

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO

FACULTAD DE MEDICINA

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 1
QUERÉTARO**

TESIS:

Prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía ambulatoria en el HGR 1

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Médico Especialista en Anestesiología

PRESENTA:

Dra Clyo Ziomara Díaz Azpeitia

DIRIGIDA POR:

Dr. Alejandro Delgado Ibáñez

Médico adscrito al servicio de Anestesiología.

CO-DIRECTOR:

Dr. Villareal Ríos Enrique

SANTIAGO DE QUERÉTARO 2024

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO

FACULTAD DE MEDICINA

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE
PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL
REGIONAL No 1 QUERÉTARO**



TESIS:

Prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía ambulatoria en el HGR 1

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Médico Especialista en Anestesiología

PRESENTA:

Dra Clio Ziomara Díaz Azpeitia

DIRIGIDA POR:

Dr. Alejandro Delgado Ibáñez

Médico adscrito al servicio de Anestesiología.

CO-DIRECTOR:

Dr. Villareal Ríos Enrique

SANTIAGO DE QUERÉTARO 2024



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2201
H. ORAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 20 CI 22 014 020
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Miércoles, 06 de marzo de 2024

Doctor (a) Manuel Alejandro Delgado Ibañez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGIA AMBULATORIA EN EL HGR 1** 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-2024-2201-042

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


ULISES NAVARRETE SILVA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hoja de autorización de tesis:

Prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía ambulatoria en el HGR 1

Profesor titular del curso

Dr. Gerardo Enrique Bañuelos Díaz

Médico adscrito al servicio de anestesiología Hospital General Regional No.1
Querétaro

Director de tesis

Dr. Manuel Alejandro Delgado Ibañez

Médico adscrito al servicio de anestesiología Hospital General Regional No.1
Querétaro

Alumna

Dra. Clyo Ziomara Díaz Apeitia

Médico residente del servicio de anestesiología del Hospital General Regional
No.1 Querétaro

Director de enseñanza

Dr. Rafael Silva Olvera

Coordinador de educación en Salud e Investigación del Hospital General
Regional No.1 Querétaro

Dedicatorias

A mi mamá, papá y abues, que siempre fueron una luz durante este camino, gracias por su amor inigualable, sin ustedes esto no hubiera sido posible.

Agradecimientos

A mi asesor de tesis, el Doctor Ale Delgado, y maestro el Dr Bañuelos, gracias infinitas por compartir conocimientos y amor por esta especialidad.

Índice

I. MARCO TEÓRICO	10
Ansiedad.....	10
Ansiedad preoperatoria.....	11
Escala de medición	13
Escala APAIS.....	14
Cirugía ambulatoria	15
Colecistectomía Laparoscópica.....	15
Hernioplastia	16
II. JUSTIFICACIÓN	17
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
IV. OBJETIVOS.....	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos.....	19
V. HIPÓTESIS	20
Hipótesis de trabajo	20
Hipótesis alterna	20
Hipótesis nula	20
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
a.....	Tipo de estudio:
.....	21
b.....	Universo de estudio:
.....	21
d.....	Tamaño de la muestra:
.....	21
e.....	Criterios de selección:
.....	21
f.....	Definición de variables:
.....	22
g.....	Operacionalización de las variables:
.....	23
h.....	Desarrollo de estudio:
.....	24
i.....	Procesamiento de datos y aspectos estadísticos:
.....	25
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	25
VIII. RECURSOS PARA EL ESTUDIO	27
IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	28

X. RESULTADOS	29
XI. DISCUSIÓN	39
XII. CONCLUSIONES	40
XIII. BIBLIOGRAFÍA	41
XIV. ANEXO	44
Anexo 1. Hoja de recolección de Datos	44
Anexo 2. Consentimiento informado	45

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características población en estudio	29
Tabla 2. Grado IMC OMS	30
Tabla 3. Comórbidos	30
Tabla 4. Antecedentes quirúrgicos	30
Tabla 5. Tipo de cirugía	31
Tabla 6. Pregunta 1 ¿Estoy inquiet@ respecto a la anestesia de mi cirugía? (Puntuación del 1 al 5)	31
Tabla 7. Pregunta 2. Pienso continuamente en la anestesia de mi cirugía (Puntuación del 1 al 5)	33
Tabla 8. Pregunta 3. Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la anestesia de mi cirugía (Puntuación del 1 al 5)	34
Tabla 9. Pregunta 4. Estoy inquiet@ respecto a la intervención/cirugía (Puntuación del 1 al 5)	35
Tabla 10. Pregunta 5. Pienso continuamente en la intervención/cirugía (Puntuación del 1 al 5)	36
Tabla 11. Pregunta 6. Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la intervención/cirugía (Puntuación del 1 al 5)	37
Tabla 12. ¿El paciente presenta ansiedad preoperatoria? (Puntuación ≥ 11 puntos)	38

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Estoy inquieta respecto a la anestesia de mi cirugía (Puntuación del 1 al 5).....	32
Gráfica 2. Pienso continuamente en la anestesia de mi cirugía (Puntuación del 1 al 5).....	33
Gráfica 3. Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia de mi cirugía (Puntuación del 1 al 5)	35
Gráfica 4. Estoy inquiet@ respecto a la intervención/cirugía (Puntuación del 1 al 5).....	36
Gráfica 5. Pienso continuamente en la intervención/cirugía (Puntuación del 1 al 5).....	37
Gráfico 6. Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la intervención/cirugía (Puntuación del 1 al 5)	38
Gráfico 7. ¿El paciente presenta ansiedad preoperatoria? (Puntuación \geq11 puntos).....	39

RESUMEN

Antecedentes. La ansiedad preoperatoria es un estado de preocupación, nerviosismo y tensión que puede experimentar un paciente antes de someterse a una cirugía. Esta ansiedad puede tener un impacto significativo en la experiencia quirúrgica del paciente, afectando su bienestar emocional y físico, así como la eficacia del procedimiento quirúrgico.

Objetivo. Conocer la prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía ambulatoria: colecistectomía laparoscópica y hernioplastías en el Hospital General Regional #1 Querétaro.

Material y métodos. Estudio observacional, transversal, descriptivo de 120 pacientes mayores de 18 años, a quienes se realizó el cuestionario Escala de Información y Ansiedad Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS). Dentro de la recolección de datos: edad, sexo, peso, talla, IMC, antecedentes quirúrgicos, tipo de cirugía programada y tipo de anestesia programada, se realizó una base de datos, misma que se analizó en el programa SPSS Statistics v25 para Windows.

Resultados. De los 120 pacientes participantes, 76.6% presentó ansiedad preoperatoria.

Conclusiones. Se demostró la importancia de la evaluación de ansiedad preoperatoria, ya que más del 50% de los pacientes programados para cirugía ambulatoria en el Hospital General Regional #1 presentó ansiedad preoperatoria.

ABSTRACT

Background. Preoperative anxiety is a state of worry, nervousness, and tension that a patient may experience before undergoing surgery. This anxiety can have

a significant impact on the patient's surgical experience, affecting their emotional and physical well-being, as well as the effectiveness of the surgical procedure.

Objective. To determine the prevalence of preoperative anxiety in patients scheduled for outpatient surgery: laparoscopic cholecystectomy and hernioplasty at the Regional General Hospital #1 Querétaro.

Material and methods. This is an observational, cross-sectional, descriptive study of 120 patients over 18 years of age, who were given the Amsterdam Preoperative Information and Anxiety Scale (APAIS) questionnaire. Within the data collection: age, sex, weight, height, BMI, surgical history, type of scheduled surgery and type of scheduled anesthesia, a database was made, which was analyzed in the SPSS Statistics v25 program for Windows.

Results. Of the 120 participating patients, 76.6% had preoperative anxiety.

Conclusions. The importance of preoperative anxiety assessment was demonstrated, as more than 50% of patients scheduled for outpatient surgery at Regional General Hospital #1 presented preoperative anxiety.

I. MARCO TEÓRICO

Ansiedad

Proveniente del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción, es un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vive como una amenaza inminente y de causa indefinida. La ansiedad es una respuesta humana ante

situaciones de amenaza, o bien una respuesta fisiológica antes situaciones de estrés. Estos sentimientos suelen ir acompañados de tensión física y otros síntomas conductuales y cognitivos. Son difíciles de controlar, causan una angustia importante y pueden durar mucho tiempo si no se tratan. Los trastornos de ansiedad interfieren en las actividades de la vida cotidiana y pueden deteriorar la vida familiar, social y escolar o laboral de una persona. (OMS)

Ansiedad preoperatoria

La ansiedad preoperatoria es un estado de preocupación, nerviosismo y tensión que puede experimentar un paciente antes de someterse a una cirugía. Esta ansiedad puede tener un impacto significativo en la experiencia quirúrgica del paciente, afectando su bienestar emocional y físico, así como la eficacia del procedimiento quirúrgico. Por lo tanto, es importante identificar y abordar la ansiedad preoperatoria de manera efectiva para mejorar la experiencia del paciente y los resultados de la cirugía.

La cirugía tiende a incrementar la ansiedad, sin importar el tipo de operación. Alrededor del 80% de pacientes adultos sometidos a cirugía reportan ansiedad, debido a preocupación anticipada por dolor, separación de familiares, pérdida de la independencia, miedo al procedimiento quirúrgico y anestesia, la posibilidad de cambios corporales e incluso la muerte. (Pereira L, 2016)

La AP comienza con la planeación del tratamiento, e incrementa de forma gradual hasta alcanzar un pico al entrar a quirófano. El periodo preoperatorio es considerado como un evento estresante, desencadenando respuestas emocionales, cognitivas y fisiológicas en pacientes que esperan a su intervención, más de dos tercios de los pacientes reportan sentirse ansiosos. Durante este periodo, los pacientes están expuestos a situaciones estresantes que pueden incluso aumentar los niveles ya elevados de estrés. Revisiones a nivel mundial reportan una prevalencia estimada del 48%. Sin embargo, esta prevalencia parece variar acorde al tipo de cirugía, sexo y edad del paciente. (Ruíz Hernández, 2021)

Los cambios fisiopatológicos que produce la ansiedad son taquicardia, arritmias, hipertensión, ocasionando un aumento en el riesgo quirúrgico, mayor requerimiento de anestésicos, incremento de las complicaciones

postoperatorias como aumento del dolor postoperatorio, mayor incidencia de náusea y vómito postoperatorio, retraso en el proceso de recuperación y mayor tiempo de estancia hospitalaria. En adición, el volumen registrado de intervenciones quirúrgicas ha incrementado los últimos años. Acorde a un estudio publicado en el diario de la Organización Mundial de la Salud, se estima que 312.9 millones de cirugías fueron realizadas en el 2012, mientras que, en el 2004, fueron solo de 226.4 millones. Los procedimientos quirúrgicos son una parte importante del sistema de salud en muchos países del mundo. Por lo que resulta importante el adecuado abordaje en el periodo preoperatorio de la ansiedad en caso de que se presente, para evitar complicaciones en el proceso de recuperación. (Ruíz Hernández, 2021)

Diferentes estrategias han sido implementadas para reducir la ansiedad, tanto pacientes externos como hospitalizados, pero pocas han resultado exitosas, estas pueden ser farmacológicas o no farmacológicas. Las intervenciones más efectivas de la literatura actual son las que resultan en empatía y enfoque centrado en el paciente. A través de la empatía, concepto complejo, que carece de una definición consensuada, en la práctica clínica la comunicación empática ha sido vista como aquella en la que se aprecia las emociones y expresiones del paciente, haciendo que se sientan entendidos, respetados y validados. Este modelo centrado en el paciente incluye la exploración del motivo principal de consulta, preocupaciones, expectativa y necesidad de ser informado, así como necesidades emocionales y problemas de vida, integrando la comprensión en su totalidad de la persona, su mundo y su enfermedad. Los objetivos de este acercamiento empático se enfocan en la expresión de sus sentimientos y proveer apoyo psicológico e información entendible. Intervenciones exitosas incluyen responder sus preguntas de manera tranquila, en forma de apoyo y confidencial, con una atmosfera de privacidad, cuidado e inquietud por el mismo, sin juzgar y actitud respetuosa. Estas estrategias han demostrado reducir la ansiedad preoperatoria en pacientes hospitalizados. (Pereira L, 2016)

Los anestesiólogos prefieren intervenciones médicas, como el uso de benzodiazepinas. Las intervenciones no médicas requieren la colaboración de anestesiólogos, enfermeras y cirujanos. Muchos pacientes ansiosos sienten que

sus preocupaciones no son atendidas de manera clara, con información insuficiente, respeto inadecuado, y nula empatía. Estos factores aumentan la ansiedad del paciente y familiares. Las valoraciones previas, por el anestesiólogo, el cirujano, y las atenciones por enfermería, son indispensable para un buen desarrollo de la relación médico-paciente. (Zelma A, 2019)

Uno de los objetivos principales de la valoración preanestésica es disminuir el miedo y la ansiedad, ya demostrado en estudios previos. La visita preanestésica durante la hospitalización del paciente ocurre con mayor dificultad, debido a menor privacidad de la misma, o incapacidad del paciente por otras consultas preoperatorias. Además, se sabe que la tranquilidad del paciente justo antes de la cirugía es a menudo insuficiente para reducir la ansiedad. Se han comparado los niveles de ansiedad en pacientes que reciben la valoración a su llegada al hospital con pacientes que fueron valorados antes de su hospitalización, con hallazgos en los que la ansiedad preoperatoria es menor en este último grupo. (Miao C, 2019)

Brinda la oportunidad de asesorar y ofrecer información acerca de los riesgos y beneficios de las distintas técnicas anestésicas, incluyendo anestesia regional y general. Es el tiempo ideal para obtener firma para el consentimiento informado, crear un plan individualizado que considere las preferencias del paciente y cumpla las metas para su intervención. Durante esta visita, puede expresar miedos y ansiedad acerca del procedimiento anestésico, y resolver dudas. Los niveles de ansiedad disminuyeron posterior a la consulta preanestésica. (Raghavan G, 2021)

Escalas de medición

La planeación es necesaria, desde intervenciones no farmacológicas a farmacológicas instauradas al determinar los niveles de ansiedad, lo que debería ser un elemento rutinario del cuidado preoperatorio. En el abordaje de la ansiedad, es fundamental determinar el nivel, utilizando escalas psicométricas. Distintas variables deben tomarse en consideración su fiabilidad y precisión, el objetivo de la valoración, la edad y el estado clínico, así como el tipo de intervención que se planea. Hay métodos estandarizados y confiables que pueden usarse para la evaluación de la ansiedad preoperatoria en pacientes

programados, como el cuestionario STAI (the State Trait Anxiety Inventory), escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS (the Hospital Anxiety and Depression Scale), escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam APAIS (the Amsterdam, Preoperative Anxiety and Information Scale), y la escala Visual Analoga VAS (Visual Analogue Scale), cada una con sus ventajas y limitaciones. (Zelma A, 2019)

Varios de ellos no son prácticos para usarlos, pudiendo ser un desperdicio de tiempo en el periodo preoperatorio por preguntas no específicas. En 1996, Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) se desarrolló como un método práctico para su implementación. La ansiedad preoperatoria de pacientes programados puede evaluarse utilizando test APAIS. (Celik F, 2018)

Escala APAIS

La escala APAIS es una escala validada, diseñada para pacientes en el periodo preoperatorio, ha demostrado validez y confiabilidad. Se compone de seis preguntas que se responden en una escala de 5 puntos para cada pregunta donde 1 es absolutamente no y 5 representa el mayor puntaje. De estas seis preguntas, cuatro evalúan la ansiedad (4 a 20) y dos preguntas hacen referencia a la necesidad de información (puntuación total de 2 a 10). Integrada por los siguientes ítems:

- 1) Estoy inquieto con respecto a la anestesia
- 2) Pienso continuamente en la anestesia
- 3) Me gustaría recibir información lo más completa con respecto a la anestesia
- 4) Estoy inquieto con respecto a la intervención
- 5) Pienso continuamente en la cirugía
- 6) Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la intervención

Las dos primeras se relacionan con la ansiedad por la anestesia, la 4 y 5 con ansiedad por cirugía, y la suma se considera como ansiedad preoperatoria que puede variar de 4 a 20 puntos, se consideran pacientes ansiosos quienes

presentan puntajes iguales o mayores a 11. Los ítems 3 y 6 se refieren a la información de anestesia y cirugía respectivamente, dando una puntuación total entre 2 y 10, pacientes con puntajes iguales o mayores a 5 puntos requirieron información adicional. Las respuestas se evalúan con escala tipo Likert del 1 al 5; uno significa no en lo absoluto y 5 totalmente. (Celik F, 2018)

Cirugía ambulatoria

Una cirugía ambulatoria, es una intervención electiva en la que se espera que el paciente ingrese al hospital, se realice y vuelva a casa el mismo día, cuando se descubre de la unidad de cuidados posanestésicos. Dentro de los beneficios de la cirugía ambulatoria se encuentran una pronta recuperación, retorno a la vida laboral en menor tiempo, menor costo intrahospitalario, disminuye el riesgo de infecciones, menor morbimortalidad y mayor satisfacción de los pacientes.

La cirugía ambulatoria reduce los tiempos de espera, involucra al paciente y su entorno familiar, promueve el cuidado individualizado y humanizado, promoviendo una pronta recuperación y rehabilitación. A pesar de todas las ventajas ya mencionadas, la cirugía ambulatoria representa un momento crítico, desencadenando ansiedad en el paciente y familiares, no solo por la intervención quirúrgica, sino al miedo a lo desconocido. Incluso si se trata de una cirugía menor, el aumento en los niveles de ansiedad es evidente y con impacto en los resultados. (Pereira L, 2016)

Colecistectomía Laparoscópica

La vía biliar constituye un problema quirúrgico frecuente, los cálculos en la vía biliar es una de las causas más importantes de enfermedad inflamatoria ya sea aguda o crónica. Colecistitis es una condición asociada a inflamación. Más de 20 millones de personas en los Estados Unidos han reportado cálculos de la vía biliar. La incidencia en estudios previos ha sido de hasta 7.5% en Turquía. Hoy en día, más del 93% de las colecistectomías se realizan por laparoscopia. (H, 2021)

La cirugía laparoscópica, es una intervención mínimamente invasiva, la cual ha remplazado la cirugía abierta tradicional. Dentro de sus ventajas está, tamaño de la incisión menor, disminución de la manipulación del sistema digestivo, decremento del dolor postoperatorio y complicaciones de mala cicatrización. A

pesar de esto, la cirugía laparoscópica puede causar ansiedad en los pacientes. Múltiples estudios han demostrado que este tipo de intervenciones reducen los días de estancia hospitalaria, con pronta recuperación si se compara con cirugías abiertas. . (L, 2013)

Hernioplastia

Por definición, una hernia es una protrusión de un órgano u otra estructura anatómica a través de la pared del tronco que normalmente lo contiene. Las hernias de la región inguinal se pueden clasificar en inguinales (directas o indirectas) y femorales. Es un problema frecuente en todo el mundo. El riesgo de por vida es, aproximadamente, del 3% entre las mujeres y del 27% entre los hombres. Este riesgo aumenta con la edad y se ha comunicado una incidencia máxima en hombres de 60 años. A pesar de que muchos pacientes con este tipo de hernia permanecen asintomáticos, la encarcelación y el estrangulamiento intestinales son complicaciones graves y potencialmente mortales. (Sarosi, 2016)

Es importante conocer la prevalencia de ansiedad preoperatoria en el HGR1, para determinar la magnitud del problema y diseñar estrategias de intervención adecuadas.

Para llevar a cabo el protocolo de prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía ambulatoria en el HGR 1, se debe considerar lo siguiente:

1. Selección de la muestra: Se seleccionará una muestra representativa de pacientes programados para cirugía ambulatoria en el HGR 1, teniendo en cuenta factores como la edad, sexo, peso, talla, IMC, antecedentes quirúrgicos, comorbilidades, cirugía realizada, tipo de anestesia, entre otros.
2. Instrumento de medición: Se utilizará un cuestionario validado para evaluar la ansiedad preoperatoria en los pacientes, la escala de información y ansiedad preoperatoria de Ámsterdam APAIS.
3. Evaluación de la ansiedad: Se realizará una evaluación de la ansiedad preoperatoria en los pacientes utilizando el cuestionario seleccionado, antes de

la cirugía. Se considerará como ansiedad puntuaciones por arriba de 11 puntos en APAIS.

4. Análisis de datos: Se analizarán los datos obtenidos a partir de la evaluación de la ansiedad preoperatoria, utilizando estadísticas descriptivas y analíticas para determinar la prevalencia de la ansiedad en los pacientes programados para cirugía ambulatoria en el HGR 1.
5. Diseño de estrategias de intervención: Con base en los resultados obtenidos, se diseñarán estrategias de intervención para abordar la ansiedad preoperatoria en los pacientes, como sesiones de información preoperatoria, terapia de relajación, apoyo emocional, entre otras.

En resumen, el protocolo de prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía ambulatoria en el HGR 1 es un paso importante para identificar y abordar este problema de manera efectiva, con el objetivo de mejorar la experiencia quirúrgica de los pacientes y los resultados de la cirugía.

II. JUSTIFICACIÓN

La ansiedad preoperatoria es uno de los problemas más importantes en pacientes prequirúrgicos. Resulta particularmente importante ya que repercute en todas las fases del procedimiento anestésico, desde la valoración preoperatoria, inducción, mantenimiento, emersión y periodo de recuperación. Se ha visto una correlación estrecha con fluctuaciones en la respuesta simpática, aumento en los requerimientos de anestésicos, mayor incidencia de náusea y vómito postoperatorio, así como mayor dolor en el periodo de recuperación.

Al ser un problema frecuente en este tipo de pacientes, y con gran impacto en diferentes fases de la anestesia, no existe hasta el momento un apartado en la valoración preoperatoria donde se apliquen test para determinar si existe o no ansiedad preoperatoria en el paciente programado, y si es así determinar el nivel de esta. Incluso el no contar con un servicio de valoración preanestésica en el HGR 1, puede ser una condición que incremente los niveles de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugías ambulatorias.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia de ansiedad preoperatoria se ha reportado entre 60 y 80% y en la bibliografía médica mexicana 76%. Se asocia a diversos factores como tipo de cirugía, grado de información, experiencias previas y sexo femenino. La ansiedad se considera predictor de dolor postoperatorio y se ha demostrado correlación positiva con la intensidad de este síntoma y el consumo de analgésicos. La medicación ansiolítica puede mejorar significativamente la satisfacción del paciente al disminuir los niveles de percepción de malestar y contribuye a mejorar la seguridad al reducir los episodios vasovagales. (Hernández, 2016)

La educación preoperatoria juega un papel importante en la recuperación, aunque hay controversia en diversos grupos de edad, nivel educativo y estado emocional. Cuando el anestesiólogo proporciona más información sobre el procedimiento anestésico, se presentará menor ansiedad. Aunque cabe mencionar que existe un grupo de pacientes que prefiere no solicitar más información porque incrementa el temor a la cirugía y por tanto el nivel de ansiedad.

La elaboración del proyecto permitirá conocer la proporción de pacientes que cursan con ansiedad preoperatoria en cirugías programadas, dando pauta en un futuro a intervenciones que nos ayuden a disminuirla, mejorando la atención médica de manera integral.

El protocolo presentado es factible de realizar en el HGR 1 Querétaro, ya que mes con mes, se realizan aproximadamente 30 colecistectomías laparoscópicas, cuenta con el equipo necesario para realizar este tipo de intervenciones.

La realización de este no requiere mayor personal ni gasto adicional para el HGR 1.

En la valoración preanestésica, es primordial identificar a los pacientes con ansiedad, para mejorar y disminuir factores que la provocan, no es frecuente el ingreso del paciente sin información suficiente sobre el procedimiento anestésico, generando mayor ansiedad. Es por eso que se plantea la pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de la ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía ambulatoria: Colectectomía laparoscópica, Hernioplastia en el Hospital General Regional #1?

IV. OBJETIVOS

Objetivo general

Estimar la prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía ambulatoria en el Hospital General Regional #1, Querétaro.

Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía laparoscópica ambulatoria del HGR 1 con la escala APAIS.

Determinar la prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para hernioplastia ambulatoria del HGR 1 con la escala APAIS.

V. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

- Existe una prevalencia del 50% o mayor, de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía laparoscópica ambulatoria en el Hospital General Regional #1 Querétaro.
- Existe una prevalencia del 50% o mayor, de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para hernioplastia ambulatoria en el Hospital General Regional #1 Querétaro.

Hipótesis alterna

- Existe una prevalencia mayor del 50% de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para colecistectomía laparoscópica ambulatoria en el Hospital General Regional #1 Querétaro.
- Existe una prevalencia mayor del 50% de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para hernioplastía ambulatoria en el Hospital General Regional #1 Querétaro.

Hipótesis nula

- La prevalencia de ansiedad preoperatoria es igual o menor del 50% en pacientes programados para colecistectomía laparoscópica ambulatoria en el Hospital General Regional #1 Querétaro.
- La prevalencia de ansiedad preoperatoria es igual o menor del 50% en pacientes programados para hernioplastía ambulatoria en el Hospital General Regional #1 Querétaro.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

- a. **Tipo de estudio:** transversal, observacional y descriptivo.
- b. **Universo de estudio:** Pacientes provenientes de cirugía ambulatoria, programadas para colecistectomía laparoscópica, hernioplastia, del Hospital General Regional #1 durante un periodo de 1 mes que cumplan con los criterios de inclusión y acepten realizar la encuesta APAIS.
- c. **Tipo de muestreo:** no probabilístico, intencional.
- d. **Tamaño de la muestra:** Todos los pacientes provenientes de cirugía ambulatoria, programadas para colecistectomía laparoscópica, hernioplastia del Hospital General Regional #1 considerando aproximadamente 15 pacientes programados por semana, al mes se tendría un total de 60 pacientes para cada tipo de intervención.

Se hará uso de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

N = Total de la población (60)

Z = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (0.5)

q = 1 – p (0.5)

d = precisión (un 5%=0.05)

Obteniéndose un total de 52 pacientes para cada tipo de intervención. De manera que, 52 pacientes programados para colecistectomía laparoscópica y 52 pacientes programados para hernioplastía.

e. Criterios de selección:

◆ *Criterios de inclusión*

- Pacientes mayores de edad programados para colecistectomía laparoscópica, hernioplastia en un periodo de 1 mes
- Pacientes que deseen participar en el estudio con protocolo quirúrgico completo y firma de consentimiento informado

◆ *Criterios de exclusión*

- Pacientes menores de edad
- Negativa del paciente

- Pacientes que requieran hospitalización posterior al evento quirúrgico
- Pacientes con protocolo prequirúrgico incompleto
- Pacientes con antecedente de trastorno depresivo-ansioso con/sin tratamiento
- Paciente con test APAIS incompleto
- Pacientes con retraso mental, enfermedad Alzheimer, demencia, trastornos psiquiátricos
- Pacientes ASA IV-V
- ◆ *Criterios de eliminación*
- Pacientes que no desean participar en protocolo de investigación

f. Definición de variables:

- Escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam. Paciente sin ansiedad preoperatoria puntuación menor a 11 puntos y con ansiedad preoperatoria puntuación mayor o igual a 11 puntos.
- Antecedentes quirúrgico-anestésicos previos: cirugía o anestesia realizada previo a la intervención quirúrgica programada.
- Comorbilidades: presencia de enfermedades, estén o no bajo tratamiento médico.
- Toxicomanías: Uso de drogas ilícitas, bebidas alcohólicas o medicamentos de venta con receta o venta libre, con fines diferentes a los destinados.
- Edad: tiempo vivido por una persona contando desde su nacimiento, se expresa en años.
- Sexo: Condición orgánica que hace referencia a características biológicas y fisiológicas definen a los hombres y mujeres.
- Índice de Masa Corporal IMC: medida de asociación entre el peso y talla de una persona.
- Peso: Indicador global de la masa corporal, se expresa en kilogramos.
- Talla: distancia normalmente medida desde el talón hasta la parte superior de la cabeza, expresada en centímetros.
- Tipo de cirugía: tipo de cirugía a la que el paciente será sometido.
- Tipo de anestesia: tipo de anestesia a la que el paciente será sometido.
- Escala verbal análoga (EVERA): escala utilizada para evaluar el nivel de dolor.

g. Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo de Variable	Escala	Estadística
Escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam	Cualitativa	1: sin ansiedad (<11 puntos) 2: con ansiedad (>11 puntos)	Frecuencia y porcentaje
Antecedentes quirúrgico-anestésicos previos	Cualitativa ordinal	1: Sí 2: No	Frecuencia y porcentaje
Comorbilidades	Cualitativa ordinal	1: Sí 2: No	Frecuencia y porcentaje
Toxicomanías	Cualitativa ordinal	1: Sí 2: No	Frecuencia y porcentaje
Edad	Cuantitativa	Años	Media, DE
Sexo	Cualitativa nominal	1: Masculino 2: Femenino	Frecuencia y porcentaje
Índice de Masa Corporal	Cualitativa ordinal	1: Bajo peso (<18.5) 2: Normal (18.5 - 24.9) 3: Sobrepeso (>24.9 - 29.9) 4: Obesidad grado 1 (30-34.9) 5: Obesidad grado 2 (35-39.9) 6: Obesidad grado 3 (>40)	Frecuencia y porcentaje
Peso	Cuantitativa continua	Kilogramos	Frecuencia y porcentaje

Talla	Cuantitativa continua	Centímetros	Frecuencia y porcentaje
Tipo de cirugía	Cualitativa nominal	1: Colecistectomía laparoscopica 2: Hernioplastia	Frecuencia y porcentaje
Tipo de anestesia	Cualitativa nominal	1: Anestesia General 2: Anestesia Regional	Frecuencia y porcentaje

h. **Desarrollo de estudio:** Una vez aprobado por los comités correspondiente, se revisarán programaciones quirúrgicas de quirófanos centrales y poniente en turno matutino, vespertino y nocturno, todos los pacientes provenientes de cirugía ambulatoria, programados para colecistectomía laparoscópica, hernioplastia del Hospital General Regional #1 durante un periodo de 4 meses. El tamaño de la muestra obtenido en un periodo de 4 meses, pacientes provenientes de cirugía ambulatoria. A su llegada al área de quirófano, pacientes programados con protocolo prequirúrgico completo para: colecistectomía laparoscópica, hernioplastias, serán incluidos en el estudio, siempre y cuando se cuente con su consentimiento. Se explicará objetivo y potenciales beneficios del estudio, con firma de consentimiento informado, se entregará una hoja con recolección de datos, se realizará previo a la valoración preanestésica, test Ámsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale 2017, tiempo estimado de 15 a 20 minutos. Posterior a la intervención quirúrgica, en el área de recuperación una vez que alcance Aldrete 10, se realizará escala verbal análoga EVE-RA para determinar intensidad de dolor post operatorio, esta escala, es una escala descriptiva verbal de la intensidad del dolor, pudiendo ser: ausente, leve, moderado y severo. Una vez recolectada la muestra total, en el periodo de 4 meses, se integrarán en una base datos electrónica.

- i. **Procesamiento de datos y aspectos estadísticos:** Los datos obtenidos se someterán a su análisis estadístico mediante el software SPSS Statistics v25 para Windows. Se obtendrán las medidas correspondientes a estadística descriptiva: media, mediana, frecuencias, porcentajes y desviación estándar.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apegará a lo establecido en:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art.4.
- Manual de organización del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Artículo del Consejo de Salubridad General del 23 de diciembre de 1981, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 25 de enero de 1982, que crea las comisiones de investigación y ética en los establecimientos donde se efectúa una investigación Biomédica.
- Decreto Presidencial del 8 de junio de 1982 publicado en Diario Oficial de la Federación del 4 de agosto de 1982, que establece la formación de comisiones de Bioseguridad en las instituciones donde se efectúen investigaciones que utilicen radiaciones o trabajo en procedimientos de ingeniería genética.
- Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Poder Ejecutivo Federal Parte II, apartados 7.4 y 8.12 parte III, apartado 10.2.
- LEY GENERAL DE SALUD. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.
- TEXTO VIGENTE. Última reforma publicada DOF 05-08-2011.
- Ley General de Salud; Artículo 2º, Fracción VII, Artículo 3º, Fracción Título quinto, capítulo único, artículo 96 al 103.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación del H. Consejo Técnico, acuerdo No.1516/84 del 20 de junio de 1994.

- DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MEDICA MUNCIAL.
- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
- 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964.
- 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975.
- 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983.
- 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, septiembre 1989.
- 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 y la 52ª Asamblea General de Edimburgo, Escocia, octubre 2000.
- Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.
- Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.
- 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal (artículo 113), que desarrollará la investigación de conformidad con un protocolo (artículo 115), estando encargado de la dirección técnica del estudio y con las atribuciones señaladas (artículo 116), siendo el quién seleccione a los investigadores asociados (artículo 117), así como al personal técnico y de apoyo (artículo 118), teniendo la responsabilidad, al término de la ejecución de la investigación, de presentar al comité de investigación de la institución de atención a la salud un Informe técnico (artículo 119), pudiendo publicar informes parciales y finales del estudio (artículo 120). Se protegerá la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente un folio de números consecutivos; y así se guardará en la hoja de recolección de datos, la cual a su vez se vaciará en una hoja de cálculo de Excel para facilitar su análisis. La base de datos original quedará resguardada por el investigador principal y los asesores de tesis. Al ser únicamente manejada la información de los pacientes con números de folio consecutivos en ningún momento se tendrán sus datos personales. Esta hoja de cálculo estará en la computadora personal del investigador principal y solo tendrán acceso a ella el investigador principal y los asesores de tesis. Los resultados se darán a conocer, sin hacer referencia a

ningún caso particular, en forma de tesis de titulación del investigador principal y quedara como tal impreso en la biblioteca del HGR No.1. La selección de los expedientes de los pacientes en estudio será de manera discrecional y cuando cuenten con los criterios de inclusión.

VIII. RECURSOS PARA EL ESTUDIO

RECURSOS HUMANOS:

Tesista: Dra Cloyo Ziomara Díaz Azpeitia

Médico residente de segundo año de la especialidad en anestesiología. Tesista responsable del proyecto. Estará a cargo de la obtención de datos, así como análisis e interpretación de resultados.

Investigador responsable: Dr Alejandro Delgado Ibañez

Director de tesis. Encargado de asesorar y supervisar el proyecto, análisis, resultados, discusión y conclusiones de proyecto de investigación.

INFRAESTRUCTURA:

Área de quirófanos central y poniente del Hospital General de Zona #1 en las cuales se realizarán las intervenciones previamente mencionadas.

RECURSOS MATERIALES:

- Hojas blancas
- Bolígrafos
- Fotocopias
- Computadora portátil
- Programa Excel

RECURSOS FINANCIEROS: No se requieren.

X. RESULTADOS

Durante el estudio se realizó el análisis de 120 pacientes programados para cirugía ambulatoria, de los cuales 60 fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica y 60 a hernioplastías en el Hospital General Regional #1, en un periodo de 4 meses. La edad media de los pacientes incluidos en el estudio fue de 40 años, con un mínimo de 22 años y un máximo de 67 años.

El promedio de peso de los pacientes incluidos fue de 67.7 kg, siendo el peso mínimo de 50 kg y máximo 90 kg, el 44.2% con IMC normal, el 35.8% sobrepeso y 18.3% obesidad grado 1 acorde a la clasificación de IMC de la OMS.

Tabla 1. Características población en estudio

Características	Promedio (n=120)	IC 95%	
		Inferior	Superior
Edad	40.22	38.22	42.22
Peso	67.71	65.76	69.66
Talla	161.91	160.33	163.49
IMC	25.89	25.15	26.63

La talla promedio de pacientes evaluados fue de 161 cm, la talla mínima 150 cm y la talla máxima 182 cm.

Tabla 2. Grado IMC OMS

IMC	Frecuencia	Promedio (n=120)	IC 95%	
			Inferior	Superior
Bajo	2	1.7	0.0	4.0
Normal	53	44.2	35.3	53.1
Sobrepeso	43	35.8	27.2	44.4
Obesidad I	22	18.3	11.4	25.2
Obesidad II	0	0	0.0	0.0
Obesidad III	0	0	0.0	0.0
Total	120	100	100.0	100.0

Referente al grado de IMC por la OMS, la tabla 2 presenta bajo peso con 1.7%, 44.2% con un peso normal, 35.8% con sobrepeso, 18.3% con obesidad tipo 1.

Tabla 3. Comórbidos

Comorbilidades	Frecuencia	Promedio (n=120)	IC 95%	
			Inferior	Superior
Sí	49	40.8	31.9	49.7
No	71	59.2	68.1	50.3

La tabla 3, referente a comórbidos, el 40.8% de los pacientes presentaron alguna comorbilidad, y el 59.2% de ellos no.

Tabla 4. Antecedentes quirúrgicos

		IC 95%

Antecedente quirúrgico	Promedio (n=120)	Inferior	Superior
Sí	50.0	40.9	59.0
No	50.0	59.1	41.0

En la tabla 4, sobre antecedentes quirúrgicos en pacientes estudiados, el 50 % sí presentaba antecedente de cirugías previas y el 50 % no se sometió a cirugías previas.

Tabla 5. Tipo de cirugía

Tipo de cirugía	Promedio (n=120)	IC 95%	
		Inferior	Superior
Colecistectomía laparoscópica	50.0	40.9	59.0
Hernioplastía	50.0	59.1	41.0

Respecto al tipo de cirugía programada en pacientes evaluados, en la tabla 5 se observa que para colecistectomía laparoscópica se programaron 50% de los pacientes, y 50% para hernioplastías.

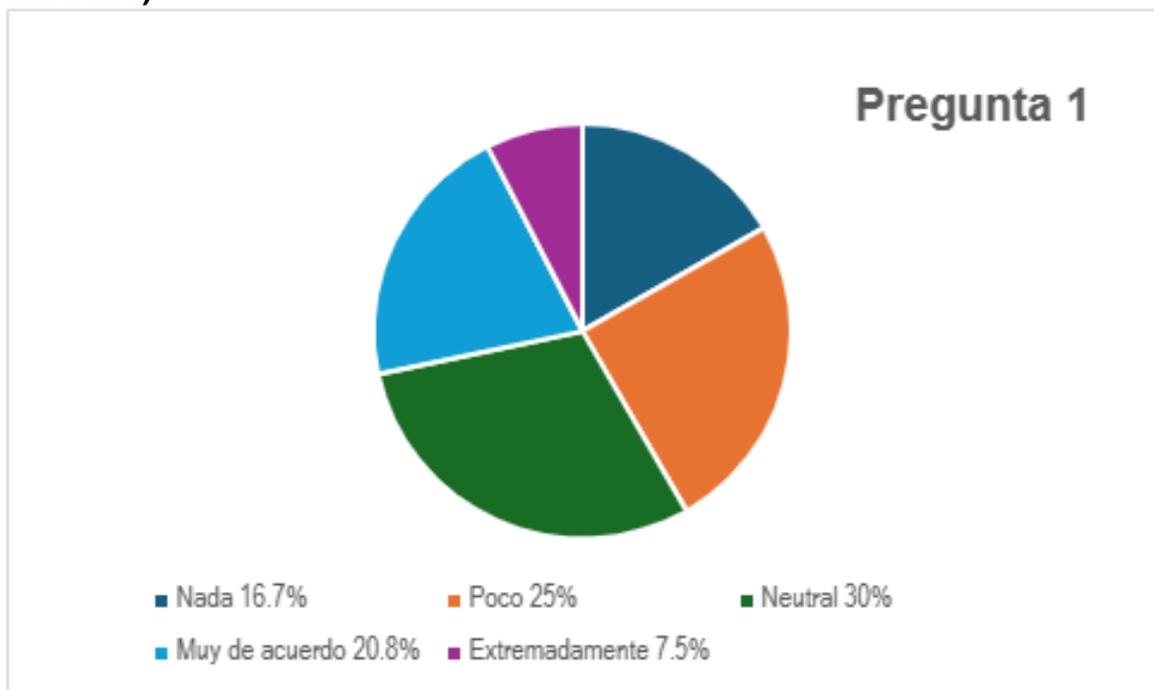
ESCALA DE ANSIEDAD E INFORMACIÓN PREOPERATORIA DE ÀMSTERDAM APAIS

Tabla 6. Pregunta 1 ¿Estoy inquiet@ respecto a la anestesia de mi cirugía? (Puntuación del 1 al 5)

Estoy inquieta respecto a la	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior

anestesia de mi cirugía				
Nada	20	16.7	10.0	23.4
Poco	30	25.0	17.3	32.7
Neutral	36	30.0	21.8	38.2
Muy de acuerdo	25	20.8	13.5	28.1
Extremadamente	9	7.5	2.8	12.2

Gráfica 1. Estoy inquieta respecto a la anestesia de mi cirugía (Puntuación del 1 al 5)

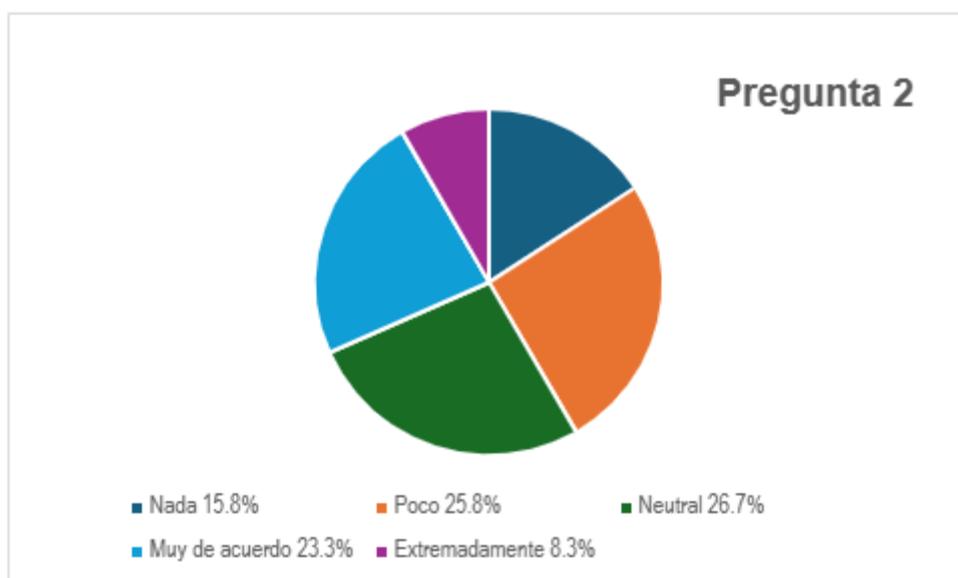


En la tabla 6 y gráfica 1, con la pregunta “Estoy inquieta respecto a la anestesia de mi cirugía” con una puntuación del 1 al 5, el 16.7% presentó una puntuación de 1 o nada, el 25% una puntuación de 2 o poco, el 30% una puntuación de 3 o neutral, el 20.8% 4 o muy de acuerdo y el 7.5% una puntuación de 5 o extremadamente.

Tabla 7. Pregunta 2. Pienso continuamente en la anestesia de mi cirugía (Puntuación del 1 al 5)

Pienso continuamente en la anestesia de mi cirugía	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Nada	19	15.8	9.3	22.3
Poco	31	25.8	18.0	33.6
Neutral	32	26.7	18.8	34.6
Muy de acuerdo	28	23.3	15.7	30.9
Extremadamente	10	8.3	3.4	13.2

Gráfica 2. Pienso continuamente en la anestesia de mi cirugía (Puntuación del 1 al 5)



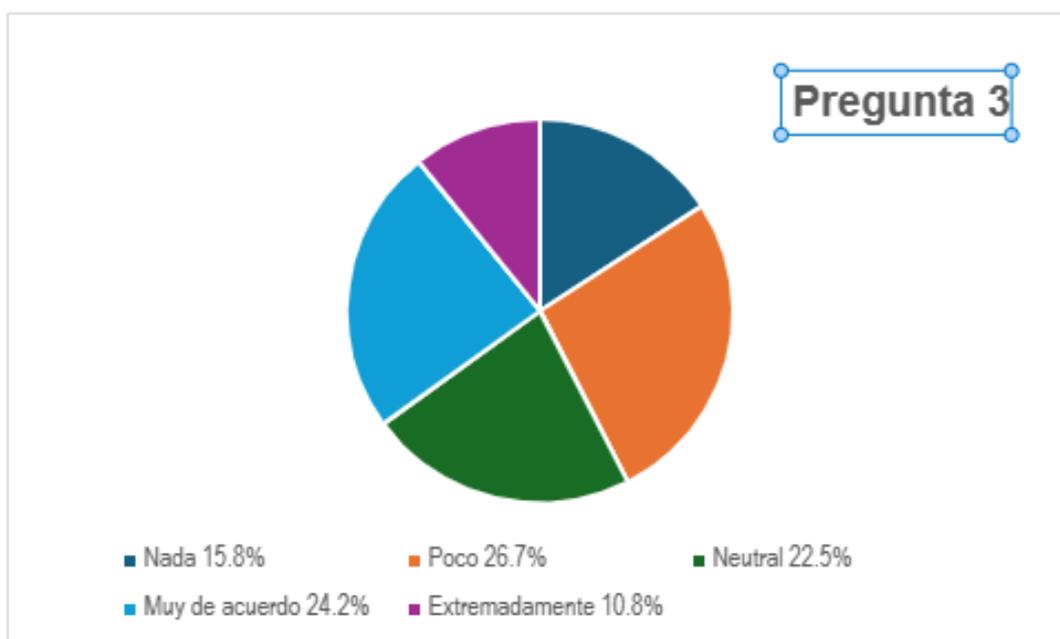
En la tabla 7 y gráfica 2, con la pregunta "Pienso continuamente en la anestesia de mi cirugía" con una puntuación del 1 al 5, el 15.8% presentó una puntuación de 1 o nada, el 25.8% una puntuación de 2 o poco, el 26.7% una puntuación de

3 o neutral, el 23.3% 4 o muy de acuerdo y el 8.3% una puntuación de 5 o extremadamente.

Tabla 8. Pregunta 3. Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la anestesia de mi cirugía (Puntuación del 1 al 5)

Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia de mi cirugía (1 al 5)	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Nada	19	15.8	9.3	22.3
Poco	32	26.7	18.8	34.6
Neutral	27	22.5	15.0	30.0
Muy de acuerdo	29	24.2	16.5	31.9
Extremadamente	13	10.8	5.2	16.4

Gráfica 3. Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia de mi cirugía (Puntuación del 1 al 5)

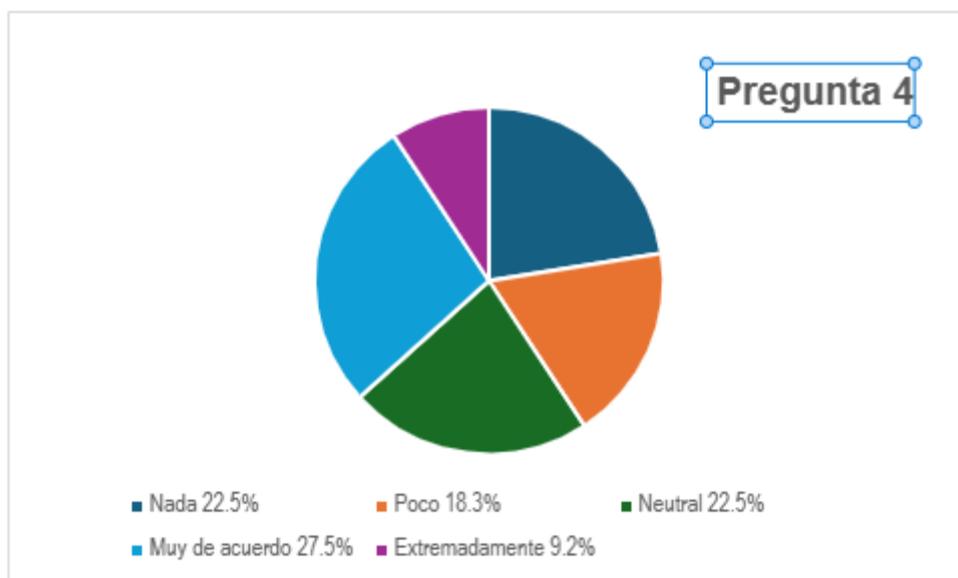


En la tabla 8 y gráfica 3, con la pregunta “Me gustaría recibir la información más completa respecto a la anestesia de mi cirugía” con una puntuación del 1 al 5, el 15.8% presentó una puntuación de 1 o nada, el 26.7% una puntuación de 2 o poco, el 22.5% una puntuación de 3 o neutral, el 24.2% 4 o muy de acuerdo y el 10.8% una puntuación de 5 o extremadamente.

Tabla 9. Pregunta 4. Estoy inquiet@ respecto a la intervención/cirugía (Puntuación del 1 al 5)

Estoy inquieta respecto a la intervención/cirugía	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Nada	27	22.5	15.0	30.0
Poco	22	18.3	11.4	25.2
Neutral	27	22.5	15.0	30.0
Muy de acuerdo	33	27.5	19.5	35.5
Extremadamente	11	9.2	4.0	14.4

Gráfica 4. Estoy inquiet@ respecto a la intervención/cirugía (Puntuación del 1 al 5)

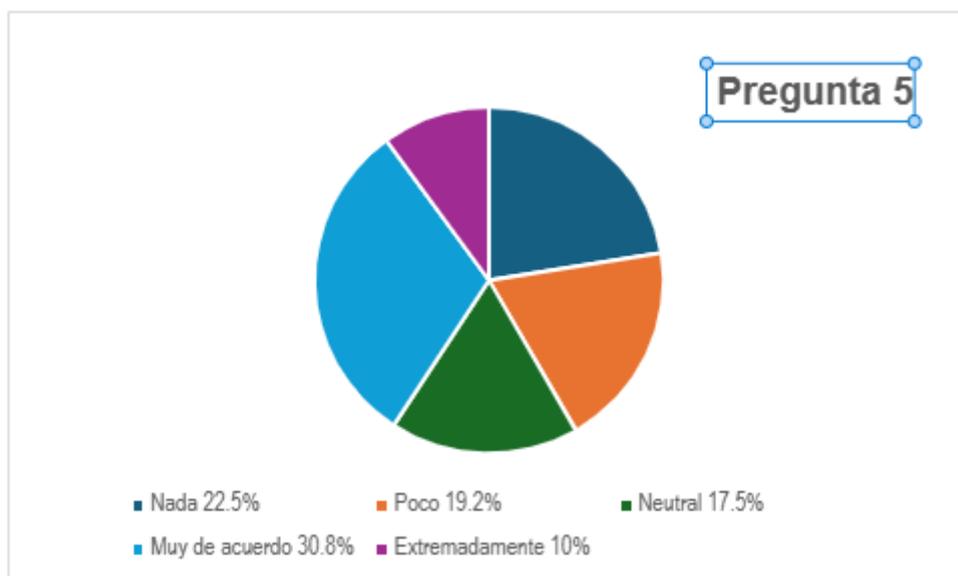


En la tabla 9 y gráfica 4, con la pregunta "Estoy inquieta respecto a mi intervención/cirugía" con una puntuación del 1 al 5, el 22.5% presentó una puntuación de 1 o nada, el 18.3% una puntuación de 2 o poco, el 22.5% una puntuación de 3 o neutral, el 27.5% 4 o muy de acuerdo y el 9.2% una puntuación de 5 o extremadamente.

Tabla 10. Pregunta 5. Pienso continuamente en la intervención/cirugía (Puntuación del 1 al 5)

Pienso continuamente en la intervención/cirugía	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Nada	27	22.5	15.0	30.0
Poco	23	19.2	12.2	26.2
Neutral	21	17.5	10.7	24.3
Muy de acuerdo	37	30.8	22.5	39.1
Extremadamente	12	10.0	4.6	15.4

Gráfica 5. Pienso continuamente en la intervención/cirugía (Puntuación del 1 al 5)



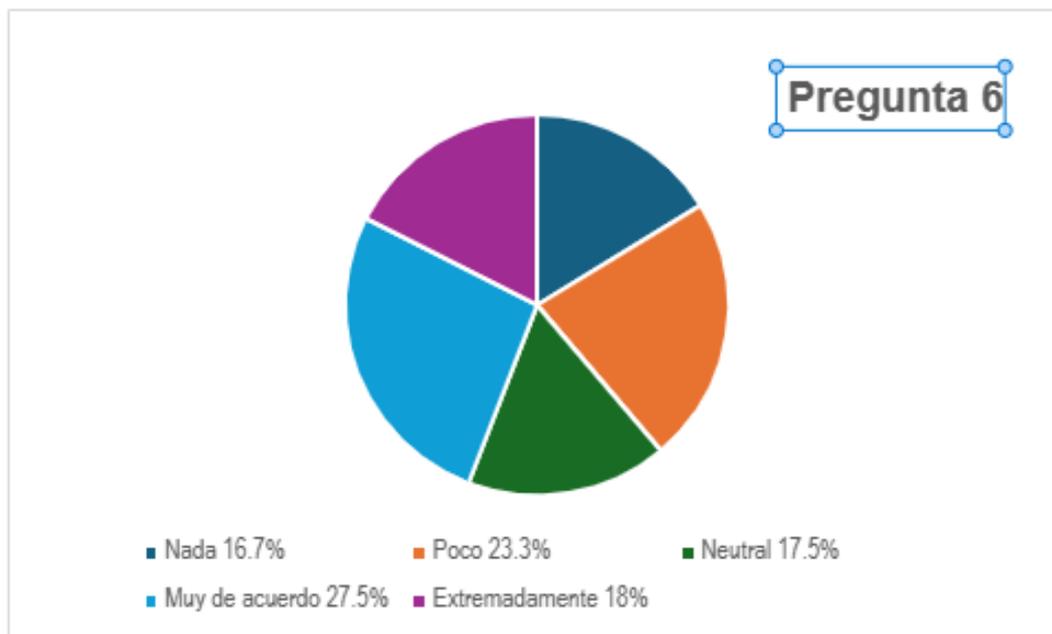
En la tabla 10 y gráfica 5, con la pregunta “Pienso continuamente en mi intervención/cirugía” con una puntuación del 1 al 5, el 22.5% presentó una puntuación de 1 o nada, el 19.2% una puntuación de 2 o poco, el 17.5% una puntuación de 3 o neutral, el 30.8% 4 o muy de acuerdo y el 10% una puntuación de 5 o extremadamente.

Tabla 11. Pregunta 6. Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la intervención/cirugía (Puntuación del 1 al 5)

Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la intervención/cirugía	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Nada	20	16.7	10.0	23.4
Poco	28	23.3	15.7	30.9
Neutral	21	17.5	10.7	24.3

Muy de acuerdo	33	27.5	19.5	35.5
Extremadamente	18	15.0	8.6	21.4

Gráfico 6. Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la intervención/cirugía (Puntuación del 1 al 5)

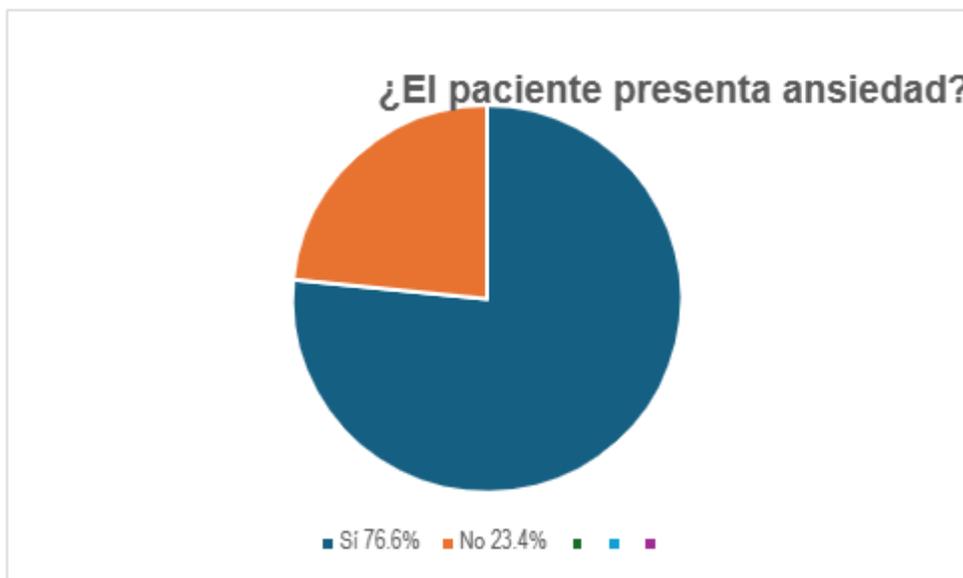


En la tabla 11 y gráfica 6, con la pregunta “Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a mi intervención/cirugía” con una puntuación del 1 al 5, el 16.7% presentó una puntuación de 1 o nada, el 23.3% una puntuación de 2 o poco, el 17.5% una puntuación de 3 o neutral, el 27.5% 4 o muy de acuerdo y el 18% una puntuación de 5 o extremadamente.

Tabla 12. ¿El paciente presenta ansiedad preoperatoria? (Puntuación ≥ 11 puntos)

¿El paciente presenta ansiedad preoperatoria?	Prevalencia (n=120)	IC 95%	
		Inferior	Superior
Sí	76.6	68.9	84.3
No	23.4	15.7	31.1

Gráfico 7. ¿El paciente presenta ansiedad preoperatoria? (Puntuación ≥ 11 puntos)



En la tabla 12 y gráfica 7, con la pregunta “¿El paciente presenta ansiedad?” el 76.6% de los participantes obtuvieron una puntuación igual o mayor a 11 puntos, lo que indica que el paciente presenta ansiedad preoperatoria, el 23.4% de los pacientes obtuvo una puntuación menor a 11, lo que corresponde a no presentar ansiedad preoperatoria.

XI. DISCUSIÓN

Estudios realizados en nuestro país demuestran una alta prevalencia de ansiedad en pacientes en cirugías ambulatorias, reportando entre el 60 y 80%, el resultado de nuestro estudio, en el que el 76.6 % obtuvo puntuaciones por encima de 11 en la escala APAIS.

El sexo con mayor ansiedad fue el masculino con un 56.6%, con un promedio de edad de 40 años.

El 50% de los pacientes estudiados tenía antecedentes quirúrgicos, sin embargo, dentro de la hoja de recolección de datos, no se indagó sobre la experiencia y satisfacción de cirugías previas. En cambio, este ítem sí fue evaluado por Hernández, el 60% de los pacientes tenía antecedente quirúrgico y el 21% de ellos se refirió insatisfecho.

La mayoría de los pacientes estaba familiarizado con el tipo de anestesia que iba a recibir, dependiendo de intervención. El 50.8% de los pacientes recibió anestesia general. El 24.2% de los pacientes estuvo muy de acuerdo en recibir información lo más completa posible sobre su anestesia, y sólo el 10.8% respondió extremadamente.

En cuanto a recibir información lo más completa posible sobre su cirugía o intervención, el 27.5% de los pacientes estuvo muy de acuerdo y el 15% extremadamente.

Nuestros resultados favorecen la importancia de conocer los niveles de ansiedad preoperatoria y brindar información más completa acerca del procedimiento quirúrgico y anestésico. Esta información debe ser sencilla de comprender, menor uso de tecnicismos posibles, y tiempo disponible para resolver preguntas.

XII. CONCLUSIONES

La ansiedad preoperatoria tiene repercusiones en cada una de las etapas del procedimiento anestésico, teniendo efectos negativos en la salud y recuperación del paciente. La ansiedad puede aumentar la percepción del dolor, dificultar la recuperación postoperatoria, provocar complicaciones durante la cirugía y afectar la salud mental y emocional del paciente. Este estudio nos permitió conocer la prevalencia de ansiedad en el HGR#1, demostrando que es importante la evaluación de esta.

Es necesario implementar estrategias para prevenir la ansiedad en pacientes programados para cirugía ambulatoria, educar al paciente sobre el procedimiento y qué esperar, brindar apoyo emocional y psicológico, ofrecer técnicas de relajación y respiración, y en algunos casos, recetar medicamentos para controlar la ansiedad. Es importante abordar la ansiedad de manera integral para garantizar el bienestar del paciente antes, durante y después de la cirugía.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Celik F, E. S. (2018). Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *European Journal of Medical Research*, 23.
2. H, Togac. (2021). Effects of preoperative individualized audiovisual education on anxiety and comfort in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: randomised controlled study. *Patient Education and Counseling*, 603-610.
3. Hernández, H. (2016). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Medigraphic*, 6-11.
4. Sadatti L. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 994-998.
5. Lemos MF. (2019). Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory. *Braz J Anesthesiology*, 69.
6. Pereira L, F.-B. (2016). Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. . *Patient Education and Counseling*, 733-738.
7. Raghavan G, S. V. (2021). A survey of anesthetic preference and preoperative anxiety in hip and knee arthroplasty patients: the utility of the out patient preoperative anesthesia appointment,. *Journal of anesthesia*, 33.
8. Ruíz Hernández, G. U. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*.
9. Sarosi. (2016). Laparoscopic inguinal and femoral hernia repair. *UpToDate*.
10. Zelma A, N.-S. (2019). Measures of preoperative anxiety. *Anesthesiology Intensive Therapy*, 64-69.

11. Ahmetovicdjug J. (2017). Impact of preoperative anxiety in patients on hemodynamic changes and a dose of anesthetic during induction of anesthesia. *Med Arch*, 330-333.
12. Bagheri H. (2019). Effect of preoperative visitation by operating room staff on preoperative anxiety in patients receiving elective hernia surgery. *Journal of Perianesthesia*, 272-280.
13. Bayrak A (2019). Effects of preoperative anxiety on intraoperative hemodynamics and postoperative pain. *Surg Park*, 868-873.
14. Buonanno P (2017). Italian validation of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *Minerva Anesthesiology*, 705-711.
15. Doan L. (2020). Preoperative assessment and Management of Patients with pain and Anxiety disorders. *Current Anesthesiology Reports*, 28-34.
16. Gu S. (2021). TikTok browsing for anxiety relief in the preoperative period: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 60.
17. Jarmoszewick K. (2020). Factors associated with high preoperative anxiety: Results from cluster analysis. *World J Surgery*, 2162-2169.
18. Ji W. (2022). Personality Preoperative Anxiety and postoperative outcomes: A review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1216.
19. Miao C. (2020). Effect of enhanced recovery after surgery on postoperative recovery and quality of life in patients undergoing laparoscopic partial nephrectomy. *Oncology*, 10.
20. Peden C. (2018). Population health management and perioperative medicine: the expanding role of the anesthesiology. *Anesthesia and Analgesia*, 397-399.
21. Stamenkovic D. (2018). Preoperative anxiety and implications in postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anesthesiology*, 84-91.

22. Tola Y. (2021). Effects on non-pharmacological interventions on preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery. A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 3369-3384.
23. Wongkietkachorn A. (2018). Preoperative needs-based education to reduce anxiety, increase satisfaction and decrease time spent in day surgery: a randomized controlled trial. *World Journal of Surgery*, 666-674.
24. Wu H. (2020). Validation of the chinese version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Health Qual Life Outcomes*, 1-6.
25. Yuzkat N. (2020). Effects of showing the operating room on preoperative anxiety and hemodynamics among patients with hypertension: A randomized controlled trial. *Clinical and Experimental Hypertension*, 553-558.

XIV. ANEXO

Anexo 1. Hoja de recolección de Datos

Antecedentes Quirúrgico- Anestésicos: Tipo de cirugía: Tipo de anestesia:	Edad: Peso: Talla: IMC: <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidad 1 <input type="checkbox"/> Obesidad 2 <input type="checkbox"/> Obesidad 3
Toxicomanías: <input type="checkbox"/> Sí. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> No Comorbilidades: <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea <input type="checkbox"/> Enfermedad Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Otros. Especifique: _____	Cirugía Programada: <input type="checkbox"/> Colectectomía <u>laparoscopica</u> <input type="checkbox"/> Hernioplastia
CASILLA LLENADA POR ANESTESIOLOGÍA Técnica anestésica planeada: <input type="checkbox"/> Anestesia General <input type="checkbox"/> Anestesia Regional	
CASILLA LLENADA POR ANESTESIOLOGÍA EN POSTOPERATORIO, dolor: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	

Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam	1 Nada	2 Poco	3 Neutral	4 Muy de acuerdo	5 Extremadamente
Estoy inquiet@ con respecto a mi anestesia					
Pienso continuamente en la anestesia de mi cirugía					
Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la anestesia de m cirugía					
Estoy inquiet@ respecto a mi cirugía					
Pienso continuamente en mi cirugía					
Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a mi cirugía					
Puntuación Final:					
¿Presenta ansiedad preoperatoria? >11 puntos		Sí:	No:		

Anexo 2. Consentimiento informado

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 1 QUERÉTARO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL QUERÉTARO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía ambulatoria en el HGR 1

Santiago de Queretaro Qro. A _____ de _____ 2022

Número de registro: _____

Justificación. La ansiedad preoperatoria es uno de los problemas más importantes en pacientes que están programados para cirugía. Resulta particularmente importante ya que tiene repercusión en todas las fases de la anestesia. Se ha visto una relación estrecha con aumento en la necesidad de medicamentos anestésicos, mayor náusea y vómito posterior a la cirugía, así como mayor dolor en el periodo de recuperación.

Al ser un problema frecuente y con gran impacto en diferentes fases de la anestesia, no existe hasta el momento un apartado en la valoración antes de la cirugía donde se apliquen test para saber si existe o no ansiedad en un paciente que será intervenido de manera quirúrgica, y si es así conocer el nivel de la misma.

Objetivo del estudio. Determinar la prevalencia de ansiedad previa en pacientes programados para cirugía ambulatoria en el HGR1.

Procedimiento: La participación de Usted consiste en contestar un test previo a que se realice la valoración por su anestesiólogo. La información recabada en este proyecto es totalmente confidencial y se apega a los códigos de ética vigentes. Puede NEGARSE A PARTICIPAR y de igual manera no tiene repercusión para la atención médica en la unidad y en el instituto.

Riesgos y molestias: Incomodidad al responder el test. Según el Artículo 17, de la Ley General de Salud en materia de investigación, el nivel de riesgo de su participación en este estudio se considera una investigación sin riesgo (fracción I).

Beneficios: Dentro de los beneficios es identificar la necesidad de mejoras para su atención, así como la capacitación por el personal de salud que los atiende. Se le dará a conocer a Usted si lo requiere en forma personal y confidencial el resultado de su participación. No existe un beneficio específico al participar en el estudio.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Le informaremos del resultado de la evaluación si es que usted lo desea.

Participación o retiro: Usted puede aceptar o rechazar participar sin que esto influya en el tratamiento que se ha planeado, de decidirlo así, la negación en la participación del estudio no afectará sus consultas médicas, estudios de sangre o cualquier atención que llegara a tener en el IMSS,

Privacidad y confidencialidad: Los datos que nos proporcione serán manejados con discreción, no serán públicos y existirá un responsable de resguardarlos por cinco años, posteriormente serán destruidos.

Conciliación con principios éticos.

AUTONOMÍA. Por tratarse de un protocolo en donde se tendrá una participación del paciente se requiere de su autorización (Carta de consentimiento informado), además el compromiso como investigadores es resguardar la información y la confidencialidad de los datos obtenidos de los expedientes. Para ello se tomaran en consideración las siguientes estrategias:

1.- Las hojas de instrumentos de recolección de datos contendrán el nombre y número de filiación de las pacientes con fines de que si falta algún dato o existiera algún error en el llenado pueda corregirse. Estas se destruirán una vez que se llene la base de datos en el programa de cómputo donde se llevará a cabo el análisis estadístico y se corrobore que los datos son correctos. En la base de datos no se contendrá, nombre, número de afiliación o cualquier otro dato que lo relacione con el participante.

2.- Las hojas de recolección de datos serán resguardadas en la oficina del investigador responsable, en tanto sus datos son descargados a la base de datos y posteriormente serán destruidas en una trituradora de papel. El archivo de la base de datos será resguardada por 5 años en la computadora institucional asignada al investigador responsable, en este caso del Dr Alejandro Delgado Ibañez, los cuales cuentan con los mecanismos de seguridad informática institucional.

3.- Los datos no se compartirán con nadie fuera del equipo de investigación y para fines de auditoria; en caso de publicaciones no se identificará a los individuos participantes.

BENEFICENCIA. Los datos obtenidos, nos permitirán identificar la prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía ambulatoria en el HGR1, con el objetivo de darlos a conocer a las autoridades correspondientes y de la delegación Querétaro para la adecuada programación de actividades inherentes a este tema prioritario.

NO MALEFICENCIA. Al tratarse de un estudio transversal descriptivo y cuya participación de los investigadores es puramente observacional, no se modificarán variables fisiológicas o psicológicas de los individuos, por lo cual, no se exponen a riesgos a los sujetos de investigación.

JUSTICIA. Se incluirán los expedientes de las pacientes, independientemente de su religión, filiación política, nivel socioeconómico, género, prácticas sexuales u otra condición de discriminación potencial.

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

Dr. Alejandro Delgado Ibañez. Servicio de Anestesiología. Investigador Responsable Adscrito al Hospital General Regional No1 Querétaro Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección: Avenida 5 de Febrero, Colonia Centro, Querétaro, Querétaro

Dra. Clyo Ziomara Díaz Azpeitia Residente del Curso de Especialización en Anestesiología. Hospital General Regional No1 Querétaro Tel.4493633713 Correo electrónico: Clyo.diaz@hotmail.com

Dr Enrique Villareal Rios Adscrito Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro IMSS.Dirección: Avenida 5 de Febrero, Colonia Centro.Querétaro, Querétaro, México. Tel 4421215116 Correo electrónico: enrique.villareal@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética: localizado en la coordinación clínica de educación e investigación en salud del Hospital General Regional no.1: Avenida 5 de febrero 102, colonia Centro, CP. 76000, Querétaro, Querétaro. De lunes a viernes de 08 a 16 horas. Teléfono 442 2112337, correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por _____ años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma