

Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México

Enrique Ruiz-López,* Juan Heberto Muñoz-Cuevas,*

Yuliana Isabel Olivero-Vásquez,** Margarita Islas-Saucillo***

RESUMEN

Introducción. El acto anestésico-quirúrgico es considerado como un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido, por lo que la atención debe enfocarse a disminuir la ansiedad, con una adecuada atención hospitalaria y una consulta preanestésica eficiente, que a la vez implica la preparación psicológica y/o farmacológica del enfermo. **Objetivos.** Conocer y determinar las causas, la incidencia y el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía electiva. **Material y métodos.** Estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional en el que fueron evaluados 500 pacientes ASA I-II con edades de entre 18 y 65 años. La ansiedad fue evaluada mediante la aplicación de una encuesta y una escala visual análoga durante el periodo preoperatorio, 24 horas antes de la cirugía. **Resultados.** Predominaron los pacientes del sexo femenino, los sujetos en la cuarta década de la vida y enfermos con nivel socioeconómico medio. El 35% de los pacientes manifestaron miedo al ambiente hospitalario, 33% a la cirugía, 45% a la anestesia, 47% no conocían al cirujano y el 45% no sabían en qué consistía la cirugía que se les realizaría. **Conclusión.** El equipo multidisciplinario debe ofrecer orientación e información suficiente al paciente; siendo la consulta preanestésica un elemento clave para disminuir la incidencia de la ansiedad preoperatoria, para ofrecer un servicio con calidad en la práctica médica.

Palabras clave: Cirugía, anestesia, ansiedad, consulta preanestésica.

ABSTRACT

Background. A patient who is going to be in an anesthetic and surgery procedure could generate anxiety. That is why medical and hospital care would be guided to decrease this anxiety; when it is associated with an efficient preanesthetic evaluation, it could implicate a psychological and pharmacologic preparation. **Objectives.** The objective is to determinate information of Preanesthetic Anxiety's incidence, the causes and the level in patients whom have been in elective surgery. **Material and methods.** This descriptive, transversal, prospective and observational study, was evaluated in 500 ASA I-II patients, between 18-65 years old; we made and inquiry trying to get information from Anxiety Visual Scale during preoperative period, 24 hours before surgery. **Results.** We observed female predominance in 4th decade of life, with medium socioeconomic status, we found 35% of patients were afraid to hospital environment; 33% to surgery; 45% to anaesthesia. We estimated 47% of patients didn't meet the surgeon and 45% patients didn't know anything about the surgery they will be in. **Conclusion.** The multidisciplinary team, who participates in a Hospital would be responsible to offer enough patient's information, but preanesthetic evaluation is a fundamental element to decrease Preanesthetic Anxiety's incidence.

Key words: Surgery, anaesthesia, anxiety, preanesthetic evaluation.

INTRODUCCIÓN

... La responsabilidad del anestesiólogo en la evaluación preoperatoria de cada paciente, dependerá de su preparación y experiencia en fi-

siopatología clínica, pero también y en gran parte, del tipo de organización asistencial en la que le toca ejercer su especialidad y de la clase de cirujanos con los que le toca colaborar...

JA Nesi, 1976¹

* Servicio de Anestesiología, Hospital General de México (HGM) OD.

** Quirófanos Oncología, HGM OD.

*** Quirófanos Centrales, HGM OD.

A diferencia del médico general, del clínico o del cirujano, el anestesiólogo tiene generalmente poco tiempo para estudiar a cada uno de los pacientes antes de la intervención quirúrgica. En este tiempo

tan breve se debe decidir si el enfermo está en condiciones adecuadas para ser sometido a un procedimiento anestésico-quirúrgico.²

El éxito en la visita preoperatoria depende, en gran parte, de la cooperación 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, orientación, adecuada relación médico-paciente y trato humano para brindarle un manejo perioperatorio de calidad, orientado a dar mayor seguridad de acuerdo al caso de que se trate; sin restar importancia a la labor del personal paramédico y administrativo (enfermeras, trabajo social, intendencia, secretarías, etcétera), ya que, para obtener buenos resultados, se debe trabajar con un equipo multidisciplinario que interactúe con el paciente para ofrecer una adecuada atención. A pesar de ello, en la mayoría de los casos, el enfermo es valorado en la sala por el anestesiólogo 24 horas antes del procedimiento quirúrgico. No debería administrarse jamás una anestesia sin conocer al paciente y haberlo evaluado previamente.³

Los objetivos de la valoración preanestésica son: Establecer una buena relación médico-paciente; realizar una evaluación clínica del enfermo, así como 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 y seleccionar la técnica anestésica y fármacos a emplear en el periodo perioperatorio.⁴

La ansiedad es una alteración psíquica caracterizada por un sentimiento de temor y de aprehensión que puede ser componente de enfermedad psiquiátrica o un desorden de ansiedad independiente y estar acompañado de componentes somáticos, alteraciones psíquicas e hiperactividad simpática.

Es el resultado de un esfuerzo de adaptación inadecuado para resolver conflictos internos y puede generar fobias, reacciones de conversión, estados disociativos, obsesivos y compulsivos. La ansiedad se puede presentar en cualquier persona; puede ser transitoria o crónica o de ambas formas. Existen diversos tipos de trastornos por ansiedad: trastornos de pánico, fobias, desórdenes por ansiedad generalizados, trastorno mixto ansioso depresivo. Se diferencia del miedo en que este último es un sentimiento de inquietud y malestar suscitado por la presencia de un peligro.⁵

La presencia de ansiedad en el periodo preoperatorio es variable en cada paciente y depende de va-

rios factores: edad, sexo, estado socioeconómico, ocupación, estado físico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica, etcétera. La preparación psicológica que ofrece la visita preanestésica tiene gran influencia positiva en el estado anímico del paciente, pudiéndose observar en el mismo la disminución de su ansiedad preoperatoria cuantitativamente.⁶ A pesar de que mucho se ha avanzado en la farmacología de los medicamentos empleados para abatir la ansiedad en este periodo, poco se sabe sobre la frecuencia o la etiología de la misma;⁷ por esto se han implementado estrategias para disminuir su aparición, como pueden ser: la información audiovisual con material didáctico con realización de visitas guiadas previas en salas de operaciones;⁸ o la instrucción a través de hipnosis por medio de grabaciones que cada paciente escucha previamente a su cirugía.⁹

La anestesiología es una especialidad esencialmente clínica, por lo que la valoración médica preoperatoria está orientada a descubrir predictores de riesgo para que esto permita adoptar conductas médicas anticipadas, prevención de incidentes y accidentes en el acto anestésico-quirúrgico; inicialmente ésta se basaba en una historia clínica precisa y una exploración; después se añadieron las pruebas de laboratorio y con ello la detección de enfermedades en fase asintomática, con lo que se observa mejoría en el resultado posoperatorio.

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. Esta ansiedad puede desaparecer en el periodo posoperatorio, cuando el paciente recupera el estado de alerta y revalora que su entorno no presenta cambios importantes que le signifique modificación de sus hábitos de vida previos.⁹ Con base en esto, los anestesiólogos han utilizado la visita y medicación preoperatoria para mitigar la ansiedad.

Se ha demostrado que la visita efectuada por el anestesiólogo es en ocasiones más efectiva que la medicación farmacológica y que puede aliviar la ansiedad preoperatoria.¹⁰ La mayoría de revisiones so-

bre anestesia pocas veces fija la atención en cuanto al tema de la ansiedad en el paciente preoperatorio. Algunos autores hacen observaciones interesantes al describir que la atención y el servicio que ofrece todo el personal dentro del hospital puede generar angustia en el enfermo, por lo que la comunicación adecuada y la actitud del equipo multidisciplinario que interactúe con el paciente puede ofrecer un entorno confortable, previo al acto anestésico-quirúrgico.¹¹

La base de la entrevista preanestésica son la historia clínica y el examen físico, los cuales son el mejor medio para detectar una patología y valorar clínicamente la ansiedad preoperatoria con inspección visual, perfil psicológico, sintomatología asociada, tratamiento farmacológico previo; siendo esta información recopilada en la nota preanestésica para determinar la conducta a seguir en cada caso en particular.

Idealmente, esta valoración debería realizarse unos días antes del procedimiento quirúrgico, permitiendo al paciente conocer a los miembros del equipo, completar los exámenes de laboratorio necesarios, proporcionar tiempo suficiente para estabilizar cualquier patología previa, en ocasiones con la asesoría de otro especialista. Desafortunadamente, problemas logísticos (pacientes y centro hospitalario) no lo permiten.^{12,13}

Los objetivos del presente estudio fueron: observar si la consulta preanestésica tiene influencia positiva en los pacientes con la consecuente disminución de su estado de ansiedad; determinar las causas que la pueden generar; evaluar, de acuerdo a una escala visual, los niveles de ansiedad que presentan los pacientes sometidos a cirugía electiva e identificar en qué pacientes es mayor su incidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de este estudio fue descriptivo, transversal, prospectivo y observacional. Se llevó a cabo durante la consulta preanestésica, que es una rutina diaria realizada 24 horas antes de la cirugía en la Unidad de Quirófanos Centrales del Hospital General de México. Fueron incluidos 500 pacientes con edades comprendidas entre 18 y 65 años, ASA I-II, programados para cirugía electiva. El médico anestesiólogo aplicó un cuestionario cerrado, voluntario, con lenguaje de fácil comprensión que constaba de 13 reactivos que detallaban la siguiente información: edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado socioeconómico, temor a la cirugía y/o a la anestesia, temor al ambiente hospitalario, si se conoce o no al cirujano, si estaba informado del tipo

de cirugía que le realizarían, sus hábitos de sueño previo a su ingreso hospitalario, su estado anímico y autoestima del mismo. También aplicó una inspección psicológica visual de los movimientos y expresión facial, manera de hablar y tipo de respiración, de acuerdo a la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento ICD 10F40-F49.¹⁴

A la vez se valoró el estado de ansiedad del mismo paciente a través de una escala visual análoga (que consistía en una línea de 10 cm, donde 0 = *No ansiedad* y 10 = *Máxima ansiedad*).^{15,16}

Los criterios de exclusión fueron: pacientes pediátricos (< 18 años), enfermos con ASA III-IV, sujetos con trastornos de lenguaje, con patología psiquiátrica e individuos con antecedente de medicación con ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores de membrana.

RESULTADOS

El cuestionario se aplicó a 500 pacientes operados en los Quirófanos Centrales del Hospital General de México, durante septiembre 1995 a enero 1996 cuyas edades fluctuaron entre 18 y 65 años, con edad promedio de 41 años, correspondiendo 66.6% al sexo femenino. Los datos sobre escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico se presentan en el *cuadro I*.

Cuadro I. Escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico de los pacientes.

	%
Escolaridad	
Analfabeta	5.6
Primaria	30.0
Secundaria	31.2
Preparatoria	16.2
Profesional	17.0
Ocupación	
Hogar	37.6
Estudiante	13.2
Empleado	21.2
Obrero	16.2
Chofer	7.0
Profesional	0.8
Campesino	4.0
Estado socioeconómico	
Bajo	33.0
Medio	67.0
Alto	0.0

Se encontró que 165 sujetos (33%) sí presentaron temor a la cirugía, mientras que los otros 335 (67%) no lo refirieron. En lo que se refiere a temor por la anestesia, 227 pacientes (45%) respondieron afirmativamente y 273 (55%) indicaron no tenerlo. Ciento setenta y seis enfermos (35%) sí tuvieron temor al ambiente hospitalario y 324 (65%) no lo reportaron. Al preguntar a cada paciente si conocían al cirujano que lo operaría, 235 pacientes (47%) dijeron que sí y 265 (53%) contestaron que no. En relación a información sobre el tipo de cirugía que se le realizaría, respondieron de manera afirmativa 273 (55%) y negativamente 227 (45%); el *cuadro II* muestra la distribución de los pacientes de acuerdo al tipo de cirugía aplicada.

Los resultados de la aplicación de la escala visual análoga para evaluar la ansiedad aparecen en el *cuadro III*.

DISCUSIÓN

De acuerdo con nuestros resultados, en este estudio predominaron los pacientes de la cuarta década de la vida y del sexo femenino (66.6%), dedicadas al hogar (37.6%), con escolaridad máxima de

Cuadro II. Distribución de los casos de acuerdo al tipo de cirugía aplicada.

<i>Cirugía</i>	<i>n</i>
Plastia umbilical e inguinal	156
Colecistectomía	92
Laparotomía exploradora	63
Histerectomía abdominal	53
Apendicectomía	26
Fistulectomía	19
Hemorroidectomía	14
Artroplastia	12
Colocación catéter Tenckoff	11
Colpoperineoplastia anterior y posterior	11
Orquiectomía	10
Quiste pilonidal	5
Pielolitotomía	3
Nefrectomía	3
Prostatectomía	2
Nefrolitotomía	2
Histerectomía vaginal	2
Resección quiste articular	1
Circuncisión	1

Cuadro III. Resultados de la escala visual de ansiedad.

<i>Valor</i>	<i>%</i>
1	0.6
2	17.8
3	36.6
4	22.6
5	10.4
6	7.0
7	3.2
8	2.2
9	0.0
10	0.0

secundaria (31.2%) y con nivel socioeconómico medio (67%).

Al referirse a temor al ambiente hospitalario 35% respondió afirmativamente; se observó que un 45% de la población presentó miedo a la anestesia y un 33% lo manifestó como miedo a la cirugía. El 47% no conocía al cirujano que los operaría y el 45% de la población no sabía en qué consistiría el procedimiento que se le aplicaría. Asimismo la inspección visual mostró datos sugestivos de ansiedad como preocupación, inseguridad, dificultad en la concentración para responder, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño, todas de intensidad variable, que pudieran manifestarse como ataques de pánico y/o síntomas fóbicos. Los resultados, de acuerdo a la escala visual de la ansiedad, mostraron que los valores referidos por los pacientes se manifestaron entre 2 y 5, lo que se traduce como ansiedad leve a moderada.

Siendo la ansiedad un sentimiento de temor y aprehensión que puede tener repercusiones importantes en el entorno familiar, social, afectivo y ocupacional, se demuestra que hoy pueden haber factores importantes a considerar en este estudio, como son la frecuencia en sexo femenino y el estado socioeconómico, que en nuestro Centro Hospitalario son predominantes.

Con esto se confirma la presencia de ansiedad reactiva en pacientes que se someten a cirugía. Es bien sabido que la cirugía provoca un estrés psicológico en grados variables y que se puede manifestar por diversas reacciones por parte del paciente, siendo las alteraciones de ansiedad las más frecuentes.

Debemos considerar que, como el Hospital General de México es un centro de tercer nivel que

cuenta con cursos universitarios de diversas áreas, estos resultados aportan información relevante al poner de manifiesto que la atención integral al paciente debe ser manejada adecuadamente desde su ingreso al mismo, ya que el equipo multidisciplinario que interactúa para resolver el problema de salud por el cual acude; debe además ofrecer un trato humano, siendo obligación de todos el informar y orientar adecuadamente acerca de su patología, de los procedimientos diagnósticos y del tratamiento, ya sea terapéutico y/o quirúrgico. Sobre esta base podremos confiar que se tienen elementos suficientes para disminuir el temor y la ansiedad que puede provocar el medio hospitalario.

Por lo anterior, la realización de una consulta preanestésica de calidad por sí sola es un factor que contribuye de manera notable en la buena atención para un paciente que se somete a cirugía, ya que en dicha valoración se pueden resolver las dudas que generan ansiedad, al establecer una buena relación médico-paciente, al llevar a cabo un interrogatorio dirigido, al realizar una evaluación clínica precisa, al elaborar un plan terapéutico de acuerdo a cada caso en particular, al decidir una medicación racional y efectiva, al prevenir de antemano la mínima presencia de efectos colaterales no deseados, que conllevan a la obtención de un consentimiento informado de un paciente convencido de su problemática y minimizando sus temores al medio hospitalario.

CONCLUSIONES

Cualquier paciente que ingresa a un hospital presenta angustia y ansiedad por el simple hecho de saberse enfermo y más aun cuando se le informa que será sometido a un procedimiento anestésico-quirúrgico, ya que para el enfermo en ocasiones le puede generar una sensación de riesgo para su vida. Es por esto que, en todo medio hospitalario, se debe llevar a cabo una revisión, planeación, supervisión, actualización y corrección de las vías por las cuales un paciente llega a consulta, hospitalización y quirófano para que sea disminuida la presencia de ansiedad durante su estancia en el centro hospitalario.

Es fundamental que el equipo multidisciplinario (administrativo, paramédico y médico) actúe de manera coordinada, brindando orientación e información suficiente al paciente y sus familiares de cada caso en particular.

Es aquí donde, durante los últimos años, el papel del médico anestesiólogo se ha enfocado al concepto de medicina perioperatoria, con el firme propósito de que el personal de esta área sea el encargado de ofrecer una adecuada valoración preoperatoria con el objeto de detectar y corregir previamente cualquier anomalía que pudiera ser riesgosa para el paciente que se somete a cirugía, así como indicar las medidas necesarias para una adecuada toma de decisión del manejo del enfermo e incluso prevenir algunos eventos y complicaciones no deseados. Así mismo, es el médico anestesiólogo quien se encarga de mantener la estabilidad hemodinámica durante el periodo transoperatorio, empleando sus conocimientos y destrezas al realizar manejo invasivo o intensivo de acuerdo al caso de que se trate, y este manejo se deberá extender hasta las 48 a 72 horas de posoperado el paciente, con el propósito de brindarle una recuperación más óptima y con mínimos efectos indeseables y de calidad.

Sin embargo, es la consulta preanestésica, la pieza fundamental para planificar el manejo integral de cualquier paciente que requiera cirugía, estudios especiales, procedimientos menores, etcétera y seguirá siendo un elemento de suma importancia en cualquier medio hospitalario; por lo que al ser un recurso indispensable y necesario dentro de Hospital General de México, debe seguir siendo favorecida para su realización y crecer en todos los sitios donde se solicite la presencia del médico anestesiólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aldrete JA. Texto de anestesiología teórico-práctico. Tomo X México: Salvat, 1991; 324-336.
2. Thornton AJ, Levy CJ. *Anestesia y Cuidados Intensivos*. Barcelona, España: Salvat, 1982; 108-115.
3. Egbert LD, Battil GE, Turndorf HB. The Value of the Preoperative visit by an Anesthetist. *JAMA* 1963; 185: 5535.
4. Hitchcock M, Ogg TW. Quality assurance in day care anaesthesia. *Amb Surg* 1994; 2: 181-192.
5. Arellano R. Timing of the Anaesthetist's Preoperative out Patient interview. *Anaesth Analg* 1989; 68: 645.
6. Williams OA. Patient Knowledge of operative care. *JR Soc Med* 1993; 86: 328-331.
7. Conway JB et al. Preadmission Anaesthesia consultation clinics. *Can J Anaesth* 1992; 39: 1009-1011.
8. Lynn-Mchale D, Corsetti A, Brady-Avis E, Shaffet R, McGrory J, Rothenberg C. Preoperative ICU Tours, are they helpful? *Am J Crit Care* 1997; 6: 106-115.
9. Ghoneim M, Block RI, Sarasin DS, Davis CS, Marchman JN. Tape recorded hypnosis instructions as adjuvant in the care of patients scheduled for third molar surgery. *Anaesth Analg* 2000; 90: 64-68.

10. Kern C, Weber A, Aurilio C, Forster A. Patient evaluation and comparison of the recovery profile between propofol and thiopentone as induction agents in day surgery. *Anaesth Analg* 1996; 83: 1285-1291.
11. Landais A. Which preoperative test in ambulatory surgery. *Can Anaesth* 1993; 41: 511-519.
12. Golup R et al. Efficacy of preadmission testing in ambulatory surgical patients. *Am J Surg* 1992; 163: 565-570.
13. Fischer SP. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. *Anesthesiology* 1996; 85: 196-206.
14. Organización Mundial de la Salud. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorder: Diagnostic criteria for research*. OMS, 1993: 126-130.
15. Shafer A, Fish MP, Seavello J, Kosek P. Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesth Analg* 1996; 83: 1285-1291.
16. Kunganeswaran E, Clarkston WK, Cuddy PG, Quiason SG, Pandya PK, Smith OJ, Chen ST. A double-blind placebo controlled trial of oral midazolam as premedication before flexible sigmoidoscopy. *Am J Gastroenterol* 1999; 94 (11): 3215-3219.

Dirección para correspondencia:

Dr. Enrique Ruiz López,
Dr. Juan Heberto Muñoz Cuevas
Salaverri No. 910
Col. Lindavista
07300 México, D.F.
Tel: 5578-4254.
E-mail: toheber@prodigy.net.mx