



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA
DR. ERNESTO RAMOS BOURS

T E S I S

**VALORACIÓN DE NIVELES DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA CONSULTA
PREANESTÉSICA EN CIRUGIA ELECTIVA ABDOMINAL**

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGIA

PRESENTA:
Rogelio Vega Quintana

TUTOR PRINCIPAL DE TESIS: DRA. María Elena Velázquez Gálvez
Hospital General del Estado de Sonora
CODIRECTOR DE TESIS: DR. Javier Alberto Astorga Buelna
Hospital General de Obregón Sonora
COMITÉ TUTOR: BIOL. Nohelia G. Pacheco Hoyos
Universidad de Sonora
Hospital General del Estado de Sonora

Hermosillo Sonora; julio 2016



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.

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN DEL CÓMITE DIRECTIVO DE TESIS

Los presentes han revisado el trabajo del médico residente de tercer año Rogelio Vega Quintana y lo encuentran adecuado para continuar con su proceso de titulación para obtener su grado de médico especialista en Anestesiología.



Dra. María Elena Velázquez Galvez
Tutor principal
Hospital General del Estado de Sonora



Dr. Javier Alberto Astorga Buelna
Miembro del comité tutorial
Hospital General de Obregón Sonora



Biol. Nohelia G. Pacheco Hoyos
Miembro del comité tutorial
Departamento de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, Universidad de Sonora
Hospital General del Estado de Sonora



Gobierno del
Estado de Sonora

Secretaría de
Salud Pública

Hospital General del Estado
"Dr. Ernesto Ramos Bours"
División de Enseñanza e Investigación
No. de Oficio: SSS/HGE/EM/645/16
Hermosillo, Sonora a 25 de julio de 2016

2016: "Año del Diálogo y la Reconstrucción"

OFICIO DE LIBERACIÓN DE TESIS

La división de enseñanza e Investigación del Hospital General del Estado de Sonora hace constar que realizó la revisión del trabajo de tesis del médico residente: *Vega Quintana Rogelio*; cuyo título es:

VALORACIÓN DE NIVELES DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA CONSULTA PREANESTÉSICA EN CIRUGÍA ELECTIVA ABDOMINAL

Se considera que la tesis reúne los requisitos solicitados por la Universidad Nacional Autónoma de México y se acepta para ser presentada en el examen de grado.

**ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN.
EL SUBJEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN**


DR. ELEAZAR VALLE ARMENTA

C.p. Archivo
NGPH



Hospital General
del Estado
Dr. Ernesto Ramos Bours

Unidos logramos más

Blvd. Luis Encinas Johnson S/N Colonia Centro
Tels. (662) 2592501, 2592505
Hermosillo, Sonora / www.saludsonora.gob.mx

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Universidad Autónoma de México por permitirme ser parte de su matrícula y darme la oportunidad de ser parte de una de las mejores universidades de Latinoamérica.

Gracias a la secretaria de salud de México por ser parte importante para la formación de médicos especialistas en nuestro país, por las becas que nos brinda como ayuda para cumplir nuestra preparación.

Gracias al hospital general del estado Dr. Ernesto Ramos Bours por abrirnos las puertas y ser nuestra casa durante nuestra formación, donde no solamente aprendimos Anestesiología sino también a convivir con nuestros compañeros y ser parte de esa gran familia.

Gracias a mis tutores de tesis que me guiaron durante este proceso para poder presentar un trabajo de buena calidad y de utilidad para la medicina, en especial anestesiología que servirá como precedente para futuros estudios.

Gracias a mi familia por el apoyo incondicional para poder concluir esta especialidad sin ellos no habría sido posible.

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis padres quienes siempre me han apoyado para alcanzar mis metas y en especial a mi esposa Azucena y mi hija por todo su apoyo a pesar de la distancia siempre me han acompañado en cada paso de este viaje.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
MARCO TEÓRICO	9
Introduccion	10
Epidemiologia	11
Medicion de la Ansiedad	13
Factores de riesgo	14
Consecuencias de Ansiedad preoperatoria	17
Intervenciones del manejo de Ansiedad	18
Cirugia laparoscopica abdominal	19
Hernias abdominales	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
JUSTIFICACIÓN	27
OBJETIVOS	29
HIPÓTESIS	30
MATERIALES Y MÉTODOS	31
RESULTADOS	37
DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES	46
LITERATURA CITADA	47
ANEXOS	51

Resumen

TITULO: Valoración de niveles de ansiedad antes y después de la consulta preanestésica en cirugía electiva abdominal

OBJETIVO: Evaluar si hay modificación en los niveles de ansiedad con la consulta pre anestésica en los pacientes programados para cirugía electiva abdominal.

METODOLOGÍA: Estudio Observacional comparativo con asignación de una sola muestra de 50 pacientes programados para cirugía electiva abdominal en el hospital general del estado de sonora. Se autorizó por el comité de investigación y ética de este hospital, se aplicó la escala de ansiedad de Hamilton que es una escala hetero-aplicada para determinar el nivel de ansiedad se aplicó previo a la consulta pre-anestésica y posterior a esta 24 horas o más para comparar niveles de ansiedad con respecto a edad y sexo. Los resultados se capturaron en una base de datos para su análisis estadístico obteniendo frecuencias y porcentajes con el software SPSS V.24 y un análisis de Chi cuadrada.

RESULTADOS: Se compararon los resultados de las dos evaluaciones de Hamilton previo y posterior a la consulta de los 50 pacientes, en la aplicación previa predominaron los niveles de no ansiedad(34%), ansiedad menor (62%) y ansiedad mayor (4%) y posterior a la consulta no ansiedad (92%), ansiedad menor (8%) y ansiedad mayor (0%).

CONCLUSIÓN: Los niveles de ansiedad posterior a la consulta pre-anestésica disminuyeron de forma importante. No se encontró asociación estadística entre la edad y el sexo con los niveles ansiedad.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, consulta pre-anestésica, edad, sexo.

Abstract

TITLE: Evaluation of anxiety levels before and after the pre-anesthetic consultation elective abdominal surgery

OBJECTIVE: To assess whether there modificacionmodificación in anxiety levels with anesthetic consultation preanestesicapre patients scheduled for elective abdominal surgery.

METHODS: Observational comparative study with allocation of a single sample of 50 patients scheduled for elective abdominal surgery in the general hospital of the state of Sonora. Was authorized by the research committees and ethics of this hospital, the scale Hamilton anxiety which is a hetero-applied scale to determine the level of anxiety was applied prior to the pre-anesthetic and consultation after this 24 hrs. or more to compare levels of anxiety regarding age and sex. The results are captured in a database for statistical analysis obtaining frequencies and percentages with SPSS V.24 software and Chi square test.

RESULTS: The results of the two evaluations of Hamilton pre- and post-consultation of the 50 patients were compared in the previous application predominated levels not anxiety (34%), less anxiety (62%) and increased anxiety (4%) and after consultation no anxiety (92%), less anxiety (8%) and higher (0%) anxiety.

CONCLUSION: The levels following the pre-anesthetic consultation anxiety decreased significantly. No statistical association between age and sex with anxiety levels was found.

KEYWORDS: Anxiety, pre-anesthetic consultation, age, gender.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

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 (Jarne, Talarn, 2000).

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. (Jarne, Talarn, 2000). 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. (Jarne, Talarn, 2000)

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 pre-quirúrgica. 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. (Escobar, 2000)

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

Los enfermos deben utilizar sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad y la cirugía, e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. La ansiedad es un síntoma frecuente como resultado de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía. (Escobar, 2000).

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, glucagón, aldosterona, vasopresina, prolactina, hormona

antidiurética, resistencia a la insulina), alteraciones hidroelectrolíticas (descenso de potasio sérico, retención hidrosalina) y modificaciones inmunológicas.(Biebuyck, 1990)

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. (Torrades, 2004)

Se sabe que entre el 20% y 30% de los pacientes atendidos en la consulta de médicos familiares presentan trastornos psíquicos, y que los más frecuentes son los trastornos de ansiedad. Sin embargo, la detección por parte del médico es muy baja. (González, 2004)

El desarrollo de diferentes modelos de salud ha dado importante avance en la comprensión de factores etiológicos y perpetuantes del proceso salud-enfermedad. De las características a resaltar es que los modelos de salud nos dan un marco referencial para saber por dónde empezar, son una herramienta relevante para realizar un diagnóstico y llevar a cabo una estrategia de intervención y qué técnicas necesitamos para influir un cambio en las conductas negativas de las personas (Gordillo, Arana y Mestas, 2011; Gil, 2004).

Los pacientes que son admitidos a los hospitales no psiquiátricos por procesos agudos orgánicos, se ha evaluado que presentan depresión entre el 16 y el 43% y de ansiedad entre el 16 y el 30%, estableciendo el diagnóstico con el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales) (Silverstone, 1996).

Estos trastornos están sub-diagnosticados y sub-tratados. La detección de la sintomatología ansiosa o depresiva no manifiesta, se requiere que esto sea a través del personal que se encuentra en contacto con estos pacientes como lo es el personal de enfermería o personas allegadas a estos (tienen un contacto mas cercano) (Teresi J, 2001).

Se ah visto que en pacientes que serán sometidos a cirugía los problemas de ansiedad se presentan días antes a su hospitalización, y el hecho de estar en los nosocomios es un evento estresante para el paciente ya que lo desconocido siempre involucra ansiedad. 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 un cambio de sus hábitos (Ruiz-López, 2000).

La mayoría de los pacientes ah evaluado a los hospitales como ambientes altamente estresante lo que aumenta sus niveles de depresión y ansiedad(Vila Ma, 2003).

Se ha reportado en varios estudios el temor a los hospitales en un porcentaje aproximado al 35%, y miedo a la anestesia la presento un 45 % de la población y en un menor porcentaje a la cirugía (33%) un 47% de los pacientes no conocía al medico que les realizaría la cirugía y 45% no sabia en que consistía el procedimiento que se les realizaría.

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 (Armand Grau, 2003)

MEDICIONES DE LA ANSIEDAD

EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA

Se ha visto que es de gran utilidad durante la evaluación pre-quirúrgica o el día de la cirugía el médico anestesiólogo hable con el paciente en una conversación informal para que el paciente nos pueda expresar como se siente anímicamente por la realización de la operación, se ha visto que las frases tranquilizantes globales como “quédese tranquilo, es una operación sin importancia y no pasara nada malo” no logran disminuir la ansiedad y el paciente lo relaciona con no haber sido escuchado (Escobar, 2000).

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.

La mayoría de los pacientes ven la realización de la cirugía como la solución a sus problemas o piensan que después de esta ya no existirá ningún problema por lo que eleva todas sus esperanzas a esta. 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.

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).(Moerman, 1996).

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 (Lykouras, 1989)

Una de las características de este tipo de pacientes es las reacciones emocionales anormales frente al estrés de la cirugía, es el mal manejo de la ansiedad, por lo que es necesario una adecuada evolución y control con medidas farmacológicas (Escobar, 2000).

Una de las cuestiones que mas frecuentemente expresan los pacientes es la preocupación por la perdida de autonomía, por tener que separarse de sus hogares y sentirse solos en el ambiente hospitalario, temor a la muerte, riesgos de complicaciones o quedar con alguna secuela además del costo económico. Otra de las inquietudes que con mayor frecuencia se presenta son las dudas de la habilidad y conocimientos del cirujano (Koppmann, 2004).

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

Todos los pacientes coinciden en cuanto a la ansiedad pre-operatoria es que esta es mayor al momento de su ingreso al hospital que al momento de su alta y que sus problemas de ansiedad disminuyen al salir del hospital. En pacientes adultos hay aumento de los niveles de ansiedad en cuanto acerca de la recuperación y reincorporarse a sus actividades cotidianas (Vila Ma,2003).

Cada paciente presenta diferentes niveles de ansiedad dependiendo de varios factores: edad (Los pacientes jóvenes presentan mayores niveles de ansiedad que los ancianos), estado socioeconómico, ocupación, estado físico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica, etc. (Koppmann 2004).

La prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión se mantiene en pacientes que se encuentran hospitalizados. Esto es relacionado especialmente con el sexo femenino y más de una quinta parte presentan trastornos psiquiátricos. Los estados de depresión severa están relacionados con su grado de ansiedad.

Se ha discutido si el grado de ansiedad y depresión depende de la gravedad de la enfermedad física acompañante o es independiente (Hansen Ms, 2001). 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 contraparte. 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 pre quirúrgica. 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 (Wells J, 1986).

La ansiedad del paciente depende de la información que recibe sobre la cirugía y de la capacidad de este para enfrentar, comprender y asimilar, por lo que es necesario mejorar la explicación que se les da (Koenig Hg, 1997). 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 rutilante, etcétera.

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.

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.

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 (Escobar, 2000)

En estudios realizados en Estados Unidos se ha observado que los pacientes que escuchan música previa a su intervención quirúrgica demuestran menos índices de ansiedad que los que no lo hacen. 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 (Wagner, 2006)

CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA.

Los problemas de ansiedad se relaciona con una estancia hospitalaria mayor al igual que costo y mayor uso de procedimientos diagnósticos. Esta bien establecido que el mantener niveles altos de ansiedad favorecen a un deterioro funcional del paciente

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 (Silverstone, 1996). Hay que saber identificar a los pacientes que presentan sintomatología ansiosa para tomar medidas al respecto y así disminuir el riesgo de complicaciones en el peri-operatorio así como disminuir el tiempo de hospitalización.

Los pacientes que presentan una buena adaptación emocional ante estas situaciones tienen una mejor evolución así como pronóstico (escobar, 2000). 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.

La ansiedad preoperatoria puede disminuir el margen de seguridad anestésica; es importante atenuar la ansiedad y sus concomitantes fisiológicos para impedir que un estado de labilidad autónoma genere complicaciones intra-operatorias (como arritmias cardíacas, o incremento de las posibilidades de efectos secundarios severos de los fármacos anestésicos).

Otro punto importante es la utilización de fármacos para disminuir el grado de ansiedad y los componentes emocionales de un cuadro doloroso, este tipo de pacientes se beneficia de la utilización de ansiolíticos, que al disminuir la ansiedad generalmente disminuyen el uso de otros fármacos como lo son los analgésicos (Ohayon,1998).

INTERVENCIONES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD.

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. 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 (Ghoneim, 2000).

La técnica adecuada para mejorar la recuperación psicológica y orgánica es no solamente utilizando psicofármacos sino manejarlo de una forma integral identificando el origen de esta ansiedad y enfocándose directamente a esta para resolverla. (Escobar,2000).

El uso de psicofármacos en la etapa pre-quirúrgica 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.

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 (Escobar,2000).

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 (Ruiz-López, 2000).

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 (Koppmann, 2004)

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.

Cirugía laparoscópica

La cirugía laparoscópica es catalogada como uno de los acontecimientos más relevantes del siglo en lo que a cirugía se refiere (Cuesta Ma, 2003) esto principalmente por los beneficios metodológicamente probados en un gran número de estudios con respecto al dolor post operatorio, la disminución de la estancia hospitalaria, la integración

temprana a la reincorporación laboral (recuperación más temprana), así como mejor aspecto estético con respecto a la incisión quirúrgica, actualmente la gran mayoría de las especialidades quirúrgicas ofrecen el beneficio de la cirugía de mínima invasión o cirugía endoscópica, y es en la cirugía abdominal el campo de acción con más experiencia y con más variabilidad de procedimientos destacando principalmente: cole cistectomía, hernias inguinales totalmente extra peritoneal (TEP), trans-abdominal pre-peritoneal (TAAP), hernias de pared, funduplicatura de Nissen, laparoscopia diagnósticas, biopsias, resección de quistes de anexos y apendicetomía (Cuschieri A, 2006).

La seguridad y eficacia de la cirugía laparoscópica está íntimamente relacionada con la curva de aprendizaje por parte del cirujano, así pues actualmente es imprescindible que el médico quirúrgico residente y/o titulado en cirugía, reciba una tutoría especial en cirugía laparoscópica con un programa específico, así como el adiestramiento en centros especializados en cirugía laparoscópica (diplomados) avalados por algún consejo nacional o internacional en cirugía endoscópica, y continuar en enseñanza continua realizando estos procedimientos con regularidad y frecuencia, también asistiendo a cursos y congresos de actualización, cuando todos estos requisitos son cubiertos la cirugía laparoscópica se convierte en una cirugía segura (Davila, 2007).

Consecuencias funcionales de la cirugía endoscópica.

La ventaja fundamental de la cirugía endoscópica, respecto a la abierta, es que disminuye la morbilidad postoperatoria y quizás la mortalidad determinada de manera específica por las reacciones fisiológicas adversas a la cirugía. En innumerables estudios clínicos se ha comparado la colecistectomía abierta con la laparoscópica, y se ha demostrado con claridad una disminución relevante de dolor postoperatorio, la permanencia hospitalaria, la morbilidad perioperatoria y la convalecencia. Los científicos

especializados en cirugía han comenzado a investigar la respuesta fisiológica que explican el mejor pronóstico clínico. Los estudios de los cambios fisiológicos de la cirugía endoscópica corroboran los beneficios de este tipo de operaciones y han contribuido a mejorar el conocimiento de la relación fundamental entre las lesiones y la recuperación funcional (Delgado, 2003).

La endoscopia ya se utilizaba con fines de diagnóstico mucho antes de la introducción de la colecistectomía laparoscópica, aunque no tuvo amplia aceptación y se le prestó atención precisa hasta que comenzó realizarse la colecistectomía. Actualmente, la endoscopia diagnóstica goza de una aceptación casi unánime como método preferente en muchas enfermedades, evitando laparotomías innecesarias y también otros estudios incruentos, caros y lentos.

La oportunidad de observación directa, con la posibilidad de un tratamiento definitivo e inmediato, ha hecho de la endoscopia diagnóstica sea una técnica con un sitio prioritario en el algoritmo de la terapéutica de muchos trastornos abdominales. La utilidad en la clasificación anatomopatológica de cánceres ha adquirido importancia vital para el oncólogo quirúrgico, habiéndose probado los beneficios de la endoscopia sobre la cirugía abierta. La ablación del colon por laparoscopia es técnicamente factible en muchos pacientes con enfermedades benignas y malignas. Aún hay dudas sobre la prudencia de utilizar la técnica para el tratamiento definitivo del cáncer de colon.

Los informes aislados de siembras de metástasis a los puertos han disminuido el entusiasmo por esta práctica. El tratamiento endoscópico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico ha tenido aceptación entre cirujanos, gastroenterólogos y pacientes, debido a que los beneficios obtenidos son similares a los del tratamiento médico.

La extracción del bazo, la obtención de ganglios linfáticos y de fragmentos de hígado para biopsia por medio de laparoscopia, se han vuelto cada vez más frecuentes en manos de endoscopistas hábiles, al igual que las toracoscopías, ya sean para biopsia, decorticación o drenaje de empiemas (Sánchez, 2007).

Colecistectomía endoscópica

La colecistectomía endoscopia se ha establecido como la operación normativa para el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar. Con ese procedimiento los resultados son extraordinarios, y la colecistectomía abierta está indicada sólo en pacientes en quienes la técnica laparoscópica resulta imposible o no es segura.

Estos últimos casos comprenden aquellos que lo que resulta imposible establecer un acceso seguro a la cavidad peritoneal para la inducción del neumo-peritoneo o en quienes hay adherencias u otras anormalidades anatómicas que impiden el acceso seguro a la vesícula biliar. El cirujano deberá tener un umbral bajo para convertir el procedimiento a una técnica abierta si no está claro la anatomía de la vesícula y de las vías biliares, y cuando no se puede controlar satisfactoriamente una hemorragia o fuga de bilis. En actualidad, se requiere la conversión a técnica abierta en menos en 5% de los casos (Sánchez, 2007).

Las principales ventajas del procedimiento laparoscópico son el menor dolor postoperatorio y una hospitalización más breve, que permiten una reanudación más pronta de las actividades normales que después de una colecistectomía abierta. Ha habido mayor frecuencia de lesión de las vías biliares mayores después del procedimiento laparoscópico en comparación con el abierto. Los procedimientos reconstructivos, aunque eficaces en 80% de los casos, son difíciles y costosos, siendo el trasplante hepático el último recurso en algunos casos. Con la introducción de la

colecistectomía laparoscópica, el índice de lesión de la vía biliar fue de 0.5% aproximadamente, en tanto que la tasa para la colecistectomía abierta no era mayor de 0.1 a 0.2%. Actualmente se estima una tasa de 0.4% con el procedimiento laparoscópico (Ramírez, 2005).

Hernias abdominales

Las hernias de la pared abdominal constituyen unos de las patologías más frecuentes a las cuales se enfrenta el cirujano general en su práctica cotidiana, constituyendo un serio problema socioeconómico. Además de su frecuencia, por sus tasas de recidivas de mortalidad. (Rutkow, 1993) En los últimos años han pasado de ser considerada un tema poco importante a uno de los procesos mejor estudiados y donde la excelencia del tratamiento se ha convertido en el objetivo final. Las causas que durante los últimos años han motivado el cambio por mejorar los resultados son multifactoriales, señalándose factores profesionales, del paciente, tecnológicos y administrativos. (Porrero, 2002) Uno de los aspectos que ha sido valorado y claramente expuestos por los expertos, ha sido el de la clasificación de las hernias, lo cual ha permitido comparar los resultados del tratamiento, según tipos de hernias tener una nomenclatura homogénea, comparar los resultados de las diferentes técnicas para así comprender mejor las implicaciones clínicas, económicas y sociológicas de la reparación herniaria. Todas las clasificaciones de las hernias de la pared abdominal son un tanto arbitrarias y artificiales y no hay un consenso entre cirujanos generales y especialistas en hernias, en el sistema preferido. La clasificación de las hernias se fundamenta en la consideración de los siguientes aspectos: Clínico y Anatómico La clasificación clínica es solo presuncional ya que en ese momento es difícil hacer un diagnóstico definitivo y solo se podrá establecer, si es directa, indirecta o femoral; primaria o recurrente; complicada o

no complicada. La clasificación anatómica y el diagnóstico definitivo se realiza durante el trans-operatorio. Existen diferentes clasificaciones que toman en cuenta la fisiopatología de la hernia, condiciones anatómicas del orificio profundo y del piso del conducto inguinal, así como la posible técnica de la reparación(Asociación mexicana hernias, 2000).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la mayoría los hospitales de segundo y tercer nivel se ha implementado la consulta pre anestésica. La cual, nos ayuda a evaluar las condiciones físicas en las que se encuentra el paciente antes del evento quirúrgico, aplicar escala para predicción de vía aérea difícil, evaluar alteraciones laboratoriales, entre otros aspectos. Sin embargo, la práctica clínica no suele realizar valoraciones sobre el estado psíquico en el que se encuentran los pacientes. Específicamente, no se valoran los cambios en los niveles de ansiedad; lo cual, debe ser considerable ya que se ha demostrado que éstos pueden hacer que presente alteraciones en el pre-quirúrgicas, trans-quirúrgicas y postquirúrgicas (Escobar, 2000).

La literatura refiere una mayor demanda quirúrgica, la cual reporta una prevalencia elevada de ansiedad pre quirúrgica en todas especialidades médicas y en todos los grupos etarios. (Escobar, 2000) Además, se ha observado en varios países y en diferentes estudios que la ansiedad pre quirúrgica es sub-diagnosticada; los casos que son diagnosticados reciben tratamiento en un muy bajo porcentaje tanto en el periodo pre como posquirúrgico. Éste hecho aunado al incremento en el número de casos de ansiedad pre quirúrgico 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 cuál es el grado de ansiedad pre-quirúrgica en la población mexicana adulta y si existe alguna diferencia respecto a otros grupos raciales o entre cirugías electivas. De forma tal que no se conoce la prevalencia de ansiedad pre quirúrgica en población mexicana adulta, y de forma muy particular en nuestra unidad médica.

Con este planteamiento el conocimiento del estado actual de la ansiedad preoperatoria y si se modifica con la consulta pre-anestésica en pacientes de cirugía electiva abdominal puede generar políticas de planeación y prevención encaminadas a limitar esta afección.

JUSTIFICACION

El conocimiento del índice de ansiedad pre-quirúrgica en los pacientes puede servir para implementar medidas preventivas médicas, psicológicas y de trabajo social antes de su hospitalización, así como durante la estancia hospitalaria y disminuir las complicaciones pre, trans y posquirúrgicas.

El proyecto que pretendo realizar esta a nuestro alcance y factible ya que se evalúa mediante una escala.

La ansiedad juega un papel importante en el estado de salud pre, trans-operatorio, así como en el posquirúrgico, Cuando existe esta afección, da como resultado deterioro funcional: físico, psicológico y social.

Existen muy pocos estudios que evalúen los niveles de ansiedad pre quirúrgico en población mexicana. NO hay estudios en nuestro hospital que evalué los niveles de ansiedad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Influye la consulta pre anestésica en los niveles de ansiedad de los paciente programados para cirugía electiva abdominal?

OBJETIVO

- Evaluar si existe modificación en los niveles de ansiedad con la consulta pre anestésica en los pacientes programados para cirugía electiva abdominal.
- Objetivos específicos:
 - Analizar los niveles de ansiedad previo y posterior a la consulta pre-anestésica de los pacientes programados para cirugía abdominal electiva utilizando la escala de Hamilton para ansiedad.
 - Determinar cuál es el género que presenta mayores niveles de ansiedad.
 - Determinar la edad que presenta mayores niveles de ansiedad.

HIPÓTESIS

Se espera encontrar que existe modificación en los niveles de ansiedad con la consulta pre-anestésica (Explicando técnica anestésica) y que a través de ésta se puedan implementar acciones para detectar este tipo de alteraciones e implementar conductas para tratar esta afección.

MATERIALES Y MÉTODO

Diseño del estudio

- Por la maniobra del investigador: observacional.
- Por el propósito: epidemiológico.
- Tipo de muestreo: Comparativo, asignación de una sola muestra de 50 pacientes.

.Población

Pacientes que acudieron a consulta pre-anestésica para programación de cirugía electiva abdominal en Hospital General del Estado de Sonora.

Periodo

El periodo de recolección de datos fue de marzo a junio del 2016.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión, no inclusión y de eliminación fueron:

Criterios de inclusión:

- Derechohabientes de seguro popular del hospital general del estado.
- mayores de 18 años.
- Sexo indistinto.
- Programados para cirugía electiva abdominal.

Criterios de exclusión:

- 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 las escalas encaminadas de evaluación de nivel de ansiedad preoperatoria.
- Pacientes que en cualquier momento del estudio decidan abandonar el protocolo de estudio sin que haya completado su evaluación.

Métodos

Se entrevistó directamente a los pacientes programados para cirugía abdominal del hospital general del estado en la previo a la consulta pre-anestésica y posterior a la consulta pre-anestésica utilizando el cuestionario de Hamilton para valoró el índice de ansiedad.

Aspectos éticos de la investigación

El presente trabajo se realizó con fines médicos y de diagnóstico, siempre cuidado la identidad e integridad de las pacientes que participaron en la investigación. Durante el análisis de datos no se hará referencia de la identidad de ninguno de los pacientes participantes y todos los datos personales de los participantes serán manejados de forma confidencial. En conjunto con lo anterior, la presente investigación se realizó tomando en cuenta la declaración de Helsinki y todos los aspectos éticos que demanda la investigación médica con seres humanos y que se encuentran plasmados en la Ley General de Salud.

El protocolo se evalúa como investigación de bajo riesgo según lo establecido por la ley general de salud con base en el artículo 17. Por lo tanto, debido a la naturaleza de

la investigación, se requirió de consentimiento informado firmado por las pacientes. Los pacientes fueron informados de las características del estudio.

Recursos empleados

Recursos humanos:

- Médico Residente de tercer año de anestesiología.
- Médico Residente de primer año de anestesiología.
- Personal adscrito al servicio de anestesiología.
- Personal activo de enfermería.
- Personal médico interno.
- Personal de investigación metodológica.

Recursos Materiales

- Computadora portátil.
- Lápices de grafito 2.0.
- 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,
- Cuestionario de ansiedad, HAMILTON PARA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.
- Una impresora con tinta.
- Bolígrafos.

Técnica de muestreo

Muestreo no probabilístico de casos consecutivos

2.5 Categorización de las variables según la metodología

Se evaluarán cuatro variables independientes/sociodemográficas que se relacionarán con la variable dependiente de ansiedad. Dichas variables se definen de la siguiente manera:

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Edad	Independiente Sociodemográfica	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento	Cuantitativa continua	<i>Años</i>
Sexo	Independiente Sociodemográfica	Condiciones biológicas que identifican al hombre de la mujer.	Cualitativa dicotómica	<i>Genero</i> 1 Masculino 2 Femenino
Tipo de cirugía abdominal	Independiente	Procedimiento quirúrgico realizado en área abdominal	Cualitativa	<i>-Colecistectomía</i> <i>-Hernioplastia</i> <i>-Reinstalación de transito intestinal</i> <i>-Otras</i>
Ansiedad	Dependiente	estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer, alarma, que hace que el sujeto se sienta molesto	Cuantitativa	<i>Grado de ansiedad</i>

Descripción general del estudio

El presente estudio se realizó en el Hospital General del Estado “Dr. Ernesto Ramos Bours” En un primer tiempo y posterior a la aprobación por el comité de investigación se procedió a realizar lo siguiente.

1. En el área de consulta externa donde se realiza la consulta pre-anestésica, se procede a seleccionar pacientes que acudieron a valoración pre-anestésica para realización de cirugía electiva abdominal. Los pacientes serán seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico sin un proceso de aleatorización.

2. Se les realizó una valoración con criterios de inclusión, exclusión y se le informó del estudio que se realizaba y firmaron el consentimiento para la participación en el estudio.

3. Se realizó la aplicación de test de Hamilton previo a la consulta pre-anestésica (Anexo 1).

4. Posterior a la aplicación del cuestionario se continuó con la consulta pre-anestésica donde se incluyó sistemáticamente la explicación de la técnica anestésica, así como de riesgos.

5. Posterior a la consulta pre-anestésica se realizó de nuevo el test de Hamilton el día que se ingresa al hospital.

6. Se evaluaron los puntajes del cuestionario y se estableció el nivel de ansiedad previo y posterior a la consulta de cada paciente y se evaluaron los resultados.

Análisis estadístico

Los resultados de los cuestionarios se depositaron en una hoja de cálculo en el programa SPSS V.24 donde se construyeron tablas y gráficas de frecuencia y proporciones para las variables. Los resultados se valoraron por medio de medidas de tendencia central y de dispersión y la diferencia entre datos arrojados por las escalas de medición se valoró por el medio estadístico X^2 .

RESULTADOS

Se obtuvo de la muestra de 50 pacientes en la aplicación previa predominaron los niveles de no ansiedad(34%), ansiedad menor (62%) y ansiedad mayor (4%) y posterior a la consulta no ansiedad (92%), ansiedad menor (8%) y ansiedad mayor (0%).

La edad se categorizó en tres rangos; el primero adulto joven que comprende de 18 a 40 años, el segundo adulto mediano de 41 a 64 años y el tercero adulto mayor con más de 65 años (Gráfica 1)

En lo que respecta a la proporción sexual de la muestra se encontró que un 74% de los pacientes fueron de género femeninos y 26% de pacientes masculinos (Gráfica 2). De los 50 pacientes evaluados 31 fueron casos de colecistectomía y 19 de hernioplastia (Gráfica 3).

Se relacionó el grado de ansiedad presentando antes de la consulta y posterior a ésta. Se encontró que los niveles de de ansiedad disminuyeron de ser “menores” a “casí nulos” de forma significativa ($p=0.001$) Además, el estadístico Chi cuadrada demostró que la presencia de ansiedad en los pacientes no se relaciona con la edad y el género que éstos presenten ($p<0.05$) (Cuadros 8b, 9b, 10b y 11b).

Se obtuvo en el análisis de ansiedad edad en la evaluación previa a la consulta (tabla 4) que de los 50 pacientes en adulto joven; presentaban 8 no ansiedad 12 ansiedad menos y 0 pacientes ansiedad mayo. El adulto mediano; 8 presentaron no ansiedad, 18 pacientes ansiedad menor y 2 ansiedad mayor. En el adulto mayor; 1 sin ansiedad, 1 ansiedad menor y 0 ansiedad mayor

En la evaluación posterior a la consulta pre-anestésica en cuanto a la edad (tabla 5) se obtuvo que el adulto joven; 18 sin ansiedad, 2 ansiedad menor y 0 ansiedad mayor. En el adulto mediano; 26 sin ansiedad, 2 ansiedad menor y 0 ansiedad mayor. En el adulto mayor; 1 sin ansiedad, 1 ansiedad menor y 0 ansiedad mayor.

En cuanto al sexo en la evaluación previo a la consulta pre anestésica (Tabla 6) en relación al sexo femenino; 12 sin ansiedad, 23 ansiedad menor y 2 ansiedad mayor. El sexo masculino; 5 sin ansiedad, 8 ansiedad menor y 0 ansiedad mayor.

En la evaluación posterior a la consulta pre anestésica(tabla 7) se obtuvo que en cuanto al sexo femenino; 34 paciente sin ansiedad,3 con ansiedad menor y 0 ansiedad mayor. En cuanto al sexo masculino; 12 sin ansiedad, 1 con ansiedad menor y 0 con ansiedad mayor.

Para valorar la disminución de la ansiedad se realizó un cálculo de las diferencias entre puntajes del instrumento de evaluación antes de la consulta pre-anestésica y posterior a esta. Con los resultados se valoró la distribución de la muestra por medio de la prueba de kolmogorov Smirnov; la cual, demostró que la variable no presenta distribución normal ($p=0.001$) y por lo tanto el estadístico más adecuado para la valoración de la ansiedad es el estadístico de Wilcoxon. Esta prueba demostró que la ansiedad disminuyó de forma significativa ($p=0.001$) cuando los pacientes recibieron consulta pre-anestésica .

Tabla 1 Frecuencia de edades.

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Adulto joven</i>	20	40%
<i>Adulto mediano</i>	28	56%
<i>Adulto mayor</i>	2	4%

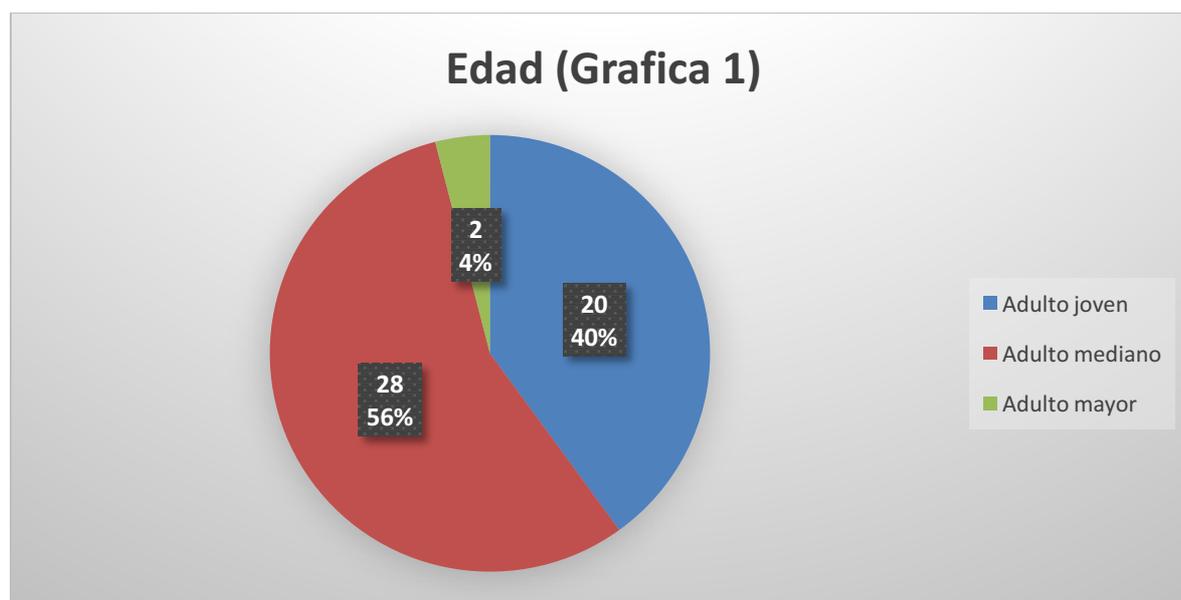


Tabla 2 frecuencia de sexo

<i>Sexo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Femenino</i>	37	74%
<i>masculino</i>	13	26%

Sexo (Grafica 2)

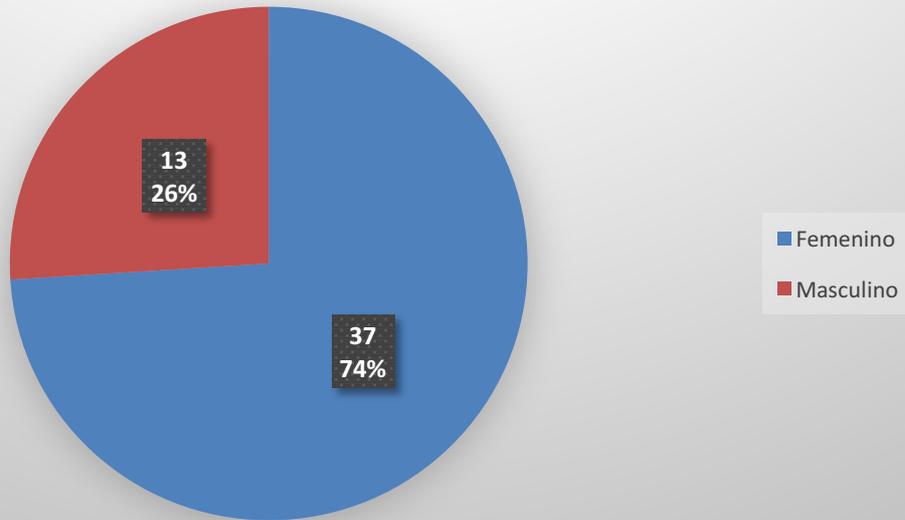


Tabla 3 Frecuencia de tipo de cirugía.

Cirugía	Frecuencia	Porcentaje
Colecistectomía	31	62%
Hernioplastia	19	38%

Cirugia (Grafica 3)

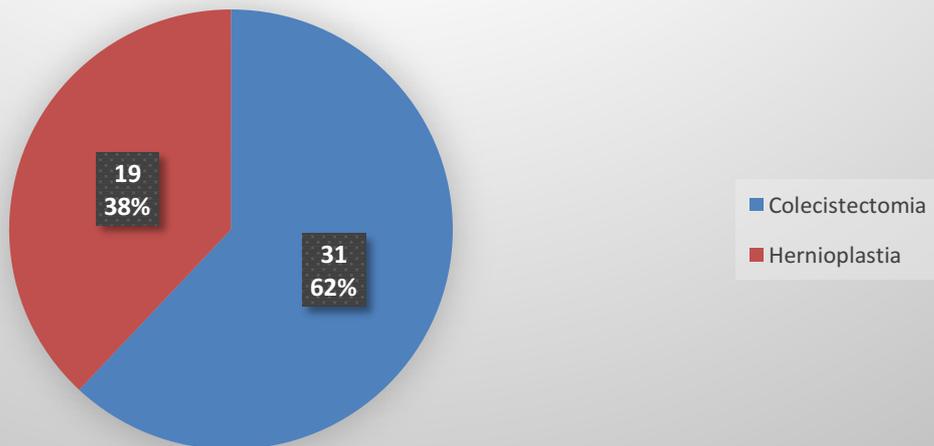


Tabla 4 Ansiedad por edades previo a consulta pre-anestésica

<i>Edad</i>	<i>Sin ansiedad</i>	<i>Ansiedad menor</i>	<i>Ansiedad mayor</i>
<i>Adulto joven</i>	8	12	0
<i>Adulto mediano</i>	8	18	2
<i>Adulto mayor</i>	1	1	0

Tabla 5 Ansiedad por edades posterior a la consulta pre-anestésica

<i>Edad</i>	<i>Sin ansiedad</i>	<i>Ansiedad menor</i>	<i>Ansiedad Mayor</i>
<i>Adulto joven</i>	18	2	0
<i>Adulto mediano</i>	26	2	0
<i>Adulto mayor</i>	2	0	0

Tabla 6 Ansiedad por sexo previo a la consulta pre-anestésica

<i>Sexo</i>	<i>No ansiedad</i>	<i>Ansiedad menor</i>	<i>Ansiedad mayor</i>
<i>Femenino</i>	12	23	2
<i>Masculino</i>	5	8	0

Tabla 7 Ansiedad por sexo posterior a la consulta pre-anestésica

<i>Sexo</i>	<i>No ansiedad</i>	<i>Ansiedad menor</i>	<i>Ansiedad mayor</i>
<i>Femenino</i>	34	3	0
<i>Masculino</i>	12	1	0

Tabla 8 Edad-Ansiedad previo a la consulta pre-anestésica

<i>Edad</i>		<i>Sin ansiedad</i>	<i>Ansiedad menor</i>	<i>Ansiedad mayor</i>
<i>Adulto joven</i>	Recuento	8	12	0
	Recuento esperado	6.8	12.4	.8
<i>Adulto mediano</i>	Recuento	8	18	2
	Recuento esperado	9.5	17.4	1.1

<i>Adulto mayor</i>	Recuento	1	1	0
	Recuento esperado	.7	1.2	.1
<i>Total</i>	Recuento	17	31	2
	Recuento esperado	17	31	2

Tabla 8B Prueba Chi cuadrado Edad previo consulta pre-anestésica.

	<i>Valor</i>	<i>df</i>	<i>Significación asintótica (bilateral)</i>
<i>Chi cuadrada de Pearson</i>	2.259	4	.688
<i>Razón de verosimilitud</i>	2.994	4	.559
<i>Asociación Lineal por lineal</i>	.557	1	.455
<i>N de casos validos</i>	50		

Tabla 9 Ansiedad-Edad posterior a consulta pre-anestésica

<i>Edad</i>		<i>Sin ansiedad</i>	<i>Ansiedad menor</i>	<i>Ansiedad mayor</i>
<i>Adulto joven</i>	Recuento	18	2	20
	Recuento esperado	18.4	1.6	20
<i>Adulto mediano</i>	Recuento	26	2	28
	Recuento esperado	25.8	2.2	28
<i>Adulto mayor</i>	Recuento	2	0	2
	Recuento esperado	1.8	.2	2
<i>Total</i>	Recuento	46	4	50
	Recuento esperado	46	4	50

Tabla 9B Prueba Chi cuadrado Edad posterior a la consulta pre-anestésica.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
<i>Chi cuadrada de Pearson</i>	.311	2	.856
<i>Razón de verosimilitud</i>	.464	2	.793
<i>Asociación Lineal por lineal</i>	.269	1	.604
<i>N de casos validos</i>	50		

4 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .16.

Tabla 10 Sexo-Ansiedad previo a la consulta pre-anestésica

Sexo	Sin ansiedad	Ansiedad menor	Ansiedad Mayor	Total
<i>Femenino</i>	12	23	2	37
	12.6	22.9	1.5	37
<i>Masculino</i>	5	8	0	13
	4.4	8.1	.5	13
<i>Total</i>	17	31	2	50
	17	31	2	50

Tabla 10B Prueba Chi cuadrado Sexo previo consulta pre-anestésica.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
<i>Chi cuadrada de Pearson</i>	.806	2	.668
<i>Razón de verosimilitud</i>	1.305	2	.521
<i>Asociación Lineal por lineal</i>	.425	1	.514
<i>N de casos validos</i>	50		

3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .52.

Tabla 11 Sexo-Ansiedad Posterior a la consulta pre-anestésica

Sexo	Sin ansiedad	Ansiedad menor	Ansiedad Mayor	Total
Femenino	34	3	0	37
	34	3	0	37
Masculino	12	1	0	13
	12	4	.5	13
Total	46	4	0	50
	46	4	0	50

Tabla 11B Prueba Chi cuadrado Sexo previo consulta pre-anestésica.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (Unilateral)
Chi-cuadrada de Pearson	.002	1	.962		
Corrección de continuidad	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.002	1	.962		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.725
Asociación lineal por lineal	.002	1	.962		
N de casos validos	50				

2 casillas(50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.04.

DISCUSIÓN

Del total de los pacientes evaluados (en total 50) el nivel de ansiedad, predominó de no ansiedad a ansiedad menor. Los resultado con respecto a la edad no son muy valorables ya que los tres grupos en que se dividió esta tienen nivel similar de ansiedad. Aunque existe una tendencia hacia el adulto mediano que presentan niveles de ansiedad menor; 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 pre-quirúrgica (Asociación Mexicana de psiquiatría, 2001).

Nuestros resultados concuerdan con la literatura mundial en la que refieren que los pacientes del sexo femenino presentan mayor nivel de ansiedad que los hombre mas sin embargo en el análisis estadístico se obtiene que no hay relación debido a que la muestra que obtuvimos hay un predominio de los pacientes femeninos (Asociación Mexicana de psiquiatría, 2001).

En nuestros resultados los pacientes presentaron una disminución significativa de los niveles de ansiedad observados al comparar las puntuaciones obtenidas previa a la consulta pre-anestésica y posterior a esta; obteniendo una disminución considerable de ansiedad menor a no ansiedad.

CONCLUSIÓN

Dando punto final a este protocolo de investigación nos da como resultado que los niveles de ansiedad posterior a la consulta pre-anestésica disminuyeron de forma importante.

No se encontró asociación estadística entre la edad y el sexo con los niveles ansiedad es necesaria la realización de mayores estudios que evalúen los niveles de ansiedad para determinar adecuadamente y de forma exacta el índice de ansiedad pre-quirúrgica.

Con los resultados de nuestro estudio podemos observar que nuestros pacientes del hospital general del estado presentan niveles predominantes de ansiedad menor previo a la consulta pre-anestésica: que nos podría encaminar a mejorar la explicación de la técnica anestésica utilizando un lenguaje mas claro y sencillo. Así como folletos en los que se expliquen las técnicas anestésicas y platicas grupales. Además de políticas adecuadas permanentes para detectar la ansiedad para disminuir las complicaciones pre, trans y posquirúrgicas.

LITERATURA CITADA

1. Adolfo Jarne , Antoni Talarn; Manual De Psicología Clínica Temas De Salud Mental 1era Edicion. Ed. Paidos. España. 2000;Pags:236, 237.
2. Escobar F. Estrés Quirúrgico y Ansiedad, Criterios Para Su Manejo Terapeutico. Anestesiaweb.Ens.Uabc.Mx/Articulos/Residentes/Estres_Quirurgico_Ansiedad.htm
3. Biebuyck Jf. The Metabolic Response To Stress: An Overview And Update. Anesthesiology.1990:308-27.
4. Torrades. Ansiedad y Depresión. Offarm. 2004, vol 23 num3:126-9
5. Galgonafria, Gonzalez Cortazar. El Paciente Con Ansiedad. Jano 3-11. 2003 Vol Lxv
6. Lykouras E, Ioannidis C, Voulgari A, Jemos J,Tzonou A. Depression Among General Hospital Patients In Greece. Acta Psychiatr Scand 1989;79: 148-52.
7. 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.
8. Silverstone Ph. Prevalence Of Psychiatric Disorders In Medical Inpatients. J Nerv MentDis 1996;184:43-51.
9. Hansen Ms, Fink P, Frydenberg M, Oxhoj Ml, Sondergaard L, Munk-Jorgensen P. Mental Disorders Among Internal Medical Inpatients Prevalence, Detection, And Treatment Status. J Psychosomatic Res 2001;50:199-204.
10. 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.

11. 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.
12. Ruiz-López E Et Al. Ansiedad Preoperatoria. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2000; 63 (4): 231-236
13. 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.
14. Vila Ma, Zaragoza C., Ansiedad Y Preocupaciones Prequirurgicas En El Paciente Y su cuidados Familiar en cirugia mayor Ambulatoria., *Cir.May.Amb.*2003, Vol 8(3): 175-176.
15. Departamento de cirugia. Hospital clinico, Universidad de chile; psiquiatria de enlace y cirugia/Alejandro Koppmann A. *Rev. Chilena de cirugia*. Vol 56- N 6, Diciembre 2004; pags 517-522
16. Moerman., The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (Apais)., *Anesth Analg* 1996;82:445-51.
17. M.M. Ohayon, M. Caulet, R.G. Priest, C. Guilleminault Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population *J Clin Epidemiol*, 51 (1998), pp. 273–283
18. 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.
19. Cuesta MA. Cirugía endoscópica: ¿dónde estamos 15 años después?. *Cir Esp* 2003; 74:193-6.

20. Cuschieri A. La cirugía laparoscópica en Europa: ¿hacia dónde vamos?. *Cir Esp*. 2006; 79:10-21.
21. Dávila-Ávila F, Heredia-Jarero NM, Sandoval RJ, Dávila-Ávila U, Domínguez-Reboredo VH, Lemus-Allende J. Colectomía laparoscópica tradicional con pinza multiusos *Rev Mex Cir Endoscop* 2007;8:164-171.
22. Delgado F, Gómez S, Montalvá E. Formación del residente en cirugía laparoscópica: un reto actual. *Cir Esp* 2003; 74: 134-138.
23. Sánchez-Beorlegui J, Gil-Albarellos PS, Moreno de Marcos N, Monsalve-Laguna E, Emparan-García de Salazar C. Indicaciones, morbilidad y resultados del tratamiento laparoscópico de la coledocistitis en gerontes. *Rev Mex Cir Endoscop* 2007;8:79-84.
24. Ramírez-Almaral JC, Salazar-Millán C, Zazueta-Tirado JM, Salas-Hernández E, Salas-Covarrubias JJ, Angulo-Camacho AD, Gómez-Ramírez MI. Abordaje laparoscópico totalmente extra peritoneal de la región inguinal en cadáveres humanos frescos. *Rev Mex Cir Endoscop* 2005;6:111-114.
25. Aspectos actuales en la cirugía de las hernias inguinales http://www.hernia-institute.com/spanish/sp_gilbert.htm
26. Rutkow IM, Robbins AW. Demographic, classificatory, and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States. *Surg Clin North Am*. 1993;73:413- 426.
27. Porrero JL. Evidencias científicas en el tratamiento de la hernia inguinal *Cir. Esp*. Sept. 2002. Volumen 72 - Número 03 p. 157 - 159
28. Porrero JL. El cambio de la cirugía de la hernia en la última década. En: Celdran A, De la Pinta JC, editores. *Fundamentos de la hernioplastia sin tensión*. Madrid: Fundación Jiménez Díaz, 1999; p. 9-11.

29. Asociación Mexicana de cirugía General. Consenso hernia Inguinal.
http://72.32.42.212/documentos/consensos/consenso_hernia_inguinal.pdf

30. Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM). Autoevaluación y actualización en psiquiatría/Trastornos de Ansiedad, PSA-R8 (Psychiatric Self-Assessment & Review), Medical trenes, 96 páginas,2001.

ANEXOS

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante

Elemento	Síntomas	Punt.	Elemento	Síntomas	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad		9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular		Puntuación total		
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad				

Consentimiento

1. Entiendo que mi participación en el estudio es voluntaria y de que puedo rehusarme 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 _____

Confirmo 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: _____
Hermosillo; Sonora. A ____ de _____ de 200__.