



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”

**COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PERIODO PRE-
ANESTÉSICO VS POST-ANESTÉSICO EN PACIENTES SOMETIDOS A
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA.**

Trabajo de grado presentado ante la Universidad de Carabobo para optar al título de
Especialista en Anestesiología y Reanimación

Autor: Médico Cirujano Stephanie Peña T.

Valencia, Octubre de 2018



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE"

**COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PERIODO PRE-
ANESTÉSICO VS POST-ANESTÉSICO EN PACIENTES SOMETIDOS A
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA.**

Autor: Médico Cirujano Stephanie Peña T.

Tutor Clínico: Dr. José Guillen

Valencia, Octubre de 2018

AVAL DEL TUTOR CLINICO

Dando el cumplimiento a lo establecido en el reglamento de estudios de postgrado de la Universidad de Carabobo en su artículo 133, quien suscribe _____, titular de la Cédula de Identidad N° _____, en mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Grado titulado:

“ COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PERIODO PRE-ANESTÉSICO VS POST-ANESTÉSICO EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA.”

Presentado por la ciudadana, **Stephanie A. Peña T.** Titular de la Cédula de Identidad N° **18.468.903**, para optar al título de Especialista en ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En Valencia a los ____ días del mes _____ del año _____.

Prof. _____

Nombre:

C.I.

AVAL DEL TUTOR METODOLÓGICO

Dando el cumplimiento a lo establecido en el reglamento de estudios de postgrado de la Universidad de Carabobo en su artículo 133, quien suscribe _____, titular de la Cédula de Identidad N° _____, en mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Grado titulado:

“ COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PERIODO PRE-ANESTÉSICO VS POST-ANESTÉSICO EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA.”

Presentado por la ciudadana, **Stephanie A. Peña T.** Titular de la Cédula de Identidad N° **18.468.903**, para optar al título de Especialista en ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En Valencia a los ____ días del mes _____ del año _____.

Prof. _____

Nombre:

C.I.



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

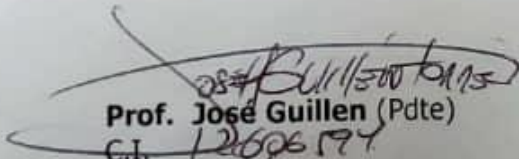
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PERÍODO PRE-ANESTÉSICO VS POST-ANESTÉSICO EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA

Presentado para optar al grado de **Especialista en Anestesiología y Reanimación** por el (la) aspirante:

PEÑA T., STEPHANIE A.
C.I. V – 18468903

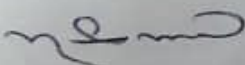
Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): José Guillen C.I. 12606594, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **23/10/2018**


Prof. José Guillen (Pdte)

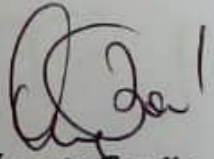
C.I. 12606594

Fecha 23/10/18


Prof. Nelson Sivira

C.I. 4800480

Fecha 23-10-18.


Prof. Ángelo Barrile

C.I. 1331310

Fecha 23-10-2018

TG: 64-18

INDICE GENERAL

AVAL DEL TUTOR CLINICO	I
AVAL DEL TUTOR METODOLÓGICO	II
ACTA DE DISCUSION DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO	III
INDICE GENERAL	IV
RESUMEN	V
ABSTRAC	VI
INTRODUCCIÓN	1
MATERIALES Y MÉTODOS	7
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	12
CONCLUSIONES	15
RECOMENDACIONES	16
BIBLIOGRAFÍA	17
ANEXOS	
ANEXO A	20
ANEXO B	21



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”



COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PERIODO PRE-ANESTÉSICO VS POST-ANESTÉSICO EN PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA.

Autor: Stephanie Peña T.

Tutor Clínico: Dr. José Guillen

Valencia, Octubre de 2018

RESUMEN

Los estudios invasivos tales como la Endoscopia Digestiva pueden provocar en el paciente ansiedad antes o después de haberse realizado el mismo y desencadenar una serie de reacciones que podrían influir en el proceso de recuperación haciéndolo largo y doloroso. **Objetivo General:** Comparar los niveles de ansiedad en el periodo preanestésico y postanestésico de endoscopia digestiva alta y baja en pacientes ambulatorios de la Unidad de Gastroenterología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” (HUAL), ubicado en el municipio Naguanagua. Estado Carabobo. **Metodología:** se trata de un estudio observacional descriptivo, con un diseño no experimental, de campo y longitudinal. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes sometidos a endoscopia de forma ambulatoria. Se aplicó la técnica del interrogatorio haciendo el registro en una ficha y como instrumento la escala Hamilton para medir ansiedad. Los datos se presentaron en distribuciones de frecuencias. **Resultados:** En el periodo preanestésico un 70% de los pacientes presentaban un nivel de ansiedad leve, seguidos por aquellos con ansiedad mayor (24%= 12 casos). Durante el primer minuto de la post-anestesia un 76% no presentaron ansiedad. A los 10 minutos posteriores a la anestesia un 44% (22 casos) presentaban ansiedad leve. A los 10 minutos del periodo postanestésico no se registró ansiedad en el grupo de pacientes que recibió benzodiacepina (19 casos) y la ansiedad leve predominó en el grupo que no recibió benzodiacepina (16 casos). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de ansiedad y las variables demográficas de los pacientes ($P > 0,05$). **Conclusión:** El nivel de ansiedad presente en los periodos pre y postanestésico fue leve predominantemente; no se observó ansiedad al primer minuto del periodo postanestésico, incrementó el nivel de ansiedad leve a los 10 minutos posteriores. No hubo presencia de ansiedad en quienes les fue administrado Midazolam en comparación con aquellos que no lo recibieron, Encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($X^2=10,03$; 2 gl; $P=0,0066 < 0,05$); Los datos demográficos no tuvieron relación estadísticamente significativa con el nivel de ansiedad que presentaron los pacientes.

Palabras Clave: Ansiedad, pre anestesia, post anestesia, endoscopia digestiva.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”

COMPARISON OF ANXIETY LEVELS IN THE PRE-ANESTHETIC AND POST-ANESTHETIC PERIOD IN PATIENTS SUBJECT TO HIGH AND LOW DIGESTIVE ENDOSCOPY

Author: Stephanie Peña T.
Clinical tutor: Dr. José Guillen
Valencia, October 2018

ABSTRAC

Invasive studies such as Digestive Endoscopy can cause unfavorable levels of collaboration on the part of the patient since they can feel anxiety before or after having performed the same and trigger a series of reactions that could influence the recovery process making it longer and probably more painful. **General Objective:** To compare the levels of anxiety in the pre-anesthetic and post-anesthetic period of upper and lower digestive endoscopy in patients admitted to the Gastroenterology Unit of the University Hospital "Dr. Ángel Larralde "(HUAL), located in the Naguanagua municipality. Carabobo state. **Methodology:** this is a descriptive observational study, with a non-experimental, field and longitudinal design. The sample consisted of 50 patients undergoing endoscopy on an outpatient basis. The interrogation technique was applied and as instruments the Hamilton scale to measure anxiety and a record card. The data was presented in frequency distributions. **Results:** In pre-anesthesia, 70% of the patients presented a level of mild anxiety, followed by those with greater anxiety (24% = 12 cases). During the first minute of post-anesthesia 76% did not show anxiety. At 10 minutes after anesthesia 44% (22 cases) presented mild anxiety. At 10 minutes post-anesthesia the absence of anxiety predominates in the group of patients who received benzodiazepine (19 cases) while mild anxiety predominates in the group that did not receive it (16 cases). No statistically significant association was found between the presence of anxiety and the demographic variables of the patients ($P > 0.05$). **Conclusion:** The level of anxiety present in the pre- and post-anesthetic periods was predominantly mild; no anxiety was observed at the first minute of the postanesthetic period, the level of mild anxiety increased at 10 minutes later. There was no anxiety in those who were administered Midazolam compared to those who did not receive it, finding a statistically significant association between both variables ($X^2 = 10.03$, 2 gl, $P = 0.0066 < 0.05$); The demographic data had no statistically significant relationship with the level of anxiety presented by the patients.

Keywords: Anxiety, pre anesthesia, post anesthesia, digestive endoscopy.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad, conocida en sus inicios como neurosis, es introducida a la práctica clínica por el psiquiatra escocés William Cullen en 1769; Las investigaciones clínicas y psicopatológicas de Pierre Janet, S. Freud, H. Evy y J.J. López Ibor o J. Lacan, contribuyeron a conceptualizarla en torno a la experiencia de la angustia ¹. Se define como el estado mental en el cual el ser humano experimenta reacciones que tienen componentes psicológicos; provocando cambios en el metabolismo de la glucosa, activación del sistema nervioso simpático, del sistema endocrino e inmunológico, generando incomodidad, angustia, miedo y preocupación. Cumple una función adaptativa que se considera una reacción habitual ante las demandas del ambiente, superando las capacidades propias del individuo generando descontrol frente a situaciones, ya sea por su intensidad, difícil manejo o incluso, por carencia de recursos intrínsecos que permitan ampliar el repertorio de reacción lo cual genera un manejo inadecuado de las estrategias de afrontamiento ².

Desde una perspectiva global, el National Institute of Mental Health, indica que la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad alcanza 18,1% de la población adulta y el 60% son de sexo femenino; además, 22,8% de todos los casos pueden presentar ansiedad severa.³ Los trastornos de ansiedad son la enfermedad psiquiátrica de mayor prevalencia, alcanzando cifras alarmantes en los países del Primer Mundo. De acuerdo a datos de la Universidad de Virginia para el año 2012, 40 millones (18.1%) de adultos (de entre 18 y 54 años) de Estados Unidos, presentan anualmente algún trastorno de ansiedad. En España, por ejemplo, este tipo de patologías afectan a un 20% de la población adulta.⁴ Para el año 2013, una prevalencia en un rango desde 0,9 a 28,3% dependiendo del país y la cultura. La prevalencia actual mundial de los trastornos de ansiedad ajustados por diferencias metodológicas fue del 7,3% (4,8-10,9%) y varió del 5,3% (3,5-8,1%) en las culturas africanas al 10,4% (7,0-15,5%) en las culturas Europeas y Anglosajonas.³

En el ámbito preoperatorio y de procedimientos anestésicos la ansiedad es un hecho frecuente y muy pocas veces evaluado en los pacientes que serán sometidos a procesos quirúrgicos.⁴ Se tienen pocos datos sobre la incidencia de la ansiedad en el ámbito

prequirurgico. En países como Etiopía y Nigeria se han observado niveles de ansiedad preoperatoria de 70,3% y 51% respectivamente, mientras que en México, un estudio reportó ansiedad leve a moderada en 87,4 % para el año 2010. ³

Entre los procedimientos diagnósticos del sistema digestivo se encuentra la Endoscopia, la cual se puede clasificar en: Endoscopia Digestiva Alta (EDA) es un procedimiento que ha evolucionado el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la mayoría de las enfermedades digestivas, permite visualizar en forma directa la mucosa del esófago, estómago y parte del duodeno. Es un procedimiento con múltiples oportunidades de aplicación, incomodo más no doloroso y por su naturaleza invasiva no está exenta de riesgos ya que en el mismo se invade la cavidad oral del paciente comprometiendo así la vía aérea superior. Pudiendo provocar náuseas, vómitos, tos y sensación de dificultad respiratoria. En la mayoría de los pacientes es razonablemente segura, reportándose una tasa de complicaciones del 0.1%. ⁵

Mientras que la Endoscopia Digestiva Baja (EDB) es el procedimiento que tiene como fundamento ofrecer una visión detallada de la mucosa del colon hasta el ciego en 90% de los casos permite obtener un diagnóstico macroscópico, pronóstico e indicar la terapia adecuada. Teniendo en cuenta que provoca molestias y dolores abdominales se hace necesario la sedación, lo que da la posibilidad al endoscopista de realizar el estudio con mayor facilidad y comodidad, a la vez que disminuye el riesgo de dificultad respiratoria, hipotensión, taquicardia e incluso arritmias con pérdida del conocimiento producto del dolor que dicho estudio puede causar. Lo más importante es que evita la negativa del paciente a repetirse el proceder si fuera preciso. ⁶

En este sentido la endoscopia digestiva alta y baja son estudios que actualmente se realizan bajo analogosedación con la finalidad de mejorar la tolerancia del paciente ya que la ansiedad casi siempre se hace presente en el periodo preanestésico y consecuentemente en el periodo postanestésico. El paciente en estas etapas, manifiesta un estrés importante por el miedo al diagnóstico de una enfermedad grave, a las complicaciones, al dolor e incluso a la situación incómoda de su realización ⁷. La primera situación susceptible de producir estrés, miedo o ansiedad aparece en el propio hospital como consecuencia de la situación del

paciente en un entorno desconocido. Esto se traduce en desorientación, pérdida de la intimidad, percepción del hospital como un entorno hostil y miedo a la anestesia, cirugía, dolor y al resultado que se obtendrá en dicho estudio.⁸

Estas situaciones pueden provocar niveles desfavorables de colaboración por parte del paciente ya que estos pueden sentir ansiedad antes o después de haberse realizado un estudio y desencadenan una serie de reacciones que aumentan los niveles de ansiedad y podrían incluso, influir en el proceso de recuperación haciéndolo más largo y doloroso ⁸. Debido a esta razón, la demanda de sedoanalgesia en procedimientos endoscópicos ha aumentado ya que esta no solo mejora la tolerancia y satisfacción del paciente, sino que también aumenta la voluntad de los pacientes para regresar a procedimientos sucesivos. La sedoanalgesia brindada al paciente persigue un doble propósito, por un lado, lograr ansiolisis y analgesia de buena calidad y por otro lado, evitar los movimientos inoportunos que pueden comprometer la eficacia y la seguridad de la realización de la evaluación endoscópica.

En vista de que el acto anestésico-quirúrgico genera ansiedad en el paciente, la atención debe enfocarse en disminuirla. En muchos países, el anestesiólogo dedica muy poco tiempo a la consulta preanestésica, resulta insuficiente para identificar ansiedad en los individuos ante el acto anestésico o quirúrgico. La ansiedad preoperatoria está asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a infecciones, un incremento en el dolor postoperatorio y mayor estancia hospitalaria. Debido a esto, es necesario evaluar y prevenir la ansiedad en todo individuo que va a ser sometido a algún procedimiento anestésico-quirúrgico¹. Se ha demostrado que una buena información preoperatoria disminuye la ansiedad pre y postoperatoria en los pacientes al recibir información adecuada sobre su proceso hospitalario, disipan sus dudas, lo que minimizará los niveles de ansiedad.⁸

Para la evaluación de la ansiedad existen diversas escalas como el DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale), STAI (State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire), Escala Visual Análoga de Ansiedad, las escalas de ansiedad de Taylor (Inventario de Situaciones y

Respuestas de Ansiedad), la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS) y la Escala de Evaluación de Ansiedad de Hamilton (HARS por sus siglas en inglés).⁹

La escala de Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) tiene evidencias y buenas propiedades de detección como otros instrumentos. Es una escala heteroadministrada de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del paciente la cual es aplicada mediante entrevista semiestructurada, en la que el entrevistador evalúa la gravedad de los síntomas. La traducción del cuestionario HARS al español fue utilizada en el año 2002 en un estudio para su validación por medio de la evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad, presentando propiedades psicométricas sólidas, similares a las de las versiones originales y por tanto, resultando adecuada para su uso en la práctica asistencial y en estudios de investigación clínica.¹⁰

En Venezuela, la ansiedad ha sido tema reciente de investigación, con un número de publicaciones escaso. No obstante, en Cumaná, estado Sucre, Rojas y Azevedo en el 2013, en su estudio sobre la evaluación de las estrategias de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes de la Unidad de Cirugía del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (HUAPA), Cumaná, Venezuela. Se estudiaron 60 pacientes, divididos en dos grupos: 30 recibieron un programa educativo sobre el proceso operatorio (grupo experimental) y 30 no lo recibieron (grupo control). Para lo cual se aplicó el “test de ansiedad de Beck” a ambos grupos, reportando en el período preoperatorio 49% de ansiedad leve, 27,5% de ansiedad moderada y 23,5% de ansiedad severa en los pacientes estudiados, con disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes experimentales; 56,6% no presentaron ansiedad, en comparación con los pacientes controles.¹¹

En el año 2015 Lituma y cols. Realizaron un estudio en el cual determinaron los niveles de ansiedad de 102 pacientes que asistían a la consulta externa del área de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso de Ecuador a los cuales se les realizaría un estudio colonoscópico obteniendo como resultado que el grado de ansiedad fue moderada 86.3%, se presentó en el género femenino en un 49%; el 38,2% de pacientes con ansiedad tienen

escolaridad baja y el 28,4% eran adultos jóvenes. La investigación concluye que la ansiedad está presente en todos los pacientes previo a procedimientos médicos, generando así que dicho proceso sea limitado para el equipo médico y más aún para el paciente.¹²

Cardozo y cols. En el año 2016 realizaron un estudio en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en el Municipio Naguanagua del Estado Carabobo – Venezuela. en el cual se describieron los niveles de ansiedad que presentaron 76 pacientes durante la evaluación preanestésica para cirugía ambulatoria, utilizando la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam en la que los hallazgos obtenidos confirman la existencia de algún nivel de ansiedad en 82,9% de la muestra estudiada, en la cual el 64,5% presentó ansiedad leve, 17,1% moderada, 1,3% severa y 17,1% de los pacientes no presentaron ansiedad, dichos resultados fueron especialmente relacionados con la cirugía propiamente dicha y no con la anestesia, expresando además que el 75% de la muestra manifestó la necesidad de requerir mayor información sobre la anestesia y el procedimiento a realizarse.¹³

Gaona y Contenido. En el año 2017 describió la ansiedad preoperatoria en 75 pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora, utilizando el test de Hamilton para ansiedad evidenció que el 50,7 % de los pacientes estudiados presentaron ansiedad leve mientras que el 33,3% presentó ansiedad moderada y el 13,3% no la sufrió. La ansiedad pre quirúrgica desencadenó manifestaciones psíquicas y somáticas en los pacientes; en niveles moderados la tensión y el miedo, un nivel leve con un porcentaje significativo el insomnio y dificultad para concentrarse, un alto porcentaje del grupo investigado alcanzaron niveles leves de tensión muscular, manifestaciones cardiovasculares, respiratorios, y genitourinarios.⁴

Existe poca información sobre la ansiedad en el periodo postoperatorio de pacientes que van a estudios ambulatorios como la endoscopia digestiva alta o baja. Es por ello que esta investigación propone como objetivo principal Comparar los niveles de ansiedad en el periodo preanestésico y postanestésico de endoscopia digestiva alta y baja en pacientes ambulatorios de la Unidad de Gastroenterología del Hospital Universitario “Dr. Ángel

Larralde” (HUAL). Para lo cual se establecieron como objetivos específicos de la investigación: Determinar los niveles de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preanestésico y postanestésico; Contrastar los niveles de ansiedad de los pacientes entre el periodo preanestésico y postanestésico; Diferenciar los niveles de ansiedad que presentan el grupo objeto utilizando benzodiacepinas (Midazolam) en combinación con opioides e hipnóticos como el propofol vs el grupo control utilizando únicamente opioides combinados con propofol. Y por ultimo correlacionar las características demográficas de los pacientes con los niveles de ansiedad presentes en el periodo preanestésico y postanestésico de la muestra en estudio.

La importancia de la realización de esta investigación, se basa en la problemática que representan los estados ansiosos en los pacientes ante la realización de un estudio endoscópico; originando poca colaboración por parte del paciente y prolongando su estancia hospitalaria; esto, significa un reto para el anestesiólogo durante la administración de fármacos ya que pudiera requerir el uso de una mayor cantidad de medicamentos anestésicos e incluso mayores dosis de las requeridas pudiendo dificultar el manejo del paciente durante el periodo de analgosedación y en consecuencia al momento del despertar y su tiempo de recuperación, así como tambien el adecuado estado de sedación que requiere el gastroenterólogo para la realización de un estudio efectivo, eficaz y en el menor tiempo requerido. La descripción de nuestra experiencia con la implementación de una herramienta para la identificación y clasificación de la ansiedad servirá de orientación para el aporte de información a futuras investigaciones, en las cuales se pueda profundizar sobre las causas que generan dichos estados de ansiedad y si esta tendrá o no relación con el desconocimiento de los pacientes frente a los mencionados estudios y la anestesia. además en la creación e implementación de técnicas farmacológicas y no farmacológicas en busca de mejorar los niveles de colaboración por parte de los pacientes, la realización más cómoda del estudio para el medico gastroenterólogo, proporcionando a su vez una rápida recuperación y mayor sensación de seguridad y satisfacción al paciente con la consecuente disminución de la ansiedad en el periodo postanestésico.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es Observacional – Descriptiva, no experimental, de campo y longitudinal.

La población estuvo representada por todos los pacientes que acuden a la Unidad de Gastroenterología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, ubicado en el municipio Naguanagua. Estado Carabobo, durante el periodo de Julio a Septiembre 2018; la muestra por su parte, fue de tipo no probabilística deliberada, conformada por 50 pacientes ambulatorios que acudieron para la realización de un estudio endoscópico y aceptaron de forma voluntaria a participar en la investigación firmando un consentimiento informado (ANEXO A). Los criterios de inclusión fueron: pacientes adultos que asistieron de manera ambulatoria para la realización de estudios endoscópicos y con una clasificación ASA I y II; los criterios de exclusión fueron: negación por parte del paciente a participar en el estudio, pacientes hospitalizados, clasificación ASA IV o V, dificultad para la comunicación, pacientes con déficit neurológico o cognitivo, o que tuvieran diagnóstico previo de ansiedad o algún trastorno psiquiátrico en tratamiento. Los pacientes incluidos en la investigación fueron elegidos aleatoriamente para formar parte de dos grupos en estudio, un grupo que se denominó “M” en el cual se administró Midazolam a una dosis de 0,025mg/kg de peso, Fentanil de 0,7mcg/kg de peso y Propofol a una dosis de 0,5mg/kg de peso; y un grupo control denominado “C” al cual solo se le administró Fentanil y Propofol con las mismas dosis utilizadas en el grupo experimental durante el periodo de analgesedación.

La técnica para la recolección de la información fue la entrevista estructurada o interrogatorio, y como instrumentos para la recolección de datos se utilizó por una parte el Test de Hamilton para Ansiedad (ANEXO B), en la que el interrogador evalúa la gravedad de los síntomas utilizando 5 opciones de respuesta ordinal (0: ausencia del síntoma; 1: leve; 2: moderado; 3: grave; 4: síntoma muy grave o incapacitante). La puntuación total del instrumento, que se obtiene por la suma de las puntuaciones parciales de los 14 ítems, puede oscilar en un rango de 0 puntos (ausencia de ansiedad) a 56 (máximo grado de

ansiedad)⁹; el cual fue valorado previo a la administración de fármacos y la realización del estudio y seguidamente al primer minuto posterior al despertar del paciente y 10 minutos posteriores. Asimismo, se registraron las características socio-epidemiológicas tales como la edad, sexo, peso, talla, incluyendo la estratificación social de Graffar Méndez Castellano, todo se registró en una ficha (ANEXO C).

Para el procesamiento y análisis de datos, se sistematizaron los mismos en una base de datos en Microsoft® Excel, para luego analizarlos con las técnicas estadísticas descriptivas bivariadas a partir de tablas de distribuciones de frecuencias y de asociación, según los objetivos específicos propuestos. Se aplicó el análisis no paramétrico de Chi cuadrado para independencia entre variables y se comparó el tiempo de duración del estudio endoscópico según los niveles de ansiedad a partir del análisis de varianzas y la prueba de hipótesis para diferencia entre medias (*t student*). Todo se realizó con el procesador estadístico SPSS en su versión 20 y se adoptó como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05.

RESULTADOS

TABLA N° 1
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SEGÚN LOS NIVELES DE ANSIEDAD
EN EL PERIODO PRE-ANESTÉSICO Y POST-ANESTÉSICO. UNIDAD DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL
LARRALDE” ESTADO CARABOBO AÑO 2018

Momento	Pre anestesia				Post anestesia 10 min				Total		Chi cuadrado. P
Ansiedad	Ausente		Presente		Ausente		Presente				
Edad (años)	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	X²= 20,56 gl: 2 P= 0,8060
18 – 35	0	0	5	10	2	4	3	6	5	10	
36 – 55	2	4	21	42	14	28	9	18	23	46	
56 – 79	1	2	21	42	11	22	11	22	22	44	
Sexo	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	X²= 2,00 gl: 1 P= 0,1570
Femenino	1	2	29	58	14	28	16	32	30	60	
Masculino	2	4	18	36	13	26	7	14	20	40	
Estudio	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	X²= 20,44 gl: 2 P= 0,5720
EDS	2	4	24	48	17	34	9	18	26	52	
EDI	1	2	21	42	9	18	13	26	22	44	
EDS/EDI	0	0	2	4	1	2	1	2	2	4	
Estrato socioeconómico	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	X²= 5,32 gl: 2 P= 0,0700
II	2	4	9	18	9	18	2	4	11	22	
III	1	2	23	46	12	24	12	24	24	48	
IV	0	0	15	30	6	12	9	18	15	30	
ASA	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	X²= 0,00 gl: 1 P= 1,0000
I	2	4	23	46	14	28	11	22	25	50	
II	1	2	24	48	13	26	12	24	25	50	
Total	3	6	47	94	27	54	23	46	50	100	

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peña; 2018) P= Asociación estadísticamente significativa con valor menor a 0,05.

En el periodo pre-anestésico la ansiedad predomina en los pacientes de 36 a 55 años, así como en aquellos de 56 a 79 años (21 casos por igual), cabe destacarse que son los grupos de mayor edad. Se presenta en similar proporción en ambos sexos: femenino (29/30) y masculino (18/20). Igualmente se presenta en similar proporción en los pacientes sometidos a estudios de EDS (24/26) así como en EDI (21/22). Se presentó mayormente en todos los estratos: IV (15/15); III (23/24) y II (9/11) y en similar proporción según el riesgo quirúrgico: ASA II (24/25) y ASA I (23/25).

En el periodo post-anestésico la ansiedad predomina en los pacientes con 56 a 79 años (11 casos), en el sexo femenino (16 casos). Se presentó con mayor frecuencia en los pacientes sometidos a estudios de EDI (13 casos). Así como en los pacientes de estratos III (12 casos) y en similar proporción según el riesgo quirúrgico: ASA II (12 casos) y ASA I (11 casos).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de ansiedad y las variables demográficas de los pacientes ($P > 0,05$).

TABLA N° 2
NIVELES DE ANSIEDAD DURANTE EL PERIODO PRE-ANESTÉSICO Y POST-ANESTÉSICO.
UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE” ESTADO CARABOBO. AÑO 2018

Momento	Pre anestesia		Post anestesia 1 min		Post anestesia 10 min		Chi cuadrado. P
Nivel de ansiedad	f	%	f	%	f	%	
Ausente	3	6	38	76	27	54	$\chi^2 = 60,29$ gl: 4 P= 0,0000
Leve	35	70	12	24	22	44	
Moderado	---	---	---	---	---	---	
Severa	12	24	---	---	1	2	
Total	50	100	50	100	50	100	

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peña; 2018) P= Asociación estadísticamente significativa con valor menor a 0,05.

En el periodo pre-anestésico un 70% de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva (35 casos) presentaban un nivel de ansiedad leve, seguidos por aquellos con ansiedad severa (24% = 12 casos).

Durante el primer minuto del periodo postanestésico 76% de los pacientes (38 casos) no presentaron ansiedad. Seguidamente a los 10 minutos posteriores a la anestesia el porcentaje de pacientes que no presentaron ansiedad se redujo hasta un 54% (27 casos), presentando un aumento de los niveles de ansiedad leve en un 44% (22 casos) con respecto al primer minuto del periodo postanestésico. Al observar de manera simultánea los niveles de ansiedad en los 3 momentos evaluados desde el periodo pre-anestésico hasta los 10

minutos posteriores en el periodo post-anestésico se puede precisar que la ausencia de ansiedad presenta una variabilidad entre el primer minuto del periodo postanestésico y los 10 minutos posteriores. Mientras que el nivel de ansiedad leve disminuye en el primer minuto del periodo post-anestésico y aumenta a los 10 minutos posteriores.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los momentos del estudio y la presencia de ansiedad ($X^2=60,29$; 4 gl; $P=0,0000 < 0,05$)

TABLA N° 3
NIVELES DE ANSIEDAD SEGÚN EL USO DE BENZODIACEPINAS. UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE” (HUAL). ESTADO CARABOBO. AÑO 2018

Benzodiacepina Midazolam	No recibió		Recibió		Total		Chi cuadrado. P
Ansiedad Post anestesia (1 min)	f	%	f	%	f	%	$X^2= 0,99$ gl: 1 $P=0,3209$
Ausente	17	34	21	42	38	76	
Leve	8	16	4	8	12	24	
Ansiedad Post anestesia (10 min)	f	%	f	%	f	%	$X^2= 10,03$ gl: 2 $P= 0,0066$
Ausente	8	16	19	38	27	54	
Leve	16	32	6	12	22	44	
Moderado	---	---	---	---	---	---	
Mayor	1	2	0	0	1	2	
Total	25	50	25	50	50	100	

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peña; 2018) P= Asociación estadísticamente significativa con valor menor a 0,05.

Al primer minuto de la post-anestesia, la ausencia de ansiedad fue mayor en el grupo que recibió benzodiacepina: Midazolam (21 casos) y la ansiedad leve fue más frecuente en el grupo que no la recibió (8 casos). Sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($X^2=0,99$; 1 gl; $P=0,3209 > 0,05$). A los 10 minutos de la post-anestesia la ausencia de ansiedad predomina en el grupo de pacientes que recibió benzodiacepina (19 casos) mientras que la ansiedad leve predomina en el grupo que no la recibió (16 casos). Encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($X^2=10,03$; 2 gl; $P=0,0066 < 0,05$)

DISCUSIÓN

La ansiedad preoperatoria es un estado desagradable de malestar o tensión; secundaria a una enfermedad, hospitalización, anestesia, cirugía, o inclusive a lo desconocido. Existen datos del efecto de la ansiedad sobre la frecuencia cardíaca, presión arterial y los cambios neuroendocrinológicos en el período preoperatorio, así como los efectos sobre la recuperación, comportamiento, dolor y requerimientos de analgésicos en el período postoperatorio

Esta investigación se fundamentó en la evaluación y comparación de los niveles de ansiedad a través de la aplicación del Test de Hamilton para ansiedad en los periodos pre y post-anestésicos al igual que Rojas y Azevedo pero estos emplearon el test de Ansiedad de Beck. En nuestro estudio se evaluó la ansiedad en el preoperatorio y postoperatorio Contrario a Lituma y cols., Cardozo y cols., Gaona y Contenido quienes utilizaron el test de Hamilton para Ansiedad y la Escala de Ansiedad preoperatoria e información de Amsterdam (APAIS) únicamente para describir los niveles de ansiedad en el periodo prequirurgico y preanestésico en áreas de cirugía y de estudios endoscópicos.

En el periodo pre-anestésico predominó la ansiedad leve en un 70% de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta y baja; lo que coincide con los resultados obtenidos por Rojas y Azevedo, Cardozo y cols., Gaona y Contenido en cuyos estudios se evidenció el mayor porcentaje de ansiedad leve en el periodo preanestésico; a diferencia de Lituma y cols., quienes obtuvieron con mayor frecuencia ansiedad moderada.

En la presente investigación se evidenció que en el periodo preanestésico el 24% de los pacientes presentaron ansiedad severa y el 6% no presento ningún nivel de ansiedad así como tampoco se evidenció ningún paciente con ansiedad moderada. Contrario a lo expresado por Cardozo y cols. En la cual se presentó ansiedad moderada en 17,1% y severa en 1,3% y en el estudio de Gaona y cols. Quienes obtuvieron ansiedad moderada en 33,3% de los pacientes, 2,7% ansiedad severa y 13,3% no presentaron ningún nivel de ansiedad.

En cuanto al periodo pre-anestésico hasta el periodo postanestésico tomando en cuenta el primer minuto y los 10 minutos posteriores a este se puede evidenciar que no hubo presencia de ansiedad al primer minuto de post-anestesia, sin embargo, a los 10 minutos posteriores se evidenció ansiedad leve. A diferencia de los estudios citados anteriormente en los cuales no se documenta la relación de los niveles de ansiedad con respecto al tiempo en el periodo postanestésico en el que es aplicado el test evaluador; resaltando que en su mayoría los estudios de investigación solo se enfocan en la descripción de los niveles de ansiedad en el periodo preanestésico.

En el periodo pre-anestésico la ansiedad predomina entre los pacientes con 36 y 55 años, así como en aquellos con 56 y 79 años (21 casos por igual), en el sexo femenino (29/30). Con una categoría de Graffar III (23/24) y en similar proporción según la clasificación ASA: ASA II (24/25) y ASA I (23/25) y en el periodo post-anestésico en el cual la ansiedad predomina entre los pacientes con 56 y 79 años (11 casos), sexo femenino (16 casos). Así como en los pacientes de estratos III (12 casos) y en similar proporción según la clasificación ASA: ASA II (12 casos) y ASA I (11 casos). Además de presentarse con mayor frecuencia en los pacientes sometidos a estudios de EDI (13 casos). Resultados que se asemejan a los obtenidos por Lituma y cols., quienes obtuvieron como resultado que la edad promedio fue de 52,89 años, adultos jóvenes, con escolaridad baja y provenientes de áreas rurales lo que coincide con un puntaje en las categorías del Método de Graffar Méndez Castellano III y IV.

Por ultimo esta investigación además obtuvo como resultado que al primer minuto de la post-anestesia, la ausencia de ansiedad fue mayor en el grupo que recibió benzodiacepina (21 casos) y la ansiedad leve fue más frecuente en el grupo que no la recibió (8 casos). A los 10 minutos de la post-anestesia la ausencia de ansiedad predomina en el grupo de pacientes que recibió benzodiacepina (19 casos) mientras que la ansiedad leve predomina en el grupo que no la recibió (16 casos); y que la ansiedad se presenta en el periodo preanestésico en similar proporción en los pacientes sometidos a estudios de EDS así como en EDI. Mientras que en el periodo postanestésico la ansiedad se presentó con mayor frecuencia en los pacientes sometidos a estudios de EDI. Resultados que no fueron

contrastables con estudios mencionados ya que esta información no formó parte de los objetivos planteados por los autores.

CONCLUSION

En el periodo pre-anestésico la ansiedad predomina en el sexo femenino, así mismo entre el grupo etario de 36 a 55 años y de 56 a 79 años. Con una categoría de Graffar III y en similar proporción según la clasificación ASA II y ASA I. En cuanto al periodo post-anestésico la ansiedad predomina entre los pacientes de 56 a 79 años, de sexo femenino; Así como en los pacientes de estratos III y en similar proporción según la clasificación ASA: II y ASA I. Además de presentarse con mayor frecuencia en los pacientes sometidos a estudios de EDI (13 casos). Datos que no tuvieron relación estadísticamente significativa con el nivel de ansiedad que presentaron los pacientes.

El nivel de ansiedad presentes en los periodos preanestesico y postanestésico fue leve predominantemente.

No se observó ansiedad al primer minuto del periodo postanestésico, Se incremento el nivel de ansiedad leve a los 10 minutos.

No se documentaron casos de ansiedad en quienes les fue administrado Midazolam, en comparación con aquellos que no lo recibieron se encontró significancia estadística.

RECOMENDACIONES

Tomar en cuenta que el periodo de mayor nivel de ansiedad es el preanestésico.

Propiciar por parte de las autoridades hospitalarias la inversión en fármacos ansiolíticos (benzodiacepinas como Midazolam) para la administración de las mismas como fármaco ansiolítico en la medicación preanestésica en todos aquellos pacientes que vayan a ser sometidos a estudios endoscópicos.

Establecer protocolos dentro de la unidad de gastroenterología para el manejo y prevención de la ansiedad previo, durante y posterior a la realización de cualquier procedimiento endoscópico.

Mejorar dentro de la aplicación del consentimiento informado, la información acerca de la dinámica del examen, así como de las complicaciones propias del mismo.

Plantear como norma la consulta preanestésica en conjunto con la unidad de psiquiatría y/o psicología del centro hospitalario previa a la cita del estudio para así anticipar pacientes con ansiedad previos al día de la realización del procedimiento endoscópico y establecer herramientas que disminuyan los niveles de ansiedad en los pacientes.

Establecer una línea de investigación relacionada con los trastornos ansiosos dentro del centro hospitalario con la finalidad de profundizar aún más en las causas de dichos estados ansiosos y su relación con la duración del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ham K, Pardo R. Ansiedad Preoperatoria. Archivos de Investigación Materno Infantil [Internet]. 2014 [consultado el 30 de Junio 2018]; 6(2):79-84. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
2. Quintero Ay cols. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. RevColomb Cir [Internet]. 2017 [consultado el 30 de Junio 2018]; 32:115-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a6.pdf>
3. A. J. Baxter y cols. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychological Medicine [Internet]. 2013 [consultado el 13 de Julio 2018]; 43(5),897-910. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/global-prevalence-of-anxiety-disorders-a-systematic-review-and-metaregression/484845CE01E709EE4FB6554AA78E612F#>
4. Gaona D, Contenido B. Ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. Enfermería Investiga [Internet]. 2017 [consultado el 17 de Septiembre 2018]; 3(1):38-43. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324101132_Ansiedad_pre_operatoria_en_pacientes_quirurgicos_en_el_area_de_cirugia_del_Hospital_Isidro_Ayora
5. Gonzáles MG y cols. Indicaciones para esofagogastroduodenoscopia. Utilidad de las guías de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) en un hospital del bajo mexicano. Elsevier [Internet]. 2015 [consultado el 05 de Julio 2018]; 27(4):156-161. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-articulo-indicaciones-esofagogastroduodenoscopia-utilidad-las-guias-S0188989315000743>
6. Grilo Bensusan I y cols. Estudio prospectivo de la ansiedad del paciente previa a la realización de una colonoscopia ambulatoria. RevEspEnfermDig [Internet]. 2016 [consultado el 29 de Junio 2018]; 108(12):765-769. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082016001200002
7. Hernandez E. Gestión de la información médica post-endoscopia por enfermeras. EnfermEndoscDig [Internet]. 2017 [consultado el 26 Jun 2018]; 4(2):1-3. Disponible en: [https://aeeed.com/documentos/publicos/revista/octubre2017/Enferm%20Endosc%20Dig.%202017;4\(2\)1-3_Editorial.pdf](https://aeeed.com/documentos/publicos/revista/octubre2017/Enferm%20Endosc%20Dig.%202017;4(2)1-3_Editorial.pdf)
8. Calle MA y Moreno P. Ansiedad postoperatoria en CMA. CIR MAY AMB [Internet]. 2015 [consultado el 30 de Junio 2018]; 20(2):69-73. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/05_20_2_OR_Antonia.pdf
9. Terol M y cols. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. anales de psicología [Internet]. 2015

[consultado el 13 de Julio de 2018]; 31(2): 494-503. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>

10. Lobo y Cols. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc) [Internet]. 2002 [consultado el 30 de Junio de 2018]; 118(13): 493-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-las-versiones-espanol-montgomery-asberg-13029223>

11. Rojas y Azevedo. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumana, Venezuela. Saber, Universidad de Oriente, Venezuela [Internet]. 2013 [consultado el 30 de Julio de 2018]; 25(3): 273-278. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622013000300006

12. Lituma N. y cols. Determinación del grado de ansiedad en los pacientes del área de Gastroenterología de la Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso que se van a realizar una Colonoscopia- 2015. Biblioteca Digital del Ecuador [Internet]. 2015 [consultado el 30 de Julio de 2018] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/24604>

13. Cardozo y cols. Niveles de ansiedad en pacientes durante la evaluación preanestésica para cirugía electiva. Valencia, Venezuela. Mayo- Agosto 2016. VITAE Academia Biomedica Digital [Internet] 2016 [consultado el 24 de Junio de 2018]; 73:1-10. Disponible en: <http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=138&n=5751>

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ portador de la C.I. _____, mayor de edad; manifiesto que se me ha facilitado el presente consentimiento, habiendo comprendido el significado de la aplicación del instrumento de tesis, que busca: **Comparar los niveles de ansiedad en el periodo preanestésico y postanestésico de endoscopia digestiva alta y baja en pacientes ingresados de forma ambulatoria a la Unidad de Gastroenterología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” (HUAL), ubicado en el municipio Naguanagua. Estado Carabobo.** Declaro estar debidamente informado y acepto realizar la entrevista, tomando la decisión de forma libre y voluntaria.

Firma

ANEXO B

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PERIODO PREANESTESICO PARA ENDOSCOPIA GASTRICA Y COLONOSCOPIA VS NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PERIODO POSTANESTESICO.

Nº de historia o C.I.: _____, Edad: _____, Sexo: F__ M__. Peso: _____, Talla: _____.

Diagnóstico previo: _____.

Tipo de intervención: _____ Duración _____.

Nivel de Instrucción: Univ. __, TSU __, Bachiller __, Educ. básica __, Analfabeta __.

Profesión u Oficio: _____. ¿Es usted jefe de familia?: _____. Tiene empleo fijo: _____.

Tipo de vivienda: Bloques: __, Madera: __, Zinc: __, Mixta: __. Nº de habitaciones: _____.

Drenaje de aguas negras: SI__ NO__. Tuberías con aguas blancas: SI__ NO__.

Nº de personas que habitan en su hogar: _____. ASA: ____ GRAFFAR: _____.

¿Cumple tratamiento con ansiolíticos? SI__, NO__, En caso de ser afirmativo: ¿Cuál y que dosis? _____.

VERSIÓN VALIDADA AL ESPAÑOL DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

Seleccione para cada ítem de la puntuación que corresponda. Las definiciones que siguen al enunciado son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	A U S E N T E	L E V E	M O D E R A D O	G R A V E	M U Y G R A V E
1. Estado de ánimo ansioso: (Preocupaciones, temores, anticipación de lo peor, irritabilidad)	1	2	3	4	5
2. Tensión: Sensación de tensión, fatigabilidad incapacidad para relajarse, tendencia a sobresaltarse, tendencial al llanto, trémulo, tembloroso, inquietud.	1	2	3	4	5
3. Temores: a la oscuridad, desconocidos, la soledad, animales grandes, trafico, multitudes, etc.	1	2	3	4	5
4. Trastornos del sueño: dificultad para conciliarlo, interrupción del sueño, sueño insatisfactorio, cansancio al despertarse, ensueños, pesadillas, terrores nocturnos.	1	2	3	4	5
5. Trastornos intelectivos: dificultad de concentración, debilidad de memoria.	1	2	3	4	5
6. Depresión: falta de interés insatisfacción en las diversiones, deprimido, despertar prematuro, humor diurno oscilante.	1	2	3	4	5
7. Síntomas somáticos generales (muscular): Dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, convulsiones clónicas, crujir de dientes, voz vacilante.	1	2	3	4	5
8. Síntomas somáticos generales (sensitivos): Acufenos, visión borrosa, oleadas de calor y frio, sensación de debilidad, hormigueo.	1	2	3	4	5
9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos, latidos vasculares, sensación de desmayo, sensación de paro cardíaco.	1	2	3	4	5
10. Síntomas respiratorios: Opresión o constricción torácica sensación de ahogo, suspiros, disnea.	1	2	3	4	5
11. Síntomas gastrointestinales: dificultad para tragar, flatulencias, dispepsia, borborigmos, movimientos intestinales, diarrea, pérdida de peso, constipación.	1	2	3	4	5
12. Síntomas genitourinarios: Micción frecuente, micción imperiosa, amenorrea, menorragias, frigidez, eyaculación precoz, trastornos de la erección, impotencia.	1	2	3	4	5
13. Síntomas vegetativos: sequedad de la boca, tendencia a ruborizarse, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea tensional, piloerección.	1	2	3	4	5
14. Comportamiento en la entrevista: rígido, no relajado, inquietud y desasosiego, manos temblorosas, cejas fruncidas, facies rígida, palidez facial, <tragar saliva>, eructos, sudoración, tics palpebrales.	1	2	3	4	5

PUNTAJE TOTAL PREANESTÉSIA: ____ USO DE MIDAZOLAM: _____mg.

PUNTAJE TOTAL POSTANESTESIA 1 min: ____ PUNTAJE TOTAL POSTANESTESIA 10min: ____