



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ”**

**EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA Y  
SUS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES  
SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOPÉDICA MAYOR.**

**TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:  
ORTOPEDIA**

**PRESENTA:  
DR. JOSUÉ ROMÁN GALICIA**

**MÉXICO D.F. 2007**

**No. Registro R-2007-3402-13**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
RESUMEN.....	6
MARCO TEORICO.....	11
INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD.....	11
EPIDEMIOLOGÍA.....	14
COMO SE HA MEDIDO LA ANSIEDAD.....	16
TRASCENDENCIA DE LA EVALUACION DE LA ANSIEDAD ...	17
FACTORES DE RIESGO QUE SE HAN ASOCIADO A LA ANSIEDAD	18
CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA.....	22
INTERVENCIONES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD.....	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
JUSTIFICACION.....	28
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	29
OBJETIVOS.....	29
HIPÓTESIS.....	30
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	30
POBLACIÓN.....	30
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	31
METODOS, TECNICA DE MUESTREIO, TAMAÑO DE MUESTRA.....	31
DESCRIPCION DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS	32
VARIABLES.....	33
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	38
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	39
ANALISIS Y RESULTADOS .....	41
DISCUSIÓN .....	47
CONCLUSIONES .....	49
ANEXOS 1,2,3,4.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	57

## RESUMEN

# EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA Y SUS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOPÉDICA MAYOR.

**MARCO TEORICO:** En la literatura mundial se encuentran estudios que relacionan la ansiedad prequirúrgica con complicaciones en el post operatorio, se menciona que puede ocasionar diferentes contratiempos en el paciente, antes, durante y posterior a su tratamiento quirúrgico; ya que se ha observado que la ansiedad prequirúrgica determina el estado físico, psicológico y social del individuo. Se ha observado que la ansiedad aumenta con los extremos de la vida, en el sexo femenino, en pacientes terminales, con diferencias culturales y socio económicas. Llevando como consecuencia: un aumento en el dolor posquirúrgico, un tiempo mayor de estancia hospitalaria, aumento en el riesgo de infecciones además de prolongar el tiempo de recuperación. Es por esto que el estudio y determinación de los niveles de ansiedad preoperatoria pueden ayudar a identificar pacientes con un mayor riesgo de estas posibles eventualidades ante lo cual el médico tratante debe de recurrir a las diferentes estrategias preventivas para su limitación.

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** En la literatura médica, no se cuenta en la actualidad con estudios descriptivos o de otra índole que se encuentren enfocados a marcar cual es el grado de ansiedad prequirúrgica en la población mexicana adulta y si existe alguna diferencia respecto a otros grupos raciales o entre cirugías electivas o traumatológicas. De forma tal que no se conoce el grado de

ansiedad prequirúrgica en población mexicana adulta, y de forma muy particular en nuestra unidad médica de alta especialidad.

**JUSTIFICACION:** No existen estudios en población mexicana que midan la ansiedad prequirúrgica particular y principalmente en traumatología y ortopedia.

El estudio y conocimiento de el grado de ansiedad prequirúrgica para implementar programas de atención psicológica así como de trabajo social para disminuir esta es de vital importancia para las instituciones de salud, Ya que en varios estudios se ha observado un aumento de complicaciones posquirúrgicas debido a un alto grado de ansiedad.<sup>28,29</sup>

### **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

1.- ¿Cuál es el índice de ansiedad pre quirúrgica en pacientes derechohabientes del IMSS del Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas, que serán sometidos a cirugía mayor (artroplastia de cadera o rodilla)?

2.- ¿Conocer cuales son los principales factores de riesgo asociados a la presencia de índices elevados de ansiedad preoperatoria en los pacientes derechohabientes del IMSS de hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas sometidos a cirugía mayor de cadera o rodilla.

### **OBJETIVOS:**

1.- Evaluar el índice de ansiedad prequirúrgica en pacientes derechohabientes del IMSS del hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas, que serán sometidos a artroplastia total de cadera o rodilla, además de instrumentación de columna.

2.- Evaluar los factores de riesgos de pacientes derechohabientes del IMSS de hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas sometidos a cirugía electiva de cadera, rodilla y columna.

### **HIPOTESIS**

Hipótesis Nula: La prevalencia de los pacientes que presenten ansiedad preoperatoria en el IMSS Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas sometidos a cirugía ortopédica de cadera y de rodilla no presentara diferencias con respecto a la literatura reportada mundialmente.

H1: Los pacientes del IMSS Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas sometidos a cirugía ortopédica mayor presentan un mayor índice de ansiedad prequirúrgica que la literatura reportada mundialmente.

H2: Los pacientes del IMSS Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas sometidos a cirugía ortopédica mayor presentan un menor índice de ansiedad prequirúrgica con respecto a la literatura reportada mundialmente.

Para el segundo objetivo no se plantean hipótesis debido a que se trata de un cuestionario exploratorio para determinar la presencia de los factores de riesgo siendo una medición de carácter transversal.

**DISEÑO DEL ESTUDIO:** Es un estudio transversal, observacional, analítico, epidemiológico

**RESULTADOS:** Con los pacientes de rodilla predomino nivel de ansiedad de leve a moderada con un porcentaje de 38 y 44% respectivamente, en el servicio de cadera los pacientes presentaron un nivel de moderada y grave con un porcentaje de 63% y 22%. En los pacientes de columna predomino el nivel de ansiedad grave en un 60%.

Con respecto al sexo, los hombres presentaron un 51% de ansiedad moderada y 24% grave; y las mujeres presentaron un 60% de ansiedad moderada y un 22% leve.

En cuanto al rango de edad, las personas jóvenes de 35 a 50 años presentaron ansiedad moderada 50% y grave 30%., personas de mediana edad (51-70 años), 59% moderada y 20% grave. Y personas de más de 71 años presentaron ansiedad moderada 55% y 31% leve.

En lo que respecta a la ansiedad en la escolaridad se encuentran que el 67% de los analfabetas presentan nivel de ansiedad moderada y el 33% grave, los pacientes que solamente saben leer y escribir el 77% presentan ansiedad moderada y 15% grave; primaria el 59% moderada y el 25% leve, en nivel secundaria el 40% moderada, y el 30% leve; a nivel preparatoria se encuentran en el mismo rango con un 41% moderada y leve; en los pacientes con grado de escolaridad profesional se encontró un nivel de ansiedad moderada en un 67% y 17% grave.

En el ámbito laboral las personas que son activas el 47% presentan ansiedad moderada y el 31% grave. Las personas que no son activas presentan en un 55% ansiedad moderada, y grave en un 22%. Los pacientes que son asegurados (por su trabajo o pensionados) presentan 61% de ansiedad moderada y 20% grave. Los pacientes beneficiarios presentan 52% moderada y leve 28%.

Pacientes con cirugías previas el 58% presentan ansiedad moderada y leve 23%. Y pacientes con ninguna cirugía previa el 50% moderada y en el mismo porcentaje leve y grave con un 23%.

**CONCLUSION:** Dando como punto final a este protocolo de investigación nos da como resultado que es necesario realizar mayores estudio que evalúen los factores de riesgo con un número mayor de pacientes; para determinar adecuadamente y de forma exacta el índice de ansiedad prequirurgica.

Con los resultados de nuestro estudio podemos observar que nuestros pacientes de la UMAE presentan un gran nivel de ansiedad moderada a grave; que nos podría encaminar a mejorar las platicas previas a la cirugia con el médico tratante explicando con palabras claras y sencillas en que consiste el tratamiento quirúrgico, asi como implementar en la unidad platicas grupales a todos los pacientes. Asi como folletos en los que expliquen el proceso de estancia hospitalaria pre, trans y posquirurgica. Además de políticas adecuadas permanentes para detectar la ansiedad y tratarla de forma adecuada para disminuir las complicaciones pre, trans y posquirurgicas.

Palabras clave: ansiedad, periodo preoperatorio, servicios de cadera, columna rodilla.

## MARCO TEORICO

### INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA

La ansiedad, palabra derivada del latín: *anxiētas*, *-ātis* se define

Como:

1. f. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.
2. f. *Med.* Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.<sup>1</sup>

Podríamos definir la ansiedad como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer, alarma, que hace que el sujeto se sienta molesto. La ansiedad es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, ya sea externo o interno. Esta idea nos lleva a establecer una primera diferenciación entre miedo, ansiedad y fobia, tal como a continuación se muestra en la tabla 1.<sup>2</sup>

Variable / tipo de emoción	Miedo	Ansiedad	Fobia
Respuesta fisiológica	Activación Vegetativa	Activación Vegetativa	Activación Vegetativa
Estímulo provocador	Huida y/o afrontamiento	Alteraciones cognitivas y/o conductuales	Huida y/o Afrontamiento
Tipo de respuesta	Reactiva y transitoria	Generalizada y duradera	Reactiva y transitoria
Respuesta de los demás	Compartida	No compartida	No compartida

Tabla 1 diferencia entre miedo, ansiedad y fobia.<sup>2</sup>

Por un lado, la ansiedad se define como un sistema de alerta, que se activa en previsión de un peligro o amenaza futura. Genera una activación del organismo, que sirve para que se pongan en marcha conductas de escape, de evitación o de lucha.<sup>2</sup>

La ansiedad es un estado que tiene por objeto incrementar las facultades perceptivas ante necesidades fisiológicas del organismo o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado.<sup>3</sup>

A nivel descriptivo podemos distinguir tres áreas en las que repercute la ansiedad sobre las personas.

- 1) Área cognitiva o psicológica: temor, peligro, sentimientos pesimistas, preocupación por el futuro, malestar difuso, mal funcionamiento de la atención, memoria, concentración.
- 2) Área conductual, motora o relacional: irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones, tensión familiar y ambiental etc.
- 3) Área fisiológica o somática: hiperactivación vegetativa.

Estas tres áreas de respuesta no se activan igual en todos los sujetos y, lo que es más importante, tampoco tienen por qué hacerlo en el mismo sujeto. Es decir, podemos encontrarnos con pacientes que presentan una mayor repercusión de la ansiedad en un área que en otra.<sup>2</sup>

En cuanto a la ansiedad preoperatoria, cierto nivel de ansiedad es normal y deseable, es la señal que indica que existe un esfuerzo de adaptación y de control de los temores y fantasías generados por la cirugía y la anestesia; evidencia la adecuación a la realidad de la situación prequirúrgica. Ahora bien, es útil distinguir en la ansiedad preoperatoria aspectos cuantitativos y aspectos cualitativos; los

primeros se refieren a la magnitud del estado de ansiedad, que puede influir en el margen de seguridad anestésico y tiene una relación directa con la intensidad del dolor postoperatorio, entre otros parámetros. El aspecto cualitativo de la ansiedad lo proporciona su tinte hostil o depresivo, el que forme parte de una reacción maníaca con omnipotencia y minimización de los riesgos de la cirugía, etcétera. Esa cualidad del estado ansioso preoperatorio es un indicador de las conductas con que el paciente afronta el estrés, del tipo de personalidad y de algunas posibles dificultades psicológicas u orgánicas que pueden surgir en el pre o el postoperatorio. Con esto se quiere señalar que la ansiedad es una variable interesante en la evaluación preoperatoria de los enfermos<sup>4</sup>.

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos<sup>4</sup>.

Los enfermos deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y la cirugía, e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. La ansiedad es un síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos como resultado de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía<sup>4</sup>.

La ansiedad en el periodo 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, glucagon, aldestorena, vasopresina, prolactina, hormona antidiurética, resistencia a la insulina), alteraciones hidroelectrolíticas (descenso de potasio sérico, retención hidrosalina) y modificaciones inmunológicas.<sup>5,6</sup>

## **EPIDEMIOLOGIA**

La OMS realizó un estudio pronóstico de las enfermedades mentales hasta 2020, y menciona, que para ese año, enfermedades como la depresión, superarán a las enfermedades cardiovasculares, y podrá considerarse dentro de las 10 primeras causas de morbilidad.<sup>7</sup>

Se sabe que entre el 20% y 30% de los pacientes atendidos por médicos familiares presentan trastornos psíquicos, y que los más frecuentes son los trastornos de ansiedad. Sin embargo, se debe señalar que solo una quinta parte de los pacientes con trastornos de ansiedad consultan, y cuando lo hacen la detección por parte del médico es muy baja.<sup>8</sup>

Al evaluar a los enfermos ingresados a los hospitales no psiquiátricos por procesos agudos orgánicos, se obtienen prevalencias de depresión que oscilan entre el 16 y el 43%<sup>6-7</sup> y de ansiedad entre el 16 y el 30%<sup>11-12</sup>, basados en síntomas obtenidos mediante cuestionarios validados. Cuando se exigen los criterios diagnósticos del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) recopilados mediante revistas estructuradas, las cifras de prevalencia descienden a valores del 7 al 20% para la depresión y del 6 al 17% para la ansiedad<sup>13,14,15,16</sup>.

Se ha documentado que estos trastornos están sub-diagnosticados y sub-tratados, con diagnósticos al momento del egreso o durante la hospitalización a

tan solo el 1 al 3 % de los pacientes<sup>9-12</sup> y más del 60% permanece sin tratamiento durante la estancia hospitalaria o en el seguimiento posterior<sup>15,17,18</sup>. La detección de la sintomatología ansiosa o depresiva no manifiesta, requiere la sospecha clínica con el tiempo de relación con el enfermo, lo que explicaría un mayor reconocimiento por enfermería que por el personal médico<sup>10</sup> o incluso por auxiliares clínicos respecto a enfermería en residencias geriátricas<sup>13,19</sup>.

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 signifiquen modificación de sus hábitos de vida previos<sup>20,21</sup>

En pacientes adultos se ha observado que, aproximadamente, la mitad de ellos evalúan el hospital como altamente estresante, incrementándose sus niveles de depresión y ansiedad, así como la utilización de estrategias de evasión<sup>22</sup>.

En algunos estudios se ha reportado temor al ambiente hospitalario en el 35% de los pacientes; se observó que un 45% de la población presentó miedo a la anestesia y un 33% lo manifestó como miedo a la cirugía, el 47% no conocía al

cirujano que los operaría y el 45% de la población no sabía en qué consistiría el procedimiento que se le realizaría<sup>20</sup>.

La ansiedad en España se presenta en el 39.8% de las mujeres y en el 21.5% de los hombres que serán sometidos a tratamiento quirúrgico.<sup>13</sup>

## **MEDICIONES DE LA ANSIEDAD**

### **EVALUACION DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA**

Es muy útil que durante la evaluación prequirúrgica o el día del internamiento, el anestesiólogo destine un tiempo de la consulta para mantener una conversación más informal con cada enfermo, y lo estimule a que manifieste cómo 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 frases tranquilizantes 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<sup>4</sup>.

La cirugía puede tener un significado especial para cada paciente y este debe explorarse antes del procedimiento en busca de expectativas irreales o idealizaciones que puedan determinar conflictos durante la etapa de recuperación<sup>23</sup>.

Es frecuente que el paciente vea en la cirugía un planteamiento decisivo para el alivio del dolor y el sufrimiento, así como una manera de establecer una relación idealizada hacia el cirujano con elevada dependencia y esperanza<sup>23</sup>.

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<sup>8</sup>

Se han utilizado varias escalas para medir la ansiedad dentro del ámbito médico alrededor del mundo como son: la de HAD (escala de ansiedad y depresión hospitalaria), STAI (grado de ansiedad – estado), HAM-D (escala de Hamilton de la depresión), IDARE (inventario de ansiedad: rasgo-estado), APAIS (escala de ansiedad preoperatorio Ámsterdam), EVA (escala visual análoga del dolor y ansiedad).<sup>13,10,24,25,26,27</sup>

Se cuenta con la validación y estandarización para aplicarlo en personas con lengua española como son el cuestionario de Hamilton para ansiedad y el IDARE que mide tanto el rasgo como el estado de ansiedad.<sup>28,29</sup>

## **TRASCENDENCIA DE LA EVALUACION DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA:**

El trastorno por ansiedad generalizada se caracteriza por un estado mantenido de preocupación excesiva (el paciente se siente nervioso de forma constante), acompañado de síntomas somáticos asociados a tensión mental y

física: cefaleas, taquicardias, temblores, mareos, sudación, sequedad de boca, dificultades de concentración e incapacidad de relajarse.<sup>8</sup>

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<sup>4</sup>.

Entre los elementos más frecuentes los pacientes expresan preocupación por la pérdida de autonomía durante el proceso, por la separación del hogar y la posibilidad de sentirse solos en el hospital, por el temor a la muerte y los riesgos quirúrgicos tales como el dolor y la enfermedad, así como por el costo económico involucrado. Otra fuente de preocupación suele ser la habilidad y conocimientos del cirujano, el día y la hora de la intervención, la eventual pérdida de una función, la mutilación o invalidez transitoria o definitiva<sup>23</sup>.

Los síntomas psicofisiológicos que usualmente acompañan la ansiedad durante los momentos del acto operatorio en ocasiones pueden persistir hasta muchos meses después de la intervención quirúrgica<sup>24</sup>.

## **PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS QUE SE HAN ASOCIADO A LA ANSIEDAD PREQUIRURGICA.**

La mayoría de experiencias sobre la ansiedad relacionada con la cirugía, coinciden en que sus niveles son más elevados en el momento del ingreso que en el del alta y que existe una correlación positiva entre la ansiedad en el período prequirúrgico inmediato y ésta después del alta. En pacientes adultos, las preocupaciones acerca de la intervención y la recuperación parecen tener un

mayor efecto sobre la ansiedad, y están relacionadas positivamente con el nivel de ansiedad y preocupaciones de sus acompañantes<sup>22</sup>

La presencia de ansiedad en el periodo preoperatorio es variable en cada paciente y depende de varios factores: edad (los pacientes jóvenes presentan mayor ansiedad que los pacientes ancianos), estado socioeconómico, ocupación, estado físico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica, etcétera.<sup>13,30,31,20,21,5,26</sup>

Los resultados de prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión coinciden con la población de enfermos orgánicos ingresados en el hospital. Estos resultados son especialmente relevantes en el sexo femenino<sup>9,15,31</sup>, y más de una quinta parte de ellas presentan comorbilidad para ambos trastornos psiquiátricos. Se ha reportado que la depresión elevada en las mujeres se debe en gran parte a su mayor estado de ansiedad<sup>32,33</sup>. Se ha discutido si el grado de ansiedad y depresión depende de la gravedad de la enfermedad física acompañante o es independiente.<sup>13,15,13</sup> Asimismo, los pacientes con cirugías mutilantes como amputaciones, mastectomías, etcétera, presentan mayor ansiedad que los pacientes con cirugías similares en procedimiento pero en un contexto cancerígeno vs benigno, los pacientes con cáncer presentan mayor ansiedad que su contra parte. Los pacientes con menor grado de escolaridad presentan también más ansiedad que los que cuentan con un grado de escolaridad mayor, sin embargo en algunos estudios se encontró que los pacientes con una escolaridad mayor a 15 años presentan mayor ansiedad prequirúrgica<sup>26,34</sup>. Los pacientes que se encuentran acompañados por un familiar

un día previo a la cirugía se encuentran más ansiosos en comparación de los que se encuentran solos.<sup>34</sup>

El grado de ansiedad del paciente varía de acuerdo a la información recibida sobre su cirugía en función de su capacidad de asimilación y comprensión, si es que les fue proporcionada, por lo que necesario mejorar la explicación que se les facilita.<sup>13,30,31</sup>

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<sup>4</sup>.

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<sup>4</sup>.

3) Los antecedentes personales y familiares respecto a cirugías: historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme se repitan, puede transformarse en la principal fuente de ansiedad; cuando existen antecedentes de cirugías previas su nivel de ansiedad es menor.<sup>4,5,26</sup>

4) La capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad, es decir su 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 estructurada o que se encuentra en una situación emocional que lo torna más vulnerable <sup>4</sup>.

En un estudio realizado en Cuba en el año 2000, se analizaron casos de ansiedad respecto de las cirugías de insuficiencia vascular periférica, y se concluye que la indicación de tratamiento quirúrgico produce niveles de ansiedad moderados, los cuales se incrementan hasta alcanzar su máxima intensidad el día de la operación y se asocian significativamente al dolor posoperatorio, la elevación de la tensión arterial en el preoperatorio y la necesidad de consumir analgésicos y sedantes<sup>24</sup>.

Los hallazgos de un ensayo clínico controlado aleatorizado apoyan la utilización de factores de distracción para reducir la ansiedad preoperatoria del paciente y los requerimientos anestésicos intraoperatorios.<sup>35</sup>

En estudios recientes en Estados Unidos se ha observado que los pacientes que escuchan música previo a su intervención quirúrgica demuestran menos índices de ansiedad que los que no lo hacen.<sup>25</sup> Los pacientes que se encuentran cobijados en una temperatura adecuada presentan menos ansiedad en comparación de los que no se encuentran confortables con la temperatura del ambiente.<sup>36</sup>

## **CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA.**

La ansiedad se ha asociado a una estancia hospitalaria más larga <sup>11,12</sup>, con mayores costos y mayor uso de procedimientos diagnósticos. Es conocido que el mantenimiento de la ansiedad y la depresión pueden favorecer un mayor deterioro funcional<sup>37,38</sup> y en la calidad de vida<sup>13,39,40</sup>. Estudios previos reportan persistencia de la ansiedad o de la depresión en el 50% de los enfermos en valoraciones realizadas un mes después del alta hospitalaria <sup>13,41,42</sup>.

La identificación de los pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva nos permitirá mejorar su calidad de vida a corto plazo durante la hospitalización y mejorar su pronóstico funcional y vital a largo plazo <sup>13,4</sup>.

En general, los enfermos con una adaptación preoperatoria normal (aquellos que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica) 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<sup>4</sup>.

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.<sup>4</sup>

Además, en ansiedad preoperatoria puede disminuir el margen de seguridad anestésica (Rosen, 1952); es importante atenuar la ansiedad y sus

concomitantes fisiológicos para impedir que un estado de labilidad autónoma genere complicaciones intraoperatorias (como arritmias cardíacas, o incremento de las posibilidades de efectos secundarios severos de los fármacos anestésicos)<sup>4</sup>.

Otro punto importante es el abordaje psicofarmacológico del dolor. Rockwell y Rockwell (1979) han destacado la relación directa que existe entre el grado de ansiedad preoperatoria y la intensidad del dolor postoperatorio, y en general puede comprobarse que la mayoría de los enfermos que presentan dolor intenso y difícil de controlar, son efectivamente quienes han tenido antes y después de la cirugía un mal manejo de la ansiedad (Giacomantone y Mejía, 1997). Buena parte de esos pacientes mal adaptados suelen beneficiarse con el tratamiento con ansiolíticos que, al disminuir la ansiedad y los componentes emocionales del cuadro doloroso, posibilitan un mejor control del dolor con menores dosis de analgésicos<sup>4</sup>.

Cirugía ortopédica. En este tipo de cirugía los problemas psicológicos suelen asociarse a patología congénita y alteraciones del desarrollo. En el caso de los accidentes es posible que los síntomas psicológicos se asocien a la alteración prolongada y manifiesta del ritmo de vida que el enfermo sufre o bien a la presencia de sentimientos de culpa en el caso de existir otras víctimas. Otro aspecto a considerar aquí es la edad de los pacientes, ya que es conocida la asociación entre fractura de cadera en ancianos y la presencia de cuadros deliriosos y confusionales asociados a la inmovilidad, la desnutrición o la embolia grasa.<sup>23</sup>

## **INTERVENCIONES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD.**

La preparación psicológica que ofrece la visita preanestésica tiene influencia positiva en el estado anímico del paciente, pudiéndose observar la disminución de su ansiedad preoperatoria cuantitativamente<sup>44</sup>. A pesar de los avances en la farmacología para abatir la ansiedad en este periodo, poco se sabe sobre la frecuencia o la etiología de la misma<sup>21</sup>. Se han implementado estrategias con el fin de disminuir su aparición, como pueden ser: la información audiovisual con material didáctico y realización de visitas guiadas previas en salas de operaciones; o la instrucción a través de hipnosis por medio de grabaciones que cada paciente escucha previamente a su cirugía.<sup>20,21,45</sup>

Para mejorar la recuperación psicológica y orgánica de los pacientes quirúrgicos, se dispone de diferentes recursos: adecuadas medidas ambientales, de enfermería o en la relación cirujano-paciente, y diversas modalidades de psicoterapia y psicoprofilaxis, además de la utilización de psicofármacos. Es beneficioso en ocasiones la indicación de psicofármacos porque, al disminuir la ansiedad, el insomnio u otras manifestaciones psiquiátricas más graves, pueden ayudar a una mejor adaptación emocional y una recuperación quirúrgica menos amenazada por tensiones y sufrimientos<sup>4</sup>.

En el contexto quirúrgico, los psicofármacos siempre deben utilizarse teniendo en cuenta las características de la personalidad del enfermo y su modo de adaptación psicológica frente al estrés. El uso de psicofármacos como simples "supresores" de la ansiedad u otros síntomas no es adecuado; debe ser

acompañado por medidas tendientes a la identificación de los temores y conflictos desencadenados por la operación, lo que permite una tranquilidad mucho más eficaz y duradera<sup>4,45</sup>.

El uso de psicofármacos en la etapa prequirúrgica apunta sobre todo al aspecto cuantitativo, pues busca reducir la "cantidad" de ansiedad a niveles más tolerables para cada paciente. Se persigue la meta de evitar que el monto de ansiedad impida al enfermo reflexionar y adaptarse correctamente en cada momento de la experiencia anestésica y quirúrgica, y de prevenir descargas motoras directas (excitación psicomotriz, crisis de pánico y huida del quirófano, etcétera) por imposibilidad de mantener un buen control emocional<sup>4</sup>.

Un criterio fundamental para un adecuado control de la ansiedad en cirugía es el planeamiento anticipado del manejo de los psicofármacos. No es recomendable utilizarlos según necesidad, cuando los problemas ya se han presentado. Por el contrario, un uso racional requiere el conocimiento del perfil de los pacientes que debieran ser medicados con criterio preventivo; dicho perfil está determinado por la personalidad previa del enfermo, su adaptación psicológica al estrés y sus posibilidades de control de la ansiedad, con especial atención a la influencia del grado de ansiedad sobre la intensidad del dolor postoperatorio y sobre las alternativas de la recuperación orgánica<sup>4</sup>.

Se ha demostrado que la visita efectuada por el anesthesiologo es en ocasiones más efectiva que la medicación farmacológica y que puede aliviar la ansiedad preoperatoria<sup>20,46</sup>.

En todo medio hospitalario, se debe llevar a cabo una revisión, planeación, supervisión, actualización y corrección de las vías por las cuales un paciente llega a consulta, hospitalización y quirófano para que sea disminuida la presencia de ansiedad durante su estancia en el centro hospitalario<sup>20</sup>.

Es evidente que muchas de estas fuentes potenciales de ansiedad y sufrimiento psicológico pueden evitarse o reducirse importantemente dándose un tiempo para conversar con el enfermo generando un clima acogedor y horizontal en el que las preguntas del paciente sean percibidas como legítimas y necesarias y no como un cuestionamiento a la suficiencia profesional del cirujano<sup>23</sup>.

En Colombia hay estudios en los que se demuestra que las cirugías ambulatorias pueden disminuir los niveles de ansiedad, reducción de los índices de infección, beneficios económicos para los pacientes y el hospital, etcétera; se ha observado que el mejor momento de la consulta preanestésica para disminuir el grado de ansiedad es unos momentos antes de la cirugía.<sup>47</sup>

La valoración preoperatoria se asocia a menudo con la educación preoperatoria al paciente. Esta educación debe ser realizada en una variedad de aspectos pudiendo incluir consultas individuales, recorrido de las instalaciones, reuniones en grupo o consultas telefónicas. El objetivo de la educación preoperatoria es disminuir la ansiedad preoperatoriamente, valorar las necesidades de aprendizaje del paciente y la familia, e individualizar la información para cada paciente.<sup>35</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La esperanza de vida en 1990 era de 71 años y en el 2005 se incremento importantemente hasta de 74.5 años<sup>48</sup>, este hecho también ha provocado un aumento en la incidencia de enfermedades de carácter degenerativo osteoarticular en la población Mundial; por ende también se han incrementado el número de cirugías ortopédicas para tratar de mitigar esta afección. En la literatura refiere una mayor demanda quirúrgica, la cual reporta una prevalencia elevada de ansiedad prequirúrgica en todas especialidades médicas y en todos los grupos etarios; además se ha observado en varios países y en diferentes estudios que la ansiedad prequirúrgica es subdiagnosticada; los casos que son diagnosticados reciben tratamiento en un muy bajo porcentaje tanto en el periodo pre como posquirúrgico. Este hecho aunado al incremento en el número de casos de ansiedad prequirúrgica ya descritos supone la necesidad de un mayor estudio y evaluación de esta afección.

En la literatura médica, no se cuenta en la actualidad con estudios descriptivos o de otra índole que se encuentren enfocados a determinar cual es el grado de ansiedad prequirúrgica en la población mexicana adulta y si existe alguna diferencia respecto a otros grupos raciales o entre cirugías electivas o traumatológicas. De forma tal que no se conoce la prevalencia de ansiedad prequirúrgica en población mexicana adulta, y de forma muy particular en nuestra unidad médica de alta especialidad.

Con este planteamiento el conocimiento del estado actual de la ansiedad preoperatoria en la cirugía ortopédica puede generar políticas de planeación y prevención encaminadas a limitar esta afección.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

Las preguntas de investigación fueron:

1.- ¿Cuál es el índice de ansiedad pre quirúrgica en pacientes derechohabientes del IMSS del hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas que serán sometidos a cirugía mayor (artroplastia de cadera o rodilla, además de instrumentación de columna)?

2.- ¿Conocer cuales son los principales factores de riesgo asociados a la presencia de índices elevados de ansiedad preoperatoria en los pacientes derechohabientes del IMSS de hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas sometidos a cirugía mayor de cadera, rodilla y columna.

## **JUSTIFICACION**

No existen estudios en población mexicana que midan la ansiedad prequirúrgica particular y principalmente en traumatología y ortopedia.

El estudio y conocimiento del grado de ansiedad prequirúrgica para implementar programas de atención psicológica, así como de trabajo social para disminuir ésta es de vital importancia para las instituciones de salud, ya que en varios estudios se ha observado un aumento de complicaciones posquirúrgicas.<sup>49,50</sup>

Se han realizado estudios de ansiedad prequirúrgica en países como Suiza, España, Brasil<sup>51,52,53,54</sup>, con resultados de prevalencia elevada de ansiedad, teniendo como consecuencia de la misma un aumento en los costos hospitalarios y familiares.

La ansiedad juega un papel importante en el estado de salud transoperatorio, así como en el posquirúrgico e inclusive cuando ya el paciente se encuentra en su domicilio. Cuando existe esta afección, da como resultado deterioro funcional: físico, psicológico y social. El conocimiento del índice de ansiedad prequirúrgica en los pacientes puede servir para implementar medidas preventivas medicas, psicológicas y de trabajo social antes de su hospitalización, así como durante la estancia hospitalaria y disminuir las complicaciones pre, trans y posquirúrgicas.

## **OBJETIVOS**

Los objetivos del estudio fueron:

1.- Evaluar el índice de ansiedad prequirúrgica en pacientes derechohabientes del IMSS del hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas, que serán sometidos a artroplastia total de cadera o rodilla, además de instrumentación de columna.

2.- Evaluar los factores de riesgos de pacientes derechohabientes del IMSS de hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas sometidos a cirugía electiva de cadera, rodilla y columna.

## **HIPÓTESIS**

Las hipótesis del protocolo de estudio fueron:

Hipótesis Nula H0: La prevalencia de los pacientes que presenten ansiedad preoperatoria en el IMSS Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas sometidos a cirugía ortopédica de cadera y de rodilla no presentara diferencias con respecto a la literatura reportada mundialmente.

H1: Los pacientes del IMSS Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas sometidos a cirugía ortopédica mayor presentan un mayor índice de ansiedad prequirúrgica que la literatura reportada mundialmente.

H2: Los pacientes del IMSS Hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas sometidos a cirugía ortopédica mayor presentan un menor índice de ansiedad prequirúrgica con respecto a la literatura reportada mundialmente.

Para el segundo objetivo no se plantean hipótesis debido a que se trata de un cuestionario exploratorio para determinar la presencia de los factores de riesgo siendo una medición de carácter transversal.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Por el número de mediciones: transversal.

Por la maniobra del investigador: observacional.

Por el tipo de inferencias: analítico.

Por el propósito: Epidemiológico.

## **POBLACIÓN ACCESIBLE**

Pacientes que acudieron a los servicios de cadera, rodilla y columna de Ortopedia que fueron programados para cirugía del Hospital de Ortopedia de la UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", del Instituto Mexicano del Seguro Social: Colector 15 s/n (Av. Fortuna) Esq. Av. Politécnico nacional. Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero. C.P. 07760. Tel.: 57-47-35-00.

**Periodo:** el periodo de recolección de datos fue a partir de junio 2007 a julio de 2007.

## **UNIVERSO POBLACIONAL DEL ESTUDIO**

Se aceptaron a todos los pacientes derechohabientes que ingresen a los servicios de cadera, rodilla y columna del Hospital de Ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" que serán sometidos a tratamiento quirúrgico mayor.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Los criterios de inclusión, no inclusión y eliminación fueron:

### **Criterios de inclusión:**

Derechohabientes del IMSS mayores de edad (18 años en adelante), programados para la colocación de prótesis total de cadera o rodilla, así como instrumentación de columna.

### **Criterios de No inclusión:**

Pacientes con capacidades mentales superiores limitadas.

Pacientes con discapacidades como sordera, ceguera o alteraciones en el lenguaje.

Pacientes que no acepten participar en el protocolo de estudio.

### **Criterios de Eliminación:**

Se eliminarán aquellos casos en que no pueda ser completado el cuestionario empleado para la evaluación de los factores de riesgo, así como las escalas encaminadas a la evaluación de la ansiedad preoperatoria.

Pacientes que en cualquier momento del estudio decidan abandonar el protocolo de estudio sin que se haya completado su evaluación.

### **METODOS**

Se entrevistó directamente a los pacientes que se les realizó tratamiento quirúrgico en los servicios de cadera, rodilla y columna en el hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas. Con tres cuestionarios, uno realizado con las variables independientes y los siguientes con cuestionarios para valorar el índice de ansiedad que son el cuestionario de Hamilton y el IDARE.

### **TÉCNICA DE MUESTREO**

Muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

### **CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA**

Supuestos para el cálculo del tamaño de muestra.

La referencia para el cálculo es la prevalencia de ansiedad preoperatoria encontrada en dos poblaciones.

La diferencia entre las proporciones encontradas entre ambos estudios es de un 30%, con un margen o amplitud de 15%.

Con estos supuestos se utiliza la aproximación de Hulley con un alfa de 0.05, poder de 80 así como un intervalo de confianza de 95%, teniendo como resultado una muestra de 156 individuos.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO PROPUESTO**

Estadística descriptiva.

Análisis por subgrupos: Subgrupo de Cadera, Columna y de Rodilla.

Estadística Inferencial:

Ponderación de los factores de riesgo evaluados.

Análisis de Regresión logística.

### **DESCRIPCION DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS**

Los datos primarios obtenidos y anotados en el formato de reporte de caso (FRC), serán registrados en una hoja electrónica de recolección de información diseñada para este propósito en el paquete SPSS v.11.0. Se realizará descripción de las variables, así como análisis de homogeneidad de las variables demográficas y co-variables, para conocer la comparabilidad de los grupos,

### **VARIABLES**

INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
EDAD	<b>INDICE DE ANSIEDAD</b>
SEXO	
CIRUGIAS PREVIAS	
PATOLOGIA PREVIA	
RELIGION	
ESCOLARIDAD	
ENTREVISTA PREVIA CON SU CIRUJANO	
COMPRESION DE EXPLICACION PREVIA DE SU PATOLOGÍA	
PLÁTICA GRUPAL PREVIA	
PERSONA ACOMPAÑANTE	

TRABAJO	
TIPO DE ACTIVIDAD	
TIPO DE DEROCHOHABIENTE	

## **DESCRIPCION DE VARIABLES**

Variables independientes:

### **Edad:**

Definición conceptual: la edad de una persona se define como el tiempo transcurrido desde su nacimiento.

Definición operacional: esta se obtendrá de los datos especificados en la hoja inicial de ingreso al servicio.

Tipo de variable: a.- Cuantitativa, continúa y de razón.

Categoría: 18 a 90 años de edad.

Técnica de medición: interrogatorio directo

### **Sexo:**

Definición conceptual: el sexo de una persona se define como la condición orgánica que le distingue como hombre o mujer.

Definición operacional: se obtendrá mediante observación directa del paciente.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal y dicotómica.

Categoría: hombre, mujer

Técnica de medición: revisión observacional del paciente.

### **Cirugías previas:**

Definición conceptual: cualquier acto quirúrgico que se haya realizado con presencia de anestesia ya sea local, regional o general.

Definición operacional: cualquier cirugía por cualquier diagnóstico que haya sido sometido el paciente.

Tipo de variable: cualitativa, dicotómica, cuantitativa continua.

Categoría: si: número, no.

Técnica de medición: revisión de cuestionario

### **Patología previa:**

Definición conceptual: cualquier enfermedad crónica degenerativa que presente el paciente.

Definición operacional: cualquier enfermedad crónica degenerativa que presente el paciente como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, artritis reumatoide, cáncer, entre otras.

Tipo de variable: cualitativa, politómica.

Categoría: DM tipo 2, HAS, AR, cáncer, etc.

Técnica de medición: revisión de cuestionario.

### **Religión:**

Definición conceptual: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.

Definición operacional: cualquier religión que profese el paciente

Tipo de variable: cualitativa, politómica.

Categoría: católica, protestante, mormona, ortodoxa, testigo de Jehová, etc.

Técnica de medición: revisión de cuestionario

### **Escolaridad**

Definición conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Tiempo que duran estos cursos.

Definición operacional: se considerara el último grado escolar referido por el paciente.

Tipo de variable: cualitativa, categórica, politómica

Categoría: último año de escolaridad.

Técnica de medición: revisión de cuestionario

### **Entrevista previa con su cirujano:**

Definición conceptual: platica previa con el médico encargado acerca del procedimiento quirúrgico, que engloba: beneficios, riesgos, complicaciones.

Definición operacional: solamente se preguntara si tuvo plática previa con su médico tratante.

Tipo de variable: cualitativa, dicotómica, nominal.

Categoría: SI o NO

Técnica de medición: revisión de cuestionario.

### **Comprensión de explicación previa de su patología**

Definición conceptual: entendimiento pleno de los procedimientos de su tratamiento completo.

Definición operacional: se preguntará si entendió lo que su médico trato de explicarle a cerca de su patología.

Tipo de variable. Cualitativa, dicotómica, nominal.

Categoría: SI o NO.

Técnica de medición: revisión de cuestionario

**Platica previa:**

Definición conceptual: orientación que se imparte en grupo para los pacientes a cerca del procedimiento quirúrgico y anexos.

Definición operacional: se realizara en el cuestionario la pregunta si recibió alguna plática previa en grupo.

Tipo de variable: cualitativa, dicotómica, nominal.

Categoría: SI o NO.

Técnica de medición: revisión de cuestionario

**Persona acompañante**

Definición conceptual: persona que acompaña.

Definición operacional: cualquier persona que se encuentre acompañando al paciente un día previo a su cirugía. Se obtendrá de la interrogante si alguien está acompañando al paciente o si se encuentra solo.

Tipo de variable: cualitativa, dicotómica nominal.

Categoría: SI o NO.

Técnica de medición: revisión de cuestionario

**Trabajo**

Definición conceptual: actividad retribuida monetariamente o en especie

Definición operacional: si la persona candidata se encuentra empleada recibiendo un salario.

Tipo de variable: cualitativa, dicotómica, nominal.

Categoría: SI o NO.

Técnica de medición: revisión de cuestionario

**Tipo de actividad**

Definición conceptual: labor que desempeña el paciente en su vida diaria

Definición operacional: cualquier puesto que desempeñe en su empresa u hogar.

Tipo de variable: cualitativa, nominal, politómica.

Categoría: ama de casa, pensionado, obrero, empleado, etc.

Técnica de medición: revisión de cuestionario

### **Tipo de derechohabiente:**

Definición conceptual: persona que se encuentra afiliada al IMSS

Definición operacional: se tomara si el paciente es el asegurado o beneficiario.

Tipo de variable: cualitativa, nominal, dicotómica.

Categoría: asegurado o beneficiario.

Técnica de medición: revisión de cuestionario

## **RECURSOS HUMANOS**

- **Investigador responsable:** Dr. Juan Palomino Leyva
- **Tesis alumno de especialidad en ortopedia:** Dr. Josué Román Galicia
- **Tutor:** Dr. Franco Valencia Moisés
- **Colaboradores:** Dr. Rubén Torres González, Dra. Elizabeth Pérez

## **RECURSOS MATERIALES**

- Computadora portátil con el paquete estadístico SPSS versión 11.0 en inglés.
- Lápices de grafito 2.0.
- Hoja de consentimiento informado.
- Hoja de registro individual para cada paciente con los hallazgos encontrados en cada valoración.

- Área física con iluminación y ventilación adecuadas para las valoraciones clínicas y radiológicas seriadas, con dos sillas, escritorio,
- Base de datos y análisis estadístico: SPSS 11.0
- Cuestionario de ansiedad IDARE, HAMILTON PARA ANSIEDAD Y DEPRESION.
- Cuestionario de recolección de factores de riesgo.

Una impresora

Tinta para impresora

Bolígrafos

## **FINANCIEROS**

Este proyecto será financiado con los recursos propios del investigador.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente estudio cumple con los lineamientos de la Ley General de Salud, la Declaración de Helsinki y las Buenas Prácticas Clínicas.

La investigación en el terreno de la salud, constituye un factor determinante para mejorar las acciones destinadas a conservar, promover y reestablecer la salud del individuo y la sociedad. La investigación debe seguir los planteamientos éticos que garantizan la libertad, dignidad y bienestar de los individuos que participan en ella, así como los criterios técnicos que regulan el uso de sus recursos humanos y materiales. Su propósito es obtener nuevos y/o mejores recursos profilácticos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. Las actividades de investigación en salud deben controlarse con medidas de

seguridad, que las hagan eficaces y eficientes a la vez que eviten riesgos a la salud de los individuos.

El presente estudio se llevará a cabo utilizando documentos que forman parte del expediente clínico. Esto no implica alteración en el acceso a los servicios médicos, de acuerdo a lo estipulado por La ley general de salud en relación en materia de investigación para la salud, actualmente vigente en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos:

- Título primero: disposiciones generales.
  - Artículo 2º: fracción VII
  - Artículo 3º: fracción IX
- Título segundo: capítulo II: distribución de competencias.
  - Artículo 17º: fracción III
- Título quinto: investigación para la salud.
  - Artículos 96º a 103º

Siguiendo también los códigos internacionales de ética: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, Finlandia, Junio 1964) y enmendada por las 29ª Asamblea Médica Mundial (Tokio, Japón, Octubre 1975), 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia, Italia, Octubre 1983), 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, Septiembre 1989), 48ª Asamblea General (Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996), y la 52ª Asamblea General (Edimburgo, Escocia, Octubre 2000).

Este trabajo se presentará ante el comité local de investigación para su evaluación y dictaminación. Una vez autorizado, se presentará el número de registro del proyecto ante la jefatura del archivo clínico del Hospital de Ortopedia de la UMAE Magdalena de las Salinas del Instituto Mexicano del Seguro Social, para su autorización. Una vez constada por escrito dicha autorización, se realizará el estudio.

El presente estudio se realizara con un cuestionario para obtener el índice de ansiedad prequirúrgico así como recabar las demás variables, por lo que no se encuentra influido su tratamiento quirúrgico, egreso y rehabilitación del paciente.

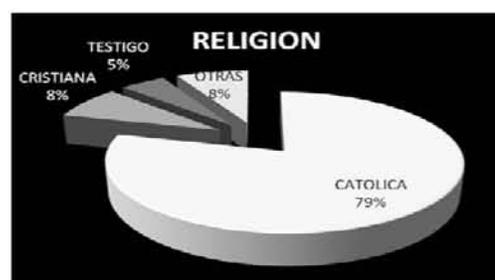
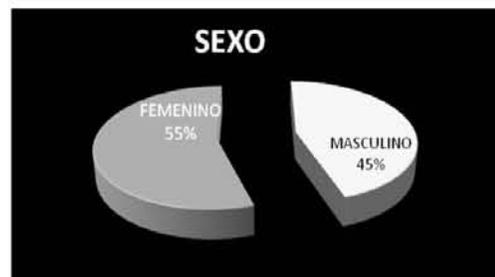
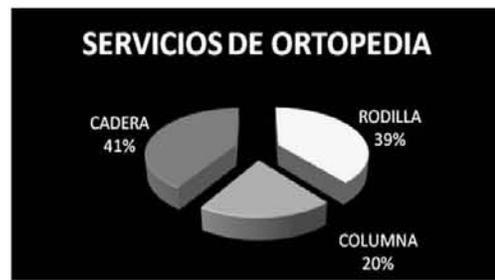
## RESULTADOS

Se realizaron encuestas en un total de 100 pacientes en un periodo comprendido de tres meses, con los cuestionarios de valoración de la ansiedad: IDARE, Hamilton así como nuestro cuestionario de variables independientes. Se analizaron de forma sistemática y nos guiamos con los resultados de ansiedad del cuestionario IDARE y se comparo sus niveles de ansiedad reportados con el de Hamilton siendo muy similares por lo que solamente para nuestros fines descriptivos se utilizo el IDARE.

Dio como resultado de la recolección de datos obtenidos de los cuestionarios, un total de 100 pacientes los cuales 41 de cadera, 39 rodilla y 20 columna.

Del total de 100 pacientes 55% fueron mujeres y 45% hombres.

La edad se dividió en tres rangos de edad el primero de 35 a 50 años, el segundo de 51a 70 años y el tercero más de 71. En cuanto al rubro de la religión la mayoría el 79% profesan religión católica, la religión cristiana y otras un 8% respectivamente y testigo de Jehová el 5%. En el rubro de la escolaridad, el 32% curso la primaria, el 20% secundaria, el



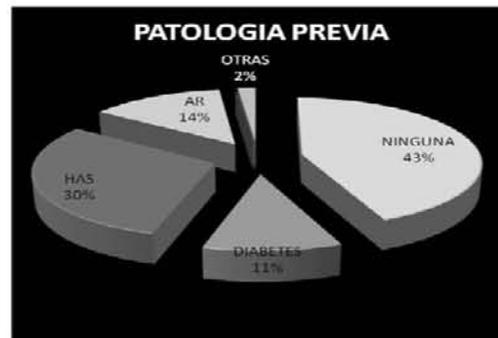
17% preparatoria, el 13% leer y escribir (se incluyo en este porcentaje los que cursaron hasta 3° de primaria), 12% profesional y el 6% analfabeta.



En el ámbito laboral, de los 100 pacientes, el 43% no trabajan, el 36% son personas laboralmente activas y el 21% son pensionados. Tomando en cuenta que el estudio se realizó en el IMSS el 54% son beneficiarios por una persona laboralmente activa, y el 46% son trabajadores activos o pensionados por el seguro social.



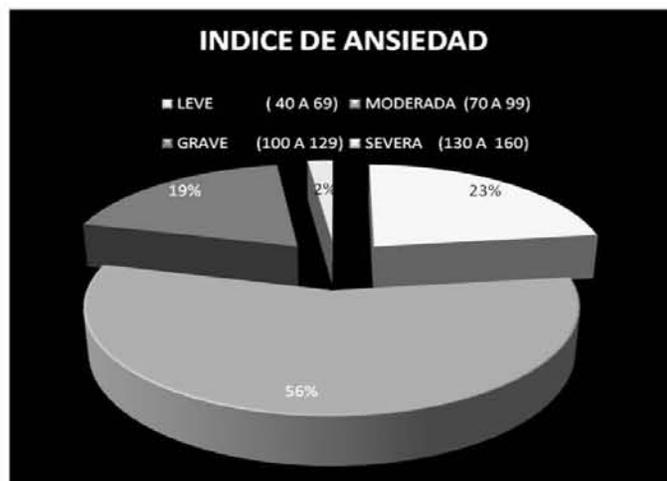
En la muestra de cirugías previas el 78% presentaban al menos una cirugía anterior y solamente el 22% no tenían ninguna experiencia previa quirúrgica. Patologías cronicodegenerativas concomitantes: 43% no presentaban patología previa, 30% hipertensión arterial sistémica, 14% artritis reumatoide, 11% diabetes mellitus tipo 2, 2% otras (hipotiroidismo, lupus, etc). Ningún paciente presentó cáncer.



En nuestro cuestionario aplicado, fue importante saber si los pacientes se encontraban con algún acompañante el día previo a la cirugía dando como resultado el 52% con familiar presente, 48% se encontraban solos.

Al realizar el cuestionario el 65% platico previamente con su médico tratante a cerca del procedimiento quirúrgico, el 35% no. De los que conversaron a cerca de la cirugía con su médico el 64% refiere haber entendido el procedimiento a realizar y el otro 36% no. En el hospital se realizan pláticas grupales con los pacientes moderada por un médico del servicio para explicarles el procedimiento quirúrgico, riesgos, beneficios y complicaciones de las mismas, dando un porcentaje de asistencia del 52% y un 48% sin asistencia.

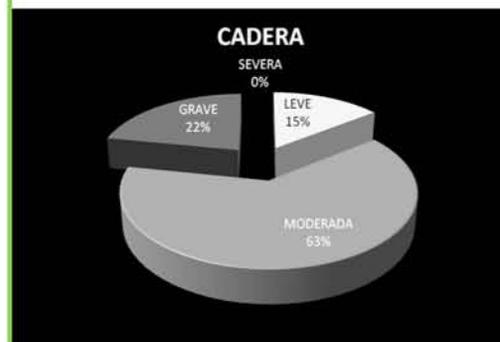
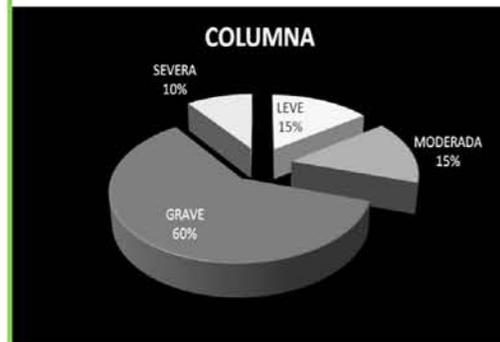
En este párrafo solamente se describirá el grado de ansiedad en general, el 56% presento ansiedad moderada, 23% leve, 19% grave, 2% severa. En los siguientes párrafos describiremos los grados de ansiedad de acuerdo a cada variable.



Con los pacientes de rodilla predominó nivel de ansiedad de leve a moderada con un porcentaje de 38 y 44% respectivamente, en el servicio de cadera los pacientes presentaron un nivel de moderada y grave con un porcentaje de 63% y 22%. En los pacientes de columna predominó el nivel de ansiedad grave en un 60%.

Con respecto al sexo, los hombres presentaron un 51% de ansiedad moderada y 24% grave; y las mujeres presentaron un 60% de ansiedad moderada y un 22% leve.

En cuanto al rango de edad, las personas jóvenes de 35 a 50 años presentaron ansiedad moderada 50% y grave 30%, personas de mediana edad (51-70 años), 59% moderada y 20% grave. Y personas de más de 71 años presentaron ansiedad moderada 55% y 31% leve.



En cuestión a la religión, los pacientes católicos el 53% de ansiedad moderada y 24% leve, en la religión cristiana el 62% ansiedad moderada y 25% leve, con los testigos de Jehová el 80% de ansiedad moderada y 20% grave. Y en otras religiones el 62% de ansiedad leve y 25% moderada.

En lo que respecta a la ansiedad en la escolaridad se encuentran que el 67% de los analfabetas presentan nivel de ansiedad moderada y el 33% grave, los pacientes que solamente saben leer y escribir el 77% presentan ansiedad moderada y 15% grave; primaria el 59% moderada y el 25% leve, en nivel



secundaria el 40% moderada, y el 30% leve; a nivel preparatoria se encuentran en el mismo rango con un 41% moderada y leve; en los pacientes con grado de escolaridad profesional se encontró un nivel de ansiedad moderada en un 67% y 17% grave.

En el ámbito laboral las personas que son activas el 47% presentan ansiedad moderada y el 31% grave. Las personas que no son activas presentan en un 55% ansiedad moderada, y grave en un 22%. Los pacientes que son asegurados (por su trabajo o pensionados) presentan 61% de ansiedad moderada y 20% grave. Los pacientes beneficiarios presentan 52% moderada y leve 28%.

Pacientes con cirugías previas el 58% presentan ansiedad moderada y leve 23%. Y pacientes con ninguna cirugía previa el 50% moderada y en el mismo porcentaje leve y grave con un 23%.

En patologías de los pacientes lo que no presentaban patología previa el 69% moderada y 19% leve. En pacientes diabéticos presentaron 42% ansiedad moderada y 33% grave. Con hipertensión arterial sistémica ansiedad moderada en un 43%, leve 30% y grave 27%. Con artritis reumatoide 57% moderada, y 27% leve.

Los pacientes con familiar presente presentaron un 56% moderada y 23% leve. Los que no tuvieron familiar el día previo a su cirugía el 56% presentaron ansiedad moderada y 23% leve. Platica previa con su médico el



54% presentaron ansiedad moderada y 25% leve; cuando no presentaron platica el 60% presento ansiedad moderada y ansiedad grave un 20%. Los que entendieron la explicación de su médico solamente el 28% presentaron ansiedad leve y 58% moderada. Los que no entendieron solamente un 14% presentaron ansiedad leve el resto se encuentra entre grave30% y moderada en 53%. Cuando tuvieron la plática grupal un 27% presentaron ansiedad grave y 44% moderada. En comparación con los que no tuvieron plática presentaron una ansiedad leve en un 21%. Y 60% moderada.

## **DISCUSIÓN**

Del total de los pacientes encuestados (en total 100) el nivel de ansiedad, predominó de leve a moderada. Los servicios ortopédicos que presentaron un nivel mayor de ansiedad que predominó en moderada fue en el de cadera seguido del servicio de columna. Probablemente debido a que estos servicios no cuentan con una plática grupal previa a su cirugía establecida. Con respecto a la literatura mundial no se cuenta con ningún parámetro descriptivo para realizar una comparación.

Nuestros resultados concuerdan con la literatura mundial en la que refieren que los pacientes del sexo femenino presentan mayor nivel de ansiedad que los hombres.

Los resultados con respecto a la edad no son muy valorables ya que los 3 grupos de estudio tienen similar nivel de ansiedad. Aunque existe una tendencia hacia la edad media adulta que presenten niveles de ansiedad elevada; que podría corresponder con algunos autores internacionales que hacen referencia de la edad productiva y activa de los pacientes en esta etapa de su vida por lo que les causa una mayor ansiedad prequirúrgica.

Nuestro estudio analizó la relevancia que presentan las creencias religiosas y se observó que los pacientes que profesan la religión de Testigo de Jehová presentan un 80% de ansiedad moderada en comparación con los que practican la religión católica en los que se observa un 53% de ansiedad moderada. De igual forma no podemos compararlo con la literatura mundial ya que no se cuenta con ningún protocolo que valore la relación entre creencia y ansiedad.

Cuando se realizo el análisis de los pacientes con escolaridad junto con los reportes mundiales encontramos las dos tendencias en las que se observa un aumento en el nivel de ansiedad en los paciente sin escolaridad o muy baja escolaridad; así como los pacientes que tienen un nivel de educación profesional presentan niveles de ansiedad moderada y grave. Probablemente se deba a que los pacientes con un bajo nivel de educación presentan una mayor ignoracia y una baja comprensión de las explicaciones de su tratamiento quirúrgico; y en comparación de los pacientes con un nivel de escolaridad elevado tienen una mayor capacidad de búsqueda de información por lo que sus dudas y temores son mayores.

En nuestros resultados los pacientes laboralmente activos presentaron un 33% de ansiedad grave. En comparación que los pacientes que son beneficiarios (pacientes que no son laboralmente activos) un 28% es leve su nivel de ansiedad y 52% moderada. Observándose que los pacientes laboralmente activos presentan mayor preocupación sobre sus trabajos, el sustento familiar ya que en la mayoría de los casos es la única persona que aporta capital a su familia.

Los pacientes que no contaban con patología previa presentaron mayor ansiedad que los pacientes que cuentan con alguna patología previa. Muy probablemente debido a que los pacientes con enfermedades crónico degenerativas tienen una experiencia mayor en el ámbito hospitalario en comparación de los pacientes “sanos” que nunca habían estado hospitalizados. No hay reportes en la literatura mundial a cerca de la relación entre enfermedades crónico degenerativas y ansiedad prequirúrgica.

En nuestras encuestas y análisis no hubo diferencia entre los pacientes que presentaban familiar presente o no. Los pacientes que no tuvieron platica previa con su médico tratante presentaron un mayor índice de ansiedad que los pacientes que si tuvieron plática con su médico tratante. Además los pacientes que entendieron la explicación de que le realizó su médico tratante tuvieron un nivel de ansiedad menor que los que no entendieron. Además lo pacientes que presentaron plática grupal previa presentaron un nivel de ansiedad menor que los que no la tuvieron. Se puede comparar con la literatura mundial ya que se refiere que los pacientes que tuvieron platicas previas con sus médicos tratantes presentaron menor ansiedad prequirúrgica.

## **CONCLUSION**

Dando como punto final a este protocolo de investigación nos da como resultado que es necesario realizar mayores estudio que evalúen los factores de riesgo con un número mayor de pacientes; para determinar adecuadamente y de forma exacta el índice de ansiedad prequirurgica.

Con los resultados de nuestro estudio podemos observar que nuestros pacientes de la UMAE presentan un gran nivel de ansiedad moderada a grave; que nos podría encaminar a mejorar las platicas previas a la cirugia con el médico tratante explicando con palabras claras y sencillas en que consiste el tratamiento quirúrgico, asi como implementar en la unidad platicas grupales a todos los pacientes. Asi como folletos en los que expliquen el proceso de estancia hospitalaria pre, trans y posquirurgica. Además de políticas adecuadas permanentes para detectar la ansiedad y tratarla de forma adecuada para disminuir las complicaciones pre, trans y posquirurgicas.

FOLIO			
-------	--	--	--

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CLAVE FORMATO IMSS 2810-009-013

### TITULO DEL ESTUDIO:

## EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA Y SUS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOPÉDICA MAYOR.

### SITIO DEL ESTUDIO:

Servicios de cadera, columna y rodilla del Hospital de Ortopedia. UMAE Magdalena de las Salinas. Instituto Mexicano del Seguro Social.

### INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Juan Palomino Leyva, médico no familiar, Medicina Interna, adscrita al Hospital de ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" UMAE IMSS. México, D.F.

### Colaboradores:

DR. Josué Román Galicia; residente Hospital de Traumatología y Ortopedia Magdalena de las Salinas.

Dr. Moises Franco Valencia; médico adscrito al servicio de rodilla del hospital de Ortopedia Magdalena de las Salinas.

### OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Conocer los índices de ansiedad y las diferencias entre los pacientes que serán sometidos a cirugía electiva en reemplazo articular de cadera y rodilla así como instrumentación de columna.

### PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

1. A cada paciente que ingrese al servicio de cadera y rodilla en el hospital de Ortopedia que cubra los criterios de inclusión, se le explicara sobre el presente estudio y se solicitaran sus datos generales y de localización a fin de incluirlos a la base de datos.
2. Se pedirá a los pacientes llenen completamente y firmen la hoja de consentimiento informado para autorización de los cuestionarios de ansiedad, realización del cuestionario de variables y la inclusión en este estudio.

#### **RIESGOS O INCONVENIENTES DEL ESTUDIO:**

Usted como paciente no será expuesto a ningún riesgo adicional al inherente a la lesión que ya presenta y del tratamiento habitual de dicha lesión. Ya que su participación en este estudio es INDEPENDIENTE del tratamiento y del manejo habitual del servicio mencionado.

#### **BENEFICIOS DEL ESTUDIO:**

Con el presente estudio se trata de identificar las variables que influyen en el índice de ansiedad prequirúrgica, para realizar posteriormente un programa multidisciplinario para disminuir la ansiedad de los pacientes y así prevenir las probables complicaciones pre-trans y posoperatorias.

#### **DURACION DEL ESTUDIO:**

La duración del estudio será de 6 meses. Su participación en el estudio durara lo que tome realizar los cuestionarios y calificarlos. Aproximadamente 30min.

#### **COSTOS:**

El presente estudio no tendrá ningún costo para usted.

#### **COMPENSACION:**

Usted no recibirá ninguna compensación por enrolarse en el presente estudio.

#### **CONFIDENCIALIDAD:**

Se confirma por parte de los autores del estudio que los resultados se comentaran con usted como paciente cuando lo disponga. Su identidad también será mantenida en forma confidencial conforme a lo señalado por la ley general de salud y las buenas prácticas clínicas.

#### **PARTICIPACION:**

**Su participación será voluntaria.** Usted como paciente puede hacer cualquier pregunta relacionada con este estudio y tienen derecho a obtener respuestas adecuadas. **Si usted decide no participar**, eso no será obstáculo para ningún tratamiento médico que esté recibiendo o que tenga que recibir y tampoco afectará la calidad de sus consultas médicas actuales o futuras en los servicios que ofrece el Hospital de traumatología Victorio de la Fuente Narváez.

He leído el consentimiento informado para este estudio. Se me ha explicado la naturaleza, el objetivo, la duración, los efectos y riesgos predecibles del estudio y lo que se espera de mí. Se han contestado todas mis dudas a mi entera satisfacción.

1. Entiendo que mi participación en el estudio es voluntaria y de que puedo renunciar a participar o puedo retirarme del mismo en cualquier momento, sin penalización o pérdida de los beneficios a los que tengo derecho. También entiendo que se me dará a conocer cualquier otra información que surja durante el estudio que pueda afectar mi deseo de participar en el mismo.
2. Estoy de acuerdo en que los resultados del estudio pueden darse a conocer a las autoridades pertinentes. Mi nombre y dirección se mantendrán confidenciales.
3. Es probable que representantes del comité de ética independiente / consejo de revisión institucional o autoridades regulatorias locales o extranjeras deseen examinar mis registros médicos para verificar la información recopilada. Al firmar este documento, autorizo a que se revisen mis registros.
4. Estoy de acuerdo en participar en este estudio.

➤ **PACIENTE:**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

➤ **TESTIGO:**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Confirmando que personalmente le he explicado a la persona cuyo nombre aparece arriba la naturaleza, objetivo, duración del estudio:

● **INVESTIGADOR:**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

● **PERSONA QUE EXPLICO EL CONSENTIMIENTO:**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

México; D. F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

**ANEXO 2**

**IMSS**  
**UMAE HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA**

**"DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ"**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**CUESTIONARIO: EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA Y SUS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOPÉDICA MAYOR.**

**CUESTIONARIO DE RIESGOS PROBALES DE ANSIEDAD.**

**FECHA:**

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NUM. DE FILIACION: \_\_\_\_\_ SEXO: FEM  MAS

CAMA: \_\_\_\_\_

CIRUGIA A REALIZAR: \_\_\_\_\_ COLUMNA  → RODILLA  CADERA

EDAD DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ →

RELIGION: \_\_\_\_\_ → SI  NO

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

TRABAJA: \_\_\_\_\_ → SI  NO  PENSIONADO

A QUE SE DEDICA: \_\_\_\_\_

ES EL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ SI  NO  BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_ SI  NO

CIRUGIAS PREVIAS: \_\_\_\_\_ → SI  NO  CUANTAS

PATOLOGIA PREVIA: \_\_\_\_\_ → DM2  HAS  AR  CANCER

FAMILIAR PRESENTE: \_\_\_\_\_ → SI  NO

PLATICA PREVIA CON SU MEDICO TRATANTE \_\_\_\_\_ → SI  NO

ENTENDIO LA EXPLICACION DE SU MEDICO \_\_\_\_\_ → SI  NO

\_\_\_\_\_ →

PLATICA GRUPAL PREVIA

SI NO

**ANEXO 3**  
**VERSION VALIDADA EN ESPAÑOL DE LA HAMILTON**  
**ANXIETY RATING SCALE (HARS)**

<b>SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad		0	1	2	3	4
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud		0	1	2	3	4
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes		0	1	2	3	4
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar		0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria		0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar temprano, cambios de humor durante el día		0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa		0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo		0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole		0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea		0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borboríngos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento		0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia		0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)		0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general) Tenso/a, no relajado/a, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud: pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial		0	1	2	3	4
Comportamiento (fisiológico) Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 lat/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados		0	1	2	3	4

# ANEXO 4

# IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación  
por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a) .....	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a) .....	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a) .....	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a) .....	①	②	③	④
5. Estoy a gusto .....	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a) .....	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo .....	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a) .....	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a) .....	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a) .....	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a) .....	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a) .....	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a) .....	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar" .....	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a) .....	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a) .....	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a) .....	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a) .....	①	②	③	④
19. Me siento alegre .....	①	②	③	④
20. Me siento bien .....	①	②	③	④

## BIBLIOGRAFIA:

1. Diccionario De Real Lengua Española; Real Academia Española., [Http://Buscon.Rae.Es/Draei/Srvltconsulta?Tipo\\_Bus=3&Lema=Anisedad](Http://Buscon.Rae.Es/Draei/Srvltconsulta?Tipo_Bus=3&Lema=Anisedad).
2. Adolfo Jarne , Antoni Talarn; Manual De Psicología Clínica Temas De Salud Mental 1era Edicion. Ed. Paidos. España. 2000;Pags:236, 237.
3. <Http://Es.Wikipedia.Org/Wiki/Ansiedad>
4. Escobar F. Estrés Quirúrgico y Ansiedad, Criterios Para Su Manejo Terapeutico. Anestesiaweb.Ens.Uabc.Mx/Articulos/Residentes/Estres\_Quirurgico\_Ansiedad.htm
5. I. Ornaque, E.Carrero, 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: 151-6
- 6.. Biebuyck Jf. The Metabolic Response To Stress: An Overview And Update. Anesthesiology.1990:308-27.
7. Torrades. Ansiedad y Depresión. Offarm. 2004, vol 23 num3:126-9
- 8 Galgonafria, Gonzalez Cortazar. El Paciente Con Ansiedad. Jano 3-11. 2003 Vol Lxv
9. Lykouras E, Ioannidis C, Voulgari A, Jemos J,Tzonou A. Depression Among General Hospital Patients In Greece. Acta Psychiatr Scand 1989;79: 148-52.
10. Kunsebeck Hw, Lempa W, Freyberger H. Identification Of Psychosomatic And Psychic Disorders In Non-Psychiatric In-Patients. Psychother Psychosom 1984;42;187-94.
11. Levenson JI, Hamer Rm, Rossiter Lf. Relation Of Psychopathology In General Medical Inpatients To Use And Cost Of Services. Am J Psychiatry 1990;147:1498-503.
12. Fulop G. Anxiety Disorders In The General Hospital Setting. Phychiatr Med, 1990;8:187-95.
13. Armand Grau Martin , Rosa Suñer Soler; Niveles De Ansiedad Y Depresión En Enfermos Hospitalizados Y Su Relacion Con La Gravedad De La Enfermedad; Med Clin (Barc) 2003;120 (10): 370-5.
14. Silverstone Ph. Prevalence Of Psichiatric Disorders In Medical Inpatients. J Nerv Ment Dis 1996;184:43-51.
15. Hansen Ms, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj MI, Søndergaard L, Munk-Jørgensen P. Mental Disorders Among Internal Medical Inpatients Prevalence, Detection, And Treatment Status. J Psychosomatic Res 2001;50:199-204.
16. Clarke Dm, Minas Ih, Stuart Gw. The Prevalence of Psychiatric Morbidity In General Hospital Inpatients. Aust N Z Psychiatry 1991;25:322-9.
17. Beausang P, Syed R. Screening For Anxiety And Depression In Adult General Medical In-Patients In A Scottish District General Hospital. Scot Med J 1998;43;177-80.

18. Koenig Hg, George Lk, Meador Kg. Use Of Antidepressants By Nonpsychiatrists In The Treatment Of Medically Ill Hospitalised Depressed Elderly Patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1369-75.
19. Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence Of Depression And Depression Recognition In Nursing Homes. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2001;36:613-20.
20. Ruiz-López E Et Al. Ansiedad Preoperatoria. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2000; 63 (4): 231-236
21. Ghoneim M, Block Ri, Sarasin Ds, Davis Cs, Marchman Jn. Tape Recorded Hypnosis Instructions As Adjuvant In The Care Of Patients Scheduled For Third Molar Surgery. *Anaesth Analg* 2000; 90: 64-68.
22. Vila Ma, Zaragoza C., Ansiedad Y Preocupaciones Prequirurgicas En El Paciente Y Su Cuidador Familiar En Cirugía Mayor Ambulatoria., *Cir. May. Amb.* 2003, Vol. 8 (3): 175-176.
23. Departamento De Cirugía. Hospital Clínico, Universidad De Chile; Psiquiatría De Enlace Y Cirugía; Psiquiatría De Enlace Y Cirugía / Alejandro Koppmann A. *Rev. Chilena De Cirugía*. Vol 56 - Nº 6, Diciembre 2004; Págs. 517-522
24. Lic. Raquel Pérez Díaz,<sup>1</sup> Lic. Marta De La C. Martín Carbonell<sup>2</sup> Y Dra. Mayda Quiñones Castro<sup>3</sup>; 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
25. Shu-Ming Wang, Md\*, Lina Kulkarni, Md., Music And Preoperative Anxiety: A Randomized, Controlled Study., *Anesth Analg* 2002;94:1489-94.
- 26.- Domar Ad, Everett Ll, Keller Mg. Preoperative Anxiety: Is It A Predictable Entity? *Anesth Analg* 1989;69:763-7.
- 27.- Moerman., The Amsterdam Preoperative Anxiety And Information Scale (Apais),. *Anesth Analg* 1996;82:445-51.
28. Lobo, Chamorro., Validacion De Las Versiones En Español De La Montgomery-Asberg Depression Rating Scale Y La Hamilton Anxiety Rating Scale Para La Evaluación De La Depresión Y De La Ansiedad., *Med Clin (Barc)* 2002; 118(13):493-9
- 29.- Spielberg, A., Martinez Urrutia., Manual de psicodiagnósticos del IDARE, ed. El Manual Moderno., 1980, México., pp. 30-1
30. García Mj, Tobías J. Prevalencia De Depresión En Mayores De 65 Años. Perfil Del Anciano De Riesgo. *Aten Primaria* 2001;30:484-8.
31. Covinsky Ke, Fortinsky Rh, Palmer Rm, Kresevic Dm, Landefeld Cs. Relation Between Symptoms Of Depression And Health Status Outcomes In Acutely Ill Hospitalised Older Persons. *Ann Intern Med* 1997;126:417-25

32. Breslau N, Schultz L, Peterson E. Sex Differences In Depression: A Role For Preexisting Anxiety. *Psychiatry Res* 1995;58:1-12.
- 33.. Wilhelm K, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. Fifteen Years On: Evolving Ideas In Researching Sex Differences In Depression. *Psychol Med* 1997;27:875-83.
34. Wells J, Howard G, Nowlin W, Vargas M. Presurgical Anxiety And Postsurgical Pain And Adjustment: Effects Of A Stress Inoculation Procedure. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:831-5.
35. Traducción De Best Practice., Control Del Paciente Quirúrgico Ambulatorio"., Volumen 8, Suplemento1, 2004, Issn 1329-1874.
36. Wagner, Doreen Rn; Byrne, Michelle Rn., Effects Of Comfort Warming On Preoperative Patients *Aorn Journal*. 84(3):427-430,432,434-436,438-448, September 2006.
37. Herrmann C. International Experiences With The Hospital Anxiety And Depression Scale. A Review Of Validation Data And Clinical Results. *J Psychosomatic Res* 2001;42:17-41.
38. Marcus Sc, Olfson M, Pincus Ha, Shear Mk, Zarin Da. Self-Reported Anxiety, General Medical Conditions, And Disability Bed Days. *Am J Psychiatry* 1997;154:1766-
39. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers Dg, Lip G.Effects Of Depression And Anxiety On Mortality And Quality-Of-Life 4 Months After Myocardial Infarction. *J Psychosomatic Res* 2000;49:229-38.
40. Booth Bm, Blow Fc, Loveland C, Cynthia A. Functional Impairment And Co-Occurring Psychiatric Disorders In Medically Hospitalised Men. *Arch Intern Med* 1998;158:1551-9.
41. Pomerantz As, De Nesnera A, West An. Resolution Of Depressive Symptoms In Medical Inpatients After Discharge. *Int J Psychiatry Med* 1992;22:281-9.
42. Walker Fb, Novack Dh, Kaiser Dl, Knight A, Oblinguer P. Anxiety And Depression Among Medical And Surgical Patients Nearing Hospital Discharge. *J Gen Intern Med* 1987;2:99-101.
43. Moix Queralto J. Incidencia De La Ansiedad Prequirúrgica En La Recuperación Postoperatoria. Ii Congreso Del Colegio Oficial De Psicólogos De España. Comunicaciones. Área 5: Psicología Y Salud, (S.L.): Yagraf, 1990:199-201.
44. Williams Oa. Patient Knowledge Of Operative Care. *Jr Soc Med* 1993; 86: 328-331.
45. Anestesia En Traumatología,  
[Http://Www.Academia.Cat/Societats/Dolor/Anestrauma01.Htm](http://www.Academia.Cat/Societats/Dolor/Anestrauma01.Htm)
46. Kern C, Weber A, Aurilio C, Forster A. Patient Evaluation And Comparison Of The Recovery Profile Between Propofol And Thiopentone As Induction Agents In Day Surgery. *Anaesth Analg* 1996; 83: 1285-1291.

47. Rincón Gaitán. Programa De Cirugía Ambulatoria Manejo Del Dolor Y La Ansiedad Perioperatorios, Rev.Col. Anest 1996; 24:207

48.-[Http://Www.Inegi.Gob.Mx](http://www.Inegi.Gob.Mx)

49.- Zeev N. Kain, Md, Mba, Alison A. Caldwell-Andrews, Phd, Preoperative Anxiety And Emergence Delirium And Postoperative Maladaptive Behaviors, Anesth Analg 2004;99:1648 –1655

50. Mary Ellen Mccann, Md, The Management Of Preoperative Anxiety In Children:An Update, Anesth Analg 2001;93:98–105

51. Kindler, Christoph H. Md\*; Harms, Christoph Md, The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement Of Preoperative Anxiety And Detection Of Patients' Anesthetic Concerns *International Anesthesia Research Society*. Volume 90(3), March 2000, Pp 706-712.

52. Gómez-Carretero, P (1); Monsalve Dolz, V (2); Depresión Y Ansiedad Prequirúrgica En Pacientes Susceptibles De Ingresar En Una Unidad De Cuidados Intensivos (Ucii) Y En Sus Cuidadores Primarios. *Interpsiquis*. 2007;

53. Vaughn, Felicia Rn; Wichowski, Harriet Rn; Does Preoperative **Anxiety** Level Predict Postoperative Pain?. *Aorn Journal*. 85(3):589-594,597-604, March 2007

54.- Caumo, W.<sup>1</sup>; Schmidt, A. P.<sup>1</sup>; Risk Factors For Preoperative Anxiety In Adults; *The Acta Anaesthesiologica Foundation*. Volume 45(3), March 2001, Pp 298-307