



BUAP

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 20.
"LA MARGARITA"

VALORACION PREANESTESICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 20, SU
RELACION CON LA ANSIEDAD Y EL DOLOR POSTQUIRURGICO EN PACIENTES DE
CIRUGIA ELECTIVA"

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN:
Anestesiología

PRESENTA:
Dra. Francia Lizeth Ramírez Griego

ASESOR EXPERTO:
Dra. Jessica Carreño Caballero
Médico Especialista en Anestesiología.

ASESORES:
Dra. Gregoria Lucia Cisneros Diaz
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Cuautlancingo #35.
Dra. Guadalupe Alcázar Ramiro
Médico Especialista en Anestesiología
Hospital General de Zona #20



Heroica Puebla de Zaragoza, Julio 2023



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2108**
II ORAL ZONA NORH 23

Registro COFEPRIS 19 CT 21 114 054
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 21 CEI 001 20201117**

FECHA **Jueves, 01 de diciembre de 2022**

M.E. Jessica Carreño Caballero

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**Valoración preanestésica en el Hospital General de Zona No. 20, su relación con la ansiedad y el dolor postquirúrgico en pacientes de cirugía electiva.**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-2108-095

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. SANTILLANA ARCE JOSE GERMAN
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2108

Director

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 20

PUEBLA, PUEBLA; JULIO DEL 2023

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

Dra. Jessica Carreño Caballero
Dra. Gregoria Lucia Cisneros Díaz

DE LA TESIS TITULADA:

“Valoración preanestésica en el Hospital General de Zona No. 20, su relación con la ansiedad y el dolor postquirúrgico en pacientes de cirugía electiva.”

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

Dra. Francia Lizeth Ramírez Griego.

DE LA ESPECIALIDAD DE:

Anestesiología

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO
CON EL NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL:

R-2022-2108-095

PROPORCIONADO POR EL SISTEMA NACIONAL DE REGISTRO EN LÍNEA DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD (SIRELCIS).

AUTORIZO SU IMPRESIÓN
ASESORES:


Dra. Gregoria Lucia Cisneros Díaz

NOMBRE, FIMRA Y FECHA


Dra. Jessica Carreño Caballero

NOMBRE, FIMRA Y FECHA


Dra. Guadalupe Alcázar Ramiro

**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
Y ASESOR DE TESIS**

Puebla de Zaragoza, Puebla 2023

AGRADECIMIENTOS

A la vida por permitirme tomar este camino y cumplir mis sueños.

A mis padres, mis hermanos, mis tíos y primos que son con mi segunda familia, nunca tendré palabras para expresarles mi eterna gratitud por darme la vida, por siempre apoyarme en todo momento, siempre recibiendo el empujón para salir adelante, gracias por todas sus enseñanzas, sus valores que día a día me comparten y todo el sacrificio hecho hasta la fecha para que logre una meta más en mi vida profesional, los amo y éste logro se lo dedico a ustedes.

A mis maestros, a la Dra. Cisneros y Dra. Carreño, tuve el privilegio de trabajar con ustedes, y recibir parte de su formación, compartiéndome sin limitación su amplia experiencia, siempre enseñándome hacer las cosas bien, a no rendirme, corrigiéndome y a contribuir en mi preparación de cada día para ser mejor médico y ser humano, pero sobre todo gracias por su amistad brindada.

A usted Dra. Guadalupe Alcázar, por ser una excelente coordinadora, maestra y confidente, por su preocupación y constancia para nuestra formación en esta escuela llamada residencia, para que se llevará acabo de la mejor manera y terminarla en tiempo y forma.

A mis profesores que creyeron en mí, me enseñaron y me dieron la confianza de tratar a sus pacientes.

Y a una persona especial en mi corazón, mi novio, que siempre estuvo apoyándome constantemente, que me ayudó y me escucho en esos momentos donde pensé que me daría por vencida.

Son dignos de todo mi respeto y admiración, gracias.

INDICE

RESUMEN.....	6
ANTECEDENTES GENERALES.....	7
ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
HIPOTESIS.....	21
OBJETIVOS.....	22
MATERIAL Y METODOS.....	22
ESTRATEGIAS DE MUESTREO.....	24
PROCEDIMIENTO.....	25
DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION.....	26
RECOLECCION DE DATOS.....	28
ANÁLISIS ESTADISTICO.....	29
LOGISTICA.....	29
ASPECTOS ETICOS.....	30
RESULTADOS.....	33
DISCUSION.....	43
CONCLUSION.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS.....	51

RESUMEN

Valoración preanestésica en el Hospital HGZ #20, su relación con la ansiedad y el dolor postquirúrgico en pacientes de cirugía electiva”

Autores: ¹ Dra. Jessica Carreño Caballero, ² Dra. Gregoria Lucia Cisneros Díaz, ³ Dra. Guadalupe Alcázar Ramiro, ⁴ Francia Lizeth Ramírez Griego, ¹ Médico Especialista En Anestesiología en Hospital General De Zona no. 20, ² Coordinadora Clínica de educación e investigación en Salud, Hospital General de Zona No.23, ³ Médico Especialista En Anestesiología en Hospital General De Zona no. 20 ⁴ Médico residente Especialista En Anestesiología en Hospital General De Zona no. 20.

Introducción:

Objetivo: “Determinar la relación de la ansiedad durante la valoración preanestésica y el dolor postoperatorio en pacientes de cirugía electiva”

Material y métodos: Se realizó un estudio Descriptivo, observacional, longitudinal, unicentrico, prospectivo, homodémico. La investigación se llevó a cabo por el servicio de Anestesiología durante la valoración anestésica en pacientes que se sometieron a técnicas anestésicas tanto anestesia regional como anestesia general balanceada. El tipo de muestreo del presente protocolo fue consecutivo no probabilístico.

Resultados:

Se aplicó en 80 pacientes, en los cuales no hubo exclusión, con rango de edad de 22 a 83 años, edad promedio de 54, se observó que el sexo predominante de los pacientes intervenidos fue del sexo femenino. Los resultados obtenidos de pacientes los cuales presentaros una puntuación en cuanto a la ansiedad relacionada con el procedimiento anestésico, fue de 51.25% que referían no presentar algún tipo de ansiedad, 33.75% referían encontrarse normales respecto a la ansiedad de la anestesia, 11.25% refieren una ansiedad intermedia al procedimiento anestésico, un 3.75% menciona una alta ansiedad relacionada con la anestesia, mientras que el 0% de los pacientes refirió una ansiedad extrema. La escala de dolor aplicada indicó que en el 42.50% de los casos los pacientes experimentaron dolor leve, 37.50% moderado y el 20% intenso y aunque no se mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión:

Dentro de los resultados obtenidos y haciendo relación con los tipos de procedimientos y variables, que independientemente del tipo de procedimiento el dolor postoperatorio no tuvo una relación estadísticamente significativa con el dolor postquirúrgico. Es evidente que dentro de la investigación se logra observar la relación de leve nivel de ansiedad con poco dolor postquirúrgico, sin embargo, los pacientes con alto nivel de ansiedad no sobrepasaron un dolor moderado al ser valorados, por lo que no se logra un resultado significativo en relación a estas variables.

ANTECEDENTES GENERALES

La valoración preanestésica (VPA) tiene como prioridad garantizar una atención segura a los pacientes que serán sometidos a cualquier intervención quirúrgica. Este proceso ha tenido cambios con el tiempo adaptándose a las distintas comorbilidades que implican un riesgo anestésico-quirúrgico para el paciente en los distintos procedimientos, en los últimos años la tecnología ha venido a revolucionar este tipo de evaluación, primero siendo indispensable y obligatorio la hospitalización del paciente un día antes para ser protocolizado, hasta llegar a los tiempos en el que la misma tecnología nos permite la valoración de un paciente a distancia, sin reemplazar la exploración física como algo indispensable. (1)

Dentro de la valoración preanestésica se hace un abordaje a los antecedentes del paciente, en los que se pregunta ficha de identificación, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos, exploración física, signos vitales, anexos como la valoración preoperatoria de medicina interna, laboratorios y estudios de gabinete (electrocardiograma y radiografía de tórax), también valoramos algo muy importante que es el riesgo anestésico quirúrgico por medio de la escala de ASA. (2)

La escala de ASA, ésta se basa en 5 a 6 puntos donde se clasifica el estado de cronicidad del paciente; en el caso del paciente con ASA 1 este se considera una persona sana, ASA 2 es un paciente con alguna alteración sistémica leve a moderada

que no produce incapacidad o limitación funcional, en el ASA 3 se presenta un paciente con alguna alteración sistémica grave que produce un grado de limitación, un ASA 4 a un paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante que representa una amenaza contante para su vida y que puede o no corregirse con la cirugía, ASA 5 es una persona moribunda o con una alta posibilidad de morir en las siguientes 24 horas, ASA 6 representa a un paciente con muerte cerebral; esta escala se recomienda en conjunto con otras escalas para poder tener una mejor confiabilidad.

(2)

La capacidad de cada individuo de tolerar los efectos secundarios de los fármacos que se utilizan durante la anestesia tiene influencia sobre la respiración y la circulación, el sistema endocrino, el sistema nervioso central, las resistencias vasculares, el hígado y la función urinaria. De tal manera que al momento de valorar a nuestro paciente y después de haberlo entrevistado adecuadamente hay que clasificarlo dentro de la escala de ASA para establecer su riesgo quirúrgico, con el propósito de saber que anestesia elegir para el paciente. (3)

La valoración preanestésica nos da una pauta de como el paciente se podrá manejar durante el procedimiento quirúrgico, sin embargo, es necesario que esta entrevista minuciosa sea planeada de manera que no exceda un cierto limite de tiempo que pueda comprometer la vida del paciente o en otro caso, que se prolongue el tiempo

de espera de la cirugía, ya que los estudios de laboratorio y de gabinete tienen cierto tiempo de validez para ser aceptados. (4,5)

Al evaluar los riesgos nos sirve para poder establecer ciertos criterios sobre nuestros pacientes e identificar enfermedades que previamente no han sido diagnosticadas o que por alguna razón se hayan pasado por alto y que pueden ser relevantes para nuestro manejo anestésico. Ya reconociendo estos padecimientos nosotros como médicos debemos iniciar nuestro abordaje para mejorar el estado de nuestro paciente. (5)

Dentro de los riesgos anestésicos hay que integrar otros factores importantes como la desnutrición que se relaciona de manera directa con morbilidad y mortalidad en el postoperatorio. En nuestro paciente hay que evaluar el estado nutricional o trastornos alimenticios utilizando instrumentos de detección, medir peso e IMC. (5)

Otro factor que influye al momento de evaluar al paciente y establecer riesgos anestésicos es el tipo de cirugía a realizar, ya sea cirugía mayor o cirugía ambulatoria. A diferencia de una cirugía ambulatoria la cirugía mayor implica mayores intervenciones por parte del equipo de anestesiología, ya que los riesgos que se corren son distintos. Es importante indagar sobre ciertos aspectos que vayan a influir directamente sobre sistemas orgánicos importante en el paciente, como la función renal y el riesgo cardíaco que pueda tener. (6)

Una vez establecido el riesgo quirúrgico se debe proceder con el plan anestésico según las circunstancias y estabilidad del paciente, en la cual tendremos que decidir si es conveniente que el procedimiento se realice bajo anestesia general balanceada o anestesia regional. (3)

Hay una gran variedad de herramientas para realizar evaluación de riesgos que se utilizan durante la práctica clínica. Las escalas y herramientas para valorar riesgos pueden ser divididos en diferentes puntajes que clasifican los riesgos y modelos de predicción, estos métodos de evaluación se desarrollan utilizando análisis de los factores de riesgo que van a llegar a un cierto resultado, ya sea en puntajes o porcentajes, (7)

Hay diferentes escalas que se utilizan para valorar diferentes tipos de riesgo, riesgo cardiovascular, riesgos pulmonares, riesgo tromboembólico y porcentajes de mortalidad.

Utilizamos para riesgos cardiovasculares multifactoriales la escala de Goldman, la cual se establece un riesgo por medio de un puntaje acumulativo, los criterios consisten en: su historia clínica (edad mayor de 60 años que le confiere 6 puntos, y un infarto agudo al miocardio en los últimos 6 meses, con un puntaje de 10; en el examen físico si se identifica ritmo galope o distensión yugular son 11 puntos, o estenosis valvular importante 3 puntos; en el electrocardiograma se valora ritmo

diferente al sinusal o contracciones auriculares prematuras son 7 puntos y más de 5 extrasístoles ventriculares son 7 puntos; el estado general que valora $PO_2 < 60$ o $PCO_2 > 50$ mmHg, $K < 3$ o $HCO_3 < 20$ mEq/L, $BUN > 50$ o Creatinina > 3.0 , SGOT anormal, signos de hepatopatía o paciente postrado en total son 3 puntos; la operación si es intraperitoneal, intratorácica o aortica son 3 puntos y si es de urgencia 4 puntos, sumando un total de 53 puntos, y según los puntos obtenidos los pacientes entran en 4 categorías. (8)

Otra escala de valoración importante para anestesiología es la de Caprini, la cual nos ayuda estimar el riesgo tromboembólico de los pacientes. Consiste en clasificar a los pacientes con 4 puntajes, dentro de esos puntos se especifican varios criterios con los que debe cumplir el paciente, se considera un riesgo alto de enfermedad tromboembólica cuando el puntaje es igual o mayor a 4 (39.7% de los pacientes) y bajo riesgo cuando es menor a 4 puntos (60.3% de los pacientes). (9)

Otra escala que también se utiliza para riesgo pulmonar es ARISCAT (The Assess Respiratory Risk in Surgical Patients in Catalonia), la cual está determinada por muchas variables como la edad del paciente, la saturación de oxígeno, si tiene antecedentes de infecciones respiratorias, anemia, cirugía torácica o abdominal, la duración que tendrá la cirugía o si es una cirugía de emergencia. Los puntajes dan como resultado un riesgo bajo si es menor de 26 (1.6%), intermedio de 26-44 (13.3%)

y alto si es mayor a 45 puntos (42.5%), todos estos con la predicción de un porcentaje de posibilidad de que el paciente se complique. (10)

Durante la valoración preanestésica es necesario explicarle al paciente los distintos abordajes anestésicos que se pueden realizar en durante el procedimiento.

La anestesia general balanceada consiste en administrar medicamento a través de una vía intravenosa al paciente y también algún tipo de gas inhalado como halotano, isoflurano, desflurano, sevoflurano y oxígeno suplementario que será mezclado con estos gases; los medicamentos consisten en una benzodíacepina como el midazolam o diazepam, un hipnótico que es el Propofol, un opioide, el más utilizado es el fentanilo y además un relajante muscular, ya sea el rocuronio, vecuronio o succinilcolina, según la disponibilidad que tenga la institución. (4)

Una vez administrados los medicamentos lo siguiente es proceder a asegurar la vía aérea del paciente con un tubo endotraqueal o mascarilla laríngea, el cual se conectará al ventilador a través de un circuito de la máquina de anestesia para proporcionar una ventilación mecánica que ayudará a mantener al paciente ventilatoriamente estable.

Por otro lado, en el caso de que el paciente rechace la idea de una anestesia general y el procedimiento quirúrgico permita una anestesia regional por bloqueo neuroaxial se puede tomar esta posibilidad y no existan contraindicaciones. Este tipo de

anestesia consiste en un procedimiento con técnica estéril y colocar al paciente en cierta posición, las más usadas son el paciente en posición fetal en decúbito lateral o en sedestación, una vez posicionado el paciente lo siguiente es administrar anestésico local, esto dependiendo de las circunstancias de la cirugía, por el tiempo quirúrgico y el grado de profundidad que se requiera para lograr un buen bloqueo sensitivo y motor, los anestésicos locales más utilizados son la Lidocaína simple o con epinefrina, Bupivacaina o Ropivacaína, los cuales también pueden combinarse con otros fármacos para lograr otro tipo de efectos.

La anestesia regional se refiere en si administrar anestésico local en el sistema nervioso central a nivel raquídeo, se basa en colocar el anestésico local directamente en el espacio peridural o subaracnoideo a través de una aguja e instrumentos bajo técnica estéril en donde se atraviesan las estructuras de la columna vertebral. (11)

Una vez que el paciente este consciente de los procedimientos y los riesgos que conllevan una anestesia es necesario confirmar con el paciente y si es posible con el familiar el grado de comprensión que se tiene, y si tiene alguna duda al respecto, posiblemente surgirán algunas dudas o no, y parte de nuestro trabajo es resolverlas.

Es en este momento o antes de la explicación que como profesionales de la salud es necesario detectar aquellos indicios de que el paciente este cursando con datos que indiquen ansiedad. (12)

La ansiedad es definida como una condición transitoria de carácter emocional en el que juega papel los sentimientos de nerviosismo, miedo, estrés, tensión, una sensación de amenaza a la vida y actividad del sistema nervioso autónomo, la cual se puede presentar en diferentes situaciones en específico o a lo largo de la vida. Fisiopatológicamente hablando, la ansiedad se cree que esta influenciada por ciertos mediadores que tiene gran significancia para nuestro sistema nervioso central como la norepinefrina, la dopamina, serotonina y el ácido gamm-aminibutírico (GABA), haciendo hincapié en la manifestación de la mayoría de los síntomas especialmente el sistema nervioso simpático. (13)

Algo que juega un papel muy importante para el control del miedo y la ansiedad es la amígdala. Se ha estudiado y descubierto que los pacientes con problemas de ansiedad tienen una mayor respuesta de la amígdala a ciertos eventos específicos o durante la vida cotidiana. Este órgano primitivo que se encuentra conectado con el sistema límbico en la región de la corteza prefrontal y predispone a anomalías de activación prefrontal-límbica pueden tratarse por medio de intervenciones psicológicas y farmacológicas. (14)

La detección de esta condición como la ansiedad durante el preoperatorio va a tener relevancia durante la cirugía y en postoperatorio, ya que esta tiene la gran particularidad de afectar potencialmente ciertas aspectos importante del proceso

anestésico, en el caso de la anestesia general la inducción, perioperatorio y recuperación, así como en la anestesia regional, en el que la misma tensión y ansiedad del paciente pueden llevar a que el paciente tenga que ser manejado con sedación endovenosa complementaria, y a veces, con más dosis de la necesaria. (15)

Una de las maneras para detectar la ansiedad en el preoperatorio y durante la valoración anestésica es por medio de una escala que se le aplica al paciente, llamada Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam (APAIS), en la que toman en cuenta seis respuestas y cada una de estas tiene una puntuación del 1 al 5, en el que 1 representa nada y 5 extremadamente; 1.- “Estoy preocupada con relación a la anestesia, 2.- El anestésico esta continuamente en mi mente, 3.- Me gustaría saber lo máximo posible acerca del anestésico, 4.- Estoy preocupado por el procedimiento, 5.- El procedimiento esta continuamente en mi mente, 6.- Me gustaría saber lo máximo posible sobre el procedimiento”, las puntuaciones más altas indican que los pacientes cursan con mayor nivel de ansiedad y deseo de saber información con respecto a la anestesia y el procedimiento. (15)

Una vez valorado este aspecto del paciente, y que se haya detectado la presencia o no de niveles de ansiedad del paciente es necesario analizar si este aspecto influirá con el procedimiento transanestésico, posanestésico y postquirúrgico del mismo. Se ha realizado diversos estudios en lo que se ha relacionado la detección de ansiedad

en el paciente y síntomas que pueden presentar en el transanestésico y en el postquirúrgico, el más notable y el principal es el dolor.

Para valorar el dolor contamos con varias escalas las cuales pueden estar sujetas a ser inespecíficas y poco confiables, sin embargo, nos ayudan a acercarnos a medir el nivel del dolor del paciente. La escala visual análoga del dolor es un instrumento de uso común para valorar la intensidad del dolor en los pacientes y ha demostrado ser fiable y válido, en la que 0 al 2 es dolor leve, 3 a 5 moderado y 7 a 10 intenso.(16)

La ansiedad no es solo un diagnóstico psiquiátrico, ésta genera un impacto negativo sobre la movilidad del paciente y el riesgo a complicaciones en el postquirúrgico. Se ha demostrado por medio de estudios una asociación entre la ansiedad antes de la cirugía y una movilidad postoperatoria, la principal preocupación de los pacientes después del procedimiento es su control sobre el dolor, que este también se verá afectado por la ansiedad, ya que este influye en la percepción del dolor postoperatorio y tiene un impacto negativo en recuperación de la anestesia. (17)

ANTECEDENTES ESPECIFICOS

La valoración preanestésica (VPA) permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente para someterse a un procedimiento anestésico-quirúrgico para establecer

una estrategia de abordaje y recomendaciones al paciente antes de la cirugía. En la actualidad la VPA se ve enfocada en los puntos básicos y esenciales del paciente, que son los antecedentes personales patológicos y la exploración física. Es evidente que la cuestión psicológica y psiquiátrica del paciente pasa a segundo término a momento de relacionarla con la recuperación del paciente después de un procedimiento quirúrgico. (18)

Un estudio realizado en el 2022 sobre el “efecto de la ansiedad preoperatoria sobre el dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía electiva”, se empleó un estudio de cohorte prospectivo basado en instituciones de 1 de noviembre de 2019 al 30 de octubre de 2020, donde se incluyeron paciente de cirugía electiva mayores de 18 años en los cuales se empleó una herramienta validad de medición de la ansiedad preoperatoria y que fue adaptada de otros estudios. La información fue recolectada a través de entrevistas y utilizando un cuestionario bien estructurad durante la valoración preoperatoria para evaluar la ansiedad preoperatoria. Los resultados que arrojó el estudio indicaron que los pacientes que manejaron un nivel alto de ansiedad tuvieron dolor postoperatorio a las 2 h, 4 h, 6 h y 12 h con la P- el valor de 0.012, 0,01, 0,001 y 0,002 respectivamente, estos resultados se compararon con aquellos que presentaron nivel bajo de ansiedad, cuyos resultados fueron significativamente menores. Este estudio reveló que los niveles elevados de ansiedad estaban

relacionados con un aumento del dolor postoperatorios a las horas ya mencionadas.

(19)

Concluyeron que el alto nivel de ansiedad al que se veía sometido el paciente antes de la cirugía influía enormemente a al momento de medir las puntuaciones de dolor postoperatorios a las 2, 4, 8 y 12 h, y el consumo de analgésicos como el tramadol.(19)

Otro estudio clínico prospectivo realizado en el 2019 en el cual se exponen los resultados de noventa y ocho voluntarios operados de septoplastía a los que se le aplico una Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (Hospital Depression and Anxiety Scale) antes de la realización de la cirugía, y aplicando la escala visual análoga del dolor para medir el dolor postoperatorio. De los noventa y ocho pacientes que se sometieron a dicho procedimientos 49 (25 mujeres y 24 hombres) se les realizo la cirugía las 08:00 horas, mientras que otro grupo de 49 pacientes (25 hombres y 24 mujeres) se sometieron al procedimiento a las 15:00 horas. Se compararon estos dos grupos midiéndose el nivel de ansiedad 3 semanas antes, 1 hora antes y 1 semana después del procedimiento quirúrgico, observándose que los pacientes valorados una hora antes del procedimiento presentaban puntuaciones significativamente mayores a los de 3 semanas antes. Las puntuaciones de la escala HADS que tuvieron los de grupo de la mañana y de la tarde no tuvo mucha significancia en las valoraciones de tres semanas previas ($p= 0,767$) y una semana después de la operación ($p=0,215=$).

Sin embargo, la escala de HADS aplicada una hora antes en el grupo de la tarde tuvo mayor puntuación que la de los de la mañana. También se les aplicó la escala visual análoga del dolor a los pacientes en el postoperatorio, encontrándose que la puntuación más alta fue en el grupo de la tarde que en el de la mañana ($p < 0,001$). Por lo tanto, estos resultados sugieren que la cirugía, la cual es un procedimiento menor, realizarla una hora tardía o más podría aumentar la ansiedad y el dolor del paciente. (20)

JUSTIFICACIÓN

La valoración anestésica es un proceso en el cual el médico anestesiólogo tiene como requisito realizar antes de intervenir a un paciente que se verá sometido a un procedimiento quirúrgico, esto con el fin de evitar complicaciones anestésicas y quirúrgicas. Este tipo de valoración se realiza en diferentes situaciones, la mayoría de las ocasiones en la consulta de anestesiología en un entorno tranquilo y donde al paciente se le puede poner mucha más atención y rebuscar información, y otras situaciones donde el paciente tiene riesgo de complicarse y se le tiene que realizar una valoración rápida y una explicación breve y con poca explicación, antes estos eventos a veces el personal de salud no reconoce y no pone atención a diferentes aspectos psicológicos o psiquiátricos que pueden generar en el paciente síntomas

psicosomáticos que pongan en riesgo tanto su anestesia como su cirugía. La ansiedad es un conjunto de signos y síntomas que puede presentar un paciente, este cuadro que puede influir en el transanestésico y posanestésico, e incluso en la pronta recuperación del paciente, ya que se ha estudiado la relación entre la ansiedad preoperatoria y el dolor postoperatorio, y como estos dos se ven influidos, por lo que esta investigación se basará en la correcta realización de una valoración preanestésica, explicar de manera adecuada los procedimientos al paciente y recabar los datos del paciente por medio de una encuesta para detectar síntomas de ansiedad y con esto ayudar al paciente a disminuir sus síntomas durante y después de la cirugía.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sabemos en la actualidad de la gran cantidad de trastornos psiquiátricos que existen y las múltiples influencias que pueden tener estos sobre el cuerpo. Como estos se manifiestan de manera psicosomática logrando influir en diferentes aspectos físicos de una persona provocando alteraciones a niveles sistémicos, una de las principales enfermedades reconocidas en el mundo es la ansiedad, la cual se especifica como una emoción negativa en la cual se percibe una amenaza a la vida y que se puede sentir generalmente en una situación en específico o a lo largo de la vida, esta puede fluctuar con el tiempo. En los últimos años la ciencia ha puesto más atención este tipo

de enfermedades, su relación con el paciente al ser intervenidos quirúrgicamente y como estas influyen en la pronta recuperación de paciente. Se ha visto en algunos estudios que los niveles de ansiedad preoperatoria pueden aumentar los requerimientos y la necesidad de anestesia intraoperatoria provocando que se prolongue la recuperación de la anestesia y la estancia hospitalaria, además que un paciente con ansiedad tiende a presentar cierta relación con el aumento del dolor postoperatorio. Por lo que este estudio se encaminó a revelar la relación y la influencia que puede tener la ansiedad de un paciente de cirugía electiva en la valoración preanestésica y su recuperación postquirúrgica.

HIPÓTESIS

Los pacientes con ansiedad detectados en la valoración preanestésica estarán relacionados con el dolor postquirúrgico.

Hipótesis (nula)

Los pacientes con ansiedad detectados en la valoración preanestésica no estarán relacionados con el dolor postquirúrgico.

Hipótesis (alterna)

Los pacientes con ansiedad detectados en la valoración preanestésica estarán relacionados con el dolor transquirurgico.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la relación de la ansiedad durante la valoración preanestésica y el dolor postoperatorio en pacientes de cirugía electiva.

Objetivo específico

1. Detectar ansiedad durante la valoración preanestésica mediante la Escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) en pacientes de cirugía electiva en el HGZ #20.
2. Distinguir la ansiedad de otros trastornos psiquiátricos en la valoración preanestésica en pacientes de cirugía electiva en el HGZ #20.
3. Identificar si existe relación entre la ansiedad detectada en la valoración preanestésica y el dolor postoperatorio en pacientes de cirugía electiva en el HGZ #20.

MATERIAL Y METODOS

Por el objetivo General	Descriptivo
Por maniobra que realizara el investigador	Observacional

Por la temporalidad	Longitudinal
Por la conformación	Unicéntrico
Por la obtención de datos	Prospectivo
Por número de centros a participar	Homodémico

UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL:

La investigación se llevó a cabo durante la consulta de valoración preanestésica. La recolección de los datos se realizó en 9 meses, después de ser aceptado el protocolo.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO

Población de estudio: Pacientes que fueron sometidos a cirugías electivas en las cuales se ocupó como técnicas anestésicas tanto anestesia regional y general balanceada.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 18 años

2. Pacientes a los que se les pudo realizar una completa valoración preanestésica.
3. Pacientes que fueron sometidos a cirugías electivas en el hospital HGZ #20

Criterios de exclusión

1. Pacientes que fueron sometidos a anestesia local.
2. Pacientes con trastornos psiquiátricos.
3. Pacientes que no pudieran comunicarse durante la valoración.
4. Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

Criterios de eliminación

1. Pacientes que requirieron mantener sedación y terapia después del procedimiento.
2. Pacientes que no pudieron ser evaluados antes del procedimiento quirúrgico.
3. Pacientes que fallecieron durante o después del procedimiento quirúrgico.

MUESTREO

Tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de la muestra de 80 pacientes registrados con ingreso al para valoración preanestésica en pacientes de cirugía electiva del HGZ 20 que amerite manejo médico-quirúrgico el cual fue consecutivo no probabilístico.

PROCEDIMIENTO

El presente protocolo de estudio se sometió a evaluación por parte de los Comités Locales de Ética e Investigación. Una vez autorizado, se realizó, durante los siguientes 6 meses, la siguiente estrategia de trabajo:

- Se incluyeron a todos los derechohabientes que acudieron o fueron referidos al servicio de valoración preanestésica en paciente de cirugía electiva del Hospital General de Zona Número 20, "La Margarita".

- Se atendieron y se les invitó a ingresar al protocolo de estudio, previa explicación clara y detallada.

- Los pacientes que aceptaron ingresar al protocolo de estudio se les dio a leer y firmar la Carta de Consentimiento Informado.

- Se les solicitaron datos personales tales como domicilio y número(s) telefónico(s).

- Con los datos obtenidos durante la valoración preanestésica se llenaron la hoja del Instrumento de Recolección de Datos.

- Se delimitó la muestra de acuerdo a los criterios de selección.

- Una vez obtenidos los resultados se realizaron análisis estadísticos, análisis de resultados y finalmente, discusión y conclusiones.

- Se realizó la medida mediante escalas de valoración de Ansiedad mediante la escala de APAIS y Dolor por medio de la Escala analógica visual del dolor al finalizar el procedimiento quirúrgico.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Valor o medida
Género	Características fenotípicas que diferencia a una mujer u hombre.	Diferencias físicas entre hombres y mujeres que encontramos durante la exploración.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Femenino y Masculino
Edad	Tiempo de vida de un ser vivo desde que nace hasta la fecha.	Número de años vividos hasta el día de su atención médica.	Cuantitativa	Razón	1. Años
Escala de ansiedad e información preoperatoria de	Herramienta de evaluación conformada por un conjunto de preguntas y	Una de esas herramientas de medición es la Escala de ansiedad	Cuantitativa	Ordinal politómica	1. Estoy preocupada con relación a la anestesia

Amsterdam (APAIS)	puntaje relacionados con la preocupación del paciente ante la práctica del procedimiento anestésico o quirúrgico.	e información. Una puntuación de ≥ 11 identifica pacientes ansiosos en la práctica clínica.			<p>2. El anestésico esta continuamente en mi mente</p> <p>3. Me gustaría saber lo máximo posible acerca del anestésico</p> <p>4. Estoy preocupado por el procedimiento</p> <p>5. El procedimiento esta continuamente en mi mente</p> <p>6. Me gustaría saber lo máximo posible sobre el procedimiento</p>
-------------------	---	--	--	--	---

Escala analógica visual del dolor.	Es una escala aplicada a los pacientes en diferentes circunstancias que puedan presentar dolor yendo de un extremo de dolor leve al otro que es el dolor severo.	Consiste en una línea horizontal de 10 cm, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.	Cualitativa	Ordinal	Será leve hasta 4. Moderada de 5-7 severa si es mayor de 7.
------------------------------------	--	---	-------------	---------	---

RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizaron como herramientas para recolección de datos las siguientes escalas.

Escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS). La medida de acuerdo con estas declaraciones debe calificarse en una escala de Likert de 5 puntos de 1 “nada” a 5 “extremadamente” y la Escala analógica visual del dolor.

También se solicitó la información y la participación del paciente por medio de un consentimiento informado.

Una vez terminado de recolectar los datos de todos los pacientes ingresados al protocolo durante los 6 meses que dure el tiempo de reclutamiento de los mismos, se vació toda la información obtenida mediante el Instrumento de Recolección de Datos al programa estadístico SPSS v.25 en el cual se realizó la estadística final.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Toda la información recolectada en las hojas del Instrumento de Recolección de Datos (Anexo 1), las características de los participantes y de los resultados se efectuó mediante medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo con la distribución de los datos se vació en el programa estadístico SPSS v.25, donde se procesaron todos los datos.

LOGÍSTICA

Recursos humanos

Dra. Jessica Carreño Caballero Médico Especialista En Anestesiología en
Hospital General De Zona no. 20

Dra. Gregoria Lucia Cisneros Díaz Coordinadora Clínica de educación e investigación en Salud Hospital General de Zona No.23

Dra. Guadalupe Alcázar Ramiro Médico Especialista en Anestesiología Hospital General de Zona No. 20

Dra. Francia Lizeth Ramírez Griego. Médico residente de Anestesiología. Hospital General de Zona No. 20

Recursos materiales.

Se contará con las instalaciones de la unidad médica, material bibliográfico, biblioteca, equipo de cómputo, impresora, internet y paquete de análisis estadístico SPSS v.25.

Recursos financieros

Los propios del Instituto Mexicano del Seguro Social y de los investigadores.

Factibilidad

La presente investigación es factible, dado que se cuenta con los insumos materiales y humanos suficientes, así como la infraestructura necesaria donde se llevará a cabo la investigación (Hospital General de Zona número 20). Este estudio servirá como preámbulo a nuevas investigaciones y seguimiento de nuestra población derechohabiente.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio deberá ser sometido para su aprobación al comité local de investigación en salud. La investigación es de riesgo mínimo, estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

El presente trabajo de investigación estará apegado en todo momento a:

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud. Título segundo, capítulo 1, artículo 17, fracción II (Diario Oficial de la Federación de 1983).

Los lineamientos generales para la realización de investigación médica en las áreas de epidemiología y servicios de salud, clínica, biomédica y educativa en las instalaciones del IMSS. La información será confidencial, se protegerá la privacidad de los pacientes involucrados en el estudio.

Apegó a la declaración de Helsinki modificada por la 64ª Asamblea General de Fortaleza, Brasil en octubre del 2013 y a las normas éticas internacionales y a las normas institucionales relacionadas con la investigación científica.

La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras “La salud de mi paciente será mi primera consideración”, y el Código Internacional de Ética Médica declara que “Un médico debe actuar solo en el interés

del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente”.

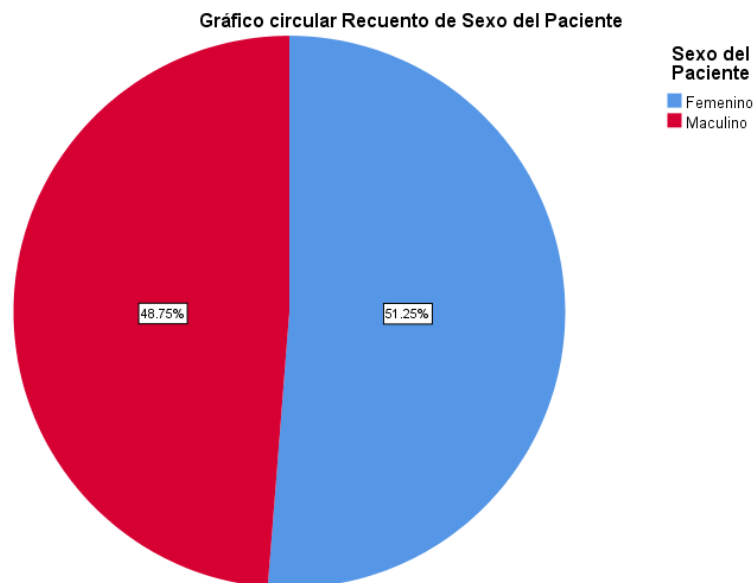
INFORME DE BELMONT: Es importante distinguir entre investigación biomédica y del comportamiento, por una parte y, por la otra, la práctica de una terapia aceptada; ella para saber qué actividades deben sufrir revisión para protección de los sujetos humanos de investigación. La distinción entre investigación y práctica se desdibuja en parte porque a menudo ambas se dan juntas (como en la investigación diseñada para evaluar una terapia) y también, porque con frecuencia se llama "experimental" a un alejamiento notable de la práctica estándar, sin haber definido cuidadosamente los términos "experimental" e "investigación".

Finalmente, en esta investigación todos los individuos serán tratados como personas autónomas, se les detallarán las características del estudio informándoles que ha sido registrado y aprobado ante el CLIS y que su decisión de participar será libre y voluntaria, señalando que pueden retirarse del estudio en el momento que lo deseen, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad; en caso de aceptar participar en este estudio, se manejarán sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permitirá la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de ellos mismos y de otros pacientes y que, en el transcurso del estudio, podrán solicitar información actualizada sobre el

mismo. Cumpliendo así con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont y Códigos y Normas Nacionales e Internacionales vigentes para las buenas prácticas de la investigación clínica.

RESULTADOS

El estudio “Valoración preanestésica en el Hospital General de Zona No. 20, su relación con la ansiedad y el dolor postquirúrgico en pacientes de cirugía electiva”, tuvo un total de 80 participantes, los cuales se distribuyeron de forma homogénea en cuanto al sexo y a la edad, puesto que el 50.6% de la muestra total estuvo conformado por mujeres y el 48.1% por hombres y quienes, a su vez, presentaron edades medias de 53.93 (DE 5.78) y 54.95 (DE 18.96) años respectivamente



(Grafica 1) (Tabla 1)

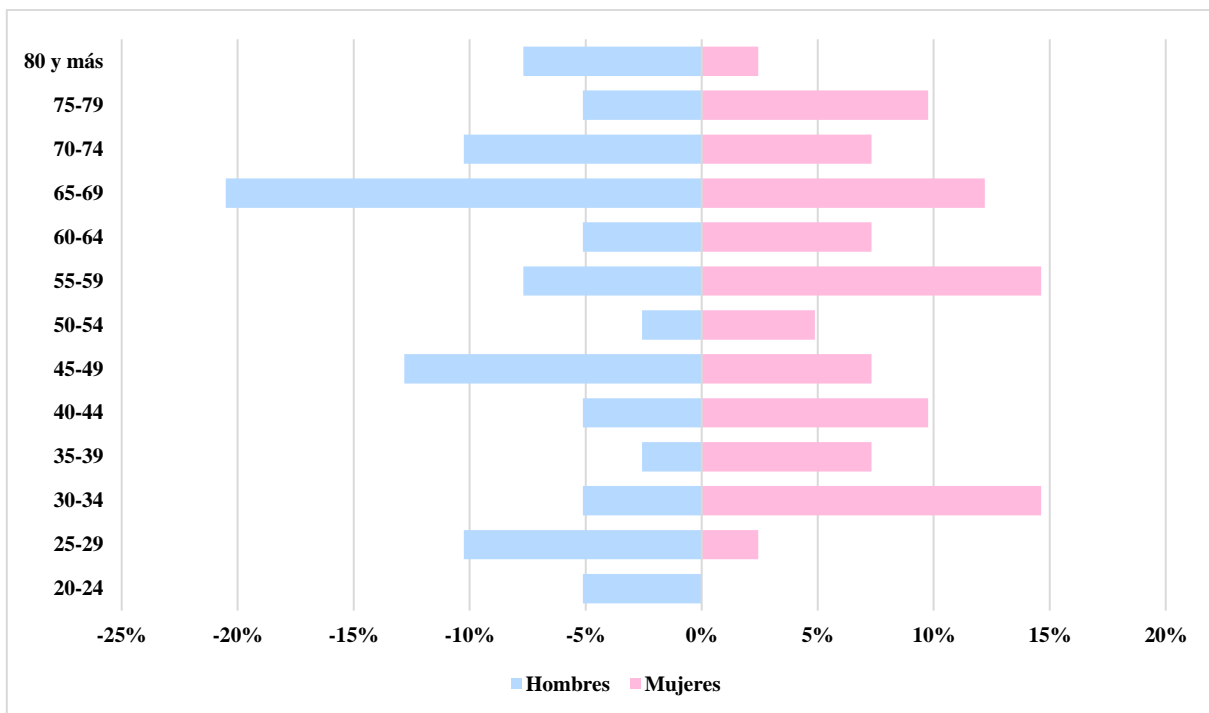
En esta grafica se representa la distribución de ambos sexos, donde la predominancia en procedimientos tanto ambulatorios como cirugías mayores es del sexo femenino en un 51.25%

Tabla I. Sexo y edad de los participantes del estudio

Sexo del Paciente	N	Porcentaje	Media de la Edad	Desv. Estándar
Femenino	41	50.6	53.9268	15.77
Masculino	39	48.1	54.9487	18.95

La mayor parte de las mujeres participantes se encontraron en los los rangos de edad de 30-34 (15%), 55-59 (15%) y 65-69 (12%), mientras que en el caso de los hombres se realizaron en su mayoría a pacientes en edades de 65-69 años (23%), seguido por 45-49 (14%) (Figura 1).

Figura 1. Distribución por categoría de edad y sexo de los participantes del estudio.



En la Tabla 2 es posible observar que, en la población muestreada, se presentó una ligera predominancia de los procedimientos ambulatorios (51.9% del total) en comparación con procedimientos mayores (46.9%) y que éstos fueron principalmente realizados por el área de Cirugía General, Seguido por Ginecología.

Tabla 2. Tipo de procedimiento y especialidad que la realizó

Especialidad	Tipo de Procedimiento que se realizó		Total
	Mayor	Ambulatorio	
Cirugía General	10	18	28
Ginecología	12	10	22

Angiología	5	9	14
Urología	7	5	12
Oftalmología	4	0	4
Total	38	42	80

En cuanto a las escalas de ansiedad correspondientes a la anestesia y a los procedimientos quirúrgicos a los cuales serían sometidos los participantes del estudio se observó que en la mayoría de los casos los pacientes obtuvieron puntuaciones correspondientes a no presentar ningún tipo de ansiedad o presentarla en niveles considerados como normales (Tablas 3 y 4).

Tabla 3. Categoría de ansiedad por anestesia

Categoría de ansiedad - Anestesia	Frecuencia	Porcentaje
Nada	41	50.6
Normal	27	33.3
Intermedio	9	11.1
Alto	3	3.7

Tabla 4. Categoría de ansiedad por el procedimiento quirúrgico a realizar

Categoría de ansiedad - Procedimiento	Frecuencia	Porcentaje
Nada	46	56.8
Normal	32	39.5
Intermedio	1	1.2
Alto	1	1.2

La escala de dolor aplicada indicó que en el 42.50% de los casos los pacientes experimentaron dolor leve, 37.50% moderado y el 20% intenso y aunque no se mostraron diferencias estadísticamente significativas ($P= 0.77$), entre los niveles de dolor y el tipo de procedimiento realizado, es posible apreciar que en una mayor cantidad de los pacientes con cirugías ambulatorias experimentaron grados menores de dolor en comparación con los de cirugías mayores.

Figura 2. Distribución de la escala de dolor en procedimiento Mayor o Ambulatorio

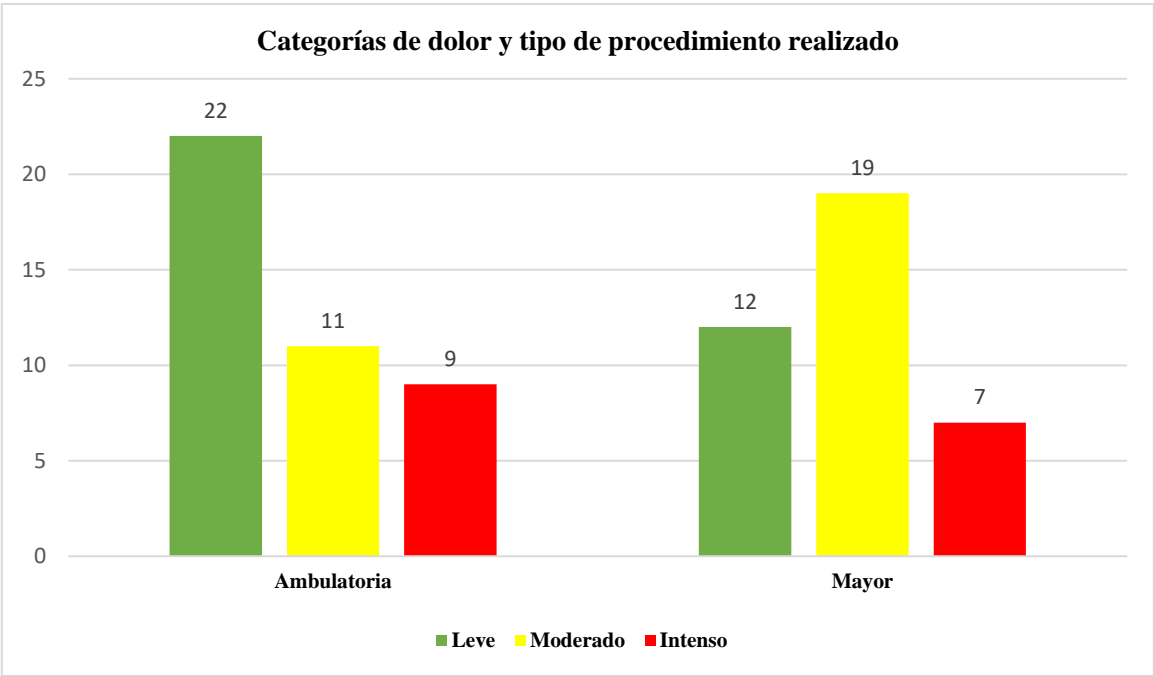
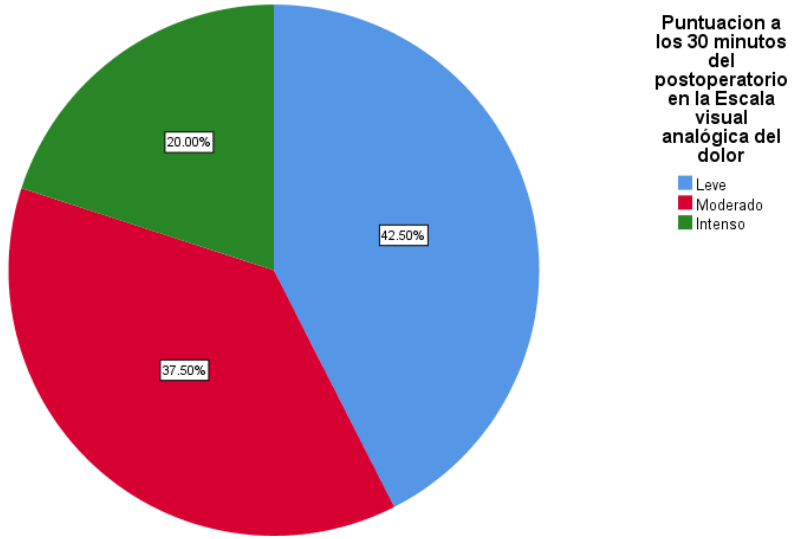


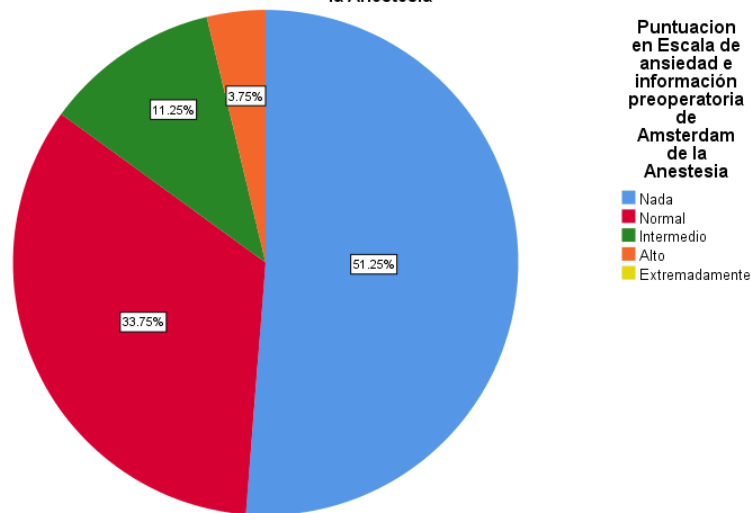
Gráfico circular Recuento de Puntuacion a los 30 minutos del postoperatorio en la Escala visual analógica del dolor



(Grafica 3)

Esta grafica de pastel representa la escala visual análoga del dolor y el porcentaje de paciente presentaron dolor de leve, moderado y severo según, obteniéndose un 42.5%, 20% y 37.5% respectivamente.

Gráfico circular Recuento de Puntuacion en Escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam de la Anestesia

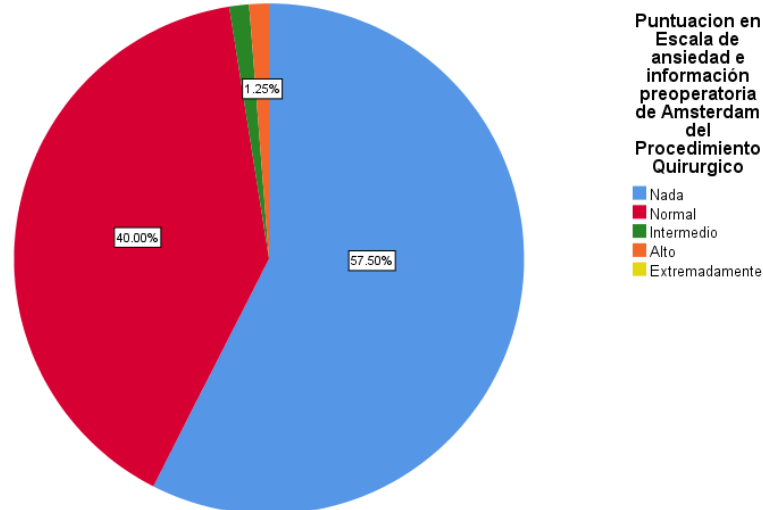


(Grafica 4)

Los resultados obtenidos por esta grafica representan el porcentaje de pacientes los cuales presentamos una puntuación en cuanto a la ansiedad relacionada con el procedimiento anestésico, obteniéndose varios porcentajes, 51.25% que referían no presentar algún tipo de ansiedad, 33.75% referían encontrarse normales respecto a la ansiedad de la anestesia, 11.25% refieren una ansiedad intermedia al

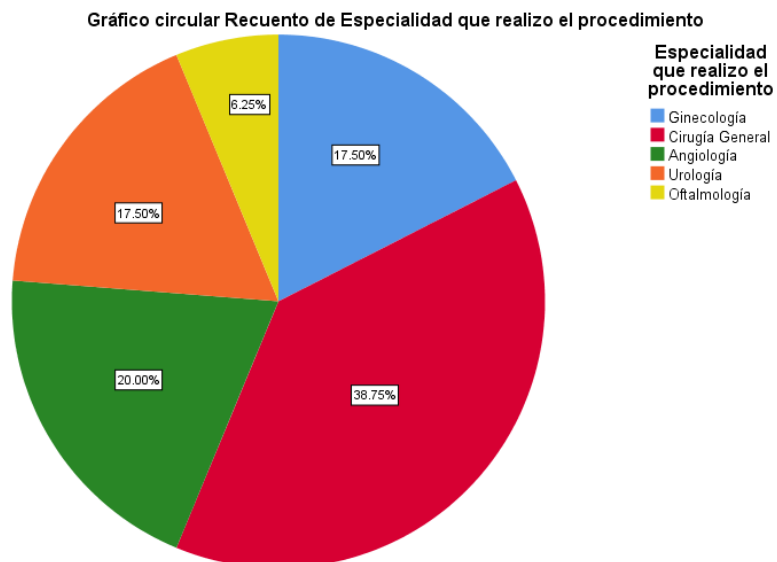
procedimiento anestésico, un 3.75% menciono un alta ansiedad relacionada con la anestesia, mientras que el 0% de los paciente refirió una ansiedad extrema.

Gráfico circular Recuento de Puntuacion en Escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam del Procedimiento Quirurgico



(Grafica 5)

Los resultados obtenidos por esta grafica representan el porcentaje de pacientes los cuales presentamos una puntuación en cuanto a la ansiedad relacionada con el procedimiento quirúrgico, obteniéndose varios porcentajes, 57.50% que referían no presentar algún tipo de ansiedad, 40% referían encontrarse normales respecto a la ansiedad de la cirugía, 1.25% refieren una ansiedad intermedia a la cirugía, y 0% de pacientes presentaron alta y extrema ansiedad respecto al procedimiento.



(Grafica 6)

Esta grafica representa el porcentaje de distribución según el tipo de procedimientos de las diferentes especialidades que llevan a cabo cirugías en el hospital, en este caso el 38.75 % de procedimientos tanto ambulatorios como cirugías mayores fueron de cirugía general, mientras que el 20% representa a procedimientos por angiología, 17.5% de procedimientos corresponden a ginecología y urología, y el 6.25% representa a procedimientos por parte de la especialidad de oftalmología.

Adicionalmente se realizaron pruebas estadísticas de chi cuadrada para determinar posibles asociaciones entre el grado de ansiedad por anestesia y procedimiento y el grado de dolor de los pacientes, las cuales no mostraron resultados estadísticamente significativos.

Con la finalidad de identificar una posible relación estadísticamente significativa entre la ansiedad medida en las escalas antes mencionadas y el dolor postoperatorio de los participantes se utilizó regresión múltiple.

Al analizar el coeficiente de determinación múltiple (R cuadrado) del modelo de regresión con las variables que formaron parte del estudio (edad, sexo, tipo de procedimiento, especialidad que realizó el procedimiento y valores obtenidos en las escalas), es fue posible apreciar, que, para la población analizada, el modelo planteado únicamente explica el 6.1% de los cambios en la variable respuesta (Tabla 5).

Tabla 5. Resumen del modelo de Regresión Múltiple

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	.302 _a	.091	.017	.756	.091	1.225	6	73	.304

a. Variables predictoras: (Constante), Tipo de Procedimiento, Especialidad que realizo el procedimiento, Anest, Proc, Edad del Paciente, Sexo del Paciente

Considerando lo anterior y al evaluar el efecto que cada variable ejerce sobre la variable de estudio, es posible apreciar que en ninguna se observó un efecto estadísticamente significativo (Tabla 6)

Tabla 6. Modelo de Regresión Múltiple

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95.0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	1.684	.508		3.314	.001	.671	2.696
Punt. Anest	.212	.108	.229	1.961	.054	-.003	.427
Punt, Proc	.047	.147	.037	.321	.749	-.245	.339
Edad del Paciente	.000	.005	-.009	-.081	.935	-.011	.010
Sexo del Paciente	.249	.184	.164	1.355	.179	-.117	.615
Esp. Del Proc.	-.111	.080	-.173	-1.391	.169	-.271	.048
Tipo de Proc.	-.274	.174	-.181	-1.573	.120	-.622	.073

a. Variable dependiente: Puntuacion a los 30 minutos del postoperatorio en la Escala visual analógica del dolor

DISCUSION

Los hallazgos encontrados en el presente estudio son gran importancia y relevancia ya que en el hospital general de zona 20, IMSS Puebla, no se encuentran registros que daten la importancia del control de la ansiedad del paciente y su relación con el dolor postquirúrgico. Se encontró que la población que se somete a un procedimiento quirúrgico ya sea ambulatorio o cirugía mayor suele realizarse más en mujeres ya que abarcan el 51.25% de la muestra, mientras que el porcentaje restante representa a los hombres. Se evidencia en los resultados que la mayor parte de los procedimientos realizados corresponden a los servicios de cirugía general y angiología, en los cuales van incluidos ambos procedimientos, tanto de cirugía mayor como ambulatorios.

El rango de edad estudiado va desde los 22 hasta los 83 años, se aplicaron diferentes escalas de medición para la ansiedad previo a los procedimientos y una escala de valoración del dolor, que es la escala visual análoga del dolor. Los resultados obtenidos en este estudio realizado en los pacientes del Hospital IMSS #20 se comparó con resultados obtenidos en otras publicaciones. Un estudio de cohorte realizado en el 2022 en publicado por la revista de Elsevier donde se observa el efecto de la ansiedad preoperatoria sobre el dolor posoperatorio en 30 pacientes sometidos cirugía electiva obteniendo resultados estadísticamente significativos, revelando que experimentaron alta ansiedad preoperatoria y un aumento significativo de dolor posoperatorio a las 2 h, 4 h, 6 h y 12 h con un valor de p de 0,012, 0,01, 0,001 y 0,002

respectivamente, afirma (Tadesse, 2022). Otro estudio realizado en el 2018 publicado por European Journal of Medical Research en el que se realizó una evaluación de la ansiedad preoperatoria y miedo a la anestesia mediante la puntuación APAIS, sus resultados de 499 pacientes estudiados se encontraron que la ansiedad de los pacientes sometidos a anestesia general eran significativamente más altas que las pacientes que fueron sometidos a anestesia regional ($p=0,029$) y que las subpuntuaciones de ansiedad de las mujeres eran significativamente mayor que los hombres ($p=0,001$), refiere (Celik, 2022).

Esta comparación realizada en los dos diferentes estudios, con una muestra de 30 pacientes y otro de 499, se realiza la equiparación con la nuestra que fue de 80 pacientes, en la cual no se observó una relación significativa entre la ansiedad preoperatoria y el dolor postquirúrgico, lo cual nos deja una incógnita en cuanto a que la probabilidad de que la cantidad de la muestra no haya sido la causa o haya ejercido influenciado en los resultados obtenidos.

CONCLUSION

Dentro de los resultados obtenidos y haciendo relación con los tipos de procedimientos, así como el sexo, la edad y el nivel de la ansiedad que se evaluó podemos relacionar por los resultados obtenidos, que independientemente del tipo de procedimiento, ya sea ambulatorio o de cirugía mayor se puede apreciar que según las escalas aplicadas y los resultados obtenidos, el dolor postquirúrgico no tuvo un impacto significativa cuando el paciente refería cierto grado de ansiedad relacionado tanto con el procedimiento quirúrgico como en la anestesia, obteniéndose porcentajes bajos en los grados de ansiedad entre leve o normal, ya que ninguno se refirió altamente o extremadamente ansioso. Dentro de las escalas de dolor se obtuvieron porcentajes mayormente bajos en la mayoría de los pacientes, se puede analizar con los resultados obtenidos que de los 80 pacientes en lo que se estudió el nivel de ansiedad por anestesia y procedimiento relacionándolos con la escala de dolor no mostraron resultados estadísticamente significativos. Lo que se puede corroborar es que los pacientes en su mayoría, presentaron bajos niveles de ansiedad y no presentaron dolor postquirúrgico, sin embargo, en los pocos pacientes cuyo nivel de ansiedad fue alto y mostraron un dolor postoperatorio moderado no permite establecer una adecuada correlación con estas dos variables, ya que al evaluar el efecto que cada variable ejerce sobre la variable de estudio, es posible apreciar que en ninguna se observó un efecto estadísticamente significativo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“Valoración preanestésica en el Hospital General de Zona No. 20, su relación con la ansiedad y el dolor postquirúrgico en pacientes de cirugía electiva.”

Grafica de Gantt

ACTIVIDAD/ MÊS	PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE		
Autorización por CIRELSIS	XX	XX	XX				
Recolección de la muestra				XX			
Análisis de datos					XX		
Trabajo preliminar						XX	

Presentación de tesis							XX
Publicación de tesis							XX

REFERENCIAS:

1. Tobias JD. Preoperative anesthesia evaluation. *Semin Pediatr Surg.* 2018 Apr 1;27(2):67–74.
2. Gloria Patricia López-Herranz D, Olga Gabriela Torres-Gómez D. *Revista Mexicana de Anestesiología* www.medigraphic.org.mx Variabilidad de la clasificación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos entre los anestesiólogos del Hospital General de México [Internet]. Vol. 40. Available from: <http://www.medigraphic.com/rma>
3. Indra I. Pre-Anesthesia Assessment and Preparation. *Budapest International Research in Exact Sciences (BirEx) Journal* [Internet]. 2020;2(2). Available from: www.bircu-journal.com/index.php/birex
4. Brown EN, Pavone KJ, Naranjo M. Multimodal general anesthesia: Theory and practice. *Anesth Analg.* 2018;127(5):1246–58.
5. Zwissler B. Preoperative evaluation of adult patients before elective, noncardiothoracic surgery: Joint recommendation of the German Society of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, the German Society of Surgery, and the German Society of Internal Medicine. *Anaesthesist.* 2019 Feb 1;68:25–39.
6. Cárdenas VHG, Vargas JG, Echeverri JE, Díaz SM, Méndez YM. Pre-anesthesia evaluation in patients with chronic renal disease (emphasis on cardiovascular risk). Vol. 41, *Revista Colombiana de Anestesiología. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE*; 2013. p. 139–45.
7. Stones J, Yates D. Clinical risk assessment tools in anaesthesia. Vol. 19, *BJA Education.* Elsevier Ltd; 2019. p. 47–53.
8. Wikinski JA. *Revista Argentina de Anestesiología* 2002 | 237 Criterios para la evaluación cardiopulmonar preoperatoria (Primera parte). Vol. 60, *Rev. Arg. Anest.* 2002.

9. Gómez Brenda DERF. Evaluación de la escala HAP tromboembólico (Padua modificada) vs escala de Padua y Caprini para la estimación de riesgo tromboembólico en pacientes hospitalizados en terapia intermedia de un hospital privado. *Med Int Méx* [Internet]. 2022;1:12–21. Available from: <https://doi.org/10.24245/mim.v38i1.4714>
10. Ulger G, Sazak H, Baldemir R, Zengin M, Kaybal O, Incekara F, et al. The effectiveness of ARISCAT Risk Index, other scoring systems, and parameters in predicting pulmonary complications after thoracic surgery. *Medicine (United States)*. 2022 Jul 29;101(30):E29723.
11. Abdulquadri Olawin AM, das Affiliations JM. Spinal Anesthesia Continuing Education Activity [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537299/?report=printable>
12. Ali A, Altun D, Oguz BH, Ilhan M, Demircan F, Koltka K. The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *J Anesth*. 2014;28(2):222–7.
13. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. Vol. 397, *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2021. p. 914–27.
14. Chand SP, Raman; Affiliations M. Anxiety Continuing Education Activity [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/?report=printable>
15. Celik F, Edipoglu IS. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score ISRCTN43960422 ISRCTN. *Eur J Med Res*. 2018 Sep 11;23(1).
16. Boonstra AM, Schiphorst Preuper HR, Reneman MF, Posthumus JB, Stewart RE. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2008 Jun;31(2):165–9.

17. Mohammad A, Arda A, Qaddumi J. Pre-operative anxiety correlation with post-operative pain level and analgesia consumption: A prospective cohort study. 2018.
18. Kunze S. EVALUACIÓN PREOPERATORIA EN EL SIGLO XXI. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017 Sep;28(5):661–70.
19. Tadesse M, Ahmed S, Regassa T, Girma T, Hailu S, Mohammed A, et al. Effect of preoperative anxiety on postoperative pain on patients undergoing elective surgery: Prospective cohort study. Annals of Medicine and Surgery. 2022 Jan 1;73.
20. Kayabasi S, Cayir S, Hizli O. The effects of intraday operation time on pain and anxiety of patients undergoing septoplasty. Braz J Otorhinolaryngol. 2021 May 1;87(3):310–4.

18. ANEXOS

“Valoración preanestésica en el Hospital General de Zona No. 20, su relación con la ansiedad y el dolor postquirúrgico en pacientes de cirugía electiva.”

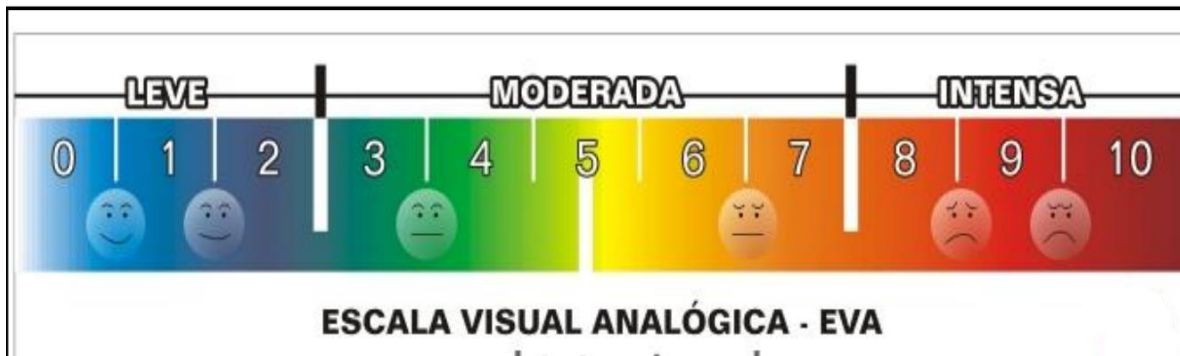
1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Escala de información y ansiedad preoperatoria de Ámsterdam (APAIS)							
	Nada	1	2	3	4	5	Extremadamente
1.- Estoy preocupado con relación al anestésico							
2.- El anestésico esta continuamente en mi mente.							
3.- Me gustaría saber lo máximo posible							

sobre el anestésico.							
4.- Estoy preocupado con el procedimiento.							
5.- El procedimiento esta continuamente en mi mente.							
6.-Me gustaría saber lo máximo posible sobre el procedimiento.							

“Valoración preanestésica en el Hospital General de Zona No. 20, su relación con la ansiedad y el dolor postquirúrgico en pacientes de cirugía electiva.”

2. ESCALA VISUAL ANALÓGICA



3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos)**

Nombre del estudio:	“Valoración preanestésica en el Hospital General de Zona No. 20, su relación con la ansiedad y el dolor postquirúrgico en pacientes de cirugía electiva”.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Puebla, Puebla. 2022
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Estimado derechohabiente, por este medio se le invita a participar en el presente estudio llamado Valoración preanestésica en el Hospital General de Zona No. 20, su relación con la ansiedad y el dolor después de la cirugía en pacientes de cirugía electiva, con el fin de relacionar el nivel de ansiedad que usted tenga durante la valoración preanestésica con el dolor que pueda llegar a presentar después de la cirugía.
Procedimientos:	Cuando usted llegue a su valoración preanestésica, se le tomaran sus datos personales, se le hará un interrogatorio dirigido, toma de signos vitales y medidas como peso, talla, IMC, también se le realizara un cuestionario relacionado con la ansiedad. El cuestionario consiste en una serie de preguntas enfocadas a como se siente usted antes de que la intervengan quirúrgicamente, y en caso de presentar ansiedad, ver la relación que tendrá esta con el dolor después de la cirugía.
Posibles riesgos y molestias:	Es un cuestionario en el que no intervendremos físicamente con usted por lo que durante este no presentara dolor o molestias algunas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con su apoyo y participación usted ayudará con una mejora en la atención médica de los pacientes que padecen algún trastorno de ansiedad o manifiesten niveles considerables de ansiedad a mejorar su manejo del dolor después de la cirugía.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si Usted quiere, al finalizar el estudio podremos contar con datos suficientes para poder informarle; si Usted así lo quiere, se le dará una copia de los resultados obtenidos, la cual deberá solicitarla con nosotros, los responsables del estudio. Para solicitar la información del mismo, solo requerimos de sus datos personales como nombre y número telefónico.

Participación o retiro:

Usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento en que lo decida, teniendo la seguridad de que no habrá ningún tipo de repercusión en los servicios que le brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social a Usted y a su familia. Seguirá recibiendo la atención necesaria.

Privacidad y confidencialidad:

Tenga Usted por seguro que mantendremos la confidencialidad y privacidad de sus datos que nos proporcionó. No daremos a conocer ni a publicar ningún dato personal si no es bajo su propia autorización. Solo nosotros y los responsables del estudio, tendremos acceso a sus datos personales, nadie más.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se revise mi laboratorio y/o expediente para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la información para este estudio y estudios futuros, conservando sus datos hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Jessica Carreño Caballero Médico Especialista En Anestesiología en Hospital General De Zona no. 20 correo: jecaca79@hotmail.com Matricula: 99374724

Colaboradores:

Investigador Metodológico:

Dra. Gregoria Lucia Cisneros Díaz Coordinadora Clínica de educación e investigación en Salud Hospital General de Zona No.23 Correo electrónico: lucyernega@gmail.com Matricula: 1162594

Dra. Guadalupe Alcázar Ramiro Médico Especialista en Anestesiología Hospital General de Zona #20 Correo electrónico: guadalupealcazarramiro@gmail.com Matricula: 98226020

Dra. Francia Lizeth Ramírez Griego. Médico residente de Anestesiología. Hospital General de Zona No. 20 Correo electrónico: francialrq@gmail.com Matricula: 97226752

Teléfono: 6621565592

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 21088 del H.G.Z. 20 del IMSS. Avenida Fidel Velázquez 4211, Col. Infonavit La Margarita, Puebla, Puebla, C.P.: 72560, correo electrónico: cei21088pue@gmail.com

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2



Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

5 CARTA DE NO INCONVENIENTE

 **GOBIERNO DE MÉXICO** 

DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN INSTITUCIONAL
Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20 "LA MARGARITA"
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Puebla, Puebla a 06 de Octubre de 2022.

Of N° 2010200200/ENS/1283/2022

A quien corresponda

Asunto: Carta de no inconveniente

Por medio de la presente le envío un cordial saludo e informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores:

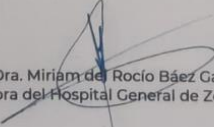
- Dra. Jessica Carreño Caballero. Investigador Responsable ante el IMSS. Médico No Familiar con especialidad en Anestesiología. Hospital General de Zona No. 20. Matrícula: 99374724.
- Dra. Gregoria Lucía Cisneros Díaz. Investigador Asociado. Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud. Hospital General de Zona No. 23. Matrícula 11625945.
- Dra. Rosa María Flores Alvarado. Investigador Asociado. Médico No Familiar con especialidad en Anestesiología. Hospital General de Zona No. 20. Matrícula 99229848
- Dra. Francia Lizeth Ramírez Griego. Investigador Asociado. Médico Residente de Anestesiología. Hospital general de zona No. 20. Matrícula 97226752.

Pueden llevar a cabo la investigación derivado del protocolo "Valoración preanestésica en el Hospital General de Zona No. 20, su relación con la ansiedad y el dolor postquirúrgico en pacientes de cirugía electiva."


Respetando en todo momento la privacidad y el resguardo de información del paciente apeándose a las buenas prácticas clínicas de investigación.

Sin otro particular, le reitero la seguridad de mis respetos.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social "


Dra. Miriam de Rocio Báez García
Directora del Hospital General de Zona No. 20

Avenida Fidel Velázquez No.4211 Unidad Habitacional La Margarita C.P 72560, Puebla, Puebla
Teléfono: (222) 2358977 www.imss.gob.mx

 **2022** *Ricardo Flores Magón*
Año de Magón
GOBIERNO DE LA ESTADIDAD DE PUEBLA