

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TITULO.

IMPACTO DE LA VISITA PREOPERATORIA ACOMPAÑADA DE MATERIAL VISUAL SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES PROGRAMADOS DE MANERA ELECTIVA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL S XXI.

TESIS QUE PRESENTA

Dr. MARIO BUSTOS VAZQUEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA

EN LA ESPECIALIDAD EN

ANESTESIOLOGÍA

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA, HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

ASESOR: DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
MAESTRO EN CIENCIAS MÉDICAS
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
UMAE HOSPITAL ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
CO ASESOR: DR. MARCOS PINEDA ESPINOSA



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.

DOCTORA

DIANA G. MENEZ DIAZ

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SIGLO XXI

DOCTOR

ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN

SXXI

DOCTOR

ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

ANESTESIOLOGÍA

JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI

A mis padres Martha y Mario que siempre me han apoyado y comprendido en todo momento de mi vida.

A mi hermano Lander con quien he crecido y compartido la mayor parte de mi vida, por su apoyo, ejemplo, respeto y admiración.

A toda mi familia quienes siempre han estado al pendiente de mi formación y de quienes siempre he recibido apoyo y ánimos para seguir adelante

A mis amigos y compañeros los cuales me han acompañado en este camino, les agradezco sus enseñanzas, apoyo, amistad y comprensión.

A mis maestros por compartir sus conocimientos, y tener la paciencia para ayudarme a ser un buen médico.

A mis pacientes quienes han puesto su vida en mis manos y quienes han sido sin duda el mejor aprendizaje de toda mi vida profesional a los cuales me debo.

MUCHAS GRACIAS A TODOS.

INDICE

Resumen	6
Introducción y Antecedentes	7-11
Justificación y Trascendencia	11
Planteamiento del problema	11
Hipótesis	11
Objetivos	12
Material y métodos	12 – 14
Consideraciones éticas	14
Recursos Humanos , físicos y financieros	14
Análisis estadísticos y resultados	14 – 19
Discusión	20 – 22
Conclusiones	22
Anexo	23 – 26
Bibliografía	27 – 28

1.Datos del alumno (Autor)	1.Datos del alumno
Apellido paterno	Bustos
Apellido Materno	Vázquez
Nombres	Mario
Teléfono	55 58655558
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera	Médico Cirujano Especialista en Anestesiología
No. De cuenta	097134352
2.Datos del asesor	2.Datos del asesor
Apellido paterno	Castellanos
Apellido Materno	Olivares
Nombres	Antonio
3.Datos de la tesis	3.Datos de la tesis
Título	IMPACTO DE LA VISITA PREOPERATORIA ACOMPAÑADA DE MATERIAL VISUAL SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES PROGRAMADOS DE MANERA ELECTIVA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL S XXI.
No. de páginas	28 páginas.
Año	2011

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas, además implican ciertos riesgos. Como resultado de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía, la ansiedad es un síntoma frecuente en los pacientes. Los pacientes con adaptación psicológica anormal en el preoperatorio presentan dificultades en su evolución clínica. 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.

OBJETIVO. Observar si la consulta preanestésica tiene impacto positivo sobre los niveles de ansiedad. Determinar a través de instrumentos de medición (escala APAIS y audio-visual) el nivel de ansiedad preoperatoria.

MATERIAL Y METODOS. Estudio realizado en el hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI de tipo transversal analítico, con la intención de evaluar la ansiedad preoperatoria en un grupo de pacientes por medio de la Escala de Ansiedad e Información de Amsterdam (APAIS) y material visual acerca del momento en que el paciente se encuentra en quirófano. Los pacientes que se incluyeron en el estudio fueron seleccionados de la programación diaria de cirugía con los siguientes criterios de inclusión: Pacientes de ambos sexos, que estuvieran programados para cirugía electiva y aparecieran en la hoja de programación, que fueran clasificados ASA I a ASA III, con antecedente o no de cirugías previas. Como criterios de exclusión se tomaron como criterios: Aquellos pacientes que no desearan colaborar con el protocolo, pacientes ASA IV o V, aquellos que estuvieran tomando ansiolíticos o antidepresivos, pacientes que no pudieran expresarse verbalmente, y pacientes que se encontraran en UCI. El tamaño de la muestra se obtuvo mediante la fórmula de proporciones. Se incluyó a todas las especialidades quirúrgicas del hospital.

El cuestionario y el material audiovisual se aplicaron durante la valoración preanestésica a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y que desearan participar en el estudio; de manera aleatoria se designó un día para aplicar la encuesta sin observar el material audiovisual y al otro día encuesta más el material audiovisual.

RESULTADOS. Ansiedad a la anestesia: Grupo 1 Media 5.53, DE 1.24, SEM 0.12; Grupo 2 Media 7.13; DE 1.15, SEM 0.11 con una $p < 0.05$.

Ansiedad a la cirugía: Grupo 1 Media 5.92, DE 1.22, SEM 0.12; Grupo 2 Media 7.15, DE 1.27, SEM 0.12 con una $p < 0.05$.

Deseo de información: Grupo 1 Media 5.90, DE 1.59, SEM 0.15; Grupo 2 Media 7.25, DE 1.60, SEM 0.16 con una $p < 0.05$. No hubo diferencia en el ASA y nivel de escolaridad.

CONCLUSIONES. La visita preanestésica disminuye la ansiedad de los pacientes que serán intervenidos y acompañada de material visual logra disminuir más la ansiedad, por lo que se propone crear un espacio físico para mostrar material audiovisual antes del internamiento por un anesthesiólogo y lograr que el paciente se sienta tranquilo.

INTRODUCCION

ANTECEDENTES.

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos.¹

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. Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía, la ansiedad es un síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos.¹

En general, los enfermos con una adaptación preoperatoria normal (aquellos que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de ansiedad frente al peligro objetivo de la cirugía) presentan una buena evolución postoperatoria. Por el contrario, los pacientes con una adaptación psicológica anormal en el preoperatorio (a menudo también portadores de una personalidad previa con rasgos patológicos), presentan mayores dificultades en su evolución clínico-quirúrgica.^{1, 2}

Esas dificultades pueden ser síntomas psíquicos (ansiedad, insomnio o agresividad) o problemas en la rehabilitación o en la relación médico-paciente, convalecencia prolongada, mal control del dolor con analgésicos, actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad y, en ocasiones, complicaciones orgánicas.⁴

Es decir que una adaptación emocional ineficaz frente al estrés preoperatorio determina un riesgo quirúrgico adicional, de origen psicológico y psiquiátrico, que debería ser siempre evaluado junto con los demás factores de riesgo.^{7,9}

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.^{1, 4}

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: El estrés anestésico quirúrgico constituye una

verdadera agresión al paciente reproduciendo el organismo en forma de cambios bioquímicos, funcionales y morfológicos, los cuales se expresan de forma sistemática general o particular. Este agente agresor crea un conjunto en las diferentes etapas del período perioperatorio, dando lugar al síndrome general de adaptación (SGA). Este proceso hormonal tiene 4 escalones perfectamente bien definidos: ^{12, 16}

El escalón hipofisario está representado por el lóbulo anterior de la hipófisis y reacciona liberando ACTH y STH, al mismo tiempo que disminuyen la GTH y la TSH. La ACTH estimula la producción de glucocorticoides y mantiene el trofismo de las suprarrenales. La TSH, estimula la producción de mineralocorticoides. El estrés también actúa sobre los núcleos supraóptico y paraventriculares del hipotálamo y a través del haz supraóptico hipofisario estimula la secreción de ADH, produce oliguria al actuar sobre los túbulos contorneados distales y el túbulo colector del riñón. ^{11,15}

El escalón suprarrenal está constituido por la corteza suprarrenal, que bajo la influencia de la ACTH y la TSH segrega corticoides, los que inhiben dicha secreción a nivel del lóbulo anterior de la hipófisis. El escalón periférico está conformado por los órganos y aparatos de la economía y su medio interno. A nivel general se produce una variación endocrinometabólica, conocida como respuesta al estrés quirúrgico, que ha sido considerada como un mecanismo homeostático inevitable, tras las agresiones quirúrgicas de gravedad, que conducen a estados hipermetabólicos y de movilización de sustratos energéticos. ¹¹ El enfermo que va a ser tratado con una intervención quirúrgica, desde el día previo a la intervención, sufre su primera agresión: el miedo, contra el que tendrá que defenderse. Si a ello le sumamos que durante el acto anestésico, administramos drogas que en mayor o menor grado pueden producir toxicidad, la segunda agresión será de origen tóxico. La herida de la piel, al realizar la incisión quirúrgica, causa la tercera agresión, ahora de origen traumático. Estos estímulos nociceptivos periféricos llegan al sistema nervioso central, por fibras nerviosas mielínicas de pequeño tamaño (A delta), y por fibras amielínicas, a través del haz espinotalámico lateral, hasta los núcleos ventral y posterior del tálamo. ^{9,15,16} Ello condiciona una estimulación a nivel hipotálamo hipofisario, con aumento de la secreción de ACTH, STH y catecolaminas, fundamentalmente. Sea cual fuera el mecanismo desencadenante, la reacción quirúrgica provoca una típica reacción de estrés, caracterizado por hipersecreción de ACTH, STH, vasopresina, cuya traducción sistémica radica en un estado predominantemente catabólico, con elevación de las concentraciones plasmáticas de catecolaminas, cortisol y glucagón, hipoinsulinemia y caída de los valores plasmáticos de hormonas tiroideas. 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 informativa con cada enfermo, y lo estimule a que cuente como enfrenta anímicamente la operación y que piensa o teme de ella.^{15,16}

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.

Existen multitud de cuestionarios dirigidos a la evaluación de la ansiedad, los objetivos de estos son la determinación de la ansiedad y conceptos asociados, como miedo, fobias, estrés y arousal. Se incluyen autoinformes, técnicas de registro fisiológico y técnicas de observación. El 71 % son cuestionarios, inventarios y escalas. Las más utilizadas para la evaluación de ansiedad preoperatoria son:^{3,6}

-State Trai Anxiety Inventory – STAI (inventario de ansiedad estado y rasgo): es un inventario de carácter psicométrico que consta de dos escalas que miden facetas diferentes, pero relacionadas, de la ansiedad: el estado y el rasgo. Es el más utilizado.^{5,6}

-El Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo ha sido diseñado para ser autoaplicado y puede ser administrado individual o colectivamente. Se recomienda aplicar primero la parte Ansiedad Estado (A/E) que consta de 20 reactivos y luego la parte Ansiedad Rasgo (A/R) formada por 20 reactivos.¹²

-Escala hetero-aplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton: Está compuesta por 14 ítems, cada uno correspondiente a un conjunto de manifestaciones de la ansiedad. El evaluador asigna una puntuación de 0 a 4 en función de la frecuencia e intensidad en lo que se presentan los síntomas. (Hamilton, 1959).

-Escala auto aplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton (Conde y French, 1984): Idéntica a la anterior, pero permitiendo al paciente que autoevalúe los síntomas.¹²

-Escala de ansiedad manifiesta de Taylor (Taylor, 1953): Consta de 50 ítems que el sujeto valora como "verdadero" o "falso". Mide la ansiedad- rasgo, no el estado de ansiedad. Aunque no está diseñada para medir los cambios sintomatológicos, su puntuación global se relaciona con los cambios sintomatológicos.^{10,13}

- Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad- ISRA de Tobal y Cano: trata de conjugar las aportaciones de dos modelos teóricos: el modelo interactivo multidimensional de la ansiedad (Endler) y el modelo tridimensional o de los tres sistemas de respuestas (Lang). El objetivo del ISRA es evaluar por

separado la frecuencia de respuestas cognitivas fisiológicas y motoras ante distintas situaciones, posibilitando así la obtención de un perfil de reactividad individual.¹⁷

Todas estas escalas muy útiles y gracias a ellas se realizaron muchos estudios y se empezó a dar importancia la ansiedad preoperatoria y su implicaciones y valores pronósticos para el transoperatorio y postoperatorio. Sin embargo todas estas escalas tenían el inconveniente de ser largas en cuanto al contenido, por lo que se desarrollaron nuevas más cortas basadas en las anteriores de las cuales las dos que han tenido validez son:

-VAS (Visual Analog Scale), que basada en el modelo utilizado para evaluar el dolor y creada inicialmente para ser utilizada por el personal de enfermería, mostró ser un instrumento muy rápido de aplicar pero muy pobre en cuanto al contenido, la evaluación depende de información poco clara y no explora lo suficiente para ser utilizada sola, en conjunto con cualquiera de las otras escalas es un complemento muy adecuado.^{4,17}

-APAIS (Amsterdam preoperative anxiety and information scale). Utilizada por Moerman en 1996, es un cuestionario de seis reactivos, que cubre los aspectos de monitoreo y de necesidad de información; 4 reactivos evalúan el temor a la anestesia y al procedimiento quirúrgico (alfa de Cronbach's 0.86). Y dos reactivos evalúan la necesidad de información (alfa de Cronbach's 0.72).^{5,7}

Es necesario detectar, además, cambios fisiológicos que suelen acompañar los estados de ansiedad y pueden afectar la respuesta a las drogas anestésicas, como variaciones de la tensión arterial o la frecuencia cardíaca.⁸

Algunos síntomas deben alertar sobre la probable existencia de un cuadro de ansiedad preoperatoria anormal y/o mal tolerada: insomnio, pesadillas, cefaleas tensionales, náuseas, dispepsias, sensación de disnea u opresión precordial atípica, etcétera. En ciertos pacientes, su incapacidad para afrontar el estrés prequirúrgico se expresa en el antecedente de reiteradas suspensiones de la operación y cambios de fecha por parte del enfermo, motivados por el temor o por trastornos somáticos como reacciones alérgicas o resfriados, por ejemplo.

A pesar de los avances en la medicina y las técnicas quirúrgicas, la cirugía representa indudablemente un evento estresante para muchos, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la muerte, dependencia

física, no despertar de la anestesia, el dolor, la enfermedad, recuperación, separación con la familia, situación económica y laboral y hospitalización entre otros. Ante todos estos interrogantes, pueden surgir varias respuestas emocionales; ansiedad, estrés, depresión, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias haciendo más lenta y complicada la recuperación postoperatoria.^{12, 13}

El nivel de ansiedad que la persona pueda experimentar y la capacidad del paciente para manejar la ansiedad en la cirugía depende de: haber sido testigo o haber experimentado complicaciones quirúrgicas pasadas, duración y magnitud de la enfermedad, tipo y gravedad de la intervención quirúrgica, tiempo de preparación previa para la cirugía, capacidad y tolerancia para soportar situaciones estresantes.^{8,9,13}

JUSTIFICACION Y TRASCENDENCIA

A largo de mi formación como residente de anestesiología y como un ejercicio de la práctica anestésica es obligación y un deber moral conocer al paciente antes del procedimiento quirúrgico y realizar una valoración preanestésica. Esto trae grandes beneficios al prepararnos para elegir el método adecuado para anestesiarlo y brindarle una mejor atención. Al realizar estas valoraciones observe que todos los pacientes tienen temor por el desconocimiento del procedimiento anestésico. Cuando le explicas al paciente como será ese procedimiento (a que hora bajará a quirófano, cuando entre a la sala como se y para que se monitoriza, quien es su anesthesiologo, como se inicia la anestesia, etc.) los pacientes cooperaban mejor en el interrogatorio y ellos mismos agradecían la explicación por ya no desconocer ese punto. ¿Si a esta explicación se agrega imágenes este nivel de ansiedad que presenta disminuirá? Los niveles se medirán por una escala denominada APAIS. (Escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam), la cual fue hecha específicamente para evaluar la ansiedad preoperatoria anestésica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿La ansiedad preoperatoria de los pacientes programados de manera electiva para cirugía será menor cuando la visita preanestésica se complemente con material visual?

HIPOTESIS.

Los pacientes programados para cirugía electiva que reciben explicación e información audio-visual acerca del procedimiento desarrollan menos ansiedad que aquellos que solo reciben información verbal.

OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de ansiedad en los pacientes programados para cirugía.
- Observar si la consulta preanestésica tiene impacto positivo sobre los niveles de ansiedad.
- Determinar a través de instrumentos de medición (escala APAIS y audio-visual) el nivel de ansiedad preoperatoria.
- Identificar en que tipo de pacientes es mayor su incidencia.

MATERIAL, PACIENTES Y METODO.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Transversal analítico.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes programados para cirugía electiva del hospital de especialidades de CMN S XXI.

DESCRIPCION DE VARIABLES

Variable independiente.

- Procedimiento Quirúrgico.

Variable dependiente.

- Niveles de ansiedad.

CRITERIOS DE SELECCION

Inclusión.

- Pacientes programados de manera electiva para cirugía
- Pacientes ASA I-III
- Con antecedentes o no de cirugías previas

Exclusión.

- Pacientes que no deseen participar
- Pacientes ASA IV-V
- Paciente en UCI
- Pacientes que no puedan expresarse verbalmente
- Pacientes bajo tratamiento ansiolítico o antidepresivo

TAMAÑO DE MUESTRA

De acuerdo a la fórmula de proporciones para obtener una característica determinada de una población el cálculo de muestra es de 280 pacientes

ANALISIS ESTADISTICO

De acuerdo al tipo variables se utilizaran pruebas no paramétricas. Se utilizará la prueba de X^2 para comparar los porcentajes entre grupos y la prueba de R de Pearson para la comparación de la escala de ansiedad.

PROCEDIMIENTOS

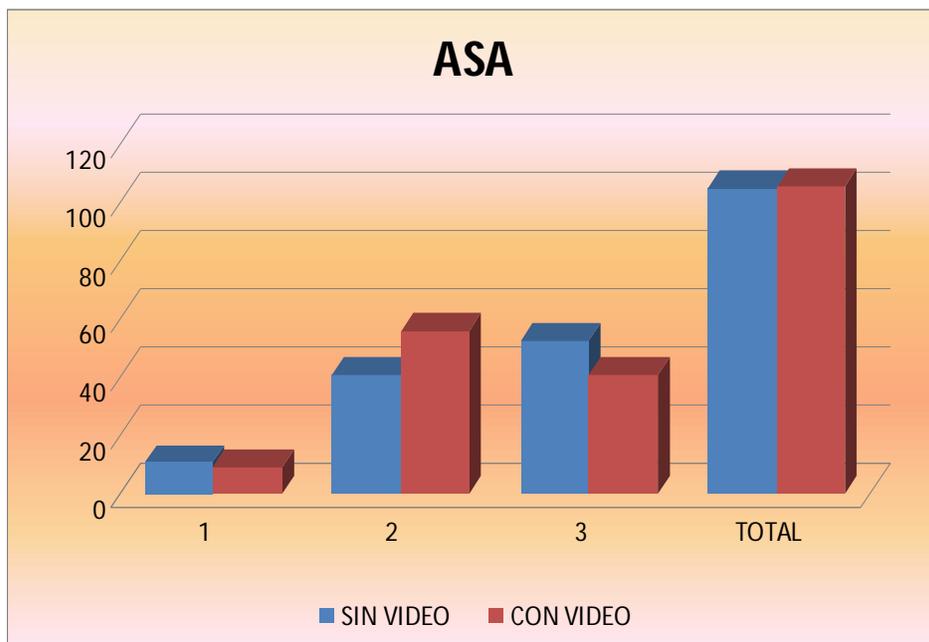
El estudio se llevará a cabo en el hospital de Especialidades de CMN S XXI, en los diferentes servicios quirúrgicos como: cirugía reconstructiva, urología, angioiología, gastrocirugía, neurocirugía, oftalmología, cabeza y cuello y otorrinolaringología. Por medio del programa diario de cirugías, se ubicara a los pacientes en su cama que les sea asignada. El investigador acudirá a las camas de los pacientes y mediante una pequeña entrevista se verificara que cumpla con los criterios de inclusión, y le invitará a formar parte del estudio. Se formaran dos grupos; un grupo se le dará información verbal y audiovisual y otro solo recibirá información verbal. Los pacientes de cada grupo serán determinados por día de valoración es decir un día los pacientes recibirán información verbal y audiovisual y al otro solo verbal y así consecutivamente. Si acepta se le mostrará por medio de una computadora portátil material audiovisual de duración aproximada de 1 minuto, en donde observará las diferentes áreas de una sal de quirófano, la máquina de anestesia, el equipo quirúrgico, después de observarlo se le entregara una encuesta la cual incluirá la escala APAIS, al

realizaron entrevistas en fin de semana. El investigador acudió con los pacientes y mediante una entrevista se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión y se invitó a participar en el estudio. A los pacientes que aceptaron ingresar al estudio el día que correspondió a observar el material y recibir la explicación, se les entregó el instrumento de medición posterior al finalizar el video. Tomó un promedio de 10 minutos por paciente. Los pacientes que aceptaron participar el día que solo recibían explicación verbal, el instrumento de medición se les entregó al finalizar la explicación verbal; tomó un promedio de 6 minutos con cada paciente.

Se entrevistaron un total de 211 pacientes, de los cuales 106 estuvieron en el grupo al que se le proyectó material audiovisual (GRUPO 1) y 105 pacientes que solo recibieron entrevista (GRUPO 2).

En la gráfica 1 se muestra los resultados de acuerdo al ASA de los pacientes. 20 pacientes se clasificaron en ASA 1 (9.5%), 97 pacientes en ASA 2 (47%), 94 pacientes en ASA 3 (44.5%). La gráfica 1 muestra como se distribuyeron los pacientes de acuerdo a los que vieron video.

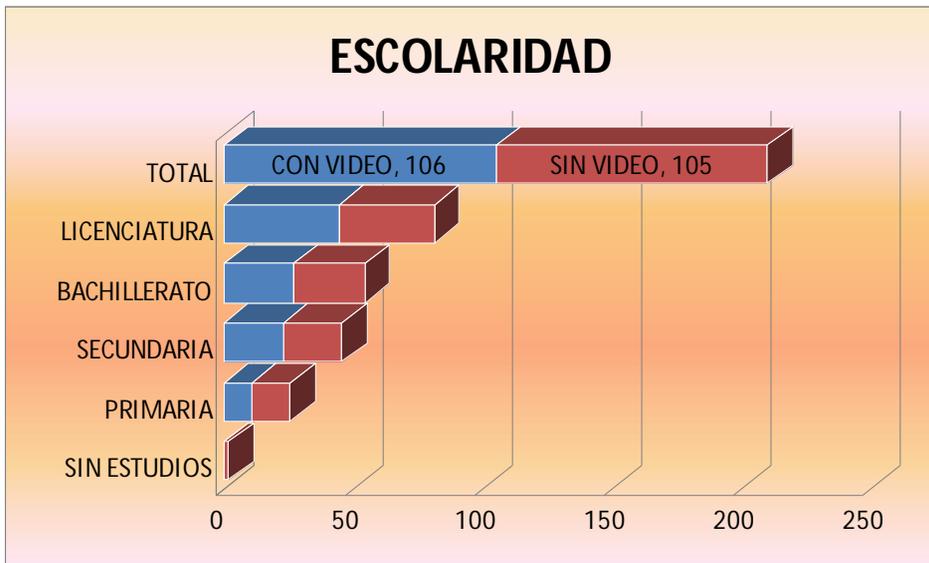
En el análisis estadístico se encuentra que en el grupo 1 la media es de 49.84, con DS de 15.22 +/- 1.48. En el grupo 2 una media de 48.77 con una DS de 15.58 +/- 1.52, con una p significativa



Grafica 1.

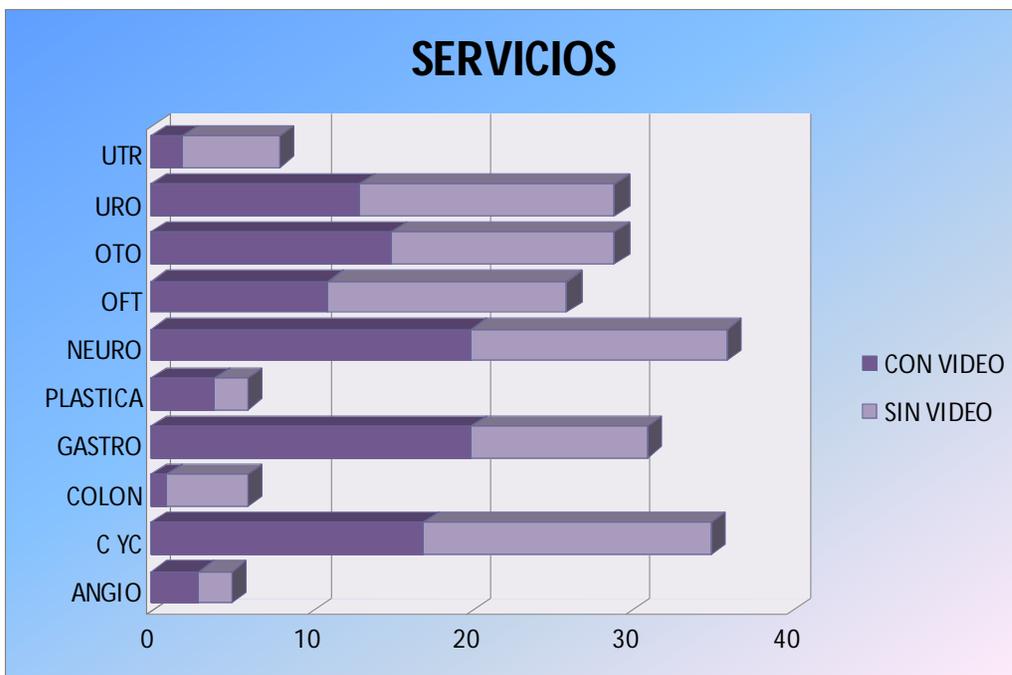
En la gráfica 2 se presentan el nivel de escolaridad. 55 pacientes (26.1%) tuvieron Bachillerato, 82 pacientes (38.9%) Licenciatura; 26 pacientes (12.3%) primaria, 46 pacientes (21.8%) secundaria y 2

pacientes (0.9%) sin estudios. Y al igual que en el ASA no hubo diferencia entre el grupo que vio video y el que no lo vio del nivel de escolaridad.



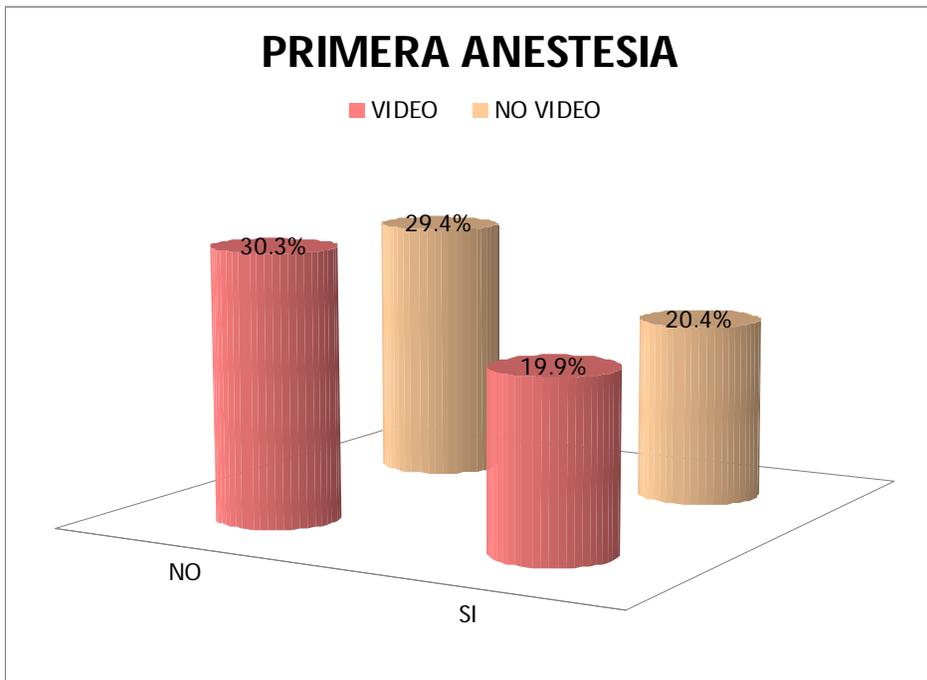
Grafica 2

De acuerdo a la especialidad quirúrgica, la gráfica 3 muestra la siguiente distribución: Angiología 5 pacientes (2.4%), Cabeza y cuello 35 pacientes (16.6%), coloproctología 6 pacientes (2.8%); gastrocirugía 31 pacientes (14.7%); cirugía plástica 6 pacientes (2.8%), neurocirugía 36 pacientes (17.1%); oftalmología 26 pacientes (12.3%); otorrinolaringología 29 pacientes (13.7%); urología 29 pacientes (13.7%) y Unidad de trasplante renal 8 pacientes (3.8%).



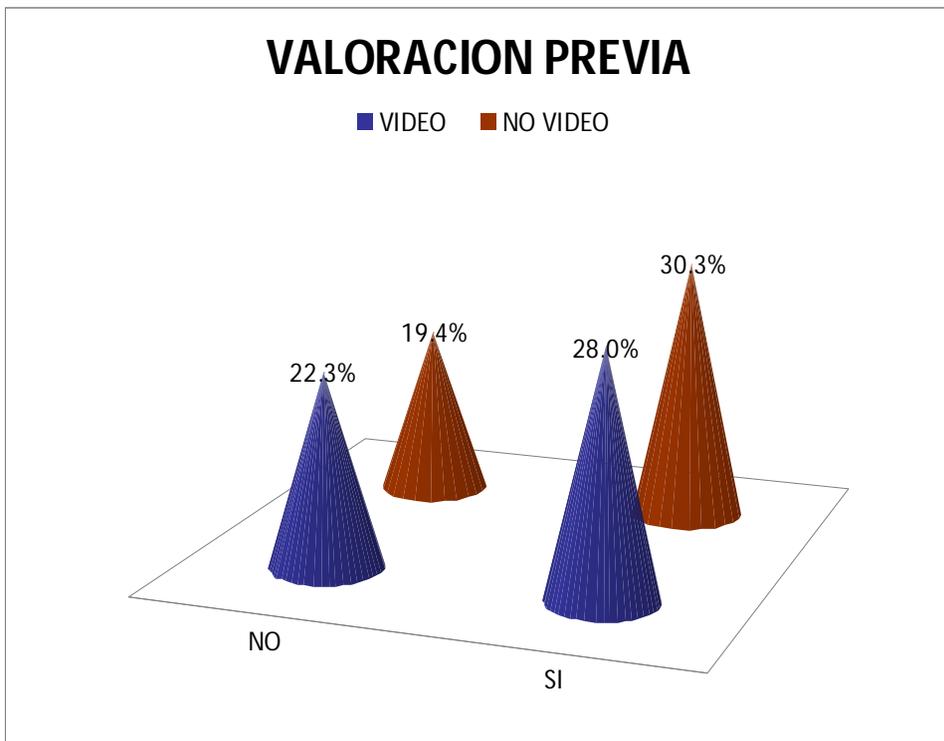
Gráfica 3

En relación a antecedentes anestésicos, en la gráfica 4 se muestra que 126 pacientes (59.7%) ya habían recibido al menos una anestesia y para 85 pacientes (40.3%) fue el primer procedimiento anestésico.



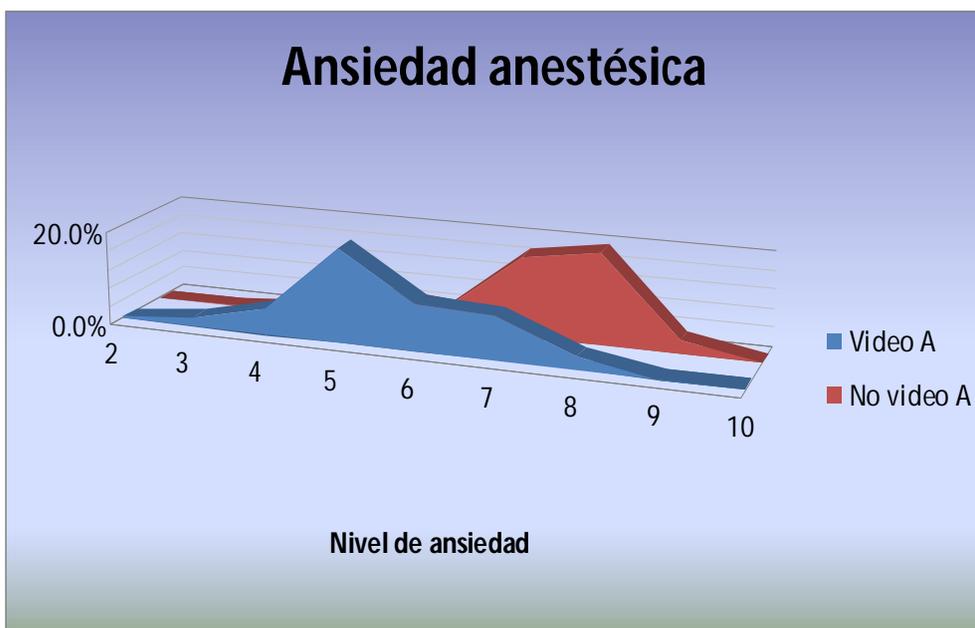
Gráfica 4

En cuanto a valoración preanestésica 88 pacientes (41.7%) no la tuvieron y 123 (58.3%) si se les había realizado. Gráfica 5



Gráfica 5

En la gráfica 6 se muestra el resultado en relación a la ansiedad a la anestesia.



Gráfica 6

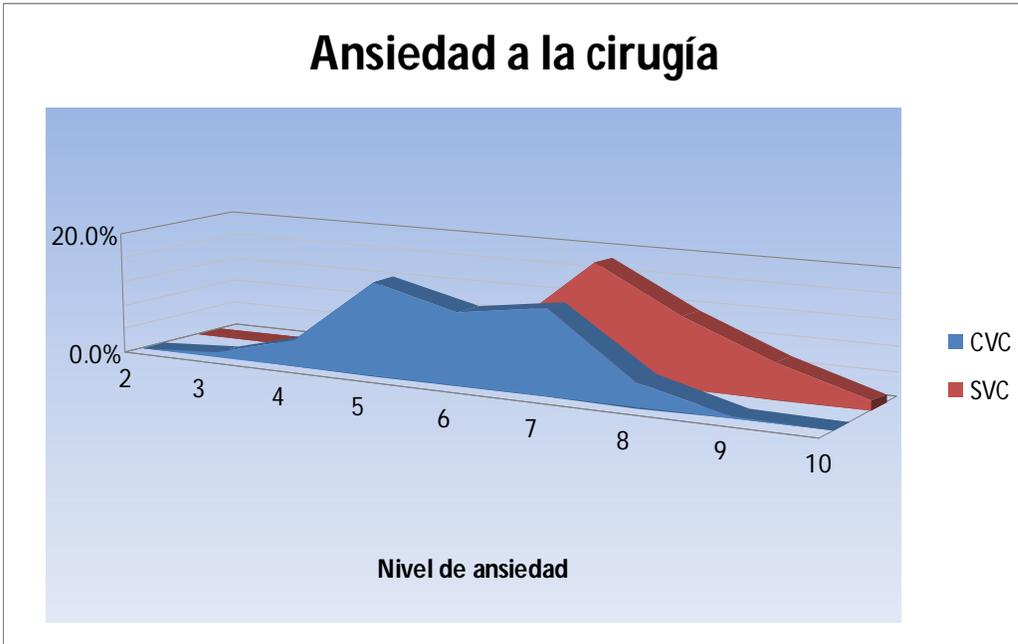
En la cual se observa claramente como los pacientes que vieron video tuvieron niveles de ansiedad menores a los que no vieron video. Los pacientes que observaron video se calificaron con niveles de ansiedad entre 5 a 7 que se considera ansiedad moderada; mientras que los pacientes que no observaron el video se calificaron con nivel de ansiedad entre 7 a 9 lo que se considera ansiedad severa y en este nivel se recomienda apoyo con fármacos ansiolíticos. El análisis estadístico de esta variable fue:

Ansiedad a la anestesia: Grupo 1 Media 5.53, DE 1.24 +/- 0.12; Grupo 2 Media 7.13; DE 1.15 +/- 0.11 con una p significativa. Tal como se muestra en la gráfica y el análisis existió diferencia significativa en cuanto a la disminución de la ansiedad en el grupo que vio video (Grupo 1).

La gráfica 7 muestra la ansiedad a la cirugía. En donde el análisis estadístico de esta variable fue:

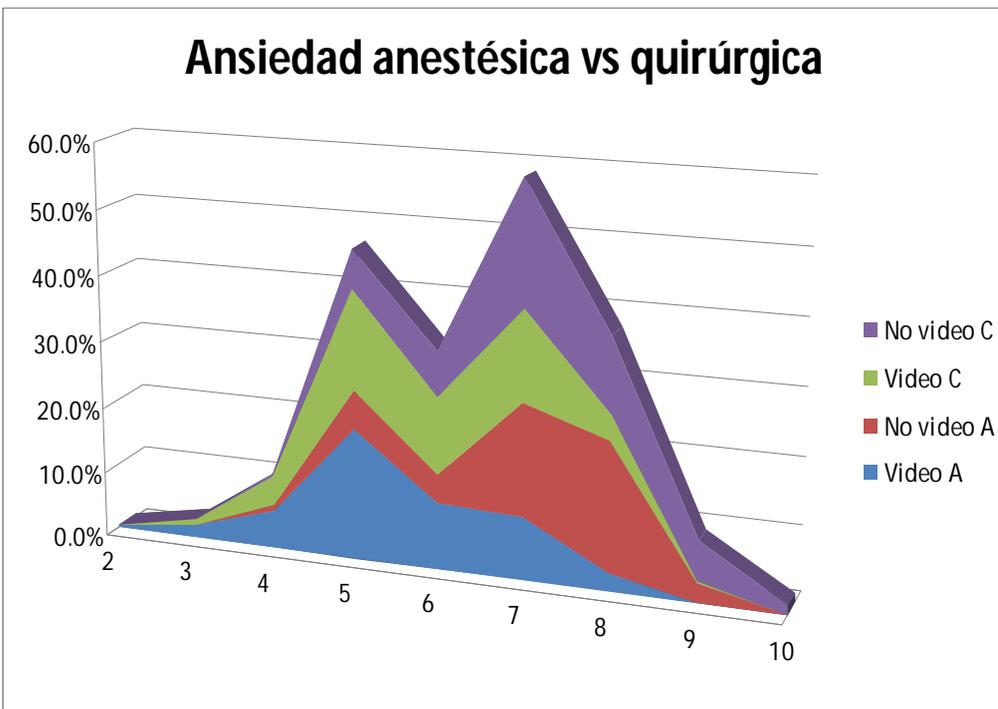
Ansiedad a la cirugía: Grupo 1 Media 5.92, DE 1.22, +/- 0.12; Grupo 2 Media 7.15, DE 1.27, +/- 0.12 con una p significativa.

Hubo diferencias significativas en cuanto al grupo vio el video tuvo calificaciones de ansiedad entre 5-7 lo que los clasifica en ansiedad moderada y el grupo que no vio video tuvo calificaciones de 7 a 10 lo que los clasifica en ansiedad severa; a pesar de que el video mostraba el ambiente de quirófano pero la información era hacia la anestesia no hacia los diferentes actos quirúrgicos.



Gráfica 7

La gráfica 8 es una comparación de la ansiedad a la anestesia contra la ansiedad a la cirugía. De donde observamos que en lo que se refiere a la valoración de ansiedad quirúrgica tuvieron mayor ansiedad y esto resulta obvio ya que el video y la explicación verbal no aclaraban totalmente las dudas de la cirugía ya que no era el cirujano quien daba la explicación.



Gráfica 8

La necesidad de información del acto anestésico quirúrgico se muestra en la gráfica 9. De acuerdo al análisis estadístico de las tres últimas variables encontramos:

Deseo de información: Grupo 1 Media 5.90, DE 1.59, +/- 0.15; Grupo 2 Media 7.25, DE 1.60, +/- 0.16 con una p significativa. Las diferencias encontradas fueron a favor de los pacientes que vieron video (Grupo 1) en cuanto a que se satisfizo la necesidad de información; sin embargo las calificaciones de ansiedad fueron de 3-8 lo que los clasifica desde ansiedad leve a grave. Y el grupo que no vio video (Grupo2) tuvieron calificaciones en niveles de ansiedad de 4-10 lo que los clasifica en ansiedad moderada a grave.



DISCUSION.

Los resultados del estudio mostraron que los niveles de ansiedad en los pacientes sometidos a cirugía electiva se pueden disminuir de manera significativa si se aplican estrategias de intervención no farmacológica a la valoración preoperatoria, como se había demostrado en un estudio publicado por Agarwal y cols, utilizaron la acupuntura junto con la valoración preanestésica para disminuir la ansiedad.⁹ Con su técnica este investigador logro resultados exitosos y muy similares a los encontrados en este estudio; la razón por la que es poco probable que se pueda aplicar en nuestro hospital es que no hay personal de anestesia que de acupuntura además de que por el medio en que nos encontramos pocos pacientes aceptarían participar. Por que buscar estrategias alternas si está bien estudiado que fármacos como el midazolam son sumamente eficaces para tratar la ansiedad^{8,11}. Las condiciones de demanda de pacientes quirúrgicos que atiende el hospital de Especialidades rebasan la capacidad para tener suficiente personal capacitado para manejar y vigilar la ansiolisis de un paciente; es por esto que desde hace muchos años se estableció que el solo hecho de que el anestesiólogo acudiera a realizar una valoración preoperatoria al paciente disminuía la ansiedad.^{13,14} Sin embargo al pasar los años y conforme se fue descubriendo los

procesos neuroendocrinos que están involucrados con el desarrollo y adaptación del paciente al estrés del acto anestésico-quirúrgico como lo muestra el trabajo de Van den Berfhe¹⁵ quien hace una descripción de las vías neuroendocrinas y metabólicas que desencadenan el stress y mide incluso concentraciones de hormonas como el glucagon y antidiurética y de algunas interleucinas, demostrando que no importa edad, escolaridad u ocupación, la elevación de esos marcadores siempre está presente, con lo cual se descartan los estudios que afirmaban que la edad y sobre todo la escolaridad si eran determinantes en la ansiedad preoperatoria.^{13,14,15} Tomando como base lo antes descrito en este estudio no hubo diferencias entre los grupos comparados en cuanto a edad, escolaridad, ni especialidad quirúrgica tratante. Kindler y cols⁴, Oosting y cols¹⁰ encontraron en diferentes estudios que los pacientes que recibía mejor información preanestésica durante la visita del anestesiólogo mostraban disminución en la tasa de ansiedad, que aquellos pacientes que no la recibían por que no eran visitados o la visita era muy breve. Resultados similares se encontraron en este estudio en cuanto a más amplia información audiovisual menor ansiedad presentaron los pacientes.

En cuanto a si hay predominio de sexo para presentar mayor ansiedad, estudios como el de Cauma y cols³, lo relacionan como factor de riesgo postoperatorio para desarrollara crisis de ansiedad manifestada sobre todo por dolor incontrolable y náusea y vómito postoperatorio siendo el sexo femenino el factor de riesgo; Moerman y cols⁷ encontraron en su estudio que pertenecer al sexo femenino es un factor de riesgo de hasta cinco veces más en relación con el sexo masculino. En México un estudio realizado por De la Paz-Estrada y cols⁶ en el Hospital General de México mostró cifras similares a las encontradas por Moerman. Otro dato importante que se considera como factor de riesgo para desarrollar ansiedad postoperatoria manifestada por dolor y náusea es el tiempo de sueño, en donde los pacientes que duermen entre tres y cuatro horas en promedio desarrollaron ansiedad en el 29% de los casos (OR=19.81,IC 95%=2.60-150.8, p=0.001). Los pacientes que durmieron un promedio de entre siete y ocho horas antes de la intervención quirúrgico desarrollaron ansiedad en un 9% (OR=0.12,IC 95%= 0.05-0.30, p =0.001).⁶ Estos datos no se habían analizado en nuestro estudio tampoco fueron objetivo ya que todos estos se presentan como factores de riesgo para desarrollo de ansiedad postoperatoria.

En cuanto a la escala seleccionada para medir la ansiedad; se busco en la literatura si existía algún instrumento que midiera la ansiedad y que no fuera tan extenso el cuestionario como las escalas que se utilizan en psiquiatría y psicología para medirla y que además estuviera enfocada a preguntas del acto anestésico quirúrgico.⁷ Se encontró la escala APAIS (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information

Scale) la cual fue creada por Moerman y cols⁷ en el año de 1996 y es una herramienta muy útil ya que es un cuestionario corto enfocado a medir la ansiedad del acto anestésico quirúrgico. Abdulaziz y cols realizaron un estudio en donde comparaban el uso de la escala APAIS contra la escala visual análoga de ansiedad y el cuestionario de Hamilton para medir la ansiedad a la anestesia, estos investigadores encontraron que la escala APAIS es una herramienta adecuada para medir la ansiedad y que se obtiene similares resultados de la medición comparada con el cuestionario de Hamilton; pero fue muy superior a la escala visual análoga de ansiedad.^{4,5,6} Por lo que consideramos que fue un acierto utilizar la escala APAIS ya que se ha demostrado que es una herramienta muy efectiva para la evaluación de la ansiedad. Se buscó también en la literatura las diferentes estrategias que se han utilizado para disminuir la ansiedad preoperatoria y encontró una amplia variedad de estudios en donde se utiliza fármacos, acupuntura, técnicas de hipnosis sobre todo en niños, música etc.^{11, 12,13} No se encontró que se haya realizado ningún estudio en donde se mostrará un video como el que mostramos en el estudio; consideramos que es muy práctico este video porque además de ser un material audiovisual demostrativo no requiere de conocimientos de técnicas especializadas como la acupuntura o la hipnosis.

Los resultados obtenidos muestran que la intervención que realizamos al mostrar el video y una pequeña explicación de la anestesia disminuye la ansiedad de manera importante y es capaz de crear un impacto positivo en los pacientes. A pesar de contar con herramientas quirúrgicas modernas y aparatos de anestesia que nos dan mayor seguridad con el paciente y a este se le disminuye el riesgo de complicaciones de manera muy importante, la visita preanestésica como se estableció desde hace mucho tiempo, así como una adecuada comunicación con el paciente y a esto agregándole una maniobra como la que se realizó es lo que marcara que este tipo de síntomas disminuyan.^{4, 5, 8, 12}

CONCLUSIONES.

La visita preanestésica complementada con material visual disminuye la ansiedad de los pacientes que serán intervenidos de manera electiva para las diferentes especialidades quirúrgicas, por lo que se propone crear un espacio físico para mostrar material visual antes del internamiento por un anestesiólogo y lograr que el paciente se sienta tranquilo y durante la visita preanestésica pueda hacer preguntas y aclarar sus dudas.

ANEXO 1.**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

Periodos Fases	Julio 2010	Agosto 2010	Septiembre 2010	Octubre 2010	Noviembre 2010	Diciembre 2010
Selección del Tema y búsqueda De la literatura	X					
Estandarización De metodología Y técnicas	X					
Captura de pacientes		X	X			
Análisis de datos				X	X	X
Redacción trabajo final						X

ANEXOS 2

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

FECHA _____

ESPECIALIDAD _____

NIVEL DE ESTUDIOS _____

OCUPACION _____

SEXO _____

EDAD _____

ASA _____

1. ¿Es la primera vez que recibirá anestesia?
SI NO

A continuación responda a las preguntas marcando la casilla del número 1 al 5, tratando de reflejar como se siente respecto a cada enunciado.

Siendo 1 el nivel más bajo de preocupación (nada preocupado) y 5 el nivel más alto de preocupación (extremadamente preocupado).

	1	2	3	4	5
1. ESTOY PREOCUPADO POR LA ANESTESIA					
2. PIENSO EN LA ANESTESIA CONSTANTEMENTE					
3. ME GUSTARIA SABER TODO ACERCA DE LA ANESTESIA					
4. ESTOY PREOCUPADO POR LA CIRUGIA					
5. PIENSO CONSTANTEMENTE EN LA CIRUGIA					
6. ME GUSTARIA SABER TODO ACERCA DE LA CIRUGIA					

ANEXO 3.

NOMBRE: _____
DIAGNOSTICO _____
CIRUGIA PROGRAMDA _____
ENFERMEDAD ASOCIADA. _____
RECIBIO VALRACION ANESTESICA PREVIA _____

México, DF. a ____ de _____ de 20__.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: IMPACTO DE LA VISITA PREOPERATORIA ACOMPAÑADA DE MATERIAL VISUAL SOBRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES PROGRAMADOS DE MANERA ELECTIVA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL S XXI.

El objetivo del estudio es: Medir la disminución e la ansiedad en los pacientes programados para cirugía electiva mediante la valoración preanestésica complementada con material visual, la ansiedad será medida mediante un cuestionario de 6 reactivos que se le entregara al paciente posterior a realizar la valoración preoperatoria y observar el video.

Mi participación consistirá en: Al ser paciente programado de manera electiva para cirugía de cualquier especialidad quirúrgica del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional S XXI, se me realizará una valoración preanestésica que consiste en una seri de preguntas de antecedentes personales de importancia, así como valoración de la vía aérea, exámenes de laboratorio y de gabinete y además verá un video informativo acerca de la anestesia, del ambiente en quirófano, de los monitores. El video tiene una duración de 1 minuto con 10 segundos y/u otro grupo solo se le realizará la valoración antes descrita sin observar video informativo. La encuesta al final practicada será anónima.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Hospital.

No se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

BIBLIOGRAFIA.

- 1) **Markland D, Hardy LA.** Anxiety, relaxation and anaesthesia for day-case surgery. *Br J Clin Psychol* 1993;32:493-504.
- 2) **Ruiz Lopez E, Muñoz-Cuevas JH, Olvero Vazquez YI.** Preoperative anxiety at the General Hospital of Mexico. *Rev Med. Hosp Gen. Mex* 2000;63:231-236.
- 3) **Cauma w, Schmidt AP, Scheider CN, Bergmann J, et al.** Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia* 2001; 56: 720-738.
- 4) **Kindler C H, Harms C, Amster F.** The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients anesthetic concerns. *Anesth Analog* 2000;90:706-712.
- 5) **Abdulaziz Boker, Laurence Brownell. et al.** The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anesth* 2002; 49:8, 792-798.
- 6) **De la Paz-Estrada C, Prego Beltrán C, Barzaga Hernández E.** Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. *Rev Mex Anest* 2006;29:159-162.
- 7) **Moerman N, Van Dam F, Muller M.** The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996;82:445-451.
- 8) **Oldman M, Moore D, Collins S.** Drug patient information leaflets in anesthesia: effect on anxiety and patient satisfaction. *Br J Anaesth* 2004;92:854-858.
- 9) **Agarwal A, Ranjan R, Dhiraaj S, Lakra A.** Acupressure for prevention of preoperative anxiety: a prospective, randomized, placebo controlled estudio. *Anaesthesia* 2005;60:978-981.

- 10) **Oosting H, Maranets I, Kain ZN.** Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth Analg* 1999;89:1346-1351.
- 11) **Bauer KP, Dom PM, Ramirez AM, O'Flaherty JE.** Preoperative intravenous midazolam: benefits beyond anxiolysis. *J Clin Anesth* 2004;16:177-183.
- 12) **Arellano R.** Timing of the anaesthetist's preoperative out patient interview. *Anaesth Analg* 1989;68:645.
- 13) **Norris W, Baird WL.** Preoperative anxiety –a study of the incidence-. *Br J Anaesth* 1967;28:78-84.
- 14) **Ramsay MAE.** A survey of preoperative fear. *Anaesthesia* 1972;27:396-402.
- 15) **Van den Berfhe.** The neuroendocrine response to stress is a dynamic process. *Best Practice and Research Clinic Endocrinology and metabolism* 2001;15:405-419.
- 16) **Charmandari E, Constantine T.** *Annual Review of Physiology* 2005;67:259-284.
- 17) **Jelicic M, Bonje B.** Assesment of preoperative anxiety: Comparision of measures in patients awaiting surgery for breast cancer. *Br J Anaesth* 1995;74:180-183.
- 18) **Vogelsang J.** The visual analog scale: and accurate and sensitive method for self-reporting pereoperative anxiety. *J Post Anasth Nursing* 1988;3:235-239.