



Evaluación de la valoración preanestésica asociada al nivel de ansiedad en pacientes programados para artroscopia de rodilla. Estudio piloto

Evaluation of the pre-anesthetic assessment associated with the level of anxiety in patients scheduled for knee arthroscopy. Pilot study

Mariana Altagracia López Monroy,* Verónica Giulliani Colín Silva,‡
Nancy Verónica Alva Arroyo,§ José Manuel Athie García¶

Citar como: López MMA, Colín SVG, Alva ANV, Athie GJM. Evaluación de la valoración preanestésica asociada al nivel de ansiedad en pacientes programados para artroscopia de rodilla. Estudio piloto. Acta Med GA. 2026; 24 (3): 203-206. <https://dx.doi.org/10.35366/123137>

Resumen

El estudio observacional y prospectivo evaluó la relación entre el tiempo de valoración preanestésica (VPA) y la ansiedad preoperatoria (APOP) en 101 pacientes sometidos a artroscopia de rodilla. Se empleó la escala APAIS, identificando APOP en 56.4% de los casos (puntaje > 3). Los resultados mostraron que realizar la VPA con más de dos horas de antelación disminuye significativamente la APOP. Este hallazgo resalta la importancia de una VPA adecuada. Disminuir la APOP mejora la recuperación, reduce complicaciones postquirúrgicas y optimiza los recursos hospitalarios.

Palabras clave: valoración preanestésica, ansiedad preoperatoria, dolor, APAIS, recuperación.

Abstract

The prospective, observational study evaluated the relationship between preanesthetic assessment time (PAV) and preoperative anxiety (APOP) in 101 patients undergoing knee arthroscopy. The APAIS scale was used, identifying APOP in 56.4% of cases (score >3). The results showed that performing VPA more than 2 hours in advance significantly decreased APOP. Decreasing APOP improves recovery, reduces post-surgical complications and optimizes hospital resources.

Keywords: preanesthetic assessment, preoperative anxiety, pain, APAIS, recovery.

Abreviaturas:

APAIS = *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam).

APOP = ansiedad preoperatoria

DPOP = dolor postoperatorio

VPA = valoración preanestésica

INTRODUCCIÓN

La ansiedad preoperatoria (APOP) afecta 60-92% de los pacientes, con una prevalencia de 76% en México.¹⁻³ La ansiedad es una emoción adaptativa ante el peligro, pero su exceso la torna patológica. Es un predictor de dolor postoperatorio (DPOP) asociado a mayor intensidad y consumo de analgésicos.^{4,5}

* Residente de segundo año de anestesiología. Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle (FMM-ULS). Ciudad de México, México. ORCID: 0009-0003-6601-9070

‡ Residente de tercer año de anestesiología. FMM-ULS. Ciudad de México, México. ORCID: 0009-0006-7267-8453

§ Adjunta servicio de anestesiología, Hospital Angeles Mocel (HAM). Ciudad de México, México. ORCID: 0000-0003-3768-2546

¶ Médico titular de anestesiología, HAM. Ciudad de México, México. ORCID: 0009-0001-9368-1524

Correspondencia:

Dra. Mariana Altagracia López Monroy
Correo electrónico: mariana_12.16@hotmail.com

Recibido: 28-01-2025. Aceptado: 13-03-2025.

www.medigraphic.com/actamedica



Activa el sistema de estrés, elevando glucocorticoides, retrasa cicatrización y genera hipertensión, provocando un aumento del DPOP, mayor demanda de analgésicos, agitación y delirio en recuperación.^{6,7}

En cirugía ortopédica, Jiménez M. evidenció que la APOP afecta el dolor según escala visual analógica (EVA) en artroscopia de rodilla.⁸⁻¹⁰ Salzman S. identificó en artroplastia total de rodilla que los pacientes con APOP experimentaron más horas diarias de dolor en los primeros tres días, en comparación con aquellos sin ansiedad.¹¹

Existen estrategias preoperatorias que se definen como un conjunto de acciones que se emplean con el fin de disminuir la APOP.^{12,13} Se clasifican en farmacológicas (benzodiazepinas, hipnóticos análogos, neurolépticos y parasimpaticolíticos) y no farmacológicas (musicoterapia, aromaterapia e hipnoterapia).¹⁴⁻¹⁶

La valoración preanestésica (VPA) es un protocolo de estudio que evalúa el estado físico y riesgo del paciente, estableciendo un plan anestésico.¹⁷ Informar sobre el procedimiento reduce la APOP, aunque algunos pacientes prefieren no solicitar mayor información por incremento de APOP. La VPA es en ocasiones más efectiva que la premedicación para aliviar la APOP. Desgraciadamente el anestesiólogo suele dedicar poco tiempo a la VPA.¹⁸

Existen varios instrumentos para medirla: *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS), *State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire* (STAI), escala visual analógica de ansiedad y más reciente *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS), la cual fue diseñada específicamente para valorar el nivel de ansiedad, es un cuestionario fiable y rápido, compuesto por seis ítems.¹⁹

Por lo antes descrito, se decidió realizar un estudio que evalúe la relación entre el momento en el que se realiza la VPA y nivel de ansiedad del paciente. Se cree que hacer una VPA con > 2 horas previas a artroscopia, el paciente tendrá tiempo suficiente para conceptualizar la cirugía disminuyendo así APOP, en comparación con aquel paciente valorado con < 2 horas previas a intervención quirúrgica, con el objetivo de identificar el momento idóneo para realizar la VPA y disminuir el nivel de APOP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluó la relación entre tiempo de VPA (menor o mayor a 2 horas antes de la cirugía) y la APOP, en pacientes programados para artroscopia de rodilla con requerimiento anestésico entre abril 2023-julio 2024. El tipo de estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, realizado en Hospital Angeles Mocel. Se incluyeron 101 pacientes mayores de 18 años, electivos para artroscopia de rodilla y aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron pacientes que no cumplieran con criterios de inclusión.

Tabla 1: Características generales de la población (N = 101).

Características	n (%)
Género	
Femenino	47 (46.5)
Masculino	54 (53.5)
Edad (años), mediana [RIC]	46 [33-57]
Índice de masa corporal (kg/m ²), media ± DE	26.3 ± 3.8
Escala American Society of Anesthesiologist	
I	8 (7.9)
II	92 (91.1)
III	1 (1)
Índice predictivo de intubación difícil, media ± DE	6.8 ± 0.8
Índice de riesgo cardíaco revisado	
Alto	1 (1)
Moderado	3 (3)
Bajo	97 (96)
Caprini	
Alto	4 (4)
Moderado	74 (73.3)
Enfermedades crónicas degenerativas	
Hipertensión arterial sistémica	11 (10.9)
Diabetes mellitus	8 (7.9)
Cáncer	1 (1)
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	14 (13.9)
Otras	7 (6.9)

DE = desviación estándar. RIC = rango intercuartílico.

Las variables cualitativas se expresaron en número de observaciones (n) y porcentajes (%). Las cuantitativas se expresaron como medida de asociación media y desviación estándar (DE) para aquellas con distribución normal o campana de Gauss; para las que fueron de libre distribución, es decir, no cumplieron con campana de Gauss, se tomó como medida de asociación mediana y rango intercuartil (RIC) (Tabla 1).

Se compararon variables clínicas, demográficas, utilizando prueba t de Student para variables pareadas y no pareadas. Para no paramétricas se dividieron en T de Wilcoxon (pareadas), o la prueba U de Mann-Whitney para las variables con una distribución no paramétrica. Para variables categóricas se utilizó prueba χ^2 , con medida de discrepancia, y bondad de ajuste dependiendo el caso, siendo pareadas (individuos iguales en distinto tiempo) o no pareadas (individuos al mismo tiempo y no tengan nada que ver con la intervención). Se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25 IBM. Aprobado por el comité de ética en investigación del Hospital Ángeles Mocel con folio 184/06-23.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 101 pacientes, la mediana de edad fue de 46 años (rango 33-57), el género masculino fue más frecuente con 54 casos (53.5%), la media de IMC 26.3 (3.8), la escala de clasificación ASA fue de II en un total de 92 pacientes (91.1%), ASA I, 8 (7.9%), ASA III, 1 (1%), el RCRI fue bajo 96%, moderado 3%, alto 1%, la escala APAIS, puntaje 2 en 44 pacientes (43.6%), puntaje

de 3 en seis pacientes (5.9%), puntaje 4 en 32 pacientes (31.7%), puntaje 5 en cinco pacientes (5%), puntaje 6 en seis pacientes (5.9%), puntaje de 8 en ocho pacientes (7.9%), la cirugía fue artroscopia de rodilla (Tabla 1).

Se exploró de forma cruda la influencia de variables: género, edad, tipo de cirugía en la presentación de ansiedad. Se utilizó la prueba exacta de Fisher o el test de χ^2 de acuerdo a las frecuencias mínimas en cada categoría. Dado el limitado número de eventos en el desenlace, se optó únicamente por el corte de 3 para la definición de "ansiedad". Para todos los análisis se prefijó un nivel de confianza de 0.05 pero se reportan los efectos absolutos de las intervenciones.

La APOP se encontró en 57 pacientes (56.4%), con un punto de corte de la escala APAIS > 3 (ansiedad), y sin ansiedad 44 pacientes (43.6%), < 3 puntos de APAIS. Los pacientes con > 3 de la escala se dividieron por grados (Tabla 2).

Por último, se analizaron variables de interés, dividiendo en grupo < 3 sin ansiedad, > 3 con ansiedad, y de acuerdo a si fue menor o mayor a 2 horas previa a la cirugía. Encontrando que las variables que alcanzaron significancia fueron edad en ambos grupos y escala ASA (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Zambouri A. menciona que la VPA y adecuada gestión de APOP desempeñan un papel crucial en el éxito de los procedimientos quirúrgicos y en experiencia del paciente,

Tabla 2: Análisis bivariado de la escala APAIS con el tiempo < / > 2 h.

	Total (N = 101) n (%)	< 2 horas n (%)	> 2 horas n (%)
APAIS sin ansiedad < 3	44 (43.6)	27 (26.7)	17 (16.8)
APAIS con ansiedad > 3	57 (56.4)		
Grado I	6 (5.94)	1 (0.99)	5 (4.9)
Grado II	32 (31.68)	16 (15.8)	16 (15.8)
Grado III	5 (4.95)	3 (2.9)	2 (1.9)
Grado IV	6 (5.94)	4 (3.9)	2 (1.9)
Grado V	8 (7.92)	3 (2.9)	5 (4.9)

APAIS = *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam).

Tabla 3: Análisis bivariado de estudio con la presentación de la ansiedad.

	APAIS < 3		p	APAIS > 3		p
	< 2 h n (%)	> 2 h n (%)		< 2 h n (%)	> 2 h n (%)	
Género			0.024			0.041
Masculino	19 (18.8)	6 (5.9)		17 (16.8)	12 (11.8)	
Femenino	8 (7.9)	11 (10.8)		10 (9.9)	18 (17.8)	
Edad (años)*	45.6 ± 2.1	52.4 ± 3.7	0.593	39.4 ± 3.1	49.1 ± 5.2	0.434
Índice de masa corporal (kg/m ²)*	25.3 ± 0.9	26.1 ± 0.6	0.391	24.2 ± 0.7	27.3 ± 0.4	0.556
Escala ASA			0.034			0.010
I	0 (0.0)	2 (1.9)		3 (2.9)	3 (2.9)	
II	19 (18.8)	14 (13.8)		28 (27.7)	31 (30.6)	
III	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (0.99)	

APAIS = *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam). ASA = *American Society of Anesthesiologist*.

* Valores expresados en media ± desviación estándar.

teniendo como objetivo principal la reducción de la morbi-mortalidad. La VPA no sólo permite evaluar el estado físico y riesgos asociados al procedimiento, sino que también ofrece la oportunidad de establecer comunicación efectiva entre anestesiólogo-paciente. Esto resulta fundamental para abordar factores que contribuyen a la ansiedad, proporcionar información personalizada y tranquilizar al paciente, reduciendo así el impacto negativo de la ansiedad en el postoperatorio.

Friedrich habla de que la APOP afecta a un porcentaje significativo de pacientes y puede desencadenar complicaciones como: aumento del dolor postoperatorio, mayor consumo de analgésicos, retraso en la cicatrización y mayor riesgo de infecciones. Intervenciones como estrategias farmacológicas y no farmacológicas, combinadas con una comunicación clara y empática durante la VPA, son fundamentales para mitigar este problema.

Finalmente, como menciona John B. Kitts, es esencial garantizar que la VPA se realice con suficiente antelación, permitiendo al paciente asimilar la información y reducir la ansiedad asociada a la cirugía. Esto no sólo mejora resultados clínicos, sino que también incrementa la satisfacción del paciente, reduce costos hospitalarios y contribuye a una atención quirúrgica humanizada y efectiva.

CONCLUSIONES

La APOP afecta a muchos pacientes y puede causar dolor, mayor uso de analgésicos y empeorar el pronóstico. Este estudio podría motivar nuevas investigaciones sobre técnicas no farmacológicas combinadas con comunicación empática. Encontramos que reduce la ansiedad en 50%, independientemente del momento de aplicación, mejorando resultados clínicos, satisfacción del paciente y atención quirúrgica humanizada. En pacientes sin ansiedad, la VPA temprana mostró mejores resultados nominales, aunque no significativos; una muestra mayor podría confirmar estos hallazgos.

REFERENCIAS

- Hernández-Hernández AI, López-Bascope AJ, Guzmán-Sánchez JA. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo Angeles*. 2016; 14 (1): 6-11.
- Jiwanmall M, Jiwanmall SA, Williams A, Kamakshi S, Sugirtharaj L, Poornima K et al. (2020). Preoperative anxiety in adult patients undergoing day care surgery: prevalence and associated factors. *Indian J Psychol Med*. 2020; 42 (1): 87-92. doi: 10.4103/ijpsym.ijpsym.180.19.
- Friedrich S, Reis S, Meybohm P, Kranke P. Preoperative anxiety. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2022; 35 (6): 674-678. doi: 10.1097/ACO.0000000000001186.
- Muela-Mercader A. Proyecto ansiedad zero en quirófano: reducción de la ansiedad preoperatoria previa tumorectomía de mama mediante la implantación de realidad virtual. *CE*. 2024; 7 (25): 14-43.
- Sance-Cervantes de Ramírez DL. Ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica por primera vez. *Rev Div Cien*. 2023; 3 (2): 233-241.
- Liu W, Xu R, Jia J, Shen Y, Li W, Bo L. Research progression risk factors of preoperative anxiety in children: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19: 9828. doi: 10.3390/ijerph19169828.
- Pastrana Londoño OA, Pinzón Bayona MY. Validación de la Escala de Información de Ansiedad Preoperatoria de Amsterdam (APAIS) a un caso colombiano (Trabajo de grado de especialización en Anestesiología). Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario.
- Liang Y, Huang W, Hu X, Jiang M, Liu T, Yue H et al. Preoperative anxiety in children aged 2-7 years old: a cross-sectional analysis of the associated risk fact. *Transl Pediatr*. 2021; 10 (8): 2024-2034.
- Gavito MC, Corona MA, Villagrán ME, Morales J, Téllez JL, Ortega-Soto HA. La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. 2000; 13 (3): 153-156.
- Jiménez M, Espinosa A, Martínez C. ¿Influye la ansiedad y depresión preoperatorias en los resultados de la artroplastia de rodilla? Sociedad Española de Reumatología. Colegio Mexicano de Reumatología: Elsevier; 2018.
- Salzmann S, Euteneuer F, Kampmann S, Rienmüller S, Rüschi D. Preoperative anxiety and need for support – A qualitative analysis in 1,000 patients. *Patient Educ Couns*. 2023; 115 (107864): 107864. doi: 10.1016/j.pec.2023.107864.
- lde-Batista Y, Castelo-Branco AL, Carvalho-Ferreira D, de Oliveira-Meneses R, Sanchez-Bosco P. Terapias nao farmacológicas de controle da ansiedade pré-operatória: uma revisao integrativa. *Rev Enf UFJF*. 2021; 6 (1).
- Raucoules-Aimé M, Boussofara M. (2013). Fármacos de la premedicación. *EMC - Anest-Reanim*. 2013; 39 (2): 1-6. doi: 10.1016/s1280-4703(13)64514-4.
- Santiváñez-Acosta R, Tapia-López ELN, Santero M. Music therapy in pain and anxiety management during labor: a systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2020; 56 (10): 526. doi: 10.3390/medicina56100526.
- Deng C, Xie Y, Liu Y, Li Y, Xiao Y. Aromatherapy plus music therapy improve pain intensity and anxiety scores in patients with breast cancer during perioperative periods: a randomized controlled trial. *Clinical Breast Cancer*. 2022; 22 (2): 115-120. doi: 10.1016/j.clbc.2021.05.006.
- Haddad F, Rais S, Arfaoui H, Kammoun E, Naimi S, Mebazaa MS. Prevention of perioperative anxiety: interest of audiovisual distraction. *Tunis Med*. 2024; 102 (10): 664-670. doi: 10.62438/tunismed.v102i10.4468
- León FG, Martínez JMA, Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam*. 2011; 4 (3): 228-233. doi: 10.4321/S1699-695X2011000300008.
- Gong M, Dong H, Tang Y, Huang W, Lu F. Effects of aromatherapy on anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Dis*. 2020; 274: 1028-1040. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.118.
- Tabatabaiechehr M, Mortazavi H. The effectiveness of aromatherapy in the management of labor pain and anxiety: a systematic review. *Ethiop J Health Sci*. 2020; 30 (3): 449-458. doi: 10.4314/ejhs.v30i3.16.

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx