



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

EFICACIA DE PREMEDICACIÓN CON GABAPENTINA PARA DISMINUCIÓN DE ANSIOLISIS PREOPERATORIA EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA ELECTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA “DR. ERNESTO RAMOS BOURS”

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGIA

PRESENTA:

Sara Maria Vasquez Frias

TUTOR PRINCIPAL DE TESIS: Dra. Maritza Verdugo Rizk
Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora

COMITÉ TUTOR:

Dra. Luz Del Carmen Ramirez Zazueta
Hospital General del Estado de Sonora

Dr. Victor Manuel Cobos Cadena
Hospital General del Estado de Sonora

Hermosillo Sonora; 20 de Junio de 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

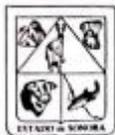


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



GOBIERNO
DE SONORA

ESTADO DE SONORA



HOSPITAL GENERAL
DE ESPECIALIDADES
DEL ESTADO DE SONORA

SERVICIOS DE SALUD DE SONORA
HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES
DEL ESTADO DE SONORA
División de Enseñanza e Investigación

DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN ÁREA DE INVESTIGACIÓN

FORMATO AIC 06 VOTO APROBATORIO DE CADA MIEMBRO DEL COMITÉ DE TESIS

Hermosillo Sonora a 01 de Julio de 2023

DR. JOSÉ FRANCISCO LAM FÉLIX
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA

A/A: COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Por medio de la presente hacemos constar que hemos revisado el trabajo del médico residente **Sara Maria Vasquez Frias** de la especialidad de **Anestesiología**. Una vez revisado el trabajo y tras la evaluación del proyecto por medio de seminarios hemos decidido emitir nuestro **voto aprobatorio** para que el sustentante presente su investigación en su defensa de examen y pueda continuar con su proceso de titulación para obtener su grado de médico especialista.

Maritza Verdugo Rizk
Director de tesis

Luz del Carmen Ramirez Zazueta
Asesor de tesis

Victor Manuel Cobos Cadena
Asesor de tesis



DEDICATORIA

Al amor de mi vida que me ha acompañado durante todas las etapas más emocionantes y de mayor crecimiento durante mi carrera. Gracias por apoyarme, exigirme y enseñarme. Tú me ayudas a disfrutar y amar todos los días de mi vida, todo lo que hago y tengo, tú haces esta vida bonita para mí. Te amo.

A mis papas por darme mi educación, creer y confiar en mí. A ustedes les debo todo lo que soy y les dedico todo lo que hago.

A mis hermanas por crecer conmigo, gracias por siempre acompañarme y darme su amor.

A mis compañeros por estos tres años de risas, lagrimas, estrés y enseñanzas. Han sido los días más divertidos de mi vida y los llevo por siempre en mi corazón.

Y por último quiero agradecer y dedicarle esta tesis al corazón del Hospital General del Estado de Sonora. Gracias a todos los doctores que son maestros, a los que se toman el tiempo y hacen el esfuerzo de enseñarnos, a los que nos acompañan en todas nuestras victorias y nos apoyan y guían durante nuestras fallas, siempre buscando que seamos mejores profesionistas y mejores personas. Agradezco cada palabra de aliento y cada regaño y reconozco la labor tan noble que realizan de transmitirnos sus enseñanzas de forma desinteresada, espero que vean el fruto de lo que han sembrado en nuestras mentes y corazones. Nos han dado a mí y a mis compañeros el regalo más grande y bonito que existe y esa es la enseñanza. Gracias infinitas a todos ustedes.

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	10
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS PARTICULARES	11
HIPÓTESIS CIENTÍFICA	12
MARCO TEÓRICO	13
MATERIALES Y MÉTODOS	26
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	46
LITERATURA CITADA	47
ANEXOS	49

RESUMEN

Antecedentes: La ansiedad preoperatoria se describe como una sensación vaga e incómoda, cuyo origen a menudo es inespecífico y desconocido para el individuo, se sabe que ocasiona alteración hemodinámica como consecuencia de la estimulación simpática, parasimpática y endocrina a buen porcentaje de pacientes en espera de un acto quirúrgico. Esto genera un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico que condiciona reacciones agresivas que resultan en incremento del estrés experimentado por el paciente, causando consecuentemente que el manejo del dolor postoperatorio sea más difícil.

La valoración de la ansiedad preoperatoria suele ser deficiente, es comúnmente ignorada en pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica y a la cual no se le dedica mucho tiempo ni atención en la valoración preanestésica, causando reacciones agresivas que resultan en incremento del estrés experimentado por el paciente, causando consecuentemente que el manejo del dolor postoperatorio sea más difícil lo cual nos puede condicionar aumento de uso de analgésicos e inclusive prolongar la estadía intrahospitalaria representando mayores costos para el hospital y el paciente.

Objetivo: Evaluar los niveles de ansiedad preoperatorios previo y posterior a llegar al área de preanestesia.

Material y métodos: Estudio prospectivo, experimental, comparativo y transversal que incluirá a 20 pacientes a los cuales se les administrara gabapentina 300mg vía oral y 20 pacientes a los cuales no se les administró dosis. Se aplicó escala de ansiedad e información

preoperatoria de amsterdam (APAIS) previo a la dosis de gabapentina y nuevamente a su llegada al área de preanestesia.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad preoperatoria es un problema para muchos pacientes aún hoy en día; se presenta hasta en un 80% de los casos y se identifica durante la valoración del paciente previo al evento quirúrgico, donde los principales factores asociados son el tipo de cirugía, la experiencia anestésica previa, el temor al dolor y el temor a lo desconocido. Las benzodiazepinas son ansiolíticos efectivos, pero suelen acompañarse de una sedación no siempre deseada, así como los opiáceos, cuyos efectos secundarios generan estancias prolongadas en la unidad de cuidados postanestésicos. Todo esto ha generado que muchos anestesiólogos se abstengan de administrar fármacos para reducir la ansiedad e inician el procedimiento anestésico-quirúrgico con un paciente ansioso.

La ansiedad es un estado emocional transitorio y situacional que implica la activación intensificada del sistema nervioso autónomo como respuesta a un acontecimiento de potencial de daño. Repercute en la cirugía y la anestesia de una manera negativa, manifestándose como un conjunto de síntomas somáticos variables tales como sudoración, palpitaciones, opresión precordial, fatiga, micciones frecuentes, cefaleas, mialgias, insomnio o molestias digestivas, y además se asocia a menudo con dolor posoperatorio, incrementando los requerimientos analgésicos, lo que puede conducir a una hospitalización prolongada y a la insatisfacción del paciente.

El concepto anestésico de premedicación inicialmente fue desarrollado para prevenir los efectos adversos de la anestesia general cuando el éter y el cloroformo eran inhalados en la década de 1950. Actualmente se emplean diversas estrategias para eliminar la ansiedad preoperatoria, que incluyen medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas, mismas que han demostrado ser efectivas.

Dentro de las medidas farmacológicas, como se mencionó previamente, las benzodiazepinas, los analgésicos narcóticos y los ansiolíticos son los más utilizados, pero ninguno está exento de efectos adversos. Por tal motivo se ha planteado la gabapentina como una potencial opción, un análogo estructural del neurotransmisor inhibitorio ácido gamma aminobutírico con propiedades anticonvulsivas, antihiperálgicas y ansiolíticas, que además ha demostrado tener una eficacia analgésica dependiente de la dosis, así como mejorar la calidad del sueño y la calidad de vida en general.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Se conoce que la ansiedad provoca incremento en el dolor posoperatorio, mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de estancia hospitalaria, que repercuten directamente en los costos de la atención. Debido a esto es necesario evaluar y prevenir la ansiedad en todo paciente que va a ser sometido a algún procedimiento anestésico-quirúrgico.

En México existe prevalencia de ansiedad preoperatoria alta. Algunas de las intervenciones más costo efectivas es aportar más información de los procedimientos quirúrgicos y administrar medicación preanestésica con el propósito de disminuir la ansiedad y mejorar la satisfacción.

¿La gabapentina reduce los niveles de ansiedad preoperatorios?

¿Qué dosis es más efectiva para la reducción de ansiedad preoperatoria?

¿Qué grupo de edad presenta mayor prevalencia de ansiedad preoperatoria?

¿Qué género presenta mayor prevalencia de ansiedad preoperatoria?

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de la gabapentina vía oral como ansiolisis en pacientes programados para cirugía electiva en el Hospital General del Estado de Sonora en el Hospital General del Estado de Sonora.

OBJETIVO GENERAL

El fin de realizar este proyecto es utilizar una alternativa más económica y eficaz para dar ansiolisis a pacientes del Hospital General del Estado de Sonora “Dr. Ernesto Ramos Bours”. También se buscan reducir costos intrahospitalarios disminuyendo el dolor post-operatorio y consecuentemente la estancia intrahospitalaria en pacientes programados para cirugía electiva.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Evaluar el nivel de ansiedad preoperatoria con la escala de APAIS 2 horas previas a la cirugía programada.
- Evaluar el nivel de ansiedad preoperatoria con la escala de APAIS en el área de preanestesia posterior a haber recibido una dosis de gabapentina vía oral
- Comparar la eficacia de la gabapentina 300mg vs pacientes que no recibieron ansiolisis

HIPÓTESIS CIENTÍFICA

Se espera encontrar que una dosis de gabapentina vía oral brinde adecuada ansiolisis para un procedimiento quirúrgico electivo

MARCO TEÓRICO

ANSIEDAD

La ansiedad, conocida anteriormente como neurosis, fue introducida en la práctica clínica por el psiquiatra escocés William Cullen en 1769, en su obra "Synopsis nosologiae methodicae". Se trata de una reacción psicofisiológica que provoca una intensa activación del sistema nervioso central y del organismo en general. La ansiedad se presenta cuando nos enfrentamos a situaciones que requieren un esfuerzo intenso o sostenido, y nos prepara para hacer frente a amenazas o peligros actuales o futuros. En otras palabras, la ansiedad provoca cambios en diferentes sistemas del cuerpo para prepararnos y responder rápidamente.⁴

La ansiedad se define como un estado o condición mental en el cual experimentamos incomodidad, angustia, miedo y preocupación. Forma parte de la respuesta humana a situaciones amenazantes, conocida como la reacción psicológica al estrés, y tiene componentes tanto psicológicos como fisiológicos.¹ La ansiedad desempeña una función adaptativa que suele ser una reacción normal frente a las demandas del entorno. Sin embargo, en algunas ocasiones, puede superar nuestras capacidades y generar una falta de control ante una situación, ya sea por su intensidad, dificultad de manejo o falta de recursos internos para ampliar nuestras estrategias de afrontamiento. Esto puede llevar a un manejo inadecuado de las situaciones estresantes.³

En términos clínicos, la ansiedad se manifiesta en tres aspectos: el síndrome físico, la angustia, y el síndrome mental y conductual. El síndrome físico implica perturbaciones en casi todos los sistemas del cuerpo, como el cardiovascular, respiratorio, digestivo, urinario y muscular. Además, se acompaña de una hiperestesia sensorial, donde se reacciona

exageradamente a estímulos sonoros, visuales y táctiles. La angustia se caracteriza por una sensación de malestar, inquietud, intranquilidad y miedo, acompañada de una sensación de falta de control y una preocupación excesiva. El síndrome mental y conductual se caracteriza por la presencia de pensamientos negativos recurrentes, dificultades para concentrarse, problemas de memoria, alteraciones del sueño y cambios en la conducta, como la evitación de situaciones temidas.¹

Es importante señalar que la ansiedad puede tener diferentes niveles de intensidad, desde episodios de ansiedad aguda hasta trastornos de ansiedad crónicos. Los trastornos de ansiedad más comunes son el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de pánico, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la fobia social y las fobias específicas. Estos trastornos pueden interferir significativamente en la vida diaria de las personas y requerir tratamiento profesional, que puede incluir terapia psicológica y en algunos casos, medicación.²

En resumen, la ansiedad es un estado o condición mental en el que una persona experimenta reacciones de incomodidad, angustia, miedo y preocupación. Puede manifestarse a través de síntomas físicos, mentales y conductuales, y puede variar en intensidad y duración. Si la ansiedad interfiere significativamente en la vida diaria o causa malestar, es recomendable buscar ayuda profesional para su manejo y tratamiento.³

Epidemiología

La OMS ha informado que en relación a los desórdenes de ansiedad han incrementado en un 14,9 por ciento, respecto al 2005. Actualmente se estima que el 3,6 por ciento de la población mundial los padecía en 2015. Según ha indicado esta patología se da más en las mujeres (4,6 por ciento) que en los hombres (2,6 por ciento).⁵

En la región de las Américas se estima que el 7,7 por ciento de las mujeres padece ansiedad mientras que los hombres en un 3,6 por ciento. En este sentido, Brasil es el país de Latinoamérica que más casos de desórdenes de ansiedad, tiene un 9,3 por ciento; nuestro país Ecuador tiene un 5,6. (Chan, 2017) La Organización Panamericana de la Salud (PAHO) calcula que cuatro de cada cien personas en el mundo sufre de un trastorno depresivo y tres de cada cien, uno de ansiedad y en el Ecuador treinta de cada cien personas sufren algún problema de salud mental —el mismo porcentaje que Estados Unidos. El más común en el país es la depresión (ocho de cada cien) seguido por la ansiedad (cinco de cada cien).⁵

Clínica.

Se puede explicar la clínica tres aspectos: el síndrome físico de, la angustia, el síndrome mental y el síndrome conductual. – El síndrome físico implica una perturbación del sistema con manifestaciones que conciernen a casi la totalidad de los sistemas: cardiovascular (taquicardia, palpitaciones, hipotensión arterial, desmayo, palidez, “vértigos”, “síncope”); respiratorio (disnea, sofocación, opresión); digestivo (“atorón” gástrico o esofágico, espasmos y dolores epigástricos, náuseas, vómitos, diarrea); urinario (poliuria, polaquiuria); muscular (temblores, escalofríos, inestabilidad, agitación). Estos trastornos se acompañan de

una hiperestesia sensorial (reacciones de alarma y de sobresalto al menor estímulo sonoro). Los trastornos del sueño son frecuentes y pueden existir trastornos de las conductas alimentarias.⁶

El síndrome mental incluye sentimiento de inquietud, de aprehensión, de miedo, que pueden llegar hasta el pánico y el terror, y acompañarse de la sensación de “volverse loco” y del temor de “hacer cualquier cosa”. Se observará que la ansiedad preexiste a su objeto: ya está allí y busca un objeto para fijarse en él; la transformación de la angustia en miedo abre posibilidades de defensa contra ella, ya sea organizando conductas de evitación, ya sea lanzándose hacia actividades más o menos eficaces o estériles en relación con el objeto de la inquietud. El síndrome mental incluye igualmente toda una clínica de la duda, de la incertidumbre, de la indecisión, del titubeo, de la interrogación⁵

Etiología.

Existen contribuciones de las ciencias psicológicas y de las ciencias biológicas acerca de las teorías de origen de las causas de la ansiedad.⁸

Contribuciones psicológicas. Las tres principales escuelas de la teoría psicológica (psicoanalítica, conductual y existencial) han contribuido de la siguiente manera:

Teorías psicoanalíticas.

La ansiedad se consideraba el resultado de un conflicto psíquico entre los deseos sexuales o agresivos inconscientes y las correspondientes amenazas del superyó o la realidad externa. En respuesta a esta señal, el yo movilizaba mecanismos de defensa para evitar que

sentimientos inaceptables afloraran al consciente. Hoy en día, numerosos neurobiólogos siguen respaldando muchas de las ideas y teorías originales de Freud.

– Teorías conductuales. Las teorías conductuales o del aprendizaje de la ansiedad postulan que es una respuesta condicionada a un estímulo ambiental específico. Por ejemplo, en un modelo de condicionamiento clásico, una niña criada por un padre abusivo puede sentir ansiedad tan pronto como vea a este progenitor.

– Teorías existenciales. El concepto esencial de la teoría existencial es que los individuos experimentan sentimientos de vivir en un universo sin sentido. La ansiedad es su respuesta al vacío que perciben en la existencia y en el sentido.

Contribuciones biológicas. –

– Sistema nervioso autónomo. La estimulación del sistema nervioso autónomo produce ciertos síntomas cardiovasculares (p. ej., taquicardia), musculares (cefalea), gastrointestinales (diarrea) y respiratorios (taquipnea). El sistema nervioso autónomo de algunos pacientes con trastorno de ansiedad, en especial aquellos con un trastorno de pánico, muestran un aumento del tono simpático, se adaptan con lentitud a los estímulos repetidos y responden excesivamente a los estímulos moderados.

– Neurotransmisores. Los tres neurotransmisores principales asociados con la ansiedad según los estudios animales y las respuestas al tratamiento farmacológico son la noradrenalina, la serotonina y el ácido γ -aminobutírico (GABA).

Factores de riesgo. Los factores de riesgo para los trastornos de ansiedad son múltiples por lo cual es necesario hacer énfasis en la historia clínica del paciente. ⁹

- Antecedentes familiares de ansiedad u otros padecimientos mentales
- Experiencias adversas de la infancia
- Sistema de apoyo inadecuado
- Uso de sustancia como alcohol y cigarro
- Habilidades ineficaces para afrontar los problemas
- Bajo estatus socioeconómico
- Exposición a la violencia o al estrés crónico
- Antecedentes personales de experiencias traumáticas

La ansiedad preoperatoria es un problema para muchos pacientes aún hoy en día; se presenta hasta en un 80% de los casos y se identifica durante la valoración del paciente previo al evento quirúrgico, donde los principales factores asociados son el tipo de cirugía, la experiencia anestésica previa, el temor al dolor y el temor a lo desconocido. Las benzodiazepinas son ansiolíticos efectivos, pero suelen acompañarse de una sedación no siempre deseada, así como los opiáceos, cuyos efectos secundarios generan estancias prolongadas en la unidad de cuidados postanestésicos.

Todo esto ha generado que muchos anesthesiólogos se abstengan de administrar fármacos para reducir la ansiedad e inician el procedimiento anestésico-quirúrgico con un paciente ansioso. La ansiedad es un estado emocional transitorio y situacional que implica la activación intensificada del sistema nervioso autónomo como respuesta a un acontecimiento de

potencial de daño. Repercute en la cirugía y la anestesia de una manera negativa, manifestándose como un conjunto de síntomas somáticos variables tales como sudoración, palpitaciones, opresión precordial, fatiga, micciones frecuentes, cefaleas, mialgias, insomnio o molestias digestivas, y además se asocia a menudo con dolor posoperatorio, incrementando los requerimientos analgésicos, lo que puede conducir a una hospitalización prolongada y a la insatisfacción del paciente.¹⁰

Ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos

En una intervención quirúrgica se produce, en distinta medida, ansiedad y estrés. Si lo hace en grado medio, se potencia un estado de alerta positivo que actúa como activador y motivador de la acción; pero si sobrepasa el umbral, desencadena aspectos negativos de la ansiedad que repercuten en la evolución y recuperación del post operatorio. Podemos considerar desde un punto de vista médico general que la ansiedad es una actitud de alerta excesiva que se expresa tanto en el plano psico-relacional como vegetativo-somático. Es posible distinguir, por tanto, dos aspectos de la ansiedad: la ansiedad-estado y la ansiedadrasgo. Spielberg refiere que la ansiedad es un concepto plural o multidisciplinar y puede constituir por tanto un trastorno clínico, un síntoma acompañante de otros trastornos, así como una característica de personalidad que nos hace diferencialmente susceptibles a experimentarla, pudiéndose puntualizar las diferencias de la misma en la ansiedad-estado (A-E), la que se puede experimentar ante determinadas situaciones o hechos y la ansiedadrasgo (A-R), cuando nos referimos a ella como característica de personalidad.¹¹

Causas de ansiedad preoperatoria ciertas drogas, tanto alucinógenas como medicinales, pueden llevar a que se presenten síntomas de ansiedad, ya sea debido a los efectos

secundarios o a la abstinencia de la droga. Tales drogas comprenden: cafeína, alcohol, nicotina, remedios para el resfriado, descongestionantes, broncodilatadores para el asma, antidepresivos tricíclicos, cocaína, anfetaminas, pastillas para dietas, medicamentos para el trastorno de hiperactividad y déficit de atención, y medicamentos para tratar problemas tiroideos. Una dieta deficiente (por ejemplo, niveles bajos de vitamina B12) también puede contribuir al estrés o a la ansiedad. La ansiedad por el desempeño es un tipo de ansiedad relacionada con situaciones específicas. Las personas con el trastorno de ansiedad generalizada experimentan preocupación o ansiedad casi constantes acerca de muchas cosas en más de la mitad de todos los días durante 6 meses. En casos muy poco comunes, un tumor de la glándula suprarrenal (feocromocitoma) puede ser la causa de ansiedad.¹²

Los síntomas son causados por una sobreproducción de hormonas responsables de los sentimientos de ansiedad

En relación al acto pre quirúrgico existen algunas causas entre ellas tenemos:

- Tipo de cirugía que se le va a realizar
- Desconocer el momento en el cual le realizara la operación
- No estar informado correctamente del procedimiento que se le va a realizar
- No conocer el personal de salud que la intervendrá quirúrgicamente.
- Recibir anestesia
- El dolor que pueda sentir durante la anestesia
- Dolor que pueda sentir durante la intervención quirúrgica

- Dolor o molestias posteriores a la operación
- Complicaciones que se puedan presentar durante la anestesia
- Complicaciones que se puedan presentar durante la intervención quirúrgica.
- Las repercusiones laborales por ausentismo que le traerán someterse a la cirugía 1

CONSULTA PREOPERATORIA

La valoración preanestésica (VPA) tiene como objetivos evaluar a un paciente con el fin de establecer, junto con los cirujanos, la relación beneficio-riesgos de una intervención determinada, proponer e iniciar un tratamiento, así como informar al paciente y obtener su consentimiento en relación con el procedimiento sugerido. La VPA es obligatoria y ha demostrado su importancia en los planos clínico, económico y organizacional. La anamnesis y la exploración física son el núcleo de la práctica de la VPA. Las pruebas complementarias y las interconsultas especializadas se deciden con base en los elementos clínicos y a las numerosas recomendaciones existentes. En la hoja anestésica de la historia clínica deben figurar todos los elementos de la evaluación. La presentación correcta de dicha hoja forma parte de los indicadores de calidad considerados por las autoridades sanitarias que se aplican para la evaluación de los centros sanitarios. La consulta de anestesia es una actividad multifacética y una obligación reglamentaria. Se le debe considerar como un elemento principal de la seguridad de la atención anestésica.¹²

OBJETIVOS DE LA EVALUACION PREOPERATORIA

1. Reducir la morbi-mortalidad peroperatoria
2. Recabar información acerca de la historia clínica y efectuar las pruebas de laboratorio.
3. Valorar los índices de riesgo anestésico-quirúrgico.
4. Informar al paciente del plan anestésico e intentar reducir su ansiedad.
5. Obtener el consentimiento informado.
6. Mejorar la calidad asistencial.

En cuanto a la ansiedad preanestésica contamos con varias herramientas para su evaluación siendo de las más útiles la “Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)” que cuenta con seis reactivos en formato de respuesta tipo Likert que miden miedo a la anestesia [$\alpha=,86$], miedo al procedimiento [$\alpha=,86$] y necesidad de información [$\alpha=,68$] con una varianza explicada del 72%; con un punto de corte de 11 puntos para considerar que un paciente requiere de atención especializada. Cuenta con una subescala de información con un valor de 1 a 5 puntos para cada respuesta, en la que obtener una puntuación entre 5 y 7 indica que los pacientes no requieren información; una calificación entre 8 y 10 indica que los pacientes requieren información más completa. Cuenta con una subescala de información con un valor de 1 a 5 puntos para cada respuesta, en la que obtener una puntuación entre 5 y 7 indica que los pacientes no requieren información; una calificación entre 8 y 10 indica que los pacientes requieren información más completa.¹²

Esta escala ha sido validada en múltiples muestras de pacientes de cirugía general a lo largo del mundo demostrando su utilidad.

Es claro que la presencia de ansiedad pre-quirúrgica en pacientes programados para cirugía electiva tiene gran impacto tanto en el procedimiento mismo como en la evolución de paciente y el requerimiento de los servicios de salud; sin embargo su estudio ha sido limitado y para ello la validación de instrumentos especializados sería de gran ayuda; al respecto, la APAIS ha demostrado ser una herramienta eficaz para el tamizaje de ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos y ofrece amplias ventajas sobre otros instrumentos similares al omitir reactivos relacionados con sintomatología fisiológica o afectiva que pudieran ser confusos en pacientes que puedan tener síntomas similares debido a otro padecimiento psicológico.

GABAPENTINA

El papel de la gabapentina ha sido estudiado en diversas situaciones, como analgesia posoperatoria, prevención del dolor crónico posquirúrgico, atenuación de la respuesta hemodinámica a la laringoscopia y la intubación, y prevención de las náuseas, los vómitos, el delirio posoperatorio y la ansiólisis preoperatoria. Diversos estudios reflejan áreas importantes de investigación en anestesia y señalan el papel importante de un solo medicamento con efecto multimodal.¹³

Aunque la gabapentina no es un ansiolítico aprobado específicamente para tratar la ansiedad, en ocasiones se prescribe off-label (es decir, fuera de indicación) como un tratamiento adjunto para ciertos trastornos de ansiedad.²

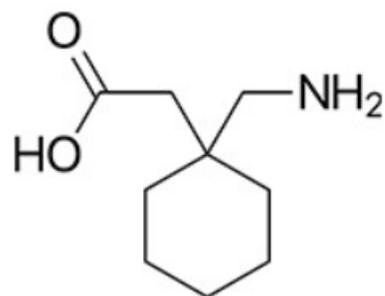
Algunos estudios han examinado el uso de la gabapentina en el tratamiento de trastornos de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno de estrés

postraumático (TEPT). Los resultados han sido mixtos, y aún se necesita más investigación para determinar la efectividad y seguridad de la gabapentina en el manejo de la ansiedad.

La gabapentina fue introducida en 1993 como anticonvulsivante, adyuvante para el tratamiento de las crisis parciales refractarias. Posteriormente se demostró su eficacia en una variedad de condiciones de dolor crónico, incluyendo la neuralgia posherpética, la neuropatía diabética, el síndrome de dolor regional complejo, el dolor inflamatorio, el dolor central, el dolor de origen maligno, la neuralgia del trigémino, la neuropatía relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana y la cefalea.⁸

En 2002, la gabapentina fue aprobada por la Food and Drug Administration de los EE.UU. para el tratamiento de la neuralgia posherpética. En el Reino Unido, la gabapentina tiene una completa licencia para el tratamiento de todos los tipos de dolor neuropático. El uso se ha extendido más recientemente a la gestión de condiciones más agudas, en particular en el período perioperatorio. Hasta ahora se han documentado las posibles y diversas funciones de la gabapentina en más de 30 ensayos clínicos.¹⁴

La gabapentina es un análogo estructural del neurotransmisor ácido gamma-aminobutírico (GABA), cuya fórmula molecular es $C_9H_{17}NO_2$ y tiene un peso molecular de 171. Es un cristal sólido blanco altamente cargado a pH fisiológico, libremente soluble en medios ácidos o básicos. La absorción intestinal es dependiente de la dosis debido a un mecanismo saturable en el intestino, con la biodisponibilidad variando inversamente con la dosis (luego de dosis de 300 y 600 mg es del 60 y el 40%, respectivamente). No se fija a las proteínas plasmáticas y tiene un volumen de



distribución de 0.6-0.8 l/kg; el pico de concentración plasmática luego de una dosis de 300 mg por vía oral se logra a las 2-3 horas (2.7 mg/ml), y la concentración en el cerebro es del 80% con respecto a la plasmática. ¹⁵

El efecto ansiolítico se logra mediante la unión a la proteína de la subunidad $\alpha 2$ - δ de los canales de calcio dependientes del voltaje, funcionando como inhibidor de la liberación presináptica de varios neurotransmisores excitatorios. ⁸

Se ha observado que una dosis única de gabapentina (300-1200 mg) administrada dentro de las 2 horas previas al inicio del evento quirúrgico disminuye el consumo de opiáceos en el transanestésico y el posanestésico, en un rango que oscila entre un 20 y un 62%. Debido a que el metabolismo hepático y la unión a las proteínas es baja, no se conocen interacciones farmacológicas clínicamente relevantes.

En el estudio de Adam, et al.²³, los efectos adversos que se observaron con mayor frecuencia fueron sedación y mareo. Se ha demostrado que el uso preventivo de gabapentina a dosis de 300-1200 mg 2 horas antes de la cirugía mejora la analgesia postoperatoria y la movilización postoperatoria, al igual que disminuye el consumo de analgésicos en cirugía ortopédica de extremidades. ⁵

Los estudios realizados hasta el momento apoyan el efecto de la gabapentina como ansiolítico y como coadyuvante del manejo de la hipertensión reactiva, aunque aún falta determinar cuál es la dosis más efectiva y con menos efectos adversos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Taxonomía de la investigación

Se realizó un estudio experimental, prospectivo, longitudinal y comparativo con asignación no aleatoria de dos grupos de muestra.

Estudio experimental: El observador deliberadamente influye sobre los eventos para investigar los efectos de su intervención. Incluyen los ensayos clínicos y muchos estudios en animales y de laboratorio. En general, se pueden hacer inferencias más robustas y habitualmente son comparativos.

Estudio prospectivo: frecuentemente también denominados de cohortes. Una cohorte es un grupo de individuos que comparten una experiencia (viene del latín cohors, unidad operacional en el ejército romano). En el actual contexto se refiere a un grupo que se sigue hacia adelante en el tiempo desde el inicio del trabajo hasta el resultado. Así, su ventaja principal es que ofrece más garantías que la característica estudiada precede al desenlace estudiado.

Estudio longitudinal: También se usa la denominación de cohortes para este tipo de estudios. Son aquellos que investigan un proceso a lo largo del tiempo, en relación o no a una intervención. Los observados pueden ser individuos, partes de individuos o preparaciones experimentales, organizaciones o incluso poblaciones. Las observaciones se hacen en más de una ocasión aun cuando no se incluyan necesariamente todas en el análisis. Los ensayos clínicos son longitudinales pues nos interesa saber el efecto de un tratamiento que se inicia en un determinado momento y el resultado que ocurre posteriormente. Hay un tipo pseudo-

longitudinal, en el que los individuos son observados una sola vez, pero los datos se usan para describir cambios a lo largo del tiempo.

Estudio comparativo: Los estudios de caso comparativos implican el análisis y la síntesis de las similitudes, diferencias y patrones de dos o más casos que comparten un enfoque o meta común. Para hacerlo correctamente, deben describirse en profundidad las características específicas de cada caso al comienzo del estudio.

Población y periodo de estudio

Se trabajó con pacientes a los cuales se les programó para cirugía electiva en el Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours durante el periodo comprendido entre el 1º de febrero de 2023 al 30 de mayo de ese mismo año.

Muestreo estadístico

Se realizó un muestreo por conveniencia, es decir un muestreo no probabilístico, no aleatorio, donde se seleccionó el total de pacientes sometidos a cirugía electiva. La muestra se analizó considerando el total de los casos reportados y con los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión (ver más adelante).

Debido a que se realizó un muestreo por conveniencia, no se puede estimar el impacto ni el soporte estadístico de la muestra. Sin embargo, algunos investigadores calculan el tamaño muestral de un muestreo no probabilístico infiriendo la posibilidad de que éste se comporte de manera probabilística y aleatoria. Para el presente protocolo se seguirán las recomendaciones propuestas por Montanero-Fernández (2014) y Milton, (2007) y se tomará como muestra a la población total comprendida en el periodo estipulado para realizar un

estudio exploratorio y descriptivo siempre y cuando los pacientes cumplan con los criterios de selección de esta investigación.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Pacientes programados para cirugía electiva
- Hombres y mujeres
- Edad de 18 a 60 años
- ASA I, II, III

Criterios de exclusión

- Pacientes que estén bajo tratamiento para ansiedad
- Abuso de sustancias
- Alergia a gabapentinoides
- Patología neurológica
- Pacientes que se encuentren en tratamiento previo con gabapentinoides
- Negativa a participar

Criterios de eliminación

- Procedimientos diferidos o reprogramados
- Pacientes que deseen retirarse del estudio

Recursos empleados

Recursos físicos

- Expediente físico o electrónico de los pacientes.
- Material de papelería.
- Ordenador.
- Hoja de recolección de datos.
- Gabapentina capsulas 300mg

Recursos humanos

- Residentes de anestesiología
- Personal de enfermería
- Personal médico del servicio de anestesiología

Recursos financieros

El material para análisis de datos y manejo de información fueron proporcionados por la institución de atención médica de la Secretaria de Salud del Estado de Sonora; Hospital General del Estado

Descripción metodológica

Se realizó un ensayo clínico controlado estudio prospectivo, longitudinal, comparativo, en el cual los pacientes serán invitados a participar durante la visita preanestésica realizada previa al evento quirúrgico en donde se les explicara sobre el estudio a realizar y se solicitara que firmen un consentimiento informado. La distribución de los medicamentos se realizó por un

investigador externo. Se dividirá a la población en dos grupos y se les aplicó la escala de APAIS, posteriormente se decidirá si el paciente recibe o no premedicación gabapentina 300mg V.O al menos 2 horas antes de su ingreso al quirófano. Uno de los grupos (grupo A) recibirá una cápsula de gabapentina de 300 mg. El segundo grupo (grupo B) no recibirá medicamento. Al llegar al área preoperatoria se aplicó nuevamente la escala APAIS.

Los datos recabados en el estudio serán incluidos en un formato Excel, para la obtención de las distintas variables observadas en este estudio, tanto variables cualitativas como cuantitativas, con el fin de utilizarlas para obtener datos estadísticos y su análisis.

Categorización de variables

Nombre de la Variable	Tipo	Definición de Variable	Escala de medición	Calificación
Edad	Cuantitativa	Edad en años de cada paciente.	Nominal numérica, discreta	Numero entero en la edad en años.
Sexo	Cualitativa	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Nominal dicotómico Prueba de Fisher o Chi- cuadrado	1: Masculino 2: Femenino
ASA	Cuantitativo	Se elige esta escala para determinar el estado físico del paciente.	Nominal, discreta, politómicas	1: I, 2: II, 3: III, 4: IV,

Resultado de APAIS

La escala APAIS fue diseñada específicamente para anestesia y evalúa el nivel de ansiedad e información en el estado preoperatorio y ha demostrado adecuada validez y confiabilidad. Está integrada por los siguientes ítems: 1) estoy inquieto con respecto a la anestesia; 2) pienso continuamente en la anestesia; 3) me gustaría recibir información lo más completa posible

con respecto a la anestesia; 4) estoy inquieto con respecto a la intervención; 5) pienso continuamente en la cirugía y 6) me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la intervención. Las dos primeras se relacionan con ansiedad por anestesia, la 4 y 5 con ansiedad por cirugía y la suma se considera como ansiedad preoperatoria que puede variar de 4 a 20 puntos, se consideran pacientes ansiosos quienes presentan puntajes iguales o mayores a 11. Los ítems 3 y 6 se refieren a la información de anestesia y cirugía respectivamente dando una puntuación total entre 2 y 10; los pacientes con puntajes iguales o mayores a 5 puntos requirieron información adicional. Las respuestas se evalúan con escala tipo Likert del 1 al 5; uno significa no en lo absoluto y 5 totalmente.

Variable cualitativa ordinal discreta.

Análisis estadístico

Los datos recabados de cada paciente fueron plasmados en formato del programa Excel para obtener datos específicos de las variables estadísticas como género, edad y resultado de APAIS para su análisis. Los resultados que se obtengan fueron ordenados y divididos en categorías con el fin de resaltar los hallazgos sociodemográficos obtenidos, así como los de la escala de APAIS. Los datos obtenidos fueron plasmados en gráficos y tablas.

Este es un estudio comparativo donde las variables ordinales fueron analizadas con la prueba de chi cuadrada de Pearson. El análisis se realizó en IBM SPSS V 25.

Aspectos éticos

Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ML. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

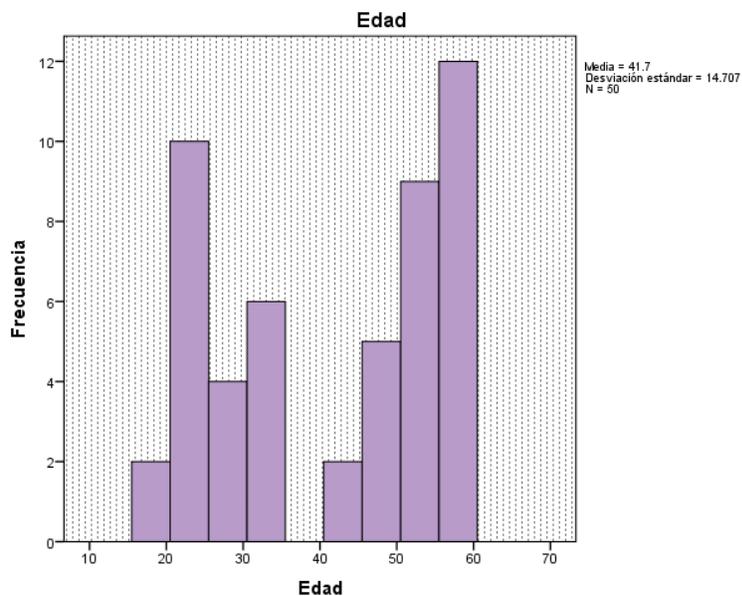
Para el estudio se analizaron dos grupos que en conjunto suman 50 pacientes los cuales se encontraban en un rango de edad de entre 18 y 60 años (Tabla 1), siendo la edad de 22 años la más frecuente seguida de 23, 53, 55 y 59 años (Tabla 2).

Tabla 1. Medidas descriptivas para la distribución de la edad.

Edad	Mín	Máx	Media	Ds	Varianza	Asimetría		Curtosis		P Valor*
						Error estándar	Error estándar			
	18	60	41.70	14.707	216.296	-0.245	0.337	-1.611	0.662	0.001

*P valor obtenido de una prueba de distribución de media T de Student para una sola muestra; considerando IC del 95%.

Tabla 2. Frecuencias observadas para la distribución de la edad.



Edad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	18	1	2.0	2.0	2.0
	19	1	2.0	2.0	4.0
	21	1	2.0	2.0	6.0
	22	4	8.0	8.0	14.0
	23	3	6.0	6.0	20.0
	24	1	2.0	2.0	22.0
	25	1	2.0	2.0	24.0
	26	1	2.0	2.0	26.0
	28	1	2.0	2.0	28.0
	29	2	4.0	4.0	32.0
	32	1	2.0	2.0	34.0
	33	2	4.0	4.0	38.0
	34	1	2.0	2.0	40.0
	35	2	4.0	4.0	44.0
	44	2	4.0	4.0	48.0
	47	1	2.0	2.0	50.0
	48	2	4.0	4.0	54.0
	49	2	4.0	4.0	58.0
	51	1	2.0	2.0	60.0
	52	2	4.0	4.0	64.0

53	3	6.0	6.0	70.0
55	3	6.0	6.0	76.0
56	2	4.0	4.0	80.0
57	2	4.0	4.0	84.0
58	2	4.0	4.0	88.0
59	3	6.0	6.0	94.0
60	3	6.0	6.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

* Se destacan las edades más frecuentes dentro del estudio.

Figura 1. Histograma de frecuencias para las edades de los pacientes.

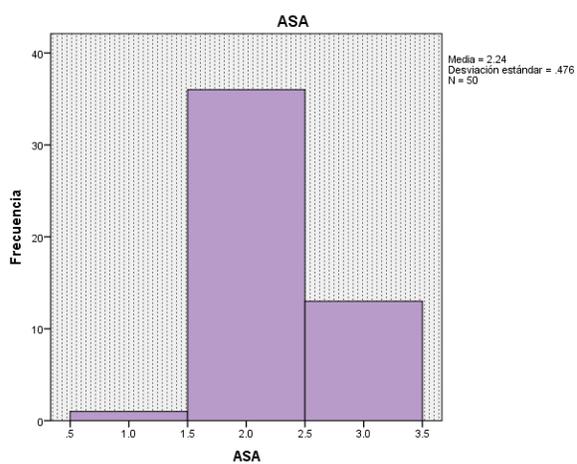
El sexo de los pacientes se encontró con una desviación de 0.50, encontrándose con 48% de los pacientes fueron femeninas y el 52% masculinos (Tabla 3; Figura 2). El ASA de los pacientes se categorizó como ASA I, II y III siendo ASA II la más frecuente del estudio (72%), ASA III se presentó en el 26 % de los pacientes y solamente un paciente se categorizó en ASA I (Tabla 4).

El dato del sexo y edad es de suma relevancia ya que hay estudios como el de M. Carmen et al ¹⁶, Facultad de Psicología, Universitat de València que nos mencionan que las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad, aproximadamente entre 2 a 3 veces más que los hombres. Ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, el curso de la enfermedad, incluso en la respuesta al tratamiento. ¹⁶

Tabla 3. Frecuencias observadas con respecto al sexo.

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Femenino	24	48.0	48.0	48.0
	Masculino	26	52.0	52.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Tabla 4. Frecuencias observadas respecto al ASA.



ASA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1	1	2.0	2.0	2.0
	2	36	72.0	72.0	74.0
	3	13	26.0	26.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

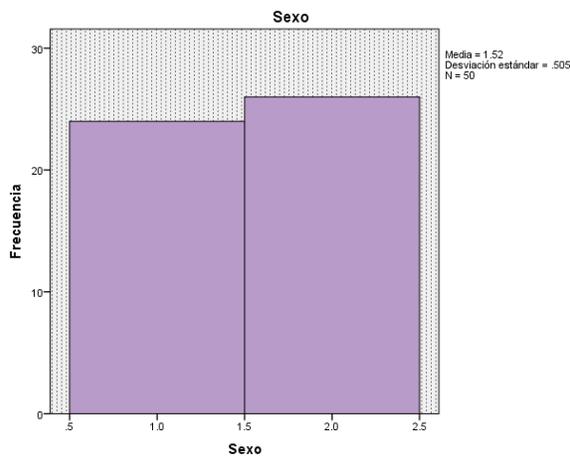


Figura 2. Histograma para la frecuencia; a) de sexos. b) de ASA.

Evaluar el nivel de ansiedad preoperatoria con la escala de APAIS dos horas previas a la cirugía programada

Para el estudio se diseñó una escala APAIS específicamente para anestesia considerando; ansiedad por anestesia (estar inquieto por la anestesia, pensar continuamente en la anestesia) con, ansiedad por la intervención quirúrgica (estar inquieto respecto a la intervención, pensar continuamente en la cirugía) la suma de ambas categorías nos indica un paciente ansioso si es el caso de tener un puntaje mayor a 11. La siguiente categoría, información por anestesia y cirugía (necesidad de recibir información con respecto a la anestesia, y necesidad de recibir información sobre la intervención) nos indica los pacientes que requieren información adicional si es que presentan un puntaje mayor a cinco.

Se analizaron dos grupos durante el estudio, el grupo control y un grupo al que se le aplicó una dosis de gabapentina vía oral. Para los pacientes del grupo control se observó que, del total de 25 pacientes, aquellos que presentaron ansiedad (puntaje mayor a 11) fueron ocho, siendo el 32% de todo el estudio. (Tabla 5). Los pacientes a los que se le aplicó una

dosis de gabapentina, aquellos que presentaron ansiedad fueron un total de 36% de un total de 25 pacientes (Tabla 6).

Tabla 5. Frecuencias observadas para la escala APAIS en el grupo control.

APAIS previo a la cirugía en grupo control					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	7	14.0	28.0	28.0
	1	2	4.0	8.0	36.0
	4	3	6.0	12.0	48.0
	5	1	2.0	4.0	52.0
	6	2	4.0	8.0	60.0
	8	2	4.0	8.0	68.0
	11	2	4.0	8.0	76.0
	12	1	2.0	4.0	80.0
	13	1	2.0	4.0	84.0
	14	1	2.0	4.0	88.0
	17	1	2.0	4.0	92.0
	24	1	2.0	4.0	96.0
	26	1	2.0	4.0	100.0
	Total	25	50.0	100.0	
Total		50	100.0		

*Pacientes que presentaron ansiedad según la escala de APAIS.

Tabla 6. Frecuencias observadas para la escala APAIS en el grupo con dosis de gabapentina.

APAIS previo a la cirugía en el grupo con dosis de gabapentina					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	6	12.0	24.0	24.0
	2	1	2.0	4.0	28.0
	4	2	4.0	8.0	36.0
	5	1	2.0	4.0	40.0
	6	3	6.0	12.0	52.0
	8	2	4.0	8.0	60.0
	10	1	2.0	4.0	64.0
	11	1	2.0	4.0	68.0
	15	1	2.0	4.0	72.0
	16	1	2.0	4.0	76.0
	18	1	2.0	4.0	80.0
	19	1	2.0	4.0	84.0
	20	1	2.0	4.0	88.0
	22	2	4.0	8.0	96.0
	24	1	2.0	4.0	100.0
	Total	25	50.0	100.0	
Total		50	100.0		

*Pacientes que presentaron ansiedad según la escala de APAIS.

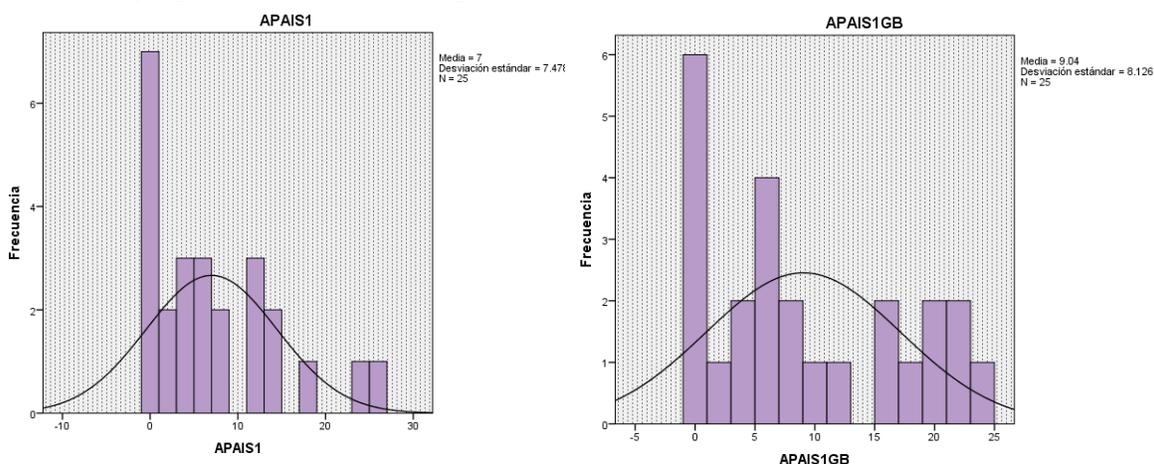


Figura 3. Histograma con curva normal para la escala APAIS; a) de grupo control. b) del grupo con una dosis de gabapentina.

Nivel de ansiedad preoperatoria con la escala de APAIS en el área de preanestesia posterior a haber recibido una dosis de gabapentina vía oral

Los pacientes que recibieron una dosis de gabapentina vía oral fueron un total de 25, aquellos clasificados con algún nivel de ansiedad fueron los que presentaron un puntaje mayor a 11, siendo el 16% de los pacientes de este grupo (Tabla 7). La desviación estándar de los datos fue de 6.434 (Figura 4).

Tabla 7. Frecuencias observadas para el grupo con una dosis de gabapentina.

APAIS posterior a la cirugía en el grupo con una dosis de gabapentina					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	9	18.0	36.0	36.0
	2	2	4.0	8.0	44.0
	4	1	2.0	4.0	48.0
	5	1	2.0	4.0	52.0
	6	3	6.0	12.0	64.0

	7	1	2.0	4.0	68.0
	8	1	2.0	4.0	72.0
	10	3	6.0	12.0	84.0
	14	2	4.0	8.0	92.0
	20	1	2.0	4.0	96.0
	22	1	2.0	4.0	100.0
	Total	25	50.0	100.0	
Total		50	100.0		

*Pacientes que presentaron ansiedad según la escala de APAIS.

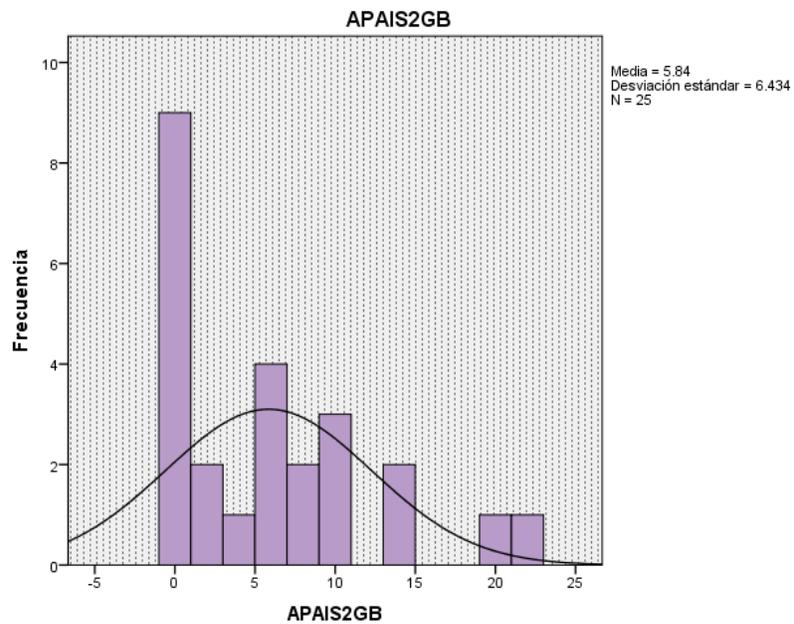


Figura 5. Histograma con curva normal para las frecuencias observadas de la escala APAIS con pacientes con una dosis de gabapentina.

Comparar la eficacia de la gabapentina 300mg vs pacientes que no recibieron ansiolisis farmacológica vía oral

Para la evaluación del nivel de ansiedad en ambos grupos de pacientes se elaboró un análisis de Chi cuadrada. Para la elaboración de este análisis se utilizó la dicotomía de presencia o ausencia de ansiedad antes y después de la intervención quirúrgica en cada grupo. Antes de la cirugía ocho pacientes del grupo control fueron categorizados con ansiedad, mientras que de aquellos con una dosis de gabapentina fueron diez los pacientes que reportaron ansiedad (Tabla 8). El estadístico Chi cuadrada indicó un p valor de 0.0001 indicando una concordancia perfecta entre las frecuencias observadas y las esperadas (Tabla 9), lo anterior nos indica que no podemos establecer una relación entre la aplicación de gabapentina y la presencia de ansiedad previa a la cirugía en los pacientes.

Posterior a la cirugía realizada en el grupo control se reportaron un total de nueve pacientes con ansiedad, en contraste con el grupo con una dosis de gabapentina, quienes se reportaron solamente cuatro pacientes con ansiedad del total de pacientes en el estudio (Tabla 10). La prueba de Chi cuadrada indicó un p valor de 0.010 demostrando que existe una diferencia estadísticamente significativa por lo que se rechaza la hipótesis nula (Tabla 11). El estadístico nos indica que posterior a la cirugía sí existe una diferencia en los pacientes que recibieron una dosis de gabapentina con respecto a la presencia o ausencia de ansiedad, siendo los pacientes a quienes se les aplicó gabapentina los que presentaron con menos frecuencia de ansiedad.

Tabla 8. Frecuencias observadas para la presencia de ansiedad en los pacientes.

Previa visita preanestesia					
Ansiedad grupo control					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Ausente	17	68.0	68.0	68.0
	Presente	8	32.0	32.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	
Ansiedad grupo gabapentina					
	Ausente	15	60.0	60.0	60.0
	Presente	10	40.0	40.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Tabla 9. Estadístico Chi cuadrado para la ansiedad previa a cirugía.

Pruebas de chi-cuadrado para la ansiedad previa visita preanestesia					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.647	1	.0001		
Corrección de continuidad	14.162	1	.0001		
Razón de verosimilitud	21.335	1	.0001		
Prueba exacta de Fisher				.0001	.0001
Asociación lineal por lineal	16.941	1	.0001		
N de casos válidos	25				

Tabla 10. Frecuencias observadas para la presencia de ansiedad en los pacientes.

Posterior a la visita preanestésica					
Ansiedad grupo control					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Ausente	16	64.0	64.0	64.0
	Presente	9	36.0	36.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	
Ansiedad grupo gabapentina					
	Ausente	21	84.0	84.0	84.0
	Presente	4	16.0	16.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Tabla 11. Estadístico Chi cuadrado para la ansiedad posterior a la cirugía.

Pruebas de chi-cuadrado para la ansiedad posterior a la cirugía					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.466	1	.004		
Corrección de continuidad	5.482	1	.019		
Razón de verosimilitud	9.618	1	.002		
Prueba exacta de Fisher				.010	.010
Asociación lineal por lineal	8.127	1	.004		
N de casos válidos	25				

A pesar de tener una muestra pequeña hemos visto diferencias estadísticamente significativas importantes para los objetivos de este estudio en particular. Estos resultados indican que la gabapentina en dosis de 300 mg preoperatoria es una opción terapéutica válida para ansiolisis.

Estos resultados concuerdan con los de múltiples estudios como el de Cegin, et al.¹⁷ en el cual se emplearon distintas dosis de un distinto gabapentinoide. Los autores utilizaron la escala de sedación de Ramsey para evaluar la ansiedad y sedación del pacientes y los valores en los pacientes a los cuales se les administro mayores dosis reportaron proporcionar niveles adecuados de sedación.

Sin embargo, nuestro estudio sugiere que una dosis única de 300 mg de gabapentina es eficaz para la reducción de la ansiedad preoperatoria, y al observar las características basales de nuestra población no se encontraron diferencias significativas entre grupos, con lo que resaltamos la fortaleza del estudio en cuanto a la distribución de dichas características de forma equitativa entre los grupos de intervención.

Nuestros resultados son consistentes con estos estudios en los que se demuestra y sugiere que la gabapentina es eficaz para el manejo de la ansiedad preoperatoria. Por otro lado, hacen falta más estudios sobre los efectos secundarios de este mismo medicamento y también sería interesante valorar su eficacia para reducción de uso de opioides transoperatorios y efectos sobre dolor postoperatorio por lo cual espero que se continúe con este protocolo de investigación en años a seguir.

CONCLUSIONES

A pesar de reconocer que el presente estudio tiene limitaciones como el pequeño tamaño de la muestra, se puede concluir que la administración de gabapentina vía oral de 300mg 2 horas antes de la cirugía reduce la ansiedad previa al inicio del procedimiento anestésico y quirúrgico.

Se necesitan más estudios para evaluar la eficacia transanestésica y postanestésica de dicho medicamento.

LITERATURA CITADA

1. J. A. Batistan, M. M. Errigo. Gabapentina preoperatoria como adyuvante en el manejo del dolor agudo postoperatorio en histerectomía abdominal. *Rev Soc Esp Dolor* 2015; 22(5): 200-204
2. Andrea Quintero, Diana A. Yasnó, Olga L. Riveros, Jeisson Castillo, Bernardo A. Borrález. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Rev Colomb Cir.* 2017;32:115-20
3. Alieu Pateh Bah, Antonio Patricio de Alcalá, Jorge Ordosgoitti, Antonio Patricio de Alcalá. Ansiedad Preoperatoria en Pacientes Adultos Programados para Cirugía Electiva Anestesia en México 2021; 33(2).
4. Ludivina A. Cortés-Martínez¹, Luis E. Cardoso-García, Yazmin Galván-Talamantes, Jesús Morales-Maza, Mario A. Rosas-Sánchez, Dulce M. Vargas-Aguilar, Elise Bañuelos-Ortiz¹ y Gerardo E. Álvarez-Reséndiz. Pregabalina como premedicación para ansiólisis en pacientes sometidos a cirugía plástica: estudio controlado aleatorizado doble ciego con placebo. *Cir Cir.* 2020;88(5):548-553
5. Carmen Elizabeth Jimenes Vargas, Melva Fabiola Ordoñez Salinas. "Causas y el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes con cirugía abdominal programada en el Hospital Isidro Ayora" *LOJA-ECUADOR* 2020.
6. Ménigaux C, Adam F, Guignard B, et al. Preoperative gabapentin decreases anxiety and improves early functional recovery from knee surgery. *Anesth Analg.* 2005;100:1394-9.
7. Parikh H, Dash S, Upasani Ch. Study of the effect of oral gabapentin used as preemptive analgesia to attenuate post-operative pain in patients undergoing abdominal surgery under general anesthesia. *Saudi Jour of Anaesth*, 2010: 4(3);137-141. 19.

8. Mathiesen O, Moiniche S y Dahl J. Gabapentin and postoperative pain: a qualitative and quantitative systematic review, with focus on procedure. *BMC Anesth.* 2007; 7 (6) 3-15.
9. Chouinard G, Beauclair L, Belanger MC. Gabapentin: long-term antianxiety and hypnotic effects in psychiatric patients with comorbid anxiety-related disorders. *Can J Psychiatry.* 1998;43:305.
10. Chang CY, Challa CK, Shah J, et al. Gabapentin in acute postoperative pain management. *Biomed Res Int.* 2014;2014:631756.
11. Ay AA, Ulucanlar H, Ay A, Ozden M. Risk factors for perioperative anxiety in laparoscopic surgery. *JLS.* 2014;18. pii: e2014.00159.
12. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G. Patient's anxiety and fear of anesthesia: Effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *J Anesth.* 2013;27:104-8.
13. Aust H, Rüscher D, Schuster M, Sturm T, Brehm F, Nestoriuc Y. Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:1-10.
14. M. Mitchell Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *J Clin Nurs*, 12 (2003), pp. 806-815M.
15. Sjöling, G. Nordahl, N. Olofsson, et al. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management patient *Educ Couns*, 51 (2003), pp. 169-176.
16. Arenas, M. Carmen, & Puigcerver, Araceli. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29. Recuperado en 31 de julio de 2023,

ANEXOS

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Nombre del Investigador Principal: Sara Maria Vasquez Frias

Centro: HGE

Datos de contacto: 6311370416

Servicio: Anestesiología

Comparación de distintas dosificaciones de gabapentina como premedicación para ansiolisis preoperatoria en el Hospital General del Estado de Sonora "Dr. Ernesto Ramos Bours".

1.INTRODUCCIÓN: La ansiedad preoperatoria se describe como una sensación vaga e incómoda, cuyo origen a menudo es inespecífico y desconocido para el individuo, se sabe que ocasiona alteración hemodinámica como consecuencia de la estimulación simpática, parasimpática y endocrina a buen porcentaje de pacientes en espera de un acto quirúrgico. Esto genera un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico que condiciona reacciones agresivas que resultan en incremento del estrés experimentado por el paciente, causando consecuentemente que el manejo del dolor postoperatorio sea más difícil.

2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ENSAYO: La distribución de los medicamentos se realizara por un investigador externo. Se dividirá a la población en dos grupos y se les aplicara la escala de APAIS, posteriormente cada paciente recibirá de manera aleatoria una de dos cápsulas de características iguales al menos 2 horas antes de su ingreso al quirófano. Uno de los grupos (grupo A) recibirá una cápsula de gabapentina de 300 mg. El segundo grupo (grupo B) no recibirá una cápsula de gabapentina. Al llegar al área preoperatoria se aplicara nuevamente la escala APAIS.

Los datos recabados en el estudio serán incluidos en un formato Excel, para la obtención de las distintas variables observadas en este estudio, tanto variables cualitativas como cuantitativas, con el fin de utilizarlas para obtener datos estadísticos y su análisis.

4. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:)

El fin de realizar este proyecto es utilizar una alternativa más económica y eficaz para dar ansiolisis a pacientes del Hospital General del Estado de Sonora "Dr. Ernesto Ramos Bours". También se buscan reducir costos intrahospitalarios disminuyendo el dolor post-operatorio y consecuentemente la estancia intrahospitalaria en pacientes programados para cirugía electiva. El medicamento administrado será cubierto por la institución y su administración será realizada bajo supervisión de un profesional en todo momento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del ensayo: Comparación de distintas dosificaciones de gabapentina como premedicación para ansiolisis preoperatoria en el Hospital General del Estado de Sonora "Dr. Ernesto Ramos Bours".

Yo, _____ (nombre y apellidos).

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: Dra Sara Maria Vasquez Frias

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha

Fecha

Hospital General del Estado "Dr. Ernesto Ramos Bours"

Fecha:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Procedimiento quirúrgico:

Tesis: Comparación de distintas dosificaciones de gabapentina como premedicación para ansiólisis preoperatoria en el Hospital General del Estado de Sonora "Dr. Ernesto Ramos Bours".

	De ningún modo	1	2	3	4	5	Muchísimo
1. Estoy preocupado con relación al anestésico.							
2. El anestésico está continuamente en mi mente.							
3. Me gustaría saber lo máximo posible sobre el anestésico.							
4. Estoy preocupado con el procedimiento.							
5. El procedimiento está continuamente en mi mente.							
6. Me gustaría saber lo máximo posible sobre el procedimiento.							

Hora en la que se aplicó el cuestionario:

Puntuación total (dos horas prequirúrgicas):

	De ningún modo	1	2	3	4	5	Muchísimo
1. Estoy preocupado con relación al anestésico.							
2. El anestésico está continuamente en mi mente.							
3. Me gustaría saber lo máximo posible sobre el anestésico.							
4. Estoy preocupado con el procedimiento.							
5. El procedimiento está continuamente en mi mente.							
6. Me gustaría saber lo máximo posible sobre el procedimiento.							

Hora en la que se aplicó el cuestionario:

Puntuación total (área de preanestesia posterior a gabapentina):