



Nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía

Level of preoperative anxiety in patients scheduled for surgery.

Silvia Angélica López-Graciano,¹ Delia Esperanza Sillas-González,² Violeta D Álvarez-Jiménez,³ Oliver Saud Rivas-Ubaldo⁴

Resumen

ANTECEDENTES: Es importante conocer la ansiedad preoperatoria para mejorar la adaptación antes y después del procedimiento quirúrgico generando un manejo adecuado de las estrategias de afrontamiento y la atención que se otorga al paciente como ente biopsicosocial. En México el 25% de los pacientes tienen ansiedad preoperatoria, de los cuales hasta un 40% requieren tratamiento ansiolítico.

OBJETIVO: Determinar los niveles de ansiedad prequirúrgicos en pacientes sometidos a cirugía e identificar los factores predisponentes que generan ansiedad en el Centro Médico Naval (CEMENAV).

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico en el que se evaluó el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes adultos que ingresaron al servicio de cirugía y quirófano, se identificaron factores predisponentes a su prevalencia.

RESULTADOS: Se incluyeron 152 pacientes. Hubo 99.3% de ansiedad leve y 0.7% de ansiedad moderada con la escala de Spielberger. Los factores predisponentes fueron: edad, sexo, escolaridad, estado civil, tipo de anestesia y cirugía.

CONCLUSIONES: El manejo de las necesidades de información sobre la intervención y la anestesia en los pacientes es decisivo para disminuir el nivel de ansiedad prequirúrgica.

PALABRAS CLAVE: Cirugía; periodo prequirúrgico; ansiedad; anestesia.

Abstract

BACKGROUND: It is important to know the preoperative anxiety to improve adaptation before and after the surgical process, generating an adequate management of coping strategies and the care provided to the patient as a biopsychosocial entity. In Mexico, 25% of patients have preoperative anxiety, of which up to 40% require anxiolytic treatment.

OBJECTIVE: To determine the pre-surgical anxiety levels in patients undergoing surgery, and to identify the predisposing factors that generate anxiety in the Naval Medical Center (CEMENAV).

MATERIALS AND METHODS: An observational, cross-sectional, prospective, analytical study assessing the level of preoperative anxiety in adult patients who entered to the operating room, the predisposing factors were identified.

RESULTS: There were included 152 patients. We observed 99.3% of mild anxiety and 0.7% of moderate anxiety with the Spielberger scale. The predisposing factors were: age, sex, education level, marital status, type of anesthesia and surgery.

CONCLUSIONS: The management of information needs on the intervention and anesthesia in patients is crucial to reduce the level of pre-surgical anxiety.

KEYWORDS: Surgery; Preoperative period; Anxiety; Anesthesia.

¹ Escuela de Posgrados de Sanidad Naval, Universidad Naval, Secretaría de Marina, Armada de México, CDMX, México.

² Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Nayarit, Tepic, Nayarit, México.

³ Laboratorio de Biología Molecular y Bioseguridad Nivel 3.

⁴ Departamento de innovación y reingeniería de procesos clínicos, Subjefatura de Calidad de la Atención. Centro Médico Naval, Secretaría de Marina, Armada de México, CDMX, México.

Recibido: 2 de diciembre 2019

Aceptado: 5 de abril 2020

Correspondencia

Oliver Saud Rivas Ubaldo
oliversaud@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

López-Graciano SA, Sillas-González DE, Álvarez-Jiménez VD, Rivas-Ubaldo OS. Nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Med Int Méx. 2021; 37 (3): 324-334. <https://doi.org/10.24245/mim.v37i3.3732>



ANTECEDENTES

La ansiedad es una condición emocional transitoria, consiste en la manifestación de sentimientos, tensión y actividad elevada del sistema nervioso autónomo.¹ Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.² La ansiedad preoperatoria se asocia con mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estancia hospitalaria y mayores niveles de dolor posoperatorio.³

Los profesionales de enfermería del área quirúrgica pueden disminuir la ansiedad y temor ante una intervención quirúrgica para evitar su efecto negativo en la evolución y recuperación del posoperatorio.⁴ Ese estado de ansiedad debida a una situación de estrés, desconocimiento del proceso y ambiente hospitalario, o de amenaza del cambio en el rol y el estado de salud, puede crear crisis situacionales que generan una energía que puede canalizarse mediante la visita prequirúrgica estructurada hacia una actitud de colaboración y participación activa durante el proceso quirúrgico y en su recuperación.^{5,6}

Se determinó el nivel de ansiedad de los pacientes en el preoperatorio y la identificación de los factores que la predisponen, cuyo propósito fue proponer estrategias inclinadas a reducir los niveles de ansiedad en relación con el estado emocional del paciente prequirúrgico con la finalidad de que el profesional de enfermería proporcione cuidados integrales minimizando el efecto psicológico y emocional para que afronten de manera positiva su deseo de salir con bien después del procedimiento quirúrgico.

En Europa evaluaron las causas de inquietud ante una intervención quirúrgica que fueron el miedo a lo desconocido, posibles complicaciones, afectación de la calidad de vida, veracidad del

diagnóstico y posible malignidad de la enfermedad, así como a la anestesia y control del dolor de los pacientes.⁷

En América Latina los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica por primera vez tienen ansiedad; en relación con el grado de información se encontró que los que necesitaban más información del procedimiento quirúrgico mostraban niveles de ansiedad mayores.⁸

En México, con la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS), se encontró que la edad promedio de los pacientes afectados con ansiedad era de 43 ± 11.7 años, de los que el sexo femenino fue el más prevalente; la mitad de ellos eran empleados y el 28% se dedicaba al hogar, solo el 16% eran profesionistas, el 89% recibieron anestesia general, el 9% regional y el 2% la combinación de bloqueo peridural y anestesia general. La ansiedad preoperatoria fue del 25% y hasta un 40% de esos pacientes requirieron tratamiento ansiolítico; los autores concluyeron que existe prevalencia de ansiedad alta y puede disminuirse con más información de los procedimientos quirúrgicos menos conocidos por los pacientes y medicación preanestésica, con el propósito de disminuir la ansiedad y mejorar la satisfacción.⁹

En otro estudio se observó que la visita preoperatoria que realizan las enfermeras no se ajusta en su totalidad a lo establecido, lo que repercute en la calidad técnica y humana de las acciones de enfermería quirúrgica y ameritan acciones de reforzamiento de los protocolos de atención quirúrgica.¹⁰

El objetivo de este estudio es determinar los niveles de ansiedad preoperatoria de pacientes sometidos a cirugía, además de identificar los factores predisponentes que generan prevalencia de ansiedad en el Centro Médico Naval (CEMENA), en la Ciudad de México.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico, en el que se encuestaron pacientes adultos que ingresaron al servicio de cirugía y quirófano de junio a agosto de 2019. El cálculo de la muestra se obtuvo tomando en cuenta un intervalo de confianza de 0.95 (95%) y un error del 5% ($n = (((z (1-\alpha/2) + z (1-\beta/2)) ^2 \times (S_1^2 + S_2^2)))/(\mu_1 - \mu_2)^2$). Se seleccionaron pacientes adultos que estaban hospitalizados en el Servicio de Cirugía programados para algún procedimiento quirúrgico. No se incluyeron pacientes pediátricos, embarazadas ni con alteraciones psiquiátricas, psicológicas e inconscientes. Se excluyeron los sujetos que tuvieron cuestionarios incompletos, con datos ilegibles y que se retiraron de la investigación.

Procedimientos

Se registraron variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y religión.

Se seleccionaron dos escalas para medir el nivel de ansiedad en pacientes que serían intervenidos quirúrgicamente. La Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS) se utiliza para la práctica clínica y se adapta específicamente a la situación preoperatoria; consta de seis preguntas: cuatro para determinar ansiedad por el evento anestésico o quirúrgico y dos para identificar la necesidad de información adicional a la ya proporcionada.¹¹ La escala de Spielberger evalúa la ansiedad vinculada con la personalidad del sujeto (ansiedad-rasgo) y la relacionada con el contexto quirúrgico (ansiedad-estado) y está compuesta por 40 preguntas.¹²

Aspectos éticos

El proyecto fue autorizado y avalado por el comité de bioética del Centro Médico Naval (nú-

mero R-021/2019). Se solicitó el consentimiento informado para contestar el cuestionario y la información se manejó confidencialmente en todos los pacientes. Se dio cumplimiento al Reglamento de la Ley General de Salud en México.

Análisis estadístico

Para variables continuas se realizó estadística descriptiva con estadísticos de tendencia central evaluando el comportamiento de la población en estudio, para variables categóricas se usaron frecuencias absolutas y porcentajes.

Los datos recolectados fueron procesados usando el programa estadístico Sigma Plot versión 12.0 y SPSS versión 22. Las variables cualitativas se expresan en números y porcentajes. Para el análisis de las variables se realizó estadística descriptiva. El comportamiento de las variables se comparó usando la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Para la correlación de las variables edad, nivel educativo, conocimiento del tipo de anestesia y tipo de cirugía y su puntuación en la prueba se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Para las variables sexo, estado civil, cirugías previas y existencia de enfermedades crónico-degenerativas, se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney. Se consideró significativa la prueba cuando el valor de p fue igual o menor de 0.05.

RESULTADOS

Se incluyeron 152 pacientes. La primera parte de análisis de resultados involucró la estadística descriptiva de nuestra población de estudio. Entre las características, el sexo predominante fue el femenino con un 55.3%, el estado civil casado representó 79.6%, el 86.8% profesaba la religión católica, el 27.6% estaba en el grupo de edad de 61 a 70 años, el 28.9% tenía estudios de nivel primaria y el 40.8% de nivel secundaria; el 53.3% era derechohabiente de militar activo.

Cuadro 1



Cuadro 1. Variables sociodemográficas de los pacientes prequirúrgicos

Variables	N = 152	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	84	55.3
Masculino	68	44.7
Estado civil		
Soltero	13	9.2
Casado	124	79.6
Viudo	10	7.9
Divorciado	2	1.3
Unión libre	3	2.0
Religión		
Católica	132	86.8
Cristiana	13	8.6
Testigo de Jehová	2	1.3
Ateo	2	1.3
Otra	3	2.0
Edad (años)		
20-30	10	6.6
31-40	19	12.5
41-50	32	21.1
51-60	32	21.1
61-70	42	27.6
71-80	17	11.2
Escolaridad		
Primaria	44	28.9
Secundaria	62	40.8
Bachillerato	13	8.6
Carrera técnica	18	11.8
Superior (licenciatura)	15	9.9
Derechohabiente		
Derechohabiente de militar activo	81	53.3
Derechohabiente de militar retirado	12	7.9
Militar activo	36	23.7
Militar retirado	21	13.8
Pensionado (a)	1	.7
No derechohabiente	1	.7

Para determinar la ansiedad en nuestra población se utilizó una escala de Spielberger; del total de la muestra, el 99.3% (n = 151) tenían ansiedad leve y el 0.7% (n = 1) ansiedad moderada. También se utilizó la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) de la que se obtuvo un 92.1% (n = 140) de pacientes con ansiedad y el 7.9% (n = 12) sin ansiedad en el preoperatorio inmediato (datos no mostrados).

Uno de nuestros objetivos era saber si el nivel de ansiedad dependía del tipo de cirugía en los pacientes; sin embargo, se observó que el mayor porcentaje de pacientes con nivel de ansiedad leve fue del 18.4% (n = 28) de cirugía general, mientras que el 15.1% (n = 23) era de traumatología y ortopedia, siguiendo con 14.5% (n = 22) de urología, 13.1% (n = 20) de neurocirugía, 9.2% (n = 14) de ginecología y obstetricia, 9.2% (n = 14) de oncología, 6.6% (n = 10) de cirugía plástica y reconstructiva, 5.3% (n = 8) de cardiología, 3.9% (n = 6) de cirugía cardio-torácica y 3.9% (n = 6) de otorrinolaringología. Como dato importante tenemos que solo en un paciente de neurología con ansiedad leve se modificó a ansiedad moderada, que representó el 0.6% (n = 1). Las diferencias entre ansiedad leve y moderada fueron estadísticamente significativas ($p \leq 0.001$), la prueba utilizada fue la de Kruskal-Wallis. **Figura 1**

Asimismo, se analizaron los diferentes factores asociados con los instrumentos, observando datos interesantes que nos permitieron visualizar a fondo el comportamiento de nuestra población de pacientes en riesgo. **Cuadro 2**

Entre los grupos etarios se encontró diferencia significativa, el grupo de 40 a 59 años incluyó individuos menos felices con respecto a los demás; sin embargo, éstos no referían alteraciones en los niveles de tristeza o temor. Estos grupos se distribuyeron de manera muy similar entre ellos. También en mujeres observamos

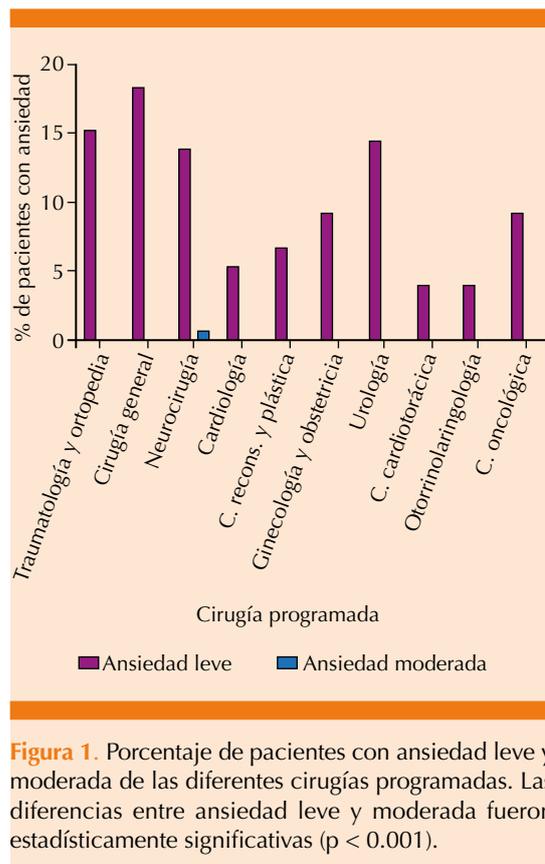


Figura 1. Porcentaje de pacientes con ansiedad leve y moderada de las diferentes cirugías programadas. Las diferencias entre ansiedad leve y moderada fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$).

que la influencia del sexo sí tuvo diferencias, mostrándolo como el grupo más calmado y con menos miedo o temor en comparación con su contraparte masculina. **Cuadro 2**

En cuanto a la comparación de los grupos por estado civil, se mostró diferencia significativa solamente en un rubro estudiado. Los grupos categorizados como “unión libre”, “viudo/a” y “divorciado/a” se agregaron a los grupos “casado” y “soltero” en función de si se encontraban o no con alguna pareja, por lo que finalmente se analizaron como “casado + unión libre” y “soltero + viudo + divorciado”. Se tomó esta decisión en el análisis porque algunos grupos eran demasiado pequeños y su número no cumplía con el mínimo necesario para considerarse válido. El resultado final mostró diferencia significativa

entre estos grupos al cuestionarlos sobre si se sentían inquietos. El grupo con mayor número de individuos inquietos fue el grupo de “soltero + viudo + divorciado”. **Cuadro 2**

De igual manera, la muestra se dividió en grupos basados en su nivel educativo, mostrando diferencia significativa solamente en un rubro, que indicaba que los individuos con nivel educativo mayor tenían niveles de inquietud mayores en comparación con los grupos con menor nivel académico. **Cuadro 2**

También se observó que los individuos con conocimiento de anestesia raquídea mostraron mayor nerviosismo, miedo y temor en comparación con los que sabían que tendrían una anestesia general o que desconocían completamente el tipo de anestesia. **Cuadro 2.**

Como resultado interesante obtuvimos una nula influencia de haber tenido cirugías previas con la existencia de ansiedad, puesto que ninguno de los rubros mostró diferencia entre estos grupos.

En el análisis entre grupos con y sin enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas), se determinó diferencia con respecto a los niveles de inquietud, misma que se encontró con mayor frecuencia en el grupo sano. **Cuadro 2**

La variable con más influencia en las respuestas que dieron los pacientes fue el tipo de cirugía al que se sometieron. Todos los grupos tuvieron niveles similares de ansiedad, pero con ligeros cambios. En el caso de la inquietud ante el procedimiento quirúrgico, todos refirieron niveles de inquietud elevada, con excepción del grupo al que se iba a practicar cirugía general. Los pacientes que se referían menos calmados fueron aquellos a los que se le practicarían cirugías cardiacas, ginecológicas y neurocirugías. **Cuadro 2**



Cuadro 2. Comparación de factores asociados con ansiedad (continúa en la siguiente página)

Factores	N = 152	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Edad (años)											
20-39	29										
40-59	64							p = 0.05*			
60-79	59										
Sexo											
Masculino	67						p = 0.002**		p = 0.005**	p = 0.027*	p = 0.00034***
Femenino	85						p = 0.0004***				
Nivel educativo											
Primaria	46										
Secundaria	61										
Bachillerato	14										
Carrera técnica	19										
Superior	12								p = 0.0492*		
Estado civil											
Casado + unión libre	130										
Soltero + viudo + divorciado	22									p = 0.0001***	
Tipo de anestesia											
Desconoce	46										
General	88										
Raquidea	18								p = 0.014*	p = 0.05*	p = 0.035*
Existencia de enfermedades crónico-degenerativas											
No	96										

Cuadro 2. Comparación de factores asociados con ansiedad (continuación)

Factores	N = 152	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas	56				p = 0.001***						
Tipo de cirugía											
Oncológica	14										
General	27										
Plástica y reconstructiva	9										
Traumatología y ortopedia	23										
Cardíaca	10		p = 0.006**	p = 0.001***			p = 0.013*				p = 0.014*
Cardiorráica	5										
Ginecológica	14		p = 0.006**	p = 0.001***			p = 0.013*				p = 0.014*
Urología	22										
Neurocirugía	22		p = 0.006**	p = 0.001***			p = 0.013*				p = 0.014*
Otorrinolaringología	6										

Las afirmaciones que se compararon en la encuesta fueron las siguientes: 1: Estoy inquieto con respecto a la anestesia. 2: Estoy inquieto con respecto a la intervención. 3: Me siento calmado. 4: Me encuentro inquieto. 5: Me encuentro nervioso. 6: Tengo miedo. 7: Me siento feliz. 8: Me encuentro atemorizado. 9: Me siento triste. 10: Aunque no lo diga tengo miedo.

Los niveles de significación para cada prueba del análisis estadístico de los factores relacionados con la existencia de ansiedad fueron: p ≤ 0.05*, p ≤ 0.01**, p ≤ 0.001***. Se analizaron por medio de la prueba U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y Kolmogorov-Smirnov, con el programa Sigma Plot versión 12.0.



Estos resultados indican sutiles diferencias entre los grupos que serán expuestos a un procedimiento quirúrgico. El rubro cuestionado con mayor diferencia significativa fue el que indicaba inquietud, con estos resultados obtuvimos un análisis completo de los factores que repercuten directamente en la existencia de ansiedad y nos da un patrón más claro para efectuar cambios en la calidad de atención en enfermería quirúrgica y reducir los niveles de ansiedad en la población que ingresa a cirugía.

DISCUSIÓN

Este estudio plantea la identificación de más factores de riesgo de padecer ansiedad, teniendo en cuenta no solamente la existencia neta de ansiedad generalizada, sino también alteraciones específicas, como miedo, temor o inquietud, que tienen efectos en el periodo prequirúrgico y la recuperación del paciente, provocando mayor consumo de analgésicos y sedantes, prolongando la estancia hospitalaria y exponiendo al paciente a mayor morbilidad y mortalidad.

En este estudio encontramos que el 100% de los pacientes encuestados tuvieron niveles de ansiedad previo a la cirugía programada. Los niveles de ansiedad fueron idénticos en todos nuestros grupos de estudio independientemente del tipo de cirugía. El sexo predominante fue el femenino con un 55.3%, media de edad de 61-70 años, el 69.7% tenía nivel educativo básico. Estos resultados concuerdan con el estudio de Doñate-Marín y colaboradores, que mencionan que el 100% de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica por primera vez tiene ansiedad, con media de edad de 59 a 70 años, y el 77.8% tiene un nivel educativo básico.⁸

Gaona-Rentería y colaboradores reportaron que el 50.7% de su población experimentó un estado de ansiedad leve, el 33.3% ansiedad moderada y un 2.7% grave. Sin embargo, en nuestro estudio

se encontró que el 99.3% tenía ansiedad leve y el 0.7% ansiedad moderada, sin pacientes con ansiedad grave. Es importante destacar que todos los pacientes a los que se les practicará una intervención quirúrgica por primera vez tienen ansiedad y los que han tenido una experiencia previa tienen ansiedad un tanto influenciada por creer necesitar más información acerca del acto quirúrgico al que serán sometidos.¹³

En este estudio, según la Escala de Ámsterdam (APAIS) el 92.1% tenía ansiedad en el preoperatorio inmediato. Al respecto, en un estudio publicado por Kiyohara y su grupo¹⁴ se encontró que quienes recibían mejor información preanestésica durante la visita del anesthesiólogo mostraban tasas de ansiedad reducida en comparación con los pacientes que no la recibían. Coincidimos con estudios previos, ya que este estudio mostró alteraciones correspondientes de ansiedad el día de su ingreso. Sin embargo, se observó que esta frecuencia fue menor cuando se evaluó nuevamente durante el periodo prequirúrgico inmediato, hipotetizamos que este fenómeno se debe a la intervención de necesidades informativas a la que se vieron expuestos los pacientes de manera directa o indirecta durante su estancia hospitalaria, por lo que consideramos a esta intervención una buena práctica y, además, planteamos la posibilidad de efectuarla en la estancia hospitalaria del Centro Médico Naval de manera sistemática.

Existen diversos reportes (Johnson y colaboradores, 2010) con resultados contradictorios que indicaban nula o leve influencia del sexo en la existencia de ansiedad generalizada, el femenino fue el más propenso a padecerla. Así, la depresión y los trastornos de ansiedad en la mayor parte de los países es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.¹⁵ En nuestro estudio se observó lo contrario, demostró que las mujeres fueron el grupo con individuos más calmados y con menos miedo o temor en com-

paración con su contraparte masculina, quizá esto se deba, en parte, a la cultura y la función de sostén inamovible que desempeña la mujer en la familia mexicana.

En su estudio Fernández-Lobato y su grupo observaron en los pacientes las causas más importantes de inquietud: el miedo a lo desconocido, las posibles complicaciones, afectación de la calidad de vida y la propia enfermedad-diagnóstico, y de la anestesia, el control del dolor.⁷ En nuestro estudio se encontró que el grupo de solteros, viudos y divorciados se sentían más inquietos; tal como esperábamos que sucediera, probablemente debido a que el grupo "casado + unión libre" tiene un refuerzo familiar complementado por una pareja y este refuerzo es lo suficientemente efectivo como para disminuir la inquietud.

Existe controversia en demostrar los factores que intervienen en la existencia de ansiedad, una de ellas es la escolaridad. Mavridou y su grupo demostraron incongruencia en sus resultados probablemente debido al tipo de población de estudio.^{16,17} Nuestros resultados demostraron que los pacientes con mayor escolaridad tienen más inquietud.

En otro estudio, Calabrese y su grupo encontraron que los temores relacionados con la anestesia general se deben a que los pacientes la perciben como el tipo de anestesia que suprime el control del "Yo", sus funciones quedarán abolidas, es ahí donde irrumpe el miedo con anticipación, y a la vez como un efecto de su propia ineficacia de defensa.¹⁸ Otros autores, como Brown y colaboradores, establecen que este temor se relaciona con el estrecho margen que supone para el paciente la función de la anestesia general y en muchos casos la anestesia regional.¹⁹ En comparación con nuestro estudio, se encontró que los individuos con conocimiento de anestesia raquídea mostraron mayor nerviosis-

mo, temor y miedo en comparación con los que sabían que tendrían una anestesia general o que desconocían completamente el tipo de anestesia.

Mavridou y su grupo evaluaron el antecedente de cirugía como factor de riesgo de ansiedad preoperatoria, encontraron que los pacientes de primera vez en procedimiento tenían menor nivel de ansiedad, mientras que los que ya tenían antecedentes quirúrgicos podrían estar influidos por el resultado de su experiencia previa.¹⁶ Sin embargo, en este trabajo se encontró nula influencia de haber tenido cirugías previas, porque ninguno de los rubros mostró diferencia entre estos grupos. En los pacientes sanos era esperable encontrar mayor inquietud en comparación con los que tienen enfermedades crónico-degenerativas, porque ellos suelen manifestar estrés previo, por la experiencia de afrontar su enfermedad.

En el caso de la inquietud ante el procedimiento quirúrgico, todos los grupos refirieron niveles de inquietud elevada, con excepción del grupo al que se iba a practicar cirugía general, lo que contrasta con el estudio de Fernández-Lobato y su grupo, en el que observaron que las causas más importantes de inquietud son el miedo a lo desconocido, las posibles complicaciones, la afectación de la calidad de vida y la propia enfermedad-diagnóstico; y de la anestesia, el control del dolor.⁷

En Europa, Navarro-García y su grupo encontraron que la edad inferior a 65 años es un factor determinante en la ansiedad preoperatoria, misma que influyó en los temores del paciente frente a la cirugía.²⁰ En general, los temores disminuyen a medida que aumenta la edad. Al igual que en otros estudios, Contrada y colaboradores demostraron que entre los pacientes intervenidos mediante cirugía cardiaca, el nivel de temor y preocupación era menor en los pacientes mayores de 65 años; el diagnóstico de malignidad de la enfermedad fue causa impor-



tante de inquietud en todos los grupos de edad.²¹ Sainz y su grupo encontraron que el 37% de los pacientes a quienes se les efectuó craneotomía tuvieron miedo a la anestesia y al acto quirúrgico, los motivos más frecuentes fueron: a morir y a quedar con secuelas.²² Ham-Armenta y su grupo compararon los porcentajes de inquietud respecto al procedimiento anestésico con la inquietud respecto a la intervención quirúrgica, demostrando la asociación en ginecología.²³ Nosotros observamos que los pacientes menos calmados fueron aquéllos a los que se les practicaría una cirugía cardíaca, ginecológica o de neurocirugía. Este comportamiento se repitió en el caso de sensación de temor. Sin embargo, los pacientes que refirieron menor sensación de miedo fueron a los que se iba a practicar cirugía de tipo reconstructiva y otorrinolaringológica.

Los resultados de este estudio demuestran que afrontar un evento potencialmente peligroso como lo es una cirugía repercute de manera directa en el estado psicológico del paciente induciendo ansiedad, por lo que identificar a un paciente en riesgo implica la oportunidad de intervenir positivamente en su recuperación.

La información otorgada a los pacientes debe ser de fácil comprensión y debe aclarar el mayor número de dudas posibles, evitar tecnicismos y confusión que, lejos de tranquilizar al paciente, promoverán la aparición de incertidumbre y consecuentemente ansiedad. Por ello, la capacitación del personal de salud se enfocará en la comunicación más empática y capaz de transmitir la información de manera efectiva.

Además de otorgar información de su padecimiento y el procedimiento anestésico y quirúrgico a realizar, debemos hacer hincapié en que cada paciente es partícipe de su propia recuperación, permitiendo que se involucre de manera activa, dando así una sensación de control sobre sí mismo.

CONCLUSIONES

Detectar un estado de ansiedad de manera inmediata reducirá los tiempos de recuperación y permitirá disminuir la morbilidad y mortalidad individuales y poblacionales.

En este estudio se determinó que la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, conocimiento o no del tipo de anestesia y tipo de cirugía tienen influencia en la aparición de ansiedad. Se recomienda intervenir desde el ingreso del paciente, debido a que cada uno de ellos tiene diferentes necesidades de atención, que pueden ser determinadas por sus creencias, nivel educativo, etc. y que, al ser detectadas de manera inicial, permitirán la creación de estrategias personalizadas.

Por tanto, se considera que para favorecer una mejor calidad de atención en todo momento debe enfocarse una atención centrada en la persona.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Bernardo Tanur Tatz su colaboración en este estudio, expresidente del Colegio de Medicina Interna, expresidente del Consejo de Medicina Interna de México, jefe de Enseñanza y Medicina Interna del Centro Médico Naval quien, junto con Alejandro Marcín Torre y Victoriano Llaca Rodríguez, contribuyeron a sentar las bases de la Escuela Médico Naval.

REFERENCIAS

1. Markland D, Hardy L. Anxiety, relaxation and anaesthesia for day-case surgery. *Br J Clin Psychol* 1993; 32 (4): 493-504. doi. 10.1111/j.2044-8260.1993.tb01085.x.
2. Heather-Herdman T. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier España; 2010.
3. Pérez DR, Martín CMC, Quiñonez CM. Influencia de la ansiedad quirúrgica en la evolución de la cirugía de várices. *Rev Cubana Angiol y Cir Vasc* 2000; 1 (2): 95-100.

4. Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information. *Nurs Stand* 2002; 16 (28): 33-37. doi. 10.7748/ns2002.03.16.28.33.c3173.
5. Trujillo-Abad A, Checa-Ruiz MA, Góngora-Abad R. Visita preanestésica. *Enferm Cientif* 1998; 192 (1): 33-35.
6. Chirveches E, Soley M, Rosell F, Clotet G, et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enferm Clin* 2006; 16 (1): 3-10. doi. 10.1016/S1130-8621(06)71171-8.
7. Fernández-Lobato RC, Soria-Aledo V, Jover-Navalón JM, Calvo-Vecino JM, Grupo de trabajo de la Asociación Española de Cirujanos (AEC). Encuesta nacional sobre los temores del paciente ante una intervención de cirugía general. *Cirugía Española* 2015; 93 (10): 643-650. doi. 10.1016/j.ciresp.2014.09.009.
8. Doñate-Marín M, Litago-Cortés A, Monge-Sanz Y, Martínez-Serrano R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global* 2015; 14 (37): 1-11.
9. Hernández-Hernández AI, López-Bascope AJ, Guzmán-Sánchez JA. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Med* 2016; 14 (1): 1-6.
10. Priego-Álvarez HR, Torres-Jiménez D. Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica. *Horizonte Sanitario* 2008; 7 (1): 21-28.
11. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996; 82 (3): 445-451. doi. 10.1097/0000539-199603000-00002.
12. Spielberg CD, Auerbach SM, Wadsworth AP, Dunn Till, et al. Emotional reactions to surgery. *J Consult Clin Psychol* 1973; 40: 33-8. doi. 10.1037/h0033982.
13. Gaona-Rentería DC, Contento-Fierro BE. Ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión* 2018; 3 (1): 1-6.
14. Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU, et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas* 2004; 59: 51-56. doi. 10.1590/S0041-87812004000200001.
15. Johnson J, Stewart DE. DSM-V: toward a gender sensitive approach to psychiatric diagnosis. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13 (1): 17-19. doi. 10.1007/s00737-009-0115-0.
16. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, et al. Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *J Anesth* 2013; 27 (1): 104-108. doi. 10.1007/s00540-012-1460-0.
17. Muntingh AD, van der Feltz Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, et al. Is the beck anxiety inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in The Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *BMC Fam Pract* 2011; 12; 66. doi. 10.1186/1471-2296-12-66.
18. Calabrese G, Oneto M. Perfil psicológico de los miedos a la anestesia. Estudio sobre 616 pacientes en Paysandú – Uruguay. *Revista de la SAU* 1995; 12 (1): 15-21.
19. Brown E. Quality assurance in Anesthesiology. The problem-oriented audit. *Anesth Analg* 2011; 85 (11): 217-43.
20. Navarro-García MN, Marín-Fernández B, de Carlos-Alegre V, Martínez-Oroz A, et al. Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardíaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64 (11): 1005-1010. doi. 10.1016/j.recesp.2011.06.009.
21. Contrada RJ, Boulifard DA, Hekler EB, Idler EL, et al. Psychosocial factors in heart surgery: presurgical vulnerability and postsurgical recovery. *Health Psychol* 2008; 27 (3): 309-319. doi. 10.1037/0278-6133.27.3.309.
22. Sainz L, Regueira N, Ratto F, Munúa A, et al. Experiencia emocional percibida por pacientes sometidos a craneotomía con despertar intraoperatorio. *Rev Urug Med Interna* 2019; 1: 33-40. <http://dx.doi.org/10.26445/04.01.3>.
23. Ham-Armenta KO, Pardo-Morales RV. Ansiedad preoperatoria. *Arch Inv Mat Inf* 2014; 6 (2): 79-84.