

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO

“DR. ERNESTO RAMOS BOURS”

**“ VALORACION PREANESTESICA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO,
SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCION Y LA ANSIEDAD EN EL
PACIENTE PROGRAMADO PARA CIRUGIA ELECTIVA”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA

ESPECIALIDAD DE ANETESIOLOGIA

PRESENTA:

DRA. MARTHA ELENA CHAVEZ ARMENDARIZ

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO 2011



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.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco especialmente a los Drs. Víctor Manuel Bernal, Hugo Molina, René Vale Cuen, Rafael Durazo, Armando Gurrola, Paulo Gutierrez, y Jaime Rebei su apoyo, paciencia, y conocimientos transmitidos para mi formación como especialista y ser humano.

Dr. Rafael Peraza (q.e.p.d) sin palabras.....

Maestros Anestesiólogos adscritos al Hospital General de Obregón, HIES, HIMES, Hospital General de Moctezuma y al Hospital General del Estado de Sonora "Dr. Ernesto Ramos Bours", por los conocimientos y enseñanza adquirida.

A los anteriormente desconocidos, después compañeros y ahora amigos con los que compartí logros, derrotas y lecciones de vida.

A las Residentes de primer año de Anestesiología, por hacer este proyecto posible.

A mis pacientes, por recordarme día a día quien quiero ser, por no permitirme caer en la rutina.

Dedicado a mi SOL por seguir iluminando mi camino por nuestro presente y el reto que nos espera.

Dedicado a mis padres por el trabajo reflejado en sus manos, que son fuente de superación e inspiración y a "la pequeña Lulú", les debo quien soy.

Dios sin tu fortaleza nada de esto sería posible.

ÍNDICE**AGRADECIMIENTOS****INTRODUCCIÓN1****CAPITULO I. MARCO TEÓRICO3**

- 1.1. Recuerdo Histórico.3
- 1.2. Valoración Preanestesica.
- 1.2.1 Valoración Preanestésica en el HGE 5
- 1.3. Anestesia y Ansiedad.6
- 1.4. Anestesia y Calidad.9

CAPITULO II. MATERIALES Y METODOS10

- 2.1 Planteamiento del Problema.10
- 2.2.Objetivos10
 - 2.2.1 Objetivo General.
 - 2.2.2 Objetivo Específico.
- 2.3 Justificación.11
- 2.4 Encuesta APAIS11
- 2.5Diseño de Estudio.12
- 2.6 Lugar de Estudio. 12
- 2.7Diseño.12
- 2.8Población.12
- 2.9Criterios de Inclusión.13
- 2.10 Criterios de Exclusión.13
- 2.10 Tamaño de la Muestra.13
- 2.12 Instrumentos.14

2.13 Métodos Estadísticos.14

2.14 Factibilidad.14

2.15 Recursos Humanos.

14

2.16 Recursos Materiales.15

CAPITULO III. RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES16

3.1 Resultados.16

3.2 Discusión.22

3.3 Conclusiones.25

3.4 Recomendaciones.26

BIBLIOGRAFIA27

ANEXOS.

29

VALORACION PREANESTESICA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO, SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCION Y LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE PROGRAMADO PARA CIRUGIA ELECTIVA

INTRODUCCION.

La evaluación anestésica antes del procedimiento quirúrgico tiene múltiples propósitos; sin duda alguna todos ellos son importantes.

Desde los inicios de la anestesiología en rol del anestesiólogo en el acto quirúrgico-anestésico ha sido cuestión de debate y lamentablemente es poco aceptada ante los médicos con especialidad quirúrgica. El compromiso diario con nuestros pacientes es un hecho; pero, ¿qué tanto nos involucramos? En nuestro medio laboral tenemos las facilidades (infraestructura, material, cultura) para hacerlo?

La **valoración preanestésica** consiste en un proceso de evaluación del paciente que va a ser sometido a cirugía y/o anestesia con miras a determinar su reserva funcional orgánica, hacer una cuantificación del riesgo y optimizar, en lo posible, el estado del paciente para llevarlo a cirugía con el menor riesgo.

La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad; es parte de la vida diaria del ser humano, por lo tanto pretender que no existe en nuestros pacientes es un error. Actualmente sabemos que el estado emocional del paciente es importante para su recuperación, diariamente vemos en nuestro hospital como es que de éste depende su apego al tratamiento, la actitud que tenga hacia su enfermedad y en muchas ocasiones las decisiones que tome con respecto a su salud. ¿Sabemos que tan ansiosos son nuestros pacientes? ¿Que hacemos al respecto? Cuando la detectamos?

En nuestra institución la hoja de "time out" forma parte de la actividad diaria del quirófano; en el Servicio de Anestesiología nos permite tener un parámetro de "calidad de atención"

a los pacientes, ya que nos exige conocer datos indispensables que nos ayudan a mejorar la seguridad y eficacia con la que trabajamos. Parte de esa calidad de atención radica en conocer las necesidades de los pacientes, en este estudio nos enfocamos al necesidad de información de nuestros usuarios con respecto al evento quirúrgico-anestésico.

El consentimiento informado tiene un fin informativo o solo es un requisito más?

En el HGE hasta antes del inicio de éste protocolo no existía la consulta de **valoración preanestésica** como lo exige la Norma Oficial Mexicana para la práctica de la Anestesiología. Antes de asistir a la valoración preanestésica todos los pacientes, deben de estar informados sobre su enfermedad y en que consiste su tratamiento quirúrgico (esto dependerá del nivel sociocultural de cada paciente). En este estudio; por medio de la encuesta APAIS, sabremos qué tan informados están nuestros usuarios y que tipo de información es la que les hace falta,

CAPITULO I. MARCO TEORICO.

1.1 Recuerdo Histórico:

En 1850, John Snow uno de los pioneros de la Anestesiología observó que algunos procesos intercurrentes (edad, alteraciones cardiacas, pulmonares, etc) modificaban los efectos de los gases inhalatorios. Por éste motivo, recomendaba el exámen físico previo a la anestesia, para detectar anomalías y no atribuir las a efectos adversos de los medicamentos.

En los años 1980, la valoración preanestésica en la cirugía programada prácticamente la realiza el propio cirujano con los datos complementarios que creía oportunos y siempre con el informe de un cardiólogo. Este informe sería fundamental en cuanto a la autorización o no de la intervención quirúrgica.

El anestesiólogo entonces se limitaba a revisar los estudios efectuados tan solo unos momentos previos a la intervención. La consulta preanestésica debe realizarse en un ambiente tranquilo. El paciente se siente seguro cuando percibe una actitud entusiasta y atenta por parte del anestesiólogo.

1.2 Valoración Preanestésica:

Cualesquiera que sean el paciente y el acto quirúrgico previsto, la consulta debe comprender las siguientes etapas:

- a) La anamnesis, que permite precisar los principales acontecimientos anestésicos, los trastornos funcionales y los tratamientos en curso.
- b) El exámen clínico.
- c) El manejo psicológico.
- d) La elección del tipo de anestesia.

- e) La información del médico al paciente: Consentimiento informado, aceptado y firmado.
- f) Impresión global de la complejidad del proceso médico del paciente para su asignación en una de las clases de riesgo, según el estado físico diseñado por la American Society of Anesthesiologist (ASA):

ASA I: Paciente sano (sin alteraciones psíquicas o psicológicas).

ASA II: Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante.

ASA III: Paciente con un proceso sistémico grave incapacitante que no es una amenaza constante para la vida.

ASA IV: Con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía.

ASA V: Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico.

ASA VI: Paciente candidato a donación de órganos.

En muchas ocasiones, el anesthesiólogo que realiza la consulta preanestésica no es el mismo que practicará la anestesia. En éste caso se transmitirán por escrito las conclusiones de la consulta preanestésica al anesthesiólogo que sí participará en el procedimiento previsto, a quien se le presentará al paciente que acudió a la visita preanestésica; el hallazgo de incidentes y accidentes anestésicos o quirúrgicos en el pasado y en el entorno familiar justifica un interrogatorio más profundo.

Los antecedentes personales deben detallar; cuando sea posible, las intervenciones quirúrgicas y las anestесias anteriores (tipo de anestesia, antecedentes de intubación, complicaciones, efectos secundarios, etc., los antecedentes transfuncionales y los tratamientos médicos en curso.) No hay que olvidar interrogatorio intencionado al paciente sobre la toma prolongada de tranquilizantes, AINES o cualquier otro tipo de tratamiento actual o previo: ¿Por qué lo está tomando?

1.2.1 Valoración Preanestésica en el HEG:

El 17 de Abril del 2010 marca una fecha importante en la historia del HGE, ya que a partir de esta fecha se inicia con la **Consulta Externa del Servicio de Anestesiología**, donde se valora a los pacientes con patología quirúrgica; de las siguientes especialidades: Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, Cirugía plástica, Endoscopia, Otorrinolaringología, Urología, Oftalmología, Cirugía de Tórax, Cirugía Oncológica, Neurocirugía, que serán sometidos a cirugía electiva, en una fecha próxima ya determinada. Se continúa con la valoración preanestésica, en el área de hospitalización donde también se valora al paciente en los momentos previos de su cirugía, mejorando así la calidad de atención a nuestros pacientes.

En el caso particular de la creación de esta nueva área de consulta preanestésica para la valoración específica de las condiciones del paciente para recibir el procedimiento anestésico requerido de acuerdo a lo solicitado por los cirujanos, hemos visto la oportunidad de agregar un "Plus", a este concepto y es la valoración del grado de estrés y ansiedad que produce al paciente el hecho de saber que será sometido a una intervención quirúrgica y por necesidad lógica a un procedimiento anestésico, todo aunado a la calidad de atención que le brinda al usuario.

1.3 Ansiedad y Anestesia:

El acto anestésico quirúrgico es considerado como un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido por lo que la atención debe enfocarse también a disminuir la ansiedad, con una adecuada atención hospitalaria y una Consulta Preanestésica eficiente, que a la vez implica la preparación psicológica y/o farmacológica del paciente.

-El Sistema Nervioso Autónomo organiza el apoyo visceral para el comportamiento somático y ajusta los estados del cuerpo con anticipación a un comportamiento emocional o reacciona al estrés de la enfermedad- (3)

En algunos estudios se ha valorado que para reducir la ansiedad preoperatoria, la valoración preanestésica minuciosa puede ser tan efectiva como un medicamento ansiolítico. Los pacientes recurrentemente, suelen expresar temores y angustia con respecto a la anestesia. Según el manual DMS-IV, la angustia es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por un temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico. La ansiedad puede ser una característica intrínseca de la personalidad del paciente o bien ser causada por un evento esperado; ansiedad anticipada, ej. Acto quirúrgico. La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en el periodo perioperatorio y, en cierta medida se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor la intervención.

La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los 6 síntomas siguientes:

- I. Inquietud o impaciencia.
- II. Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco.

- III. Irritabilidad.
- IV. Tensión muscular.
- V. Alteraciones en el sueño. (dificultad para conciliar o mantener el sueño, sueño no reparador).

Actualmente los estudios ponen en evidencia la dificultad para apreciar, durante la consulta prenaestésica, el grado de ansiedad del paciente, dado que aunque los pacientes pueden manifestar ansiedad durante la anamnesis, lo más introvertidos suelen reprimirla.

La Puntuación de Evaluación de la ansiedad preoperatoria "Ámsterdam preoperative anxiety and information scale" (APAIS). Estas seis preguntas a las que el paciente debe responder según una escala de 5 puntos, de 1= absolutamente no a 5 = enormemente. Cuatro preguntas evalúan la ansiedad en relación con la anestesia y la intervención (puntuación total de 4 a 20) y dos preguntas se refieren a la demanda de información (puntuación total de 2 a 10). Esta escala cuenta con fiabilidad y validez internacional. (4, 5).

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

El tipo y el grado de ansiedad se determinan mediante pruebas específicas. La prueba de referencia se basa en la escala de Spielberger (Spielbergerstate-traitanxietyinventory o STAI), pero es demasiado compleja para utilizarla rutinariamente y se reserva para la investigación. (13) Este cuestionario evalúa la ansiedad vinculada a la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) y la ansiedad relacionada con el contexto quirúrgico (ansiedad-estado). Se han propuesto otras pruebas, algunas de las cuales han sido establecidas específicamente para la anestesia. Las más utilizadas son la Hospital anxiety and depression scale (HAD),(Millar K 1990) la Amsterdampreoperativeanxiety and informationscale (APAIS) y la escala visual análoga. Los resultados de esta prueba simple concuerdan bastante bien con los de una puntuación validada como la de Spielberger. La escala visual analógica (EVA), como la empleada para evaluar el dolor, puede ser de utilidad, a pesar de ser menos precisa para valorar la ansiedad. (12)

A menudo, el anestesiólogo evalúa de una manera imperfecta la ansiedad del paciente y por consiguiente, es frecuente que exista discordancia entre la valoración de la ansiedad por parte del médico y el grado de ansiedad expresado por el paciente. No existe relación directa entre la gravedad de la afección, la importancia de la intervención y el grado de ansiedad. EL HGE atiende a la población económicamente más desprotegida, por ende, el impacto de la enfermedad sobre la vida familiar, social y económica del paciente, influye en la ansiedad preoperatoria; a la mayoría de los pacientes de población abierta les preocupa más el costo de su atención médica que su pronóstico de salud.

La actitud empática y atenta del médico anestesiólogo y la información que se proporciona al paciente juegan un papel esencial para atenuar los eventuales temores, expresados o no. Ciertos tipos de cirugía que conciernen a la propia imagen del paciente pueden necesitar un manejo psicológico particular. La consulta puede tener un efecto tranquilizador, sobre todo si es la primera anestesia en la vida del paciente. Si la

personalidad y el nivel sociocultural del paciente lo permiten, el anestesiólogo debe establecer con él una relación de confianza, darle un papel activo y hacerle participar en las decisiones terapéuticas.

1.4 Anestesia y Calidad:

-La palabra calidad se utiliza para describir el nivel o grado de excelencia de un rasgo o característica de un sistema.

La calidad es una característica del sistema en el que se presta la asistencia, y que cada sistema está perfectamente diseñado para lograr los resultados que logra. **Si queremos mejorar la calidad de la atención que prestamos, tenemos que reorganizar la manera en que trabajamos.**

Mejorar la calidad de la atención implica la medición del rendimiento. Sin embargo, los médicos han limitado la capacidad de obtener información respecto al rendimiento en su trabajo diario, en parte debido a la falta de sistemas de información y la falta de acuerdo sobre cómo evaluar la calidad de la atención.

La profesión médica ha estado trabajando durante más de un siglo para mejorar la calidad de atención de salud. En el año 1900, el Dr. Ernest Codman, cirujano del Massachusetts General Hospital, comenzó su búsqueda permanente de seguimiento de resultados de los pacientes que sirvan como base para mejorar la atención de futuros pacientes, con el paso de los años las necesidades "emocionales" de los pacientes fueron tomando su lugar en la calidad de atención.

CAPITULO II. MATERIALES Y MÉTODOS.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Valoración Preanestésica en el Hospital General del Estado de Sonora; su relación con la Calidad de Atención y la Ansiedad del paciente programado para cirugía electiva.

2.2 Objetivos:

2.2.1 Objetivo General.

Lograr una mejor comprensión de la temática de los miedos a la anestesia y a la necesidad de información. Mejorar la calidad de atención al paciente programado para cirugía electiva.

2.2.2 Objetivos Específicos.

1. Contribuir al mejoramiento de la atención de los pacientes en el acto anestésico.
2. Observar si los pacientes sometidos a cirugía electiva muestran síntomas de ansiedad.
3. Observar la necesidad de información de los pacientes programados a cirugía electiva de las diferentes especialidades quirúrgicas, en el HGE.

2.3 JUSTIFICACION.

La valoración preanestésica forma gran parte de la piedra angular de la anestesiología. Esta complementada dentro de la Norma Oficial Mexicana para la práctica de la Anestesiología. 9. 9.1-9.2- 9.2.1 – 9.2,7 – 9.2.3 – 9.4 – 9.4.1 – 9.4.2 – 9.4.3 – 9.4.4. Lineamientos para la práctica del cuidado preanestésico NOM 170.SSA1-1998, '

No hay antecedentes anteriores a este protocolo que evidencien la implementación de la valoración preanestésica en el HGE como un requisito indispensable para todo paciente cuya patología requiera un tratamiento quirúrgico, independientemente de la gravedad de este.

Los pacientes ansiosos responden de diferente manera a la anestesia; día con día comprobamos que un procedimiento tan sencillo como la inserción de un catéter venoso se puede ver dificultada por la vasoconstricción producida por la ansiedad.

2.4 Encuesta APAIS.

En la consulta de anestesia se valoró la ansiedad a través de la puntuación de evaluación preoperatoria "*Ámsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale*" (APAIS). No se tomó en cuenta el nivel socioeconómico del paciente.

2.5 Diseño de Estudio:

Se diseñó un Estudio descriptivo, prospectivo observacional.

2.6 Lugar de Estudio:

Hospital General del Estado "Dr. Ernesto Ramos Bours".

2.7 Diseño:

Para las observaciones que aquí se reportan se obtuvo el consentimiento informado tanto de los pacientes ambulatorios como de los hospitalizados. En este proyecto en la consulta externa de anestesiología se les realiza también la valoración preanestésica, 5 días antes de la cirugía programada; en el caso de los pacientes hospitalizados de 1 a 3 días antes del evento quirúrgico, y en ambos casos la realizó un Residente de Anestesiología que muy probablemente no estaría en el evento anestésico. Al final de la encuesta existe una pregunta para el médico Residente de Anestesiología que la aplica, donde se le pregunta si el paciente conoce su diagnóstico y tratamiento. Esto nos dará como resultado en total de pacientes informados y los no informados.

2.8 Población:

Pacientes programados para cirugía electiva, en la etapa de evaluación preanestésica de los distintos servicios. Pacientes hospitalizados que necesitan tratamiento quirúrgico de las diferentes especialidades.

2.9 Criterios Inclusión:

1. Pacientes que acepten participar firmando el consentimiento informado.
2. Mayores de 18 años hasta 85.
3. Pacientes con patología quirúrgica.
4. Pacientes ASA I, II y III.

1.10 Criterios de Exclusión:

1. Pacientes que no acepten participar en el estudio.
2. Pacientes fuera de rango de edad.
3. Pacientes con enfermedades psiquiátricas o con incapacidad para expresarse verbalmente.
4. Cirugía de urgencia.

2.11 Tamaño muestral:

Durante el periodo de 17 Abril al 30 Junio 2010 se aplicaron en total 250 encuestas, 39 fueron eliminadas por llenado incompleto. Los resultados se expresaran con un total de 211 pacientes encuestados.

2.12 Instrumentos:

Se utilizó la ficha de investigación "Según anexo adjunto" previamente validada (Anexo no. 1) en el que se documenta edad, sexo, ASA y número de síntomas relacionados con la ansiedad.

2.13 Métodos Estadísticos.

Se empleará una estadística descriptiva, los resultados se organizarán por medio de tablas, se representarán con gráficos de barras y pastel resumiéndose por medio de porcentajes

2.14 Factibilidad:

Este proyecto es ampliamente factible ya que únicamente se necesitan pacientes y quien realice la encuesta. Además es el primer protocolo de investigación que se realiza en el HGE inherente a la piedra angular de la anestesiología: LA VALORACION PREANESTESICA. Esto es con el fin de brindarle mayor seguridad al paciente y cumplir con la NOM # 170.

2.15 Recursos Humanos:

- a) Médico asesor de protocolo t/o adscrito auxiliar para casos problema.
- b) Médicos Residentes de segundo y tercer año como asesores inmediatos del residente de primer año.
- c) Médicos residentes de Anestesiología de primer año.
- d) Personal de enfermería en consultorio.
- e) Personal de archivo para manejo de los expedientes.

2.16 Recursos Materiales:

- a) Computadora personal.
- b) Conexión a internet.

CAPITULO III.RESULTADOS, DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

3.1 RESULTADOS

La encuesta fue aplicada por el médico residente de anestesiología antes de iniciar la consulta de anestesiología, en caso de los pacientes hospitalizados, antes de iniciar la valoración.

En total 211 encuestas quedaron dentro de los criterios de inclusión, las especialidades involucradas fueron: Cirugia General, Traumatología y Ortopedia, Oftalmología, Urología y Otorriolaringología.

En distribución por sexo se encuestaron 110 mujeres (52%) y 101 hombres (48%). Expresado en porcentaje (Grafica 1.)

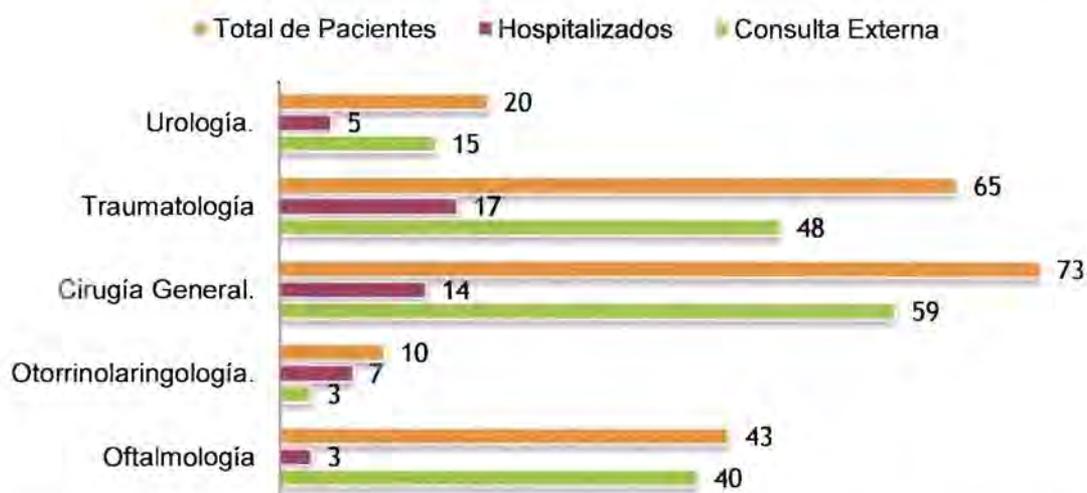


Gráfica 1. Encuesta APAIS Abril a Junio 2010. Los resultados son expresados en porcentajes tomando un total de 211 pacientes.

Por especialidades la distribución es la siguiente:

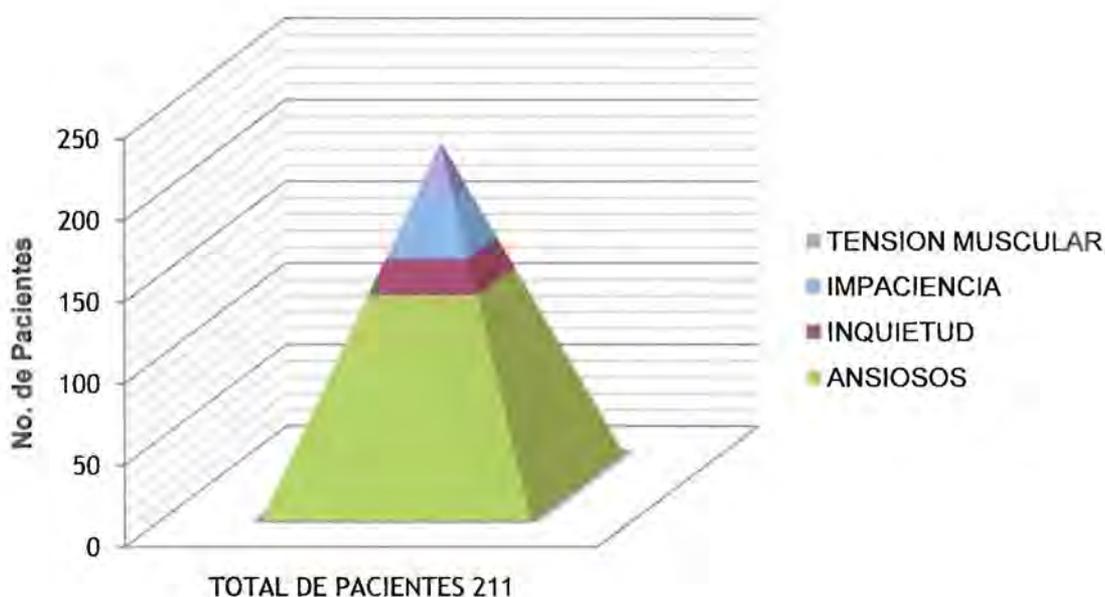
Cirugía General 73 pacientes encuestados, Traumatología y Ortopedia: 65 pacientes, Oftalmología: 43 pacientes, Otorrinolaringología: 10, Urología: 20. Total: 211. (Gráfica 2.).

DISTRIBUCION DE ENCUESTAS POR ESPECIALIDAD



Gráfica2. Expresa el total de encuestas realizadas por especialidad, dividiéndolas en las realizadas durante el proceso de Consulta Externa de Anestesiología y las aplicadas durante interconsulta de valoración preanestésica a pacientes hospitalizados.

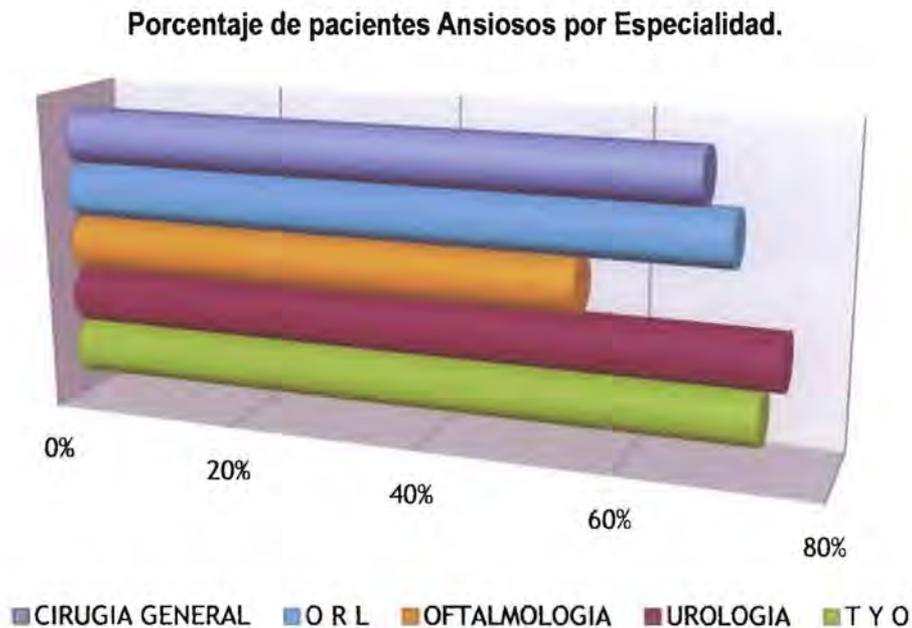
En cuanto a la sensación subjetiva de ansiedad, se midió mediante un sencillo ítem incluido en el cuestionario general de evaluación de actitud del paciente hacia el proceso anestésico quirúrgico. Como se explicó anteriormente, se considera ansiedad cuando el paciente expresa más de dos síntomas, la encuesta reveló que el 60% de los pacientes están ansiosos y el 40% refieren sensación de impaciencia, inquietud o tensión muscular. (Grafica 3).



Grafica 3. De un total de 211 pacientes encuestados. 126 obtuvieron más de dos síntomas que manifiestan ansiedad, lo cual los cataloga como ansioso, los 85 restantes solo manifestaron uno o dos síntomas de ansiedad, de los cuales los más comunes fueron: Impaciencia, Inquietud y Tensión Muscular.

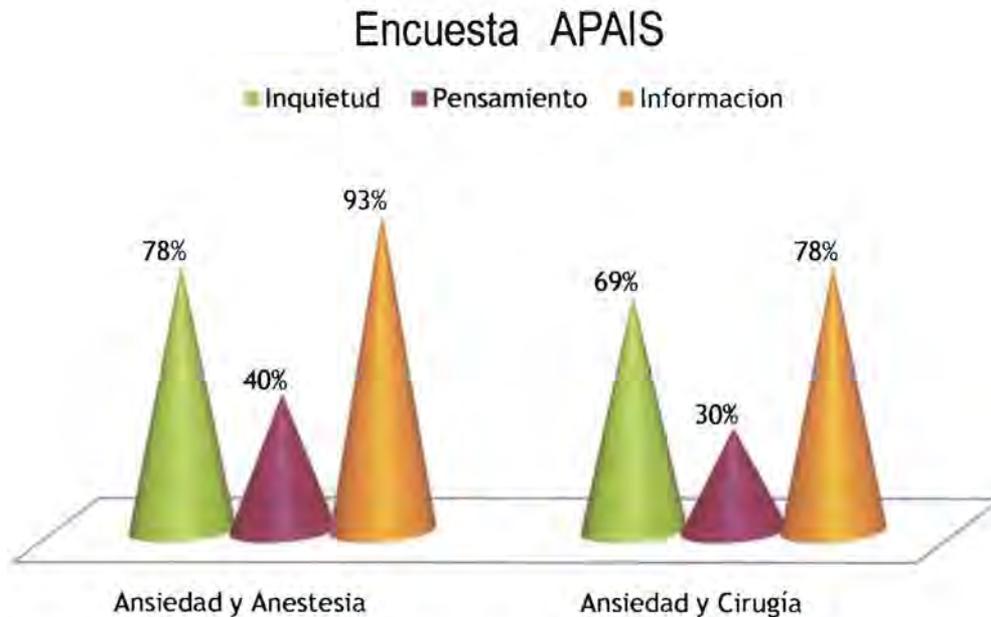
Por especialidades la encuesta reflejó lo siguiente: el 67% de los pacientes de Cirugía General presentaron ansiedad con respecto al evento quirúrgico-anestésico, Traumatología y Ortopedia: 73% de sus pacientes están ansiosos, Oftalmología 55%, Otorrinolaringología 70%, Urología 75%.

(Grafica 4.)



Grafica 4. Esta grafica expresa en porcentajes la totalidad de pacientes ansiosos, y los separa por especialidad. Encuesta APAIS HGE 2010.

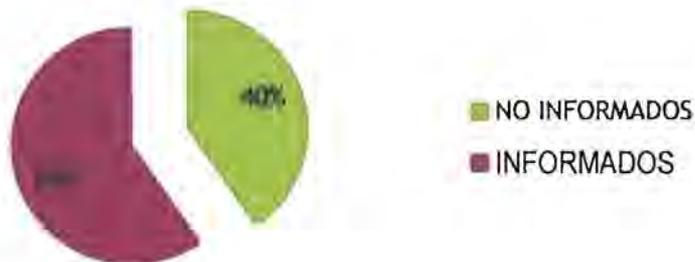
Ansiedad y anestesia: Inquieto por la anestesia 78%, piensa en Anestesia 35%, requiere información sobre anestesia: 92 %; y en relación a **Ansiedad y Cirugía:** Inquieto por la cirugía 50%, piensa en Cirugía 30%, requiere información sobre cirugía: 70%. Se contrastó la variable “ansiedad subjetiva” con la variable “explicación por parte del médico de los riesgos y complicaciones de la intervención”.



Gráfica 5. Encuesta APAIS HGE 2010. Esta grafica representa la sensación de inquietud, el pensamiento y la necesidad de información del paciente con respecto a su evento quirúrgico y anestésico.

Como todos sabemos el paciente es referido a la consulta de valoración preanestésica o bien, se le solicita una interconsulta (en el caso de los pacientes hospitalizados), una vez que su servicio tratante hace de su conocimiento, cuál es su diagnóstico y su tratamiento. A este respecto encontramos los siguientes resultados: Pacientes informados; aquellos que conocen su enfermedad 125; Pacientes no informados; aquellos que desconocen su enfermedad 86. Los detalles por especialidad se observan en la gráfica 6.

% DE PACIENTES INFORMADOS



Gráfica6. Expresa en porcentaje los pacientes informados y los no informados.

Separando este resultado en pacientes de la consulta externa y en pacientes hospitalizados lo observado es un dato muy interesante, del 40% de los pacientes NO informados el 54% corresponde a pacientes Hospitalizados. Del 60% de los pacientes Informados el 65% corresponde a pacientes de la consulta externa. Traumatología y Ortopedia es el servicio con mayor rango de pacientes hospitalizados, y es el que más solicita interconsulta para valoración preanestésica.

3.2 DISCUSION.

Uno de los cuestionamientos más razonables con respecto a este tipo de estudios es ¿Qué causa más ansiedad en los pacientes? ¿tener acceso a la información? o: "el que nada sabe nada teme" (cita popular), aun así no existen estudios concluyentes que determinen cuales pacientes son los más ansiosos, los que tiene acceso a la información, o los que no la tienen; esto depende de la personalidad de cada paciente.

Cuando nos encontremos ante una disyuntiva como esta es importante recordar que las excepciones al consentimiento informado son: *"la urgencia, la incapacidad, la renuncia y el privilegio terapéutico, siendo este último definido como la facultad que tiene el médico de no informar a un paciente que por la profunda tensión que le ocasiona el padecimiento que lo afecta, no tiene -a criterio del médico- la capacidad de enfrentarse a un diagnóstico, tratamiento terapéutico o práctica diagnóstica, sin detrimento de su salud."* (Cuadernos de Medicina Forense. Año 2, N°3, Pág.47-54).

Los hallazgos ilustrados en la gráfica número 2, nos reflejan que la mayor parte de los pacientes encuestados corresponden al servicio de Cirugía General esto era de esperarse; es la especialidad quirúrgica con mayor productividad en quirófano, se realizan procedimientos de baja y alta complejidad. La gran mayoría de estos pacientes fueron mujeres programadas para colecistectomía laparoscópica. En el Servicio de Oftalmología se realizan cirugías ambulatorias, es por eso que la mayoría de sus pacientes se encuestaron en la consulta externa y es una de las dos especialidades quirúrgicas en el HGE cuyos pacientes son mayores de 60 años. Los servicios de Otorrinolaringología y Urología la mayoría de los pacientes encuestados fueron de la consulta externa.

Era de esperarse que la mayoría de los pacientes, presentaran algún síntoma de ansiedad, como se expresó anteriormente puede ser una manifestación normal, a lo desconocido o producido por alguna pasada experiencia, los síntomas más comunes fueron impaciencia y tensión muscular.

A diferencia de otros estudios el nuestro reveló que sí existe una diferencia (ansiedad manifestada) con respecto al evento quirúrgico y al anestésico, siendo más evidente en los pacientes de consulta externa, a diferencia de los pacientes hospitalizados en los que los porcentajes son muy semejantes.

Respecto a la distribución por sexo cabe mencionar que el porcentaje de la consulta externa es mayor del sexo femenino.

La ansiedad con respecto al evento quirúrgico pudimos identificar que los pacientes que demostraron más síntomas de ansiedad fueron los programados para Cirugía Urológica, en donde la mayoría de los pacientes son del sexo masculino que tienen alguna patología grave, o bien simplemente sienten "pudor".

Los pacientes de Traumatología y Ortopedia mostraron también en su mayoría más de tres síntomas de ansiedad, (Impaciencia, tensión muscular y dificultad para conciliar el sueño) esto puede deberse a que en su mayoría son pacientes con hasta 10 días de hospitalización y en ocasiones con cirugías previas.

Los pacientes de Otorrinolaringología encuestados; en comparación con otros Servicios, fueron muy pocos, aún así la mayoría de los pacientes se mostraron ansiosos.

Los pacientes de Oftalmología fueron los menos ansiosos, esto puede deberse a que son pacientes que ya tuvieron una cirugía Oftalmológica previa

Logramos determinar que a los pacientes hospitalizados les gustaría tener más información de su cirugía que de su evento anestésico, esto puede contribuirse a que la mayoría de los pacientes: a) contaban con una estancia intrahospitalaria mayor a 5 días, b) sabían que su enfermedad requeriría de un evento quirúrgico, para llegar a la curación.

La necesidad de información fue francamente revelada. Antes de acudir a la Consulta Externa de Anestesiología los usuarios tienen un primer contacto con su servicio tratante donde se les informa sobre su diagnóstico y tratamiento quirúrgico, sin embargo las encuestas revelan que la información que se les da a los pacientes no es lo suficientemente clara o precisa, pues es común que durante la valoración preanestésica el paciente realice preguntas al anestesiólogo su tratamiento quirúrgico.

3.3 CONCLUSIONES

- ✦ Las mujeres son más ansiosos que los hombres.
- ✦ Se necesita mejorar la información que se le otorga al paciente con respecto a su cirugía.
- ✦ Los pacientes valorados en la consulta preanestésica necesitan más información con respecto a su evento Anestésico, lo cual justifica la necesidad de consulta externa de Anestesiología.
- ✦ Los pacientes valorados en el área de hospitalización muestran más ansiedad por el evento quirúrgico.
- ✦ La encuesta APAIS es útil para determinar la ansiedad y la necesidad de información que requieren nuestros pacientes, y con ello podemos ofrecer una mejor calidad de atención.

3.4 RECOMENDACIONES

- ✦ Implementar la valoración preanestésica como requisito indispensable para la realización de cualquier tipo cirugía electiva.
- ✦ Fomentar dicha práctica en los médicos anestesiólogos en formación.
- ✦ Sensibilizar al área administrativa (archivo clínico, trabajo social, directivos sobre la necesidad de la implementación de la Valoración Preanestésica.
- ✦ Reorganizar la mecánica en la que se realiza la programación de quirófano, de las distintas especialidades quirúrgicas, para permitir realizar una valoración preanestésica efectiva y con esto aumentar la seguridad y la calidad de atención al usuario.
- ✦ Informar al paciente y/o familiar sobre eventos o incidentes anestésicos ocurridos.
- ✦ Mejorar y facilitar la información entre Cirujanos y Anestesiólogos para lograr un trabajo en equipo y elevar la calidad de atención del paciente.
- ✦ La valoración preanestésica mejora la calidad de atención a los pacientes programados para cirugía electiva.

BIBLIOGRAFIA.

1. Barash, Cullen, Stoelting. Evaluación Preoperatoria. Lee. A. Fleisher. Mc Graw-Hill Interamericana. Anestesiología Clínica. Tercera Edición. Pag 523.
2. RoizenMF, FossJF, FischerSP. Preoperative evaluation. In: Miller RD ed. Anestesia. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000:824-883.
3. Barash, Cullen, Stoelting. Sistema Nervioso Autonomo: Fisiología y Farmacología. Noel. W. Lawson Y. D. Joseph Meyer, JR. McGraw-Hill. Interamericana-Anestesiología Clínica. Tercera Edición. Pag. 289.
4. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam, Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). AnesthAnalg., 1996;82:445-51.
5. Wilson EE. Preoperative anxiety and anaesthesia: their relation..AnesthAnalg. 1969;48:605-9.
6. Runciman WB. Patients perception of the anaesthetist and anaesthesia. AnaesthIntensiveCare1993;21.502-505.
7. SandersLD, GildersleveCD, ObeLT. The impact of the appearance of the anaesthetist on the patients perception of the pre-operative visit. Anaesthesia1991;46:1056-1058.
8. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 170-SSA1-1998, PARA LA PRACTICA DE ANESTESIOLOGIA.

9. Kenneth L. Haspel, Carl Rosow, Susan A. Vasallo. Evaluacion prenaestesia del paciente. Mary Kraff y Richard A. Wiklund. Massachusetts General Hospital Anestesia. Marban. Pags 9, 10.
10. GMS Psycho-Social-Medicine 2007, Vol. 4, ISSN 1860-5214.
11. Goldmann L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and daycase anaesthesia: a study to reduce pre-operative anxiety and intraoperative anaesthetic requirements.
12. Norris W, Baird WLM. Preoperative anxiety: a study of the incidence and etiology. Br J Anaesth 1967;39:503-9. Bibliographic Links
13. Eugenia S. Heitmiller, Elizabeth A. Martínez, Peter J. Pronovost Capítulo No.5 "Mejoramiento de la Calidad" Anestesiología de Miller 7ma Edición.

VALORACION PREANESTESICA HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO

"DR. ERNESTO RAMOS BOURS"

ENCUESTA APAIS.

HOSPITALIZADO___ CONSULTA EXTERNA___ ASA___

Edad: Sexo

CG:___ TYO:___ URO___ OFTALMO___ ORL:___ CARDIO___ CX PLASTICA___

NEUROCX___ CX TORAX___ CX ONCO___ CX ANGIO___

Desde que sé que mi enfermedad requiere de un tratamiento Quirúrgico me he sentido:

- a) Inquietud o impaciencia. SI___ NO___.
- b) Me fatigo facilmente. SI___ NO___.
- c) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco. SI___ NO___.
- d) Irritabilidad. SI___ NO___.
- e) Tensión muscular. SI___ NO___.
- f) Alteraciones del sueño. (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador). SI___ NO___.

1: Absolutamente no 5: Enormemente

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

Para el médico Residente de Anestesiología que aplica la encuesta:

El paciente conoce su diagnóstico y Tratamiento? SI___ NO___

