



# La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados

María del Carmen Gavito\*

María Ángeles Corona\*

María Eugenia Villagrán\*

José Morales\*

José Luis Téllez\*

Héctor A. Ortega-Soto†

**Palabras clave:** Cirugía, información, ansiedad, depresión.

**Key words:** Surgery, information anxiety, depression.

## RESUMEN

**Introducción:** La cirugía es una experiencia estresante por una variedad de razones. Las condiciones de recuperación y la evolución del evento quirúrgico pueden variar en función de la situación emocional del paciente. Para muchos profesionales de la salud, la información acerca del proceso quirúrgico provocaría un beneficio emocional al paciente.

**Objetivo:** El propósito de este estudio fue evaluar el efecto que ejerce la información estructurada y detallada de una cirugía de tórax en pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias que son sometidos a ella.

**Método:** A los pacientes se les aceptó mediante un

\* Departamento de Cirugía, INER.

† Coordinación de Investigación, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM y División de Investigaciones Clínicas, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Correspondencia:

Lic. Psic. Ma. del Carmen Gavito

Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Calzada de Tlalpan 4502, colonia Sección XVI. México, D.F., 14080.

Trabajo recibido: 11-IX-2000; Aceptado: 27-IX-2000

consenso médico-quirúrgico para ser operados (toracotomía). Se les incluyó en el estudio bajo los siguientes criterios: alfabetas, edad entre 18 a 65 años y de cualquier sexo; se les aplicaron los instrumentos de medición de su situación emocional: escala HAD (mide ansiedad y depresión), IDARE (mide ansiedad), una escala análoga visual para ansiedad y otra para dolor (EVA); una escala prequirúrgica (APAIS) y un cuestionario de personalidad (EPQ). Los pacientes fueron asignados aleatoriamente para recibir, o no, información por parte de dos investigadoras ajenas a la evaluación emocional; 24 horas después de la cirugía se les aplicaron los instrumentos para medir ansiedad y dolor, el IDARE y EVA y una semana después el HAD. **Resultados:** De 33 pacientes, 14 recibieron la maniobra experimental (caso) y 19 la control. Los resultados arrojan algunas diferencias entre los grupos, pero no son estadísticamente significativas. Parece que además de la información del proceso quirúrgico, se requieren de otras intervenciones para modificar la situación emocional del paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Surgery is a stressful experience for multiple reasons and the conditions of recovery and evolution of the surgical event can vary according to

**the patient's emotional situation. Many health professionals state that information given to the patient regarding the surgical procedure can be emotionally helpful.**

**Objective:** The purpose of the present study was to evaluate the effect of structured and detailed information given to patients undergoing thoracic surgery at the INER.

**Method:** Patients for surgery were accepted by consensus of surgeons. To be accepted they had to have knowledge of reading and writing Spanish, sign an informed consent, be between 18 and 65 years of age and sex. Tests to measure their emotional situation were applied, the HAD scale for anxiety and depression, the IDARE scale to measure anxiety, a visual analog scale which also measures anxiety, a visual analog scale to measure pain (EVA); additionally, a scale measuring pre-surgery information (APAIS) and a personality scale were applied. Patients were randomised to receive, or not, information by two investigators blind to the emotional evaluations. Twenty-four hours after surgery, patients were retest with scales to measure anxiety, pain and the EVA. One week later the HAD was applied again.

**Results:** Of 33 patients, 14 were cases and 19 controls. Results show some differences but with no statistical significance between groups. It seems that other interventions are necessary, beside information about surgery and anaesthesia, to modify the emotional state of the patient.

## INTRODUCCIÓN

Si bien se detecta casi invariablemente en los pacientes una respuesta de estrés asociada a la presencia de una enfermedad orgánica, la intervención quirúrgica en un ambiente extraño, el conocimiento de los peligros de la anestesia y la cirugía, más las fantasías y los miedos al respecto (miedo a lo desconocido, miedo a no despertar jamás o el miedo a despertar en medio de la cirugía, miedo a los errores técnicos dentro de ella, miedo al dolor, etcétera), conducen al estrés psicológico de manera por demás importante. Para afrontar esto, los pacientes movilizan sus recursos emocionales y pueden adaptarse a los requerimientos del proceso perioperatorio en el que se encuentran. Sin embargo, este proceso de adaptación resulta no siempre exitoso, ya que el paciente ignora a qué se enfrentará exactamente en la mayoría de las ocasiones.

Además, las condiciones de recuperación y evolución del evento quirúrgico pueden variar debido a la situación emocional del paciente. Williams y cols.<sup>1</sup>, investigaron las respuestas psicofisiológicas a la anestesia y operación observando que "este estado emocional tiene su propio síndrome fisiológico", el cual muchas veces es olvidado por el equipo de atención hospitalaria al realizar el trabajo de manera rutinaria. Sustentan, también, la hipótesis de que los estímulos nociceptivos alcanzan el sistema nervioso central del paciente bajo anestesia general.

En una revisión sobre la educación al paciente en estos tópicos, Webber GC<sup>2</sup>, concluye que, en general, la educación preoperatoria se asocia a un beneficio en la mejoría tanto objetiva como subjetiva, en el proceso de recuperación del paciente.

Por otro lado, existe la controversia acerca de si la información previa beneficia a todos los pacientes pues, para algunos de ellos, pudiera inducirse un estrés de mayor magnitud "al sentirse agobiados" con tanta información o con la "información que no desean escuchar". En este sentido, Lonsdale M<sup>3</sup>, realizó una investigación en Canadá y Escocia y analizó si los pacientes deseaban información acerca de la anestesia. Sus hallazgos sugieren que los pacientes de ambos países, menores de 50 años tuvieron mayor agrado de recibir la información que aquéllos de mayor edad. En Canadá, los pacientes del sexo femenino fueron más incisivos para recibir información preoperatoria que los hombres del mismo grupo. También observaron que, el detallar las complicaciones peligrosas de la anestesia y la cirugía, éstas fueron valoradas como de baja prioridad, pero a los aspectos del posoperatorio como son la relación a comer y beber se les asignó un valor alto. Por último, en ambos países la mayoría de los pacientes otorgó gran importancia a la entrevista con el anestesiólogo, previa a la cirugía. Llama la atención en este estudio que el grupo de pacientes de Escocia contestaron "no saber" como opción a preguntas diversas en relación con el procedimiento anestésico. Los autores suponen que esta diferencia puede atribuirse al interés sobre los derechos y legislación acerca de los servicios de salud; es decir, existen diferencias en la educación para la salud en cada uno de los países.

En otro estudio para observar el efecto de la información preanestésica en el estado emocional de los pacientes, Elsass y cols<sup>4</sup>, evaluaron la ansiedad de los pacientes mediante el cuestionario "Rasgo-Estado" de Spielberger y un "Cuestionario preanestesia", los autores observaron que los pacientes con un alto nivel de información, mostraron una pequeña y no significativa reducción de la ansiedad en el curso de la pre a la posanestesia, comparada con la de los pacientes que recibieron la información de rutina.

Por su parte Moerman y cols<sup>5</sup>, evaluaron el nivel de ansiedad y el requerimiento de información en la fase preoperatoria. Las mujeres tuvieron mayor ansiedad que los hombres; los pacientes que presentaron un requerimiento alto de información, tenían un alto nivel de ansiedad; y, además, los pacientes que nunca se habían sometido a una operación, requerían un nivel sofisticado de información, más que quienes habían experimentado una intervención quirúrgica previa.

Podemos notar la discrepancia acerca de la utilidad de proporcionar información previa a la cirugía, tanto en la cantidad como en la calidad, lo cual puede explicarse si se toman en cuenta las diferentes características individuales, culturales, idiosincrásicas y otras de los sujetos que han sido incluidos en los estudios referidos.

El objetivo de esta investigación fue evaluar si la información otorgada de manera estructurada y sistemática a

pacientes que se someten a cirugía de tórax en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) modificaba la ansiedad, depresión y dolor posoperatorio de estos pacientes y, si comparados con un grupo control al que no se le proporcionó dicha información, existían diferencias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Los pacientes que fueron aceptados por la junta quirúrgica para someterse a una cirugía de tórax en el INER, pasaron por un proceso de evaluación médica con estudios de laboratorio, gabinete y estudio clínico completo, en el que los médicos tratantes y los cirujanos acordaron la necesidad de la intervención quirúrgica, se pidió la autorización por escrito de dichos pacientes y se programaron para la cirugía en un tiempo razonable. Asimismo, se les aplicaron los instrumentos de medición de su situación emocional y de su necesidad de ser informados del proceso anestésico y quirúrgico antes de la cirugía. Además de cumplir los requisitos de ser alfabetas, estar en un rango de edad de 18 a 65 años y tener la necesidad de someterse a una toracotomía en la que se requiere colocar una sonda endopleural para drenaje, los pacientes incluidos no tenían que ser de ningún sexo en específico.

Los instrumentos de medición aplicados fueron: una escala para ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados (HAD)<sup>6</sup>; el inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)<sup>7</sup>, dos escalas análogo-visuales implementadas *ad hoc*, una para evaluar ansiedad (EVAA)<sup>8</sup> y otra para dolor (EVAD)<sup>8</sup>; una escala de ansiedad e información prequirúrgica (APAIS)<sup>5</sup>; y, un cuestionario que evalúa características de personalidad (EPQ)<sup>9</sup>. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente para recibir, o no, información médica por parte de dos investigadoras ajenas a la evaluación emocional. Veinticuatro horas después de la cirugía a los pacientes se les volvió a evaluar mediante los instrumentos para medir ansiedad (IDARE y EVAA) y dolor (EVAD) y una semana después el HAD. Todos los instrumentos de evaluación emocional y de evaluación del dolor fueron aplicados por la psicóloga responsable de la investigación.

## RESULTADOS

De 33 pacientes, 14 recibieron la maniobra experimental (caso) y 19 la maniobra control. La proporción por sexo fue de 1:1; los de niveles de escolaridad y de tipo de cirugía (toracotomía antero-lateral 40%) en ambos grupos fue semejante. Tampoco en la edad hubo diferencias ( $42 \pm 15$  años). Los rasgos de personalidad evaluados por el EPQ mostraron un comportamiento similar en los dos grupos. Los ANOVA para medidas repetidas ( $gl\ 1, 30$ ) de las variables EVAA, EVAD e IDARE mostraron un efecto significativo del tiempo con un valor F de 2.2, 3.6 y 3.3 respectivamente ( $p < 0.05$ ); no hubo diferencias entre los grupos (Tabla I).

## DISCUSIÓN

La ansiedad parece ser una variable cuya intensidad disminuye después de la cirugía de manera independiente a la información que se recibe, pues no se evidenció el

**Tabla I. Características demográficas y clínicas.**

Variable	Control	Experimental
Sexo (m/f)	6/8	7/10
Edad	$41.9 \pm 14.8$	$41.6 \pm 14.8$
Edo. civil (c/s)	75.0%	58.0%
IDARE 1	$43.1 \pm 5.3$	$45.1 \pm 6.7$
IDARE 2*	$39.5 \pm 5.9$	$41.7 \pm 5.2$
Depresión 1	$4.3 \pm 3.8$	$4.2 \pm 4.3$
Depresión 2	$3.7 \pm 2.4$	$4.9 \pm 5.9$
Ansiedad 1	$8.7 \pm 3.2$	$7.8 \pm 4.3$
Ansiedad 2	$5.2 \pm 2.3$	$6.5 \pm 5.2$
EVAD 1	$2.4 \pm 2.3$	$2.5 \pm 2.3$
EVAD 2 ‡	$4.3 \pm 3.1$	$5.2 \pm 3.3$
EVAA 1	$2.9 \pm 2.5$	$3.9 \pm 2.9$
EVAA 2 §	$4.3 \pm 5.4$	$3.7 \pm 2.9$

\* IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (se reporta únicamente estado).

‡ EVAD: Escala Análoga Visual de Dolor

§ EVAA: Escala Análoga Visual de Ansiedad

efecto de la información en los grupos. El proveer información del proceso quirúrgico parece ser necesario, pero no suficiente para modificar la situación emocional del paciente. La necesidad de ser informados respecto al proceso quirúrgico y anestésico se infiere de los resultados en la escala de ansiedad e información (APAIS), pues fueron semejantes en ambos grupos. Sin embargo, no parece ser una variable que modifique los niveles de ansiedad, depresión y dolor.

Los hallazgos en este estudio sugieren que una intervención con los pacientes más amplia y completa podría modificar su estado de ansiedad y su percepción al dolor ya que están involucrados mecanismos no solamente intelectuales sino emocionales o afectivos. Debe tomarse en cuenta que no necesariamente los primeros influyen en la situación afectiva de las personas, debido a que diversas características individuales como el nivel intelectual o el cognoscitivo pueden operar a ese nivel. De acuerdo a Lonsdale<sup>3</sup>, algunos pacientes “no desean tanta información” porque además pudieran “sentirse agobiados con ella”, lo que lleva a reflexionar sobre el hecho de si la información ya estructurada es el instrumento correcto, o bien, debiera interrogarse al paciente acerca de lo que quiere y necesita saber. En otras palabras, la disminución de los niveles de ansiedad, depresión y percepción del dolor en el paciente quirúrgico requieren de adecuar la información que proporciona el equipo quirúrgico al paciente. Como reza una máxima de la medicina “existen enfermos (personas), no enfermedades”.

Desde el punto de vista psicoanalítico el trauma (estrés psicológico), presupone un ingreso excesivo de estímulos internos y externos en la “psiquis”, estímulos que constituyen una amenaza y pueden superar la capacidad de tolerar y controlar psicológicamente la situación<sup>10</sup>. La adaptación a la cirugía es un proceso complejo, determinado por la estructura psicológica del paciente e incluye conductas generales, manifestaciones afectivas y motoras y estrategias de intercambio con el ambiente; además de mecanismos de defensa, cuya función es reducir o anular el daño anticipado —es decir eliminar la ansiedad y la sensación de peligro—. Todos estos elementos pueden alterar el funcionamiento adaptativo al estrés.

En este estudio, no se evidenció el efecto de la información ya que en ambos grupos hubo disminución en las mediciones de ansiedad, depresión y dolor. El tamaño de la muestra fue pequeño para que se manifestaran diferencias significativas entre los grupos, pero el cambio antes-después sugiere que una buena intervención psicoeducativa podría redundar en un mayor beneficio.

## CONCLUSIONES

Debido a la serie de elementos involucrados para contender con una situación estresante para enfrentarse a una cirugía de tórax, es conveniente proporcionar la información que los pacientes deseen conocer, pero también implementar una entrevista psicológica en la que se detecten las necesidades emocionales, los mecanismos de defensa y sus recursos de afrontamiento para dar la atención psicoterapéutica pertinente.

## REFERENCIAS

1. Williams GL, Jones JR. *Psychophysiological responses to anaesthesia and operation*. JAMA 1968; 203: 127-129.
2. Webber GC. *Patient education*. Med Care 1990; 28: 1089-1101.
3. Lonsdale M, Hutchison GL. *Patients' desire for information about anaesthesia*. Anaesthesia 1991; 46: 410-412.
4. Elsass P, Eikard B, Junge J, Lykke J, Staun P, Feldt-Rasmussen M. *Psychological effect of detailed preanesthetic information*. Acta Anaesthesiol Scand 1987; 31: 579-583.
5. Moerman N, Van Dam F, Muller MJ, Oosting H. *The Amsterdam Preoperative and Anxiety and Information Scale (APAIS)*. Anesth Analg 1996; 82: 445-451.
6. Torres-Castillo M, Hernández-Malpica E, Ortega-Soto HA. *Valididad y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un Hospital de cardiología*. Salud Mental 1991; 14: 1-6.
7. Spielberger CD, Díaz-Guerrero R. *Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado*. México, D.F.: El Manual Moderno, 1975: 1- 27.
8. Feinstein AV. *The architecture of clinical research*. Washington: William, Wilkins, 1996.
9. Eysenck SBG, Lara-Cantu MA. *Un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses*. Salud Mental 1989; 12: 14-20.
10. Giacomantone E, Mejía A. *La cirugía como trauma psíquico*. En: Giacomantone A, Mejía A, editores. *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*. México, D.F.: Paidós, 1997: 35- 43.

