



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Programa Académico Especialidad de Enfermería

Tesina
Nivel de Ansiedad Preoperatoria en Adultos
Programados para Colectomía

Tesina presentada para obtener el grado de:
Enfermera Especialista con Opción Terminal en:
Médico Quirúrgica

Presenta:
L.E Daniel Apolonio Tapia

Junio, 2020.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Programa Académico Especialidad de Enfermería

Tesina
Nivel de Ansiedad Preoperatoria en adultos
Programados para Colectomía

Tesina presentada para obtener el grado de:
Enfermero Especialista con Opción Terminal en:
Médico Quirúrgica

Presenta:
L.E Daniel Apolonio Tapia

Director de Tesina:
MCE Inés Tenahua Quitl

Junio, 2020.

Tesina: Nivel de Ansiedad Preoperatoria en Adultos Programados para Colecistectomía
Número de registro académico: SIEP/EEP/024/20

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE. Inés Tenahua Quitl
Presidente

ME. Alejandro Torres Reyes
Secretario

ME. Noé Xicali Morales
Vocal

MCE. Maria Luz de Avila Arroyo
Vocal

MCE. Inés Tenahua Quitl
Directora de Tesina

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado

Agradecimientos

Mediante estas líneas, quiero agradecer a todas las personas que se han involucrado e hicieron posible este trabajo de investigación, y me han acompañado durante este trayecto del camino que aún no termina, gracias por cada uno de los momentos de alegría y de dificultad, por ello un reconocimiento especial.

A la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado (SIEP) por las facilidades otorgadas para el desarrollo de esta tesina.

Doctor Javier Báez Hernández, siempre atento y dando un espacio para apoyarme en cada duda que tenía, desde que inicié hasta el último momento de este proceso.

Maestra Adriana Rosalía González Hernández, nuestra coordinadora del posgrado, por su apoyo y atenciones para que nuestra estancia fuera la mejor.

A mi directora de tesina, maestra Inés Tenahua Quitl, siempre pendiente, atenta, con mucho entusiasmo en cada asesoría, por sus consejos y palabras de apoyo en los momentos de dificultad.

A los maestros revisores e integrantes del jurado, maestra María de la Luz Ávila Arroyo, maestros Alejandro Torres Reyes y Noé Xicali Morales, por sus valiosas observaciones y aportaciones para la mejora de la presente.

Maestra Araceli García López por su amabilidad, comprensión, enseñanzas, amor a la profesión y consejos desde el primer día.

Maestra Rosa María Galicia Aguilar, por su disciplina, su carácter, la pasión y entrega en cada una de sus clases en el aula y el laboratorio.

Maestra Giovannella Arisvette Peralta de la Fuente, mi supervisora de práctica clínica, por todas las enseñanzas y atenciones brindadas.

Mis compañeros de la especialidad, por ser parte de este capítulo estudiantil, gracias.

Dedicatorias

A mis padres, señora Esther Tapia y señor Eliseo Apolonio soy afortunado de tenerlos en cada momento, siempre con el calor de su compañía en la distancia, preocupados por mí a pesar de mi independencia. Y recibirme con sus brazos abiertos cuando llego a casa, su amor es único.

A mis hermanos, que trato de ser el mejor ejemplo, y quiero siempre lo mejor para ustedes;

Gabriel, Héctor, Brenda y Ángel.

A Donald, por ser el apoyo en los momentos que siento caer, y ser testigo de éste capítulo en mi vida.

A Miriam, que son años de apoyo y me entiendes en cada paso que doy, Ingrid por tu amistad tan bella que gracias a Miri, hoy presumo de tenerte.

Resumen

Candidato para el Grado de	Enfermero Especialista con Opción Terminal en: Médico Quirúrgica
Fecha de Graduación	Junio 2020
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de las Tesina	Protocolo de Investigación: Nivel de Ansiedad Preoperatoria en Adultos programados para Colectectomía.
Número de páginas	21
LGAC	Cuidado Basado en la Evidencia

Introducción: La ansiedad preoperatoria se define como "un estado desagradable de inquietud o tensión que es secundario a un paciente que está preocupado por una enfermedad, hospitalización, anestesia y cirugía, o lo desconocido". A nivel fisiológico, en los pacientes preoperatorios, trae consigo aumento de la actividad cardiovascular, de la presión arterial, de la tasa de consumo de oxígeno tisular, taquicardia vasoconstricción periférica, diaforesis palmar, dilatación pupilar, reducción de las funciones digestivas, entre otros

Objetivo: Identificar la ansiedad preoperatoria en adultos de 18 a 59 años programados para colecistectomía en un hospital de segundo nivel del estado de Puebla.

Metodología: será un estudio descriptivo-transversal y se aplicará la escala de ansiedad preoperatoria e información de Ámsterdam para la medir la variable de ansiedad. La población serán adultos de 18 a 59 años. El análisis estadístico se llevará cabo mediante el programa SPSS versión 22.0, se obtendrá el índice de confiabilidad alfa de Cronbach, se usará estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión, así como el Chi-Cuadrado, los resultados serán presentados por medio de tablas y gráficas. Se basará en la Ley General de Salud en materia de investigación para la ética del estudio.

Palabras Clave: ansiedad, preoperatorio, colecistectomía, laparoscópica, colecistitis.

Firma del Director de Tesina: MCE. Inés Tenahua Quitl

Tabla de Contenido

	Pág
Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco Referencial	3
1.2.1 Definición de términos	9
1.3 Estudios Relacionados	10
1.4 Objetivo General	11
1.4.1 Objetivos específicos	11
Capítulo II	12
Metodología	12
2.1 Diseño del Estudio	12
2.2 Población	12
2.3 Criterios de Selección	12
2.3.1 Criterios de inclusión.	12
2.3.2 Criterios de exclusión.	12
2.3.3 Criterios de eliminación.	12
2.4 Muestra y Muestreo	12
2.5 Instrumento de Recolección de Datos	13
2.6 Procedimiento de Recolección de Datos	14
2.7 Estrategias de Análisis	14
2.8 Ética del Estudio	14

Referencias	16
Apéndices	19
A. Hoja Consentimiento Informado	19
B. Cédula de Datos Generales del Adulto	20
C. Escala de Valoración Preoperatoria e Información de Amsterdam	21

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

Las enfermedades vesiculares son motivo de intervención quirúrgica frecuente, ya que ocupan una de las primeras causas de morbilidad hospitalaria, su incidencia aumenta con la edad y revela mayor prevalencia entre los 50 y 60 años, donde el 20% de las mujeres lo padecen y tan sólo un 5% de hombres se ven afectados (Estepa, Santana y Torres, 2015).

En el área de la cirugía, la colecistitis es una afección común, tan sólo en Estados Unidos existen más de 20 millones de personas que la padecen y cada año se realizan alrededor de 300, 000 cirugías por esta enfermedad ya que el tratamiento de elección es el quirúrgico, con dos opciones de intervención, la técnica convencional o abierta a través de una incisión subcostal derecha y la laparoscópica donde el abordaje se realiza a través de tres pequeñas o incisiones o puertos y con rápida recuperación en comparación con la técnica ya mencionada (Estepa, et al, 2015).

Por su parte, en México el procedimiento laparoscópico más común es la colecistectomía y en segundo lugar la apendicectomía. De acuerdo con datos de la Dirección General en Información en Salud (DGIS), se reporta un total de 22,921 tan sólo de colecistectomía laparoscópica (Chávez-Saavedra et al, 2019).

Con lo anterior el acto quirúrgico, se considera como un factor que genera ansiedad preoperatoria en el paciente por los riesgos que representa someterse a una cirugía, pues se asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, alta vulnerabilidad a las infecciones, por lo que se incrementa la estadía hospitalaria, además de niveles de dolor postoperatorio elevados, considerada como una reacción compleja que afronta el paciente frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos; esto incluye componentes psíquicos,

conductuales y fisiológicos, entre los que destacan; taquicardia, hiperventilación, temblor, sudoración, alteraciones vasomotoras, sensaciones de debilidad, entre otros síntomas que en lugar de beneficiar al paciente los perjudica en su estado de recuperación posoperatoria (Delgadillo, 2016).

De ahí la importancia de abordar la ansiedad preoperatoria en donde se evidencia que los pacientes presentan altos niveles, siendo con mayor prevalencia para el sexo femenino o en aquellas personas que era la primera vez que fueron sometidos a una cirugía (Celik y Edipoglu, 2018; Kanwal, Asghar, Ashraf y Qados, 2018). Otros autores evidencian que las personas sometidas a cirugía tenían un nivel moderado y bajo en relación a la ansiedad (Quintero, Yasnó, Riveros, Castillo y Borrás, 2017; Rodríguez, Mayo, Fanning y Coronado, 2016). Cabe mencionar que la necesidad de información sobre la cirugía y la anestesia es fundamental para el paciente en el proceso perioperatorio, ya que los pacientes que necesitaban más información sobre el procedimiento quirúrgico presentaban niveles de ansiedad mayores (Doñate, Litago, Mongoe y Martínez, 2015).

Con base en la evidencia científica revisada, se conocen que la cirugía ejerce efectos fisiológicos, psíquicos y conductuales en el paciente que será sometido a cualquier intervención quirúrgica, mismo que puede llevarlo a complicaciones, de tal manera que es necesario que el especialista en enfermería quirúrgica, cuente con las bases científicas de conocimiento para resolver las situaciones que demanda un paciente próximo a un procedimiento quirúrgico durante el periodo perioperatorio, siendo de vital importancia que identifique la ansiedad, para planear y ejecutar actividades de enfermería enfocadas en la solución de éstas necesidades, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de ansiedad preoperatoria que presentan los pacientes adultos de 18 a 59

años programados para colecistectomía en un hospital de segundo nivel de atención del estado de Puebla?

1.2 Marco Referencial

En este apartado se describirá a modo de síntesis la anatomía, fisiología de la vesícula biliar, así como la fisiopatología y el tratamiento, tanto médico como quirúrgico, posteriormente los conceptos de ansiedad y ansiedad preoperatoria.

Anatomía.

La vesícula biliar es un saco, de 7 a 10 cm de largo, con una capacidad promedio de 30 a 50 ml. Cuando hay una obstrucción, se distiende en grado notable y contiene hasta 300 ml. Su ubicación está en la superficie inferior del hígado. Se divide en cuatro áreas anatómicas: fondo, cuerpo, infundíbulo y cuello. El fondo es el extremo ciego y redondeado que se extiende, en condiciones normales, 1 a 2 cm más allá del borde del hígado. El cuerpo, es el área de almacenamiento, se proyecta desde el fondo y se ahusa hacia el cuello, que se conecta con el conducto cístico. El cuello se encuentra en la parte más profunda de la fosa de la vesícula biliar, tiene una curvatura discreta, cuya convexidad puede estar crecida para formar el infundíbulo o bolsa de Hartmann (Brunicardi et al., 2015).

Fisiología.

El hígado produce bilis en forma continua, que drena a través de los conductos biliares hepático y colédoco al duodeno. Cuando el intestino delgado se vacía de alimentos, el esfínter del ámpula (esfínter de Oddi) del extremo distal del colédoco se cierra, y la bilis es forzada a ascender al conducto cístico y a continuación a la vesícula biliar para su almacenamiento.

Cuando la vesícula biliar se llena con bilis, se expande y adquiere el tamaño y la forma de una pera pequeña. La bilis es un líquido verde amarillento que contiene sales biliares, bilirrubina, colesterol y otros compuestos, como ya se explicó. La contracción de la

capa muscular de la vesícula biliar expulsa bilis a través del conducto cístico hacia el colédoco, el cual conduce la bilis hacia el duodeno (Fox, 2016).

Colecistitis.

Las enfermedades de la vesícula biliar engloban distintas patogenias, las más comunes son los cálculos biliares que conllevan a colelitiasis o litiasis vesicular, se forman por composición anormal de la bilis, a su vez, se dividen en cálculos de colesterol y pigmento, sus complicaciones exigen colecistectomía. Por su parte, la colecistitis aguda se refiere a la inflamación de la pared vesicular que suele presentarse tras la obstrucción del conducto cístico por un cálculo, dicha respuesta inflamatoria puede desencadenarse por tres factores; 1) inflamación mecánica, 2) inflamación química y 3) inflamación bacteriana. Así, la colecistitis crónica es la inflamación crónica de la pared vesicular y se asocia casi siempre a la presencia de cálculos en la vesícula y se considera una consecuencia de episodios repetidos de colecistitis aguda (Greenberger y Paumgartner, 2018).

Síntomas y signos.

Se caracteriza por aparición de dolor constante localizado en el epigastrio o cuadrante superior derecho, que puede remitir de manera gradual en un lapso de 12 a 18 horas, provocada por una comida abundante o grasosa; Cerca de 75% de los pacientes hay vómito y en la mitad de los casos proporciona alivio, la fiebre es habitual. Casi siempre se observa hipersensibilidad abdominal en el cuadrante superior derecho (muchas veces con signo de Murphy o inhibición de la inspiración por dolor a la palpación profunda del cuadrante superior derecho) y se acompaña de resistencia muscular involuntaria y dolor de rebote. Alrededor de 15% de los enfermos se palpa la vesícula biliar (Friedman, 2017).

Tratamiento médico.

El manejo de la colecistitis requiere de ingreso hospitalario, reposo en cama, dieta absoluta, fluidoterapia, antibioticoterapia y analgesia, así como la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que como efecto colateral pueden alterar la historia natural de la enfermedad además de aliviar el dolor (Pérez y Ocaña, 2018). Los AINE (como diclofenaco, 50 a 75 mg vía intramuscular) puede ayudar a aliviar el cólico vesicular. El ácido ursodesoxicólico es una sal biliar que se administra por vía oral hasta dos años a fin de disolver algunos cálculos de colesterol y puede considerarse de manera ocasional en pacientes seleccionados que se rehúsan a la colecistectomía (Friedman, 2017).

La dosis es de 8 a 13 mg/kg en dosis divididas todos los días. Son más eficaces en pacientes con vesícula biliar funcional, determinada por la observación de esta última en la colecistografía oral y múltiples cálculos biliares pequeños “flotantes” (que representan no más de 15% de los casos de cálculos biliares). En la mitad de los pacientes los cálculos biliares reaparecen en el transcurso de cinco años tras interrumpir el tratamiento (Friedman, 2017).

Tratamiento quirúrgico.

La colecistectomía o extracción de la vesícula biliar, es el tratamiento de elección, con dos tipos de intervención, la primera es la técnica abierta, la segunda resulta ser más efectiva, es por laparoscopia. Es el procedimiento abdominal mayor más realizado en países occidentales (Pérez y Ocaña, 2018). La primera colecistectomía abierta fue realizada en 1982, fue por años el tratamiento único para la resolución de problemas en la vesícula biliar, considerado un tratamiento seguro y eficaz para las colecistitis aguda y crónica. Posteriormente se introdujo en Francia la colecistectomía laparoscópica revolucionando el

tratamiento de los cálculos biliares, siendo en la actualidad, el tratamiento de elección de los cálculos biliares sintomáticos (Brunicardi et al., 2015).

Colecistectomía técnica abierta.

Se puede realizar a través de una incisión en la línea media superior o subcostal derecha (tipo Kocher). Con la tracción lateral en el cuello de la vesícula, el peritoneo que cubre el triángulo de Calot se incide, y el conducto cístico se identifica y se liga de manera distal. El conducto cístico se liga proximalmente y se secciona. Del mismo modo, la arteria cística se liga y se divide, después de haberla identificado desde la vesícula biliar. Si la anatomía no puede identificarse, la vesícula biliar debe disecarse desde el fondo hacia abajo, hacia el cuello de la vesícula biliar, por lo que hace que la anatomía ductal y vascular sea más fácil de identificar (Brunicardi et al., 2015).

Procedimiento:

1. Se ingresa en el abdomen a través de una incisión mediana superior o subcostal derecha.
2. Se separa el hígado y se expone la vesícula.
3. Se toma la vesícula para separación y manipulación.
4. Se drena la bilis de la vesícula.
5. Se identifican y se aíslan los conductos biliares.
6. Se liga la arteria cística.
7. Se pinza el conducto cístico.
8. Se moviliza la vesícula del lecho hepático.
9. Se realiza la colangiografía.
10. Se extraen los cálculos.
11. Puede introducirse un tubo en T.
12. Se cierra la herida.

Colecistectomía técnica laparoscópica.

Es el tratamiento más indicado para la vesiculopatía sintomática. La persona puede regresar a su hogar en término de 24 h de haber realizado tal técnica y reanudar sus labores en unos días (en vez de semanas, como ocurre después de colecistectomía abierta). Dicho procedimiento por lo común se realiza en forma ambulatoria y es adecuado para casi todos los pacientes, incluso los que tienen colecistitis aguda. En 2 a 8% de los casos a veces se necesita la conversión a colecistectomía abierta habitual (Friedman, 2017).

Procedimiento:

1. Se establece el neumoperitoneo (la insuflación de la cavidad abdominal con el gas de dióxido de carbono o CO₂) y se introduce los trocares en el abdomen.
2. Se tracciona de la vesícula con un gráspen.
3. Se disecan el conducto cístico, la arteria cística y el colédoco.
4. Se ocluyen el conducto cístico y la arteria cística.

Coledocoscopia intraoperatoria

5. Se realiza una incisión en el conducto cístico.
6. Se dilata el conducto cístico.
7. Se introduce un coledocospio o un uretroscopio y se retiran los cálculos con una canastilla especial.
8. Se toma un nuevo conjunto de radiografías.

Finalización de la colecistectomía

9. Se disecciona la vesícula desde la cara inferior del hígado con electrobisturí, el gancho de Hook o con tijeras.
10. Se usa un gráspen para retirar la vesícula del abdomen a través del trocar de 10 mm.
11. Se irriga la cavidad abdominal.

12. Puede introducirse un tubo en T para tener un drenaje posoperatorio continuo.
13. Se cierran las heridas de los trocares.
14. Si se colocó, se fija el tubo en T a una bolsa de drenaje.

Ansiedad.

La palabra ansiedad viene del latín *anxietas*, *anxietatis*, cualidad o estado del adjetivo latino *anxius* (angustiado, ansioso). Este adjetivo se relaciona con el verbo *angere* (estrechar, oprimir), de cuya raíz también provienen otras palabras de origen latino como *ansia*, *angina*, *angosto*, *angustia* y *congoja*. Parece que toda remonta a una raíz indoeuropea *-angh-* que significa estrecho o doloroso (Delgadillo, 2016).

En términos generales, la ansiedad es una condición emocional transitoria, consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, temor y elevación del sistema nervioso autónomo. La medicación ansiolítica puede mejorar significativamente la satisfacción del paciente al disminuir los niveles de percepción de malestar y contribuye a mejorar la seguridad al reducir los episodios vasovagales (Hernández, López y Guzmán, 2016).

Ansiedad preoperatoria.

Se define como "un estado desagradable de inquietud o tensión que es secundario a un paciente que está preocupado por una enfermedad, hospitalización, anestesia y cirugía, o lo desconocido" (Stamenkovic et al., 2018).

A nivel fisiológico, en los pacientes preoperatorios, trae consigo aumento de la actividad cardiovascular, taquicardia, aumento de la presión arterial, de la tasa de consumo de oxígeno tisular, vasoconstricción periférica, diaforesis palmar, dilatación pupilar, reducción de las funciones digestivas, entre otros. Como resultado de ello, es habitual encontrar signos de inestabilidad cardiorrespiratoria durante la inducción, mayor probabilidad de sangrado y complicaciones tales como mayor vulnerabilidad a las

infecciones, mayor estancia hospitalaria, pobre control del dolor y mayor consumo de opioides y otros analgésicos, así como también mayor riesgo para desarrollar dolor crónico postoperatorio (Cardozo et al., 2016).

1.2.1 Definición de términos.

La ansiedad preoperatoria se clasificará en ansiedad baja, moderada y alta. Se medirá a través de la Escala de Ansiedad Preoperatoria e Información de Ámsterdam (APAIS).

Edad: es el número de años transcurridos entre la fecha de nacimiento de la persona hasta el momento actual. La cual se medirá en años cumplidos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019 [INEGI], 2019).

Género: Se refiere a los atributos que social, histórica, cultural, económica, política y geográficamente, entre otros, han sido asignados a los hombres y a las mujeres. (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], 2016). Se clasificará como masculino y femenino.

Estado civil: Condición de la población de 12 y más años, hasta la semana de referencia en relación con los derechos y obligaciones legales o de costumbre del país (INEGI, 2019). Se clasificará en soltero, casado, unión libre y divorciado.

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. La cual puede ser analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura.

Antecedentes quirúrgicos: se refiere a todos aquellos procedimientos quirúrgicos o cirugías previas, ya sea ambulatoria, menor o mayor. Estas variables se medirán a través de la cédula de datos generales del adulto.

1.3 Estudios Relacionados

Celik y Edipoglu (2018) bajo un estudio de cohorte-descriptivo, cuyo objetivo fue identificar las causas de la ansiedad preoperatoria en 499 pacientes, evidenciaron que las puntuaciones de ansiedad de las personas de estudio oscilaron entre 4 y 20 puntos, con una media de 6.75, respecto a la puntuación para la necesidad de información fueron entre 2 y 10 con una media aritmética de 7.75, respecto a APAIS.

Kanwal et al (2018) ejecutaron un estudio trasversal multicéntrico, para demostrar la prevalencia y factores que causan ansiedad preoperatoria. Para la muestra se seleccionaron 363 pacientes. Utilizaron la escala analógica visual (VAS) para medir la ansiedad donde un puntaje de ≥ 45 puntos se consideraron como ansiedad alta. En los resultados encontraron que 228 (62,8%) pacientes tuvieron una puntuación de ansiedad preoperatoria > 45 . Además, hubo una correlación significativa ($X^2= 0,005$) entre el género femenino y la ansiedad preoperatoria.

Quintero et al (2017) en un estudio descriptivo, midieron el estado de ansiedad preoperatoria. Se aplicó la escala de ansiedad de Beck en una muestra de 21 adultos con edad de entre los 23 y los 93 años. Los pacientes intervenidos arrojaron el siguiente grado de ansiedad: 33.83% leve; 52.38% moderada, y 14.28% fue grave; ninguno presentó ansiedad mínima. Los hombres presentaron con mayor frecuencia niveles altos de ansiedad ($p=0,3458$). Los pacientes que presentaron un antecedente quirúrgico previo al procedimiento tuvieron menores grados de ansiedad ($p=0,0071$).

Rodríguez et al (2016) en su investigación cuantitativa correlacional determinaron los factores asociados a la ansiedad del paciente en el preoperatorio. Con una muestra de 80 personas, obtuvieron que 60% de los pacientes tienen ansiedad, solo 5% alcanzó un nivel alto, 25% medio y 30% bajo.

Cardozo, Betancourt, Medina y Sirit (2016) llevaron a cabo un estudio descriptivo y transversal, para medir el nivel de ansiedad de los pacientes durante la evaluación preanestésica. Con una muestra de 125 pacientes entre 18 y 65 años. Emplearon la escala APAIS. Ellos evidenciaron que los pacientes presentaron en un 64.5%, ansiedad leve, 17.1% moderada y 1.3% severa.

Hernández et al (2015) implementaron un estudio transversal y descriptivo, donde evaluaron el grado de ansiedad e información preoperatoria en 100 participantes con edad promedio de 43 años. Se utilizó la escala APAIS. Hallaron que el 25% de los pacientes estuvieron ansiosos por la anestesia y la cirugía con puntuaciones mayores o iguales a 11 y recibieron medicación ansiolítica. El 40% necesitaron más información relacionada con la anestesia y la cirugía.

Doñate et al (2015) efectuaron un estudio descriptivo y transversal. Estableciendo la relación entre el grado de información del procedimiento quirúrgico y el nivel de ansiedad preoperatoria en 99 pacientes. Según la escala APAIS (ansiedad-información), la puntuación media respecto a la variable ansiedad fue de 11,61 y respecto a la necesidad de información recibida antes de entrar al quirófano de 4,86. Cuando los pacientes creen necesitar más información, el 76,6% presentaban ansiedad ($p = 0,014$).

1.4 Objetivo General

Identificar la ansiedad preoperatoria en adultos de 18 a 59 años programados para colecistectomía en un hospital de segundo nivel del estado de Puebla.

1.4.1 Objetivo específico

Determinar la ansiedad preoperatoria por género en adultos de 18 a 59 años programados para colecistectomía en un hospital de segundo nivel del estado de Puebla.

Capítulo II

Metodología

2.1 Diseño del Estudio

El tipo de estudio será descriptivo, ya que sólo se busca describir el fenómeno como se presenta y transversal porque sólo se medirá una vez la variable en un tiempo determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2.2 Población

La población de estudio serán hombres y mujeres de 18 a 59 años, programados para colecistectomía abierta o laparoscópica de un hospital de segundo nivel en el estado de Puebla.

2.3 Criterios de Selección

2.3.1 Criterios de inclusión.

Adultos de 18 a 59 años, se encuentren programados para colecistectomía abierta o laparoscópica, bajo la firma de su hoja de consentimiento informado.

2.3.2 Criterios de exclusión.

Adultos que se encuentren por debajo o encima del rango de edad, padezcan una patología concomitante como diabetes tipo 2 o hipertensión arterial y en el caso de la población femenina cursen embarazo.

2.3.3 Criterios de eliminación.

Serán eliminados las encuestas incompletas o mal requisitadas.

2.4 Muestra y muestreo

La muestra estará conformada por pacientes adultos que se encuentren programados para colecistectomía, durante los meses enero-marzo del 2020. El muestreo será no probabilístico a conveniencia.

2.5 Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos, se usará una Cédula de Datos Generales del el Adulto de 18 a 59 años, consta de dos apartados, el primero hace referencia a la edad, género, escolaridad y el estado civil. El segundo aborda antecedentes quirúrgicos entre ellos el tipo de cirugía y anestesia.

Para la variable de estudio se utilizará la Escala de Ansiedad Preoperatoria e Información de Ámsterdam (APAIS) diseñada por (Moerman, et al, 1996). El cuestionario original fue validado en una muestra de 320 pacientes sometidos a diferentes procedimientos quirúrgicos de cirugía. Las propiedades psicométricas de la escala demostraron una consistencia interna aceptable con un valor Alfa de Cronbach $> 0,70$ (Zemła et al., 2019).

Comprende seis ítems, de los cuales cuatro se relacionan con la medición general de la ansiedad preoperatoria: De estos dos corresponde con la anestesia (ítems 1-2), mientras que los otros dos se refieren a la cirugía (ítems 4-5). Los otros dos ítems restantes (3-6) evalúan la necesidad del paciente de información relacionada con la anestesia y la cirugía. Las opciones de respuesta son tipo Likert que van de 1 a 5, donde 1 es nada, 2 ligeramente, 3 moderado, 4 mucho y 5 extremadamente. Se divide en dos subescalas en lo que respecta a la ansiedad preoperatoria el puntaje mínimo es 4 y el máximo 20, en lo que corresponde a la necesidad de la información la puntuación mínima es 2 y máxima de 10. Cuantos más altos son los puntajes, más intensa es la ansiedad preoperatoria y la necesidad de información (Zemla et al., 2019).

Para su interpretación, tiene los siguientes puntos de cohorte: Una puntuación de cuatro es igual a paciente no ansioso; ansiedad baja con puntaje de cinco a doce, y moderada de trece a diecinueve puntos, mientras que la obtención de veinte puntos indica

nivel alto de ansiedad. De acuerdo con la subescala de necesidad de información, el puntaje total va de dos a 10, y para determinar si el paciente requiere información adicional el punto de cohorte es de seis a diez (Cardozo et al., 2016).

2.6 Procedimiento de Recolección de Datos

Para la recolección de datos inicialmente la investigación se someterá a revisión por el Comité Tutorial asignado por la Secretaría de Investigación y Posgrado. Posteriormente se acudirá a la institución de salud para su autorización y aprobación. Después se identificarán los pacientes en el área de recuperación a los cuales se les explicará el objetivo del estudio, si acepta participar, se les entregará el consentimiento informado, el cual deberán firmar, posterior a esto el investigador leerá la cédula y el instrumento para así recibir las respuestas del paciente y anotarlas según corresponda. Para finalizar dará las gracias al participante.

2.7 Estrategias de Análisis

Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 22.0. Se obtendrá el índice de confiabilidad alfa de Cronbach del instrumento y para dar respuesta al objetivo general de la investigación se usará la estadística descriptiva, medidas de tendencia central (media, mediana,) y dispersión (desviación estándar) así como frecuencias y porcentajes. Para el objetivo específico, se considerará una prueba del Chi cuadrado. La presentación de los resultados será por medio de tablas y gráficas.

2.8 Ética del Estudio

Para la elaboración de la presente investigación se considerará en lo dispuesto por el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2109). Título Segundo, Capítulo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, retomando los artículos 13 y 14 haciendo

mención que prevalecerá el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, en toda investigación donde el ser humano sea sujeto de estudio. Siempre adaptándose a los principios científicos y éticos que justifiquen dicha investigación, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud.

Con sustento en el artículo 17, éste estudio se adapta a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica y se considera una investigación sin riesgo, ya que es un estudio que empleará técnicas y métodos de investigación documental, por lo que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los adultos que participarán en el estudio. Además, se entrevistará a cada individuo bajo la aceptación de forma oral y la firma de su consentimiento informado conforme a los artículos 21 y 22, especificando de manera clara y completa, formulado por escrito, resaltando en el mismo el anonimato, respeto, confidencialidad y fines de la investigación.

Referencias bibliográficas

Brunicardi, F. C., Andersen, D. K., Billiar, T. R., Dunn, D. L., Hunter, JG., Jeffrey B. M., y Pollock, RE. (2015). Principios de cirugía, 10e. McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V. Recuperado en:

<https://www.proxydgb.buap.mx:3621/book.aspx?bookid=1513>

Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión (29 de noviembre de 2019). Ley General de Salud. *Última reforma publicada DOF 29-22-2019*. Ciudad de México. Recuperado en:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

Cardozo, R., Betancourt, L., Medina, y M, Sirit, I. (2016). Niveles de ansiedad en pacientes durante la evaluación preanestésica para cirugía electiva. Valencia, Venezuela.

Dianet.73. Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6833226>

Celik, F., y Edipoglu, I. S. (2018). Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *European Journal of Medical Research*, 23(1), 41.

Recuperado de: <https://www.proxydgb.buap.mx:2168/10.1186/s40001-018-0339-4>

Chávez, G., Lara, E., Hidalgo, C., & Romero, G. J. (2019). Experiencia en procedimientos laparoscópicos en México durante 2015: ¿dónde estamos?. *Revista Cirugía y Cirujanos* 2019; 87 (3) (2015).

Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87269>

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED] (2016). Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. Recuperado en:

https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf

Delgadillo, G. L. (2016). Nivel de ansiedad del paciente en el prequirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena

Ayacucho – 2016. Trabajo de Investigación (Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado. Recuperado de:

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5800>

Doñate, M., M., Litago, C., A, Monge. S, Y., y Martínez, S, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Revista Enfermería Global*, 14(37), 170-180. Recuperado de:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100008&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100008&lng=es&tlng=es)

Estepa, P. J., Santana, P. T, y Estepa, T. J. (2015). Colectectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. *MediSur*, 13(1), 16-24.

Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000100004

Fox, S.I. (2016). Fisiología Humana. McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V., 14e. Recuperado de:

<https://www.proxydgb.buap.mx:3621/book.aspx?bookid=2163>

Greenberger y Paumgartner. (2018). Enfermedades de la vesícula biliar y las vías biliares. *M&N Medical Solutrad*, S.A. de C.V. Harrison Principios de Medicina Interna, 20e. Recuperado en:

<https://www.proxydgb.buap.mx:3621/content.aspx?bookid=2461§ionid=197384474>

Hernández, A. I., López, A. J., y Guzmán, J. A. (2016). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta médica grupo ángeles*, 14(1). Recuperado en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am161b.pdf>

Hernández, S. R., Fernández, C. C., Baptista, L. P. (2014). Metodología de la investigación. México D.F.: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Glosario. Recuperado en: <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENEU#letraGloS>

Kanwal, A., Asghar, A., y Ashraf, A. (2018). Prevalence of preoperative anxiety and its causes among surgical patients presenting in rawalpindi medical university and allied hospitals, Rawalpindi. *Journal of Rawalpindi Medical College*, 22(S-2), 64-67. Recuperado en: <https://www.journalrmc.com/index.php/JRMC/article/view/1006>

Moerman N, van Dam FS, Muler MJ, Oosting H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg*; (82): 445-51. Recuperado en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8623940/>

Quintero, A., Yasnó, D.A., Riveros, O.L., Castillo, J., y Borrález, BA. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Rev Colombiana de Cirugía*. (32):115-20. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a6.pdf>

Stamenkovic, D. M., Rancic, N. K., Latas, M. B., Neskovic, V., Rondovic, G. M., Wu, J. D., y Cattano, D. (2018). Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anestesiologica*, 84(11), 1307-1317. Recuperado en: <https://www.proxydgb.buap.mx:2168/10.23736/S0375-9393.18.12520-X>

Zemła, A, J., Nowicka-Sauer, K., Jarmoszewicz, K., Wera, K., Batkiewicz, S., y Pietrzykowska, M. (2019). Measures of preoperative anxiety. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 51(1), 64–69. Recuperado en: <https://www.proxydgb.buap.mx:2168/10.5603/AIT.2019.0013>

Apéndices

Apéndice A Hoja de consentimiento informado

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste el estudiante: Daniel Apolonio Tapia, de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Entiendo que la entrevista formará parte de una investigación sobre el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes adultos de 18 a 59 años programados para colecistectomía. En el cual, yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación.

Comprendo que seré entrevistado (a), en el área de recuperación quirúrgica, previo a la cirugía, se me harán algunas preguntas sobre estado civil, seguridad social, escolaridad, así como antecedentes quirúrgicos.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria; y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas no serán develadas y que en ningún informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna. También se me ha informado que tanto si participo como no lo hago, o si me rehusó a responder alguna pregunta, no se verán afectados los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia pueda necesitar de éste centro hospitalario. Para cualquier duda podré localizar al investigador al teléfono: (01 221) 3543193 de lunes a viernes de 16:00 a 20:00 horas.

Investigador: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Entrevistado: _____

Apéndice B

Cédula de Datos Generales del adulto

Instrucciones: marque con una X la respuesta que se asemeje más a su persona.

Fecha: _____ **Folio:** _____

Datos personales	Edad: _____	
	Escolaridad	1) Analfabeta
		2) Primaria
		3) Secundaria
		4) Preparatoria
		5) Licenciatura
	Género	1) Masculino
		2) Femenino
	Estado civil	1) Soltero
		2) Casado
		3) Unión libre
		4) Divorciado
	Antecedentes quirúrgicos	Cirugía (s) previa (s)
Especifique: _____		
En caso de haber respondido "sí" a la pregunta anterior, especifique que tipo de anestesia fue sometido.		2) No
		1) Anestesia general
		2) Anestesia regional
		3) Anestesia local

Apéndice C

Escala de Valoración Preoperatoria e Información

Amsterdam (Moermann, 1996)

Instrucciones: Marque con una X la respuesta que mejor se adapte a su opinión (APAIS).

		1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderado	Mucho	Extremadamente
1.-	Estoy preocupado por la anestesia					
2.-	Pienso en la anestesia continuamente					
3.-	Me gustaría saber lo máximo posible acerca de la anestesia					
4.-	Estoy preocupado por la operación					
5.-	Pienso en la operación continuamente					
6.-	Me gustaría saber lo máximo posible acerca de la operación					
	Total					