FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE PUEBLA "DR. EDUARDO VÁZQUEZ NAVARRO"

TÍTULO:

"COMUNICACIÓN EFECTIVA PRE ANESTÉSICA COMO FACTOR PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN PADRES DE HIJOS DE 1 A 12 AÑOS DE EDAD PROGRAMADOS PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA"

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:

DR. JORGE ALBERTO MONTIEL LÉVARO

RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. YOLANDA MARTINA MARTÍNEZ BARRAGÁN

MÉDICO ADSCRITO DE ANESTESIOLOGÍA

DR. JORGE MANUEL RAMÍREZ SÁNCHEZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA "DR. EDUARDO VÁZQUEZ NAVARRO"

HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA. NOVIEMBRE 2019

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa.

Gracias a su espíritu de lucha que me transmitió en los momentos de claudicación la energía suficiente para llegar al final de este proyecto de vida. Te agradezco con el corazón el tiempo que me has compartido y la compresión, aunado con la motivación que en conjunto tenemos: nuestro hijo Alejandro.

A mi madre.

El destino te premio a muy temprana edad, pero aprendiste a salir adelante con trabajo y sacrificio, me otorgaste lo más valioso: la vida.

A mis tíos.

El apoyo incondicional en cada etapa de mi formación, y la confianza que me otorgaron, ya que cada uno de ustedes formaron un peldaño para llegar a la cumbre del éxito.

A mi abuelita.

Pilar importante en mi formación como ser humano, la cual nunca encontró límites para seguir prosperando, sembrando la esencia de la humildad, el amor, de la ayuda al quien lo necesita, siendo motivo de ejemplo de vida. Gracias por dedicarme parte de tu vida.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS 2

ÍNDICE 3

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS 5

LISTA DE TABLAS 6

LISTA DE FIGURAS 7

LISTA DE GRÁFICAS 8

I. RESUMEN 9

II. ANTECEDENTES 11

A. ANTECEDENTES GENERALES: 11

B. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS: 13

III. JUSTIFICACIÓN 26

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 27

A. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA 27

B. PREGUNTA 27

V. HIPÓTESIS 28

VI. OBJETIVOS 29

A. GENERAL 29

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 29

VII. MATERIAL Y MÉTODOS 30

A. DISEÑO DEL ESTUDIO: 30

B. UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL: 30

C. ESTRATEGIA DE MUESTREO: 30

D. DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN 30

E. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 32

1. FUENTES DE INFORMACIÓN 32

2. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN 32
3. VALIDEZ Y CONSISTENCIA 34

VIII. RESULTADOS 35

IX. DISCUSIÓN 47

X. CONCLUSIONES 49
A. EXPOSICIÓN DE CONCLUSIONES 49
B. PROPUESTAS 50
C. RECOMENDACIONES 51
D. APLICACIONES 52

XI. REFERENCIAS BIBLIO-HEMEROGRAFÍCAS 53

XII. ANEXOS 57
A.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 57
B.- INSTRUCTIVOS 58
C.- DEFINICIONES OPERACIONALES 61
D.- OTROS. 62

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

%=Porcentaje.

N= Población.

n=muestra.

ASA= American Society of Anesthesiologists.

Etc= etcetera.

STAI: Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro de variables 30
Tabla 2. Escala de Hamilton..... 32
Tabla 3. Escala de Hamilton..... 42
Tabla 4. Prueba t pareada de la escala de Hamilton en el pre y postoperatorio 46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Comunicación efectiva como factor de calidad 21
Figura 2. Escala APAIS 34

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Padres de familia que participaron en la investigación 35
Gráfica 2. Riesgo anestésico ASA de los infantes 36
Gráfica 3. Diagnóstico de los infantes 36
Gráfica 4. Estado civil de los padres 37
Gráfica 5. Grado de estudios de los padres 37
Gráfica 6. Ocupación de los padres 38
Gráfica 7 Estoy preocupado en relación al anestésico 38
Gráfica 8. El anestésico está continuamente en mi mente 39
Gráfica 9. Me gustaria saber lo máximo posible sobre el anestésico 39
Gráfica 10. Estoy preocupado por el procedimiento 40
Gráfica 11. El procedimiento está continuamente en mi mente 40
Gráfica 12 Me gustaria saber lo máximo posible sobre el procedimiento 41
Gráfica 13. Clasificación de la ansiedad 45

I. RESUMEN

*"*COMUNICACIÓN EFECTIVA PRE ANESTÉSICA COMO FACTOR PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN PADRES DE HIJOS DE 1 A 12 AÑOS DE EDAD PROGRAMADOS PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA"

AUTORES: DR. JORGE ALBERTO MONTIEL LÉVARO, DRA. YOLANDA MARTINA MARTÍNEZ BARRAGÁN, DR. JORGE MANUEL RAMÍREZ SÁNCHEZ.

Introducción: Miedo y ansiedad son emociones del humano, que se expresan en la mayoría cuando el paciente será intervenido quirúrgicamente. La intervención no deja de ser una agresión que, aunque controlada, se acompaña de incomodidad y puede tener eventos inesperados, siendo esta la principal causa de temor en el usuario y sus familiares. **Objetivo:** Determinar si la comunicación pre anestésica es efectiva como factor para disminuir la ansiedad en padres de hijos de 1 a 12 años de edad programados para intervención quirúrgica, en el "Hospital General del Sur Dr. Eduardo Vázquez Navarro, en el periodo Marzo 2018 - Febrero 2019". **Material y métodos**: estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, prolectivo, de intervención, unicéntrico y homodémico que se llevó a cabo en el "Hospital General del Sur Dr. Eduardo Vázquez Navarro, en el periodo 2018", los pacientes fueron seleccionados por muestreo no probabilístico. **Resultados:** se analizaron 81 tutores, la edad promedio fue de 39$\pm$13 años de edad, el 55.6% fueron papás, 44.4% mamás, el estado civil fue soltero (a) en el 25.9%, el 17.3% estaban casados, el 21% en unión libre, el 35.8% divorciados, no tuvieron estudios el 22.2%, educación básica fue del 25.9%, educación media superior del 23.5%, licenciatura del 19.8% y posgrado en el 8.6%, en la valoración por la escala de APAIS, esta identificó las siguientes características en los padres, la mayor proporción estaba preocupado por el uso de anestésico y por la cirugía, al aplicar la escala de Hamilton en el preoperatorio el 22% tenían ansiedad leve, el 44.4% ansiedad moderada y el 33% ansiedad severa, mientras en el postoperatorio el 65.4% fue leve, el 22.2% moderada y ansiedad severa en el 12.3%, la disminución en el postoperatorio fue estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$). **Discusión: Conclusiones: L**os padres de los pacientes que padecieron ansiedad son más aprehensivos, refiriendo que sus hijos de 1 a 12 años de edad tienen muchas actividades, por lo que están en constante movimiento, pero tener a su hijo postrado en la cama hospitalaria o en la sala de espera, se tiene temor por el pronóstico y por la intervención quirúrgica.

Palabras clave: Ansiedad, Pediátricos, escala de Hamilton, escala APAIS**.**

I. SUMMARY

“PRE ANESTHETIC EFFECTIVE COMMUNICATION AS A FACTOR TO DECREASE ANXIETY IN PARENTS OF CHILDREN FROM 1 TO 12 YEARS OF AGE PROGRAMMED FOR SURGICAL INTERVENTION”

AUTHORS: DR. JORGE ALBERTO MONTIEL LÉVARO, DRA. YOLANDA MARTINA MARTÍNEZ BARRAGÁN, DR. JORGE MANUEL RAMÍREZ SÁNCHEZ.

Introduction: Fear and anxiety are feelings inherent to the human being, which are usually expressed when the patient will undergo surgery. The surgical intervention is still an aggression that, although controlled, is accompanied by discomfort and may have complications, this being the main cause of fear in the patient and his relatives. **Objective:** to decide the appropriate pre-anesthetic information as an element to reduce anxiety in parents of children from 1 to 12 years of age scheduled for surgical intervention, at the General Hospital del Sur Dr. Eduardo Vázquez Navarro, in the period March 2018 - February 2019 **Material and methods**: descriptive, longitudinal, prospective, prolective, intervention, single-center and homodemic study that was carried out in the General Hospital of the South Dr Eduardo Vázquez Navarro, in the period 2018, the patients were selected by non-probabilistic sampling . **Results:** 81 tutors were analyzed, the average age was 39 + 13 years of age, 55.6% were parents, 44.4% mothers, marital status was single in 25.9%, 17.3% were married, 21 % in free union, 35.8% divorced, 22.2% had no education, basic education was 25.9%, upper secondary education 23.5%, 19.8% bachelor's degree and 8.6% postgraduate, in the assessment by the APAIS scale , this identified the following characteristics in the parents, the largest proportion was concerned about the use of anesthetic and surgery, when applying the Hamilton scale in the preoperative period 22% had mild anxiety, 44.4% moderate anxiety and 33% Severe anxiety, while in the postoperative period 65.4% was mild, 22.2% moderate and severe anxiety in 12.3%, the decrease in the postoperative period was statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusions**: It is concluded that the parents of patients who suffered anxiety are more apprehensive, because they say that their children from 1 to 12 years of age have many activities, so they are constantly moving, but having their son prostrated in In the hospital bed or in the waiting room, you are afraid of the prognosis and the nervousness is for surgical intervention.

Keywords: Anxiety, Pediatric, Hamilton scale, APAIS scale.

II. ANTECEDENTES

A. ANTECEDENTES GENERALES:

El paciente que requiere un tratamiento quirúrgico presenta trastornos psicológicos agudos sumado al padecimiento actual de la enfermedad. Estos pacientes experimentan el trauma físico de la cirugía, así como el miedo y la ansiedad de los posibles resultados. Entre los desafíos que se enfrentan, incluyen la naturaleza exacta de la enfermedad y las modalidades de tratamiento propuestas, la incertidumbre acerca de la cirugía y el período de recuperación.[1]

La ansiedad y el miedo son emociones propias del humano, que generalmente es cuando el paciente será intervenido. La cirugía no deja de ser una agresión que, aunque controlada, se acompaña de incomodidad y puede tener eventos inesperados, siendo estas la causa de temor en el paciente y sus familiares. Los temores pueden ser variables (miedo a lo desconocido, miedo a no despertar jamás o a despertar durante la cirugía, temor a los errores técnicos dentro de ella, miedo al dolor, etc.) y pueden desarrollar un estrés psicológico que afecte al resultado de la intervención. [2]

La hospitalización y la cirugía son eventos estresantes en la vida de un niño y sus padres. Cuando un niño se somete a una cirugía, a menudo se convierte en un evento muy importante y memorable en la vida de toda la familia. A diferencia de otros eventos significativos en la vida del niño, tiene un elemento de amenaza y el temor a lo desconocido puede ser abrumador. Se ha visto que el 75% de los niños sometidos a cirugía experimentan ansiedad. En un estudio, se observó que el 67% de los niños desarrollaron cambios de comportamiento postoperatorios negativos. [3]

Los pacientes programados para anestesia y cirugía a menudo se vuelven ansiosos y estresados. Deben hacer frente a esta situación para recuperar el control de sus emociones. De lo contrario, tal estrés puede exceder los recursos individuales de los pacientes y puede afectar negativamente la recuperación de la cirugía. Los pacientes intentan adoptar o hacer frente a esta situación mediante el uso de esfuerzos afectivos, cognitivos y conductuales específicos para manejar las demandas de la situación real. [4]

Los servicios de salud deben cubrir las necesidades y expectativas de sus derechohabientes en torno a su bienestar, por lo que el manejo quirúrgico permite la puesta en práctica de actividades de atención que respondan a las demandas de los pacientes acerca de la personalización de los cuidados. El médico especialista en la rama quirúrgica, puede “disminuir la ansiedad y temor ante la intervención quirúrgica para evitar su impacto negativo en la evolución y recuperación del postoperatorio. La ansiedad debida a una situación de estrés, desconocimiento del proceso y ambiente hospitalario, o de amenaza en el estado de salud, puede crear crisis situacionales”. Y una visita prequirúrgica estructurada, puede incentivar en el individuo una actitud de colaboración y participación activa durante el proceso quirúrgico y durante la recuperación postoperatoria. [5]

Se han implementado una serie de intervenciones, tanto farmacológicas como psicológicas, diseñadas para tomar las medidas adecuadas en los aspectos de ansiedad para minimizar el impacto traumático de la cirugía en los niños. Los estudios que comparan los diferentes tipos de intervenciones han demostrado que la premedicación sedante es más efectiva que otros tipos de intervenciones para reducir la ansiedad y apoyar el cumplimiento de los niños, pero no parece ser la mejor opción en términos de costos y beneficios a lo largo del tiempo, porque actúa solo en la situación actual pero no ayuda al niño a desarrollar estrategias apropiadas que puedan ayudarlo a enfrentar situaciones similares en el futuro. Así, los programas de preparación psicológica para la cirugía, en los que a través del juego, técnicas narrativas de distracción y mejora de las estrategias de afrontamiento, el niño está informado y preparado para los procedimientos quirúrgicos de una manera apropiada para su edad, son cada vez más reconocidos. [6]

La información preoperatoria es de suma importancia porque el consentimiento informado es un deber y una responsabilidad fundamentales del cirujano. Las preguntas sin respuesta o la información mal entendida generan ansiedad en los padres, y mientras más padres estén ansiosos el día de la operación, mayor será la experiencia traumática para su hijo. [7]

La mayoría de los padres de niños que serán sometidos a cirugía experimentan mayores niveles de ansiedad y preocupación, que afectan los niveles de ansiedad de los niños y sus capacidades para hacer frente a los procedimientos. Por lo tanto, la ansiedad de los padres se correlaciona directamente con la ansiedad preoperatoria de los niños, lo que significa que los padres desempeñan un papel importante en el control de las ansiedades y temores de los niños. [8]

“Las primeras investigaciones sobre los beneficios de la educación preoperatoria se publican en 1958 por Janis, demostrando que la información preoperatoria reduce el estrés de los pacientes. Otros estudios han revelado que los pacientes que han recibido información preoperatoria requieren menos analgesia y se recuperan más rápido”. [9]

A pesar de la influencia de los factores psicológicos preoperatorios (como la ansiedad) en los resultados de la cirugía, estas variables no se evalúan sistemáticamente durante la visita preoperatoria. Aunque es evidente que la ansiedad solo se puede detectar si se pregunta a los pacientes, no es una práctica común explorar estos aspectos debido a las restricciones de tiempo durante la visita preoperatoria y la carga de trabajo del anestesiólogo, o porque las preocupaciones de los pacientes están subestimadas o pasadas por alto. [10]

B. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

La ansiedad es el elemento mental en que el ser humano presenta miedo, angustia, incomodidad, y preocupación; es parte de la respuesta humana a situaciones de peligro, conocida como la reacción psicológica a factores de estrés, teniendo los componentes psicológicos y fisiológicos. La ansiedad representa una función de adaptación considerada una reacción ante las demandas del ambiente. Por lo que, puede superar las capacidades del individuo y presentar inestabilidad frente a algún evento, que puede ser por: intensidad, manejo difícil o, por la ausencia de recursos internos que proporcionen diversos tipos de reacción, generando un manejo inadecuado de las estrategias de afrontamiento. [11]

Factores asociados a la ansiedad pre operatoria

La intensidad de la ansiedad que puede experimentar un paciente y su capacidad de afrontarla, tiene relación con diversos factores, tales como: antecedentes personales y familiares a procedimientos quirúrgicos (complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo haya experimentado y teme se repitan); lenguaje técnico poco comprensible (nomenclatura médica que el enfermo percibe como grave); miedo en torno a la intervención (presencia de dolor, secuelas derivadas de la cirugía o de la anestesia, angustia por la posibilidad a no despertar jamás o a despertar en medio de la cirugía, a los errores técnicos que le pueden llevar incluso a la muerte). [12]

Algunos grupos de pacientes, como mujeres, pacientes con mayor necesidad de información, pacientes sin experiencia previa en cirugía y pacientes más jóvenes, experimentan un mayor nivel de ansiedad preoperatoria. El nivel de ansiedad preoperatoria también puede verse afectado por el nivel de educación de los pacientes, el tipo de cirugía requerida y las experiencias negativas previas de la estancia hospitalaria. [13]

Temores de los pacientes concernientes a la cirugía

Los temores expresados están relacionados con la anestesia, por ejemplo, revelando problemas personales, anestesia fallida, sensación durante el procedimiento o despertarse durante la cirugía. Los pacientes también temen que el anestesiólogo no esté lo suficientemente calificado o que no los atienda de forma intraoperatoria. Sus principales temores con respecto al período postoperatorio son sentir dolor (el temor principal de los pacientes a que este período alcance el 84%), estar paralizado permanentemente debido a la anestesia, vómitos o náuseas, tener sueño durante horas, tener problemas de juicio o claridad de pensamiento, y posible ingreso en la UCI. El porcentaje de pacientes que experimentan miedo a la muerte sigue siendo alto (64.8%). [14]

Manifestaciones de la ansiedad pre operatoria

La característica principal 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 frecuentes son tensión muscular, sudoración en las manos, molestias gastrointestinales, respiración entrecortada, sensación desvanecimiento acompañada con pérdida del conocimiento y taquicardia. Los síntomas motores serían hiperactividad, paralización motora, movimientos repetitivos y desorganizados, así como dificultades de expresión verbal. [15]

Instrumentos de evaluación

Hay diversos métodos para evaluar la ansiedad preoperatoria; como la escala de Spielberg (Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory [STAI]), que consiste en un cuestionario de 20 preguntas que evalúan la ansiedad vinculada a la personalidad del sujeto (ansiedad-rasgo) y la relacionada con el contexto quirúrgico (ansiedad-estado). [16]

El instrumento para medir el nivel de ansiedad preoperatoria del paciente es el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger. Esta escala consta de dos secciones de calificación de autoinforme de 20 ítems que miden el rasgo y la ansiedad de estado, utilizándose en la ansiedad preoperatoria. Esta medición representa la ansiedad relacionada con la situación y puede ser diferente según el estrés del momento en particular. [17]

El STAI evalúa las diferencias individuales relacionadas con las construcciones de ansiedad de rasgos y estado y consta de dos escalas, cada una con 20 artículos, con 4 puntos. Con escalas de calificación (1 en absoluto a 4 muy). Es una medida ampliamente utilizada con buena confiabilidad y validez. Por ejemplo, para la escala de Rasgo A, los alfas de Cronbach oscilaron entre .84 y .95 y las correlaciones de confiabilidad entre prueba y prueba variaron entre .75 (intervalo de 118 días) y .92 (intervalo de 1½ h). [18]

En 1996, Moermann et al. desarrolló la Escala de información y ansiedad preoperatoria de Ámsterdam (APAIS), un cuestionario autoinformado validado específicamente para evaluar la ansiedad preoperatoria. APAIS es un instrumento útil, fácil de usar, clínicamente relevante con buena aceptación entre los pacientes y un formato simple que facilita el análisis. [19]

El APAIS es un cuestionario de autoinforme que comprende seis ítems. Dos ítems están dedicados a la evaluación de la ansiedad relacionada con la anestesia, dos ítems evalúan la ansiedad relacionada con la cirugía y dos ítems evalúan el deseo de información. Por lo tanto, el APAIS evalúa la ansiedad sobre la anestesia, la ansiedad sobre la cirugía (con la suma de ambos como el índice de ansiedad global) y el deseo de información. Los ítems son respondidos durante una consulta con el anestesiólogo utilizando una escala Likert de cinco puntos que va desde 1 ("nada") a 5 ("extremadamente"). [20]

Manejo de la ansiedad pre operatoria

Estos pacientes deben ser intervenidos antes y después de la cirugía para reducir la morbilidad y la mortalidad. Las intervenciones antes de la cirugía incluyen el desarrollo de buenas relaciones y las relaciones médico-paciente, educación y entrevistas estructuradas, psicoterapia, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y benzodiazepinas. La evaluación de rutina y el tratamiento eficaz de la angustia psicológica preoperatoria facilitan la recuperación postoperatoria temprana. La intervención temprana en el período postoperatorio a pacientes con evidencia de trastornos psicológicos ofrece una reducción de la duración de la estancia hospitalaria, el uso de analgésicos, la morbilidad posquirúrgica y ayuda a los pacientes a adoptar estrategias de afrontamiento más eficaces en su vida cotidiana. [21]

Educación como componente del manejo de la ansiedad pre operatoria

El paciente puede tener la valoración con el medico anestesiólogo antes de la cirugía. Esa valoración preoperatoria tiene lugar en la consulta externa antes de la cirugía o en la noche anterior a la cirugía, cuando se encuentran hospitalizados. Existen pacientes, catalogados como sanos o los que serán intervenidos quirúrgicamente sin complicaciones, estos pacientes llegan a conocer al médico anestesiólogo cuando ingresan a la sala quirúrgica. “Las relaciones limitadas entre pacientes y anestesiólogos, se ha recurrido a utilizar diferentes métodos de comunicación para transmitir informaciones sobre la anestesia a los pacientes y familiares, que incluye folletos, videos e Internet. Fitzgerald y Elder señalaron que un folleto sencillo (una página) con información sobre la anestesia y discusiones sobre los miedos comunes de los pacientes asociados con la anestesia y con la cirugía, ha resultado en una reducción estadísticamente significativa del 40% de los miedos en los pacientes encuestados. Otros estudios han demostrado resultados positivos después de la presentación de un video con información sobre el procedimiento anestésico a los pacientes antes de la intervención quirúrgica”. [22]

La identificación de los pacientes con ansiedad preoperatoria, e instituir medidas para evitar que ocurra la ansiedad es de suma importancia. El otorgar información al paciente en el período perioperatorio es casi universal debido a la necesidad de un consentimiento informado antes de la cirugía. El uso de la educación perioperatoria ha demostrado efectos positivos en la salud de los pacientes. Comunicar a los familiares y al paciente sobre el tiempo de hospitalización, el nivel de dolor y el grado de función y movilidad, estadísticamente indican que reduce considerablemente los niveles de ansiedad en los pacientes y familiares. Conociendo los beneficios de la educación para la ansiedad preoperatoria se debe tambien tener como objetivo activar a los pacientes para que sean partícipes en la gestión de su propia atención médica. Un paciente empoderado no solo cree en su papel de colaboración en la gestión de su propia atención médica, sino que también adquiere las habilidades, la experiencia, la confianza y los recursos para llevarlo acabo. [23]

La educación preoperatoria impacta de manera favorable en la recuperación del paciente, sin embargo, existen respuestas diversas de acuerdo a “grupos de edad, nivel educativo y estado emocional. Al proporciona mayor información sobre el procedimiento anestésico, se presentará menor ansiedad” en el paciente y en el familiar. Pero existen personas que prefieren no solicitar más información ya que les aumenta el nivel de ansiedad y el temor a la cirugía. [24]

Particularidades de la ansiedad en pacientes pediátricos

Los niños pequeños tienen mayor riesgo de sufrir ansiedad preoperatoria que aquellos que son mayores. En particular, los niños de entre 1 y 5 años tienen un alto riesgo de desarrollar ansiedad antes de la cirugía. En particular, los niños de esta edad están más influenciados porque dependen de sus padres y pueden reconocer la ausencia de sus padres. Es difícil explicar los procedimientos y sus requisitos, y estos niños pueden presentar una regresión de comportamiento bastante grave después de la hospitalización. Un niño mayor (> 6 años) puede predecir una situación que puede provocar dolor o sueño. Los niños en edad escolar experimentan estrés relacionado con los procedimientos quirúrgicos y las posibles lesiones en lugar de la separación de los padres. [25]

En pediatría, el período prequirúrgico hospitalario es un momento extremadamente estresante para los padres. Por lo tanto, deben estar adecuadamente preparados para enfrentar el problema. Algunos estudios han demostrado que la cantidad de tiempo que el niño y los padres pasan separados durante la cirugía debe reducirse al mínimo. Sin embargo, otros han demostrado que la presencia de los padres no siempre es útil durante la inducción de la anestesia. También se ha encontrado que los niños acompañados por padres ansiosos estaban más nerviosos durante la inducción de la anestesia. [26]

La etapa preoperatoria que corresponde a las 24 horas antes de la cirugía, la incomodidad es relevante para los pacientes pediátricos y sus familias, sin importar el tipo de procedimiento quirúrgico, sea una intervención de tipo ambulatorio o hospitalario y del contexto cultural en que se desarrolla el infante. La sensibilidad del paciente pediátrico, la falta de entendimiento acerca de la intervención quirúrgica, el ambiente hospitalario desconocido, el miedo al daño físico, la separación de los padres y los sentimientos de impotencia sobre un procedimiento programado, contribuyen a tal incomodidad. [27]

Al investigar las reacciones psicológicas en la cirugía pediátrica, representa la valoración del paciente pediátrico acompañado de sus padres ante los diversos puntos estresantes. Se presentan los objetivos a evaluar:

1. Entender cómo perciben y responde un paciente pediátrico ante el evento quirúrgico.
2. Entender cómo perciben los padres y familiares del paciente pediátrico durante la intervención quirúrgica.
3. Examinar la relación padres-hijos antes del procedimiento quirúrgico.

4. “Organizar un programa de atención psicológica en relación con los resultados obtenidos, así como de las características individuales hospitalarias y de los recursos disponibles. Jay et al. recomiendan como primer paso la evaluación de ciertas variables clínicas para seleccionar el plan de preparación más apropiado para cada unidad hospitalaria”. [28]

Necesidades de información a los padres

Los reportes de las encuesta refleja que los padres que reciben información preoperatoria en un punto antes de la intervención quirúrgica de su hijo(a), y que la información tenga vacíos en temas del procedimiento anestésico, cuidados pos-cirugía y el manejo de la ansiedad, y la mayoría, no quieren ser informados el mismo día del evento quirúrgico. “Los padres manifestaron interés en recibir información a través de métodos escritos, audiovisuales o en talleres de simulación, adicional a la información verbal. Wisselo et al, a través de un cuestionario, establecieron qué necesitaban saber los padres antes de la operación de su hijo(a); esto les permitió desarrollar un vídeo de información preoperatoria, determinar que el mejor momento para informar es 5 a 7 días antes de la cirugía y que el uso de folletos o vídeos complementan la información verbal. Por otra parte, Spencer et al. señalan que entregar material escrito días antes de la cirugía mejora el entendimiento y la satisfacción de los padres”. [29]

Estudios previos

“Con respecto al nivel de ansiedad se observó que el 60% de los pacientes presentaron ansiedad, de ellos, el 5% alcanza un nivel alto, y el 30% baja. Este resultado se explica porque que todo ser humano siempre experimenta una sensación de temor o miedo cuando va a ser intervenido quirúrgicamente, de acuerdo al tipo de operación, aunque algunos estén temerosos de hablarlo con el profesional de salud por que suele considerarle como producto de una debilidad de carácter, pues la ansiedad emerge por naturaleza puesto que es necesaria para sobrevivir ante ciertos riesgos ya que pone a la persona en alerta. Estos resultados son similares a los planteadas por Silva D, quien concluyó que el 36% de pacientes no presentaron ansiedad, 40% leve, 21.33% moderado y el 2.66% grave. Se encontró que muchos de los familiares desconocían de la información básica de apoyo psicológico hacia su familiar a intervenir quirúrgicamente, es meritorio recomendar que para minimizar esta ansiedad es muy importante brindar la información completa y oportuna tanto al paciente como al familiar”. [30]

La acción anestésico-quirúrgica produce ansiedad en el paciente, siendo que debe tomarse como objetivo suprimir la ansiedad con atención hospitalaria adecuada incluyendo: valoración pre anestésica, manejo psicológico o farmacológico del enfermo.[31]

Nuestros servicios de salud en México no es común que el anestesiólogo proporcione información detallada a los pacientes, y la valoración pre-anestésica se dirige a la evaluación clínica y paraclinica. El 70% de los pacientes acuden al hospital el mismo día de la cirugía (18). Y únicamente el 36 % de los pacientes recibe detalles de la técnica anestésica, así como información sobre los fármacos a utilizar (6).

Por lo que es necesario evaluar y prevenir la ansiedad en todo paciente que va a ser intervenido en un acto anestésico-quirúrgico.[31,32]

Se presentan diversos métodos para evaluar la ansiedad preoperatoria, una de ellas, la escala de Spielberg (Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Anxiety Inventory (STAI) es una valoración en dos secciones de 20 preguntas que valoran la ansiedad agregada a la personalidad del usuario (ansiedad-rasgo) y la vinculada con el evento quirúrgico (ansiedad-estado). [33,34]

Se presentan diversos grados de ansiedad, la que se produce en el paciente por el evento anestésico y quirúrgico es un malestar físico y psíquico que se inicia de la sensación de peligro y se manifiesta por temor, desde la inquietud hasta el pánico, que puede ser una característica de la personalidad del paciente. Estudios indican que las personas que serán intervenidos quirúrgicamente, la ansiedad se inician desde una semana antes del evento quirúrgico. Factores agregados a la ansiedad son: tipo de cirugía, miedo al ambiente hospitalario y la calidad de la atención médica otorgada. [31,35]

Las respuestas fisiológicas encontrados durante la etapa de ansiedad son los momentos del acto operatorio en ocasiones pueden permanecer largo tiempo después del evento quirúrgico; incluyendo sudoración, arritmias, taquicardias, hipertensión arterial, disnea, entre otros. [32]

"La visita efectuada por el anestesiólogo es en ocasiones más efectiva que la medicación farmacológica y que puede aliviar la ansiedad preoperatoria". En la totalidad de los estudios en relación a procedimiento de anestesia no se da importancia, en cuanto al tema de la ansiedad en el paciente preoperatorio.[3,33]

La ansiedad es el factor preoperatorio que influye a la presentación de hipertensión arterial, en el paciente hipertenso requiere la selección de los fármacos adecuados, tipo de monitorización y un plan anestésico.[31,35]

El personal de anestesiología debe utilizar evaluaciones indirectas que le permitan identificar si el paciente se encuentra ansioso, a través del sistema cardiovascular (arritmias, hipertensión, taquicardia), el mayor consumo de oxígeno acompañado de vasoconstricción del componente vascular periférico, etc.[31]

Los puntos importantes de la valoración médica pre anestésica son:

Mantener una relación médico paciente adecuada; evaluar clínicamente al paciente, e identificar los factores predictivos del riesgo anestésico quirúrgico.

Indicar un ansiolítico, para cada caso en particular si no existen contraindicaciones, con el objetivo de disminuir el estado de ansiedad en el paciente previo a la cirugía.

Realizar la técnica anestésica más adecuada para cada paciente.
Analizar los fármacos a utilizar en el periodo perioperatorio.[33,39]

El grado de Ansiedad en los pacientes es influenciado por diversos factores como: edad, sexo, calidad de la atención médica, miedo al ambiente hospitalario, estado socioeconómico, estado físico, ocupación, tipo de cirugía, etcétera.

Se han mencionado dos escalas para la valoración e identificación del nivel de ansiedad preoperatoria, la “escala de APAIS y la escala de Spielberg; y aunque ésta última es la más conocida y utilizada, no refleja la ansiedad preoperatoria como tal”.[37,40]

En nuestro estudio los resultados son claros, ya que la escala de APAIS demostró ser más útil por el tipo de preguntas que están más relacionados al evento anestésico quirúrgico. Por lo que demostró ser más confiable y práctico para valorar el nivel de ansiedad en los pacientes que serán sometidos a un evento anestésico-quirúrgico. [38,40]

Al otorgar información completa del evento anestésico, reflejara disminución de la ansiedad. Sin embargo, existen pacientes que no desean más información ya que incrementan el miedo al evento quirúrgico y el nivel de ansiedad. [39,40]

En base a nuestro estudio podemos llegar a asegurar que muchos de los pacientes que ingresan a las salas de quirófano con cifras elevadas de PA aún con la medicación adecuada, se debe investigar un antecedente de ansiedad por falta de información, la cual se identifica de forma rápida y sencilla; ya sea con un cuestionario como la escala de APAIS y/o con una visita preanestésica otorgando la información solicitada. Disminuyendo de manera significativa el aplazamiento del evento quirúrgico. [40]

Los pacientes con ansiedad severa suelen presentar mayor intolerancia al dolor posterior a la cirugía, requiriéndose utilizar dosis mayores de analgésicos, provocando una experiencia desagradable en el perioperatorio.[40]

Es importante para el personal de anestesiología señalar aquellos factores que influyen en la ansiedad de los usuarios con hipertensión arterial sistémica, teniendo en cuenta que la ansiedad y el miedo están presentes en todo evento anestesico-quirúrgico. [40]

Comunicación efectiva

La comunicación se define como la acción y efecto de comunicar, este proceso conlleva reproducir la información de una entidad a otra a través de combinaciones orales, escritos u otro tipo de codigos, en el área de la salud la comunicación es indispensable para mantener una relación médico-paciente, esta se debe realizar: eficiente y confiable en la calidad de la atención médica y seguridad de los mismos.[41]

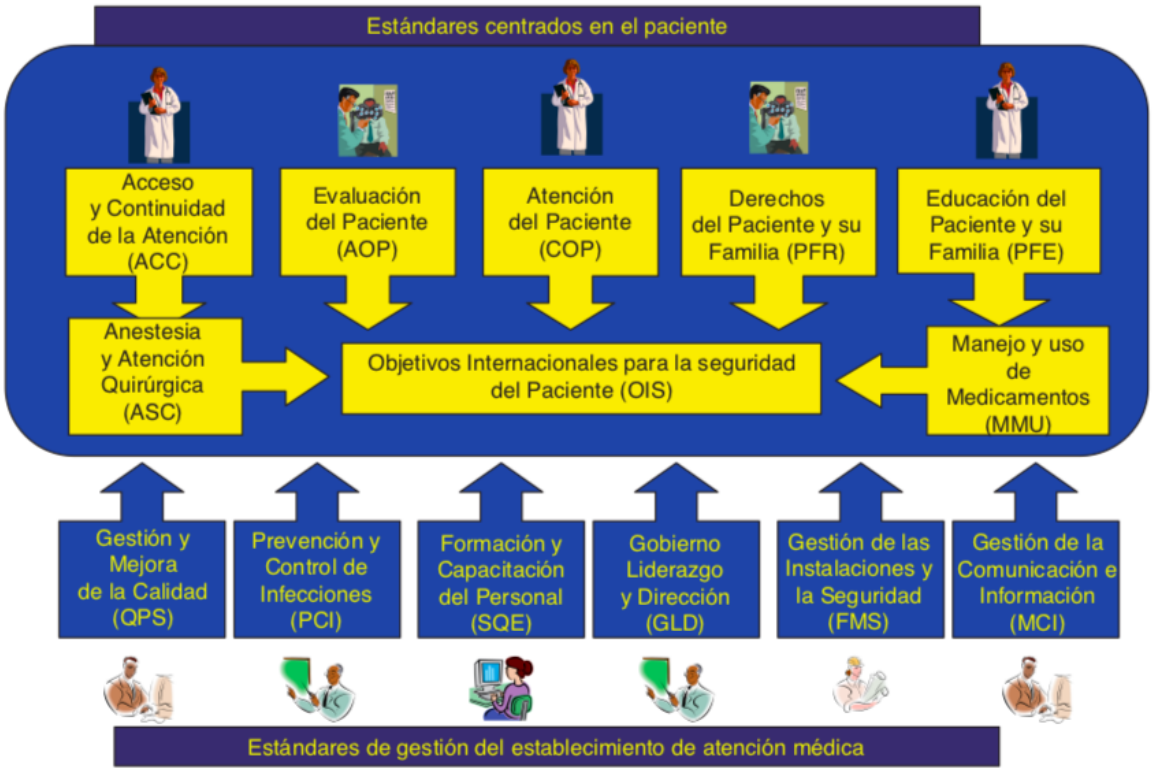
Los médicos al conversar con los pacientes o familiares deben establecer empatía, para que el paciente tenga más confianza y explique a detalle su sintomatología para brindarle un diagnóstico y posteriormente brindar o aplicar el tratamiento, los efectos positivos y negativos de las intervenciones médicas deben anticiparse, para que los pacientes estén conscientes y no se generen especulaciones que puedan incrementar la ansiedad de los pacientes. [41]

La capacidad del médico para comunicarse se basa en la preparación que tuvo durante sus estudios en la universidad u hospital, esto permitirá tener mayor confianza y competencia, para tener relación amable y certera con los pacientes.[41]

A pesar del lenguaje técnico de la medicina, se debe comunicar a los pacientes o familiares sobre los hallazgos clínicos, resultados de laboratorio o de gabinete, esto permitirá que los pacientes estén enterados y comprendan lo que les está sucediendo. [41]

Se han creado estándares centrados en el paciente, para que reciba adecuada atención médica, como se muestra en la siguiente figura: [41]

Figura 1. Comunicación efectiva como factor de calidad.



Fuente: “Ramírez Arias JL, Ocampo Lujano R, Pérez Páez I, Velázquez Trinidad D, Yarza Solórzano ME. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. 2011;9(3):167-174”.

La comunicación efectiva en el personal de la salud, debe ser clara y concisa, que permita brinda una explicación breve y directa del estado de salud de los pacientes, así como de eventos anestésicos o quirúrgicos, se debe tener presente los siguientes puntos: [42]

1. Comunicación directa.
2. Explicar a detalle la sintomatología o probables efectos secundarios.
3. Explicación con respeto.
4. Aclarar dudas en el paciente o familiar.
5. Brindar el tiempo necesario para comunicarse.
6. Hacer uso de imágenes o figuras para ser explícito ayuda.

La comunicación médico-paciente tiene la característica de ser multidisciplinaria ya que requiere del área de la lingüística, psicología y pedagogía, esto conlleva el uso de diversos estilos y acercamientos de comunicación con el paciente y la situación en que se encuentra. [42]

Se debe evitar la confusión con los pacientes sobre procedimientos o tratamientos, para que se evite malos entendidos o en su defecto, no lleve a cabo la terapia correspondiente, es importante señalar que utilizar correctamente la comunicación no verbal, escrita y la comunicación oral, es el médico, si el usuario no tiene un ejemplo adecuado, no es de extrañarse que la habilidad no se desarrolle eficientemente.[42]

"Rangel Ávila F y cols., realizaron el estudio de 98 pacientes pediátricos que fueron programados para cirugía ambulatoria con anestesia general, reportaron que se tienen escalas capaces de clasificar la ansiedad preoperatoria como es la de Hamilton indicada para los padres, se obtuvo como resultado que el 71.4% de los padres presentaron ansiedad preoperatoria, con respecto a la severidad se tuvo en el 55.2% ansiedad leve y en el 9.2% ansiedad moderada, la más afectada fueron las madres, debido a que usualmente convive más tiempo con el paciente pediátrico, los niños entre 5 a 7 años fueron los más afectados por ansiedad teniendo manifestaciones clínicas como tensión, miedo, nerviosismo y preocupación, por lo que ameritan de tratamiento integral como es el apoyo psicológico y médico, los niños con altos niveles de ansiedad tienen más riesgo de presentar delirio, así como cambios de conducta desadaptada en el postoperatorio, los factores involucrados en el grado de ansiedad son las características de la madre, edad del niño, calidad en la atención por parte de los profesionales de la salud, el número de hermanos y el cuidado en casa".[52]

"En la investigación de Hernández AI y cols., analizaron el grado de ansiedad en 100 padres de niños que fueron sometidos a cirugía, debido a que en la bibliografía internacional se ha reportado que la incidencia de ansiedad preoperatoria va de 60 a 80%, uno de los motivos para realizar el estudio, por lo que se utilizó el instrumento denominado APAIS debido a que era más específico que el instrumento de Hamilton, fue realizada especialmente para anestesiología evaluando el grado de ansiedad e información en el preoperatorio, tiene adecuada validez y confiabilidad, se obtuvo como resultado la edad promedio de 43±11.7 años, el 79% eran del sexo femenino, 21% masculino, con respecto a su trabajo el 53% eran empleados, 28% dedicados al hogar, 16% profesionistas y 3% jubilados, 89% recibieron anestesia general, 9% regional y 2% combinación de bloqueo peridural y anestesia general, la prevalencia de ansiedad preoperatoria fue de 25%, se les administró ansiolítico en el 100% de los casos, 40% requirieron más información para poder tranquilizarse, debido al procedimiento quirúrgico y a la técnica anestésica, esto permitió disminuir los sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, temor y elevación de la actividad del sistema nervioso autónomo, mejorando la satisfacción pre y postoperatoria".[53]

Hallit S y cols., analizaron 1,332 padres de niños que fueron sometidos a un procedimiento anestésico para realizar una cirugía, la muestra tuvo la edad promedio de 28.08+16.79 años, tenían en promedio dos hijos, el 63.9% las mamás fueron las que llevaban a sus hijos a la unidad médica, el 36.1% los padres, el 1% no tenían ningún grado académico, el 1.6% primaria, el 4.8% primaria incompleta, el 16.9% secundaria, el 66.7% licenciatura y el 9% posgrado, el 68.8% estaban desempleados, el 72.6% eran solteros (a), 25.2% casados, 1% viudo y 1.3% divorciados, el 5.2% tenía antecedente de enfermedad psiquiátrica, al aplicar la escala de Hamilton se concluyó que esta escala tiene la capacidad de valorar el aspecto somático y físico, se tuvo en el 20.03% casos de ansiedad confirmada, al utilizar el instrumento.[54]

En el estudio de pacientes pediátricos que fueron ingresados al servicio de quirófano, se ha documentado que la presencia de ansiedad es muy común, por ello, se recomienda la valoración con instrumentos de valoración de la ansiedad, se evalúa que hay más de 5 millones de reportes de ansiedad en Norte América en cada procedimiento, lo que conlleva a la activación del sistema simpático, clínicamente los pacientes manifiestan cambios del comportamiento drásticos, agresión, alteración del apetito, insomnio y enuresis, de hecho, la modificación del comportamiento se prolonga en el 54% de los casos hasta 2 semanas del postoperatorio, 20% a seis meses y 7.3% a un año. La ansiedad debe valorarse y monitorearse constantemente como instrumentos como el APAIS y el de Hamilton. [55]

En la investigación de Thompson E, documentaron como la escala de calificación de ansiedad de Hamilton, la cual permite medir la gravedad de la ansiedad, traducido a varios idiomas y es empleada de referencia para la creación de otros instrumentos, este tiene la capacidad de estadificar la severidad de la sintomatología, sin embargo, las comorbilidades puede modificar los síntomas lo que conlleva a falsos positivos, este instrumento valora de manera indirecta la presencia de sobresalto, fatigabilidad, inquietud, miedo, insomnio, memoria deficiente, alteraciones de concentración, depresión, malestar general, molestias, “rigidez, bruxismo, tinnitus, visión borrosa, taquicardia, opresión en el pecho, asfixia, síndrome de intestino irritable, poliuria, pérdida de líbido, boca seca, cefalea, inquietud, estos síntomas permiten cotejar los efectos ansiolíticos y/o antidepresivos”. [56]

En la escala de ansiedad de Hamilton es de las más empleadas a nivel mundial, elaborada por Max desde 1959, para medir la gravedad de la sintomatología ansiosa, se han creado múltiples versiones de la misma, pero ninguna ha demostrado tener alta confiabilidad y reproducibilidad, su estructura permite valorar diferentes aspectos del ser humano para reportar el estado de un paciente con o sin ansiedad, por lo que se basa en las siguientes preguntas: [57]

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON					
Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave / Incapacitante
1. “Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad”	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2. “Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud”	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3. “Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes”	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4. “Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar”	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5. “Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria”	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6. “Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día”.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
7. “Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa”.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
8. “Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo”.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9. “Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole”.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10. “Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea”.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11. “Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento”	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
12. “Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia”	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
13. “Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)”	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
14. “Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados”.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

Fuente: “Williams JBW. Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2001;251(2):1-7”.

El impacto que tiene la ansiedad en los pacientes adultos es alta, afecta drásticamente su calidad de vida y su desempeño en el ámbito familiar, laboral y social, sin embargo, al tener hijos que sean sometidos a procedimientos anestésicos y quirúrgicos, los síntomas de ansiedad se exacerban, por ello, es ideal utilizar la escala de Hamilton, la cual permite valorar y estadificar a los pacientes con ansiedad. [58]

III. JUSTIFICACIÓN

El requerimiento de un evento quirúrgico crea en el enfermo y parientes un estado de miedo y ansiedad. En el enfermo se realiza un trastorno bio-psico-social, principalmente cuando no existe antecedente de evento quirúrgico, al desconocer las diferentes etapas a proseguir, acompañado de factores como miedo a la muerte, la presencia de dolor, el resultado del evento quirurgico, a las complicaciones post-anestésicas, tiempo de espera, perdida de la intimidad, de la rutina diaria, etc.

Los servicios de salud deben conocer la obligación y la posición de los usuarios, y en el evento quirúrgico siendo el momento de aplicar acciones para responder a las necesidades de los usuarios del sistema de salud sobre el trato adecuado de los cuidados médicos.

El personal de salud quirúrgico, son los responsables de manejar la ansiedad y el temor ante un procedimiento quirúrgico, beneficiando una evolución y recuperación en el postoperatorio adecuado. Por otro lado, dentro de la relación médico-paciente, se debe establecer una relación con los padres sobre todo en el grupo de edad de los pacientes pediátricos.

La información que se otorga previa a una intervención quirúrgica puede favorecer las reacciones ante la misma. El informar a detalle el procedimiento anestésico, los riesgos perioperatorios, las probables reacciones que pudieran presentarse, la necesidad de transfusión, son algunos de los aspectos complejos que se establecen dentro de la relación con los padres de los pacientes. Sin embargo, desde el punto de vista bioético y del profesionalismo, el establecer una relación respetuosa, humana, empática y basada en la verdad será siempre la base de la confianza y por ende de la tranquilidad que se pueda generar.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

"La ansiedad perioperatoria se relaciona en múltiples estudios con desenlaces negativos postoperatorios de tipo comportamental y fisiológico, que se ven traducidos en potenciales complicaciones y dificultades en el manejo del paciente quirúrgico. Dicha situación se ve acentuada en los pacientes de poblaciones pediátricas, dada su susceptibilidad aumentada al desarrollo de rasgos y estados de ansiedad, como consecuencia de múltiples factores inherentes al paciente y el procedimiento quirúrgico. De igual manera, se identifica como un componente modificable del evento estrés perioperatorio un concepto más amplio que abarca también el dolor y el estrés quirúrgico. Su aparición desencadena a nivel sistémico cambios mediados por liberación de cortisol y otras sustancias relacionadas con la respuesta aguda al estrés, reflejados en el sistema inmunológico y aspectos neuro-psicológicos del paciente a corto y largo plazo". En los padres de pacientes pediátricos programados para intervención quirúrgica, tambien experimentan estos cambios fisiológicos, ya que se encuentran ante un estrés a los desconocido al acto quirúrgico - anestésico, sobre el tiempo de espera, tiempo de recuperación y la incorporación a sus actividades diarias, así como las probables complicaciones que se pudieran presentar, señalando que el nivel de ansiedad de los padres influyen de manera importante en el comportamiento del paciente pediátrico.

B. PREGUNTA

¿"Es efectiva la comunicación pre anestésica adecuada como factor para disminuir la ansiedad en padres de hijos de 1 a 12 años de edad programados para intervención quirúrgica, en el Hospital General del Sur Dr. Eduardo Vázquez Navarro, en el periodo Marzo 2018 – Febrero 2019"?

V. “HIPÓTESIS”

“HIPÓTESIS DE TRABAJO O DE ESTUDIO (HA)”:

“Es efectiva la comunicación pre anestésica como factor para disminuir la ansiedad en padres de hijos de 1 a 12 años de edad programados para intervención quirúrgica, en el Hospital General del Sur Eduardo Vázquez Navarro, en el periodo Marzo 2018 – Febrero 2019”

HIPÓTESIS NULA (H0):

“No es efectiva la comunicación pre anestésica como factor para disminuir la ansiedad en padres de hijos de 1 a 12 años de edad programados para intervención quirúrgica, en el Hospital General del Sur Eduardo Vázquez Navarro, en el periodo Marzo 2018 – Febrero 2019”

H0: A = B (Igualdad de resultados)

Ha: A =/= B (Diferencia de resultados)

Nivel de confianza del 95%, valor de alfa 0.05.

VI. OBJETIVOS

A. GENERAL

"Determinar si la comunicación pre anestésica es efectiva como factor para disminuir la ansiedad en padres de hijos de 1 a 12 años de edad programados para intervención quirúrgica, en el Hospital General del Sur Dr. Eduardo Vázquez Navarro, en el periodo Marzo 2018 - Febrero 2019".

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar antes de la información pre anestésica adecuada el grado de ansiedad en padres de hijos de 1 a 12 años de edad programados para intervención quirúrgica.

Evaluar después de la información pre anestésica adecuada el grado de ansiedad en padres de hijos de 1 a 12 años programados para intervención quirúrgica.

Cuantificar (a través de la escala de ansiedad de Hamilton) las diferencias antes y después de la información pre anestésica adecuada el grado de ansiedad en padres de hijos programados para intervención quirúrgica.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

A. DISEÑO DEL ESTUDIO:

"Por el propósito del estudio: es un estudio descriptivo.

Por la direccionalidad: es un estudio longitudinal.

Por la temporalidad: es un estudio prospectivo.

Por la captación de la información: es un estudio prolectivo.

Por la participación del investigador: es un estudio de intervención.

Por la ubicación de la población en estudio: es unicéntrico.

Por el tipo de población: homodémico".

B. UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL:

"El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital General del Sur "Dr. Eduardo Vázquez Navarro", en el periodo 2018".

C. ESTRATEGIA DE MUESTREO:

Método no probabilístico.

"CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN".

Padres de hijos de 1 a 12 años de edad, que están programados para intervención quirúrgica en el hospital sede del estudio.

Padres de hijos de 1 a 12 años de edad, que acudan con sus hijos a consulta de valoración pre-anestésica.

Padres de hijos de 1 a 12 años de edad, que hablen español.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Padres de hijos menores de 1 año y mayores de 12 años de edad.

Padres de pacientes programadas un día previo sin cita a consulta pre-anestésica.

Padres que presenten discapacidad audiovisual.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Padres que no decidan participar en el estudio.

D. DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Tabla 1. Cuadro de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	CATEGORÍA	INDICADOR
Edad	Duración de un ser vivo desde	Valoración en el periodo	Cuantitativa	De razón	En años enteros

	que nace a la fecha.	preoperatorio o del expediente clínico.			
Sexo	Características físicas que representan a la mujer y al hombre.	Valoración en el periodo preoperatorio.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
Riesgo anestésico	Estimación del riesgo que tiene la anestesia en un paciente.	Valoración en el periodo preoperatorio o del expediente clínico.	Cualitativa	Nominal Politómica	I II III IV
Diagnóstico	Padecimiento que presenta un paciente y que genera malestar.	Valoración en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal Politómica	Criptorquidia Circuncisión Hernia Umbilical Otros
Estado civil del padre o madre	Estatus de una persona en relación con su pareja.	Se interrogó en el periodo preoperatorio.	Cualitativa	Nominal Politómica	Soltero (a) Casado (a) Unión libre Divorciado (a) Viudo (a)
Grado de escolaridad	Máximo grado de estudios de los pacientes.	Se interrogó en el periodo preoperatorio.	Cualitativa	Nominal Politómica	Sin estudios Básica Media superior Licenciatura Posgrado
Ocupación	Jornada laboral que se realiza con el objetivo de obtener una remuneración económica.	Se interrogó en el periodo preoperatorio.	Cualitativa	Nominal Politómica	Ama de casa Obrero Comerciante Oficina Pensionado
Escala de APAIS	Escala de ansiedad preoperatoria de Ámsterdam	Se aplicó el instrumento en el periodo preoperatorio.	Cualitativa	Nominal Politómica	Nada Poco Bastante Mucho

					Muchísimo
Escala de Hamilton	Escala empleada para los pacientes con trastornos, principalmente de ansiedad.	Se aplicó el instrumento en el periodo pre y postoperatorio.	Cualitativa	Nominal Politómica	Leve Moderada Severa
Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad	Se obtuvo en el periodo preoperatorio.	Cualitativa	Nominal	Presente Ausente

E. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. FUENTES DE INFORMACIÓN

Se realizó la recopilación de información de los pacientes en base a su expediente clínico y al entrevistar a los padres en el periodo preoperatorio. Se les realizó la aplicación de la escala APAIS y la de ansiedad de Hamilton en el pre y postoperatorio. Durante la entrevista se otorgó folleto informativo, así como acceso a videos ilustrativos sobre información anestésica, para su consulta en cualquier momento que lo desearan.

2. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

"Tabla 2. Escala de Hamilton.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON					
Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave / Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

PUNTUACIÓN:

La escala de calificación de ansiedad de Hamilton, es una escala clínica calificada, que está destinada a proveer un análisis de la severidad de la ansiedad en adultos, jóvenes, y niños. Esta puntuación está basada sobre la calificación compuesta de catorce criterios individualmente evaluados.

Cada ítem, es puntuado independientemente, basado una escala proporcional de cinco puntos. Una calificación de "0", indica que el sentimiento no está presente en el paciente. Una calificación de "1", indica leve prevalencia del sentimiento en el paciente. Una calificación de "2", indica moderada prevalencia del sentimiento en el paciente. Una calificación de "3", indica severa prevalencia del sentimiento en el paciente. Una calificación de "4", indica muy severa prevalencia del sentimiento en el paciente.

Sobre la terminación de la evaluación, el médico compila un total, puntaje compuesto basado en la suma de cada uno de los 14 ítems, individualmente calificados. Este cálculo rendirá una puntuación exhaustiva en el rango de 0 a 56. Ha sido predeterminado que los resultados de la evaluación, pueden ser interpretados como siguen. Una puntuación de 17 o menos, indica leve severidad de ansiedad. Una

puntuación entre 18 y 24, indica leve a moderada severidad de ansiedad. Finalmente, una puntuación de 24 a 30, indica severidad de moderada a severa".

Amsterdam PreoperativeAnxietyandInformationScale (APAIS) (Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam)

Figura 2. Escala APAIS.

	De ningún modo	1	2	3	4	5	Muchísimo
1. Estoy preocupado con relación al anestésico.							
2. El anestésico está continuamente en mi mente.							
3. Me gustaría saber lo máximo posible sobre el anestésico.							
4. Estoy preocupado con el procedimiento.							
5. El procedimiento está continuamente en mi mente.							
6. Me gustaría saber lo máximo posible sobre el procedimiento.							

3. VALIDEZ Y CONSISTENCIA

Escala de Ámsterdam r=0.084

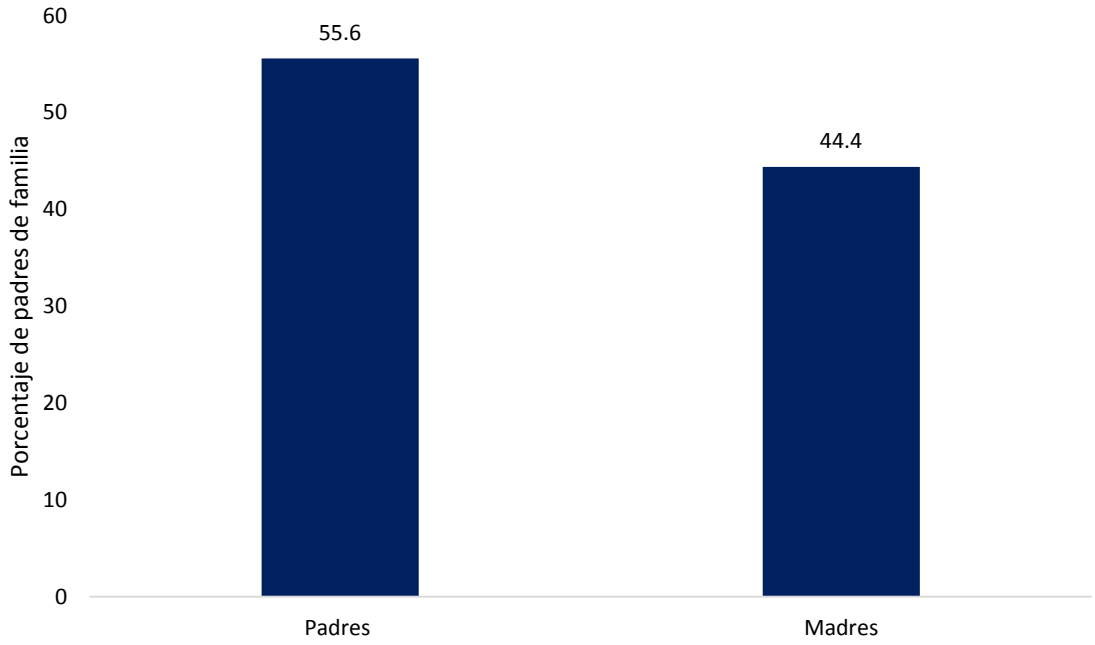
Hamilton r=0.082

VIII. RESULTADOS

Se seleccionaron 81 padres de familia que aceptaron participar en la investigación, denominada "Comunicación efectiva preanestésica como factor para disminuir la ansiedad en padres de hijos de 1 a 12 años de edad programados para intervención quirúrgica", se aseguró que cumplieran con todos los criterios de selección.

La edad de los padres de familia fue en promedio de 39±13 años de edad, en el 55.6% (45) fueron los padres que participaron y en el 44.4% (36) fueron las madres. (Gráfico 1)

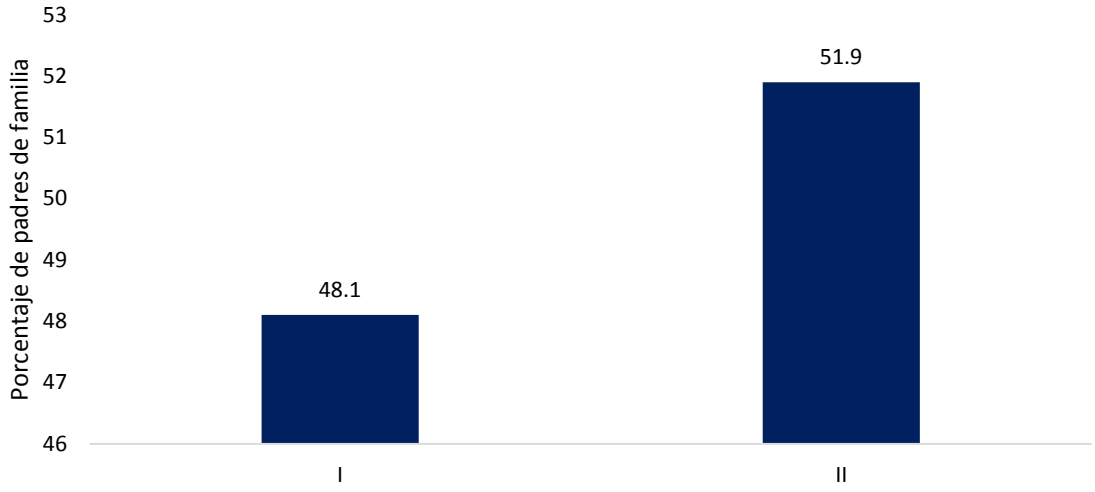
Gráfica 1. Padres de familia que participaron en la investigación.



"Fuente: Hoja de recolección de datos".

Los pacientes pediátricos fueron evaluados en la consulta preoperatoria, por lo que en el expediente se describió su riesgo anestésico, el cual fue de I en el 48.1%(39) de los casos y en el 51.9%(42) fue ASA II. (Gráfico 2)

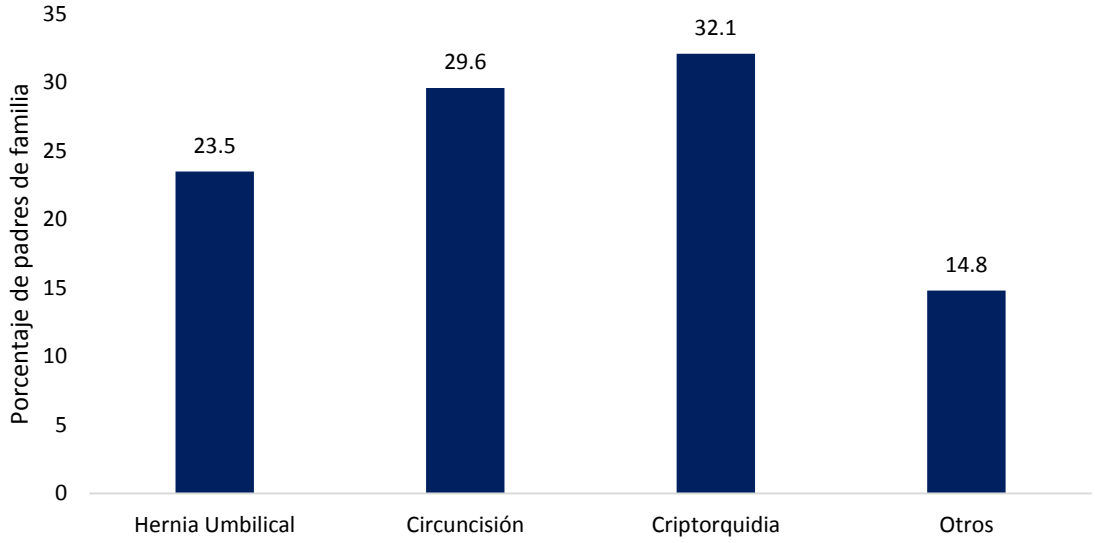
Gráfica 2. Riesgo anestésico ASA de los infantes.



"Fuente: Hoja de recolección de datos".

El diagnóstico de los pacientes pediátricos que participaron en la investigación fue en el 23.5%(19) Hernia umbilical, en el 29.6%(24) Circuncisión, en el 32.1%(26) Criptorquidia y en el 14.8%(12) otras patologías. (Gráfico 3)

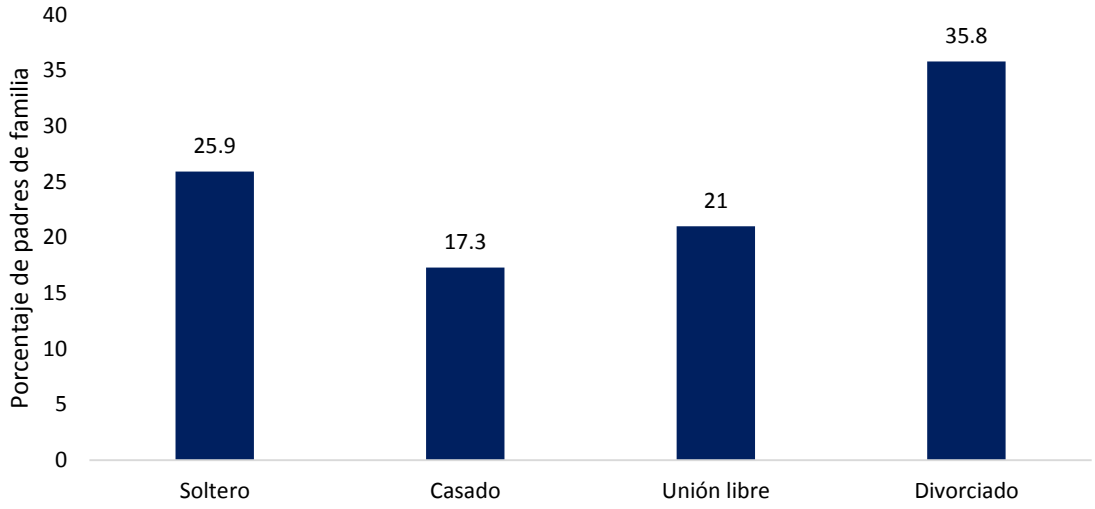
Gráfica 3. Diagnóstico de los infantes.



"Fuente: Hoja de recolección de datos".

El estado civil de los padres fue soltero (a) en el 25.9%(21), en el 17.3%(14) estaban casados, en el 21%(17) estaban en unión libre y en el 35.8%(29) eran divorciados. (Gráfico 4)

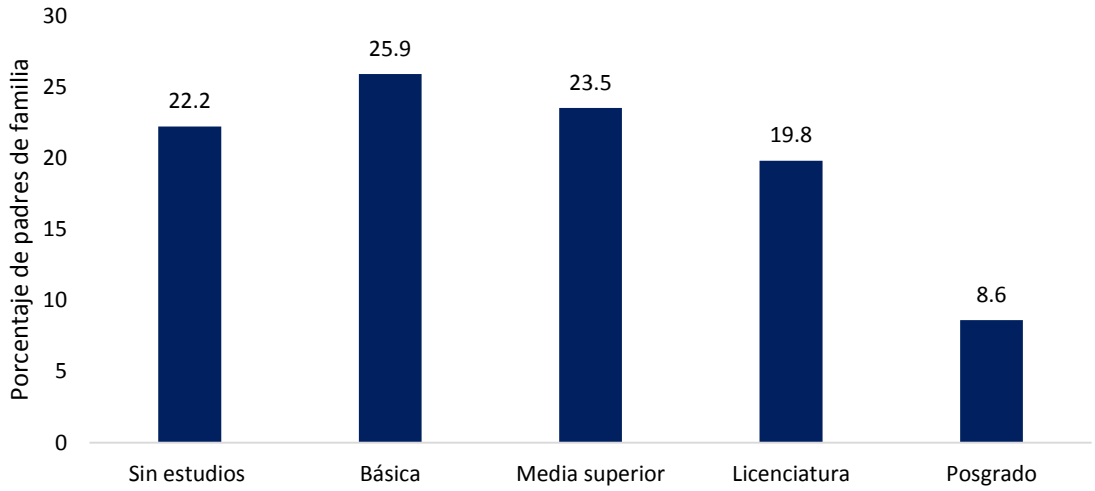
Gráfica 4. Estado civil de los padres.



"Fuente: Hoja de recolección de datos".

Otro factor que se analizó en los padres fue su grado de escolaridad, no tuvieron estudios el 22.2%(18), educación básica fue del 25.9%(21), educación media superior en el 23.5%(19), licenciatura en el 19.8%(16) y posgrado en el 8.6%(7). (Gráfico 5)

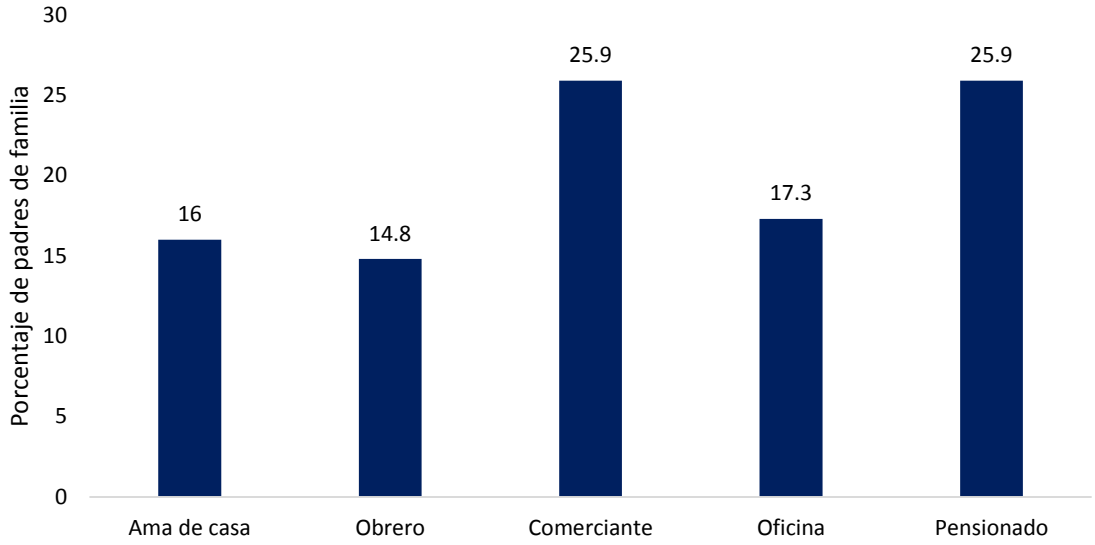
Gráfica 5. Grado de estudios de los padres.



"Fuente: Hoja de recolección de datos".

La ocupación de los padres fue en el 16%(13) ama de casa, en el 14.8%(12) obreros, en el 25.9%(21) comerciantes, en el 17.3%(14) de oficina y en el 25.9%(21) pensionados. (Gráfico 6)

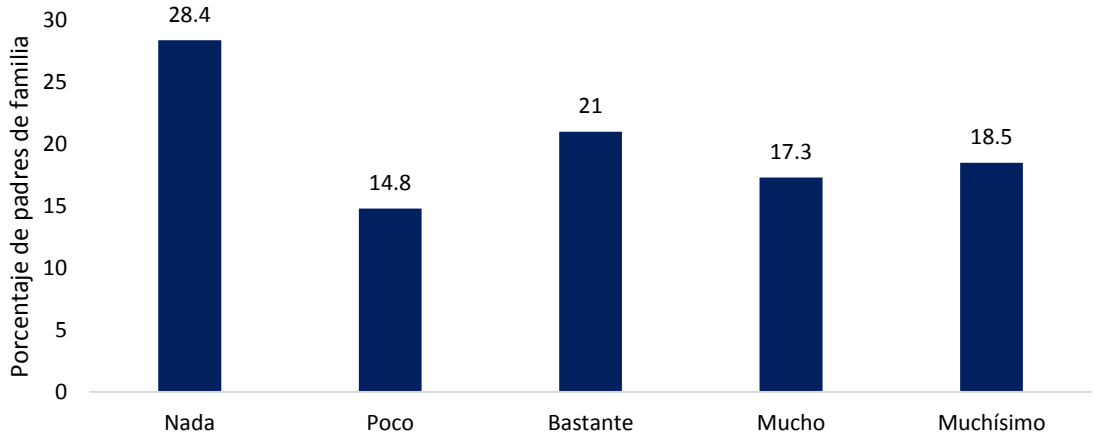
Gráfica 6. Ocupación de los padres.



"Fuente: Hoja de recolección de datos".

En la valoración de los pacientes se aplicó la escala de APAIS, esta identificó las siguientes características en los padres, al interrogar si estaban preocupados en relación al uso de anestésico el 28.4%(23) respondieron que nada, en el 14.8%(12) poco, en el 21%(17) bastante, en el 17.3%(14) mucho y en el 18.5%(15) muchísimo. (Gráfica 7)

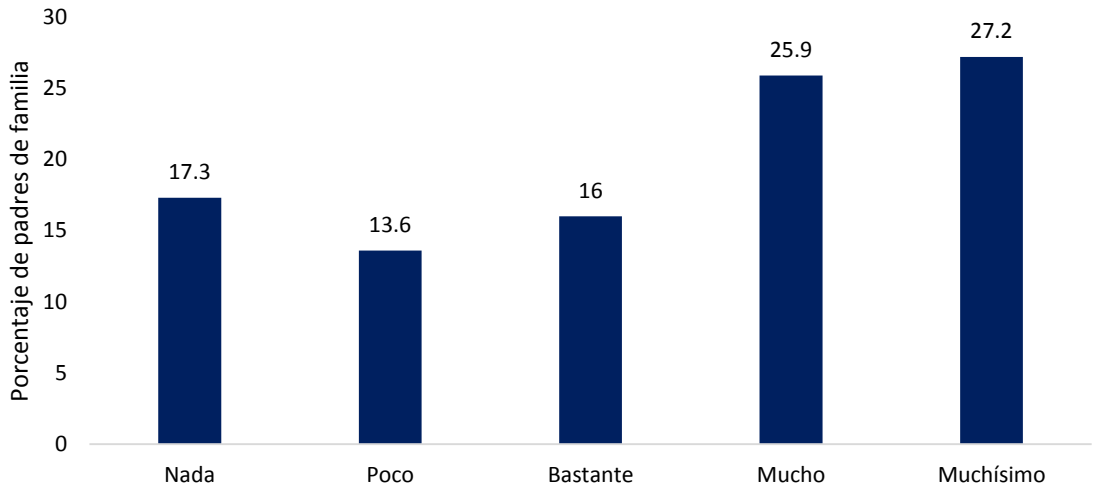
Gráfica 7 Estoy preocupado en relación al anestésico.



"Fuente: Hoja de recolección de datos".

Al aplicar la escala de APAIS se interrogó a los padres si el anestésico estaba continuamente en su mente, el 17.3%(14) respondieron que nada, en el 13.6%(11) poco, en el 16%(13) bastante, en el 25.9%(21) mucho y en el 27.2%(22) muchísimo. (Gráfica 8)

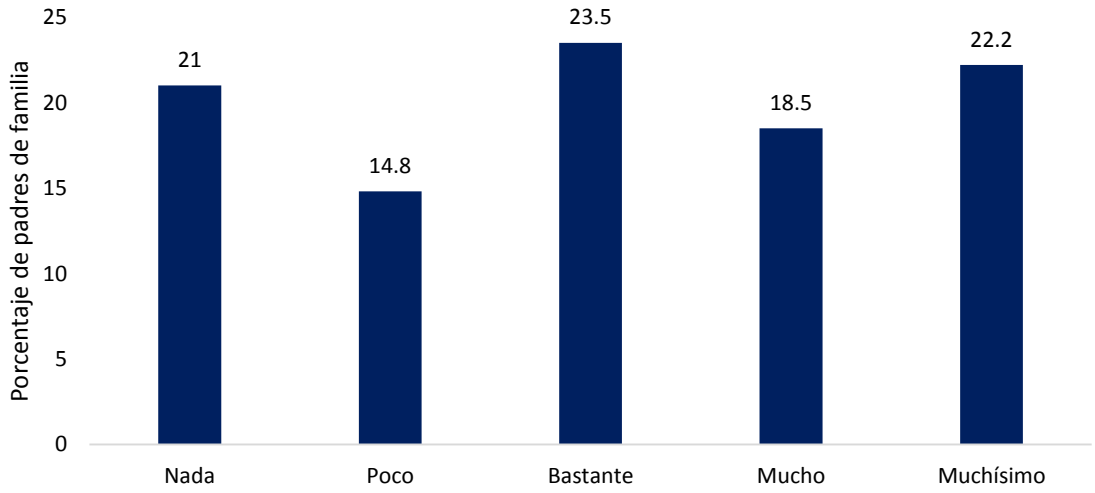
Gráfica 8. El anestésico está continuamente en mi mente.



"Fuente: Hoja de recolección de datos".

Al aplicar la escala de APAIS se interrogó a los padres si les gustaría saber lo máximo posible sobre el anestésico, el 21%(17) respondieron que nada, en el 14.8%(12) poco, en el 23.5%(19) bastante, en el 18.5%(12) mucho y en el 22.2%(18) muchísimo. (Gráfica 9)

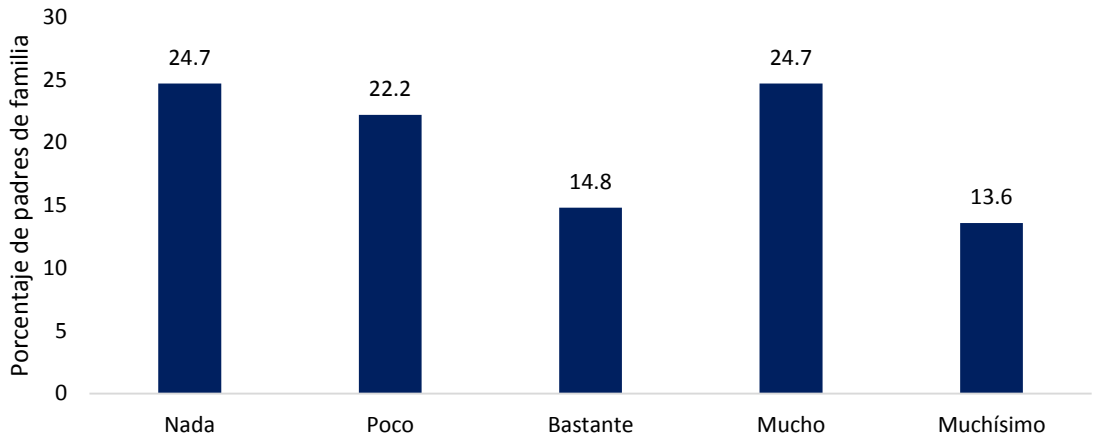
Gráfica 9. Me gustaría saber lo máximo posible sobre el anestésico.



"Fuente: Hoja de recolección de datos".

Al aplicar la escala de APAIS se interrogó a los padres si estaban preocupados por el procedimiento, el 24.7%(20) nada, el 22.2%(18) poco, en el 14.8%(12) bastante, en el 24.7%(20) mucho y en el 13.6%(11) muchísimo. (Gráfica 10)

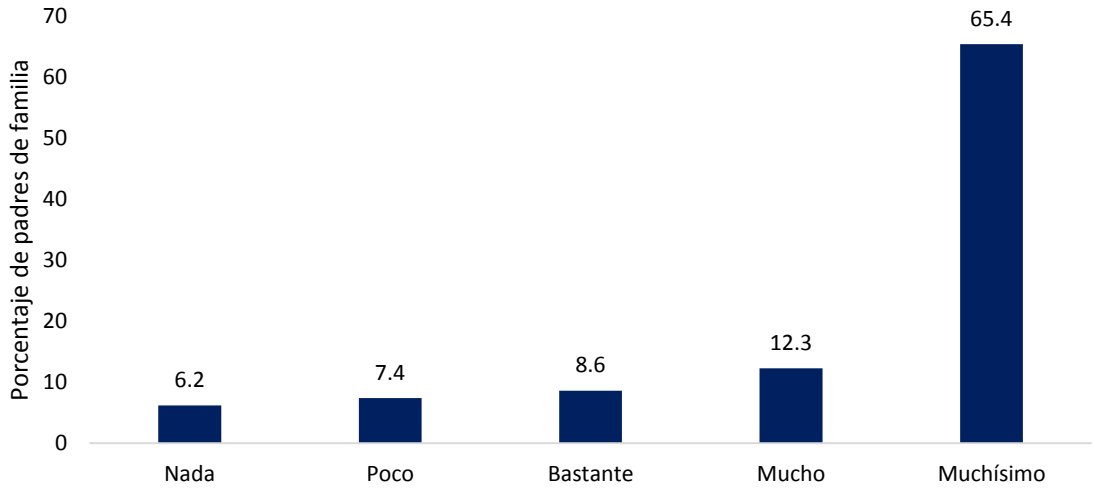
Gráfica 10. Estoy preocupado por el procedimiento.



"Fuente: Hoja de recolección de datos".

Al aplicar la escala de APAIS se interrogó a los padres si el procedimiento está continuamente en su mente, en el 6.2%(5) respondieron que nada, en el 7.4%(6) poco, en el 8.6%(7) bastante, en el 12.3%(10) mucho y en el 65.4%(53) muchísimo. (Gráfica 11)

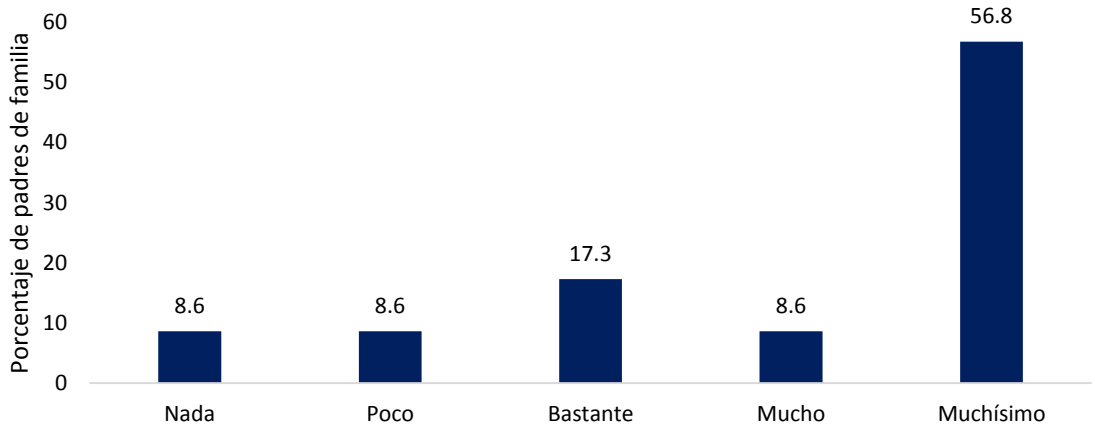
Gráfica 11. El procedimiento está continuamente en mi mente.



"Fuente: Hoja de recolección de datos".

Al aplicar la escala de APAIS se interrogó a los padres si les gustaría saber lo máximo posible sobre el procedimiento, en el 8.6%(7) respondieron que nada, en el 8.6%(7) poco, en el 17.3%(14) bastante, en el 8.6%(7) mucho y en el 56.8%(46) muchísimo. (Gráfica 12)

Gráfica 12. Me gustaría saber lo máximo posible sobre el procedimiento.



"Fuente: Hoja de recolección de datos".

Escala de Hamilton

Tabla 3. Escala de Hamilton.

En la valoración de los pacientes con la escala de Hamilton se obtuvieron los siguientes resultados: (Tabla 3)		Ausente		Leve		Moderado		Grave		Muy grave	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	**Preoperatorio**	**18**	22.2	**18**	22.2	**20**	24.7	**16**	19.8	**9**	11.1
	Postoperatorio	**18**	22.2	**18**	22.2	**20**	24.7	**16**	19.8	**9**	11.1
Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	**Preoperatorio**	**26**	30.9	**16**	19.8	**15**	18.5	**9**	11.1	**16**	19.8
	Postoperatorio	**36**	44.4	**15**	18.5	**13**	16	**8**	9.9	**9**	11.1
Temores a la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	**Preoperatorio**	**30**	37	**10**	12.3	**13**	16	**17**	21	**11**	13.6
	Postoperatorio	**39**	48.1	**8**	9.9	**13**	16	**13**	16	**8**	9.9
Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	**Preoperatorio**	**26**	32.1	**13**	16	**10**	12.3	**10**	12.3	**22**	27.2
	Postoperatorio	**40**	49.4	**12**	14.8	**9**	11.1	**7**	8.6	**13**	16
Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	**Preoperatorio**	**30**	37	**19**	23.5	**12**	14.8	**11**	13.6	**9**	11.1
	Postoperatorio	**37**	45.7	**19**	23.5	**9**	11.1	**10**	12.3	**6**	7.4
Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	**Preoperatorio**	**31**	38.3	**13**	16	**6**	7.4	**16**	19.8	**15**	18.5
	Postoperatorio	**49**	60.5	**10**	12.3	**5**	6.2	**11**	13.6	**6**	7.4

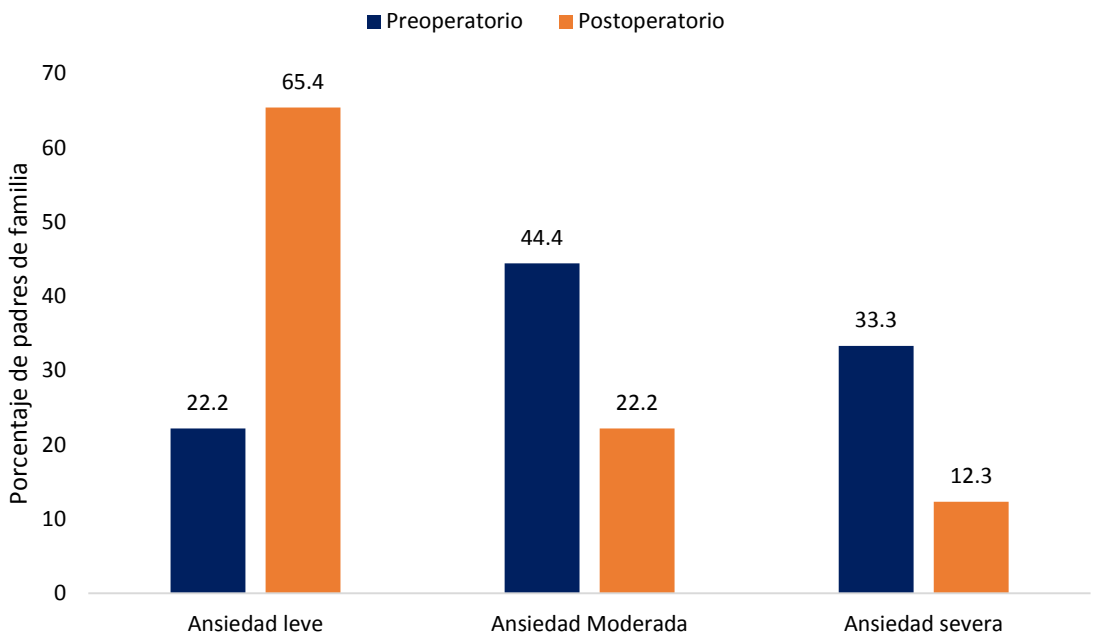
Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	**Preoperatorio**	**34**	42	**9**	11.1	**12**	14.8	**16**	19.8	**10**	12.3
	Postoperatorio	**43**	53.1	**8**	9.9	**9**	11.1	**14**	17.3	**7**	8.6
Síntomas somáticos generales (sensoriales) zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	**Preoperatorio**	**35**	43.2	**15**	18.5	**8**	9.9	**14**	17.3	**9**	11.1
	Postoperatorio	**35**	43.2	**15**	18.5	**8**	9.9	**14**	17.3	**9**	11.1
Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	**Preoperatorio**	**44**	54.3	**10**	12.3	**9**	11.1	**13**	16	**5**	6.2
	Postoperatorio	**44**	54.3	**10**	12.3	**9**	11.1	**13**	16	**5**	6.2
Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	**Preoperatorio**	**22**	27.2	**18**	22.2	**16**	19.8	**11**	13.6	**14**	17.3
	Postoperatorio	**42**	51.9	**17**	21	**11**	13.6	**6**	7.4	**5**	6.2
Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos,	**Preoperatorio**	**32**	39.5	**15**	18.5	**12**	14.8	**10**	12.3	**12**	14.8
	Postoperatorio	**48**	59.3	**14**	17.3	**10**	12.3	**5**	6.2	**4**	4.9

sensación de estómago vacío, digestión lenta o borborigmos											
Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección e impotencia	**Preoperatorio**	**31**	38.3	**19**	23.5	**12**	14.8	**10**	12.3	**9**	11.1
	Postoperatorio	**31**	38.3	**19**	23.5	**12**	14.8	**10**	12.3	**9**	11.1
Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión o piloerección	**Preoperatorio**	**28**	34.6	**12**	14.8	**15**	18.5	**11**	13.6	**15**	18.5
	Postoperatorio	**28**	34.6	**12**	14.8	**15**	18.5	**11**	13.6	**15**	18.5
Comportamiento en la entrevista: Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos o ceño fruncido	**Preoperatorio**	**17**	21	**20**	24.7	**18**	22.2	**13**	16	**13**	16
	Postoperatorio	**17**	21	**20**	24.7	**18**	22.2	**13**	16	**13**	16

"Fuente: Hoja de recolección de datos".

“Al aplicar la escala de Hamilton en el periodo preoperatorio se identificó que el 22%(18) tenían ansiedad leve, en el 44.4%(36) ansiedad moderada y en el 33%(27) ansiedad severa, pero posterior al evento quirúrgico la ansiedad fue leve en el 65.4%(53), ansiedad moderada en el 22.2%(18) y ansiedad severa disminuyó drásticamente a 12.3%(10)”.(Gráfica 13)

Gráfica 13. Clasificación de la ansiedad.



“Fuente: Hoja de recolección de datos”.

“Se realizó la comparación de la ansiedad en el periodo pre y postoperatorio, por lo que se aplicó la prueba estadística t pareada o t de Student para muestras relacionadas, se identificó que la ansiedad disminuyó significativamente”. (Tabla 4)

Tabla 4. Prueba t pareada de la escala de Hamilton en el pre y postoperatorio.

Escala de Hamilton			**95% de intervalo de confianza de la diferencia**		**t pareada**	
Pregunta Pre-Post	Media	Desv. Desviación	Inferior	Superior	t	Valor de p
1	0.33333	1	0.11222	0.55445	3	0.004
2	0.44444	1.19373	0.18049	0.7084	3.351	0.001
3	0.32099	0.98523	0.10314	0.53884	2.932	0.004
4	0.59259	1.3581	0.29229	0.89289	3.927	0.0001
5	0.25926	0.89132	0.06217	0.45635	2.618	0.011
6	0.69136	1.40216	0.38132	1.0014	4.438	0.0001
7	0.30864	0.94395	0.09992	0.51737	2.943	0.004
8	0.46914	1.17352	0.20965	0.72862	3.598	0.001
9	0.40741	1.09291	0.16575	0.64907	3.355	0.001
10	0.76543	1.42541	0.45025	1.08062	4.833	0.0001
11	0.64198	1.36298	0.3406	0.94336	4.239	0.0001
12	0.34568	1.06255	0.11073	0.58063	2.928	0.004
13	0.64198	1.3068	0.35302	0.93093	4.421	0.0001
14	0.64198	0.7468	0.47684	0.80711	7.737	0.0001

“Fuente: Hoja de recolección de datos”.

IX. DISCUSIÓN

“En el estudio de Oliveira Pires MP y cols., en Brasil analizaron 60 pacientes pediátricos, con la edad promedio de 7.5 años, mientras el 96.7% fueron mamás, la edad promedio fue de 37 años, el 38.3% estudiaron hasta la primaria, el 46.7% hasta la secundaria y en el 15% educación superior, resultados inferiores a los obtenidos en esta investigación al tener la edad promedio de 39±13 años de edad, el 55.6% fueron los papás, los padres no estudiaron en el 22.2%, tuvieron educación básica en el 25.9%, educación media superior en el 23.5%, licenciatura en el 19.8% y posgrado en el 8.6%”.[47]

Dionigi A y cols., realizaron la investigación de los padres de pacientes pediátricos que fueron operados en Italia, se seleccionaron a 119 personas el 44% fueron del sexo masculino, la edad promedio fue de 39 años, las mujeres representaron el 56%, con la edad promedio de 38 años, se utilizó el instrumento de APAIS, la ansiedad fue de moderada a severa en el periodo preoperatorio a pesar de explicarles el procedimiento y la técnica anestésica, estas intervenciones redujeron significativamente en el postoperatorio, al valorar entre los papás y mamás, la ansiedad fue similar, al analizar los resultados reflejados en este estudio, se reportó la presencia de ansiedad en los 81 padres seleccionados, la edad promedio fue de 39±13 años de edad, en el 55.6% fueron los papás que participaron y en el 44.4% fueron las mamás, no hubo diferencias estadísticamente significativas, al aplicar la escala APAIS se identificó a los que estaban preocupados por el procedimiento, fue la mayor proporción de pacientes. [48]

Reshma Aranha P y cols., hicieron un estudio cuasiexperimental en la India, se analizaron 110 niños de 8 a 12 años, se dividieron en grupos sin intervención (n = 55) y con intervención (n = 55), los niños al llegar a la consulta de valoración por anestesiología presentaron miedo y ansiedad, los más afectados fueron los que no recibieron información escrita, mientras los padres de familia que se les informó los procedimientos con mayor precisión presentaron menor ansiedad, con respecto al miedo fue el mismo en ambos grupos de estudio, al comparar con lo obtenido en esta investigación se identificó un cambio radical de la ansiedad con el periodo postoperatorio al aplicar la escala de Hamilton, pero con la escala APAIS los padres referían se quedaban pensando en el tipo de medicamento anestésico que se les

administró, de hecho, el 17.3% respondieron que no les afectaba el 13.6% un poco, el 16% bastante, el 25.9% mucho y en el 27.2% muchísimo. [49]

Spencer C y cols., realizaron un ensayo controlado aleatorizado en 19 padres que recibieron información un día previo a la administración de la anestesia general mediante un folleto de la técnica, este grupo de padres tuvieron mayor satisfacción y presentaron menor frecuencia de ansiedad a comparación de los 21 padres que se les envío la información por correo electrónico, este grupo presentó mayor déficit de conocimiento sobre el procedimiento quirúrgico, por ello, prefieren que la información se dé previa la cirugía para leerla mientras su hijo(a) está en quirófano, la edad medio de los niños fue de 6+3.7 años, de los padres fue de 34.4+8 años, el 71% fueron mamás, en el 29% papás, el diagnóstico más frecuente fue abdomen agudo, al comparar con los resultados presentados en esta investigación se identificaron 81 padres de familia que aceptaron participar en la investigación, sus hijos tuvieron de 1 a 12 años de edad, la edad promedio de los tutores fue de 39+13 años de edad, el 55.6% fueron papás, 44.4% mamás, principalmente por hernia umbilical en el 23.5%, en el 29.6% circuncisión, en el 32.1% criptorquidia y en el 14.8% por otras patologías. [50]

“En la investigación de Oliveira Cumino D y cols., analizaron 72 niños, tuvieron ASA I y II, sometidos a procedimientos quirúrgicos electivos, se realizaron dos grupos según si el tutor recibió información convencional sobre la anestesia, mientras en el otro grupo se denominó informativo debido a que el tutor recibió un folleto informativo sobre anestesia, se empleó la Escala de ansiedad preoperatoria de Yale en los niños durante el pre y postoperatorio se tuvo similitud de ansiedad en ambos grupos, mientras a los padres se les evaluó con la escala de Hamilton, teniendo más casos de ansiedad moderada a severa en aquellos con mayor duración del tiempo quirúrgico al comparar con los resultados obtenidos en esta investigación a los padres se les aplicó la escala de Hamilton se identificó que el 22% tenían ansiedad leve, en el 44.4% ansiedad moderada y en el 33% ansiedad severa, pero posterior al evento quirúrgico la ansiedad fue leve en el 65.4%, ansiedad moderada en el 22.2% y ansiedad severa disminuyó drásticamente a 12.3%”.[51]

X. CONCLUSIONES

A. EXPOSICIÓN DE CONCLUSIONES

Se concluye que los padres de los pacientes que padecieron ansiedad son más aprehensivos, debido a que refieren que sus hijos de 1 a 12 años de edad tienen muchas actividades, por lo que están en constante movimiento, pero tener a su hijo postrado en la cama hospitalaria o en la sala de espera, se tiene incertidumbre por el pronóstico y por la cirugía.

La ansiedad se presentó en menor proporción en padres de hijos que estuvieron con cirugía ambulatoria, resultado fue controversial, a lo obtenido en la bibliografía donde se tuvo ansiedad constante en los tutores como en el paciente pediátrico.

En la práctica médica se tiene una comunicación con tecnicismos, esto permite tener una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, pero al hablar con la población, se les debe tener paciencia como para ir explicando cada etapa con los pacientes, para que entiendan por lo que están pasando.

B. PROPUESTAS

Se propone formar grupos de especialistas, para que puedan brindar atención médica, psicológica y de trabajo social, de esta forma se vuelve más específica la atención y se brinda bienestar de inmediato, este tipo de atención fomenta la mejora mental y controlar las situaciones de ansiedad.

El uso de escalas para valorar un fenómeno se propone, esta actividad permite tener un parámetro de comparación, que se puede ir mejorando o empeorando.

La ansiedad preoperatoria es una sensación muy común en los padres, llega a ser severa cuando alguno de sus hijos tiene que realizarse una intervención quirúrgica, el objetivo es estar enterado de los eventos y fármacos que se emplearán.

C. RECOMENDACIONES

Se recomienda que los profesionales de la salud sean capaces de transmitir su conocimiento a los pacientes o familiares, para que los padres de familia estén enterados de las intervenciones o el tratamiento que serán realizadas a sus hijos.

La atención integral en las unidades médicas de tercer nivel, tienen la ventaja de estar conformadas por médicos, psicólogos, personal de enfermería y trabajo social, estos profesionales de la salud tienen la capacidad de tener una comunicación efectiva, para disminuir la presencia de ansiedad en los familiares.

Cabe mencionar que la falta de evaluación de la ansiedad de los padres representa un problema debido a que no tienen tratamiento o control, por lo que se llegan a sugestionar o están asustados por la necesidad de operar y administrar anestesia a sus hijos.

La recomendación es tener una comunicación efectiva, con los padres o tutores de los pacientes pediátricos que son operados.

D. APLICACIONES

Los beneficios que se han tenido con la comunicación efectiva permiten controlar las emociones de miedo o preocupación de los familiares, se transmite confianza y se procura a todos los pacientes, sin embargo, la presencia de ansiedad es mayor cuando los hijos necesitan un procedimiento quirúrgico para estabilizarse o curarse.

La ansiedad de los padres es un asunto relevante para ser tomado en consideración por los anestesiólogos y personal del hospital, debido a que los padres están más aprehensivos y son susceptibles de tener crisis de pánico o crisis conversivas.

La comunicación constante con el equipo de trabajo y con los familiares, permite que la información sea confiable, directa y precisa, para que todos cuenten con la misma información y haya mayor relajación.

XI. REFERENCIAS BIBLIO-HEMEROGRAFÍCAS

“1.- Basak F, Hasbahceci M, et al. Prediction of anxiety and depression in general surgery inpatients: A prospective cohort study of 200 consecutive patients. International Journal of Surgery 2015; 23:18-22

2.- Fernandez R, Soria V, et al. Encuesta nacional sobre los temores del paciente ante una intervención de cirugía general. Cir Esp 2015; 93(10):e133-e152

3.- Aranha P, Sams L, et al. Preoperative preparation of children. Int J Health Allied Sci 2017; 6:1-4

4.- Aust H, Rüsch D, et al. Coping strategies in anxious surgical patients. BMC Health Services Research 2016; 16:250

5.- Díez E, Arrospide A, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Enferm Clin. 2012; 22(1):18-26

6.- Cuzzocrea, F, Gugliandolo M, et al. A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors. Pediatric Anesthesia 2013; 23:139–143

7.- Delgove A, Harper L, et al. How can we decrease preoperative anxiety in parents of children undergoing surgery? Arch Dis Child 2018; 0:1

8.- Hoetzenecker W, Guenova E, et al. Parental anxiety and concern for children undergoing dermatological surgery. Journal of Dermatological Treatment 2013; 25(5):367–370

9.- Subirana H, Caro A, et al. Valoración del impacto de la educación preoperatoria en la colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Ensayo prospectivo aleatorizado. Cir Esp 2018; 96(2):89-96

10.- Laufenberg R, Kappis B. Assessing preoperative anxiety using a questionnaire and clinical ratings. Eur J Anaesthesiol 2013; 30:758–763

11.- Quintero A, Yasnó D, et al. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. Rev Colomb Cir. 2017; 32:115-120

12.- Alvarez G. Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. Revista Mexicana de Anestesiología 2014; 37(Supl 1):S152-S154

13.- Homzová P, Zeleníková R. MEASURING PREOPERATIVE ANXIETY IN PATIENTS UNDERGOING ELECTIVE SURGERY IN CZECH REPUBLIC. Cent Eur J Nurs Midw 2015; 6(4):321–326

14.- Mavridou P, Dimitriou V, 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; 27:104–108

15.- Moreno P, Calle A. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. Cir May Amb. 2015; 20(2):74-78

16.- Armenta K, Pardo R. Ansiedad preoperatoria. Arch Inv Mat Inf 2014; VI(2):79-84

17.- Sollárová E, Sollár T, et al. PREOPERATIVE ANXIETY IN SURGICAL PATIENTS. En: Anxiety and Coping in Hospitalized Patients Measurement Tools and Findings, Edition: 1st, Chapter: 3. Preoperative anxiety of surgical patients, Publisher: Miedzynarodowa Fundacja „Scientia, Arts, Educatio“, Krakow, Poland, Editors: Tomáš Sollár, pp.52-71

18.- De Vries J, Van Heck G. Development of a Short Version of the Dutch Version of the Spielberger STAI Trait Anxiety Scale in Women Suspected of Breast Cancer and Breast Cancer Survivors. J Clin Psychol Med Settings. 2013; 20(2):215-226

19.- Vergara M, Morales J, et al. Validation of the Spanish version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Health and Quality of Life Outcomes 2017; 15:120

20.- Maurice A, Loundou A, et al. Validation of the French version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). Health and Quality of Life Outcomes 2013; 11:166

21.- Sigdel S. Perioperative anxiety: A short review. Glob Anesth Perioper Med, 2015; 1(4):107-108

22.- Ortiz J, Wang S, et al. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? Rev Bras Anestesiol. 2015; 65(1):7-13

23.- Wilson C, Mitchelson A, et al. Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. Am J Surg. 2016; 212(1):151-159

24.- Hernández A, López A, et al. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES 2016; 14(1):6-11

25.- Güleç E, Özcengiz D. Preoperative Psychological Preparation of Children. Turk J Anaesth Reanim 2015; 43: 344-6

26.- Simeone S, Pucciarelli G, et al. Comparative Analysis: Implementation of a Pre-operative Educational Intervention to Decrease Anxiety Among Parents of Children With Congenital Heart Disease. Journal of Pediatric Nursing 2017; 35:144–148

27.- de Moura L, Guimarães I, et al. Prevalencia y factores asociados con la ansiedad preoperatoria en niños de 5 a 12 años. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016; 24:e2708

28.- Gironés A, Campos A, et al. Estudio de validación y fiabilidad del cuestionario de preocupación paterna sobre la cirugía. ¿Qué preocupa a los padres? Anales de Pediatría 2018; 88(1):24–31

29.- Sartori J, Espinoza P, et al. ¿Qué información preoperatoria desean los padres de niños que serán operados? Rev Chil Pediatr. 2015; 86(6):399-403

30.- Rodríguez J, Mayo L, et al. FACTORES ASOCIADOS A LA ANSIEDAD DEL PACIENTE EN EL PRE OPERATORIO INMEDIATO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE. Rev. Salud & Vida Sipanense. 2016; 3(2):13-2

31.Ruiz-López E, Muñóz-Cuevas JH, Olivero-Vásquez YI, Islas-Saucillo M. Preoperatory anxiety at the General Hospital of México. Rev Med Hosp Gen Mex 2000; 63:231-236.

32. De la Paz-Estrada C, Prego-Beltrán C, Barzaga-Hernández E. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. Rev Mex Anest 2006; 29:159-162.

33. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011 Para la Práctica de la Anestesiología. Diario Oficial de la Federación. 5 de noviembre de 2009.

34. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Forjemos el futuro. Ginebra: OMS; 2003.

35. Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc., 1984

36. Moerman N, Van Dam S, Muller F, Oosting M. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Anesthesia & Analgesia.1996; 82 (3): 445-451
37. Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano J, Ornelas-Aguirre J. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir Cir. 2010; 78:151-156
38. Martin DE, Shanks GE. Strategies for the preoperative evaluation of hypertensive patient. En: Davis C, editor. Anesthesiology Clinics of North America. Philadelphia: WB Saunswea Co; 1999.p. 529–65
39. American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia evaluation. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology. 2012; 116 (3):522-538
40. Muntingh A, Feltz-Cornelis V, Van Marwijk H. 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 Family Practice. 2011; 12: 66-70.
41. Ramírez Arias JL, Ocampo Lujano R, Pérez Páez I, Velázquez Trinidad D, Yarza Solórzano ME. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. 2011;9(3):167-174.
42. Petra-Micu IM. La enseñanza de la comunicación en medicina. Inv Ed Med 2012;1(4):218-224
43. Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) – The first trial of a German version. 2007;4(1):1-8.
44. Agostini F, Monti F, Neri E, Dellabartola S, de Pascalis L, Bozicevic L. Parental anxiety and stress before pediatric anesthesia: A pilot study on the effectiveness of preoperative clown intervention. Journal of Health Psychology. 2014;19(5): 587–601.
45. Cázares de León F, Vinaccia S, Quiceno J, Montoya B. Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura Psychologia. Avances de la disciplina. 2016;10(2):73-85.
46. Rangel F, Haro Jm, García N. La ansiedad de los padres incrementa la ansiedad preoperatoria en el paciente pediátrico al ser sometido a una cirugía ambulatoria. Rev Chil Anest. 2011; 40: 142-149
47. Oliveira Pires MP, Pedreira MLG, Sorgini Peterlini MA. Cirugía segura en pediatría: aplicación en la práctica del Checklist Pediátrico para Cirugía Segura. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(6):1105-12.
48. Dionigi A, Sangiorgi D, Flangini R. Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: A randomized controlled trial. Journal of Health Psychology. 2013;1(1):1-14.
49. Reshma Aranha P, Sams LM, Saldanha P. Impact of Multimodal Preoperative Preparation Program on Children Undergoing Surgery. 2017;5(1):208-214.
50. Spencer C, Franck LS. Giving parents written information about children's anesthesia: Are setting and timing important? Pediatric Anesthesia. 2005;1(15): 547–553.
51. Oliveira Cumino D, Cagno G, Zacarias Gonçalvese VF, Wajmane DS, da Silva Telles LA. Impact of preanesthetic information on anxiety of parents and children. Rev Bras Anestesiol. 2013;(6):473-482.
52. Rangel Ávila F, Haro Haro JM, García Méndez N. La ansiedad de los padres incrementa la ansiedad preoperatoria en el paciente pediátrico cuando este va a someterse a cirugía ambulatoria. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2012;59(2):83-90.

53. 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 Médica Grupo Ángeles. 2016;14(1):6-11.
54. Hallit S, Haddad C, Hallit R, Akel M, Obeid S, Haddad G, et al. Validation of the Hamilton Anxiety Rating Scale and State Trait Anxiety Inventory A and B in Arabic among the Lebanese population. Clinical Epidemiology and Global Health. 2018;1(1):1-7.
55. Chow CHT, Van Lieshout RJ, Buckley N, Schmidt LA. Children's Perioperative Multidimensional Anxiety Scale (CPMAS): Development and Validation. Psychological Assessment. American Psychological Association. 2016;28(9):1101–1109.
56. Thompson E. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). Occupational Medicine 2015;65(1):601-2.
57. Williams JBW. Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2001;251(2):1-7.
58. Maza V, Fernández M, Concha L, Santolaya ME, Villarroel M, Castro M, et al. Impacto de un programa educativo a los padres de niños con cáncer en el aumento del conocimiento de la enfermedad de sus hijos y la disminución de la ansiedad".

XII. ANEXOS

A.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Consentimiento informado

"DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña. ……, de …. años de edad y con identificación personal nº ……., manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la aplicación de la encuesta con fecha…… para cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación titulado:……

……

……con el fin de mejorar los resultados clínicos de los padecimientos y sus expectativas de atención médica.

He sido informado/a de los beneficios que aportó la presente investigación.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar protegido y con las garantías de la ley.

Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que esta aplicación de dicha encuesta tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Fecha: ……

Nombre y Firma: ……."

“B.- INSTRUCTIVOS

Escala de Hamilton

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON					
Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave / Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.”	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

"Definición de los componentes de la escala de ansiedad de Hamilton:

1. Humor ansioso: preocupación, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad.

2. Tensión: sentimientos de tensión, fatigabilidad, respuesta en alarma, (movido a) llorar fácilmente, temblores, sentimientos de intranquilidad, incapacidad para relajarse.

3. Miedos: a la oscuridad, a los extraños, a ser dejado/a solo/a, a los animales, al tráfico (tránsito), a la/las multitudes/es.

4. Insomnio: dificultad para quedarse dormido, interrupción de sueño, sueño no satisfactorio y fatiga al despertar, sueños, pesadillas, terrores nocturnos.

5. Intelectual: dificultad para concentración, memoria pobre.

6. Humor depresivo: pérdida de interés, falta de placer en hobbies, depresión, temprano despertar, oscilación diurna.

7. Somático (muscular): dolores y sufrimientos, crispaciones, rigideces, espasmos mioclónicos, apretar de dientes, voz inestable, tono muscular incrementado.

8. Somático (sensorial): tinnitus, visión borrosa, rubores en frío y calor, sentimientos de debilidad, sensación de hormigueo.

9. Síntomas cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor en pecho, palpitación de vasos, sentimiento de desvanecimiento, latidos perdidos.

10. Síntomas respiratorios: presión o constricción en pecho, sentimientos de ahogo, suspiros, disnea.

11. Síntomas gastrointestinales: Dificultad para tragar, dolor por flatulencia abdominal, sensaciones de ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, relajación intestinal, pérdida de peso, constipación.

12. Síntomas genitourinarios: micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación prematura, pérdida de líbido, impotencia.

13. Síntomas autonómicos: boca seca, enrojecimiento, palidez, tendencia a sudar, mareos, dolor de cabeza por tensión, tomarse el pelo,

14. Conducta en entrevista: jugueteo, intranquilidad ó estimulación, temblor en manos, ceño fruncido, cara tensa, suspiros o respiración rápida, palidez facial, tragar (repetidamente), etc".

PUNTUACIÓN:

"La escala de calificación de ansiedad de Hamilton es una escala clínica calificada, que está destinada a proveer un análisis de la severidad de la ansiedad en adultos, jóvenes, y niños. Esta puntuación está basada sobre la calificación compuesta de catorce criterios individualmente evaluados".

"Cada ítem, es puntuado independientemente, basado una escala proporcional de cinco puntos. Una calificación de 0, indica que el sentimiento no está presente en el paciente. Una calificación de 1, indica

leve prevalencia del sentimiento en el paciente. Una calificación de 2, indica moderada prevalencia del sentimiento en el paciente. Una calificación de 3, indica severa prevalencia del sentimiento en el paciente. Una calificación de 4, indica muy severa prevalencia del sentimiento en el paciente".

"Sobre la terminación de la evaluación, el médico compila un total, puntaje compuesto basado en la suma de cada uno de los 14 ítems, individualmente calificados. Este cálculo rendirá una puntuación exhaustiva en el rango de 0 a 56. Ha sido predeterminado que los resultados de la evaluación pueden ser interpretados como siguen. Una puntuación de 17 o menos, indica leve severidad de ansiedad. Una puntuación entre 18 y 24, indica leve a moderada severidad de ansiedad. Finalmente, una puntuación de 24 a 30, indica severidad de moderada a severa".

Amsterdam PreoperativeAnxietyandInformationScale "(APAIS) (Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam)"

	De ningún modo	1	2	3	4	5	Muchísimo
1. Estoy preocupado con relación al anestésico.							
2. El anestésico está continuamente en mi mente.							
3. Me gustaría saber lo máximo posible sobre el anestésico.							
4. Estoy preocupado con el procedimiento.							
5. El procedimiento está continuamente en mi mente.							
6. Me gustaría saber lo máximo posible sobre el procedimiento.							

C.- DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad	Valoración en el periodo preoperatorio o del expediente clínico.
Sexo	Valoración en el periodo preoperatorio.
Riesgo anestésico	Valoración en el periodo preoperatorio o del expediente clínico.
Diagnóstico	Valoración en el expediente clínico.
Estado civil del padre o madre	Se interrogó en el periodo preoperatorio.
Grado de escolaridad	Se interrogó en el periodo preoperatorio.
Ocupación	Se interrogó en el periodo preoperatorio.
Escala de APAIS	Se aplicó el instrumento en el periodo preoperatorio.
Escala de Hamilton	Se aplicó el instrumento en el periodo pre y postoperatorio.
Ansiedad	Se obtuvo en el periodo preoperatorio.

D.- OTROS.

3. Folleto

El equipo de salud salvaguarda con profesionalismo el cuidado de tu hijo (a), vigilaremos su adecuada recuperación anestésica

El inicio de la alimentación post-operatoria se decidirá junto con el Servicio de Cirugía, esto de acuerdo al evento quirúrgico realizado a tu hijo (a).

En caso de requerir días de observación en el hospital, te pedimos el apoyo de cuidar la vía venosa (suero) que tendrá tu hijo (a) durante los días hospitalizados.

Importante

La Medicina **NO** es una ciencia exacta, por lo que la información que nos proporciones es de vital importancia para la atención de tu hijo (a).

Servicio de Anestesiología

Dr. Jiménez Bustos Gerardo
Jefe del Servicio de Anestesiología

Oficina ubicada en Primer Piso
Área de Quirófanos
Hospital General "Dr. Eduardo Vázquez Navarro"

Hospital General de Puebla
"Dr. Eduardo Vázquez Navarro"

Servicio de Anestesiología

Realizó:
Montiel Lévaro Jorge Alberto.
Médico Residente de la Especialidad de Anestesiología

Comunicación efectiva preoperatoria para los padres de niños que serán operados

¿Van operar a tu hijo (a)?

Debes saber que...

La anestesia, es un acto médico controlado en el que se usan fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente, ya sea, en todo o parte de su cuerpo y sea con o sin compromiso de conciencia.

En la anestesia general, tu hijo (a) dormirá tan profundo que lo (a) apoyaremos a respirar.

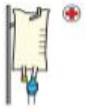
Y en la anestesia tipo bloqueo regional tu hijo (a) tendrá un sueño superficial y sólo la mitad de su cuerpo estará dormido por completo.

Te informamos lo siguiente...

Los anestésicos que usaremos serán de acuerdo a las necesidades y al tipo de cirugía que se le realizara a tu hijo (a).

¡Tú! como mamá o papá debes de generarle confianza a tu hijo (a), así que respira profundo durante 2 minutos en caso de sentir ansiedad.

Evitaremos la presencia del dolor en tu hijo (a), por lo que administraremos medicamentos a través del suero.



El tiempo de anestesia será de acuerdo a las necesidades del médico cirujano que operará a tu hijo (a) (Ejem: 1 hr, 2 hrs, etc.).

En caso de una complicación anestésica se te informará en el momento adecuado.

Tendrás acceso al área de recuperación post-anestésica una vez que haya finalizado la intervención quirúrgica realizada a tu hijo (a).

Tu presencia es importante en el tiempo de recuperación post-anestésica y nada mejor que una cara familiar al despertar .