

SERBIULA
Tulio Febres Cordero

Universidad de los Andes
Facultad de Medicina
Departamento de Cirugía
Unidad Docente Asistencial de Anestesiología
Postgrado de Anestesiología

*Efectos que Produce la Terapia
Psicoeducativa y la Medicación con Zolpidem
vs. Diazepam en la Ansiedad del Paciente
Quirúrgico.*

www.bdigital.ula.ve

Dra. María Auxiliadora Vera Durán.

SERBIULA - TULIO FEBRES CORDERO



BF576 A6V4

Mérida – Venezuela 2001

DONACION

C.C.Reconocimiento

TITULO: Efectos que produce la terapia psicoeducativa y la medicación con Zolpidem vs. Diazepam en la ansiedad del paciente quirúrgico.

AUTOR: Dra. Vera Durán María Auxiliadora.
Residente III año de Post-grado de Anestesiología.

TUTORES: Dr. Fariña Gabino Nicolás.
Médico Anestesiólogo Cardiovascular.
Profesor Asociado de la Facultad de Medicina ULA.

ASESOR: Dr. González Berti Francisco.
Médico Psiquiatra.
Profesor Asociado a la Unidad Psiquiátrica ULA.

Trabajo que presenta la residente del III Año de Anestesiología María Auxiliadora Vera Durán ante el honorable Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, como requisito para optar al título de Médico Especialista en Anestesiología, en todo de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

Agradecimientos

- A* Dios Todopoderoso fuente de Amor, Luz y Vida
- A* Dr. Nicolás Fariña, por el apoyo y colaboración prestada durante mi Formación en ésta especialidad.
- A* Dr. González Berti, por la asesoría en esta investigación.
- A* la Dra. María Elbayeh, por hacer posible la meta trazada en esta tesis.
- A* los Especialistas Anestesiólogos, por los conocimientos aportados a lo largo de estos tres años, a todos ustedes gracias...
- A* la Dra. Marina Guerrero, Dra. Lorena Rivas y Dra. Yesenia Quintero, con Uds. Compartí una gran amistad...
- A* la Dra. Soleima Sánchez, se ha convertido en una amiga incondicional.
- A* todos los que laboran en nuestra área de quirófano, compartiendo el día a día.
- A* cada uno de los pacientes que hicieron posible esta investigación.

A todos gracias...

Dedicatoria

A ti Mamá, sin tu apoyo no hubiera sido posible este logro, así como tus oraciones me acompañaron siempre, fortaleciéndome aún en los momentos más difíciles.

A mi hija, mi gran tesoro e impulso constante de darte siempre lo mejor de mí.
Te Amo.

A la memoria de mi Padre.

A mi familia solidarios e incondicionales siempre, ejemplo de amor, unión y superación...

A todos mis compañeros del post-grado., en especial, Mary Carmen y Carlos González.

A mis amigos de toda una vida, les dedico este día.

Resumen

Se estudiaron 60 pacientes ingresados en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), durante el período Enero a Julio del 2001, con el fin de determinar algunos factores asociados a la ansiedad. Se aplicó la Escala de Hamilton, tanto en Hospitalización como en Área Preoperatoria, de igual manera se registraron algunas variables tales como la edad, sexo y el área de procedencia. Los sesenta pacientes fueron asignados aleatoriamente a tres grupos, uno tratado con Zolpidem ($n = 20$), otro con Diazepam ($n = 20$) y el tercero con Terapia Psico- Educativa ($n = 20$). Los datos fueron recolectados y procesados a través del paquete estadístico SPSS, versión, 7.5 para Windows. El análisis efectuado fue tanto descriptivo como inferencial, para las variables cuantitativas como frecuencia cardiaca, edad, peso, y presión arterial. También se emplearon frecuencias y porcentajes para resumir las variables cualitativas como sexo, procedencia, nivel de instrucción, al igual que la ansiedad según la Escala de Hamilton y el Factor Ansiedad en La Cirugía, La Anestesia y El Ambiente hospitalario. Para el análisis inferencial se emplearon la prueba de Chi Cuadrado y el Análisis de Varianza de Efectos Fijos, ambos a un nivel de significación $\alpha = 0.05$. Entre los resultados más relevantes están que el tratamiento aplicado (Diazepam, Zolpidem o Terapia Psicoeducativa) está relacionado con el Nivel de Ansiedad según la Escala de Hamilton en el área preoperatoria, pero no en hospitalización, dado que los pacientes aún no han sido medicados en esta fase. Se apreció que el uso de Zolpidem mejora el estado de ansiedad mas, que con el uso de Diazepam, sin embargo éste ultimo contribuye a mejor estabilidad hemodinámica. Otro factor asociado con el Nivel de Ansiedad tanto en hospitalización como en área preoperatoria fue el A.S.A. ($p > 0.05$). Por otra parte, respecto a las variables hemodinámicas se encontró que el tratamiento sólo ejerció influencia estadísticamente significativa en la frecuencia cardiaca en área preoperatoria ($p = 0.009$) y en quirófano ($p = 0.001$), en la presión arterial diastólica tanto en área preoperatoria ($p = 0.036$) como en quirófano ($p = 0.011$). No influyó en ninguna de las variables hemodinámicas medidas en hospitalización, ni en la presión arterial sistólica. En relación al factor ansiedad el 93.3% de los pacientes manifestaron ansiedad por la anestesia. Se concluye, que la terapia psicoeducativa es una alternativa ideal en el manejo de la ansiedad preoperatoria sumado igualmente a la medicación farmacológica.

Summary

Sixty patients interned in the Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), were studied during the period between January to July of 2001, with the purpose of determining some factors associated to anxiety. The Hamilton Scale was applied, in the Hospitalization Room as well as in the preoperative area, other variables as age, sex and place of origin were recorded. All sixty patients were assigned randomly in to three groups, one treated with Zolpidem (n = 20), other with Diazepam (n = 20) and the third with Psico- Educative Therapy (n = 20). The data was collected and analyzed through the statistical package SPSS, version, 7.5 for Windows. The analysis was as descriptive as inferencial, for variables as cardiac frequency, age, weight and arterial pressure. Frequencies and percentages were used to summarize the quality variables like age, birth place and level of education, as well as the anxiety according to the Hamilton Scale and the Anxiety Factor in The Surgery, The Anesthesia and The Hospital Environment. For the inferencial analysis the test of the square chi and the Analysis of Variation of Permanent Effects, both at a signification level of $\alpha = 0.05$. Among the most relevant results are that the treatment applied (Diazepam, Zolpidem or Psicoeducational Therapy) is related with the Anxiety Level according to the Hamilton Scale in the preoperative area, but not in the Hospitalization Room, since the patients have not been medicated in that phase. It was observed that the use of Zolpidem improves better the state of anxiety than the use of Diazepam, however this contributes to a major hemodinamical stability. Another factor associated with the Anxiety Level was the A.S.A. ($p > 0.05$). In another side, regarding the hemodinamical variables it was found that the treatment was only statistically influential significantly in the cardiac frequency in the Preoperative Area ($p = 0.009$) and in the operation room ($p = 0.001$), in the diastolic arterial pressure in the Hospitalization Room ($p = 0.036$) as in the operation room ($p = 0.011$). It didn't have any influence in any of the hemodinamcal variables measured in the hospitalization room, neither in the systolic arterial pressure. In relation with the anxiety factor 93.3% of the patients manifested anxiety because of the anesthesia. We conclude, that psicoeducational therapy is an ideal alternative for the handling of preoperative anxiety as well as pharmacological medication.

Contenido

Agradecimiento	i
Dedicatoria	ii
Resumen	iii
Summary	iv
Contenido	v
Lista de Tablas	vi

Capítulos

CAPITULO I	
Introducción	2
CAPITULO II	
Antecedentes	9
CAPITULO III	
Objetivos e Hipótesis	19
CAPITULO IV	
MATERIALES Y METODOS	
(a) Diseño General del Estudio.	22
(b) Métodos de Procedimiento.	23
(c) Recolección de Datos.	25
(d) Organización y Análisis de Datos.	25
(e) Selección de las Variables.	25
(f) Recursos Humanos, Materiales y Suministros.	26
CAPITULO V	
RESULTADOS	
1. Análisis Descriptivo.	29
2. Análisis Inferencial.	30
CAPITULO VI	
Discusión	47
CAPITULO VII	
Conclusiones.	52
Recomendaciones.	54
APÉNDICE:	
Apéndice I: Formato de Trabajo.	56
Apéndice II: Escala de Hamilton.	57
Apéndice III: Definición de términos.	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

Lista de Tablas

- TABLA 1** Clasificación del grupo de pacientes, de acuerdo a la Edad, Sexo y Área de Procedencia.
- TABLA 2** Distribución del grupo de pacientes, de acuerdo al Nivel de Instrucción, Intervenciones Quirúrgicas y A.S.A.
- TABLA 3** Media y desviación estándar de las variables Peso, Edad y Tiempo de Hospitalización.
- TABLA 4** Clasificación de la Ansiedad en Hospitalización y Área Preoperatoria de los pacientes a ser intervenidos quirúrgicamente.
- TABLA 5** Niveles de Ansiedad del grupo de los pacientes en Hospitalización y Área Preoperatoria de acuerdo al Tratamiento. Prueba de Chi Cuadrado, valores de probabilidad.
- TABLA 6** Niveles de Ansiedad de los pacientes en Hospitalización y Área Preoperatoria, según A.S.A. Prueba de Chi Cuadrado y valores de probabilidad.
- TABLA 7** Media y desviación estándar de la Frecuencia Cardíaca en Hospitalización, Área Preoperatoria y Quirófano, de acuerdo a tratamiento.
- TABLA 8** Niveles de Ansiedad de la Frecuencia Respiratoria en Hospitalización, Área Preoperatoria y Quirófano, de acuerdo a tratamiento.

TABLA 9 Niveles de Ansiedad de la Presión Arterial Sistólica en Hospitalización, Área Preoperatoria y Quirófano, de acuerdo al tratamiento.

TABLA 10 Niveles de Ansiedad de la Presión Arterial Diastólica Hospitalización, Área Preoperatoria y Quirófano, de acuerdo al tratamiento

TABLA 11 Clasificación del grupo de pacientes de acuerdo al Factor Ansiedad, Cirugía, Anestesia y Ambiente Hospitalario.

www.bdigital.ula.ve

Capítulo I

Introducción

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

Introducción

El paciente quirúrgico independientemente de la edad, sexo, raza, religión, condición socioeconómica e intelectual, vive un gran estado de ansiedad en las horas previas a la cirugía. Según Freire Duarte, la ansiedad preoperatoria puede ser conceptualizada como un estado emocional que consiste en la espera aflictiva de un acontecimiento la más de la veces desconocido y posiblemente desagradable. (8).

El miedo está relacionado con un riesgo inminente que por ser también desconocido por el paciente, puede éste visualizarlo como algo exagerado y con mucha distorsión. El miedo conduce a la ansiedad pre-operatoria. (18). Esta ansiedad tiene grandes repercusiones en la inducción anestésica (16), porque el paciente en la mayoría de los casos se muestra agitado, con gran temor a lo desconocido para él, y no precisa si es miedo a la anestesia, a la cirugía o al hecho de verse en un área de quirófano, en general, todo esto conduce a una liberación de catecolaminas que producen alteraciones fisiológicas como taquicardia, aumento de la presión arterial, aumento de la frecuencia respiratoria (9). Así como también tensiones musculares con rigidez muscular que ocasionan dolores musculares que no le permiten al paciente descansar la noche previa a la cirugía. Estos estados de ansiedad pueden originar trastornos gastrointestinales y trastornos de la sudoración.

En anestesiología reviste trascendental importancia la visita pre-anestésica teniendo ésta como tal cuatro objetivos básicos: (18)

- ❖ Establecer una buena relación medico paciente.
- ❖ Evaluar y disipar la ansiedad.
- ❖ Correcta evaluación clínica del paciente quirúrgico.
- ❖ Medicación pre-operatoria.

Se considera que cuando se establece una buena relación médico paciente se libera en gran porcentaje esa ansiedad, ya que es ético que el anestesiólogo ofrezca al paciente la información necesaria en cuanto al proceso a realizar, alternativas anestésicas, así como también explicarles que la monitorización dentro del quirófano es la más adecuada, y en esta medida el paciente se sentirá seguro con su anestesiólogo porque le logra responder muchas de sus interrogantes. Es posible que los pacientes sientan que el día de la intervención es el más amenazador e importantes de sus vidas y no desean que se les trate en forma impersonal en el quirófano.

El tratamiento anestésico de los pacientes se inicia con la preparación psicológica, y si es necesaria la medicación preoperatoria. Deben considerarse las acciones específicas cuando se administran estos fármacos antes de la cirugía, ajustándose a las necesidades de cada paciente. El anestesiólogo debe evaluar el estado mental y físico del paciente en la visita pre-anestésica puesto que ésta es el inicio y parte del episodio anestésico.

La preparación psicológica no puede lograr todo ni aliviar completamente la ansiedad por tanto el resto de alivio de la ansiedad se disipa con la medicación que a su vez tiene como objetivos: (18)

- ❖ Reducir el miedo y la ansiedad.
- ❖ Reducir los reflejos autonómicos adversos.
- ❖ Amnesia
- ❖ Analgesia.
- ❖ Disminución de las dosis requeridas de anestésicos.

La Confederación Latinoamericana de las Sociedades de Anestesiología propuso la siguiente definición (8): “ Medicación preanestésica consiste en la administración de droga o drogas, en el periodo preoperatorio, destinadas a reducir la ansiedad, facilitar la anestesia y a minimizar sus complicaciones y/o sus efectos colaterales”.

En el servicio de anestesiología del Hospital Universitario de los Andes, en Abril de 1999, se da inicio a la consulta pre-anestésica, la cual se refuerza con la visita preanestesia, en vista de la gran importancia que tiene, para lograr un mejor manejo anestésico.

De todo esto se desprende que la ansiedad es un estado o una condición en los pacientes quirúrgicos, que debemos indagar que es lo que realmente le genera la ansiedad, si es la cirugía como tal, la anestesia o el ambiente hospitalario; para así lograr minimizarla y llevar al paciente en las mejores condiciones al quirófano.

Si se logra una buena relación medico paciente, donde éste expresa todas sus inquietudes con respecto a lo que le atemoriza o lo que le genera miedo; a través de una conversación fluida en la visita pre-anestésica iremos con objetivos claros a donde canalizar la ansiedad; de tal manera, que sumado a la medicación el paciente esté en equilibrio emocional y pueda asumir con mayor naturalidad esa circunstancia quirúrgica, y para nosotros como anestesiólogos hagamos una anestesia con menos riesgos en lo referente a la inducción y despertar del paciente.

En las últimas tres décadas, contamos con un arsenal de medicamentos para aliviar la ansiedad del paciente preoperatorio. Dentro de éstos ampliamente usados se encuentra el Midazolam, benzodicepina con múltiples acciones tales como las de producir los efectos de hipnótico, amnésico, ansiolítico y sedante. Usado ampliamente como medicación y en la inducción anestésica tanto en niños como en adultos y administrándose por vía oral, intramuscular, endovenoso y en la última década introducido en jarabe e intranasal para manejo de la anestesia pediátrica.

Zolpidem (Stilnox®) de 10 mgs. Es una nueva droga hipnótica no benzodiazepínica, miembro de una distinta clase química: las imidazopiridinas (22).

Su mecanismo de acción es a través de la unión selectiva con los receptores omega, específicamente los omegas tipo 1 actuando como agonista. En asociación con el receptor complejo macromolecular G.A.B.A. dependientes de canales de cloro explica su mecanismo de acción. Es rápidamente absorbido obteniéndose máximas concentraciones plasmáticas entre 0.5 – 2 horas posteriores a su administración. Se fija proteínas plasmáticas con un volumen de distribución de 0.5 – 0.6 Lts/Kg. La excreción de Zolpidem en la leche materna es mínima. Cruza la barrera hematoencefálica. Es metabolizado en el hígado dando tres metabolitos farmacológicamente inactivos. Entre el 79% y el 96% de la dosis aparece como metabolitos en la bilis, orina y heces.

Tiene un promedio de vida media de eliminación plasmática de 2.5 a 2.6 horas después de una dosis oral única. La vida media esta prolongada a 2.9 horas en ancianos y a 9.9 horas en pacientes con cirrosis hepática. No es necesario ningún ajuste de dosis en pacientes que tengan comprometida la función renal, a diferencia de los pacientes que tengan insuficiencia hepática, debe iniciarse dosis de 5 mg.

El perfil farmacológico del Zolpidem está caracterizado por una actividad predominantemente hipnótica / sedante, mientras que los efectos antiepilépticos y anticonvulsivantes están casi ausentes. Preserva la arquitectura normal del sueño, disminuye el periodo de latencia y aumenta la eficacia del sueño. Los efectos adversos más comunes son cefalea (7%), somnolencia (2%), diarrea (1%), mareos (1%). En cuanto a la función respiratoria los estudios hechos demuestran que no se observaron aumentos en los trastornos respiratorios durante el sueño, con dosis de 10 mg. No produjo cambios significativos en las medidas de gases en sangre arterial o en el control de la respiración en 9 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y en 24 pacientes con esta misma patología en estados leves o moderados. No se le conocen contraindicaciones.

Es importante asegurar un sueño tranquilo en la noche que precede al día de la intervención, que tenga un carácter reparador sobre la fisiología y la psiquis del paciente quirúrgico, por tanto la medicación persigue como objetivo contribuir a asegurar al paciente este reposo físico y mental. Toda la actividad sensorial percibida, proveniente o no de la periferia puede tanto reforzar la vigilia como aumentar la somnolencia, el dolor así como el hambre y la sed estimulan el sistema de vigilia situaciones éstas usuales en los pacientes preoperatorios.

El Diazepam es una droga benzodiazepínica, su estructura química está conformada por un anillo bencénico y un anillo diazepina. (13) (15). Interactúa con receptores específicos en el sistema nervioso central, en particular en la corteza cerebral. La unión al receptor de benzodiazepina facilita el enlace al receptor del ácido gammaaminobutírico. Puede administrarse por vía oral, intramuscular o endovenosa. Se alcanzan concentraciones máximas en una o dos horas; es muy liposoluble y se une fuertemente a proteínas. Se biotransforma en el hígado y se excreta por el riñón. Tiene como efecto farmacológico prevenir y controlar convulsiones epilépticas, produce amnesia anterógrada, y sedación. Entre otros efectos esta la depresión de la respuesta ventilatoria al CO₂; efectos depresivos cardiovasculares mínimos.

Actualmente, nadie se atreve a dudar que, también en el campo de la cirugía el factor psicológico, es decisivo. Por eso, cada vez más hospitales incorporan las medidas de psicoprofilaxis quirúrgica dirigidas a cuidar la salud mental del paciente.

En 1960 el Psiquiatra Harol Hamilton ideó dos escalas una para medir la depresión y otra para la ansiedad, basadas en un estudio tipo ensayo terapéutico con 3.500 pacientes la cual fue aceptada después de haber demostrado que éstas podían valorar los respectivos estados clínicos de pacientes depresivos y ansiosos. Es así como consideramos usar La Escala de Hamilton de Ansiedad en la presente investigación por su confiabilidad clínica y fácil aplicación. Es una

escala semicuantitativa, debe efectuarse a la misma hora, no debe durar más de treinta minutos y de ser posible, el paciente debe expresar la situación con sus propias palabras; consta de 14 ítems, la mayor parte de esto son síntomas y solo unos pocos de estos ítems consiste en signos clínicos que deben ser observados (19).

La Terapia Psicoeducativa es fundamental, en esta investigación, porque establece una adecuada relación médico paciente.

Es así como se consideró realizar el estudio de la ansiedad en los pacientes programados para cirugía electiva, logrando la disminución de la misma a través de la Medicación Preoperatoria con Zolpidem, Diazepam y la Terapia Psicoeducativa; reflejando así el beneficio clínico para el paciente.

www.bdigital.ula.ve

Capítulo II

Antecedentes

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

Antecedentes

Sheffer, M.B., Greifenstein, F.E. 1960

La influencia del miedo, en el estado psicológico de un paciente programado para la operación influye intensamente en el resultado final de una operación. Se identificó algunos de los temores relacionados con la anestesia, temor a que pueda revelar secretos, la operación se inicie muy pronto, pueda despertarse durante la operación, quizá no despierte después de la intervención, ahogo, mutilación, vómitos y cáncer, originando así aprensión y ansiedad, irritabilidad del sistema nervioso, y por último resistencia a la anestesia. Las respuestas emocionales de pacientes quirúrgicos a la anestesia incluyen: reacciones de defensa, reacciones de conversión por una conducta motora y respuestas autónomas, alteraciones del sueño, trastornos del ánimo por fatiga y pánico.

Norris W, Baird WLM. 1967.

En un trabajo de investigación de tipo descriptivo con 500 adultos programados para cirugía indagaron en la incidencia y etiología de la ansiedad preoperatoria, los cuales hallaron que era más probable que las mujeres estuvieran más ansiosas antes de la intervención. También identificaron una mayor incidencia de ansiedad en las mujeres que pesaban más de 70 kilos y en pacientes con consumo actual o previo de sedantes. Así mismo documentaron una tendencia a mayores niveles de ansiedad entre los sujetos portadores de enfermedades más graves.

Janis, I.L., 1.968

La hospitalización es una experiencia psicológicamente desconcertante para cualquier persona, estudió el estrés psicológico y demostró que la "información preoperatoria", que permitió a los pacientes conocer lo que debían esperar, redujo

el número e intensidad de problemas emocionales postoperatorios. En el postoperatorio se observan cambios de conductas en los enfermos en especial en niños mal preparados para la anestesia, se ha identificado seis tipos de respuestas que proporcionan una escala de ánimo: ansiedad general y regresión, ansiedad de separación, ansiedad sobre el sueño, alteraciones alimentarias e intestinales, agresión a la autoridad, apatía y aislamiento.

Ramsay M.A.E. 1972

Intento determinar la incidencia del miedo en el periodo preoperatorio entrevistando a 382 pacientes, 24 horas antes de la intervención quirúrgica. De ese total el 73% admitió que se sentían temerosos por causas que estaban así distribuidos:

- ❖ Miedo a la anestesia 62%.
- ❖ Miedo a la intervención quirúrgica 15%.
- ❖ Miedo por motivos variados 23%.

Vernon, D.T., Schulman, J.L., et al 1.976

Esta investigación utilizó un modelo tipo ensayo terapéutico para determinar cómo influye el tipo de cirugía y su relación con la ansiedad preoperatoria donde se han identificado algunos aspectos importantes de la ansiedad preoperatoria. En particular el tipo de intervención se ha relacionado con determinada ansiedad. La operación en el aparato genitourinario origina una gran ansiedad en más de 80% de los pacientes; la posible intervención por cáncer ocasiona ansiedad intensa en el 85% de los enfermos, igual que procedimientos potencialmente incapacitantes o deformantes. Sin embargo, es típica la ansiedad moderada en pacientes que se someten a la mayor parte de la cirugía electiva, en tanto que sólo en 50% de estos enfermos se observan preocupaciones y alteraciones importantes. Un sedante nocturno no es eficaz en pacientes con ansiedad extrema y que no reciben la

visita preoperatoria del anestesiólogo; se requiere un tranquilizante. Es más eficaz la combinación de una visita y un sedante. La ansiedad es mayor en mujeres que en varones; es más alta en mujeres asténicas que pesan menos de 70 Kg que en las de peso normal o mayor.

Weis O.F., Scriwatanakul K., et al 1.984.

Se supone que la cantidad de ansiedad demostrada por un paciente podría afectar su recuperación. La evidencia que apoya esta conclusión es, no obstante, débil. La relación entre ansiedad preoperatoria y las medidas objetivas de resultado funcional, entre las cuales la más comúnmente utilizada es el dolor postoperatorio y varía. En un estudio, 80 pacientes sometidas a laparoscopia para esterilización o para estudio de infertilidad recibieron uno de tres tratamientos: tratamiento rutinario, tratamiento rutinario mas un folleto preoperatorio mínimamente informativo, tratamiento rutinario más un folleto con máxima información preoperatoria, las pacientes que recibieron mas información fueron las que tuvieron un mejor comportamiento. Las determinaciones de ansiedad preparatorias fueron más bajas. Tras la intervención, el dolor y el estado de ansiedad fueron menores y la recuperación fue más rápida, reincorporándose a sus actividades normales con mayor rapidez.

Brodsky, M.A., et al, 1.987

Se han correlacionado las emociones con la respuesta suprarrenal. En general, las personas con ansiedad pero que reaccionan pasivamente tienen una producción y eliminación elevada de adrenalina. Por otra parte, en pacientes con una personalidad extrovertida y tendencia agresiva, es mayor la excreción de noradrenalina. Estas observaciones pueden proporcionar ciertos conocimientos sobre la variación de las respuestas al estrés. El estrés psicológico, relacionado con variables de la personalidad, puede activar el sistema nervioso simpático hasta el grado de precipitar arritmias cardíacas que ponen en peligro la vida, sin

una cardiopatía subyacente. Se han señalado taquiarritmias ventriculares y paro cardíaco súbito, y describió la "muerte por vudú", relacionada tal vez con hiperactividad del sistema simpaticosuprarrenal, durante un estrés emocional intenso. La muerte por *paro cardíaco* ocurre con mayor frecuencia en pacientes con depresión profunda. Freud describió que estos casos se vinculan con la psicología del "deseo de morir".

Lichter J.L., Johanson C.E., et al 1.987

Antes de someterse a la cirugía, los pacientes tienden a estar ansiosos. Aunque la ansiedad existe habitualmente mucho antes de que el paciente sea conducido al área de preparación preoperatoria, en algunas ocasiones no alcanza su pico máximo hasta después de la intervención. En un estudio, 52 pacientes consecutivos rellenaron un cuestionario utilizado para valorar la ansiedad (perfil del estado de ánimo), en dos ocasiones: la tarde previa a la intervención y aproximadamente 1 hora antes de ella (en el área prequirúrgica. Los niveles de ansiedad en el área de preparación prequirúrgica, aunque relativamente elevados, pudieron predecirse por los que se habían medido la tarde previa, y no fueron significativamente distintos a estos, en otro estudio el nivel de ansiedad se midió diariamente desde cuatro días antes del ingreso en el hospital hasta varios días después de la intervención. La ansiedad fue elevada antes del ingreso entre éste y la intervención y dos días después de la cirugía.

Deltroy, M., et al., 1.998.

La preparación psico-educacional es conocida por mejorar el resultado post-operatorio. Probamos dos procedimientos psico-educacionales comunes entre pacientes ortopédicos mayores, examinando como correlacionar intervenciones con los pacientes por tipo psicológico. Doscientos treinta y dos pacientes de avanzada edad sobrellevando reemplazo total de cadera o de rodilla, fueron asignados al azar para 1) una presentación con diapositivas con información sobre

el post-operatorio y la experiencia de rehabilitación en el hospital, o 2) un entrenamiento en la respuesta de relajación de Benson con una cinta de audio al lado de la cama, en un diseño de fábrica 2x2. La respuesta de relajación no influyó los resultados post-operatorios. La intervención educacional redujo la longitud de la estadía y el uso de medicamentos para el dolor en pacientes que mostraban la mayor negación (tendencia a dejar de pensar en eventos desagradables) y redujo la ansiedad post-operatorio y errores cognoscitivos en el examen del estado mini mental para pacientes con mayor ansiedad de base. No hubo efecto alguno en el dolor post-operatorio. La importancia de atender el estado psicológico del paciente, así como su nivel de preparación antes de la cirugía ortopédica, se ve reforzada. Los pacientes que muestran más negación y mayor ansiedad se pueden beneficiar con intervenciones educacionales, pero el interés de cualquier paciente en información puede ser una pobre guía para decidir cuales pacientes se beneficiarían, comparado con una prueba psicológica más formal con negación y ansiedad.

www.bdigital.ula.ve

Marco, JC, et al. 1.999.

Estudió la prevalencia de desordenes psicológicos, con deterioro cognoscitivo y ansiedad en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos con anestesia general. Una muestra representativa (n=450) de pacientes quirúrgicos en un hospital común fue seleccionada, excluyendo pacientes con un historial de enfermedades mentales o uso de drogas, al igual que aquellos que sufrían de cáncer. Después de admisión, el día antes de la cirugía, recogimos datos demográficos, médicos y quirúrgicos, administramos a los pacientes una versión en español del Mini Examen Cognoscitivo de Folstein (MCE) y del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ). También se le interrogó a los pacientes sobre su ansiedad respecto al procedimiento quirúrgico, así sus temores sobre éste. La prevalencia del deterioro cognoscitivo (MCE) fue de 8.7% y la prevalencia de desordenes psicológicos (GHQ 28) fue de 29.8% (mas elevado entre las mujeres. Combinando los dos instrumentos, 38.5% demostraron un desorden psicológico

relevante. Se expresó algún tipo de ansiedad en un 60.9%, con el temor de “no despertarse” siendo el más común (26%). La prevalencia de desordenes psicológicos es algo menor a lo reportado por otros autores para los pacientes sin historial de enfermedades mentales relacionadas a otras causas. La prevalencia de ansiedad hallada fue similar a lo reportado en otros textos.

Fehder, WP. 1.999.

Los investigadores han comenzado a concentrarse en la función inmune de sus pacientes a medida que mayores investigaciones son realizadas sobre la interfase entre cirugía anestésica y alteraciones inmunes. La ansiedad asociada con anestesia y cirugía produce alteraciones en la función inmune a través de múltiples mecanismos que afectan la recuperación en la cirugía y la curación de las heridas. La condición inmune puede ser evaluada con medidas tradicionales como una completa cuenta sanguínea y diferencial, así como el uso de nuevas tecnologías como flujo cítico métrico, evaluación de la proliferación de linfocitos y citotoxicidad de células asesinas naturales. La ansiedad produce cambios inmunes a través de mecanismos modulares adrenales y de mecanismos pituitarios adrenales de la corteza del hipotálamo, así como también a través de la sustancia neurotransmisora P. La ansiedad también produce cambios en la función inmune a través de alteraciones en comportamientos de salud, tales como el aumento de fumar, del consumo de alcohol, el uso de drogas y cambios en dietas y sueño. Recomendaciones de medidas fisiológicas y farmacológicas efectivas para reducir la inmunosupresión inducida por el estrés, se proveen entre este grupo de pacientes. El uso futuro de antagonista a la sustancia P, los cuales actualmente se investigan, así como también manipulación de la cytokina, prometen futuras medidas para reducir alteraciones inmunes asociadas con ansiedad.

Kaplan, H. 1999.

De este texto se extrajo la información sobre La Escala de Hamilton la cual se explica a continuación La Escala de ansiedad de Hamilton (HAS), es una escala semicuantitativa, fue elaborada para valorar el estado clínico de ansiedad. La entrevista ha de efectuarse aproximadamente a la misma hora, no debe durar más de 30 minutos y el paciente no ha de sentirse presionado, de ser posible debe expresar la situación con sus propias palabras. La evaluación de la presencia e intensidad de los diversos ítem debe basarse en la valoración que realiza el entrevistador del estado del paciente en el momento de la entrevista. Consta de 14 ítem, y solo unos pocos de entre los 14 ítem consiste en signos clínicos que deban ser observados, la mayor parte de estos son síntomas; por tanto la valoración ha de basarse en el estado presente a lo largo de los últimos días.

El puntaje está dado de la siguiente forma 0 = ausente, 1 = ligero, 2 = moderado, 3 = grave, 4 = muy grave.

- **Ansiedad:** este ítem cubre el estado emocional de incertidumbre acerca del futuro, extendiéndose desde la preocupación, la inseguridad, la irritabilidad, la aprensión, hasta el miedo abrumador.
- **Tensión:** incluye la incapacidad para relajarse, nerviosismo, tensiones corporales, temblores, cansancio e inquietud.
- **Temores:** un tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales.
- **Insomnio:** abarca la experiencia subjetiva del paciente en cuanto a la duración del sueño y profundidad del mismo.
- **Dificultad en la concentración y la memoria:** abarca dificultades en la concentración y en el temor de decisiones.
- **Humor depresivo:** abarca tanto la comunicación verbal como no verbal, de tristeza, depresión, desamparo.
- **Síntomas somáticos generales (síntomas musculares):** incluye debilidad, rigidez, dolor localizado.

- Síntomas somáticos generales (sensoriales): aumento de la fatigabilidad, y debilidad.
- Síntomas cardiovasculares: incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico y sensación de desvanecimiento.
- Síntomas respiratorios: incluye sensación de opresión en el pecho, disnea, sensación de ahogo, respiración superficial y suspirosa.
- Síntomas gastrointestinales: molestias estomacales, náuseas, vómitos y diarreas.
- Síntomas genitourinarios.
- Síntomas vegetativos: sequedad de la boca, sofocación, palidez, sudoración.
- Comportamiento durante la entrevista: se basa en la conducta del paciente a lo largo de la entrevista, si se mostró tenso, nervioso, agitado, inquieto, incómodo, tembloroso, sudoroso, pálido.

Krohne HW, et al, 2.000.

Este artículo centra su reporte en la construcción y evaluación empírica de un instrumento para la medición de diferentes componentes de un estado de ansiedad relacionado con la cirugía. El análisis de la ansiedad KASA identifica tres componentes: Reacciones ansiosas cognoscitivas, anatómicas y somáticas. Consistencias internas de las tres escalas relacionadas a estos componentes fueron altamente satisfactorias (El alpha de Cronbach entre 0.80 y 0.91) Un análisis de los valores de estos tres componentes en el período preoperatorio demuestra que el KASA es un indicador sensible de los cambios en el estado de ansiedad. Posteriores análisis concentrados en las relaciones externas de este nuevo instrumento con indicadores de reacción, estado ansioso, estados de ánimo preoperatorio y ajustes preoperatorio son reportados. Resultados de este análisis indican que el KASA es una medida confiable y válida de los diferentes componentes de la ansiedad relacionada con la cirugía.

Kindler CH, et al., 2.000.

El estudio compara diferentes métodos para medir la ansiedad preoperatoria, identifica cierta característica de los pacientes que predisponen un elevado grado de ansiedad, y describe la cantidad y calidad de ansiedad que los pacientes experimentan en el preoperatorio. Setecientos treinta y cuatro pacientes participaron en este estudio. Nosotros evaluamos aspectos de la ansiedad por medidas de escalas análogas visuales (VAS) y el valor del estado de ansiedad del inventario de Spielberger sobre la característica – estado de ansiedad (STAI) El valor de ansiedad STAI fue de 39 ± 1 ($n=486$) y el VAS por temor a la anestesia fue de 29 ± 1 ($n=539$) Pacientes temían mas a la cirugía que a la anestesia, en cantidades significativas, ($P < 0.001$) La medida de temor de la anestesia VAS se correlacionó bien con el valor STAI ($r=0.55$; $P < 0.01$) Pacientes jóvenes, pacientes femeninos, pacientes sin previa experiencia anestésica presentaron los mayores valores de ansiedad. Los pacientes se preocupan mas por el periodo de espera previo a la cirugía y les concernía menos la posibilidad de estar conscientes intraoperatoriamente. El análisis de factores de varias características de ansiedad demostró tres distintas condiciones de miedo: 1) el miedo a lo desconocido, 2) el miedo a sentirse enfermo, y 3) el miedo por la vida propia. Entre estas tres dimensiones el miedo a lo desconocido correlacionó mayor con las técnicas de medir la ansiedad STAI y VAS. El último probó ser una medida útil y válida de la ansiedad preoperatoria. Implicaciones: El estudio de los aspectos cualitativos de la ansiedad revela tres distintas dimensiones de temor preoperatorio: temor a lo desconocido, temor a sentirse enfermo y temor por la vida propia. Grupos de pacientes con un mayor grado de ansiedad preoperatoria y sus específicas preocupaciones anestésicas pueden ser identificadas usando una escala análoga visual.

Capítulo III

Objetivos

www.bdigital.ula.ve

Objetivos

General

- ❖ Determinar que con la terapia psicoeducativa y la medicación preanestésica se logrará disminuir la ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica.

Específicos

- ❖ Determinar a través de la Escala de Hamilton el nivel de ansiedad del paciente.
- ❖ Evaluar si la relación Médico – Paciente disminuye la ansiedad del paciente quirúrgico a través de la terapia psicoeducativa.
- ❖ Evaluar si la medicación con Zolpidem o Diazepam disminuye la ansiedad en el paciente quirúrgico.
- ❖ Determinar si las variaciones hemodinámicas como Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca y Frecuencia Respiratoria se relacionan con la ansiedad comparando la noche previa a la cirugía y el día de la cirugía.
- ❖ Comparar los resultados de la ansiedad en pacientes medicados, con los pacientes sometidos a la terapia psicoeducativa.
- ❖ Determinar cual de los factores genera la ansiedad, tal como la cirugía, la anestesia o el ambiente hospitalario.

HIPÓTESIS

Los factores que condicionan la ansiedad preoperatoria pueden ser modificados tan efectivamente por la medicación como el apoyo psicoeducativo prestado durante la visita preanestésica.

www.bdigital.ula.ve

Capítulo IV

Materiales y Métodos

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

Materiales y Métodos

A) Diseño General del Estudio

La presente investigación corresponde a un modelo experimental tipo ensayo clínico terapéutico para comparar la efectividad de dos drogas ansiolíticas con respecto a la terapia psicoeducativa en el manejo de la ansiedad.

El estudio se estructuró en cuatro fases:

La **primera fase** correspondió a al elaboración del protocolo de estudio y el perfeccionamiento del formato para la recolección de datos; durante los meses de Diciembre 2.000 a Febrero del 2.001.

La **segunda fase** del estudio se realizó durante los meses de Marzo a Julio del 2.001; que comprendió la inclusión de manera continua de pacientes de las áreas de cirugía general, traumatología, ginecología, obstetricia, otorrinolaringología y urología que fueron sometidos a cirugía electiva, recibiendo medicación un grupo con Diazepam 5 mgs. Vía oral, un segundo grupo con Zolpidem 10 mgs. Vía oral., y un tercer grupo con terapia psicoeducativa. El proyecto se llevó a cabo en hospitalización y en áreas preoperatorias del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, Mérida – Venezuela, y en todos los casos se obtuvo consentimiento por parte de los pacientes.

En la **tercera fase** se realizó el procedimiento y análisis de los datos entre los meses de Julio y Septiembre del año 2.001.

En la **cuarta fase** se sintetizaron los resultados y se elaboró el informe final para su presentación y posterior aprobación.

B) Método de Procedimiento:

Una vez obtenida la aprobación de la Unidad de Anestesiología y cumplido los criterios de inclusión, los cuales fueron pacientes de diferentes sexos, con edades comprendidas entre 15 a 65 años, estado físico A.S.A. I y A.S.A. II, programados para cirugía electiva de los diversos servicios quirúrgicos. Los criterios de exclusión fueron en pacientes menores de 15 años y mayores de 65 años, con diagnósticos de patología psiquiátrica, neuroquirúrgicos, epilépticos, hipertiroideos y con insuficiencia respiratoria.

Un total de 60 pacientes (N=60), fueron distribuidos al azar en tres grupos:

Grupo I: (n=20) pacientes que recibieron Diazepam 5 mgs. v.o. o dosis única a las 9:00 p.m., en la noche previa a la cirugía.

Grupo II: (n=20) pacientes que recibieron Zolpidem 10 mgs. v.o. o dosis única a las 9:00 p.m., en la noche previa a al cirugía.

Grupo III: (n=20) pacientes que recibieron terapia psicoeducativa la noche previa a la cirugía.

A todos los pacientes estudiados se les realiza la historia preanestésica, la recolección de datos en el formato de trabajo y se aplica la Escala de Hamilton a través de la cual se valora la ansiedad, estos pacientes aún no han sido tratados con los medicamentos ni con la terapia psicoeducativa, es posteriormente que se escoge al azar el paciente para recibir el medicamento o la terapia psicoeducativa ya que, el formato de recolección de datos tiene un ítem que asigna lo que recibió el paciente sometido al estudio.

A los grupos I y II se les dio información mínima necesaria en cuanto a procedimiento quirúrgico y técnica anestésica, recomendaciones acerca del ayuno y hora de bajar al quirófano.

Al tercer grupo no se les indico medicación farmacológica y se les procedió a dar información extensa a través de la terapia psicoeducativa; realizándose durante un tiempo aproximado de 30 a 45 minutos, dependiendo de las inquietudes propias de cada paciente. Esta amplia información consistió en darles a conocer la técnica anestésica a emplear, sus ventajas y desventajas, medicamentos a utilizar según la anestesia, tiempo y procedimiento quirúrgico a realizar, información detallada acerca de la monitorización en el quirófano y tiempo que permanece en la sala ó área de recuperación. De igual forma a cada uno de los pacientes se les permitió que expusieran todas sus inquietudes.

A los tres grupos se les aplicó la escala de Hamilton en la noche previa a la cirugía y al llegar el paciente al área preoperatoria, a través de esta escala fue valorada la ansiedad.

De igual forma a los tres grupos se les explicó la noche previa a la cirugía la hoja o formato de recolección de datos basados en un cuestionario estándar, que plasmó los factores que generan ansiedad en cuanto a al cirugía o acto operatorio, tales como: dolor, pudor, cicatriz y riesgo de la cirugía. De la anestesia que incluyó experiencias previas anestésicas, reacciones con la anestesia, temor a no despertarse, temor a la técnica anestésica y temor a sentir durante el procedimiento. Del el ambiente hospitalario: no estar a gusto donde esta ubicado, estadía hospitalaria, antecedente de la cirugía pospuesta y la interrelación con el personal médico y paramédico.

Se llevó registros de parámetros hemodinámicos como presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, en la noche previa a la cirugía en hospitalización, en área preoperatoria y en quirófano para todos los pacientes objeto del estudio.

Toda la información fue recabada por el mismo investigador.

C) Recolección de Datos:

Se aplicó el formato de recolección de datos (Apéndice I) y la Escala de Hamilton (Apéndice II).

D) Organización y Análisis de los Datos

Los datos fueron recolectados y procesados a través del Paquete Estadístico SPSS versión 7.5 para Windows. El análisis efectuado fue tanto descriptivo como inferencial. Para el análisis descriptivo se emplearon la media aritmética y la desviación estándar, así como los valores mínimo y máximo para las variables cuantitativas como frecuencia cardíaca, edad, peso, y tensión arterial. También se emplearon frecuencias y porcentajes para resumir las variables cualitativas como sexo, procedencia, nivel de instrucción, al igual que la ansiedad según la Escala de Hamilton y el Factor Ansiedad en Cirugía y Anestesia y Ambiente hospitalario. Para el análisis inferencial se emplearon la prueba de Chi Cuadrado y el Análisis de Varianza de Efectos Fijos, ambos a un nivel de significación $\alpha = 0.05$. Se procedió a la presentación mediante tablas,

E) Selección de las variables

Las variables que se estudiaron en el presente estudio fueron las siguientes:

1. **Variables Independientes** representadas por la administración de:
 - ZOLPIDEM (Stilnox®): Tablet as vía oral. Presentación de 10 mgs.
 - DIAZEPAM: Tablet as vía oral. Presentación de 5 mgs.
 - Terapia psicoeducativa

2. **Variables Dependientes:**
 - Determinar los efectos de la medicación preanestésica y la terapia psicoeducativa, estimando modificaciones superiores al 50% en la disminución de la ansiedad.

3. Variables Intervinientes:

- Edad.
- Sexo.
- A.S.A.
- Nivel de instrucción.
- Tipo de cirugía.
- Procedencia.

4. Recursos Humanos, instituciones, Materiales Y Suministros

I. Recursos humanos

- Investigador principal.
- Médico Anestesiólogo TUTOR.
- Médico Psiquiatra ASESOR.
- Anestesiólogos adjuntos.
- Pacientes.
- Analista de Sistema.

II. Institución:

- El estudio se realizó, en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida – Estado Mérida. República Bolivariana de Venezuela.

III. Materiales y Suministros

Material Instrumental:

- Estetoscopio precordial.
- Tensiómetro manual.
- Escala de Hamilton.
- Formato preestablecido de recolección de datos.

- Historia de evaluación pre-anestésica.
- Balanza de peso.
- En quirófano la monitorización con:
 - ❖ Tensiómetro automático (DINAMAP).
 - ❖ Pulsoxímetro.
 - ❖ Monitor cardíaco (electrocardiógrafo).

Material Farmacológico:

- Zolpidem. Tab. 10 mg. Vía oral.
- Diazepam. Tab. 5 mg. Vía oral.

www.bdigital.ula.ve

Capítulo V

Resultados

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

Resultados

Se estudiaron 60 pacientes quirúrgicos ingresados en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), durante el período Enero a Julio del 2001, con el fin de determinar algunos factores asociados a la ansiedad. Se aplicó la Escala de Hamilton, tanto en hospitalización como en área preoperatoria, de igual manera se registraron algunas variables tales como la edad, sexo y el área de procedencia. Los sesenta pacientes fueron asignados aleatoriamente a tres grupos, uno tratado con Zolpidem (n = 20), otro con Diazepam (n = 20) y el tercero con Terapia Psico Educativa (n = 20).

ANÁLISIS DESCRIPTIVO GENERAL

El 38.3% de los pacientes estudiados era menores de 31 años, el 33.3% tenía más de 45 años y el 28.3% tenía edades comprendidas entre 31 y 45 años. Del total de pacientes estudiados, el 58.3% era del sexo masculino, en tanto que el 41.6% eran mujeres. La distribución según el área de procedencia, muestra grupos equitativos, ya que el 51.6% provenía del área urbana y el 48.3% del área rural (Tabla 1)

Respecto al Nivel de Instrucción, se observó que el 78.3% son analfabetas. De acuerdo a la especialidad en que se atendían los pacientes, el 38.3% correspondió a Traumatología, el 30% a Cirugía, el 6.7% a Obstetricia y Ginecología, el 8.3% a Otorrinolaringología y el 6.7% a Urología. De acuerdo al A.S.A., se registró que el 55% correspondió a A.S.A. I, mientras que el 45% fue A.S.A. II (Tabla 2).

El peso promedio de los pacientes fue de 67.8 Kg., alejándose en promedio cada peso de la media en 14.4384 Kg (67.8 ± 14.4384 Kg.). El paciente con menor peso

fue de 40 kilos y el valor máximo registrado fue 110 kgs. En cuanto a la edad, esta osciló entre 16 y 65 años, con una edad promedio de 38.2667 ± 17.3419 años. Estos pacientes estuvieron hospitalizados un promedio de 12.2 ± 7.55 días, con un tiempo máximo de hospitalización de 30 días y mínimo de 2 días (Tabla 3).

ESCALA DE HAMILTON

La escala de Hamilton para medir Ansiedad se aplicó a los pacientes en hospitalización y en área preoperatoria. Los valores de la escala fueron categorizados para obtener los grupos de ansiedad Ligero, Moderado y Grave. En hospitalización, y tal como se presenta en la tabla 8, sólo un paciente se ubicó en la categoría de Ansiedad Grave (1.6%), la mayoría mostró Ansiedad Moderada (61.7%) y el 36.7% tuvo Ansiedad Ligera.

En área preoperatoria, ningún paciente mostró Ansiedad Grave, más de la mitad fue moderada (55%) y aumentó el número de pacientes con ansiedad Ligera, hasta ubicarse en un 45%, comparado con el 36.7% que era el porcentaje en hospitalización. (Tabla 4).

2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Factores Asociados con la Ansiedad

El registro de ansiedad en hospitalización presentó un caso con ansiedad Grave, correspondiente a un paciente tratado con Zolpidem; los tratados con Diazepam se distribuyeron de manera casi equitativa respecto a la ansiedad (55% ansiedad ligera y 45% ansiedad moderada); más de la mitad de los pacientes bajo terapia psicoeducativa presentaron ansiedad moderada (65%). Estas pequeñas diferencias en la ansiedad de acuerdo con los grupos de tratamiento no es

estadísticamente significativa ($\chi^2 = 6.877$; g.l. = 4; $p = 0.126$). En otras palabras, el tratamiento no es un factor asociado con la ansiedad en Hospitalización ($p > 0.05$). De los pacientes que recibieron medicamentos, Diazepam o Zolpidem, la mayoría mostró Ansiedad Moderada en Área Preoperatoria (85% y 55% respectivamente), en tanto que los tratados con terapia psicoeducativa, las tres cuartas partes registró ansiedad Ligera. Esta tendencia es estadísticamente significativa, es decir, la ansiedad en área preoperatoria está asociada con el tratamiento que el paciente recibe ($\chi^2 = 14.545$; g.l. = 2; $p = 0.001$). En ambos casos se empleó un nivel de significancia $\alpha=0.05$. (Tabla 5).

El cruce de las variables para determinar la existencia de relación entre A.S.A. y Ansiedad en Hospitalización mostró que la mayoría de los pacientes A.S.A. II, tienen ansiedad Moderada, e incluso el único paciente con Ansiedad Grave estaba en este grupo.

Se sometió a contraste la hipótesis nula siguiente:

H_0 : No existe relación entre el A.S.A. y la Ansiedad de los pacientes y el valor de probabilidad asociado a Chi Cuadrado de Pearson indica que se debe rechazar la hipótesis nula planteada y concluir que el A.S.A. es uno de los factores asociados a la Ansiedad de los pacientes en Hospitalización. ($\chi^2 = 7.698$; g.l. = 2; $p = 0.021$).

El cruce de las variables para determinar la existencia de relación entre A.S.A. y Ansiedad en Área Preoperatoria reveló que los pacientes A.S.A. II, en un alto porcentaje tienen ansiedad Moderada, y los pacientes A.S.A. I por el contrario, tienen en gran porcentaje Ansiedad Ligera. Observada esta tendencia de A.S.A. I Ansiedad Ligera y A.S.A. II Ansiedad moderada, se sometió a contraste la hipótesis nula siguiente:

H_0 : No existe relación entre el A.S.A. y la Ansiedad de los pacientes en Área Preoperatoria y el valor de probabilidad asociado al estadístico exacto de Fisher sugiere el rechazo de la hipótesis nula planteada y concluir que el A.S.A. es uno de los factores asociados a la Ansiedad de los pacientes en Área Preoperatoria. ($p = 0.039$). El resto de variables estudiadas no mostraron asociación

estadísticamente significativa con la ansiedad de los pacientes, ni en hospitalización ni en área preoperatoria ($p > 0.05$) (Tabla 6).

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO EN LAS VARIABLES HEMODINÁMICAS

Para determinar si el tratamiento ejerce influencia estadísticamente significativa en las variables Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria y Tensión arterial, medidas en Hospitalización, Área Preoperatoria y Quirófano, se utilizó el Análisis de Varianza de Efectos Fijos. Se emplearon como variables el tratamiento que recibieron los pacientes.

Frecuencia Cardiaca

Se sometieron a contraste las siguientes hipótesis nulas:

Para la variable grupo de tratamiento:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$$

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$ o al menos un μ_{ij} es diferente

Donde: μ_1 : es el promedio de la Frecuencia Cardiaca (Hospitalización, Área Preoperatoria y Quirófano) de los pacientes tratados con Diazepam

μ_2 : es el promedio de la Frecuencia Cardiaca (Hospitalización, Área Preoperatoria y Quirófano) de los pacientes tratados con Zolpidem

μ_3 : es el promedio de la Frecuencia Cardiaca (Hospitalización, Área Preoperatoria y Quirófano) de los pacientes con Terapia Psico Educativa.

Los resultados muestran que la frecuencia cardiaca promedio de los tres grupos de tratamiento fueron similares (Diazepam = 74.3 L/min; Zolpidem = 75.9 L/min y Terapia = 74.0 L/min). Los valores de probabilidad del Análisis de Varianza señalan que las pequeñas diferencias observadas en los promedios de la frecuencia cardiaca no son significativas para el grupo de tratamiento ($p = 0.404$).

La medición de la frecuencia cardíaca en área preoperatoria, mostró que el grupo tratado con Zolpidem tenía el promedio más alto de los tres grupos de tratamiento (80.2 L/min), mientras que los que recibieron Terapia psicoeducativa tuvieron el promedio menor (76.2 L/min). Los tratados con Diazepam se ubicaron en el medio de estas dos frecuencias promedios (78.1 L/min). Los valores de probabilidad del Análisis de Varianza señalan que si existen diferencias significativas en los promedios de la frecuencia cardíaca en área preoperatoria según el tratamiento ($p = 0.009$).

La medición de la frecuencia cardíaca en quirófano reveló algunas diferencias de acuerdo al tratamiento. Se observó que el grupo tratado con Zolpidem tenía el promedio más alto de los tres grupos de tratamiento (87.95 L/min), mientras que los que recibieron Terapia Psico educativa tuvieron el promedio menor (81.45 L/min) y los tratados con Diazepam tuvieron una frecuencia cardíaca intermedia, siendo de 85.25; estos resultados son similares a los observados en área preoperatoria, mas no en hospitalización. Los valores de probabilidad del Análisis de Varianza señalan que si existen diferencias significativas en los promedios de la frecuencia cardíaca en quirófano según el tratamiento ($p = 0.009$) (Tabla 7).

Frecuencia Respiratoria

Los resultados muestran que la frecuencia respiratoria promedio de los tres grupos de tratamiento fueron similares, siendo más baja la de Terapia Psico educativa (15.35) (Diazepam = 16.1; Zolpidem = 16.4).

Los valores de probabilidad del Análisis de Varianza, señalan que las pequeñas diferencias observadas en los promedios de la frecuencia respiratoria no son significativas para el grupo de tratamiento ($p = 0.059$). La medición de la

frecuencia respiratoria en hospitalización, muestran que los tres grupos tenían frecuencias respiratorias promedios muy similares.

Los valores de probabilidad del Análisis de Varianza, señalan que no existen diferencias significativas en los promedios de la frecuencia respiratoria en área preoperatoria según el tratamiento ($p = 0.073$). La medición de la frecuencia respiratoria en área preoperatoria no mostró diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tratamiento.

Los valores de probabilidad del Análisis de Varianza expresados, indican que no existen diferencias significativas en los promedios de la frecuencia respiratoria en quirófano según el tratamiento ($p = 0.684$) (Tabla 8).

Presión Arterial Sistólica

De acuerdo a los resultados obtenidos, la menor presión arterial sistólica promedio correspondió al grupo de Terapia Psico Educativa, (120 mmHg), dado que los tratados con Diazepam registraron una media de 125.75 mmHg y con Zolpidem fue de 128.5 mmHg. La medición de la presión sistólica en área preoperatoria, mostró que el grupo tratado con Zolpidem tenía el promedio más alto de los tres grupos de tratamiento (134.25 mmHg), mientras que los que recibieron Terapia Psico educativa tuvieron el promedio menor (126.75 mmHg); los tratados con Diazepam se ubicaron en el medio de estas dos promedios de tensión, con 132.75 mmHg y que las diferencias observadas en los promedios de la presión arterial sistólica del área preoperatoria según tratamiento, son producto del azar. ($p > 0.05$).

La medición de la presión arterial sistólica en el quirófano, reveló algunas diferencias de acuerdo al tratamiento. Se observó que el grupo tratado con Zolpidem tenía el promedio más alto de los tres grupos de tratamiento (141.75

mmHg), mientras que los que recibieron Terapia Psico educativa tuvieron el promedio menor (133.75 mmHg) y los tratados con Diazepam tuvieron una presión arterial sistólica intermedia, siendo de 138.25 mmHg; estos resultados son similares a los observados en área preoperatoria, mas no en hospitalización y que las diferencias observadas en las medias según el tratamiento son producto del azar. ($p > 0.05$) (Tabla 9).

Presión Arterial Diastólica

De acuerdo a los resultados obtenidos, la menor presión arterial diastólica promedio correspondió al grupo de Terapia Psico Educativa, (74 mmHg), mientras que los tratados con Diazepam registraron el mayor promedio, siendo este de 79 mmHg; la media de presión arterial diastólica en hospitalización de los del grupo de Zolpidem fue de 77.75 mmHg. La medición de la presión diastólica en área preoperatoria, mostró que el grupo tratado con Terapia Psico Educativa tenía el promedio más bajo de los tres grupos de tratamiento (77 mmHg), mientras que los tratados con Diazepam o Zolpidem tuvieron promedios mayores, pero similares entre sí (81.5 mmHg y 82.5 mmHg respectivamente).

La medición de la presión arterial diastólica en el quirófano reveló algunas diferencias de acuerdo al tratamiento. Se observó que los que recibieron Terapia Psico educativa tuvieron el promedio de presión arterial diastólica en quirófano menor (79.55 mmHg) en tanto que los tratados farmacológicamente, mostraron promedios similares, (Zolpidem 86.75 mmHg y Diazepam 87.75 mmHg). Los valores de probabilidad del Análisis de Varianza, señalan que solamente existen diferencias significativas en los promedios de la presión arterial diastólica en quirófano según el grupo de tratamiento ($p = 0.011$) (Tabla 10).

Factor Ansiedad a la Cirugía, a la Anestesia y al Ambiente Hospitalario

Se consideró que el paciente presentaba el factor ansiedad a la cirugía, a la anestesia o al ambiente hospitalario, si las respuestas de los ítems que componían el formato de trabajo elaborado Adhoc estos aspectos incluían al menos una respuesta afirmativa. De acuerdo a esto, más de las tres cuartas partes de la muestra (83.3%) tenía presente el factor ansiedad a la cirugía, en tanto que el 16.7% no tenía este factor. De igual manera, en el factor ansiedad a la anestesia, el porcentaje de pacientes que tenían presente este factor fue aún mayor, ya que casi todos los pacientes respondieron afirmativamente a uno o más de los ítems de ansiedad por anestesia (93.3%). Con relación al ambiente hospitalario, el factor ansiedad se encuentra presente en un 63.3% y ausente en un 36.7% (Tabla 11). Para la medición de estos factores no se utilizó la Escala de Hamilton, ya que éstos fueron tomados del formato de recolección de datos.

www.bdigital.ula.ve

TABLA 1
Clasificación del grupo de pacientes, de acuerdo al Grupo Etáreo, Sexo y
Área de Procedencia. IAHULA, Mérida, 2001.

VARIABLE	Nº	%
GRUPO ETÁREO		
16 – 30 años	23	38.3
31 – 45 años	17	28.3
46 años y más	30	33.3
SEXO		
Masculino	35	58.3
Femenino	25	41.6
ÁREA DE PROCEDENCIA		
Rural	29	48.3
Urbana	31	51.6

Fuente: Recolección de Datos. Formato Adhoc.

TABLA 2
Distribución del grupo de pacientes, de acuerdo al Nivel de Instrucción,
Intervenciones Quirúrgicas y A.S.A. IAHULA, Mérida, 2001.

VARIABLE	Nº	%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Alfabeta	13	21.7
Analfabeta	47	78.3
ESPECIALIDAD		
Cirugía	18	30.0
Ginecología	10	16.7
Otorrinolaringología	5	8.3
Traumatología	23	38.3
Urología	4	6.7
A.S.A.		
I	33	55.0
II	27	45.0

Fuente: Recolección de Datos. Formato Adhoc.

TABLA 3

Media y desviación estándar de las variables Peso, Edad y Tiempo de Hospitalización para el grupo de pacientes en estudio. IAHULA, Mérida, 2001.

Variable	Media aritmética	Desviación estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo	N
Edad (años)	38.2667	17.3419	16.00	65.00	60
Peso (kilogramos)	67.800	14.4384	40.00	110.00	60
Hospitalización (días)	12.200	7.5550	2.00	30.00	60

Fuente: Recolección de Datos. Formato Adhoc.

TABLA 4

Clasificación de la Ansiedad en Hospitalización y Área Preoperatoria de los pacientes a ser intervenidos quirúrgicamente. IAHULA, Mérida, 2001.

Nivel de Ansiedad	Nº	%
HOSPITALIZACIÓN		
Ligera	22	36.7
Moderada	37	61.7
Grave	1	1.6
Total	60	100.0
ÁREA PREOPERATORIA		
Ligera	27	45.0
Moderada	33	55.0
Grave	0	--
Total	60	100.0

Fuente: Recolección de Datos. Formato Adhoc.

TABLA 5

Niveles de ansiedad del grupo de pacientes de acuerdo al tratamiento recibido en Hospitalización y Área Preoperatoria. Prueba de Chi Cuadrado, valores de probabilidad. IAHULA, Mérida. 2001

Grupo de tratamiento	NIVEL DE ANSIEDAD			TOTAL
	Ligera	Moderada	Grave	
HOSPITALIZACION				
Diazepam	11	9		20
Zolpidem	4	15	1	20
Terapia Psicoeducativa	7	13		20
Total	22	37		60
ÁREA PREOPERATORIA				
Diazepam	3	17		20
Zolpidem	9	11		20
Terapia Psicoeducativa	15	5		20
TOTAL	27	33		60

$\chi^2 = 6.877$; g.l. = 4; p = 0.126; $\chi^2 = 14.545$; g.l. = 2; p = 0.001

Fuente: Recolección de Datos. Formato Adhoc.

TABLA 6

Niveles de ansiedad de los pacientes en Hospitalización y Área Preoperatoria, según A.S.A. Prueba de Chi Cuadrado, valores de probabilidad. IAHULA, Mérida 2001.

A.S.A.	NIVEL DE ANSIEDAD			TOTAL
	Ligera	Moderada	Grave	
HOSPITALIZACIÓN				
I	17	16	0	33
II	5	21	1	27
TOTAL	22	37	1	60
A.S.A. ÁREA PREOPERATORIA.				
I	19	14	--	33
II	8	19	--	27
TOTAL	27	33	--	60

$\chi^2 = 7.698$; g.l. = 2; p = 0.021, p = 0.039

Fuente: Resultados del SPSS.

TABLA 7

Media y desviación estándar de la Frecuencia Cardiaca Hospitalización, Área Preoperatoria y Quirófano, de acuerdo al Tratamiento . IAHULA, Mérida, 2001

Variable	Tratamiento	Media	Desviación	P
Categorías		aritmética	estándar	
HOSPITALIZACIÓN	Diazepam	74.30	3.5109	0.404
	Zolpidem	75.90	3.7403	
	T. Psicoeducativa	74.00	5.3508	
ÁREA PREOPERTORIA	Diazepam	78.10	3.8646	0.009*
	Zolpidem	80.20	4.8947	
	T. Psicoeducativa	76.20	6.0836	
QUIRÓFANO	Diazepam	85.25	5.9194	0.001**
	Zolpidem	87.95	8.2620	
	T. Psicoeducativa	81.45	6.5733	

Fuente: Resultados de SPSS.

TABLA 8
Media y desviación estándar de la Frecuencia Respiratoria en
Hospitalización, Área Preoperatoria y Quirófano, de acuerdo al Tratamiento.
IAHULA, Mérida, 2001

Variable	Tratamiento	Media	Desviación	P
Categorías		aritmética	estándar	
HOSPITALIZACIÓN	Diazepam	16.10	0.7881	0.059
	Zolpidem	16.40	1.0463	
	T. Psicoeducativa	15.35	1.7252	
ÁREA PREOPERATORIA	Diazepam	16.10	0.7881	0.073
	Zolpidem	16.80	1.0052	
	T. Psicoeducativa	16.30	0.7327	
QUIRÓFANO	Diazepam	17.50	1.4327	0.684
	Zolpidem	17.55	1.4681	
	T. Psicoeducativa	17.30	0.9234	

Fuente: Resultados de SPSS.

TABLA 9
Media y desviación estándar de la Tensión Arterial Sistólica en
Hospitalización, Área Preoperatoria y Quirófano, de acuerdo al Tratamiento.
IAHULA, Mérida, 2001

Variable	Tratamiento	Media	Desviación	P
Categorías		aritmética	estándar	
HOSPITALIZACIÓN	Diazepam	125.75	20.9809	0.514
	Zolpidem	128.50	11.3671	
	T. Psicoeducativa	120.00	10.7606	
ÁREA PREOPERATORIA	Diazepam	132.75	8.8071	0.077
	Zolpidem	134.25	11.8405	
	T. Psicoeducativa	126.75	12.5994	
QUIRÓFANO	Diazepam	138.25	10.2950	0.410
	Zolpidem	141.75	13.5019	
	T. Psicoeducativa	133.75	13.2660	

Fuente: Resultados de SPSS.

TABLA 10

Media y desviación estándar de la Tensión Arterial Diastólica en Hospitalización, Área Preoperatoria y Quirófano, de acuerdo al Tratamiento. IAHULA, Mérida, 2001

Variable	Tratamiento	Media	Desviación	P
Categorías		aritmética	estándar	
HOSPITALIZACIÓN	Diazepam	79.00	9.2623	0.738
	Zolpidem	77.75	6.1713	
	T. Psicoeducativa	74.00	7.3628	
ÁREA PREOPERATORIA	Diazepam	81.50	8.8071	0.077
	Zolpidem	82.50	8.9953	
	T. Psicoeducativa	77.00	6.1713	
QUIRÓFANO	Diazepam	87.75	6.9727	0.011*
	Zolpidem	86.75	6.9348	
	T. Psicoeducativa	79.55	8.3884	

Fuente: Resultados de SPSS.

TABLA 11

Clasificación del grupo de pacientes de acuerdo al Factor Ansiedad a la Cirugía, a la Anestesia y al Ambiente Hospitalario. IAHULA, Mérida, 2001.

Factor Ansiedad	Cirugía		Anestesia		Ambiente Hospitalario	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ausente	10	16.7	4	6.7	38	63.3
Presente	50	83.3	56	93.3	32	36.7
Total	60	100	60	100	60	100

Fuente: Recolección de Datos. Formato Adhoc.

Capítulo VI

Discusión

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

Discusión

Los servicios de anestesiología de los grandes hospitales y clínicas atienden a diario pacientes en la condición de cirugía electiva, a quienes se les practica la visita preanestésica, porque es a través de ésta que los anestesiólogos pueden medicar y lograr una adecuada la relación médico paciente; es así como se establece en todos los capítulos de visita preanestesica revisado (8,11,12,18).

En esta investigación, se observó un alto porcentaje de pacientes jóvenes lo cual, nos indica en cierta forma que la angustia y la falta de conocimiento hacia lo desconocido es mayor, coincidiendo con otras investigaciones (4). Lo cual también nos informa que la mala preparación de los pacientes jóvenes aumenta la intensidad de la ansiedad en el pre y postoperatorio. El porcentaje de pacientes masculinos y femeninos en nuestro estudio a sido equitativo, pero otros autores, han mencionado que la ansiedad es mayor en las mujeres con alto peso, indiferentemente del grado de instrucción que tenga y de su procedencia (6).

Se consideró utilizar la escala de Hamilton como instrumento para medir la ansiedad en función de su fácil aplicación; en otras investigaciones realizadas han puesto en practica un instrumento para medir los diferentes componentes del estado de ansiedad en el paciente quirúrgicas como lo describe Krohne, et al. (20) el cual realizó un inventario de ansiedad (KASA) que demuestra que es un indicador sensible a los cambios de ansiedad, así como también, Kindler et al. (21) los cuales usaron escalas análogas visuales (VAS) y el valor del estado de ansiedad de Spielberger. Lichtor (10), donde usaron un cuestionario para valorar la ansiedad (perfil del estado de animo).

En esta investigación, a través de la escala de Hamilton, se expresó la ansiedad en hospitalización en su mayoría como ansiedad moderada, observándose que a pesar del estrés que el paciente presenta en área preoperatoria aquellos pacientes que fueron medicados y recibieron la terapia psicoeducativa disminuyeron en alto

porcentaje su estado de ansiedad, nuestro estudio coincidió con estos investigadores (6) (14).

La terapia psicoeducativa permitió una conversación en la cual se da información extensa durante un tiempo aproximado de 30 a 45 minutos logrando los objetivos trazados que si la ansiedad se disminuye en una forma importante en comparación con aquellos pacientes que recibieron la terapia farmacológica; comparado con los estudios realizados por Weis et al (7), demostró que los sujetos que tenían mayor información obtuvieron determinaciones de ansiedad preoperatoria más baja.

Se ha observado en previas investigaciones, que el tipo de intervención al cual va ser sometido el paciente tiene influencia en el grado de ansiedad que experimentan, las cirugías del aparato genitourinario originan ansiedad en más del 80%, intervenciones por cáncer ocasionan ansiedad intensa en el 85% de los pacientes y los procedimientos potencialmente incapacitante y deformante, aún más del 85%. Sin embargo, es típica la ansiedad moderada en pacientes que se someten a la mayor parte de las cirugías electivas, tal como fue manifestado por Vernon (6).

En relación al A.S.A. se puede observar que los pacientes A.S.A. II, en la medida que estos presentan algún antecedente patológico importante experimentaron ansiedad moderada y los A.S.A. I, ansiedad ligera ya que su estado físico no le generara complicaciones futuras siendo esto un hallazgo fortuito del análisis, las revisiones consultadas no reportan ninguna asociación entre A.S.A. y ansiedad.

En este estudio se observó que a pesar que el Zolpidem mejora el estado de ansiedad, no se observa una estabilidad hemodinámica tan adecuada como la observada con el Diazepan, se puede constatar que con terapia psicoeducativa se obtuvo una estabilidad hemodinámica adecuada, a pesar que estos pacientes no fueron medicados; finalmente, se observa una diferencia estadísticamente

significativa con los pacientes que recibieron los tres tipos de tratamiento en el área preoperatoria y en quirófano, relacionada con su frecuencia cardiaca. No observándose diferencias significativas de la frecuencia respiratoria con los tratamientos administrados en cualquiera de los ambientes establecidos. Se ha señalado que el estrés psicológico relacionado con variables de personalidad, puede activar el Sistema Nervioso Simpático, hasta el grado de precipitar arritmias cardíacas que ponen en peligro la vida sin una cardiopatía subyacente (9).

Los niveles de presión arterial disminuyeron con la terapia psicoeducativa, mientras que el Zolpidem mostraba aumento de la tensión arterial sistólica, en área preoperatoria, así como el Diazepam produjo un incremento de la tensión arterial diastólica en área preoperatoria, las cuales no son estadísticamente significativas. En quirófano se observó que es estadísticamente significativo para la terapia psicoeducativa comparándola con las otras alternativas, siendo este momento el de máximo estrés ya que es difícil disminuir todos aquellos factores que se liberan, como serían las catecolaminas, activación del sistema nervioso simpático y suprarrenal, tal como fue referido por Brodsky (9), donde menciona que se correlacionan las emociones con la respuesta suprarrenal; en general, las personas con ansiedad, pero que reaccionan pasivamente, tienen una producción y eliminación elevada de adrenalina y pacientes con una personalidad extrovertida y tendencia agresiva, es mayor la excreción de noradrenalina.

El factor de ansiedad asociado a la anestesia, la cirugía y el ambiente hospitalario fue relevante ya que el mayor porcentaje de los pacientes refirieron ansiedad o temor a la anestesia seguido por la cirugía y con menor relevancia el ambiente hospitalario, situaciones estas que se plantearon de igual forma en el trabajo elaborado por Ramsay (5) donde la incidencia del miedo o ansiedad preoperatoria lo expresan con miedo a la anestesia un 62%, miedo a la intervención quirúrgica 15% y por motivos variados 23%. En el trabajo realizado por Kindler et al (21), la medida del temor a la anestesia fue observada con mayor incidencia jóvenes

femeninas y sin previa experiencia anestésicas y en cuanto a la cirugía es el periodo de espera previo a la cirugía.

www.bdigital.ula.ve

Capítulo VII

Conclusiones

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

Conclusiones

- Los resultados de este estudio nos permite concluir que la terapia psicoeducativa es una alternativa ideal en el manejo de la ansiedad preoperatoria porque se establece una adecuada relación médico-paciente, orientándose éste según su nivel de instrucción y no representa ningún costo.
- La diferencia con relación a la medicación con Zolpidem y Diazepam es que representa un costo económico, si consideramos que la mayor afluencia de pacientes que acuden a nuestros hospitales son de muy bajos recursos y éstos no están en capacidad de poder adquirir la medicación farmacológica, pudiendo quedar así el paciente sin alivio de su ansiedad.
- La escala de Hamilton demostró ser el instrumento adecuado para medir los niveles de ansiedad ya que la mayor parte de sus ítem son síntomas, los cuales pudieran ser fácilmente expresados por los pacientes independientemente de su nivel de instrucción y edad.
- Con respecto al tratamiento con Zolpidem, Diazepam y la terapia psicoeducativa comparándolos respectivamente, se deduce que la ansiedad fue disminuida en las tres cuartas parte de los pacientes a través de la terapia psicoeducativa; en relación con el Zolpidem y Diazepam y la mayoría mostró ansiedad moderada en área preoperatoria.
- EL A.S.A. de los pacientes se consideró ligado a la ansiedad por que los pacientes A.S.A. I mostraron ansiedad ligera con relación a los A.S.A. II que presentaron ansiedad moderada.

- Referente a la frecuencia cardiaca en hospitalización no hay diferencias estadísticamente significativas porque los pacientes aún no han sido tratados, haciéndose estadísticamente significativas en área preoperatoria y quirófano, con la terapia psicoeducativa.
- Con la frecuencia respiratoria no hay diferencia estadísticamente significativas ya que los promedios son similares en hospitalización, área preoperatoria y quirófano.
- La presión arterial tanto sistólica como diastólica tomada en diversos ambientes demostró que las cifras menores se corresponden al grupo tratado con terapia psicoeducativa, que los valores más elevados se observaron con el Zolpidem con respecto a la sistólica y de igual manera para la diastólica, con el Diazepam. Demostrando que la medicación farmacológica es segura porque no produce cambios importantes desde el punto de vista hemodinámica y ventilatorio.
- El factor ansiedad demostrado por los pacientes fue mayor con respecto a la anestesia, seguido por el acto quirúrgico y en menor proporción por el ambiente hospitalario

Recomendaciones

- Sugerimos la implementación de la terapia psicoeducativa como norma en la consulta preanestésica y reforzada en la visita preanestésica porque consideramos es la ideal para establecer una buena relación médico paciente, ya que todo paciente sometido a procedimientos quirúrgico experimenta ansiedad, la cual debe ser canalizada y tratada en función de las necesidades propias de cada paciente.

www.bdigital.ula.ve

Apéndices

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

Apéndice I

Diseño Experimental

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

1-. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos _____

Nombres _____

Edad: _____ años. Sexo: _____ Procedencia: _____

Días hospitalizado: _____ Nivel de instrucción: _____

DIAGNÓSTICO: _____

PROCEDIMIENTO: _____

Nº de Historia Clínica: _____ Peso: _____ Kgs.

A.S.A.: _____

2-. PARÁMETROS HEMODINÁMICOS.

	Hospitalización	Área preoperatoria	Quirófano
F.C.			
F.R.			
T.A.			

3-. FACTORES DE ANSIEDAD.

A LA CIRUGÍA:

- () Dolor
- () Pudor
- () Cicatriz
- () Riesgo de la cirugía

DE LA ANESTESIA:

- () Experiencias previas anestésica.
- () Reacciones con la anestesia.
- () Temor a no despertarse.
- () Temor a la técnica anestésica.
- () Temor a sentir durante el procedimiento.

DEL AMBIENTE HOSPITALARIO:

- () No estar a gusto donde está ubicado.
- () Estadía hospitalaria.
- () Antecedente de la cirugía suspendida.
- () Interrelación con personal Médico – Paramédico.

4- FÁRMACO ADMINISTRADO.

ZOLPIDEM (STILNOX®) 10 mg. _____
DIAZEPAM 5mg. _____
TERAPIA SPICOEDUCATIVA _____

5- ESTIMACIÓN DEL PACIENTE DE SU PROPIO ESTADO DE ANSIEDAD AL LLEGAR AL ÁREA DE QUIRÓFANO.

Apéndice II

Escala de Hamilton para la Ansiedad

Nombre: _____

Evaluación: 0 = Ausente
 1 = Ligero
 2 = Moderado
 3 = Grave
 4 = Muy grave

1		Preocupaciones, premoniciones pesimistas. Premoniciones temerosas, irritabilidad.						
2	Tensión	Sentimientos de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, tendencia al llanto, temblor, sensación de inquietud, incapacidad para relajarse.						
3	Miedos	A la oscuridad, a los desconocidos, a la soledad, a los animales, al tráfico, a las multitudes.						
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos, sueño insatisfactorio, y fatiga al despertar, sueños, pesadillas, terrores nocturnos.						
5	Nivel Intelectual (cognitivo)	Dificultad de conciliación, mala memoria.						
6	Humor Deprimido	Falta de interés, ausencia de satisfacción en los "hobbies". Depresión, despertar precoz, oscilaciones diurnas.						
7	Nivel Somático (muscular)	Dolores y agujetas, contracturas, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz inestable, aumento del tono muscular.						
8	Nivel Somático (sensorial)	Zumbidos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, hormigueos.						
9	Síntomas Cardiovasculares	Taquicardias, palpitaciones, dolor precordial, latidos vasculares, sensación de mareo, latido extrasistólico.						
10	Síntomas Respiratorios	Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.						
11	Síntomas Gastrointestinales	Disfagia, aerofagia, dolor abdominal, ardor, sensación de plenitud, náuseas, vómitos, borborigmos, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento						
12	Síntomas Genitourinarios	Polaquiuria, tenesmo vesical, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia.						
13	Síntomas Vegetativos	Sequedad de boca, rubor, palidez, tendencia a la transpiración, vértigo, cefalea tensional, erizamiento del cabello.						
14	Comportamiento durante la Entrevista	Agitación, inquietud o paseos, temblor de manos, ceño fruncido, rostro en tensión, suspiros o respiración acelerada, palidez facial, traga saliva, eructos, dilatación de pupilas, exoftalmos.						

Total: _____

Apéndice III

Definición de Términos

ANSIEDAD:

Combinación de manifestaciones físicas y mentales, atribuibles o no a peligros reales o imaginarios. El miedo es una señal de alarma ante un peligro real y tiene un enorme valor para la supervivencia. La angustia por el contrario es un miedo sin objeto, aunque el organismo reacciona de la misma forma que en el miedo no existe peligro real, y se transforma en una experiencia desagradable.

MEDICACIÓN:

Administración de droga o drogas en el periodo preoperatorio destinadas a reducir la ansiedad, facilitar la anestesia, y a minimizar sus complicaciones y/o sus efectos colaterales.

www.bdigital.ula.ve

VISITA PREANESTÉSICA:

Este término indica el hecho de evaluar al paciente el día previo a la cirugía, análisis de todos los datos contenidos en la historia clínica, examen físico y solicitud de exámenes complementarios si lo requiere el paciente; determinar los riesgos del acto quirúrgico a realizar y prevenir las posibles complicaciones del acto anestésico.

ESCALA DE HAMILTON:

Escala semicuantitativa, construida para evaluar el estado clínico de ansiedad.

SEDANTE:

Disminuye la actividad, modera la excitación y tranquiliza en general a la persona que lo recibe.

TERAPIA PSICOEDUCATIVA:

Proceso a través del cual a los pacientes se le instruye sobre los mecanismos psicológicos precursores de su disfunción en cualquier área biopsicosocial con el fin de disminuir su cuadro psicopatológico.

HIPNÓTICO:

Produce somnolencia y facilita la iniciación y conservación de un estado de sueño similar al sueño natural.

SEDANTE / HIPNÓTICO:

No benzodiazepínico, pertenece a un grupo de agentes que deprimen al sistema nervioso central de una manera relativamente selectiva, con tranquilización progresiva y somnolencia.

BENZODIAZEPINAS:

Término que se refiere a la parte de la estructura, compuesta por un anillo benceno y un anillo diazepina de siete elementos, la sustitución en varias posiciones de estos anillos le confieren la potencia. Hay diversos mecanismo de acción que contribuyen en grado variable a los efectos sedante / hipnótico, relajante muscular, ansiolítico y anticonvulsivante.

A.S.A.:

Dripps. y et al.1961

Modificaron la clasificación de Saklad (1941) denominada Sociedad Americana de Anestesiólogos cuyas siglas son A.S.A, clasificando al paciente según su estado físico general y a la gravedad de su dolencia presente; es la más empleada en la actualidad y divide al paciente en cinco categorías:

Clase I: sujeto normal, o con un proceso localizado sin afección sistémica.

Clase II: paciente con enfermedad sistémica leve.

Clase III: paciente con enfermedad sistémica grave pero no incapacitante.

Clase IV: paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante.

Clase V: moribundo, cuya expectativa de vida no excede las 24 horas se le efectúe o no el tratamiento quirúrgico indicado.

www.bdigital.ula.ve

Referencias Bibliográficas

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

Referencias Bibliográficas

1. Sheffer, M.B., and Greifenstein, F.E. Emotional responses of surgical patients to anesthesia and surgery. *Anesthesiology*, 21:502, 1.960.
2. Dripps, D.R. et al. The role of anesthesia in surgical mortality. *Jama*, 178: 261. 1961.
3. Norris W, Baird W.L. Preoperative anxiety: A study of the incidence and etiology. *Br. J Anaesth.* 1967.
4. Janis, I.L., *Psychological Stress, Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients.* New York: John Wiley & Sons, Inc., 1.968.
5. Ramsay M.A. *A survey of preoperative anaesthesia.* 1972.
6. Vernon, D.T., Schulman, J.L. et al Influence of the type of surgery on the anxiety of the preoperative patient. *Am. J. Dis.*, 111:581, 1.976.
7. Weis O.F., Sriwatanakul K, et al. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audiovisual instruction. *Lancet* 1:43, 1.984.
8. J. Antonio Aldrete. *Anesthesiology practice-teoric.* Editorial Salvat tomo 1, capítulo 17. Pág. 333 – 338. México. 1986.
9. Brodsky, M.A., et al, Ventricular tachyarrhythmia associated with psychological stress: the role of the sympathetic nervous system. *J.A.M.A.* 257:2064, 1.987.
10. Lichtor J.L., Johanson C.E., Mhoon D., et al: preoperative anxiety: Does anxiety level the afternoon before surgery predict anxiety level just before surgery? *Anesthesiology* 67:595, 1.987.
11. Ronald D. Miller. *Anaesthesia.* Volumen 1, segunda edición. Ediciones DOYMA. Capítulo 26 Psychological preparation and preoperative medication, página 813 – 815 (– 838). 1.990.
12. Vincent J. Collins. *Anesthesiology.* Tercera edición, volumen 1 Editorial Mc. Graw – Hill Interamericana. Capítulo 9 Pre-anesthetic valuation. Página 211. México 1.993.

13. Goodman & Gillman. The pharmacological bases of the therapeutic. Editorial MC Graw-Hill-Interamericana. Novena edición. Volumen 1. Capítulo 17. Pág. 385 – 397. México. 1996.
14. Deltroy; Morlino; Eaton; Poss; Liang. Preoperative education for total hip and knee replacement patients. Diciembre 1.998.
15. Morgan E. Mikhail M. Clinic Anesthesiology. Editorial (m/m). Segunda edición. Pág. 159 – 161. México. 1998.
16. Marco Sanjuán JC; Bondía Gimeno A; Perena Soriano MJ; Martínez Bazan R; Guillén Cantin A; Mateo Aguado JM; Ferrer Pascual MA. Psychological distress and preoperative fear in surgical patients. May 1.999.
17. Fehder WP. Alterations in immune responses associated with anxiety in surgical patients. Agosto 1.999.
18. Barash, Cullen, Stoelting. Clinic Anesthesia. Editorial MC Graw-Hill-Interamericana. Tercera Edición. Volumen 1. Capítulo 18. Pág. 523- 540. México. 1999.
19. Kaplan Harold, Sadock Benjamin. Synopsis of psychiatry. Editorial Médica Panamericana. Octava Edición. Capítulo 9. Pág. 354 – 356. 1999.
20. Krohne HW, de Bruin JT, Mohoyeddini C; Breimer N; Schafer MK. Specific dimensions of anxiety in surgical patients. Development of a questionnaire and empirical result. February 2.000.
21. Kindler CH; Harms C; Amsler F; Thde-Scholl T; Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients. Mars 2.000.
22. MONOGRAFÍA DEL PRODUCTO ZOLPIDEM (STILNOX®). Laboratorio Sanofi-synthelabo. 2000.