

11202



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"  
"DR. ANTONIO FRAGA MOURET"

**"ANSIEDAD Y DOLOR POSTOPERATORIO EN  
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL"**

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO  
DE MEDICO ESPECIALISTA EN

**ANESTESIOLOGIA**

PRESENTA

**DRA. RAFAELA MARIA ARROYO MENDOZA**

ASESOR DE TESIS:

**DRA. MARIA DE LOS ANGELES GARCIA MEDINA**



MEXICO, D. F.

FEBRERO 2005.

m341791

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

"ANSIEDAD Y DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A


CIRUGIA ABDOMINAL"

REGISTRO DE PROTOCOLO NO. 2004-3501-081



DR JESÚS ARENAS OSUNA


JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

  
\_\_\_\_\_

DR. JUAN JOSE DOSTA HERRERA

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN

ANESTESIOLOGIA



DRA RAFAELA MARIA ARROYO MENDOZA

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA



## DEDICATORIAS.

A DIOS:

POR DARME LA FUERZA Y FORTALEZA PARA DIA CON DIA  
ESTAR PREPARADA PARA AYUDAR A LOS PACIENTES Y POR DARME LA  
OPORTUNIDAD DE TENER SALUD Y ESTE MARAVILLOSO TRABAJO.

A MI MAMÀ:

GRACIAS POR SER UNA GRAN MUJER, SIN TU EJEMPLO Y  
APOYO NO ESTARIA AQUÍ.

A EDMUNDO:

GRACIAS POR SER LA PERSONA QUE ERES EN MI VIDA, POR  
ABRIRME LOS OJOS Y ENSEÑARME LA HUMILDAD QUE A VECES OLVIDO.

A MI DIEGO:

A TI HIJO POR ACOMPAÑARME EN ESTE LARGO CAMINO DE LA  
RESIDENCIA Y POR AGUANTAR TAN BIEN LAS DESVELADAS.

A JACKIE GRACIAS POR SER MI HERMANA, MI AMIGA Y MI SEGUNDA  
MAMÀ.

Y ESPECIALMENTE A BETY PARA QUE NO OLVIDE QUE DIOS NO LA  
OLVIDA.

AGRADECIMIENTOS.

DR. JUAN JOSE DOSTA HERRERA, MUCHAS GRACIAS POR ENSEÑARME LA  
DISCIPLINA Y DEDICACIÓN QUE REQUIERE NUESTRA ESPECIALIDAD.

DRA. MARIA DE LOS ANGELES GARCIA MEDINA MUCHAS GRACIAS POR  
TODO SU APOYO Y DEDICACIÓN EN ESTE TRABAJO.

A TODOS LOS PACIENTES POR SER TAN PACIENTES.

A MIS COMPAÑERAS Y COMPAÑEROS DE RESIDENCIA

Y EN ESPECIAL A KARLA, PATY Y ROCIO POR SU GRAN APOYO Y AMISTAD.

## INDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT .....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	21
RESULTADOS .....	22
DISCUSION .....	23
CONCLUSIONES .....	24
BIBLIOGRAFIA.....	25
ANEXOS .....	27

“Ansiedad y dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal”. Arroyo-Mendoza RM\*, García-Medina MA\*\*.

**OBJETIVO.** Determinar si la ansiedad y la depresión preoperatorio tienen influencia en la intensidad del dolor agudo postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se evaluaron 110 pacientes con estado físico ASA I-III con edad entre los 18 y 65 años sometidos a cirugía abdominal bajo anestesia general balanceada, preoperatoriamente se les aplicó la escala de ansiedad de Hamilton y en el periodo postoperatorio se evaluó la intensidad del dolor a las 12 y 24 horas mediante la escala visual análoga.

**RESULTADOS.** De los 110 pacientes que se estudiaron el 50.9% presentaron ausencia de ansiedad, 39.1 ansiedad leve y 10% ansiedad moderada. El grupo de edad de 60 años tuvo el mayor número de pacientes con ansiedad leve (11.6%) . Así mismo observamos que las mujeres presentaron más casos de ansiedad leve (35.1%) a diferencia de los hombres con un 18.2%. El grupo de edad que presentó mayor grado de dolor postoperatorio fue en el grupo de 25 (50%) y 60 años (60%). El sexo femenino presentó más incidencia de dolor severo con un 51.9% a las doce horas, ya a las 24 horas mostraron más presencia de dolor leve 61% y los hombres con un 57.6%.

**CONCLUSIONES.** La presencia de ansiedad preoperatoria, puede influir en el grado de dolor que manifieste un paciente, lo cual es importante para identificar el tratamiento del dolor postoperatorio en los pacientes.

**PALABRAS CLAVES:** Ansiedad y dolor.

Ansiedad y dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal”.

Arroyo-Mendoza RM\*, Garcia-Medina MA\*\*.

ABSTRACT.

Objective. To define preoperative anxiety to have influence in the postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery.

Material and Methods. One hundred and ten ASA I-III patients from 18 to 65 years old were studied they carried on abdominal surgery procedures under general anesthesia, performing on before day surgery The Hamilton Scale, in the postoperative period the pain was evaluated 12 and 24 h after the operation by visual analog scale.

Results: One hundred and ten patients are included, the 50.9% have absent anxiety, 39.1% have light anxiety and 10% have moderate anxiety. The group of the sixty years has the highly number the patients with more cases of the light anxiety (11.6%). Our female patients have more cases of the light anxiety (35.1%) and the male patients have 18.2 %. The group with higher levels of pain was 25 (50%) and 60 years (60%). The female patients demonstrated that higher levels of sever pain immediately postoperative period (51.9%) and in the late postoperative period had low pain (61%) and the male had 57.6%.

Conclusions: The preoperative anxiety can be influid in the level of pain to had patients, and is very important identify to plan the handling of the postoperative pain.

KEY WORDS: Anxiety and pain.



Ansiedad y dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal.  
Arroyo-Mendoza RM\*, García-Medina MA\*\* Dosta-Herrera JJ\*\*\*.

#### INTRODUCCIÓN.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional no placentera relacionada con daño potencial o real del tejido. El dolor es siempre subjetivo. (1).

Es muy importante nunca perder de vista esta característica de subjetividad, ya que eso ayuda a entender que el dolor es lo que el paciente dice que le duele, lo que él describe y no lo que los demás piensan que debe ser.

Debe enfatizarse la diferencia entre dolor y sufrimiento, que es un concepto más global; es un sentimiento negativo que afecta la calidad de vida de la persona que lo padece y en él participan tanto factores físicos como psicológicos, demográficos en el que el dolor puede ser tan sólo un pequeño componente.(2).

El dolor postoperatorio agudo es una reacción fisiológica compleja a la lesión tisular, distensión visceral o enfermedad. Se trata de una manifestación de las reacciones autonómicas psicológicas y conductuales que resultan de una experiencia molesta, sensorial y emocional indeseada (3). A menudo los pacientes perciben el dolor postoperatorio como uno de los aspectos más ominosos del procedimiento quirúrgico. Históricamente, el tratamiento del dolor postoperatorio ha tenido una baja prioridad para el cirujano y el anestesiólogo y se le ha considerado como una parte consustancial de la experiencia postoperatoria.

---

\*Dra. Arroyo Mendoza Rafaela María. Médico Residente de Tercer Año

\*\*Dra. García Medina María de los Ángeles. Médico Adscrito Hospital de Especialidades CMN "La Raza".

\*\*\*Dr. Juan José Dosta Herrera. Titular del Curso de Anestesiología.

Cuando la epidemiología y fisiopatología mostraron un mayor interés por el dolor, también recibió más atención su tratamiento y el esfuerzo de mejorar la calidad del cuidado y reducir la morbilidad. La progresión natural de esta preocupación ha llevado a la creación de un servicio de analgesia postoperatoria o del dolor agudo que involucra a un grupo de personas especializadas en el control del dolor y que aplica un número cada vez mayor de modalidades para tratar del dolor postoperatorio (4).

#### CLASIFICACIÓN DEL DOLOR.

El dolor se puede clasificar y definir de acuerdo con su evolución en el tiempo.

Dolor agudo es el que se debe a una lesión o herida aguda, bien definida, con un inicio preciso y duración limitada y predecible, que se acompaña de ansiedad y signos clínicos de sobre actividad simpática: taquicardia, taquipnea, hipertensión, diaforosis, dilatación pupilar y palidez. Dura horas, días o semanas (5).

Dolor crónico es el que resulta de un proceso patológico crónico, con inicio gradual o mal definido, prosigue sin disminuir y puede volverse progresivamente más intenso. El paciente está deprimido y retraído. No hay manifestaciones de sobre actividad simpática.

Existe controversia con respecto al tiempo de inicio, ya que unos autores lo consideran como aquel que dura más de un mes, otros indican 3 meses y unos más dicen que debe ser el que se ha sostenido por 6 meses cuando menos. Otro enfoque es el que señala que para que un dolor se considere crónico, deberán presentarse cambios cognitivos-conductuales como criterios esenciales, más que los criterios nociceptivos o de tiempo; si estos cambios no se presentan estaremos entonces hablando sólo de dolor prolongado.

De acuerdo a su fisiopatología el dolor lo podemos clasificar en: (6)

- Nociceptivo: se produce por estimulación de receptores sensitivos específicos o nociceptores localizados en los tejidos. Las vías nerviosas involucradas son normales o están intactas.
- Éste, a su vez, puede ser:
  - a. somático: procedente del periostio hacia la piel, bien localizado, sordo, profundo, compresivo, punzante, con “sensación de apaleamiento”, sin irradiaciones ni sobre actividad simpática;
  - b. visceral: proveniente de estructuras profundas, de todos aquellos órganos que se encuentran alojados en cavidades naturales (ocular, auditiva, oral, torácica, abdominal, pélvica, etc.), mal localizado, tipo cólico, punzante a veces, espasmódico, que provoca dolor referido y que se acompaña normalmente de sobre actividad simpática.
- Neuropático: debido a un daño directo o como consecuencia de otro proceso que hace impacto en el sistema nervioso en cualquiera de sus partes y que podemos subdividir en:
  - a. central: causado por una lesión del sistema nervioso central y que no tiene una distribución dermatomal;
  - b. periférico causado por la lesión de un(os) nervio(s) periférico(s), con distribución dermatomal, con sensación de piquetes, punzadas, calambres, toque eléctrico, que madura o ardor, lancinante, intermitente con exacerbaciones; que puede producir hiperalgesia, disestesia y alodinia;

- c. simpático causado por daño a los nervios simpáticos, caracterizado por dolor urente lancinante, con alodinia, hiperestesia, hiperalgesia, inestabilidad vasomotora (eritema, palidez, edema), anormalidades motoras y cambios tróficos de la piel.
- Psicógeno: es un dolor para el cual no existen bases físicas en pacientes que presentan generalmente evidencia de psicopatología.

El dolor siempre es subjetivo y la percepción del dolor puede modificarse por problemas o influencias relacionadas con cualquiera o todas las causas potenciales de sufrimiento.

- a. Otros síntomas físicos: Los pacientes con insomnio, fatiga, tos persistente, el vómito frecuente o el hipo prolongado puede agravar el dolor al igual que la disnea, la diarrea, la incontinencia o la hemorragia.
- b. Problemas psicológicos .Son factores que con más frecuencia agravan la percepción del dolor. Debemos recordar que la depresión es un punto muy importante en la evaluación y tratamiento del dolor postoperatorio.
- c. Dificultades sociales.
- d. Factores culturales. Las diferentes culturas varían mucho en la actitud hacia la enfermedad. La falta de respeto a los antecedentes culturales del individuo o un manejo culturalmente insensible agravarán o causarán otros problemas, al igual que las barreras del

lenguaje, que dificultan la comunicación sobre el dolor y su tratamiento.

e. Preocupaciones espirituales (7).

El concepto de "dolor total" es el más apropiado ya que involucra los factores físicos, psicológicos, espirituales, sociales y económicos, con base en todos ellos se deberá hacer la evaluación. Hay que mostrar simpatía, escuchar y comprender las vivencias del paciente, aceptarlas sin crítica, aún sin compartirlas. Es necesario que él sienta nuestro interés por brindarle ayuda independientemente de quien sea o lo que haga, a toda costa evitaremos juicios negativos, incluso los no verbales como la mímica y los gestos (8).

La historia clínica y la exploración física serán como la de cualquier paciente, pero deberá enfatizarse en la semiología del dolor, las terapéuticas empleadas y sus resultados.

En el caso del dolor postoperatorio interrogaremos acerca de las experiencias previas y sobre todo de su actitud ante el evento actual.

Los procedimientos para evaluar el dolor los podemos clasificar en tres categorías: (8)

1. Métodos verbales: unidimensionales y multidimensionales.
2. Evaluaciones conductuales.
3. Mediciones fisiológicas.

Los métodos verbales unidimensionales son lo que más se emplean en la valoración del dolor agudo postoperatorio ya que las multidimensionales comprenden amplios cuestionarios que evalúan además la situación psicológica y cognoscitiva del paciente estos son de mucha utilidad en la valoración del dolor crónico.

A continuación describimos algunos de estos métodos verbales.

#### ESCALA NUMÉRICA.

Es el método más simple y utilizado. Se pide al paciente que indique qué tan fuerte es su dolor de 0 a 10 o de 0 a 100.

#### ESCALA VISUAL ANÁLOGA (EVA)

La instrucción al paciente es que marque en la línea inferior que tan fuerte es su dolor (0 es sin dolor y 10 el peor dolor).

#### ESCALA VERBAL ANÁLOGA (EVERA).

Instrucción: indique qué palabra describe mejor su dolor.

#### ESCALA DE WONG (CARITA)

Se utiliza principalmente para la valoración en niños, pero nos puede resultar práctica para los pacientes adolescentes que tal vez estén tan angustiados o que sufran de “regresión” temporal o bien en aquellas personas que no puedan entender bien las escalas anteriores.

#### ESCALA FRUTAL ANÁLOGA.

Se utiliza para personas de bajo nivel escolar o de zonas rurales; se pueden cambiar las frutas según la región de que se trate. Consta de 10 frutas de tamaño mayor a menor, de izquierda a derecha.

#### Métodos conductuales.

La experiencia nos ha enseñado que la actitud del paciente a veces puede ser más elocuente que sus palabras. Si bien es cierto que debemos admitir un juicio acerca de cómo se ve el enfermo. El observar actitudes como quejidos, muecas, suspiros, posturas corporales, expresiones faciales, nivel de actividad y estado emocional, nos darán parámetros útiles para la evaluación integral. Esto es de gran utilidad sobre todo cuando la comunicación verbal con el paciente está limitado por alguna razón (10).

El tratamiento inadecuado del dolor postoperatorio no sólo afecta negativamente en el estado de ánimo del paciente. Es un hecho verificado científicamente que tiene también consecuencias negativas en la recuperación integral del enfermo. La ineficiencia en la terapéutica puede deberse a toda una serie de mitos y creencias negativas acerca de la analgesia postoperatoria como:

1. El dolor es una consecuencia inevitable de todo acto quirúrgico.
2. Aún si es desagradable resulta inocuo y de duración limitada.
3. En raras ocasiones alcanza niveles intolerables y si puede ser soportado por algunos pacientes lo pueden tolerar todos.
4. Los analgésicos y demás procedimientos terapéuticos, empleados en el alivio del dolor, comparten determinados tipos de riesgo y en consecuencia, deben ser evitados en la medida de lo posible.
5. El alivio del dolor puede enmascarar el reconocimiento de ciertas complicaciones quirúrgicas, postoperatorias y de esta forma, convertirse en un peligro potencial para el propio paciente.
6. Todo dolor postoperatorio presenta características similares con independencia del tipo y naturaleza de la intervención quirúrgica llevada a cabo.
7. La valoración subjetiva por parte del paciente es la única que resulta válida para medir el grado de dolor (10).

Desde 1973 Cronin reconoce que entre 50 y 75% de los pacientes postoperados reciben un alivio insuficiente del dolor. La deficiente utilización de opioides constituye la causa principal de la persistencia del problema.



La magnitud del dolor se ve influenciada por multitud de factores entre los que están:

- a. Tipo de intervención. Las intervenciones que interesan la región abdominal, torácica y/o renal suelen ser más dolorosas. Las técnicas laparoscópicas comportan mucho menos dolor.
- b. Técnica anestésica sobre el momento e intensidad del PO, debido a los efectos residuales bien del bloqueo o de los opioides administrados, Kock aporta sus estudios acerca de la utilidad de la analgesia balanceada (AINE + anestésico local + opioide) y la utilización de clonidina intraoperatoria en la terapéutica preventiva del dolor PO.
- c. Edad y sexo. Se ha probado que los neonatos y niños tienen una percepción adecuada del dolor. La población anciana tiene mejor resultado en su alivio. Con respecto al sexo, no existen datos concluyentes que indiquen una influencia del mismo sobre la magnitud del dolor PO; es más probable que éste se vea afectado por factores educacionales, de personalidad, costumbres sociales o de actitud psicológica.

El dolor postoperatorio es un dolor de carácter agudo, limitado en el tiempo, que traduce la respuesta nociceptiva a la agresión quirúrgica y que incluye cuatro fases o estadios

1. Lesión tisular y liberación de mediadores químicos.
2. Sensibilización de los nociceptores periféricos en la zona lesionada y aparición de hiperalgesia en la zona que rodea íntimamente la lesión (hiperalgesia primaria).
3. Sensibilización central (hiperexcitabilidad de las neuronas del asta posterior), aumento del tamaño de sus campos receptores, y de la actividad simpática con exageración de los reflejos segmentarios espinales y aparición de hiperalgesia en zonas de tejido no afectado por la lesión causal (hiperalgesia secundaria).
4. Cese de la estimulación, cicatrización y recuperación de la sensibilidad normal (10).

Los mecanismos generados del dolor PO, tanto directos (sección de terminaciones nerviosas) como indirectos (liberación de sustancia algogénicas). Pueden originarse a tres niveles diferentes, dando lugar a tres tipos de dolor: somático profundo, superficial o cutáneo y visceral, cada uno con sus respectivas características.

#### COMPLICACIONES RESPIRATORIAS.

El funcionamiento del aparato respiratorio se deteriora tras el acto quirúrgico, especialmente cuando se trata de intervenciones que afectan la región torácica o hemiabdomen superior. Se afectan tanto los volúmenes estáticos como dinámicos, con alteraciones en la relación ventilación/perfusión e hipoxemia. El dolor impide la tos y la respiración profunda, favoreciendo la retención de secreciones y la aparición de infecciones respiratorias (11).

Los diversos tratamientos analgésicos, aun siendo eficaces, no logran normalizar por completo el funcionamiento respiratorio, lo cual sugiere la participación de otros factores.

Bromage apunta la recuperación de la capacidad vital mediante el alivio del dolor.

#### COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES.

La hiperactividad simpática y la liberación de catecolaminas provocada por el dolor producen, taquicardia, aumento de las resistencias periféricas, hipertensión y aumento del consumo de oxígeno miocárdico. La anestesia regional parece tener propiedades que evitan la constricción de las arterias coronarias, además mejora el riego sanguíneo de las extremidades inferiores, que presentan disminución del flujo sanguíneo por la

inmovilización adoptada a consecuencia del dolor, lo que aumenta el riesgo de trombosis PO.

#### COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES.

La actividad digestiva disminuye tras la agresión quirúrgica a consecuencia de los reflejos segmentarios y de la hiperactividad simpática. Se presentan disminución de la motilidad gastrointestinal, en particular la del colon, aumento del tono de los esfínteres y de las secreciones intestinales son distensión abdominal, náuseas y vómitos, intolerancia digestiva y retraso en la recuperación del peristaltismo normal. El bloqueo simpático inducido por los anestésicos locales epidurales parece mejorar la motilidad y disminuir la incidencia del ileo PO. Soluciones diluidas de anestésico local y/o pequeñas dosis de opioides peridurales parecen ser la mejor opción para la integridad del funcionamiento gastrointestinal.

#### COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS.

A mayor ansiedad mayor dolor. La magnitud del dolor en las primeras 24 hora del PO se correlaciona significativamente con el grado de ansiedad. Los pacientes que busquen mayor atención por parte de sus familiares, serán las que exijan más enérgicamente el control de PO; por lo que deberá tenerse presente este hecho.

## ANSIEDAD Y DEPRESION.

Ambas pueden limitar la capacidad de sufrimiento del paciente al dolor; tienden a producir distintos grados de desesperación en el paciente, disminuyendo la capacidad o la predisposición a distraer la atención lejos del dolor. Bien como causa, bien como efecto, la ansiedad y la depresión se deben reconocer al evaluar los pacientes con dolor, puesto que la analgesia puede no ser completamente adecuada sin tratar la psicopatología subyacente (12).

## DEPRESIÓN.

Aunque a menudo es difícil distinguir la relación causal de la depresión y el dolor, al reconocer y tratar la primera, se puede mejorar la analgesia (13).

## ANSIEDAD.

Tanto el dolor como la ansiedad constituyen una causa de sufrimiento, que sólo se agravan cuando ocurren simultáneamente. Así, reconociendo y tratando la misma ansiedad en el paciente, mejoraremos probablemente las posibilidades del éxito con la analgesia (12).

El dolor y la ansiedad tienen características psicológicas y somáticas similares. Por ejemplo, en la fase aguda, cada uno alcanza un estatus elevado de respuesta autonómica. Cuando ambos se vuelven crónicos, tienden a adaptarse mal y se caracterizan por el sufrimiento. En otras palabras, igual que la ansiedad crónica lleva a la evitación fóbica, el dolor crónico suele llevar a conductas ante el dolor en las que la evitación es una característica prominente. Es probable que cuando ambos se dan simultáneamente su potencial para cualquiera de estos efectos se vea aumentado (14).

En 1959 el Dr. Max Hamilton publicó su escala que originalmente fue diseñada como un instrumento para su utilización en la investigación clínica, ofrece la posibilidad de evaluar tanto síntomas psíquicos como físicos, que en la práctica general puede ser de gran utilidad (15).

Reconocer los factores estresantes y tranquilizar al paciente puede ayudar mucho a disminuir el temor. Ya que se pueden demandar opiáceos para el tratamiento de síntomas no dolorosos, como la ansiedad en sí misma o el insomnio, se han de identificar y tratar correctamente estos problemas con fármacos ansiolíticos que limitan así la exposición a opiáceos (16).

## MATERIAL Y MÉTODOS.

Este estudio fue realizado en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS. Tras revisión y aprobación por el Comité Local de Investigación y Ética, previo consentimiento informado y por escrito de los pacientes, se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, en 110 pacientes, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: pacientes sometidos a cirugía abdominal, bajo anestesia general balanceada con estado físico ASA I-III, femeninos y masculinos, edad entre 18 y 65 años y que aceptaran participar en el estudio.

Los criterios de no inclusión para este estudio fueron pacientes sometidos a cirugía de tipo urgente, sometidos a anestesia regional, local o sedación, con historia de dolor crónico, con retardo mental o alteraciones psiquiátricas, que no hablen castellano, que hayan recibido medicación preanestésica y pacientes sometidos a cirugía de trasplante renal y cirugía laparoscópica. Se excluyeron los pacientes que hayan requerido salir intubados y los pacientes que no desearan seguir en el estudio.

A los pacientes sometidos a este estudio, se les realizó la visita preanestésica, el día previo a su cirugía en donde se les aplicó de forma escrita la Escala de ansiedad de Hamilton, así mismo se solicitó el consentimiento informado. En el periodo postoperatorio se evaluó el dolor mediante la escala visual análoga a las 12 y 24 horas.

A su llegada a quirófano, previo monitoreo de la frecuencia cardíaca, presión arterial no invasiva, saturación parcial de oxígeno y frecuencia respiratoria, se aplicó la técnica anestésica que determinó el anestesiólogo tratante y media hora antes de que termino el acto quirúrgico se administró como analgésico Ketorolaco a 1mg/kg-peso.

Los resultados fueron analizados con medida de tendencia central utilizando el programa de estadística SPSS versión 11.0.

## RESULTADOS.

De los pacientes incluidos en este estudio con estado físico ASA I-III, programados para cirugía abdominal bajo anestesia general, la edad promedio para estos fue de 39.70 con  $P > 0.05$ .

Dentro de los resultados obtenidos de los 110 pacientes se evaluó la asociación entre edad y ansiedad (tabla 1), donde el 50.9% tuvieron ausencia de ansiedad, 39.1% ansiedad leve y el 10% ansiedad moderada. Con respecto al grupo de edad los pacientes comprendidos entre los 60 años presentaron el mayor número de casos de ansiedad leve con un 11.6%, el grupo de 50 años y 28 años presentaron 3 casos de ansiedad leve representando el 75 % respectivamente con un valor de  $P > 0.05$ .

Con respecto al género y el grado de ansiedad (tabla 2) del total de la muestra solo el 18.2% de los hombres presentaron ansiedad moderada, el 48.5% ansiedad leve, así mismo el sexo femenino presentó más casos de ansiedad leve con un 35.1% y solo 6.5% presentó ansiedad moderada con un valor de  $P > 0.029$ , considerándose significativamente estadístico.

La relación entre edad y dolor postoperatorio a las 12 horas (tabla 3) nos presenta que la mayor incidencia de dolor moderado a severo fue en el grupo de 25 años representado el 50% y 60 años con un 60%. A las 24 horas la mayor parte de la muestra (66%) presentó dolor leve (tabla 4). En el caso de la relación género y dolor postoperatorio a las 12 horas (tabla 5), el sexo femenino presentó más dolor severo que corresponde al 51.9% del total de la muestra, mientras que el sexo masculino solo presentó el 36.4% de dolor severo. A las 24 horas el sexo femenino mostró más presencia de dolor leve (61%) y los hombres un 57.6% con un valor de  $P > 0.05$  (tabla 6).

## DISCUSIÓN.

La finalidad de este estudio fue buscar la relación que existe entre la ansiedad y dolor postoperatorio a las 12 y 24 horas, donde encontramos que el sexo femenino presentó mayor grado de dolor y presencia de ansiedad leve, ninguno de nuestros pacientes, presentó grados de ansiedad severo y muy severo.

Así W.Caumo et al, en su estudio observaron que el grado de ansiedad constituye un predictor importante de dolor moderado a severo, que se compara y se encuentra consistente con la teoría del Estado y grado de ansiedad, la cual sostiene que los individuos con altos grados de ansiedad, están generalmente con más sensibilidad y psicológicamente más vulnerables (2). Es así que el grado de ansiedad representa un predictor de dolor postoperatorio, en nuestro estudio encontramos que el sexo femenino presentó mayor número de casos de ansiedad leve y mayor número de casos de dolor postoperatorio a las 12 horas, aunque no hay una asociación entre otros estudios y nuestros resultados con respecto al grado de ansiedad y el género. Pero sí coincidimos con W. Caumo en que los pacientes jóvenes son más susceptibles al dolor, así en nuestro estudio se observó que el grupo de pacientes comprendidos entre los 60 años también tuvieron alta incidencia de dolor y ansiedad, aunque estudios previos afirman que conforme se aumenta la edad se observa una disminución de la función periférica nociceptiva, reduciendo el dolor en algunos contextos como por ejemplo menos presencia de dolor postoperatorio y de requerimiento de analgésicos de rescate.

Nuestro estudio coincide con otros publicados en que la mayor parte de los pacientes no presentan datos de ansiedad y son pocos los que presentan datos de ansiedad leve y moderada preoperatoria, y se afirma que reconocimiento de este factor es un buen predictor para tratar más integralmente a un paciente en el manejo anestésico.



## CONCLUSIONES.

La mayoría de los pacientes solo presentan grados de ansiedad leve y moderada la cual puede representar un predictor del dolor postoperatorio, por lo cual es importante identificar todos los factores que involucran a un paciente que será sometido a un evento anestésico quirúrgico, ya que desde el genero, edad, grado de ansiedad, diagnóstico, estado físico, presencia o no de depresión, medicación preanestésica e historia de de dolor crónico pueden influir en el grado de ansiedad de una persona. Así en conclusión consideramos que es importante identificar dichos factores y con ello mejoraremos la atención y el manejo del dolor de los pacientes mejorando su recuperación y las complicaciones postoperatorias del dolor, mejorando de esta manera la calidad del cuidado y atención que se ofrece.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Borsook D, Lebel A, McPeck B. Bases Neurológicas del dolor. En Tratamiento del dolor. 1ª ed., MARBAN, Madrid, 1999: 8-24.
2. Caumo W, Schmidt P, et al. Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46: 1265-1271.
3. Kanner R, Duarte R. Generalidades y clasificación del dolor. Secretos del tratamiento de dolor. McGraw-Hill-Interamericana. 1ª ed., México, 1998: 1-8.
4. Bistre S. Evaluación Integral del Paciente con Dolor. En: Clínica del Dolor. 1ª ed., Edimplas/MERCK, México, 1999: 72-86.
5. De Lille R, Guevara U, Neurofisiología del Dolor. En Clínica del dolor. 1ª ed., Edimplas/ MERCK, México, 1999: 31-55.
6. Espinosa M. Dolor postoperatorio. En: Anestesia Obstétrica. 1ª ed., Manual Moderno, México, 2001: 233-237.
7. Woodruff R. Definiciones, clasificaciones y causas. Dolor por cáncer. 1ª ed., Medigraphic Editores, ASTA MÉDICA, México, 1998: 4-10.
8. Loeser J, Melzack R. Pain: an overview. *Lancet* 1999; 353: 1607-1609.
9. Miralles F, González J. Investigación en el dolor, dolor experimental, medición y valoración del dolor. Calidad de vida. En Torres LM. Medición del dolor. Masson. Barcelona, 1997: 19-33.
10. Miranda A. Complicaciones del Dolor postoperatorio. En: Torres LM. Medicina del Dolor. Masson, Barcelona, 1997: 759-771.
11. Wheatley RG, Someville ID. Postoperative hipoxemia: Comparison of extradural, IM and patienten controlled ipioid analgesia. *Br J Anaesth* 1990; 64: 267-275.

12. Fishman S, Greenberg D. Aspectos psicosociales en el tratamiento del dolor. En: Borsook D. Massachusetts General Hospital tratamiento del dolor. MARBAN, Madrid, 2000: 379-393.
13. Miranda A. Dolor postoperatorio. Definición y problemática. Dolor postoperatorio estudio, valoración y tratamiento. JIMS, Barcelona, 1992, 1: 1-26.
14. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D et al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia* 2001; 56: 720-728.
15. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating". *British Journal of Medical Psychology* 1959 32:50-55.
16. Thomas T, Robinson C, Champion D, Mckell M, Pell M. Prediction and assessment of the severity of post-operative pain and of satisfaction with management. *Pain* 1998: 75: 177-185.

# ANEXOS

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Afiliación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico preoperatorio: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: El médico deberá ser el entrevistador y preguntará de manera abierta tratando de explorar cada uno de los ítems. Cuando se obtenga la respuesta del paciente, deberá calificarse el grado de ansiedad de acuerdo a la siguiente escala, anotando el número correspondiente dentro del paréntesis:

0= ausente. 1= leve. 2= Moderado.

3= Severo. 4= Muy severo, altamente incapacitante.

1. Preocupado, con miedo, nervioso. ( )

2. Se siente tenso, con ganas de llorar fácilmente, inquieto, fatigado con temblor. ( )

3. Con temor a los extraños: médicos y enfermeras, temor al hospital, a la oscuridad, a estar solo. ( )

4. Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño con pesadillas. ( )

5. Con dificultad para concentrarse, siente que todo se le olvida. ( )

6. Ha perdido el interés por vivir, está triste, con necesidad de sentirse querido, estimado, consentido. ( )

7. Tiene calambres, punzadas, dolores musculares, siente brazos y piernas rígidas, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, visión borrosa. ( )

8. Con dolor en el pecho, palpitaciones, sensación de desmayo. ( )

9. Dificultad para respirar, sensación de ahogo, suspiros. ( )

10. Saciedad abdominal, dolor abdominal, con náusea, vómito, diarrea o estreñimiento. ( )

11. Deseo de orinar frecuentemente, urgencia de orinar, pérdida del apetito sexual. ( )

12. Boca seca, sudoración, con vértigo, cefalea intensa. ( )

13. Conducta en la entrevista: Impaciencia, temblor de manos, fascies de tensión, suspiros o respiración rápida, palidez facial. ( )

TOTAL \_\_\_\_\_.

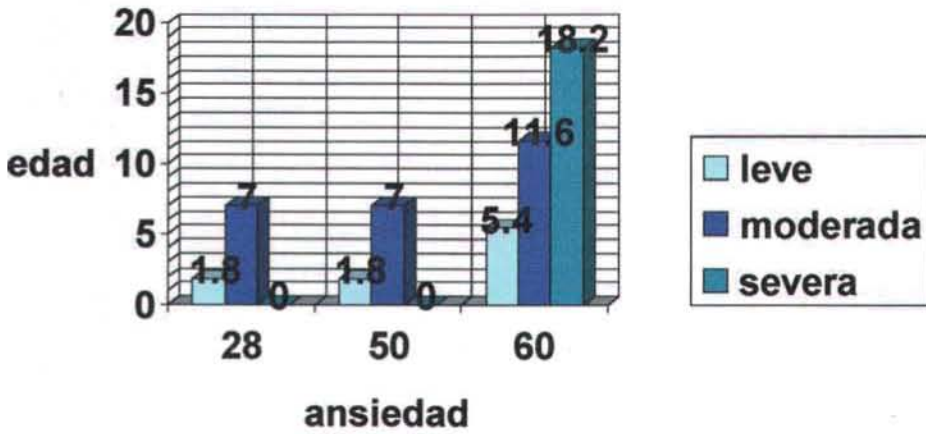
## ESCALA VISUAL ANÁLOGA.

INTRUCCIONES. MARQUE EL NUMERO QUE  
REPRESENTA EL DOLOR QUE USTED TIENE.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

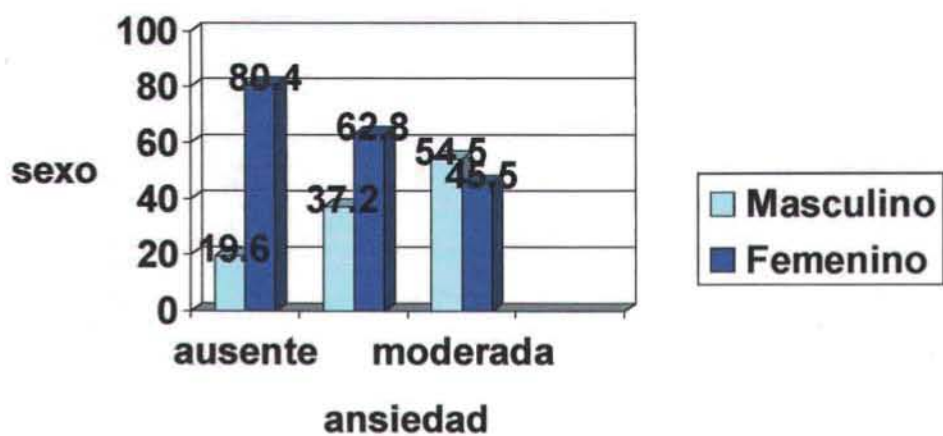
**ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA**

**GRAFICA #1**  
**Relación edad y ansiedad**



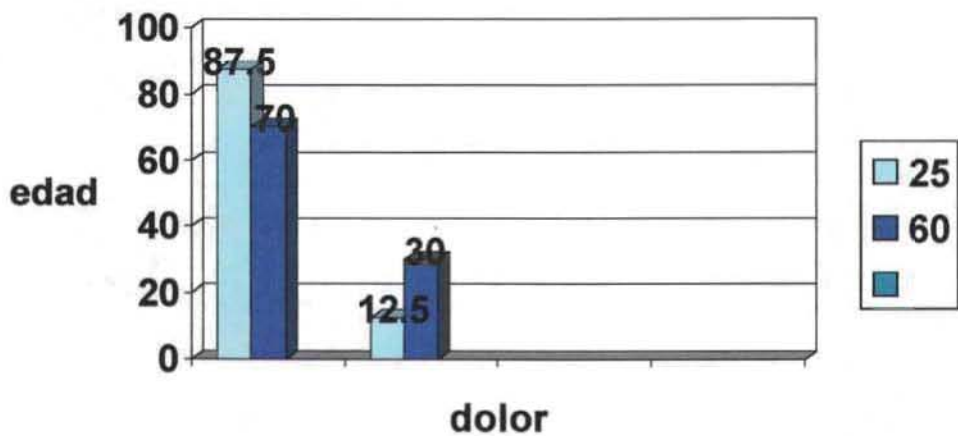
## GRAFICA# 2

### Relación entre género y ansiedad

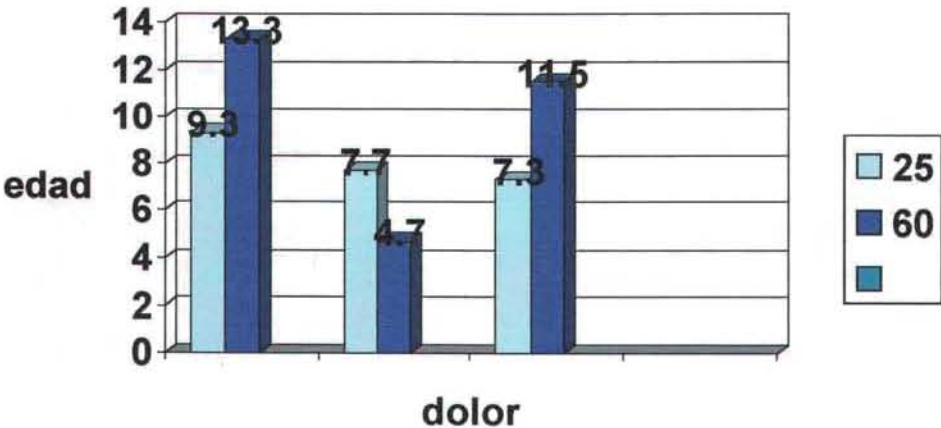




**GRAFICA #3**  
**Relación edad y dolor 12 hr**



**GRAFICA #4**  
**Relación edad y dolor 12hr**



**GRAFICA #5**  
**Relación género y dolor 24 horas**



**GRAFICA #6**  
**Género y dolor 24 hr**

