

ORIGINAL

Recibido: Abril 2015. Aceptado: Mayo 2015

## DetECCIÓN Y ACTUACIÓN EN LA ANSIEDAD PREOPERATORIA INMEDIATA. De la teoría a la práctica

### Detecting and solving pre-operative anxiety. Theory and practice

P. Moreno Carrillo, A. Calle Pla

*Unidad de Cirugía sin ingreso. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona*

Autor para correspondencia: pimoreno72@hotmail.com

## RESUMEN

**Introducción:** Cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación posquirúrgica. Del mismo modo, el control de la ansiedad preoperatoria disminuye la incidencia de eventos adversos durante la anestesia y la cirugía. El objetivo de este trabajo es evaluar si el personal sanitario considera necesario el cuidado emocional frente a la ansiedad y estudiar cómo se brinda dicha atención.

**Material y métodos:** Se realizó un cuestionario sobre el cuidado emocional de la ansiedad al personal sanitario de la UCSI del Hospital Universitario Valle de Hebrón (Barcelona) de forma anónima que constaba de 37 preguntas valoradas en escala Likert (1 a 5). Se realizó un análisis de conglomerados para agrupar las preguntas según temática. Posteriormente se estimó la media de cada pregunta y grupo hallado con su intervalo de confianza.

**Resultados:** Se contestaron 51 cuestionarios con un 94,1 % (n = 48) de mujeres y una experiencia profesional de 24,1 (rango, 1 a 47) años. Se hallaron 7 grupos de preguntas que hacían referencia a: planificación del cuidado emocional, uso de escalas, cuidado emocional, percepción de la ansiedad, emociones del paciente, entorno y actuaciones ante la ansiedad. El personal realiza actuaciones frente a la ansiedad (media: 3,9, intervalo de confianza del 95 % de 3,8 a 4,0) a pesar del poco uso de escalas validadas (2,4, IC 95 % de 2,2 a 2,7).

**Conclusiones:** El personal sanitario no hace uso de escalas de ansiedad aunque se consideran necesarias. Frente a la ansiedad pre-quirúrgica se brinda cuidado emocional basándose en la experiencia profesional y en el criterio personal.

*Palabras clave:* Ansiedad, cirugía ambulatoria, protocolo, cuidado emocional

## ABSTRACT

**Introduction:** Every day, many studies show that preoperative psychological state, particularly anxiety, affects the postoperative recovery. Similarly, control preoperative anxiety decreases the incidence of adverse events during the anesthesia and surgery stages. The aim of this study is to evaluate if healthcare practitioners take into consideration the emotional care against anxiety and to study how such care is provided.

**Methods:** A questionnaire about the emotional care against anxiety was performed to the health staff of the Ambulatory Surgery Unit of Vall d'Hebron University Hospital (Barcelona) in an anonymous way consisting of 37 Likert questions (1 to 5) was performed. A cluster analysis was performed to group questions by topic. Then, the mean of each question as well as the mean for each group with its confidence interval were estimated.

**Results:** 51 questionnaires were answered with 94.1 % (n = 48) of women and a professional experience mean of 24.1 (range, 1-47) years. Seven groups of questions were found: emotional care planning; use of scales; emotional care; perception of anxiety; patient's emotions; environment; and proceedings before the anxiety. The practitioners take actions against anxiety (mean: 3.9, confidence interval 95 % from 3.8 to 4.0) despite the little use of validated scales (2.4, 95 % CI 2.2 to 2.7).

**Conclusions:** The medical staff does not use scales of anxiety but they are considered necessary. Faced with the pre-surgical anxiety, emotional care is provided based on professional experience and personal judgment.

*Key words:* Anxiety, ambulatory surgery, protocol, emotional care

## INTRODUCCIÓN

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.

El momento del acto anestésico-quirúrgico, justo antes de la cirugía, es cuando el paciente experimenta más ansiedad (1,2). Este estado de ansiedad se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales, a la posibilidad de morir y principalmente a la anestesia.

El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, los sentimientos que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. Los síntomas físicos más representativos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia. Los síntomas motores serían hiperactividad, paralización motora, movimientos repetitivos, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.

La mayoría de los trabajos realizados con distintas muestras de pacientes parece coincidir en que los niveles de ansiedad se elevan antes de la cirugía, desencadenando en el organismo una respuesta que se englobaría dentro de la reacción general al estrés, con descarga de catecolaminas, hiperactividad simpática, hipermetabolismo, cambios neuroendocrinos, alteraciones hidroelectrolíticas y modificaciones inmunológicas disminuyendo después a lo largo del periodo posquirúrgico.

Cada día son más numerosos los estudios (3,4) que muestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación posquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia.

Es así como el control del nivel de ansiedad preoperatorio permite disminuir la incidencia de inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y la cirugía, además de favorecer una recuperación más rápida en el postoperatorio.

El modelo de ajuste sugiere que existen tres niveles de ansiedad que los pacientes pueden experimentar con relación a la cirugía. Los pacientes moderadamente ansiosos tienen mejor recuperación; aquellos pacientes extremadamente ansiosos tienen una recuperación pobre porque sus procesos para obtener información y para prepararse mentalmente están inhibidos; los pacientes mínimamente ansiosos tienen una pobre recuperación porque sus expectativas son irreales y optimistas.

Cada día son más numerosos los estudios que analizan el estado psicológico pre-quirúrgico, en especial la ansiedad, basándose en las escalas de valoración de la ansiedad 24 h antes de la intervención quirúrgica para así valorar cómo incide en la recuperación posquirúrgica (5-7).

Existen diversas escalas para medir el estado de ansiedad: DASS (*Depression, Anxiety and Stress Scale*); STAI (*State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire*), Escala Visual Análoga de Ansiedad, escalas de ansiedad de Taylor (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) o Hamilton y, más recientemente, la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS), diseñada y utilizada por Moerman y cols. en 1996.

Teniendo en cuenta que cuando hay más ansiedad es justo antes de la cirugía sería conveniente evaluar la ansiedad inmediatamente antes de la intervención.

Desafortunadamente, la ansiedad experimentada en la antecala del quirófano normalmente no puede ser registrada dado que su evaluación presenta un grave inconveniente de tipo ético. Administrar cuestionarios con múltiples preguntas referentes a la ansiedad en un momento en que el paciente se encuentra tan sumamente ansioso, produce un aumento de dicha emoción.

Ante el inconveniente de no poder realizar las escalas de valoración de la ansiedad justo antes de la intervención quirúrgica, y teniendo en cuenta la importancia de evaluar y prevenir la ansiedad, se consideró necesario realizar esta investigación.

La finalidad de este trabajo era, por un lado, plasmar de manera gráfica la detección de la ansiedad así como las actuaciones del personal sanitario para paliar la misma. Por otra parte, se deseaba conocer la planificación del cuidado emocional por parte del personal sanitario justo antes de la intervención quirúrgica.

Estas finalidades se plasman en los siguientes tres objetivos concretos de estudio:

1. Plasmar de manera fotográfica la ansiedad en el área de pre-anestesia.
2. Determinar si el personal sanitario percibe la necesidad de cuidado emocional por parte del paciente quirúrgico.
3. Estudiar de qué manera se brinda el cuidado emocional.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) donde ejercemos nuestra actividad es una unidad satélite del hospital. Esta se distribuye en tres aéreas: consultas, adaptación al medio y bloque quirúrgico que, a su vez, consta de 6 quirófa-

nos, el área de pre-anestesia y el área de reanimación. Las especialidades quirúrgicas operativas son: traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, ginecología, cirugía general, cirugía plástica, cirugía maxilofacial, urología y cirugía de mama.

Tiene personal propio de enfermería y anestesia, aunque los anestesiólogos compaginan su actividad con actos o guardias en el hospital. Por su parte, los cirujanos acuden a la UCSI según las sesiones quirúrgicas programadas.

En la consulta de enfermería, en los días previos a la intervención, se le explica al paciente con todo detalle cómo funciona la unidad así como dudas que tenga de la intervención quirúrgica, y se les informa de las pautas que deben seguir antes y después de la cirugía en base a los protocolos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Cuando el paciente ingresa para ser intervenido antes de entrar en el quirófano se le prepara en una antesala, llamada preanestesia, que consta de 6 camillas (una por quirófano). Es aquí donde se lleva a cabo la colocación de la vía parenteral, la suero-terapia, el rasurado de la zona quirúrgica y la profilaxis anti-biótica. Previamente, se les realiza una anamnesis verificando que cumplan los criterios mencionados y es donde también se ha de valorar la ansiedad prequirúrgica y actuar ante ella.

Para plasmar la presencia de ansiedad y la actuación del personal sanitario de la UCSI se realizaron fotografías en el área de preanestesia para así visualizar de manera gráfica cómo se detecta la ansiedad (expresiones, síntomas fisiológicos, etc.) y las actuaciones realizadas por el personal sanitario para paliarla.

Con el permiso del coordinador de la UCSI se contrató un fotógrafo profesional y las imágenes fueron tomadas el 10 de febrero y el 13 de marzo del 2015.

Previamente a la realización de las fotografías se obtuvo el permiso de los pacientes, los cuales tuvieron que firmar el permiso de obtención, reproducción y difusión de imágenes tras ser informados de que sus imágenes anónimas formarían parte de un estudio sobre la ansiedad realizado por el equipo de enfermería de la UCSI que iba a ser presentado en forma de ponencia en el congreso de Cirugía Mayor Ambulatoria en Barcelona en mayo de 2015.

Para poder conocer la planificación del cuidado emocional se entregó un cuestionario al personal sanitario de la UCSI. Para garantizar los aspectos ético-legales, las preguntas del formulario fueron diseñadas para que todos los encuestados las interpretaran de igual manera y así poder asegurar la espontaneidad, por lo que la misma fue anónima.

El instrumento para medir las variables y sus correspondientes indicadores fue determinada por la escala tipo

Likert con ítems dirigidos en forma positiva. Se cree que es la más apropiada porque es muy útil para la medición de actitudes psicométricas, la cual constó de un grado de aparición (nunca, algunas veces, frecuentemente, muy frecuentemente, siempre), la misma tendrá una puntuación (desde 1 a 5 inclusive).

Lo primero que se realizó fue un cluster análisis; este se hace para identificar los grupos de preguntas según su similitud. Una vez agrupadas las preguntas se estimó la media de puntuación para cada pregunta con su intervalo de confianza del 95 % y una media global del ítem. Los grupos estudiados fueron:

1. Planificación del cuidado emocional y uso de escalas.
2. Momento en el que se brinda cuidado emocional y percepción de la ansiedad.
3. Emociones del paciente, actuaciones ante la ansiedad y aspectos del entorno que producen ansiedad.

Los análisis y las figuras fueron realizados con el paquete estadístico R 3.0.3.

## RESULTADOS

El número total de cuestionarios recogidos fueron 51.

Respecto a la planificación del cuidado emocional podemos observar que la media estimada está entre el 2 y el 3, situándose entre los valores de la escala de “algunas veces” y “frecuentemente” (Figura 1), por lo que es normal que el uso de escalas o métodos de planificación esté por debajo del 2, es decir, que la gran mayoría nunca utiliza los instrumentos de medición aunque sí se crean necesarios (Figura 2).

Aunque no se planifique el cuidado emocional, el personal sanitario brinda cuidado emocional muy frecuentemente,

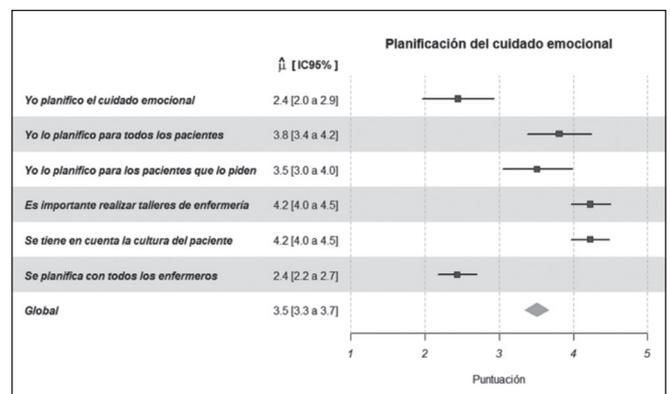


Fig. 1. Estimación puntual y por intervalo de confianza de la media de la puntuación para los ítems referentes a la planificación del cuidado emocional.

sobre todo cuando el paciente lo demanda o si lo necesita, pudiendo destacar que la gran mayoría del personal sanitario sabe que todos los pacientes necesitan muy frecuentemente el cuidado emocional (Figura 3).

El personal sanitario percibe la ansiedad ya sea mediante síntomas fisiológicos, expresados por el paciente, o mediante la expresión facial (Figura 4).

Respecto a la actuación del personal sanitario ante la presencia de ansiedad en el paciente justo antes del momento de la intervención quirúrgica observamos que la gran mayoría permite expresar las emociones y preocupaciones y verbalizar los temores (Figura 5).

También podemos observar que para mitigar la ansiedad el personal sanitario dialoga con el paciente, aporta soluciones al paciente, toca al paciente, acompaña al paciente y así mitiga el hecho de sentirse indefensos, adopta posición empática, sostiene la mirada con el paciente, informa sobre el proceso quirúrgico y sobre el tipo de anestesia y sus beneficios para así reducir el miedo al dolor y logra que el entorno en el que se encuentran sea lo más familiar posible, aunque es menos habitual hacer uso de técnicas de relajación (Figura 6).

También, se promueve un clima tranquilo evitando aglomeración de personal alrededor del paciente, la realización de varios procesos al unísono, el ruido ambiental y preservando intimidad del paciente (Figura 7).

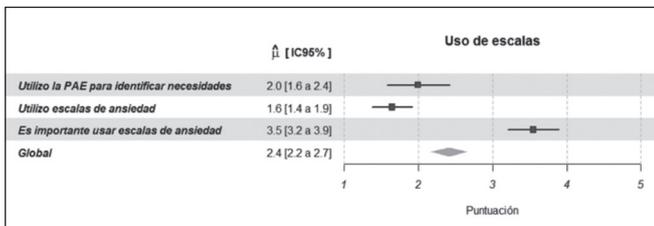


Fig. 2. Estimación puntual y por intervalo de confianza de la media de la puntuación para los ítems referentes al uso de escalas.

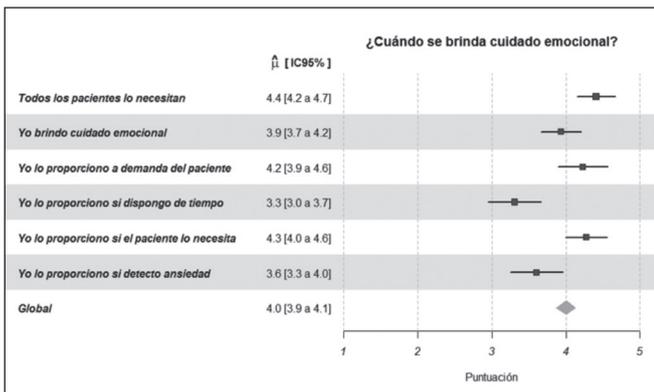


Fig. 3. Estimación puntual y por intervalo de confianza de la media de la puntuación para los ítems referentes al momento que se brinda el cuidado emocional.

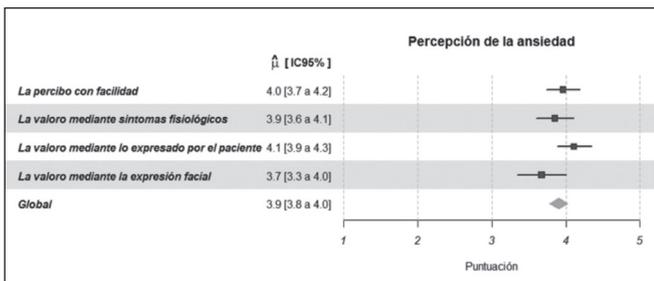


Fig. 4. Estimación puntual y por intervalo de confianza de la media de la puntuación para los ítems referentes a la percepción de la ansiedad.

## DISCUSIÓN

A menudo la estructura del sistema sanitario presta especial atención a los aspectos técnicos y estadísticos del trabajo

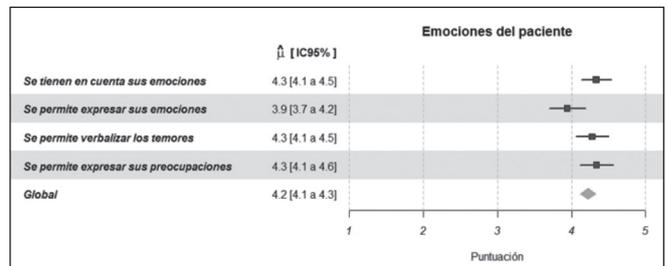


Fig. 5. Estimación puntual y por intervalo de confianza de la media de la puntuación para los ítems referentes a las emociones del paciente.

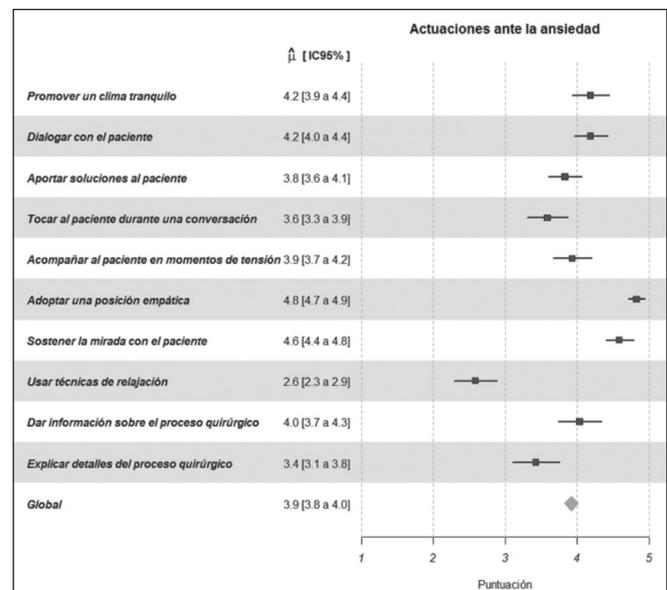


Fig. 6. Estimación puntual y por intervalo de confianza de la media de la puntuación para los ítems referentes a las actuaciones ante la ansiedad.

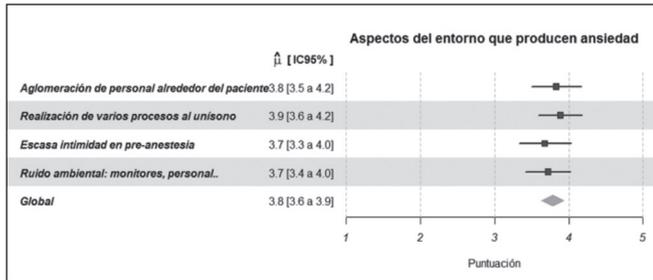


Fig. 7. Estimación puntual y por intervalo de confianza de la media de la puntuación para los ítems referentes a los aspectos del entorno que producen ansiedad.

de sus profesionales. El personal sanitario puede llegar a contaminarse de esta situación pero existe, sin embargo, una sensibilidad en los profesionales hacia la humanización de los cuidados especializados.

Los resultados de este estudio sugieren que la mayoría del personal sanitario utiliza su experiencia profesional o su criterio personal innato para brindar cuidado emocional para paliar la ansiedad en el momento justo antes de la intervención quirúrgica y que no utilizan instrumento de medición aunque sí se crean necesarios.

Entre las principales limitaciones del estudio cabe mencionar que en el caso de que un paciente presente ansiedad y no la detectamos nunca lo sabremos, por lo que en futuros proyectos convendría detectar a todos los pacientes con ansiedad, ya sea preguntándoles *a posteriori* de la intervención quirúrgica si estaban ansiosos justo antes de la intervención quirúrgica o bien realizándole un análisis clínico para detectar los cam-

bios neuroendocrinos o alteraciones hidroelectrolíticas que se producen en respuesta ante la ansiedad.

En conclusión, este estudio nos ha llevado a pensar y a reflexionar que aunque la gente hace todo lo que puede para que el paciente entre con el menor grado de ansiedad a la intervención quirúrgica, sería conveniente realizar futuros proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de la atención sanitaria como podría ser la necesidad de tener una escala de valoración de la ansiedad adaptada a las necesidades pre-quirúrgicas inmediatas o protocolos de actuación ante la ansiedad en el preoperatorio inmediato teniendo en cuenta el gran volumen de pacientes que hay en la Cirugía Mayor Ambulatoria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moix J. Evaluación de la ansiedad en la antesala del quirófano. *Medicina Clínica* 1997;108:157-8.
2. Paz-Estrada C, Prego-Beltrán C, Barzaga-Hernández E. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. *Rev Mex Anest* 2006;29:159-62.
3. Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano J, Ornelas-Aguirre J. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cir Cir* 2010;78:151-6.
4. Moix J. Disminución de la ansiedad como factor de mejora de la calidad asistencial en pacientes quirúrgicos. *Calidad Asistencial* 1998;13:1.
5. Chirveces E, Arnau A. Efecto de una visita de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clínica* 2006;16(1).
6. Bisbe E, Escolano F, Villalonga A. Paciente muy ansioso en la visita preoperatoria. En: Gomar C, Villalonga A, editores. *Casos clínicos. Anestesiología*. Barcelona: Masson; 1999. p. 3-9.
7. Cordero-Ponce M, Romero-Sanchez IM, López-Barea J. Abordaje del paciente en unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Enfermería clínica* 2008;18(3):156-60.