



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA
HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”

**ESCALA DE APAIS: NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA.**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de especialista en
Anestesiología

Flores Aliendres Zurilis Yeniret

Lara Lentini Miguel Ángel

Caracas 11 de diciembre 2017



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA
HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”

**ESCALA DE APAIS: NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA.**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de especialista en
Anestesiología

Flores Aliendres Zurilis Yeniret

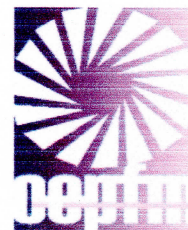
Lara Lentini Miguel Ángel

Tutor: Rojas Rondón Zuraida del Carmen

Caracas 11 de diciembre 2017



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

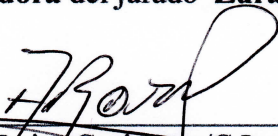
Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **ZURILIS YENIRET FLORES ALIENDRES**, cédula de identidad N° **19.472.274**, bajo el título **“ESCALA DE APAIS: NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA”**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA - HMCA**, dejan constancia de lo siguiente:


1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día **11 de Diciembre de 2017 a las 02:00 PM.**, para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que éste hizo en **salón de reuniones del Departamento de Anestesiología del Hospital Militar Dr. “Carlos Arvelo”**, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual **respondió satisfactoriamente** a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

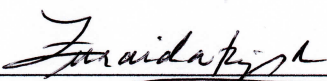
2.- Finalizada la defensa del **trabajo**, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por **la autora**, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los **11 días del mes de Diciembre del año 2017**, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como **Coordinadora del jurado Zuraida del Carmen Rojas Rondón.**


Aldara Silenia Rojas Gutierrez /C.I.: 6.480.847
Hospital Militar Dr. “Carlos Arvelo”


Betzabeth Carolyn Hernandez /C.I.: 17.562.018
Hospital Dr. “Miguel Pérez Carreño”

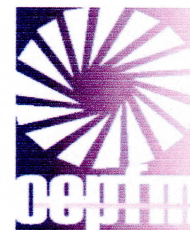

Zuraida del Carmen Rojas Rondón. C.I.: V-14.285.461
Hospital Militar Dr.” Carlos Arvelo”
Tutor

Mall/11.12.2017





UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

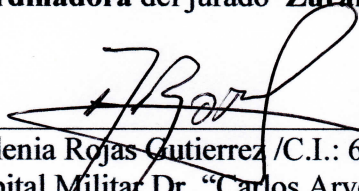
Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **MIGUEL ANGEL LARA LENTTINI**, cédula de identidad N° **17.529.972**, bajo el título **“ESCALA DE APAIS: NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA”**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA - HMCA**, dejan constancia de lo siguiente:


1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día **11 de Diciembre de 2017 a las 02:00 PM.**, para que el autor lo defendiera en forma pública, lo que éste hizo en **salón de reuniones del Departamento de Anestesiología del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo**, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual **respondió satisfactoriamente** a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

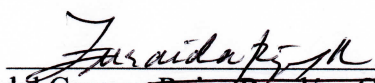
2.- Finalizada la defensa del **trabajo**, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por **el autor**, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los **11 días del mes de Diciembre del año 2017**, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como **Coordinadora del jurado Zuraida del Carmen Rojas Rondón.**


Aldara Silenia Rojas Gutierrez /C.I.: 6.480.847
Hospital Militar Dr. “Carlos Arvelo”


Betzabeth Carolayn Hernandez /C.I.: 17.562.018
Hospital Dr. “Miguel Pérez Carreño”


Zuraida del Carmen Rojas Rondón. C.I.: V-14.285.461
Hospital Militar Dr.” Carlos Arvelo”
Tutor

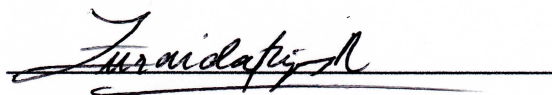
Mall/11.12.2017



**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO
ACADÉMICO EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL**

Yo, Zuraída del Carmen Rojas Rondón, portadora de la Cédula de identidad N°: 14.285.461, tutor del trabajo: **“ESCALA DE APAIS: NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA”**, realizado por los estudiantes: **Lara Lenttini, Miguel Ángel y Flores Aliendres, Zurilis Yeniret.**

Certifico que este trabajo es la versión definitiva. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Zuraída del Carmen Rojas Rondón', written over a horizontal line.

Firma del Profesor

En caracas a los 11 días del mes de diciembre de 2017

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

VICERRECTORADO ACADÉMICO

SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 11 de diciembre de 2017

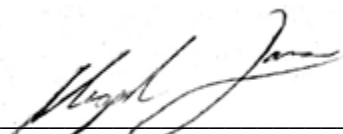
AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

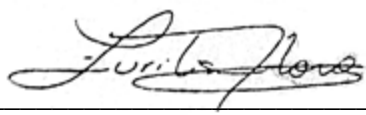
Nosotros: **Miguel Ángel Lara Lentini** y **Zurilis Yeniret Flores Aliendres**, autores del trabajo de grado titulado: **“ESCALA DE APAIS: NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA”**, presentado para optar: al título de especialista en Anestesiología.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

<input checked="" type="checkbox"/>	Si autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo despues de un año
<input type="checkbox"/>	No autorizó
<input type="checkbox"/>	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique:	

Firmas de los autores


C.I. N°: 17.529.972


C.I N° : 18.156.975

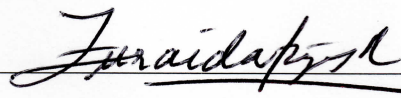
e-mail: mangell@gmail.com

e-mail: Zurilis@hotmail.com

En Caracas, a los 11 días del mes de diciembre de 2017

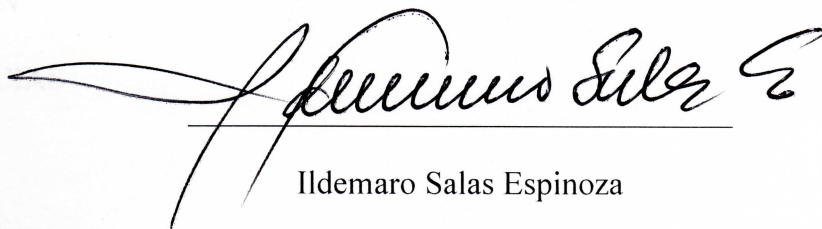
Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



Zuraida del Carmen Rojas Rondón

Tutor



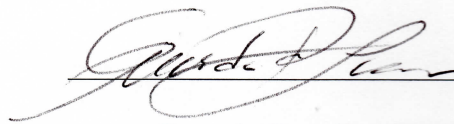
Ildemaro Salas Espinoza

Jefe de Departamento de Anestesiología Hospital Militar Dr. "Carlos Arvelo".



Joey Alexander Hernández Hernández

Coordinador docente del Programa de Especialización en Anestesiología Hospital Militar
Dr. "Carlos Arvelo".



Gerardo Roselio Lara Morel

Asesor Estadístico

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MÉTODOS	15
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	19
REFERENCIAS	21
ANEXOS	23

ESCALA DE APAIS: NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA

Lara Lentini Miguel Ángel. C.I.: V-17.529.972. Sexo: Masculino. E-mail: mangell@gmail.com, Telf.: 0212-3721623/ 0412- 3875295. Dirección: Res. OPS, torre 5, piso 13. San Antonio de los Altos, Edo. Miranda. Programa de Especialización en Anestesiología.

Flores Aliendres Zurilis Yeniret. C.I.: V-19.472.274. Sexo: Femenino. E-mail: Zurilis@hotmail.com, Telf.: 0416-2173033. Dirección: Calle Araguaney#5 Guanarito, Turmero, Edo. Aragua. Programa de Especialización en Anestesiología.

Tutor: Rojas Rondón Zuraida del Carmen. C.I.: V-14.285.461. Sexo: Femenino. Email: Zrojas9@gmail.com. Telf.: 0414-3393460. Dirección: Av. Andrés Bello, Guaicaipuro norte 4ta transversal No 37. Especialista en Anestesiología.

Objetivo: Evaluar el nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes sometidos a cirugía electiva a través del uso de la Escala de APAIS. **Método:** Se realizó un estudio prospectivo, unicéntrico, descriptivo y de corte transversal; en pacientes sometidos a cirugía electiva, durante el periodo octubre-diciembre 2016, en el Hospital Militar Dr. "Carlos Arvelo". **Resultados:** El 13,3% de los pacientes fueron ansiosos, en la Escala de APAIS con $P=0,055$, el alfa de Cronbach fue de 0,85. Los pacientes masculinos fueron más ansiosos que las mujeres. La edad, especialidad quirúrgica y la experiencia previa de cirugía, no guarda relación directa con la ansiedad y el nivel de información. **Conclusiones:** La ansiedad preoperatoria es baja en pacientes sometidos a cirugía electiva siendo mayor en la población masculina, el nivel de información requerido por los pacientes es bajo.

PALABRAS CLAVE: Escala de APAIS, ansiedad preoperatoria, visita pre-anestésica, cirugía electiva.

ABSTRACT

APAIS SCALE: PREOPERATIVE ANXIETY LEVEL IN PATIENTS SUBMITTED TO ELECTIVE SURGERY

Objective: To evaluate the level of preoperative anxiety in patients undergoing elective surgery through the use of the APAIS Scale. **Method:** A prospective, unicentric, descriptive and cross-sectional study will be performed; in patients undergoing elective surgery, during the period October-December 2016, at the Military Hospital Dr. "Carlos Arvelo". **Results:** 13.3% of the patients were anxious, in the APAIS Scale with $P = 0.055$, Cronbach's alpha was 0.85. The male patients were more anxious than the women. Age, surgical specialty and previous experience of surgery, is not directly related to anxiety and level of information. **Conclusions:** Preoperative anxiety is low in patients undergoing elective surgery being higher in the male population, the level of information required by the patients is low.

KEYWORDS: APAIS Scale, preoperative anxiety, preanesthetic visit, elective surgery.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad se define como una condición emocional transitoria consistente en sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo, temor y elevada actividad del sistema nervioso autonómico. Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad, donde además puede ser clasificada en ansiedad de rasgo o de estado y sub dividiéndose en diferentes grados ⁽¹⁻³⁾.

No sólo es resultado directo de la aparición de una situación estresante, es un temor que puede padecer cualquier individuo, en un determinado momento. El ambiente extraño y el desconocimiento de la cirugía y del acto anestésico, hacen que el paciente, pueda desarrollar estrés psicológico cuya respuesta será diferente en cada paciente ⁽¹⁻²⁾.

Planteamiento y delimitación del problema

La ansiedad que se genera en el paciente por el acto anestésico-quirúrgico es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato por ser sometido a una intervención quirúrgica y se caracteriza por temor difuso. El estrés quirúrgico es provocado por estímulos físicos, psíquicos, agresión sobre los tejidos y por el miedo a una situación desconocida que implica riesgos ⁽²⁾.

Son factores generadores de ansiedad preoperatoria, la hospitalización, la cirugía, el acto anestésico, los procedimientos a aplicar, el dolor, entre otros. El grado de ansiedad que se deriva de estos factores se relaciona además con la personalidad del paciente y sus experiencias previas. La ansiedad, se inicia en el momento mismo que se habla de la cirugía y puede llegar a su punto máximo durante la intervención, con sus mayores efectos deletéreos para el paciente ⁽²⁾.

Se conoce que la ansiedad provoca incremento en el dolor posoperatorio, mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de estancia hospitalaria, que repercute directamente en los costos de la atención ⁽¹⁾. Uno de los objetivos de la visita del anestesiólogo en el preoperatorio es tranquilizar al paciente y reducir la ansiedad. La ansiedad se ha asociado a varias respuestas fisiopatológicas, como la hipertensión y las arritmias, que pueden aumentar la morbilidad en el perioperatorio ⁽³⁾.

Investigaciones anteriores sobre anestesia han revelado que los pacientes sienten miedo de morir durante la anestesia (8-55 %), de despertar intra-operatorio (5- 54 %), de sentir dolor (5-65 %) y náuseas en el período posoperatorio (5-48 %) ⁽³⁾.

La ansiedad usualmente se presenta acompañada de diversos síntomas físicos tales como: fasciculaciones, temblores, tensión muscular, dolores de cabeza, sudoración, sequedad bucal, dificultad para deglutir y dolor abdominal ⁽⁴⁾. Así mismo, algunas veces, otros síntomas acompañan a la ansiedad como: mareos, taquicardia, taquipnea, diarrea, poliuria, fatiga o astenia, irritabilidad, insomnio, pesadillas, disminución de la capacidad de concentración e incluso problemas sexuales ⁽³⁻⁴⁾.

La actitud empática y atenta del anestesiólogo, conjuntamente con el personal de salud y la información que se proporciona al paciente juegan un papel esencial para disminuir los niveles de ansiedad preoperatoria ⁽⁴⁾. La consulta puede tener un efecto tranquilizador, sobre todo si es la primera intervención quirúrgica del paciente; si la personalidad y el nivel sociocultural del mismo lo permiten, el médico debe establecer con él una relación de confianza, cederle un papel activo y hacerle partícipe de las decisiones terapéuticas, así como disipar todas las dudas que el paciente presente ⁽⁴⁾.

Existen diversos instrumentos tales como: la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (por sus siglas en inglés DASS), la Escala de Spielberger o STAI (State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire), la Escala Visual Análoga de Ansiedad, la Escala de Ansiedad de Taylor, Escala de Hamilton y más recientemente, la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (por sus siglas en inglés APAIS) ⁽⁴⁻⁵⁾.

La escala APAIS se basa en un cuestionario simplificado que comprende seis preguntas, cuatro evalúan la ansiedad y dos el deseo de información por parte del paciente, cuyas respuestas pueden ir desde: absolutamente no, hasta enormemente; obteniendo de la misma un puntaje mínimo 1 hasta 5 puntos, que corresponden a pacientes sin ansiedad, hasta un máximo de 30 puntos que representa la presencia de la misma ⁽⁴⁻⁵⁾.

Tomando en cuenta todos los planteamientos antes expuestos se decidió la realización de un estudio de investigación sobre el nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes sometidos a cirugía electiva en los Servicios de Cirugía General, Urología y Traumatología y Ortopedia durante el período octubre-diciembre de 2016, utilizando la Escala de APAIS con el objeto de desarrollar estrategias que permitan disminuir la morbilidad asociada a la ansiedad preoperatoria.

Justificación e importancia

Aun cuando no se pueden explicar, el temor o la angustia son sin duda, un inconveniente para el paciente, sobre todo para aquel que va a ser sometido a una intervención quirúrgica ⁽⁴⁾.

Algunos autores hacen observaciones interesantes al describir que la atención y el servicio que ofrece todo el personal dentro del hospital puede generar ansiedad en el paciente, por lo que la comunicación adecuada y la actitud del equipo multidisciplinario que interactúe con el mismo puede ofrecer un entorno comfortable, previo al acto anestésico – quirúrgico ⁽⁴⁾.

En Venezuela y otros países, el anestesiólogo dedica muy poco tiempo a la visita preanestésica, como se conoce en el medio hospitalario, la cual resulta insuficiente para identificar ansiedad en los pacientes ante el acto anestésico o quirúrgico ⁽¹⁾⁽⁵⁾. Esto ha promovido la realización de instrumentos de evaluación rápidos, breves y validados a nivel mundial, para la exploración de la ansiedad.

En la institución, Hospital Militar Dr. "Carlos Arvelo", no habían trabajos previos en donde se valore la ansiedad preoperatoria, ni instrumentos para la detección de la misma; motivo por el cual se consideró necesario la realización de trabajos, para tener argumentos de convicción basados en la investigación que permitan identificar la ansiedad y el nivel de información en pacientes sometidos a cirugía electiva y establecer herramientas que permitan el manejo adecuado de este problema.

Antecedentes

Moerman *et al*, en 1996, publican la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS), diseñada y utilizada como parte de una iniciativa para mejorar las condiciones del paciente en el preoperatorio ⁽⁵⁻⁶⁾. A pesar de esta investigación tener más de 20 años, se hace necesario hacer mención a la misma por ser la investigación pionera de esta escala ⁽⁵⁾.

En el año 2005 en Perú, Gonzales *et al*, realizaron una investigación en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde concluyen que la Escala de APAIS puede proveer a los anestesiólogos un instrumento válido, confiable, y fácilmente aplicable para determinar el nivel de la ansiedad preoperatorio de los pacientes y su necesidad de la información ⁽⁶⁾.

Valenzuela *et al*, publican en México en el año 2010, un estudio basado en la Escala de APAIS, donde concluye que su estudio sugiere la presencia de grados elevados de ansiedad preoperatoria en pacientes electivos. El origen de la ansiedad parece relacionarse a factores que pueden ser evaluados en la consulta preanestésica ⁽¹⁾.

Naranjo *et al*, para 2012 en Quito, Ecuador, establecen que el 60,2 % de los pacientes presentan ansiedad, no se encontró relación significativa con las variables demográficas, la visita pre anestésica se comporta como factor protector de la ansiedad, al igual que el conocer al anesthesiólogo, el 71 % de los pacientes que recibieron la visita pre anestésica se encontraron satisfechos con la realización de la misma ⁽⁴⁾.

Maurice-Szamburski *et al*, en el 2013, concluye que la versión francesa de la APAIS es válida y fiable. La disponibilidad de esta herramienta permite la evaluación de la ansiedad en los pacientes franceses sometido a anestesia ⁽⁷⁾.

Ham *et al*, en 2014 publican, un estudio sobre ansiedad preoperatoria, donde comparan la Escala de APAIS vs Spielberger determinando que la Escala de APAIS es aplicable para un diagnostico preoperatorio de ansiedad en pacientes programados, no obstante la Escala de Spielberger tanto de ansiedad- estado como de ansiedad - rasgo es compleja para los usuarios ⁽⁸⁾.

Marín *et al*, para 2015 publica en España, un estudio sobre aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía, donde establecen que los pacientes que creen necesitar más conocimientos sobre el procedimiento quirúrgico presentan niveles de ansiedad mayores ⁽⁹⁾.

En Venezuela se ha estudiado la ansiedad por Pérez y Rojas, en 2012, en la Universidad de Oriente, donde realizaron un estudio comparativo con el Test de Ansiedad de Beck. El tipo de ansiedad predominante fue el de ansiedad leve 63,3 % para pacientes controles, mientras que, para los experimentales fue de 43,3 % ⁽¹⁰⁾.

En Venezuela no existen estudios previos a nivel preoperatorio con la Escala de APAIS, aunque se han utilizado múltiples escalas como: Escala Ansiedad y Depresión de Goldberg, Test de Ansiedad de Beck, Escala de Hamilton, en poblaciones diferentes y no en pacientes que van a ser sometidos a intervención quirúrgica.

Marco teórico

Epidemiología de la ansiedad

Entre 1990 y 2013, el número de personas con ansiedad, ha aumentado cerca de un 50 %, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10 % de la población mundial está afectado. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la ansiedad ⁽¹¹⁾.

Los estudios epidemiológicos demuestran una cruel paradoja, al mismo tiempo que avanzan nuestros conocimientos y mejora la eficacia de los medios de tratamiento, se constata que un alto porcentaje de las personas que padecen trastornos emocionales no son identificados y por consiguiente, no reciben tratamiento adecuado ni se benefician de los avances de la investigación en este campo. En el estudio realizado por la OMS sobre los problemas psicológicos de los médicos de atención primaria, realizado en centros de 14 países, se constató una prevalencia puntual del trastorno de ansiedad generalizada del 12 % de las primeras consultas. No obstante, a pesar de esta gran morbilidad, los trastornos de ansiedad son infra diagnosticados y no tratados adecuadamente. Cerca de la mitad de los pacientes del estudio internacional, afectos de un trastorno de ansiedad, no fueron identificados por los médicos de familia ⁽¹²⁾.

Los trastornos de ansiedad son tan frecuentes en atención primaria que se calcula que uno de cada diez pacientes que se atienden diariamente lo presentan. De hecho son más comunes que la diabetes ⁽¹²⁾. Cada día más personas sufren de esta condición ocupando uno de los primeros lugares en cuanto a problemas de salud mental se refiere. Un 20% de la población mundial padecerá algún tipo de trastorno de ansiedad en algún momento de su vida, según indican datos estadísticos de la OMS ⁽¹³⁾.

Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional transitorio y situacional caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, temor y la activación intensificada del sistema nervioso autónomo como respuesta a un acontecimiento o situación específica actual o potencial. Este estado clínico, desencadenado por estímulos externos, como propios de la

persona, causan una serie de alteraciones en el individuo que van a determinar su conducta ante la situación, originando incomodidad en el individuo que la presenta y en su entorno⁽⁸⁾.

Este estado emocional, que en ocasiones no puede ser controlado por el paciente, le puede ocasionar adicionalmente inseguridad, nerviosismo, agresividad, confusión, entre otros, conllevando a que el mismo presente diferentes reacciones ante determinadas situaciones⁽⁸⁾.

Ansiedad preoperatoria

La ansiedad, conocida en sus inicios como neurosis, es introducida a la práctica clínica por el psiquiatra escocés William Cullen en 1769 en su “*Synopsis nosologiae methodicae*”, donde se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano y que comprometía los sentimientos y el movimiento.

Las investigaciones clínicas y psicopatológicas de Pierre Janet, S. Freud, H. Ey y J.J. López Ibor o J. Lacan, entre tantos otros, contribuyeron a conceptualizar esa presentación del acontecer humano que gira en torno a la experiencia de la angustia⁽⁸⁾.

La historia de los hoy llamados trastornos de ansiedad está estrechamente vinculada al concepto clínico de neurosis. Así, a lo largo de la historia, los trastornos por ansiedad se caracterizan por miedo excesivo y evitación en respuesta a objetos o situaciones específicos que, en realidad, no representan un peligro real⁽⁸⁾.

La ansiedad se presenta en cualquier persona de forma transitoria o crónica; puede producir reacciones agresivas que resultan en incremento en el estrés experimentado por el individuo. Lo que se genera en el paciente por el acto anestésico-quirúrgico es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso que puede ir de la inquietud al pánico; de hecho, puede ser una característica constitucional de la personalidad del sujeto^(6,8).

Hoy en día, se ha establecido que los trastornos por ansiedad tienen su base neurobiológica cuando ocurren alteraciones en el circuito cerebral medio, el circuito emocional más estudiado desde Pavlov y ahora con imágenes cerebrales de resonancia magnética funcional y tomografía por emisión de positrones⁽⁸⁾.

En los trastornos por ansiedad participan algunas de las estructuras cerebrales que conforman el sistema límbico y es ahí en donde se ha observado que los fármacos ansiolíticos

ejercen algunas de sus acciones. El sistema límbico es el responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la supervivencia. Entre esas emociones se encuentran el miedo, la furia, las sensaciones ligadas al sexo o al placer y también al dolor y la angustia ⁽⁸⁾.

Tal es el caso de aquellos individuos en calidad de pacientes quirúrgicos, los cuales dicha situación los hace vulnerables a presentar ansiedad preoperatoria, la cual está definida como un evento frecuente que depende de múltiples factores. Uno de ellos es la información previa que recibe el paciente, que debe de ser sencilla, inteligible y fidedigna ⁽⁹⁾.

Estos pacientes que se ven sometidos a la ansiedad preoperatoria, están asociados a cambios conductuales y cambios hemodinámicos previo al acto quirúrgico, lo cual está relacionado estrechamente con la conducta a seguir por parte del anestesiólogo. Directamente esta ansiedad del paciente, va a estar influenciada por la falta de conocimiento por parte del paciente, sobre la patología que presenta, la cual lo hace candidato a una intervención quirúrgica, a las características del procedimiento quirúrgico y sus posibles complicaciones y más aún al tipo de anestesia que recibirá y sus posibles riesgos ⁽⁹⁾.

Por tal razón, uno de los objetivos de la visita del anestesiólogo en el preoperatorio es tranquilizar al paciente y reducir la ansiedad. La ansiedad se ha asociado a varias respuestas fisiopatológicas, como la hipertensión y las arritmias, que pueden aumentar la morbilidad en el perioperatorio ⁽³⁾. De allí parte la intención de brindarle el mayor confort al paciente previo al acto quirúrgico mediante la adecuada información sobre los procedimientos a realizar, de manera que el paciente se sienta agradado, con mayor confianza hacia el equipo quirúrgico y de esta manera disminuir sus niveles de ansiedad lo que influiría al descenso de los riesgos intraoperatorios que se puedan presentar por los cambios hemodinámicos ocasionados por el estado de ansiedad ⁽⁶⁾.

El conocimiento del nivel de ansiedad del paciente en la fase preoperatorio es importante y debe ser considerada en la fase de despistaje. La difusión de la información para el público en general y la repercusión en los medios de comunicación de algunos accidentes anestésicos han contribuido a la identificación de la anestesia y de sus especificidades ⁽⁶⁾. Los pacientes suelen expresar temores y angustia con respecto a la anestesia. La ansiedad puede ser una característica constitucional de la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) o bien ser causada por el acto quirúrgico (ansiedad-estado) ⁽⁶⁾.

La ansiedad generada por la anestesia y la cirugía no tiene necesariamente un impacto negativo en el período perioperatorio y en cierta medida, se trata de una disposición psicológica normal que permite al paciente afrontar mejor la intervención. Los estudios clínicos han puesto en evidencia la dificultad para apreciar, durante la consulta preanestésica, el grado de ansiedad del paciente, dado que aunque los pacientes pueden manifestar ansiedad durante la anamnesis, los más introvertidos suelen reprimirla ⁽⁶⁾. Debido a esta necesidad de identificar el nivel de ansiedad en un paciente se han establecido diversas escalas para establecer el nivel de ansiedad preoperatorio.

Escala de ansiedad preoperatoria APAIS

La Escala de ansiedad preoperatoria de Amsterdam o APAIS, por sus siglas en inglés (Ámsterdam preoperative anxiety and information scale"), se origina en Holanda, luego de que en las consultas preanestésica comenzara a utilizarse la Escala de Spielberger, que consta de 20 ítems, de auto-informe para medir la ansiedad rasgo y estado; recomendando la escala estado para medir la ansiedad del paciente en la fase preoperatoria ⁽⁵⁾.

A pesar de la Escala de Spielberger ser un cuestionario bastante corto, todavía era demasiado largo para su uso en las consultas donde se atenderían un gran número de paciente, otro aspecto que no se evaluaba en él era la necesidad del paciente de información, ya que se describen varios estudios que demuestran que la información proporcionada a los pacientes antes de la cirugía puede facilitar la recuperación ⁽⁵⁾.

Como no pudieron encontrar un instrumento clínicamente aplicable en la literatura que cumpliera todas sus condiciones: corto, específicamente en sintonía con la situación preoperatoria y fácil de interpretar; decidieron desarrollar un nuevo instrumento, que debería permitir distinguir ansiedad de los pacientes no ansiosos y los pacientes que quieren información de aquellos que no lo hacen ⁽⁵⁾.

Análisis estadístico y validez

Para evaluar la validez de la Escala de APAIS se realizaron varios análisis, en los aspectos de la construcción, contenido y criterio. La validez de construcción se evaluó mediante análisis factorial, cuyo resultado fueron que surgieron 2 factores: la ansiedad y la necesidad de información, de forma adecuada. Como una medida de la validez concurrente se determinó la correlación de la APAIS con el STAI. Para uso clínico, es importante ser capaz de identificar

aquellos pacientes que pueden ser considerados como "casos de ansiedad", para este fin se utilizó STAI de Spielberger como el "patrón oro" ⁽⁵⁾.

La validez se evaluó adicionalmente por comparación-grupo con tres condiciones diferentes, la primera que las mujeres deben tener una puntuación más alta que los hombres en la escala de ansiedad APAIS basado en datos de la literatura, donde se considera que las mujeres son generalmente más ansiosas que los hombres; la segunda que los pacientes con un alto requerimiento de información van a tener una puntuación más alta en la escala de ansiedad que los pacientes con un requerimiento bajo de información; por último el requerimiento de la información es menos valiosa para los pacientes que tienen experiencia previa con la anestesia que para los que no ⁽⁵⁾.

La validez concurrente fue determinada por la correlación con el STAI, entre los ítems de ansiedad de la APAIS y el STAI-Estado fue alta (0,74) ⁽⁵⁾. Se han realizado varios trabajos de validación a nivel mundial, con resultados similares en el año 2002 destacan la validación en Japón y Canadá ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. En 2007 se realizó en Alemania confirmando la fiabilidad y validez de la escala ⁽¹⁶⁾.

El último estudio de validez publicado en 2013 en Francia realizan una nueva investigación donde buscaban validar la APAIS en su versión francesa, en ésta se estableció la validez interna mediante el análisis factorial de componentes principales, reveló la misma estructura tridimensional como la escala original, lo que indica que la versión es escalable. La fiabilidad de consistencia interna y validez de construcción eran altas, es decir, valores alfa de Cronbach rango de 0,76 y 0,84 respectivamente ⁽⁷⁾.

Características de la escala

El cuestionario evalúa la ansiedad vinculada a la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) y la ansiedad relacionada con el contexto quirúrgico (ansiedad-estado), incluye seis preguntas, cuatro preguntas evalúan la ansiedad en relación con la anestesia y la intervención; dos preguntas se refieren a la demanda de información por parte del paciente ⁽⁵⁾.

Mediante la Escala de Liker se establece las diferentes respuestas que son: absolutamente no, algo, bastante, mucho o demasiado, donde se asignan valores crecientes del 1 al 5 respectivamente. Las puntuaciones en Escala de APAIS con relación a la ansiedad van desde 4 no ansiedad a 20 muy ansioso, se estableció inicialmente 11 como punto de corte, pero si se

toma la puntuación de 13 apenas hay 2 % de falso positivos, por lo tanto la base de datos es menos contaminada. En el caso de las preguntas que emplazan información una puntuación de 5-7 se pueden clasificar como teniendo una necesidad media de información y los que tienen una puntuación de 8-10 por tener un alto requerimiento de información.⁽⁵⁻¹⁷⁾.

Las preguntas descritas son:

- Estoy inquieto con respecto a la anestesia
- Pienso continuamente en la anestesia
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia
- Estoy inquieto con respecto a la intervención
- Pienso continuamente en la intervención
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención.

Herramientas para el manejo de la ansiedad preoperatoria

Consulta preanestésica

La valoración preanestésica es el protocolo de estudio que permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente para establecer un plan anestésico de acuerdo con su análisis, de ser posible, respetar la preferencia del paciente. La organización de una consulta eficaz es un gran esfuerzo para un Servicio de Anestesia, ya que puede representar hasta 30 % del tiempo médico y cerca de 10 % de los costos totales del procedimiento de la anestesia. Las ventajas principales se orientan en torno a dos ejes: beneficios para el paciente, con disminución de la morbilidad y la mortalidad postoperatoria y beneficios para el centro hospitalario, con optimización de los recursos ⁽¹⁴⁾.

La atención debe realizarla obligatoriamente un especialista en anestesia, un paciente no hospitalizado la valoración se efectúa en el contexto de las consultas externas de los centros hospitalarios, esta modalidad es conocida como consulta preanestésica, a diferencia de la visita que permite verificar que no se haya producido ninguna modificación en el estado de salud del paciente ⁽¹⁴⁾.

La consulta debe tener lugar varios días antes de la cirugía programada. El lapso previsto debe permitir la realización de las pruebas complementarias pertinentes o la interconsulta con

un especialista, la duración óptima de la consulta ha sido objeto de pocos estudios específicos. En el mejor de los casos, esta duración debería modularse y adaptarse a la clase ASA del paciente ⁽¹⁴⁾. Dentro del arsenal de herramientas más importantes para la ansiólisis, se encuentra la consulta pre-anestésica que se utiliza para conocer al paciente, tratar y aliviar las preocupaciones del individuo sometido al procedimiento ^(5,11).

Hay necesidad de que el anesestesiólogo conozca al paciente para abordar los problemas médicos y psicológicos de los mismos, de la misma forma existen otras herramientas como el uso de ciertos fármacos, dentro de ellos las benzodiazepinas, estas se utilizan en la ansiólisis preoperatoria, disminuyendo los efectos de la ansiedad en el paciente como se describieron previamente ⁽⁸⁾.

Manejo farmacológico

La premedicación anestésica debe reducir la ansiedad, bloquear reflejos autonómicos para lograr una inducción de la anestesia suave y atraumática; la preparación farmacológica está destinada a disminuir la respuesta al stress; constituye además el procedimiento a través el cual se realiza la preparación farmacológica de todo paciente previo a la acción anestésica-quirúrgica, en donde se busca que proporcione ansiólisis, amnesia a corto plazo, analgesia, disminución de la salivación secreciones, relajación muscular, entre otros; con el propósito de adecuar al paciente a la inmediata intervención quirúrgica ⁽¹⁸⁾.

Otros

La literatura refiere además otras formas de ansiólisis que se resumen en tratamiento no farmacológico, abarcando: evaluación psicológica antes de la cirugía donde se evaluaron niveles de ansiedad, presencia e intensidad de dolor, utilizando para Escala Visual Análoga; se desarrollan en algunos esquemas psicológicos habilidades de enfrentamiento, tales como: psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y reforzamiento positivo ⁽¹⁹⁾.

Fisiopatología de la ansiedad perioperatoria

La ansiedad es una reacción normal del organismo ante situaciones claras de peligro, donde la respuesta del Sistema Nervioso Autónomo, específicamente el Sistema Simpático, prepara el organismo para la acción, sea la lucha o la huida, actuando mediante la secreción de

dos sustancias vaso activas, la adrenalina y la noradrenalina favoreciendo múltiples efectos en varios sistemas ⁽²⁰⁾.

Objetivo general y específicos

Objetivo general

Evaluar el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía electiva a través del uso de la escala de APAIS.

Objetivos específicos

- Determinar el principal grupo etario y género de la muestra seleccionada.
- Evaluar los principales antecedentes relacionados con la ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía electiva.
- Relacionar el tipo de cirugía con el nivel de ansiedad preoperatoria.
- Establecer el nivel de ansiedad preoperatoria con respecto a la anestesia e intervención mediante la Escala de APAIS.
- Describir el grado de información con respecto a la anestesia e intervención mediante la Escala de APAIS.

Aspectos éticos

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki cuya última revisión fue en octubre de 2013, como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables ⁽²¹⁾.

Los organismos internacionales establecen que en todo estudio, donde intervengan humanos, es necesario establecer, en primer lugar, una descripción detallada de los procedimientos que se van a seguir para proteger a los sujetos humanos que participen en el estudio ⁽²¹⁾.

Es necesario, una copia del formulario de consentimiento informado que se va a usar con los sujetos humanos que participen en el estudio y así mismo la certificación firmada por el Comité de Ética de la institución, el cual se empleara en el estudio. En el caso de la investigación, se le explicó a cada integrante de la investigación, de manera clara, los objetivos y propósitos

del estudio, la confidencialidad de los datos y se obtuvo el consentimiento informado por escrito⁽²¹⁾.

Cuando se trata de investigaciones que envuelven sujetos humanos, el protocolo de investigación deberá explicitar los siguientes aspectos:

- Los beneficios y los riesgos conocidos o inconvenientes para los sujetos envueltos en el estudio.
- La descripción precisa de la información entregada a los sujetos del estudio y cuando será comunicada oralmente o por escrito. Ejemplos de dicha información incluyen: Los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del estudio⁽²¹⁾.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, situación que quedara claramente definida en este estudio.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes⁽²¹⁾.

Los pacientes incluidos en este estudio, fueron visitados el día previo a la cirugía para conocer sus antecedentes personales y patológicos e informarles acerca de la investigación, realizar el consentimiento informado y posteriormente el instrumento de recolección.

La participación de los pacientes fue de forma voluntaria, pudiendo retirarse del estudio, después de haber dado su conformidad para participar, negándose a responder cualquier pregunta. Los datos recolectados en esta investigación son confidenciales y sólo se utilizaron para este fin.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, unicéntrico, descriptivo y de corte transversal.

Población y muestra

La población estuvo conformada por pacientes que fueron sometidos a cirugía electiva en los Servicios de Cirugía General, Urología y Traumatología y Ortopedia, durante el periodo octubre-diciembre de 2016, en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, cuya muestra estuvo conformada por los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, establecidos por los autores.

Criterios de inclusión

- Pacientes con edades comprendida entre 18 y 60 años.
- ASA I y II.
- Pacientes que autorizaron su participación en el estudio a través del consentimiento informado.
- Pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por los Servicios de Cirugía General, Urología, Traumatología y Ortopedia.

Criterios de exclusión

- Pacientes con trastornos psiquiátricos.
- Pacientes oncológicos.
- Pacientes embarazadas.

Procedimientos

- Se realizó la visita preanestésica al paciente, explicándole de manera clara, objetiva, precisa, y concisa los objetivos y alcances de la investigación que se va a realizar y si desea participar en la misma.
- Previa autorización del paciente a participar en el estudio, se solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 1).
- Se llenó el instrumento de recolección de datos e información (Anexo 2).

- Se procedió a aplicar el instrumento de “Escala de ansiedad preoperatoria y de información de Ámsterdam (APAIS)” (Anexo 3).
- Una vez obtenida toda la información se vació los datos directamente mediante el uso de Formularios de Google®
- La información se vació en una tabla Excel para su posterior manejo estadístico con SPSS.

Recursos Humanos

Propios de la investigación

Recursos materiales

Propios e institucionales

Variables

Se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad, género, comórbidos asociados, tratamiento recibido antes de la cirugía, cirugías previas, cirugía propuesta, nivel de ansiedad con respecto a la anestesia, nivel de ansiedad con respecto a la intervención, nivel de información con respecto a la anestesia y a la intervención y puntuación en Escala de APAIS.

Tratamiento estadístico

Se calculó la media y la desviación estándar de la edad; en el caso de APAIS, se calculó su mediana y se identificó su valor máximo y mínimo, en el caso de las variables nominales se aplicó la prueba de Chi cuadrado de Pearson, se consideró un valor estadístico significativo $p < 0.05$, se procesaron los datos con el programa SPSS en su versión 22.

RESULTADOS

La distribución de la población fue de manera homogénea con un total de 60 pacientes, la edad presentó una media de 53 años con una desviación estándar (DE) de $\pm 17,11$ (Tabla 1) fueron 50% masculinos y femeninos. (Tabla 2)

Se distribuyeron de la siguiente manera para el estado físico en 36,7% como ASA I y 63,7% ASA II, subdividiéndose este último en 36,7% con Hipertensión arterial; 6,7% con senectud, asma o diabetes, para cada grupo (Tabla 3). Los pacientes que presentaron alguna patología previa fueron el 60%, específicamente 64,7% hipertensos, 11,8% diabético o asmático para cada patología; el 40% negaba alguna patología (Tabla 4), de los pacientes el 76,7% presentó acto quirúrgico previo y el 23,3% no había sido intervenido con anterioridad. (Tabla 5)

La especialidad quirúrgica por la que fueron sometidos los pacientes se distribuyó de la siguiente manera: 40% fue por traumatología, el 33,3% por urología dejando un 26,7% a cargo del servicio de cirugía. (Tabla 6)

Con respecto a la Escala de ansiedad preoperatoria y de información de Ámsterdam (APAIS), se distribuyó con respecto a la ansiedad en 86,7% en pacientes sin ansiedad y 13,3% en pacientes ansiosos. $P=0,055$, el alfa de Cronbach fue de 0,85 (Tabla 7).

Cuando se dividió a los pacientes según su patología previa, se observó que de los pacientes que no tenían antecedentes patológicos, el 84,6% no presentaron ansiedad, de los Hipertensos, el 90,9% no presenta ansiedad y el 50% de los asmáticos estuvieron ansioso frente a la cirugía. $P=0,276$ (Tabla 7).

Al agrupar a los pacientes por género se observó que los pacientes masculinos fueron más ansiosos que las mujeres, teniendo una ansiedad manifiesta en el 20% de la muestra contra 6,67% del grupo femenino, con $P=0,129$. (Gráfico 1)

Los pacientes con cirugía previa no presentaron ansiedad en el 91,3%, a diferencia de los pacientes sin antecedentes de cirugías previa que presentaron 28,6% de ansiedad. $P=0,055$ (Tabla 8)

La relación entre la especialidad quirúrgica y la ansiedad, se distribuyó de la siguiente manera: 20% de pacientes de Urología, 12,5% de pacientes de Cirugía general y 8,3% en pacientes de Traumatología eran ansiosos. $P=0,523$ (Tabla 9).

La necesidad de información de los pacientes fue 46,7% bajo, 33,3% medio y 20% un alto requerimiento de información, teniendo una prueba de Chi-cuadrado de Pearson estadísticamente no significativa, $P=0,504$. (Gráfico 2)

El género, en relación al nivel de información solicitado tuvo una incidencia mayor en los masculinos con 40% media y 20% alto, a diferencia del grupo femenino donde solo el 26,6% se estableció como medio y el 20% como alto, $P=0,502$. (Gráfico 3)

En los pacientes que no tenían patologías previas el 53,8% no requirió más información, el 50% de los diabéticos ameritaron, necesidad de información media, al igual que los asmáticos. Los pacientes con hipertensión arterial el 27,3% refirieron una necesidad media y alta de información en cada grupo. $P=0,231$ (Tabla 10).

La necesidad media de información fue más alta en pacientes de traumatología con 41,7%, con respecto a la alta necesidad de información que fue mayor en pacientes urológicos con 30%. $P=0,454$ (Tabla 11).

DISCUSION

La ansiedad preoperatoria es un evento frecuente, poco evaluado en pacientes sometidos a intervención quirúrgica. En la literatura los trabajos sobre la Escala de APAIS inicialmente se enfocaron en la validación del instrumento en sí, además de establecer cuáles son los factores comúnmente asociados a la ansiedad y al nivel de información de los pacientes ^(7, 14-16,22-24).

En relación al género y edad de los pacientes, los resultados obtenidos son similares a los encontrados en múltiples literaturas, no evidenciándose relación de importancia estadística. En los pacientes ASA I y II no se demostró que dicha clasificación sea una variable de significancia estadística.

La prevalencia de la ansiedad preoperatoria en el estudio de Matthias et al, fue elevada cuando el punto de corte de la escala ansiedad APAIS era 11 o más, esta es mucho mayor que en los estudios realizados en otras partes del mundo, que mostraron valores que van desde 8% a 50 % en múltiples estudios realizados en pacientes de diferentes especialidades como cirugía general, ginecología, obstetricia, traumatología, cirugía de revascularización coronaria, entre otros ^(2,4-7, 10 15-17,22-24).

La incidencia de ansiedad en nuestra investigación es baja, teniendo en cuenta además, que el punto de corte es en 13 puntos lo que le da una mayor sensibilidad y especificidad. La estimación hecha por anestesiólogos y cirujanos, sin el uso de un cuestionario estándar, a menudo conduce a una sobreestimación de la ansiedad, utilizar 13 como punto de corte para la ansiedad aumenta la sensibilidad y especificidad de la prueba estadística, aumentando la validez, el Alfa de Cronbach en el presente estudio se ubica similar a lo descrito por las diferentes bibliografías, desde el estudio original de 1996 hasta el de 2017 de Vergara et al ^(8, 15-17, 22-24).

Estudios realizados en diferentes países, como México, Ecuador, Perú, Francia, Estados Unidos, Japón, Canadá, Alemania, Italia y España han demostrado que no existe una relación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de ansiedad APAIS y el género, la edad, tipo de operación y la experiencia previa de cirugía. ^(1,4-7, 9, 15, 16, 22, 23) En nuestra experiencia ciertamente no hay una relación directa, en la mayoría de estas variables con respecto a la ansiedad.

En el estudio de Vergara de 2017, que la Validación Española de la Escala APAIS, se evidencia que ciertamente la incidencia de la ansiedad es baja en la población, además que la

población masculina es mucho más ansiosa que la femenina, podría explicarse por el hecho de que los hombres tomaron medicamentos ansiolíticos con más frecuencia que las mujeres y estudios previos han documentado mayores niveles de ansiedad preoperatoria en pacientes que toman sustancias psicofarmacológicas regularmente ⁽²³⁾. Con respecto a nuestra investigación la muestra presentó una mayor incidencia de ansiedad en masculinos.

Sirinan et al y Matthias et al, en 2012 encontraron que no hubo asociación entre el nivel de ansiedad ni necesidad de información y estado físico ASA, tipo de cirugía, experiencias previas en cirugía y anestesia, nivel educativo y estado civil ⁽²²⁾. En nuestra investigación tuvo un comportamiento de forma similar al evidenciado en estas series bibliográficas donde no hay una correlación directa entre el estado físico ASA y el puntaje para el nivel de información.

En conclusión, la Escala de Ansiedad preoperatoria APAIS, es una herramienta ideal para evaluar la ansiedad preoperatoria debido a que es corta, fácil de usar, fiable y precisa como los cuestionarios diseñados para medir la ansiedad en un entorno psiquiátrico.

La ansiedad en los pacientes estudiados es baja y no guarda una relación directa con los antecedentes quirúrgicos previos, el tipo de cirugía o patologías previas, sin embargo, la población masculina es más ansiosa que la femenina.

El grado de información con respecto a la anestesia y a la intervención mediante la Escala de APAIS, es de medio a alto en nuestro estudio; requiriendo más información preoperatoria los pacientes de género masculinos.

Este estudio permite ser el inicio para realizar investigaciones que incluyan una población mayor de pacientes, pudiendo permitir el uso de la Escala de APAIS como protocolo de evaluación de la ansiedad preoperatoria y extender el presente estudio a fin de establecer medidas terapéuticas para los trastornos de ansiedad preoperatorios.

También se podría ampliar la muestra en estudios futuros a los procedimientos fuera del área quirúrgica, con el objetivo de observar si guarda o no relación con la ansiedad y el nivel de información.

REFERENCIAS

1. Valenzuela J, Barrerar J, Ornelas JM. Anestesia Preoperatoria en Procedimientos anestésicos. *Rev. Cir y cir.* 2010 Marzo Abril; 78(2). 151-6.
2. Lema M. Niveles de estrés pre quirúrgico en pacientes a ser intervenidos en el área de cirugía del Hospital Luis F Martínez. 2015. [Proyecto de examen complejo para la obtención del grado académico de magister en enfermería quirúrgica]. Universidad Regional Autónoma De Los Andes. 2015. 12-9
3. Ortiz J, Wang S, Elayda M, Tolpinc D. Información preoperatoria al paciente: ¿Podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad?. *Rev Bras. Anest.* 2015 65(1): 7-13.
4. Naranjo K, Salazar J. Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de amsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en los Hospitales Eugenio. 2012. [Tesis presentada al instituto superior de postgrado previo a la obtencion del titulo de especialistas en anestesiología]. Universidad Central del Ecuador. 2012.
5. Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg.* 1996 Mar; 82(3): 445-51.
6. Gonzales G, Pinto F. Escala de Amsterdam sobre ansiedad y la escala de informacion APAIS en la fase preoperatoria 2005. [Tesis especial de grado. Universidad Nacional Mayor de san Marcos.] 2005. 9-14.
7. Maurice A. Validation of the French version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Health and Quality of Life Outcomes.* 2013; 11(166). 1-7.
8. Ham KO, Pardo RV. Ansiedad preoperatoria. *Archivos de Investigacion materno Infantil.* 2014; 6(2).79-84.
9. Marin D, Cortes L, Sanz M, Martinez S. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermeria global.* 2015; 1(37). 170-180.
10. Rojas M, Azevedo Pérez D. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio De Alcalá, Cumana, Venezuela. *Saber.* 2013; 25(3). 273-78.
11. OMS/Banco Mundial. Comunicado de Prensa de OMS. [Online].; 2016 [cited 2016 Sep 28. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

12. Reyes Ticas JA. Trastornos de ansiedad Guia practica para diagnostico y tratamiento. [Online]. [cited 2016 Septiembre 28 [Biblioteca Virtual de Salud]. Available from: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>.
13. Psiquiatria para todos. Ansiedad o angustia. [Online]; 2015 [cited 2016 Septiembre 28. Available from: <http://www.psiquiatria-para-todos.com/ansiedad.html>.
14. Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anaesth.* 2002; 49(8): 792-8.
15. Nishimori M, Moerman N, Fukuhara S, Van Dam FS, Muller M, Hanaoka K, et al. Translation and validation of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) for use in Japan. *Qual Life Res.* 2002; 11(4): 361-4
16. Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version. *Psychosoc Med.* 2007 Feb; 20(4). 1-8
17. Mena De La Rosa M, Rodriguez Mota E. Valoración preanestésica. Importancia en el paciente quirúrgico. *Rev Hosp Jua Mex.* 2014; 81(3): 193-98.
18. Martinez Y, Ferrera N, Ortiz Y. Medicación preanestésica con midazolam/ paracetamol oral vs midazolam intramuscular en amigdalectomia. *Anest Mex.* 2016; 28(2): 22-31.
19. Carapia-Sadurni A, Mejía-Terrazas G, Nacif-Gobera L, Hernandez-Ordoñez N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Rev Mex Anest.* 2011. 34(4): 260-63.
20. Centro Atenea Psicología Cognitiva. Centro Atenea. [Online].; 2016 [cited 2016 09 27. Available from: www.centroatenea.es/images/subidas/files/Fisiologia%20Ansiedad.pdf.
21. Asociacion Medica Mundial. Declaración de Helsinki, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. In 64ª Asamblea General; octubre 2013; Fortaleza, Brasil.
22. Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. *Acta Anaesthesiol Taiwan.* 2012 Mar; 50(1):3-6. doi:10.1016/j.aat.2012.02.004. Epub 2012 Mar 30.
23. Vergara M, Morales JM, Morales A, Canca JC, RivasF, Lapuerta JA Validation of the Spanish version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2017; 15: 120. 2017 Jun 7. doi: 10.1186/s12955-017-0695-8
24. Buonanno P, Laiola A, Palumbo C, Spinelli G, Terminiello V, Servillo G. Italian validation of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale. *Minerva Anesthesiol.* 2017 Jul; 83(7):705-711. doi: 10.23736/S0375-9393.16.11675-X. Epub 2017 Jan 17.

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA
HOSPITAL MILITAR DR.: "CARLOS ARVELO"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo _____, de _____ años de edad, portador de la cedula de identidad _____, declaro que se me ha informado en forma clara, precisa, detallada y objetiva sobre los propósitos de la investigación, titulada: **"ESCALA DE APAIS: NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA."** como requisito parcial para optar al título de Especialista en Anestesiología, realizado por: LARA LENTTINI MIGUEL ANGEL y FLORES ALIENDRES ZURILIS YENIRET. Han brindado su orientación sobre el tema y esta ha sido de calidad para mi entendimiento. Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria, que es una investigación sin fines de lucro, no pretendo recibir ninguna remuneración al respecto y que mi cooperación es significativa.

Presto libremente mi conformidad para la realización de la investigación, así como proporcionar la información necesaria, según los acuerdos estipulados entre mi persona y los investigadores.

Caracas, ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Le hemos explicado todos los detalles de nuestra investigación al paciente y hemos contestado todas sus preguntas e inquietudes. El colaborador (a), comprende toda la información descrita en este documento. Nosotros los investigadores, nos comprometemos a no divulgar la información que se nos confía, la cual sólo será utilizada con fines científicos y no devengaremos ninguna ganancia económica del mismo.

Autor

Testigo

Anexo 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad: _____

Historia Clínica: _____

Sexo: _____

ASA: _____

Patología previa: _____

Tratamiento previo: _____

Cirugía previa: _____

Especialidad Quirúrgica:

Cirugía General____

Traumatología____

Urología____

Anexo 3

ESCALA DE APAIS: NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA

No Historia _____

Estoy inquieto con respecto a la anestesia

Absolutamente No ___

Algo ___

Bastante ___

Mucho ___

Demasiado ___

Pienso continuamente en la anestesia

Absolutamente No ___

Algo ___

Bastante ___

Mucho ___

Demasiado ___

Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia

Absolutamente No ___

Algo ___

Bastante ___

Mucho ___

Demasiado ___

Estoy inquieto con respecto a la intervención

Absolutamente No ___

Algo ___

Bastante ___

Mucho ___

Demasiado ___

Pienso continuamente en la intervención

Absolutamente No _____

Algo _____

Bastante _____

Mucho _____

Demasiado _____

Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la Intervención

Absolutamente No _____

Algo _____

Bastante _____

Mucho _____

Demasiado _____

Anexo 4

TABLA 1

Distribución de Edad	
Media	53,02
Mediana	53,00
Moda	48^a
Desviación estándar	17,112
Mínimo	21
Máximo	87

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 5

TABLA 2

Distribución de Género

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Femenino	<i>30</i>	<i>50,0</i>
Masculino	<i>30</i>	<i>50,0</i>
Total	<i>60</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 6

TABLA 3

Distribución de Estado Físico

	Frecuencia	Porcentaje
	(n)	(%)
ASA I	22	36,7
ASA II	38*	63,3*
Senectud	4	6,7
Ansiedad	2	3,3
Artritis	2	3,3
Asma	4	6,7
Diabetes	4	6,7
Hipertensión arterial	22	36,7
Total	60	100,0

*Total de pacientes ASA II

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 7

TABLA 4

Distribución de Patologías Previas

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	24	40,0
Si	36†	60,0†
Ansiedad	2	5,9
Artritis	2	5,9
Asma	4	11,8
Diabetes	4	11,8
Hipertensión arterial	22	64,7
Total	60	100,0

† Total de pacientes sin especificar

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 8

TABLA 5

Distribución de Cirugías Previas

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	<i>14</i>	<i>23,3</i>
Si	<i>46</i>	<i>76,7</i>
Total	<i>60</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 9

TABLA 6

Distribución de Especialidad quirúrgica		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cirugía General	16	26,7
Traumatología	24	40,0
Urología	20	33,3
Total	60	100,0

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 10

TABLA 7

Relación entre Patología previa y Ansiedad

		Sin Ansiedad (%)	Con Ansiedad (%)	Total (%)
Patología	Sin patología previa	<i>84,6</i>	<i>15,4</i>	<i>100,0</i>
	Ansiedad	<i>100,0</i>	<i>-</i>	<i>100,0</i>
	Artritis	<i>100,0</i>	<i>-</i>	<i>100,0</i>
	Asma	<i>50,0</i>	<i>50,0</i>	<i>100,0</i>
	Diabetes	<i>100,0</i>	<i>-</i>	<i>100,0</i>
	Hipertensión arterial	<i>90,9</i>	<i>9,1</i>	<i>100,0</i>
	Total	<i>86,7</i>	<i>13,3</i>	<i>100,0</i>

P=0,276 / Alfa de Cronbach fue de 0,85

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 11

TABLA 8

Relación entre Cirugía previa y Ansiedad			
	Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Total
	(%)	(%)	(%)
No	71,4	28,6	100,0
Si	91,3	8,7	100,0
Total	86,7	13,3	100,0

P= 0,055/ Alfa de Cronbach fue de 0,85

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 12

TABLA 9

Relación entre Especialidad Quirúrgica y Ansiedad			
	Poca Ansiedad (%)	Ansiedad manifestada (%)	Total (%)
Cirugía General	87,5	12,5	100,0
Traumatología	91,7	8,3	100,0
Urología	80,0	20,0	100,0
Total	86,7	13,3	100,0

P=0,523

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 13

TABLA 10

Relación entre Patología previa y Nivel de Información				
	Baja	Media	Alta	Total
	(%)	(%)	(%)	(%)
Sin Patología	53,8	30,8	15,4	100,0
Ansiedad	-	100,0	-	100,0
Artritis	100,0	-	-	100,0
Asma	-	50,0	50,0	100,0
Diabetes	50,0	50,0	-	100,0
Hipertensión arterial	45,5	27,3	27,3	100,0
Total	46,7	33,3	20,0	100,0

P=0,231

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 14

TABLA 11

Relación entre Especialidad Quirúrgico y nivel de información

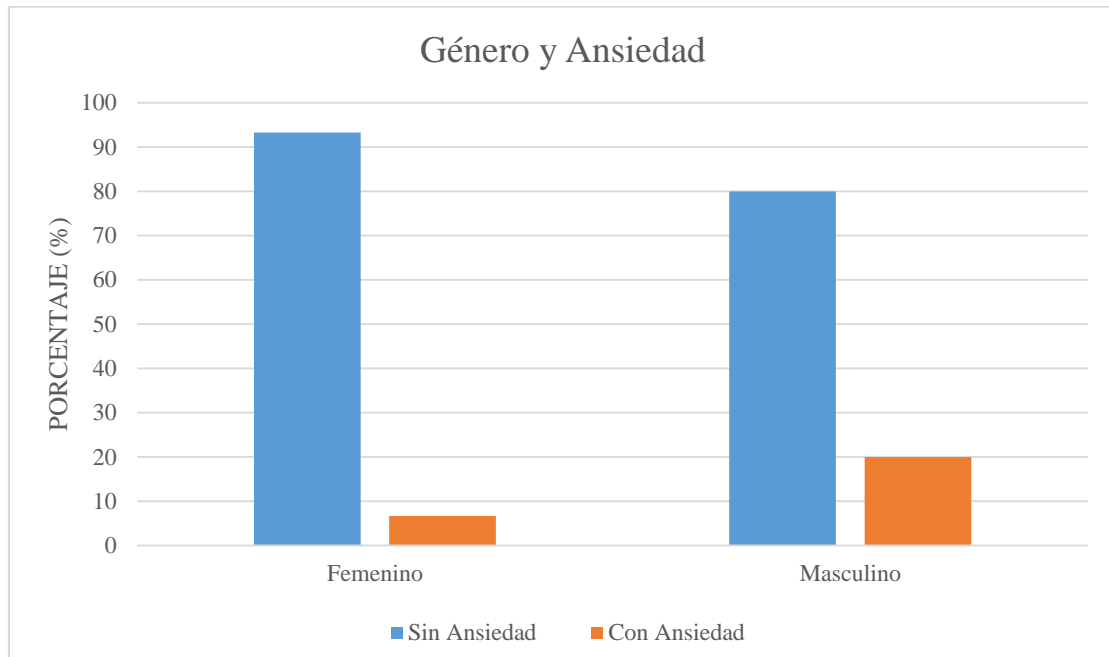
	Baja	Media	Alta	Total
	(%)	(%)	(%)	(%)
Cirugía General	62,5	25,0	12,5	100,0
Traumatología	41,7	41,7	16,7	100,0
Urología	40,0	30,0	30,0	100,0
Total	46,7	33,3	20,0	100,0

P=0,454

Fuente: Datos de la investigación

Anexo 15

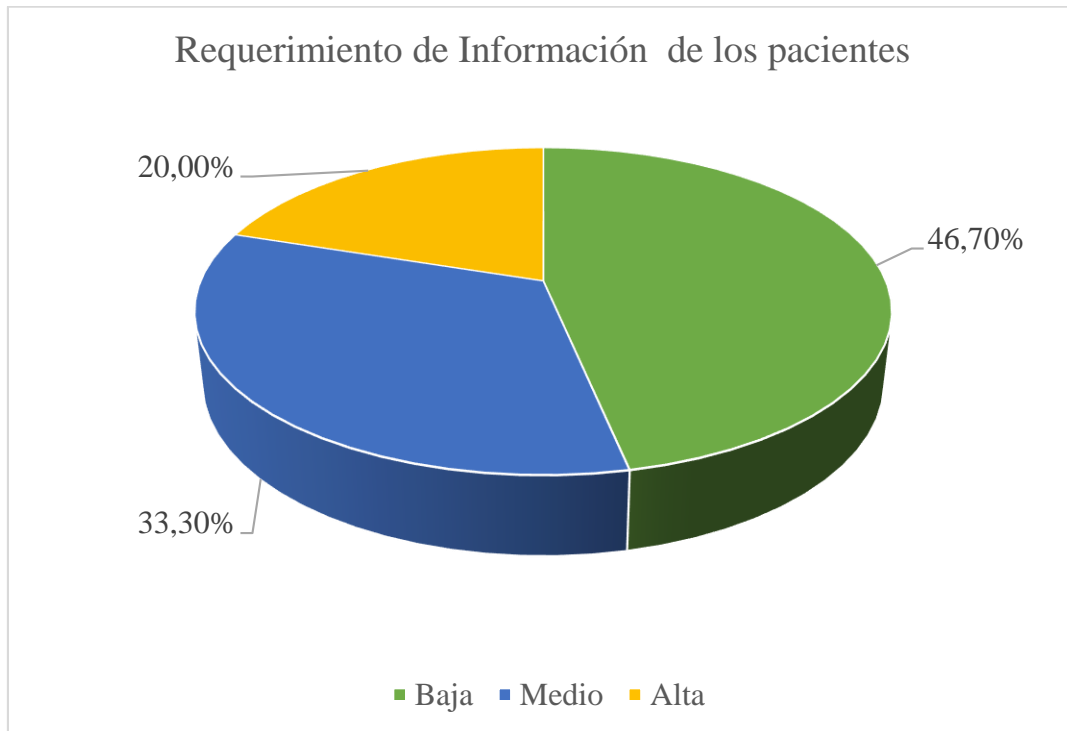
GRÁFICO 1



Fuente: Datos de la investigación

Anexo 16

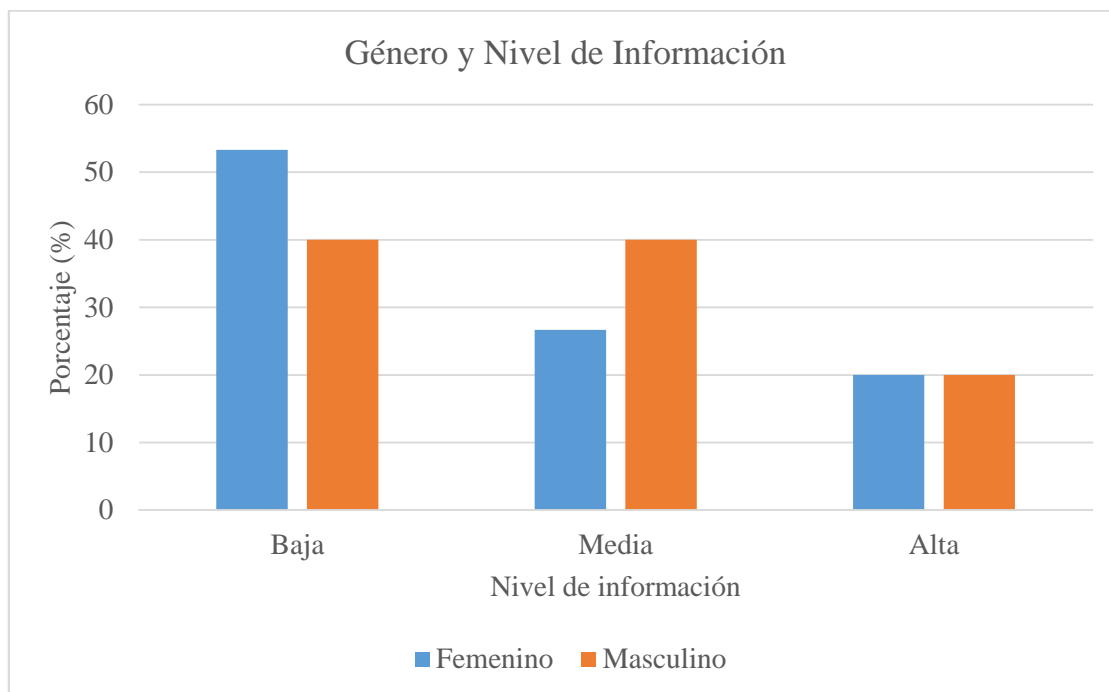
GRÁFICO 2



Fuente: Datos de la investigación

Anexo 17

GRÁFICO 3



Fuente: Datos de la investigación