



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI

“DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ”

***GRADO Y PREVALENCIA DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN
GRUPOS ÉTNICOS DEL HOSPITAL DE OPORTUNIDADES No 36 DE
TLACOLULA DE MATAMOROS, OAXACA***

TESIS QUE PRESENTA:

DRA. KARLA KARINA VELÁZQUEZ NAVARRO

PARA OBTENER EL DIPLOMA

EN LA ESPECIALIDAD EN

ANESTESIOLOGÍA

INVESTIGADOR RESPONSABLE Y ASESOR

MAESTRO EN CIENCIAS MÉDICAS

JOAQUÍN ANTONIO GUZMÁN SÁNCHEZ

MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DE
LA UMAE, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. BERNARDO
SEPÚLVEDA G.” CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Doctora

DIANA G. MENEZ DIAZ

Jefe de la División de Educación en Salud
UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI
“Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”

Maestro en Ciencias Médicas

ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

Jefe de Servicio de Anestesiología
UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI
“Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”

ASESOR

JOAQUÍN ANTONIO GUZMÁN SÁNCHEZ

Médico adscrito del Servicio de Anestesiología
UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI
“Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3601

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, D.F. SUR

FECHA **26/08/2012**

DR. JOAQUÍN ANTONIO GUZMÁN SÁNCHEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Grado y prevalencia de ansiedad preoperatoria en grupos étnicos del Hospital de Oportunidades No. 36 de Tlacolula de Matamoros, Oaxaca

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2012-3601-185

ATENTAMENTE

DR. CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



IMSS

REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación: _____ Sur _____ Unidad de adscripción: UMAE H. Especialidades CMNSXXI
Asesor: Nombre: Joaquín Antonio Guzmán Sánchez Matrícula 5802954

Paterno: Velázquez Materno: _____ Navarro _____ Nombre: Karla Karina

Matrícula: 98370134 Especialidad: Anestesiología Fecha Grad. . / /

Título de la tesis:

GRADO Y PREVALENCIA DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN GRUPOS ÉTNICOS DEL HOSPITAL DE OPORTUNIDADES No 36 DE TLACOLULA DE MATAMOROS, OAXACA

Resumen:

INTRODUCCIÓN. La ansiedad preoperatoria, generada ya sea por la anestesia o por la cirugía, puede considerarse como un mecanismo del paciente para afrontar esta situación se ha observado en un 85% de la población hospitalizada para cirugía electiva. Dicha ansiedad puede tener repercusiones en la percepción del dolor por parte de los pacientes, lo que puede verse reflejado en un mayor consumo de analgésicos tanto en el periodo transanestésico como en el postanestésico. **OBJETIVOS.** Describir el grado y prevalencia de ansiedad preoperatoria en los pacientes de la comunidad indígena de Tlacolula de Matamoros, Oaxaca que serán sometidos a cirugía general y ginecológica. Describir si la aplicación preoperatoria del APAIS y la Escala Frutal Analógica es útil y válida para medir la ansiedad preoperatoria. **MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS.** Estudio transversal, descriptivo, observacional y prospectivo, el cual se realizó a 117 pacientes ASA I-III, con edades entre 20 a 84 años de edad. La ansiedad fue evaluada con dos instrumentos: la Escala Frutal Analógica y The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale, APAIS (Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam) durante el periodo perioperatorio. **RESULTADOS.** Se entrevistaron a 117 pacientes de la programación quirúrgica, 44 (37.6%) fueron hombres y 73 (62.4%) mujeres; el zapoteco fue la lengua que predominó, 81 (62.4%) pacientes tuvieron riesgo anestésico-quirúrgico E2B. El procedimiento más frecuente fue la colecistectomía abierta (28.2%). De acuerdo a la Escala Frutal Analógica, el número de pacientes con ansiedad significativa (≥ 6) fue de 13.6%, predominando en el sexo femenino, de acuerdo al APAIS se encontró solo 0.05% de pacientes ansiosos. La correlación entre la subescala de ansiedad del APAIS y la Escala Frutal Analógica para medir ansiedad fue significativa tanto clínica (r de Spearman 0.778) como estadísticamente ($p < 0.01$). En relación a la información 97.4% refirió no necesitar mayor información, 0.85% tuvieron información promedio y 1.71% demandaron mucha información. **CONCLUSIONES.** La prevalencia de ansiedad e información preoperatoria fueron más bajas que en población urbana, lo cual puede ser atribuido a deficiencias en la comunicación intercultural entre pacientes y médicos. En futuros estudios se requiere realizar validación transcultural de los instrumentos utilizados.

Palabras Clave:

- 1) Ansiedad preoperatoria 2) Grupos étnicos 3) Anestesia
- 4) Escala frutal análoga 5) APAIS Página 1116

(Anotar el número real de páginas en el rubro correspondiente sin las dedicatorias ni portada)

(Para ser llenado por el jefe de Educación e Investigación Médica)

Tipo de Investigación: _____
Tipo de Diseño: _____
Tipo de Estudio: _____

DEDICATORIAS

A mis padres

Por formarme como la persona que soy, por su amor incondicional, por enseñarme valores y a seguir adelante hasta lograr mis metas, los amo

A Hiram

Por darme apoyo en esos momentos difíciles, por tu amor y paciencia y ser parte importante de mi vida y mi crecimiento profesional, te amo

A mi hermano

Por ser el mejor de los hermanos y de una forma muy especial estar ahí y darme tu apoyo, te quiero

A mi asesor y maestros

Por enseñarme, ser parte de esta experiencia que es la residencia médica y mi crecimiento profesional. Gracias

ÍNDICE

1.- RESUMEN	5
2.- INTRODUCCIÓN	7
3.- JUSTIFICACIÓN	17
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
5.- HIPÓTESIS	19
6.- OBJETIVOS	19
7.- MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS	
7.1.- DISEÑO	20
7.2.- UNIVERSO DE TRABAJO	20
7.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA	20
7.4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
7.5.- DESCRIPCIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	22
8.- PROCEDIMIENTO	23
9.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	23
10.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	24
11.- RECURSOS PARA EL ESTUDIO	24
12.- RESULTADOS	25
13.- DISCUSIÓN	31
14.- CONCLUSIONES	33
15.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
16.-ANEXO I	36

GRADO Y PREVALENCIA DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN GRUPOS ÉTNICOS DEL HOSPITAL DE OPORTUNIDADES No 36 DE TLACOLULA DE MATAMOROS, OAXACA

Velázquez NK.K R3, Guzmán S JA MB. Servicio de Anestesiología, Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI IMSS

1.-RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La ansiedad preoperatoria, generada ya sea por la anestesia o por la cirugía, puede considerarse como un mecanismo del paciente para afrontar esta situación se ha observado en un 85% de la población hospitalizada para cirugía electiva. Dicha ansiedad puede tener repercusiones en la percepción del dolor por parte de los pacientes, lo que puede verse reflejado en un mayor consumo de analgésicos tanto en el periodo transanestésico como en el postanestésico. **OBJETIVOS.** Describir el grado y prevalencia de ansiedad preoperatoria en los pacientes de la comunidad indígena de Tlacolula de Matamoros, Oaxaca que serán sometidos a cirugía general y ginecológica. Describir si la aplicación preoperatoria del APAIS y la Escala Frutal Analógica es útil y válida para medir la ansiedad preoperatoria. **MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS.** Estudio transversal, descriptivo, observacional y prospectivo, el cual se realizó a 117 pacientes ASA I-III, con edades entre 20 a 84 años de edad. La ansiedad fue evaluada con dos instrumentos: la Escala Frutal Analógica y The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale, APAIS (Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam) durante el periodo perioperatorio. **RESULTADOS.** Se entrevistaron a 117 pacientes de la programación quirúrgica, 44 (37.6%) fueron hombres y 73 (62.4%) mujeres; el zapoteco fue la lengua que predominó, 81 (62.4%) pacientes tuvieron riesgo anestésico-quirúrgico E2B. El procedimiento más frecuente fue la colecistectomía abierta (28.2%). De acuerdo a la Escala Frutal Analógica, el número de pacientes con ansiedad significativa (≥ 6) fue de 13.6%, predominando en el sexo femenino, de acuerdo al APAIS se encontró solo 0.05% de pacientes ansiosos. La correlación entre la subescala de ansiedad del APAIS y la Escala Frutal Analógica para medir ansiedad fue significativa tanto clínica (r de Spearman 0.778) como estadísticamente ($p < 0.01$). En relación a la información 97.4% refirió no necesitar mayor información, 0.85% tuvieron información promedio y 1.71% demandaron mucha información. **CONCLUSIONES.** La prevalencia de ansiedad e información preoperatoria fueron más bajas que en población urbana, lo cual puede ser atribuido a deficiencias en la comunicación intercultural entre pacientes y médicos. En futuros estudios se requiere realizar validación transcultural de los instrumentos utilizados.

Palabras clave: ansiedad preoperatoria, escala frutal, etnicidad, Escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Preoperative anxiety, generated either by anesthesia or surgery may be considered as a mechanism to direct this situation patient was observed in 85% of the population hospitalized for elective surgery. Such anxiety may have implications for pain perception by patients, which may be reflected in a higher consumption of analgesics in both the transanesthetic period and during the postanesthesia. **OBJECTIVE.** Describe the degree and prevalence of preoperative anxiety in patients of the indigenous community of Tlacolula de Matamoros, Oaxaca who will undergo general surgery and gynecology. Describe whether the application APAIS preoperative and Analogue Scale Fruit is useful and valid for measuring preoperative anxiety. **MATERIAL, METHODS AND PATIENTS.** Transversal, descriptive, observational and prospective study, which was conducted at 117 ASA I-III patients, aged 20-84 years old. Anxiety was assessed with two instruments: Analogue Scale Fruit and The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) during the perioperative period. **RESULTS.** We interviewed 117 patients of the surgery schedule, 44 (37.6%) were men and 73 (62.4%) women Zapoteca language was predominant, 81 (62.4%) patients had surgical anesthetic risk-E2B. The most common procedure was open cholecystectomy (28.2%). According to Fruit Analogue Scale, the number of patients with significant anxiety (≥ 6) was 13.6%, predominantly in females, according to APAIS found only 0.05% of anxious patients. The correlation between the anxiety subscale of APAIS and Fruity Analog Scale for measuring clinical anxiety was significant both (Spearman r 0.778) and statistically ($p < 0.01$). In relation to information 97.4% reported needing no further information were 0.85% and 1.71% average information demanded much information. **CONCLUSIONS.** The prevalence of preoperative anxiety and information were lower than in urban population, which can be attributed to deficiencies in intercultural communication between patients and doctors. Future studies are required to perform cross validation of the instruments used.

Keywords: anesthesia, preoperative anxiety scale fruit, ethnicity, Scale preoperative anxiety and information Amsterdam (APAIS).

1.- Datos del alumno	1.- Datos del alumno
<p>Apellido paterno:</p> <p>Apellido materno:</p> <p>Nombre</p> <p>Teléfono</p> <p>Universidad</p> <p>Facultad o escuela</p> <p>Carrera</p> <p>No. De cuenta</p>	<p>Velázquez</p> <p>Navarro</p> <p>Karla Karina</p> <p>58 27 09 21</p> <p>Universidad Nacional Autónoma de México</p> <p>Facultad de Medicina</p> <p>Especialidad en Anestesiología</p> <p>099336820</p>
2.- Datos del asesor:	2.- Datos del asesor (es)
<p>Apellido paterno:</p> <p>Apellido materno:</p> <p>Nombre (s)</p>	<p>Guzmán</p> <p>Sánchez</p> <p>Joaquín Antonio</p>
3.- Datos de la tesis	3.- Datos de la tesis
<p>Título:</p> <p>Subtítulo:</p> <p>No de páginas:</p> <p>Año:</p>	<p>Grado y prevalencia de ansiedad preoperatoria en grupos étnicos del Hospital de Oportunidades No 36 de Tlacolula de Matamoros, Oaxaca</p> <p>36</p> <p>2013</p>

2.- INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un malestar físico y psíquico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por un temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico. Puede ser una característica constitucional de la personalidad del paciente (ansiedad de rasgo) o bien, ser causada por un evento agudo como es el acto quirúrgico (ansiedad de estado)¹.

El conocimiento del nivel de ansiedad preoperatoria es importante y debe ser considerada durante la visita preanestésica como uno de los objetivos al igual que establecer una buena relación médico-paciente, realizar la evaluación clínica del enfermo y los factores de riesgo anestésico-quirúrgico, prescribir una medicación si se encuentra indicado y seleccionar la técnica anestésica y fármacos a utilizar. Se ha observado que la presencia de ansiedad puede verse reflejado en un mayor consumo de analgésicos en el período transanestésico y postanestésico, así mismo la relación entre ansiedad y dolor postoperatorio ha sido manifestada por varios autores, si bien no existe un consenso entre esta relación, se acepta que a mayor grado de ansiedad mayor dolor postoperatorio². Además en esta etapa la mayor parte de los pacientes expresan ansiedad, relacionada con malas experiencias en procedimientos quirúrgico-anestésicos previos o por comentarios de familiares^{1,3,4}.

La ansiedad preoperatoria es reportada a nivel mundial con una frecuencia del 85% y es variable en su intensidad e independiente de la edad, sexo, nivel socioeconómico o tipo de intervención quirúrgica⁵. Una propiedad importante de la ansiedad es su propiedad predictora, ya que posee la capacidad de anticipar, señalar un peligro o amenaza propio para el individuo,

así como la capacidad biológica de adaptación; pero que se puede convertir en desadaptativa cuando se anticipa ante un peligro irreal, así la ansiedad no siempre está en proporción directa al peligro real.

En México, la ansiedad se ha reportado hasta en un 76% de los pacientes sometidos a procedimientos anestésico-quirúrgicos de forma electiva, siendo algunas explicaciones para este fenómeno: la edad, el sexo, la escolaridad, la capacidad del paciente para comprender los sucesos que acontecen durante el acto quirúrgico-anestésico, el miedo a la cirugía, a la separación de la familia, o a la muerte, el dolor resultante del procedimiento, y la información insuficiente en el periodo preoperatorio^{4,6}. En otros estudios, se reporta que un 82.3% de pacientes no refieren presentar la sensación de ansiedad, frente a un 16.8% que reportaba sentirse nervioso y un 0.9% que referían sentirse muy ansiosos⁷.

Se ha observado que la mayoría de los pacientes que serán sometidos a procedimientos anestésico-quirúrgicos desarrollan cierto grado de ansiedad, debido a que consideran dicho acto como una amenaza, además el entorno hospitalario el cual les es desconocido puede intensificarla⁴.

La ansiedad se considera una respuesta neurofisiológica al estrés y participan estructuras cerebrales que conforman el sistema límbico. La fisiopatología es desconocida, no se debe únicamente al desequilibrio del sistema neurotransmisor, sino que puede ser resultado de múltiples interacciones entre varios neurotransmisores, incluyendo la noradrenalina (NA), el ácido gama-aminobutírico (GABA) y la serotonina (5-HT), algunas de las teorías⁸:

1. Noradrenérgico: el locus coeruleus (LC), núcleo pequeño puede desempeñar un papel de regulador en la ansiedad, sirve de centro de alarma activando la liberación de NA y estimulando al sistema nervioso simpático. El receptor presináptico α_2 -adrenérgico controla la liberación de NA frente a la sinapsis; la superactividad central noradrenérgico disminuye la regulación de los receptores α_2 en pacientes con trastornos generalizados de ansiedad.

2. Receptor benzodiazepínico: El GABA, principal neurotransmisor del sistema nervioso central, se encarga de la transmisión de casi una tercera parte de los impulsos nerviosos del cerebro; tiene un efecto regulatorio e inhibitorio en los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico; ligados a él, están los receptores que permiten el flujo de iones cloro cargados negativamente, produciendo una.

3. Serotoninérgico: la serotonina actúa como un neurotransmisor inhibitorio, usado por neuronas que tienen su origen en el rafe del núcleo del tallo cerebral, proyectándose por la corteza y sistema límbico. Los síntomas de ansiedad pueden reflejar una excesiva transmisión de serotonina.

La ansiedad no es un fenómeno unitario, por lo que al igual que otras emociones, está compuesta por tres componentes⁹:

➤ Nivel cognitivo-subjetivo: también denominado verbal-cognitivo, es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. Incluye variables relacionadas con la percepción y

evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. Dentro de sus características clínicas se encuentran: emociones, temor, angustia, pánico, pensamientos e ideas o imágenes percibidos por el paciente como amenazantes.

➤ Nivel fisiológico-somático: la experiencia de la ansiedad suele acompañarse de un componente biológico, que es secundario a la activación del sistema nervioso autónomo y se caracteriza por: aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial, taquipnea, disnea, náusea, vomito, diarrea, aumento de micciones, sequedad de boca, mareos, desmayos y sudoración excesiva.

➤ Nivel motor: corresponde a los componentes observables de conducta que, aparte de implicar variables como la expresión facial y movimiento o posturas corporales, hacen referencia a las respuestas de escape, clínicamente se manifiesta por: hiperactividad, tartamudez, parálisis, movimientos repetitivos.

Debido a que la mayoría de los pacientes que serán sometidos a procedimientos quirúrgico-anestésicos presentan cierto grado de ansiedad, es importante realizar una evaluación y prevención; para esto existen diversas escalas que nos permiten medir o asignar números a las propiedades específicas de acontecimientos, procesos, objetos o personas. Debido a que tanto la ansiedad como el dolor son síntomas subjetivos, el nivel de percepción es propia de los pacientes y por tanto su medición es muy difícil. Además puede ser influenciada por factores psicológicos, ambientales y familiares. Se han utilizado escalas validadas para este fin, con lo que se ha logrado obtener una buena correlación entre los grados de ansiedad o dolor. Las escalas son

herramientas prácticas y sencillas para la autoevaluación por parte del paciente, dentro de las más utilizadas están la numérica y la escala visual análoga^{7,10}.

La medición subjetiva es la forma más utilizada para la medición del dolor, y en nuestro caso para la medición de la ansiedad, por lo que la forma para medirlos se puede dividir en tres categorías⁷:

- Métodos unidimensionales: tratan el dolor o ansiedad como una dimensión única o simple y únicamente valoran su intensidad. Destacan los métodos respuesta-dependientes, que asumen que el sujeto puede cuantificar la sensación evocada en una escala de dolor. Las respuestas comunes incluyen escalas categóricas discretas, que pueden ser numéricas (del 1 al 10), visuales (dibujos) o verbales (suave, moderado, severo); o bien respuestas de una dimensión continua como la escala visual análoga (VAS)⁷.

- Métodos duales: valoran dos dimensiones como la intensidad y la sensación de incomodidad que ocasionan.

- Métodos multidimensionales: valoran aspectos sensoriales y no sensoriales de la experiencia subjetiva, incluyen tanto la intensidad, cualidad y aspectos emocionales.

La escala numérica consiste en una línea o regla horizontal o vertical de 10cm de longitud, donde el cero representa la ausencia de ansiedad y el 10 una gran ansiedad (Figura 1).

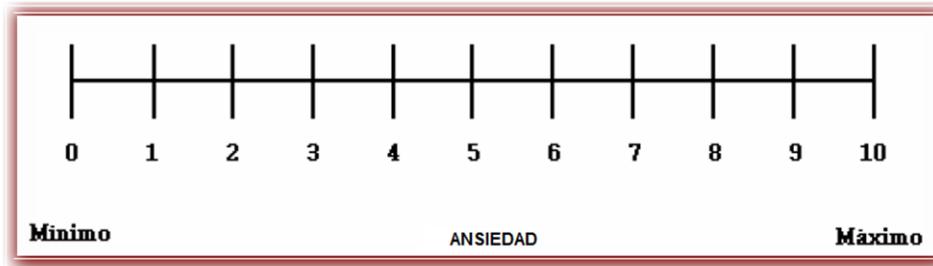


Figura 1.-Escala Visual Análoga Numérica

Las escalas visuales análogas, ayudan a medir el grado de dolor de forma más sencilla al ser más fácil de entender, dentro de estas se encuentra la escala de caritas, la cual ha sido utilizada en población pediátrica o analfabetas y consta de expresiones faciales, donde la sonrisa significa la ausencia del síntoma y la tristeza representa el síntoma con gran intensidad¹⁰.

La escala frutal analógica, ideada por Olivares Durán, para medir el dolor en pacientes con limitaciones intelectuales y que el presente trabajo adaptaremos dicha escala para la medición de la ansiedad. Compara frutas de diversos tamaños, desde la más pequeña (una cereza) a la más grande (sandía), para establecer una similitud numérica creciente y que un valor mayor de 60mm en las escalas análogas indica ansiedad inhabitual que debe ser tomada en cuenta^{11,12} (Figura 2).



Figura 2. Escala Frutal Análoga.

El tipo y grado de ansiedad también se puede determinar mediante pruebas específicas o multidimensionales, siendo la prueba de referencia o “Gold Standard” la Escala de Spielberg (Spielberg State-Trait Anxiety Inventory

o STAI). Está integrada por 20 preguntas en cada uno de sus parámetros a medir y evalúa la ansiedad vinculada a la personalidad del paciente (ansiedad de rasgo) y la ansiedad relacionada con el contexto quirúrgico (ansiedad de estado) con respuestas que van del 1 a 4 en cada una de ellas, lo que la vuelve poco práctica y demasiado compleja para utilizarla de forma rutinaria y se reserva para la investigación.

Actualmente una de las más utilizadas es la Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS), Escala de Información y Ansiedad Preoperatoria de Amsterdam^{3,6}, que es fácil y muy rápida para aplicar a los pacientes. Evalúa dos factores: la ansiedad y la necesidad de mayor información (respecto del procedimiento anestésico y del quirúrgico) y ha sido validada con la STAI como estándar de referencia, mostrando un alto grado de correlación. La Escala de Ansiedad e información Preoperatoria de Amsterdam, está construida por siguientes preguntas¹³:

1. Estoy preocupado por la anestesia
2. Pienso continuamente en la anestesia
3. Quisiera saber lo más posible sobre la anestesia
4. Estoy preocupado por el procedimiento quirúrgico
5. Pienso continuamente en el procedimiento quirúrgico
6. Quisiera saber lo más posible sobre el procedimiento quirúrgico

De estas preguntas el paciente debe responder según en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, siendo uno, no totalmente y cinco totalmente ansioso. Cuatro preguntas evalúan la ansiedad en relación con la anestesia y la intervención y en total puede variar de 4 a 20 y dos preguntas se refieren a la

demanda de información y cuya puntuación total va de 2 a 10¹³. Ya que se ha observado la correlación del APAIS con el STAI, de acuerdo a esto el grado de ansiedad se puede dividir en bajo, intermedio, alto. Para las preguntas respecto a la anestesia: bajo <5.5, intermedio 5.5-11 y alto grado de ansiedad >11; y para el grado de ansiedad respecto a la cirugía: bajo <6.5, intermedio 6.5-12.9 y alto >12.9^{1,10}.

La ansiedad no es privativa de los pacientes de zonas urbanas, lo mismo ocurre con los pacientes de comunidades rurales como lo explica la medicina intercultural. La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad de reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad; se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser denominados etnias, sociedades, culturas o comunidades. Por lo que se encuentra sujeta a variables como la diversidad, la definición del concepto de cultura, obstáculos comunicativos como la lengua y jerarquizaciones sociales¹⁴.

La Organización Panamericana de la Salud señala que: "...La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, se expresan y cada una acepta o respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar..."¹⁵ La interculturalidad pretende que¹⁵:

- Exista un espacio y tiempo común para todas las culturas, favoreciendo no solo el contacto, sino también el encuentro.
- Abarca a las minorías, pero junto a la gran mayoría, y por tanto incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social.

- Promueve el conocimiento y reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental.
- Favorece la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, accediendo a claves de desigualdad económica y a la necesidad de paliar las desventajas.
- Enseña a afrontar los conflictos de forma positiva, no negando que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para mejorar
- Desarrolla relaciones horizontales y promueve la sintonía y empatía.
- Reconoce el valor de la diversidad y la oportunidad de realizar sinergias a partir de percepciones y experiencias diferentes.

Por lo que la interculturalidad es un tema que nos compromete no solo como profesionales de la salud sino como seres humanos, porque vincula nuestra identidad como seres culturales frente a otras¹⁶.

De acuerdo a la última información de población del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el estado de Oaxaca tiene una población de 3 801 962 habitantes, y 6 de cada 10 pertenecen a un grupo étnico¹⁷. Existen 16 grupos étnicos, entendiéndose como grupo étnico a una comunidad de personas que se identifican entre sí por hablar el mismo idioma y compartir un territorio común y son: amuzgo, chatino, chocho, popoloca, huave, zapoteco, mixteco, chinanteco, ixcateo, mazateco, chontal, mixe, tlapaneco, cuicateco, zoque triqui y náhuatl¹⁸. Esta diversidad de grupos étnicos en el Estado de Oaxaca le permite contar con una riqueza cultural, costumbres y tradiciones

bastas que a la fecha se conservan; sin embargo, también persiste un rezago, marginación y pobreza en sus 4031 localidades¹⁸.

El municipio de Tlacolula de Matamoros cuenta con una población de 31 883 habitantes y es considerada en un 60% como urbana y el resto semiurbana; y de estos 15% hablan lenguas indígenas como el mixe (676 habitantes) y zapoteco (1056 habitantes)¹⁹. El pueblo mixe vive en las montañas al noroeste del estado, en esta región se encuentran 19 municipios repartidos en tres subregiones de acuerdo a su altura: alta, media y baja; Tlahuitoltepec, Ayutla, Cacalotepec, Totontepec, Tamazulapan, Zacatepec, Mazatlan y Guichicovi. Los mixes denominados en su lengua “Ayuukjä’äy” que se traduce como “gente del idioma florido”, en un sentido más profundo indica que es un pueblo con un lenguaje más desarrollado y culto.

El pueblo zapoteca es el más numeroso de Oaxaca. Se encuentran divididos en cuatro regiones, los Zapotecos de Valles Centrales, de la Sierra Norte o Juárez, del Istmo de Tehuantepec y Zapotecos del Sur. Su idioma está clasificado en el grupo otomague, tronco Savizaa, familia zapoteca y tiene más de 14 variantes dialectales (Figura 3).

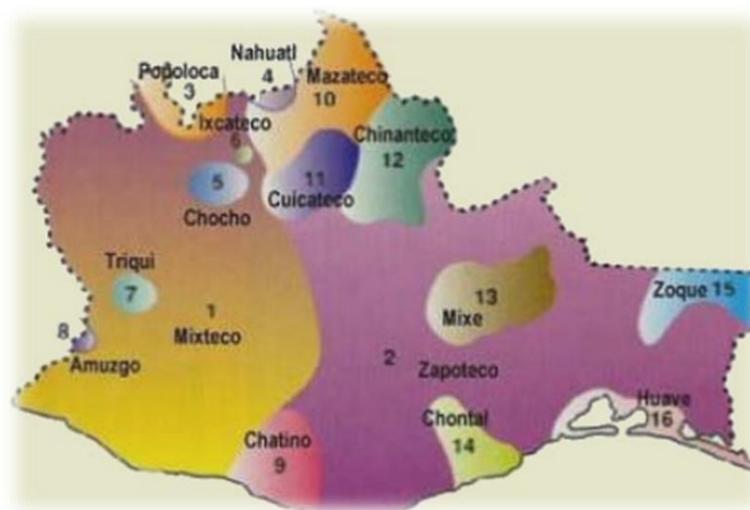


Figura 3. Mapa de la localización de las etnias en Oaxaca

3.- JUSTIFICACIÓN

Dado que la ansiedad es un estado natural y que existe en mayor o menor grado en toda la población, no siendo una excepción la población que será sometida a procedimientos anestésico-quirúrgicos es importante conocer la frecuencia y el grado de ansiedad que presentan, para ofrecer un tratamiento integral a nuestros pacientes.

El residente de anestesiología en su tercer año de formación realiza el servicio social por seis meses en diferentes comunidades rurales del país y dado que México es un país multicultural el uso de dialectos, así como los “usos y costumbres” pueden interferir con la comunicación durante la relación anestesiólogo paciente y por tanto con la concepción de ansiedad preoperatoria. Es importante para el residente de anestesiología o anestesiólogo que labora en zonas rurales identificar la prevalencia y grado de ansiedad que presentan los pacientes. El Hospital Rural de Oportunidades No. 36 en Tlacolula de Matamoros, Oaxaca, atiende pacientes que son sometidos a procedimientos anestésicos-quirúrgicos y que pueden presentar diversos grados de ansiedad preoperatoria, la cual debe ser evaluada y tratada, para poder ofrecer atención de calidad y abarcando al paciente en sus esferas tanto biológica, psicológica y social con enfoque intercultural.

Hasta donde sabemos este es el primer estudio de ansiedad preoperatoria que se realizará en población indígena programados para procedimientos quirúrgicos en el Hospital Rural de Oportunidades No 36 utilizando la Escala de Ansiedad Preoperatoria de Amsterdam y la Escala

Frutal Analógica inicialmente diseñada para evaluar dolor en pacientes analfabetas.

Con los resultados obtenidos podremos prescribir tratamientos más efectivos para la ansiedad preoperatoria en esta población de pacientes y cumplir con los preceptos interculturales recomendados por organismos internacionales.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La anestesia causa temor, ansiedad y preocupación en los pacientes sometidos a cirugía y en la población en general. El conocimiento de la práctica anestésica por parte de los pacientes es escaso y en muchas ocasiones la información es distorsionada, llegando a desconocer las funciones de los anestesiólogos y su responsabilidad durante un procedimiento quirúrgico, hecho que interfiere en la relación anestesiólogo-paciente. Es necesario conocer la percepción y los conceptos que los pacientes tienen respecto a los miedos y temores relacionados con la anestesia y que generan ansiedad preoperatoria en poblaciones rurales. Por tal motivo el presente estudio tiene como propósito responder a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será el grado y prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes indígenas sometidos a diferentes tipos de cirugía con anestesia general en el Hospital Rural Oportunidades 36 de Tlacolula de Matamoros, Oaxaca?

5. HIPÓTESIS

La frecuencia de ansiedad preoperatoria de los pacientes sometidos a procedimientos anestésicos-quirúrgicos en el Hospital Rural de Oportunidades No 36 en Tlacolula de Matamoros, Oaxaca es mayor a 50%.

6. OBJETIVOS

General

Describir el grado y prevalencia de ansiedad preoperatoria en los pacientes de la comunidad de Tlacolula de Matamoros, Oaxaca que serán sometidos a cirugía electiva, tanto del servicio de cirugía general como de ginecología.

Específicos

Describir el grado de ansiedad preoperatoria que presentan los pacientes

Describir si la aplicación preoperatoria de la APAIS y la Escala Frutal Análoga es factible y válida en población indígena para evaluar la ansiedad preoperatoria.

Correlacionar la subescala de ansiedad del APAIS con la Escala Frutal Análoga.

7. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS

7.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Investigación de tipo transversal, descriptiva observacional, prospectiva y correlacional, aplicando una encuesta donde se utilizarán simultáneamente la Escala de Ansiedad e información Preoperatoria de Amsterdam y la Escala Frutal Análoga.

7.2.- UNIVERSO DE TRABAJO

Constituido por la población quirúrgica de los servicios de Cirugía General y Ginecología programados de manera electiva para la realización de algún procedimiento anestésico-quirúrgico durante el periodo de Marzo a Agosto del 2012.

7.3.- TAMAÑO DE MUESTRA

El cálculo de n se basó en el promedio de prevalencias de ansiedad preoperatoria más frecuente reportadas en la literatura, 85%. Con un alfa de 0.05% y un beta de 95%, precisión del 5%. Se utilizó la fórmula para calcular el tamaño de muestra para una sola población cuando la variable se expresa en proporción:

$$\begin{aligned}n &= z^2_{\alpha}PQ / T^2 \\ &= 3.84(.85)(.15) / (0.05)^2 = 195\end{aligned}$$

7.4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN: pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Programados para cirugía general o ginecológica
- Anestesia general
- Adultos mayores de 18 años
- Hombres o mujeres
- Que acepten participar en el estudio
- ASA I, II y III
- Que además de su lengua madre (mixe y/o zapoteco)

hablen castellano

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Con demencia o con alguna patología que les impida describir su estado de ansiedad
- Sometidos a procedimiento anestésico-quirúrgico de forma urgente
- Con otros dialectos diferentes al mixe o zapoteco

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Que por cualquier causa no completen los instrumentos para la valoración de la ansiedad: APAIS y la Escala Frutal Análoga

7.5.- DESCRIPCIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

SEGÚN LA METODOLOGÍA

VARIABLE INDEPENDIENTE

Anestesia general

Definición conceptual. Anestesia general es la pérdida de la conciencia y del dolor inducida farmacológicamente.

Definición operacional. Para fines de este estudio, se considerará anestesia general balanceada a la combinación de un anestésico inhalado y un endovenoso, utilizada para procedimientos quirúrgicos de cirugía general y ginecología.

VARIABLE DEPENDIENTE

Ansiedad preoperatoria

Definición conceptual: Ansiedad es un malestar físico y psíquico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por un temor difuso.

Definición operacional: ansiedad de estado secundaria a la cirugía y anestesia que se medirá con APAIS, se considerarán pacientes ansiosos aquellos que presenten puntuaciones mayores o iguales a 11 de 20 como total y en la Escala Frutal Análoga mayores a 6 de 10 puntos.

Nivel de medición: nominal dicotómica, indicador: ansiosos y no ansiosos.

8- PROCEDIMIENTO

Se captará a los pacientes de la lista de programación diaria, posteriormente se acudirá a su cama el día previo a la cirugía y se analizará el expediente clínico para corroborar los criterios de selección de los pacientes para ingresar al estudio. Se explicará a los pacientes el objetivo del estudio en términos sencillos para su comprensión y posteriormente se le proporcionará una carta de consentimiento informado para su conocimiento y firma.

Se procederá a leer el cuestionario APAIS y a continuación se les mostrará la Escala Frutal Análoga, siendo sus respuestas consignadas en la hoja de "Formato de recolección de datos", misma que ha sido diseñada para la presente investigación y posteriormente se procederá a la realización de la valoración preanestésica.

9.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables numéricas serán resumidas en media y desviación estándar, las ordinales en medianas y las nominales en porcentajes, la presentación se realizará en gráficas de sectores o de barras. La correlación entre la subescala de ansiedad APAIS y la escala frutal análoga se realizará con el coeficiente de correlación de Spearman.

10.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del presente trabajo de investigación, se tomaron en consideración la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud en materia de investigación. El consentimiento para participar voluntariamente en el estudio, se solicitara de forma escrita explicando los objetivos del mismo y el manejo confidencial de los datos. Este proyecto será evaluado y autorizado por el Comité Local de Investigación.

11.- RECURSOS PARA EL ESTUDIO

1) RECURSOS HUMANOS

- El investigador principal, anestesiólogo médico de base, médico residente del tercer año (tesista) del servicio de anestesiología del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del CMN Siglo XXI.

2) RECURSOS MATERIALES

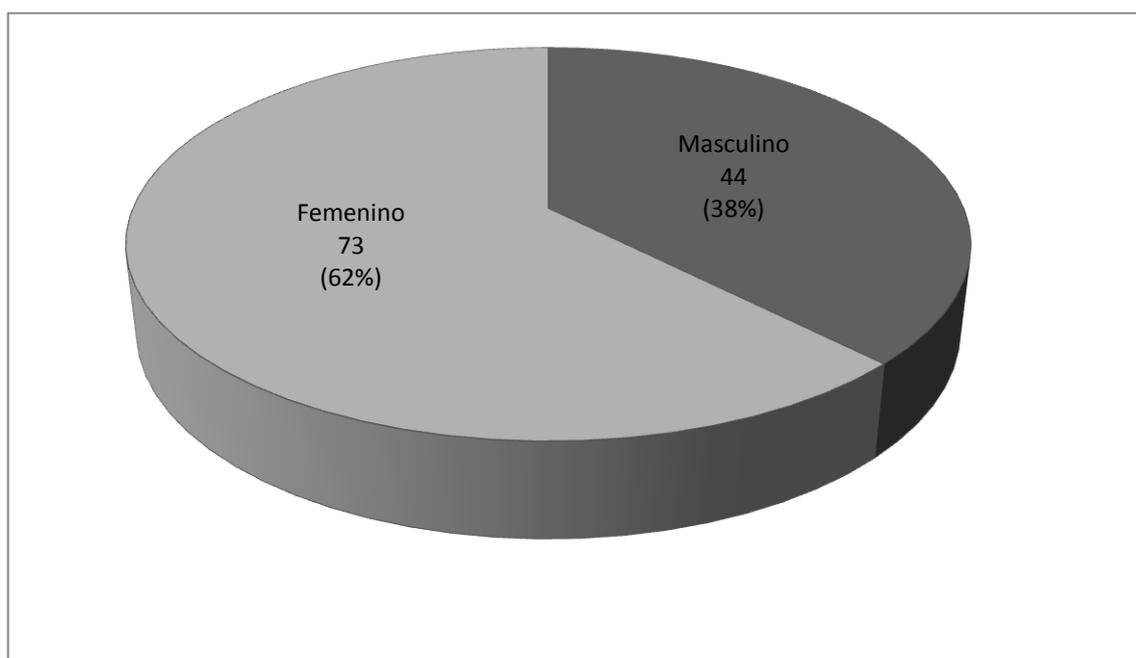
- Hoja de recolección de datos que consta de:
- Datos personales: nombre, edad, escolaridad, dialecto, diagnóstico, cirugía programada
- Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria
- Escala Frutal Análoga

3) RECURSOS FINANCIEROS

- Con los que cuenta el Instituto

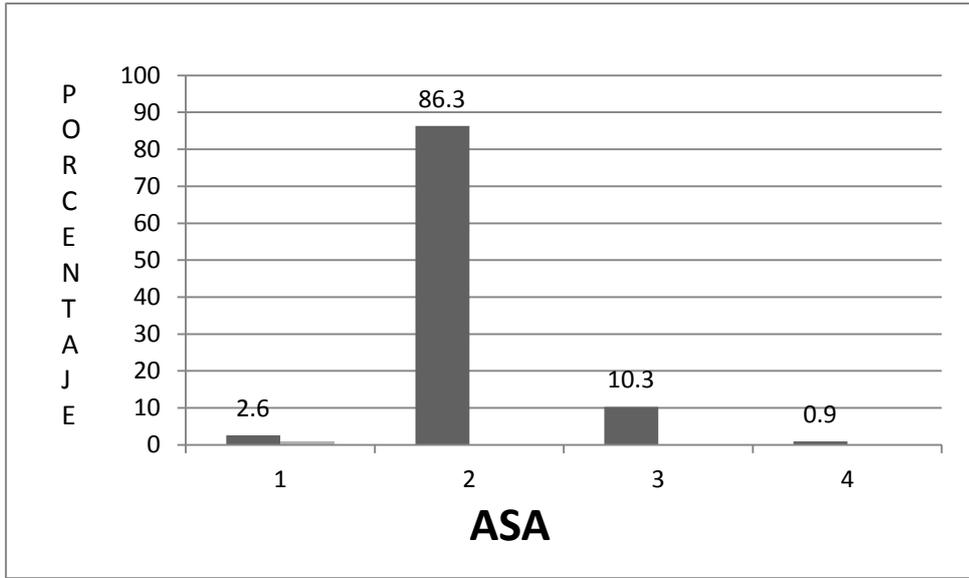
12.- RESULTADOS

De 117 pacientes entrevistados de la programación quirúrgica que fueron sometidos a procedimientos anestésico-quirúrgicos, 44 (37.6%) fueron del sexo masculino y 73 (62.4%) del femenino (Gráfica 1).



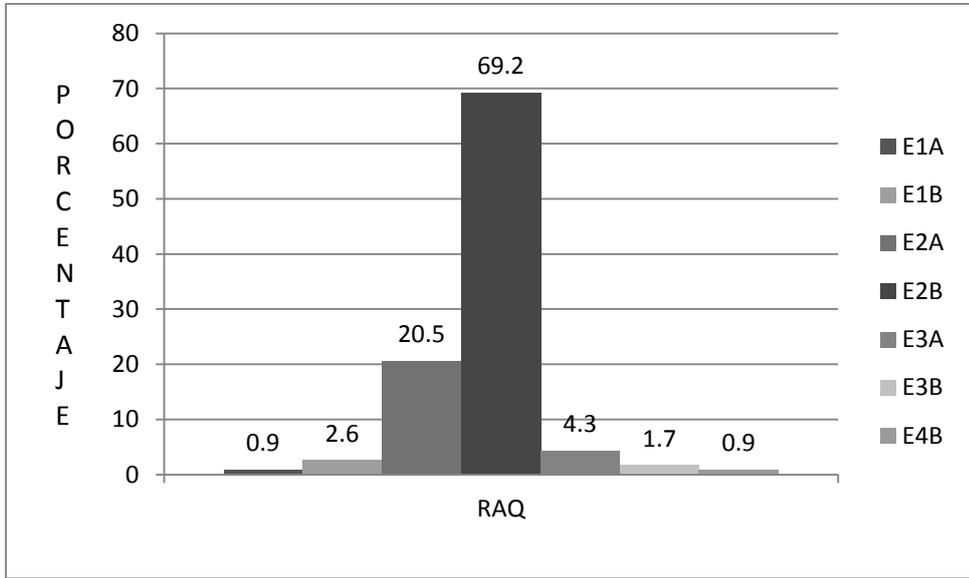
Gráfica 1. Distribución de la muestra por sexos.

La escolaridad más frecuente fue la primaria incompleta (30.8%), seguida por la primaria completa (27.8%) y la analfabeta (21.4%). Tanto en mujeres como en hombres, el zapoteco fue la lengua más frecuente (34.2%). En relación al estado físico de los pacientes y de acuerdo a la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA) se puede observar que la clase dos fue más frecuente (86.3%) (Gráfica 2).



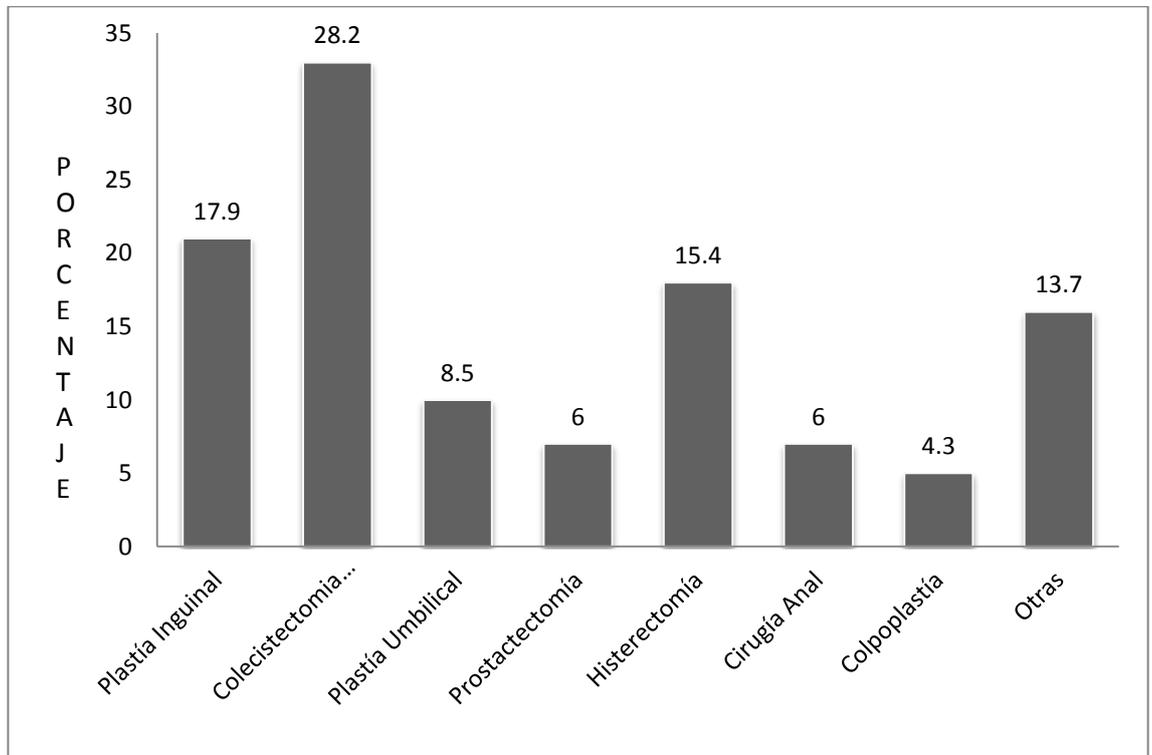
Gráfica 2. Estado físico de acuerdo al ASA

En base al riesgo anestésico-quirúrgico la muestra se distribuyó de la siguiente forma, predominando la clase E2B con 69.2% (Gráfica 3).



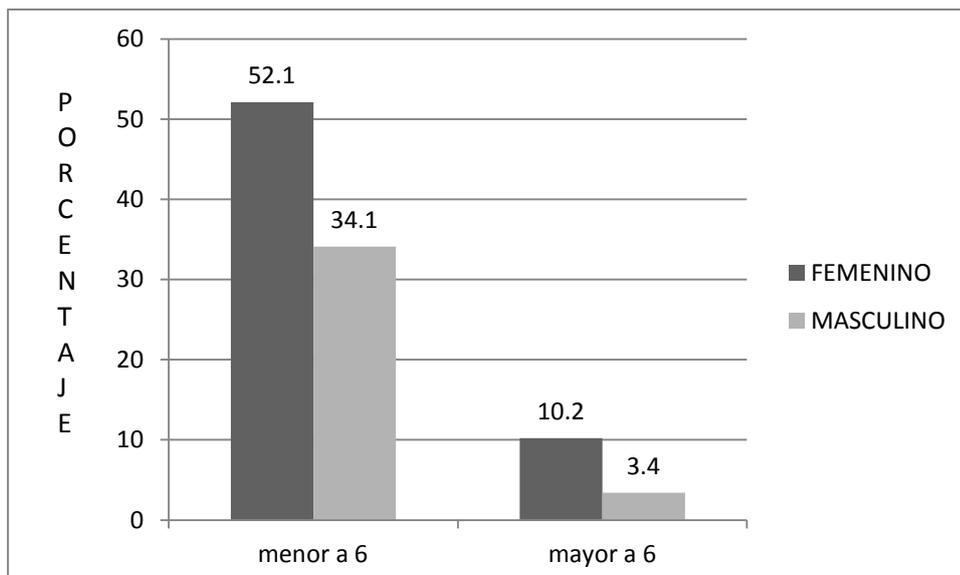
Gráfica 3. Riesgo anestésico quirúrgico (RAQ)

En relación a los tipos de cirugías realizadas, las frecuentes fueron la colecistectomía (28.2%) y plastía inguinal (17.9%) (Gráfica 4).



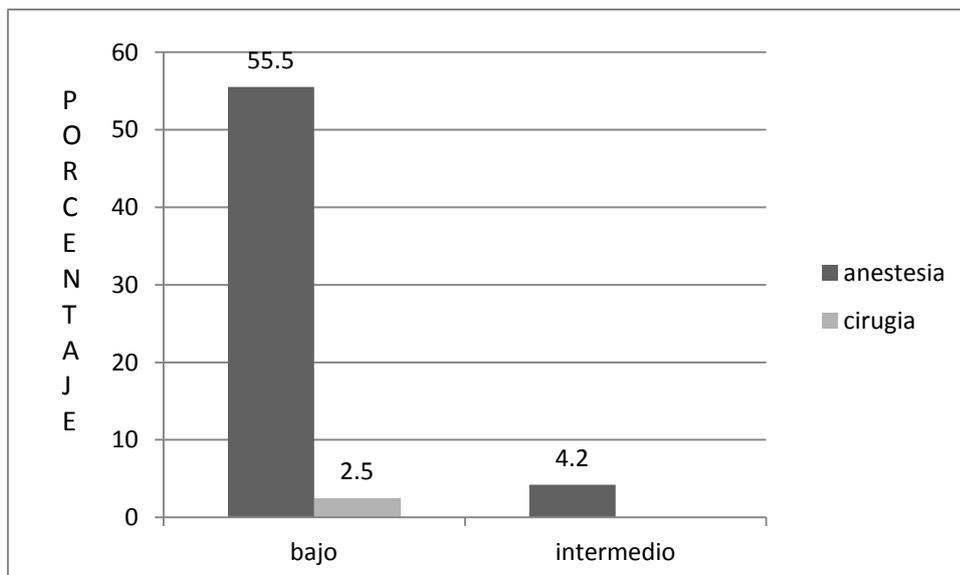
Gráfica 4. Tipo de cirugías realizadas.

De acuerdo a la entrevista que se les realizó a los participantes del presente estudio con la escala frutal análoga, 16 (13.7%) pacientes estuvieron ansiosos y el mayor porcentaje (10.2%) se encontró en el grupo del sexo femenino (Gráfica 5).

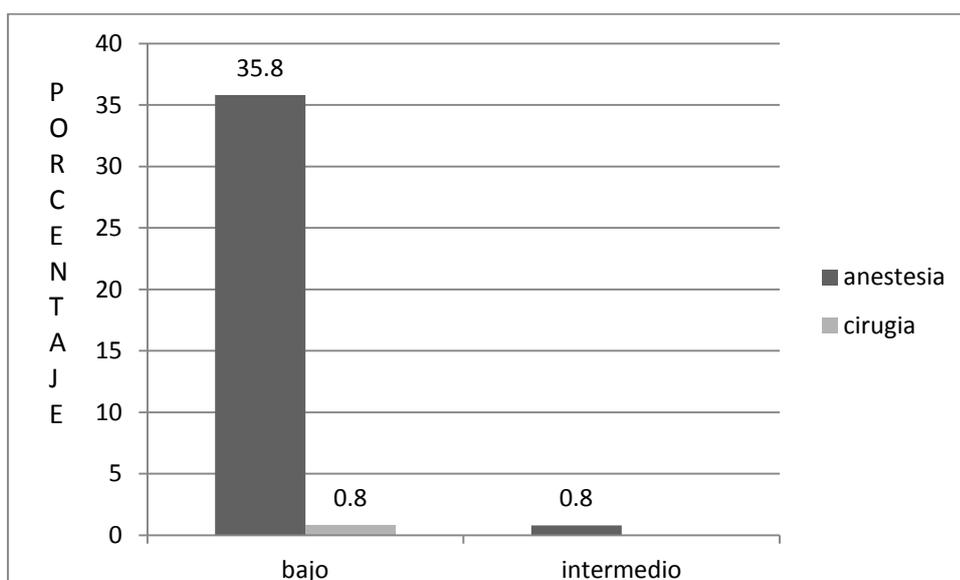


Gráfica 5. Niveles de ansiedad medida con la escala Frutal Análoga.

De acuerdo al resultado obtenido del APAIS, podemos observar que solo el 0.05% de pacientes mostró ser ansioso. En base con la subescala de la ansiedad preoperatoria causada por la anestesia, en 65 (55.5%) mujeres y 42 (35.8%) hombres presentaron un nivel de ansiedad bajo; y que respecto a la ansiedad para procedimiento quirúrgico 3 (2.5%) mujeres y 1 (0.8%) hombres presentaron un nivel intermedio de ansiedad; en ninguno de los dos sexos se encontró pacientes que presentaran un grado alto de ansiedad (Gráficas 6 y 7).



Gráfica 6. Niveles de ansiedad en mujeres evaluada con APAIS.



Gráfica 7. Niveles de ansiedad en hombres evaluada con APAIS.

En cuanto al nivel de información de acuerdo al APAIS, se encontró poca o nula información con puntajes de 2-4 en el 97.4%, información promedio 5-7 puntos en 0.85% e información suficiente en 1.71%

El coeficiente de correlación de Spearman demostró que existe una correlación positiva tanto clínica (r de 0.776) como estadísticamente significativa ($p < 0.01$) entre la escala de APAIS y la Escala Frutal Análoga para la medir la ansiedad.

13.- DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos, predominaron los pacientes del sexo femenino (62%) y de estas el 19.6% fueron analfabetas y en su mayoría con lengua zapoteco. En base a la medición de la ansiedad con la escala analógica frutal la mayor parte de la población estudiada (52.1%) de mujeres y hombres (34.1%) refirieron sentir cierto grado de ansiedad, la cual de acuerdo al resultado obtenido, siendo este no mayor a 6cm de acuerdo a la escala visual análoga frutal, lo que se considera como ansiedad normal o esperada en el preoperatorio. En un 10.2% de mujeres y un 3.4% de los hombres se presentó un grado de ansiedad que amerita ser manejado en el preoperatorio, por ser considerado mayor al esperado. Respecto a la ansiedad en base a la aplicación de la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam (APAIS) encontramos que la mayor parte de la población estudiada refirió sentir un grado bajo grado de ansiedad para la anestesia, siendo un 56.4% de mujeres y 36.7% de los hombres. Para el procedimiento anestésico también el grado de ansiedad es bajo de las 58.9% mujeres y 37.6% en los hombres, de acuerdo a este método de evaluación ninguno de los pacientes explorados reportó un grado alto de ansiedad ni para la anestesia ni para la cirugía.

Encontramos una prevalencia del 13% de ansiedad preoperatoria en la población estudiada, lo cual es menor reportada al resto de la literatura, pero es importante tomar en cuenta, que el tipo de población del presente estudio la cual es perteneciente a algún grupo étnico, a diferencia de otros estudios encontrados en la literatura, quizá debido a las diferencias culturales podría ser

la causa del porque se haya encontrado una incidencia menor a la esperada; ya que a nivel mundial se reporta una frecuencia del 85% y en México se ha reportado hasta de un 76% en población urbana.

De acuerdo a los resultados obtenidos con el presente estudio, encontramos que existe correlación tanto clínica como estadística entre el uso de la Escala Frutal Analógica y la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam (APAIS), lo que sugiere que pueden ser usadas como métodos para la medición de la ansiedad y sobre todo reproducible en otros grupos étnicos, ya que al ser un método práctico y comprensible y fácil de aplicarlo durante la visita preanestésica, y en base al resultado obtenido proporcionar algún tratamiento preoperatorio y/o ajustar nuestro manejo anestésico de acuerdo al grado de ansiedad preoperatoria que encontremos en nuestros pacientes.

Es importante recordar que la realización de una consulta preanestésica de calidad por si sola es un factor que contribuye en gran medida a la buena atención para los pacientes sometidos a procedimientos anestésico-quirúrgicos, ya que es en dicha valoración donde se pueden resolver algunas dudas que puedan generar o aumentar el grado de ansiedad, al establecer una buena relación médico-paciente, llevar a cabo un interrogatorio dirigido, una exploración física precisa y elaborar un plan terapéutico para cada caso.

Las principales dificultades para la realización del presente trabajo de investigación es la dificultad para acceder a los pacientes, ya que a pesar de hablar el castellano además de su lengua madre, en algunas ocasiones fue necesario el uso de un intérprete, generalmente un familiar para realizar la encuesta.

14.- CONCLUSIONES

Este estudio confirma que al igual que en la población urbana, en la rural, también existe la presencia de ansiedad preoperatoria, sin embargo la prevalencia de ansiedad e información preoperatoria evaluada con APAIS fue más baja que en la población urbana, lo cual puede ser atribuido a deficiencias en la comunicación intercultural entre pacientes y médicos. En futuros estudios se requiere realizar validación transcultural de los instrumentos utilizados, con ello probablemente se obtendrían porcentajes más elevados de ansiedad clínicamente significativa, lo que daría pautas para formular estrategias con el propósito de ofrecer un tratamiento intercultural e integral a los pacientes de los diferentes grupos étnicos que serán sometidos a diversos tipos de cirugía con anestesia general. Es fundamental que todo el equipo médico y no médico actúe de forma coordinada, ofreciendo la información suficiente y orientación al paciente y a sus familiares para disminuir el grado de ansiedad y evitar las repercusiones que esta pueda tener sobre la evolución del paciente.

15.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Norris W.** Preoperative anxiety: a study of the incidence and aetiology. Br J Anaesth 1967; 39:503-509.
2. **Plata, M.E., Castillo, M.E. y Guevara, U.M.** Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. Rev Mex Anest 2004; 27:16-23.
3. **Ruiz-López E y cols.** Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex 2000; 63(4):231-236.
4. **Gordillo F y cols.** Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Rev Clin Med Fam 2011; 4(3):228-233.
5. **Williams and Wilkins.** Anestesia Clínica, Hospital General de Massachusetts. Séptima edición. Editorial Lippincott. EUA 2007.
6. **Valenzuela-Millán J y cols.** Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir Cir 2010; 78(2):1551-156.
7. **Serrano-Atero MS. Caballero J.** Valoración del dolor (1). Rev Soc Esp Dolor 2002; 9:94-108.
8. **Rodríguez-Landa J. Carlos M. Contreras.** Algunos datos recientes sobre la fisiopatología de los trastornos de ansiedad. Rev Biomed 1998; 9:181-191.
9. **Tobal M.** Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Editorial TEA Madrid 1990.
10. **Spielberg CD, Gorsuch RL.** State Trait Anxiety Inventory manual. Palo Alto, Consulting Psychologists Press. 1970.
11. **Kindler C.** The visual analog scale allows effective measurement and detection of patient's anesthetic concerns. Anesth Analg 2000; 90:706-712.
12. **Whizar-Lugo y cols.** Conceptos actuales en dolor por cáncer. Rev Mex Anest 2005; 17(1):53-69.

13. **Moerman N y cols.** The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996; 82:445-451.
14. **Millán T.** Comunicación intercultural: conceptos y consecuencias. *Diálogos en acción*. 1ª etapa. 2004.
15. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. El enfoque intercultural: herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud. Secretaría de Salud.
16. **Salaverry O.** Interculturalidad en salud. La nueva frontera de la medicina. *Rev Perú Med Exp Salud Publica* 2010;27(1):6-7.
17. INEGI. Censo de población y vivienda 2010. Cuestionario básico.
18. Sitio www.oaxaca.com.mx. Fecha de revisión 20 julio 2012
19. Diagnóstico situacional 2011 de Tlacolula de Matamoros, Oaxaca. IMSS-Oportunidades.



16.- ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha México Distrito Federal A 01 Junio del 2012 HECMN SIGLO XXI
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

GRADO Y PREVALENCIA DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN GRUPOS ÉTNICOS EN EL HOSPITAL DE OPORTUNIDADES No36 DE TLACOLULA DE MATAMOROS, OAXACA

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: R-2012-3601-185

El objetivo del estudio es:

CONOCER EL GRADO Y PREVALENCIA DE ANESIEDAD PREOPERATORIA EN LA POBLACION QUIRÚRGICA DE DICHO HOSPITAL.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: RESPONDER UNA ENCUESTA QUE INCLUYE DOS CUESTIONARIOS: APAIS Y ESCALA FRUTAL ANÁLOGA

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

TEL CELULAR: 5538166530