



Niveles de ansiedad en pacientes durante la evaluación preanestésica para cirugía electiva. Valencia, Venezuela. Mayo-Agosto 2016

Isaura Sirit¹.

Rosa Cardozo².

Lucio Betancourt³.

Migdalia Medina⁴.

¹Médico Especialista en Anestesia y Reanimación Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde".
isaurasirit@gmail.com

²Doctor en Ciencias Médicas, Docente Titular Universidad de Carabobo. Correo: rcardozo13@yahoo.com
rcardozo13@yahoo.com

³Médico Especialista en Anestesia y Reanimación Adjunto al Servicio de Anestesia. Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde"

⁴Doctor en Ciencias Médicas, Docente Asociado Universidad de Carabobo mimedinauc50@gmail.com

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 26 de Abril del 2017 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

Objetivo: Describir el nivel de ansiedad de los pacientes durante la evaluación preanestésica para cirugía electiva. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, transversal, no experimental. Muestra no probabilística, y los criterios de inclusión fueron: pacientes adultos, edad entre 18 a 65 años, clasificados ASA I a III. Como criterios de exclusión se consideraron: negación a participar en el estudio, clasificación ASA IV o V, dificultad para la comunicación, pacientes con déficit neurológico o cognitivo, o que tuvieran diagnóstico previo de ansiedad o algún trastorno psiquiátrico en tratamiento. La información fue recolectada mediante un cuestionario validado y la escala de ansiedad preoperatoria e información de Ámsterdam (APAIS). Resultados: De 125 pacientes evaluados, solo 76 de ellos fueron incluidos; 61,8% fueron mujeres. Se registraron los siguientes niveles de ansiedad: leve 64,5%, moderada 17,1% y severa 1,3%. La necesidad de información se manifestó en 75% de los pacientes. Hubo asociación entre las comorbilidades respiratorias y el nivel de ansiedad ($X^2=21,92$; g.l=8; p=0,005)

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, anestesia, evaluación preoperatoria, período preoperatorio, ansiedad preoperatoria

PATIENTS ANXIETY LEVELS DURING PREANESTHETIC EVALUATION FOR ELECTIVE SURGERY. VALENCIA, VENEZUELA. MAY-AUGUST 2016

SUMMARY

Objective: The aim of this study is to describe the anxiety level of patients during the preanesthetic evaluation for elective surgery. Materials and Methods: The design was descriptive, prospective, transversal, and non-experimental. The sample was constituted by 18 to 65 year-old patients, with ASA I to III. The information was recorded in a questionnaire with desired variables and with the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Results: 125 patients were evaluated, only 76 patients were included in this study. 61.8% were women. Mild anxiety level was found in 64.5%, while 17.1% was moderated and only 1.3% was severe. The need for information was present in 75% of patients. Moreover, the study showed statistical significance between respiratory diseases and anxiety levels ($X^2=21,92$; g.l=8; p=0,005)

KEY WORDS: Anxiety, anesthesia, preoperative evaluation, preoperative period, preoperative anxiety

NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES DURANTE LA EVALUACIÓN PREANESTÉSICA PARA CIRUGÍA ELECTIVA. VALENCIA, VENEZUELA. MAYO-AGOSTO 2016

INTRODUCCIÓN

Joseph Lévy-Valensi (1879 a 1943), profesor de psiquiatría en París definió la ansiedad como una sensación de expectación desagradable y oscura⁽¹⁾. La ansiedad es parte del espectro emocional de la existencia humana. Opera como una respuesta adaptativa frente la anticipación de peligros a veces presentes e inminentes, pero a veces ausentes e incluso imaginarios, indefinibles e imprevisibles. Se manifiesta como múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico, y puede mantenerse y fluctuar a lo largo del tiempo, con signos y síntomas que provocan malestar clínico significativo⁽²⁻⁵⁾.

Junto al espectro de emociones del trastorno de ansiedad, existe un correlato somático, que se pone de manifiesto con la respuesta sistémica frente al estrés, ocurriendo cambios en el sistema nervioso autónomo y el eje neuroendocrino, que generan predominancia del tono simpático, y aumento de: hormona liberadora de corticotropina, adrenocorticotropina, cortisol, adrenalina, noradrenalina, dopamina, prolactina, citoquinas (IL 6), factor de necrosis tumoral y proteínas de fase aguda (Proteína C reactiva, Leptina), sólo por mencionar algunas de ellas⁽⁶⁾.

Esta cascada fisiopatológica, trae consigo aumento de la actividad cardiovascular, taquicardia, aumento de la presión arterial, aumento de la tasa de consumo de oxígeno tisular, vasoconstricción periférica, diaforesis palmar, dilatación pupilar, reducción de las funciones digestivas, entre otros. Como resultado de ello, es habitual encontrar signos de inestabilidad cardiorrespiratoria durante la inducción, mayor probabilidad de sangrado y complicaciones tales como mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estancia hospitalaria, pobre control del dolor y mayor consumo de opioides y otros analgésicos, así como también mayor riesgo para desarrollar dolor crónico postoperatorio⁽⁷⁾.

En efecto, Montes y col.⁽⁸⁾, reconocieron a la ansiedad como factor de riesgo clínico potencial para el desarrollo de dolor crónico postoperatorio, en conjunto con otras variables de salud mental, como la depresión, evaluada a través de un test de salud mental (SF-12). Estas consideraciones, llevan al anestesiólogo a tratar precozmente los signos asociados al estrés y ansiedad preoperatoria, y lo realiza en el marco de los procedimientos llevados a cabo durante la premedicación⁽⁹⁾. El período previo al inicio del acto anestésico y quirúrgico, es cuando el paciente experimenta más ansiedad, motivado por el temor a las circunstancias que rodean la intervención, como el dolor, la anestesia, el miedo a morir, entre otros⁽¹⁰⁾.

Actualmente, numerosos grupos de investigación resaltan el valor del abordaje no farmacológico para el control de la ansiedad durante el perioperatorio. Las estrategias que se describen incluyen: la psicoterapia cognitivo-conductual, terapias de reforzamiento de la empatía anestesiólogo-paciente, programas de educación e información preoperatoria, técnicas de relajación, musicoterapia e intervención de la arquitectura en el ambiente hospitalario. Permanece sin determinarse la fuerza de recomendación para cada una, no obstante, la medicina basada en la evidencia muestra estadísticas favorecedoras en lo que respecta a la disminución de la ansiedad pre y postoperatoria con estas medidas⁽¹⁰⁾.

Desde una perspectiva global, el National Institute of Mental Health⁽¹¹⁾, indica que la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad alcanza 18,1% de la población adulta a lo largo de la vida, y el 60% son de sexo femenino; además, 22,8% de todos los casos pueden presentar ansiedad severa. En este mismo orden de ideas, Baxter et al⁽¹²⁾, reportaron para el año 2013, una prevalencia en un rango desde 0,9 a 28,3% dependiendo del país y la cultura; estos datos fueron aportados a partir de un estudio que involucró 44 países. En el ámbito preoperatorio, se tienen datos diversos sobre la incidencia de la ansiedad. En países como Etiopía y Nigeria se han observado niveles de ansiedad preoperatoria de 70,3% y 51% respectivamente, mientras que en México, un estudio reportó ansiedad leve a moderada en 87,4 %⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Las implicaciones de la ansiedad en la práctica anestésica son considerables, y uno de los puntos más álgidos es aquel que se relaciona con el manejo del dolor agudo postoperatorio, mostrando que la ansiedad corresponde la variable psicológica más frecuentemente encontrada en los casos de dolor de alta intensidad^(16, 17). A mediano plazo, la ansiedad es un factor predisponente para sufrir dolor crónico postoperatorio. Dekker et al⁽¹⁸⁾ describieron que tanto a las 6 semanas como a los 6 meses de postoperatorio, los niveles de ansiedad obtenidos a partir de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, se correlacionan estadísticamente con altos niveles de dolor en el sitio postquirúrgico.

Por todas estas razones, los esfuerzos deben dirigirse hacia la aplicación de estrategias desde una visión holística, que permitan minimizar el impacto de la ansiedad en los pacientes y donde la entrevista preanestésica sea esencial, acompañada de la estratificación del nivel de ansiedad. Gordillo et al⁽¹⁹⁾, proponen que la información, educación, la adecuación del ambiente y el enfoque humanístico son imperativos.

Más recientemente, Hernández y col⁽²⁰⁾ investigó el nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía en el Hospital Ángeles Metropolitano. Encontró predominio del sexo femenino (79%), y la frecuencia de ansiedad por diversas complicaciones que pudieran ocurrir fue de 69%. Entre las "preocupaciones" preoperatorias destaca experimentar dolor postoperatorio (27%), que duplica el temor a morir (13%), lo que también implica que el anestesiólogo debe convencer a los pacientes de que el procedimiento que realizará con ellos es adecuado y que si bien hay posibilidad de que haya dolor, es más leve de lo que ellos suponen.

Acerca la mirada a Venezuela, es posible notar que la ansiedad ha sido tema reciente de investigación en el país, con producción casi nula de publicaciones. No obstante en Cumaná, estado Sucre, Rojas y Azevedo⁽²¹⁾ en el 2013, reportaron en el período preoperatorio

49% de ansiedad leve, 27,5% de ansiedad moderada y 23,5% de ansiedad severa en los pacientes estudiados.

En cirugía ambulatoria, el anestesiólogo adscrito al hospital debe llevar a cabo la valoración preanestésica de acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales para la práctica de la anestesiología (22). Es así como, sobre la base de las ideas expuestas, es posible pensar que si se logra una adecuada situación de feedback durante la consulta preanestésica, el paciente será capaz de expresar las inquietudes que posee sobre lo que le atemoriza o genera miedo de la cirugía, la anestesia o el ambiente hospitalario, a la vez que genera una visión objetiva del problema por parte del anestesiólogo para que así éste sea capaz de tratar y minimizar su impacto.

Es por ello que se propuso describir el nivel de ansiedad de los pacientes durante la evaluación preanestésica para cirugía electiva, que acuden a la consulta del servicio de anestesia del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde", ubicado en Bárbula, municipio Naguanagua del estado Carabobo, Venezuela, durante el período mayo - agosto del 2016. De manera secundaria, se planteó clasificar a los pacientes según la edad y sexo, especificar el tipo de cirugía a la que serían sometidos (cirugía menor, cirugía mayor o cirugía mayor ambulatoria CMA) y el servicio tratante o de origen, determinar los antecedentes sobre cirugías previas, complicaciones anestésicas o quirúrgicas y comorbilidades; establecer la asociación de la ansiedad con la edad, el género, existencia de experiencias anestésicas o quirúrgicas previas y la presencia de comorbilidad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, prospectivo, observacional, transversal y no experimental. La población a estudiar estuvo representada por todos los pacientes evaluados en la consulta preanestésica para cirugía electiva de las siguientes especialidades: cirugía general, ginecología, traumatología y ortopedia, urología, neurocirugía, cirugía bucal y maxilofacial, oftalmología y otorrinolaringología.

La muestra fue de tipo no probabilística intencional, constituida por aquellos pacientes en edades comprendidas entre 18 a 65 años, con clasificación ASA (American Society of Anesthesiology) I a III. Como criterios de exclusión se consideraron: negación a participar en el estudio, clasificación ASA IV o V, dificultades para la expresión oral, pacientes con déficit neurológico o cognitivo, o que tuvieran diagnóstico previo de ansiedad o algún trastorno psiquiátrico en tratamiento.

La información se recolectó a través de un cuestionario, elaborado para tal fin, con las variables de interés (edad, sexo, diagnóstico, tipo de cirugía, antecedentes de procedimientos anestésicos y quirúrgicos previos, antecedentes de complicaciones anestésicas o quirúrgicas, y de comorbilidades). Dicho instrumento fue validado por dos expertos en el área (valididad de contenido). Para medir la ansiedad, fue usada la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS), diseñada y utilizada por Moerman et al, validada desde 1996 (23). Esta consiste en seis preguntas que se dividen de la siguiente manera: dos para la ansiedad respecto a la anestesia, dos para la ansiedad respecto a la cirugía, y dos para la necesidad de información. Cada pregunta se valora con la escala Likert de cinco puntos, desde "lo mínimo" hasta "lo máximo" (Ver anexos).

Una puntuación total menor o igual a cuatro es igual a paciente no ansioso; ansiedad baja se diagnostica con puntaje de cinco a doce, y moderada de trece a diecinueve puntos, mientras que la obtención de veinte puntos indica nivel alto de ansiedad. La necesidad de información se demuestra con una puntuación entre seis a diez (5).

El procedimiento seguido en la investigación se realizó conforme a las normas éticas del comité de experimentación humana del Centro Hospitalario y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki; y se garantizó a los pacientes el derecho a la privacidad y confidencialidad conforme a lo descrito en el apartado evitándose cualquier tipo de dato identificativo en texto de los mismos.

Los datos fueron procesados con el software libre PSPP versión 3 para Windows. Los resultados se presentan en cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se corroboró el ajuste para la variable numérica (edad) a la distribución normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las asociaciones entre las variables se hicieron aplicando la prueba de Chi². Se hicieron comparaciones de proporciones con la prueba Z, asumiendo un nivel de significancia de P < 0,05.

RESULTADOS

Un total de 125 pacientes fueron sometidos a evaluación preanestésica en el lapso estudiado; solo 76 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación, correspondiendo 61,8% a mujeres, lo que marca una mayoría respecto al género masculino con significancia estadística (Z=2,76; P=0,0058<0,05) (Tabla 1). Respecto a la edad, se obtuvo un valor mínimo de 18 años, y un valor máximo de 67 años, con una mediana de 39 años, P25= 30años y P75=49,5 años.

ANEXOS

Tabla 1

Distribución de la muestra según edad y sexo
Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, 2016

| EDAD (años) | SEXO | | | | TOTAL |
|--------------|-----------------|-------------|------------------|-------------|--------------|
| | Femenino | | Masculino | | |
| | F | % | f | % | |
| 18—28 | 8 | 10,51 | 9 | 11,85 | 17 |
| 29—38 | 16 | 21,03 | 3 | 3,95 | 19 |
| 39—48 | 13 | 17,09 | 8 | 10,53 | 21 |
| 49—58 | 5 | 6,57 | 3 | 3,95 | 8 |
| 59—68 | 5 | 6,57 | 6 | 7,9 | 11 |
| TOTAL | 47 | 61,8 | 29 | 38,2 | 76 |

Fuente: Datos de la Investigación
Z=2,76; P=0,0058

En relación al tipo de cirugía, la cirugía mayor fue la de mayor frecuencia con 56,6% (n=43), mientras que la cirugía mayor ambulatoria ocupó el segundo lugar con 36,8% (n=28) y por último, la cirugía menor con 5 casos (6,6%). Desde el punto de vista del servicio tratante, traumatología y cirugía obtuvieron mayor número de pacientes, representando cada uno 26,3% de la muestra, (Tabla 2).

Tabla 2

Distribución de la muestra según el Servicio de origen.
Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, 2016

| SERVICIO | f | % |
|---------------------------------|-----------|------------|
| Traumatología | 20 | 26,3 |
| Cirugía | 20 | 26,3 |
| Ginecología | 17 | 22,4 |
| Urología | 6 | 7,9 |
| Cirugía <u>Bucomaxilofacial</u> | 4 | 5,3 |
| Obstetricia | 4 | 5,3 |
| Otros | 5 | 6,6 |
| TOTAL | 76 | 100 |

Fuente: Datos de la Investigación

En cuanto a los antecedentes de los pacientes, 82,9% de ellos refirieron experiencias quirúrgicas previas. En los reportes sobre las complicaciones anestésicas, un paciente fue de Vía Aérea Difícil (33,3%) y el segundo presentó Síndrome de Náuseas y Vómitos Postoperatorios (33,3%); mientras que se reportó un caso (33,3%) de infección de la herida operatoria, relativo a las complicaciones de tipo quirúrgico. Un 44,7% de la muestra presentó algún tipo de comorbilidad, siendo más relevantes aquellas de tipo cardiovascular, donde la hipertensión arterial ocupó 35,29% (Tabla 3), mientras que la evaluación del estado físico de los pacientes según la escala ASA, arrojó que 50% de ellos fueron ASA II (Tabla 4).

Tabla 3
Distribución de la muestra según la Comorbilidad
Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, 2016

| Comorbilidad | f | % | n=34 |
|---------------------------|-----------|------------|------|
| Cardiovascular | | | |
| HTA | | | |
| HTA | 12 | 35,29 | |
| Prolapso válvula mitral | 1 | 2,94 | |
| Respiratorias | | | |
| Asma | | | |
| Asma | 5 | 14,71 | |
| EPOC | 1 | 2,94 | |
| Neumonía | 1 | 2,94 | |
| Hiperventilación pulmonar | 1 | 2,94 | |
| Endocrinas | | | |
| DM tipo 2 | | | |
| DM tipo 2 | 2 | 5,88 | |
| <u>Hiperinsulinismo.</u> | 1 | 2,94 | |
| Hipotiroidismo | 1 | 2,94 | |
| Otras | 9 | 26,48 | |
| TOTAL | 34 | 100 | |

Fuente: Datos de la Investigación

Tabla 4

Distribución de la muestra según criterios ASA
Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, 2016

| ASA | f | % |
|--------------|-----------|------------|
| I | 33 | 43,4 |
| II | 38 | 50 |
| III | 5 | 6,6 |
| TOTAL | 76 | 100 |

Fuente: Datos de la Investigación

En lo que se refiere a la APAIS, se encontró que 64,5% de los pacientes presentó ansiedad leve (Tabla 5). Se obtuvo mayor puntaje en las preguntas sobre ansiedad “respecto a la cirugía”. En los hallazgos referente a la necesidad de información, se apreció que 75% (n=57) de la muestra consiguió puntajes mayores a 6 puntos, es decir, manifestaron requerir más información acerca de la anestesia y la cirugía.

Tabla 5

Distribución de la muestra según el Nivel de Ansiedad
Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, 2016

| NIVEL DE ANSIEDAD | f | % |
|-------------------|-----------|------------|
| Leve | 49 | 64,5 |
| Moderado | 13 | 17,1 |
| Severo | 1 | 1,3 |
| Sin ansiedad | 13 | 17,1 |
| TOTAL | 76 | 100 |

FUENTE: Datos de la Investigación

Tabla 6

Nivel de Ansiedad según la necesidad de Información
Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde", 2016

| Nivel de Ansiedad | Necesidad Información | | | | Total | |
|-------------------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | f | % | f | % | f | % |
| Alto | 1 | 1,32 | 0 | 0 | 1 | 1,32 |
| Moderado | 12 | 15,79 | 1 | 1,32 | 13 | 17,11 |
| Leve | 38 | 50 | 11 | 14,47 | 49 | 64,46 |
| Sin ansiedad | 6 | 7,89 | 7 | 9,21 | 13 | 17,11 |
| Total | 57 | 75 | 19 | 25 | 76 | 100 |

FUENTE: Datos de la Investigación

$\chi^2=8,35$; g.l=3; P=0,03<0,05

Se encontró asociación entre las comorbilidades respiratorias y el nivel de ansiedad ($\chi^2=21,92$; g.l=8; P=0,005<0,05), así como también entre patologías cardiovasculares con el nivel de ansiedad ($\chi^2=12,86$; g.l=4; P=0,012<0,05). Igualmente, asociación entre el nivel de ansiedad y la necesidad de información ($\chi^2=8,35$; g.l=3; P=0,03<0,05). No hubo asociación con el resto de las variables sometidas a estudio.

NIVELES DE ANSIEDAD DE LOS PACIENTES DURANTE LA EVALUACIÓN

PREANESTÉSICA PARA CIRUGÍA ELECTIVA

Información General

Edad: _____ años

Sexo: F M

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Impresión Diagnóstica: _____

Intervención a Realizar: _____

Servicio Tratante: _____

Antecedentes quirúrgicos

Cirugías previas Si No

Complicaciones anestésicas Si No

Complicaciones quirúrgicas Si No

Tipo de complicación: _____

Consumo de Sustancias Si No

Nocivas Si No

Especifique: _____

Patología Respiratoria Crónica Si No

Especifique: _____

Patología Cardiovascular Si No

Crónica Si No

Especifique: _____

Otras Enfermedades Si No

Especifique: _____

Hospitalizado Si No

ASA: _____

En una escala donde 1 representa LO MÍNIMO y 5 representa LO MÁXIMO, señale con una “X” el número que exprese su estado de ánimo

| CON RESPECTO A LA ANESTESIA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| “Estoy inquieto con respecto a la anestesia” | | | | | |
| “Pienso continuamente en la anestesia” | | | | | |
| “Me gustaría recibir información lo más completa posible sobre la anestesia” | | | | | |
| CON RESPECTO A LA CIRUGÍA | | | | | |
| “Estoy inquieto con respecto a la cirugía” | | | | | |
| “Pienso continuamente en la cirugía” | | | | | |
| “Me gustaría recibir la información más completa posible sobre la cirugía” | | | | | |

DISCUSIÓN

La ansiedad es una respuesta común frente a la perspectiva de un acto quirúrgico. Mucho se ha intentado para poder valorarla de forma precisa, pero por sus características subjetivas, continúa siendo un reto. Para este propósito, la APAIS constituye una herramienta ideal en el ámbito perioperatorio, pues además de ser un instrumento validado en pacientes quirúrgicos, su aplicación es rápida y sencilla. Cabe agregar que la APAIS, con valores mayores a 11, tiene una sensibilidad de 100%⁽²³⁻²⁷⁾.

En efecto, los hallazgos obtenidos confirman la existencia de algún nivel de ansiedad en 82,9% de la muestra estudiada, proporción que llama la atención cuando se compara con los resultados de otros investigadores, donde la ansiedad en general oscila entre 70,3% y 51%^(13,14,20,28).

Como puede observarse, la ansiedad leve, se expresó en un poco más de la mitad de los pacientes, similar a lo que Rojas y Azevedo⁽²¹⁾ y Van den Bosch⁽²⁸⁾ hallaron en su investigación. Éste nivel de ansiedad se corresponde a un proceso emocional fisiológico, y las medidas que se deberán tomar son mínimas, pues la repercusión sobre los aparatos y sistemas frente la cascada catecolaminérgica serán poco notables. Merece mención el hecho que se obtuvo mayor puntaje en las preguntas sobre ansiedad “respecto a la cirugía”, sugiriendo que la principal situación desencadenante de la ansiedad en la muestra fue la expectativa sobre la cirugía, más que por la anestesia.

En ese mismo sentido, resalta que una cantidad considerable de pacientes presentó ansiedad moderada, y aunque se detectó solamente un caso de ansiedad severa que no la hace menos importante, Gordillo et al⁽¹⁹⁾, indican que esos niveles de ansiedad afectan negativamente al acto anestésico y el periodo postoperatorio, retardando la recuperación y el egreso del centro hospitalario, lo que podría contribuir al colapso hospitalario y a mayor costo económico. Esto es relevante en el país, cuando los servicios de salud resultan insuficientes para la demanda de la población.

Desde otra perspectiva, vale la pena mencionar que aunque el sexo femenino fue el predominante, no se encontró relación estadística entre los niveles de ansiedad y el sexo, a diferencia de los resultados de Valenzuela et al⁽⁶⁾ y Orellana⁽²⁷⁾ en los que evidenciaron mayores niveles de ansiedad en el sexo femenino, pudiendo esto último verse influenciado por diversidad de factores, sólo por mencionar algunos, el nivel educativo, la condición socio-económica y lo cultural⁽¹³⁾.

Al mismo tiempo, la presencia de experiencias anestésicas o quirúrgicas previas, así como complicaciones relativas a la anestesia o cirugía ocurridas en un tiempo quirúrgico anterior, no fueron determinantes para la aparición de ansiedad en este estudio, a diferencia de la propuesta de Álvarez⁽²⁴⁾, quien argumenta que la magnitud de la ansiedad depende de la interacción de los factores arriba mencionados, entre otros.

En contraste, aquellos pacientes que presentaron comorbilidades de tipo cardiovascular o respiratorio, alcanzaron mayor puntaje en la escala de ansiedad. Esto puede explicarse a través del Modelo de Creencias de Salud (MCS)⁽³⁰⁾, el cual propone que el individuo posee una percepción de riesgo que le indica la mayor probabilidad subjetiva de contraer cualquier complicación asociada con el diagnóstico de base y en este caso, a la patología quirúrgica; la amenaza percibida genera la activación de mecanismos de protección, por lo que se explica la aparición de ansiedad⁽³¹⁾.

Llegados a este punto, es pertinente prestar atención a la gran necesidad de información que poseen los pacientes, pues se encontró asociación estadística con los niveles de ansiedad. Este evento se ha convertido en un hallazgo común en numerosas investigaciones.Bailey⁽¹⁰⁾, respecto a esto, afirma que deben implementarse canales para brindar educación básica general sobre el proceso quirúrgico, con el objetivo de familiarizar al enfermo con la futura intervención.

Se debe considerar este hecho seriamente, pues brindar la información suficiente al paciente es un derecho, un reconocimiento a su autonomía y a la libertad que debe poseer cada ser humano de participar en su proceso de salud - enfermedad. Este aspecto incluye el consentimiento informado, herramienta que debe ser empleada de rutina, con el fin de garantizar este derecho⁽⁹⁾. Cabría preguntarse si la muestra estudiada asocia su necesidad de información a un sistema de consentimiento informado deficiente. Sería interesante el estudio de este aspecto para próximas investigaciones.

De las evidencias anteriores, se sostiene que en la muestra la mayoría fueron pacientes femeninos en la cuarta década de la vida, sometidos a cirugía mayor, mayormente en los servicios de cirugía y traumatología, con antecedentes cirugías previas y comorbilidades cardiovasculares, principalmente. La mitad de la muestra reportó un ASA II y en más de la mitad el nivel de ansiedad fue leve, encontrándose asociación entre las comorbilidades cardiovasculares y respiratorias con el nivel de ansiedad, y entre el nivel de ansiedad y la necesidad de información.

La ansiedad, desde el punto de vista clínico, debe ser abordada atendiendo las necesidades propias de cada paciente y considerando además los recursos disponibles de cada institución. Se deben promover las alternativas no farmacológicas, pues finalmente producen satisfacción en los pacientes y disminuye el empleo de medicamentos en el período preoperatorio, asunto de importancia en pacientes con comorbilidades. En definitiva, un enfoque bio-psico-social-espiritual, podrá hacer posible que se oriente al paciente hacia la forma adecuada de explotar sus recursos internos; esto, con certeza, conlleva resultados favorables.

Finalmente, evaluando las perspectivas para futuras investigaciones, sería aconsejable una muestra con mayor número de pacientes, así como también ampliar el número de variables a estudiar en cada paciente, pues la multifactorialidad de la ansiedad así lo amerita. Resultaría interesante desarrollar un protocolo de información quirúrgica para promover la educación desde la consulta preanestésica.

REFERENCIAS

- 1.Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM.Dialogues Clin Neurosci. [Internet] 2015 Sep [Citado en 09 may 2016]; 17(3): 319-325. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610616/?report=reader>
- 2.Sarudiansky M. Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos Psicología Iberoamericana, [Internet] julio-diciembre 2013, vol. 21, núm. 2, pp. 19-28 [Citado en 09 may 2016]. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México Distrito Federal, México. Disponible en:<http://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>
- 3.Moreno P, Calle A. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. Cir may amb. [Internet] 2015. [Citado en 10 may 2016]. Vol 20, N° 2, p 74-78. Disponible en:http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/06_20_2_OR_Moreno.pdf
- 4.Caseras X. Trastornos de ansiedad: crisis de angustia y agorafobia. Barcelona, España. Editorial Amat SL., 2009.
- 5.Myers D. Psicología. Séptima edición. Madrid, España. Editorial Panamericana. 2005
- 6.Valenzuela J, Ornelas J, Barrera J. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir Cir [Internet] 2010, 78 (Marzo-Abril) : [Citado en 10 de mayo de 2016] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66219077008>
- 7.Carapia A, Mejía G, Nacif L, Hernández N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. Revista Mexicana de Anestesiología. [Internet] Investigación original. Octubre-Diciembre 2011 [Citado en 10 may 2016] Vol. 34, No. 4, pp 260-263. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf>
- 8.Montes A, Roca G, Sabate S, Lao J, Navarro A, Cantillo J, et al.Genetic and Clinical Factors Associated with Chronic Postsurgical Pain after Hernia Repair, Hysterectomy, and Thoracotomy: A Two-year Multicenter Cohort Study.Anesthesiol[Internet]; 2015 [Citado en 10 may 2016] 122(5): p 1123-1141. Disponible en:<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2135169&resultClick=3>
- 9.Nwaneri E, Bhambhani R. Evaluación preoperatoria. Editor: Heitmiller E, Stonemetz J. Manual Johns Hopkins de anestesiología. Primera edición en Español. Barcelona, España. Elsevier, 2011.
- 10.Bailey L. Strategies for Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative Setting.AORN J 92 [Internet] (October 2010) [Citado en 12 may 2016] 445-457. Disponible en:[http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(10\)00785-4/pdf](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(10)00785-4/pdf)
- 11.National Institute of Mental Health. United States. Health and Education Statistics.[Citado en 12 may 2016] Disponible en:<http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-anxiety-disorder-among-adults.shtml>
- 12.Baxter A, Scott K, Vos T, Whiteford H. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychological

Medicine, Cambridge University Press. [Internet]. May 2013 [Citado en 10 may 2016] Vol 43, n° 05; pp 897-910. Disponible en:<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstractfromPage=online&aid=8877582&fileId=S003329171200147X>

13.[Nigussie S, Belachew T, Wolancho W.](#) Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BMC Surg [Internet]. 2014 [Citado en 10 may 2016] 14: 67. Disponible en:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167307/#_ffn_sectitle

14.[Akinsulore A, Owojuigbe A, Faponle A, Fatoye F.](#) Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. [Abstract] Middle East J Anaesthesiol [Internet] Jun 2015 [Citado en 10 may 2016] 23(2):235-40. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26442401>

15.Ruiz E, Muñoz J, Olivero J, Islas M. Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. Revista médica del hospital general de México, [Internet] Oct-Dic. 2000 [Citado en 10 may 2016] Vol. 63, Núm. 4 pp 231 - 23. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/hgral/hg-2000/hg004b.pdf>

16.Carvalho B, Zheng M, Harter S, Sultan P. A Prospective Cohort Study Evaluating the Ability of Anticipated Pain, Perceived Analgesic Needs, and Psychological Traits to Predict Pain and Analgesic Usage following Cesarean Delivery. Anesthesiology Research and Practice [Internet]. 2016; [Citado 12 Mayo 2016] 7948412.PMC. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4838779/#!po=70.8333>

17.Sobol M, Babel P, Plotek W, Stelcer B. Psychological correlates of acute postsurgical pain: a systematic review and meta-analysis. [Abstract] Eur J Pain [Internet] 2016 [Citado 12 Mayo 2016] Disponible en:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejp.886/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_L

18.Dekker A, Salar O, Karuppia V, Bayley E, Kurian J. Anxiety and depression predict poor outcomes in arthroscopic subacromial decompression. [Abstract] Journal of Shoulder and Elbow Surgery [Internet] June 2016; 25(6):873-880 [Citado 12 enero 2017]. Disponible en:[http://www.jshoulderelbow.org/article/S1058-2746\(16\)00070-7/abstract](http://www.jshoulderelbow.org/article/S1058-2746(16)00070-7/abstract)

19.Gordillo F, Arana JM, Mestas L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2011 Oct [citado 2016 may 07]; 4(3): 228-233. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011003300008&lng=es

20. Hernández Al, López AJ, Guzmán JA. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. Acta Médica Grupo Ángeles. 2016; 14(1):6-11.

21. Rojas M, Azevedo D. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná, Venezuela. Saber [Internet]. 2013 Sep [citado 2016 Mayo 11]; 25(3): 273-278. Disponible en:http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622013000300006&lng=es

22. American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia evaluation. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology. 2012; 116 (3): 522-538.

23.Moerman N, van Dam F, Muller M, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Anesth Analg. [Internet] 1996 Mar [Citado 11 mayo de 2016]; 82(3):445-51. Disponible en:http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/1996/03000/The_Amsterdam_Preoperative_Anxiety_and_Information_2.aspx

24.Álvarez G. Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. Revista Mexicana de Anestesiología. [Internet] Abril-Junio 2014 [Citado 11 mayo de 2016] Vol. 37. Supl. 1 pp S152-S154. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cmas141ap.pdf>

35.Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version. GMS Psycho-Social Medicine. [Internet] 2007; [Citado 3 junio de 2016]. 4: Doc 01. Disponible en:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736533/#_ffn_sectitle

26.Maurice-Szamburski A, Loundou A, Capdevila X, Bruder N, Auquier P. Validation of the French version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). Health and Quality of Life Outcomes [Internet] 2013 [Citado 8 junio de 2016] 11:166. Disponible en:<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-166>

27.Orellana F. Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes que recibirán anestesia para una intervención quirúrgica [Tesis]. Hospital José Carrasco, Cuenca, Ecuador. 2014 [Citado 3 junio de 2016]. Disponible en:<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21269/1/TESIS.pdf>

28. Van den Bosch JE, Moons KG, Bonsel GJ, Kalkman CJ: Does measurement of preoperative anxiety have added value for predicting postoperative nausea and vomiting? [Abstract] Anesth Analg. 2005; 100:1525-1532. [Citado 3 junio de 2016]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15845719?dopt=Abstract>

29. Moreno E, Gil J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Rev. Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther. [Internet] June 2003; 3(1):91-109 [Citado 3 junio de 2016]. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>

30.Organización Mundial de la Salud. Países, datos estadísticos y perfiles. S/F. [Citado 8 junio de 2016] Disponible en:<http://www.who.int/countries/ven/es/>

