

11202
114



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



NIVELES DE ANSIEDAD EN EL DONADOR Y RECEPTOR RENAL

11202

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ANESTESIOLOGA PRESENTA

DRA. VERONICA TORRES MEDINA

ASESOR: DR. JOAQUIN GUZMAN SANCHEZ





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

NIVELES DE ANSIEDAD EN EL DONADOR Y RECEPTOR RENAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE POSTGRADO EN

ANESTESIOLOGIA

PRESENTA :

DRA. VERONICA TORRES MEDINA

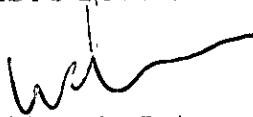
ASESORA : DR. Joaquín Guzmán Sánchez

MEXICO, D. F.

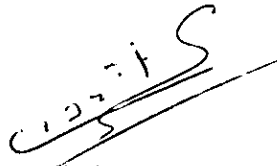
2000

IV

VISTO BUENO

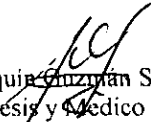


Dr. Niels Wachter Rodarte
Jefe de Enseñanza e Investigación
H.E. "Bernardo Sepulveda"
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.



Dr. Tomás Dector Jiménez
Profesor Titular del Curso de Especialización
En Anestesiología
H.E. "Bernardo Sepulveda"
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Dr. Alfonso Quiróz Richards
Médico Anestesiólogo Encargado del Servicio de Anestesia
H.E. "Bernardo Sepulveda"
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.



Dr. Joaquín Guzmán Sánchez
Asesor de Tesis y Médico Adscrito al
Servicio de Anestesiología del HECMN s XXI.

V

DEDICATORIA

A mi madre :

Sra. Ana Rosa Medina Alcántara

Gracias por ayudarme, apoyarme en cada decisión que tome, sin ello no hubiera logrado desarrollarme profesionalmente y concluir esta aventura, te quiero mucho.

A mi hija:

Daniela Sofía Valerio Torres

En agradecimiento por permitirme disponer de tu tiempo cuando más me necesitaste y por el solo hecho de existir has llenado mi vida de satisfacciones.

A mi esposo:

Dr. Joaquín Valerio Ureña

Gracias por tu tenacidad, ejemplo, pero sobre todo por estar siempre a mi lado dandome tu apoyo y amor aguantando mis locuras, te amo.

VI

CONTENIDO

INDICE GENERAL

Presentación.....	I
Hoja de firmas del Visto Bueno.....	IV
Dedicatoria.....	V
Contenido.....	VI

CAPITULO I

GENERALIDADES.....	1
Resumen.....	2
Abstract.....	3
Antecedentes.....	4

CAPITULO II

METODOLOGIA.....	5
Material.....	6
Pacientes y método.....	7
Criterios de inclusión.....	8
Criterios de no inclusión.....	8
Criterios de Exclusión.....	8
Procedimiento.....	9
Recursos para el estudio.....	10
Cronograma de actividades.....	10

CAPITULO IV

EVALUACION DE DATOS.....	12
Resultados.....	14
Analisis.....	15
Conclusiones.....	16

CAPITULO V

Bibliografía.....	17
-------------------	----

CAPITULO 1

GENERALIDADES

RESUMEN:

NIVELES DE ANSIEDAD EN EL DONADOR Y RECEPTOR RENAL

*Dra. Verónica Torres Medina

**Dr. Joaquín Guzmán Sánchez

***Dr. Felipe Vásquez Estupiñán

INTRODUCCION: La ansiedad es definida como una reacción global del organismo ante una situación que percibe como amenaza y tiene una prevalencia del 2 al 7%, el paciente sometido a cirugía muestra diferentes grados de ansiedad desencadenados por la cirugía, el resultado anestésico y el dolor postoperatorio.

OBJETIVO: determinar el nivel de ansiedad preoperatoria en el binomio donador-receptor renal.

MATERIAL Y METODOS: Se estudiaron 90 pacientes sometidos a intervención quirúrgica 30 donadores, 30 receptores y 30 controles de ORL, se les realizaron encuestas de Idare y Holmes.

RESULTADOS: Fueron 41 mujeres (46%) y 49 hombres (54%) el promedio de edad fue 37 ± 9.5 años, el Idare fue de 42 ± 8.1 y el Holmes de 44 ± 25 , se evaluaron con ANOVA.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio la ansiedad preoperatoria fue mayor en receptores renales.

Palabras Claves: donador- receptor y ansiedad

*Residente del tercer año de anestesiología del HECMN SXXI.

** Médico anesthesiologo adscrito al servicio de anestesiología del HECMN SXXI.

SUMMARY:

ANXIETY LEVELS IN DONOR AND RECIPIENT KIDNEY

*Dra. Verónica Torres Medina

**Dr. Joaquín Guzmán Sánchez

***Dr. Felipe Vásquez Estupiñán

INTRODUCTION: Anxiety is defined as a basic personality feature, it describes how a person generally feels. The prevalence rate was 2 and 7%, anxiety levels rate in patients who received surgery, particularly concerning the outcome of anaesthesia and pain.

OBJETIVE: To determine the anxiety levels in donor and recipient kidney.

MATERIAL AND METHODS: Were studied 90 subjects to surgery, 30 donors, 30 recipients and 30 control ORL, anxiety was analyzed with questionnaires Idare and Holmes.

RESULTS: Were studied 41 women (46%) and 49 men (54%). The average of age 37 ± 9.5 years, the assessment Idare 42 ± 8.1 and Holmes 44 ± 25 . Were analysed with ANOVA.

CONCLUSIONS: In our study we find a prevalence anxiety more in recipient kidney.

KEY WORDS: donor, recipient, anxiety.

ANTECEDENTES.

A diferencia de lo que suele ocurrir en la práctica del médico general o cirujano, el anestesiólogo tiene generalmente poco tiempo para estudiar a los pacientes antes de la intervención quirúrgica(1,2). En este tiempo decide si el paciente se encuentra en estado ideal para ser anestesiado e intervenido, es evidente que todos los pacientes tienen miedo a la intervención quirúrgica, principalmente a la anestesia (3). La visita preanestésica cumple 4 objetivos:

1. - Establecer una buena relación médico paciente. Ello implica que el paciente identifique al anestesiólogo y logre su confianza (2).

2. - Proporcionar información y promover una mejor comunicación para evaluar la ansiedad que presenta el paciente desde el momento que se le anuncia la cirugía (2).

3. - Efectuar una correcta evaluación clínica del paciente quirúrgico (2).

de la evaluación clínica del paciente4.- Indicar la medicación más apropiada o conveniente para resolver los problemas médicos derivados (2).

La ansiedad es una reacción global del organismo ante una situación que percibe como amenaza y que incluye aspectos emocionales cognoscitivos, somáticos y de conducta la cual tiene una prevalencia general del 2 al 7%(3). La ansiedad puede reflejar el resultado de un esfuerzo de adaptación inadecuada para resolver conflictos internos y generar fobias, reacciones de conversión, estados disociativos, obsesiones y compulsiones(3). En la dinámica psicológica existen tres fuentes de peligro: la confusión, el ataque externo y el vaciamiento, de cada una de ellas emana un tipo de ansiedad diferente: ansiedad confusional, ansiedad paranoide y ansiedad depresiva. Los trastornos de ansiedad más frecuentes son los fóbicos(3 al 6%), los obsesivos (1 al 3%) y las crisis de angustia (1%) (3).

La ansiedad confusional responde a la amenaza de desintegración por falta de comprensión de lo que ocurre dentro o fuera de uno mismo (3). Esta ansiedad genera conductas que tienden a preguntar, entender u ordenar, la ansiedad confusional se da más frecuente en el preoperatorio, representada por una cierta necesidad y saber y comprender lo que ocurre y qué

manejo recibirá. La medida que el equipo asistencial o el anestesiólogo pueden emplear para contribuir a su tranquilidad son las explicaciones breves y sencillas, la información gradual y en distintas ocasiones(3)

La ansiedad paranoide o persecutoria proviene de la amenaza de desestructuración por un ataque externo, por que alguien o algo pone en peligro nuestra integridad, se manifiesta por estado de pánico, desconfianza, temor irracional o prevención y genera conductas moduladoras tales como: precaución, huida y contraataque, está ansiedad llega a su punto más álgido en el momento en que el individuo se enfrenta a una intervención quirúrgica, los procedimientos que se usan es conseguir que el paciente identifique ala enfermedad como el agresor externo y establezca relaciones de alianza con el equipo asistencial en la lucha contra ese agresor(3).

La ansiedad depresiva es el temor ala desintegración por la pérdida, el vaciamiento o por la falta de interés por vivir, sus manifestaciones habituales y cotidianas son el aburrimiento, el insomnio, la fatiga, la apatía, la anorexia, pero también la alegría o la satisfacción(3).

Los trastornos de angustia tienen una duración de minutos, es recurrente, su presentación es impredecible, pero está asociada con factores desencadenantes que pueden ser situaciones cotidianas (4).

El trastorno por ansiedad generalizada es un estado persistente con ansiedad de un mes de duración, pero sin fobias, obsesiones, compulsividad ni otras manifestaciones neuróticas mayores(4).

El paciente sometido a cirugía presenta diferentes grados de ansiedad, desencadenados por la cirugía misma, el resultado anestésico y el dolor postoperatorio, tiempo perdido de trabajo o de escuela, de no estar adecuadamente dormido(5).

Existen diferentes estudios que han evaluado el grado de ansiedad en diferentes poblaciones de pacientes y han demostrado que la ansiedad se eleva como mínimo una semana antes de la admisión hospitalaria (5).

Egbeert y colaboradores han demostrado que la visita del anestesiólogo es mucho más efectiva que la medicación preanestésica con pentobarbital y que alivia la ansiedad preoperatoria (6).

Leigh pone de manifiesto que los pacientes que son visitados e informados por el anestesiólogo antes de su intervención quirúrgica presentan niveles de ansiedad inferiores a los que no son informados. Linchtor y Badner estudian el nivel de ansiedad de los pacientes en la tarde anterior a su intervención y la correlación que mantiene con el nivel de ansiedad instantes

antes de ingresar a quirófano. Johnston destaca la persistencia de los altos niveles de ansiedad en el preoperatorio correlacionándolo con los niveles de ansiedad en el postoperatorio demostrando que la ansiedad es menos cuando se realiza la visita preanestésica(7).

Existen diversos instrumentos que se han diseñado para medir la ansiedad, el cuestionario de salud general de Goldberg La que consta de 28 preguntas y es una prueba de selección que permite detectar casos probables de malestar psicológico predominantemente en el área afectiva (7). La escala de valoración de ansiedad preoperatoria de Yale fue utilizada para evaluar a niños sometidos a inducción anestésica, utilizando videos que les informaba sobre los procedimientos a realizar (8). La escala de valoración de ansiedad preoperatoria de Amsterdam fue utilizada en 320 pacientes los cuales recibieron información breve en la fase preoperatoria(9).

La evaluación psiquiátrica pretransplante es un procedimiento que incluye entre sus objetivos: detectar psicopatología, conocer los niveles de adaptación del paciente y su núcleo familiar a la enfermedad renal y establecer un pronóstico respecto al afrontamiento de la enfermedad y la calidad de vida posterior al transplante. La ansiedad es el resultado de una expectativa de catástrofe o ruina, el acto quirúrgico puede representar dolor, incapacidad física o muerte, por otra parte puede representar la posibilidad de una mejor calidad de vida(10).

Los pacientes que van a ser sometidos a transplante muestran gran diversidad de trastornos psiquiátricos, incluyendo ansiedad, depresión, distorsión de la imagen corporal síndrome mental orgánico, conflictos maritales y disfunciones sexuales. Las experiencias de los donadores pueden ser positivas por la vivencia de estar ayudando a un ser querido. Los pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos, con retraso mental, o trastornos severos de personalidad (como personalidad borderline, o trastornos antisociales) que tienen dificultad para el control de sus impulsos o que abusan de sustancias son pobres candidatos para transplante, la utilización de algunos medicamentos en el tratamiento de la IRC tales como inmunosupresores, esteroides, pueden presentar reacciones adversas tales como alteraciones psicósomáticas(10).

En el paciente donador o receptor renal existen otros factores condicionantes de ansiedad por ello es probable que los niveles de ansiedad sean más elevados que en la población quirúrgica, la ansiedad se presenta en un 39% de los pacientes sometidos al trasplante incluyendo al donador de los cuales el 14% muestran desordenes de ansiedad primaria y un 1% de ansiedad generalizada (11).

Después de tomar la decisión del transplante los pacientes muestran un periodo de mayor ansiedad, irritabilidad y depresión. Algunos donadores experimentan una sensación de

depresión la cual disminuye inmediatamente después de la cirugía(11). Estudios realizados en Japón muestran que en la mayoría de los pacientes la ansiedad regresa al 50% en las primeras semanas del postoperatorio y que la actividad diaria se recupera en el 14.8% de los receptores(11).

En un estudio realizado en Tokio se examinaron problemas psiquiátricos en pacientes sometidos a transplante renal, se reporta prevalencia del 11.1% antes del transplante y un 36.1% después del transplante(12).

Las escalas de psiquiatría pueden utilizarse para establecer un diagnóstico, documentar el estado clínico de un paciente y complementar información. La escala de Hamilton para la ansiedad consta de 17 rubros que abarca las principales manifestaciones clínicas calificada de 0 a 4, su alto contenido somático lo hace de valor dudoso, esta escala especifica la severidad de los síntomas ansiosos. (13). El IDARE es un instrumento que evalúa la ansiedad de rasgo y de estado, rasgo es el nivel de ansiedad que el paciente maneja habitualmente, estado es lo que reporta en el momento de la evaluación, mide manifestaciones motoras, cognoscitivas y autonómicas del síndrome ansioso. Esta escala está validada en español y cuantifica confiablemente la intensidad de los síntomas ansiosos. (14).

La escala de Holmes y Rahe es un instrumento utilizado para cuantificar los factores de estrés psicosocial en los últimos 6 meses, otorga un puntaje de acuerdo a la intensidad del evento (muerte del esposo, divorcio) a través de esta herramienta clinimétrica es posible conocer cuantas unidades de cambio ha tenido una persona en particular, se ha estimado que puntajes elevados predicen la aparición de trastornos mentales (14).

CAPITULO II

METODOLOGIA

MATERIAL:

Copias fotostáticas de los instrumentos de medición.

Recursos Humanos.

Unidad de Transplante renal, área de hospitalización y quirófanos del Hospital de

Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Información bibliográfica.

PACIENTES Y METODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal analítico, prospectivo, comparativo y Observacional, se incluirán pacientes de la unidad de trasplantes del Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en protocolo de transplante renal, donadores y receptores, comparándose en su evaluación preoperatoria con adultos sin enfermedades sistémicas importantes sometidos a cirugía electiva de otorrinolaringología clasificados como estado físico ASA I. Se incluirán 30 receptores y sus respectivos donadores que reúnan los criterios de inclusión y 30 controles. La muestra representa aproximadamente el 35% del total de trasplantes realizados en un año. La evaluación de la ansiedad se hará con el cuestionario de autoevaluación de IDARE , el cual es un instrumento que mide la ansiedad de rasgo y la ansiedad de estado, para este estudio se evaluará la ansiedad de estado. La escala de reajuste social de Holmes y Rahe es útil para medir el nivel de estrés psicosocial que ha manejado el paciente en los últimos 6 meses y que puede influir en el nivel de ansiedad actual independientemente de la enfermedad, se aplicarán las escalas durante la valoración preanestésica, una vez que el paciente haya proporcionado su consentimiento informado y cumpla los criterios de inclusión y se capturarán en una hoja de recolección de datos, las respuestas serán evaluadas por el Dr. Felipe Vázquez Estupiñan psiquiatra del CMN siglo XXI.

Se Utilizará estadística descriptiva , además por ser 3 grupos con escala ordinal se utilizará la prueba de análisis de Anova de un solo factor para comparar las puntuaciones de los tres grupos, se realizará un análisis multivariado para evaluar el efecto de las variables de confusión escolaridad y puntaje de estrés psicosocial medido por la escala de Holmes sobre el IDARE, se calculará la correlación entre ambas escalas y en qué medida la ansiedad

preoperatoria es determinada por el estrés psicosocial previo (Holmes) mediante regresión lineal..

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES:

VARIABLES INDEPENDIENTES: Pacientes quirúrgicos receptores, donadores renales y grupo control de ORL.

VARIABLE DEPENDIENTE: Los niveles de ansiedad.

VARIABLES DE CONFUSIÓN: Escolaridad, edad,escala de Holmes.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes de 18 a 60 años.
- De ambos géneros.
- Que sepan leer y escribir.
- Que acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Donadores renales vivos relacionados.
- Receptores de transplante.
- Pacientes ASA I programados para Cirugía electiva de ORL.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Receptores retransplantados.
- Pacientes con algún trastorno psiquiátrico conocido.
- Receptores de donador cadavérico.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no completan el instrumento de medición.

PROCEDIMIENTO

La investigación bibliográfica, la valoración preoperatoria y la captación de datos fue realizada por la Dra. Verónica Torres Medina médico residente de tercer año de la especialidad de Anestesiología perteneciente a la generación 97- 2000 del Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda" del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Obteniendo la información de la unidad de trasplante renal, área de hospitalización y quirófanos del HECMN SXXI. La información bibliográfica fue obtenida de las bibliotecas de los diversos Hospitales del CMN SXXI, estando supervisado y asesorado por el DR. Joaquín Guzmán Sánchez médico adscrito al servicio de Anestesiología del HECMN SXXI. La evaluación psicológica de los niveles de ansiedad será supervisada por el Dr. Felipe Vázquez Estupiñán médico adscrito al servicio de psiquiatría del mismo hospital. El análisis estadístico será analizado por el Dr. Joaquín Guzmán Sánchez.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Los recursos Humanos lo constituyen el investigador (Dra. Verónica Torres Medina) y el supervisor del estudio (Dr. Joaquín Guzmán Sánchez). También participa el Dr. Felipe Vázquez Estupiñán médico adscrito al servicio de Psiquiatría, y el Dr. Fernando Villegas Anzo

Médico anesestesiólogo adscrito al servicio de anestesia y encargado de trasplante renal del dicho hospital. El análisis estadístico será proporcionado por el Dr. Joaquín Guzmán Sánchez.

Las Instalaciones son la unidad de trasplante renal, área de hospitalización y quirófanos del hospital de Especialidades del CMN SXXI.

El equipo son los del propio investigador.

Los recursos financieros son copias fotostáticas de los instrumentos de medición

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El protocolo se inició el 1 de diciembre de 1998 con la recolección de la información bibliográfica la cual se continuó hasta el 31 de diciembre de 1998, del 1 de enero de 1999 se inició a recabar pacientes al 31 de julio de 1999. En Febrero de 2000, se elaboran las tablas, gráficas y dibujos y se obtienen las conclusiones en marzo del 2000.

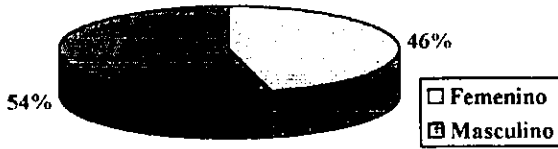
CAPITULO III

EVALUACION DE DATOS

RESULTADOS

De diciembre de 1998 al 31 de Julio de 1999previa aprobación del comité de investigación se realizaron encuestas de valoración de ansiedad IDARE y Holmes durante la visita preanestésica en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional siglo XXI Por la Dra. Verónica Torres Medina Residente del tercer año de la especialidad de anestesiología a 90 Pacientes que fueran a ser sometidos a intervención quirúrgica divididos en tres grupos: el grupo 1 de 30 pacientes receptores de transplante renal, el grupo 2 de 30 donadores de transplante renal y el grupo 3 de 30 pacientes de ORL como grupo control ASA 1 o 2. Se trata de 41 mujeres y 49 varones(46 % F y 54 % M) (gráfica 1). Del grupo 1 corresponde 36% M y 63 % F(11 M y 19 F)(gráfica 2)al grupo 2 correspondió 63 % M y 36% F(19M y11 F)(gráfica 3)al grupo 3 correspondió 63% M y 36% F(19M y 11F)(gráfica 4). La edad para el grupo 1 con media de 30 años, para el grupo 2 media de 36 años, para el grupo 3 media de 38^a, los tres grupos fue con media de 37años+/- 9.5,rango de 20 a 57 años (gráfica 5) valorándose estadísticamente con ANOVA (p.012) de 0.12. El idare para los tres grupos se encontró con una media de 41.8 +/- 8.1,rango de 30 a 57 (gráfica 6) valorándose estadísticamente con ANOVA (P .000)(gráfica 7). El Hollase para los tres grupos se encontró con media de 44.1+/- 25.2, rango de 5 a 83(gráfica 8)valorándose estadísticamente con ANOVA (P .011)(gráfica 9). A los tres grupos se les realizaron las pruebas post hoc la cual sirve para diferenciar por grupo. Otros parámetros evaluados fueron el grado de escolaridad en la cual todos los pacientes sabían leer y escribir, en el grupo 2 se evaluó el parentesco de los cuales el 56% correspondió a hermanos y un 13% correspondió a las mamás. La motivación para la donación un 66% fue buena y un 3% media.

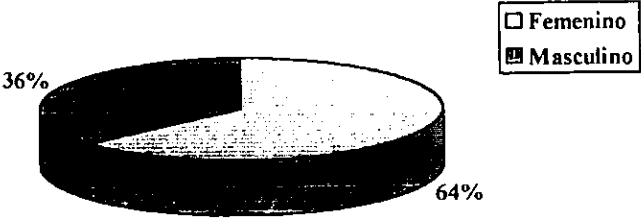
GRAFICA 1. POR SEXO



GRAFICA : 2 RECEPTOR POR SEXO



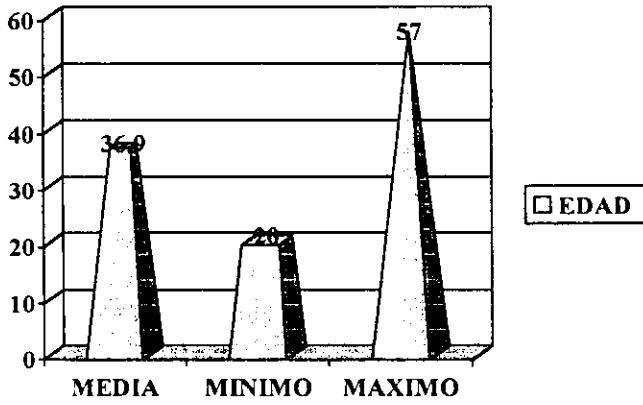
GRAFICA : 3 QRL POR SEXO



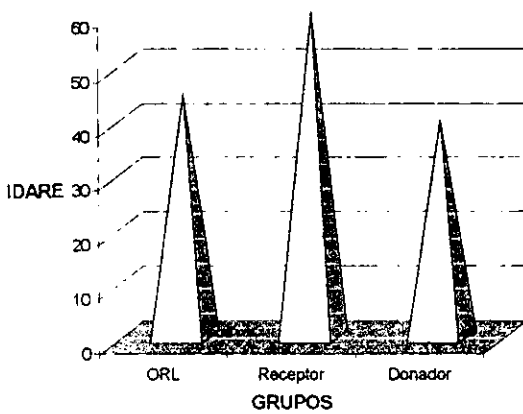
GRAFICA : 4 DONADOR POR SEXO



GRAFICA :5 EDAD



GRAFICA :6

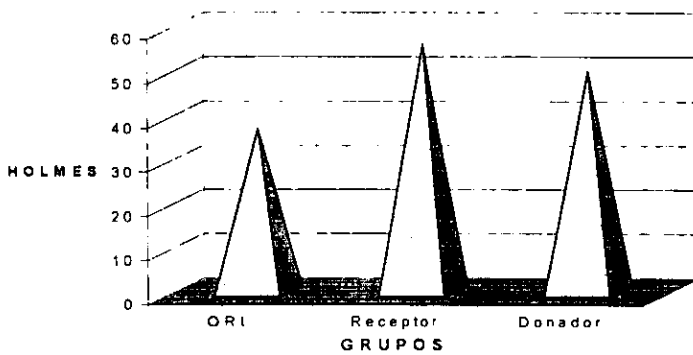


GRAFICA 7: IDARE

ANOVA

	Suma de Cuadrados	GI	Media Cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	3818.947	2	1909.473	16.664	.000
Intra-grupos	8135.648	71	114.587		
Total	11954.595	73			

GRAFICA 8



GRAFICA 9: HOLMES

ANOVA

	Suma de Cuadrados	Gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1399.893	2	699.946	5.012	.011
Intra-grupos	5586.014	40	139.650		
Total	6985.907	42			

ANALISIS

Con un reporte de 90 casos, la experiencia que nosotros presentamos, nos coloca en un nivel aceptable al compararlo con los reportes de la literatura en la cual no se han evaluado los niveles de ansiedad preoperatoria con alguna escala en pacientes que van a ser sometidos a trasplante renal. Las escalas utilizadas para la evaluación de ansiedad no se han aplicado a los pacientes renales(8-9). Los estudios realizados con anterioridad demuestran que la ansiedad disminuye de 2 a 3 semanas después de la intervención quirúrgica, tales como los estudios realizados en Japón lo demostraron(13). los estudios realizados demuestran que la valoración preanestésica y la interrelación medico -paciente son capaces de disminuir el grado de ansiedad(2-3), sin embargo en nuestro estudio nosotros encontramos que a pesar de la valoración preanestésica los pacientes que van a ser sometidos a un trasplante renal muestra mayor nivel de ansiedad siendo esta estadísticamente significativa(anova .000) se evaluaron 90 pacientes, 30 donadores renales, 30 receptores renales y un grupo control de 30 pacientes

de ORL sometidos a intervención quirúrgica electiva ASA I y II, con edad de 20 a 57 años (media de 36.9 años) correspondiendo al grupo de Edad más joven media de 30 años a los receptores. Los receptores renales mostraron un nivel de ansiedad más elevado que los donadores los cuales mostraron un nivel de ansiedad menor incluso que los pacientes de ORL sometidos a cirugía electiva, los niveles de ansiedad se evaluaron con las escalas de IDARE que valora ansiedad de rango y de estado tomando en cuenta únicamente la ansiedad de estado con una media de 41.8, la escala de Holmes la cual evalúa factores extrínsecos a la cirugía que pueden influir en el grado de ansiedad preoperatoria encontrándose que el grupo de mayor puntaje fue el del receptor con una media de 44.1, de los parámetros que se midieron las puntuaciones más altas las obtuvieron las disfunciones sexuales y el reintegrarse al trabajo, los otros parámetros evaluados fueron la escolaridad la cual no fue representativa ya que todos los pacientes sabían leer y escribir, el Parentesco también se valoró encontrándose que la mayoría de los donadores mostraban una motivación para la donación buena (66%), siendo más frecuente la donación por parte de los hermanos (56%) mostrando que en el donador la motivación sentimental de ayudar a un familiar o a un ser querido disminuye la ansiedad a la cirugía y al dolor postoperatorio, en cambio en el receptor renal influyen otros factores que aumentan el nivel de ansiedad tales como la posibilidad de rechazo al trasplante, la posibilidad de morir o de no poder adaptarse adecuadamente al medio que los rodea. Teniendo como implicaciones anestésicas un mayor requerimiento de anestésicos y narcóticos, aumentando el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES

- 1.- Los niveles de ansiedad preoperatoria son mayores en los receptores de trasplante renal en comparación con los donadores y los pacientes de ORL sometidos a cirugía electiva siendo esta estadísticamente significativa.
- 2.- La valoración pre-anestésica es un método útil para disminuir la ansiedad postoperatoria
- 3.- Los Donadores muestran un nivel de ansiedad menor que los receptores y el grupo control
- 4.- La integración afectiva del equipo quirúrgico-anestésico debe ser más estrecha hacia el paciente quirúrgico y en el binomio donador- receptor renal.
- 5.- Es necesario evaluar el uso de nuevas benzodiazepinas como midazolam, triazolam en la medicación preanestésica del receptor renal.

CAPITULO V

BIBLIOGRAFIA

1. Trzepacz P. PSYCOPHARMACOLOGY AND NEUROPSYCHIATRIC SYNDROMES IN ORGAN TRANSPLANTATION. *General Hospital Psychiatry*. 1991; 13:233-245.
- 2.- Burridge L. CHALLENGING THE TRADITIONAL VIEW OF PREOPERATIVE VISITING. *Br.J.Theatre Nurs*.1993;3: 5-12.
3. - Editorial. LOS TEMORES A LA ANESTESIA. *Revista Española de Anestsiología y Reanimación*.1995; 42:39-40.
4. - Ramiro A & M D. TIMING OF THE ANAESTHETIST'S PREOPERATIVE OUTPATIENT INTERVIEW. *Anesthanalg*.1989; 68:645-648.
5. - Johnston M. ANXIETY IN SURGICAL PATIENTS. *Psychology Med*. 1980; 10:142-152.
6. - Williams OA. PATIENT KNOWLEDGE OF OPERATIVE CARE. *J.R.Soc.Med*. 1993; 86: 328-333.
7. - Marco J.C & Bond A. MORBILIDAD PSIQUICA EN PACIENTES TIROIDECTOMIZADOS. *Rev. Esp.Anestesiol.Reanim*. 1995; 42:67-70.
8. - Kain ZN. THE YALE PREOPERATIVE ANXIETY SCALE: HOW DOES IT COMPARE WHIT A "GOLD STANDARD"? *Anesth Analg*.1997; 85:783-788.
9. - Moerman N. THE AMSTERDAM PREOPERATIVE ANXIETY AND INFORMATION SCALE. *Anesth Analg*.1996; 82:45-50.
- 10.-House RM. PSYCHIATRIC ASPECTS OF ORGAN TRANSPLANTATION. *Jama*; 1988 260:535-539.
11. - Ruíz LG & Vázquez F. ANSIEDAD-DEPRESION Y MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO PRETRANSPLANTE RENAL. *Jornadas de Médicos residentes*.1997; 196.
- 12.-Isao F&M.D.Keiich. EMOTIONAL DISTURBANCES IN TRAUMA PATIENTS DURING THE REHABILITATION PHASE. *General Hospital Psychiatry*.1996;18:120-127.
13. - Ohkubo M. THE QUALITY OF LIFE AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION IN JAPAN: RESULTS FROM A NATIONWIDE QUESTIONNAIRE. *Transplantation Proceedings*. 1995; 27:1452-1457.
14. - Fukunishi I. KIDNEY TRANSPLANTATION AND LIAISON PSYCHIATRY PART I. *Psych-Clin-Neurisci*.1997; 51:301-304.