



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ"
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

TÍTULO:

**EVALUACIÓN DEL MIEDO Y ANSIEDAD PREOPERATORIOS
Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN
CON DIFERENTES TÉCNICAS ANESTÉSICAS EN EL MEDIO RURAL**

TESIS QUE PRESENTA

DRA. MARCELA GUADALUPE GONZÁLEZ SALAZAR
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

ANESTESIOLOGÍA

ASESOR DE TESIS

MAESTRO EN CIENCIAS MÉDICAS

DR. JOSE ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

CIUDAD DE MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, MÉXICO
NOVIEMBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA RECOLECTORA DE FIRMAS

**DRA. DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFA DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI**

**DR. JOSÉ ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ANESTESIOLOGÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI**

**DR. JOSÉ ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
ASESOR DE TESIS
MEDICO ADJUNTO Y JEFE DE SERVICIO DEL DEPARTAMENTO DE
ANESTESIOLOGIA CMN SIGLO XXI**



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3601
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI,
D.F. SUR

FECHA **05/07/2013**

M.C. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Evaluación del miedo y ansiedad preoperatorios y el grado de satisfacción con diferentes técnicas anestésicas en el medio rural.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-3601-138

ATENTAMENTE


DR. CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo de felicidad.

Le doy gracias a mis padres Marcela y Juvencio por haberme acompañado en cada momento, por siempre mostrar su apoyo inherente a cada etapa de mi vida y por los sacrificios que hicieron a lo largo de mi formación, siéntanse plenamente satisfechos, todo mi esfuerzo es suyo. Gracias por haberme dado la oportunidad de haber tenido una excelente educación y a enseñarme que los límites se los pone uno mismo; los amo con todo mi corazón.

A mis hermanos: Jesús, Saúl y Patricia; por siempre contar con su amor y apoyo incondicional, porque juntos crecimos y aunque la vida nos llevo por brechas diferentes nuestro sentimiento siempre permanece “porque ti familia nunca te abandona” y que han traído a esas luces que inundan nuestra casa, los pequeños: Santiago, Ximena, Sara y Vanessa, mis sobrinos.

A Fernando Quevedo, por haberse convertido en parte esencial de mi vida, sobre todo por su amor, paciencia y apoyo incondicional. Esta tesis también es tuya: Te amo.

A mi amiga Sara Valencia, por estar cuando más la he necesitado y tener su hombro siempre dispuesto.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros del primer año de residencia: Dr. Miguel Ángel García Villagómez, quien además de maestro ha sido mi amigo; al Dr. Celso Peña por compartir sus habilidades, al Dr. Edmar Morales por sus palabras, al Dr. Salvador Velásquez que es un ejemplo de perseverancia. Y a todos los anesthesiólogos de HGR #1 de Querétaro. Al Dr. Enrique Villarreal Ríos de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro por su valiosa colaboración y ayuda.

A mis maestros del Centro Médico Nacional Siglo XXI, por su calidad y calidez.

A mi asesor y maestro: Dr. José Antonio Castellanos Olivares, por todas las facilidades otorgadas para el desarrollo de esta tesis.

A la hermosa gente del estado de Yucatán, que durante mi servicio social me permitieron concluir mi trabajo de tesis, por enseñarme a ver más allá de mis ojos, y a saber porque se dice que lo sencillo es lo más bonito.

INDICE

I.	Resumen.....	1
II.	Datos Generales.....	2
III.	Marco teórico.....	3
IV.	Justificación.....	24
V.	Planteamiento del problema.....	25
VI.	Objetivos.....	27
VII.	Hipótesis.....	28
VIII.	Material y Métodos.....	29
	a) Diseño del estudio	
	b) Ubicación espacio temporal	
	c) Universo de estudio	
	d) Tipo de muestreo	
	e) Descripción general del estudio	
	f) Procesamiento de datos	
	g) Definición de variables	
	h) Criterios del proyecto	
	i) Tamaño de la muestra	
	j) Plan de recolección de datos	
IX.	Aspectos éticos.....	41
X.	Recursos y Financiamiento.....	41
	- Recursos físicos y materiales	
	- Financiamiento	
IX.	Análisis estadístico.....	42
X.	Resultados.....	45
XI.	Conclusiones.....	51
XII.	Referencias Bibliográficas.....	57
XIII.	Anexos del proyecto.....	62
	- Hoja de recolección de datos	
	- Hoja de consentimiento informado	

RESUMEN

OBJETIVOS: El propósito del actual estudio es determinar el nivel de la ansiedad de los pacientes y el requisito de información en la evaluación preoperatoria; contrastando la satisfacción del paciente en el periodo postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron 200 pacientes, se estudiaron medidas antropométricas, antecedentes médicos, tipo de cirugía, técnica anestésica. Se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos: Grupo 1 Pacientes a los que se explico detalladamente el procedimiento anestésico y Grupo 2, en los que se explico de manera general. Se estudiaron parámetros de la escala de Amsterdam, escala de ansiedad rasgo y estado de STAI, Escala visual de Satisfacción y cuestionario de Heidelberg de Satisfacción de cuidados anestésicos.

RESULTADOS: Se aplicaron tablas de contingencia, obteniendo para las variables dicotómicas χ^2 , los *odds ratio*, intervalo de confianza y el valor de *p*. Para los demás análisis se utilizaron medidas no paramétricas: U Mann Whitney y Kruskal Wallis. Teniendo como valor significativo $p < 0.05$. Se encontró que los pacientes desarrollan más ansiedad cuando hay una explicación más detallada del procedimiento, los niveles de satisfacción fueron altos en ambos grupos. Otros valores no fueron significativos.

CONCLUSIÓN: El deseo de información previa del paciente, aunque le genere cierta tensión, es el menor de sus temores e inquietudes ante el proceso quirúrgico. Desarrollar e implantar acciones encaminadas a identificar y minimizar el miedo y la ansiedad en los pacientes que serán sometidos a cirugía, contribuirá a mejorar más la satisfacción con los cuidados perioperatorios.

Palabras clave: Ansiedad preoperatoria, satisfacción de cuidados anestésicos. Cuestionario STAI. Escala AMSTERDAM, APAIS. Cuestionario Heidelberg.

SUMMARY

OBJECTIVES: The purpose of the present study is to determine the level of patient anxiety and information requirement in the preoperative evaluation, contrasting patient satisfaction in the postoperative period.

MATERIAL AND METHODS: 200 patients were studied anthropometric measurements, medical history, type of surgery, anesthetic technique. They were randomized into two groups: Group 1 Patients who are explain in detail the anesthetic procedure and Group 2, which is explained in general. Parameters were studied Amsterdam scale, anxiety scale of STAI state and trait, visual Scale Satisfaction and Satisfaction Questionnaire Heidelberg anesthetic care.

RESULTS: Contingency tables were applied, obtaining χ^2 for dichotomous variables, the odds ratio, confidence interval and p value. For other analyzes were not used parametric measures: Mann Whitney U and Kruskal Wallis. Having as significant p value < 0.05 . This study explains that most patients develop anxiety when there is a more detailed explanation of the procedure, satisfaction levels were high in both groups. Other values were not significant.

CONCLUSION: The desire of the patient prior information, even if it creates some tension, is the least of their fears and concerns to the surgical procedure. Develop and implement actions to identify and minimize fear and anxiety in patients undergoing surgery will contribute to further improve satisfaction with perioperative care.

Keywords: Anxiety preoperative anesthetic care satisfaction. STAI questionnaire. AMSTERDAM APAIS Scale. Questionnaire Heidelberg

DATOS DEL ALUMNO	
APELLIDO PATERNO:	GONZALEZ
APELLIDO MATERNO:	SALAZAR
NOMBRE(S):	MARCELA GUADALUPE
TELEFONO:	5535613597
UNIVERSIDAD:	UNAM
FACULTAD:	FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA:	ANESTESIOLOGIA
NO. CUENTA	512224635
DATOS DEL ASESOR:	
APELLIDO PATERNO:	CASTELLANOS
APELLIDO MATERNO:	OLIVARES
NOMBRE(S):	JOSE ANTONIO
DATOS DE LA TESIS:	
TITULO	EVALUACIÓN DEL MIEDO Y ANSIEDAD PREOPERATORIOS Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN CON DIFERENTES TÉCNICAS ANESTÉSICAS EN EL MEDIO RURAL
NO. PAGINAS	77 PAGINAS
AÑO:	2014
NUMERO DE REGISTRO:	2013-3601-138

MARCO TEÓRICO

Introducción

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 repercute en la evolución y recuperación del post-operatorio

Los pacientes necesitan información general sobre la anestesia y sobre su proceso, ya que esta información disipa las dudas y minimiza la ansiedad, objetivo primordial de la anestesia (1).

La ansiedad ante una intervención quirúrgica puede influir sobre la inducción y recuperación del paciente, así como sobre la satisfacción del paciente con los cuidados anestésicos perioperatorios (2).

En la literatura científica encontramos diferentes estudios descriptivos que demuestran la importancia de las medidas cuantitativas de la ansiedad del paciente mediante escalas como la EVA (Escala Visual Analógica) (3), APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) (4) ó STAI (State-Trait Anxiety Inventory) (5), así como la determinación de los miedos más frecuentes (6). De hecho uno de los objetivos de la valoración preanestésica es reducir el miedo y la ansiedad, ya que al menos uno de cada tres pacientes presenta malestar psicológico, por lo que deberían tomarse las medidas oportunas para una mejora de la calidad (7).

Sin embargo, la importancia que el miedo a la anestesia – distinto del miedo a la intervención– tiene sobre la eficacia de los procedimientos anestésicos empleados está aún por determinar. En esta dirección, el propósito central de este proyecto es doble. Por un lado, explorar con procedimientos sistemáticos y exhaustivos el repertorio de miedos asociados a la anestesia. Por otro, establecer los factores antecedentes y los factores consecuentes (qué variables

propician representaciones y reacciones de miedo, y que impacto tienen en el procedimiento anestésico y en la recuperación el “miedo a la anestesia”).

Complementariamente, el análisis de los datos nos permitirá delimitar con rigor los criterios de satisfacción de los pacientes con los cuidados de anestesia y analizar las causas más frecuentes de malestar psicológico antes y después de la intervención quirúrgica en el Hospital Rural #39, Oxkutzcab, Yucatán.

Todo ello podrá revertir en medidas y protocolos que incluyan, por ejemplo, el respeto a las preferencias del paciente allí cuando sea posible, como parte de un escenario que tranquiliza y proporciona más dominio sobre los riesgos (8). Además, si se acepta que uno de los miedos más frecuentes es el dolor, considerado como el quinto signo vital (9), evaluar su prevalencia e intensidad en la fase postoperatoria constituirá una buena prueba de su impacto sobre la evaluación final subjetiva de satisfacción del paciente (10).

En definitiva, este proyecto trata de llenar un vacío en la investigación sobre los niveles de ansiedad, y miedos relacionados con los cuidados de anestesia. Ciertamente, algunos de estos miedos son objetivamente irracionales, ya que la evolución de la Anestesiología en los últimos años los ha convertido en infrecuentes. Sin embargo, la documentación consultada muestra su irrefutable prevalencia. Y la presente investigación ayudará a precisar si la resistencia del miedo a desaparecer o mitigarse depende en alguna medida de la información que tiene el paciente sobre el proceso al que va a ser sometido.

Miedo y Ansiedad. Aspectos conceptuales y definiciones

Partiendo de las premisas expuestas, vamos a presentar el miedo y la ansiedad como dos emociones diferentes, pero con características comunes.

Se revisaran los términos, similitudes y diferencias, para continuar con las estrategias de afrontamiento del individuo ante la ansiedad y el miedo.

Generalización del término miedo

La especie humana es la más miedosa por su desarrollada propensión a ser previsor y sentir ansiedad. El miedo pertenece al sistema defensivo de la naturaleza, es un sentimiento, un balance constante de la situación. La percepción del peligro se vive como miedo, aunque muchos de estos miedos tienen difícil explicación por no saber muy bien de donde proceden (11). Para Freud era la señal de un conflicto interno no resuelto, para S. Agustín la lejanía de Dios.

Al afirmar que el miedo es el sentimiento desencadenado por la aparición del peligro, se está diciendo algo verdadero que acaba siendo falso por su simpleza, ya que la peligrosidad va a depender de la propia evaluación que realiza el sujeto. El miedo y la ansiedad pueden ser condicionados. Así, tenemos miedo a aquello que objetivamente nos hace daño, o a todo aquello que se hubiera asociado a lo que nos dañó (12).

Hay un proceso predecible en la aparición y extinción de los miedos normales: el estrés, la ansiedad, el miedo, son útiles siempre que sean adecuados a la gravedad del estímulo y no anulen la capacidad de control y respuesta.

Un miedo patológico se corresponde con una alarma desmesurada, con umbrales de peligrosidad muy bajos, que se convierten con facilidad en pánico.

Terminológicamente, se trata de un vocablo procedente del latín *metus*. La Real Academia Española (RAE) lo define como la perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario y en su segunda acepción, como recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que se desea (13).

Como cabía esperar en ambos diccionarios encontramos semejanzas, no obstante, reclama nuestra atención la consulta realizada a diccionarios de terminología médica, en los que la palabra miedo ofrece escasos resultados. En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), el miedo, es la reacción emocional de alarma angustiante ante un peligro o ataque real.

A pesar de la riqueza del léxico, conlleva la dificultad de la definición de un sentimiento. La que más se aproxima al interés del presente protocolo es la de Marina *"un sujeto experimenta miedo cuando la presencia de un peligro le provoca un sentimiento desagradable, aversivo, inquieto, con activación del sistema nervioso autónomo, sensibilidad molesta en el sistema digestivo, respiratorio o cardiovascular, sentimiento de falta de control y puesta en práctica de alguno de los programas de afrontamiento: huida, lucha, inmovilidad, sumisión. El miedo es la ansiedad provocada por la anticipación de un peligro"* (11).

1.2. Generalización del término ansiedad

La ansiedad es una sensación, un estado emocional que experimentan todos los individuos. No se sabe muy bien a qué se debe, ya que no existe un evento o estímulo específico relacionado, siendo esta una de las características que permite diferenciar la ansiedad del miedo.

Aparece cuando la persona se enfrenta a situaciones estresantes cotidianas, supone una señal de alerta que pone en marcha una serie de respuestas adaptativas que se pueden considerar respuestas naturales, y nos ofrecen la capacidad de huir o afrontar la situación (14).

Las respuestas fisiológicas del organismo ante la ansiedad, son muy similares a las del miedo. El miedo es una respuesta clara ante una amenaza concreta, que puede variar en intensidad. Si un individuo siente que su vida está en peligro, la respuesta emocional natural del organismo será el miedo, en esos momentos ante la súbita producción de adrenalina el cerebro activará una movilización psicológica intensa en busca de una solución: afrontar o huir, si es posible. Sin embargo, en la ansiedad, la respuesta que se da no es tan inmediata, ni tan intensa, lo que aparece es un conjunto de sensaciones difusas que impregnan el estado de ánimo y generan un sentimiento de incomodidad continuo y permanente, que ni llega pronto, ni se va rápido (15).

En la ansiedad no hay un estímulo claro que la produzca, es un estado de aprehensión hacia algo impreciso. La sensación es incómoda y tiene que ver con un acontecimiento que puede

sucedir o está por suceder. Advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias (15).

Cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las exigencias de la vida cotidiana. Juega un papel muy necesario en la respuesta general de adaptación al estrés del individuo. La ansiedad normal es una respuesta motivada, con explicación cuantitativa y cualitativa, por el estímulo desencadenante. Es adaptativa, cumple una función siempre y cuando sea adecuada y proporcional al estímulo, es de utilidad para el individuo. Pero si rebasa cierto límite aparece una evidente sensación de malestar importante y desadapta al sujeto, en lugar de ajustarlo (16).

Podemos considerar que mientras el miedo es una emoción justificada, más elemental, incluso animal, la ansiedad es una emoción más racional, más compleja y en definitiva más humana.

El miedo y la ansiedad, son utilizados frecuentemente como sinónimos y esto genera confusión. Sin embargo, no se trata de procesos idénticos, ya que el miedo puede causar ansiedad, pero la ansiedad no es la causante del miedo (15). Esta iteración aparece al considerar al miedo y a la ansiedad como emociones, con una respuesta similar de adaptación o afrontamiento, la misma respuesta neurofisiológica, idénticas reacciones físicas, motoras y de secreción hormonal y que se presentan de forma conjunta o independiente, en el individuo que va a ser sometido a una intervención quirúrgica.

La RAE define la ansiedad como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo y en su segunda acepción como la angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos (13).

La ansiedad como emoción, es definida por Tobal como: "Una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos desagradables, de tensión y aprehensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser provocada tanto por estímulos

externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes” (17).

1.3. Estrategias de afrontamiento

La puesta en marcha de mecanismos de actuación destinados a paliar el daño percibido se denominan estrategias de afrontamiento. Por tanto, desde este enfoque el afrontamiento se concibe como “.....*un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que se utilizan para afrontar las demandas que son valoradas por el individuo como excesivas con respecto a los recursos de los que dispone - o cree que dispone.....*” (18). El objetivo perseguido en última instancia es reducir el malestar causado por la amenaza percibida.

Las estrategias de afrontamiento nos permiten protegernos del miedo. Son los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar demandas externas o internas, que el sujeto evalúa como superiores a sus propios recursos. La dotación de recursos de afrontamiento va a disminuir o a aumentar el sentimiento de temor. La vivencia del miedo depende de la evaluación que hace el sujeto y de los rasgos del objeto peligroso (19).

El Modelo Transaccional del estrés ha sido aplicado a la investigación en numerosos ámbitos. Este marco conceptual cuenta con más de 50 años de investigación en estrés, emociones y procesos de afrontamiento y ha puesto su énfasis en las diferencias individuales. Propone conceptos cognitivos, motivacionales y relacionales de valoración y afrontamiento, adoptando un punto de vista holístico centrado en el proceso (20).

El núcleo de esta aproximación transaccional es que el estímulo potencialmente estresante puede llevar a respuestas emocionales diferentes, en función de las evaluaciones cognitivas realizadas por el individuo acerca de la situación y sus recursos. Desde esta perspectiva se conceptualiza el estrés como una relación particular entre individuo y entorno que es concebido como amenazante, en tanto que el individuo percibe que pone en peligro su

bienestar. En la actualidad, este modelo sirve de base teórica para la mayor parte de investigaciones en el campo de la salud.

La emoción es un acontecimiento fisiológico que produce efectos que pueden ser conscientes o no. Cuando se vuelven conscientes aparecen los sentimientos. Estos cambios en las emociones son un reflejo de las diferencias que tienen lugar en significado de la relación individuo-entorno durante el proceso, o desarrollo de los acontecimientos (19).

1.4. Neurofisiología de las emociones

El mecanismo que desencadena el miedo se encuentra en el cerebro medio, en concreto en el sistema límbico o cerebro emocional. Este sistema integra funciones cerebrales y diencefálicas, participando en las emociones y en las respuestas viscerales y conductuales asociadas.

Constituido por una serie de estructuras corticales, diencefálicas y del tronco cerebral, participa formando circuitos complejos en las conductas emocionales y en los mecanismos de aprendizaje y memoria. Su estructura forma un verdadero anillo o limbo localizado en la cara medial del hemisferio, e incluye la corteza límbica, el tálamo, el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala. El sistema límbico revisa de manera constante la información que se recibe a través de los sentidos mediante la amígdala cerebral (21).

La función de la amígdala como centro de procesamiento de las emociones es incuestionable, integra y coordina el hipotálamo y el tallo cerebral, que controlan las respuestas periféricas, con el cíngulo y la corteza prefrontal, componentes centrales de evaluación consciente e inconsciente. La amígdala es el principal núcleo de salida del sistema límbico y envía información a la corteza prefrontal y a otras estructuras corticales (22).

La principal contribución de Pápez a la ciencia es la descripción del circuito que lleva su nombre. Vía neuronal en la que se produce el control de la corteza cerebral sobre las emociones. Este neurólogo estadounidense, creía que la información sensorial que llega al tálamo se dirigía hacia la corteza cerebral y el hipotálamo. La información que salía del

hipotálamo daba lugar a las respuestas emocionales de control del cuerpo (reacciones fisiológicas) y, por último, la información que salía de la corteza daba lugar a los sentimientos emocionales (experiencias subjetivas). Los trayectos seguidos hasta la corteza se llamaban “canal del pensamiento” (23).

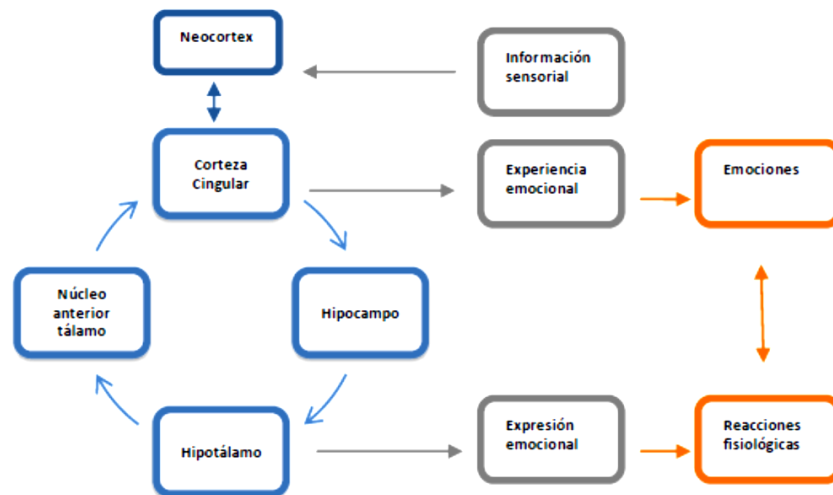


Fig.1 Esquema actual del canal del pensamiento

Pápez fue el primero en proponer que era el sistema límbico quien controlaba la expresión emocional. A partir de estos hallazgos, hoy se piensa que, ante un estímulo externo, las emociones y las reacciones fisiológicas se producen a la vez, retroalimentándose de forma recíproca (24).

La estructura cerebral tiene unos centros profundos, relacionados con las emociones y la memoria y unos centros corticales, superficiales, relacionados con las funciones intelectuales más sofisticadas. En estos centros corticales están los lóbulos frontales, encargados de planificar y organizar la acción; cuando por un accidente o por una intervención quirúrgica quedan interrumpidas las vías que unen los lóbulos frontales con los centros emocionales, se produce un fenómeno curioso: los pacientes mantienen intactas sus funciones intelectuales, son capaces de analizar con perspicacia las posibilidades de acción, pero son inhábiles para tomar una decisión.

2. Respuesta Neuroendocrina

Los factores psicológicos, como la emotividad y la ansiedad, el miedo y la falta de sueño previos a la cirugía, son capaces de poner en marcha la respuesta neuroendocrina por la percepción de peligro, provocando un aumento de diversas hormonas de estrés el día anterior a la cirugía (25-26).

Además, el organismo responde a la agresión quirúrgica con un aumento del tono simpático (27;28), con un cambio en el patrón de secreción de numerosas hormonas y con alteraciones inmunológicas y homeostasis (29-30).

El dolor postoperatorio es otra de las causas involucradas en la respuesta endocrinometabólica del organismo a la agresión quirúrgica. Esta respuesta, que incluye la activación del sistema simpático y la estimulación del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, es el resultado de la estimulación nociceptiva directa vehiculizada por las fibras nerviosas correspondientes (31). Además, la liberación de mediadores por los tejidos dañados y los macrófagos, causan la estimulación de sustancias hormonales, asociadas con la inflamación provocada por la lesión quirúrgica (32-33). Entre otras alteraciones endocrinas, Kehlet describe un aumento de ACTH y cortisol.

3. Proceso perioperatorio

En este capítulo se presentan los aspectos importantes relativos al proceso perioperatorio de cirugía mayor (CM).

3.1. Miedo al dolor

El fenómeno doloroso puede contemplarse como una experiencia fundamentalmente emocional e integrada por dos componentes. Un componente físico, cuyas características vienen definidas por el tipo y la intensidad de la sensación experimentada, y un componente psicológico, integrado por factores de índole cognitivo y emocional (34). Según Melzack y Wall, el influjo nociceptivo puede activar sistemas de control central, relacionados estrechamente con factores emocionales, cognitivos y motivacionales que contribuyen a

facilitar o inhibir dicho influjo. En consecuencia, las características del componente físico del dolor están determinadas por los mecanismos psicológicos, lo cual evidencia la preponderancia del componente emocional en la percepción dolorosa. Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la ansiedad, el miedo y la depresión (35).

La ansiedad constituye uno de los problemas más relevantes en el contexto quirúrgico y en general se acepta que a mayor ansiedad, mayor dolor (36). Sin embargo, la relación ansiedad-dolor no está clara, ya que son muchos los factores susceptibles de modificar dicha relación, como son la ansiedad preoperatoria, personalidad y características del procedimiento quirúrgico (37). Resulta indudable el impacto emocional del dolor, aunque es muy difícil desligarlo del que genera la intervención quirúrgica por sí misma y las circunstancias que la rodean (38).

Al ser el dolor una experiencia subjetiva, para su cuantificación se requiere de la información suministrada por el paciente, ya que los signos físicos y metabólicos son inespecíficos y no mantienen una relación proporcional a la magnitud del dolor (39).

3.1.1. Dolor Postoperatorio

En la actualidad, el dolor postoperatorio (DPO) se considera la fase inicial de un proceso nociceptivo persistente y progresivo, desencadenado por la lesión tisular quirúrgica (40). Los efectos perjudiciales del DPO sobre el organismo han sido estudiados tanto en el ámbito experimental como clínico. La aferencia nociceptiva continuada determina una estimulación simpática mantenida y la activación de hormonas relacionadas con el estrés responsable de la disfunción de múltiples sistemas y órganos. Esta disfunción puede aumentar la incidencia de complicaciones postoperatorias (41).

La lesión tisular desencadena dos fases de estímulos nociceptivos, la primera se produce durante la cirugía y la segunda resulta de la reacción inflamatoria a la lesión tisular que se presenta durante la fase de resolución - cicatrización (38).

No obstante, las características e intensidad del dolor postoperatorio son previsibles, por lo que lo ideal es anticiparnos a este y evitar sus inconvenientes y complicaciones (42), con la implantación de guías, estándares o recomendaciones. En base a estos conceptos surgió el estudio PATHOS (Estudio Observacional sobre la Terapia Analgésica Postoperatoria) (43-44) con el objetivo de identificar el estado actual del dolor postoperatorio, así como las necesidades y posibilidades de mejora del tratamiento. Reveló deficiencias tan relevantes como la formación del personal en el manejo del dolor postoperatorio, la información preoperatoria sistemática al paciente, la existencia de protocolos escritos para el manejo del dolor, el seguimiento y la recogida de datos. En definitiva, el informe PATHOS vino a sacar a la luz que operarse es igual a pasar dolor, pero colaboró en la implantación de acciones de mejora en los hospitales.

Parece claro que la intensidad del dolor está influenciada por factores físicos, psíquicos y emocionales, aspectos de la personalidad, factores sociales, culturales e interpersonales, así como por la experiencia previa frente al dolor (45). También son muy importantes la ansiedad, la aprehensión y miedo ante la intervención quirúrgica.

Algunos autores (46-47) señalan que la ansiedad experimenta grandes cambios a lo largo del postoperatorio. El ingreso en un hospital origina ansiedad y estrés que se traducen en un grado directamente proporcional de dolor postoperatorio. El grado de estrés hospitalario parece relacionarse con un entorno desconocido, separación de la familia, carencia de información y experiencia previa con tratamiento analgésico inadecuado (38). El miedo suele ser consecuencia de la angustia de padecer dolor cuando desaparecen los efectos de la anestesia; por desgracia, las molestias dolorosas a menudo son superiores a las esperadas, lo que ocasiona un fuerte estado de agitación, sobre todo si se trata de la primera experiencia quirúrgica (48).

La presencia del dolor es además fuente de numerosos problemas, como efectos adversos fisiopatológicos y psico-emocionales, aumento de la morbilidad y de la estancia hospitalaria (49-50). Se acepta la presencia del dolor como un sufrimiento innecesario e inútil, ya que en general puede controlarse eficazmente con los fármacos y técnicas disponibles actualmente.

El adecuado tratamiento del dolor es considerado como un indicador relevante de buena práctica clínica y calidad asistencial (50-51).

Miedo a la anestesia

Los pacientes con ansiedad previa a la anestesia y/o al proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria, responden de diferente manera en el perioperatorio, respecto a los pacientes que no presentan ansiedad. Por ejemplo, la inserción de un catéter intravenoso, en el momento inmediato a entrar en el quirófano, para la administración de los fármacos anestésicos, puede resultar una tarea difícil como consecuencia de la vasoconstricción inducida por la ansiedad (52-53).

Existen otros indicadores de cómo la ansiedad influye en la anestesia. En general, los pacientes ansiosos suelen necesitar dosis más altas de agentes anestésicos en la inducción de la anestesia (54-55). La anestesia en sí misma puede estar asociada a fluctuaciones del SNA (56-57).

El porcentaje de pacientes que presentan ansiedad en la fase preoperatoria no se conoce con exactitud, no obstante la literatura sugiere una incidencia entre el 60% y el 80% (58-61). Aunque a los pacientes ansiosos se les administra con frecuencia un fármaco sedante, como premedicación para disminuir su miedo y ansiedad, también sería beneficioso recibir más atención e información. En la práctica clínica, sin embargo, el anestesiólogo dispone de poco tiempo para la consulta preoperatoria y resulta complicado poder identificar a los pacientes con mayor grado de ansiedad, que pudieran beneficiarse de una atención personalizada adicional.

3.2.1. Anestesia general

A todos los pacientes que van a ser sometidos a una anestesia general para ser intervenidos en cirugía ambulatoria, se les programa para una valoración preoperatoria. En la consulta de anestesia, el anestesiólogo revisa la Historia Clínica (HC) y realiza un examen físico al

paciente. La condición médica de este, debe ser la mejor posible, para evitar complicaciones con la anestesia.

La valoración preanestésica del paciente al que se le va a realizar una cirugía laparoscópica, no difiere en gran medida si se hace de forma ambulatoria. Las pruebas que se solicitan de rutina a estos pacientes, son muy diferentes de unos lugares de trabajo a otros, por lo que es recomendable que cada hospital disponga de su propio método, con protocolos aprobados para la evaluación preoperatoria (62-63).

Asimismo, la variabilidad respecto a la medicación preanestésica es tan grande, bien por la cantidad de fármacos posibles a administrar, bien por su uso o indicación en la unidad de cirugía ambulatoria, que no se pueden ofertar unas pautas establecidas de actuación (62; 64).

Cuando el paciente está bajo los efectos de la anestesia, es importante controlar su estado físico, a través de distintas medidas que se obtienen monitorizando al paciente. De esta forma, distintas constantes vitales como el pulso, la presión arterial, la temperatura, la saturación de oxígeno en la sangre y la capacidad del paciente de eliminar el dióxido de carbono, son conocidos por el anestesiólogo durante toda la intervención quirúrgica (65).

Las diferencias anestésicas que se pueden plantear en el manejo intraoperatorio del paciente de cirugía ambulatoria o con ingreso, radican en reducir el tiempo de estancia hospitalaria acortando el tiempo de recuperación tras la cirugía.

La anestesia general es la técnica de elección. Su finalidad más básica consiste en proveer hipnosis, analgesia, relajación muscular y mantener las funciones vitales mientras el cirujano realiza la operación. Además de administrar al paciente los cuidados perioperatorios que necesita durante todo el proceso y hasta el alta de la unidad de cuidados post-anestésicos (UCPA).

En la medida de lo posible, se seleccionan fármacos con una vida media corta para mejorar el tiempo de recuperación. A la vez que se intenta ajustar al máximo la cantidad de fármaco administrado para evitar la sobredosificación.

La actuación del anestesiólogo en el quirófano, tendrá su traducción en el postoperatorio. La elección de la técnica anestésica, evitando la sobredosificación de fármacos y el uso de

dispositivos supraglóticos, redundarán en un mayor confort del paciente y en una recuperación más rápida (62).

3.4. Hospitalización

Durante el periodo de hospitalización, las emociones en los pacientes suelen ser negativas, debido a que en la mayoría de los casos el hecho de estar ingresado en un hospital supone un acontecimiento vital estresante (66). Se puede considerar la hospitalización como un estresor en cuatro ámbitos:

- Cultural. El paciente debe aceptar nuevas normas, valores y símbolos de la subcultura hospitalaria, que frecuentemente no son consecuentes con él mismo.
- Social. El rol del paciente hospitalizado entraña elementos que presionan fuertemente sobre la identidad psicosocial del individuo. Las interacciones sociales en un hospital pueden llegar a ser una importante fuente de estrés por sí mismas.
- Psicológico. Puede introducir fenómenos de disonancia entre dos o más fenómenos cognitivos, situaciones de dependencia o situaciones consideradas infantiles.
- Físico. Las percepciones físicas del hospital –olores, ruidos, etc.- y el propio entorno físico, pueden causar emociones negativas en la mayoría de los pacientes (66).

La duración de la convalecencia es una medida común de la recuperación cuando se comparan técnicas quirúrgicas diferentes, por ejemplo, colecistectomía laparoscópica versus colecistectomía tradicional (67). Pero se deben tener en consideración otros factores: socioculturales, médicos, o de información, que pueden influir en el tiempo de recuperación postoperatoria (68).

Otros estudios han valorado la sensibilidad de la ansiedad en el pronóstico del miedo al dolor. El miedo puede producir un estado de hipervigilancia, que a su vez, puede influir en la percepción de la gravedad del dolor. Para ello desarrollaron un cuestionario de vigilancia y

conciencia del dolor (PVAQ), dónde la obsesión con el mismo era relacionada con el miedo y la intensidad del dolor percibido.

El instrumento fue diseñado para valorar la ansiedad como un indicador de la preocupación al dolor y al miedo, con otras variables relevantes de la depresión, y sobre las posibles consecuencias negativas de los síntomas de ansiedad (69). Cabe mencionar en este punto, la teoría de la preocupación de Eysenk, que postula que la función más importante de la preocupación es la detección temprana de potenciales estímulos peligrosos (70).

5. Información al paciente

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico asistenciales, en la Ley General de Salud y en la NOM-168 se ha concluido que el paciente, o en su caso el responsable tienen derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad. (71-72)

Se ha considerado de interés conocer las expectativas del paciente en torno a la información que desean recibir acerca de la cirugía y de la anestesia en el proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria, como indicador predictivo de la ansiedad previa.

Devine en 1990, demostró que aquellos pacientes que no recibieron una adecuada información preoperatoria, experimentaron mayores niveles de ansiedad y tuvieron una recuperación de la cirugía más lenta y complicada (73). La aceptación ante la intervención de forma ambulatoria, presenta diferencias entre el grado de información demandada y la edad, sexo o nivel cultural del paciente. Así, la mujer presenta un nivel de ansiedad mayor al del hombre, y por consiguiente, tiene más requerimientos de información. Al igual, se demanda información más detallada y exacta cuanto mayor es el nivel educativo y menor la edad del paciente (74).

El lenguaje utilizado por los profesionales no siempre resulta comprensible para los pacientes, máxime con el agravante de su situación de ansiedad y estrés ante la intervención quirúrgica. Por tanto, la información que debe recibir el enfermo exige un esfuerzo de humanización por parte del equipo sanitario (75).

La individualización es fundamental en el planteamiento preoperatorio. La información que el paciente posee se basa, por lo general, en el conocimiento oral transmitido por la experiencia de personas próximas, por la cultura de procesos hospitalarios imperante en atención primaria y la emitida por otros profesionales. Incluso por la propia búsqueda que realiza el paciente en fuentes externas al ámbito sanitario. En definitiva, para los pacientes, las expectativas de la intervención son heterogéneas en cuanto a origen, resultados esperados y forma en la que se practica (76).

6. Satisfacción y calidad en cuidados de salud

La valoración de la calidad de la asistencia sanitaria percibida por los pacientes mediante encuestas de satisfacción, se ha convertido en uno de los indicadores más importantes de un sistema de salud. La satisfacción del enfermo con la atención sanitaria es un concepto psicológico complicado, más relevante cuando tratamos con los cuidados que se asocian al periodo perioperatorio. La calidad está íntimamente relacionada con la efectividad, es decir, con el mejor resultado posible (77).

Sin embargo, para los pacientes, la satisfacción con la atención sanitaria se asocia a estándares más subjetivos, en los que se articulan valores personales, impresiones e interacción con el ambiente sanitario. De forma complementaria, para los profesionales, la satisfacción del paciente es el resultado del verdadero impacto de la aplicación de los procesos de la atención sanitaria (78).

De hecho, el cuidado centrado en el paciente se ha convertido en uno de los enfoques fundamentales y en un indicador insustituible con vistas a incrementar la calidad y optimizar la imagen de un sistema de salud (79). Por tanto, la satisfacción es una valiosa medida del

resultado de los procesos en la atención sanitaria, un criterio de primera magnitud en la acreditación de las instituciones sanitarias, hospitales y servicios médicos (80).

Todo ello ilustra el progresivo interés de investigadores y profesionales sanitarios en medir la satisfacción de los resultados del cuidado. Y, en este sentido, el bien conocido principio de que la satisfacción del paciente con la atención sanitaria es un concepto psicológico complicado, se hace aún más relevante cuando tratamos con los cuidados que se asocian al escenario de acción de la anestesia (78). Ciertamente es que, en anestesiología, la eficacia y la inocuidad impulsan la determinación de la mejora de la calidad continua. Por ello es necesario identificar los criterios de satisfacción e insatisfacción de los pacientes (80).

Según Pascoe (81), el paciente posee un patrón, un modelo de perfección, una expectativa mínima, un promedio de experiencias vividas o un sentido de lo que se merece. Contra este patrón de comparación juzga el cuidado recibido. Además, el paciente puede asimilar discrepancias entre el patrón esperado del cuidado y la experiencia real. Un cambio en el grado de satisfacción ocurre cuando la diferencia entre el cuidado verdadero y el esperado excede la capacidad del paciente de asimilarlo. Se hace por ello necesario analizar el resultado del proceso de cirugía mayor ambulatoria, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades y expectativas de los pacientes sometidos a este tipo de cirugía, y conocer cuál es su grado de satisfacción percibida (82).

Para valorar los resultados en los pacientes, debemos medir qué logros estamos alcanzando con relación a sus necesidades y expectativas; conocer la percepción que tienen los pacientes acerca de nuestros productos, servicios, trato y atención. Para ello, en primer lugar debemos investigar e identificar cuáles son los aspectos significativos y su importancia relativa para lograr la satisfacción de nuestros clientes.

6.1. Satisfacción con el tratamiento del dolor

El control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos más importantes en el ámbito quirúrgico, lo que motiva un fuerte impacto en el paciente y en el sistema sanitario en su conjunto (83).

Distintos estudios han concluido que los pacientes refieren un alto índice de satisfacción en el tratamiento del dolor tras la intervención quirúrgica, a pesar de presentar grados de dolor moderado o intenso (84-86). Asimismo, existen evidencias (87-89) de que el control adecuado del dolor postoperatorio aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes y contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria e incluso la estancia hospitalaria (41; 90).

La presencia del dolor es además fuente de numerosos problemas, como efectos adversos fisiopatológicos y psico-emocionales, aumento de la morbilidad y alargamiento de las estancias hospitalarias (49-50). Se acepta la presencia del dolor como un sufrimiento innecesario e inútil, ya que en general puede controlarse eficazmente con los fármacos y técnicas disponibles actualmente. El adecuado tratamiento del dolor es considerado como un indicador relevante de buena práctica clínica y calidad asistencial (50).

La satisfacción representa una evaluación del cuidado recibido, basado en las creencias y percepciones de cada paciente. La medición de la satisfacción hoy día es uno de los objetivos prioritarios de la práctica médica. Desafortunadamente, desconocemos si los pacientes entrevistados están satisfechos por el manejo del dolor, cuidados globales, trato humano o por los resultados de su intervención. Ya que, la medida de la satisfacción en el entorno sanitario ha demostrado que los pacientes son incapaces de diferenciar las distintas dimensiones de los cuidados (10).

A pesar de ello, se han realizado estudios para valorar si el control del dolor, mejora la satisfacción del paciente con el trato recibido, obteniendo resultados de correlación positiva (91).

Numerosas investigaciones coinciden en la necesidad de mejorar el abordaje del dolor en el hospital (92-95). Se debería definir una política clara y firme sobre la atención del dolor, asegurar la correcta gestión clínica y dedicarle los recursos necesarios. Los profesionales sanitarios deben concienciarse sobre la importancia del dolor, tener siempre presente este síntoma en la atención al paciente, disponer de una valoración y seguimiento riguroso del dolor y mantener una buena comunicación con el paciente (92; 95-96). El tratamiento del

dolor postoperatorio requiere una atención muy especial, dadas las importantes repercusiones que tiene en la correcta recuperación del paciente tras la intervención quirúrgica (97).

El tratamiento del DPO no debería ser un problema, teniendo en cuenta que el origen es conocido, es limitado en el tiempo y responde casi al 100% de los tratamientos actuales (98).

A pesar de ello, se presenta con bastante frecuencia y es la principal causa de insatisfacción del paciente con el cuidado anestésico (99).

6.2. Satisfacción con el proceso perioperatorio

Hoy en día, en el ámbito concreto de los servicios de anestesia, existen indicadores apenas relacionados con la satisfacción del paciente. Hasta hace poco, los resultados de los estudios epidemiológicos en anestesia, se centraban en el análisis de las causas de la morbi-mortalidad, la predicción de las mismas y el establecimiento de estándares de trabajo (77).

Sin embargo, estudios posteriores han demostrado las limitaciones que concurren con el empleo de indicadores restringidos a los efectos adversos del cuidado anestésico (como la muerte, el infarto de miocardio, el paro cardíaco y la lesión cerebral, etc.) dado que son poco frecuentes.

Teniendo en cuenta la seguridad demostrada en anestesia en los últimos tiempos, es necesario un nuevo enfoque, una redefinición que sirva para valorar la calidad de la práctica actual (78). Además la valoración de la anestesia mediante cuestionarios multi-ítem ajenos a las opiniones del paciente tampoco ha contribuido a optimizar los parámetros determinantes de la satisfacción de los pacientes.

Hoy esta limitación se ha superado de manera parcial, ya que existen estudios que indagan en el papel que tiene la información y la comunicación eficaz sobre el proceso entre anestesiólogo – paciente, sobre los efectos secundarios y sobre lo que considera mejor para su cuidado (100). Esos trabajos muestran que la información adicional sobre los resultados y las complicaciones que pudieran presentarse, han resultado vitales para los pacientes. Conclusiones similares han obtenido otros autores que han realizado cuestionarios post-anestesia para valorar la calidad del proceso (22; 101).

Para abarcar esos parámetros subjetivos han surgido diferentes escalas que valoran la opinión del paciente y su experiencia con la anestesia. Por ejemplo, el ISAS, escala de Iowa de satisfacción con la anestesia (102) o el SOPPCAS, escala de satisfacción de pacientes sometidos a cirugía cardíaca (103) o el cuestionario Evan-G, que mide la satisfacción perioperatoria sobre anestesia general, entendida esta como la discrepancia entre las expectativas y la experiencia de los pacientes con su cuidado anestésico (101). En todos estos casos, los propios autores de los cuestionarios relacionados, concluyen que la investigación sobre el concepto de la satisfacción con los servicios de anestesia es incipiente y requiere estudios adicionales. Entre los criterios que estas escalas utilizan para medir la satisfacción figura la interacción con el anestesiólogo, la información, la experiencia vivida, las preocupaciones y el dolor (102).

Otro tipo de estudios introducen factores relativos a la participación de los pacientes en la toma de decisiones, como el de Heidegger et al en el año 2002, que valida un cuestionario psicométrico multi-ítem para estimar la satisfacción del paciente con los cuidados de la anestesia, en el que el factor más valorado es, justamente, la información al paciente y su participación en la toma de decisiones (103). Estas conclusiones son compartidas por otros autores, que en trabajos similares también detectaron problemas con la información y las preferencias de los pacientes (104).

Más reciente, en el 2008, Schiff et al desarrollaron un cuestionario⁸ para determinar la satisfacción del paciente con el proceso perioperatorio, y lo hacen explorando temas que reflejan la experiencia del paciente con el proceso, tales como la confianza, el miedo, el malestar, el trato recibido, la información y el tiempo de espera (105). En su trabajo, demuestran que los factores emocionales son parte de la satisfacción total, idea que comparten con otros autores (80; 103; 106) que también han diseñado cuestionarios para evaluar la satisfacción del paciente con la calidad del proceso perioperatorio, incluyendo la cirugía ambulatoria. En definitiva, se trata de un instrumento que proporciona información importante sobre la opinión del paciente con el cuidado anestésico y ofrece una manera útil de identificar a los pacientes descontentos (105).

Los grados de satisfacción con la atención sanitaria son siempre altos, a pesar de países, contextos de prestación de servicios, tamaños muestrales, características socio-demográficas, momentos de la evaluación, instrumentos de medida, procedimientos de gradación, etc., diferentes (81; 107-109).

La satisfacción del paciente de CM, es una medida de calidad de la asistencia que contribuye a la evaluación del centro hospitalario. En anestesia, la evaluación es difícil, pero el objetivo de

eficacia e inocuidad, en aras de la mejora de la calidad continua, ha de hacernos reflexionar sobre los beneficios que se pueden conseguir.

⁸The Heidelberg Peri-anesthetic Questionnaire

JUSTIFICACION

Aunque los conceptos de calidad aplicados al Sistema de Salud no resultan ser uniformes en su totalidad, sí existen entre ellos un grupo de puntos comunes como son recibir atención médica oportuna, que el personal médico que la desempeña sea profesionalmente competente, que se igualen o sobrepasen las expectativas de los pacientes y familiares, que respete los principios éticos de la práctica médica y que resulte ser una **atención médica segura**.

La Anestesiología es una especialidad médica a la que más le ha tocado desarrollar políticas de una atención médica segura que se revierten en una mejor calidad atencional del paciente, lo que ha hecho que se designe como la especialidad insigne en el cuidado y la seguridad del paciente. De esta manera se puede afirmar que la calidad y la seguridad en la Anestesiología se encuentran íntimamente enlazadas; la seguridad constituye un acápito implícito de gran valor dentro del contexto de la calidad.

Sería grandemente beneficioso a la práctica clínica si los anestesiólogos supieran si tratan a un paciente que desea información más que básica que se la que se da rutinariamente, de un paciente que necesitase información adicional.

La expresión “satisfacción del paciente” fue introducida en la práctica clínica en los años noventa, conociéndose desde entonces la gran subjetividad que la acompaña y lo difícil de su medición; hoy por hoy es un gran indicador de la atención y calidad de la asistencia médica, que contribuye a la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado de los servicios de salud

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La satisfacción de los pacientes tras un acto anestésico es una medida de calidad de la asistencia que contribuye a la evaluación final del centro hospitalario. Para algunos autores es la mejor manera de medir la calidad asistencial (110, 111).

La satisfacción en salud usualmente es muy alta y en múltiples estudios se encuentran valores de satisfacción superiores al 85 %. La satisfacción del paciente en relación con la anestesia no varía en cuanto al valor anteriormente mencionado; sin embargo, los estudios disponibles son pocos, no son de asignación aleatoria, y se han hecho mediciones con instrumentos unidimensionales con muchos sesgos y carentes de rigor (78, 110, 112).

En general, se ha llegado a la conclusión de que los pacientes se encuentran satisfechos no sólo con el acto anestésico en sí, sino con el resultado final del procedimiento quirúrgico y muchas otras variables como la accesibilidad, la conveniencia de los servicios de salud, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales de la salud y las propias expectativas y preferencias del paciente, variables que se alejan bastante de la propia experiencia anestésica (78, 110, 112).

En encuestas realizadas a más de 10 mil pacientes en el Reino Unido, en las que se interrogaba sobre satisfacción y anestesia, se ha documentado que los factores que más se relacionan con la falta de satisfacción de los pacientes son el despertar intraoperatorio, el dolor intenso no controlado, la presencia de náusea y vómito, sed, frío, temblor y mareo así como la presencia de cualquier complicación en la unidad de cuidado postanestésico (110, 113, 114).

En cuanto a las variables que producen satisfacción en los pacientes en relación con la anestesia, se encuentran el uso de anestesia regional por el mayor control del dolor

postoperatorio, el adecuado trato del anestesiólogo, la edad avanzada, el sexo masculino y la presencia de enfermedades médicas coexistentes (pacientes con clasificación ASA III) (110,115).

De acuerdo a lo anterior se realiza la siguiente PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la relación entre el miedo a la anestesia, la ansiedad, el estrés y la satisfacción de los pacientes con el tratamiento de su dolor y con su proceso pre y post quirúrgico en el medio rural?

OBJETIVOS

Objetivo general

El objetivo general del presente trabajo es determinar la satisfacción de pacientes que cursan el pre y postoperatorio en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional Siglo XXI (UMAE HE CMN SXXI) y el objetivo específico es valorar la información recibida, los tiempos de espera, la atención perioperatoria y la frecuencia de complicaciones.

Para abordarlo, se adopta una estrategia de aproximación que garantizara el máximo rigor estadístico y optimizara, asimismo, las observaciones y medidas realizadas.

Objetivos específicos:

1. Elaborar una escala de miedo a la anestesia (EMA) que permita probar la existencia de pensamientos emocionales negativos tanto racionales como derivados de fantasías y mitos populares vinculados a la anestesia.
2. Trazar el perfil de la ansiedad perioperatoria. Para ello es preciso verificar las cualidades psicométricas de varias escalas de ansiedad y desagregar la muestra atendiendo a las características antropométricas y socio-demográficas de la misma.
3. Un análisis de la relación entre el miedo a la anestesia, la ansiedad, el estrés y la satisfacción de los pacientes con el tratamiento de su dolor y con el proceso relacionado al entorno quirúrgico.

El objetivo central de esta investigación es trazar el perfil de la ansiedad y miedo al procedimiento anestésico. Para satisfacer plenamente los requisitos de un proyecto de esta entidad, se llevó a cabo seccionado en varios subobjetivos.

El nivel de satisfacción del paciente se considera un resultado mensurable de la intervención clínica, siendo una medida de resultado cada vez más habitual en los ensayos clínicos (2,3).

En primer lugar, se investiga el rango de respuestas de ansiedad y miedo que las personas asocian a la anestesia. Para ello, se emplea tanto metodología de entrevistas como de consulta documental. Posteriormente se determinan los valores métricos de la escalas en términos de subfactores y coeficientes de fiabilidad.

En segundo lugar, se estudia con el conjunto de la muestra la fuerza de la asociación de la ansiedad y miedo a la anestesia con factores sociodemográficos y sanitarios. En este caso, se utilizan técnicas de desagregación de la muestra atendiendo a los diferentes valores de cada una de las variables seleccionadas.

Finalmente se registrará una escala para valoración de la satisfacción para aprender cuando y como el cuidado anestésico mejora la satisfacción del paciente.

HIPOTESIS

Hipótesis verdadera

El manejo adecuado del miedo y ansiedad preoperatorios se asocian con el grado de satisfacción en el paciente hospitalizado con diferentes técnicas anestésicas

Hipótesis nula

El manejo adecuado del miedo y ansiedad preoperatorios no ofrece mejores mejores condiciones satisfacción en el paciente hospitalizado con diferentes técnicas anestésicas

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño

Estudio de cohorte prospectivo

Lugar donde se realizará el estudio

El presente estudio se realizará en el área de quirófano del Hospital General Rural #39 de Oxkutzcab, Yucatán.

Universo de trabajo

De la población quirúrgica del Hospital Hospital General Rural #39 de Oxkutzcab, Yucatán de pacientes programados para cirugía que ameriten anestesia general y/o regional.

Tiempo

01 de marzo al 30 de agosto del 2013

Grupos de estudio

- Grupo 1: Pacientes que se explicara detalladamente procedimiento anestésico
- Grupo 2: Pacientes que se explicara de forma general el procedimiento anestésico

Aleatorización

Orden alternado para pacientes que se explicara con detalle y otro para generalidades acerca del procedimiento anestésico.

Selección del tamaño de muestra

La captación de los pacientes se realizara en el Hospital Rural #39 de Oxkutzcab, Yucatán, previa valoración preanestésica por el médico anesthesiólogo investigador para corroborar que cumplan con los criterios de inclusión.

En base a la diferencia del porcentaje con un error alfa de 0.05 y un beta de 0.10 con potencia de la prueba de 1- beta se uso la siguiente fórmula para variables cualitativas calculando un total de 200 pacientes divididos en 2 grupos de 100 cada uno.

$$n = \frac{(z\alpha + z\beta)^2 + (S1^2 + S2^2)}{(X1 - X2)^2}$$

α : 1.64

β = 0.84

X1: 162

X2= 89

S1= 16

S2= 33

Plan de análisis estadístico:

Se calcularan medidas de tendencia central y de dispersión para variables continuas y se calcularan las frecuencias relativas para las variables cualitativas.

En este estudio se quiere evaluar si existe asociación entre la satisfacción y algunas variables, para lo cual se aplicaran tablas de contingencia, obteniendo para las variables dicotómicas χ^2 de Pearson, los *odds ratio*, intervalo de confianza y el valor de *p*, y para las variables nominales politómicas, se obtendrá la V de Cramér. Para las variables ordinales se aplicará regresión logística obteniendo *odds ratio*, intervalo de confianza y valor de *p*.

Técnica muestral:

Probabilístico, aleatorio simple.

Se identificará en el momento previo a la valoración preanestésica.

Descripción general del estudio

Procedimiento

La captación de los pacientes se realizara en el Hospital Rural #39 de Oxkutzcab, Yucatán, previa valoración preanestésica por el médico anesthesiologo investigador para corroborar que cumplan con los criterios de inclusión.

Luego de seleccionar el paciente por la lista de programación de cirugía, se consignaran los datos básicos, como identificación y tipo de cirugía, en el formato de recolección de datos. No se informará al paciente, ni al anesthesiologo encargado del caso, ni al personal de salas de internamiento, si el paciente estaba incluido en la observación. El procedimiento de ingreso a la sala de cirugía, manejo preanestésico, procedimiento anestésico y manejo en la unidad de cuidado postanestésico se realizará como se hace habitualmente, no habrá ninguna intervención por parte del investigador. En caso dado que el paciente solicite mayor información en el grupo II, se resignará a grupo I y viceversa.

Se aplicara una encuesta previa al procedimiento quirúrgico que incluye el test de Pfeiffer para descartar deterioro cognitivo, para la valoración de la ansiedad prequirurgica se aplicara el cuestionario de APAIS, seguido presentara el cuestionario STAI Estado y Rasgo por parte de personal entrenado y se completaran los datos necesarios con base en la valoración preanestésica. Se aplicarán 3 cuestionarios en el periodo postoperatorio: encuesta de STAI Estad, cuestionario perianestésico de Heidelberg y Escala Visual Análoga de Satisfacción , se obtendrán datos del registro de anestesia en caso de complicaciones. Cabe mencionar que esta encuesta se le dejará al paciente y se regresará al tiempo pertinente para evitar sesgo por parte del investigador. No se seleccionó ninguna de las otras encuestas validadas por estar en otro idioma, por incluir preguntas irrelevantes en nuestro medio y por ser muy complejas en su aplicación.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Variables independientes

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	Naturaleza	Escala de medición	Instrumento de medición
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació	Años	Cuantitativa continua	Razón	Calendario
Peso	Número en kilogramos con los que se expresa la superficie corporal de un individuo	Kilogramos	Cuantitativa continua	Razón	Bacula
Talla	Medida de los pies a la cabeza	Centímetros	Cuantitativa continua	Razón	Tallmetro
Sexo	Condición orgánica de los animales, se divide en masculino o femenino	Caracteres sexuales secundarios: Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
Escolaridad	Nivel de estudios máximo alcanzado en el sistema nacional de educación	Nombre del grado de estudios alcanzado. 1)Ninguno 2) Primaria 3)Secundaria 4)Preparatoria 5) Profesional	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
Ocupación	Actividad que realiza la persona para obtener el sustento diario.	Nombre del trabajo o actividad que efectúa la persona. 1) Hogar 2) Empleado 3) Jubilado 4) Estudiante 5)Independiente	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
Estado civil (convivencia)	Situación en la que se encuentra la persona con relación al tener o no pareja.	Nombre del estado civil de la persona. 1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado 4) Unión libre 5) Viudo	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
Entorno	Lo que rodea a un individuo sin formar parte de el	Rural	Culitativa	Nominal	Cuestionario
Cuidador informal	Persona que dedica una importante actividad diaria al cuidado de sujetos con dependencias o discapacidades permanentes.	Si No	Cualitativa	Nominal	Cuestionario

Cirugía anterior	Antecedente de manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico.	Si No	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
Anestesia general	Acto médico controlado en el que se usan fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente, en todo su cuerpo con pérdida de conciencia.	Si No	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
Anestesia Regional	Acto médico controlado en el que se usan fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente, en parte de su cuerpo y con o sin compromiso de conciencia.	Si No	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
Experiencia desagradable	Conocimiento propio desagradable derivado de la participación de un evento de las cosas que suceden en la vida	Si No	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
Experiencia vicaria	Sensaciones y emociones que se viven a través de las experiencias de otras personas	Si No	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
Test de deterioro cognitivo de Pfeiffer	Test que se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo. Es el más utilizado por su brevedad y facilidad de manejo, tiene una gran fiabilidad y esta menos influido que otros tests por el nivel educativo y la raza.	0-2 errores: Funcionamiento intelectual normal. 3-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro. 8-10 errores: Deficit intelectual severo.	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario

Variables dependientes

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA		FUENTE
Escala EVA de ansiedad	Supuesto de que las personas saben exactamente cuál es el nivel de ansiedad experimentado en un momento determinado	Escala visual analóga Numeración del 0 al 10	Cuantitativa continua	Razón	Gráfica
ESCALA APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale)	Escala utilizada para la valoración de la ansiedad preoperatoria	Puntuación que incluye seis preguntas a las que el paciente debe responder según una escala de 5 puntos, de 1= absolutamente no a 5 = enormemente. Cuatro preguntas evalúan la ansiedad en relación con la anestesia y la intervención (puntuación total de 4 a 20) y dos preguntas se refieren a la demanda de información (puntuación total de 2 a 10)	Cuantitativa Continua	Razón	Cuestionario
Cuestionario STAI (Spielberger state-trait anxiety inventory)	Prueba específica para determinar el tipo y grado de ansiedad vinculada a la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) y la ansiedad relacionada con el contexto quirúrgico (ansiedad-estado)	La puntuación para cada escala puede oscilar de 0-30, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. Consistencia interna: 0.90-0.93 (subescala Estado) 0.84-0.87 (subescala Rasgo).	Cuantitativa	Razón	Cuestionario
Cuestionario de miedos	Emoción caracterizada por un intenso sentimiento, habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado	Miedo a la cirugía Miedo a la anestesia Miedo al hospital	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario
Satisfacción con el tratamiento de dolor	Estado de el cerebro producido por una mayor o menor optimización de la retroalimentación cerebral, en donde las diferentes regiones compensan su potencial energético, dando la sensación de plenitud e inapetencia extrema de una	Escala visual Analóga Numeración del 0 al 10	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario

	experiencia sensorial y emocional (subjetiva), generalmente desagradable				
Satisfacción con el proceso de anestesiología	Estado de el cerebro producido por una mayor o menor optimización de la retroalimentación cerebral, en donde las diferentes regiones compensan su potencial energético, dando la sensación de plenitud e inapetencia extrema de su procedimiento de anestesia	Escala de Heidelberg	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario

Selección de la muestra

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Anestesia regional, general o combinada
- Pacientes mayores de 18 años
- ASA I a III
- Pacientes que otorguen su consentimiento verbal y escrito
- Pacientes capaces de comprender y responder a los cuestionarios.

Criterios de no inclusión

- Más de una anestesia durante la hospitalización
- Pacientes sometidos a cirugía por urgencias vitales.

Criterios de exclusión

- Hospitalización en la unidad de cuidado intensivo en el postoperatorio
- Deterioro cognitivo
- Incapacidad de comunicación oral o incapacidad mental para responder de forma adecuada el cuestionario
- Menor de edad
- No ser capaz de comprender y responder a los cuestionarios
- Lengua Maya Pura
- No otorgar el consentimiento informado
- Presentar diagnóstico tumoral conocido por el paciente en el momento de la entrevista.

Expediente del paciente

Fase preoperatoria

- Datos generales del paciente (nombre, edad, ASA, tipo de intervención)
- Datos socio-demográficos (nivel de estudios, situación laboral, convivencia, entorno)
- Experiencias previas (cirugías, tipo de anestesia, complicaciones, experiencias desagradables, experiencia vicaria)
- Cuestionarios: Test de deterioro cognitivo de Pfeiffer, Escala de APAIS, STAI estado preoperatorio, STAI rasgo.

Fase postoperatoria

- STAI estado postoperatorio
- Cuestionario perianestestesico de Heidelberg
- Escala visual análoga de cuidados anestésicos
- Datos intervención y/o complicaciones
- Carta de consentimiento informado

Instrumentos de medida

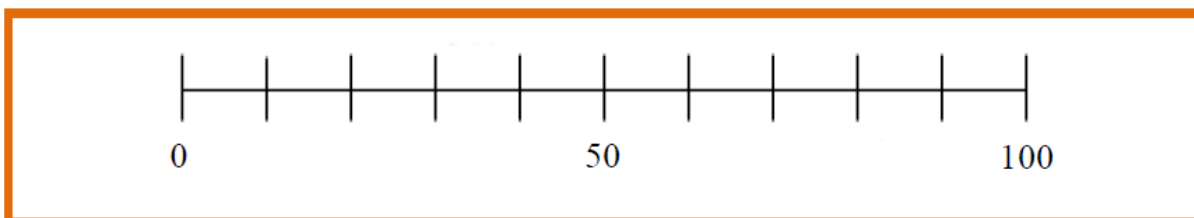
Pruebas cualitativas

Para la medida de la ansiedad, utilizamos las tres más frecuentes por su reiterada presencia en la bibliografía consultada, y por ser las más utilizadas en el contexto de las prestaciones del Servicio de Anestesiología: una Escala Visual Analógica, la escala de Amsterdam de Ansiedad e Información Preoperatoria y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger

Escala visual Análoga de Satisfacción (EVAS)

La Escala Visual Analógica se basa en el supuesto de que las personas saben exactamente cuál es el nivel de ansiedad experimentado en un momento determinado.

Investigador:



Paciente



ESCALA APAIS (*Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale*)

Esta escala fue elaborada por Moerman et al en 1994. La escala consta de seis ítems de los que 4 representan el miedo a la anestesia y el miedo a la cirugía (alfa de Cronbach $\alpha=0,86$) y otros dos representan la necesidad de información ($\alpha=0,72$).

La puntuación en ansiedad es la suma de las cuatro respuestas relacionadas con el miedo a la anestesia y cirugía, que generan un rango de puntuación de 4 a 20.

El APAIS es una escala muy sencilla y fácil de contestar por los pacientes. En ella, los autores encontraron dos claros factores: la ansiedad y la necesidad o expectativa de información de los pacientes. La escala de ansiedad estaba altamente correlacionada con el cuestionario estándar para la medición de la ansiedad: Cuestionario de Spielberger, Ansiedad-Estado. Tanto la ansiedad, como la escala de necesidad de información, mostraron buenas propiedades psicométricas y son viables en la práctica clínica.

Escala STAI

Se seleccionó el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad-Estado/Rasgo para la evaluación de la ansiedad, por tratarse del “patrón oro” de las mediciones de ansiedad.

El STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo. Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos sin alteraciones psiquiátricas, el STAI se ha mostrado útil para medir la ansiedad de los pacientes en la fase preoperatoria (4) y se ha utilizado reiteradamente en estudios de anestesiología (2;4;22;233-235)

La ansiedad Estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad Rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad A/E.

Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde cero puntos hasta un máximo de sesenta puntos. Al tratarse de un cuestionario auto-administrado los propios sujetos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento.

Respecto a la fiabilidad, los datos nos muestran que los elementos del STAI son suficientemente discriminadores y diferenciadores (en variables tan fundamentales como la edad, el sexo y, naturalmente, la ansiedad) y poseen una buena consistencia interna (entre 0,90 y 0,93 en la A/E y entre 0,84 y 0,87 en A/R). El cálculo de la fiabilidad por el procedimiento de las dos mitades (pares/impares), ofrecía coeficientes similares: 0,94 en A/E y 0,86 en A/R.

Satisfacción con el tratamiento del dolor

El dolor, como cualquier otro síntoma o signo clínico, debe evaluarse adecuadamente. Su cuantificación debe realizarse mediante el uso de escalas, de las que hay una gran variedad según los objetivos o finalidad para lo que se utilice. El cuestionario de satisfacción con el tratamiento del dolor utilizado en este estudio, es el que actualmente está implantado en la Unidad del Dolor Agudo (UDA) de nuestro hospital para el control y seguimiento de la seguridad y efectividad del tratamiento del dolor agudo postoperatorio, ya que el inadecuado tratamiento del mismo no es solo un problema ético o compasivo, sino que disminuye la calidad de vida del paciente que lo sufre.

Satisfacción con el proceso de anestesiología

El cuidado integral de la persona incluye muchos y variados componentes: factores físicos, emocionales, mentales, sociales y culturales. Esta complejidad y la naturaleza multidimensional de la satisfacción, limita el desarrollo de herramientas válidas y fiables. *¿En general, la atención que ha recibido en la ha sido?: Muy buena; Buena; Regular; Mala; Muy mala.*

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Previa autorización del comité de ética y conforme a la ley General de Salud y a la declaración de Helsinki de la de investigación clínica se le informará, sobre los beneficios y riesgos del estudio dejando ejercer su derecho de autonomía a decidir si participa o no en él. Enfatizando que en todo momento se le brindarán los cuidados necesarios para su evolución satisfactoria en sala de Asociación Médica Mundial, modificada en Tokio, Japón; donde se establece que el paciente sometido a un estudio quirúfano y recuperación. Además la información obtenida será estrictamente confidencial y de uso exclusivo académico. Se diseñó un estudio prospectivo observacional sin intervención directa en el manejo clínico de los pacientes.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Médico Residente

Recursos materiales

- Formulario de consentimiento informado
- Formato de encuesta
- Computadora
- Impresora
- Hojas blancas de papel bond
- Lápiceros

Recursos financieros:

No son necesarios, ya que el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con los recursos necesarios para la realización del estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicaran tablas de contingencia, obteniendo para las variables dicotómicas χ^2 de Pearson, los *odds ratio*, intervalo de confianza y el valor de *p*. Para las variables ordinales se aplicará regresión logística obteniendo *odds ratio*, intervalo de confianza y valor de *p*. Para los demás análisis se utilizaran medidas no paramétricas: U Mann Whitney y Kruskal Wallis. Teniendo como valor significativo $p < 0.05$

Descripción de la muestra de estudio

Dentro de las variables socio-demográficas, se incluyen las referentes al género, escolaridad, entorno o hábitat en el que vive, tipo de convivencia familiar u otra, circunstancia del paciente como cuidador informal, así como la situación laboral en la que se encuentra en el momento de realizar la entrevista.

En referencia al contacto previo del paciente con el proceso quirúrgico (cuántas anestias previas había recibido, para qué tipo de intervención y qué clase de anestesia se había practicado) En caso afirmativo, e interés se centrará en las posibles complicaciones y en la vivencia del proceso, el recuerdo del paciente ante el proceso quirúrgico.

Características de edad y antropométricas

La edad es una característica importante a contemplar en esta investigación. Se trata de un dato que puede resultar relevante en el estado de salud de los individuos, y que forma parte de todos los estudios epidemiológicos, relacionados con la anestesia, con la cirugía y/o con ambas. Para poder contrastar que los valores extremos de peso y estatura, que podrían considerarse factores de riesgo, de la anestesia y de la cirugía, están o no, relacionados con el miedo y la ansiedad del paciente.

Características de la muestra por grupos en atención a la edad y medidas antropométrica.

Tabla 1

VARIABLES	GRUPO	Media	DT	t
Edad	I	29.67	12.37	23.98
	II	28.32	9.47	29.90
Peso	I	66.2	11.45	57.8
	II	68.31	11.56	59.05
Talla	I	147	7.40	199.4
	II			

Características socio-demográficas

En este apartado de características socio-demográficas de los pacientes a estudio, se va a describir como se distribuyen los grupos en atención al sexo, nivel de estudios, ámbito familiar, cuidador informal y situación laboral, así como las diferencias encontradas. Tabla 2

VARIABLES	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
Sexo		
Hombre	11	3
Mujer	89	97
Estudios		
Ninguno	13	3
Primarios	59	24
Secundaria	27	49
Bachiller	1	22
Universitario	0	1
Convivencia		
Familia	70	79
Pareja	28	20
Solo	2	1
Otra		
Cuidador Informal		
Si	1	3
No	99	97
Situación laboral		
Desempleado	1	12
Empleado	12	7
Jubilado	1	0
Ama de casa	80	89
Estudiante	4	3
Autónomo	3	1

Experiencia del paciente con el perioperatorio

Se estudiarán las relaciones y experiencias previas del paciente con el procedimiento quirúrgico y con la anestesia. Se incluye la sensación vivida a través de la experiencia, se considera de gran interés disponer de la información procesada por el paciente sobre la anestesia, y sobre el proceso perioperatorio, para relacionarla con los miedos frecuentes.

Características de la muestra por grupos en atención a los pacientes con experiencia quirúrgica previa con anestesia general: Tabla 3

Variable	Grupo	
Intervenidos anteriormente	Experimental	34
	Control	66

Características de la experiencia previa de la muestra por grupos: Tabla 4

VARIABLES	Grupo experimental	Grupo control
Número Intervenciones		
0	69	74
1	26	17
2	5	8
3		1
Anestesia General		
Si	11	7
No	89	93
Complicaciones		
Si	3	3
No	97	97
Experiencia Desagradable		
Si	6	2
No	94	98
Experiencia Vicaria		
Si	17	8
No	83	92

Tabla 4

RESULTADOS:

Se utilizó la prueba de Mann Whitney, prueba no paramétrica para dos poblaciones, y se obtuvieron los siguientes resultados: Tabla 5, 6, 7. En la tabla 8 se hace una división por grupo y tipo de ansiedad.

Tabla 5

Escala Ansiedad Estado Prequirúrgico				
Grupos	promedio	desviación estándar	Mann Whitney	Significancia
explicación detallada	29.46	5.73	0.03	0.97
explicación general	30.08	6.9		

Tabla 6

Escala Ansiedad Estado Postquirúrgico				
Grupos	promedio	desviación estándar	Mann Whitney	Significancia
explicación detallada	27.94	5.54	0.19	0.84
explicación general	28.20	5.51		

Tabla 7

Escala Ansiedad Rasgo				
Grupos	promedio	desviación estándar	Mann Whitney	Significancia
explicación detallada	30.29	3.85	0.51	0.60
explicación general	29.92	3.55		

Tabla 8. Tipo de ansiedad por grupo

	Grupo 1 PRE	Grupo 1 POST	GRUPO 1 RASGO	GRUPO 2 PRE	GRUPO 2 POST	GRUPO 3 RASGO
A. LEVE	0	0	0	0	0	0
A. MODERADA	66	77	62	61	74	80
A. SEVERA	34	23	38	39	26	19

En estos resultados, no se observa significancia estadística entre grupos, sin significancia estadística con $P >$ de 0.05 para todas las variables. Sin cambios antes la explicación detallada y general en las escalas de Ansiedad Rasgo y Estado Pre y postquirúrgicas.

En cuanto a las medidas antropométricas y el desarrollo de ansiedad, se utilizó la prueba estadística de Kruskal Wallis: Tabla 9

Tabla 9

Índice de Masa Corporal		
Indicador	Kurskal wallis	significancia
staiEpre	3.31	0.65
staiEpost	8.30	0.14
staiR	9.16	0.10

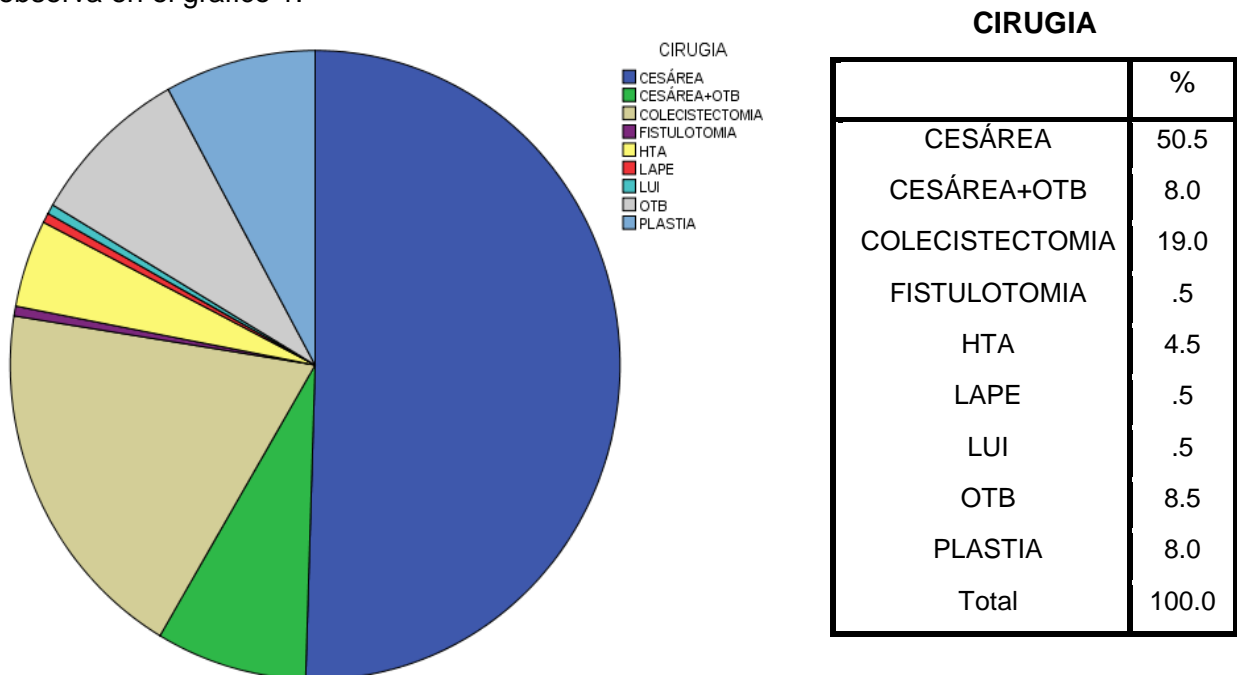
No hay significancia estadística respecto al índice de masa corporal en ambas poblaciones, respecto al desarrollo de Ansiedad.

A continuación se desarrollo un análisis para orientar si el tipo de cirugía , influye en el nivel de ansiedad que desarrolla un paciente en nuestro medio; las cirugías que se realizan en nuestro medio son: Tabla 10

Tabla 10

Tipo de Cirugía	Numero muestra	
	GRUPO I	GRUPO 2
Cesárea	43	58
Cesárea + OTB	6	10
Colecistectomía abierta	25	13
Fistulotomía Perianal	1	0
Histerectomía total Abdominal	5	5
Laparotomía Exploradora	1	0
Legrado Uterino Instrumentado	0	1
Oclusión Tubaria Bilateral	9	8
Plastia de hernia	11	5

La gran mayoría de la población estudiada, corresponde a la población obstétrica, como se observa en el grafico 1:



A continuación de análisis si el tipo de cirugía y la explicación general y/o detallada modificaba el nivel de ansiedad de la siguiente manera: Tabla 11 y 12. Sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos.

Tabla 11

Tipo de Cirugía en grupo explicación detallada		
Indicador	Kurskal wallis	significancia
staiEpre	6.80	0.55
staiEpost	11.12	0.19
staiR	4.92	0.76
escala análoga	5.37	0.71
heidelberg	8.05	0.42

Tabla 12

Tipo de Cirugía en grupo explicación general		
Indicador	Kurskal wallis	significancia
staiEpre	4.66	0.70
staiEpost	13.13	0.06
staiR	7.43	0.38
escala análoga	3.49	0.83
Heidelberg	3.04	0.88

Se analizó si el nivel académico influye en el desarrollo de ansiedad, obteniendo los siguientes resultados: Tabla 13 y 14. Siendo como factor estadísticamente significativo que aquellos pacientes con un mayor nivel académico y una explicación detallada desarrollan un menor nivel de ansiedad en el preoperatorio con $p < 0.05$

Tabla 13

Nivel académico en grupo explicación detallada		
Indicador	Kurskal wallis	significancia
staiEpre	8.14	0.04
staiEpost	4.84	0.18
staiR	1.15	0.76
escala análoga	3.14	0.37
heidelberg	1.10	0.77

Tabla 14

Nivel académico en grupo explicación general		
Indicador	Kurskal wallis	significancia
staiEpre	2.05	0.72
staiEpost	1.98	0.73
staiR	3.38	0.49
escala análoga	5.02	0.28
heidelberg	4.36	0.35

Se estudio también, si la actividad laboral influye en el desarrollo de ansiedad y en el nivel de satisfacción de cuidados anestésicos. Tabla 15, tabla 16, con valores estadísticamente significativos en la escala visual análoga que la satisfacción se ve influenciada cuando se da una explicación más detallada por la ocupación con $p < 0.05$, gráfico 2; sin verse influenciada por el tipo de anestesia en el ámbito de satisfacción de los cuidados anestésicos, valorados por la Escala Visual Análoga y el cuestionario Perianestésico de Heidelberg:

Tabla 15

Actividad laboral en grupo explicación detallada		
Indicador	Kurskal wallis	significancia
staiEpre	2.68	0.74
staiEpost	9.45	0.09
staiR	4.08	0.53
escala análoga	12.10	0.03
heidelberg	10.06	0.07

Tabla 16

Actividad laboral en grupo explicación general		
Indicador	Kurskal wallis	significancia
staiEpre	4.48	0.21
staiEpost	5.18	0.15
staiR	1.27	0.73
escala análoga	5.08	0.16
heidelberg	3.83	0.28

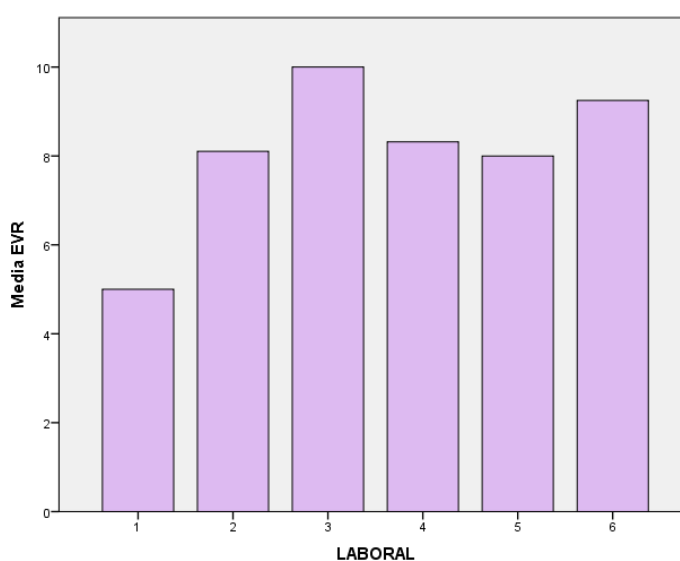


Gráfico 2: Comparación de actividad laboral y grado de satisfacción por escala visual analógica.
 1:Desempleado 2: Empleado 3 Jubilado 4: ama de casa 5: estudiante 6: autónomo

Para analizar si la experiencia ajena (vicaria) jugaba un papel en el desarrollo de ansiedad, se analizo mediante la tabla 17 y 18, en donde no hay diferencias estadísticamente significativas:

Tabla 17

Experiencia vicaria en grupo explicación detallada		
Indicador	Mann Whitney	significancia
staiEpre	1.03	0.30
staiEpost	1.82	0.06
staiR	1.41	0.15
escala análoga	1.71	0.08
heidelberg	0.22	0.82

Tabla 18

Experiencia vicaria en grupo explicación general		
Indicador	Mann Whitney	significancia
staiEpre	0.61	0.54
staiEpost	0.29	0.77
staiR	0.37	0.70
escala análoga	0.17	0.85
heidelberg	0.72	0.47

Valoración de la satisfacción de cuidados anestésicos:

Se realizo una comparación entre grupos para destacar si una explicación detallada sobre el procedimiento anestésico establece un mejor nivel de satisfacción, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos, tablas 19 y 20.

Tabla 19

Heidelberg				
Grupos	promedio	desviación estándar	Mann Whitney	significancia
Explicación detallada	7.4	0.76	1.46	0.14
explicación general	7.53	0.73		

Tabla 20

Escala Visual Análoga				
Grupos	promedio	desviación estándar	Mann Whitney	significancia
explicación detallada	8.2	1.49	1.42	0.15
explicación general	8.39	1.26		

Finalmente, se realizo un análisis sobre el tipo de anestesia y el nivel de satisfacción, en las tablas 21 y 22 y grafico 3; donde se observa que aquellos pacientes en los que se uso bloqueo subaracnoideo tienen un mejor nivel de satisfacción versus otras técnicas.

Tabla 21

Tipo de anestesia en grupo explicación detallada		
Indicador	Kurskal wallis	significancia
escala análoga	16.94	0.07
heidelberg	17.74	0.05

Tabla 22

Tipo de anestesia en grupo explicación general		
Indicador	Kurskal wallis	significancia
escala análoga	16.70	0.29
heidelberg	13.56	0.13

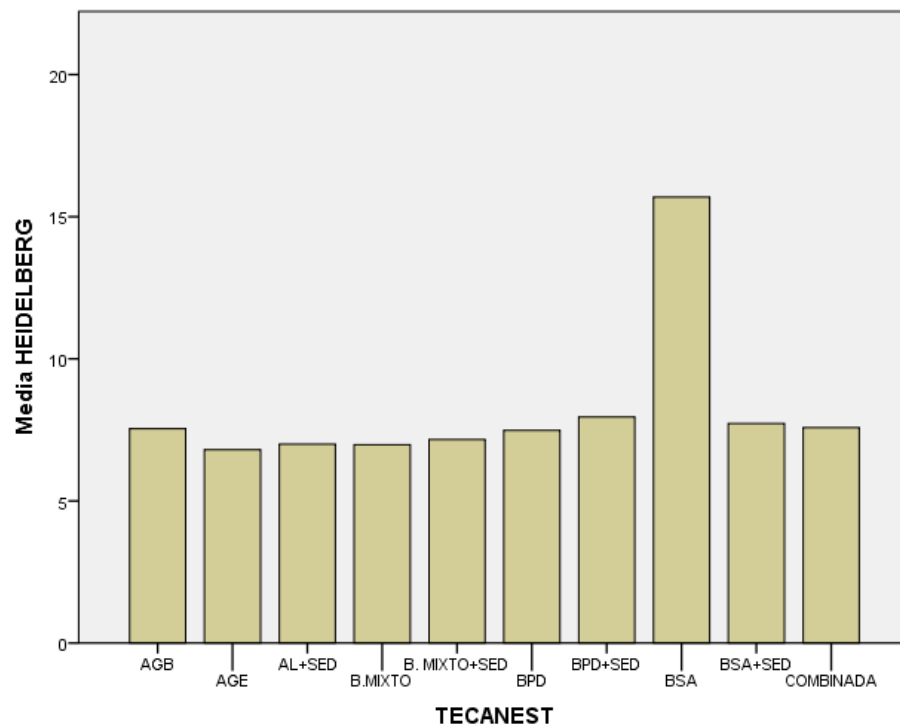


Grafico 3: comparación entre diferentes técnicas anestésicas y medición mediante Cuestionario de cuidados perianestésicos de Heidelberg.

CONCLUSIONES

En el estudio, todos los términos utilizados en la introducción y las variables han sido antes definidos, de manera que los resultados muestran que se han medido aquellos parámetros que realmente se necesitaban medir para alcanzar los objetivos.

En la literatura investigadores que han evaluado la presencia de mayor miedo o ansiedad asociado al ASA del paciente, concluyendo que a mayor ASA, a mayor complejidad médica del paciente, mayor es el nivel de miedo o ansiedad que presenta (116) lo cual correlaciona con el presente estudio.

Acercas de los miedos a la anestesia resultante del análisis, presenta similitudes con otros listados de miedos. En este estudio, los miedos más importantes para los pacientes que van a ser sometidos a una anestesia son: en primer lugar, la muerte, seguido de la presencia de complicaciones durante la anestesia, seguido del dolor postoperatorio, en cuarto lugar, no despertar tras la intervención, en quinto lugar, quedar con una lesión cerebral por la anestesia.

Respecto a la variable de género, coincide con todos los estudios revisados, en que las mujeres presentan niveles de ansiedad superiores a los hombres, aunque en el estudio la mayor parte de la muestra son mujeres. Las mujeres son más ansiosas en la fase preoperatoria, pero esos niveles altos de ansiedad disminuyen rápidamente y alcanzan valores considerados dentro de la normalidad, a las pocas horas del acontecimiento estresante.

Para establecer la relación entre la edad y la ansiedad, se dividió la muestra en dos grupos. Los el punto de corte fue a los 37 años, es el grupo de edades comprendidas menores a 37, el que presenta los mayores niveles de ansiedad.

Siguiendo con las características antropométricas del perfil de la ansiedad y en relación al peso y la talla de los pacientes, los resultados muestran que estas características no están relacionadas con la ansiedad de los pacientes.

En este sentido, se exploró si el nivel de estudios de los pacientes influía en su nivel de ansiedad preoperatoria. Para ello, se identificaron cuatro niveles de formación que abarcaban gradualmente desde el analfabetismo, a los estudios universitarios. En el análisis, se encontró una relación entre la ansiedad y el nivel de estudios de los pacientes, en los pacientes con mayor nivel de estudios y explicación detallada disminuía la ansiedad. Es de llamar la atención el gran rezago educativo que existe en la comunidad rural, siendo el 80% de la población con máximo de estudios en secundaria.

Marco et al (117) en su investigación refiere pacientes que residen en el ámbito rural, también son los que presentan menores niveles de ansiedad. Pero la ausencia de significación estadística, asociada a estos valores inferiores, y dado que la muestra fue obtenida del medio rural, se invalida la premisa de que estos pacientes, por tradiciones arraigadas o falsas creencias populares, presenten mayores niveles de ansiedad.

No solamente dónde vive el paciente, sino con quién, pareció una variable que se debía incluir en el estudio. Disponer o no de un sólido apoyo familiar, saber que te esperan o la soledad, podían ser factores que ayudaran a perfilar la ansiedad. Se consideraron cuatro posibles situaciones de convivencia para la agrupación de los pacientes, en atención a la información que facilitaban. El análisis de los resultados mostró que la convivencia en una unidad familiar es la más frecuente, pero no se encontró una correlación significativa entre la situación de convivencia declarada por el paciente y su estado de ansiedad.

Otro aspecto social nuevo fue el estudio de la situación de cuidador informal en el paciente. Se trataba de pacientes que en su domicilio o fuera de él, tenían a su cuidado personas dependientes, ya fueran niños pequeños o personas mayores. Se considero interesante el análisis de esta variable por tratarse de una circunstancia que podría generar mayor ansiedad, debido a la separación temporal y a la minusvalía propia de la intervención.

Se encontró un grupo reducido de pacientes que se declararon cuidadores informales, pero no halló significación estadística sobre la ansiedad preoperatoria.

Respecto a la situación laboral de los pacientes, se clasificaron en categorías. Se obtuvieron seis grupos que se correspondían con las seis situaciones de ocupación declaradas por los pacientes: desempleado, empleado, jubilado, ama de casa, estudiante y autónomo. En el análisis de los datos no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la situación laboral y la ansiedad de los pacientes.

De acuerdo al perfil de antecedente de cirugías previas los pacientes que disponen de conocimientos sobre el proceso, por haber sido sometidos a una intervención quirúrgica bajo anestesia general, no muestran ni más ni menos ansiedad, que los pacientes que nunca han pasado por un quirófano y desconocen por completo en qué consiste el proceso.

Tampoco hubo diferencias en el grado de experiencia del paciente, entendiendo como tal, que a mayor número de intervenciones, mayor grado de experiencia, estuviera relacionado con la ansiedad. De aquí se tienen dos aportaciones importantes: por un lado, el paciente no registra el recuerdo previo de la intervención como un proceso seguro, por lo que trata de olvidarlo y por otro lado no suma las experiencias, cada una la convierte en un nuevo y desconocido acontecimiento que afrontar.

En el empeño de profundizar en el tema, se estudio si la presencia de complicaciones previas en la historia del paciente, era una variable asociada a la ansiedad, pero los hallazgos no apoyaron esta hipótesis.

Finalmente, se incluyo si la presencia de un recuerdo desagradable, relacionado con complicaciones o mala experiencia, podía influir en la ansiedad del paciente ante el inminente proceso. En esta ocasión se diferencias significativas, resultando que los pacientes con recuerdos desagradables, presentaban mayor nivel de ansiedad pre y postquirúrgica.

Se observo que el tipo de intervención no influye en el nivel de satisfacción ni de ansiedad del paciente; solo se considero la técnica de bloqueo subaracnoideo como estadísticamente significativa en su correlación con la satisfacción.

A través del análisis sobre la relación existente entre ansiedad y miedo a la anestesia, la satisfacción del paciente con el tratamiento de su dolor y con el proceso de cirugía, se reflexiona sobre la propia evolución de la mejora de la calidad de nuestra práctica, tercamente adherida en los últimos tiempos a la satisfacción del paciente.

Sin embargo, la ausencia de un instrumento estándar, válido y fiable para determinar todas las dimensiones de la satisfacción con el cuidado perioperatorio, o con el cuidado anestésico, ha motivado el desarrollo de múltiples y variadas escalas o cuestionarios, que contemplan diferentes aspectos del cuidado en el paciente quirúrgico

Gerteis identificó siete dimensiones en el cuidado anestésico perioperatorio de los pacientes: confort físico y soporte emocional, alivio del miedo y la ansiedad, respeto por los valores y preferencias y necesidades del paciente, información clínica, gestión clínica, implicación familiar y continuidad de cuidados (118). Mientras que Shevde y

Panagopoulos revelaron la presencia de cuatro factores: complicaciones específicas, características del anestesiólogo, preocupación por la hospitalización y dolor (61). Schiff et al identificaron cinco dimensiones: miedo, malestar, relaciones personales, información y espera (116).

Todos los autores coinciden en la dificultad de medir la satisfacción, por tratarse de un fenómeno psicológico complejo. Además consideran la necesidad de que los cuestionarios sean multiítem, que comprendan todos los aspectos del cuidado y por supuesto, que sean válidos y fiables, con el fin de generar resultados clínicamente pertinentes. Creemos que la diversidad y variabilidad que nos ofrecen, ha supuesto un problema para el investigador en la elección de la herramienta adecuada. No existe evidencia actual de un “*gold standard*”, tal y como demostraron recientemente Chanthong et al en una revisión sistemática realizada en el 2009 (119), en la que analizó 11 cuestionarios de satisfacción del paciente de cirugía; en este estudio, el interés se centra en la esencia de como el miedo y la ansiedad del paciente, pueden influir en la satisfacción, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, un paciente con más miedo o ansiedad no fue un paciente más o menos satisfecho.

La siguiente determinación aproxima a la satisfacción del paciente sobre su estancia en el hospital. Se trata de una valoración más general de todo el proceso perioperatorio.. El alto índice de satisfacción obtenido, una media de 7.84 sobre 10.

De acuerdo a los análisis estadísticos, los pacientes que se mostraron más ansiosos antes de la intervención, fueron los más satisfechos con todo el proceso, y a su vez los que menos ansiedad presentaron finalmente.

En atención a este hallazgo, se puede afirmar que todas aquellas acciones que desarrollemos e implantemos, con la intención de minimizar la ansiedad preoperatoria,

van a incidir directamente en la satisfacción con los cuidados perioperatorios y en la ansiedad postoperatoria.

Por último se contextualiza el hecho de explicar o no detalladamente el procedimiento anestésico al paciente, la importancia que el paciente le confiere a la información es la más baja del análisis. El paciente está más preocupado con la anestesia y con la cirugía que con la información y se ha comprobado que la transmisión inadecuada de información provoca un efecto de ansiedad (120). La información previa disminuye la ansiedad. Las altas valoraciones de satisfacción se relacionan con la información recibida y la comunicación eficaz. Se correlaciona con los rasgos de personalidad, los pacientes que demandan más información presentan mayor ansiedad. La cantidad de información que se debe dar a los pacientes, aún está por determinar (64).

El deseo de información previa del paciente, aunque le genere cierta tensión, es el menor de sus temores e inquietudes ante el proceso quirúrgico. Desarrollar e implantar acciones encaminadas a identificar y minimizar el miedo y la ansiedad en los pacientes que serán sometidos a cirugía, contribuirá a mejorar más la satisfacción con los cuidados perioperatorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Lee A, Tong Chui P, Gin T. Educating Patients About Anesthesia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Media-Based Interventions. *Anesth Analg* 2003;96:1424-31.
- (2) Kindler C, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement of Preoperative Anxiety and Detection of Patients' Anesthetic Concerns. *Anesth Analg* 2000;90:706-12.
- (3) Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974;2:1127-31.
- (4) Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anaesth* 2002;49:792-8.
- (5) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushore RE. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. TEA Ediciones, S.A ed. Madrid: 1982.
- (6) Matthey P, Finucane BT, Finegan BA. The attitude of the general public towards pre-operative assessment and risks associated with general anesthesia. *Can J Anaesth* 2001;40:333-9.
- (7) Auquier P, Blache JL, Colavolpe C, Eon B, Auffray JP, Pernoud N, et al. Échelle de vécu périopératoire de l'anesthésie. I - Construction et validation. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999;18:848-57.
- (8) Martín MA, Ollé G, Oferil F, Sánchez M, Yuste M, Opisso LI, et al. ¿Qué piensan los pacientes de la anestesia? Encuesta de satisfacción postoperatoria en cirugía ambulatoria comparando anestesia general y subaracnoidea. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2003;50:439-43.
- (9) Rocchi A, Chung F, Forte L. Canadian survey postsurgical pain and pain medication experiences. *Can J Anaesth* 2002;49:1053-6.
- (10) Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:197-202.
- (11) Marina JA. Anatomía del miedo. Un tratado sobre la valentía. Barcelona: Anagrama S.A.; 2006.
- (12) Watson JB. El conductismo. Buenos Aires: Paidós; 1972.
- (13) Diccionario de la lengua española. Real Academia Española 2001. Disponible en URL: <http://www.rae.es/rae.html>
- (14) Kaplan HI, Sadock BJ. Trastornos de ansiedad. In: Kaplan HI, Sahin A, editors. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiátrica. 8ª ed. Madrid: Médica Panamericana William & Wilkins; 1999. p. 662-71.
- (15) Echevarría R, Fernández de Sanmaned MJ, Iglesias C, Moretó A, Rodríguez M. Protocolo de ansiedad y depresión. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 1997. p. 9-14.
- (16) Varela P. Ansiosamente, claves para reconocer y desafiar la ansiedad. Editorial. El Ateneo 2004.
- (17) Miguel-Tobal JJ. La ansiedad. In: Mayor J, Pinillos L, editors. Tratado de psicología general: motivación y emoción. Madrid: Alhambra; 1990. p. 309-44.
- (18) Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ed. Martínez Roca, S.A.; 1986.
- (19) Lazarus RS. Toward better research on stress and coping. *Am Psychol* 2000;55(6):665-72.
- (20) Masedo AI. Conceptualización del catastrofismo desde un modelo de procesamiento del dolor y de las emociones. [Tesis Doctoral].
- (21) Tien RD. The Limbic System. Normal Anatomy and Pathology. *Neuroimaging Clin N Am* 1997;7(1):1-170
- (22) Goleman D. Inteligencia emocional. 50 ed. Barcelona: Kairós; 2004.
- (23) Papez JW. A proposed mechanism of emotion. *J Neuropsychiatric Clin Neurosci* 1995;7(1):103-12.
- (24) LeDoux J. El cerebro emocional. Barcelona: Ariel - Planeta; 1999.
- (25) Oyama T. Endocrine Responses to Anaesthetic Agents. *Br J Anaesth* 1973;45:276-81.
- (26) Watkins J, Glynn LE. Symposium on Trauma, Stress and Immunity at Bath. *Anaesthesia* 1981;36:647-53.

- (27) Cryer PE. Physiology and Pathophysiology of the Human Sympathoadrenal Neuroendocrine System. *N Engl J Med* 1980;303:436-44.
- (28) Langer SZ, Hicks PE. Physiology of the Sympathetic Nerve Ending. *Anaesthesia* 1984;56:689-700.
- (29) Bardosi L, Tekeres M. Impaired Metabolic Activity of Phagocytic Cells after Anaesthesia and Surgery. *Br J Anaesth* 1985;57:520-3.
- (30) Henny CP, Odoom JA, Cate H, Cate JW, Oosterhoff RJ, Dabhoiwala NF. Effects of Extradural Bupivacaine on the Haemostatic System. *Br J Anaesth* 1986;58:301-5.
- (31) Davis FM, McDermott E, Hickton C, Wellse E, Heaton AC, Laurenson VG, et al. Influence of Spinal and General Anaesthesia on Haemostasis During Total Hip Arthroplasty. *Br J Anaesth* 1987;59:561-71.
- (32) Bateman A, Singh A, Kral T, Solomon S. The Immune-Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis. *Endocr Rev* 1989;10:92-112.
- (33) Pearl RG, Sladen RN, Rosenthal MH. Hematologic Effects of Cardiac and Noncardiac Surgery. *Anaesthesia* 1987;3:205-9.
- (34) Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965;150:971-9.
- (35) Craig KD. Emotional aspects of pain. In: Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of Pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1984. p. 153-61.
- (36) Chapman CR. Psychological aspects of pain patient treatment. *Arch Surg* 1977;112:767-72.
- (37) Miranda A. Bases psicológicas del dolor. In: Miranda A, editor. *Dolor posoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento*. Barcelona: JIMS; 1992. p. 169-86.
- (38) Martínez-Vázquez J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7:465-76.
- (39) Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Mayor properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:277-99.
- (40) Carr DB, Goudas LC. Acute Pain. *Lancet* 1999;353:2051-8.
- (41) Jayr C. Repercussions of postoperative pain. Expected therapeutic benefit. *Ann Fr Anesth Réanim* 1998;17(6):540-54
- (42) Miranda A. Complicaciones del dolor postoperatorio. In: Torres LM, editor. *Medicina del dolor*. Barcelona: Masson SA; 1997. p. 759-71.
- (43) Vidal MA, Torres LM, De Andrés JA, Moreno-Azcoitia M. Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. *PATHOS. Rev Soc Esp Dolor* 2007;8:550-67.
- (44) Vidal MA, Torres LM. Estudio observacional PATHOS sobre el dolor postoperatorio leve o moderado. Comparación de los resultados de España frente a Europa. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 2008;55:393-400.
- (45) Bonica JJ. Postoperative Pain. In: Bonica JJ, editor. *The Management of Pain*. 2ª ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990. p. 1.
- (46) Chapman CR. Psychological factors in postoperative pain. In: Smith G, Corvino B, editors. *Acute Pain*. London: Butterworths; 1985.
- (47) McQuay HJ, Diclenson AH. Implications of nervous system plasticity for pain management. *Anaesthesia* 1990;45:101-2.
- (48) Wilder-Smith CH, Schules L. Postoperative analgesia: pain by choice? The influence of patient attitudes and patient education. *Pain* 1992;50:257-62.
- (49) Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent Pain and Wellbeing. A world Health Organization Study in Primary Care. *JAMA* 1998;280(2):147-51.
- (50) Rawal N. Acute Pain Services Revisited-Good From Far, Far From Good? *Reg Anesth Pain Med* 2002;27(2):117-21.
- (51) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Pain Assessment and Management Standards-Hospitals. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook*. Oak Brook, IL. The Commission . 2003.
- (52) Thyer BA, Papsdorf JD, Davis R, Vallecorsa S. Autonomic correlates of the subjective anxiety scale. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1984;15:3-7.

- (53) Wallin BG. Neural control of human skin blood flow. *J Auton Nerv Sys* 1990;30:5185-90.
- (54) Goldmann L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and daycase anaesthesia: a study to reduce pre-operative anxiety and intraoperative anaesthetic requirements. *Anaesthesia* 1988;43:466-9.
- (55) Williams JGL, Jones JR. Psychophysiological responses to anesthesia and operation. *JAMA* 1968;203:127-9.
- (56) Tolksdorf W, Schmollinger U, Berlin J, Rey ER. Das preoperative psychische Befinden-Zusammenhänge mit anesthesierelevanten psychophysiologischen Parametern. (The preoperative psychological state and its correlation to psychophysical parameters important to anaesthesia). *Anasth Intensivther Notfallmed* 1983;18:81-7.
- (57) Tolksdorf W, Berlin J, Rey ER, Schmidt R, Kollmeier W, Storz W, et al. Der präoperative Stress: Untersuchung zum Verhalten psychischer und physiologischer Stressparameter nichtprämedizierter Patienten in der präoperativen Phase (Preoperative stress: investigation of psychological and physiological stress parameters in unpremeditated patients). *Anaesthesist* 1984;33:212-7.
- (58) Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety: a study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia* 1989;44:437-40.
- (59) Norris W, Baird WLM. Preoperative anxiety: a study of the incidence and aetiology. *Br J Anaesth* 1967;39:503-9.
- (60) Ramsay MAE. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia* 1972;27:396-402.
- (61) Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991;73:190-8.
- (62) Gracia JL, Pérez JL, Parra R. Anestesia en cirugía laparoscópica en régimen ambulatorio. In: Beleña JM, editor. *Anestesia en cirugía laparoscópica*. 1ª ed. Madrid: EMISA; 2009. p. 175-81.
- (63) Roizen MF. Cost-effective preoperative laboratory testing. *JAMA* 1994;271:319.
- (64) Olsson GL. Aspiration during anesthesia: a computer-aided study of 185318 anaesthetics. *Acta Anaesthesiol Scand* 1986;30:84.
- (65) Riaño I, Mayoral B, Solís G, Orejas G, Málaga S. Opinión de los pediatras sobre la sedación en los niños. *An Esp Pediatr* 1999;51(3):230-4.
- (66) Rodríguez Marín J. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis; 1995.
- (67) Downs S, Black N, Devlin H, Royston C, Russell. Systematic review of the effectiveness and safety of laparoscopic cholecystectomy. *Ann R Coll Surg* 1996;78:241-324.
- (68) González J. La anestesia: un descubrimiento divino llevado a cabo por dos dentistas. In: González J, editor. *Bocas imperiales*. Barcelona: Plaza y Janés; 2001. p. 187-93.
- (69) Zvolensky M, Goodie J, McNeil D, Sperry J, Sorrell J. Anxiety sensitivity in the prediction of pain-related fear and anxiety in a heterogeneous chronic pain population. *Behav Res Ther* 2001;39:683-96.
- (70) Eysenck MW. *Anxiety. The cognitive perspective*. Erlbaum; 1992.
- (71) Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Art. 29 y 30.
- (72) NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, Numeral 5.5.
- (73) Devine EC. Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A metaanalysis of 191 studies. *Patient Educ Couns* 1990;19:129-42.
- (74) Moerman N, Dam van F, Boulogne-Abraham T, Hooff van M. The patient's need for information in the preoperative period. *Proceedings of the 9th European Congress of Anaesthesiology*. Jerusalem, Israel 1994 p. 257.
- (75) Bueno JA. Evaluación de la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio. Validación de un sistema predictivo de selección de pacientes. [Tesis Doctoral]. Valencia: Universitat de Valencia; 2008.
- (76) Mirá JJ, Bril JA, Lorenzo S, Vitaller J, Aranaz J. Marketing sanitario y calidad asistencial: reflexiones para el diseño de los servicios quirúrgicos. *Cir Esp* 2000;67:180-3.
- (77) Muñoz-Ramón JM. Control de calidad en anestesiología. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 1995;42:91-5.

- (78) Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg* 1998;87:1089-98.
- (79) Hadjistavropoulos H, Dobson J, Boisvert J. Information provision, patient involvement, and emotional support: prospective areas for improving anesthetic care. *Can J Anaesth* 2001;48:864-70.
- (80) Auquier P, Pernoud N, Bruder N, Simeoni MC, Auffray JP, Covalolpe C, et al. Development et validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology* 2005;102:1116-23.
- (81) Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plan* 1983;6:185-210.
- (82) Kriwanek S, Ambruster C, Beckerhinn P, Blauesnsteier W, Gschwantler M. Patients assessment and recall of surgical information after laparoscopic cholecystectomy. *Dig Surg* 1998;15:669-73.
- (83) Torres LM. Confort vs analgesia en el dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor* 1995;2:149-50.
- (84) Miaskowski C, Nichols R, Brody R, Synold T. Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's Quality Assurance Standars on acute and cancer related pain. *J Pain Sympton Manage* 1994;9(1):5-11.
- (85) Boström BM, Ramberg T, Davis BD, Frindlund B. Survey of post-operative patients' pain management. *J Nurs Manag* 1997;5(6):341-9.
- (86) Ward E, Gordon D. Application of the American Pain Society quality assurance standars. *Pain* 1994;56:299-306.
- (87) Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 1997;78:606-17.
- (88) Kehlet H. Acute Pain control and accelerated postoperative surgical recovery. *Surg Clin North Am* 1999;79:431-43.
- (89) Werner MV, Soholm L, Rotboll-Nielsen P, Kehlet H. Does an Acute Pain Service Improve Postoperative outcome? *Anesth Analg* 2002;95:1361-72.
- (90) Rawal N, Alwin R. Acute pain services in Europe: a 17-nacion survey of 105 hospitals. The EuropePain Acute Pain Working Party. *Eur J Anaesthesiol* 1998;15:354-63.
- (91) López F, Cánovas A, Bernal L, García J, Molina F, Díaz JF. Control activo del dolor postoperatorio. Mejora del alivio y la satisfacción del paciente. *Rev Calid Asist* 2001;16:613-78.
- (92) Bolivar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2005;52(3):131-40.
- (93) Salomon L, Tcherny-Lessenot S, Collin E, Couteaux A, Levy-Soussan M, Legeron MC, et al. Pain prevalence in a French teaching hospital. *J Pain Sympton Manage* 2002;24(6):586-92.
- (94) Warfield CA, Kahn CH. Acute Pain Management: Program in U.S. Hospitals and Experiences and Attitudes among U.S. Adults. *Anesthesiology* 1995;83(5):1090-4.
- (95) Acello B. Meeting JCAHO standars for pain control. *Nursing* 2000;30(3):52-4.
- (96) Vallano A, Aguilera C, Arnau JM, Baños JE, Laporte JR. Management of postoperative pain in abdominal surgery in Spain. A multicentre drug utilization study. *Br J Clin Pharmacol* 1999;47(6):667-73.
- (97) Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor* 2001;8:194-211.
- (98) Torres LM. Protocolos y dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor* 2002;9:139.
- (99) Benatar J, Tercero JQ, Cano A, Royuela A. Satisfacción del paciente con el cuidado anestésico monitorizado durante la facoemulsificación. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2007;54:480-3.
- (100) Fung D, Cohen M. What do outpatients value most in their anesthesia care? *Can J Anaesth* 2001;32:12-9.
- (101) Myles PS, Hunt JO, Nightingale CE, Fletcher H, Beh T, Tanil D, et al. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg* 1999;88:83-90.

- (102) Dexter F, Aker J, Wright W. Development of a Measure of Patient Satisfaction with Monitored Anesthesia Care: The Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale. *Anesthesiology* 1997;87:865-73.
- (103) Heidegger T, Husemann Y, Nuebling M, Morf D, Sieber T, Huth A, et al. Patient satisfaction with anesthesia care: development of a psychometric questionnaire and benchmarking among six hospitals in Switzerland and Austria. *Br J Anaesth* 2002;89:863-72.
- (104) Coulter A, Cleary PD. Patients experiences with hospital care in five countries. *Health Aff* 2001;20:244-52.
- (105) Schiff JH, Fornaschon AS, Frankenhauser S, Schiff M, Snyder-Ramos SA, Martin E, et al. The Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire development of a new refined psychometric questionnaire. *Anaesthesia* 2008;63:1096-104.
- (106) Capuzzo M, Landi F, Bassani A, Grassi L, Volta CA, Alvisi R. Emotional and interpersonal factors are most important for patient satisfaction with anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005;49:735-42.
- (107) Cabrero J, Richart M, Reig A. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enferm Clin* 1995;5(5):14-22.
- (108) Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988;27:637-44.
- (109) Rubin HR. Can patients evaluate the quality of hospital care? *Med Care Rev* 1991;47:267-326.
- (110) Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM. Patient satisfaction after anesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10811 patients. *Br J Anaesth* 2000;84(1): 6-10.
- (111) Herrera J, Wong J, Chung F. A systematic review of postoperative recovery outcomes measurements after ambulatory surgery. *Anest Analg* 2007; 105 (1): 63-9.
- (112) Le May S, Hardy JF, Taillefer MC, Dupuis G. Patient satisfaction with anesthesia services. *Can J Anesth.* 2001;48(2):153-61.
- (113) Bauer M, Bohrer H, Aichele G, Bach A, Martin E. Measuring patient satisfaction with anaesthesia: perioperative questionnaire versus standardized face-to-face interview. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2001;45(1):65-72.
- (114) Coyle TT, Hlefrick JF, González ML, Andresen RV, Perrott DH. Office-based ambulatory anesthesia: Factors that influence patient satisfaction or dissatisfaction with deep sedation/general anesthesia. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63:163-172.
- (115) Wu CL, Naqibuddin M, Fleisher LA. Measurement of patient satisfaction as an outcome of regional anesthesia and analgesia: a systematic review. *Reg Anesth Pain Med.* 2001;26(3):196-208.
- (116) Marco JC, Bondía A, Perena MJ, Martínez R, Guillén A, Mateo JM, et al. Estudio del malestar psicológico y del miedo preoperatorio en pacientes quirúrgicos. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 1999;46:191-6.
- (117) Marco JC, Bondía A, Perena MJ, Martínez R, Guillén A, Mateo JM, et al. Estudio del malestar psicológico y del miedo preoperatorio en pacientes quirúrgicos. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 1999;46:191-6.
- (118) Gerteis M. Coordinating care and integrating services, through the patients eyes: understanding and promoting patient-centered care. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
- (119) Chanthong P, Abrishami A, Wong J, Herrera F, Chung F. Systematic Review of Questionnaires Measuring Patient Satisfaction in Ambulatory Anesthesia. *Anesthesiology* 2009;110:1061-7.
- (120) Evans BJ, Kiellerup FD, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B. A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. *Br J Med Psychol* 1987;60:373-8.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL REGIONAL #39

Oxkutzcab, Yucatán

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE						EDAD	
TALLA		PESO					
Sexo		Estudios	Entorno	Convivencia	Situación laboral		
Hombre		Ninguno	Urbano	Familia	Desempleado		
Mujer		Primaria	Rural	Pareja	Empleado		
ASA		Secundaria		Solo	Jubilado		
		Bachiller		Otra	Ama de casa		
		Universitario		Cuidador Informal	Si	No	Estudiante
							Autónomo
							Cuenta Ajena
Cirugías previas	Si No	Número Intervenciones	0 1 2 3 4 5	Anestesia General	Si No	Experiencia Desagradable	Si No
				Complicacion	Si No	Experiencia Vicaria	Si No

TEST DE PFEIFFER

- ¿QUE DIA ES HOY: DIA, MES, AÑO?
- ¿Qué DIA DE LA SEMANA ES HOY?
- ¿Dónde ESTAMOS AHORA?
- ¿CUAL ES SU NUMERO DE TELEFONO?
- ¿Cuál ES SU DIRECCION?
- ¿Cuántos AÑOS TIENE?
- ¿Cuál ES SU FECHA DE NACIMIENTO?
- ¿Cómo SE LLAMA EL PRESIDENTE DE MEXICO?
- ¿Cuál FUE EL ANTERIOR PRESIDENTE DE MEXICO?
- ¿Cómo SE APELLIDA SU MADRE?

VAYA RESTANDO DE 3 EN 3 AL NUMERO 20 HASTA LLEGAR A 0

ESCALA DE AMSTERDAM Y APAIS

- TIPO de cirugía:
- Estoy inquieto con respecto a la anestesia
- Pienso continuamente en la anestesia
- Me gustaría recibir la información lo mas completamente posible con respecto a la anestesia
- Estoy inquieto con respecto a la cirugía
- Pienso continuamente en la cirugía
- Me gustaría recibir la información lo mas completamente posible con respecto a la cirugía

MENOR INTERMEDIA MAYOR

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

ANEXO 2

ANEXO 3

ANEXO 4

CUESTIONARIO STAI (A/E)

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale una puntuación del 0 al 3, que indique como se siente usted AHORA MISMO. No hay respuestas ni buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación actual

	COMO TE SIENTES AHORA	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1	ME SIENTO CALMADO	0	1	2	3
2	ME SIENTO SEGURO	0	1	2	3
3	ESTOY TENSO	0	1	2	3
4	ESTOY CONTRARIADO	0	1	2	3
5	ME SIENTO COMODO (ESTOY A GUSTO)	0	1	2	3
6	ME SIENTO ALTERADO	0	1	2	3
7	ESTOY PREOCUPADO AHORA POR POSIBLES DESGRACIAS FUTURAS	0	1	2	3
8	ME SIENTO DESCANSADO	0	1	2	3
9	ME SIENTO ANGUSTIADO	0	1	2	3
10	ME SIENTO SEGURO	0	1	2	3
11	TENGO CONFIANZA EN MI MISMO	0	1	2	3
12	ME SIENTO NERVIOSO	0	1	2	3
13	ESTOY INTRANQUILO	0	1	2	3
14	ME SIENTO MUY OPRIMIDO	0	1	2	3
15	ESTOY RELAJADO	0	1	2	3
16	ME SIENTO SATISFECHO	0	1	2	3
17	ESTOY PREOCUPADO	0	1	2	3
18	ME SIENTO ARTUDIDO Y MUY LABIL	0	1	2	3
19	ME SIENTO ALEGRE	0	1	2	3
20	EN ESTE MOMENTO ME SIENTO BIEN	0	1	2	3

	COMO TE SIENTES GENERALMENTE	CASI NUNCA	A VECES	MUY FRECUENTE	SIEMPRE
1	ME SIENTO BIEN	0	1	2	3
2	ME CANSO RAPIDAMENTE	0	1	2	3
3	SIENTO GANAS DE LLORAR	0	1	2	3
4	ME GUSTARIA SER TAN FELIZ COMO OTROS	0	1	2	3
5	PIERDO OPORTUNIDADES POR NO DECIRMEN PRONTO	0	1	2	3
6	ME SIENTO DESCANSADO	0	1	2	3
7	SOY UNA PERSONA TRANQUILA, SERENA Y CALMADA	0	1	2	3
8	VEO QUE LAS DIFICULTADES SE ME AMONTONAN Y NO PUEDO CON ELLAS	0	1	2	3
9	ME PREOCUPO DEMASIADO POR COSAS SIN IMPORTANCIA	0	1	2	3
10	SOY FELIZ	0	1	2	3
11	SUELO TOMAR LAS COSAS DEMASIDO SERIAMENTE	0	1	2	3
12	ME FALTA CONFIANZA EN MI MISMO	0	1	2	3
13	ME SIENTO SEGURO	0	1	2	3
14	NO SUELO AFRONTAR LAS CRISIS O DIFICULTADES	0	1	2	3
15	ME SIENTO TRISTE	0	1	2	3
16	ESTOY SATISFECHO	0	1	2	3
17	PENSAMIENTOS SIN IMPORTANCIA VIENEN A MI CABEZA Y ME MOLESTAN	0	1	2	3
18	ME AFECTAN TANTO LOS DESENGAÑOS QUE NO PUEDO OLVIDARLO	0	1	2	3
19	SOY UNA PERSONA ESTABLE	0	1	2	3
20	CUANDO PIENSO SOBRE ASUNTOS Y PREOCUPACIONES ACTUALES ME PONGO TENSO Y AGITADO	0	1	2	3

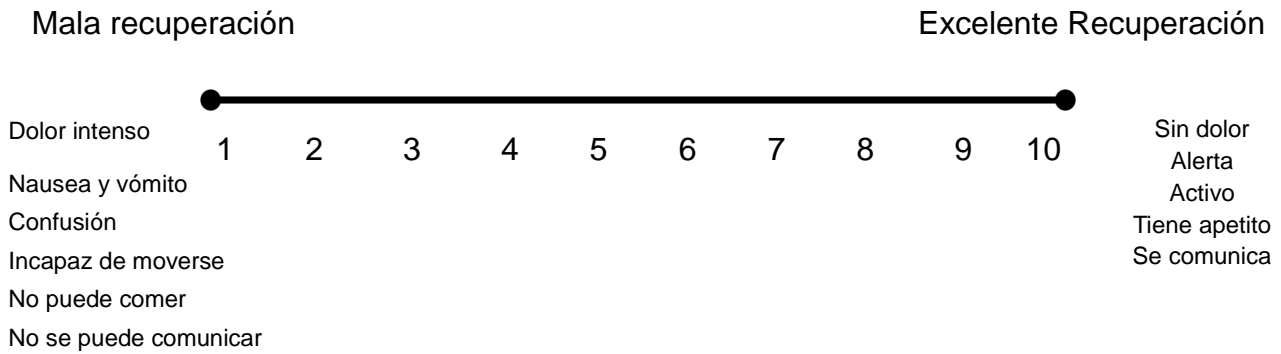
Cuestionario Perianestésico de Heidelberg

	SI	NO
1. ¿El Tiempo de espera para la consulta fue prolongado?		
2. ¿ Se otorgo la información en un ambiente amigable? (cuarto o sala de espera)		
3. ¿Se informó su situación de forma amigable?		
4. Le pareció que el médico anestesiólogo se encontraba sobre presión contra el tiempo		
5. El anestesiólogo no le proporciono la información completa		
6. ¿La información otorgada no fue comprensible?		
7. ¿El miedo a la anestesia juega un rol importante?		
8. ¿El miedo a la cirugía juega un rol importante?		
9. ¿La noche previa a la cirugía se sintió relajado?		
10. ¿Su cirugía fue diferida para otro día?		
11. ¿Previo a su procedimiento sintió miedo a perder el control?		
12. ¿El tiempo de espera por la mañana de la cirugía le pareció largo?		
13. La sensación de sentirse solo le ocasiono estrés?		
14. En general el miedo o la agitación jugó un papel importante previo a su procedimiento anestésico?		
15. ¿La sed previa a su anestesia fue un problema?		
16. Experimento temblor o frío en la sala de quirófano?		
17. ¿El miedo al dolor previo a su anestesia le causó miedo?		
18. ¿El procedimiento de anestesia ocurrió en el instante que se le avisó?		
19. ¿El ambiente en quirófano le pareció agradable? (luz, ruido, color?)		
20. ¿El anestesiólogo lo trato bien y lo tomo consideración previa a su anestesia?		
21. ¿El despertar de su anestesia fue agradable?		
22. ¿Después de su cirugía tuvo dolor en el área de quirófano?		
23. ¿Presentó dolor en alguna otra parte del cuerpo después de su cirugía (por ejemplo dolor de cabeza?		
24. ¿El personal mostró interés en cuanto a su dolor?		
25. ¿El personal administró de manera oportuna medicamentos para tratar el dolor?		
26. ¿Presentó nausea o vómito después de su anestesia?		
28. ¿Presentó debilidad muscular después de su anestesia?		
29. ¿Presentó sed después de su anestesia?		
30. ¿Presentó molestias para orinar después de su anestesia?		
31. ¿Presentó frío o escalofrío después de su anestesia?		
32. ¿Presentó dificultad para respirar después de su anestesia?		
33. ¿Presentó cansancio o dificultad para concentrarse después de su anestesia?		
34. ¿En el área de cuidados postanestésicos el equipo se hizo de forma adecuada responsable de mi?		
35. ¿En el área de cuidados postanestésicos el equipo fue amigable?		
36. La recuperación después de la anestesia se sintió bien		
37. ¿Usted confía en el equipo de anestesiología?		
38. ¿El anestesiólogo tomo desiciones con el mejor interés?		

ESCALA VISUAL ANALOGA DE RECUPERACIÓN

¿En general como considera su recuperación?

Encierre en un círculo según corresponda



Adaptado de Myles PS, Hunt JO, Nightingale CE. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg* 1999;88:83-90

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Oxkutzcab, Yucatán, México, a :

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

“Evaluación de la miedo y ansiedad preoperatorios y grado de satisfacción con diferentes técnicas anestésicas

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: R-2013-3601-138

El objetivo del estudio es: *Evaluar el miedo y ansiedad preoperatorios y grado de satisfacción con diferentes técnicas anestésicas*

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar encuesta

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

Ninguno

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

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

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Dra. Marcela Guadalupe González Salazar
Mat. 99234344

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Testigo

Testigo

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: Comisión de Ética de investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, 4to piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos. Col. Doctores. México, D.F., CO 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00

[Dra. Marcela Guadalupe González Salazar, Residente de tercer año de anestesiología, UMAE Hospital de Especialidades, Matrícula 99234344, Cel. 5535613597. E-mail: marce1386@hotmail.com.](#)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA

Lugar y fecha: Hospital Rural Oportunidades #39, Oxkutzcab, Yucatán, a 01 de marzo del 2013

Por medio de la presente solicito acceso a la información de los expedientes clínicos para el trabajo de investigación que lleva por nombre:

Evaluación del miedo y ansiedad preoperatorios y grado de satisfacción con diferentes técnicas anestésicas en el Hospital de Especialidades del Hospital Rural #39 Oxkutzcab Yucatán

Registrado ante el Comité Local de investigación en Salud o la Comisión Nacional de investigación científica con el número: R-2013-3601-138

El objetivo de este proyecto será: Reconocer el miedo y ansiedad preoperatorios en pacientes sometidos a anestesia, así como nivel de satisfacción de los cuidados anestésicos.

Determinar la satisfacción de los cuidados anestésicos en una visita pre y post anestésica en los pacientes sometidos a anestesia de cualquier tipo.

El investigador responsable se ha comprometido a utilizar la información exclusivamente para uso de investigación del mismo, con respeto a la privacidad y anonimato de la misma

Nombre y firma del sujeto Responsable

Dra. Marcela Guadalupe González Salazar



Mat 99234344

Nombre, firma y matrícula del investigador