



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la
recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de
Ferreñafe

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Quiñones Rios, Zulmy Catalina (orcid.org/0000-0002-7052-3945)

ASESORES:

Dr. Santisteban Salazar, Nelson Cesar (orcid.org/0000-0003-0092-5495)

Dra. Molina Carrasco, Zuly Cristina (orcid.org/0000-0002-5563-0662)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

CHICLAYO — PERÚ

2024

DEDICATORIA

Dedicado a mi esposo por su amor y apoyo incondicional y a mis hijos por ser mi mayor fuente de motivación y estímulo para seguir superándome y por haber hecho llevaderas las horas restadas a la familia; ya que sin ellos no lo hubiera logrado.

AGRADECIMIENTO

A Dios por regalarme cada día de vida para compartirla y disfrutarla con mi hermosa familia.

A mi esposo e hijos, porque son mi soporte y mi mayor estímulo, fuente inagotable de energía para luchar constantemente por un desarrollo familiar, personal y profesional.

A mis padres que me enseñaron con su ejemplo a desafiar las adversidades y que toda meta puede ser alcanzada a base de esfuerzo y sacrificio.

A mis docentes por su guía constante, sus consejos y paciencia.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	14
3.1. Tipo y diseño	14
3.2. Variables y operacionalización.	14
3.3. Población, muestra y muestreo	15
3.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos	15
3.5. Procedimiento de recolección de datos	16
3.6. Metodología para el análisis de datos	17
3.7. Aspectos éticos	17
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN	23
VI. CONCLUSIONES	29
VII. RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS.....	31
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones de la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe	21
Tabla 2.	Ansiedad preoperatoria y sus dimensiones en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe	25

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1.	Ansiedad preoperatoria y sus dimensiones en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe	21
Figura 2	Ansiedad preoperatoria según sexo y edad en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe	22
Figura 3	Ansiedad preoperatoria según tipo de anestesia, cirugía y especialidad en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe	22
Figura 4	Recuperación Posanestésica y sus dimensiones en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe.	23
Figura 5	Recuperación Posanestésica según presencia de Ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe	23

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue diseñar un programa de manejo de la ansiedad preoperatoria (APO) para optimizar la recuperación posanestésica temprana (RPAT) en un hospital de Ferreñafe. El diseño fue no experimental, descriptivo-propositivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 58 pacientes de cirugías electivas. Se utilizaron la “*Escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam*” (APAIS) y la “*Escala de seguimiento rápido posanestésico de White y Song*” (WFTSS). Se encontró que 44.8% sufrían de APO, las dimensiones con mayor puntuación fueron la ansiedad “por la cirugía” (6.9 ± 2 puntos) y “necesidad de información” (5.2 ± 1.5 puntos). De otro lado se observó que el 32.8% de los participantes tuvieron una RPAT no adecuada a los 60 minutos del posoperatorio, siendo las dimensiones con puntaje no adecuado el dolor posoperatorio (43.1%) y náuseas/ vómitos (36.2%). Se determinó que existía una relación estadísticamente significativa entre la APO y la RPAT. Con estos datos se diseñó el programa de manejo de la APO utilizando la metodología y las herramientas del ciclo de Deming, siendo validado por expertos. Se concluyó que el desarrollo del programa de manejo de la APO puede optimizar la RPAT.

Palabras clave: Cuidados preoperatorios, dolor posoperatorio, mejoramiento de la calidad, periodo de recuperación de la anestesia.

ABSTRACT

The aim of this study was to design a preoperative anxiety (POA) management program to optimize early postoperative recovery (EPOR) in a hospital in Ferreñafe. The design was non-experimental, descriptive-propositive and transversal. The sample was 58 elective surgery patients. The “Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale” (APAIS) and the “*White and Song fast track scoring system*” (WFTSS) were used. POA was detected in 44.8% of patients, the dimensions with the highest score were “anxiety about surgery” (6.9 ±2 points) and “Information desire component” (5.2 ±1.5 points). On the other hand, 32.8% of the participants had an inadequate EPOR at 60 minutes postoperatively, the dimensions with an inadequate score were postoperative pain (43.1%) and nausea/vomiting (36.2%). A considerable significant and inverse relationship between both variables was statistically demonstrated. With these data, the POA management program was designed using the methodology and tools of the Deming cycle, being validated by experts. The conclusion was that the development of the POA management program can optimize EPOR.

Keywords: Anesthesia recovery period, postoperative pain, preoperative care, quality improvement.

I. INTRODUCCIÓN

Cada año en todo el mundo se realizan más de trescientos millones de intervenciones quirúrgicas y se estima que entre el 25 al 80% de los pacientes que serán intervenidos experimentan algún grado de Ansiedad Preoperatoria (APO), y esta condición es reconocida en la literatura como un factor de riesgo potencial y prevenible de resultados negativos en la recuperación posanestésica y el dolor en el periodo postoperatorio, sin embargo, su identificación y valoración en la atención preoperatoria así como las mejores estrategias necesarias para reducirla aún se encuentran en desarrollo (Stamenkovic et al., 2018).

El paciente quirúrgico es un ente biopsicosocial, cuya problemática no se resuelve únicamente con el acto operatorio, sino que requiere de un manejo integral, en el cual es indispensable la gestión psicoemocional, por consiguiente, es importante analizar y manejar los múltiples factores que predisponen a la ansiedad preoperatoria (APO). En Latinoamérica la ansiedad en pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente está en relación con la necesidad de información respecto al procedimiento quirúrgico, sus complicaciones así como el temor a la anestesia y al dolor postoperatorio (López-Graciano et al., 2021).

Diversos estudios en América del sur confirman la correlación que existe entre la ansiedad preoperatoria y las consecuencias en el postoperatorio inmediato. En Brasil un estudio demostró que los altos niveles de ansiedad en 48 pacientes sometidos a nefrectomía de donante se relacionaron con altas puntuaciones de dolor, y tiempos de recuperación posanestésica más prolongados (Turksal et al., 2020). Otro estudio en 50 pacientes de un hospital de México, demostró una fuerte correlación entre la percepción del dolor postquirúrgico y la ansiedad preoperatoria (Gutiérrez, 2020).

En nuestro país, la evaluación preoperatoria se lleva a cabo según la norma técnica de salud para la atención anestesiológica (NTS N° 089-Minsa) que tiene un enfoque básicamente clínico orientado a la valoración del estado físico del paciente, sus comorbilidades asociadas (diabetes, asma, hipertensión arterial, etc.), así como la clasificación anestésica y la obtención del consentimiento informado (Shiraishi-Zapata & Niquen-Jimenez, 2022). No obstante, este modelo no enfoca el aspecto emocional y psicológico del paciente

quirúrgico. No se incluye una escala de evaluación de ansiedad preoperatoria en la hoja de “Registro de evaluación preanestésica”, tampoco existe un plan de trabajo para su manejo. Sin embargo, existe evidencia significativa que la orientación preoperatoria realizada por enfermería puede reducir la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía electivas (Velásquez, 2020).

Tampoco se ha encontrado información científica respecto a la aplicación de las herramientas de gestión de calidad para manejar la ansiedad preoperatoria en la región Lambayeque, y su repercusión en el dolor u otras consecuencias posoperatorias. Un estudio describe los grados de ansiedad en el periodo prequirúrgico y la capacidad de afrontamiento de los pacientes de un hospital de Lambayeque (Purisaca, 2019); de otro lado, un estudio propone una estrategias de gestión basada en el trato respetuoso, la tranquilidad , la relación el conocimiento y la empatía para mejorar la percepción del paciente respecto al cuidado de enfermería en un servicio de cirugía de Lambayeque (Tejada, 2022).

En el hospital de Ferreñafe en el que se realizó el presente estudio se han efectuado 411 intervenciones quirúrgicas el año 2022, de las cuales la gran mayoría fueron cirugías electivas (342 intervenciones), de las especialidades de cirugía general, oftalmología, ginecología y traumatología; se proyecta que el número de intervenciones se incremente a medida que se afronte el desembalse quirúrgico a consecuencia de los eventos que han afectado a nuestra nación en los últimos años. A pesar de ello, este nosocomio no cuenta con registros, ni estadísticas del nivel de ansiedad preoperatoria de los pacientes de cirugía electiva, ni tampoco se han generado políticas institucionales para su manejo. Por este motivo, se planteará el problema de investigación de la siguiente manera: *¿Cómo proponer un programa de manejo de la ansiedad preoperatoria basado en el ciclo de Deming para optimizar la recuperación posanestésica en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe?*

Se propone realizar esta investigación para beneficiar directamente a los pacientes que serán sometidos a intervenciones quirúrgicas electivas en el centro hospitalario bajo estudio, reduciendo sus complicaciones postoperatorias, y mejorando la calidad de atención, estando por consiguiente alineada con las metas del desarrollo sostenible de nuestro país como miembro de las Naciones Unidas, en lo que respecta al fortalecimiento del desarrollo de la investigación

científica en los temas relacionados con la cobertura sanitaria con calidad en los servicios de salud (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021). De otro lado, este estudio permitirá la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos sobre la gestión de servicios de salud, ya que se utilizarán las herramientas de la gestión de calidad para generar un programa que permitan abordar el problema de estudio, logrando optimizar el proceso de atención preoperatoria.

Esta investigación tuvo como objetivo principal: *proponer un programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para optimizar la recuperación postoperatoria en un hospital de Ferreñafe durante los meses de octubre y noviembre del 2023, basado en la metodología del “ciclo de mejora continua de Deming”*.

Para el logro de este objetivo se consideraron los siguientes objetivos específicos: a) identificar la existencia de ansiedad preoperatoria en los pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe; b) describir la ansiedad preoperatoria según las características demográficas y quirúrgicas de los pacientes; c) evaluar la recuperación posanestésica en los pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe; d) describir la relación entre la ansiedad preoperatoria y la recuperación posanestésica en los pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe; e) validar a través de expertos el programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para optimizar la recuperación posoperatorio en un hospital de Ferreñafe basado en la metodología del “ciclo de mejora continua de Deming”.

II. MARCO TEÓRICO.

Para construir el marco teórico se realizó una revisión general y específica de la evidencia científica disponible tanto internacional y nacional relacionada con el estado actual de las intervenciones para disminuir la APO en cirugías electivas y su efecto en los resultados postoperatorios.

Kalliyath et al. (2019) evaluaron los efectos de una intervención educativa sobre la APO y el dolor postoperatorio en pacientes de cesáreas electivas, mediante un ensayo clínico controlado aleatorizado, con una muestra de 64 parturientas de un hospital de la India, divididas en dos grupos iguales, uno recibió la información de rutina y el otro una educación estructurada sobre anestesia espinal; los datos obtenidos se compararon mediante la prueba t de Student y la prueba no paramétrica U de Wilcoxon-Mann-Whitney, demostrando una diferencia en las puntuaciones de APO y los puntajes en la escala de dolor a favor del grupo de intervención. Concluyeron que una educación preoperatoria estructurada y un folleto sobre la anestesia raquídea tienen un impacto significativo sobre la ansiedad preoperatoria y el dolor postoperatorio.

Kharod et al. (2022) evaluaron el efecto de la comunicación preoperatoria, a través de una hoja informativa de anestesia, en la APO de pacientes de cirugía electiva en un hospital de la India, mediante un estudio de caso - control, con una muestra de 110 pacientes que fueron aleatorizados en 2 grupos, uno de los cuales recibió asesoramiento con la hoja de información anestésica, comprobando una mayor reducción en la escala visual de ansiedad en el grupo de intervención. Los autores concluyen que el uso de una hoja de información sobre la anestesia es útil para reducir la APO.

En Italia, Villa et al. (2020) determinaron los efectos de las intervenciones psicológicas (técnicas de relajación, terapias cognitivo-conductuales, atención plena, medicina narrativa, hipnosis, estrategias de afrontamiento) en la ansiedad y dolor en pacientes de cirugía abdominal electiva mediante una revisión sistemática siguiendo la guía PRISMA. Se examinaron 2147 artículos de los cuales 9 fueron elegibles para el estudio. Los autores concluyeron que las intervenciones psicológicas son técnicamente factibles y aplicables perioperatoriamente y podrían tener efectos positivos en la ansiedad y el dolor.

Oliveira et al (2022) en Brasil, realizaron una revisión panorámica sobre los programas psicoeducativos para reducir la APO en pacientes adultos, para ello llevaron a cabo una búsqueda en Medline, la base de datos Cochrane y en la revista de síntesis de evidencias del Joanna Briggs Institute (JBI), identificando 4541 artículos potencialmente relevantes, y luego de un meticuloso proceso de selección se incluyeron solo 4 publicaciones en la revisión, 3 de los cuales demuestran una disminución de la APO en los grupos de intervención. Los autores concluyeron que existe un beneficio de esta intervención en el paciente, pero se requieren más estudios para confirmar estos resultados.

Costa et al. (2022) evaluaron el efecto de la escucha terapéutica sobre la APO, a través de un estudio cuasiexperimental realizado en 150 pacientes de un hospital en Brasil, utilizando las pruebas de Chi-cuadrado, Spearman y Wilcoxon, observaron que 31 pacientes tuvieron ansiedad y 20 de esos pacientes mostraron una reducción de los niveles de ansiedad después de la intervención, concluyendo que existe una relación significativa entre la reducción de la ansiedad y la escucha terapéutica.

Velásquez (2020) realizó un estudio cuantitativo, hipotético deductivo, de diseño pre-experimental y corte longitudinal, para determinar el efecto de la aplicación de un programa de orientación en los niveles de la APO en pacientes de cirugías electivas de un hospital en Chosica – Lima. La muestra fue de 103 pacientes, y se utilizó la escala de ansiedad de Zung, los datos obtenidos se compararon mediante la prueba de Wilcoxon, evidenciando una diferencia significativa en los puntajes de ansiedad antes y después de aplicar la intervención. El autor recomienda realizar una interconsulta con el psicólogo a todos los pacientes con niveles elevados de ansiedad preoperatoria.

Ramírez (2021) evaluó el efecto de la orientación preoperatoria sobre el nivel de ansiedad en pacientes de cirugías electivas, mediante un estudio cuantitativo, cuasiexperimental, con una muestra de 52 pacientes en un hospital de Lima encuestados mediante la escala de Ámsterdam, los datos fueron comparados a través de la prueba T de student. Se evidenció una diferencia significativa entre las puntuaciones de ansiedad antes y después de la orientación, concluyendo que la orientación preoperatoria tiene efecto sobre el nivel de ansiedad de los pacientes programados.

El modelo biopsicosocial de la salud propuesto por el Dr. Engel en 1977 produjo un cambio radical en la comprensión de los procesos de salud y enfermedad respecto al enfoque biomédico que predominó hasta entonces, planteando que en el análisis etiológico de la enfermedad además del problema biológico deben considerarse los determinantes culturales, sociales, psicológicos y emocionales lo que conduce a una visión más amplia, humanista y multidimensional de la medicina especialmente en la cirugía, en la que el estrés causado por la enfermedad quirúrgica produce un mayor grado de morbilidad biológica, psicológica y social que pueden repercutir significativamente en los resultados quirúrgicos (Bolton & Gillett, 2019).

La aplicación del concepto gerencial de “*valor agregado*” en la atención quirúrgica para obtener los mejores resultados socio sanitarios al menor costo posible dio origen al modelo de la “*medicina perioperatoria*” que es un sistema de atención con visión integral, multidisciplinaria y centrada en el paciente quirúrgico para brindar las mejores prácticas médicas disponibles con la idea central que la recuperación postoperatoria comienza antes de la intervención (Recart, 2018), es decir, en la atención preoperatoria por lo que se incluyó la estrategia de “*Prehabilitación*”, que consiste en una serie de intervenciones para mejorar la recuperación y los resultados postoperatorios, centrándose en el manejo de las comorbilidades, la optimización de la capacidad funcional y la mejora del estado nutricional del paciente. Recientemente se menciona la “*prehabilitación psicológica*”, reconociendo el impacto de los factores psicológicos en los resultados quirúrgicos a corto y largo plazo, como los factores anímicos (ansiedad, depresión, estrés, etc.), factores actitudinales (autoeficacia, control percibido, expectativas positivas, deseo de participación) y los rasgos de personalidad como el neuroticismo, extraversión, autoestima, motivación y el ego (Levett & Grimmett, 2019). En el presente estudio nos centraremos en la revisión de la ansiedad preoperatoria.

La ansiedad preoperatoria se define como un estado desagradable y transitorio de inquietud o tensión, aprehensión e incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo secundario a la preocupación del paciente por su enfermedad, la hospitalización, la anestesia, la intervención quirúrgica, o incluso por lo desconocido (Ren et al., 2021). La importancia del estudio de la APO

radica en sus efectos tanto somáticos como psicológicos y que pueden afectar la anestesia y los resultados operatorios. Desde la perspectiva de anestesiología la APO puede causar un mayor requerimiento de agentes de inducción, inestabilidad hemodinámica, mayor consumo de analgésicos, recuperación posanestésica más prolongada, una mayor frecuencia de náuseas y vómitos postoperatorios, así como un control deficiente del dolor postoperatorio y discapacidad funcional. Respecto a los resultados quirúrgicos, la APO se relaciona con mayor morbi – mortalidad y delirio postoperatorios, insatisfacción de paciente, mayor estancia hospitalaria, incrementos de costos de atención y una tasa significativamente mayor de complicaciones (Friedrich et al., 2022).

Una revisión sistemática y metaanálisis reciente determinó que la prevalencia global de la APO es aproximadamente 48%, siendo más alta en África (56%) y el continente asiático (54%), y menos frecuente en Norteamérica (24%) y América latina (25%); en el análisis por países se encontró que era más frecuente en la India (67%), Túnez (67%), Arabia Saudita (60%) y Etiopía (59%); pero menos frecuente en China (21%), Estados Unidos (24%), Brasil (25%), Holanda (28%) y Reino Unido (34%); También se reveló que era hasta 82% más frecuente en mujeres y datos no concluyentes señalan que es más frecuente en jóvenes y que no se relaciona con el nivel educativo, ni el estado civil o el número de hijos (Abate et al., 2020). Los factores de riesgo de la APO varían para cada paciente, el tipo de cirugía, la anestesia y otras circunstancias externas. En cuanto al tipo de cirugía, la APO fue más prevalente en cirugías obstétricas (55%), cirugías cardíacas (42%), cirugías altamente invasivas o mutilantes y cirugías oncológicas (tumores cerebrales), teniendo menor prevalencia en la cirugía ortopédica (24%) y procedimientos estéticos o buco-maxilofaciales. Respecto al tipo de anestesia, los pacientes que recibieron anestesia general estaban significativamente más ansiosos y tenían una mayor necesidad de información en comparación con los que recibieron anestesia regional. En cuanto a los temores específicos la APO es hasta 4 veces más probable en pacientes que tienen temor a las complicaciones; 2,58 veces en paciente con temor a despertar en medio de la cirugía; 1,93 veces en aquellos con temor a los errores médicos y hasta 1,43 veces en los que temen un postoperatorio doloroso. Los

factores de reducen la ansiedad son la exposición previa a anestesia o una intervención quirúrgica (Friedrich et al., 2022).

Encontramos diferentes instrumentos para evaluar la APO: a) *la escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS)*, es utilizada con mayor frecuencia en los estudios, y consta de dos subescalas, para detectar respectivamente ansiedad y depresión clínicamente significativas, aunque mide los síntomas en la semana anterior a la evaluación; b) *el Inventario de Ansiedad Estado y rasgo de Spilberger (STAI)* permite identificar la ansiedad como rasgo (STAI-T) es decir como una característica estable de la personalidad y la ansiedad como estado (STAI-S) asociada a una actitud emocional transitoria desencadenada por distintos estímulos; c) *el Inventario de ansiedad de Beck (BAI)* se desarrolló para medir la gravedad de la ansiedad incluyendo sus síntomas físicos y psicológicos, con un enfoque en discriminar entre ansiedad y depresión; d) *Escala Preoperatoria de Ansiedad e Información de Ámsterdam (APAIS)* se desarrolló específicamente para detectar la ansiedad en el período preoperatorio así como la necesidad de componentes de información enfatizando que la respuesta debe basarse en los sentimientos en el momento de la evaluación o durante el período preoperatorio. Cuando se comparan estas cuatro escalas, APAIS muestra una mejor validez de constructo respecto a las condiciones específicas de los pacientes quirúrgicos y es más amigable para el paciente y más dirigido a la ansiedad preoperatoria (Spanner & Sayer, 2019a; Yang et al., 2023).

La escala APAIS ha sido extensamente validada en países como Alemania, Francia, Japón, Malasia, España, México, Costa Rica y recientemente en Chile (Olivares et al., 2023). Esta escala enfoca la APO en 3 dimensiones: a) la ansiedad por la cirugía, se refiere a la sintomatología (pensamientos de preocupación o inquietud) que causa la intervención quirúrgica en el paciente y la presencia recurrente de éstos pensamientos; b) la ansiedad por la anestesia, se refieren a la sintomatología (pensamientos de preocupación o inquietud) que causa la anestesia en el paciente y la presencia recurrente de éstos pensamientos; c) la necesidad de información: esta dimensión se refiere al requerimiento de información de cada paciente respecto a la anestesia, la naturaleza y el propósito de la cirugía, según los 2 estilos de afrontamiento propuestos por Miller y Mangan, el estilo de los que buscan más información

(Monitores) y el estilo de los que evitan mayores detalles (embotadores), por lo que es necesario juzgar adecuadamente las necesidades de información de cada uno de estos grupos (Spanner & Sayer, 2019). Existen 2 tipos de intervenciones para disminuir la APO: farmacológicas y no farmacológicas. Entre las intervenciones farmacológicas se incluye medicamentos sedantes y ansiolíticos como el midazolam, el diazepam, la ketamina y el fentanilo, sin embargo, estos fármacos no están exentos de efectos secundarios potencialmente peligrosos como depresión respiratoria, somnolencia, interacciones con los anestésicos y tiempos de recuperación más prolongadas. Esto ha motivado que los anestesiólogos utilicen más frecuentemente intervenciones no farmacológicas tanto para adultos como para niños (Wang et al., 2022).

Entre las intervenciones no farmacológicas tenemos: a) *las estrategias de comunicación*: como las entrevistas estructuradas y las habilidades de comunicación que son frecuentemente empleadas por los anestesiólogos y han demostrado su efecto positivo para enfrentar la APO; b) *Terapia Cognitivo-Conductual*: es el tratamiento de referencia de los trastornos de ansiedad, se define como las intervenciones conductuales (Que aumentan las conductas adaptativas, reduciendo las desadaptativas) y cognitivas (Cambian creencias, autodeterminaciones y cogniciones anormales) que reducen los síntomas de ansiedad, depresión, la duración de la estancia hospitalaria y mejoran la calidad de vida; c) *Terapia relajación guiada por imágenes*: reduce significativamente la ansiedad preoperatoria, el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria en pacientes adultos y pediátricos; d) *musicoterapia*: es una intervención económica y segura que incrementa la actividad del sistema parasimpático y reduce la del simpático, produciendo relajación física y emocional, además de su efecto distractor, demostrando reducción de la dosis de anestésicos, menores puntuaciones en las escalas de ansiedad y dolor postoperatorio, mejorando la satisfacción y el confort del usuario; e) *los videos de preparación operatoria*: proporcionan información audiovisual al paciente mejorando su tolerancia al procedimiento y reduciendo los niveles de ansiedad, sobre todo si se combina con otras intervenciones como folletos informativos (Wang et al., 2022).

Otras intervenciones menos convencionales son: f) *la aromaterapia* con aceites esenciales extraídos de plantas aromáticas que se utilizan por inhalación,

masaje o ingestión, han mostrado disminución de los síntomas de la APO, las náuseas, los vómitos, la depresión, el estrés, el insomnio y el dolor en entornos hospitalarios y ambulatorios (Soto-Vásquez et al., 2019); g) *los masajes* son una intervención tradicional simple, barata y no invasiva que puede reducir significativamente el dolor preoperatorio, la ansiedad y el estrés, mediante la relajación muscular y la liberación de encefalinas; h) *la hipnosis* se ha utilizado para la reducción de la ansiedad y el dolor agudo o crónico, en pacientes pediátricos y adultos, mostrando resultados variables algunos estudios y positivos en otros; i) *la acupuntura*: un tratamiento alternativo tradicional originado en China que en un metaanálisis mostró superioridad sobre el placebo en el manejo de la APO, cuando fue aplicado el mismo día de la intervención quirúrgica; j) *las intervenciones religiosas*, sus efectos son contradictorios en diferentes comunidades y culturas (Wang et al., 2022).

Si bien la APO afecta al paciente quirúrgico en el periodo preoperatorio, operatorio y en el postoperatorio, el presente trabajo se centra en sus efectos en la recuperación posanestésica (RPA) que es el proceso desde el final de la cirugía hasta que el paciente regresa por completo al estado fisiológico preoperatorio, implicando el restablecimiento progresivo de las funciones biológicas y reflejos vitales que pueden ser suprimidos por el acto anestésico (Fang et al., 2023). Se divide en 3 fases: la fase I o *recuperación posanestésica temprana (RPAT)* que abarca desde la retirada del agente anestésico hasta la recuperación de los reflejos protectores y la función motora, necesita una estricta vigilancia o monitorización en un ambiente especializado conocido como unidad de recuperación posanestésica (URPA); seguida de la fase II o *recuperación intermedia* cuando los signos vitales, la orientación, la coordinación y la motricidad fina del paciente vuelven a la normalidad, esto ocurre habitualmente en la Unidad o Sala Quirúrgica; finalmente, en la fase III o *recuperación tardía o domiciliaria* el paciente regresa al estado fisiológico preoperatorio, puede producirse desde unas horas hasta varios días después, dependiendo del tipo de cirugía y del anestésico administrado al paciente (Fang et al., 2023).

Aun cuando los tiempos de recuperación son muy variables, se estima que la RPAT se produce entre algunos minutos hasta una hora después de la anestesia breve, incluso si la cirugía fue ambulatoria el paciente puede volver a

casa acompañado; se consideran estancias prolongadas en URPA cuando excede las 2 horas, y se asocia a factores del paciente (edades extremas, sexo masculino, obesidad, comorbilidades, epilepsia, etc.), factores medicamentosos (dosis, tiempo, solubilidad, excreción, etc.), factores quirúrgicos (cirugía prolongada, cardíaca o neurocirugía, técnica regional con sedación, etc.) y factores metabólicos como falla renal o hepática, alteraciones de electrolitos, etc. (Misal et al., 2016). Además de las causas administrativas, los motivos que más se relaciona a la estancia prolongada en URPA son el dolor postoperatorio, la inestabilidad hemodinámica, desaturación y estado inconsciente prolongado (Kesarimangalam & Hegde, 2023). Cada vez se cuenta con mayor información de la relación entre la APO y los eventos adversos postoperatorios que pueden prolongar la estancia en URPA, principalmente el dolor postoperatorio, las náuseas y vómitos y disfunción neurocognitiva (Ni et al., 2023).

Para valorar continuamente la RPAT y determinar las condiciones de alta de la URPA se utilizan varias escalas de puntuación en el período posoperatorio, entre ellas tenemos a la *escala de evaluación de Aldrette* que evalúa la capacidad de seguir órdenes y la estabilidad de los signos vitales, utiliza 5 parámetros: respiración, oxigenación, conciencia, circulación y actividad calificadas en una escala de 0 a 2 puntos, considerándose aceptable una puntuación total de 8 o más para el alta de la URPA (Fase I); también tenemos el *sistema de puntuación de alta posanestésica (PADSS)*, que consta de 5 criterios: signos vitales, actividad, náuseas y vómitos, dolor y sangrado quirúrgico, con una escala de 0 a 2, es muy útil en la transición de la fase II al alta domiciliaria; así mismo existe la *escala de seguimiento rápido posanestésico de White y Song (WFTSS)* (Fang et al., 2023), diseñada mediante la combinación del PADSS y el sistema de puntuación Aldrete fue utilizada inicialmente para pacientes de cirugía ambulatoria que implicaba evitar la fase I tradicional de la URPA cuando estaba clínicamente indicado. Actualmente se ha convertido en una valoración rutinaria y funciona bien con el paciente sometido a procedimientos que requieren atención anestésica monitorizada o anestesia regional, así como ciertos procedimientos que requieren anestesia general siempre y cuando esos procedimientos sean breves y se utilicen agentes anestésicos de acción corta. Incluye 7 dimensiones o parámetros a evaluar, cada

uno con una puntuación de 0 a 2, siendo necesaria una puntuación de 12 sobre 14 para cumplir con los criterios de recuperación. Las dimensiones son: a) el nivel de conciencia describe la intensidad de estímulo requerido para lograr una respuesta significativa en el paciente; b) la actividad física se define como la capacidad de movimiento del paciente; c) la estabilidad hemodinámica es el porcentaje de variación de la presión arterial media respecto al valor inicial del paciente; d) la estabilidad respiratoria es el grado de recuperación de la capacidad para respirar profunda y de los reflejos de protección de la vía aérea (Reflejo tusivo); e) la saturación de oxígeno es la recuperación de los valores normales de sin necesidad de apoyo con oxígeno medicinal; f) el control del dolor postoperatorio es la reducción de la intensidad del dolor sin necesidad de analgésicos endovenoso; g) los síntomas eméticos, se define como presencia de náuseas y/o vómitos en el postoperatorio (Rice et al., 2021).

La elaboración de un programa de manejo de la APO requiere de un proyecto de mejora continua que permita producir resultados favorables a través del uso de herramientas de gestión de la calidad. En el Perú, el diseño de proyectos de mejora de las atenciones sanitarias se realiza bajo las directrices de la *“Guía técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad”* del Ministerio de salud del Perú. Este documento está basado en la Teoría del Ciclo de mejora continua o ciclo PEVA (planificar, ejecutar, verificar y actuar), inicialmente desarrollado por Shewhart y posteriormente ampliado y popularizado por Deming, quien promovía la idea que el 85% de la baja calidad de un producto o un servicio se debía a una gestión, sistemas o procesos inadecuados (Spath & DeVane, 2022).

La primera fase del ciclo es la más importante, consiste en *“planificar”* la estrategia adecuada para el cambio o mejora del proceso actual, implica los siguientes pasos: a) *identificar la oportunidad de mejora*, determinando el proceso que será optimizado a partir de una propuesta innovadora, o de las recomendaciones de alguna auditoría, del reporte de eventos adversos o mediante el uso de herramientas como la *lluvia de ideas*, la *voz del consumidor*, o el *buzón de queja y sugerencias*, etc.; b) *formular una teoría para el cambio* a través del correcto planteamiento del problema mediante la descripción de la situación actual que incluye el diagrama del proceso actual; c) *determinar las*

causas del problema a través de un análisis mediante la aplicación de diversas herramientas de gestión como el *Diagrama de espina de pescado de Ishikawa* o la *Matriz de causa efecto*; d) *recopilar información*, cuando los datos del problema y sus determinantes son insuficientes o inexistentes, de forma cualitativa o cuantitativa a través de encuestas, cuestionarios, escalas, hojas de registro (checklist), etc.; e) *priorizar las causas y las intervenciones* mediante la aplicación de herramientas como la matriz de priorización, el diagrama de Pareto, histogramas, etc.; f) *formular el plan de acción* a través de un documento escrito que debe contener la definición del proyecto y los objetivos que se han planteado (Edgman-Levitan et al., 2017; Roberts-Turner & Shah, 2021).

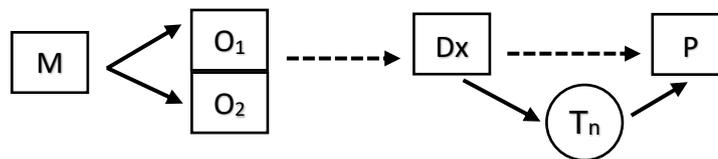
La segunda fase es “*ejecutar*” la estrategia planificada en 2 pasos: el primer consiste en comunicar, capacitar y motivar al equipo de trabajo respecto al cambio presentando el nuevo flujograma de trabajo; y el segundo paso consiste en poner en marcha el cambio monitorizando y registrando los datos obtenidos, así como documentando los problemas y observaciones que se presenten. En la tercera fase se “*verifica*” los datos registrados para determinar si el cambio produjo las mejoras esperadas según los criterios de evaluación (Indicadores) confiables y válidos previamente establecidos. Los resultados deben ser comparados con los esperados, utilizando herramientas como los gráficos de control, los gráficos lineales, histogramas o el control visual de procesos (Spath & DeVane, 2022). La cuarta fase del ciclo PEVA consiste en “*actuar*” según los resultados de la verificación: si son positivos se realizarán acciones para garantizar la sostenibilidad e institucionalización del cambio, utilizando los manuales de procedimientos, guías de práctica clínica o flujogramas para capacitar al personal; si el cambio no fue efectivo puede replantearse el problema y repetir uno o varios nuevos ciclos PEVA según la complejidad de la intervención. Los principios pragmáticos de los ciclos PEVA promueven el uso de un enfoque iterativo a pequeña escala para probar intervenciones, lo que permite una evaluación rápida y proporciona flexibilidad para adaptar el cambio con la retroalimentación para garantizar que se desarrollen soluciones adecuadas (Spath & DeVane, 2022).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación.

3.1.1. **Tipo de Investigación:** Básica o fundamental ya el objetivo fue analizar una realidad problemática y proponer una solución (Hadi et al., 2023).

3.1.2. **Diseño de Investigación:** No experimental porque no se manipularon las variables; transversal porque el muestreo se realizó en un momento dado; mediante el modelo descriptivo – propositivo, se analizó la realidad problema y diseñó una solución mediante un programa, el que no fue ejecutado (Estela, 2020; Hernández-Sampieri, 2018). El gráfico del diseño será:



Dónde:

M₁: Muestra del estudio

Dx: Diagnóstico de la evaluación

O₁: Ansiedad Preoperatoria.

P: Programa de manejo de APO

O₂: Recuperación Posanestésica.

T_n: Teoría “Ciclo de Deming”

3.2. Variables y operacionalización.

La variable independiente es el programa de manejo de la APO, es cualitativa nominal y se definió conceptualmente como el conjunto de intervenciones y actividades con la finalidad de identificar y disminuir la APO en el paciente quirúrgico que puede afectar el acto operatorio o afectar la recuperación posanestésica. (Gonçalves & Groth, 2019). Operativamente, es la identificación de la ansiedad preoperatoria en los pacientes de cirugía electiva y el diseño de cada una de las etapas que comprende el ciclo Deming para el desarrollo de la intervención. La APO tiene tres indicadores: La Ansiedad por la Cirugía, la ansiedad por la anestesia y la ansiedad por la necesidad de información; la escala de medición es ordinal mediante una escala de Likert de 5 niveles de respuestas (del 1 al 5). (Ver Anexo 1).

La variable dependiente es la RPAT, es cualitativa ordinal, definida como el proceso de restablecimiento progresivo de las funciones biológicas y vitales desde el final de la anestesia hasta que el paciente recupera sus reflejos protectores y función motoras, requiere una estricta vigilancia o monitorización

(Fang et al., 2023). La definición operativa fue la sumatoria de todas las dimensiones de la RPAT a los 60 minutos de concluido el acto quirúrgico. La RPAT tiene siete indicadores: El nivel de conciencia, la actividad física, la estabilidad hemodinámica, la estabilidad respiratoria, la saturación oxígeno, el dolor postoperatorio y los síntomas eméticos en el postoperatorio. Todos evaluados en una escala ordinal de 0 a 2 puntos según criterios específicos.

3.3. Población, muestra y muestreo.

3.3.1. **Población:** Todos los pacientes ingresados al centro quirúrgico para cirugía electiva en el hospital del estudio.

– **Criterios de inclusión:** Pacientes mayores de edad, que comprendían y hablaban en español y que además no recibieron terapia farmacológica ansiolítica previa, ni durante el procedimiento.

– **Criterios de exclusión:** Pacientes con algún grado de discapacidad intelectual diagnosticada en historia clínica y pacientes que fueron programados para intervención quirúrgica de emergencia.

3.3.2. **Muestra:** No probabilística o dirigida ya que se consideraron todos los pacientes que ingresaron a cirugía electiva durante el periodo de estudio, usando como referencia el último año 2022 (342 pacientes atendidos con un promedio mensual de 29) por lo que la muestra considerada fue 58 pacientes.

3.3.3. **Muestreo:** por conveniencia, se seleccionaron todos los pacientes que ingresaron a cirugía electiva durante el periodo establecido.

3.3.4. **Unidades de análisis:** cada uno de los pacientes ingresados para cirugía electiva.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la variable independiente se utilizó la *Escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam* (APAIS), un cuestionario útil y específico para detectar la APO y sus determinantes, es administrado por el anestesiólogo y consta de 3 dimensiones: Ansiedad por la anestesia, por la intervención y por la necesidad de información, con un total de 6 ítems empleando una escala tipo Likert de 5 niveles de respuestas. El puntaje mínimo es 6 puntos y el máximo 30. Se considera APO cuando el puntaje es ≥ 11 puntos. La versión en español ha sido validada por Vergara et al. (2017) con un nivel de consistencia interna muy alta (α de Cronbach 0.84). También ha sido validada en

Latinoamérica por Pinzón y Pastrana (2017), y en nuestro ha sido validada en algunos estudios (Calderón, 2018) y con un α de Cronbach 0.92. Para el presente estudio se realizó una validación por juicio de expertos.

Para la variable dependiente se utilizó la “*Escala de seguimiento rápido posanestésico de White y Song*” (WFTSS) herramienta utilizada para determinar la RPAT en procedimientos, anestesia regional y anestesia general con agentes de acción corta. Consta de 7 dimensiones e igual número de ítems: nivel de conciencia, actividad física, estabilidad hemodinámica, saturación de oxígeno, dolor y síntomas eméticos, cada uno de escala nominal de 0 a 2, según sus propios criterios. El puntaje máximo es 14 puntos, considerando una recuperación adecuada si el puntaje ≥ 12 puntos. Este instrumento cuenta con validez universal y es ampliamente conocido y utilizado en la valoración posanestésica en diferentes realidades, por lo que no será sometido a validación ni prueba de confiabilidad.

3.5. Procedimientos:

Por tratarse de un estudio descriptivo propositivo se realizó en 2 fases. En la fase de diagnóstico se solicitó el consentimiento informado a todos los pacientes de cirugías electivas durante el periodo de estudio al momento que ingresaron al centro quirúrgico, en caso de que los pacientes no aceptaron participar, fueron reemplazados por los siguientes, hasta que se cubrió la muestra calculada. Antes de la intervención quirúrgica se aplicó el cuestionario APAIS y luego en la URPA se aplicó la escala WFTSS a los 60 minutos de concluido el procedimiento quirúrgico. Los cuestionarios y los consentimientos fueron codificados y archivados por separado preservando el anonimato de los participantes. Se excluyeron los formularios incompletos o que no cumplieron con los criterios de inclusión. La información obtenida se ingresó a una base de datos creada en la hoja de cálculo Excel 365 de *Microsoft*[®] para su análisis metodológico. En la fase propositiva, se utilizó la metodología PEVA para elaborar la propuesta del “Programa de manejo de la APO” mediante la “*Hoja de trabajo PEVA*” y las herramientas de gestión sugeridas por el Institute for Healthcare Improvement (2017) para la identificación de causas, efectos y la priorización de las intervenciones programadas. (Ver Anexo 6). Finalmente, el programa fue sometido a evaluación de 3 expertos para su revisión y validación.

3.6. Método para el análisis de datos.

Los datos obtenidos recibieron un proceso previo de “*Data Cleaning*” y fueron analizados haciendo uso de la estadística descriptiva e inferencial empleando la versión 26.0 del software “*Statistical Package for the Social Services*® (SPSS)” para Windows®. Se emplearon pruebas no paramétricas ya que los datos no tuvieron una distribución normal en las pruebas de normalidad aplicadas. La APO se determinó por el puntaje en el cuestionario APAIS ≥ 11 , y se expresó como porcentaje de la muestra total, así mismo se describieron sus dimensiones representándolas como medidas de tendencia central (media, \pm desviación estándar, máxima y mínima). La RPAT se determinó por un puntaje ≥ 12 en la escala WFTSS a los 60 minutos post cirugía y se representó como medidas de tendencia central. La relación entre la APO y la RPAT se determinó utilizando el coeficiente de asociación *Rho de Spearman*, prueba no paramétrica que se emplea para medir la fuerza de asociación entre dos variables ordinales y su dirección, con un nivel de confianza del 95% y un p-valor de 0.05.

3.7. Aspectos éticos.

Esta investigación se ajustó a los principios éticos fundamentales de los estudios en humanos, señalados en las declaraciones nacionales e internacionales como exige el artículo 4º del Código de Ética de la UCV, por lo que obtuvo la autorización previa del Comité de Ética de investigación, alineándose con los principios universales de *beneficencia*, con un diseño orientado a la búsqueda de una solución para el bienestar de los pacientes; *protección del bienestar físico y mental* de las personas, sin provocarles daño corporal o psicológico; *respeto a la dignidad humana*, ya que se otorgó toda la información necesaria para permitir una elección libre, voluntaria e informada de los participantes, mediante el uso de cuestionarios redactados de forma respetuosa, comprensible y cordial, sin perjuicios ni discriminación y la *reserva* y la *confidencialidad de los datos personales*, mediante el anonimato de los cuestionarios y un sistema de almacenamiento en archivos separados para los cuestionarios y los consentimientos informados identificados por una codificación alfanumérica. Así mismo, los resultados del estudio fueron entregados a la dirección del hospital sin la información personal de los participantes, como indica el capítulo 3 del código de ética en investigación de la UCV.

IV. RESULTADOS.

Un total de 63 pacientes fueron intervenidos con cirugías electivas en el hospital en estudio entre los meses de octubre y noviembre del 2023, de ellos 2 pacientes rechazaron participar en el estudio, otros 2 eran quechua hablantes y uno era menor de edad, por consiguiente, la muestra seleccionada fue de 58 pacientes. La descripción de las características sociodemográficas y quirúrgicas de los pacientes entrevistados se encuentra detallada en el Anexo 7 (Tabla 7.1).

En la figura 1 se observa que el 44.8% (26 pacientes) presentaron ansiedad preoperatoria (puntaje > 11 puntos en el cuestionario APAIS), mientras que el 55.2% (32 pacientes) no tuvo APO. Respecto a las 3 dimensiones de la APO (Anexo 7, Figura 7.1), se observó una mayor presencia de APO en la dimensión de Ansiedad por la Cirugía con un 62.1%, seguido de la Ansiedad por la necesidad de información con un 58,6% y en menor proporción la Ansiedad por la Anestesia con 34.5%.

Figura 1

Ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe en octubre y noviembre del 2023.



Nota: Elaboración Propia.

En la tabla 1 se analizó las puntuaciones de cada una de las 3 dimensiones en los pacientes con APO, encontrándose que la ansiedad por cirugía tuvo una puntuación de 6.9 puntos (DE ± 2.0 puntos), seguido de la ansiedad por necesidad de información con una puntuación de 5.2 puntos (DE ± 1.5 puntos) y la dimensión de menor puntuación fue la ansiedad por anestesia con un promedio de 4.7 puntos (DE ± 1.6 puntos).

Tabla 1

Puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones de la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe durante octubre y noviembre del 2023.

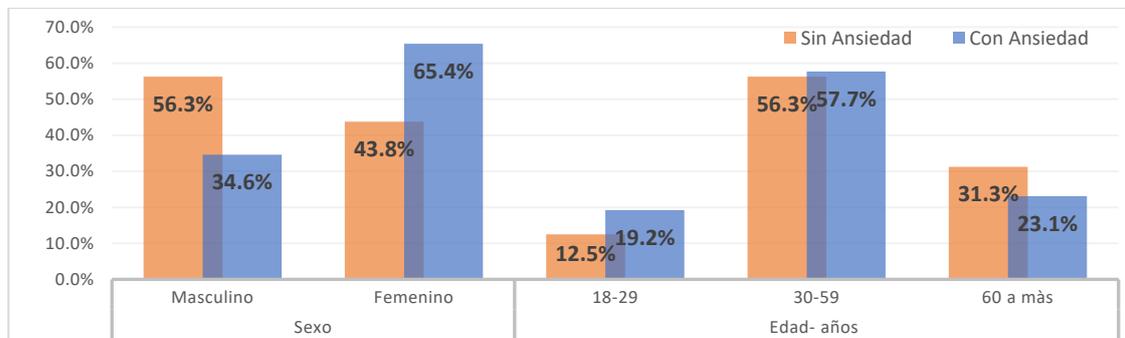
Dimensiones	Promedio	DE	Min	Max
Ansiedad por la anestesia	4.7	±1.6	2	7
Ansiedad por la cirugía	6.9	±2.0	2	10
Ansiedad por necesidad de información	5.2	±1.5	3	9

Nota: Tabla de elaboración propia.

En la Figura 2 se observa la descripción de la APO según el sexo y la edad de los pacientes de cirugías electivas, presentaron mayor ansiedad preoperatoria fueron los del sexo femenino con un 65.4% vs los del sexo masculino con un 34.6%. Así mismo, se determinó que los pacientes que presentaron mayor APO fueron los de 30 a 59 años con 57.7% seguidos de los de 60 a más años con un 23.1% y luego los de 18 a 29 años con un 19.2%.

Figura 2

Ansiedad preoperatoria según sexo y edad en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe durante octubre y noviembre del 2023.

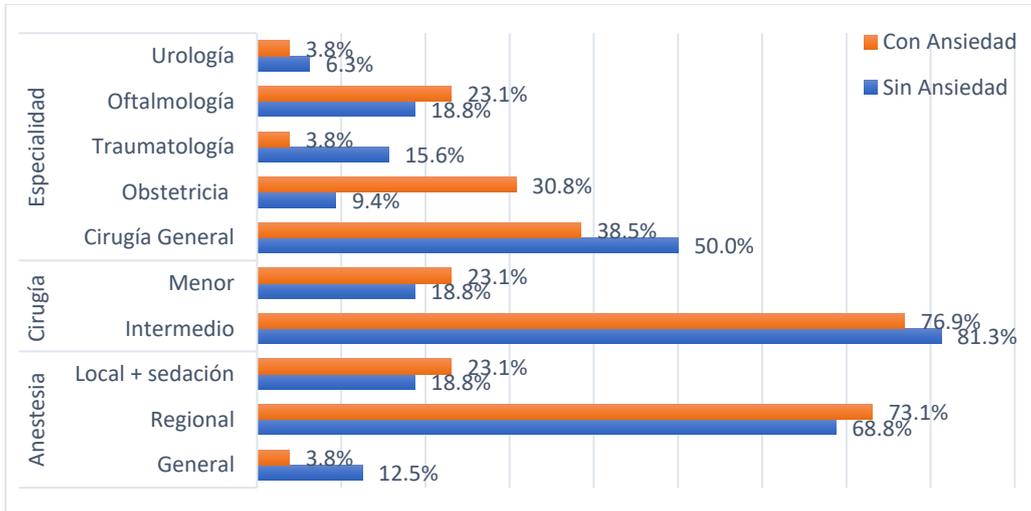


Nota: elaboración propia

Se describió la APO según las características de la anestesia y la cirugía. Un 73.1% de los pacientes con APO recibió *anestesia regional*, un 23.1% *anestesia local + sedación* y 3.8% *anestesia general*. Por otro lado, al 76.9% se les realizó *cirugía intermedia* y al 23.1% *cirugía menor*. Respecto a la especialidad quirúrgica: El 38.5% de los pacientes con APO fueron de cirugía general, 30.8% de cirugía obstétrica, 23.1% de oftálmica y 3.8% de traumatológicas y urológicas respectivamente (Ver la Figura 3).

Figura 3

Ansiedad preoperatoria según tipo de anestesia, cirugía y especialidad en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe durante octubre y noviembre del 2023.

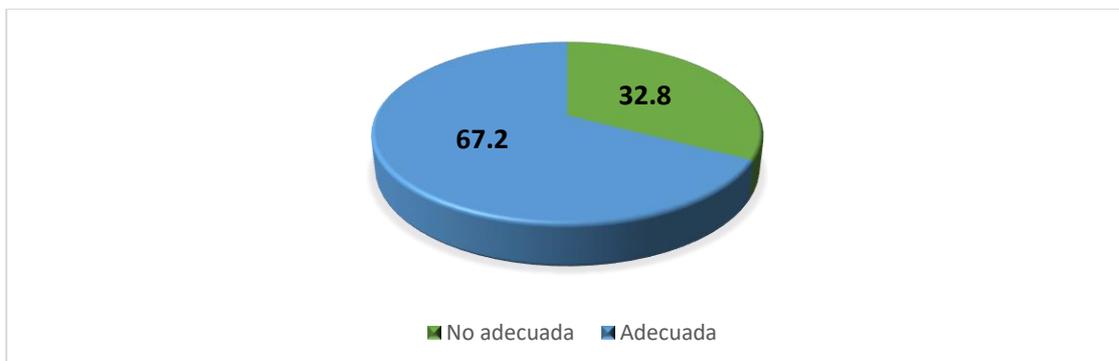


Nota: elaboración propia.

En la Figura 4 se presenta los resultados de la recuperación posanestésica a los 60 minutos después de la cirugía; se puede observar que el 67.2% (39) pacientes tuvieron una recuperación adecuada (WFTSS ≥ 12 puntos) y en el 32.8% (19) la recuperación fue no adecuada. Respecto a las dimensiones en las que los pacientes no lograron una puntuación adecuada a los 60 minutos (Anexo 7, figura 7.2) fueron: el dolor postoperatorio con 43.1% de los pacientes, los síntomas eméticos con el 36.2%, la recuperación de la actividad física con el 19.0% y el nivel de conciencia con 8.3%.

Figura 4

Recuperación Posanestésica y sus dimensiones en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe durante octubre y noviembre del 2023.

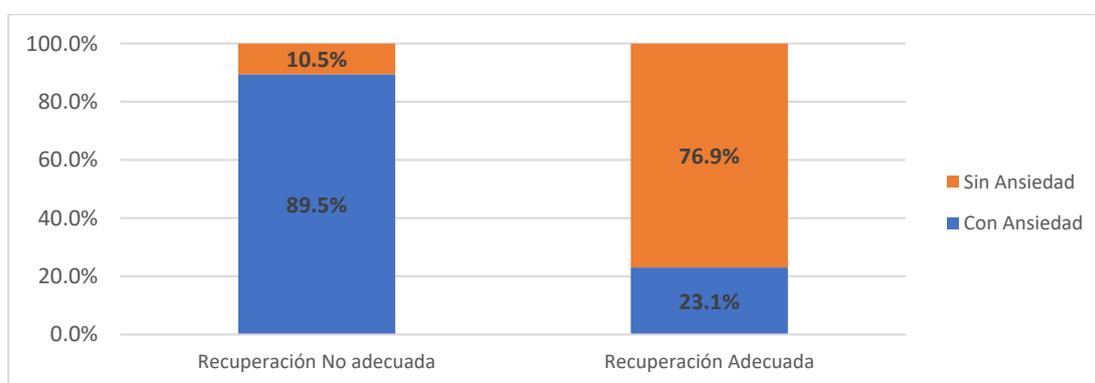


Nota: Elaboración Propia.

Se observó que el 89.5% (17/19) de los pacientes con recuperación posanestésica no adecuada a los 60 minutos de la cirugía tenía Ansiedad preoperatoria, mientras que solo 10.5% (2/19) no la tuvo. De otro lado, 23.1% (9/39) de los pacientes con recuperación adecuada a los 60 minutos de intervenidos tuvieron ansiedad preoperatoria, mientras que el 76.9% no la tuvo (Ver Figura 5).

Figura 5

Recuperación Posanestésica según presencia de Ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe los meses de octubre y noviembre del 2023.



Nota: Elaboración Propia.

Para describir la relación entre la APO y RPAT se aplicó la prueba *Rho de Spearman* y se concluyó que estadísticamente existe relación significativa (Nivel de significancia del 95%) entre la APO y la RPAT a los 60 minutos; además esta relación es inversa considerable ($Rho = -,627^{**}$). Esto quiere decir que, ante la presencia de ansiedad preoperatoria la recuperación posanestésica a los 60 minutos es inadecuada (ver Anexo 7, Tabla 7.2). También se observó que las dimensiones de la RPAT que no lograron puntaje adecuado (Dolor postoperatorio y síntomas eméticos) tuvieron una relación estadísticamente significativa e inversa considerable con la ansiedad preoperatoria (ρ Spearman $-,616^{**}$ y $-,547^{**}$ respectivamente). Es decir, en presencia de ansiedad preoperatoria el dolor postoperatorio y los síntomas eméticos tienen recuperación inadecuada (ver Anexo 7, Tabla 7.3).

Se desarrolló el “Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe”, siguiendo las fases de la hoja de trabajo PEVA, con las herramientas propuestas.

La Tabla 2 muestra la Matriz de priorización de intervenciones que se realizó utilizando los criterios que guardan relación con los hallazgos del estudio: la concordancia o correspondencia de la alternativa de intervención con los hallazgos del problema; importancia o relevancia de una intervención respecto a su respaldo científico, costo efectividad, etc.; factibilidad o la disponibilidad de los requerimientos técnicos de la intervención planteada.

Tabla 2

Matriz de priorización de las intervenciones no farmacológicas para reducir la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía electiva en un hospital de Ferreñafe.

	Concordancia	Importancia	Factibilidad	Total
Estrategias de comunicación	5	5	5	15
Terapia Cognitivo conductual	5	5	5	15
Intervenciones educativas con material ilustrado	5	5	5	15
Terapia de relajación guiada por imágenes	1	5	1	7
Musicoterapia	3	5	3	11
Video de preparación previa a cirugía	1	5	1	7
Hipnosis	3	3	1	7
Masajes	3	3	1	6
Aromaterapia	3	3	1	7
Acupuntura	1	5	1	7
Intervenciones Religiosas	1	1	1	3

Nota: Elaboración propia.

El detalle de estas herramientas aplicadas en el ciclo de mejora continua de Deming se puede observar en el Anexo 10 de la presente investigación: Propuesta de Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe.

V. DISCUSIÓN

La evaluación anestesiológica preoperatoria de los pacientes de cirugías electivas no incluye rutinariamente la valoración de la APO, sin embargo, la evidencia revela el gran impacto y contribución de esta condición clínica en los resultados quirúrgicos, tanto en el intraoperatorio, por ejemplo: mayores dosis de medicación inductiva y anestésicos, inestabilidad hemodinámica, etc., así como en el postoperatorio, por ejemplo: inadecuada recuperación posanestésica, dolor postoperatorio, incremento de estancia hospitalaria, insatisfacción del paciente e incremento significativo de los costos hospitalarios (Abate et al., 2020).

Esta investigación evidenció una presencia importante de la ansiedad preoperatoria en los pacientes de cirugía electiva del hospital en estudio. Un 44.8% de los pacientes evaluados tuvieron ansiedad preoperatoria identificada por la escala APAIS, cifras que están en relación con el promedio global indicado en un reciente metaanálisis realizado por Abate et al. (2020), quienes encontraron una prevalencia global estimada en 48% sobre una base acumulada de 14,652 pacientes quirúrgicos en 28 estudios de todo el mundo, aunque según este mismo estudio la prevalencia en América latina fue del 25%. Sin embargo, existe una gran variabilidad de cifras a nivel nacional que depende la diversidad de escalas aplicadas o poblaciones entrevistadas. Velásquez (2020) encontró que el 95.1% de 103 pacientes programados para cirugía en un hospital en Chosica tuvieron un nivel de Ansiedad máxima según la escala de ansiedad de Zung; Huanca (2020), sobre una muestra 124 pacientes programados encontró que 50.81% tenían ansiedad aplicando la escala APAIS, mientras Calderón (2018) en Piura encontró una frecuencia de ansiedad de 64.8% en 176 pacientes con indicación de cirugía electiva, utilizando también la escala APAIS.

Respecto a las dimensiones de la APO, se encontró un predominio de la Ansiedad por la cirugía con un puntaje de 6.9 y una DE ± 2.0 puntos, seguida de la ansiedad por la necesidad de información con un puntaje de 5.2 y una DE ± 1.5 puntos y en tercer lugar la ansiedad por la anestesia con puntaje de 4.7 puntos y una DE ± 1.6 puntos, esta distribución es muy cambiante en las diversas investigaciones publicadas. Por ejemplo, en Alemania un gran estudio transversal respecto a la APO en 3.087 pacientes de cirugías electivas reportó un predominó la ansiedad por información con una puntuación promedio de 6.3

(DE ± 1.8), seguida de la ansiedad por la cirugía con una puntuación de 5.5 (DE ± 2.1), superando a la ansiedad por la anestesia que tuvo una puntuación de 4.3 (DE ± 1.9) (Aust et al., 2018). En México Morales (2023), encontró en 145 pacientes de cirugía electiva de traumatología, un mayor puntaje en la ansiedad por anestesia (5.74, con DE ± 1.37), seguido de la ansiedad por la necesidad de información (5.61 puntos, con DE ± 1.50) y menor puntaje en la ansiedad por la cirugía (5.30 puntos con DE ± 1.31). A pesar de la variabilidad entre estas dimensiones, queda claro que la necesidad de información es un componente muy importante de la Ansiedad preoperatoria.

Las estrategias que implican intervenciones en la información como la comunicación efectiva o la educación en el paciente tienen resultados positivos en la reducción de la APO o sus efectos. En el ensayo clínico de Kalliyath et al. (2019) se brindó información de rutina al grupo control mientras que al grupo de intervención se les brindó información estructurada sobre anestesia espinal y material escrito (folletos) observando una reducción en la puntuación de APO y en la escala de dolor postoperatorio. El estudio de caso control de Kharod et al. (2022) también evidenció que los pacientes que recibieron una hoja informativa sobre la anestesia también tuvieron una reducción en la APO. La aplicación de un programa de orientación preoperatoria tuvo un efecto positivo en los niveles de APO en las investigaciones realizadas por Velásquez (2020) en un hospital de Chosica, y por Ramírez (2021) en un hospital de Lima.

De otro lado se describió las características demográficas de los pacientes con APO, observando que el 65.4% de los casos se concentraron en el sexo femenino y el 57.7% en la edad adulta (30 – 59 años). Huanca (2020) que en 124 pacientes de cirugía electiva el 62.5% casos de APO fueron en mujeres. Al respecto, existe suficiente evidencia en la literatura internacional para asumir que las mujeres adultas son más propensas a experimentar o reportar la APO, como señala la revisión de la literatura sobre la escala APAIS (Spanner & Sayer, 2019). El metaanálisis de Abate et al (2020) mostró un riesgo aumentado de APO del 82% en pacientes quirúrgicas mujeres comparado con varones.

Respecto a la distribución de los pacientes con APO según características quirúrgicas, se encontró que el 73.1% de pacientes con APO habían recibido anestesia regional, el 23.1% anestesia local + sedación, solo 3.8% anestesia

general, mientras que el tipo de cirugía más relacionado con la APO fue la intermedia con 76.9% de los pacientes. Es importante anotar que debido al nivel resolutivo del hospital bajo estudio en esta investigación el número de pacientes con anestesia general fue muy limitado y no hubo cirugías mayores electivas. Por este motivo nuestros datos difieren de las revisiones internacionales que coinciden que existe mayor APO en los pacientes con anestesia general y cirugía mayor (Friedrich et al., 2022). Las especialidades quirúrgicas que tuvieron mayor porcentaje de pacientes con APO fueron cirugía General con el 38.5% y Cirugía obstétrica con el 30.8%. En el metaanálisis de Abate et al. (2020) se encontró que la APO fue más prevalente en pacientes de cirugías Obstétricas con 55%, seguido de estudios de diversas especialidades. En Alemania, Eberhart et al. (2018) sobre una base de 3087 pacientes encontraron que la única especialidad quirúrgica que tenía una mayor prevalencia de pacientes con APO fue Ginecología y obstetricia, con 35%, seguida de ortopedia con 13%, cirugía general con 10% y traumatología con 9%. En nuestro país Alvarado y Huamaccto (2022) investigaron sobre la APO en 378 gestantes de la maternidad de Lima, encontrando que 51.3% tuvieron APO.

La recuperación posanestésica a los 60 minutos fue inadecuada en casi una tercera parte (32.8%) de los pacientes en el hospital de estudio, porcentaje que puede ser mejorado considerando que, a pesar del hecho que el tiempo de recuperación temprana puede variar mucho y por diferentes factores, el concepto fundamental es que no existe una estancia mínima obligatoria en la URPA y que la permanencia depende que el paciente no corra riesgo de sufrir depresión ventilatoria y su estado mental sea claro (Gropper et al., 2020). La literatura coincide que el 40% de los pacientes ha recuperado sus funciones fisiológicas a los 40 minutos e incluso en anestesia general prolongada la respuesta al estímulo y la ventilación espontánea se produce antes de los 60 minutos (Misal et al., 2016; Thomas et al., 2020). En la India, un estudio prospectivo observacional que comparó dos métodos de alta de la URPA luego de una cirugía menor bajo anestesia general, encontró que a los 60 minutos más del 85% de los pacientes había alcanzado puntajes adecuados en la WFTSS (≥ 12 puntos) para el alta de la URPA (Jain et al., 2018). En este mismo país, otro estudio evaluó la recuperación postoperatoria de cirugía laparoscópica bajo anestesia

general en pacientes adultos encontrando que la recuperación postoperatoria adecuada (>12 puntos) se producía a los $13\pm 3,5$ minutos.

El sistema de puntuación de vía rápida de White y Son (WFTSS) además de los parámetros fisiológicos incluidos en las escalas estandarizadas como Aldrette, permite valorar problemas comunes del postoperatorio como el dolor o las náuseas que pueden retardar el alta de la URPA. Efectivamente en este estudio, las dimensiones de la RPAT que no alcanzaron una puntuación adecuada a los 60 minutos de terminado el procedimiento quirúrgico fueron el dolor postoperatorio (43.1%) y los síntomas eméticos (36.2%) y en menor frecuencia la recuperación de la actividad física (19%) y el nivel de conciencia (8.3%). En Australia Briggs et al. (2022), investigaron los factores clínicos, quirúrgicos y del paciente que se asociaron a una estancia prolongada en la URPA mediante un estudio retrospectivo de cohorte en 244 pacientes postoperados, encontrando que los factores asociados con un mayor tiempo en URPA fueron: la edad, duración de la cirugía, presencia de náuseas y vómitos postoperatorios, administración de opioides y adicionalmente la hipotermia, el dolor moderado o intenso, la cirugía mayor y la cirugía neurológica.

De otro lado, también es importante la relación estadísticamente significativa entre la APO y la RPAT, específicamente con las dimensiones que no alcanzaron una recuperación adecuada. La relación entre el dolor postoperatorio y la APO ha sido documentada en diversas investigaciones, destacando un gran estudio multicéntrico en china respecto a la APO y sus asociaciones pre y postoperatorias en 997 pacientes de cirugías electivas, se encontró una relación positiva significativa con la presencia de dolor postoperatorio, la calidad del sueño y las náuseas / vómitos, aunque esta última no tuvo significancia estadística (Li et al., 2021). Otro gran estudio realizado en 8665 pacientes de cirugía por cáncer encontró que los pacientes con APO tuvieron altas tasas de resultados postoperatorios adversos como náuseas y vómitos postoperatorios, reingresos nocturnos y vistas a urgencias entre otros.

También se encuentra evidencia que las intervenciones para reducir la APO permiten el control de estos problemas. Tola et al. (2021), realizaron una revisión sistemática de las intervenciones no farmacológicas para manejar la APO y el dolor postoperatorio en pacientes con cirugía programada para cáncer

de mama, encontrando que la musicoterapia tuvo un efecto moderado en la APO y un efecto mayor en la minimización del dolor postoperatorio en las mujeres sometidas a esta cirugía, mientras que la aromaterapia tuvo un efecto pequeño en la APO y la acupuntura tuvo un efecto medio en el dolor postoperatorio. Villa et al. (2020) realizaron una revisión sistemática en la literatura sobre los efectos de las intervenciones psicológicas (como las terapias cognitivo-conductuales, las técnicas de relajación, las estrategias de afrontamiento, la medicina narrativa, etc.) sobre la ansiedad perioperatoria y el dolor en paciente de cirugía abdominal electiva mayor, obteniendo 9 estudios elegibles que incluían un total de 1126 pacientes, evidenciando en 5 de los 9 estudios una reducción estadísticamente significativa del dolor perioperatorio debido a terapias psicológicas y en 6 de 9 estudios una reducción estadísticamente significativa en la ansiedad perioperatoria, concluyendo que las terapias psicológicas son eficaces, factibles y de aplicación realista en el perioperatorio para mejorar la ansiedad y el dolor de los pacientes en la cirugía electiva abdominal.

En anestesiología la mayoría de iniciativas de mejora continua de la calidad se han realizado a través del ciclo Planificar – Hacer – Verificar – actuar, probablemente porque es una herramienta sencilla y práctica y porque permite implementar las iniciativas gradualmente (Valentine & Falk, 2018; S.Abdalla et al., 2022). Los mayores avances de manejo de la ansiedad preoperatoria y sus efectos postoperatorios se han dado en el entorno pediátrico. Los pacientes pediátricos son especialmente susceptibles a la ansiedad que provoca una situación desconocida como la anestesia y la cirugía, y sus efectos en el dolor postoperatorio y la prolongación de la estancia hospitalaria. Charette (2021) investigó la disminución de la ansiedad preoperatoria en pacientes en edad escolar de cirugía ambulatoria, mediante un proyecto de mejora continua basado en el modelo Planificar – Hacer – Verificar – actuar, la intervención implementada y evaluada fue un video educativo de preparación antes de la inducción anestésica, de los 100 niños intervenidos hubo una mejora del 63% de los niveles de ansiedad después del video educativo; el autor concluye que la preparación educativa puede reducir la ansiedad en los niños.

En la población adulta también se ha aplicado proyectos de mejora continua en el manejo de la ansiedad preoperatoria y sus efectos. Brown &

Foronda (2020) investigaron el uso de la realidad virtual para reducir la ansiedad y el dolor de los adultos que se someten a procedimientos ambulatorios, mediante un proyecto de mejora continua a través del ciclo PEVA en 7 pacientes voluntarios en quienes se realizó una evaluación previa y posterior a la implementación; el modelo implicó la formación del equipo, establecimiento de objetivos, métodos, selección de cambios, implementación de estos y la difusión posterior; los autores concluyeron que la realidad virtual puede reducir tanto el dolor como la ansiedad para mejorar la experiencia perioperatoria del paciente. Rabii (2019), investigó los efectos de la educación preoperatoria en el manejo de la ansiedad y la preparación en la cirugía de columna vertebral, a través de un proyecto de mejora continua utilizando el ciclo Planificar – Hacer – Verificar – actuar, se planificó la intervención que fue un folleto basado en el modelo de andragogía de Malcolm Knowles, se implementó a pequeña escala, luego de verificar el impacto de la intervención se implementó a mayor escala en un total de 20 pacientes. El autor concluyó que la educación anticipada puede beneficiar a los pacientes sobre la ansiedad, el manejo del dolor y la preparación.

La falta de estudios en nuestra región y localidad, utilizando esta herramienta de gestión en la mejora de los procesos del servicio de anestesiología motivó la realización de la presente investigación y la propuesta resultante que fue validada por expertos, con la finalidad de poder ser aplicada en un estudio posterior que permita la mejora de la atención perioperatoria en el hospital del estudio.

VI. CONCLUSIONES

1. El 44.8% de los pacientes de cirugía electiva entre octubre y noviembre del 2023 en un hospital de Ferreñafe tuvieron ansiedad preoperatoria. Se observó que las dimensiones que más se relacionaron con la ansiedad preoperatoria fueron la ansiedad por la intervención quirúrgica y la ansiedad por la necesidad de información.
2. La APO se presentó con mayor frecuencia en las pacientes mujeres que en los varones, en los pacientes en edad adulta que en los jóvenes o en los ancianos. Las especialidades quirúrgicas con mayor riesgo de ansiedad preoperatoria fueron la cirugía general y la obstétrica. Las cirugías de tipo intermedia presentaron mayor ansiedad; Así mismo, la anestesia regional presentó más APO que los otros tipos.
3. La recuperación posanestésica a los 60 minutos de concluido el acto operatorio fue adecuada en el 67.2% de los pacientes y no adecuada en el 32.8%. Las dimensiones de la RPAT que no alcanzaron un puntaje adecuado fueron el dolor postoperatorio y los síntomas eméticos, en menor frecuencia la actividad física y el nivel de conciencia.
4. Existe una relación estadísticamente significativa e inversa entre la recuperación posanestésica a los 60 minutos de finalizado el acto operatorio y la ansiedad preoperatoria, por lo que se puede inferir que las intervenciones que disminuyan la APO mejoraran la recuperación posanestésica. Las dimensiones de dolor y los síntomas eméticos postoperatorios también se relacionaron significativa e inversamente con la ansiedad preoperatoria.
5. Luego de la validación de la propuesta por juicio de expertos, se concluye que el desarrollo de un programa de manejo de la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía electiva puede optimizar los resultados postoperatorios especialmente la recuperación posanestésica temprana de estos pacientes.

VII. RECOMENDACIONES

1. En base a los resultados obtenidos se recomienda realizar el tamizaje universal de APO a todos los pacientes de cirugías electivas en el hospital de Ferreñafe bajo estudio durante la evaluación preanestésica, a fin de detectar todos los casos probables. La escala APAIS es herramienta con una alta confiabilidad, sencilla y rápida de aplicar para los profesionales anestesiólogos.
2. Es importante mejorar la información adecuada y la comunicación efectiva con el paciente respecto a la intervención quirúrgica y la anestesia a fin de prevenir la APO. También es importante prestar especial atención a las pacientes de sexo femenino y los pacientes de cirugía general y obstétrica, así como aquellos que requieran anestesia regional, que tienen mayor riesgo de APO.
3. Se recomienda realizar intervenciones destinadas a mejorar la recuperación posanestésica temprana, dirigidas específicamente a sus dimensiones que más frecuentemente no obtuvieron una puntuación adecuada: el dolor postoperatorio y los síntomas eméticos. Estas intervenciones deben ser preferentemente costo efectivas y de tipo no farmacológicas para garantizar su sostenibilidad y menores efectos secundarios en los pacientes postoperados en el hospital de Ferreñafe bajo estudio.
4. Se recomienda nuevos estudios que permitan corroborar la relación que existe entre la recuperación posanestésica no adecuada y sus dimensiones de dolor postoperatorio y síntomas eméticos con la ansiedad preoperatoria, y ampliar la investigación a otros resultados postoperatorios, como puede ser: dolor postquirúrgico crónico, confort del paciente postoperado, satisfacción del usuario y costo efectividad.
5. Finalmente, se recomienda socializar e institucionalizar las acciones del programa de manejo de la APO para lograr la mejora en la recuperación postoperatoria de los pacientes de cirugías electivas en el hospital de Ferreñafe bajo estudio, enfatizando en su estructura de mejora continua lo que permite su verificación frecuente y correcciones futuras.

REFERENCIAS

- Abate, S. M., Chekol, Y. A., & Basu, B. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*, 25, 6-16. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.05.010>
- Alvarado Rios, V., & Huamaccto Caballero, Y. C. (2022). *Ansiedad preoperatoria en gestantes programadas para cirugía del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2022*. <https://repositorio.uclima.edu.pe/handle/20.500.12872/754>
- Álvarez-García, C., & Yaban, Z. Ş. (2020). The effects of preoperative guided imagery interventions on preoperative anxiety and postoperative pain: A meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 38, 101077. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.101077>
- Aust, H., Eberhart, L., Sturm, T., Schuster, M., Nestoriuc, Y., Brehm, F., & Rüscher, D. (2018). A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 111, 133-139. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.012>
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments*. Palgrave Pivot. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552029/>
- Briggs, K., Botti, M., Phillips, N., Bowe, S., & Street, M. (2022). Patient, surgical and clinical factors associated with longer stay in the Post Anaesthesia Care Unit. *Journal of Perioperative Nursing*, 35(1). <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1143>
- Brown, K., & Foronda, C. (2020). Use of Virtual Reality to Reduce Anxiety and Pain of Adults Undergoing Outpatient Procedures. *Informatics*, 7(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/informatics7030036>
- Calderon Cruz, L. F. (2018). *Ansiedad e información preoperatoria (APAIS) en pacientes con indicación de cirugía electiva atendidos en el Hospital Cayetano Heredia, Piura, 2018* [Tesis, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/26777>

- CEPAL, N. (2021). *Construir un futuro mejor: Acciones para fortalecer la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Cuarto informe sobre el progreso y los desafíos regionales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*. CEPAL. <https://hdl.handle.net/11362/46682>
- Charette, M. (2021). *Decreasing pre-procedure anxiety in school-aged patients in an outpatient surgery setting using a video prior to anesthesia induction* [DNP Capstone Project, Jacksonville University]. <https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/21948>
- Costa, A. C. B., Felipe, A. O. B., Nogueira, D. A., Costa, I. C. P., Andrade, M. B. T. de, & Terra, F. de S. (2022). Efeito da escuta terapêutica na ansiedade de pessoas no período pré-operatório imediato. *Cogitare Enfermagem*, 27, e78681. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.78681>
- Edgman-Levitan, S., Shaller, D., Campione, J., Zema, C., Abraham, J. R., & Yount, N. (2017). *The CAHPS ambulatory care improvement guide: Practical strategies for improving patient experience*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/cahps> <https://www.ahrq.gov/cahps/quality-improvement/improvement-guide/improvement-guide.html>
- Fang, L., Wang, Q., & Xu, Y. (2023). Postoperative Discharge Scoring Criteria After Outpatient Anesthesia: A Review of the Literature. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 38(4), 642-649.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.11.008>
- Friedrich, S., Reis, S., Meybohm, P., & Kranke, P. (2022). Preoperative anxiety. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 35(6), 674-678. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001186>
- Gonçalves, C. G., & Groth, A. K. (2019). Prehabilitation: How to prepare our patients for elective major abdominal surgeries? *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 46, e20192267. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192267>
- Gropper, M., Cohen, N., Eriksson, L., Fleisher, L., Kate, L., & Wiener-Kronish, J. (2020). *Miller's anesthesia* (Ninth Edition). Elsevier. <https://airr.anzca.edu.au/anzcacrisspui/handle/11055/910>

- Gutiérrez Estañol, T. V. (2020). *Prevalencia del dolor postoperatorio en pacientes con ansiedad preoperatoria sometidos a colecistectomía convencional en el Hospital de Especialidades No. 14* [Tesis, Universidad de Veracruz]. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/50328/GutierrezEstanolTeresa.pdf?sequence=3>
- Huanca Yufra, F. V. (2020). *Ansiedad prequirúrgica y factores relacionados en pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza—Febrero del 2020* [Tesis, Universidad Nacional de San Agustín]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10939>
- Institute for Healthcare Improvement. (2017). *Plan-Do-Study-Act (PDSA) Worksheet | IHI - Institute for Healthcare Improvement*. <https://www.ihl.org:443/resources/Pages/Tools/PlanDoStudyActWorksheet.aspx>
- Jain, A., Muralidhar, V., Aneja, S., & Sharma, A. K. (2018). A prospective observational study comparing criteria-based discharge method with traditional time-based discharge method for discharging patients from post-anaesthesia care unit undergoing ambulatory or outpatient minor surgeries under general anaesthesia. *Indian Journal of Anaesthesia*, 62(1), 61-65. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_549_17
- Kalliyath, A. K., Korula, S. V., Mathew, A., Abraham, S. P., & Isac, M. (2019). Effect of Preoperative Education About Spinal Anesthesia on Anxiety and Postoperative Pain in Parturients Undergoing Elective Cesarean Section: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*, 9(1), 14. https://doi.org/10.4103/joacc.JOACC_35_18
- Kesarimangalam, M. H. P., & Hegde, P. M. (2023). Identification of Risk Factors Contributing to Prolonged Stay in the Post-anaesthesia Care Unit at a Tertiary Care Hospital in Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Cureus*, 15(3), e35741. <https://doi.org/10.7759/cureus.35741>
- Kharod, U., Panchal, N., Varma, J., & Sutaria, K. (2022). Effect of pre-operative communication using anaesthesia information sheet on pre-operative anxiety of patients undergoing elective surgery—A randomised controlled

- study. *Indian Journal of Anaesthesia*, 66(8), 559.
https://doi.org/10.4103/ija.ija_32_22
- Levett, D. Z. H., & Grimmett, C. (2019). Psychological factors, prehabilitation and surgical outcomes: Evidence and future directions. *Anaesthesia*, 74(S1), 36-42. <https://doi.org/10.1111/anae.14507>
- Li, X.-R., Zhang, W.-H., Williams, J. P., Li, T., Yuan, J.-H., Du, Y., Liu, J.-D., Wu, Z., Xiao, Z.-Y., Zhang, R., Liu, G.-K., Zheng, G.-R., Zhang, D.-Y., Ma, H., Guo, Q.-L., & An, J.-X. (2021). A multicenter survey of perioperative anxiety in China: Pre- and postoperative associations. *Journal of Psychosomatic Research*, 147, 110528.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110528>
- López-Graciano, S. A., Sillas-González, D. E., Álvarez-Jiménez, V. D., & Rivas-Ubaldo, O. S. (2021). Nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía. *Medicina Interna de México*, 37(3), 324-334.
- Méndez-Meneses, K. J., García, M. L. R., Chacón, S. D., Vázquez, L. A. R., Maldonado, B. L. A., Mantilla-Maya, B., González-Rodríguez, E., Ponce, J. L. A., Vázquez, O. G., & Rivera-Fong, L. (2019). Validación de la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam (APAIS) en mujeres latinoamericanas con cáncer de mama: Estudio México - Costa Rica. *Psicooncología*, 16(1), Article 1. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63649>
- Misal, U. S., Joshi, S. A., & Shaikh, M. M. (2016). Delayed recovery from anesthesia: A postgraduate educational review. *Anesthesia, Essays and Researches*, 10(2), 164-172. <https://doi.org/10.4103/0259-1162.165506>
- Morales Guillen, C. A. (2023). *Ansiedad preoperatoria con la escala APAIS en pacientes de 18 a 70 años programados para cirugía electiva de traumatología y ortopedia en el Hospital General de Zona No. 3* [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2633>
- Ni, K., Zhu, J., & Ma, Z. (2023). Preoperative anxiety and postoperative adverse events: A narrative overview. *Anesthesiology and Perioperative Science*, 1(3), 23. <https://doi.org/10.1007/s44254-023-00019-1>

- Olivares Ramírez, G. del P., Rivas Riveros, E., Olivares Ramírez, G. del P., & Rivas Riveros, E. (2023). Validación de escala de ansiedad preoperatoria Amsterdam y necesidad de información en adultos, Chile 2019. *Revista Cubana de Enfermería*, 39. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192023000100044&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Oliveira, P., Porfírio, C., Pires, R., Silva, R., Carvalho, J. C., Costa, T., & Sequeira, C. (2022). Psychoeducation Programs to Reduce Preoperative Anxiety in Adults: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 327. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010327>
- Pinzón Bayona, M. Y., & Pastrana Londoño, O. A. (2017). *Validación de la Escala de Información de ansiedad preoperatoria de Amsterdam (APAIS) a un Caso Colombiano*. <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12853>
- Purisaca Quicio, K. L. (2019). *Nivel de ansiedad y proceso de afrontamiento en el periodo preoperatorio de los pacientes del hospital provincial docente Belén Lambayeque - 2017* [Tesis, Universidad Señor de Sipán]. <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/5910>
- Rabii, M. (2019). *Effects of preoperative education on pain management, anxiety, and preparedness in spine surgery* [Dissertation, University of Kansas]. <https://kuscholarworks.ku.edu/handle/1808/29529>
- Ramírez Briseño, V. R., & Zanabria Román, M. (2021). *Orientación preoperatoria y nivel de ansiedad en pacientes programados para cirugía electiva en el hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2021* [Tesis de maestría, Universidad Nacional del Callao. Facultad de Ciencias de la Salud]. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3417850>
- Recart, A. (2018). Medicina perioperatoria ¿El futuro de la anestesiología? *Revista Chilena de Anestesia*, 47(3), 166-165. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv47n03.03>
- Ren, A., Zhang, N., Zhu, H., Zhou, K., Cao, Y., & Liu, J. (2021). Effects of Preoperative Anxiety on Postoperative Delirium in Elderly Patients Undergoing Elective Orthopedic Surgery: A Prospective Observational

- Cohort Study. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 549-557.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S300639>
- Rice, A. N., Douglas, C., Bosarge, H., Young, G., Muckler, V. C., & Vacchiano, C. A. (2021). Fast-Tracking Patients in an Academic Hospital to Increase Efficiency and Decrease Discharge Delays: A Process Improvement Plan. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(6), 615-621.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.04.005>
- Roberts-Turner, R., & Shah, R. K. (Eds.). (2021). *Pocket Guide to Quality Improvement in Healthcare*. Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-70780-4>
- S.Abdalla, M., K.Khalil, R., H.Abd Elfattah, M., & N.fekry, A. (2022). Quality Improvement in Anesthesia Practice. *Benha Journal of Applied Sciences*, 7(9), 35-46. <https://doi.org/10.21608/bjas.2022.274272>
- Shiraishi-Zapata, C., & Niquen-Jimenez, M. (2022). Historical perspective of two technical standards developed in the 21st century that gave rise to profound changes in Peruvian anesthesiology. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 50(4), Article 4. <https://doi.org/10.5554/22562087.e1033>
- Soto-Vásquez, M. R., Alvarado-García, P. A. A., & Sagastegui-Guarniz, W. A. (2019). Aromaterapia en la salud mental: Una breve revisión. *Medicina naturista*, 13(1), 21-25.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6761081>
- Spanner, S., & Sayer, L. (2019a). Is the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) a Valid Tool in Guiding the Management of Preoperative Anxiety in Adult Patients? A Literature Review. *Journal of Nursing and Practice*, 3(1), 95-102. <https://doi.org/10.36959/545/368>
- Spanner, S., & Sayer, L. (2019b). Is the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) a Valid Tool in Guiding the Management of Preoperative Anxiety in Adult Patients? A Literature Review. *Journal of Nursing and Practice*, 3(1), Article 1.
<https://scholars.direct/Articles/nursing/jnp-3-015.php?jid=nursing>

- Spath, P., & DeVane, K. (2022). *Introduction to Healthcare Quality Management, 4th Edition* (4th Edition). Health Administration Press. <https://stars.library.ucf.edu/etextbooks/466>
- Stamenkovic, D. M., Rancic, N. K., Latas, M. B., Neskovic, V., Rondovic, G. M., Wu, J. D., & Cattano, D. (2018). Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: What can we do to change our history. *Minerva Anestesiologica*, 84(11), 1307-1317. <https://doi.org/10.23736/s0375-9393.18.12520-x>
- Tejada Sampedrano, J. R. (2022). *Estrategia de gestión para mejorar la percepción de pacientes sobre el cuidado enfermero servicio de cirugía Hospital Belén Lambayeque 2019* [Tesis, Universidad Señor de Sipán]. <http://repositorio.uss.edu.pe//handle/20.500.12802/10208>
- Thomas, E., Martin, F., & Pollard, B. (2020). Delayed recovery of consciousness after general anaesthesia. *BJA Education*, 20(5), 173-179. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2020.01.007>
- Tola, Y. O., Chow, K. M., & Liang, W. (2021). Effects of non-pharmacological interventions on preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23-24), 3369-3384. <https://doi.org/10.1111/jocn.15827>
- Turksal, E., Alper, I., Sergin, D., Yuksel, E., & Ulukaya, S. (2020). The effects of preoperative anxiety on anesthetic recovery and postoperative pain in patients undergoing donor nephrectomy. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 70, 271-277. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2020.06.004>
- Valentine, E. A., & Falk, S. A. (2018). Quality Improvement in Anesthesiology—Leveraging Data and Analytics to Optimize Outcomes. *Anesthesiology Clinics*, 36(1), 31-44. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2017.10.006>
- Velasquez Heredia, V. P. (2020). *Programa de orientación preoperatoria en el nivel de ansiedad de pacientes programados a intervención quirúrgica en el Hospital José Agurto Tello – Chosica, 2018* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional del Callao. Facultad de Ciencias de la Salud]. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3417102>

- Vergara-Romero, M., Morales-Asencio, J. M., Morales-Fernández, A., Canca-Sanchez, J. C., Rivas-Ruiz, F., & Reinaldo-Lapuerta, J. A. (2017). Validation of the Spanish version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Health and Quality of Life Outcomes*, *15*(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0695-8>
- Villa, G., Lanini, I., Amass, T., Bocciero, V., Scirè Calabrisotto, C., Chelazzi, C., Romagnoli, S., De Gaudio, A. R., & Lauro Grotto, R. (2020). Effects of psychological interventions on anxiety and pain in patients undergoing major elective abdominal surgery: A systematic review. *Perioperative Medicine*, *9*(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s13741-020-00169-x>
- Wang, R., Huang, X., Wang, Y., & Akbari, M. (2022). Non-pharmacologic Approaches in Preoperative Anxiety, a Comprehensive Review. *Frontiers in Public Health*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.854673>
- Yang, K.-L., Detroyer, E., Van Grootven, B., Tuand, K., Zhao, D.-N., Rex, S., & Milisen, K. (2023). Association between preoperative anxiety and postoperative delirium in older patients: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, *23*(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03923-0>

Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables

Tabla 1-1.

Operacionalización de variables

Variable	Definiciones	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Variable1 (Independiente) Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria	<u>Conceptual:</u> Es el conjunto de intervenciones y actividades con la finalidad de identificar y disminuir la ansiedad preoperatoria en el paciente quirúrgico que pueda afectar el acto operatorio o afectar la recuperación posanestésica. (Gonçalves & Groth, 2019)	Identificación de Ansiedad Preoperatoria	<p>Ansiedad por la cirugía: Inquietud o preocupación constante por la intervención quirúrgica en el paciente.</p> <p>Ansiedad por la anestesia: Inquietud o preocupación constante por la Anestesia en el paciente.</p> <p>Ansiedad por la necesidad de información: Inquietud o preocupación constante por la necesidad de información sobre la anestesia o la cirugía.</p>	Ordinal Escala Likert 1 – 5 1 = Nada 2 = Algo 3 = Bastante 4 = Mucho 5 = Demasiado
	<u>Operativa:</u> Es la identificación de la ansiedad preoperatoria en los pacientes de cirugía electiva y el diseño de cada una de las etapas que comprende el ciclo Deming para el desarrollo de la intervención.	Diseño de programa según ciclo de Deming	<p><i>Planificar:</i> Identificar oportunidad de cambio, determinación de causas y priorización de intervenciones.</p> <p><i>Ejecutar:</i> Elaboración de flujograma con intervenciones a aplicar en el Programa.</p> <p><i>Verificar:</i> diseñar indicadores de estructura, de proceso y resultados.</p> <p><i>Actuar:</i> socialización e institucionalización de las intervenciones del programa.</p>	Nominal: Si No

Nota: Tabla continúa en la página siguiente...

Tabla 1-1. (Continuación...)

Operacionalización de variables

Variable	Definiciones	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Variable 2 (Dependiente): Recuperación posanestésica temprana	<p><u>Conceptual:</u> Es el proceso de restablecimiento progresivo de las funciones biológicas y reflejos vitales que se produce desde el final de la anestesia hasta que el paciente recupera sus reflejos protectores y función motoras y requiere una estricta vigilancia o monitorización. (Fang et al., 2023)</p> <p><u>Operativa:</u> Se define como la sumatoria de todas las dimensiones de la recuperación posanestésica en la "Escala de seguimiento rápido posanestésico de White y Song".</p>	Nivel de conciencia	Nivel de Consciente y orientado	Escala Ordinal (0 – 2) 0 = Responde solo con estímulo táctil 1 = Despierta con estímulo mínimo 2 = Despierto y orientado
		Actividad Física	Capacidad de movimiento	Escala Ordinal (0 – 2) 0 = No mueve extremidades voluntariamente 1 = Debilidad en movimiento de extremidades 2 = Mueve las 4 extremidades a la ordena.
		Estabilidad Hemodinámica	% de variación de Presión arterial media	Escala Ordinal (0 – 2) 0 = PAM < 15% del valor inicial 1 = PAM < 30% del valor inicial 2 = PAM < 50% del valor inicial
		Estabilidad Respiratoria	Capacidad respiratoria y signos de dificultad para respirar	Escala Ordinal (0 – 2) 0 = Disnea con tos débil 1 = Taquipnea con tos adecuada 2 = Capacidad para inspiración profunda
		Saturación oxígeno	Saturación de oxígeno > 90	Escala Ordinal (0 – 2) 0 = SpO2 < 90% con suplementación de O2 1 = Necesita suplementación de O2 (CBN) 2 = SpO2 > 90% con aire ambiental
		Dolor postoperatorio	Presencia de dolor y uso de analgesia	Escala Ordinal (0 – 2) 0 = Dolor intenso persistente 1 = Dolor moderado/ Intenso controlado por analgésico EV 2 = Ninguno/ molestia leve
		Síntomas eméticos en el postoperatorio	Presencia de náuseas y vómitos	Escala Ordinal (0 – 2) 0 = Náuseas y vómitos moderados/ intensos de manera persistente 1 = Vómitos o arcadas transitorias 2 = Nauseas leves o inexistentes

Nota: Creación propia

Anexo 2: Matriz de consistencias.

Tabla 2-1.

Matriz de consistencia del proyecto de investigación.

Problema General	Objetivo General	Variables	Metodología
¿Cómo diseñar un programa de manejo de la ansiedad preoperatoria basado en el ciclo de Deming para optimizar la recuperación posanestésica en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe?	<p>Proponer un programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para optimizar la recuperación postoperatoria en un hospital de Ferreñafe durante los meses de octubre y noviembre del 2023, basado en la metodología del “ciclo de mejora continua de Deming”</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificar la existencia de ansiedad preoperatoria en los pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe; Describir la ansiedad preoperatoria según las característica demográficas y quirúrgicas de los pacientes; Evaluar la recuperación posanestésica en los pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe; Describir la relación entre la ansiedad preoperatoria y la recuperación posanestésica en los pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe; Validar a través de expertos el programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para optimizar la recuperación postoperatoria en un hospital de Ferreñafe basado en la metodología del “ciclo de mejora continua de Deming”. 	<p>Variable 1 (Independiente): Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria. Dimensiones: – Identificación de la APO – Intervenciones según ciclo de Deming</p> <p>Variable 2 (Dependiente): Recuperación Posanestésica Temprana. Dimensiones: – Nivel de conciencia. – Actividad física. – Estabilidad hemodinámica. – Estabilidad respiratoria. – Saturación de oxígeno. – Dolor postoperatorio – Síntomas eméticos postoperatorios</p>	<p>Tipo: Básica.</p> <p>Enfoque: Cuantitativo.</p> <p>Diseño: No experimental, transversal, descriptivo propositivo.</p> <p>Población: Todos los pacientes programados para cirugía electiva en el Hospital de estudio</p> <p>Muestreo: Muestreo probabilístico aleatorio simple.</p> <p>Muestra: 58 pacientes programados para cirugía electiva en el Hospital de estudio.</p> <p>Técnica: Encuesta.</p> <p>Herramienta: I1: Escala de información y ansiedad preoperatoria de Ámsterdam (APAIS). I2: Escala de seguimiento rápido posanestésico de White y Song.</p>

Nota: APO = Ansiedad Preoperatoria; RPAT: Recuperación posanestésica Temprana.

Anexo 3. Consentimiento Informado del estudio **Consentimiento informado**

Título de la investigación: “Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria en cirugías electivas para mejorar la recuperación posanestésica en un hospital de Ferreñafe”.

Investigador: Zulmy Catalina Quiñones Ríos.

Propósito: Le invitamos a participar en esta investigación cuyo objetivo es diseñar un programa para reducir la ansiedad preoperatoria en los pacientes de cirugías electivas. La investigación es desarrollada por una estudiante de posgrado del programa de Maestría en Gestión de los servicios de Salud, de la Universidad César Vallejo del campus Chiclayo, aprobada por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso del Hospital.

Este proyecto tiene la intención de generar un impacto positivo en la salud de los pacientes quirúrgicos mediante la mejora de atención preoperatoria.

Procedimiento: Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se le aplicará un breve cuestionario con algunos datos personales y preguntas específicas para identificar si presenta ansiedad preoperatoria.
2. Este Cuestionario le tomará solo 15 minutos y se realizará antes de su procedimiento. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.
3. Luego de la operación se registrará datos de su recuperación de la anestesia, como sus signos vitales, movilidad, oxigenación, dolor y vómitos.

Su participación es voluntaria: Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgos: El investigador garantiza que NO EXISTE RIESGO O DAÑO al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios: Los resultados de esta investigación (más no sus datos individuales) se alcanzarán a la institución al término de la investigación. No recibirá algún beneficio económico ni de ninguna otra índole. Si bien el estudio no va a aportar a la salud individual de alguno de los recién nacidos, los resultados podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad: Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas: Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con la Investigadora Zulmy Quiñones Ríos al email: zulmy82@hotmail.com y el docente asesor: Dr. Nelson César Santisteban Salazar, email: nsantistebans@ucvvirtual.edu.pe.

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Firma:

Nombre y apellidos:

Fecha y hora:

Anexo 4. Instrumentos del estudio y validación por expertos.

Cuestionario Escala de información y ansiedad preoperatoria de **Ámsterdam (APAIS).**

Estimado paciente: El siguiente cuestionario pretende evaluar si usted presenta señales de ansiedad preoperatoria. Es anónimo y permitirá realizar mejoras en el servicio que se brinda. Agradecemos su participación.

Edad: años Sexo: M F

Escolaridad: Sin Estudios 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior 4

Tipo de anestesia: General 1 Regional 2 Local + Sedación: 3

Tipo de Cirugía: Mayor 1 Intermedio 2 Menor 3

Especialidad: General 1 Obstétrica 2 Trauma: 3 Oftalmo: 4

Cirugía previa: Si 1 No 2

Se le solicita que responda las preguntas con la mayor sinceridad:

	Nada	Algo	Bastante	Mucho	Demasiado
1. Estoy inquieto con respecto a la anestesia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Pienso continuamente en la anestesia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Estoy inquieto con respecto a la cirugía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Pienso continuamente en la cirugía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la cirugía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Puntaje total obtenido:	< 11 Puntos <input type="checkbox"/>		≥ 11 puntos <input type="checkbox"/>		

Nº	Dimensiones	Indicadores	Tiempo de PO 60'
1.	Nivel de conciencia	Responde solo con estímulo táctil	<input type="text" value="0"/>
		Despierta con estímulo mínimo	<input type="text" value="1"/>
		Despierto y orientado	<input type="text" value="2"/>
2.	Actividad física	No mueve extremidades voluntariamente	<input type="text" value="0"/>
		Debilidad en movimiento de extremidades	<input type="text" value="1"/>
		Mueve las 4 extremidades a la orden.	<input type="text" value="2"/>
3.	Estabilidad hemodinámica	PAM < 50% del valor inicial	<input type="text" value="0"/>
		PAM < 30% del valor inicial	<input type="text" value="1"/>
		PAM < 15% del valor inicial	<input type="text" value="2"/>
4.	Estabilidad respiratoria	Disnea con tos débil	<input type="text" value="0"/>
		Taquipnea con tos adecuada	<input type="text" value="1"/>
		Capacidad para inspiración profunda	<input type="text" value="2"/>
5.	Saturación de oxígeno	SpO ₂ < 90% con suplementación de O ₂	<input type="text" value="0"/>
		Necesita suplementación de O ₂ (CBN)	<input type="text" value="1"/>
		SpO ₂ > 90% con aire ambiental	<input type="text" value="2"/>
6.	Dolor postoperatorio	Dolor intenso persistente	<input type="text" value="0"/>
		Dolor moderado/ Intenso controlado por analgésico EV	<input type="text" value="1"/>
		Ninguno/ molestia leve	<input type="text" value="2"/>
7.	Síntomas eméticos postoperatorios	Náuseas y vómitos moderados/ intensos de manera persistente	<input type="text" value="0"/>
		Vómitos o arcadas transitorias	<input type="text" value="1"/>
		Nauseas leves o inexistentes	<input type="text" value="2"/>
Puntaje total:			<input type="text"/>

MATRIZ DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS
Cuestionario Escala de información y ansiedad preoperatoria de Ámsterdam (APAIS).

PRIMERA DIMENSION: ANSIEDAD POR LA ANESTESIA

OBJETIVO: Mide la inquietud o preocupación constante por la anestesia en el paciente.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Estoy inquieto con respecto a la anestesia.	1.	4	4	4	Ninguna
Pienso continuamente en la anestesia	2.	4	4	4	Ninguna

SEGUNDA DIMENSION ANSIEDAD POR LA CIRUGÍA

OBJETIVO: Mide la inquietud o preocupación constante por la intervención quirúrgica en el paciente.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Estoy inquieto con respecto a la cirugía	4.	4	4	4	Ninguna
Pienso continuamente en la cirugía.	5.	4	4	4	Ninguna

TERCERA DIMENSION ANSIEDAD POR LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN

OBJETIVO: Mide Inquietud o preocupación constante por la necesidad de información sobre la anestesia o la cirugía.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia	3.	4	4	4	Ninguna
Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la cirugía	6.	4	4	4	Ninguna

Observaciones (precisar si hay suficiencia):
EXISTE SUFICIENCIA EN EL INSTRUMENTO.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador.

MANUEL NARCISO REUPO VALLEJOS

DNI: 07537075

Especialidad del validador (a): PSICOLOGO

04 de setiembre de 2023



Manuel Narciso Reupo Vallejos
PSICÓLOGO - PSICOTERAPEUTA
C. Ps. P. 9963

Firma del experto

MATRIZ DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS
Cuestionario Escala de información y ansiedad preoperatoria de Ámsterdam (APAIS).

PRIMERA DIMENSION: ANSIEDAD POR LA ANESTESIA

OBJETIVO: Mide la inquietud o preocupación constante por la anestesia en el paciente.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Estoy inquieto con respecto a la anestesia.	1.	4	4	4	Ninguna
Pienso continuamente en la anestesia	2.	4	4	4	Ninguna

SEGUNDA DIMENSION ANSIEDAD POR LA CIRUGÍA

OBJETIVO: Mide la inquietud o preocupación constante por la intervención quirúrgica en el paciente.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Estoy inquieto con respecto a la cirugía	4.	4	4	4	Ninguna
Pienso continuamente en la cirugía.	5.	4	4	4	Ninguna

TERCERA DIMENSION ANSIEDAD POR LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN

OBJETIVO: Mide Inquietud o preocupación constante por la necesidad de información sobre la anestesia o la cirugía.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia	3.	4	4	4	Ninguna
Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la cirugía	6.	4	4	4	Ninguna

Observaciones (precisar si hay suficiencia):
EXISTE SUFICIENCIA EN EL INSTRUMENTO.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador.

JAMPIER BENJAMIN RUIZ PEÑA

DNI: 47817828

Especialidad del validador (a): PSICOLOGO

04 de setiembre de 2023



Mg. Ps. Ruiz Peña Jampier B.
Cod. Ps. 28877

Firma del experto

MATRIZ DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS
Cuestionario Escala de información y ansiedad preoperatoria de Ámsterdam (APAIS).

PRIMERA DIMENSION: ANSIEDAD POR LA ANESTESIA

OBJETIVO: Mide la inquietud o preocupación constante por la anestesia en el paciente.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Estoy inquieto con respecto a la anestesia.	1.	4	4	4	Ninguna
Pienso continuamente en la anestesia	2.	4	4	4	Ninguna

SEGUNDA DIMENSION ANSIEDAD POR LA CIRUGÍA

OBJETIVO: Mide la inquietud o preocupación constante por la intervención quirúrgica en el paciente.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Estoy inquieto con respecto a la cirugía	4.	4	4	4	Ninguna
Pienso continuamente en la cirugía.	5.	4	4	4	Ninguna

TERCERA DIMENSION ANSIEDAD POR LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN

OBJETIVO: Mide Inquietud o preocupación constante por la necesidad de información sobre la anestesia o la cirugía.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia	3.	4	4	4	Ninguna
Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la cirugía	6.	4	4	4	Ninguna

Observaciones (precisar si hay suficiencia):
EXISTE SUFICIENCIA EN EL INSTRUMENTO.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador.

LUIS MARTIN LA MADRID BENITES

DNI: 44090570

Especialidad del validador (a): ANESTESIÓLOGO

04 de setiembre de 2023



Dr. Luis Martín Lombrido Benítez
ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR
CMP 50677 - RNE 43940

Firma del experto

Anexo 5. Autorización del establecimiento



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
RED DE SALUD FERREÑAFE
Hospital Provincia de Ferreñafe



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Constancia

El Director del Hospital Provincia de Ferreñafe, por el presente documento:

AUTORIZA a:

ZULMY CATALINA QUIÑONES RIOS

Estudiante del Programa de Maestría y Doctorado de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejos; a recolectar datos para realizar su Proyecto de Tesis, titulado: **"PROGRAMA DE MANEJO DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA PARA LA RECUPERACION POSTANESTESICA DE CIRUGIAS ELECTIVAS EN UN HOSPITAL DE FERREÑAFE"**

Se expide la presente constancia, careciendo de valor oficial para asuntos judiciales en contra del Estado Peruano.

Ferreñafe, 21 de noviembre del 2023.



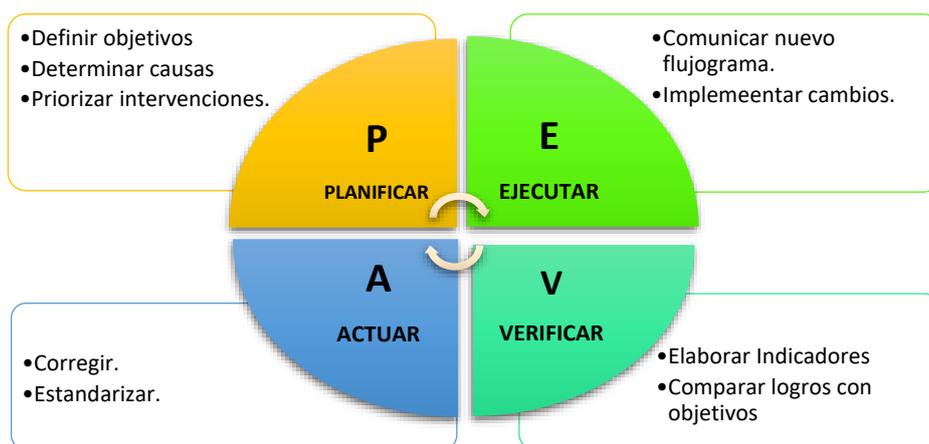
César Ivan Guerrero Uceda
C.M.P. 58913
R.N.A. 1557
DIRECTOR HOSPITAL PROVINCIA FERREÑAFE



"Nuestra Prioridad...Tu Bienestar"

Av. Augusto B. Leguía N° 630 – Ferreñafe Teléfono: 500297 RPM: # 978593462
email: hospitalprovinciaferre2023@gmail.com

Anexo 6. Diagrama para elaboración de propuesta de plan de acción.



Hoja de trabajo PEVA	
Objetivo:	
Optimizar la recuperación posanestésica a través de la detección, evaluación y manejo de la ansiedad preoperatoria.	
Planificar	
	Definir objetivos y metas - Oportunidad de cambio:
	Ausencia de un proceso de manejo estandarizado de la APO en un hospital de Ferreñafe bajo estudio.
	Determinación de causas – Características de la APO:
	<ul style="list-style-type: none"> – Diagrama de Espina de pescado de Ishikawa. – Matriz de árbol de Causa efecto.
Determinar método - Priorización de intervenciones	
Matriz de Priorización de intervenciones.	
Ejecutar	
	Capacitar - Difundir nuevo flujograma de atención:
	<ul style="list-style-type: none"> – Nuevo Flujograma funcional del proceso de atención modificado. – Capacitar a personal involucrado.
	Realizar intervenciones:
<ul style="list-style-type: none"> – Realización de atenciones según nuevo flujograma. 	
Verificar	
	Seleccionar y medir Indicadores:
	<ul style="list-style-type: none"> – Indicadores de estructura – Indicadores de proceso – Indicadores de resultado
	Comparar con metas y objetivos
<ul style="list-style-type: none"> – Informes mensuales. 	
Actuar	
	Corregir: Si verificación es (-)
	<ul style="list-style-type: none"> – Acciones correctivas o de mejora
	Estandarizar: Si verificación es (+)
<ul style="list-style-type: none"> – Capacitar sobre nueva guía de práctica clínica que incluya intervenciones. – Registro de actividades y seguimiento de casos. 	

Anexo 7: Anexo de Resultados

a. Características sociodemográficas y quirúrgicas de la población.

De la muestra total 27 pacientes fueron varones (46.55%) y 31 mujeres (53.45%); la edad promedio fue 47.7 años, con una desviación estándar de ± 15 años; El nivel educativo alcanzado fue mayoritariamente educación secundaria con 28 pacientes (48,3%), seguido del nivel primario con 14 (24.1%) y solo 3 pacientes (5.2%) no tuvieron estudios. Las intervenciones se realizaron en las 5 especialidades quirúrgicas disponibles en el hospital: Cirugía general con 26 pacientes (44.3%), Obstetricia con 11 (19%), Traumatología con 6 (10.3%), Oftalmología con 12 (20.7%) y urología con 3 pacientes (5.2%). 46(79.31%) de las intervenciones fueron de tipo intermedio, 12 (20.69%) fueron cirugías menores, y no hubo cirugías mayores. El tipo de anestesia que más se aplicó fue la anestesia regional en 41 pacientes (70.7%), seguido de la anestesia local con sedación en 12 pacientes (20.7%) y la anestesia general en 5 pacientes (8.6%). Toda esta información puede verificarse en la tabla 1.

Tabla 7.1

Características sociodemográfico y quirúrgicas de los pacientes de cirugía electiva en un Hospital de Ferreñafe.

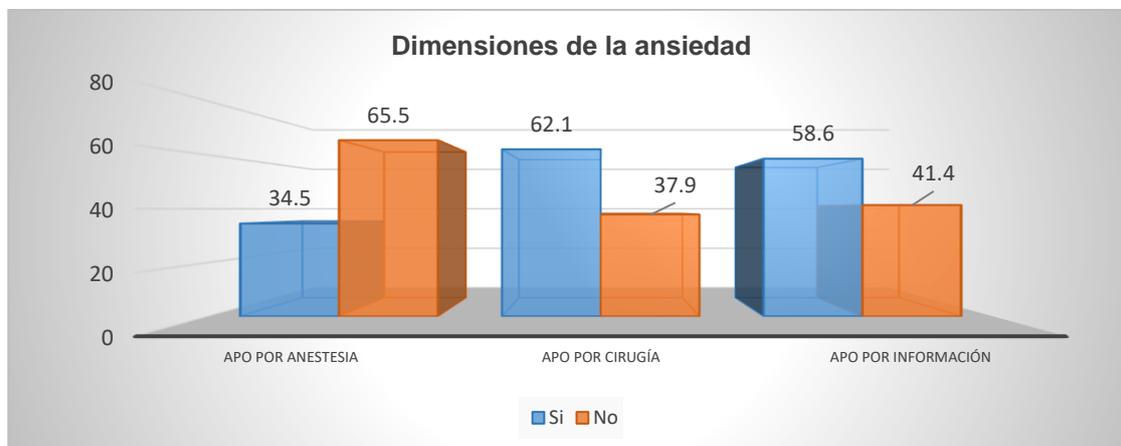
	Características	n	%
Genero	Femenino	31	53.45
	Masculino	27	46.55
Edad	Promedio (\pm SD)	47.7	(± 15)
	Mediana (Mínimo – Máximo)	49.5	(20 – 77)
Nivel educativo	Superior	13	22,4
	Secundaria	28	48,3
	Primaria	14	24,1
	Sin estudios	3	5,2
Tipo de anestesia	General	5	8,6
	Regional	41	70,7
	Local más sedación	12	20,7
Tipo de intervención	Mayor	0	0
	Intermedia	46	79,31
	Menor	12	20,69
Especialidad	Cirugía General	26	44,8
	Gineco - obstétrica	11	19,0
	Traumatológicas	6	10,3
	Oftalmológicas	12	20,7
	Urológicas	3	5,2

Nota: Datos obtenidos de Cuestionario "Escala de ansiedad e información preoperatoria de Ámsterdam" (APAIS)

b. Dimensiones de las variables del estudio

Figura 7.1

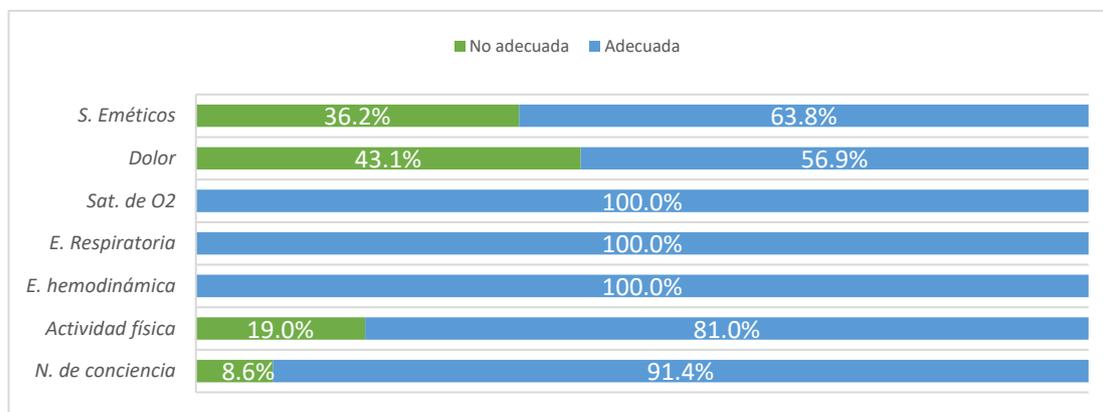
Dimensiones de la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe en octubre y noviembre del 2023



Nota: Elaboración Propia

Figura 7.2

Recuperación Posanestésica y sus dimensiones en pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe durante octubre y noviembre del 2023



Nota: Elaboración Propia

c. Significancia estadística de la relación entre las variables.

Para describir la significancia estadística de la relación entre la APO y RPAT se aplicó la prueba *Rho de Spearman* planteando la hipótesis de relación con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% (p-valor establecido de 0.05):

- Ho (Rho = 0): No existe relación entre la APO y la RPAT a los 60 minutos.

– Ha ($Rho \neq 0$): Existe relación entre la APO y la RPAT a los 60 minutos.

y se obtuvo una significancia bilateral (p-valor calculado de 0.000) menor que la establecida en el estudio (p-valor establecido de 0.05), por lo que se rechazó la hipótesis nula en favor de la alterna. Por lo tanto, se concluyó que estadísticamente existe relación significativa (Nivel de significancia del 95%) entre la APO y la RPAT a los 60 minutos; además, analizando la magnitud y la dirección del Coeficiente Rho Spearman ($Rho = -,627^{**}$) esta relación es inversa considerable. Esto quiere decir que, ante la presencia de ansiedad preoperatoria la recuperación posanestésica a los 60 minutos es inadecuada (ver Anexo 7, Tabla 7-2).

Tabla 7.2.

Relación entre la presencia de APO y la recuperación posanestésica de los pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe los meses de octubre y noviembre del 2023

			APO	RPAT a 60 min
<i>rho de Spearman</i>	APO	Coeficiente de correlación	1.000	-,627**
		Sig. (bilateral)	-	.000
		N	58	58
	RPAT a 60 min	Coeficiente de correlación	-,627**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	-
		N	58	58

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Tabla 7.3.

Relación entre la presencia de APO y la recuperación posanestésica de los pacientes de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe los meses de octubre y noviembre del 2023

		APO	Nivel de conciencia 60 min.	Actividad física 60 min.	Estabilidad hemodinámica. 60 min.	Estabilidad Respiratoria 60 min.	Saturación de O ₂ 60 min.	Dolor Pop. 60 min.	Síntomas Eméticos 60 min.
<i>rho Spearman</i>	Coeficiente de correlación	1.000	.153	-.183				-,616**	-,547**
	Sig. (bilateral)		.250	.169				.000	.000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Anexo 9. Constancias de inscripción de Expertos en SUNEDU



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos REUPO VALLEJOS
Nombres MANUEL NARCISO
Tipo de Documento de Identidad DNI
Numero de Documento de Identidad 07537075

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
Rector ENRIQUE WILFREDO CARPENA VELASQUEZ
Secretario General FREDY SAENZ CALVAY
Directora OLINDA LUZMILA VIGO VARGAS

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico MAESTRO
Denominación MAESTRO EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Fecha de Expedición 10/06/22
Resolución/Acta 291-2022-CU
Diploma UNPRG-EPG-2022-0161
Fecha Matriculación 23/05/2016
Fecha Egreso 29/10/2017

Fecha de emisión de la constancia:
23 de Diciembre de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001615419



Firmado digitalmente por:
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE EDUCACIÓN
SUPERIOR UNIVERSITARIA
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 23/12/2023 00:47:19-0500

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos **RUIZ PEÑA**
Nombres **JAMPIER BENJAMIN**
Tipo de Documento de Identidad **DNI**
Numero de Documento de Identidad **47817828**

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre **UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**
Rectora **OLINDA LUZMILA VIGO VARGAS**
Secretario General **FREDDY WIDMAR HERNANDEZ RENGIFO**
Directora **TOMASA VALLEJOS SOSA**

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico **MAESTRO**
Denominación **MAESTRO EN PSICOLOGIA CON MENCIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA**
Fecha de Expedición **14/07/21**
Resolución/Acta **274-2021-CU**
Diploma **UNPRG-EPG-2021-0404**
Fecha Matriculación **23/05/2016**
Fecha Egreso **29/10/2017**

Fecha de emisión de la constancia:
23 de Diciembre de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001615421

Firmado digitalmente por:
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE EDUCACION
SUPERIOR UNIVERSITARIA
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 23/12/2023 00:54:56-0500

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO

Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos LAMADRID BENITES
Nombres LUIS MARTIN
Tipo de Documento de Identidad DNI
Numero de Documento de Identidad 44090570

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
Rector JORGE AURELIO OLIVA NUÑEZ
Secretario General WILMER CARBAJAL VILLALTA
Directora OLINDA LUZMILA VIGO VARGAS

INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Grado Académico MAESTRO
Denominación MAESTRO EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
Fecha de Expedición 02/10/19
Resolución/Acta 301-2019-CU
Diploma UNPRG-EPG-2019-0541
Fecha Matrícula 07/06/2014
Fecha Egreso 12/06/2016

Fecha de emisión de la constancia:
26 de Diciembre de 2023



CÓDIGO VIRTUAL 0001616606



Firmado digitalmente por:
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE EDUCACION
SUPERIOR UNIVERSITARIA
Motivo: Servidor de
Agente automatizado.
Fecha: 26/12/2023 11:54:57-0500

ROLANDO RUIZ LLATANCE
EJECUTIVO
Unidad de Registro de Grados y Títulos
Superintendencia Nacional de Educación
Superior Universitaria - Sunedu

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu (www.sunedu.gob.pe), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° Ley N° 27269 - Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

Anexo 10: Propuesta.

Propuesta de Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe.

1. Datos Informativos

Título : Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe.

Lugar : Provincia de Ferreñafe

Institución : Hospital de Ferreñafe

Investigador : Zulmy Catalina Quiñones Ríos

2. Presentación.

La unidad productora de servicios de salud “*Centro Quirúrgico*” del hospital de Ferreñafe en el que se aplicará la propuesta brinda el soporte físico (Quirófano equipado) y el manejo integral de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en este nosocomio. Actualmente cuenta con 2 salas de operaciones, una unidad de recuperación posanestésica (URPA), así como personal asignado: 03 Médicos anestesiólogos, 05 Licenciadas de enfermería y 06 Técnicos de enfermería. Anualmente se realiza un número creciente de intervenciones quirúrgicas, cerrando el año 2022 un total de 411 intervenciones que incluyen 342 cirugías electivas y 69 cirugías de emergencia.

Todos estos procedimientos se realizan siguiendo las directivas de la Norma Técnica de Salud para la atención de anestesiología (NTS N° 089-2012 MINS/DGSP), que divide la atención anestesiológica en 3 periodos: evaluación Preanestésica, Trans anestésica y posanestésica. La atención preanestésica está enfocada a determinar el estado de salud y los factores de riesgos del paciente que va a ser intervenido, sin embargo, sigue la estructura clásica de la atención médica: Anamnesis, examen físico y exámenes auxiliares, mas no

permite un enfoque más amplio del paciente quirúrgico que incluya los aspectos social y emocional o psicológico.

Los resultados de la tesis titulada “*Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe*” evidencian que la Ansiedad preoperatoria (APO) tiene una prevalencia de 44.8% de los pacientes intervenidos electivamente y que ninguno de estos pacientes es detectado, atendido ni reevaluado para lograr que supere su estado emocional. Este estudio también observó que existe una relación significativa entre la APO y los resultados quirúrgicos negativos, como un mayor tiempo de recuperación posanestésica y el dolor postoperatorio.

Por lo expuesto, se presenta el siguiente programa de atención preanestésica como una propuesta de modificación del proceso actual con la finalidad de lograr la detección, manejo y reevaluación de los pacientes con APO y mejorar los resultados postquirúrgicos, concretamente la recuperación posanestésica temprana (RPAT) en un hospital de Ferreñafe.

3. Conceptualización de la propuesta

- a. *Programa de atención en salud*. Es un plan diseñado para tratar o manejar una patología determinada (Ansiedad preoperatoria) en un grupo delimitado de personas (Pacientes quirúrgicos). Este programa se basa en el modelo de desarrollo de planes de mejora continua de la calidad según Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
- b. *La Ansiedad Preoperatoria (APO)*. Es un estado desagradable y transitorio de inquietud o tensión, aprehensión e incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que es secundario a la preocupación del paciente por su enfermedad, la hospitalización, la anestesia, la cirugía o incluso por lo desconocido (Ren et al., 2021)
- c. *La Recuperación posanestésica temprana (RPAT)*. Es el proceso de restablecimiento progresivo de las funciones biológicas y reflejos vitales que se produce desde el final de la anestesia hasta que el paciente recupera sus reflejos protectores y función motoras y requiere una estricta vigilancia o monitorización (Fang et al., 2023).

4. Objetivos de la propuesta

4.1. Objetivo general

Detectar, manejar y reevaluar la APO en los pacientes de cirugía electiva en un hospital de la provincia de Ferreñafe mejorando la RPAT.

4.2. Objetivo específico

- a. Planificar acciones de preparación para el manejo de la APO en el ámbito de un hospital de Ferreñafe.
- b. Ejecutar las intervenciones para el manejo de la ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía electiva en un hospital de Ferreñafe.
- c. Verificar los resultados del programa de manejo de la APO en un hospital de Ferreñafe.
- d. Actuar en función de la verificación corrigiendo desviaciones o Institucionalizando los cambios obtenidos.

5. Justificación

5.1. Relevancia social:

El 30% de la carga mundial de enfermedad se puede tratar con cirugía, por esto cada año se realizan en el mundo aproximadamente de 312 millones de cirugías, considerándose que la cirugía es una parte indispensable e indivisible de la salud, lo que conlleva a la búsqueda de los mejores resultados post quirúrgicos que garanticen una reinserción social más rápida y adecuada de los pacientes intervenidos quirúrgicamente. La APO es un factor de riesgo para resultados postoperatorios negativos. En este sentido, incluir la detección y manejo de la APO en la evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico tiene una gran relevancia social, porque permitirá mejores resultados postoperatorios.

5.2. Conveniencia:

Esta propuesta es conveniente por que se contextualiza dentro del Segundo Objetivo Prioritario (OP-2) de la “*Política Nacional Multisectorial de salud al 2030*” (2020), específicamente el Lineamiento L2.10, que hace referencia a implementar la investigación e innovación tecnológica en la prevención de riesgos, la recuperación de la salud y de las capacidades. Este

objetivo de la política nacional se encuentra bajo el contexto de la visión transformadora de la agenda mundial para el Desarrollo Sostenible aprobada por la asamblea de las Naciones Unidas de la cual nuestro país forma parte.

5.3. Implicancias prácticas.

La propuesta de un programa de identificación, manejo y evaluación de la ansiedad preoperatoria constituye un primer paso para introducir el concepto de “*Prehabilitación*” (Psicológica, nutricional y física) en la atención preoperatoria en el hospital de Ferreñafe, lo que permite mejorar los resultados postoperatorios en los pacientes quirúrgicos. De otro lado, la aplicación práctica de la escala APAIS (una herramienta sencilla y rápida para el tamizaje de APO) en la evaluación preanestésica constituye un aporte importante en la práctica clínica del servicio de anestesiología de un hospital de la provincia de Ferreñafe.

6. Fundamentos

6.1. Fundamentos Filosóficos.

Cuando Ludwig Von Bertalanffy y Weiss enunciaron la “*Teoría General de los Sistemas*” (TGS), la plantearon como una “*filosofía de sistemas*” ya que toda teoría científica debe incluir aspectos metafísicos como son: la ontología de sistemas, la epistemología de sistemas y la filosofía de valores de sistemas. La *ontología de sistemas* se enfoca a la definición y comprensión de un sistema y su representación en los diferentes niveles de observación diferenciando entre sistemas reales y conceptuales. La *epistemología de sistemas* estudia las diferencias fundamentales de la TGS que la distancia del positivismo o empirismo lógico, y la oponen al reduccionismo, remarcando su filosofía “*perspectivista*” que señala que la realidad no es absoluta sino una interacción entre conocedor y conocido. La *filosofía de valores de sistemas* estudia la visión heurística de la TGS sobre la relación entre el ser humano y el universo al que está adaptado en función a la evolución y la historia (Becerra, 2018).

La filosofía de la TGS proporcionó el marco conceptual necesario para el surgimiento de modelos científicos que integraron fenómenos tangibles e intangibles de las personas, como el modelo Biopsicosocial de Engel.

6.2. Fundamentos epistemológicos.

La ansiedad preoperatoria y su relación directa con los resultados postoperatorios, en especial la recuperación posanestésica se explica a través del modelo biopsicosocial de la salud que fue propuesto por el Dr. Engel en 1977 y produjo un cambio radical de la comprensión de los procesos de salud y enfermedad respecto al enfoque biomédico tradicional, planteando que sin descuidar el problema biológico se deben considerar los determinantes culturales, espirituales, sociales, psicológicos y emocionales en el análisis causal y el manejo de una persona con mala salud; este cambio de perspectiva se ha aplicado en diferentes especialidades médicas llevando a una visión más amplia, humanista y multidimensional de la medicina. El paciente quirúrgico tiene un mayor grado de morbilidad biológica, psicológica y social por el estrés causado por la enfermedad quirúrgica, que puede verse agravada por alguna comorbilidad médica, todo lo cual tiene una significativa repercusión en los resultados quirúrgicos (Bolton & Gillett, 2019).

6.3. Fundamentos desde la gestión de servicios de salud:

El manejo de la APO se relaciona directamente con los indicadores de calidad de atención del servicio de anestesiología y centro quirúrgico. Un estudio en 72 pacientes operadas de cesárea con anestesia raquídea concluyó que evaluar los niveles de ansiedad y brindar apoyo a los pacientes incrementa la satisfacción en el postoperatorio (Eroglu et al., 2020). Otro estudio de la ansiedad preoperatoria en pacientes con sonda nasogástrica que iban a ser intervenidos de colecistectomía laparoscópica, concluyó que las medidas de intervención para aliviar la APO mejoran la calidad de la recuperación postoperatoria y la satisfacción de los pacientes (Li et al., 2022).

La ansiedad preoperatoria no manejada también puede significar una carga financiera para el sistema de salud. Los costos de la ansiedad preoperatoria se atribuyen justamente a una recuperación posanestésica más prolongada, mayor estancia hospitalaria y el aumento de la necesidad de fármacos anestésicos, analgésicos y el uso de medicamentos ansiolíticos. Al respecto, muchas de las alternativas de intervenciones no farmacológicas contra la ansiedad preoperatoria son consideradas costo efectivas (Wang et al., 2022).

7. Estructuración de la propuesta

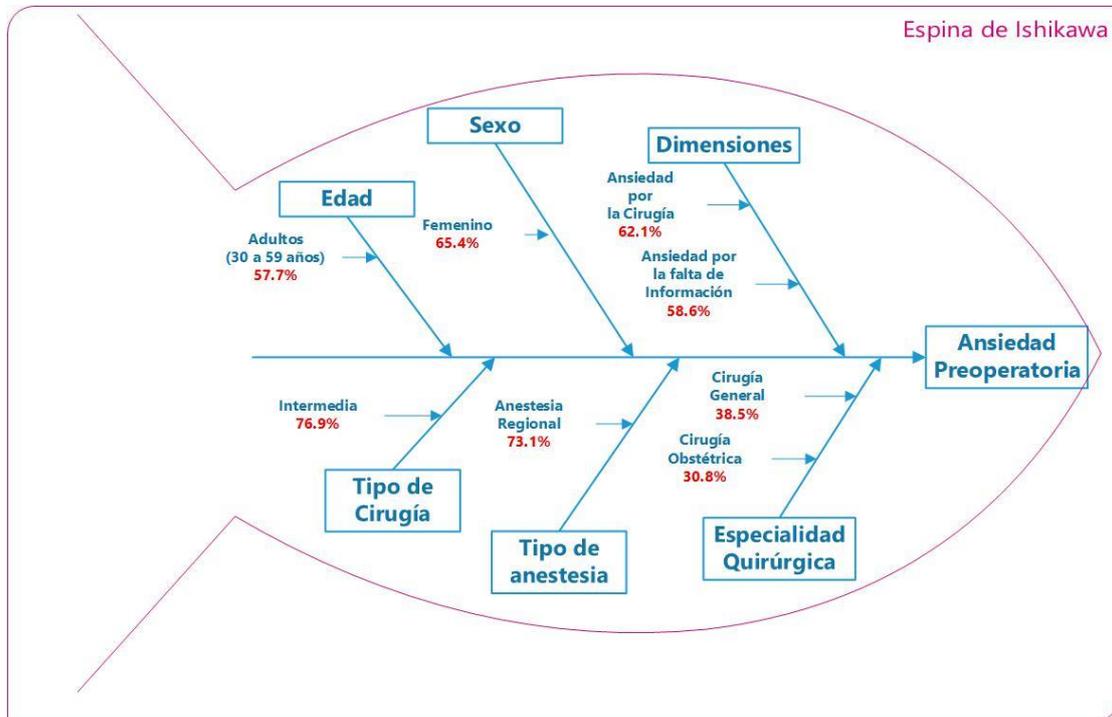
Esta propuesta fue elaborada siguiendo los pasos del ciclo de mejora continua: *Planificar – Ejecutar – Verificar – Actuar* (PDSA por sus siglas en inglés) propuesta por E. Deming, que es una herramienta de gestión muy útil y ampliamente usada para documentar un cambio o mejora en las organizaciones de atención médica (Institute for Healthcare Improvement, 2020).

a. Planificar:

- Identificar oportunidad de Cambio: Ausencia de un proceso de manejo estandarizado de la APO en el Hospital de Ferreñafe bajo estudio que permita mejorar la recuperación postoperatoria.
- Determinación de causas: De acuerdo con los datos obtenidos en la tesis: “Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe” se pudieron obtener algunas conclusiones respecto a la APO y la RPAT:
 - La APO se observó en el 44.8% de los pacientes de cirugías electivas, y estuvo mayormente presente en la dimensión de cirugía (62.1%) y falta de información adecuada (58.6%).
 - El 65.4% de los casos de ansiedad preoperatoria fueron identificados en mujeres y el 57.7% de los casos de APO se presentaron en la edad adulta (30 a 59 años).
 - El 76.9% de los casos de APO se presentaron en pacientes de cirugía de complejidad intermedia; así mismo, las especialidades quirúrgicas que más se relacionaron con la APO fueron la cirugía general (38.5%) y la cirugía obstétrica (30.8%). En cuanto al tipo de anestesia la APO estuvo más relacionada con la anestesia regional (76.1%).
 - Se observó que la recuperación posanestésica fue adecuada a los 60 minutos en el 67% de los pacientes. Además, se observó que hubo una relación estadísticamente significativa e inversa entre la APO y la RPAT a los 60 minutos.
 - Las dimensiones de la RPAT que más se afectaron por la APO fueron el dolor postoperatorio y los síntomas eméticos.

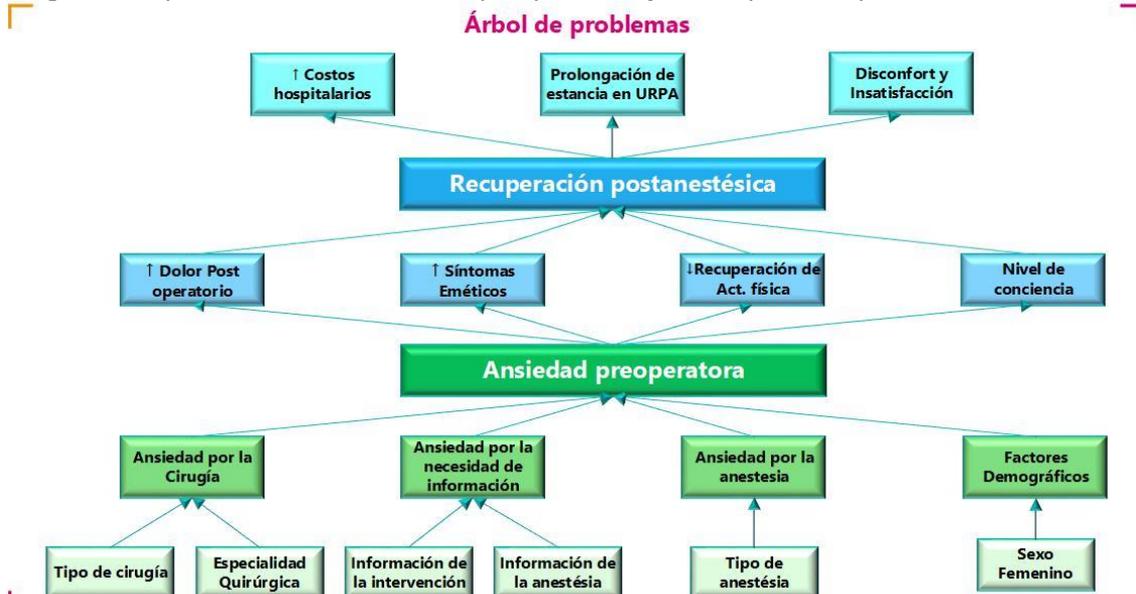
La figura 1 sintetiza las causas de la APO en el ámbito del hospital de estudio. En la figura 2 se puede observar el árbol de causa efecto de entre la APO y la RPAT.

Figura 1.
Diagrama de causas de la ansiedad preoperatoria.



Nota: Elaboración propia

Figura 2.
Diagrama de problemas de la ansiedad preoperatoria y la recuperación postanestésica.



Nota: Elaboración propia

- **Intervenciones:** La tabla 1 resumen las características de las intervenciones no farmacológicas aplicadas para la reducción de la APO.

Tabla 1
Intervenciones estudiadas para el manejo de la ansiedad preoperatoria.

Intervención	Evidencia disponible	Referencias
Estrategias de comunicación efectiva	Por ej. la entrevista estructurada y las habilidades de comunicación. Son frecuentemente empleadas por anestesiólogos. Reducen escala de ansiedad y miedo a la anestesia, se aplican mayormente en jóvenes y adultos. En un estudio de comunicación efectiva en el entorno preoperatorio de cirugías electivas, los pacientes experimentaron un menor nivel de ansiedad y una mayor satisfacción con el médico proveedor de la anestesia.	(Wang et al., 2022) (Wongkietkachorn et al., 2018) (Decar et al., 2019)
Terapia Cognitivo conductual	Es el tratamiento de referencia en los trastornos de ansiedad en general y uno de los más usados. Reduce la "catastrofización" que se asocia a Dolor postoperatorio. Mejora el autocontrol del dolor.	(Wang et al., 2022)
Intervenciones educativas con material ilustrado	La educación basada en las necesidades del paciente es más eficaz para disminuir la ansiedad y aumentar la satisfacción del paciente. Un ensayo controlado aleatorizado demostró que el uso de folletos educativos tuvo un efecto similar a la educación verbal y superior al grupo de control.	(Wang et al., 2022) (Amini et al., 2019)
Terapia de relajación con imágenes guiadas	Redujo significativamente el dolor postoperatorio y la APO en niños. Un ensayo aleatorizado triple ciego para evaluar el efecto de la terapia de relajación con imágenes guiadas sobre la APO informó que redujo significativamente la ansiedad en cirugía bariátrica. También hay estudios favorables en cirugía de cataratas. Requiere personal entrenado	(Wang et al., 2022)
Musicoterapia	Es una intervención económica, segura y no invasiva. Un estudio demostró que escuchar música favorita antes de cirugía electiva (Hernia inguinal) redujo las puntuaciones de ansiedad. la música preseleccionada causó una reducción de la ansiedad antes del parto por cesárea y el dolor postoperatorio.	(Wang et al., 2022)
Video de preparación previa a cirugía	Los Videos de preparación preoperatoria han demostrado reducir la ansiedad preoperatoria en estudios en niños. Un ensayo controlado aleatorizado entre mujeres que eran candidatas para un parto por cesárea electiva informó que la preparación con realidad virtual no redujo la APO en comparación con las técnicas de información preoperatoria estándar	(Noben et al., 2019) (Wang et al., 2022)
Hipnosis	Requiere un profesional entrenado en la materia. Los grupos de estudio en los que se ha observado reducción de la ansiedad son: Cirugía menor de mamas (Redujo la APO, aunque no redujo el dolor postoperatorio), cirugía coronaria, cirugía dental y tuvo un efecto comparable a la premedicación con midazolam en la cirugía en niños.	(Wang et al., 2022)
Masajes	Requiere un personal calificado y una camilla específica. Ha sido ensayado en cirugía de cataratas, cirugía cardiovascular y coronaria. Habitualmente se combina con Aromaterapia y musicoterapia para potenciar resultados. Los pacientes con dolor en el lugar del masaje, inmunodepresión grave, embarazo, trastorno hemorrágico, problemas dermatológicos, alergias o neuropatías no son candidatos para esta técnica y se excluyen en muchos estudios.	(Wang et al., 2022)
Aromaterapia	Se ha registrado reducción significativa de la APO en cirugía de catarata, cirugía urológica, cirugía colorrectal y colecistectomía. No está estandarizado, se utilizan diferentes métodos: Inhalado, en parche o en aceites esenciales asociados a masaje y una variedad de aromas.	(Wang et al., 2022)
Acupuntura	Un metaanálisis que incluyó 439 pacientes y 595 controles evaluó el efecto de las técnicas de acupuntura sobre la ansiedad preoperatoria demostró su superioridad estadísticamente significativa en comparación con los grupos de placebo o sin tratamiento. Requiere Personal entrenado y equipo de acupuntura (ajugas, cuencas magnéticas, etc.)	(Wang et al., 2022)
Intervenciones Religiosas	Ha presentado resultados muy variables en diferentes culturas.	(Wang et al., 2022)

Nota: Tabla de elaboración Propia

- **Priorización de intervenciones:** En la Tabla 2 se observa la *Matriz de priorización* de soluciones con los criterios que guardan relación con los hallazgos del estudio:

- **Concordancia:** Correspondencia de la alternativa de intervención con los hallazgos del problema.

- **Importancia:** Relevancia de una intervención respecto a su respaldo científico, costo efectividad, etc.
- **Factibilidad:** La disponibilidad de los requerimientos técnicos de la intervención planteada.

Cada criterio será puntuado: Alto = 5 Medio = 3 Bajo = 1

Tabla 2

Matriz de priorización de las intervenciones no farmacológicas para el manejo de la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía electiva en un hospital de Ferreñafe.

	Concordancia	Importancia	Factibilidad	Total
Estrategias de comunicación	5	5	5	15
Terapia Cognitivo conductual	5	5	5	15
Intervenciones educativas con material ilustrado	5	5	5	15
Terapia de relajación guiada por imágenes	1	5	1	7
Musicoterapia	3	5	3	11
Video de preparación previa a cirugía	1	5	1	7
Hipnosis	3	3	1	7
Masajes	3	3	1	6
Aromaterapia	3	3	1	7
Acupuntura	1	5	1	7
Intervenciones Religiosas	1	1	1	3

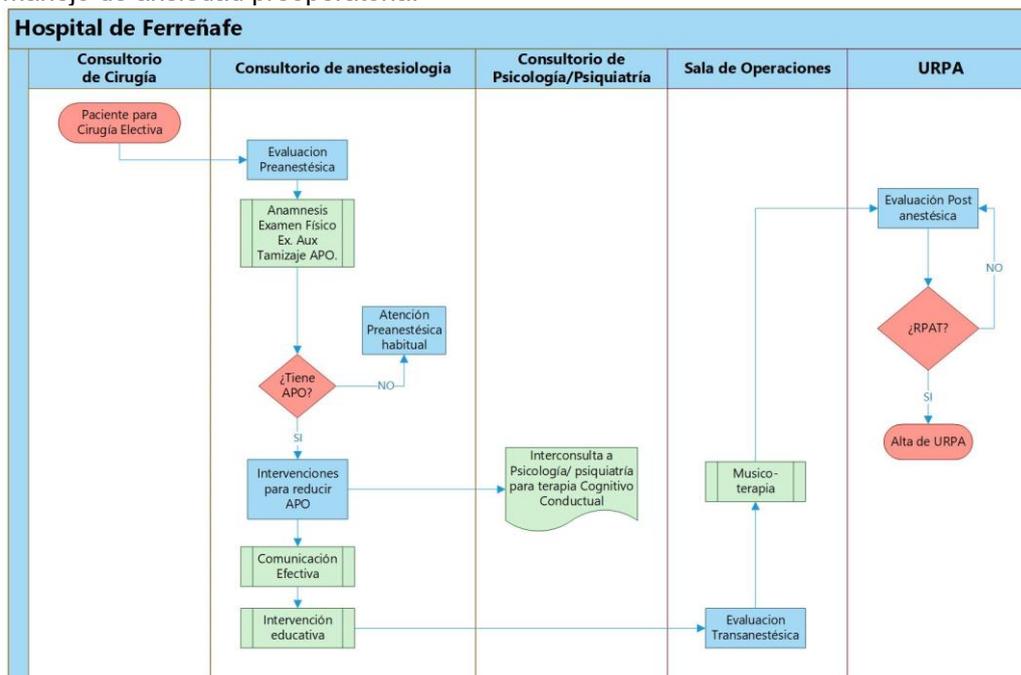
Nota: Elaboración propia.

En consecuencia, las intervenciones priorizadas fueron: Estrategias de comunicación, Terapia Cognitivo conductual, Intervenciones educativas con material ilustrado y la Musicoterapia

b. Ejecutar: Elaboración y socialización de flujograma modificado.

Figura 1.

Flujograma funcional de proceso de atención modificado por la propuesta de programa de manejo de ansiedad preoperatoria.



Nota: Elaboración propia.

El nuevo flujograma que incluye las intervenciones priorizadas será ejecutado en la atención de los pacientes de cirugía electiva.

c. Verificar:

La Tabla 3 representa los indicadores seleccionados para el seguimiento y verificación del programa de manejo de la APO.

Tabla 3.

Indicadores para verificar el programa de manejo de la APO

Indicador	Definición operativa	Meta
Indicadores de Estructura		
• Prevalencia de APO	$\frac{n^{\circ} \text{ de casos detectados de APO}}{n^{\circ} \text{ de pacientes de cirugías electivas}} \times 100$	-
• Tamizaje de APO	$\frac{n^{\circ} \text{ de tamizados para APO}}{n^{\circ} \text{ de pacientes de cirugías electivas}} \times 100$	100%
Indicadores de Proceso		
• Pacientes con atención Psicológica	$\frac{n^{\circ} \text{ de atendidos en Psicología por APO}}{n^{\circ} \text{ de casos detectados de APO}} \times 100$	80%
Indicador de resultado		
• Pacientes con RPAT adecuada	$\frac{n^{\circ} \text{ de pacientes con RPAT adecuada}}{n^{\circ} \text{ de casos detectados de APO}} \times 100$	100%

Nota: Elaboración propia

d. Actuar:

Se programaron acciones para Institucionalizar los cambios como:

- Coordinación entre los actores involucrados: Dirección del hospital, jefatura del departamento de área quirúrgica, jefaturas de servicios de cirugía, anestesiología y psicología/ psiquiatría.
- Capacitación para difusión del flujograma, los instrumentos y los indicadores a los profesionales de la salud involucrados en la atención del paciente quirúrgico.

8. Estrategias para implementación

En la Tabla 4 se presenta la matriz de estrategias y actividades de la propuesta que se han organizado también siguiendo las fases del ciclo de Deming. Este ciclo permite la mejora continua del programa y su sostenibilidad en el transcurso del tiempo.

Tabla 4

Estrategias y actividades para el manejo de la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía electiva de un hospital de la provincia de Ferreñafe

Objetivo	Estrategia	Actividades	Recursos	Responsables	Instrumento de evaluación
OE1. Planificar acciones para manejo de APO en cirugía electiva en un hospital de la provincia de Ferreñafe.	Socializar Flujograma de manejo de APO en Evaluación preoperatoria	A1. Socialización de Flujograma del programa de manejo de APO	Diapositivas. Equipo de cómputo.	Servicio de Anestesiología	Flujograma completo.
	Detectar casos de APO	A2. Tamizar la APO en todos los pacientes de Cirugía electiva	En consulta Preanestesia Escala APAIS. Registro	Servicio de Anestesiología	Registro en Historia Clínica
		A3. Registrar casos identificados			
		A4. Aplicar estrategia de comunicación efectiva	En consulta Preanestesia	Servicio de Anestesiología	Registro en Historia Clínica
OE2. Ejecutar Intervenciones para manejo de ansiedad preoperatoria	Intervenir en el manejo de la APO	A5. Aplicar intervenciones educativas con material informativo (Folletos)	En consulta Preanestesia	Servicio de Anestesiología	Registro en Historia Clínica
		A6. Terapia Psicológica Cognitivo conductual	Consultorio de psicología	Servicio de Psicología	Registro en Historia Clínica
		A7. Musicoterapia en SOP	En acto quirúrgico en SOP	Servicio de Anestesiología	Registro en Historia Clínica
	Evaluar resultados	A8. Evaluación de Recuperación Posanestésica.	En URPA Escala de White y Son.	Servicio de Anestesiología	Registro en Historia Clínica
OE3. Verificar indicadores del programa de manejo de la APO	Evaluar indicadores	A9. Informes mensuales de indicadores	Equipo de cómputo	Servicio de Anestesiología	Registro de informes
		A10. Monitorizar indicadores	Monitoreo trimestral	Equipo de Gestión	Informes
OE4. Actuar: Institucionalizar cambios	Acciones para sostenibilidad del programa	A11. Capacitar de Personal de centro quirúrgico sobre APO	01 capacitación anual	Servicio de Anestesiología	Actas
		A12. Seguimiento de pacientes Postoperados	02 consultas por año	Cirugía	Registro en Historia Clínica

NOTA: Elaboración propia.

9. Evaluación

La evaluación del cumplimiento del programa es el resultado de la valoración de la ejecución de cada una de las estrategias y las actividades diseñadas mediante sus respectivos indicadores e instrumentos de evaluación. El consolidado del cumplimiento del plan debe registrarse en la matriz de evaluación (figura 6).

Figura 6

Matriz de evaluación de estrategias y actividades para implementación de propuesta de Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía electiva de un hospital de la provincia de Ferreñafe

Estrategia	Objetivo logrado		Actividades desarrolladas		Recursos		Participación de los responsables		
	Si	No		SI	No	SI	No	SI	No
Fase 1: Fase de Planificación									
Socializar flujograma			A1						
Fase 2: Fase de Ejecución									
Detectar casos de APO			A2						
			A3						
Intervenir en el manejo de APO			A4						
			A5						
			A6						
			A7						
Evaluar los resultados postoperatorios			A8						
Fase 3: Fase de Evaluación									
Evaluar indicadores			A9						
			A10						
Fase 4: Fase de Acción									
Acciones para institucionalización del programa			A11						
			A12						

Nota: Elaboración propia

10. Referencias

- Amini, K., Alihossaini, Z., & Ghahremani, Z. (2019). Randomized Clinical Trial Comparison of the Effect of Verbal Education and Education Booklet on Preoperative Anxiety. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(2), 289-296. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.101>
- Becerra, C. (2018). Modelo Biopsicosocial: ¿Superación del reduccionismo biomédico o consigna polisémica impracticable? *Cuadernos Médico Sociales*, 58(3), Article 3.
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments*. Palgrave Pivot. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552029/>
- Decar, L. V., Conover, Z., & Misra, L. (2019). Effective Communication in the Pre-Operative Environment. *International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 09(01), Article 01. <https://doi.org/10.4236/ijohns.2020.91001>
- Eroglu, S., Eroglu, A., Aziz, V., Simar, S., & Mutlu, S. (2020). The relationship between anxiety and satisfaction level in women who had cesarean section with spinal or general anesthesia. *Medical Science and Discovery*, 7(7), 560-565. <https://doi.org/10.36472/msd.v7i7.398>
- Institute for Healthcare Improvement. (2020). *IHI weekly newsletter sign-up*. <https://forms.ihl.org/ihl-weekly-newsletter-signup-0>
- Li, L., Cheng, Z., Wang, L., Zhang, Y., Su, Y., Wang, K., Lu, X., & Wang, L. (2022). *The Effects of Preoperative Anxiety Level in Patients with Nasogastric Tube Inserted on Postoperative Quality of Recovery and Pain undergoing*

- Laparoscopic Cholecystectomy under General Anesthesia* [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1780722/v1>
- MINSA. (2020). *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS): "Perú, País Saludable"*. MINSA. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1127209-politica-nacional-multisectorial-de-salud-al-2030>
- Noben, L., Goossens, S. M. T. A., Truijens, S. E. M., van Berckel, M. M. G., Perquin, C. W., Slooter, G. D., & van Rooijen, S. J. (2019). A Virtual Reality Video to Improve Information Provision and Reduce Anxiety Before Cesarean Delivery: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 6(12), e15872. <https://doi.org/10.2196/15872>
- Ren, A., Zhang, N., Zhu, H., Zhou, K., Cao, Y., & Liu, J. (2021). Effects of Preoperative Anxiety on Postoperative Delirium in Elderly Patients Undergoing Elective Orthopedic Surgery: A Prospective Observational Cohort Study. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 549-557. <https://doi.org/10.2147/CIA.S300639>
- Wang, R., Huang, X., Wang, Y., & Akbari, M. (2022). Non-pharmacologic Approaches in Preoperative Anxiety, a Comprehensive Review. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.854673>
- Wongkietkachorn, A., Wongkietkachorn, N., & Rhunsiri, P. (2018). Preoperative Needs-Based Education to Reduce Anxiety, Increase Satisfaction, and Decrease Time Spent in Day Surgery: A Randomized Controlled Trial. *World Journal of Surgery*, 42(3), 666-674. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4207-0>

Anexo 11: Validación de propuesta por juicio de expertos.



MAESTRIA EN GESTION DE SERVICIOS DE LA SALUD



VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA POR JUICIO DE EXPERTOS –EXPERTO 1

Estimado Magister: MANUEL NARCISO REUPO VALLEJOS

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia de la Propuesta de Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe.

Las interrogantes están en función de evaluar la pertinencia científico-metodológica de la aplicación de los aportes teórico y práctico.

Datos del experto:

Profesión	Psicólogo
Grado Científico	Maestro en Psicología con Mención en Psicología Clínica
Años de Experiencia	20 años
Entidad donde labora	Gerencia Regional de Salud Lambayeque
Cargo	Coordinador Regional del Programa 1002 Violencia Contra la Mujer- Lambayeque

Datos de la investigación:

Título de la Tesis	Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe
Línea	Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria
Título de la Propuesta	Propuesta de Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe
Investigadora	Zulmy Catalina Quiñones Ríos

1. Novedad científica del programa.

Evalúa la originalidad y aportes novedosos del trabajo en el contexto de la gestión pública

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

2. Pertinencia de los fundamentos teóricos del programa.

Analiza si los fundamentos teóricos utilizados son adecuados y pertinentes para el tema de estudio.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				



MAESTRIA EN GESTION DE SERVICIOS DE LA SALUD



3. Nivel de correspondencia entre el aporte teórico y el aporte práctico de la investigación.
Mide la coherencia entre la teoría presentada y su aplicación práctica en el contexto de la gestión pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

4. Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del programa.
Evalúa si los objetivos y acciones del trabajo están claramente definidos y orientados hacia un propósito específico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

5. Posibilidades de aplicación del programa propuesto.
Examina la viabilidad y aplicabilidad del modelo, programa o estrategia en entornos reales de gestión pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

6. Significación práctica del programa
Evalúa el impacto potencial y la relevancia práctica del trabajo en el ámbito de la gestión pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

7. Concepción general del programa
Analiza la coherencia y solidez de la concepción general del modelo, programa o estrategia propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

Observaciones generales: -----


Manuel Narciso Riquipo Vallejos
PSICOLOGO - PSICOTERAPEUTA
C. Pa. P. 9963

Firma y DNI del Experto
DNI: 07537075



MAESTRIA EN GESTION DE SERVICIOS DE LA SALUD



VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA POR JUICIO DE EXPERTOS – EXPERTO 2

Estimado Magister: JAMPIER BENJAMIN RUIZ PEÑA

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia de la Propuesta de Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe.

Las interrogantes están en función de evaluar la pertinencia científico-metodológica de la aplicación de los aportes teórico y práctico.

Datos del experto:

Profesión	Psicólogo
Grado Científico	Maestro en Psicología con mención en Psicología Clínica
Años de Experiencia	7 años
Entidad donde labora	Centro de Salud Mental Comunitario de Chiclayo
Cargo	Psicólogo de la Unidad de Adulto Mayor

Datos de la investigación:

Título de la Tesis	Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe
Línea	Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria
Título de la Propuesta	Propuesta de Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe
Investigador(a)	Zulmy Catalina Quiñones Ríos

1. Novedad científica del programa.

Evalúa la originalidad y aportes novedosos del trabajo en el contexto de la gestión pública

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

2. Pertinencia de los fundamentos teóricos del programa

Analiza si los fundamentos teóricos utilizados son adecuados y pertinentes para el tema de estudio.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				



MAESTRIA EN GESTION DE SERVICIOS DE LA SALUD



3. Nivel de correspondencia entre el aporte teórico y el aporte práctico de la investigación.
Mide la coherencia entre la teoría presentada y su aplicación práctica en el contexto de la gestión pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

4. Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del programa
Evalúa si los objetivos y acciones del trabajo están claramente definidos y orientados hacia un propósito específico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

5. Posibilidades de aplicación del programa propuesto.
Examina la viabilidad y aplicabilidad del modelo, programa o estrategia en entornos reales de gestión pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

6. Significación práctica del programa
Evalúa el impacto potencial y la relevancia práctica del trabajo en el ámbito de la gestión pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

7. Concepción general del programa
Analiza la coherencia y solidez de la concepción general del modelo, programa o estrategia propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

Observaciones generales: -----

Mg. Ps. Ruiz Peña Jampier E.
Cod. Ps. 28877

Firma y DNI del Experto
DNI N° 47817828



MAESTRIA EN GESTION DE SERVICIOS DE LA SALUD



VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA POR JUICIO DE EXPERTOS – EXPERTO 3

Estimado Magister: LUIS MARTIN LA MADRID BENITES

Ha sido seleccionado en calidad de experto con el objetivo de valorar la pertinencia de la Propuesta de Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe.

Las interrogantes están en función de evaluar la pertinencia científico-metodológica de la aplicación de los aportes teórico y práctico.

Datos del experto:

Profesión	Médico Anestesiólogo
Grado Científico	Magister en Gestión de los Servicios de la Salud
Años de Experiencia	12 años
Entidad donde labora	Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo
Cargo	Médico Anestesiólogo

Datos de la investigación:

Título de la Tesis	Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe
Línea	Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria
Título de la Propuesta	Propuesta de Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe
Investigador(a)	Zulmy Catalina Quiñones Ríos

1. Novedad científica del programa.

Evalúa la originalidad y aportes novedosos del trabajo en el contexto de la gestión pública

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

2. Pertinencia de los fundamentos teóricos del programa.

Analiza si los fundamentos teóricos utilizados son adecuados y pertinentes para el tema de estudio.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

3. Nivel de correspondencia entre el aporte teórico y el aporte práctico de la investigación.



MAESTRIA EN GESTION DE SERVICIOS DE LA SALUD



Mide la coherencia entre la teoría presentada y su aplicación práctica en el contexto de la gestión pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

4. Claridad en la finalidad de cada una de las acciones del programa.

Evalúa si los objetivos y acciones del trabajo están claramente definidos y orientados hacia un propósito específico.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

5. Posibilidades de aplicación del programa propuesto.

Examina la viabilidad y aplicabilidad del modelo, programa o estrategia en entornos reales de gestión pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

6. Significación práctica del programa

Evalúa el impacto potencial y la relevancia práctica del trabajo en el ámbito de la gestión pública.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

7. Concepción general del programa

Analiza la coherencia y solidez de la concepción general del modelo, programa o estrategia propuesto.

Muy Adecuada (5)	Bastante Adecuada (4)	Adecuada (3)	Poco Adecuada (2)	No Adecuada (1)
x				

Observaciones generales: -----

Dr. Luis Martín Comandré Berri
MESTRA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
CNP 59077 - RNE 43549

Firma y DNI del Experto
DNI: 44090570



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, SANTISTEBAN SALAZAR NELSON CESAR, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - CHICLAYO, asesor de Tesis titulada: "Programa de manejo de la ansiedad preoperatoria para la recuperación posanestésica de cirugías electivas en un hospital de Ferreñafe", cuyo autor es QUIÑONES RIOS ZULMY CATALINA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 10.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

CHICLAYO, 02 de Enero del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
SANTISTEBAN SALAZAR NELSON CESAR DNI: 16681155 ORCID: 0000-0003-0092-5495	Firmado electrónicamente por: NSANTISTEBANS el 13-01-2024 18:50:48

Código documento Trilce: TRI - 0715151