

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



## Influencia de la información preoperatoria en el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, Diciembre 2015 – Febrero 2016

Trabajo de investigación presentado por:

**ANTHONY HÉCTOR VALDIVIA VIZCARRA**

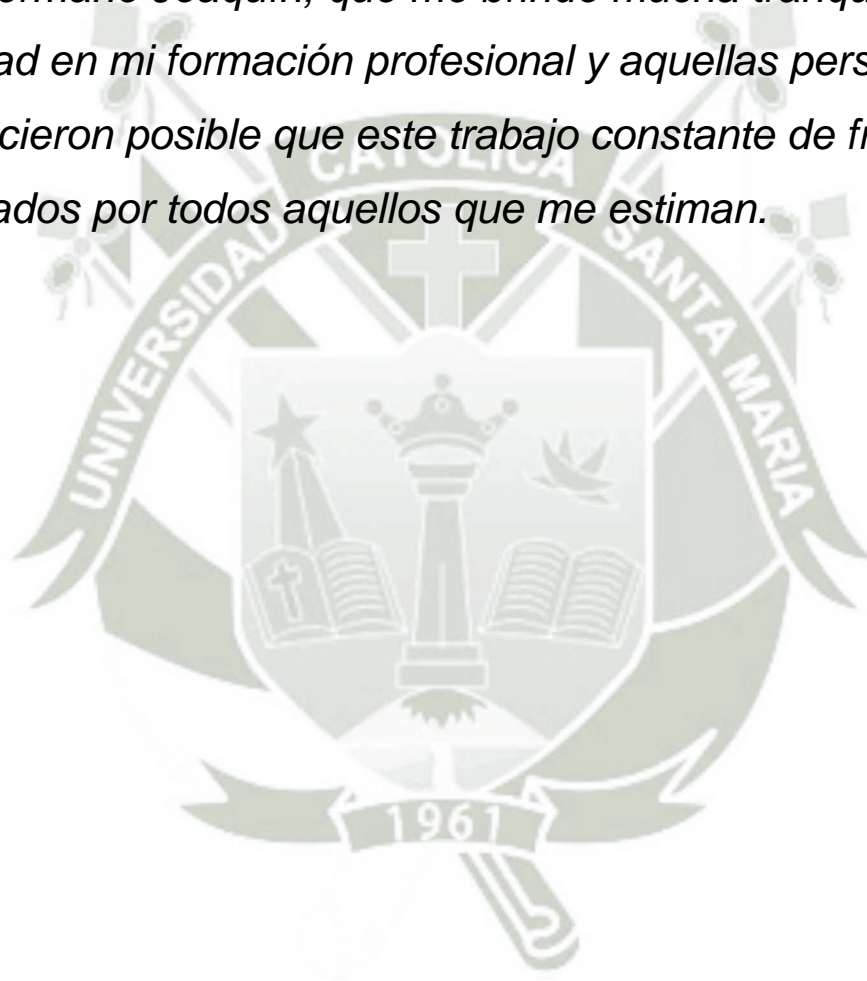
Para obtener el Título Profesional de  
Médico Cirujano

**Arequipa - Perú**

**2016**

## DEDICATORIA

*Dedicada a Dios, a mi familia, en especial mis padres, que siempre creyeron en mí y me apoyaron incondicionalmente, y mi hermano Joaquín, que me brindo mucha tranquilidad y felicidad en mi formación profesional y aquellas personas que hicieron posible que este trabajo constante de frutos esperados por todos aquellos que me estiman.*



## Epígrafe

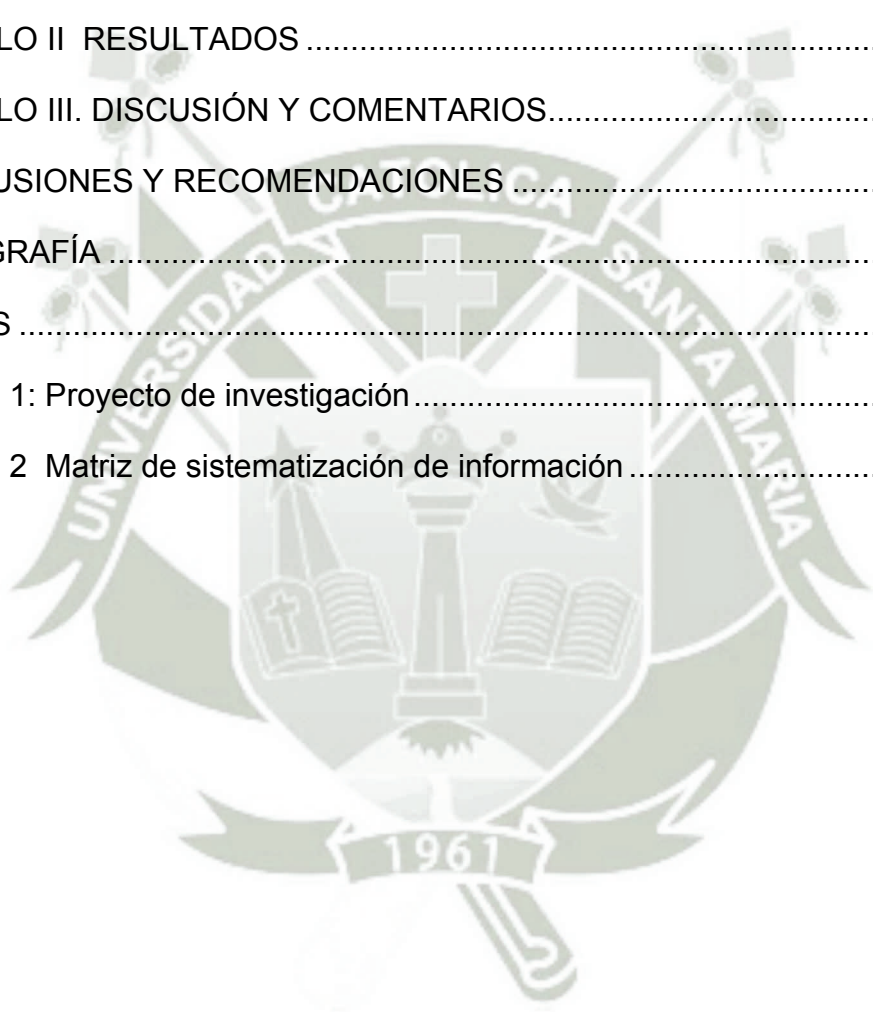
*“No te establezcas en una forma, adáptala,  
construye una propia, y déjala crecer.”*

Bruce lee.



## INDICE GENERAL

RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS .....	5
CAPÍTULO II RESULTADOS .....	13
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	40
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	47
BIBLIOGRAFÍA .....	50
ANEXOS .....	54
Anexo 1: Proyecto de investigación.....	55
Anexo 2 Matriz de sistematización de información .....	98



## RESUMEN

La necesidad de cirugía puede producir ansiedad en los pacientes, que puede disminuirse con una adecuada información.

Este estudio tiene como objetivo establecer la influencia de la información preoperatoria en el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, Diciembre 2015 – Febrero 2016.

La manera como se llevó a cabo, fué realizar una encuesta a una muestra de 60 pacientes aplicando la escala de ansiedad de Hamilton y la escala de ansiedad preoperatoria "Ámsterdam preoperative anxiety and information scale" (APAIS) antes y después de proporcionar la información preoperatoria. Se comparan grupos mediante prueba t pareada y chi cuadrado.

Los resultados que se obtuvo indican que el 35% de pacientes fueron varones y 65% mujeres, con edad promedio para los varones de  $54,52 \pm 13,88$  años, y en las mujeres de  $33,41 \pm 10,96$  años. La intervención programada para los pacientes fue cesárea en 35% de gestantes, en 20% se realizó apendicectomías, en 15% colecistectomía abierta y en 10% por vía laparoscópica, y en 20% se realizó prostatectomías. El 53,33% de pacientes refirió que la información preoperatoria brindada fue insuficiente. El 43,33% refirió no haber comprendido debido a las características del informador (53,85%), en 15,38% se mencionó que se usó palabras no comprensibles, para el 26,92% el informador habló muy deprisa, y en 3,85% no se informó directamente al paciente sino a sus familiares. Antes de la información, el 88,33% experimentaba ansiedad, y después de recibirla el porcentaje se redujo a 66,67%, con una reducción de la ansiedad grave, de 30% a 11,67% ( $p < 0,01$ ). Los puntajes de la escala APAIS luego de la administración de la información se redujeron de 55,4 puntos a 35 puntos (disminución del 36,89%;  $p < 0,01$ ).

Podemos concluir en estudio que el ofrecer información preoperatoria adecuada a los pacientes puede contribuir a reducir significativamente sus niveles de ansiedad.

**PALABRAS CLAVE:** ansiedad – preoperatorio – información – escala de Hamilton - APAIS

## ABSTRACT

The need for surgery can cause anxiety in patients, which can be reduced with proper information.

This research has like objective to establish the influence of preoperative information on the degree of anxiety of hospitalized surgical patients of Honorio Delgado Regional Hospital in Arequipa, December 2015 - February 2016.

We use a sample of 60 patients using the Hamilton Anxiety Scale and scale of preoperative anxiety "Amsterdam preoperative anxiety and information scale" (APAIS) before and after providing preoperative information were surveyed. groups were compared by paired t-test and chi square.

The Results show a 35% of patients were male and 65% female, mean age for men aged  $54.52 \pm 13.88$  years and women  $33.41 \pm 10.96$  years. The intervention was scheduled for cesarean patients in 35% of pregnant women, 20% appendectomy was performed in 15% open cholecystectomy and 10% laparoscopic prostatectomy and 20% was performed. 53.33% of patients reported that preoperative information provided was insufficient. 43.33% reported not having understood due to the characteristics of the informer (53.85%) in 15.38% mentioned that word was used not understandable, 26.92% for the reporter spoke very quickly, and 3.85% the patient but their families were not informed directly. Before information, 88.33% experienced anxiety, and after receiving the percentage decreased to 66.67%, with a reduction of severe anxiety, from 30% to 11.67% ( $p < 0.01$ ). APAIS Scale scores after of information management fell from 55.4 points to 35 points (decreased 36.89%;  $p < 0.01$ ).

We can Conclude to provide adequate preoperative information to patients can help to significantly reduce their anxiety levels.

**KEYWORDS:** Anxiety - preoperative - information - Hamilton scale - APAIS

## INTRODUCCIÓN

En el decenio de 1930, el profesor Zolleki descubrió en los montes Zagros (Irak) a nueve hombres de Neanderthal con una edad aproximada de 45 000 años, uno de ellos varón, amputado del brazo derecho. Esto ejemplifica tal vez la primera cirugía en la historia <sup>1</sup>.

Debido a las guerras, se crearon necesidades como la de evacuar con celeridad a los heridos tras haberles impregnado las heridas con antisépticos, y así se tuvieron que organizar cuerpos de camilleros, puestos avanzados, ambulancias, automóviles de campaña y después los hospitales.

La cirugía se convierte en instrumento terapéutico, ciertamente esencial, pero no exclusivo. Antes de decidir si el paciente será intervenido, se toman en cuenta los exámenes de laboratorio y la opinión de colaboradores en el diagnóstico, y se consideran a su vez aspectos del paciente, como su posición social, estado psicológico, etc. La operación se vuelve entonces algo más que sólo el tiempo en que el paciente está sobre la mesa de operaciones, y se tomarán en cuenta las etapas de estudio y preparación del enfermo para la intervención; es decir, el preoperatorio, el manejo propiamente del aspecto técnico quirúrgico en el transoperatorio, y los cuidados y medidas que se deben otorgar al enfermo en la etapa subsiguiente, esto es, en el posoperatorio, normal o patológico.

---

<sup>1</sup> Martínez S. Capítulo 1. Historia de la cirugía. Disponible en: [http://highered.mheducation.com/sites/dl/free/9701068734/786175/martinez\\_cirugia\\_4e\\_cap\\_muestra\\_01.pdf](http://highered.mheducation.com/sites/dl/free/9701068734/786175/martinez_cirugia_4e_cap_muestra_01.pdf)

Por otra parte, partiendo de la idea fundamental de que todo el equipo sanitario persigue la recuperación óptima de la salud del paciente, se considera que, según definición de Berry y Kohn: «La meta común del equipo quirúrgico es la eficiencia y eficacia en la atención al enfermo individual para aliviar su sufrimiento, restablecer su estructura y funciones corporales y lograr un resultado postoperatorio favorable, contribuyendo a la salud óptima del paciente y su regreso a la sociedad o la muerte con dignidad». <sup>2</sup>

Nos gustaría destacar la faceta humana en la atención al paciente quirúrgico, antes, durante y después de la intervención, en un campo con tanta tecnología y donde hay un impacto tan importante sobre los sentimientos del paciente y su familia.

Es por ello que proporcionar información sobre el funcionamiento y actividades que se desarrollan en el Área Quirúrgica es de mucha importancia.

Por otra parte la mala calidad de la atención tiene un alto impacto en costos, que no siempre son cuantificados y por lo mismo, la información relativa frecuentemente no es considerada en la toma de decisiones al momento de determinar las prioridades, los montos y la rentabilidad de las inversiones que se hacen en busca de mejorar la calidad de la atención en salud.

Los costos de la calidad tienen una gran importancia para los resultados en el establecimiento de salud y tienen lugar en cualquier área y fase del proceso de atención. A su vez, los costos generados por la mala calidad de

---

<sup>2</sup> Basozabal B, Durán MA. Manual de enfermería quirúrgica. Hospital de Galdakao España, 2003

la atención médica merman las finanzas públicas y familiares en íntima relación con la pérdida de la salud y la reducción del tiempo y calidad de vida.

La transformación sanitaria que nuestro país requiere se ha de realizar por la seguridad de los pacientes y la atención integral de sus necesidades; por la satisfacción de los profesionales vistos como personas importantes, promotoras del cambio y transformación, y no solo como operativos cumplidores de funciones y ejecutores de programas

La seguridad del paciente ha pasado a ser un componente esencial de la asistencia sanitaria de calidad.

La complejidad de las intervenciones quirúrgicas requiere cada vez mayor preparación técnica.

Los hospitales van a ser evaluados no solo por la producción, sino también por la calidad y los resultados.

Por ello resulta esencial y coadyuva a lograr el objetivo primordial de la cirugía, que es reintegrar al paciente a su núcleo social y familiar en condiciones adecuadas para el desempeño de sus actividades.

En definitiva, actualmente el paciente debe ser el centro de nuestra actividad y su seguridad nuestra primera preocupación.

Dado que los pacientes quirúrgicos reciben por norma (procedimental y ética) información acerca de su enfermedad y la forma de tratamiento a través del consentimiento informado, sería no sólo contra la ética sino además imposible encontrar pacientes que no reciban información

prequirúrgica (salvo pacientes con deterioro de conciencia en condición de intervención de emergencia), por lo que para valorar la influencia de esta información en el desarrollo de mayor o menor ansiedad, se eligió un diseño que permita cumplir las normas éticas y a la vez los requerimientos de la clínica en cuanto a preparación del paciente.

El propósito de este trabajo es establecer el grado de ansiedad mediante el test de Hamilton y la información preoperatoria en pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente en diversas patologías de abdomen y que ya están hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que los niveles de ansiedad en los pacientes prequirúrgicos del hospital son elevados, aunque en nivel moderado, y que el brindar información acerca de su intervención logra reducir los niveles graves de ansiedad en un nivel significativo; esto resalta la importancia de una adecuada relación médico paciente en la que, con respeto a los principios éticos de autonomía y no maleficencia, puede mejorar la percepción y el estado mental de los pacientes.

## CAPÍTULO I

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

**Instrumentos:** El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos, (Anexo 1), en la escala de Ansiedad e Información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS; Anexo 1) y en la escala de ansiedad de Hamilton (Anexo 1).

**Materiales:**

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

#### 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural en el periodo comprendido entre los meses de diciembre del 2015 y Febrero del 2016.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa que serán sometidos a cirugía abdominal (colecistectomías, apendicectomías, cesáreas, prostatectomías)

**Población:** Todos los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa sometidos a cirugía abdominal durante el periodo de estudio.

**Muestra:** Se considerarán dos grupos de pacientes: aquellos en los que se proporcionó información prequirúrgica y luego se evaluó la escala de ansiedad, y pacientes en los que primero se evaluó el estado de ansiedad y luego se proporcionó información sobre su cirugía. El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en grupos independientes:

$$n = \left[ \frac{Z\alpha\sqrt{2(\hat{p}\cdot\hat{q})} + Z\beta\sqrt{(p_1\cdot q_1) + (p_2\cdot q_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Donde:

$n$  = tamaño de la muestra

$Z\alpha$  = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

$Z\beta$  = coeficiente de confiabilidad para una potencia del 80% = 0.84

$p_1$  = proporción estimada de ansiedad antes de la información = 0.60

$p_2$  = proporción estimada de ansiedad antes de la información = 0.30

$$\hat{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$q = 1 - p$$

Por tanto:  $n = 60$  integrantes como mínimo.

Además, los integrantes del grupo de estudio deberán cumplir los criterios de selección:

#### **2.4. Criterios de selección:**

- **Criterios de Inclusión**

- Edad de 18 a 70 años
- Diagnóstico de patología quirúrgica de abdomen
- Participación voluntaria en la investigación

- **Exclusión**

- Pacientes con deterioro de conciencia
- Pacientes con dolor intenso
- Fichas de estudio incompletas o mal llenadas

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio clínico.

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio observacional, transversal.

#### **5. Estrategia de Recolección de datos**

##### **5.1. Organización**

Se realizaron coordinaciones con la Dirección del HRHDE y la Jefatura del Área de Cirugía para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se evaluó a cada paciente que cumplió los criterios de selección, explicando el motivo del estudio y solicitando su participación voluntaria. Se recabaron datos de la historia clínica acerca del cuadro quirúrgico, y se aplicó a los pacientes la escala de ansiedad de Hamilton. Se dio un tiempo prudencial y privado al paciente para completar la información. Se consideraron dos grupos: pacientes que aún no recibieron la información de su cuadro como parte del consentimiento informado, o que aún no fueron sometidos a evaluación preanestésica, y el segundo grupo conformado por pacientes que ya fueron informados, con un tiempo de espera prequirúrgico menor a las 24 horas.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

## **5.2. Validación de los instrumentos**

Se valoró la ansiedad de los pacientes mediante la escala de ansiedad de Hamilton. Se trata de una escala heteroadministrada por el investigador tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo <sup>3</sup>. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una

---

<sup>3</sup> Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol, 1959; 32:50-55.

mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento Instrucciones para el profesional

Los puntajes van de: 0=ausente, 1=intensidad ligera, 2=intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4= Intensidad máxima (invalidante), el puntaje total es 56, de este puntaje se la categoriza de la siguiente manera <sup>4</sup>:

- ✓ Ausente : 0-5
- ✓ Moderada: 6-14.
- ✓ Grave: mayor o igual 15 puntos.

La prueba muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ( $r = 0,74 - 0,96$ ). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ( $r = 0,96$ ) y aceptable estabilidad después de un año ( $r = 0,64$ ).

Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi (18, 19) ( $r = 0,63 - 0,75$ ) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ( $r = 0,56$ ). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ( $r = 0,62 - 0,73$ ). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

La evaluación de la ansiedad preoperatoria "Ámsterdam preoperative anxiety and information scale" (APAIS) incluye seis preguntas a las que el

---

<sup>4</sup> Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. Br j Psychiatry. 1969; 3: 76 - 79.

paciente debe responder según una escala de 5 puntos, de 1= absolutamente no a 5 = enormemente. Cuatro preguntas evalúan la ansiedad en relación con la anestesia y la intervención (puntuación total de 4 a 20) y dos preguntas se refieren a la demanda de información (puntuación total de 2 a 10) <sup>5</sup>

- Estoy inquieto con respecto a la anestesia
- Pienso continuamente en la anestesia
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia
- Estoy inquieto con respecto a la intervención
- Pienso continuamente en la intervención
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención

El contenido de la información preoperatoria es el mismo para todos los pacientes, y que se encuentra de manera habitual en el Consentimiento Informado; incluye información sobre:

- Diagnóstico de la enfermedad
- En qué consistirá el tratamiento quirúrgico a realizar
- El procedimiento anestésico a realizar
- Posibilidad de otras alternativas de tratamiento
- Consecuencias de no realizarse la intervención
- Destino de las muestras tomadas durante la cirugía

---

<sup>5</sup> Gonzales G, Pinto F. Op.Cit.

- Las posibles reacciones o eventos después de la cirugía (postoperatorio)
- El tiempo aproximado que permanecerá hospitalizado y el tratamiento que recibirá en su estancia
- El tiempo en que podrá recibir alimentación y podrá realizar sus actividades normales.
- La posibilidad de, en cualquier momento, revocar su consentimiento para la intervención y/o tratamiento.

### **5.3. Criterios para manejo de resultados**

#### **a) Plan de Recolección**

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento de las autoridades hospitalarias.

#### **b) Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

#### **c) Plan de Clasificación:**

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

#### **d) Plan de Codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

**e) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

**f) Plan de análisis**

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de puntajes de la escala de Hamilton y APAIS se realizará con la prueba t de Student; la comparación de los niveles de ansiedad se realizó con la prueba chi cuadrado de Pearson. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.



**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 1**

**Distribución de pacientes sometidos a cirugía según edad y sexo**

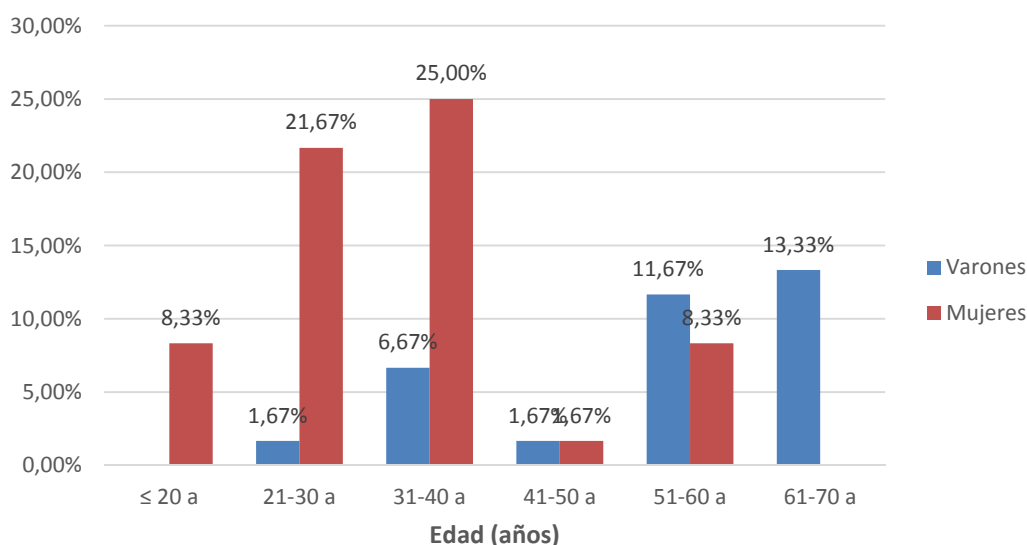
Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
≤ 20 a	0	0,00%	5	8,33%	5	8,33%
21-30 a	1	1,67%	13	21,67%	14	23,33%
31-40 a	4	6,67%	15	25,00%	19	31,67%
41-50 a	1	1,67%	1	1,67%	2	3,33%
51-60 a	7	11,67%	5	8,33%	12	20,00%
61-70 a	8	13,33%	0	0,00%	8	13,33%
Total	21	35,00%	39	65,00%	60	100,00%

El 65% de pacientes fueron mujeres y 35% varones, con edades que predominantemente estuvieron entre los 31 y 40 años (31,67%); la edad promedio de los varones fue de  $54,52 \pm 13,88$  años, y en las mujeres fue de  $33,41 \pm 10,96$  años

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 1**

**Distribución de pacientes sometidos a cirugía según edad y sexo**



**Edad promedio ± D. estándar (mín – máx)**

- Varones: 54,52 ± 13,88 años (28 – 70 años)
- Mujeres: 33,41 ± 10,96 años (18 – 60 años)
- Total: 40,80 ± 15,68 años (18 – 70 años)

El 65% de pacientes fueron mujeres y 35% varones, con edades que predominantemente estuvieron entre los 31 y 40 años (31,67%); la edad promedio de los varones fue de 54,52 ± 13,88 años, y en las mujeres fue de 33,41 ± 10,96 años

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 2**

**Distribución de pacientes según diagnóstico preoperatorio**

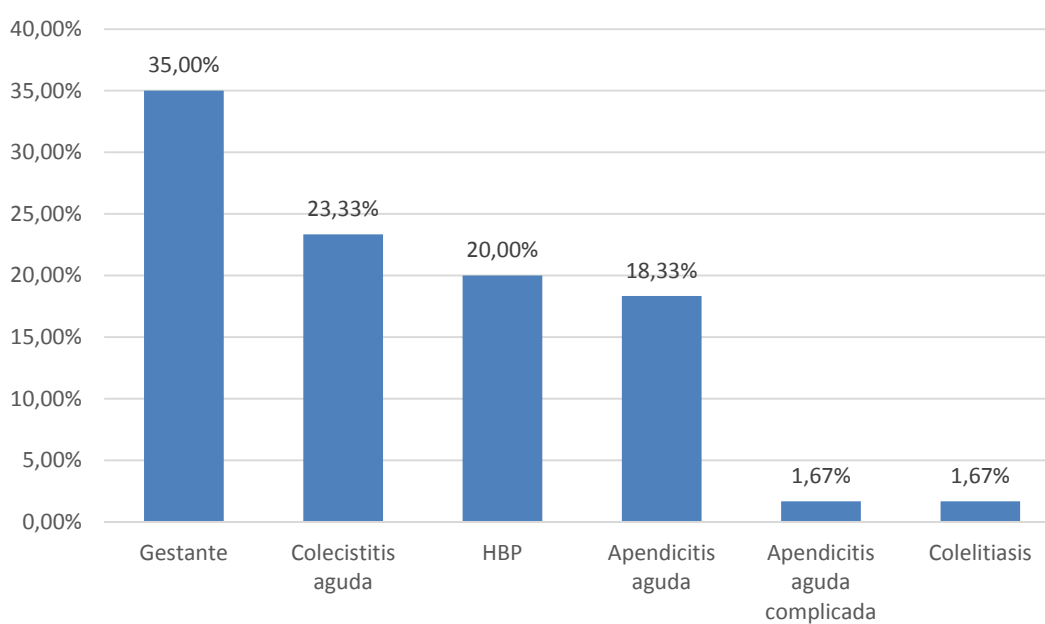
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Gestante	21	35,00%
Colecistitis aguda	14	23,33%
HBP	12	20,00%
Apendicitis aguda	11	18,33%
Apendicitis aguda complicada	1	1,67%
Colelitiasis	1	1,67%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00%</b>

El 35% de casos fueron gestantes, 23,33% tenían colecistitis aguda, 20% hipertrofia benigna de próstata (HBP), 18,33% presentaron apendicitis aguda y un caso (1,67%) apendicitis aguda complicada, al igual que un caso con colelitiasis.

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 2**

**Distribución de pacientes según diagnóstico preoperatorio**



El 35% de casos fueron gestantes (distocia mecánica), 23,33% tenían colecistitis aguda, 20% hipertrofia benigna de próstata (HBP), 18,33% presentaron apendicitis aguda y un caso (1,67%) apendicitis aguda complicada, al igual que un caso con colelitiasis.

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 3**

**Distribución de pacientes según operación propuesta**

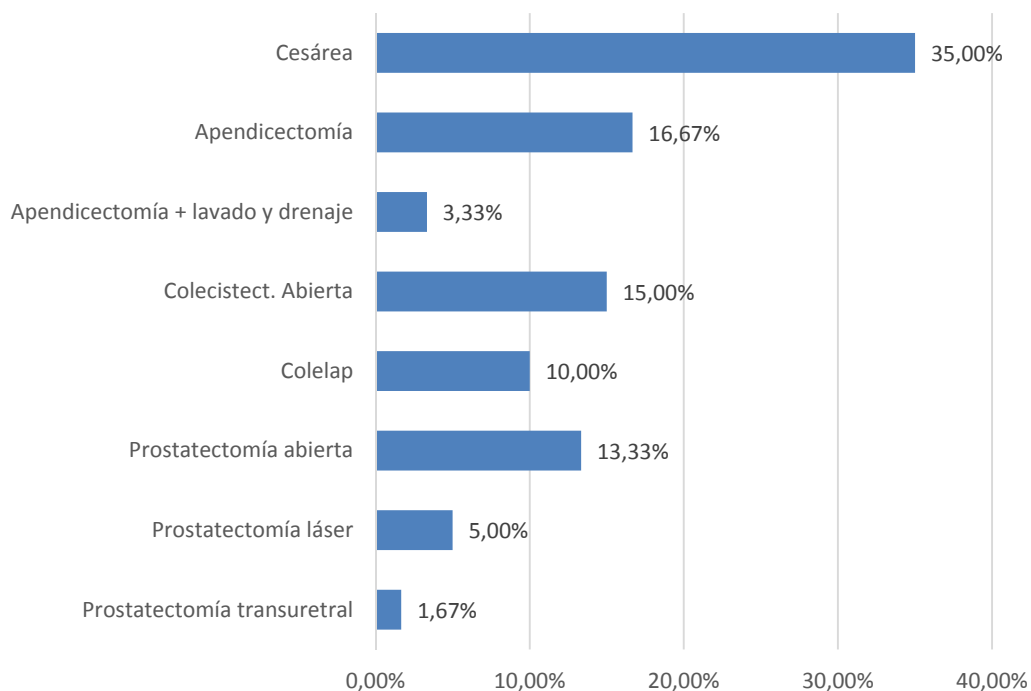
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Cesárea	21	35,00%
Apendicectomía	10	16,67%
Apendicect. + lavado y drenaje	2	3,33%
Colecistect. Abierta	9	15,00%
Colelap	6	10,00%
Prostatectomía abierta	8	13,33%
Prostatectomía láser	3	5,00%
Prostatectomía transuretral	1	1,67%
Total	60	100,00%

Estos resultados muestran que las personas que acuden al HRHDE para intervenciones quirúrgicas son predominantemente jóvenes y que una de las causas de cirugía más frecuentes es la cesárea, las apendicectomías y colecistectomías, seguidas de las prostatectomías; si bien el embarazo no es un estado patológico, la decisión de cesárea puede ser motivada por una patología materna o neonatal, o ambas, que requieren de brindar información adecuada a las pacientes.

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 3**

**Distribución de pacientes según operación propuesta**



**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 4**

**Distribución de pacientes según recepción de información  
preoperatoria**

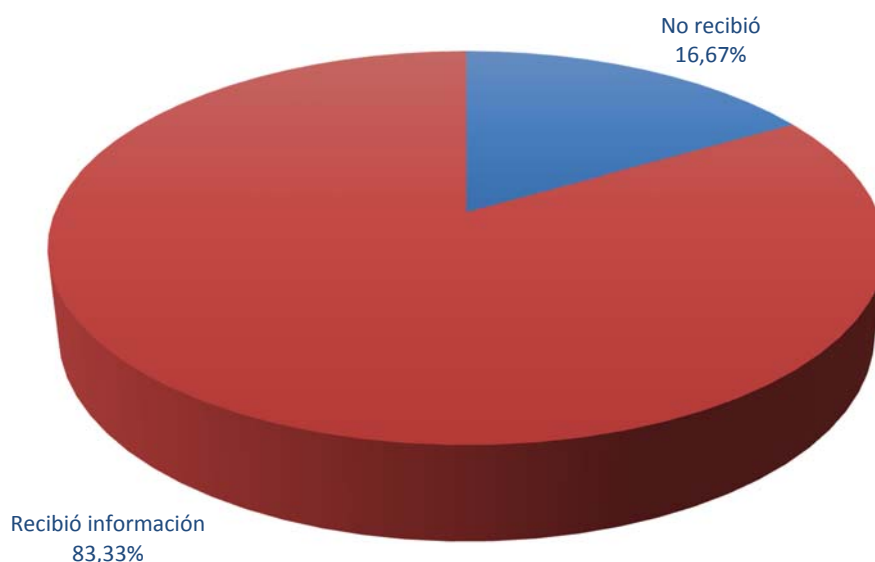
	<b>N°</b>	<b>%</b>
No recibió	10	16,67%
Recibió información	50	83,33%
Total	60	100,00%

Al preguntar a los pacientes si recibieron información preoperatoria, el 16,67% refirió no haber recibido información

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 4**

**Distribución de pacientes según recepción de información  
preoperatoria**



Al preguntar a los pacientes si recibieron información preoperatoria, el 16,67% refirió no haber recibido información

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 5**

**Distribución de pacientes según fuente de la información preoperatoria  
(n = 50)**

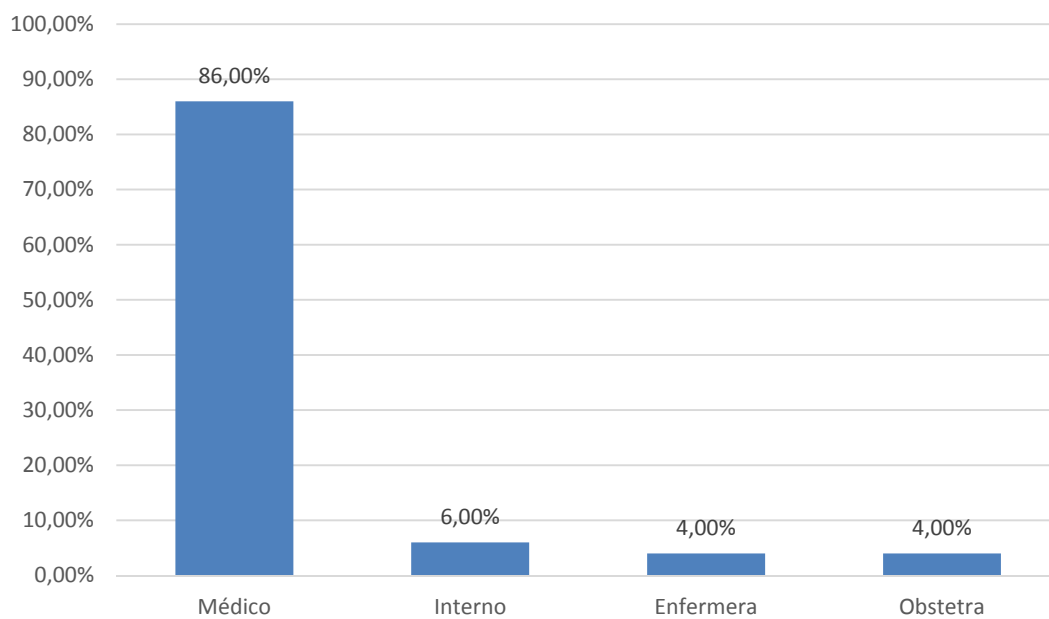
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Médico	43	86,00%
Interno	3	6,00%
Enfermera	2	4,00%
Obstetra	2	4,00%
Total	50	100,00%

Cuando se les pregunta acerca de las personas que proporcionaron dicha información, el 86% refirió que lo hizo el médico, en 6% lo hizo el interno, y en 4% la enfermera o la obstetriz.

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 5**

**Distribución de pacientes según fuente de la información preoperatoria**



Cuando se les pregunta acerca de las personas que proporcionaron dicha información el 86% refirió que lo hizo el médico, en 6% lo hizo el interno, y en 4% la enfermera o la obstetriz.

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 6**

**Distribución de pacientes según contenido de la información (n = 50)**

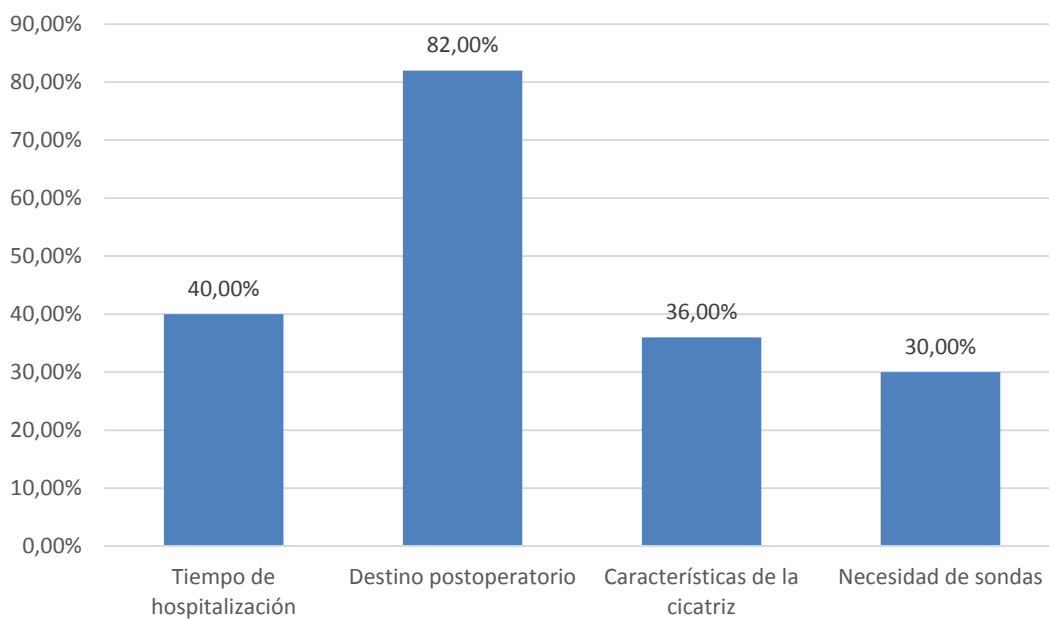
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Tiempo de hospitalización	20	40,00%
Destino postoperatorio	41	82,00%
Características de la cicatriz	18	36,00%
Necesidad de sondas	15	30,00%

Se muestra el contenido de la información proporcionada; en 40% se hizo sobre el tiempo de hospitalización, el 82% recibió información sobre el destino postoperatorio, en 36% se informó acerca de las características de la cicatriz y en 30% acerca de la necesidad de uso de sondas.

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 6**

**Distribución de pacientes según contenido de la información**



Se muestra el contenido de la información proporcionada; en 40% se hizo sobre el tiempo de hospitalización, el 82% recibió información sobre el destino postoperatorio, en 36% se informó acerca de las características de la cicatriz y en 30% acerca de la necesidad de uso de sondas.

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 7**

**Distribución de pacientes según opinión acerca de suficiencia de  
información**

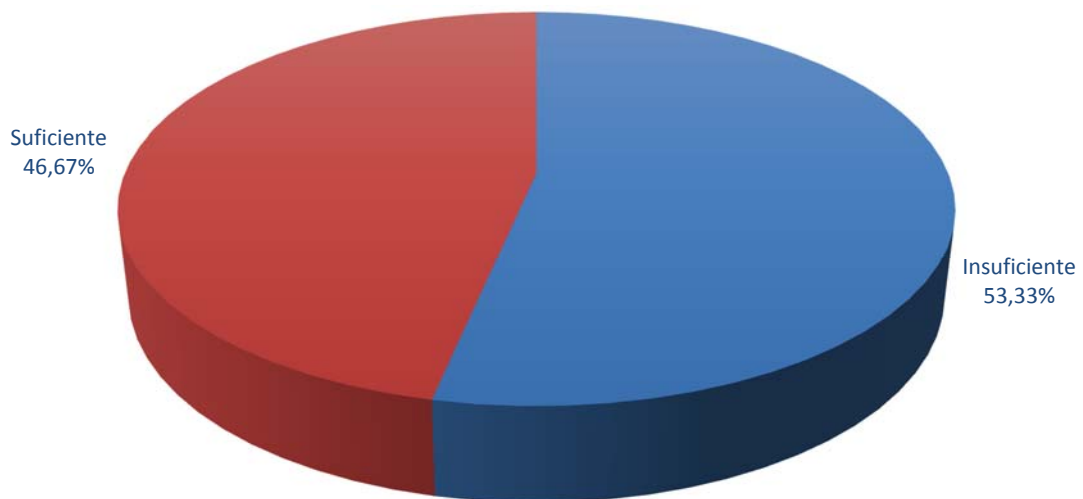
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Insuficiente	32	53,33%
Suficiente	28	46,67%
Total	60	100,00%

Al indagar entre los pacientes acerca de la suficiencia de la información el 53,33% refirió que la información preoperatoria brindada fue insuficiente

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 7**

**Distribución de pacientes según opinión acerca de suficiencia de  
información**



Al indagar entre los pacientes acerca de la suficiencia de la información el 53,33% refirió que la información preoperatoria brindada fue insuficiente

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 8**

**Distribución de pacientes según información acerca de destino  
después de intervención**

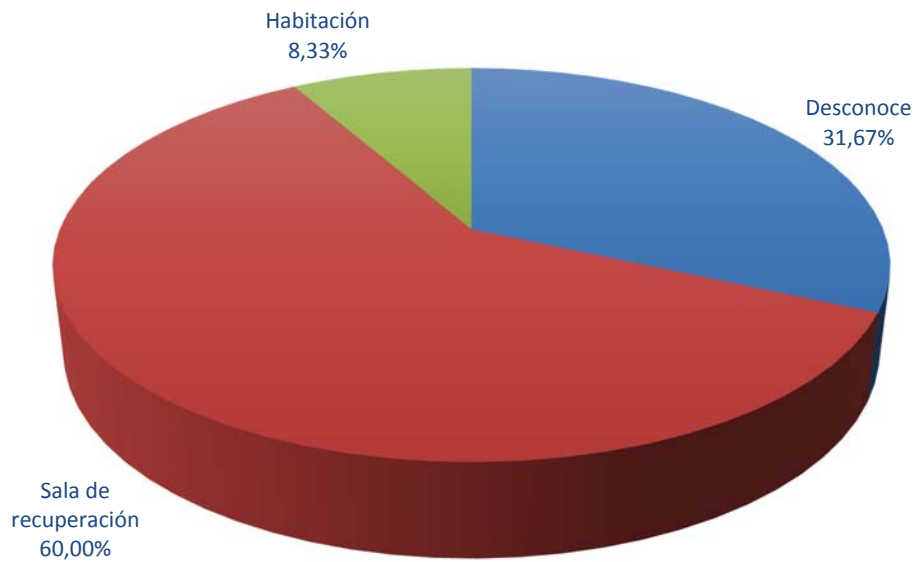
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Desconoce	19	31,67%
Sala de recuperación	36	60,00%
Habitación	5	8,33%
Total	60	100,00%

Se muestra el conocimiento de los pacientes acerca de su destino luego de la operación; el 31,67% desconoce, en 60% se refiere que irán a sala de recuperación y el 8,33% refirieron que irían a su habitación.

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 8**

**Distribución de pacientes según información acerca de destino  
después de intervención**



Se muestra el conocimiento de los pacientes acerca de su destino luego de la operación; el 31,67% desconoce, en 60% se refiere que irán a sala de recuperación y el 8,33% refirieron que irían a su habitación.

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 9**

**Distribución de pacientes según comprensión de la información  
brindada**

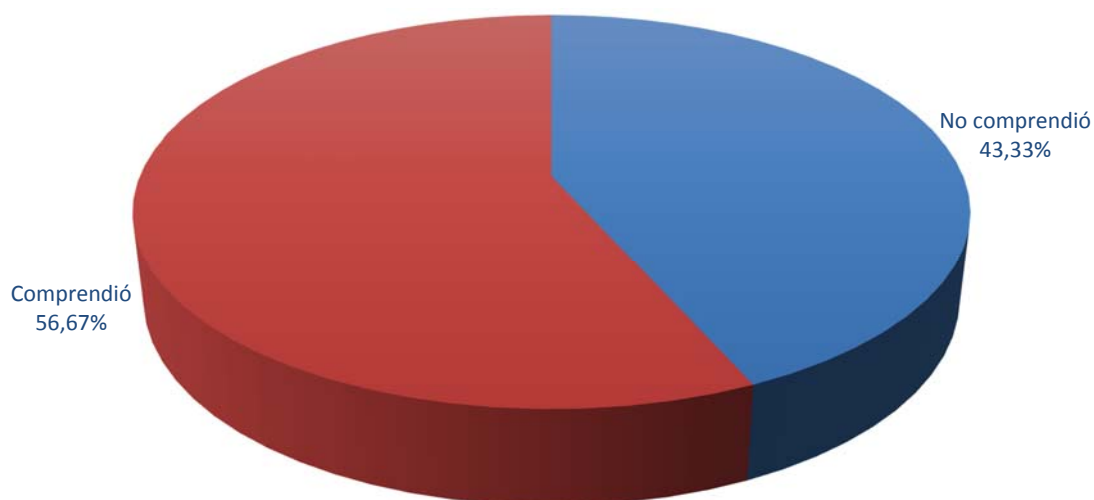
	<b>N°</b>	<b>%</b>
No comprendió	26	43,33%
Comprendió	34	56,67%
Total	60	100,00%

Cuando se preguntó a los pacientes si comprendieron la información que se brinda acerca de su intervención, el 43,33% refirió no haber comprendido

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 9**

**Distribución de pacientes según comprensión de la información  
brindada**



Cuando se preguntó a los pacientes si comprendieron la información que se brinda acerca de su intervención, el 43,33% refirió no haber comprendido

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 10**

**Distribución de pacientes según motivos para la falta de comprensión  
de la información (n = 26)**

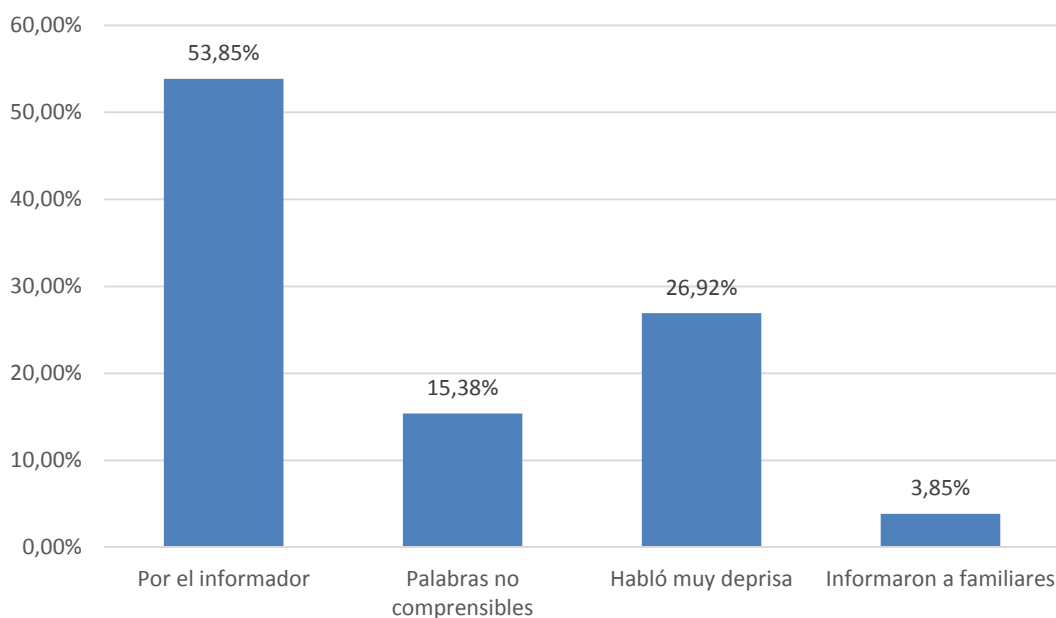
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Por el informador	14	53,85%
Palabras no comprensibles	4	15,38%
Habló muy deprisa	7	26,92%
Informaron a familiares	1	3,85%
Total	26	100,00%

Las razones que se mencionaron para la falta de comprensión fueron las características del informador, (53,85%) en 15,38% se mencionó que se usó palabras no comprensibles, para el 26,92% el informador habló muy deprisa, y en 3,85% no se informó directamente al paciente sino a sus familiares.

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 10**

**Distribución de pacientes según motivos para la falta de comprensión  
de la información**



Las razones que se mencionaron para la falta de comprensión fueron las características del informador, (53,85%) en 15,38% se mencionó que se usó palabras no comprensibles, para el 26,92% el informador habló muy deprisa, y en 3,85% no se informó directamente al paciente sino a sus familiares.

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 11**

**Variación de los niveles de ansiedad según momento de información**

Ansiedad	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
Ausente	7	11,67%	20	33,33%
Moderada	35	58,33%	33	55,00%
Grave	18	30,00%	7	11,67%
Total	60	100,00%	60	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 11,16

G. libertad = 2

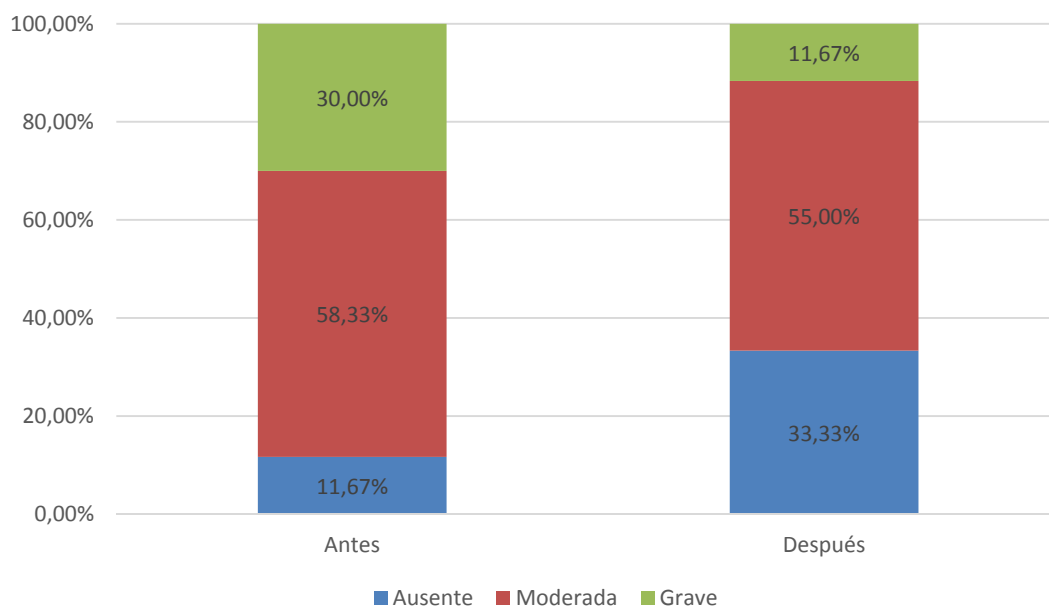
p < 0,01

Se muestra los resultados de la aplicación del test de Hamilton para medir ansiedad en los pacientes en cuanto al nivel de ansiedad, antes y después de recibir la información; antes de la información, el 88,33% experimentaba ansiedad, sobre todo de grado moderado (58,33%), y después de recibirla el porcentaje se redujo a 66,67%, permaneciendo la ansiedad moderada en 55%; lo que se redujo significativamente fue la ansiedad grave, de 30% a 11,67%, diferencia altamente significativa (p < 0,01)

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 11**

**Variación de los niveles de ansiedad según momento de información**



Se muestra los resultados de la aplicación del test de Hamilton para medir ansiedad en los pacientes en cuanto al nivel de ansiedad, antes y después de recibir la información; antes de la información, el 88,33% experimentaba ansiedad, sobre todo de grado moderado (58,33%), y después de recibirla el porcentaje se redujo a 66,67%, permaneciendo la ansiedad moderada en 55%; lo que se redujo significativamente fue la ansiedad grave, de 30% a 11,67%, diferencia altamente significativa ( $p < 0,01$ )

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 12**

**Variación de los puntajes de ansiedad según momento de información**

	<b>Antes</b>	<b>Después</b>	<b>Diferencia</b>
Promedio	13,7	7,6	-6,17
D. estándar	8,1	4,3	4,75
Mínimo	3	1	-
Máximo	41	19	-

Prueba t pareada = 10,06

G. libertad = 59

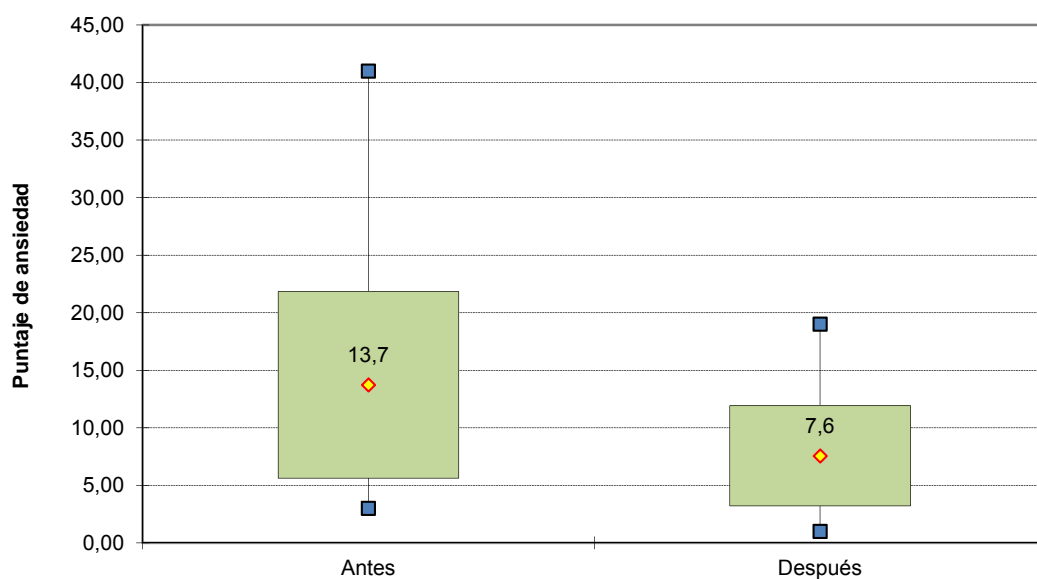
$p < 0,01$

Cuando se comparan los puntajes del test (**Tabla y Gráfico 12**), se observa que hubo una disminución de 13,7 puntos en promedio a 7,6 puntos, es decir, una reducción de 44,90%, variación que resultó nuevamente altamente significativa ( $p < 0,01$ )

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 12**

**Variación de los puntajes de ansiedad según momento de información**



Cuando se comparan los puntajes del test (**Tabla y Gráfico 12**), se observa que hubo una disminución de 13,7 puntos en promedio a 7,6 puntos, es decir, una reducción de 44,90%, variación que resultó nuevamente altamente significativa ( $p < 0,01$ )

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Tabla 13**

**Variación de los puntajes de escala APAIS según momento de  
información**

	<b>Antes</b>	<b>Después</b>	<b>Diferencia</b>
Promedio	55,4	35,0	-20,43
D. estándar	20,9	8,8	13,87
Mínimo	20	20	
Máximo	100	56	

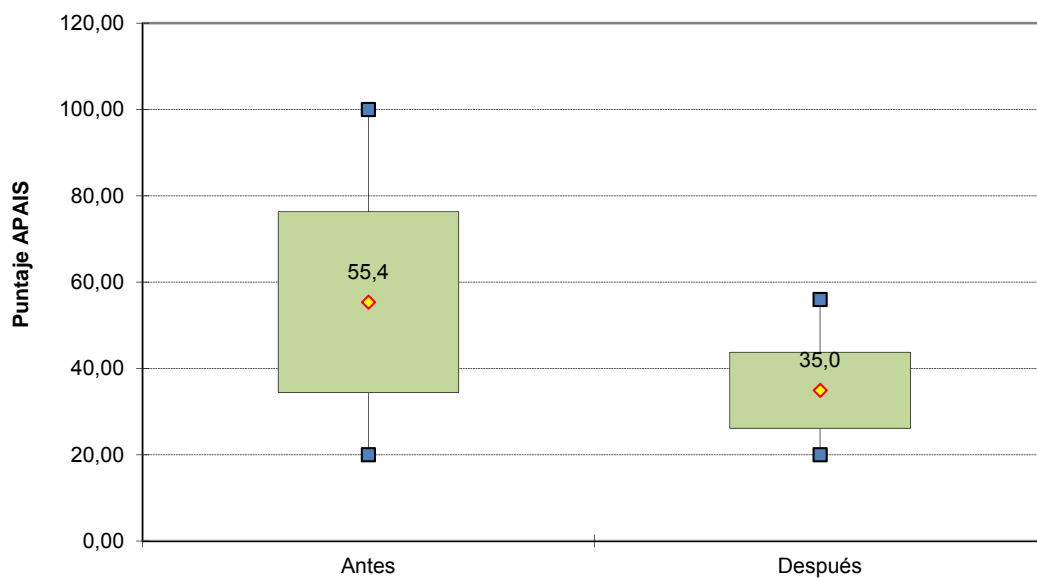
Prueba t pareada = 10,74      G. libertad = 59      p < 0,01

Se muestra la variación de los puntajes de la escala APAIS luego de la administración de la información; se produjo una reducción de 55,4 puntos a 35 puntos, es decir, una disminución del 36,89%, similar a lo encontrado en la escala de Hamilton, diferencia también altamente significativa ( $p < 0,01$ ).

**INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN PREOPERATORIA EN EL GRADO DE ANSIEDAD DE  
PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS EN EL HRRHDE,  
DICIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016**

**Gráfico 13**

**Variación de los puntajes de escala APAIS según momento de información**



Se muestra la variación de los puntajes de la escala APAIS luego de la administración de la información; se produjo una reducción de 55,4 puntos a 35 puntos, es decir, una disminución del 36,89%, similar a lo encontrado en la escala de Hamilton, diferencia también altamente significativa ( $p < 0,01$ ).

## CAPÍTULO III.

### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para establecer la influencia de la información preoperatoria en el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa, Diciembre 2015 – Febrero 2016. Se realizó la presente investigación debido a que en los últimos años, a pesar de ser la era de la información, los pacientes no siempre se encuentran bien informados acerca de su estado de salud o sus necesidades de tratamiento, sobre todo en cuadros quirúrgicos comunes como son las patologías abdominales no traumáticas. Es posible que el argumento de exceso de trabajo, la falta de tiempo, o el asumir que otra persona ya se hizo responsable de brindar información, o que el paciente ya debe conocer acerca de su cuadro, sea el que motiva que el personal asistencial, y en especial los médicos, sientan que el paciente ya tiene suficiente información sobre su enfermedad y el tratamiento quirúrgico.

Para tal fin se encuestó una muestra de 60 pacientes aplicando una ficha de datos y la escala de ansiedad de Hamilton y la escala de ansiedad preoperatoria "Ámsterdam preoperative anxiety and information scale" (APAIS) antes y después de proporcionar la información preoperatoria. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos mediante prueba t pareada y chi cuadrado.

La intervención programada para los pacientes (**Tabla y Gráfico 3**) fue la cesárea para las gestantes, en 16,67% se realizó apendicectomías, con 3,33% de casos con lavado y colocación de drenaje; en 15% se realizó colecistectomía abierta y en 10% por vía laparoscópica, en 13,33% se realizó prostatectomía abierta, en 5% por cirugía láser y en 1,67% por vía transuretral.

Estos resultados muestran que las personas que acuden al HRHDE para intervenciones quirúrgicas son predominantemente jóvenes y que una de las causas de cirugía más frecuentes es la cesárea, las apendicectomías y colecistectomías, seguidas de las prostatectomías; si bien el embarazo no es un estado patológico, la decisión de cesárea puede ser motivada por una patología materna o neonatal, o ambas, que requieren de brindar información adecuada a las pacientes.

La **Tabla y Gráfico 6** muestran el contenido de la información proporcionada; el 40% se hizo sobre el tiempo de hospitalización, el 82% recibió información sobre el destino postoperatorio, en 36% se informó acerca de las características de la cicatriz y en 30% acerca de la necesidad de uso de sondas.

Aunque los datos son referenciales, un 16,67% de no informar al paciente, parece ser un porcentaje alto. Se esperaría que una atención adecuada consista en informar al paciente de su cuadro en forma directa salvo que presente compromiso de conciencia o se trate de cuadros de emergencia, que en nuestra investigación constituyeron criterios de exclusión. Es probable que si se interroga al personal de salud, sea interno, residente o asistente, se afirme que todos los pacientes recibieron información preoperatoria. Cuando se preguntó a los pacientes, refirieron que la información provino principalmente del médico, pero en un 4% de enfermeras u obstetras; si bien este personal puede brindar información, en algunos casos, sobre todo en relación a la técnica quirúrgica o el manejo de las potenciales complicaciones de la misma, no es un tipo de información que puedan brindar estos profesionales.

Cuando se preguntó a los pacientes si comprendieron la información que se brinda acerca de su intervención, el 43,33% refirió no haber comprendido (**Tabla y Gráfico 9**), y las razones que se mencionaron para la falta de comprensión (**Tabla y Gráfico 10**) fueron las características del informador, (53,85%) en 15,38% se mencionó que se usó palabras no comprensibles, para el 26,92% el informador habló muy deprisa, y en 3,85% no se informó directamente al paciente sino a sus familiares.

Una percepción de información insuficiente puede ser una causa de la aparición de ansiedad en los pacientes prequirúrgicos; y el preguntar acerca de la causa de la falta de comprensión de la información es un indicador importante de las medidas que pueden diseñarse a corto plazo y con medidas sencillas para revertir esta percepción negativa. Siendo el principal responsable de la información, su presentación y contenido deben ser lo más claras posibles, lo que requiere que el médico deba mejorar sus habilidades de comunicador. Se debe poner énfasis en la claridad de las palabras empleadas, tomarse el tiempo necesario, y formular preguntas al paciente para asegurarse que ha comprendido la información.

En la **Tabla y Gráfico 11** se muestra los resultados de la aplicación del test de Hamilton para medir ansiedad en los pacientes en cuanto al nivel de ansiedad, antes y después de recibir la información; antes de la información, el 88,33% experimentaba ansiedad, sobre todo de grado moderado (58,33%), y después de recibirla el porcentaje se redujo a 66,67%, permaneciendo la ansiedad moderada en 55%; lo que se redujo significativamente fue la ansiedad grave, de 30% a 11,67%, diferencia altamente significativa ( $p < 0,01$ ). Cuando se comparan los puntajes del test (**Tabla y Gráfico 12**), se observa que hubo una disminución de 13,7 puntos en promedio a 7,6 puntos, es decir, una reducción de 44,90%, variación que resultó nuevamente altamente significativa ( $p < 0,01$ )

Finalmente, la **Tabla y Gráfico 13** muestran la variación de los puntajes de la escala APAIS luego de la administración de la información; se produjo una reducción de 55,4 puntos a 35 puntos, es decir, una disminución del 36,89%, similar a lo encontrado en la escala de Hamilton, diferencia también altamente significativa ( $p < 0,01$ ).

Nuestros resultados muestran que los pacientes que se intervienen en el HRHDE tienen elevados niveles de ansiedad; estos valores de 88,33% al inicio son mucho mayores a los señalados por Zúñiga MA <sup>6</sup> en el Hospital Goyeneche en el 2014, donde se encontró ansiedad en 22.80% de casos; estas diferencias podrían deberse al uso de una escala diferente, ya que Zúñiga empleó la escala de Zung.

En otros estudios, Gonzales G, Pinto F. <sup>7</sup> en un estudio realizado en Lima en el 2005, se aplicó también la escala APAIS, pero para medir la ansiedad se empleó la escala de ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI). Si bien la escala de ansiedad es diferente, se identificó que los pacientes con un alto requisito de información también tenían un alto nivel de la ansiedad.

---

<sup>6</sup> Zúñiga MA. Determinación de los niveles de ansiedad en pacientes prequirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Goyeneche de Arequipa 2014. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa 2014

<sup>7</sup> Gonzáles G, Pinto F. Escala de Ámsterdam sobre ansiedad y la escala de información APAIS en la fase preoperatoria-Perú. Tesis para optar el Título de Anestesiólogo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, 2005

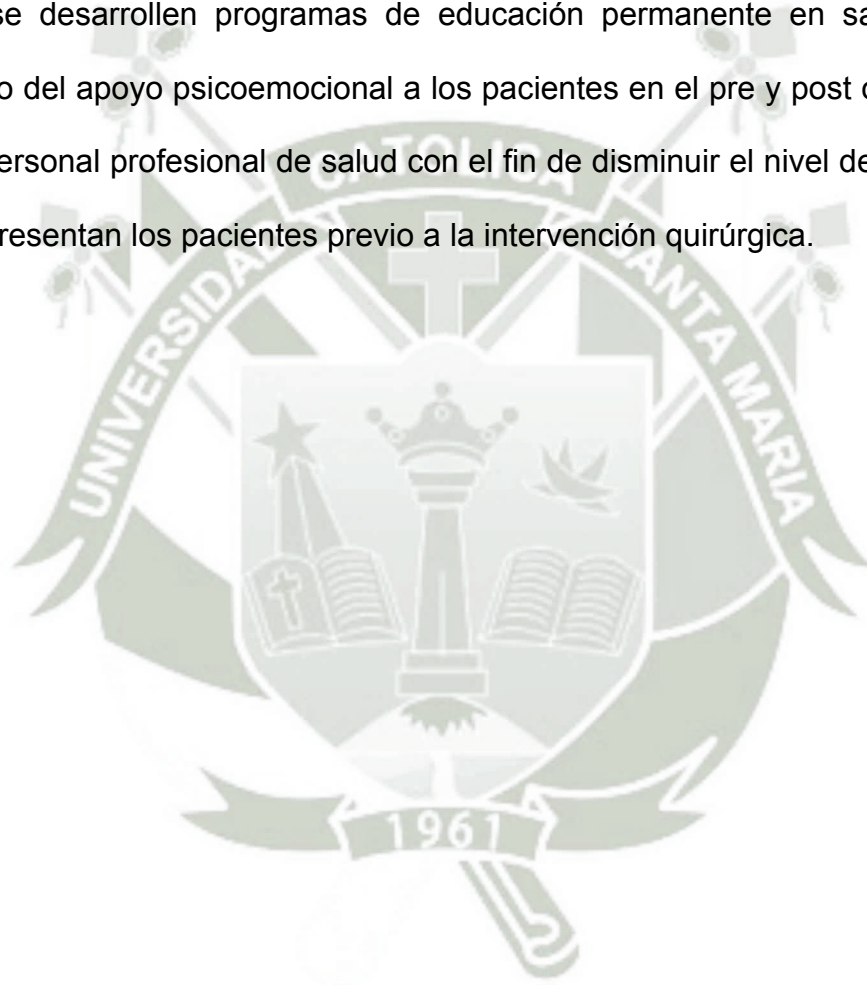
Independientemente del instrumento para medir la ansiedad, se puede encontrar en común que los pacientes al ingresar para atención quirúrgica presentan ansiedad, y que esta ansiedad puede deberse a la necesidad de información, como identifico Gonzáles.

En nuestro estudio hemos demostrado que los niveles de ansiedad disminuyen cuando se brinda una información preoperatoria adecuada al paciente. La disminución de la ansiedad fue importante sobre todo cuando la ansiedad fue grave. Esto puede contribuir a que el paciente ingrese a su cirugía más calmado y con menor potencial de efectos nocivos del estrés. En un estudio realizado en España por Navas M.<sup>8</sup> midiendo la ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, encontró que la ansiedad disminuye luego de la cirugía; nosotros consideramos este hecho como evidente, y que la reducción de la ansiedad que debe buscarse es en el preoperatorio, y no después.

---

<sup>8</sup> Navas M. Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo. Cuidando la salud: revista científica de enfermería; 2008, 8: 36-51

Las formas que deben emplearse para disminuir la ansiedad básicamente requieren de una buena capacidad de comunicación del médico; Oscco-Torres O.<sup>9</sup> en un estudio realizado en Pisco en el 2010, demostraron que cuando la actitud de la enfermera que brinda atención durante la atención al paciente en el preoperatorio es favorable, la ansiedad de los pacientes en el preoperatorio es leve. Coincidimos con los autores en que es necesario que se desarrollen programas de educación permanente en salud en el campo del apoyo psicoemocional a los pacientes en el pre y post operatorio, y al personal profesional de salud con el fin de disminuir el nivel de ansiedad que presentan los pacientes previo a la intervención quirúrgica.



---

<sup>9</sup> Oscco-Torres O, Bendezú-Sarcines CE, Escajadillo-Lagos N. Actitud que adopta la enfermera durante la atención y nivel de ansiedad del paciente en el pre operatorio en un hospital público de Pisco, Perú 2010. Rev. méd. panacea 2011; 1:85 – 88



**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

**Primera.** Más de dos tercios de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el HRHDE presentaron ansiedad antes de brindarse información acerca de su intervención, sobre todo en grado moderado.

**Segunda.** El número de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el HRHDE que presentaron ansiedad después de brindarse información acerca de su intervención bajó significativamente, sobre aquellos que presentaron ansiedad grave.

**Tercera.-** Se produjo una reducción significativa en la cantidad de pacientes que presentaron ansiedad y el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el HRHDE después de brindarse información acerca de su intervención.

## RECOMENDACIONES

- Primera.-** Se sugiere que el personal asistencial de los servicios quirúrgicos verifiquen que los pacientes reciben información preoperatoria durante la entrevista con el médico tratante o al momento de la firma del consentimiento informado.
- Segunda.-** Se recomienda que las autoridades del hospital desarrollen programas de capacitación en el personal de salud sobre capacidades de comunicación personal, y de apoyo psicoemocional a los pacientes del área quirúrgica.
- Tercera.-** Se sugiere que se desarrollen estudios acerca de los factores que motivan la ansiedad en pacientes quirúrgicos para desarrollar estrategias específicas para disminuir el estrés prequirúrgico.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Washington DC, 2013
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Arlington, VA. 2000.
- 3) Arslan E, Demirkan F, Unal S, Aksoy A, Polat G, Kanik A. The relationship between patient stress and the blood levels of acute phase proteins in rhinoplasty: the report of a prospective study. J Psychosom Res. 2005; 58:35-41.
- 4) Barrilero JA, Casero JA, Cebrián F, Córdoba CA. Ansiedad y cirugía. repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. Disponible en: [www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm](http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm)
- 5) Basozabal B, Durán MA. Manual de enfermería quirúrgica. Hospital de Galdakao España, 2003
- 6) Carapia-Sadurni A, Mejía-Terrazas GE, Nacif-Gobera L, Hernández-Ordóñez N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. Revista Mexicana de Anestesiología, 2011; 34 (4):260-263
- 7) Carrascosa, MT, Aguilar R, Carrascosa MC. Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza

- individual. Asociación Española de Enfermería en Urología. 2011;118:13-17
- 8) Chirveches, E. et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enferm. Clin.* 2006;16(1):3-10
- 9) Doñate M, Litago A, Monge Y, Martínez R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 2015; 37: 170-180
- 10)Gonzales G, Pinto F. Escala de Ámsterdam sobre ansiedad y la escala de información APAIS en la fase preoperatoria-Perú. Tesis para optar el Título de Anestesiólogo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, 2005
- 11)Gordillo F; Arana JM, Mestas L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam*, 2011; 4(3): 228-233 .
- 12)Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry.* 1969; 3: 76 - 79.
- 13)Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*, 1959; 32:50-55.
- 14)Hurtado I, Espino ME. Disminución de la ansiedad del paciente quirúrgico a través de la intervención de Enfermería. *Desarrollo Científico Enfermería.*2004; 12 (2): 47-50.
- 15)Jerez F, Lady C, Montoya S, Sandra M. ¿Existe relación entre los niveles de ansiedad de los pacientes y su insatisfacción con los

diferentes aspectos del cuidado hospitalario? 7(30): abril-junio 2010.

Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n30/ev0030.php>

16) Kaplan H., Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Panamericana. 8va Ed. 2008

17) Martínez S. Capítulo 1. Historia de la cirugía. Disponible en: [http://highered.mheducation.com/sites/dl/free/9701068734/786175/martinez\\_cirugia\\_4e\\_cap\\_muestra\\_01.pdf](http://highered.mheducation.com/sites/dl/free/9701068734/786175/martinez_cirugia_4e_cap_muestra_01.pdf)

18) Navas M. Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo. Cuidando la salud: revista científica de enfermería; 2008, 8: 36-51

19) Navas Monzón M; Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo. Cuidando la salud: Revista Científica de Enfermería, ISSN 1696-1005, 2008; 8:36-51.

20) Oscco-Torres O, Bendezú-Sarcines CE, Escajadillo-Lagos N. Actitud que adopta la enfermera durante la atención y nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en un hospital público de Pisco, Perú 2010. Rev. méd. panacea 2011; 1:85 – 88

21) Paz-Estrada C, Prego-Beltrán C, Barzaga-Hernández E. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. Rev Mex Anest 2006;29:159-62

- 22) Ruiz-López E, Muñoz-Cuevas JH, Olivero-Vásquez YI, Islas-Saucillo M. Preoperative anxiety at the General Hospital of Mexico. Rev Med Hosp Gen Mex 2000;63:231-236.
- 23) Stern TA . Psiquiatría en la consulta de atención primaria. McGraw-Hill-Iberoamericana. Madrid. 2009
- 24) Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. C. Med. Psicosom, 2014; 110: 62-69
- 25) Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano JR, Ornelas-Aguirre JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos Anestésicos. Cir Cir. 2010; 78:151-6.
- 26) Velázquez N, Vázquez L, Alvarado S. ansiedad asociado al dolor agudo en pacientes oncológicos. Velázquez et al, Cancerología 4 (2009): 19-29.
- 27) Vivas Sánchez V, Girón P, Rico L, Jiménez U y cols. Nivel de Ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía. Revista Ciencia y Cuidado 2009; 6(1) : 19-25
- 28) Zúñiga MA. Determinación de los niveles de ansiedad en pacientes prequirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Goyeneche de Arequipa 2014. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa 2014



# Anexo 1

## Proyecto de investigación



## I. PREÁMBULO

En el decenio de 1930, el profesor Zolleki descubrió en los montes Zagros (Irak) a nueve hombres de Neanderthal con una edad aproximada de 45 000 años, uno de ellos varón, amputado del brazo derecho. Esto ejemplifica tal vez la primera cirugía en la historia <sup>10</sup>.

Debido a las guerras, se crearon necesidades como la de evacuar con celeridad a los heridos tras haberles impregnado las heridas con antisépticos, y así se tuvieron que organizar cuerpos de camilleros, puestos avanzados, ambulancias, automóviles de campaña y después los hospitales.

La cirugía se convierte en instrumento terapéutico, ciertamente esencial, pero no exclusivo. Antes de decidir si el paciente será intervenido, se toman en cuenta los exámenes de laboratorio y la opinión de colaboradores en el diagnóstico, y se consideran a su vez aspectos del paciente, como su posición social, estado psicológico, etc. La operación se vuelve entonces algo más que sólo el tiempo en que el paciente está sobre la mesa de operaciones, y se tomarán en cuenta las etapas de estudio y preparación del enfermo para la intervención; es decir, el preoperatorio, el manejo propiamente del aspecto técnico quirúrgico en el transoperatorio, y los cuidados y medidas que se deben otorgar al enfermo en la etapa subsiguiente, esto es, en el posoperatorio, normal o patológico.

---

<sup>10</sup> Martínez S. Capítulo 1. Historia de la cirugía. Disponible en:  
[http://highered.mheducation.com/sites/dl/free/9701068734/786175/martinez\\_cirugia\\_4e\\_cap\\_muestra\\_01.pdf](http://highered.mheducation.com/sites/dl/free/9701068734/786175/martinez_cirugia_4e_cap_muestra_01.pdf)

Por otra parte, partiendo de la idea fundamental de que todo el equipo sanitario persigue la recuperación óptima de la salud del paciente, se considera que, según definición de Berry y Kohn: «La meta común del equipo quirúrgico es la eficiencia y eficacia en la atención al enfermo individual para aliviar su sufrimiento, restablecer su estructura y funciones corporales y lograr un resultado postoperatorio favorable, contribuyendo a la salud óptima del paciente y su regreso a la sociedad o la muerte con dignidad». <sup>11</sup>

Nos gustaría destacar la faceta humana en la atención al paciente quirúrgico, antes, durante y después de la intervención, en un campo con tanta tecnología y donde hay un impacto tan importante sobre los sentimientos del paciente y su familia.

Es por ello que proporcionar información sobre el funcionamiento y actividades que se desarrollan en el Área Quirúrgica es de mucha importancia.

Por otra parte la mala calidad de la atención tiene un alto impacto en costos, que no siempre son cuantificados y por lo mismo, la información relativa frecuentemente no es considerada en la toma de decisiones al momento de determinar las prioridades, los montos y la rentabilidad de las inversiones que se hacen en busca de mejorar la calidad de la atención en salud.

Los costos de la calidad tienen una gran importancia para los resultados en el establecimiento de salud y tienen lugar en cualquier área y fase del proceso de atención. A su vez, los costos generados por la mala calidad de

---

<sup>11</sup> Basozabal B, Durán MA. Manual de enfermería quirúrgica. Hospital de Galdakao España, 2003

la atención médica merman las finanzas públicas y familiares en íntima relación con la pérdida de la salud y la reducción del tiempo y calidad de vida.

La transformación sanitaria que nuestro país requiere se ha de realizar por la seguridad de los pacientes y la atención integral de sus necesidades; por la satisfacción de los profesionales vistos como personas importantes, promotoras del cambio y transformación, y no solo como operativos cumplidores de funciones y ejecutores de programas

La seguridad del paciente ha pasado a ser un componente esencial de la asistencia sanitaria de calidad.

La complejidad de las intervenciones quirúrgicas requiere cada vez mayor preparación técnica.

Los hospitales van a ser evaluados no solo por la producción, sino también por la calidad y los resultados.

Por ello resulta esencial y coadyuva a lograr el objetivo primordial de la cirugía, que es reintegrar al paciente a su núcleo social y familiar en condiciones adecuadas para el desempeño de sus actividades.

En definitiva, actualmente el paciente debe ser el centro de nuestra actividad y su seguridad nuestra primera preocupación.

Dado que los pacientes quirúrgicos reciben por norma (procedimental y ética) información acerca de su enfermedad y la forma de tratamiento a través del consentimiento informado, sería no sólo contra la ética sino además imposible encontrar pacientes que no reciban información

prequirúrgica (salvo pacientes con deterioro de conciencia en condición de intervención de emergencia), por lo que para valorar la influencia de esta información en el desarrollo de mayor o menor ansiedad, se eligió un diseño que permita cumplir las normas éticas y a la vez los requerimientos de la clínica en cuanto a preparación del paciente.

El propósito de este trabajo es establecer el grado de ansiedad mediante el test de Hamilton y la información preoperatoria en pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente en diversas patologías de abdomen y que ya están hospitalizados en el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.



## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Existe influencia de la información preoperatoria en el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Diciembre 2015 – Febrero 2016

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Cirugía - Psiquiatría
- Línea: Ansiedad – Información prequirúrgica

##### b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
<b>Variable dependiente</b>			
Nivel de ansiedad	Escala de Hamilton	Ausente 0-5 Moderada 6-14 Grave mayor o igual 15	Ordinal
<b>Variable independiente</b>			
Momento de información	Información del paciente acerca de la cirugía	Antes de la información / Después de la	Nominal

información			
<b>Variables intervinientes</b>			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Varón / Mujer	Nominal
Tipo de intervención	Cuadro quirúrgico	Cirugía de apéndice, vesícula, intestinal, otra	Nominal

### c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es el nivel de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza antes de brindarse información acerca de su intervención?
2. ¿Cuál es el nivel de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza después de brindarse información acerca de su intervención?
3. ¿Existe diferencia en el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza antes y después de brindarse información acerca de su intervención?

- d) **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio clínico.
- e) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio observacional y transversal.

### 1.3. Justificación del problema

El presente trabajo tiene como objetivo establecer la influencia de la información preoperatoria en el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2015 – Febrero 2016. No se han desarrollado estudios similares en la clínica, por lo que a investigación reviste **originalidad**.

Tiene **relevancia científica**, ya que se pone de manifiesto la magnitud de un problema de salud pública y su relación con el estado emocional del paciente como de sus familiares, además tiene **relevancia social**, ya que en los diversos hospitales hay muchas quejas e inconvenientes antes de realizarse las intervenciones quirúrgicas, por falta de información del paciente debido a la pobre comunicación que existe entre él y el personal de salud. Tiene **relevancia práctica** ya que permitirá identificar tanto el grado de conocimiento como ansiedad en los pacientes que serán sometidos ante un stress importante como es el de una intervención quirúrgica.

El estudio es **contemporáneo** debido al interés permanente de la población en general en cuidar su salud en general y garantía de éxito antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica.

El estudio es **factible** de realizar debido a que la población a estudiar es una población cerrada en la que se tiene elevada colaboración, con un diseño prospectivo y se cuenta con instrumentos validados.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de psiquiatría, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina.

Se cumplen las **políticas de investigación** de la Universidad, que requiere del desarrollo de una investigación para la obtención del título profesional.



## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. Ansiedad

#### 2.1.1. Concepto

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante <sup>12</sup>.

En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. Se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se le considera como un trastorno <sup>13</sup>.

#### 2.1.2. Epidemiología de la ansiedad

Según datos aportados por la OMS la prevalencia alcanza el 8% en las personas jóvenes y cerca de 100.000.000 de personas padecen

---

<sup>12</sup> Kaplan H., Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. Ed. Panamericana. 8va Ed. 2008

<sup>13</sup> Stern TA . Psiquiatría en la consulta de atención primaria. McGraw-Hill-Iberoamericana. Madrid. 2009

depresión en algún momento de sus vidas por año, pero solo un pequeño porcentaje es diagnosticado, ya sea por falta de capacitación sanitaria o por desconocimiento de los síntomas. El 80% de los pacientes con patologías crónicas sufren depresión en algún momento. En los jóvenes se asocia con altos grados de disfunción social, bajo rendimiento académico, abuso de sustancias, casos de intentos de suicidio y suicidios consumados.

En la mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de la enfermedad mental, en la población general, entre el 10% y el 20%. Los trastornos más frecuentes suelen ser los de ansiedad, seguidos por los depresivos o viceversa, dependiendo de la clasificación que se haya utilizado y de si en los análisis se incluyen o no las fobias <sup>14</sup>.

### **2.1.3. Cuadro clínico**

Los síntomas más comunes de esta condición son taquicardias, sensación de ahogo, sensación de pérdida del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc. Cabe notar que los síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardiaca y la hipoglicemia. La ansiedad también puede convertirse en un trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. Es común que las personas con ansiedad visiten la sala de

---

<sup>14</sup> Kaplan H, Op cit.

emergencias con cierta frecuencia, y típicamente se sienten mejor luego de ser atendidas <sup>15, 16</sup>.

### ***Síntomas Cognitivos***

- Preocupación.
- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de concentración.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

### ***Síntomas Motores***

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

---

<sup>15</sup> Velázquez N, Vázquez L, Alvarado S. ansiedad asociado al dolor agudo en pacientes oncológicos. Velázquez et al, Cancerología 4 (2009): 19-29.

<sup>16</sup> Jerez F, Lady C, Montoya S, Sandra M. ¿Existe relación entre los niveles de ansiedad de los pacientes y su insatisfacción con los diferentes aspectos del cuidado hospitalario? 7(30): abril-junio 2010. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n30/ev0030.php>

### ***Síntomas Fisiológicos***

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

#### **2.1.4. Clasificación de los trastornos de ansiedad**

La ansiedad no es más que un recurso que el cuerpo humano utiliza para actuar y enfrentar diferentes situaciones y lograr el mejor rendimiento; sin embargo, hay veces que esa misma tensión provoca el efecto contrario en el organismo e impide enfrentar dicha situación. Es entonces cuando se padece un trastorno de ansiedad <sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Arlington, VA. 2000.

El trastorno de ansiedad puede aparecer de diversas formas y en diferentes intensidades: puede provocar nerviosismo todo el día sin ninguna causa aparente, puede aparecer ocasionalmente ante una situación determinada y llegar a producir bloqueo y provocar inmovilidad o incluso puede paralizar una actividad concreta.

Parece ser que hay varios factores que contribuyen a que se presenten este tipo de trastornos, muchas de las investigaciones más recientes sugieren que estos trastornos se presentan en familias y son causados por la química del cerebro de la persona, ciertas experiencias de la vida y la personalidad también se cree son factores que afectan las probabilidades de sufrir un tipo de trastorno de ansiedad. En el DSM IV-TR se señalan los siguientes tipos <sup>18</sup>:

- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizado
- Trastorno por ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno por ansiedad inducido por sustancias

---

<sup>18</sup> APA, DSM IV-TR; Op. Cit.

- Trastorno de ansiedad no especificado

### 2.1.5. Trastorno de ansiedad en el DSM 5

Los trastornos de ansiedad en el DSM-5 se dividen principalmente en <sup>19</sup>:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social.
- Trastorno de angustia
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno inducido por sustancias/medicación
- Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica.
- Otros trastornos de ansiedad especificados
- Trastornos de ansiedad no especificados

Las modificaciones del DSM-5 para la clase diagnóstica de los trastornos de ansiedad (TA), con respecto a la edición previa (DSM-IV-TR), se pueden resumir en <sup>20</sup>:

1. La inclusión de dos trastornos que anteriormente se encontraban en la sección de “Trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o

---

<sup>19</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Washington DC, 2013

<sup>20</sup> Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. C. Med. Psicosom, 2014; 110: 62-69

la adolescencia”: el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo.

2. El trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos por estrés postraumático y de estrés agudo dejan de pertenecer a esta clase diagnóstica para ubicarse, en una sección de la cual se erige en la alteración central (“Trastornos obsesivo-compulsivo y relacionados”) o en el capítulo de “Trastornos relacionados con estresores y acontecimientos traumáticos”, respectivamente.
3. Las crisis de angustia mantienen sus descriptores sin cambio, y se consideran una especificación potencialmente aplicable a cualquier TA y a muchos otros trastornos psicopatológicos. El Trastorno de Angustia y la Agorafobia se separan en diagnósticos independientes. Para el diagnóstico de Agorafobia y de Fobia específica y Trastorno de Ansiedad Social, se han producido tres modificaciones relevantes en cuanto a sus criterios diagnósticos: se elimina la necesidad de que las personas mayores de 18 años reconozcan que su miedo-ansiedad sea excesivo o irracional, se incluye que sea el clínico quien determine si esa ansiedad es desproporcionada, y se añade el criterio temporal de una duración mínima de 6 meses. Para el Trastorno de Ansiedad Social, se ha eliminado la especificación “generalizada”, que ha sido reemplazada por la de “relacionado solo con la ejecución”, que deberá indicarse cuando el miedo fóbico se limite a hablar o actuar en público.

4. Los capítulos dedicados a los TA específicos, describen sus características clínicas y los criterios diagnósticos, y además incluyen información sobre factores de riesgo y relacionados con el pronóstico y sobre el curso y evolución.
5. Se incorpora una serie de instrumentos de evaluación para la cuantificación de las manifestaciones clínicas. Para los TA, se han incluido tres tipos de escalas/inventarios de cuantificación:
  - a. Una medida de manifestaciones de ansiedad en general, la PROMIS Malestar Emocional – Ansiedad,
  - b. Diferentes medidas breves de severidad para la gran mayoría de los TA específicos
  - c. Una medida global de discapacidad, no específica para los TA: la WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0)

## 2.2. Tensión y ansiedad

El término tensión se refiere a un complejo proceso psicológico que comprende tres elementos principales. El proceso se inicia con una situación o estímulo potencialmente peligroso o nocivo (agente productor de tensión). Si el agente es visto como algo potencialmente peligroso o amenazador, se producirá una reacción de ansiedad. De tal manera que nuestra definición se refiere a la siguiente secuencia de sucesos temporales <sup>21</sup>:

---

<sup>21</sup> Paz-Estrada C, Prego-Beltrán C, Barzaga-Hernández E. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. Rev Mex Anest 2006;29:159-62

Agente → Percepción de Amenaza → Estado de Ansiedad.

La ansiedad es un sistema de alerta y activación ante situaciones consideradas amenazantes. Es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a circunstancias amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Por ejemplo, nos ayuda a estudiar si estamos frente a un examen, estar alerta ante una cita o una entrevista de trabajo, huir ante un incendio <sup>22</sup>.

Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales. Puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales. En estos casos no estamos ante un simple problema de "nervios", sino ante una alteración. Existen varios tipos de trastornos por ansiedad cada uno con sus características propias <sup>23, 24</sup>.

---

<sup>22</sup> Stern TA; Op. Cit.

<sup>23</sup> Barrilero JA, Casero JA, Cebrián F, Córdoba CA. Ansiedad y cirugía. repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. Disponible en: [www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm](http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm)

<sup>24</sup> Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano JR, Ornelas-Aguirre JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos Anestésicos. Cir Cir. 2010; 78:151-6.

### 2.3. Ansiedad en el paciente quirúrgico

La ansiedad se presenta en cualquier persona de forma transitoria o crónica, puede producir reacciones agresivas que resultan en incremento en el estrés experimentado por el paciente, causando en consecuencia un manejo del dolor más difícil en el posoperatorio <sup>25</sup>.

En investigaciones previas se ha mencionado que existe relación directa entre ansiedad y percepción del dolor, demostrando que experimentan más ansiedad las mujeres que los hombres, principalmente en legrados, cirugías de mama, tórax y otorrinolaringología <sup>26</sup>.

Como se ha señalado, existen diversos tipos de trastornos de ansiedad (de pánico, desórdenes por ansiedad generalizada, trastornos mixtos ansioso-depresivos); sin embargo, la que se genera en el paciente por el acto quirúrgico es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico, de hecho, puede ser una característica constitucional de la personalidad del paciente. Análisis previos han demostrado que en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos desde una semana antes del procedimiento<sup>27</sup>.

Otros factores asociados a la ansiedad relacionada a los procedimientos quirúrgicos incluyen el tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario y la

---

<sup>25</sup> Ruiz-López E, Muñoz-Cuevas JH, Olivero-Vásquez YI, Islas-Saucillo M. Preoperative anxiety at the General Hospital of Mexico. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2000;63:231-236.

<sup>26</sup> Chirveches, E. et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enferm. Clin.* 2006;16(1):3-10

<sup>27</sup> Navas Monzón M; Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo. *Cuidando la salud: Revista Científica de Enfermería*, ISSN 1696-1005, 2008; 8:36-51.

calidad de la atención médica proporcionada<sup>28</sup>.

Se conoce que la ansiedad provoca incremento en el dolor posoperatorio, mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de estancia hospitalaria, que repercuten directamente en los costos de la atención <sup>29</sup>.

Debido a esto es necesario evaluar y prevenir la ansiedad en todo paciente que va a ser sometido a algún procedimiento quirúrgico, para lo cual existen diversas escalas como el DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale), STAI (State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire), Escala Visual Análoga de Ansiedad, las escalas de ansiedad de Taylor (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) o la escala de Hamilton, y la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Ámsterdam (APAIS) <sup>30</sup>.

En la evaluación prequirúrgica el médico puede realizar observaciones indirectas que le permiten valorar si el paciente se encuentra ansioso, tales como el aumento en la actividad cardiovascular (taquicardia, hipertensión, arritmias), aumento en el consumo de oxígeno con vasoconstricción de los vasos sanguíneos periféricos, reducción de las funciones digestivas, dilatación de las pupilas, aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas, piloerección, aumento en las secreciones pulmonares, cambios

---

<sup>28</sup> Carapia-Sadurni A, Mejía-Terrazas GE, Nacif-Gobera L, Hernández-Ordóñez N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 2011; 34 (4):260-263

<sup>29</sup> Navas Monzón M, Op. Cit

<sup>30</sup> Gonzales G, Pinto F. Escala de Ámsterdam sobre ansiedad y la escala de información APAIS en la fase preoperatoria-Perú. Tesis para optar el Título de Anestesiólogo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, 2005

bioquímicos y alteraciones de coagulación de la sangre <sup>31</sup>. Otros datos clínicos que indican una ansiedad extrema son temblor, pulso batiente, sudoración de palmas, sensación de “mariposas” aleteando en el abdomen, constricción faríngea, semblante atento y boca seca <sup>32</sup>.

Es importante para el cirujano identificar los factores que influyen en la ansiedad de los pacientes, ya que se constituye en un factor contribuyente de complicaciones perioperatorias, a pesar de que el miedo y la ansiedad son parte de la experiencia de todo paciente quirúrgico <sup>33, 34</sup>.



---

<sup>31</sup> Arslan E, Demirkan F, Unal S, Aksoy A, Polat G, Kanik A. The relationship between patient stress and the blood levels of acute phase proteins in rhinoplasty: the report of a prospective study. *J Psychosom Res.* 2005; 58:35-41.

<sup>32</sup> Hurtado I, Espino ME. Disminución de la ansiedad del paciente quirúrgico a través de la intervención de Enfermería. *Desarrollo Científico Enfermería.* 2004; 12 (2): 47-50.

<sup>33</sup> Gordillo F; Arana JM, Mestas L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam,* 2011; 4(3): 228-233 .

<sup>34</sup> Carrascosa, MT, Aguilar R, Carrascosa MC. Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. *Asociación Española de Enfermería en Urología.* 2011;118:13-17

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### *A nivel local*

##### 3.1. **Autor:** Zúñiga MA <sup>35</sup>.

**Título:** Determinación de los niveles de ansiedad en pacientes prequirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Goyeneche de Arequipa 2014.

**Fuente:** Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa 2014

**Resumen:** Se evaluó una muestra representativa de 250 pacientes quirúrgicos consecutivos, aplicando en el preoperatorio la escala de ansiedad de Zung. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y t de Student. Con la aplicación del test de ansiedad de Zung a los pacientes; se encontró ansiedad en 22.80% de casos, siendo esta mínima o leve en 16% y moderada en 6.80% de casos. La edad promedio de los casos con ansiedad fue de 44.56 años y en los casos sin ansiedad de 45.12 años, sin diferencias significativas ( $p > 0.05$ ). El 78.95% de casos con ansiedad fueron mujeres, que comparados con 56.48% en el grupo con ansiedad, constituyen una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ). No hubo diferencia significativa ( $p > 0.05$ ) en la intervención realizada, predominando en el grupo total la colecistectomía (42.80%), seguida de la apendicectomía (14.40%) y la hernioplastia

---

<sup>35</sup> Zúñiga MA. Determinación de los niveles de ansiedad en pacientes prequirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Goyeneche de Arequipa 2014. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa 2014

(10.40%). El tipo de cirugía realizado en pacientes con y sin ansiedad fue la cirugía abierta (92.80%) y en 7.20% de casos cirugía laparoscópica, sin diferencias significativas en la presencia de ansiedad ( $p > 0.05$ ). El 29.82% de casos intervenidos y con ansiedad se hizo en las primeras 24 horas, similar al 25.39% de casos sin ansiedad, y en promedio fue de 3.46 días para los pacientes con ansiedad y de 3.79 años para los casos sin ansiedad, siendo las diferencias no significativas ( $p > 0.50$ ).

### ***A nivel nacional***

3.2. **Autor:** Gonzales G, Pinto F. <sup>36</sup>

**Título:** Escala de Ámsterdam sobre ansiedad y la escala de información APAIS en la fase preoperatoria-Perú.

**Fuente:** Tesis para optar el Título de Anestesiólogo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, 2005

**Resumen:** El propósito del actual estudio era determinar el nivel de la ansiedad de los pacientes y el requisito de información en la evaluación preoperatorio en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Unidad de MOPRI; 140 pacientes fueron evaluados para determinar su requisito de la ansiedad y de información en un cuestionario, la ansiedad y la escala de la información (APAIS) de Amsterdam Preoperatoria. 140 pacientes también fueron evaluados por la escala de ansiedad del Estado-Rasgo de Spielberger (STAI-Estado). Los pacientes podían

---

<sup>36</sup> Gonzáles G, Pinto F. Op. Cit.

terminar el cuestionario en menos de 2 minutos. Las características demográficas : edad un media de 50.004 una desviación Standard de 14.426, con un mínimo de 20 y un máximo de 85, sexo 52.1% femenino y masculino 47.9% y pacientes con cirugía previa 62.5% y el tipo de cirugía intermedia un 70.8% No se encontraron diferencias estadísticas entre los grupos en cuanto a las variables demográficas. Pero en relación a Ansiedad:y anestesia :Inquieto por la anestesia 75%, piensa en Anestesia 25%, requiere información sobre anestesia: 93.8 %; y en relación a Ansiedad:y Cirugía :Inquieto por la cirugía 50%, piensa en Cirugía 13.9%, requiere información sobre cirugía: 60.4 %. En el análisis multivariado con significación estadística el sexo femenino y el antecedente de cirugía previa. En análisis factorial, dos factores emergieron claramente: ansiedad y la necesidad de la información. La escala de la ansiedad correlacionó altamente (0.74) con la Escala STAI. Por otra parte, los resultados demostraron que 1) las mujeres eran más ansiosas que hombres; 2) los pacientes con un alto requisito de información también tenían un alto nivel de la ansiedad; 3) los pacientes que nunca habían experimentado una operación tenían un requisito de información más alto que los que tenían.

3.3. **Autor:** Oscoco-Torres O, Bendezú-Sarcines CE, Escajadillo-Lagos N. <sup>37</sup>

**Título:** Actitud que adopta la enfermera durante la atención y nivel de ansiedad del paciente en el pre operatorio en un hospital público de

---

<sup>37</sup> Oscoco-Torres O, Bendezú-Sarcines CE, Escajadillo-Lagos N. Actitud que adopta la enfermera durante la atención y nivel de ansiedad del paciente en el pre operatorio en un hospital público de Pisco, Perú 2010. Rev. méd. panacea 2011; 1:85 – 88

Pisco, Perú 2010.

**Fuente:** Rev. méd. panacea 2011; 1:85 - 88

**Resumen:** Se evaluó una muestra de 30 pacientes, para establecer cuantitativamente el nivel de ansiedad se aplicó el test de ansiedad W. Zung. En relación a la actitud que adopta la enfermera durante la atención al paciente es favorable en un 87% y medianamente favorable en un 13%. Referente al nivel de ansiedad; el 10% de los pacientes presenta ausencia de ansiedad, el 63% presenta ansiedad leve y el 27%, presenta ansiedad moderada. Se concluye que la actitud que adopta la enfermera durante la atención al paciente es favorable, y la ansiedad leve está presente en los pacientes en el preoperatorio, por lo que se sugiere a las autoridades del hospital, desarrollar programas de educación permanente en salud en el campo del apoyo psicoemocional a los pacientes en el pre y post operatorio, dirigido al personal profesional de Enfermería con el fin de disminuir el nivel de ansiedad que presentan los pacientes previo a la intervención quirúrgica.

### ***A nivel internacional***

3.4. **Autor:** Navas M. <sup>38</sup>

**Título:** Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo.

**Fuente:** Cuidando la salud: revista científica de enfermería; 2008, 8: 36-51

---

<sup>38</sup> Navas M. Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo. Cuidando la salud: revista científica de enfermería; 2008, 8: 36-51

**Resumen:** Estudio piloto descriptivo, transversal y observacional realizado en España en 30 pacientes con edades de entre 18 y 80 años ingresados para intervenciones quirúrgicas de urología, traumatología o cirugía general. A la llegada a quirófano, se recogieron las variables edad, sexo, estado civil y servicio de procedencia. En el pre y postoperatorio inmediato, la ansiedad fue evaluada mediante la aplicación de la encuesta "State Trait Anxiety Inventory, STAI". Predominaron los pacientes del sexo masculino, de entre 60 y 80 años, casados y del servicio de cirugía general. La indicación de tratamiento quirúrgico produce un aumento del nivel de ansiedad-estado en el preoperatorio siendo la tendencia menor en mujeres, casadas, del servicio de cirugía general; disminuyendo la ansiedad en el postoperatorio.

3.5. **Autor:** Vivas V, Girón P, Rico L, Jiménez U y cols.<sup>39</sup>

**Título:** Nivel de Ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía.

**Fuente:** Revista Ciencia y Cuidado 2009; 6(1) : 19-25

**Resumen:** Se estudió el Nivel de Ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía de la Fundación Mario Gaitan Yanguas en el periodo comprendido de octubre-noviembre del 2008. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal. Para la recolección de la información se utilizó Escala De

---

<sup>39</sup> Vivas Sánchez V, Girón P, Rico L, Jiménez U y cols. Nivel de Ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía. Revista Ciencia y Cuidado 2009; 6(1) : 19-25

Valoración De La Ansiedad De Spielberger Idare-Estado. La población está conformada por los pacientes que acuden al servicio de cirugía. Las variables utilizadas son información acerca de la cirugía, nivel de ansiedad y causas de la ansiedad. Se concluye que el 59% de los pacientes tenían conocimiento acerca del procedimiento, 50.9 % presentaron un nivel de ansiedad moderada; los procedimientos con mayor nivel de ansiedad fue colecistectomía 67% y herniorrafia inguinal 50%. En cuanto a la relación entre el procedimiento y el nivel de ansiedad, la cesárea + pomey y la conización presentaron un nivel de ansiedad alto; y la relación entre el grado de información del procedimiento y el nivel de ansiedad, se encontró que, a pesar de que la mayoría de los pacientes manifiestan conocer el procedimiento, predomina el nivel de ansiedad moderada y baja.

3.6. **Autor:** Doñate M, Litago A, Monge Y, Martínez R. <sup>40</sup>

**Título:** Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía.

**Fuente:** Enfermería Global, 2015; 37: 170-180

**Resumen:** Estudio descriptivo transversal de 99 pacientes seleccionados aleatoriamente, programados para intervención quirúrgica en el Hospital Royo Villanova, del sector I de Zaragoza. Se valoró el nivel de ansiedad preoperatoria y el grado de información previa mediante la escala APAIS y se utilizó la escala STAI-AE en algunos de

---

<sup>40</sup> Doñate M, Litago A, Monge Y, Martínez R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. Enfermería Global, 2015; 37: 170-180

los pacientes, para comprobar la veracidad de la escala APAIS. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v.21.0, aplicando la prueba de Chi-cuadrado, el test Anova y la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis para estudiar la asociación entre las distintas preguntas y el grado de ansiedad. Para valorar la asociación de las dos escalas se empleó el test de Correlación de Pearson. Las variables de: nivel educativo, tipo de cirugía, especialidad e intervención quirúrgica previa, no muestran una significación estadística ( $p < 0,05$ ) respecto a la variable de nivel de ansiedad. Se ha evidenciado que existe asociación entre el grado de información y el nivel de ansiedad.



#### 4. **Objetivos.**

##### 4.1. **General**

Establecer la influencia de la información preoperatoria en el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en HRHD, Diciembre 2015 – Febrero 2016.

##### 4.2. **Específicos**

- 1) Identificar el nivel de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en HRHD antes de brindarse información acerca de su intervención.
- 2) Identificar el nivel de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el HRHD después de brindarse información acerca de su intervención.
- 3) Establecer diferencias en el grado de ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en HRHD antes y después de brindarse información acerca de su intervención.

#### 5. **Hipótesis**

Dado que los pacientes que presentan patología quirúrgica abdominal pueden experimentar ansiedad por la amenaza de su estado de salud por el cuadro que lo aqueja, es probable que exista un menor grado de ansiedad en pacientes quirúrgicos hospitalizados después de brindarse información acerca de su intervención en comparación con aquellos pacientes que aún no han recibido la información.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

**Instrumentos:** El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos, (Anexo 1), en la escala de Ansiedad e Información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS; Anexo 1) y en la escala de ansiedad de Hamilton (Anexo 1).

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

#### 2. Campo de verificación

**2.1. Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

**2.2. Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural en el periodo comprendido entre los meses de diciembre del 2015 y Febrero del 2016.

**2.3. Unidades de estudio:** Pacientes hospitalizados en el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza que serán sometidos a cirugía abdominal (colecistectomías, apendicectomías, cesáreas, prostatectomías)

**2.4. Población:** Todos los pacientes hospitalizados en el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza que serán sometidos a cirugía abdominal durante el periodo de estudio.

**Muestra:** Se considerarán dos grupos diferentes de pacientes: aquellos en los que se proporcionará información prequirúrgica y luego se evaluará la escala de ansiedad (casos) y pacientes en los que primero se evaluará el estado de ansiedad y luego se proporcionará información sobre su cirugía (controles). El tamaño de la muestra se calculará mediante la fórmula de muestreo para proporciones en grupos independientes:

$$n = \left[ \frac{Z\alpha\sqrt{2(\hat{p}\cdot\hat{q})} + Z\beta\sqrt{(p_1\cdot q_1) + (p_2\cdot q_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z $\alpha$  = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

Z $\beta$  = coeficiente de confiabilidad para una potencia del 80% = 0.84

p<sub>1</sub> = proporción estimada de ansiedad antes de la información = 0.60

p<sub>2</sub> = proporción estimada de ansiedad antes de la información = 0.30

$$\hat{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$q = 1 - p$$

Por tanto: n = 60 integrantes por grupo como mínimo.

Además los integrantes de los grupos deberán cumplir los criterios de selección:

**Criterios de selección:**

• **Criterios de Inclusión**

- Edad de 18 a 70 años
- Diagnóstico de patología quirúrgica de abdomen
- Participación voluntaria en la investigación

• **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con deterioro de conciencia
- Pacientes con dolor intenso
- Fichas de estudio incompletas o mal llenadas

### **3. Estrategia de Recolección de datos**

#### **3.1. Organización**

Se realizarán coordinaciones con la Dirección del HRHD y la Jefatura del Área de Cirugía para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se evaluará a cada paciente que cumpla los criterios de selección, explicando el motivo del estudio y solicitando su participación voluntaria. Se recabará datos de la historia clínica acerca del cuadro quirúrgico, y se aplicará a los pacientes la escala de ansiedad de Hamilton.

Se dará un tiempo prudencial y privado al paciente para completar la información. Se considerarán dos grupos: pacientes que aún no recibieron la información de su cuadro como parte del consentimiento informado, o que aún no fueron sometidos a evaluación preanestésica, y el segundo grupo conformado por pacientes que ya fueron informados, con un tiempo de espera prequirúrgico menor a las 24 horas.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

### **3.2. Recursos**

- a) Humanos
  - Investigador, asesor.
- b) Materiales
  - Fichas de investigación
  - Material de escritorio
  - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
  - Autofinanciado

### **3.3. Validación de los instrumentos**

Se valorará la ansiedad de los pacientes mediante la escala de ansiedad de Hamilton. Se trata de una escala heteroadministrada por el investigador tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem,

valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo<sup>41</sup>. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento Instrucciones para el profesional

Los puntajes van de: 0=ausente, 1=intensidad ligera, 2=intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4= Intensidad máxima (invalidante), el puntaje total es 56, de este puntaje se la categoriza de la siguiente manera <sup>42</sup>:

- ✓ Ausente : 0-5
- ✓ Moderada: 6-14.
- ✓ Grave: mayor o igual 15 puntos.

La prueba muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ( $r = 0,74 - 0,96$ ). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ( $r = 0,96$ ) y aceptable estabilidad después de un año ( $r = 0,64$ ).

Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi (18, 19) ( $r = 0,63 - 0,75$ ) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ( $r = 0,56$ ). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado

---

<sup>41</sup> Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*, 1959; 32:50-55.

<sup>42</sup> Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry*. 1969; 3: 76 - 79.

de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ( $r = 0,62 - 0,73$ ). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

La evaluación de la ansiedad preoperatoria "Ámsterdam preoperative anxiety and information scale" (APAIS) incluye seis preguntas a las que el paciente debe responder según una escala de 5 puntos, de 1= absolutamente no a 5 = enormemente. Cuatro preguntas evalúan la ansiedad en relación con la anestesia y la intervención (puntuación total de 4 a 20) y dos preguntas se refieren a la demanda de información (puntuación total de 2 a 10) <sup>43</sup>

- Estoy inquieto con respecto a la anestesia
- Pienso continuamente en la anestesia
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia
- Estoy inquieto con respecto a la intervención
- Pienso continuamente en la intervención
- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención

El contenido de la información preoperatoria es el mismo para todos los pacientes, y que se encuentra de manera habitual en el Consentimiento Informado; incluye información sobre:

- Diagnóstico de la enfermedad
- En qué consistirá el tratamiento quirúrgico a realizar

---

<sup>43</sup> Gonzales G, Pinto F. Op.Cit.

- El procedimiento anestésico a realizar
- Posibilidad de otras alternativas de tratamiento
- Consecuencias de no realizarse la intervención
- Destino de las muestras tomadas durante la cirugía
- Las posibles reacciones o eventos después de la cirugía (postoperatorio)
- El tiempo aproximado que permanecerá hospitalizado y el tratamiento que recibirá en su estancia
- El tiempo en que podrá recibir alimentación y podrá realizar sus actividades normales.
- La posibilidad de, en cualquier momento, revocar su consentimiento para la intervención y/o tratamiento.

### **3.4. Criterios para manejo de resultados**

#### **a) Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

#### **b) Plan de Clasificación:**

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

**c) Plan de Codificación:**

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

**d) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

**e) Plan de análisis**

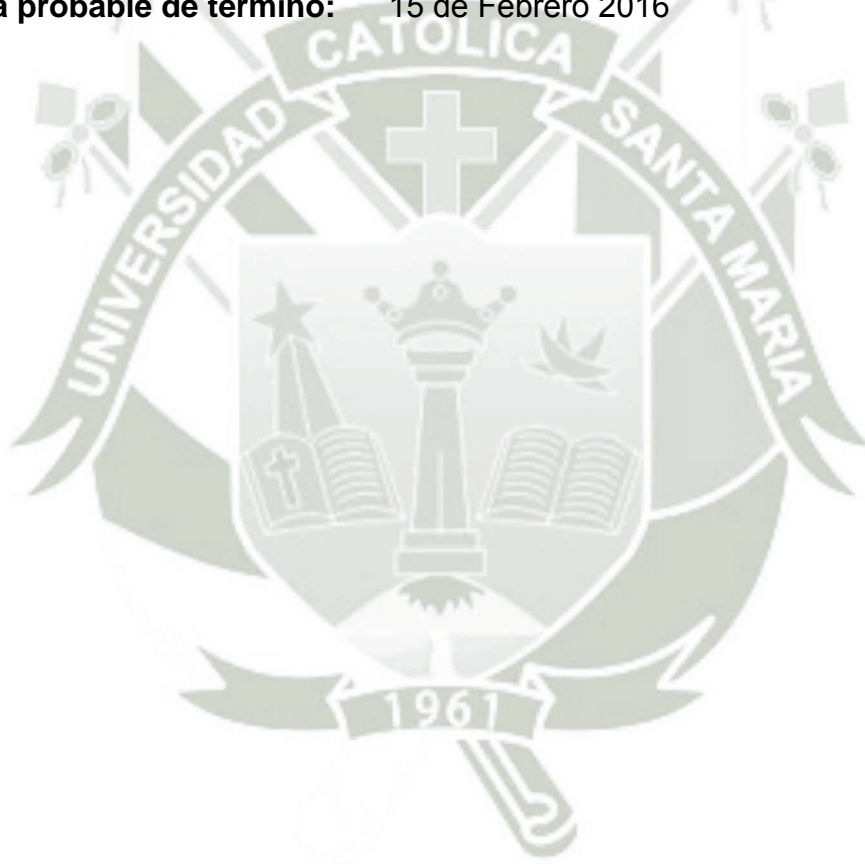
Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de puntajes de la escala de Hamilton se realizará con la prueba t de Student, previa verificación de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov; caso contrario se empleará la prueba de Mann-Whitney; la comparación de los niveles de ansiedad se realizará con la prueba chi cuadrado de Pearson. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2013 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

#### IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Nov 15				Dic 15-Feb 16	Feb 16			
	1	2	3	4		1	2	3	4
1. Elección del tema									
2. Revisión bibliográfica									
3. Aprobación del proyecto									
4. Ejecución									
5. Análisis e interpretación									
6. Informe final									

**Fecha de inicio:** 01 de Noviembre 2015

**Fecha probable de término:** 15 de Febrero 2016



### Ficha de recolección de datos

Ficha N° \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ años .

Sexo: M  F

Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_

Operación propuesta: \_\_\_\_\_

¿Le han informado de qué le van a intervenir? Sí  No

¿Quién le ha informado?

Nadie

Médico

Enfermera

Familia

Otros

¿Le han informado del tiempo que estará hospitalizado? Sí  No

¿La información le ha parecido suficiente? Sí  No

Después de la operación ¿sabe adónde le van a llevar? Sí  No

Habitación

Sala de recuperación

¿Ha comprendido la información en su totalidad? Sí  No

En caso negativo:

a) Debido al informador

b) No ha entendido las palabras que ha utilizado

c) Ha hablado muy deprisa

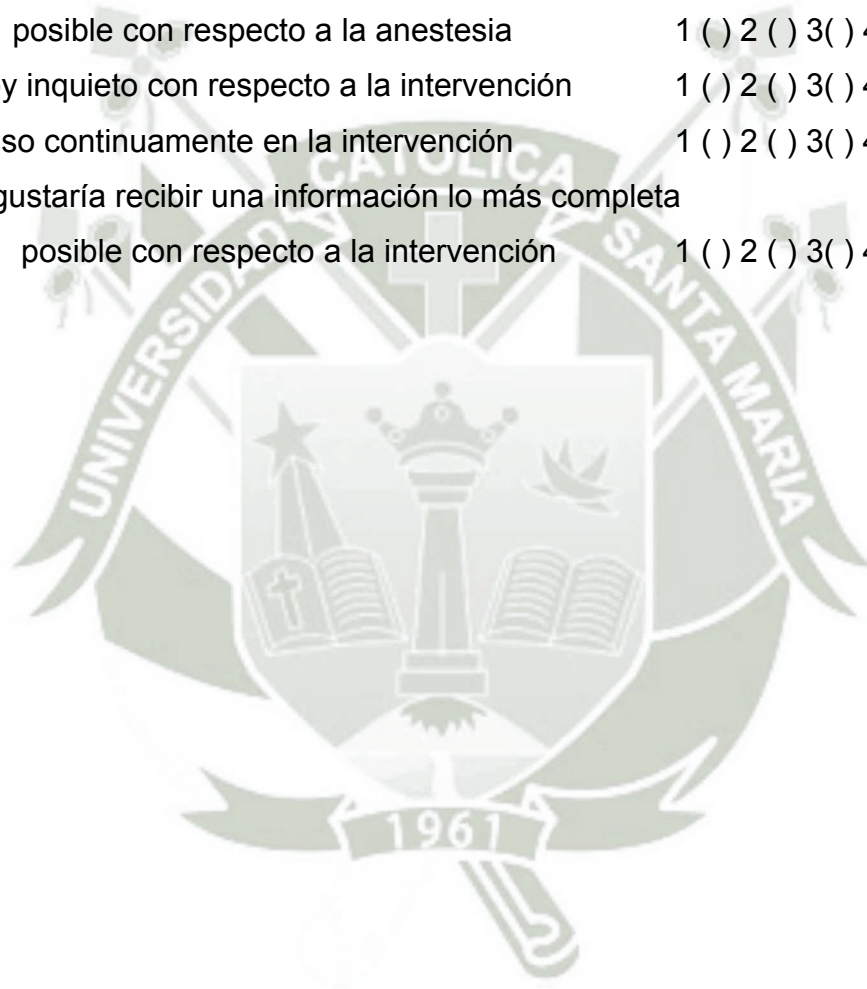
¿Le han informado de cómo va a ser la cicatriz? Sí  No

¿Le han informado de si va a llevar alguna sonda? Sí  No

### “Ámsterdam preoperative anxiety and information scale” (APAIS)

En una escala del 1 (absolutamente no) a 5 (enormemente), conteste las siguientes preguntas:

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



### Escala de Ansiedad de Hamilton

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser contestados.

	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave / Incapacitante
<b>SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>					
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo).</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares).</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales).</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave / Incapacitante
<p><b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.</p>	0	1	2	3	4
<p><b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>	0	1	2	3	4
<p><b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)</p>	0	1	2	3	4
<p><b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4

### Consentimiento informado del test

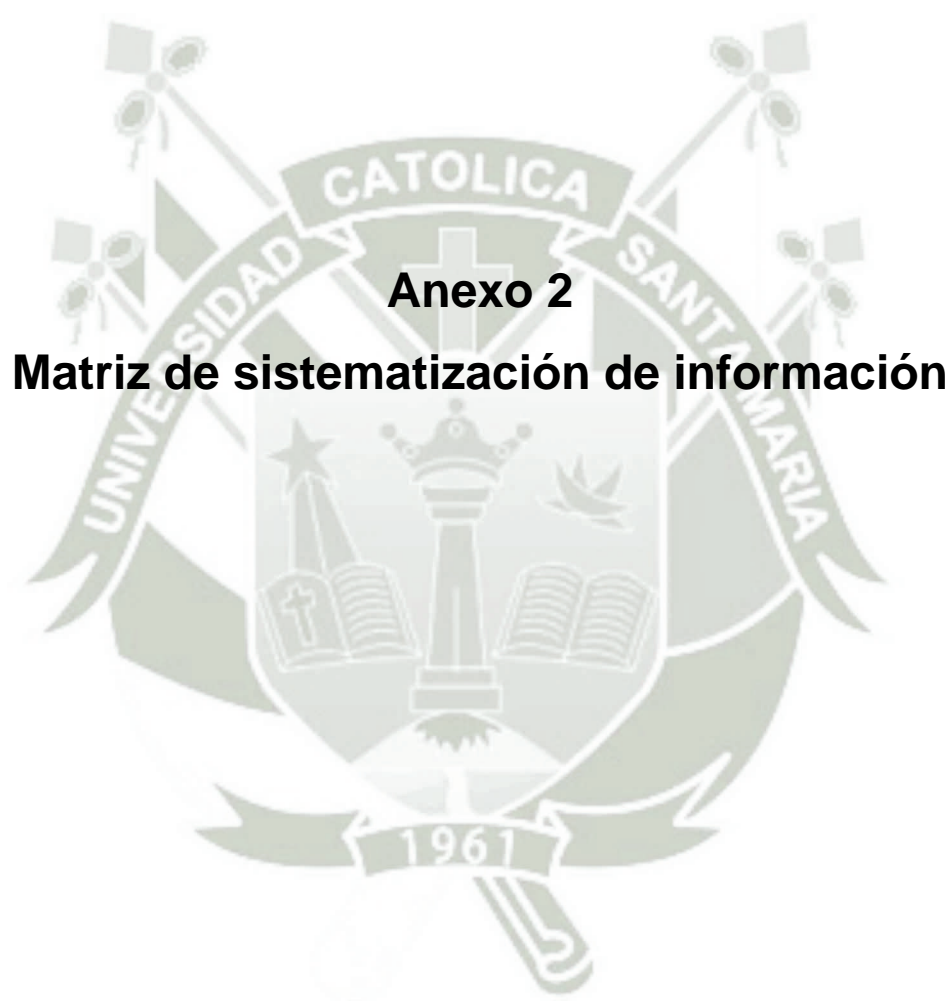
Yo identificado  
con DNI

**ACEPTO voluntariamente, someterme a evaluación, mediante un test para medir mi grado de ansiedad, asimismo se me informo en qué consiste dicha evaluación y para qué fines se realiza.**

**FIRMA**

**FECHA:**





N°	Edad	Cat edad	Sexo	Dx ing	Operación	Infx operac	Quien	Inf x t Hosp	Inf suf	Donde despu	Comprend op	En caso no	infxcicat	Infx sonda	Consent inf	Hamilton Ante	AnsAntes	Hamilton desd	AnsDesp	APAIS antes	APAIS desp
1	70	61-70 a	Mas	HBP	prostatectomía l	1	Medico	0	1	0	0	2	0	0	0	9	Moderada	6	Moderada	56	32
2	57	51-60 a	Mas	HBP	Prostatectomía	1	Medico	0	1	Sala rec	0	3	1	1	1	12	Moderada	9	Moderada	64	40
3	57	51-60 a	Mas	HBP	Prostatectomía	1	Medico	0	0	Sala rec	0	2	0	0	0	4	Ausente	4	Ausente	48	38
4	63	61-70 a	Mas	HBP	Prostatectomía	1	Medico	0	1	Sala rec	1	-	0	0	1	7	Moderada	6	Moderada	52	34
5	70	61-70 a	Mas	HBP	Prostatectomía	0	-	0	0	Sala rec	0	1	0	0	1	3	Ausente	2	Ausente	56	48
6	57	51-60 a	Mas	HBP	Prostatectomía	1	Medico	0	1	0	0	3	0	1	1	8	Moderada	3	Ausente	62	52
7	63	61-70 a	Mas	HBP	Prostatectomía	0	-	0	0	0	0	3	0	0	0	13	Moderada	6	Moderada	66	38
8	68	61-70 a	Mas	HBP	Prostatectomía	1	Medico	0	1	0	1	-	1	1	1	13	Moderada	7	Moderada	52	38
9	70	61-70 a	Mas	HBP	Prostatectomía	1	Medico	0	0	0	1	-	0	1	0	6	Moderada	4	Ausente	66	42
10	60	51-60 a	Mas	HBP	prostatectomía l	1	Medico	0	1	Sala rec	1	-	1	1	1	14	Moderada	7	Moderada	32	24
11	65	61-70 a	Mas	HBP	prostatectomía l	1	Medico	0	1	0	0	2	1	1	1	10	Moderada	6	Moderada	48	32
12	67	61-70 a	Mas	HBP	prostatectomía l	1	Medico	0	1	Sala rec	1	-	1	0	1	5	Ausente	1	Ausente	28	24
13	20	≤ 20 a	Fem	Ap aguda com	tomía + lavad	0	-	1	0	Sala rec	0	1	0	0	1	23	Grave	17	Grave	36	28
14	33	31-40 a	Mas	Ap aguda	pendicectomía	1	Medico	0	1	Sala rec	1	-	0	0	1	10	Moderada	7	Moderada	52	34
15	54	51-60 a	Mas	Ap aguda	pendicectomía	1	Medico	1	1	Sala rec	1	-	0	1	1	10	Moderada	9	Moderada	36	32
16	60	51-60 a	Fem	Ap aguda	pendicectomía	1	Medico	0	0	Hab	0	3	0	0	1	27	Grave	9	Moderada	20	20
17	32	31-40 a	Fem	Ap aguda	pendicectomía	1	Medico	0	0	0	1	-	0	0	1	29	Grave	19	Grave	60	38
18	46	41-50 a	Mas	Ap aguda	pendicectomía	1	Interno	0	0	Sala rec	0	1	0	0	1	28	Grave	14	Moderada	68	28
19	54	51-60 a	Mas	Ap aguda	tomía + lavad	1	Medico	0	0	Sala rec	1	-	0	1	1	29	Grave	16	Grave	64	38
20	34	31-40 a	Mas	Ap aguda	pendicectomía	0	-	0	0	Sala rec	1	-	0	0	1	10	Moderada	6	Moderada	52	30
21	55	51-60 a	Fem	Ap aguda	pendicectomía	1	Interno	1	1	Sala rec	1	-	0	0	0	5	Ausente	3	Ausente	42	40
22	36	31-40 a	Fem	Ap aguda	pendicectomía	1	Medico	0	0	0	0	1	0	0	1	15	Grave	6	Moderada	52	36
23	29	21-30 a	Fem	Ap aguda	pendicectomía	1	Medico	1	0	0	0	3	1	1	1	11	Moderada	5	Ausente	100	48
24	55	51-60 a	Fem	Ap aguda	pendicectomía	1	Medico	1	1	Sala rec	1	-	1	0	1	5	Ausente	4	Ausente	60	38
25	36	31-40 a	Mas	Colecistitis ag	Colelap	1	Interno	0	0	0	0	1	1	0	0	13	Moderada	7	Moderada	92	54
26	28	21-30 a	Mas	Colelitiasis	Colelap	1	Medico	0	1	Sala rec	1	-	0	0	1	19	Grave	13	Moderada	48	38
27	39	31-40 a	Fem	Colecistitis ag	Colelap	1	Medico	1	1	Sala rec	1	-	1	1	1	10	Moderada	6	Moderada	24	22
28	39	31-40 a	Fem	Colecistitis ag	Colelap	1	Medico	0	0	Hab	0	1	0	0	0	24	Grave	15	Grave	100	56
29	51	51-60 a	Fem	Colecistitis ag	lectiect. Abie	1	Medico	0	1	Sala rec	1	-	1	1	1	29	Grave	15	Grave	54	36
30	47	41-50 a	Fem	Colecistitis ag	lectiect. Abie	0	-	1	0	0	0	maron a fami	0	0	0	12	Moderada	6	Moderada	50	38
31	60	51-60 a	Mas	Colecistitis ag	lectiect. Abie	1	Medico	1	1	Sala rec	1	-	1	0	1	14	Moderada	7	Moderada	56	36
32	24	21-30 a	Fem	Colecistitis ag	lectiect. Abie	1	Medico	0	0	0	0	-	0	0	1	8	Moderada	5	Ausente	32	28
33	24	21-30 a	Fem	Colecistitis ag	lectiect. Abie	1	Medico	0	0	Sala rec	0	1	0	0	1	14	Moderada	8	Moderada	84	40
34	27	21-30 a	Fem	Colecistitis ag	lectiect. Abie	0	-	0	0	Sala rec	0	1	0	0	0	11	Moderada	6	Moderada	22	22
35	38	31-40 a	Fem	Colecistitis ag	lectiect. Abie	1	Medico	0	1	Sala rec	1	-	0	0	0	12	Moderada	8	Moderada	40	34
36	29	21-30 a	Fem	Colecistitis ag	lectiect. Abie	1	Medico	1	1	Sala rec	1	-	1	0	0	10	Moderada	5	Ausente	72	48
37	57	51-60 a	Fem	Colecistitis ag	lectiect. Abie	0	-	0	0	Sala rec	0	1	0	0	0	11	Moderada	6	Moderada	56	30
38	33	31-40 a	Fem	Colecistitis ag	Colelap	1	Medico	1	1	Sala rec	1	-	1	1	1	6	Moderada	4	Ausente	34	32
39	33	31-40 a	Mas	Colecistitis ag	Colelap	1	Enfermera	1	1	0	1	-	0	0	0	10	Moderada	6	Moderada	32	26
40	24	21-30 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	0	0	Hab	1	-	0	0	1	22	Grave	6	Moderada	66	38
41	33	31-40 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	0	0	0	1	-	0	0	0	18	Grave	13	Moderada	34	24
42	33	31-40 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	1	1	Sala rec	1	-	1	1	1	17	Grave	14	Moderada	56	32
43	22	21-30 a	Fem	Gestante	Cesárea	0	-	1	1	0	0	1	1	0	1	28	Grave	16	Grave	52	32
44	29	21-30 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	0	1	Sala rec	1	-	0	1	1	41	Grave	15	Grave	68	40
45	36	31-40 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Enfermera	0	0	Sala rec	0	1	0	0	1	27	Grave	12	Moderada	64	50
46	27	21-30 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Obstetrix	0	1	0	1	-	0	0	1	10	Moderada	6	Moderada	50	34
47	22	21-30 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	0	0	Hab	1	-	0	0	1	8	Moderada	2	Ausente	92	56
48	39	31-40 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	1	1	Sala rec	1	-	1	0	0	5	Ausente	3	Ausente	36	30
49	28	21-30 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	1	0	Sala rec	1	-	0	0	1	9	Moderada	3	Ausente	38	36
50	36	31-40 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	1	1	Sala rec	1	-	1	0	1	5	Ausente	3	Ausente	28	24
51	18	≤ 20 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	1	0	0	0	3	0	0	0	20	Grave	11	Moderada	76	24
52	36	31-40 a	Fem	Gestante	Cesárea	0	-	0	0	0	0	1	0	0	0	7	Moderada	4	Ausente	36	26
53	19	≤ 20 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	0	0	0	0	3	0	1	0	8	Moderada	4	Ausente	56	30
54	20	≤ 20 a	Fem	Gestante	Cesárea	0	-	0	0	Sala rec	1	-	0	0	0	6	Moderada	3	Ausente	68	36
55	33	31-40 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	1	0	Hab	0	2	1	0	1	12	Moderada	8	Moderada	50	32
56	38	31-40 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	0	0	Sala rec	1	-	0	0	1	10	Moderada	5	Ausente	28	24
57	35	31-40 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Obstetrix	1	1	Sala rec	1	-	0	0	1	10	Moderada	5	Ausente	68	44
58	30	21-30 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	1	1	Sala rec	0	1	0	0	1	24	Grave	13	Moderada	84	38
59	20	≤ 20 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	0	0	Sala rec	0	1	0	0	1	15	Grave	9	Moderada	84	36
60	30	21-30 a	Fem	Gestante	Cesárea	1	Medico	0	0	Sala rec	1	-	0	0	0	13	Moderada	6	Moderada	64	34