



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores asociados a ansiedad pre-operatoria en pacientes programados para cirugía en la clínica good hope en el período julio-septiembre de 2021

TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Aguilar Fernández, Andrés Marcelo (0000-0002-5709-5456)

ASESOR(ES)

De La Cruz-Vargas, Jhony A. (0000-0002-5592-0504)

Lima, Perú 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Aguilar Fernández, Andrés Marcelo

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 74904387

Datos de asesor

De La Cruz-Vargas, Jhony A.

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 06435134

Datos del jurado

PRESIDENTE

MIEMBRO: Sebastián Ayala, Hermes Raúl

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 06628263

ORCID: 0000-0003-4496-7937

MIEMBRO

MIEMBRO: Castro Salazar Bertha Teresa

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 08601141

ORCID: 0000-0001-9686-5997

MIEMBRO: Orellana Vicuña, Aurelio Arturo

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 21121821

ORCID: 0000-0002-8372-2222

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios por sobre todo, porque es gracias a él que estoy vivo para realizarla y sin él, nada podría hacer.

También se la quiero dedicar a mis padres, pues ambos me han apoyado mucho para realizarla y por eso les estoy muy agradecido. También a mi hermana, que siempre me ha apoyado y animado para realizar este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por estar conmigo durante los años de estudio, y por darme salud y vida junto al resto de mi familia para poder realizar este proyecto y muchos otros.

A mi familia, por su apoyo durante estos años de estudio y también por su amistad y apoyo emocional antes y después de ellos.

A mi casa de estudios, la Universidad Ricardo Palma, por ser un centro de estudios serio que respeta y se preocupa por el bienestar de sus estudiantes.

A la clínica Good Hope, en especial al área quirúrgica, por ser tan amable de autorizar mi estudio y darme las facilidades para desarrollarlo.

A mi asesor de Tesis, por la paciencia y ayuda insustituible para realizar este trabajo.

A 2 amistades que contribuyeron con consejos precisos en un momento dado y la buena voluntad de apoyarme cuando lo necesité.

RESUMEN

Introducción:

La ansiedad es una condición prevalente en los diferentes servicios y especialidades de medicina. Su relevancia en el área quirúrgica radica en que es capaz de influir tanto en la evolución del paciente antes y después de la cirugía, en los requerimientos anestésicos durante la cirugía, en los gastos generados del procedimiento, etc. Pese a todo esto, muchas veces la ansiedad, así como otras alteraciones psiquiátricas, se deja de lado como un evento secundario y aislado del procedimiento quirúrgico. Las razones para esto son varias, pese a que hay múltiples estudios que demuestran su importancia.

Objetivos:

Identificar los factores socioculturales que se asocian a niveles altos de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía electiva de la clínica Good Hope de Miraflores – Perú en el período julio-septiembre del año 2021.

Métodos:

Se realizó un estudio de tipo analítico, observacional, prospectivo, seccional transversal. Se realizó análisis bivariado con el test de χ^2 . El análisis multivariado se realizó utilizando un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta.

Resultados:

Se incluyeron 255 personas en la muestra, de los cuáles se excluyeron 25 debido a criterios de exclusión sobre el uso de medicación psicotrópica. La muestra incluyó 3 especialidades quirúrgicas entre las que se encontraba ginecología, por lo que el 80,87% de la muestra fueron de sexo femenino y el 19,13% del masculino. Se encontró una prevalencia de ansiedad del 58,26%. En análisis bivariado se encontró asociación entre la ansiedad preoperatoria y el temor a contagiarse de COVID-19 durante el procedimiento (PR:1,37/ $p=0,005$); y con la cantidad de sueño antes de la cirugía (PR:1,36/ $p=0,018$). En el análisis multivariado se encontró asociación entre la ansiedad y las variables de: Sexo femenino (PR:1,51/ $p=0,029$), antecedente de operación previa (PR:0,794/ $p=0,039$), temor al contagio por COVID-19 durante el procedimiento (PR:1,346/ $p=0,009$) y con la cantidad de sueño antes de la cirugía (PR:0,755/ $p=0,049$).

Conclusiones:

Se encontró asociación estadísticamente significativa de ansiedad, con las variables de: Sexo femenino, antecedente de operación previa, temor al contagio por COVID-19 y 7 horas o más de descanso en la noche anterior a la cirugía

Palabras clave: (DeCS)

Ansiedad; Evaluación Preoperatoria; Clínica Good Hope – Miraflores,

ABSTRACT

Introduction:

Anxiety is a prevalent condition in the different medical services and specialties. Its relevance in the surgical area lies in the fact that it is capable of influencing both the evolution of the patient before and after surgery, the anesthetic requirements during surgery, the expenses generated by the procedure, etc. Despite all this, anxiety, as well as other psychiatric disorders, is often left aside as a secondary and isolated event of the surgical procedure. The reasons for this are several, despite the fact that there are multiple studies that demonstrate its importance.

Objective:

To identify the sociocultural factors with the associated with preoperative anxiety in patients scheduled for elective surgery at the Good Hope clinic in Miraflores - Peru in the period July-September 2021.

Methods:

An analytical, observational, prospective, cross-sectional study was carried out. Bivariate analysis was performed with the χ^2 test. Multivariate analysis was performed using a Poisson regression model with robust variance.

Results:

255 people were included in the sample, of which 25 were excluded due to exclusion criteria on the use of psychotropic medication. The sample included 3 surgical specialties, among which was gynecology, so 80.87% of the sample was female and 19.13% male. An anxiety prevalence of 58.26% was found. In bivariate analysis, an association was found between preoperative anxiety and fear of contagion by COVID-19 during the procedure (PR:1,37/p=0,005); and with the amount of sleep before surgery (PR:1,36/p=0,018). In the multivariate analysis, an association was found between anxiety and the variables of female sex (PR:1,51/p=0,029), history of previous operation (PR:0,794/p=0,039), fear of contagion by COVID-19 during the procedure (PR:1,346/p=0,009) and the amount of sleep before surgery (PR:0,755/p=0,049).

Conclusions:

A statistically significant association was found with anxiety and the variables of: female sex, history of previous operation, fear of contagion by COVID-19 and 7 hours or more of rest the night before surgery.

Keywords: (DeCS)

Anxiety; Preoperative Evaluation; Good Hope Clinic – Miraflores,

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
ÍNDICE.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA.....	12
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	12
1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
1.7 VIABILIDAD.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	16
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.....	20
2.2 BASES TEÓRICAS.....	21
2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	27
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	28
3.1 HIPÓTESIS GENERAL:.....	28
3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:.....	28
3.3 VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	29
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	29
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	29
4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	30
4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
4.6 Especificación del proceso de recojo de datos.....	31
4.7 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	32

4.8 ASPECTOS ÉTICOS	32
CAPÍTULO V: RESULTADOS:	33
5.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	33
5.1.1 ANÁLISIS UNIVARIADO	33
5.1.2 ANÁLISIS BIVARIADO	35
5.1.3 ANÁLISIS MULTIVARIADO.....	37
5.2 DISCUSIÓN:.....	39
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
6.1 CONCLUSIONES.....	43
6.2 RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	47
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.....	47
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	49
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA	50
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN	52
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	53
ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN.....	54
ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER.....	55
ANEXO 8. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	57
ANEXO 9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	58
ANEXO 10. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS.	59
10.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	59
10.2. INSTRUMENTO VALIDADO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
10.3 FICHA SOCIODEMOGRÁFICA	61
ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.	62

GRAFICOS ADICIONALES

INTRODUCCIÓN

Desde siempre la humanidad ha tenido que lidiar con diferentes eventos estresantes y la ansiedad es un mecanismo del cuerpo para adaptarse a ellos. Es normal presentar cierto grado de ansiedad frente a cualquier evento importante, el cuál puede no ser necesariamente un peligro para la persona que lo sufre. Como tal ha sido estudiado formalmente desde el siglo pasado, junto con sus efectos en el cuerpo.¹ La cirugía es un evento estresante para el paciente, tanto física, como mentalmente y la situación de pandemia por COVID-19 aumenta más esta. La prevalencia de ansiedad en la población general durante la pandemia se ha calculado en un 31.9%.²

Dado que la ansiedad es un mecanismo de adaptación, sólo se vuelve un problema real cuando escapa a las capacidades de la persona para manejarla. Esto es relevante desde una perspectiva médica, no sólo cuando el equipo quirúrgico quiere brindar una atención integral (es decir, de mejor calidad) al paciente, sino también cuando es de su interés tener un mejor resultado en la cirugía. Estudios se han realizado evaluando el efecto de esta antes, durante y después de la cirugía. Complicaciones y una recuperación más lenta podrían ser evitados si la ansiedad del paciente fuera evaluada y se le brindara atención.³

Claro que desde una perspectiva práctica, puede que no sea muy efectivo evaluar cada paciente en busca de niveles altos de ansiedad, sobre todo en nosocomios con alto flujo de pacientes quirúrgicos, y por ello resultaría útil identificar características comunes en pacientes especialmente ansiosos. Muchos estudios han señalado a algunos factores como más probables de encontrarse en un paciente ansioso, pero estos a veces varían de población a población y de tiempo a tiempo.⁴⁻⁶

Por todo esto, en el siguiente trabajo se intentó encontrar una asociación significativamente útil entre 13 variables propias del paciente y la presencia de una ansiedad pre-operatoria significativa en pacientes programados para cirugía en la Clínica Good Hope en el período Julio-Septiembre del 2021.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los procedimientos quirúrgicos son una herramienta terapéutica que se desarrolló por diferentes culturas desde hace siglos. Se diferencia de los procedimientos médicos en que son mucho más invasivos y agresivos para el paciente, por lo que requieren un tiempo de recuperación post-procedimiento. Dichos procedimientos están en aumento en todo el mundo debido al avance en técnicas quirúrgicas que se asocian a mejores resultados y menos complicaciones, así como a los avances en el campo antibiótico que ha reducido la incidencia de infecciones. Las técnicas de antisepsia, así como el esterilizado del equipo, todos han contribuido a mejores resultados. Además, la necesidad de estas operaciones también está en aumento, ya sea por el aumento de traumatismos o la migración epidemiológica a enfermedades crónicas como las cardiovasculares y las oncológicas. Las cirugías, sea cual sea la razón para su indicación, constituyen un agente agresor que de por sí, es un reto para la recuperación.

Sin embargo, el período postoperatorio no está condicionado sólo por factores intra-operatorios (técnica, antisepsia, cobertura antibiótica, etc.), sino también por factores pre y post-operatorios. Uno de estos factores, y que se ha asociado con el resultado pre y postoperatorio del paciente, es la ansiedad. La ansiedad peri-operatoria está asociada a diferentes efectos fisiológicos que afectan el desarrollo de la operación, creando dificultad desde la canalización del paciente, pasando por la inducción de la anestesia, el periodo de recuperación de la misma y hasta en la recuperación post-quirúrgica.³

La ansiedad es una reacción natural del ser humano que cumple una función natural, que es la de presionar a la persona a analizar un evento que es una amenaza para su vida a fin de determinar la respuesta más efectiva para afrontar la amenaza ya sea huyendo o peleando. Sin embargo, la ansiedad puede sobrepasar los rangos normales convirtiéndose en una situación que genera detrimento en la salud del paciente. Esto ocurre cuando la intensidad, frecuencia o duración de la misma supera la capacidad del individuo para soportarla. Esto tiene

una serie de efectos en el cuerpo que son capaces de intervenir en el resultado final de la operación.⁷

Durante mucho tiempo se consideró que la salud física y mental del ser humano eran 2 eventos no relacionados entre sí, por lo que se priorizó el estudio de las enfermedades a fin de resolverlas directamente mediante diferentes medios. Actualmente el mundo está tomando una visión integral del ser humano y diferentes estudios ya han probado como la salud mental influye en el proceso de recuperación de cualquier enfermedad.⁸

En el área quirúrgica, la ansiedad se manifiesta en dificultad para el anestesista a la hora de canalizar al paciente, necesidad de dosis más altas de anestesia para la inducción, períodos de recuperación de la anestesia más prolongados, mayor dolor post-operatorio, mayor riesgo de infección de la herida, tiempos de hospitalización más prolongados, reingresos a sala de operaciones, etc. Por todo esto resulta importante determinar los factores que en nuestra sociedad, se asocian con mayores niveles de ansiedad pre-operatoria.^{3,8,9}

Los causantes de ansiedad no son estáticos y pueden cambiar con el tiempo. Por ejemplo, eventos traumáticos grandes como guerras, pandemias, cuarentenas o desastres naturales pueden aumentarla, lo cual se puede manifestar en un incremento de consultas médicas, exacerbación en pacientes con TOC, etc.¹⁰ Algunas fuentes refieren ciertas poblaciones, como más vulnerables a estos efectos (personas con enfermedades crónicas, personas mayores, población con nivel socio-económico bajo, etc.).¹¹ También, el éxito o el fracaso de las operaciones puede deberse a factores ajenos a ella como por ejemplo la presencia de alguna enfermedad concomitante (COVID-19 por ejemplo) y por ello se han creado herramientas como la escala ASA a fin de categorizar pacientes según el grado de complejidad causado por estas enfermedades crónicas del paciente.^{12,13}

Por lo dicho, los factores que pueden influir en la intensidad de la ansiedad pre-operatoria pueden ser muy diversos, de paciente a paciente, de población a población y de tiempo en tiempo; siendo esta una variable del interés de los médicos cirujanos y anesthesiólogos.⁸

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En razón de todo lo expresado, nos planteamos la siguiente interrogante:

- ¿Cuáles son los factores asociados a ansiedad pre-operatoria en pacientes programados para cirugía en la clínica Good Hope en el período julio-septiembre del año 2021?

1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

El siguiente trabajo de investigación se adhiere a la prioridad número 16 de las prioridades de Investigación del Instituto Nacional de Salud proyectadas para el año 2015-2021, correspondiente a Salud mental.

También toca, por su aplicación quirúrgica, a las prioridades 1 (Salud materna), 9 (Cáncer) y 11 (Enfermedades cardiovasculares), apuntando a un tratamiento más integral.

Este trabajo se desarrolló en el contexto del quinto curso de titulación por tesis en la facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma con su enfoque y metodología publicada.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Lo que se quiere lograr con este estudio es encontrar una asociación entre diferentes factores socioculturales y los niveles de ansiedad que presentan los pacientes previos al procedimiento. El beneficio que se espera sacar de esa información es contar con evidencia que ayude a formar perfiles que ayuden a identificar a pacientes con mayor riesgo de presentar ansiedad severa, la cual se asociado con una recuperación menos favorable.

Justificación clínica:

Como se ha mencionado, las operaciones quirúrgicas están aumentando en todo el mundo por diferentes razones y la ansiedad preoperatoria es un factor que influye en la evolución del paciente y que de ser apropiadamente tratada puede condicionar una mejor recuperación y un mejor pronóstico pudiendo incluso mejorar la mortalidad de dichos pacientes.

Justificación económica:

La evolución favorable de los pacientes quirúrgicos está relacionada con un menor gasto hospitalario y del mismo paciente. Una menor incidencia de: 1) infecciones de la herida operatoria; 2) de necesidad de fármacos analgésicos; 3) reingresos a sala de operaciones; 4) de tiempo prolongado de hospitalización, etc.; todos se asocian a menor gasto para el paciente, para el hospital y para el país.

Justificación social:

La salud mental es una de las prioridades nacionales debido a que por mucho tiempo ha sido dejada de lado en favor de un enfoque más físico de la medicina. Se requieren más estudios que dejen en evidencia no solo el impacto que la salud mental tiene y el que su ausencia puede provocar, sino también cómo el mejoramiento de la misma puede beneficiar al paciente. Con esto no sólo nos referimos a los profesionales de las ciencias de la salud, sino también a los propios pacientes. Si los profesionales de la salud se preocupan por la salud mental de los pacientes, la población también le dará importancia al tema. Actualmente hay una tendencia en la población a considerar la salud mental como un tema secundario.

Justificación institucional:

La clínica Good Hope, lugar dónde se busca realizar esta investigación, procura ser reconocida como un centro que se caracteriza por implementar una medicina integral que vea al ser humano como un conjunto, tratando sus afecciones físicas, mentales y espirituales.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio se realizó en la Clínica Good-Hope de Miraflores, en el período de tiempo de julio-septiembre del año 2021. La población estudiada fueron los pacientes programados para cirugía mayor, en las especialidades de traumatología, cirugía general y ginecología. Este trabajo corresponde principalmente a la línea de investigación: Salud Mental, el cual es una de las prioridades de investigación en salud pública a nivel nacional según el Ministerio de Salud y el Instituto de investigación de Ciencias Biomédicas (INICIB) de la facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados a ansiedad pre-operatoria en pacientes programados para cirugía en la clínica Good Hope en el período julio-septiembre del año 2021.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si el sexo se asocia con presencia de ansiedad pre-operatoria
- Determinar si el tipo de cirugía (la especialidad) se asocia a presencia de ansiedad pre-operatoria
- Determinar si el grado de ASA se asocia a la presencia de ansiedad pre-operatoria
- Determinar si las horas de sueño previas a la cirugía se asocian con presencia de ansiedad pre-operatoria
- Determinar si el antecedente de un operación previa similar, se asocia a presencia de ansiedad pre-operatoria
- Determinar si el COVID-19 es un factor que influye en la presencia de ansiedad pre-operatoria

1.7 VIABILIDAD

Los pacientes que fueron entrevistados para este trabajo fueron tomados de las listas de cirugías programadas en la clínica Good Hope durante el período descrito y la institución dio acceso a esta lista a fin de saber el horario y tipo de cirugía del paciente.

Los pacientes programados para cirugía pasan por una consulta con el anestesiólogo antes de la cirugía, por lo que el dato del grado de ASA siempre figura en la historia clínica del paciente.

Como los pacientes, antes de su cirugía, esperan y son preparados en un ambiente especial (área pre-quirúrgica), se les pudo entrevistar con tiempo para saldar cualquier pregunta que tuvieran del trabajo o el instrumento.

Los gastos empleados en dicha entrevista fueron suplidos por el tesista, y no excedieron el presupuesto esperado.

Este proyecto no presentó problemas éticos para la toma de información de la muestra. Al ser un trabajo no remunerado económicamente, el investigador no tiene un conflicto de intereses durante la ejecución del trabajo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

1. P. Moreno Carrillo, A. Calle Pla, en su artículo “Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica” publicado en Barcelona en abril de 2015; encontraron que los sistemas de salud a menudo se enfocan en los aspectos técnicos de la medicina, y que muchas veces los profesionales de la salud también lo hacen. Sin embargo, los profesionales de la salud presentan cierta sensibilidad a la ansiedad de los pacientes, lo que los lleva a usar sus instintos y experiencia para apoyar psicológicamente a los pacientes que lo requieren sin usar ningún tipo de instrumento de medición, pese a que reconozcan la necesidad de uno. Este artículo reconoció que una de las limitaciones de su estudio fue el no identificar a todos los pacientes con ansiedad. Recomendaron hacer más investigaciones en las que se busque identificar a todos los pacientes con ansiedad.¹⁴
2. Doñate Marín, M Litago Cortés, A Monge Sanz, y Martínez Serrano, R; en su artículo “Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía” publicado en España en enero de 2015; quisieron determinar la asociación entre el conocimiento de los pacientes sobre el procedimiento y la ansiedad pre-operatoria. La razón que tuvieron para investigar esto es que la bibliografía que consultaron resultó aparentemente contradictoria sobre dicha asociación. En este estudio, se encontró que los pacientes que querían más información sobre la operación, presentaban niveles de ansiedad más altos. Sin embargo, los autores nombraron varios estudios como los de Marín Romero et al. Que no encontraron relación entre el conocimiento dado al paciente y la ansiedad preoperatoria.¹⁵
3. Carlos Figueroa López¹, Rocío Mora Osorio¹ y Bertha Ramos del Rio, en su artículo “Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco” publicado en México en el año 2017, fue determinar la relación entre ansiedad

preoperatoria y los diferentes métodos que los pacientes usan para superarla. Específicamente se enfocaron en: distracción, Paliativos, Instrumental y preocupación emocional. Sólo la última se asoció efectivamente con la ansiedad. Encontraron que ante mayor ansiedad, los pacientes usan el afrontamiento emocional (es decir el analizar y re-pensar como los hace sentir dicha situación) lo que los lleva a un círculo vicioso ya que aumenta su ansiedad. El artículo concluye que tras ver esto se podrían plantear estrategias que ayuden a los pacientes a distribuir su tensión entre los demás tipos de afrontamiento. Por ejemplo, el instrumental implica buscar apoyo emotivo y cognitivo en alguien de confianza, usualmente el médico, para que resuelva dudas que de no ser respondidas, sólo incrementan la ansiedad.¹⁶

4. Jaime Ortiz, Suwei Wang, MacArthur A. Elayda y Daniel A. Tolpin, en su artículo: “Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad?” publicada en Brasil en octubre de 2014; publicaron su investigación en la que realizaron un folleto explicativo sobre las dudas más frecuentes en los pacientes del preoperatorio. Evaluaron la ansiedad de los pacientes antes y después de la aplicación del folleto en la clínica. Encontraron que los pacientes que recibieron la información contenida en el folleto, no presentaron mayor ansiedad comparándola con los que no; mientras que si encontraron una mejor satisfacción del paciente sobre el proceso de su cirugía.¹⁷
5. Fatma Celik e Ipek s. Edipoglu en su artículo “evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score” publicado en Turquía en el año 2018; encontraron que conforme la edad de los pacientes aumentaba, disminuía el interés por obtener información de la cirugía mientras que la necesidad de conocimiento aumenta drásticamente cuando el paciente tiene mayor educación. El sexo femenino también fue identificado como relacionado con mayor ansiedad, así como la anestesia general y la primera vez operatoria. El temor a la muerte durante la operación no fue el principal productor de ansiedad, sino el 3°. Los principales fueron el temor al dolor post-operatorio y al despertar durante la cirugía. También predominaron temores sobre consecuencias crónicas de la operación, así como de sintomatología asociada como

náuseas y vómitos persistentes. Concluyen que el manejo de la ansiedad preoperatoria del paciente es algo posible, rentable, aplicable y deseable para mejorar la satisfacción del paciente y los resultados de la recuperación.¹⁸

6. Rita Laufenberg-Feldmann, Bernd Kappis, Rafael J. A. Cámara y Marion Ferner en su artículo “Anxiety and its predictive value for pain and regular analgesic intake after lumbar disc surgery - a prospective observational longitudinal study” publicado en Alemania en el año 2018; a diferencia de otros estudios, no encontró una relación entre la ansiedad pre-operatoria y el dolor crónico posterior a la misma pese a que encontraron literatura que así lo indicaban. Su estudio encontró relación entre el dolor pre-operatorio, con el dolor crónico posterior. Sin embargo, reconocen las debilidades de su estudio como el tamaño de la muestra, el tipo de instrumento utilizado y por lo tanto recomiendan realizar más estudios.¹⁹

7. Janni Strøm, RN, MHSn, Merete B. Bjerrum, MA, Claus V. Nielsen, MD, Cecilie N. Thisted, RN, MScPH, Tove L. Nielsen, OT, MHSC, Malene Laursen, MD, Lene B. y Jørgensen, RN, MScN, en el artículo “Anxiety and depression in spine surgery, a systematic integrative review” publicado en Dinamarca el año 2018; hicieron una revisión de la literatura encontrando 5 factores principalmente asociados con ansiedad y depresión, lo cuales fueron: dolor, información, incapacidad, regreso a la vida laboral y salud mental. Además encontraron que el apoyo psicológico no puede reducirse meramente a algo escrito, pues no solo implica la entrega de información, sino también la capacidad del paciente de entenderla y actuar en consecuencia. Algo que varía de paciente a paciente. El fallo a transmitir esto a los pacientes se traduce en tasas de mortalidad más altas y en bajo nivel de eficacia para obtener logros pre, peri y post operatorios.²⁰

8. Ulla Klaiber, Lisa M. Stephan-Paulsen, Thomas Bruckner, Gisela Müller, Silke Auer, Ingrid Farrenkopf, Christine Fink, Colette Dörr-Harim, Markus K. Diener, Markus W. Böhler and Phillip Knebel, en el artículo “Impact of preoperative patient education on the prevention of postoperative complications after major visceral surgery: the cluster

randomized controlled PEDUCAT trial” publicado en Alemania en el año 2018; encontraron que complicaciones postoperatorias de cirugías abdominales complejas eran potencialmente disminuidas con un manejo preoperatorio, por la educación que recibían los pacientes. Además, el beneficio para el paciente debido a dicha educación puede también ser apoyado cuando el resto del personal de salud (enfermería por ejemplo), lo recibe.²¹

9. Jasmina Ahmetovic-Djug, Sefik Hasukic, Haris Djug, Begzada Hasukic y Alan Jahic, en su artículo “Impact of Preoperative Anxiety in Patients on Hemodynamic Changes and a Dose of Anesthetic During Induction of Anesthesia” publicado en Bosnia en el año 2017; encontraron que el 100% de pacientes presentaba ansiedad preoperatoria aunque de diferente intensidad. 4.5% presentó ansiedad leve, 16.2% moderada y 60.75% elevada. Además encontraron una asociación significativa entre dicha ansiedad y los requerimientos de anestésicos, de tal forma que se vuelve posible predecir cuantos serán los requerimientos de anestésico en estos pacientes.²²
10. Guang-Wei Sun, Yi-Long Yang, Xue-Bin Yang, Yin-Yin Wang, Xue-Jiao Cui, Ying Liu y Cheng-Zhong Xing, en su artículo “Preoperative insomnia and its association with psychological factors, pain and anxiety in Chinese colorectal cancer patients” publicado en Alemania en el año 2019; encontraron asociación significativa entre insomnio preoperatorio y ansiedad ($p < 0.001$); pero también con el dolor relacionado al procedimiento. Al mismo tiempo, encontraron que la autoestima y mecanismos de defensa disminuía dicho insomnio.⁴
11. A Rachid Aalouane, MD, Ismail Rammouz, MD, Driss Tahiri-Alaoui, MD, Karima Elrhazi, MD y Saïd Boujraf, en su artículo “Determining factors of anxiety in patients at the preoperative stage” publicado en Marruecos el 2011, encontraron asociación entre el tipo de cirugía (especialidad) y los niveles de ansiedad de los pacientes evaluados. También mencionan que un historial psiquiátrico podría influenciar en la ansiedad de los pacientes también. Si bien ellos esperaban que antecedentes quirúrgicos tuvieran efecto disminuyente en la ansiedad, eso no fue lo que encontraron aunque su trabajo

incluyó pacientes oncológicos. También encontraron que la relación médico–paciente tiene un importante efecto en la ansiedad tanto pre como post operatoria. Por último, también encontraron una mayor prevalencia de ansiedad en pacientes femeninos y los autores recomiendan un mayor apoyo para estas.⁵

12. Henok Mulugeta, Mulatu Ayana, Mezinew Sintayehu, Getenet Dessie and Tesfu Zewdu en su artículo “Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia” publicado en Etiopía el 2018, encontraron a el miedo a las complicaciones (principal), la preocupación por la familia, el dolor post-operatorio y el miedo a la muerte, eran los principales factores relacionados a la ansiedad pre-operatoria. De entre las características sociodemográficas, las relacionadas significativamente con la ansiedad fueron el sexo y el nivel de educación. En el caso de la educación, más educación se asoció con menores niveles de ansiedad. También encontraron que un antecedente de operación previa se asociaba con menores niveles de ansiedad.⁶

13. Leopold Eberhart, Hansjörg Aust, Maike Schuster, Theresa Sturm, Markus Gehling, Frank Euteneuer, and Dirk Rüsç en su artículo “Preoperative anxiety in adults - a cross sectional study on specific fears and risk factors” publicado en Alemania el 2020, encontraron que el sexo, experiencias previas y el tipo de cirugía, tienen relación con los niveles de ansiedad del paciente. Sólo en la especialidad de ginecología encontraron una mayor prevalencia de pacientes con altos niveles de ansiedad, versus bajos niveles de ansiedad. Ellos no encontraron asociación significativa con la edad o el nivel educativo.²³

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

1. Leslie Anne Bérninzon Doig, en su tesis “Ansiedad preoperatoria y requerimiento de anestésicos en colecistectomía laparoscópica” realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2015; buscó determinar la relación entre los niveles de ansiedad y los requerimientos de anestesia. Encontró que los requerimientos de propofol y remifentanilo tienen una fuerte relación con los niveles de ansiedad, mientras

que otras drogas como el rocuronio presentaban sólo débil relación. Concluyó por lo tanto que puntajes más altos en la escala de ansiedad preoperatoria de Ámsterdam (la escala que usó para medir ansiedad), se asocian con requerimientos más altos de anestésicos.³

2. Brayain Admerly Chávez Castillo en su tesis “Factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo” publicado en Perú el año 2016; encontró que ser de sexo femenino, tener más de 54 años de edad, dormir menos de 4 horas antes del procedimiento, que se trate de una cirugía mayor, tener un grado ASA III, un menor grado de instrucción o el antecedente de ser la primera vez que se opera; todos son factores significativamente asociados con ansiedad preoperatoria. Concluye que debido al nivel de asociación encontrada, las horas de sueño deberían ser uno de los factores más importantes para ser reconocidos y trabajados a fin de reducir la ansiedad operatoria.²⁴

2.2 BASES TEÓRICAS

ANSIEDAD

2.2.1 Definición:

Si bien la mayoría de personas son capaces de reconocer la ansiedad, esta no es tan fácil de definir. Es descrita como una incomodidad e inquietud del individuo que puede ser consciente o inconsciente. Esta es originada en respuesta a un estímulo reconocido como amenazante por la persona. Originalmente, la ansiedad es un evento natural, una reacción normal del individuo ya que es un mecanismo de defensa. Sin embargo, cuando la intensidad de la ansiedad es mayor de lo normal, que supera la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en un impedimento severo que puede causar detrimento en la salud del paciente. Esto es porque la ansiedad se manifiesta no solo en la esfera psíquica, sino también en la física.²⁵

Actualmente los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo excesivo y comportamientos de evitación para con un evento identificado por la persona como

amenazante, aunque en la realidad actual no lo sea. Como tal, hay muchos trastornos incluidos, cada uno con sus respectivas características y criterios. Se pueden mencionar como ejemplos los trastornos de ansiedad generalizada (dura persistentemente más de 6 meses), fobia específica (ocurre frente a un objeto o evento específico), trastorno de pánico (paciente presenta 2 o más crisis de pánico sin presencia del causante), agorafobia (miedo a salir de casa por temor a que afuera no pueda recibir ayuda o no pueda escapar), fobia específica (ocurre frente a un objeto o evento específico), ansiedad social (miedo al juicio social sobre uno), etc. ²⁶

Con respecto a la fobia específica, sus criterios más específicos (resumidos) según la DSM-V son:

- A) Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).
- B) El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C) El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa
- D) El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural
- E) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses
- F) El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
- G) La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes; objetos o situaciones relacionados con obsesiones; recuerdo de sucesos traumáticos; dejar el hogar o separación de las figuras de apego; o situaciones sociales.

Por tanto, los pacientes pueden tener una respuesta visible y detectable ante un evento amenazante para ellos y la psiquiatría ya ha desarrollado pautas para ayudarles a manejar mejor este miedo (terapia, fármacos). Como es de esperar, hasta que resuelvan sus miedos, estos pacientes evitarán la situación específica que les provoca el miedo, e incluso pueden huir

de algún procedimiento (por ejemplo una cirugía), persona (médico) o lugar (hospital) aunque eso perjudique su salud.²⁷

Ahora, no todos los pacientes tienen este nivel de temor que supere su umbral de control, pero una buena cantidad tiene el suficiente temor, como para afectar el resultado de la cirugía o de su recuperación. En relación a la cirugía específicamente hablando, una psique alterada tiene relación con las necesidades de psicofármacos, con la recuperación del paciente, con su sensación de satisfacción, etc. Por todo esto, es interés de los médicos considerarla durante el tratamiento de un paciente.³

Son muchos los factores que favorecen la aparición de este estado. Estos se deben entender en un contexto integral que vea los factores físicos, psíquicos, sociales y espirituales que favorecen o vulneran al individuo. Es importante entender que ninguno de ellos es 100% responsable. Los factores físicos son las amenazas reales que el paciente experimentará durante la cirugía, como pueden ser las incisiones, la inmovilidad articular, las privaciones de sueño, etc. El factor psíquico, surge de la incertidumbre de como resultará el futuro, la pérdida de la intimidad que resultará de la anestesia, etc. Los factores sociales surgen del apoyo que siente de sus familiares, del personal médico o de otras amistades. Por último, el factor espiritual se manifiesta en cómo interpreta la persona que las circunstancias que está viviendo se relacionan con sus creencias (si son un castigo, una prueba, una circunstancia, etc.).²⁵

La literatura afirma además, que la misma arquitectura del establecimiento de salud es capaz de ayudar a reducir la ansiedad. Colores vivos y variados ayudan a distraer la mente de los pensamientos de ansiedad, más aún en los niños que son más sensibles a la misma.²⁵

2.2.2 Historia:

Originalmente la investigación científica realizada sobre trastornos mentales, se centraba en los más evidentes como por ejemplo la esquizofrenia (entre los 50 y los 70). Sin embargo, posteriormente se empezó a estudiar la depresión, aunque durante esa investigación se encontraron con muchos pacientes con ansiedad, por lo que los años 80 se caracterizaron por ser años de estudio intenso de la ansiedad. Lewis (1980), la describió como un estado emocional de miedo (no ira), desagradable, orientada al futuro en respuesta a una amenaza

inminente, dicha amenaza puede ser real o no, el nivel de ansiedad proporcional a la amenaza o no y por último, que causa efectos físicos en el paciente.

En los 90 se propuso que la ansiedad puede darse aisladamente, o sobreañadidamente a estados depresivos, y que todos los síntomas que se presenten, vendrán condicionados por la idiosincrasia de cada paciente.

Actualmente, la ansiedad ocupa el primer lugar mundial entre los trastornos de comportamiento.¹

2.2.3 Clasificación:

Algunos autores han clasificado a la ansiedad en 2 grandes grupos: ansiedad no clínica y ansiedad patológica. La ansiedad no clínica a su vez, es sub-clasificada en ansiedad como rasgo, y estado de ansiedad.

Ansiedad “normal”	“ansiedad patológica”
Desaparece pronto / ligera	Profunda / Persistente
Sirve como función de defensa adaptativa	Deteriora el funcionamiento / Incapacitante
POCOS síntomas somáticos	Más síntomas somáticos
Síntoma relacionado con el estresor y el curso influido por circunstancias externas.	Aparece espontáneamente y el curso es independiente del medio ambiente.

La ansiedad como rasgo, se refiere a la predisposición que tiene una persona a presentar ansiedad ante determinado estímulo, debido a que es parte de su personalidad el preocuparse por las diferentes posibilidades que pueden darse como consecuencia de dicho estímulo. Estos pacientes no presentan sintomatología mientras no aparezca el estímulo, y cuando aparece puede o no presentarlo. Al mismo tiempo, el paciente puede reaccionar al estímulo tiempo después de que se conozca su ocurrencia.

El estado de ansiedad se refiere al paciente que ha sido expuesto a un estímulo (por ejemplo el ser programado para una cirugía), y que está presentando sintomatología en diferente grado. La principal diferencia con respecto a la ansiedad patológica, es que es de corta duración.

La ansiedad patológica es la que reúne los criterios de ansiedad descritos en la DSM-IV, y que abarcan a los estados de fobia, los TOC, trastornos de pánico, estrés post-traumático, etc.¹⁶

2.2.4 Respuesta del paciente a la ansiedad pre-operatoria:

Los pacientes utilizan sus experiencias previas, su razonamiento y su conocimiento sobre su enfermedad para encontrar la mejor forma de afrontar el procedimiento delante de ellos. Algunos encuentran tranquilidad en conocer más sobre su enfermedad, sobre el procedimiento en sí, o sobre el profesional que los va a atender. Otros prefieren no saber sobre los detalles del procedimiento y prefieren confiar ciegamente en el profesional que los va a operar. Esto los hace pacientes muy unidos a su médico y en caso de que este no pueda operar, son muy reacios a aceptar a otro médico.

Otro punto a considerar, es la espera pre-operatoria. Los pacientes que son programados para determinado momento y que por diferentes motivos son post-puestos, aumentan su ansiedad, al igual que las respuestas fisiológicas respectivas.²⁸

2.2.5 Efectos en el peri-operatorio:

La ansiedad es considerada un mecanismo de defensa ante una situación percibida como amenaza. Algunos autores consideran que es un tipo de temor. Uno no dirigido hacia un peligro (miedo), sino a la incertidumbre de no poder determinar bien si es o no un peligro real. Esto dispara una serie de respuestas fisiológicas originalmente dirigidas a ayudar a la persona a encontrar la mejor forma de afrontar dicho problema. Sin embargo, a veces este sistema supera la capacidad de respuesta del individuo, lo que lo lleva a presentar una serie de síntomas.

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente

Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarias: micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor. Obsesiones o compulsiones.

En esta tabla se pueden apreciar síntomas físicos, psicológicos y conductuales. Nótese que algunos de estos síntomas son capaces de ser percibidos por el médico, mientras que otros necesariamente deben ser referidos por el paciente.²⁹

Hay síntomas que suelen ser observados en pacientes con niveles de ansiedad moderados-elevados, como por ejemplo: alteraciones del sueño (insomnio, pesadillas), cefaleas tensionales, náuseas, alteraciones digestivas, sensación de disnea, hiperactividad, etc. Estos síntomas generan sensación de mal estado general, que describen como “estar enfermos”, lo que se puede llegar a usar de excusa para suspender cirugías. Esto además de retrasar tratamiento, desperdicia sala de operaciones que podría ser usada en otro procedimiento, aumenta estancia hospitalaria, etc.

Las alteraciones fisiológicas no son solamente importantes en el pre-operatorio. Son capaces de causar hipertensión y taquicardia, lo que puede causar sangrado. Algunos trabajos de investigación muestran una relación entre la ansiedad y el dolor post-operatorio. Otros autores no están de acuerdo ya que hay evidencia a favor y en contra.²⁸

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Edad:** Se refiere al número de años cumplidos que tiene la persona
- **Sexo:** Se refiere al conjunto de características biológicas específicas que diferencian a los hombres y mujeres de la especie humana.
- **Grado de instrucción:** Se refiere a completar el número de años de estudio correspondiente para la primaria, secundaria o mayor.
- **Procedencia:** Se refiere a si se crió en un área rural o urbana.
- **Grado de ASA:** Se refiere a la escala de riesgo (creada por la sociedad americana de anestesiología) asignada al paciente por el anestesiólogo.
- **Tipo de cirugía:** Se refiere a bajo que especialidad el paciente se está operando. Se consideran las especialidades de traumatología, cirugía general y cirugía ginecológica.
- **Horas de sueño previas:** Se refiere a la cantidad de horas que el paciente ha dormido la noche previa a la cirugía. En caso la cirugía se postergue, se cancele u otra razón, este dato podrá ser corregido.
- **Cirugías previas:** Se refiere a si ha tenido una operación similar (mayor), a la que está por realizarse.
- **Dolor actual:** Se refiere a la presencia de dolor pre-operatorio. Es un dato subjetivo, informado por el paciente.
- **Ansiedad preoperatoria:** Se refiere al puntaje total que se obtiene al llenar la herramienta de recolección de datos (ver anexo 10).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL:

Los factores de estudio están asociados a ansiedad pre-operatoria en pacientes programados para cirugía en la clínica Good Hope en el período julio-septiembre de 2021.

3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- El sexo está asociado a la presencia de ansiedad pre-operatoria.
- El tipo de cirugía (especialidad), se asocia a la presencia de ansiedad pre-operatoria.
- El grado ASA, se asocia a la presencia de ansiedad pre-operatoria.
- El número de horas de sueño previas a la cirugía se asocia con la presencia de ansiedad pre-operatoria.
- El antecedente de una operación previa similar se asocia a ansiedad pre-operatoria.
- El antecedente de infección por COVID-19 se asocia con la presencia de ansiedad pre-operatoria.

3.3 VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN

Variable dependiente:

- Ansiedad preoperatoria

Variables independientes:

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Procedencia
- Grado de ASA
- Tipo de cirugía
- Horas de sueño previas
- Cirugías previas
- Dolor actual
- Antecedente de COVID-19
- Temor a contagio de COVID-19
- Temor a resultado alterado por causa de COVID-19
- Antecedente de vacunación completa para COVID-19.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en el contexto de IV CURSO TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS según enfoque y metodología publicada.³⁰

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es:

- **Observacional**, por cuanto no existe intervención. Es decir, no se manipulan las variables, sólo se las observa.
- **Cuantitativo**, en razón a que se utiliza datos recogidos de encuestas y se estudiará con métodos estadísticos posibles relaciones entre las variables.
- **Analítico**, ya que se pretende estudiar y analizar la asociación entre las variables que se van a utilizar en el estudio.
- **Transversal**, ya que se realiza una sola medición de los sujetos y se evalúa de forma concurrente la exposición y el evento de interés.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está constituida por los pacientes programados para cirugía de 3 diferentes especialidades en la Clínica Good Hope de Miraflores en el período julio-septiembre del año 2021.

Entiéndase:

- 1) Traumatología
- 2) Cirugía general
- 3) Cirugía ginecológica

Tamaño muestral:

Para la selección de la muestra se utilizó la forma de muestreo no probabilístico consecutivo para la estimación de la proporción poblacional, para lo cual se usó la siguiente relación:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Se consideró un nivel de confianza ($1 - \alpha$) de 95% y una proporción (p) de ansiedad de 10% y un error de estimación (d) de 5%.

Tipo de muestreo:

Por conveniencia, se encuestó a los pacientes cada día conforme llegaban al servicio de cirugía para su procedimiento, hasta alcanzar el número requerido.

4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Criterios de inclusión

- Pacientes programados para cirugía mayor en el en el período julio-septiembre del año 2021
- Pacientes con indicación de cirugía electiva
- Pacientes que acepten participar del estudio mediante su firma en el consentimiento informado anexo a la encuesta

Criterios de exclusión

- Pacientes pediátricos
- Pacientes con diagnóstico o tratamiento crónico para algún trastorno mental
- Pacientes con compromiso del estado de conciencia
- Pacientes con trauma encéfalo-craneano
- Pacientes con grado de ASA IV y V

4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Para “Operacionalización de variables independientes y de la variable dependiente” ver el Anexo N° 09.

4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como instrumento, la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS), validado en nuestro medio y que cumple con los parámetros necesarios

para medir la variable de ansiedad preoperatoria, a fin de poder relacionar dicha variable con los objetivos del presente estudio.

Esta es una herramienta originalmente europea, que ha sido traducida y validada en nuestro idioma. Trabajos también ya han sido realizados en nuestro medio usándola. La herramienta ha sido validada por distintos autores, encontrando algunos de ellos un α de Cronbach de 0,84³¹ y otros, uno de 0,81.³²

Se solicitó la revisión del proyecto por los comités de ética tanto de la Universidad Ricardo Palma, como de la Clínica Good Hope, los cuáles dieron su aprobación para ejecutarlo (Ver Anexos N°1-5). Posterior a esto, se procedió a encuestar a todos aquellos pacientes programados para cirugía electiva de la clínica Good Hope de Miraflores, que cumplieron los criterios de inclusión.

4.6 Especificación del proceso de recojo de datos

Tras recibir la aprobación del proyecto por los comités de ética de la Universidad Ricardo Palma y de la Clínica Good Hope, se procedió a acudir presencialmente al área de cirugía de la misma. Esta área está dividida en 3 zonas, una de ellas siendo el área de pre-cirugía, donde los pacientes son preparados y esperan para entrar a sala de operaciones. Es en este lugar que se los entrevistó y se les solicitó dar la información solicitada por el instrumento de trabajo. También se les informó el propósito del estudio, datos generales del investigador y también se les pidió que leyeran y firmaran el consentimiento informado que se puede observar en el anexo 10. Una vez rellenados los datos de la encuesta, se procedía a observar en su historia clínica el grado ASA indicado por el anestesiólogo, pues este es el único dato que el paciente no podía dar.

Como ya se dijo, los datos siempre fueron proporcionados por el paciente (no por un familiar), se recogieron el mismo día de la cirugía sin excepciones y sólo a pacientes que cumplieran los criterios de inclusión (excepto el de uso de psicotrópicos, que fue recopilado en la encuesta y esos casos fueron excluidos del trabajo luego).

4.7 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recogidos se almacenaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, donde se incluyeron criterios de validación para evitar posibles errores de digitación. El procesamiento, recodificación y validación, así como el análisis estadístico se realizó en SPSS versión 25, así como en STATA-16.

Inicialmente se llevó a cabo el control de calidad de los datos, buscando identificar y/o corregir valores atípicos, vacíos o no coherentes, contrastándolos contra las fichas de recolección de datos o con las definiciones teóricas.

Las 2 variables cuantitativas se categorizaron en grupos para su posterior análisis. La edad se organizó en 3 grupos: 18-39 años, 40-59 años y mayores de 60 años; y las horas de sueño previas a la cirugía se las categorizó en 2 grupos: mayores o iguales a 7 horas, y menores o iguales a 6 horas. Esto por la bibliografía que recomienda 7 horas de sueño o más en la población adulta para ser considerado un tiempo de sueño saludable. Para las variables cualitativas se construyeron tablas de frecuencias y contingencia.

En el análisis bivariado, las variables categóricas fueron evaluadas usando la prueba de hipótesis Chi cuadrado de independencia. Para el análisis multivariado, se utilizó un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta, para obtener razones de prevalencia (PR) y los IC 95%. Se consideró significativo, sólo los resultados con un valor $p < 0,05$.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Con respecto al aspecto ético institucional, se solicitaron los permisos correspondientes al comité de ética de la Universidad Ricardo Palma y también a la Clínica Good Hope de Miraflores. Con la respuesta positiva de ambas para realizar el trabajo, se solicitó también el permiso del jefe del área del departamento de cirugía (verbalmente), el cual también aceptó.

Con respecto al aspecto ético con los pacientes, con la herramienta de evaluación se adjuntó un consentimiento informado (ver Anexo 10), el cuál firmaron y colocaron su DNI si estuvieron de acuerdo en participar. Sólo se incluyeron en el estudio los que aceptaron participar de esa forma.

CAPÍTULO V: RESULTADOS:

5.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1.1 ANÁLISIS UNIVARIADO

Se encuestó a los pacientes que ingresaron al servicio de cirugía programados para un procedimiento en las especialidades de Traumatología, C. General y Ginecología en el período julio-septiembre de 2021, llegándose a un número de 255 casos. Posteriormente se excluyeron 23 casos debido a criterios de exclusión (específicamente por antecedente de uso de medicación psicotrópica) y 2 por respuestas incompletas. Se terminó así, son 230 casos en la muestra, cuyas descripciones generales se pueden observar en la Tabla 1.

Se agrupó también las variables de edad y horas de sueño, en 3 y 2 categorías consecutivamente. La edad se agrupó en grupos de casi 20 años cada uno, mientras que las horas de sueño se agruparon en mayores y menores de 7 horas, basado en la cantidad de horas recomendadas para una población de la misma edad.^{33,34}

Tabla 1. Estadísticos descriptivos generales

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	186	80,90%
Masculino	44	19,10%
Grupo etario		
18 a 39 Años	145	63,04%
40 a 59 Años	65	28,26%
60 Años a más	20	8,70%
Grado de instrucción		
Primaria y Secundaria	24	10,40%
Técnico/Universitaria	206	89,60%
Lugar de Procedencia		
Rural	23	10,00%
Urbana	207	90,00%
Grado ASA		
Grado 1	201	87,39%
Grado 2 o 3	29	12,61%
Especialidad		
Traumatología	37	16,10%
C. General	61	26,50%
Ginecología	132	57,40%
Operación previa		
No	72	31,30%
Si	158	68,70%

Dolor actual relacionado a la cirugía		
No	198	86,10%
Si	32	13,90%
Descanso Pre-cirugía		
6 Horas o menos	163	70,90%
7 horas o más	67	29,13%
Ansiedad		
No	96	41,70%
Si	134	58,30%

*Total de cada subgrupo en frecuencias: 230 casos.

Además, se realizó 4 preguntas relacionadas a preocupaciones relacionadas al COVID-19, encontrándose las respuestas que se recopilan en la Tabla 2. Se puede observar que una gran parte de los pacientes encuestados no tienen antecedente de infección por COVID-19 (71,3%) y tienen una vacunación completa para el COVID-19 (en ese momento, se consideraba completa 2 dosis) (83%).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos sobre la infección por COVID-19.

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
Infección por <u>COVID-19</u> previa		
No	164	71,30%
Si	66	28,70%
<u>Temor al Contagio</u> en SOP		
No	133	57,80%
Si	97	42,20%
<u>Temor a Resultado</u> operatorio alterado por COVID-19		
No	185	80,40%
Si	45	19,60%
<u>Vacunación</u> previa para COVID-19 (2 dosis completas)		
No	39	17,00%
Si	191	83,00%

*Total de cada subgrupo en frecuencias: 230 casos.

**Palabras subrayadas son la etiqueta de la variable en posteriores tablas.

5.1.2 ANÁLISIS BIVARIADO

En el análisis bivariado, se cruzaron las diferentes variables con la presencia o no de Ansiedad. Como se ha comentado, las variables de edad y de tiempo en horas de sueño, fueron categorizadas en 3 y 2 grupos respectivamente.

En las variables generales, se observa asociación sólo en la variable correspondiente a la cantidad de descanso durante la noche anterior a la cirugía del paciente (con un valor p de 0,018 y un PR de 1,36). Las demás variables no presentaron asociación, aunque se podría mencionar que las variables de grupo etario y el antecedente de una operación previa, se acercaron bastante ($p=0,081$ cada una) (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis Bivariado de factores propios del paciente, con relación a presencia o ausencia de ansiedad pre-operatoria.

	Presencia de Ansiedad	No presencia de Ansiedad	Total	Valor de p y PR
Variables generales				
Sexo				0,115
Masculino	21 (47,73%)	23 (52,27%)	44 (100%)	
Femenino	113 (60,75%)	73 (39,25%)	186 (100%)	(PR: 0,79)
Grupo etario				0,081
18-39 años	89 (61,38%)	56 (38,62%)	145 (100%)	
40-59 años	38 (58,46%)	27 (41,54%)	65 (100%)	
60 años a más	7 (35,00%)	13 (65,00%)	20 (100%)	-----
Grado				0,386
Primaria y Secundaria	12 (50,00%)	12 (50,00%)	24 (100%)	
Técnico/Universitaria	122 (59,22%)	84 (40,78%)	206 (100%)	(PR: 0,84)
Procedencia				0,476
Urbana	119 (57,49%)	88 (42,51%)	207 (100%)	
Rural	15 (65,22%)	8 (34,78%)	23 (100%)	(PR: 0,88)
ASA				0,966
Grado 1	117 (58,21%)	84 (41,79%)	201 (100%)	
Grado 2 o 3	17 (58,62%)	12 (41,38%)	29 (100%)	(PR: 0,98)
Especialidad				0,743
C. Traumatológica	22 (59,46%)	15 (40,54%)	37 (100%)	
C. General	33 (54,10%)	28 (45,90%)	61 (100%)	
C. Ginecológica	79 (59,85%)	53 (40,15%)	132 (100%)	-----
Operaciones				0,081
SI	86 (54,43%)	72 (45,57%)	158 (100%)	
NO	48 (66,67%)	24 (33,33%)	72 (100%)	(PR: 0,82)
Dolor				0,600
SI	20 (62,50%)	12 (37,50%)	32 (100%)	
NO	114 (57,58%)	84 (42,42%)	198 (100%)	(PR: 1,09)

Cantidad de Sueño				0,018
6 horas o menos	103 (63,19%)	60 (36,81%)	163 (100%)	
7 horas o mas	31 (46,27%)	36 (53,73%)	67 (100%)	(PR: 1,36)

En las variables relacionadas a COVID-19, se observa asociación sólo en la variable correspondiente al temor a contagiarse de COVID durante el procedimiento, por parte del paciente con un valor p de 0,005 y un PR de 1,37 (Tabla 3).

Variables COVID				
COVID-19				0,451
SI	41 (62,12%)	25 (37,88%)	66 (100%)	
NO	93 (56,71%)	71 (43,29%)	164 (100%)	(PR: 1,10)
Temor al contagio				0,005
SI	67 (69,07%)	30 (30,93%)	97 (100%)	
NO	67 (50,38%)	66 (49,62%)	133 (100%)	(PR: 1,37)
Temor al resultado				0,348
SI	29 (64,44%)	16 (35,56%)	45 (100%)	
NO	105 (56,76%)	80 (43,24%)	185 (100%)	(PR: 1,14)
Vacunación				0,540
SI	113 (59,16%)	78 (40,84%)	191 (100%)	
NO	21 (53,85%)	18 (46,15%)	39 (100%)	(PR: 1,10)

5.1.3 ANÁLISIS MULTIVARIADO

Según los datos analizados, en la población de pacientes programados para cirugía, la prevalencia de ansiedad en el género femenino es 1,51 veces con respecto al género masculino. Esto fue estadísticamente significativo (RP=1,51; IC 95%: 1,044 - 2,193; p=0,029) (Tabla 4).

En cuanto a las variables de grupo etario, grado de instrucción, lugar de procedencia, grado ASA, especialidad quirúrgica y presencia actual de dolor relacionado a la operación, no se halló asociación significativa, tanto en el modelo crudo como en el ajustado. (Tabla 4).

En cuanto al antecedente de operaciones previas; en la población de pacientes programados para cirugía que contaron con una operación similar en el pasado, la prevalencia de ansiedad es 0,79 veces con respecto los pacientes que no tienen ese antecedente. Esto fue estadísticamente significativo (RP=0,79; IC 95%: 0,638 - 0,989; p=0,039) (Tabla 4).

También, según los datos analizados, en la población de pacientes programados para cirugía la prevalencia de ansiedad en aquellos con temor a contagiarse de COVID-19 durante el procedimiento es 1,34 veces con respecto a los que niegan ese temor. Esto fue estadísticamente significativo tanto en el modelo crudo como en el ajustado (RP=1,34; IC 95%: 1,077 - 1,682; p=0,009 [ajustado]) (Tabla 4).

Por último, de acuerdo a los datos analizados, en la población de pacientes programados para cirugía la prevalencia de ansiedad en pacientes que descansaron 7 horas o más la noche previa a la cirugía, es 0,75 veces con respecto a los que descansaron 6 horas o menos. Esto fue estadísticamente significativo tanto en el modelo crudo como en el ajustado (RP=0,75; IC 95%: 0,570 - 0,999; con un valor p=0,049 [ajustado]) (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis Multivariado, Regresión de Poisson con Varianza Robusta, en relación a presencia de ansiedad pre-operatoria.

Ansiedad	Análisis Crudo			Análisis Ajustado		
	PR	Valor p	IC (95%)	PR	Valor p	IC (95%)
Sexo						
Masculino	Ref.					
Femenino	1,273	0,153	0,914 - 1,772	1,513	0,029	1,044 - 2,193
Grupo etario						
18-39 años	Ref.					
40 a 59 años	0,952	0,694	0,747 - 1,214	0,992	0,950	0,767 - 1,282
60 años a más	0,570	0,072	0,309 - 1,052	0,579	0,068	0,322 - 1,040
Grado de instrucción						
Primaria y Secundaria	Ref.					
Técnico/Universitaria	1,184	0,426	0,781 - 1,797	1,283	0,285	0,813 - 2,024
Lugar de procedencia						
Rural	Ref.					
Urbana	0,881	0,442	0,639 - 1,216	0,796	0,150	0,583 - 1,086
Grado ASA						
Grado 1	Ref.					
Grado 2 o 3	1,007	0,966	0,725 - 1,399	1,075	0,647	0,787 - 1,469
Especialidad						
C. Traumatológica	Ref.					
C. General	0,910	0,600	0,639 - 1,295	0,857	0,420	0,590 - 1,247
Ginecología	1,007	0,966	0,745 - 1,360	0,705	0,077	0,478 - 1,039
Operación previa						
No	Ref.					
Si	0,816	0,067	0,657 - 1,015	0,794	0,039	0,638 - 0,989
Dolor actual						
No	Ref.					
Si	1,086	0,585	0,809-1,457	1,073	0,657	0,787 - 1,462
Antec. de COVID						
No	Ref.					
Si	1,095	0,440	0,869 - 1,381	1,064	0,578	0,856 - 1,321
Temor al contagio COVID						
No	Ref.					
Si	1,371	0,004	1,105 - 1,701	1,346	0,009	1,077 - 1,682
Temor al resultado alterado						
No	Ref.					
Si	1,135	0,322	0,883 - 1,460	1,009	0,950	0,764 - 1,333
Vacunación previa						
No	Ref.					
Si	1,099	0,557	0,802 - 1,504	1,128	0,466	0,817 - 1,557
Descanso Pre-cirugía						
No	Ref.					
7 horas a más	0,732	0,031	0,551-0,973	0,755	0,049	0,570 - 0,999

*Ajustado por Sexo, Grupo Etario, Grado ASA, Especialidad, Operación previa, Infección COVID previa, Temor al contagio y Sueño pre-cirugía.

**PR: Razón de prevalencia. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

5.2 DISCUSIÓN:

La ansiedad pre-operatoria es un problema que muchas veces puede considerarse secundario, frente a otras preocupaciones, como el éxito de la operación, un diagnóstico correcto, etc., pero diversos estudios han observado que participa no sólo en el desarrollo de la enfermedad o evento que lo hace requerir una intervención quirúrgica (como cualquier otro proceso mental), sino también en la misma operación y también en el post-operatorio. Esta ansiedad puede tener muchas causales y estas varían de persona a persona. Este trabajo no ha buscado explorarlas todas ya que no se han determinado por completo todas las que intervienen, pero se han analizado 13 variables posibles, algunas observadas en trabajos anteriores y otras creadas en vista de la condición de pandemia que se vivió en el mundo durante el desarrollo de este trabajo. En el presente trabajo se demuestra que existe asociación entre 4 de estas 13 variables (sexo, operación previa, temor al contagio COVID en SOP y descanso pre-cirugía) y la ansiedad preoperatoria.

Género:

Durante el análisis multivariado, el modelo crudo no mostró una asociación significativa entre el sexo femenino y la ansiedad preoperatoria, pero cuando se lo ajustó, se encontró asociación significativa. Del resto de resultados se entiende por tanto, que el género femenino presenta mayor probabilidad de presentar ansiedad que el género masculino.

Esto es consistente con lo encontrado por Aalouane et al. Ellos realizaron un estudio prospectivo, en el que se observó un aumento estadísticamente significativo de la ansiedad pre a post operatoria en el grupo de pacientes femenino ($p=0.067$), con respecto al masculino. Ellos encontraron el sexo tenía una influencia mucho mayor a la encontrada por este trabajo, con un impacto 6 veces más grande que los varones. También Mulugeta et al. Describieron una asociación significativa entre el sexo femenino y ansiedad pre-operatoria. Ellos encontraron que la probabilidad de presentar ansiedad preoperatoria era 2,19 veces en mujeres que en hombres (95% CI 1.29–3.71). Lo mismo fue para Eberhart et al.^{5,6,23} Fatma Celik e Ipek s. Edipoglu.¹⁸ Los motivos de esto han sido discutidos por muchos de estos autores, planteándose que en las diferentes poblaciones, las mujeres suelen ser un poco más sensibles por motivos hormonales y sociales, mientras que los hombres por ejemplo, podrían

ser más reacios a dejar ver su ansiedad y por ello “ocultan” la misma, dando luz a estas diferencias.

Operación previa:

De modo similar al sexo, el modelo crudo no mostró una asociación significativa entre el antecedente de operación previa y la ansiedad preoperatoria pero cuando se lo ajustó al resto de variables sí la demostró y los demás resultados revelaron que los pacientes que han pasado por una cirugía similar en el pasado, tienen menor probabilidad de presentar ansiedad, que los pacientes que están pasando por su primera cirugía mayor.

Aalouane et al. originalmente esperaban encontrar un resultado similar al de este trabajo, pero no pudieron encontrar dicha asociación. Mulugeta et al. encontraron resultados similares a los de este trabajo, siendo la ausencia de este antecedente el responsable de una probabilidad 3,05 veces la de los que sí tienen el antecedente (95% CI 1.57–5.95).

La diferencia entre los resultados se puede deber al tipo de cirugía. Los trabajos como el de Aalouane et al., fueron realizados en servicios con una tasa de mortalidad mayor que los de este trabajo (oncología). La exposición a pacientes crónicos y con desenlace muchas veces fatal, puede tener un efecto negativo y por ello el antecedente de una cirugía previa podría ser significativo dependiendo de qué tipo de procedimiento se esté realizando. Eberhart et al. también concuerda con estos resultados.^{5,6,23}

Temor al contagio con COVID-19:

Sobre las variables relacionadas al COVID-19, no se encontró asociación entre la ansiedad pre-operatoria y: (1) tener una infección previa de COVID-19, (2) el temor a un resultado alterado por causa del virus y (3) el estar vacunado. Sin embargo, sí se encontró relación estadísticamente significativa con el temor al contagio durante el procedimiento. Los resultados refieren que el temor a contagiarse durante el procedimiento de COVID-19 lleva a las personas que lo tienen, a tener una mayor probabilidad de presentar ansiedad, frente a los que no les preocupa.

Debido a que la pandemia por COVID-19 surgió el año previo a la realización de este trabajo, no se encontró un trabajo que asociara la infección COVID-19 con la ansiedad preoperatoria. Se realizaron 4 preguntas con respecto a este tema, pero sólo esta encontró una asociación significativa con la ansiedad. Esta variable consulta al paciente sobre el nivel de confianza que tiene en los protocolos de seguridad de la institución, y sobre la sensibilidad que tienen ante un peligro potencial. Dado que los pacientes ansiosos (entre otros), se caracterizan por responder de manera exagerada ante un peligro potencial si se los compara con los no ansiosos, esta pregunta fue planteada en relación con este trabajo. También es necesario admitir que la infección por COVID-19 preocupa al paciente de manera especial dependiendo de muchos factores, como por ejemplo su edad, presencia de adultos mayores cercanos, comorbilidades, etc. Autores como Mulugeta et al. encontraron en su estudio, que el factor más común responsable de ansiedad pre-operatoria, era el miedo a las complicaciones. Si bien su estudio se refería a las complicaciones relacionadas con la propia cirugía, se podría proponer que las complicaciones del COVID para el paciente son similares a las de la propia cirugía.⁶

Descanso pre-cirugía:

Por último, se encontró una asociación significativa entre un descanso la noche previa a la cirugía igual o mayor de 7 horas, y la presencia de ansiedad pre-operatoria. Este resultado da a entender que los pacientes que duermen 7 horas o más, tienen una menor probabilidad de presentar ansiedad pre-operatoria, con respecto a los que duermen menos de ese tiempo. Esto es congruente con lo encontrado por Sun et al., que encontraron una asociación significativa entre insomnio pre-operatorio y ansiedad con un $p < 0,01$.⁴

Esto puede explicarse porque los mecanismos que tiene el cuerpo para defenderse del estrés están relacionados fisiológicamente con el sueño. Sólo por mencionar alguno, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal sube los niveles de CRH, ACTH y cortisol respectivamente y de ellos, el cortisol está fuertemente relacionado con el estrés. El cortisol se secreta en un ciclo circadiano característico con niveles más altos por la mañana y más bajos conforme llega la noche. En pacientes con un descanso inapropiado (definido como menor a 7 horas) y en pacientes con insomnio se observan niveles altos de cortisol a altas horas de la noche.³⁵⁻³⁷

Otros:

En las variables de grupo etario, grado de instrucción, lugar de procedencia, grado ASA especialidad quirúrgica y presencia de dolor actual, no se encontró asociación estadísticamente significativa con ansiedad pre-operatoria.

Esto contradice en algunos casos a lo encontrado por otros autores. Por ejemplo, Aalouane et al., encontraron asociación entre el tipo de cirugía y los niveles de ansiedad. Eberhart et al. también encontraron resultados similares.^{5,23}

Pero en otros casos, estuvo de acuerdo con ellos, pues Eberhart et al. no encontraron asociación entre ansiedad y la edad o el nivel educativo, aunque Mulugeta si encontró asociación con este último (nivel educativo).^{6,23}

Dentro de las limitaciones del estudio, se puede comentar que la población de estudio son los pacientes de una clínica privada. En el Perú, el sistema de salud está segmentado y cada sector atiende a una población diferente por lo que se requieren más estudios como este en otros nosocomios.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

De las 13 variables planteadas, se encontró asociación significativa con la ansiedad preoperatoria en los casos de Sexo, Antecedente de cirugía previa, Temor al contagio y Horas de sueño previas a la cirugía.

El ser de sexo femenino y responder positivamente al temor al contagio, se asociaron significativamente con mayor probabilidad de tener ansiedad preoperatoria.

Dormir por un tiempo mayor o igual a 7 horas la noche anterior o haber pasado por una cirugía previa similar, se asoció significativamente con una menor probabilidad de presentar ansiedad preoperatoria.

El grupo etario, el tipo de cirugía (especialidad), el grado ASA dado al paciente por el anestesiólogo o una infección previa de COVID-19, no demostraron asociación significativa con la ansiedad preoperatoria.

6.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda para próximos estudios, se utilicen otros tipos de población (MINSA vs ESSALUD), otras especialidades y de ser posible, compárense ambos. Esto para que se pueda observar mejor si las asociaciones encontradas se deben sólo al tipo de población, o si es similar a la del resto de peruanos.

También se podría comparar los pacientes con diagnóstico y tratamiento para algún trastorno psiquiátrico, vs los que no. Además, si bien el instrumento utilizado también recopila datos para averiguar la necesidad de información sobre el procedimiento y la anestesia, este trabajo no consideró esas variables y un trabajo posterior podría incluirlas en su análisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zubeidat I, Sierra JC, Ortega V. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*. 2003;3(1):10-59.
2. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Vilela-Estrada AL, Huarcaya-Victoria J. Depression, post-traumatic stress, anxiety, and fear of COVID-19 in the general population and health-care workers: prevalence, relationship, and explicative model in Peru. *BMC Psychiatry*. 17 de septiembre de 2021;21(1):455.
3. Bérninzon Doig LA. Ansiedad preoperatoria y requerimiento de anestésicos en colecistectomía laparoscópica. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2015. Universidad de San Martín de Porres – USMP [Internet]. 2015 [citado 14 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2074>
4. Sun GW, Yang YL, Yang XB, Wang YY, Cui XJ, Liu Y, et al. Preoperative insomnia and its association with psychological factors, pain and anxiety in Chinese colorectal cancer patients. *Support Care Cancer*. junio de 2020;28(6):2911-9.
5. Aalouane R, Rammouz I, Tahiri-Alaoui D, Elrhazi K, Boujraf S. Determining factors of anxiety in patients at the preoperative stage. *Neurosciences (Riyadh)*. abril de 2011;16(2):146-9.
6. Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiol*. 30 de octubre de 2018;18(1):155.
7. Quintero A, Yasnó DA, Riveros OL, Castillo J, Borrález BA. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2017;32(2):115-20.
8. Paredes AZ, Hyer JM, Diaz A, Tsilimigras DI, Pawlik TM. The Impact of Mental Illness on Postoperative Outcomes Among Medicare Beneficiaries: A Missed Opportunity to Help Surgical Patients? *Ann Surg*. 1 de septiembre de 2020;272(3):419-25.
9. Johnston M. Anxiety in surgical patients. *Psychol Med*. febrero de 1980;10(1):145-52.
10. Nicolini H. Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. *Cir Cir*. 2020;88(5):542-7.
11. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4):e00054020.
12. Alvarez-Bobadilla G, Domínguez-Cherit G, Acosta-Nava VM, Guizar-Rangel MT, Guido-Guerra RE, Garduño-López AL. Manejo perioperatorio del paciente con COVID-19. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2020;43(2):35-46.

13. Rubio-Pérez I, Badia JM, Mora-Rillo M, Martín Quirós A, García Rodríguez J, Balibrea JM. COVID-19: conceptos clave para el cirujano. *Cir Esp*. 2020;98(6):310-9.
14. Moreno Carrillo P, Calle Pla A. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. *Cir mayor ambul*. 2015;20(2):74-8.
15. Doñate Marín M, Litago Cortés A, Monge Sanz Y, Martínez Serrano R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*. enero de 2015;14(37):170-80.
16. López CF, Osorio RM, Río BR del. Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco. *Rev Esp Cienc Salud*. 2 de mayo de 2018;20(1):5-9.
17. Ortiz J, Wang S, Elayda MA, Tolpin DA. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? *Brazilian Journal of Anesthesiology (Edición en Español)*. 1 de enero de 2015;65(1):7-13.
18. Celik F, Edipoglu IS. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *Eur J Med Res*. 11 de septiembre de 2018;23(1):41.
19. Laufenberg-Feldmann R, Kappis B, Cámara RJA, Ferner M. Anxiety and its predictive value for pain and regular analgesic intake after lumbar disc surgery - a prospective observational longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 27 de marzo de 2018;18(1):82.
20. Strøm J, Bjerrum MB, Nielsen CV, Thisted CN, Nielsen TL, Laursen M, et al. Anxiety and depression in spine surgery-a systematic integrative review. *Spine J*. julio de 2018;18(7):1272-85.
21. Klaiber U, Stephan-Paulsen LM, Bruckner T, Müller G, Auer S, Farrenkopf I, et al. Impact of preoperative patient education on the prevention of postoperative complications after major visceral surgery: the cluster randomized controlled PEDUCAT trial. *Trials*. 24 de mayo de 2018;19(1):288.
22. Ahmetovic-Djug J, Hasukic S, Djug H, Hasukic B, Jahic A. Impact of Preoperative Anxiety in Patients on Hemodynamic Changes and a Dose of Anesthetic During Induction of Anesthesia. *Med Arch*. octubre de 2017;71(5):330-3.
23. Eberhart L, Aust H, Schuster M, Sturm T, Gehling M, Euteneuer F, et al. Preoperative anxiety in adults - a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry*. 30 de marzo de 2020;20(1):140.
24. Chavez Castillo BA. Factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos en el hospital Belén de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2016 [citado 14 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2128>
25. Gordillo León F, Arana Martínez JM, Mestas Hernández L. Treatment of anxiety in preoperative patients. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. octubre de 2011;4(3):228-33.

26. Mallen MM, Garza DNL. Trastornos de ansiedad. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat*. 15 de marzo de 2017;44(3):101-7.
27. Schmid M, Wolf RC, Freudenmann RW, Schönfeldt-Lecuona C. Tomophobia, the phobic fear caused by an invasive medical procedure - an emerging anxiety disorder: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 18 de noviembre de 2009;3(1):131.
28. Bedaso A, Ayalew M. Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient Saf Surg*. 2019;13:18.
29. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria [Internet]. *GuíaSalud*. [citado 14 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-para-el-manejo-de-pacientes-con-trastornos-de-ansiedad-en-atencion-primaria/>
30. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatriza-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educación Médica*. 1 de julio de 2019;20(4):199-205.
31. Vergara Romero M. Validación de la versión española del Amsterdam preoperative anxiety and information scale para la evaluación de la ansiedad preoperatoria. 22 de junio de 2017 [citado 20 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/16340>
32. Vázquez OG. Escala de Afrontamiento al Cáncer en pacientes oncológicos en población mexicana. *Psicooncología*. 2019;16(1):61-72.
33. Panel CC, Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, et al. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep*. 38(6):843.
34. Chaput JP, Dutil C, Sampasa-Kanyinga H. Sleeping hours: what is the ideal number and how does age impact this? *Nat Sci Sleep*. 27 de noviembre de 2018;10:421-30.
35. Próspero García O, Méndez Díaz M, Ruiz Contreras AE, Alvarado Capuleño I, Rosenthal L. Insomnio, estrés y canabinoides. *Salud mental*. junio de 2011;34(3):211-8.
36. Maidana P, Bruno OD, Mesch V. Medición de cortisol y sus fracciones: Una puesta al día. *Medicina (Buenos Aires)*. diciembre de 2013;73(6):579-84.
37. Rico-Rosillo MG, Vega-Robledo GB, Rico-Rosillo MG, Vega-Robledo GB. Sueño y sistema inmune. *Revista alergia México*. junio de 2018;65(2):160-70.

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis :
“FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PRE-OPERATORIA SEGÚN TIPO DE OPERACIÓN EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA EN LA CLÍNICA GOOD HOPE EN EL PERÍODO ABRIL-JUNIO DE 2019”, que presenta el Sr. **ANDRÈS MARCELO AGUILAR FRNÀNDEZ**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 11 de Abril del 2019



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°040-2016 SUNEDU/CD



Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas

Oficio Electrónico N°0268-2022-INICIB-D

Lima, 28 de septiembre de 2022

Señor
ANDRES MARCELO AGUILAR FERNANDEZ
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis “**FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PRE-OPERATORIA EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA EN LA CLÍNICA GOOD HOPE EN EL PERIODO JULIO-SEPTIEMBRE DE 2021**”, presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente.



Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas PhD, MSc, MD.
Director del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas.
Director del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis.
Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

“Formamos seres humanos para una cultura de paz”

Av. Benavides 5440 – Urb. Las Gardenias – Surco
Apartado postal 1801, Lima 33 – Perú
www.urp.edu.pe/medicina

Central 708-0000
Anexo 6016

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Andrés Marcelo Aguilar Fernández de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

(Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas)

Lima, 19 de octubre de 2022

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD



Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N° 1850-2019-FMH-D

Lima, 12 de mayo de 2019

Señor
AGUILAR FERNÁNDEZ ANDRES MARCELO
Presente.-

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "**FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PREOPERATORIA SEGÚN TIPO DE OPERACIÓN EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA EN LA CLÍNICA GOOD HOPE EN EL PERÍODO MAYO JUNIO DE 2019**", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha viernes 10 de mayo de 2019.

Por lo tanto queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,

Dr. Menandro Ortíz Pretel
Secretario Académico

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco - Central: 708-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú Anexos: 6010
E-mail: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina Telefax: 708-0106

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: "FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PRE-OPERATORIA SEGÚN TIPODE OPERACIÓN EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA EN LA CLÍNICA GOOD HOPE EN EL PERÍODO JULIO-SEPTIEMBRE DE 2021".

Investigador:

ANDRÉS MARCELO AGUILAR FERNÁNDEZ

Código del Comité: **PG-32-2021**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría REVISIÓN EXPEDITA por un período de 1 año.

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación, considerando completar el título de su proyecto con el hospital, la ciudad y el país donde se realizará el estudio y adjuntar resumen debiendo presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 31 de Julio del 2021



Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN



Malecón Balta 956
Miraflores, Lima, Perú
Teléfono: 610-7300
Informes@goodhope.org.pe
www.goodhope.org.pe

Miraflores, 18 agosto de 2021

Doctor

Andrés Marcelo Aguilar Fernández

Estudiantes Medicina Humana

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Estimado Dr Aguilar:

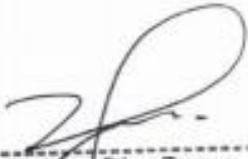
Por medio de la presente emitimos el acuerdo dado por el Comité de Docencia e Investigación, en relación a su solicitud de permiso para recolección de datos de los pacientes de la CGH, por encontrarse realizando el proyecto de Tesis:

“FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PRE-OPERATORIA SEGÚN TIPO DE OPERACIÓN EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA EN LA CLÍNICA GOOD HOPE EN EL PERÍODO JULIO-SEPTIEMBRE DE 2021”.

EL COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN - Acuerda aprobar, conceder permiso para recolección de datos, a través de la revisión de las historias clínicas de pacientes de la CGH que tengan el diagnóstico requerido, datos generales, para el desarrollo de trabajo de Tesis ya mencionado.

Se expide el presente documento, a solicitud del interesado para los fines que considere pertinentes.

Atentamente,



Dr. Nelson Díaz Reyes
Servicio de Medicina Interna
CMP: 37868 RNE: 21048
Clínica Good Hope

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

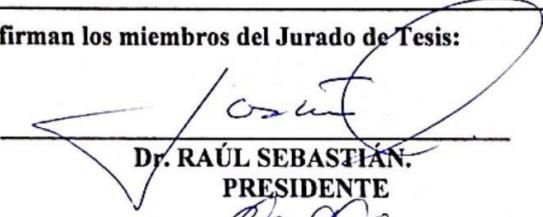
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

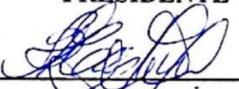
ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

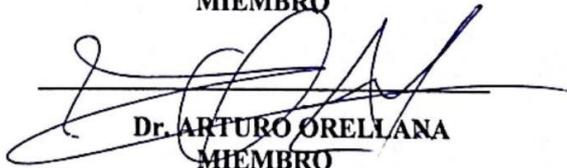
Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PRE-OPERATORIA EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA EN LA CLÍNICA GOOD HOPE EN EL PERÍODO JULIO-SEPTIEMBRE DE 2021", que presenta el señor ANDRÉS MARCELO AGUILAR FERNÁNDEZ para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

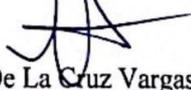
En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


Dr. RAÚL SEBASTIÁN.
PRESIDENTE


Dra. BERTHA CASTRO
MIEMBRO


Dr. ARTURO ORELLANA
MIEMBRO


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Asesor de Tesis

Lima, 03 de octubre de 2022

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN





Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: **Andrés Aguilar**
Assignment title: **Sustentaciones 2022**
Submission title: **FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PRE-OPERATORIA EN PA...**
File name: **LA_CL_NICA_GOOD_HOPE_EN_EL_PER_ODO_JULIO-SEPTIEMBR...**
File size: **1.54M**
Page count: **64**
Word count: **13,613**
Character count: **75,301**
Submission date: **17-Nov-2022 11:45AM (UTC-0500)**
Submission ID: **1956882490**



ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VI CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

ANDRÉS MARCELO AGUILAR FERNANDEZ

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis durante los meses de agosto, setiembre octubre, noviembre, diciembre del 2019, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PRE-OPERATORIA EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA EN LA CLÍNICA GOOD HOPE EN EL PERIODO JULIO-SEPTIEMBRE DE 2021

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 14 de enero de 2021



Thony El Cruz Vargas
Director del Curso Taller



Maria del Socorro Alariza Gutiérrez Vda. de Bumbarén
Decana

ANEXO 8. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Población y muestra	Plan de análisis de datos
¿Cuáles son los factores asociados a ansiedad pre-operatoria en pacientes programados para cirugía en la clínica Good Hope en el período julio-septiembre del año 2021?	<p>General:</p> <p>Determinar los factores asociados a ansiedad pre-operatoria en pacientes programados para cirugía en la clínica Good Hope en el período julio-septiembre del año 2021.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinar si el sexo se asocia con presencia de ansiedad pre-operatoria -Determinar si el tipo de cirugía (la especialidad) se asocia presencia de ansiedad pre-operatoria -Determinar si el grado de ASA se asocia a la presencia de ansiedad pre-operatoria -Determinar si las horas de sueño previas a la cirugía se asocian con presencia de ansiedad pre-operatoria -Determinar si el antecedente de un operación previa similar, se asocia a presencia de ansiedad pre-operatoria -Determinar si el antecedente de infección por COVID-19 es un factor que influye en la presencia de ansiedad pre-operatoria 	<p>General:</p> <p>Los factores de estudio están asociados a ansiedad pre-operatoria en pacientes programados para cirugía en la clínica Good Hope en el período julio-septiembre de 2021</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El sexo está asociado a la presencia de ansiedad pre-operatoria. -El tipo de cirugía (especialidad), se asocia a la presencia de ansiedad pre-operatoria. -El grado ASA, se asocia a la presencia de ansiedad pre-operatoria. -El número de horas de sueño previas a la cirugía se asocia con la presencia de ansiedad pre-operatoria. -El antecedente de una operación previa similar se asocia a ansiedad pre-operatoria. -El antecedente de infección por COVID-19 se asocia con la presencia de ansiedad pre-operatoria. 	<p>Variable dependiente:</p> <p>Ansiedad pre-operatoria</p> <p>Variables independientes:</p> <p>Grupo etario, sexo, grado de instrucción, procedencia, grado de ASA, tipo de cirugía, horas de sueño previas, cirugías previas, dolor actual, antecedente de COVID-19, temor al contagio de COVID-19, temor a resultado alterado por COVID-19 y antecedente de vacunación completa para el COVID-19.</p>	<p>La población son los pacientes programados para cirugía de las diferentes especialidades en la Clínica Good Hope de Miraflores en el período julio-septiembre de 2021</p> <p>Se determinará la representatividad de la muestra mediante el cálculo del tamaño muestral y el tipo de muestreo.</p>	<p>El procesamiento, recodificación y validación, así como el análisis estadístico se realizó en SPSS versión 25. Para evaluar la asociación entre variables cualitativas o categóricas, se utilizó la prueba de hipótesis Chi cuadrado de independencia.</p> <p>Como medida para la evaluación de los factores de riesgo para la ansiedad se utilizará la razón de prevalencia (PR) con su respectivo intervalo de confianza.</p> <p>Finalmente, se calcularán las PR ajustadas a través de un modelo Poisson con varianza robusta. Para el análisis inferencial se utilizará un nivel de confianza de 95%, el mismo utilizado en el cálculo del tamaño de la muestra.</p>
	Diseño Metodológico	Técnicas e instrumentos	Este estudio es observacional, cuantitativo, analítico y transversal.	Se utilizarán 2 instrumentos: la escala de ansiedad preoperatoria y de información de Ámsterdam; y una ficha de recolección de datos.	

ANEXO 9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

	Nombre de Variable	Definición Operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
1	Edad	Número de años indicado en la encuesta	Independiente	Cuantitativa	Razón discreta	Encuesta	Años cumplidos
2	Sexo	Sexo indicado en la encuesta	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Encuesta	0=Hombre 1=Femenino
3	Grado de instrucción	Nivel alcanzado en el sistema de enseñanza	Independiente	Cualitativa	Razón intervalo	Encuesta	1=Primaria/Secundaria 2=Técnico/Superior
4	Procedencia	Procedencia indicada en la encuesta	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Encuesta	1=Urbana 2=Rural
5	Grado de ASA	Grado indicado por el anestesiólogo	Independiente	Cualitativa	Nominal politómica	Escala dada por anestesiólogo	1=ASA-I 2=ASA-II y III
6	Tipo de Cirugía	Especialidad por la que es operado	Independiente	Cualitativa	Nominal politómica	Encuesta	1=Traumatología 2=Cirugía General 3=Ginecología
7	Horas de sueño previas	Horas de sueño indicadas en la encuesta	Independiente	Cuantitativa	Razón discreta	Encuesta	Horas dormidas
8	Cirugías previas	Antecedente de procedimiento quirúrgico indicado en la encuesta	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Encuesta	0=No 1=Si
9	Dolor actual	Presencia de dolor actual, indicado en la encuesta	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Encuesta	0=No 1=Si
10	Ansiedad preoperatoria	Resultado alcanzado en el cuestionario	Dependiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Instrumento	0=No 1=Si
11	Antecedente de COVID-19	Antecedente de infección por COVID-19, indicado en la encuesta	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Encuesta	0=No 1=Si
12	Temor al contagio de COVID-19	Presencia de preocupación, sobre contagiarse durante el procedimiento, indicado en la encuesta	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Encuesta	0=No 1=Si
13	Temor a resultado alterado por COVID-19	Presencia de preocupación sobre complicaciones en la cirugía a causa del COVID-19, indicado en la encuesta	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Encuesta	0=No 1=Si
14	Antecedente de vacunación completa para el COVID-19	Esquema de vacunación completo (2 dosis) indicado en la encuesta	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	Encuesta	0=No 1=Si

ANEXO 10. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

10.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio:

“FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PRE-OPERATORIA SEGÚN TIPO DE OPERACIÓN EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA EN LA CLÍNICA GOOD HOPE EN EL PERÍODO JULIO-SEPTIEMBRE DE 2021”

Investigador: Andrés Marcelo Aguilar Fernández

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo ayudar a los profesionales de la salud a proveer un servicio más integral al paciente, fomentando el interés sobre la salud mental del mismo. Este estudio ha sido aprobado por la institución y por las entidades universitarias responsable.

Lo que se le solicita es responder rápidamente la encuesta adjunta. Esta es breve, sencilla y no debería tomarle más de 10 minutos. Cualquier duda que tenga sobre la misma, siéntase libre de preguntar al investigador cualquier duda que tenga. Su participación es voluntaria y no está obligado a participar.

Si decide no participar del estudio, no habrá ningún tipo de consecuencia negativa para usted.

He sido informado/a del propósito de este estudio, y confiando en que la información será usada de forma responsable sólo para fines de investigación y en total confidencialidad, doy mi consentimiento voluntario para participar.

Firma: _____

Fecha: _____

10.2. INSTRUMENTO VALIDADO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCALA DE ANSIEDAD PREOPERATORIA Y DE INFORMACIÓN DE ÁMSTERDAM (AP AIS)

	1	2	3	4	5	TOTAL
ANSIEDAD						
Estoy inquieto con respecto a la anestesia.						
Pienso continuamente en la anestesia.						
Estoy inquieto con respecto a la intervención (cirugía).						
Pienso continuamente en la intervención (cirugía).						
NECESIDAD DE INFORMACIÓN						
Me gustaría recibir información lo más completa posible con respecto a la anestesia.						
Me gustaría recibir una información lo más completa posible respecto a la intervención (cirugía).						

Puntaje: 1 de ningún modo, 5 muchísimo

10.3 FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos en la Clínica

Good Hope de Miraflores – Lima Perú

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha número:

1. Edad: _____ años

2. Sexo: (M) (F)

3. Grado de instrucción:

- Primaria ()

- Secundaria ()

- Universitaria ()

4. Procedencia: (Urbano) (Rural)

5. Grado ASA:

(I) (II) (III)

6. Tipo de cirugía:

Traumatología () Cirugía General () Ginecología ()

7. Horas de sueño previas: _____ horas

8. Historia de consumo de medicación psicotrópica: (SI) (NO)

9. Cirugías previas: (SI) (NO)

10. Dolor actualmente (SI) (NO)

VARIABLE RESULTADO:

ANSIEDAD PREOPERATORIA:

(SI) (NO)

COVID:

1) Usted ha tenido infección por COVID-19 en el pasado (si) (no)

2) Le preocupa contraer la infección por COVID-19 durante el procedimiento (si) (no)

3) Le preocupa que la infección por COVID-19 pueda alterar el resultado de la op. (si) (no)

4) Se encuentra vacunado actualmente (2 dosis) (si) (no)

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.

La base de datos utilizada en este trabajo, se puede encontrar en el siguiente link en formato para SPSS. También fue proveída para el INICIB-URP.

https://drive.google.com/file/d/1TK3UxM15wpll8s-BdYjpYae4m1f4IkU3/view?usp=share_link

LISTA DE GRAFICOS

(Para facilidad visual, de las variables más significativas del trabajo).

Gráfico 1

Distribución por sexo

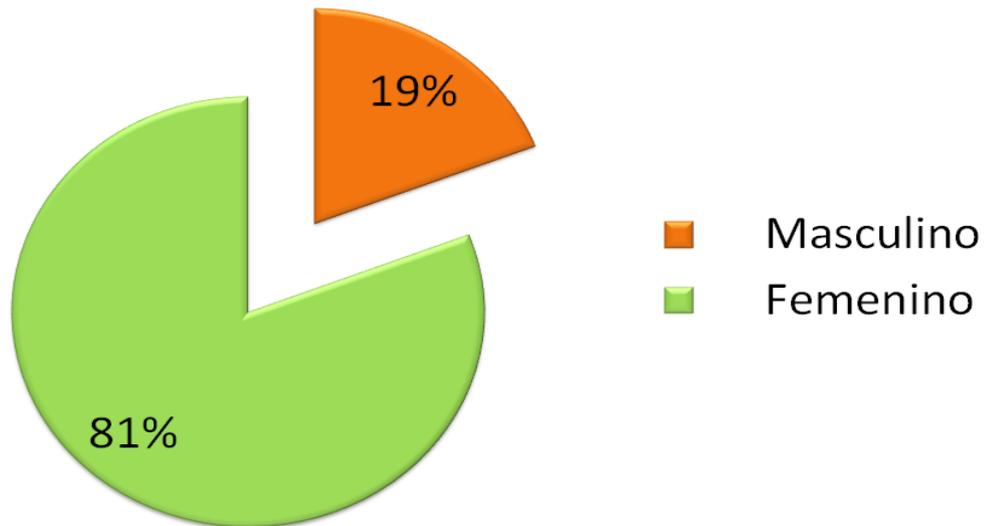


Gráfico 2

Distribución por especialidad

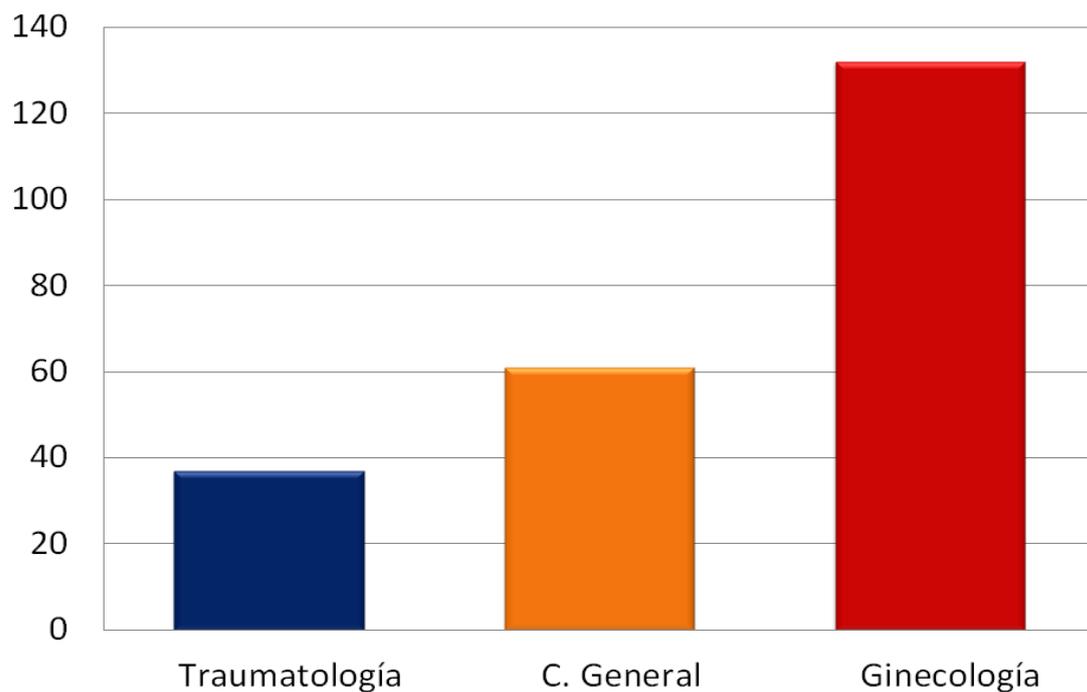


Gráfico 3

Respuestas compatibles con paciente ansioso

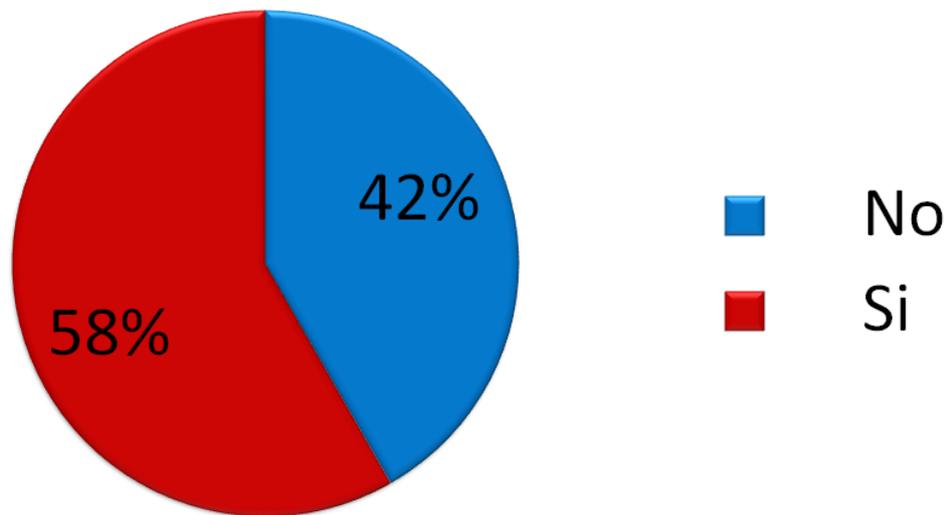


Gráfico 4

Pacientes con vacunación completa

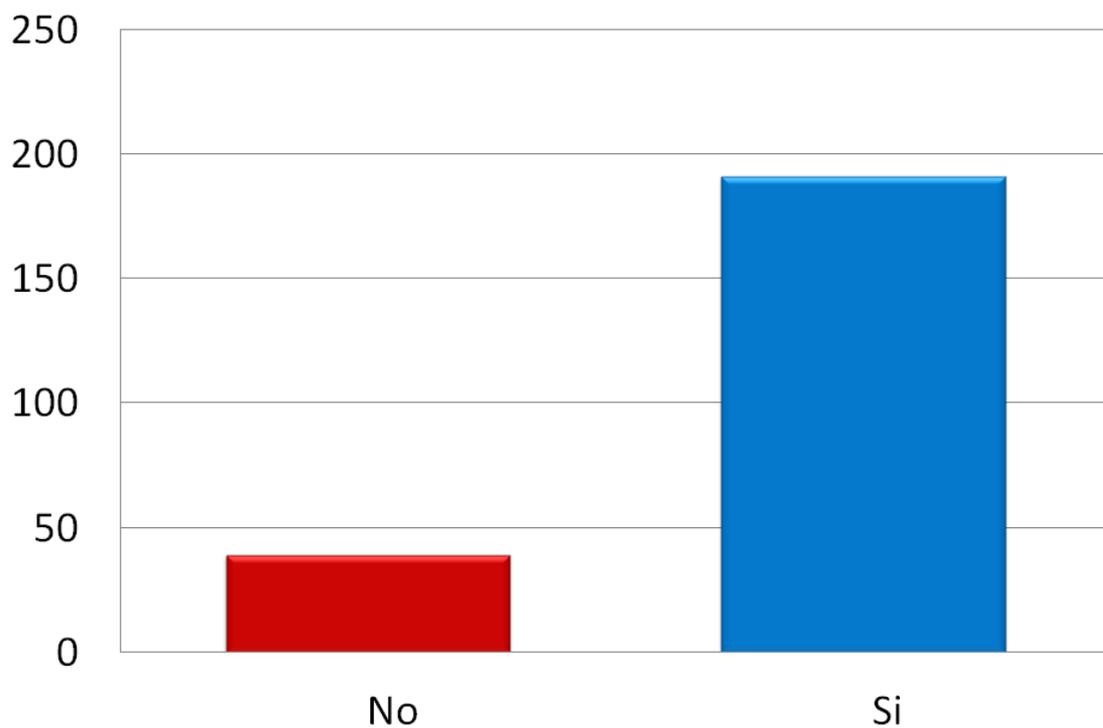


Gráfico 5

Gráfico cruzado entre sexo y presencia de ansiedad

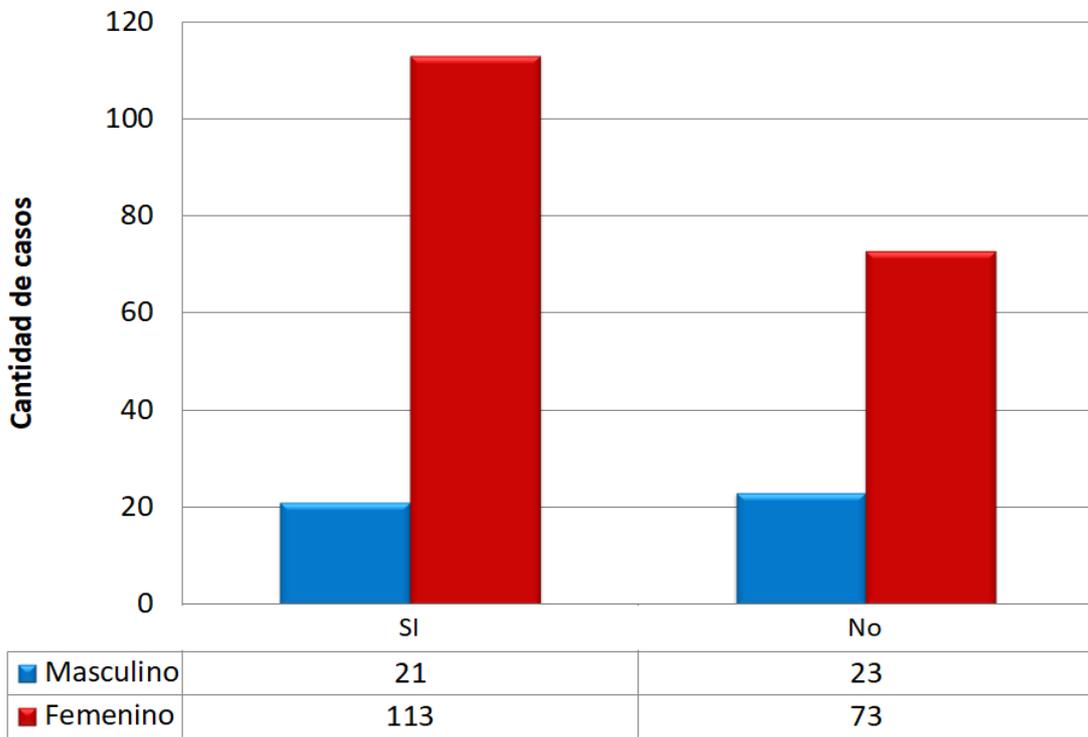


Gráfico 6

Gráfico cruzado entre horas de sueño y presencia de ansiedad

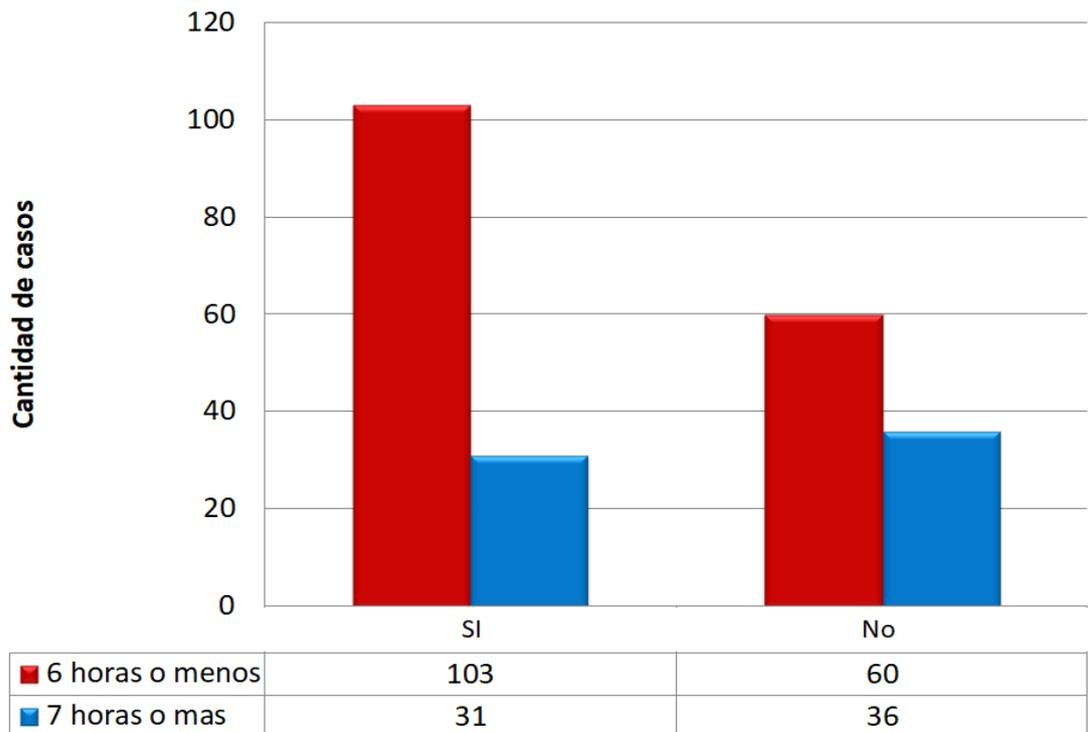


Gráfico 7

Gráfico cruzado entre antecedente de operación previa y ansiedad

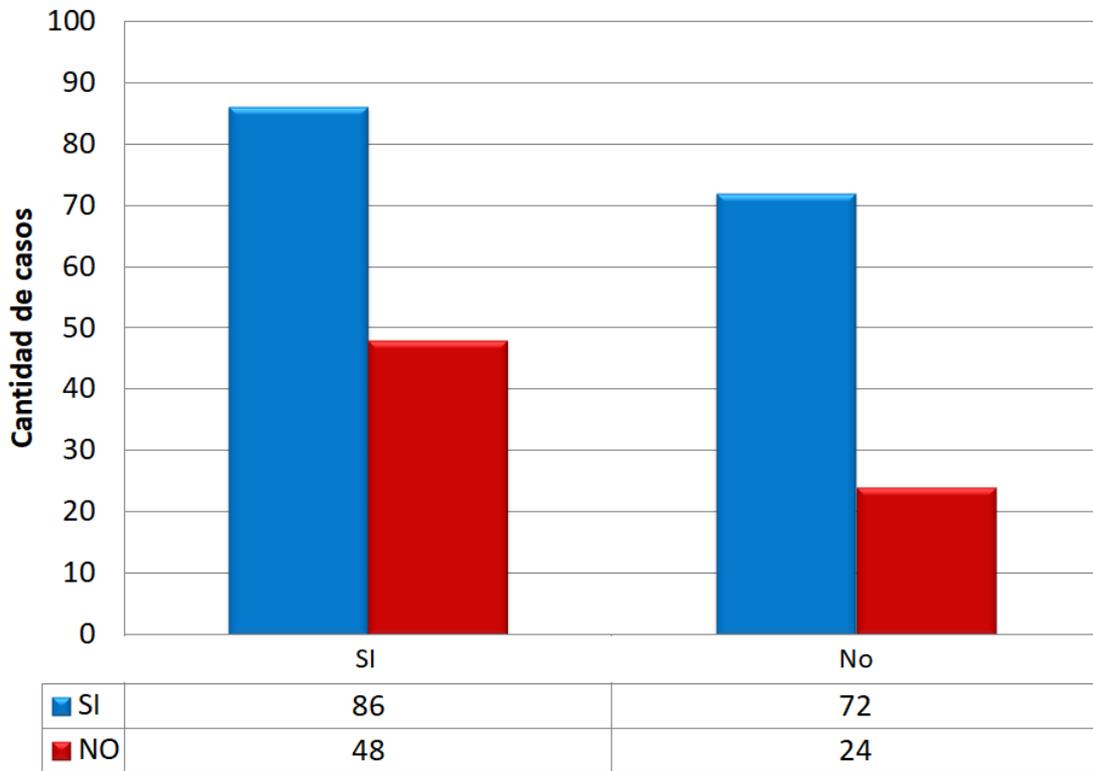


Gráfico 8

Gráfico cruzado entre temor a contagio con COVID y ansiedad

