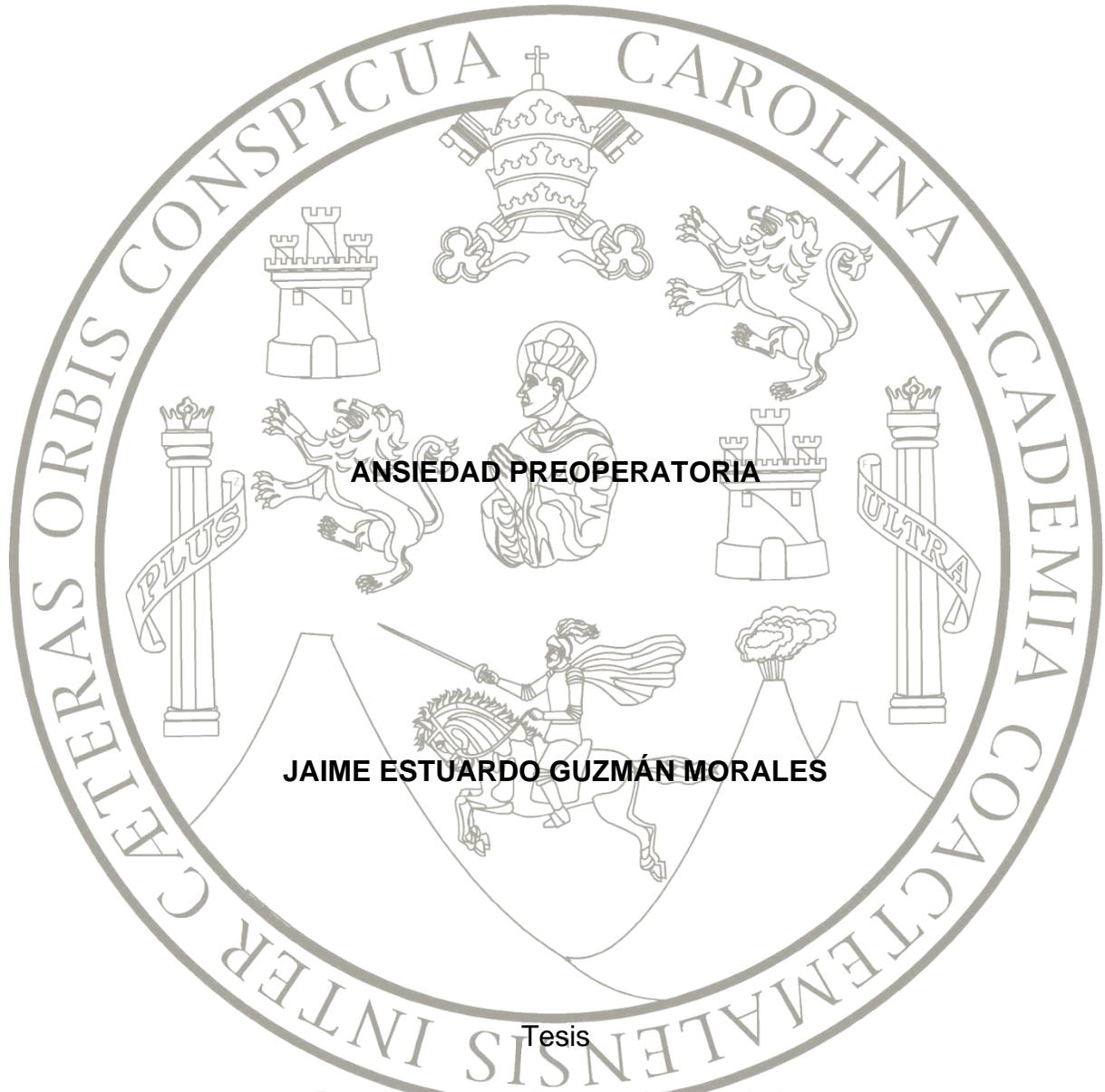


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas Especialidad en Anestesiología
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología

Enero 2020



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.211.2019

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Jaime Estuardo Guzmán Morales

Registro Académico No.: 200710169

No. de CUI: 1581158050101

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Anestesiología**, el trabajo de TESIS **ANSIEDAD PREOPERATORIA**

Que fue asesorado por: Dr. Samuel Giovanni Noriega Gil, MSc.

Y revisado por: Dr. Allan Jacobo Ruano Fernández, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2020**

Guatemala, 15 de noviembre de 2019


Dr. Alvaro Giovany Franco Santisteban, MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. José Arnoldo Sáenz Morales, MA.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/ce

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala 7 de junio 2019

Doctora
Lilian Maritza Arriola González
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Presente

Respetable Dra. Arriola:

Por este medio informo que he asesorado fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **Jaime Estuardo Guzmán Morales, carné 200710169**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología, el cual se titula:

"ANSIEDAD PREOPERATORIA"

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. **Jaime Estuardo Guzmán Morales** ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Post-grado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dr. Samuel G. Noriega Gil
M.Sc. Anestesiología
Colegiado 15,037

Dr. Samuel Giovanni Noriega Gil
Maestría en Anestesiología
IGSS-USAC
Asesor

Guatemala 7 de junio 2019

Doctora
Lilian Maritza Arriola González
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Presente

Respetable Dra. Arriola:

Por este medio informo que he revisado fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **Jaime Estuardo Guzmán Morales**, carné **200710169**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología, el cual se titula:

"ANSIEDAD PREOPERATORIA"

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. **Jaime Estuardo Guzmán Morales** ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Post-grado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dr. Allan Jacobo Ruano Fernández MSc
Revisor de Tesis





ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

A: **Dra. Lilian Marliza Arriola González, MSc.**
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Fecha Recepción: 19 de junio 2019

Fecha de dictamen: 09 de septiembre 2019

Asunto: Revisión de Informe Examen Privado

Jaime Estuardo Guzmán Morales

“Ansiedad Preoperatoria.”

Sugerencias de la Revisión: **Autorizar examen privado.**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”




Dr. Mynor Iván Gudiel Morales, MSc.
Unidad de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado

Cc. Archivo

MIGM/karin

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, por iluminar mi vida y darme la bendición de culminar esta etapa de mi vida.

A MIS PADRES, Jaime Guzmán y Silvia Morales, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado. Gracias por su amor, esfuerzo, apoyo incondicional y comprensión, por ser los guías en mi camino, los amo.

A MIS HERMANOS, Cristian, Vane y Tati por toda su apoyo, cariño incondicional y los incontables momentos de felicidad; los quiero mucho.

A MI ESPOSA, Mariam Melgar, por ser la persona que me ha acompañado durante todo este camino, en las buenas y las malas, sobre todo por tu paciencia y amor incondicional.

A MI HIJO, Julito Guzmán, por ser mi motor, mi inspiración, mi impulso para seguir cosechando éxitos, Mi niño, gracias por llenar mi vida de alegría y amor.

A MI FAMILIA, por haberme apoyado en todo momento y ser mi inspiración para ser mejor cada día.

A MIS AMIGOS, por brindarme su amistad, su confianza y hacerme saber que siempre cuento con ustedes.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. En donde inicio un largo camino y gracias a todos mis catedráticos y sus enseñanzas sin las cuales esto no sería realidad. Gracias por hacer posible este sueño.

AL IGSS, por ser mi segundo hogar y haberme permitido vivir tantos buenos y difíciles momentos, por todo el conocimiento adquirido y formar mi carrera como profesional.

A todas las personas que contribuyeron en mi formación profesional, y de alguna u otra manera han estado involucradas en este gran logro. Muchas Gracias

“Para las cosas grandes y arduas se necesitan combinación sosegada, voluntad decidida, acción vigorosa, cabeza de hielo, corazón de fuego y mano de hierro”

Jaime Balmes

ÍNDICE GENERAL

I. INTRODUCCION	1-4
II. ANTECEDENTES	5-15
III. OBJETIVOS	16
IV. POBLACIÓN Y MÉTODOS	17-22
4.1. Tipo y diseño de investigación	17
4.2. Unidad de análisis	17
4.2.1. Unidad primaria de muestreo	17
4.2.2. Unidad de análisis	17
4.2.3. Unidad de información	17
4.3. Población y muestra	17
4.3.1. Población o universo	17-18
4.3.2. Muestra	18
4.4. Selección de sujetos de estudio	18
4.4.1. Criterio de inclusión	18
4.4.2. Criterios de exclusión	18
4.5. Enfoque y diseño de la investigación	19
4.6. Medición de variables	20
4.7. Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos	20
4.7.1. Técnica de recolección de datos	20
4.7.2. Procesos	20
4.7.3. Instrumentos de medición	20
4.8. Procesamiento de datos	21
4.8.1. Procesamiento	21
4.9. Aspectos éticos de la investigación	21
4.9.1. Principios éticos generales	21
4.9.1.1. Respeto por las personas	21
4.9.1.2. Beneficencia	22
4.9.1.3. Justicia	22
4.9.2. Categorías de riesgo	22

4.9.2.1. Estudios categoría uno	22
4.9.3. Consentimiento informado	22
V. RESULTADOS	23-26
VI. DISCUSION Y ANALISIS	27-29
6.1 Conclusiones	28-29
6.2 Recomendaciones	29
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30-32
VIII. ANEXOS	33-37

INDICE DE TABLAS

	Página
TABLA 1	23
TABLA 2	24
TABLA 3	24
TABLA 4	25
TABLA 5	25
TABLA 6	26
TABLA 7	36
TABLA 8	36
TABLA 9	37
TABLA 10	37

RESUMEN

La ansiedad es una condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación, anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento desagradable; se puede presentar en cualquier persona de forma transitoria o crónica. Lo que genera en el paciente por el acto anestésico- quirúrgico es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso que puede ir de la inquietud al pánico. El acto anestésico-quirúrgico es un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido. Por lo que la atención debe enfocarse a disminuirla, con una adecuada atención hospitalaria y una visita preanestésica eficiente.

Se valoró como objetivo primario determinar la incidencia de pacientes con sospecha de ansiedad preoperatoria en relación al acto anestésico-quirúrgico. Se incluyeron 181 pacientes, a quienes se les realizó un cuestionario de 6 preguntas (test de ansiedad de Amsterdam). Encontrando que un 98% de pacientes presentan con algún grado de ansiedad. De estos el 99% de la muestra presentaba algún nivel de escolaridad, un 35% escolaridad a nivel superior, 24% nivel diversificado, 24% secundaria y documentándose únicamente 2 paciente sin ningún nivel de escolaridad. Se logró establecer que de acuerdo a las características bio-sociales, se evidencia mayor ansiedad son los adultos jóvenes que se encuentran casados y quienes cuentan con un mayor grado de escolaridad.

Palabras claves: ansiedad, preanestésica, test de Ansiedad de Amsterdam.

ABSTRACT

Anxiety is a condition of a person who experiences a shock, restlessness, nervousness or worry, anticipation of future harm or misfortune, accompanied by an unpleasant feeling; It can occur in any person temporarily or chronically. What generates in the patient by the anesthetic-surgical act is a psychic and physical discomfort that arises from the sensation of immediate danger and is characterized by diffuse fear that can go from restlessness to panic. The anesthetic-surgical act is a factor that generates anxiety in the patient who will be intervened. So care should focus on reducing it, with adequate hospital care and an efficient pre-anesthetic visit.

The primary objective was to determine the incidence of patients with suspected preoperative anxiety in relation to the anesthetic-surgical act. 181 patients were included, who had a 6-question questionnaire (Amsterdam anxiety test). Finding that 98% of patients present with some degree of anxiety. Of these, 99% of the sample presented some level of schooling, 35% schooling at a higher level, 24% diversified level, 24% secondary and only 2 patients were documented without any level of anxiety. It was established that according to the bio-social characteristics, there is evidence of greater anxiety are young adults who are married and who have a higher degree of schooling.

Keywords: anxiety, pre-anesthetic, Amsterdam Anxiety test.

I. INTRODUCCIÓN

El anestesiólogo a diferencia del médico general, del clínico o del cirujano, tiene limitado tiempo para estudiar a cada uno de los pacientes antes de la intervención quirúrgica. En este lapso se debe decidir si el paciente está en condiciones adecuadas para ser sometido a un procedimiento anestésico-quirúrgico. (1)

El éxito en la visita preoperatoria depende, en gran parte, de la coordinación entre el anestesiólogo, el cirujano y el equipo quirúrgico quienes, al conocer el plan terapéutico basado en la historia clínica del paciente, deben ofrecer al mismo información y orientación; una adecuada relación médico-paciente y trato humano para brindarle un manejo preoperatorio de calidad, orientado a dar mayor seguridad al paciente. A pesar de ello, en la mayoría de los casos, el enfermo es valorado por el anestesiólogo 24 horas antes del procedimiento quirúrgico o en algunos casos minutos antes. No debería administrarse jamás una anestesia sin conocer al paciente y haberlo evaluado previamente. (2)

Los objetivos de la valoración pre anestésica son:

- Establecer una buena relación médico-paciente.
- Realizar una evaluación clínica del enfermo.
- Valoración de los factores predictivos de riesgo anestésico-quirúrgico; prescribir una medicación, si se encuentra indicada para cada caso en particular, con el objetivo de mitigar el estado de ansiedad del paciente previo a la cirugía.
- Seleccionar la técnica anestésica y fármacos a emplear.

La ansiedad, conocida en sus inicios como neurosis, es introducida a la práctica clínica por el psiquiatra escocés William Cullen en 1769 en su *Synopsis nosologiae methodicae*, donde se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano y que comprometía los sentimientos y el movimiento. (1,2)

La presencia de ansiedad en el periodo preoperatorio es variable en cada paciente y depende de varios factores:

- Edad
- Sexo
- Estado socioeconómico
- Nivel de escolaridad
- Estado físico
- Tipo de cirugía
- Procedimientos quirúrgicos previos
- Temor al ambiente hospitalaria

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo excesivo y evitar en respuesta a objetos o situaciones específicas. La ansiedad se presenta en cualquier persona de forma transitoria o crónica. (1, 2,3)

La admisión de un paciente a un hospital genera ansiedad. En estudios previos se ha demostrado que, en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos una semana antes de su admisión. El simple hecho de estar involucrado en un medio desconocido como lo es el hospitalario, la deficiente comunicación por parte del personal intrahospitalario, la desinformación obtenida por terceras personas y, sobre todo, el impacto en la esfera familiar, afectiva, social, laboral y económica, pueden ser detonantes de ansiedad y, por lo tanto, presentarse antes de su ingreso al hospital. (4)

El nivel de ansiedad es un elemento importante que puede influir en muchos factores tanto en el paciente como en el acto anestésico, desde los pasos básicos como la dificultad para canalizar una vía por vasoconstricción, hasta el mayor consumo de anestésicos.

El acto anestésico-quirúrgico es un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido. Por lo que la atención debe enfocarse a disminuirla, con una adecuada atención hospitalaria y una visita pre anestésica eficiente, que a la vez implique la preparación psicológica y/o farmacológica del enfermo, con el fin de disminuir la morbilidad, disminuir costos con estancias cortas y proporcionar calidad total en la atención de los pacientes. (5,6)

Un estudio en Ecuador evidencia una prevalencia de ansiedad preoperatoria de un 71.4 %, siendo en su mayoría del sexo femenino, pacientes menores de 50 años y quienes no tenían experiencia anestésica previa. Diferentes estudios realizados en España, México e Inglaterra evidencian una incidencia de ansiedad preoperatoria, en un 87.2%, 47% y 88% respectivamente. (7)

En Colombia los estudios han mostrado un mayor porcentaje de complicaciones en pacientes que presentan ansiedad preoperatoria (30%), de los cuales al 100% de estos casos se atribuyen a los eventos cardiovasculares 29.8%, eventos respiratorios en 26.4%, sistema nervioso periférico 4.5%, otros sistemas 5.7%. (8)

En un estudio realizado en Perú en el 2005 se observó que las mujeres presentaban mayor ansiedad preoperatoria que los hombres, los pacientes con un alto requisito de información en la visita pre anestésica también tenían un alto nivel de la ansiedad y que los pacientes que nunca habían sido operados presentaban una mayor búsqueda de información. (7)

En una tesis realizada en Guatemala 2015, sobre “Características psicobiosociales que influyen en la percepción y expectativas de los pacientes hacia la anestesia y el anestesiólogo” se evidencia que los pacientes presentan menor ansiedad en cuanto más información sobre el procedimiento tienen acceso. Cabe destacar que el fin de esta tesis no es la ansiedad que produce el procedimiento anestésico si no la percepción y expectativa hacia la anestesia y el anestesiólogo. (9)

En cirugía, la magnitud de la ansiedad que experimenta el paciente y su capacidad para tolerarla y dominarla, dependen de la interacción de varios factores:

- I. La magnitud del factor traumático externo, es decir, la gravedad de la enfermedad orgánica.
- II. La duración del período preoperatorio: cuanto más urgente sea la necesidad de operar, menos tiempo tiene el paciente para reconocer y controlar sus temores. Ello condiciona un elevado nivel de ansiedad, que con frecuencia adopta la forma de un estado de angustia con crisis emocionales y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas.

- III. Los antecedentes personales y familiares en cuanto a cirugías: historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme que se repitan, lo que puede transformarse en la principal fuente de ansiedad.
- IV. La capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad, es decir su natural tolerancia y capacidad para defenderse y controlar psicológicamente las situaciones estresantes. (7,8,10)

Es por eso por lo que, en ocasiones, una intervención menor, que el cirujano no vacila en considerar "sin importancia", puede ser muy traumática para un paciente con una personalidad débilmente estructurada o que se encuentra en una situación emocional que lo torna más vulnerable. De la interacción de todos estos factores resulta un determinado grado de ansiedad, que varía en un amplio espectro desde aquellos pacientes absolutamente tranquilos, hasta los pacientes con una notable angustia e inquietud motora, e incluso crisis de excitación psicomotriz con agresividad. (7,8,11)

II. ANTECEDENTES

2.1 Definición de ansiedad

El miedo y la ansiedad son sensaciones inherentes al ser humano, las que se expresan en general cuando el paciente será sometido a una cirugía. El nivel de ansiedad es un elemento importante que puede influir en muchos factores tanto en el paciente como en el acto anestésico. (10)

El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino anxietas. Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión. (11)

La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo, es una señal de alerta que advierte sobre un peligro y nos permite a la persona adoptar medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. (12,13)

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. (1,14)

El anestesiólogo trabaja con personas cuyas emociones facilitan u obstaculizan la eficacia de su práctica. El temor o la angustia son sin duda, aun cuando no se pueden explicar, un inconveniente para el médico y el paciente. La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en el período preoperatorio y, en cierta medida, se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor

la intervención. La anestesia general suprime el control del Yo, sus funciones quedarán abolidas, es ahí donde irrumpe el miedo y la ansiedad con anticipación, y a la vez como un efecto de su propia ineficacia de defensa.

(4,15)

2.2 Diagnóstico de ansiedad

Actualmente, los criterios diagnósticos más utilizados para la clasificación de los trastornos de ansiedad son: el CIE-10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-IV; Asociación Americana de Psiquiatría)).

Criterios para el diagnostico

- Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan durante más de 6 meses.
- Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se quiere uno de estos síntomas: 1. Inquietud o impaciencia. 2. Fatigabilidad fácil. 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador).
- El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo

compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.(17,18,19)

Todos los signos y síntomas son obtenidos en la entrevista con el paciente:

- Informe verbal: el paciente refiere sentirse nervioso, agitado, irritable, asustadizo, repentinamente molesto sin motivo, temeroso, aprensivo, tenso o con los nervios de punta, evita determinadas cosas, lugares o actividades por miedo, tiene problemas para concentrarse en las tareas
- Conducta: parece atemorizado, agitado, inquieto, aprensivo, irritable, asustadizo.

- Síntomas somáticos de la ansiedad: el paciente refiere sudoración injustificada, temblor, palpitaciones, dificultades para respirar, crisis de calor o frío, sueño agitado, salto epigástrico, nudo en la garganta, va cada vez más al baño. (13,16,17)

2.2 Ansiedad y genero

Las mujeres son fundamentales en todas las esferas de la sociedad, sin embargo, debido a la gran cantidad de funciones que han de desempeñar en la misma, corren un mayor riesgo de padecer problemas mentales que el resto de los miembros de su comunidad.

Estudios sobre los problemas mentales, de comportamiento y sociales han revelado que las mujeres son más propensas que los hombres a padecer trastornos mentales específicos. Los más comunes son la ansiedad, la depresión, las secuelas de la violencia doméstica y sexual, y el consumo de sustancias, que está aumentando vertiginosamente. Las tasas de prevalencia de la depresión y de los trastornos de ansiedad, así como del agotamiento psicológico, son más elevadas en el caso de las mujeres que en el de los hombres. (2,10,19)

2.3 Ansiedad y Edad

Los trastornos de ansiedad pueden aparecer en cualquier momento de la vida. Sin embargo, algunos trastornos de ansiedad suelen aparecer de forma más frecuente en determinadas etapas o períodos.

Según algunos estudios se revela que la ansiedad es un padecimiento registrado con mayor frecuencia entre personas de 20 a 30 años. Se considera que, en ese periodo, toda persona se encuentra en una interfaz entre el organismo y sus transacciones con el medio. Se espera que muchas metas, planes y logros se empiecen a concretar, si alguien no ha sido capaz de "triunfar" a esa edad se siente fracasado; la falta de desarrollo social al no conseguir un buen empleo, no

consolidar una familia, entre otros factores. (2, 10,19)

2.4 Ansiedad y familia

Es sabido que el nivel de ansiedad es mayor en cualquier situación en la que se ve amenazada la integridad de la persona que tiene cargas familiares a su cargo, pero esta disminuye cuando tanto el hombre como la mujer que conforman el hogar trabajan, existiendo un doble ingreso, responsabilidades y obligaciones compartidas.(2, 10,19)

2.5 Ansiedad y acto anestésico-quirúrgico

El acto anestésico-quirúrgico es considerado como un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido. La atención debe enfocarse a disminuirla, con una adecuada atención hospitalaria y una evaluación pre anestésica eficiente, que a la vez incluya la preparación psicológica y/o farmacológica del paciente, con el fin de disminuir la morbilidad, reducir costes con estancias cortas y proporcionar calidad total en la atención de los pacientes. (11,20)

2.6 Efectos de la cirugía en el paciente

La cirugía es una rama de la medicina, que se ocupa de las técnicas quirúrgicas, por medios manuales e instrumentales y comprende el tratamiento integral de los enfermos. Puede ser clasificada como mayor o menor, de acuerdo con la gravedad de la enfermedad, las partes del cuerpo afectadas, la complejidad de la operación y el tiempo de recuperación esperado.

- Cirugía mayor: Son las cirugías de cabeza, cuello, tórax y abdomen. El tiempo de recuperación puede ser largo y exigir la permanencia en terapia intensiva o varios días de hospitalización.
- Cirugía menor: El tiempo de recuperación es corto, se retorna rápidamente a las actividades normales. Generalmente, estas cirugías no requieren hospitalización o es de 24 a 48 horas, en este grupo de

procedimientos se encuentran las: reparación de hernias, reparación de fracturas de los huesos, extirpación de lesiones en la piel, biopsia de tumores. (3,15)

2.7 Ansiedad Preoperatoria

El conocimiento del nivel de ansiedad del paciente en el periodo preoperatorio es importante y debe ser considerada en evaluación pre anestésico rutinario.

La difusión de información en los medios de comunicación al público en general ha contribuido a relacionar a la anestesia con complicaciones e incluso muerte.

Los pacientes suelen expresar temores y angustia con respecto al acto anestésico- quirúrgico, por lo tanto, la ansiedad es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato. La ansiedad puede ser una característica propia de la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) o bien ser causada por el acto quirúrgico (ansiedad-estado).

La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en el período preoperatorio y, en cierta medida, se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor la intervención. (2,7,21)

Los estudios clínicos han puesto en evidencia la dificultad para apreciar, durante la consulta pre anestésico, el grado de ansiedad del paciente, dado que, aunque los pacientes pueden manifestar ansiedad durante la anamnesis, los pacientes introvertidos suelen reprimirla.

Por otra parte, el personal de los Centros Hospitalarios evalúa de una manera imperfecta la ansiedad del paciente y es frecuente que exista discordancia entre la valoración de la ansiedad por parte del médico y el grado de ansiedad expresado. Además, en el paciente suelen confundir los temores causados por la cirugía y los relacionados con la anestesia, esto incrementado por la falta de conocimiento e información del acto

anestésico- quirúrgico. (14,16)

En general, la ansiedad que se expresa en la consulta es mayor en las mujeres, pero esto no se observa de manera sistemática en todos los estudios. No existe relación directa entre la gravedad de la afección, la importancia de la intervención y el grado de ansiedad. El impacto de la enfermedad sobre la vida familiar y social del paciente influye en la ansiedad preoperatoria. Los pacientes con antecedentes de anestesia previas sin complicaciones disminuyen ligeramente la ansiedad. (14)

2.8 Pruebas para medir la ansiedad preoperatoria

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo. Además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la evaluación preanestésica.

La escala de Spielberger state – trait anxiety inventory (STAI). Evalúa la ansiedad vinculada a la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) y la ansiedad relacionada con el contexto quirúrgico (ansiedad- estado).

Se han establecido otras pruebas específicamente para anestesia, las más utilizadas son:

- Hospital anxiety and depression scale (HAD).
- APAIS (escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam)

La escala APAIS se basa en un cuestionario simplificado que comprende seis preguntas, cuatro evalúan la ansiedad y dos el deseo de información, con un valor de 1 a 5 puntos. 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). Obteniendo un puntaje desde 6 puntos lo mínimo que corresponden a pacientes sin ansiedad, y mayor a 6 puntos representa algún grado de ansiedad.

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

El tipo de ansiedad se determina mediante pruebas específicas. La prueba de referencia se basa en la escala de Spielberger (Spielberger state-trait anxiety inventory o STAI), pero es demasiado compleja para utilizarla rutinariamente y se reserva para la investigación de casos previamente identificados. (5,7,9,21)

2.9 Intervención preoperatoria

Las etapas previas al acto anestésico-quirúrgico es el momento el que se valora e informa al paciente para que se cumpla con ciertos requisitos y respetar las indicaciones del médico para que la operación tenga mayor probabilidad de éxito, La intervención preoperatoria suele comenzar con:

- **Conocimiento del paciente:** Es necesario evaluar el grado de ansiedad que siente el paciente. Es posible que los pacientes no puedan identificar las preocupaciones específicas, y en consecuencia es necesario hacer una exploración más profunda. Si durante la evaluación pre anestésica la información obtenida revela que el paciente se encuentra con un alto grado de ansiedad o si el paciente describe el temor de morir mientras se encuentra en cirugía, es

necesario informar o tomar en cuenta la posibilidad de posponer la cirugía. (21,22)

- Estado fisiológico: Es de vital importancia la valoración de otras patologías que sufre el paciente debido a que estas predisponen el estado de ánimo del mismo. Se debe reunir información durante el periodo preoperatorio acerca del estado fisiológico y obtener datos para definir el plan anestésico a seguir y optimizar medidas previas al acto anestésico-quirúrgico. A menudo, los pacientes necesitan que se les explique la razón por la que se realizan tantas pruebas y la razón del procedimiento y el tipo de anestesia a utilizar.
- Preparación psicológica del paciente para la cirugía: Si la persona sabe que la ansiedad es una reacción normal ante la amenaza de la cirugía, eso puede ser útil para eliminar o auto limitarla. (3,21,22)

2.10 Evaluación preanestésica

El antecedente de un acto anestésico-quirúrgico puede jugar un papel a favor o en contra. Dado que las experiencias negativas en el pasado con respecto a las cirugías, específicamente con la anestesia, ha influenciado mucho en el pensamiento de las personas que están próximas a ser intervenidas, es común observar cierto grado de resistencia a revivirla pese a que en la actualidad los fármacos anestésicos son altamente seguros, con lo cual han ido disminuyendo la morbimortalidad, la tasa de mortalidad actualmente se calcula en 0.9/10.000 anestесias, con una incidencia de paro cardiaco de 1.7/10.000.

En Colombia los estudios han mostrado un mayor porcentaje de complicaciones (30%) del 100% de estos casos a los eventos cardiovasculares 29.8%, eventos respiratorios en 26.4%, sistema nervioso periférico 4.5%, otros sistemas 5.7%, y eventos no relacionados con la anestesia un 18%. (14,15,16,23)

Una vez indicado las implicaciones que conlleva la ansiedad en el preoperatorio, debemos tomar muy en cuenta la visita pre anestésica, dándole la importancia dentro del acto quirúrgico.

La consulta puede tener un efecto tranquilizador, sobre todo si es la primera cirugía del paciente, si la personalidad y el nivel sociocultural del mismo lo permiten, el médico debe establecer una relación de confianza, cederle un papel activo y hacerle partícipe de las decisiones terapéuticas.

La evaluación preoperatoria requiere la consecución de información de múltiples fuentes, desde la entrevista con el paciente, la revisión de su historia clínica y registros previos, examen físico y evaluación de pruebas paraclínicas, todo lo anterior permite identificar la condición física, psicológica, patologías asociadas y factores que pueden incrementar la posibilidad de eventos adversos peroperatorias. (4, 5, 24, 25)

Para el anestesiólogo, la práctica segura debe ser siempre la preocupación principal, por ello debe realizar una evaluación preoperatoria completa, bien documentada, orientada a disminuir riesgos y morbilidad del acto quirúrgico, teniendo como objetivos:

- Evaluar el estado de salud y preparar al paciente para la anestesia.
- Evaluar vía aérea.
- Tranquilizar y disminuir la ansiedad del paciente.
- Crear plan anestésico orientado a minimizar los riesgos.
- Programar el cuidado post anestésico y manejo del dolor.
- Brindar información pertinente respecto al procedimiento anestésico al paciente y a los familiares.
- Obtener el consentimiento informado.

El paciente antes de la cirugía tiene muchas expectativas que para él son dependientes del nivel cultural, edad, sexo, razones para realizarse el procedimiento, experiencias anestésicas previas y rasgos personales de ansiedad. (25,26,27)

III. OBJETIVOS

3.1 General

3.1.1 Determinar la incidencia de pacientes con ansiedad preoperatoria en relación al acto anestésico-quirúrgico mediante el Test de Amsterdam.

3.2 Específicos

3.2.1 Establever el perfil demográfico de los pacientes con ansiedad preoperatoria

3.2.2 Evaluar el nivel de ansiedad en los pacientes programados para cirugía mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam.

IV. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación:

Estudio descriptivo de corte transversal.

4.2 Unidad de análisis:

4.2.1 Unidad primaria de muestreo:

Pacientes que fueron programados para cirugía por la especialidad de cirugía urológica en el Hospital General de Enfermedades IGSS.

4.2.2 Unidad de análisis:

Respuestas obtenidas con la boleta de recolección de datos.

4.2.3 Unidad de información:

Pacientes que fueron programados para cirugía por la especialidad de cirugía urología en el Hospital General de Enfermedades IGSS.

4.3 Población y muestra:

4.3.1 Población o universo:

Pacientes de ambos géneros, programados para cirugía de la especialidad de cirugía urología en el Hospital General de Enfermedades IGSS de enero a agosto del 2017.

4.3.2 Muestra

Pacientes programados para cirugía de la especialidad de Urología, 85 pacientes hospitalizados y 96 pacientes ambulatorios.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula

$$n = \frac{N * k^2 * pq}{e^2 * (N - 1) + k^2 * pq}$$

Donde:
n: tamaño de la muestra
N: población
K: 1.96, Nivel de confianza del 95%.
p: 0.50, probabilidad a favor. q: 0.50, probabilidad en contra e: 0.1, error máximo admisible.

- Pacientes Hospitalizados

$$\frac{768 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.1^2 * (768 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 738 / 8.63 = 85$$

- Pacientes ambulatorios

$$\frac{1153 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.1^2 * (1153 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 1107 / 12.5 = 96$$

4.4 Selección de sujetos de estudio:

Se basó en los siguientes criterios:

I.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años y menores de 70 años
- Pacientes ASA I y II.
- Pacientes a ser intervenidos por Urología.
- Pacientes que acepten participar en el estudio

I.4.2 Criterios de exclusión :

- Pacientes con trastornos psiquiátricos
- Pacientes con premedicación ansiolítica previa a la entrevista

I.5 Enfoque y diseño de la investigación

El enfoque del estudio es cuantitativo.

4.6 Operalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN DE CONCEPTUALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Independiente	Cuantitativa discreta Razón	Edad den años
ASA	Clasificación del estado físico del paciente según la sociedad americana de Anestesiología	Independiente	Cualitativa Ordina	<ul style="list-style-type: none"> ● ASA I ● ASA II
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela.	Independiente	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ● Ninguna ● Primaria ● Secundaria ● Diversificado ● Superior
ESTADO CIVIL	Condición personal o de pareja respecto a los derecho y obligaciones	Independiente	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Soltero ● Casado
ANSIEDAD	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.	Dependiente	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ● Nada ● Algo ● Bastante ● Mucho ● Demasiado
TIPO DE CIRUGIA	Manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico.	Dependiente	Cualitativa Ordina	<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor ● Menor
TIPO DE ANESTESIA	Acto médico controlado en el que se usan fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente, sea en todo o parte del cuerpo y sea con o sin compromiso de la conciencia	independiente	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● General ● Regional ● Sedación
PACIENTE AMBULATORIO	Persona sometida a un procedimiento clínico que no requiere ingreso al hospital	Independiente	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
PACIENTE HOSPITALIZADO	Personasometida a un procedimiento clínico que requiere ingreso al hospital	Independiente	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No

4.7 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos:

4.7.1 Técnicas de recolección de datos:

Se utilizó para la recolección de datos, una encuesta dirigida a los pacientes programados para cirugía, por la especialidad de cirugía de urología del Hospital General de Enfermedades IGSS, a quienes cumplían los criterios de inclusión y aceptaron el consentimiento informado, la cual consta de 2 secciones:

Se utilizarán 2 grupos de pacientes para el estudio.

- a) Pacientes Ambulatorios
- b) Pacientes Hospitalizados

4.7.2. Procesos:

Se realizó de la siguiente manera:

1. De acuerdo al tamaño de la muestra y según los 2 grupos definidos, se definieron los días necesarios para la realización del número total de encuestas.
2. Se seleccionaron a los participantes según los criterios de inclusión y exclusión.
3. Se informó a los pacientes sobre los objetivos y la contribución de su participación.
4. Se solicitó la aceptación y firma del consentimiento informado de cada paciente.
5. Se realizó la encuesta dirigida proporcionada por el investigador.

4.7.3 Instrumento de medición:

Se realizó una encuesta, la cual contiene los datos necesarios para determinar la presencia de ansiedad preoperatoria. (Anexo 8.1)

4.8 Procesamiento de datos:

4.8.1 Procesamiento

- Se tabularon los datos en una base de datos realizada en Microsoft Excel.
- Se realizó estadística descriptiva de cada variable con porcentajes y con el análisis respectivo de cada variable.
- Para establecer la relación entre variables, se realizó una base de datos en el Programa SPSS y se establecieron nivel de correlación entre variables, posteriormente se analizaron los datos y se determinaron las conclusiones. Los datos recolectados fueron tabulados en Excel y se realizó una base de datos para luego ser analizados.

4.9 Aspectos éticos de la investigación:

4.9.1 Principios éticos generales:

4.9.1.1 Respeto por las personas:

Se brindó a los participantes la capacidad de decidir y deliberar sobre si deseaban participar en el estudio en mención, mediante el consentimiento informado.

4.9.1.2 Beneficencia:

Se guardó este principio ya que no se realizó daño de ningún tipo a los sujetos de estudio, primero protegiendo su identidad, ya que no se solicitaron nombres ni datos personales de los pacientes.

4.9.1.3 Justicia:

Se representa con el hecho de que las cargas en la investigación serán iguales para todas las personas estudiadas, principalmente por el hecho de no contar con nombres, siempre y cuando se mantenga la relación entre los participantes de un mismo grupo de riesgo.

4.9.2 Categorías de riesgo:

4.9.2.1 Estudios Categoría 1 (Sin Riesgo):

- No se realizó ninguna manipulación de los datos.
- No se consideraron datos que vulneren aspectos éticos de los pacientes entrevistados.
- Se solicitó el consentimiento informado firmado al paciente para poder realizar el estudio.
- El paciente voluntariamente aceptó responder la encuesta.
- Se les indicó a los pacientes que los resultados son confidenciales y que no se tomaron resultado como bueno y malo.

4.9.3 Consentimiento informado:

La investigación se realizó en pacientes que fueron sometidos a procedimiento anestésico electivo que previamente es aceptado y firmado de conformidad el consentimiento informado. (Anexo 8.2)

V. RESULTADOS

El objetivo general de este estudio fue determinar la incidencia de ansiedad preoperatoria en relación al acto anestésico-quirúrgico, con los objetivos secundarios de establecer el perfil demográfico de los pacientes con ansiedad y evaluar el nivel de ansiedad. Se encuestó a 181 pacientes, de ambos géneros de 18 a 70 años, que fueron programados para cirugía por la especialidad de Urología.

Tabla 1

Distribución según edad, pacientes programados para cirugía de la especialidad de Urología en el Hospital General de Enfermedades IGSS de enero a agosto del 2017.

Rangos Edad	No.	%
18-25	25	13
26-35	48	27
36-45	46	25
46-55	37	20
55-65	19	11
>65	6	3
Total	181	100

Las edades de los pacientes estuvieron comprendidas en el rango de los 18 a los 70 años. Respecto al nivel de ansiedad, las edades comprendidas entre los 26-45 años presentaron el mayor porcentaje de ansiedad.

Tabla 2

Distribución según género, pacientes programados para cirugía de la especialidad de Urología en el Hospital General de Enfermedades IGSS de enero a agosto del 2017.

GENERO	Ansiedad	Sin Ansiedad	Total
Masculino	119	2	121
Femenino	58	2	60
Total	179	4	181

El 96% de pacientes femeninas y el 98% de pacientes masculinos presentan algún grado de ansiedad,

Tabla 3

Distribución según estado civil, pacientes programados para cirugía de la especialidad de Urología en el Hospital General de Enfermedades IGSS de enero a agosto del 2017.

Estado Civil	Ansiedad	Sin Ansiedad	Total
Soltero	67	2	69
Casado	110	2	112
Total	179	2	181

El 97% de solteros y el 98% de los casados presentan ansiedad.

Tabla 4

Distribución según grado de escolaridad, pacientes programados para cirugía de la especialidad de Urología en el Hospital General de Enfermedades IGSS de enero a agosto del 2017.

Escolaridad	Ansiedad	Sin Ansiedad	No.	Ansiedad %
Primaria	29	0	29	100
Secundaria	42	2	44	95
Diversificado	42	1	43	97
Superior	62	1	63	98
Ninguna	2	0	2	100
Total	177	4	181	

Con respecto al nivel de escolaridad, el 100% de nivel primario, 95% secundaria, 97% diversificado y 98% superior presentan ansiedad

Tabla 5

Distribución según antecedente quirúrgico, pacientes programados para cirugía de la especialidad de Urología en el Hospital General de Enfermedades IGSS de enero a agosto del 2017.

Antecedente Quirúrgico	Ansiedad	Sin Ansiedad	No.
Si	111	4	115
No	66	0	66
Total	179	4	181

En cuanto al antecedente quirúrgico cabe destacar la ansiedad preoperatoria se presenta en el 96% de los casos.

Tabla 6

Distribución según nivel de ansiedad preoperatoria, pacientes programados para cirugía de la especialidad de Urología en el Hospital General de Enfermedades IGSS de enero a agosto del 2017.

Nivel de Ansiedad	No.	%
Nada	4	2
Algo	40	22
Bastante	78	43
Mucho	45	25
Demasiado	14	8
Total	181	100

Se muestran las frecuencias y el porcentaje del nivel de ansiedad destacado en los paciente a quienes se les aplico el Test de Amsterdam, 43% manifiestan un nivel “Bastante” de ansiedad, el 25% poseen ansiedad de nivel “Mucho” y el 22% un nivel “Algo” de ansiedad

VI. DISCUSION Y ANALISIS

El entorno anestésico-quirúrgico es un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido, siendo un elemento importante que puede influir de forma negativa en el acto anestésico. En Guatemala no se dispone de estudios y estadísticas propias del tema por lo que se consideró de importancia realizar el presente estudio.

En Latinoamérica hay evidencia que el 75-80 % pacientes sometidos a cirugía presentan ansiedad. Contrastando con el 98% obtenido al mismo tiempo destaca que el 98% de los pacientes masculinos y 99% de los pacientes femeninos presenta ansiedad.(2,10,12,30)

Siendo la edad media de 41 años, representándose el 52% de los pacientes con ansiedad en el rango de 26-45 años, podemos observar resultados similares a otros estudios en los que se estable que son los adultos jóvenes los que presentan mayor ansiedad. (2,10,19)

En cuanto al estado civil de los pacientes, los pacientes presentaban ansiedad, el grupo de casados presento un 97%, y el grupo de solteros un 98%, correlacionado con que el nivel de ansiedad es mayor en personas que tienen cargas familiares a su cargo. (2, 10,19)

Relacionado al nivel de escolaridad, está demostrado que en cuanto la persona tiene un mayor nivel de escolaridad presentan más ansiedad, observándose que el 99% de la muestra presentaba algún nivel de escolaridad, se demostró que el 98% del nivel superior presenta ansiedad, 97% del nivel diversificado y 95% del nivel secundaria. (2,10,19)

Podemos observar que un 100% de los pacientes encuestados fueron sometidos a un procedimiento menor y el 94% a mayor, presentaban ansiedad, aunque no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, ambos tipos de cirugía generan ansiedad; según la literatura quienes realizaron un procedimiento mayor son quienes se podrían presentar más casos de ansiedad preoperatoria tras conocer tanto los riesgos como los beneficios y posibles complicaciones.

Tomando en cuenta la experiencia quirúrgica previa que también fue evaluada y se estableció que un 63% ya contaba con un antecedente quirúrgico, de los cuales el 96% presento ansiedad; el antecedente de un acto anestésico-quirúrgico puede jugar un papel a favor o en contra. Dado que las experiencias negativas en el pasado, han influenciado mucho en el pensamiento de las personas que están próximas a ser intervenidas.

En cuanto al tipo de manejo hospitalario no existe una diferenciación estadísticamente significativa entre los pacientes con manejo hospitalario ambulatorio y hospitalizado, ya que el tipo ambulatorio presento un 100% de existencia de ansiedad, contra un 95% de los de manejo hospitalizado. Contrastando con los resultados obtenidos en otros estudios que establecen que el paciente con manejo hospitalario presenta menor ansiedad. (11,20)

En cuanto al tipo de anestesia a utilizar; según la literatura la anestesia general tiende a causar mayor ansiedad en el paciente; encontrando ansiedad en el 100% de los pacientes programados para una cirugía con anestesia general, y 97% con anestesia regional, sin una diferencia significativa.(11)

Con respecto al nivel de ansiedad se encontró que el 43% presento “Bastante”, 25% “Mucho”, 22% “Algo” y únicamente el 2% no presento ansiedad.

Tal como se observó en estudios realizados en España (2012), Colombia (2010), Ecuador (2005) y México (2011) don se encontraron incidencia de ansiedad por arriba del 80% de los pacientes, se observó que el ser sometidos a un procedimiento quirúrgico genera ansiedad. Por todo lo expuesto en párrafos anteriores podemos ver que el problema de la ansiedad en el paciente quirúrgico ha sido estudiado ampliamente y es similar en cualquier parte del mundo.

6.1 Conclusiones

- Existe un alto porcentaje de pacientes con ansiedad preoperatoria, 98% en los pacientes programados para cirugía por la especialidad de Urología.
- De acuerdo a las características bio-sociales: presentan mayor ansiedad los adultos jóvenes que se encuentran casadas y quienes cuentan con un mayor grado de escolaridad.
- El acto anestésico-quirúrgico genera ansiedad aun en pacientes que han tienen algún antecedente anestésico-quirúrgico.

- No existe una diferenciación estadísticamente significativa entre los pacientes de manejo hospitalario ambulatorio y hospitalizado.

6.2 Recomendaciones

6.2.1 Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

- Creación de clínicas debidamente equipados, que dispongan del espacio y ambiente apropiado para realizar la evaluación preoperatoria.

6.2.2 Al Servicio de Anestesiología

- Implementar el test de ansiedad de Amsterdam en la evaluación preanestésica a los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas.
- Continuar con el desarrollo de investigaciones sobre ansiedad y el acto anestésico-quirúrgico.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ham-Armento , Pardo-Morales RV. Ansiedad preoperatoria. Mediographic Literatura Biomedica. 2014 mayo-agosto; 2(2): p. 79-84.
2. Whizar-Lugo V. Prevención en Anestesiología. Anestesia en México. 2009;; p. 118-138.
3. Baraza S. Satisfacción del paciente de cirugía mayor ambulatoria con los cuidados anestésicos perioperatorio en relacion con el miedo. 2010..
4. Machasilla-Tuza WN, Martinez-Ordóñez F. Percepción de los paciente sin experiencia previa anestésico quirúrgico, sobre la anestesia y los anestesiólogos, en el preoperatorio y postoperatorio, en los Hospitales Eugenio Espejo, Militar HG-1 y Clínica Picincha de la Ciudad de Quito. 2014..
5. Valenzuela-Milla J, Barrera-Serrano JR, Ornelas-Aguirre JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cirugía y Cirujanos. 2010; 78(2): p. 151-156.
6. Teijeiro M. Impacto de un modelo de visita preanestésica en cirugía cardíaca. Universidad de Salamanca. 2015..
7. Gonzales-Bustamante G, Pinto-Samanez F. Escala de Amsterdam sobre ansiedad y la escala de informacion de APAIS en la fase preoperatoria. 2005..
8. Naranjo K, Salazar P. Comparación del nivel de ansiedad en los paciente de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e informacion preoperatoria de Amsterdam realizada en la visita preanestésica y comparada con grupo control en los Hospitales Eugenio. 2012..
9. Mazariegos Caballeros dP. Características psicobiológicas que influyen en la percepción y expectativas de los pacientes hacia la anestesia y el anestesiólogo. 2015 Marzo..
10. Barrillero Gómez A, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F. Ansiedad y cirugía, repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. 2011..

11. De la Paz Estrada , Prego Beltran. Miedo y ansiedad a la anestesia en paciente sometidos a cirugía. Revista Mexicana de Anestesiología. 2006 Julio;; p. 159-162.
12. Moreno Carillo. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. Inspira Network. 2015;; p. 74-78.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica para el manejo de paciente con trastornos de ansiedad en atención primaria. 2008 Septiembre..
14. Hmund R WL. Ansiedad Dental. Revista de Mínima Intervención en Odontología. 2009.
15. Smith A F PA. Premedicación para la ansiedad en la cirugía ambulatoria en adultos. 2011 Marzo 16..
16. Barnés. La desconocida y peligrosa consecuencia de la anestesia general. 2014 Marzo 31..
17. Martín-Camacho J. Los diagnósticos y el DSM-IV. 2006. Fundación FORO.
18. American Psychiatric Association. DMS-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta ed.: Editorial Medica Panamericana; 2014.
19. Palomo T, Jiménez-Arriero. Manual de Psiquiatría. In Manual de Psiquiatría. Madrid: Grupo ENE Publicidad S.A.; 2009. p. 377-382.
20. Orellana Espinoza FM. Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes que recibirán anestesia para una intervención quirúrgica. 2015..
21. Vintanel Moreno CB. Influencia del anestésico, ansiedad e hipertensión en los cambios hemodinámicos de pacientes sometidos a extracción dental.. 2014..
22. Pérez Díaz , Martín Carboneel , Quiñonez Castro. Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices. Revista Cubana Angiol. 2010.

23. Jerez C LJUA. Evaluación de las escalas empleadas para determinar la ansiedad y el comportamiento del niño durante la inducción de la anestesia. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2016 Febrero 2.
24. Carapia-Sadurmi A, Mejia-Terrezas , Nacif-Gobera L, Hernández-Ordoñez N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. Revista Mexicana de Anestesiología. 2011 Octubre; 34(4).
25. Ortiz J, Wang S, MacArthur E, Tolpai D. Información preoperatoria al paciente ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? Revista Brasileña de Anestesiología. 2015 Enero; 66(1).
26. Quintero A, Yasnó DA, Riveros OL, Castillo J, Borrález BA. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Rev Colomb Cir. 2017; 32:115-20
27. Moreno C, Calle A. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. Rev ASECOMA Cir. 2015; 20:74-7
28. Gaona D, Contenido B. Ansiedad pre operatoria en pacientes quirúrgicos en el aérea de cirugia del Hospital Isidro Ayora. Rev Enfermeria Investiga 2018
29. Urrea J, Yela I, Cifuentes C. Valoración preoperatoria del paciente para cirugía no cardiaca. Revista Colombiana de Cardiología. 2017 Septiembre-octubre.
30. Kunze S. Evaluación preoperatoria del siglo XXI. Revista Médica Clínica Las Condes 2017, Septiembre-Octubre

VIII. ANEXOS

8.1 Boleta de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 ESCUELA DE ESTUDIO DE POSTGRADO
 ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGIA
 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL



Ansiedad preoperatoria

1. Identificación

Afiliación:				
Edad:				
Generó:	Masculino		Femenino	
Estado Civil:	Soltero		Casado	
Escolaridad:	Primaria		Secundaria	
	Superior		Ninguna	
			Diversificado	

Tipo de procedimiento:	Mayor		Menor	
Tipo de anestesia:	General		Regional	
	Sedación			
ASA:	I		II	
Antecedente quirúrgico:	Si		No	
Ambulatorio:	Si		No	
Hospitalizado	Si		No	

2. Escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam

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

Nada	Algo	Bastante	Mucho	Demasiado
0-6	7-12	13-18	19-24	25-30

Correlativo:

8.2 Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ansiedad preoperatoria

Estudio observacional descriptivo, de corte trasversal a realizarse en pacientes programados para cirugía de la especialidad de Urología mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam en el Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

1. Introducción

El programa de postgrado de la maestría de anestesiología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en coordinación con el Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social realiza un estudio sobre “Ansiedad preoperatoria”. Los resultados del siguiente estudio serán de mucha utilidad para el manejo de ansiedad preoperatoria en los pacientes previo al acto anestésico-quirúrgico.

2. Procedimiento

Se solicita que lea cuidadosamente este documento para que pueda decidir si desea participar en el estudio. La participación será por única vez y le pediremos que responda las preguntas sobre sus datos generales, antecedentes médicos y la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam. De no sentirse cómodo y desea retirarse del estudio lo podrá realizar en cualquier momento.

3. Riesgos

No existe riesgo alguno para su persona con la participación en dicho estudio.

La presente investigación está siendo realizada por médico residente de la maestría de Anestesiología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), con el aval de la unidad de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC).

El procedimiento se llevará a cabo de la siguiente manera:

- a. Se solicitará a cada paciente información personal y se aplicará la “Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS)”
- b. No se realizará ningún procedimiento invasivo, ni lesivo para el paciente.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. Consiento de participar en esta investigación de forma voluntaria.

Nombre:	
Firma	
Correlativo:	

Nombre:	
Firma	

8.3 Tabla de Resultados

Tabla 7

Distribución según tipo de cirugía, pacientes programados para cirugía de la especialidad de Urología en el Hospital General de Enfermedades IGSS de enero a agosto del 2017.

Tipo de Cirugía	Ansiedad	Sin Ansiedad	No.	%
Mayor	69	4	73	44
Menor	102	0	102	56
Total	179	4	181	100

Tabla 8

Distribución según clasificación ASA, pacientes programados para cirugía de la especialidad de Urología en el Hospital General de Enfermedades IGSS de enero a agosto del 2017.

Clasificación ASA	Ansiedad	Sin Ansiedad	Total	%
ASA I	86	2	88	49
ASA II	91	2	93	51
Total	179	4	181	100

Tabla 9

Distribución según tipo de anestesia, pacientes programados para cirugía de la especialidad de Urología en el Hospital General de Enfermedades IGSS de enero a agosto del 2017.

Tipo de Anestesia	Ansiedad	Sin Ansiedad	No.	%
Sedación	44	2	46	25
General	63	0	63	35
Regional	70	2	72	40
Total	179	4	181	100

Tabla 10

Distribución según manejo hospitalario, pacientes programados para cirugía de la especialidad de Urología en el Hospital General de Enfermedades IGSS de enero a agosto del 2017.

Manejo Hospitalario	Ansiedad	Sin Ansiedad	No.	%
Ambulatorio	96	0	96	53
Hospitalizado	81	4	85	47
Total	179	4	181	100

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Ansiedad Preoperatoria" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro ~~modo~~ diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total