



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

Grado de ansiedad en los pacientes intervenidos
en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del
Hospital Obispo Polanco de Teruel

Autor/es

Estefanía Gallego Lozano

Director/es

Dr. Antonio Minguillón Serrano

Escuela de Enfermería de Teruel
2013

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN.....	15
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFÍA.....	19
ANEXO I. Formulario de registro de variables.	22
Anexo II. Cuestionario STAI Ansiedad-Estado.....	23
Anexo III. Tablas	25
Anexo IV. Gráficos.	28

RESUMEN

Introducción. El acto anestésico-quirúrgico es considerado como un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido. El dolor, el tiempo de espera y los resultados en el postoperatorio son algunas de las preocupaciones en este periodo preoperatorio. La cirugía mayor ambulatoria tiene por objetivo exponer a la mínima tensión, pero en ocasiones, se presta poca atención a la ansiedad preoperatoria en estos pacientes.

Objetivo. Investigar los niveles preoperatorios de ansiedad y conocer la influencia de determinados factores de en los pacientes intervenidos en la unidad de cirugía mayor ambulatoria del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se evaluó la ansiedad en los pacientes operados en el periodo comprendido entre el 12 de noviembre y el 21 de diciembre. Se registraron las variables sociodemográficas y algunas variables clínicas de cada paciente. El nivel de ansiedad se evaluó durante el preoperatorio con el Inventario Ansiedad-Estado de Spielberger.

Resultados. 101 pacientes contestaron el cuestionario. Se encontró una ansiedad significativa en 10 pacientes (9,9%) y una ansiedad moderada en 15 pacientes (14,9%). Se observó una relación entre la puntuación STAI y las variables edad (con una correlación negativa), especialidad quirúrgica, premedicación sedante e intervenciones previas. Los pacientes intervenidos de la especialidad de ginecología mostraron las puntuaciones más altas en relación con otras especialidades.

Conclusiones. El porcentaje de pacientes intervenidos de la unidad de CMA con una ansiedad significativa fue relativamente bajo en comparación con otros estudios. Los pacientes con los niveles más altos de ansiedad fueron los procedentes de la especialidad de ginecología, los más jóvenes, los no premedicados y los que no habían tenido intervenciones anteriores.

ABSTRACT

Background. A patient who is going to be in an anesthetic and surgery procedure could generate anxiety. Postoperative pain, time waiting for operation and the consequences of procedure are common anxieties in the preoperative period. Outpatient surgery aims to expose patients to minimal strain, but, sometimes, little attention has been given to the preoperative stress of day-care patients.

Objective. To investigate preoperative levels of anxiety and to know the influence of some risk factors in day-care patients undergoing surgical interventions in the outpatient surgery room of Obispo Polanco Hospital in Teruel.

Material and methods. A descriptive, transversal study was realized by evaluating patients from November 12th and December 21th. Sociodemographic and different clinical variables were registered from each patient. The level of anxiety was evaluated during preoperative period using the State Anxiety Inventory of Spierlberger.

Results. 101 patients answered STAI. Significant preoperative anxiety was observed by 10 patients (9,9%) and moderate anxiety was found in 15 patients (14,9%). Relationship was found between STAI score and the variables age (negative correlation), surgical specialty, sedative

premedication and previous surgeries. Patients undergoing surgery in the specialty of gynecology showed more anxiety than the others.

Conclusions. The percentage high preoperative anxiety in day-care patients was relatively low compared with other studies. Patients with higher levels of anxiety were the gynecological surgery, the youngest, non-premedicated and had not had any previous surgery.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad puede definirse como “una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia y/o de síntomas somáticos de tensión”. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. ¹

Las intervenciones quirúrgicas provocan en los pacientes y la familia una gran carga de ansiedad y temor debido a factores como el temor a la muerte, al dolor, a los posibles resultados de la intervención, el tiempo de espera y el sometimiento a técnicas. ^{2,3,4} La recuperación del paciente operado depende de tres factores: el estado de su organismo antes de la intervención, la complejidad de la intervención, y por último su estado psicológico antes de la operación. Diversos estudios han señalado que la ansiedad preoperatoria puede afectar a diversos indicadores de recuperación como el dolor, la necesidad de analgesia y sedantes, la adaptación psicológica, la duración de la estancia hospitalaria, las complicaciones y la estabilidad de las constantes vitales. ⁵

La definición de CMA se expone en el Real Decreto 1277/2003 como: «procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario».

Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria han tenido, dentro del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito privado, un considerable desarrollo durante los últimos quince años, incrementando notablemente la eficiencia en la atención a pacientes susceptibles de procedimientos quirúrgicos que, con anterioridad, eran ingresados en unidades de hospitalización convencional.⁶ En España los inicios de la CMA tienen lugar a partir de 1988 con las experiencias de Gandía, Denia, Tarragona, Toledo y Viladecans. Este comienzo tiene mucho que ver con la necesidad de reducir el gasto sanitario que crecía de manera ilimitada ante unos recursos disponibles limitados.⁷ A partir de la publicación de la «Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria» del MSC se produce una notable expansión de la CMA por todo el Sistema Nacional de Salud, creándose en 1994 la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA)⁸. De esta manera se ha pasado de realizar en las unidades de CMA un 8,59% de las intervenciones totales en 1996 a un 23,78 % en 2005 (gráfico 1). Sin embargo las cifras entre Comunidades Autónomas son dispares: en 2005 un 35% de las intervenciones en La Rioja eran CMA, mientras que en Aragón este porcentaje fue del 7,67% (gráfico 2).⁹

La unidad de CMA del Hospital Obispo Polanco de Teruel comenzó su actividad el 2 de Diciembre de 2010 y atiende actualmente las intervenciones de Cirugía Mayor Ambulatoria de la población del sector Teruel. Esta unidad consta de una sala, con 5 camas y 2 sillones, compartida con el control de enfermería y con todos los apoyos (medicación, curas, alimentación, limpio, lencería y sucio) necesarios

durante la estancia del paciente. Desde su apertura hace aproximadamente 2 años, ha atendido un total de 1928 operaciones, durante los cuales mantiene un porcentaje en torno al 16% de CMA realizadas en relación con las intervenciones totales (tabla 1). En el último año atendió un total de 752 intervenciones de 7 diferentes especialidades (gráficos 2 y 3).

El beneficio de esta unidad es evidente tanto para la administración sanitaria como para la población en general: mejora la gestión de camas hospitalarias al disminuir la estancia en aquellas patologías susceptibles de CMA, abarata los costes hospitalarios y genera un elevado grado de satisfacción en el paciente.^{8, 10}

Sin embargo, hemos de tener en cuenta que el hecho de que se trate de una cirugía menos compleja no equivale a que no genere ansiedad en el paciente. Existen motivos tanto internos como externos al acto quirúrgico (el pensar en cómo volver a casa, la preocupación por los cuidados postoperatorios...) que pueden motivar esta ansiedad.⁴

Reducir los niveles de ansiedad, al igual que el manejo del dolor, son factores importantes para disminuir la morbilidad, reducir costes y proporcionar calidad total en la atención a los pacientes.¹¹

OBJETIVOS

Generales:

Valorar el nivel de ansiedad preoperatoria de los pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria.

Específicos:

- Identificar los factores (tanto sociodemográficos como clínicos) predisponentes que provocan ansiedad en el paciente en relación con la cirugía.
- Definir las características del paciente con ansiedad preoperatoria y valorar la posibilidad de crear intervenciones para reducir ésta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal que recoge información acerca del nivel de ansiedad en el preoperatorio inmediato de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) del Hospital Obispo Polanco de Teruel. El periodo de estudio fue del 12 de noviembre al 21 de diciembre de 2012.

Se incluyeron en el estudio todos aquellos usuarios que cumplían los siguientes criterios de inclusión: pacientes ingresados en la UCMA, aceptaron participar voluntariamente y con mayoría de edad cumplida. Por el contrario, se excluyeron del estudio aquellos pacientes que fueron ingresados en cualquier otra planta para la intervención (falta de camas).

Se realizó por un lado un cuestionario con el objetivo de medir la ansiedad, y por otro un formulario donde se recogieron las variables objeto de estudio.

El instrumento de medida de la ansiedad fue el State Trait Anxiety Inventory (STAI), desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) en la versión española (1982), cuya escala original 1-4 se modifica por 0-3.¹² Este cambio afecta únicamente a las medias, que se ven reducidas en 20 puntos. Este cuestionario mide dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad rasgo (factor de personalidad que predispone a sufrir o no ansiedad) y ansiedad estado (los factores ambientales que protegen o generan ansiedad). Cada una de las escalas del STAI está compuesta por 20 ítems; una parte de los mismos redactada de forma positiva y otra de forma negativa. En este caso se utilizó el cuestionario STAI ansiedad estado, en el cual cada ítem responde con la intensidad en que aparecen unos determinados sentimientos o sensaciones de ansiedad (nada, algo, bastante, mucho).^{2,11}

Además de los resultados del cuestionario, se recogieron las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas:
 - Edad: variable cuantitativa recogida a partir de la fecha de nacimiento y poniendo como fecha de corte el día en que se realizó el último cuestionario (19/12/12).
 - Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica.
 - Nivel de estudios: variable cualitativa ordinal. Se dividió en cuatro respuestas posibles: Ninguno/Primarios/Secundarios/Superiores.
 - Estado civil: variable cualitativa nominal con tres categorías: soltero, casado o viudo.
 - Distancia al hospital desde el lugar de residencia en kilómetros.

- Ayuda en el domicilio: se le preguntó al paciente si al finalizar la intervención, dispondría de ayuda para sus cuidados y necesidades.

- Relacionadas con el estado psicológico del paciente:
 - Consumo de psicofármacos: variable cualitativa nominal politómica. Se recogió si consumían antidepresivos, ansiolíticos y antiepilépticos. También se tuvo en cuenta si tomaban uno o más medicamentos psicotrópicos.
 - Nerviosismo: variable cualitativa nominal dicotómica de respuesta tipo sí/no. Se le preguntó al paciente si se consideraba una persona nerviosa.
 - Toma de medicación puntual: variable cualitativa nominal dicotómica de respuesta sí/no. Se le preguntó al paciente si, ante una situación de estrés tenía por costumbre tomar algún tipo de fármaco.

- Relacionadas con la intervención:
 - Diagnóstico: Se recogió tanto el diagnóstico como la intervención con el fin de agrupar más tarde por especialidad de procedencia.
 - Premedicación sedante: generalmente aquellos operados de cataratas o biopsia de próstata.
 - Intervenciones quirúrgicas anteriores.
 - Complicaciones en las intervenciones anteriores.

Estas tres últimas eran variables cualitativas nominales dicotómicas con respuesta de tipo sí/no.

- Conocimientos acerca del proceso quirúrgico. Se les realizó dos preguntas diferentes:
 - Conocimiento de la anestesia: variable cualitativa nominal dicotómica de respuesta sí/no
 - Conocimientos en relación con la intervención: se consideraba la respuesta "sí" cuando eran capaces de explicar aproximadamente en qué consistía su intervención, conocían algunos de los posteriores cuidados y el tipo de anestesia. Por otro lado se consideraba "no" cuando no conocían nada de la intervención y "tiene dudas" cuando sólo conocían una parte de la información o manifestaban tener dudas.

Tanto el cuestionario como el formulario se realizaron en las horas previas a la intervención. En primer lugar, el formulario se completó con los datos disponibles en la historia de anestesia y preguntando al paciente. Por otro lado, se les entregó el cuestionario a los pacientes para que lo contestaran ellos mismos aproximadamente una hora antes de la intervención, explicándoles anteriormente todo lo necesario. Este proceso fue diferente en los sujetos con problemas para leer (por problemas de vista o por no saber leer), los cuales realizaron el cuestionario contestando al entrevistador.

Los datos de la encuesta así como los valores de la escala STAI fueron introducidos y analizados con el programa estadístico SPSS para Windows versión 15.0. Los gráficos se realizaron tanto con el programa SPSS como con Microsoft Excel 2007. Se realizó en primer lugar un análisis descriptivo de cada variable, seguido de un análisis bivalente, en el cual se buscó la relación entre la puntuación STAI y las diferentes variables, con el fin de buscar el perfil del paciente con mayor nivel de ansiedad.

RESULTADOS

Durante este período se intervino en la UCMA a un total de 112 pacientes, de los cuales fueron encuestados 101. 11 pacientes no contestaron a la encuesta [no colaboraban por problemas sensoriales o cognitivos (n=5) o no pudieron ser encuestados al ser trasladados antes a quirófano (n=6)]. Ningún paciente rechazó realizar la encuesta.

Atendiendo a la distribución por grado de ansiedad, un 14,9% presentó una ansiedad normal o moderada y un 9,9% una ansiedad significativa (gráfico 5). La mediana en la puntuación STAI fue de 11 puntos (IQ=10 puntos) (gráfico 6).

La mediana de edad de los pacientes fue de 60 años (IQ=30 años), con un rango de edades entre 21 y 90. Un 22,8% se encontraba entre los 70 y los 80 años (graficos 7 y 8).

Del total de pacientes, 52 eran mujeres (51,5%) (gráfico 9). La media de edad en mujeres fue de 59,2 años (DE=18,8 años), mientras que en hombres fue de 58,66 años (DE=18,1 años) (gráfico 10).

Con respecto a la toma de psicotrópicos, un 20,8% tomaba al menos un psicotrópico y un 5,9% tomaba dos o más (gráfico 11).

Un 38% de los pacientes tomaron algún tipo de premedicación.

Atendiendo al contacto previo con el medio quirúrgico, se observa que un 82% había sido intervenido previamente.

Respecto a la información comprendida por el paciente, un 44% no conocía qué tipo de anestesia se le iba a administrar. Un 29,7% de los pacientes reconoció tener dudas acerca de la intervención y un 10,9% manifestó no conocer nada acerca de la intervención (gráfico 12).

Se desestimaron diversas variables al no obtener en la recogida de datos suficientes casos para realizar el análisis (complicaciones en IQ previas) o bien al no encontrar una relación significativa (estado civil, distancia al hospital, disposición de ayuda y toma de medicación puntual) Tanto las medianas como el grado de significación obtenido de las diferentes variables se pueden observar por completo en la Tabla 2.

No se encontraron diferencias entre la puntuación STAI en hombres y en mujeres (U de Mann-Whitney, $p=0,097$), siendo la mediana de 10 y 13 puntos respectivamente (gráfico 13).

Aunque la mediana de la puntuación STAI en los pacientes con estudios superiores era mayor al resto de los niveles de estudio (Mediana=17,50 e IQ= 15,50 puntos), no existe relación significativa entre las variables (Kruskal-Wallis, $p=0,085$) (gráfica 14).

Analizando la relación entre la puntuación STAI y la edad de los sujetos observamos que ambas variables están asociadas en la población de la que proviene la muestra analizada, y que dicha asociación muestra una

correlación moderada y negativa (rho de Spearman = - 0,345, $p = 0,000$). Se observa que, por cada año que aumenta la edad, disminuye la puntuación STAI en 0,16 puntos teniendo en cuenta que en nuestra serie el punto de partida es 21 años (Regresión lineal, $p=0,000$) (gráfico 15).

De igual modo, existen diferencias en la puntuación STAI dependiendo de la especialidad procedente (Kruskal-Wallis, $p=0,005$). En concreto existen diferencias entre la puntuación en la especialidad de oftalmología y ginecología con una diferencia de 9 puntos en las medianas a favor de la segunda (gráfico 16).

No se encontró una relación significativa entre la toma de psicotrópicos y la puntuación STAI ansiedad-estado (Kruskal-Wallis, $p=0,512$).

La mediana de la puntuación STAI presenta diferencias significativas si tenemos en cuenta el hecho de tomar premedicación sedante (U de Mann-Whitney, $p=0,000$): existen valores más altos en los pacientes que no fueron premedicados antes de la intervención, con una mediana de 14 puntos, frente a los 8 puntos en los premedicados (gráfico 17).

Se encontraron puntuaciones más altas entre los pacientes que no habían pasado anteriormente por quirófano que entre los que habían sido intervenidos (U de Mann-Whitney, $p=0,039$) (gráfico 18).

No se encontraron diferencias entre los que conocían la anestesia y los que no (U de Mann-Whitney, $p=0,24$), lo mismo ocurre con los conocimientos acerca de la intervención. (Kruskal-Wallis, $p=0,59$)

Por último, existe relación significativa entre la puntuación STAI y la autopercepción de la persona (U de Mann-Whitney, $p=0,03$): los pacientes que se consideraban nerviosos obtuvieron puntuaciones más altas.

DISCUSIÓN

En términos generales, los pacientes que hemos encuestado manifestaron un bajo nivel de ansiedad, muy por debajo de la media encontrada en el estudio de Wetsch et al.(4) Esto podría deberse a que un 35,6% de los pacientes pertenecían a la especialidad de oftalmología, cuya media es considerablemente más baja que en el resto de especialidades.

El hecho de que las puntuaciones más altas de ansiedad se encuentren en la especialidad de ginecología coincide con estudios como el de E. Díez-Álvarez et al.², llegando a encontrar medias similares en las puntuaciones de estos pacientes.

Asimismo, encontramos resultados similares entre nuestro estudio y el anteriormente nombrado en lo referente a la relación de la puntuación STAI respecto al sexo: aunque la puntuación era mayor en mujeres, no se encontraron diferencias significativas.²

Los resultados hallados entre la puntuación STAI y la edad de los sujetos están en la misma línea de otros estudios como Krannich JH et al.

En nuestra serie se ha encontrado una disminución de la ansiedad en aquellos pacientes premedicados, al contrario de lo que encontramos en la revisión de Smith A F et al. Según esta revisión, un 20% de los pacientes que se someten a una cirugía ambulatoria habría preferido recibir “alguna cosa” (intervención farmacológica o no farmacológica) antes de la cirugía para aligerar su ansiedad, aunque no se encontraban resultados que refirieran que mejoraría el nivel de ansiedad. Por otro lado, pone de manifiesto que la premedicación para la ansiedad en la cirugía ambulatoria en adultos no retrasa el alta de los pacientes.^{11, 14}

En este estudio se ha observado que existe una asociación entre la ansiedad y el antecedente de intervenciones quirúrgicas previas. Sin embargo, en los trabajos consultados como el de E. Díez-Alvarez et al.,² no se encuentran relación entre estas dos variables.

En términos generales, los pacientes encuestados refieren estar bien informados, pero no se puede obviar que, aunque el porcentaje es menor, hay pacientes que manifiestan no tener suficiente información o dudas acerca de la intervención que se le va a realizar. Diversos estudios consideran que la información en el preoperatorio inmediato no muestra un efecto ansiolítico (Díez-Álvarez et al)², aunque sí podría ser importante en consultas previas (Soltner C et al). Según este estudio, la visita prequirúrgica del anestesiólogo ayuda a resolver dudas y por consiguiente, reduce significativamente la ansiedad a la vez que aumenta la satisfacción y la calidad percibida del paciente.¹⁵ Por ello, sería interesante realizar un estudio con el objetivo de observar si es necesario instaurar algún tipo de intervención en relación con la información, similares a estudios como los de Kiyohara LY et al. o Ng SK et al.^{16, 17}

Entre las limitaciones del presente estudio, cabe destacar la disminución en la sinceridad en las respuestas al cuestionario, ya que al tratarse de un cuestionario en el que se pregunta acerca del estrés percibido en ese momento, es posible que el sujeto tienda a contestar autosugestionándose con el fin de no aumentar su ansiedad. Con el fin de evitar el sesgo de no respuesta y las posibles dudas, el entrevistador se encontró en todo momento cerca del encuestado, aunque esto puede ser una "ventaja relativa", puesto que pudo influenciar en la respuesta del sujeto. En esta misma línea se encuentra el inconveniente de que en el caso de los pacientes que no pudieron realizar por sí solos la encuesta, las respuestas de éstos pudieron estar condicionadas por la pérdida de anonimato.

CONCLUSIONES

A la luz de estos resultados se puede concluir que, en general, durante nuestro periodo de estudio y en la población analizada, el porcentaje de pacientes con una ansiedad significativa fue relativamente bajo en relación con otros estudios.

En este estudio se encontró relación entre la puntuación STAI y las variables de edad, la especialidad de procedencia, si tomó premedicación o no, el antecedente de intervenciones quirúrgicas previas y la autopercepción de la persona. Por el contrario, no se obtuvieron datos significativos en relación con el sexo, el consumo habitual de psicofármacos y la información suministrada.

Se encontraron niveles más altos de ansiedad en los pacientes no premedicados, en los más jóvenes y en los procedentes de la especialidad de ginecología. Además, el hecho de no haber tenido contacto anterior con el medio quirúrgico es también un factor precipitante al aumento de esta ansiedad.

Por último, la existencia de un problema de comprensión de la información por parte del paciente quirúrgico hace necesario el establecimiento de medidas con el objetivo de encontrar un sistema que garantice una información más comprensible y cercana al usuario.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Bulbena A, Casquero R, de Santiago ML, del Cura MI, Díaz P, Fontecha M et al. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria: versión resumida. Madrid: Agencia Laín Entralgo- Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2008

(2) Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Álvarez U, Belaustegi A, Lizaur B 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

(3) Del Amo E, Perez GM. Atención de enfermería en el paciente quirúrgico. En: Garcia MA, Hernandez V, Montero R, Ranz R. *Enfermería de Quirofano.* Vol. I. Madrid: Difusion Avances de Enfermería (DAE); 2005. p. 201-231.

(4) Wetsch WA, Pircher I, Lederer, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P et al. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *BJA.* 2009; 103 (2): 199-205.

(5) Font A, Prat I, Arnau A, Torra MJ, Baeza T. Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria. *Enferm Clin.* 2011; 21 (5): 248-255

(6) Grupo de Trabajo para la elaboración de Estándares y Recomendaciones de la UCMA. Análisis de situación. En: Terol E, Palanca I, coordinadores. *Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: estándares y recomendaciones.* 2ª edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. p. 15

(7) Jimenez M. Perspectivas de futuro de la CMA. *CIR MAY AMB.* 2011; 16 (1): 1-5

- (8) Ramos P, Blanco RM, González A. Protocolos de Enfermería en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Metas de Enfermería* 2004; 7(7): 15-20
- (9) Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid:[acceso el 16 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
- (10) García FP, Pancorbo PL, Rodríguez MC, Rodríguez MA, Alcázar M, Pereira F. Satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria en dos hospitales comarcales. *Enferm Clin.* 2002; 12: 201-209
- (11) Navas M. Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato y factores de riesgo. *Cuidando la salud.* 2008; 8: 36-51
- (12) Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushner RE. STAI: Cuestionario de ansiedad Estado/rasgo. Madrid: TEA; 2002
- (13) Krannich JH, Weyers P, Lueger S, Herzoq M, Bohrer T, Elert O. Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry [revista en línea].* 2007 [acceso abril de 2013]; 7. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/47>
- (14) Smith A F, Pittaway A J. Premedicación para la ansiedad en la cirugía ambulatoria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- (15) Soltner C, Giquello JA, Monrigal-Martin C, Beydon L. Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. *Br J Anaesth.* 2001; 106 (5): 680-686

(16) Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU, Inagaki MM, Ogawa NY et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. Rev Hosp Clin, Fac Med Univ Sao Paulo. 2004; 59 (2): 51-56

(17) Ng SK, Chau AW, Leung WK. The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. Community Dent Oral Epidemiol. 2004; 32 (3): 227-235

ANEXO I. Formulario de registro de variables.

A CUMPLIMENTAR CON LA HISTORIA CLINICA:

FECHA DE INTERVENCIÓN

SEXO HOMBRE MUJER **FECHA DE NACIMIENTO**

POBLACIÓN

DIAGNÓSTICO

MEDICACIÓN HABITUAL

ANSIOLÍTICOS ANTIDEPRESIVOS ANTIPSICÓTICOS NINGUNO

PREMEDICACIÓN DÍA ANTERIOR SI NO

A CUMPLIMENTAR PREGUNTANDO AL PACIENTE:

ESTADO CIVIL SOLTERO CASADO/PAREJA VIUDO

NIVEL DE ESTUDIOS NINGUNO PRIMARIOS SECUNDARIOS SUPERIORES

¿TIENE ALGUIEN EN CASA QUE LE PUEDA AYUDAR EN LOS CUIDADOS?

SI NO

¿HA TENIDO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ANTERIORES?

SI NO

¿TUVO ALGUN PROBLEMA O COMPLICACIÓN? SI NO

¿SABE QUÉ ANESTESIA SE LE VA A ADMINISTRAR? SI NO

¿CONOCE MÁS O MENOS TODO LO RELACIONADO CON LA INTERVENCIÓN QUE SE LE VA A REALIZAR? EN OTRAS PALABRAS, ¿ESTÁ BIEN INFORMADO? SI NO TIENE DUDAS

¿SE CONSIDERA UNA PERSONA NERVIOSA? SI NO

¿HA TENIDO QUE TOMAR ALGUNA VEZ MEDICACIÓN PORQUE SE ENCONTRABA MUY NERVIOSO? SI NO

Anexo II. Cuestionario STAI Ansiedad-Estado

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale con una cruz la casilla (nada, algo, bastante y mucho) que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
Me siento calmado	0	1	2	3
Me siento seguro	0	1	2	3
Estoy tenso	0	1	2	3
Estoy contrariado	0	1	2	3
Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
Me siento alterado	0	1	2	3
Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
Me siento descansado	0	1	2	3
Me siento angustiado	0	1	2	3
Me siento confortable	0	1	2	3
Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
Me siento nervioso	0	1	2	3
Estoy desasosegado	0	1	2	3
Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
Estoy relajado	0	1	2	3
Me siento satisfecho	0	1	2	3
Estoy preocupado	0	1	2	3

Grado de ansiedad en los pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía
Mayor Ambulatoria del Hospital Obispo Polanco de Teruel

Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
Me siento alegre	0	1	2	3
En este momento me siento bien	0	1	2	3

Anexo III. Tablas

Tabla 1. Intervenciones totales realizadas en la UCMA del HOP de Teruel desde su apertura

	IQ totales	CMA	% ambulatorización
dic-10	357	57	16%
2011	4692	791	17%
2012	4764	752	16%

Tabla 2. Puntuaciones de ansiedad-estado según las categorías de las variables demográficas y clínicas y nivel de significación estadística

	MEDIANA	IQ	P
Sexo			
Hombre	10	8	0,097
Mujer	13	10,75	
Estado civil			
Soltero/a	13	11	0,209
Casado/a	11	10	
Viudo/a	10,50	8,50	
Nivel de estudios			
Ninguno	12,50	8,75	0,085
Primarios	10	6	
Secundarios	10	10	
Superiores	17,50	15,50	

Grado de ansiedad en los pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía
Mayor Ambulatoria del Hospital Obispo Polanco de Teruel

Especialidad			
Oftalmología	8	7,75	0,005
Traumatología	10,50	10,75	
Ginecología	17	12,50	
O.R.L	11	11	
Digestivo	14	6	
Urología	14	10	
Cirugía general	9,50	5	
Consumo de psicofármacos			
Ninguno	10	10	0,512
Uno psicofármaco	13	11,50	
Dos o más	14	3,75	
Premedicación			
Sí	8	8	0,000
No	14	10	
Dispone de ayuda en casa			
Sí	11	11,50	0,678
No	10,50	12,75	
IQ anteriores			
Sí	10	7	0,039
No	17	17	
Conocimiento tipo anestesia			
Sí	10	11	0,24
No	12,50	10,25	
Conocimiento en r/c IQ			
Sí	10	11,50	0,594
No	13	18	
Tiene dudas	12,50	10,25	
Se considera nerviosa			
Sí	14	10	0,003
No	10	5,50	

Grado de ansiedad en los pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía
Mayor Ambulatoria del Hospital Obispo Polanco de Teruel

Consumo puntual de fármacos en situación de estrés			
Sí	12	9,75	
No	10	10	0,821

Anexo IV. Gráficos.

Gráfico 1. Evolución del porcentaje de ambulatorización desde 1996 a 2005 en España y Aragón

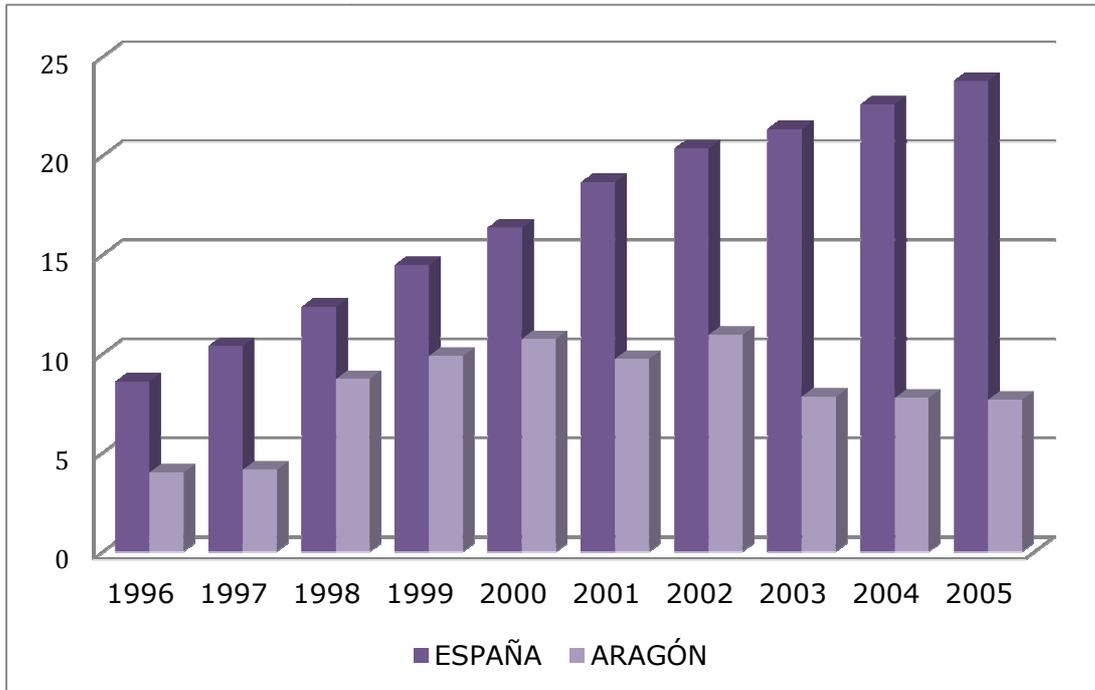


Gráfico 2. % CMA en relación con las intervenciones totales en España y las diferentes CCAA.

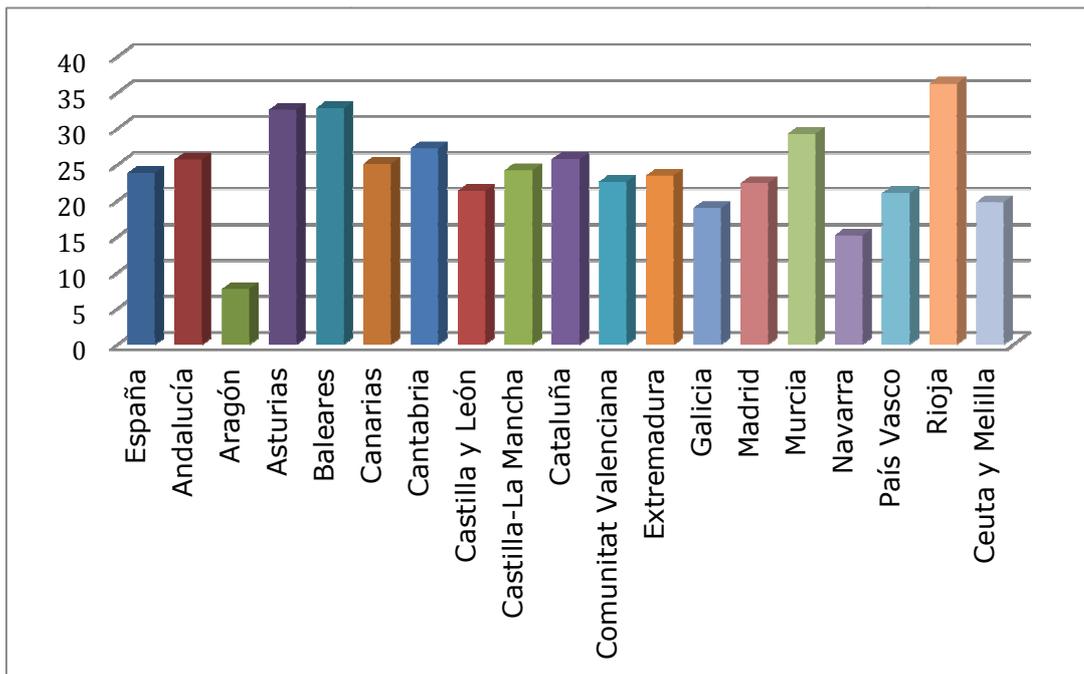


Gráfico 3. Actividad de la UCMA de Teruel en el último año.

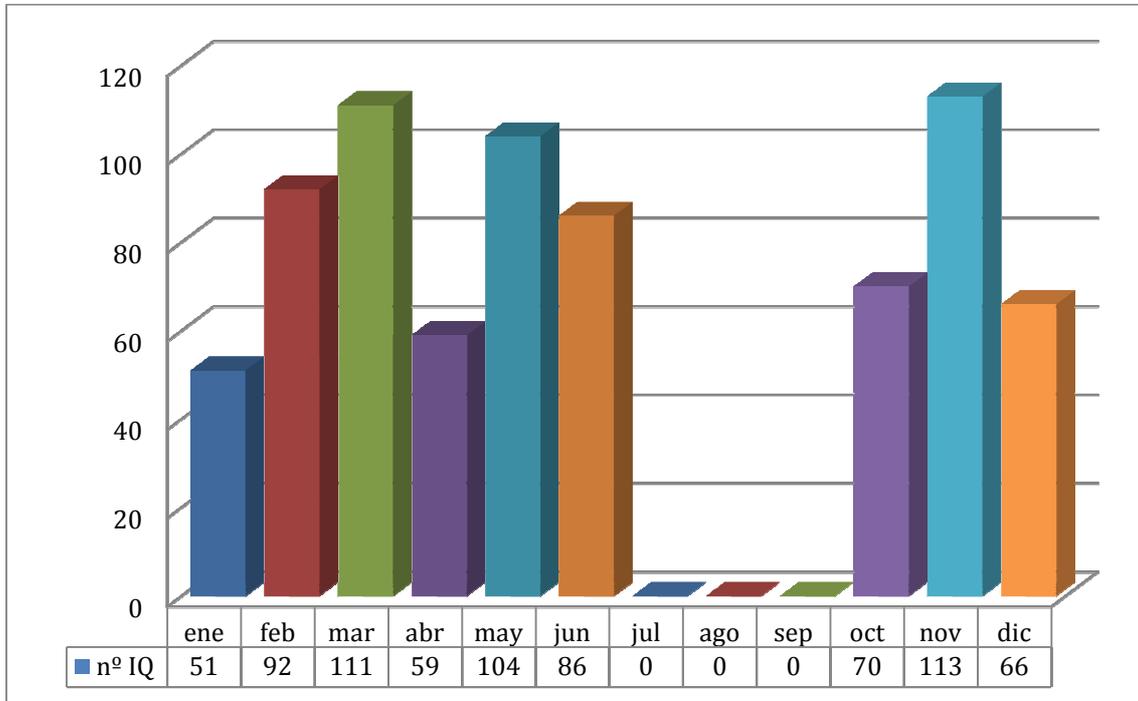


Gráfico 4. Intervenciones realizadas en la UCMA de Teruel en el último año por especialidad

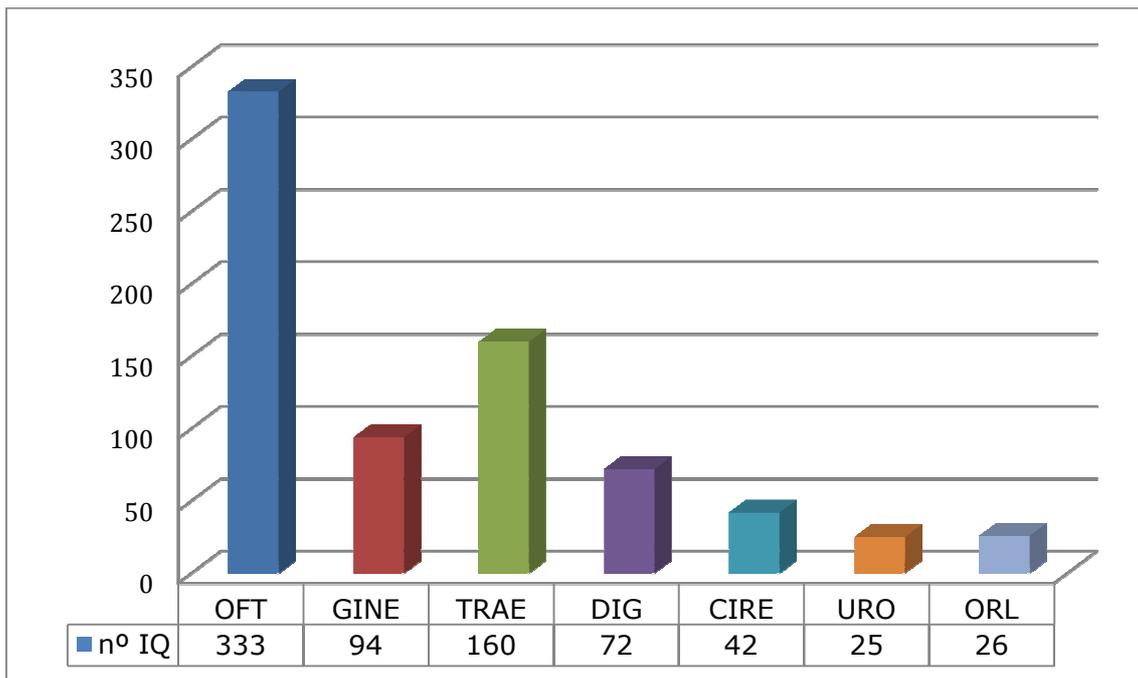


Gráfico 5. Distribución del grado de ansiedad

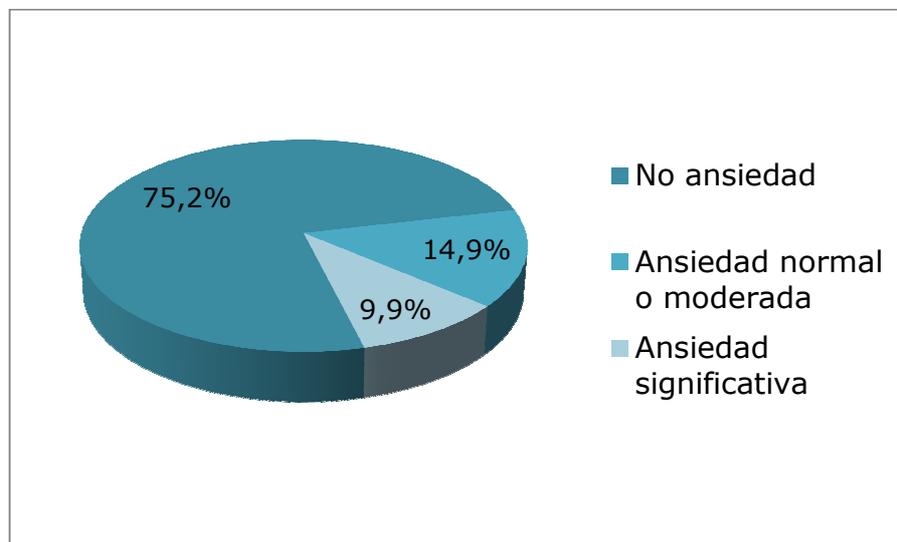


Gráfico 6. Mediana de la puntuación STAI

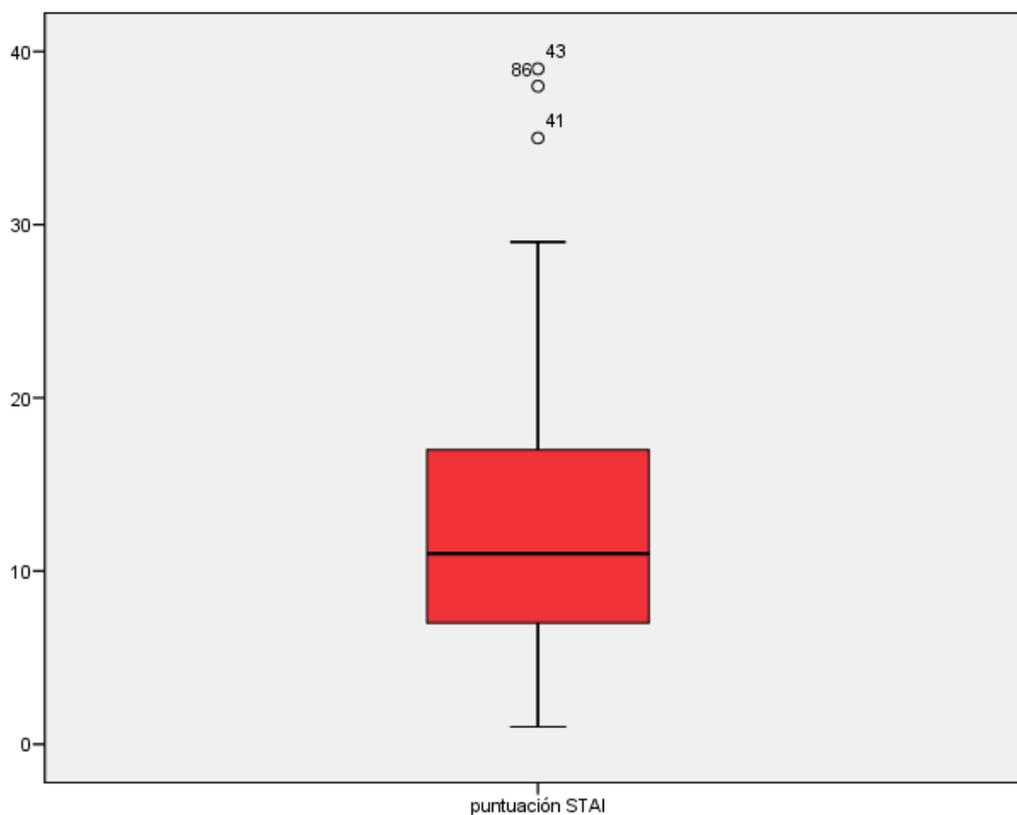


Gráfico 7. Mediana de edad

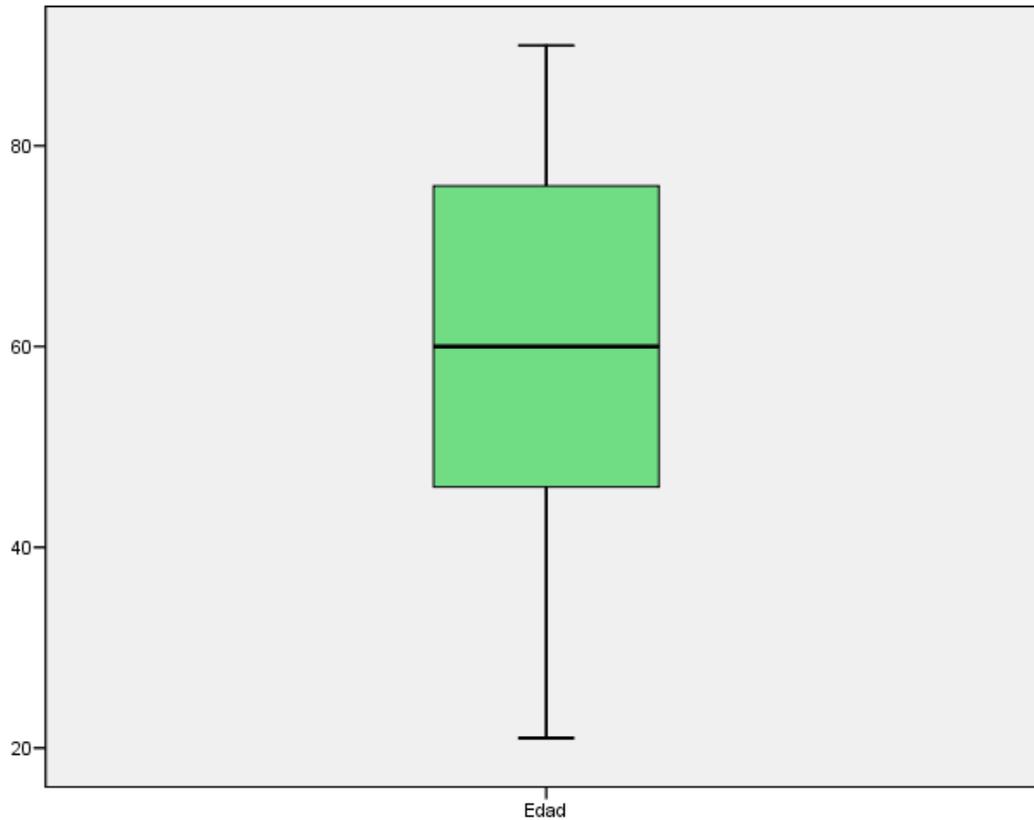


Gráfico 8. Distribución por edad

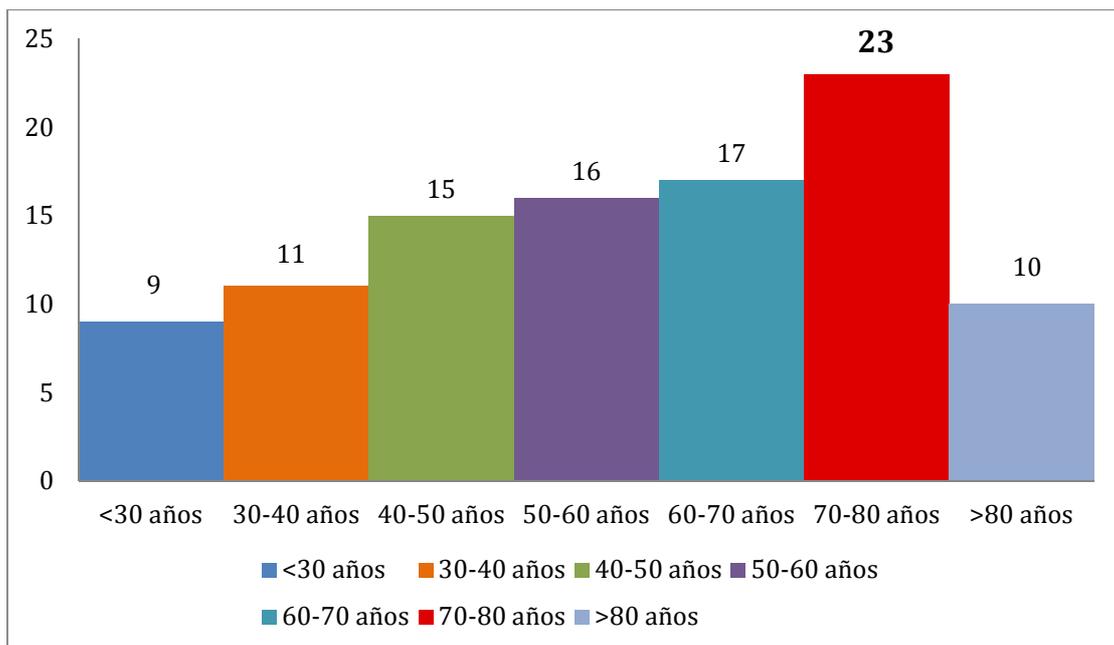


Gráfico 9. Distribución por sexo

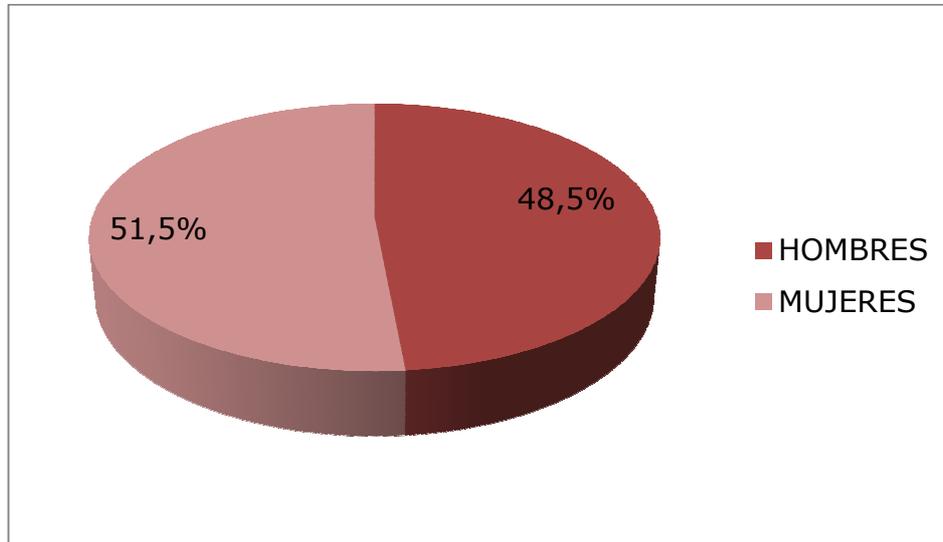


Gráfico 10. Mediana de edad por sexo

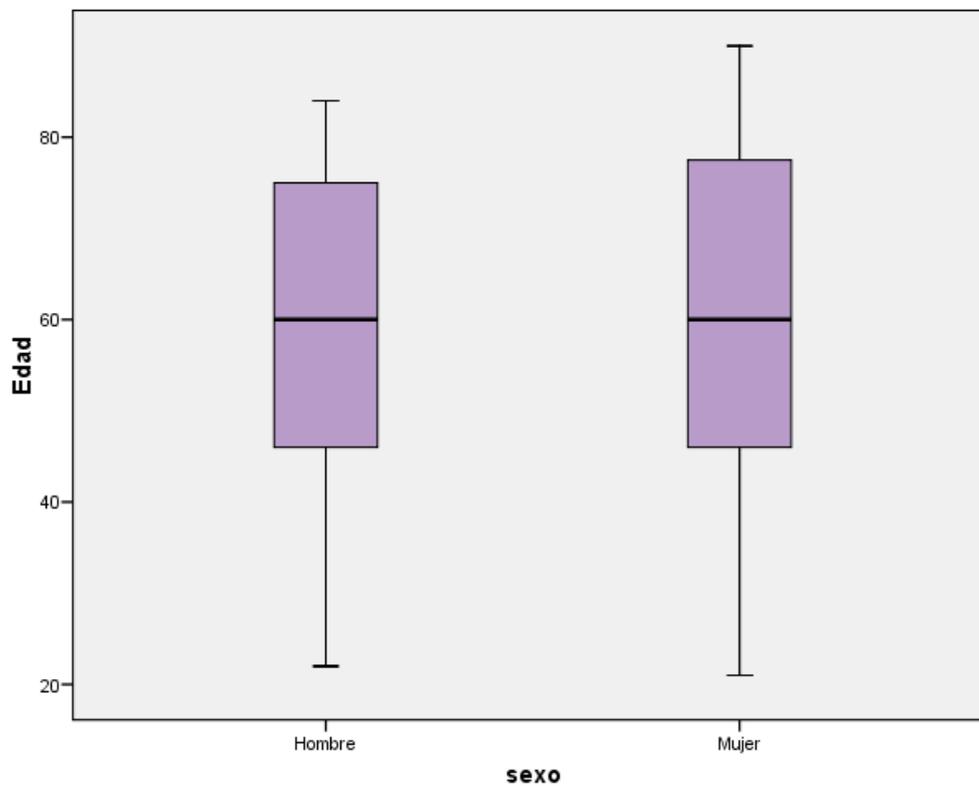


Gráfico 11. Porcentaje de pacientes consumidores de psicofármacos

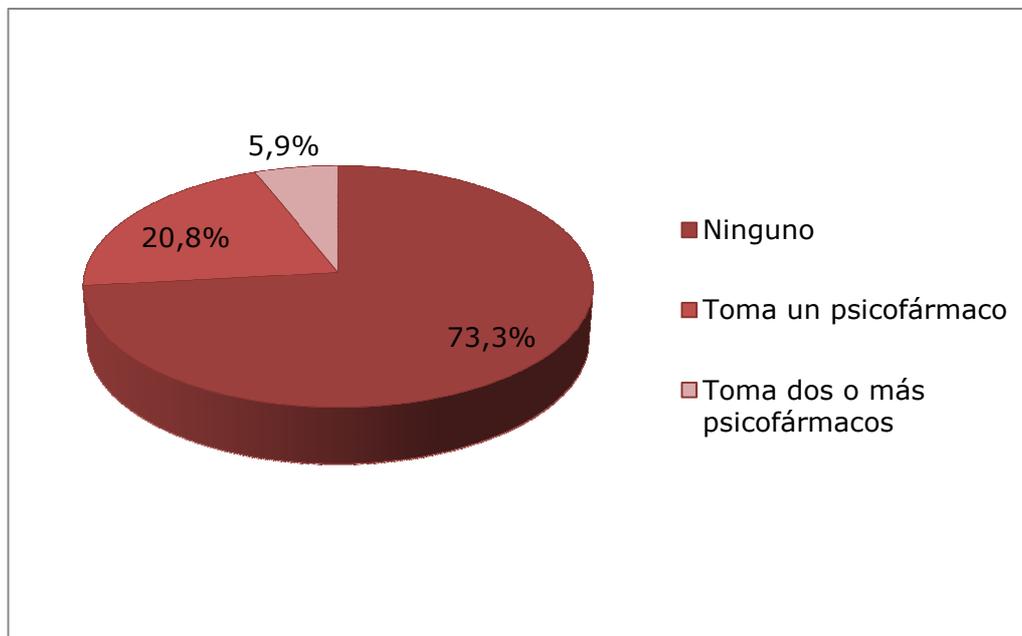


Gráfico 12. Porcentaje de pacientes que conocen todo lo relacionado con la intervención

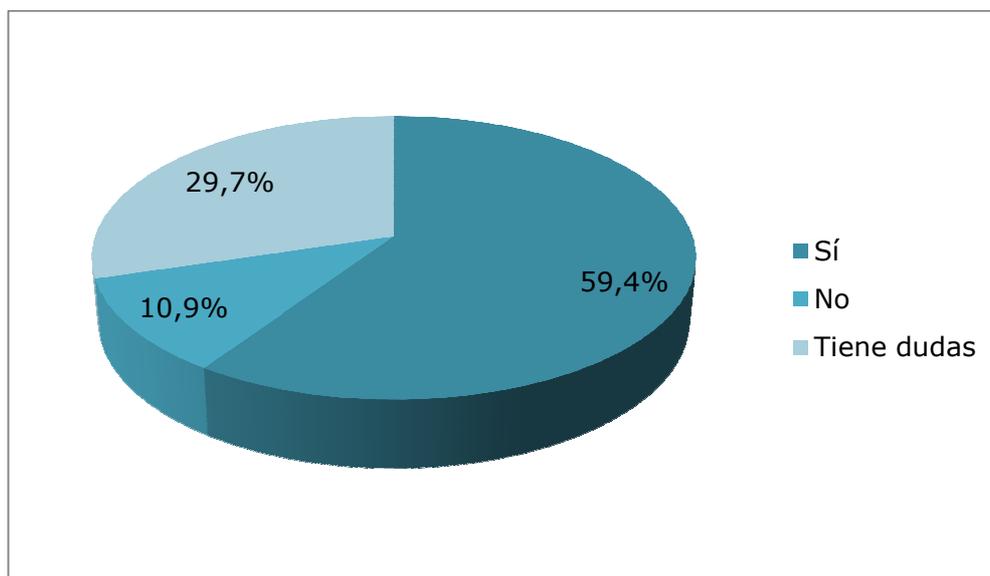


Gráfico 13. Puntuación STAI por sexo

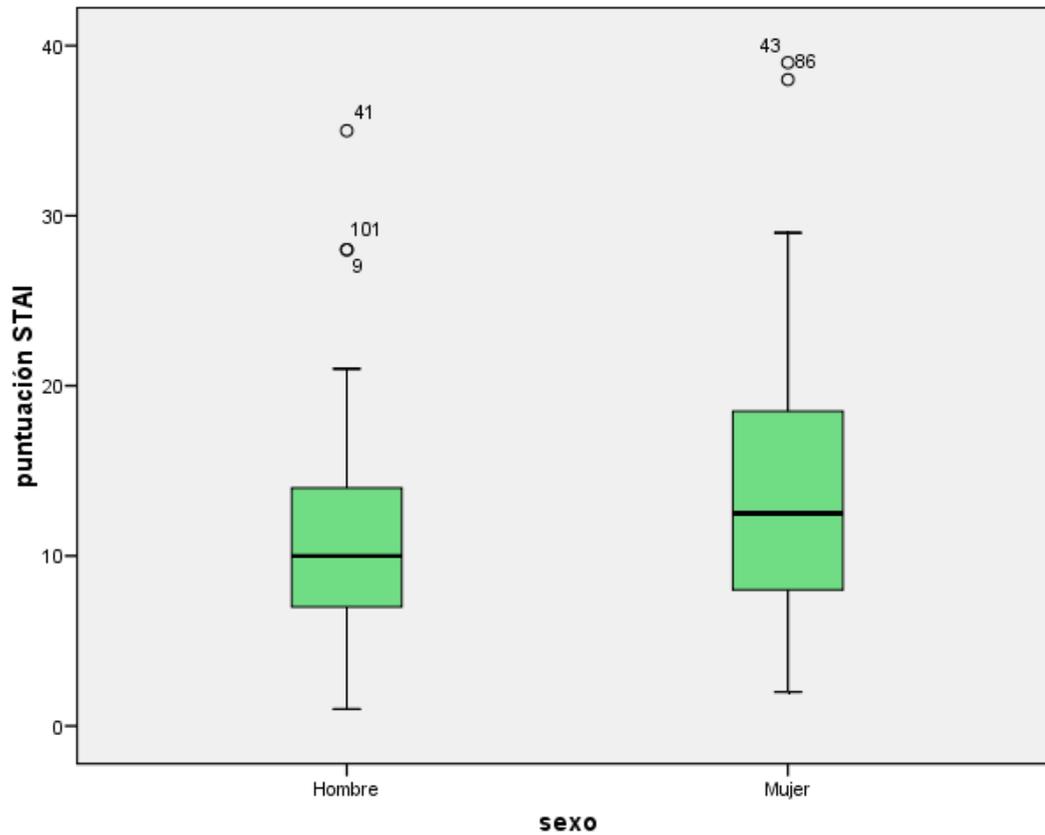


Gráfico 14. Puntuación STAI en relación con el nivel de estudios

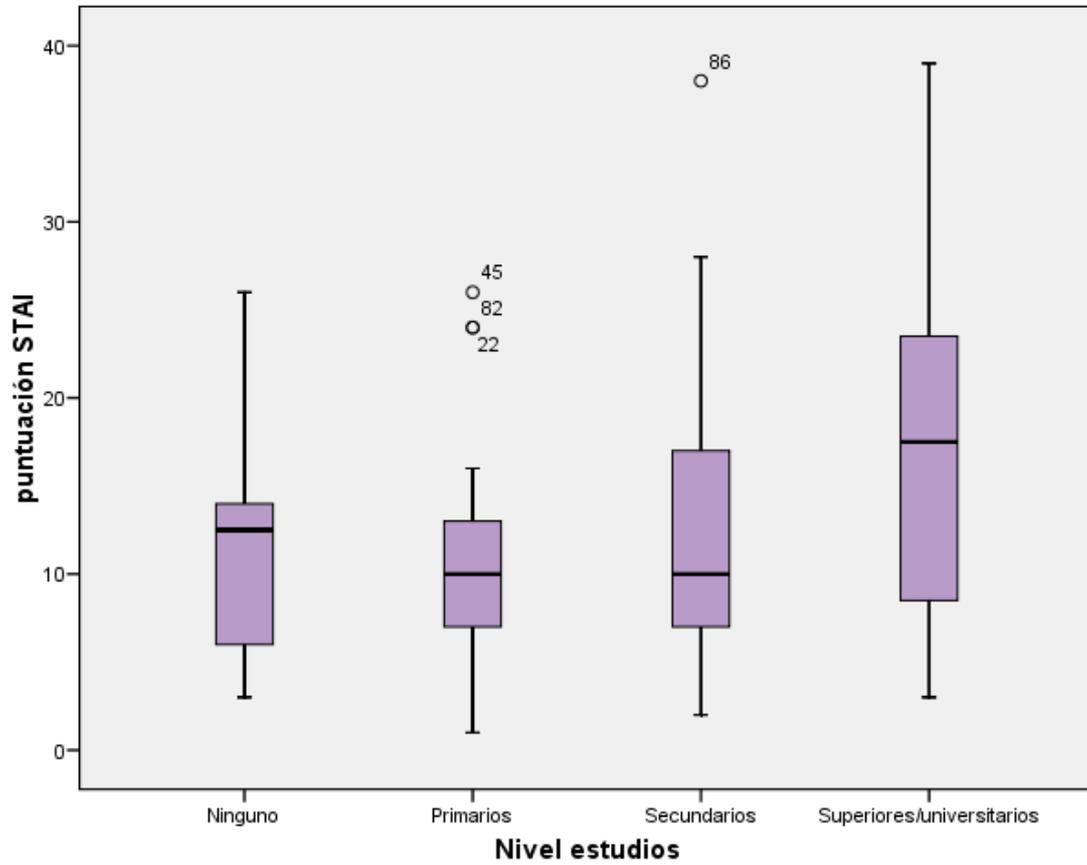


Gráfico 15. Gráfico de dispersión de la puntuación STAI en relación con la edad

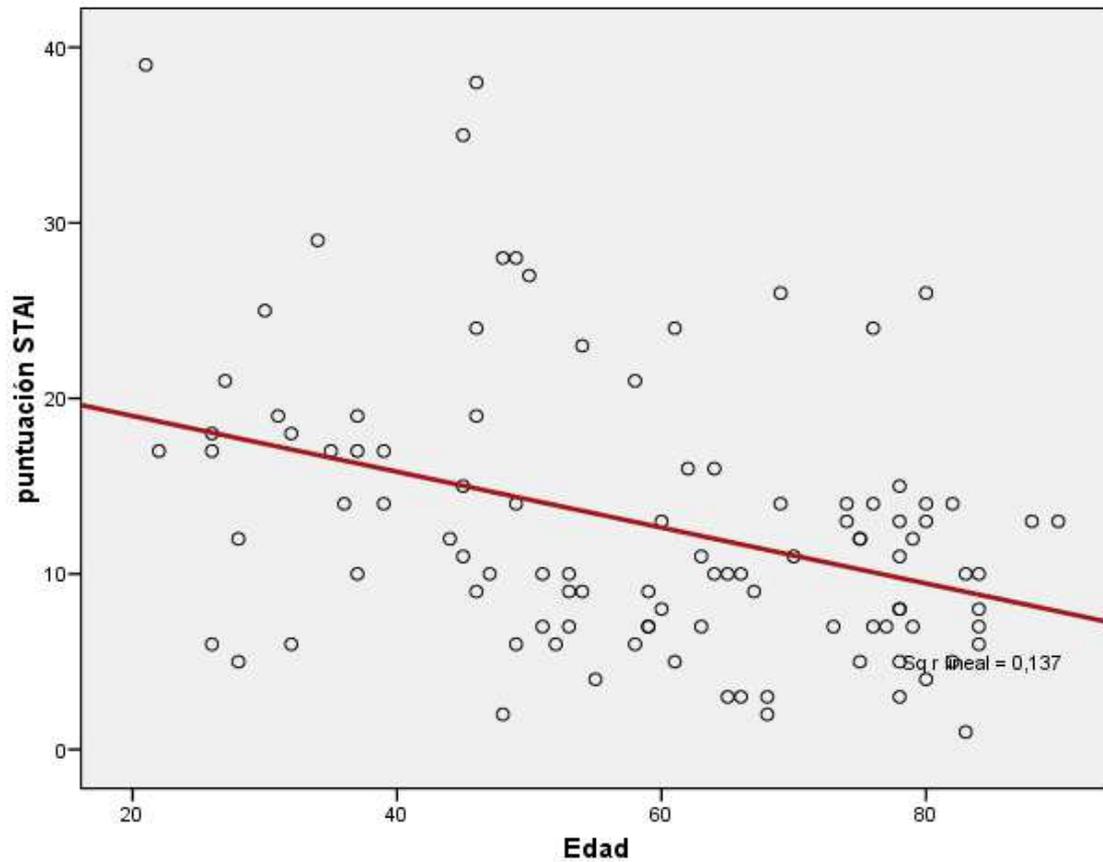


Gráfico 16. Puntuación STAI en relación con la especialidad procedente

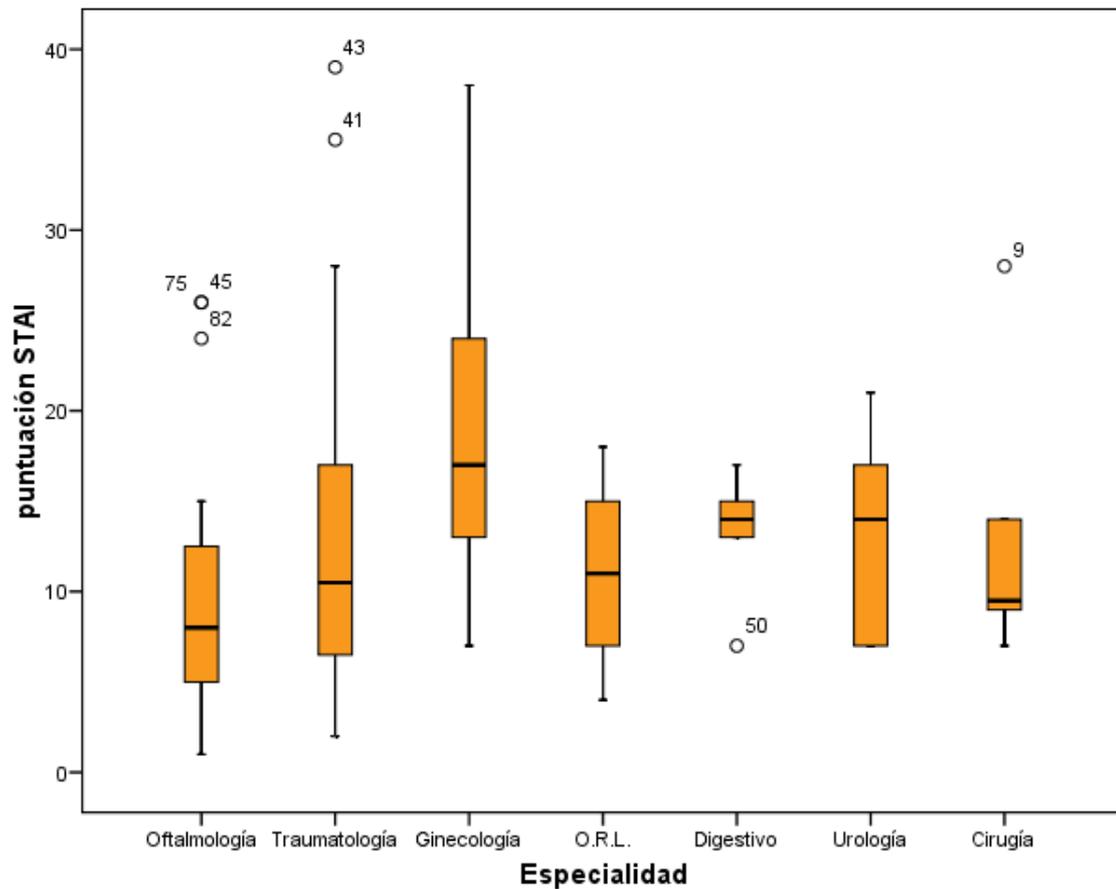


Gráfico 17. Puntuación STAI entre los premedicados y los no premedicados

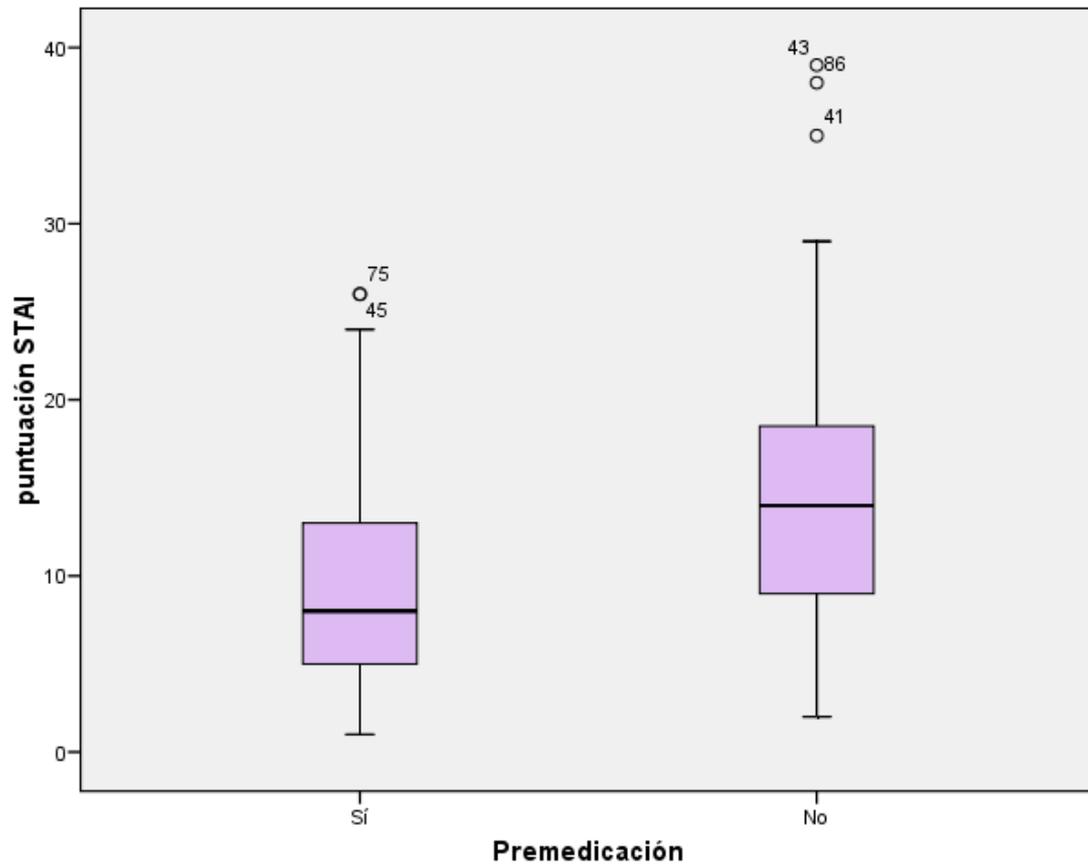


Gráfico 18. Puntuación STAI en relación con el antecedente de intervenciones quirúrgicas anteriores

