EL SEXO EN PACIENTES
ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGIA ELECTIVA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(ENERO 2007 – OCTUBRE 2010)



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la gráfica No.2 se muestra que la incidencia de ansiedad en el sexo femenino, es de 972 pacientes por cada mil pacientes femeninas nuevas, lo que representa el 97%.

La incidencia de ansiedad en el sexo masculino, es de 974 pacientes por cada mil pacientes masculinos nuevos, lo que representa el 98%.

TABLA No2.
NIVEL DE ANSIEDAD PRE-ANESTESICA SEGÚN EL SEXO EN PACIENTES ADULTOS
SOMETIDOS A CIRUGIA ELECTIVA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(ENERO 2007 – OCTUBRE 2010)

NIVEL*	FEMENINO		MASCULINO	
	Fr	%	Fr	%
Sin ansiedad	5	3	5	2
Bajo	2	1	9	5
Intermedio	19	10	17	9
Alto	157	86	166	84
N	183	100	197	100

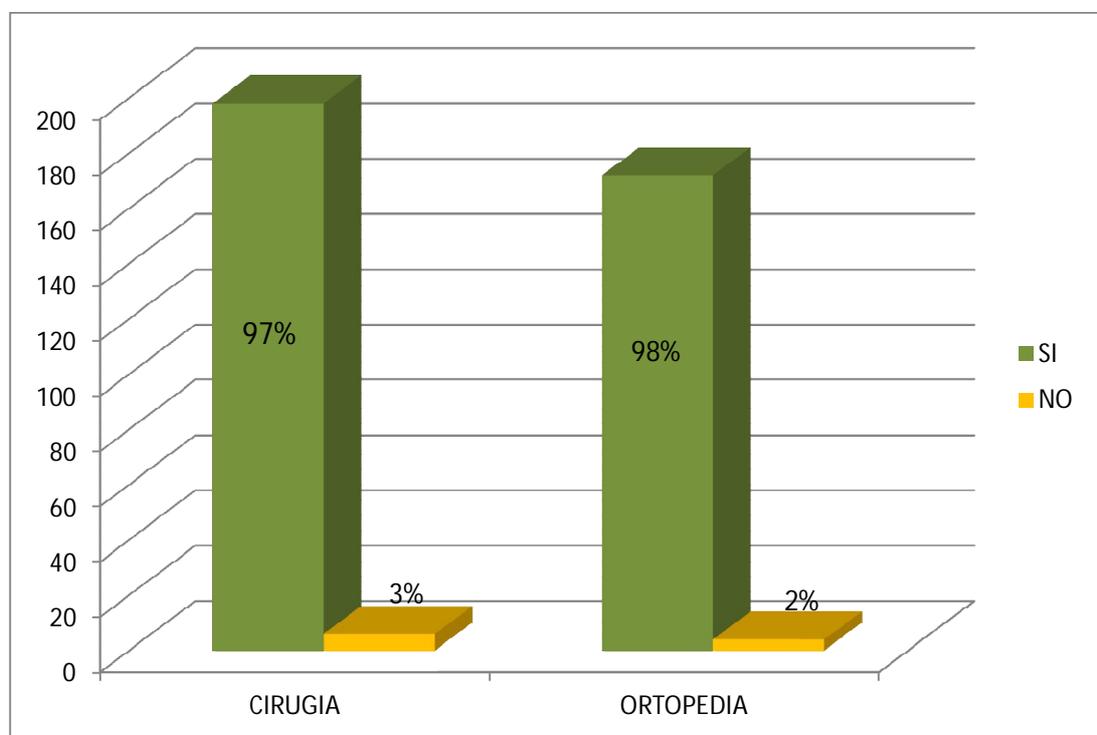
*Nivel de ansiedad: Bajo: 5-9, Intermedio: 10-15, Alto: 16-20,

Fuente: Boletas de recolección de datos

La ansiedad pre-anestésica se presenta en porcentajes similares en ambos sexos. El nivel alto de ansiedad tuvo el 86% en el sexo femenino y el 84% en el sexo masculino.

En el nivel bajo de ansiedad el mayor porcentaje (5%) se presentó en el sexo masculino según se observa en la tabla No.2.

GRAFICA No. 3
INCIDENCIA DE ANSIEDAD PRE-ANESTESICA SEGÚN LA ESPECIALIDAD EN
PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGIA ELECTIVA EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT
(ENERO 2007 – OCTUBRE 2010)



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la gráfica No.3 se muestra que la incidencia de ansiedad que serán sometidos a cirugía general es de 970 pacientes por cada mil pacientes nuevos, lo que representa el 97%. La incidencia de ansiedad en la especialidad de ortopedia y traumatología, es de 977 pacientes por cada mil pacientes, lo que representa el 98%.

TABLA No. 3
NIVEL DE ANSIEDAD PRE-ANESTESICA SEGÚN LA ESPECIALIDAD EN
PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL
ROOSEVELT
(ENERO 2008 – OCTUBRE 2010)

NIVEL*	CIRUGIA		TRAUMATOLOGIA	
	Fr	%	Fr	%
Sin ansiedad	6	3	4	2
Bajo	7	3.4	4	2
Intermedio	15	7.4	21	12
Alto	176	86.2	147	84
N	204	100	176	100

*Nivel de ansiedad: Bajo: 5-9, Intermedio: 10-15, Alto: 16-20,

Fuente: Boletas de recolección de datos

En el cuadro No 3, se muestran los porcentajes y frecuencias de el nivel de ansiedad según la especialidad quirúrgica.

Observamos que el nivel intermedio de ansiedad muestra una mayor diferencia de acuerdo a cirugía (7.4%) y traumatología (21%), el resto de porcentajes son similares.

TABLA No. 4
NIVEL DE ANSIEDAD PRE-ANESTESICA SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
(ENERO 2008 – OCTUBRE 2010)

EDADES	SIN ANSIEDAD	NIVEL BAJO	NIVEL INTERMEDIO	NIVEL ALTO	n
18 – 27	1	2	8	87	98
28 – 37	2	1	12	66	81
38 – 47	1	1	6	61	69
48 – 57	4	4	5	50	63
58 – 67	2	2	4	40	48
➤ 68	1	1	0	19	21

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Durante el período de estudio las edades de los pacientes estuvieron comprendidas en el rango de 18 a 70 años.

Respecto el nivel de ansiedad, las edades comprendidas entre los 18 a 37 años, presentaron el mayor porcentaje de ansiedad, siendo el nivel alto el que presenta mayor frecuencia.

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las edades de los pacientes entrevistados, estuvieron comprendidos de 18 - 27 años un 25.7% (98), entre 28 - 37 años un 21.3% (81), de 38 – 47 años un 18.15% (69), de 48 – 57 años 16.57% (63), de 58 – 67 años un 12.6% (48) y mayores de 68 años el 5.5% (21).

Según sexo: el masculino 197 (52%), el femenino 183 (48%).

Al aplicar el test de Ámsterdam en los 380 pacientes, se encontró que el 95% (361) estaban inquietos con respecto a la anestesia. Un 90.7% (330) pensó continuamente en la anestesia y el 91,5% (348) manifestó que le gustaría recibir información respecto a la anestesia.

El 91.2% (344) estuvo inquieto respecto a la intervención; el 87.1%, (330) pensó continuamente en la intervención y al 86% (327) manifestó que le gustaría recibir información respecto a la intervención.

Con respecto a los niveles de ansiedad se encontró: nivel bajo con una frecuencia de 11 (2.5%); nivel intermedio, 36 (9.5%); y el nivel alto 323 (85%)

La incidencia de ansiedad encontrada en paciente adultos sometidos a cirugía electiva en el Hospital Roosevelt es de 973 pacientes por cada 1000 pacientes nuevos

Con la población estudiada se encontró que la incidencia y el nivel de ansiedad son similares en ambos sexos, edades y especialidades quirúrgicas

El test de Ámsterdam es una herramienta fácil de aplicar para establecer de manera práctica la presencia y el nivel de ansiedad del paciente en el período pre-operatorio

Continuar con práctica de la evaluación pre-operatoria del paciente con el objetivo de brindarle apoyo emocional y terapéutico

Considerar la utilización del test de Ámsterdam como herramienta para la medición de la ansiedad en el pre-operatorio, cuyos resultados permita tomar decisiones para mejorar la calidad de atención

10. REFERENCIAS

1. Alves. M.L et al. “*Ansiedad en el período preoperatorio de cirugías de mama*”. Rev Bras Anesthesiol 2007 Mar-abr; 57 (2): 84-89
2. Anestesia Web: “*Estrés quirúrgico y ansiedad*” [en línea] disponible en: www.anestesiaweb.ens.uabc.mx/articulos/residentes/estrésquirurgicoansiedad.htm de Marzo 2008.
3. “*Ansiedad*”. [en línea] disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Ansiedad
4. Barrilero Gomez. et al. Ansiedad y cirugía. “*Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada*”. [en línea] disponible en: www.uclm.es/AB/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm
5. Berth. H et al. “*The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS))- the fist trial of a german version*” [en línea] disponible en: www.egms.de/pdf/journals/psm/2007-4/psm000033.pdf. 16 de marzo, 2008
6. Boker. A et al. “*The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety*”. CAN J ANESTH 2002; 49 (8): 792-798
7. Bulbena et al. “*Enfermedades psiquiátricas y Valoración anestésica*”. [en línea] disponible en: www.psiquiatric-diseases_59.htm. 16 de marzo, 2008
8. Bustamante Guillermo Gonzales, Samanez Fredy Pinto. “*Escala de Amsterdam sobre ansiedad y la escala de información APAIS en la fase preoperatoria*”. Perú 2005. Tesis (Anestesiólogo)-Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú, 2005. 11p
9. Cemile Oztn et al. “*The evaluation of factors affecting preoperative fear*” [en línea] disponible en: www.priory.com/anaesthesia/Preoperative_fear.htm. 20 de marzo, 2008

10. De la Paz. C.E et al. *"Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía"*. Revista Mexicana de Anestesiología 2006 Jul-Sep; 29 (3): 159-162
11. *"Educación prequirúrgica para el reemplazo de cadera o de rodilla"*. [en línea] disponible en: www.update-software.com/AbstractsES/AB003526-ES.htm
12. Gavito. M. et al. *"La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados"*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2000; 3 (13): 153-156
13. Giacamonte. E. et al. *"Estrés quirúrgico y Ansiedad Criterios para su manejo terapéutico"*. [en línea] disponible: www.gador.com.ar/iyd/ansie2/quiru.htm. 27 abril 2008.
14. Lic .Díaz Raquel et al. *"Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices"*. Rev Cubana Angiol y Cir Vasc 2000;1(2):95-100
15. Maranets. I et al. *"Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements"*. Anesth Analg 1999; 89: 1346-51
16. Moerman. N et al. *"The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS)"*. Anesth Anal 1996; 82: 445-51
17. Moix, J. (1995). *"Efectos de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación. Clínica y Salud"*, 6, 203-215
18. Ornaque. I. et al. *"Estudio de la ansiedad prequirúrgica en cirugía urológica, ginecológica y oftálmica en relación con la administración o no de premedicación ansiolítica"*. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2000; 47: 151-156
19. Osinski. I. C et al. *"Categorías de respuesta en escalas tipo likert. Psicothema"* 1998; 10 (3): 623-631
20. Osorio Rojas Ricardo Arturo: *"El cuestionario"* [en línea] disponible en: www.nodo50.org/sindpitagoras/Likert.htm. 20 de marzo, 2008

21. Pinedo. I : "*Construcción de una escala de actitudes tipo Likert*" [en línea] disponible en: www.mtas.es/insht/ntp/ntp_015.htm. 20 de Marzo, 2008
22. Ruiz López et al. "*Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México*". Revista Medica del Hospital General de México. S.S 2000 Oct-Dic; 63 (4): 231-236
23. Van den Bosch. J.E et al. "*Does measurement of preoperative anxiety have added value for predicting postoperative Nausea and Vomiting?*" Anesth Analg 2005; 100: 1525-32
24. Ziebicka Jolanda, Ryszard Gajdosz. "*Preoperative Anxiety*". A Review. Anesthesiology Intensive Therapy 2006; 38: 37-40
25. Zuniga, Alberto et al. "*Ansiedad Preoperatoria*" [en línea] disponible en:www.071204_ferrer_protocolo_preanestesia_enf_psiquiatica.pdf. 20 de Mayo 2008

9. ANEXOS

ANEXO No. 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

INCIDENCIA DE ANSIEDAD PRE-ANESTESICA EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGIA ELECTIVA

Numero de boleta _____

Fecha: _____

Historia clínica: _____ Especialidad: _____

Edad: _____ Sexo: _____

- Estoy inquieto con respecto a la anestesia: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

- Pienso continuamente en la anestesia 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia 1 ()
2 () 3 () 4 () 5 ()

- Estoy inquieto con respecto a la intervención 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

- Pienso continuamente en la intervención 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Puntuación _____

ANEXO No. 2

ESCALA DE ÁMSTERDAM

- Estoy inquieto con respecto a la anestesia
- Pienso continuamente en la anestesia
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia
- Estoy inquieto con respecto a la intervención
- Pienso continuamente en la intervención
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención

La Puntuación de evaluación de la ansiedad preoperatoria "Ámsterdam preoperative anxiety and information scale" (APAIS), el paciente debe responder según una escala tipo likerts de 5 ítems. (ítems 1,2,3 se califican como SI e Items 4,5 se califican como NO). Cuatro preguntas evalúan la ansiedad (1, 2, 4, 5) en relación con la anestesia y dos preguntas (3, 6) se refieren a la demanda de información. (16)

1= DEFINITIVAMENTE SI

2= PROBABLEMENTE SI

3= INDECISO

4= PROBABLEMENTE NO

5= ABSOLUTAMENTE NO

Para obtener las puntuaciones de necesidad de información, se suman los valores obtenidos respecto de cada frase. El puntaje mínimo resulta de la multiplicación del número de ítems por 1. Una puntuación se considera alta o baja respecto del puntaje total (PT); este último está dado por el número de ítems o afirmaciones multiplicado por 5.

Nivel de Ansiedad y Necesidad de Información:

BAJA:	5 - 9
INTERMEDIA:	10 - 15
ALTA	16 - 20

10. PERMISO PARA COPIA DEL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“INCIDENCIA DE ANSIEDAD PRE-ANESTESICA EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGIA ELECTIVA”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca su reproducción o comercialización total o parcial.