



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE XOCO

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN PACIENTE
PROGRAMADO PARA CIRUGÍA ORTOPÉDICA ELECTIVA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA

EN:
ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:
DRA. GUADALUPE LIZETH GUTIÉRREZ MURGUÍA

DIRECTOR DE TESIS
DRA. MARÍA ELENA LAUNIZAR GARCÍA

CIUDAD UNIVERSITARIA CD. MX. 2022

Facultad de Medicina





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.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



**“FRECUENCIA DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN PACIENTE PROGRAMADO
PARA CIRUGÍA ORTOPÉDICA ELECTIVA”**
Autor: Gutiérrez Murguía Guadalupe Lizeth

Vo. Bo.
Dra. María Elena Launizar García

Profesor Titular del Curso de Especialización en Anestesiología

Vo. Bo.
Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano

Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación,
Secretaría de Salud de la Ciudad de México



SECRETARÍA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Vo. Bo.
Dra. María Elena Launizar García

Asesor de tesis
Hospital General de Xoco

AGRADECIMIENTOS

A Dios por este camino tan dichoso que ha preparado para mí, por darme las herramientas necesarias para que yo me desarrolle profesionalmente. Me comprometo a que mis manos sigan siendo un instrumento, sin eludir mis responsabilidades, para que se lleve a cabo tu voluntad.

A mi padre por dedicar su vida a nosotros, su familia. Por darme la oportunidad de llegar tan lejos. Por su amor, compromiso, entrega y constancia. Por guiarme en una dirección de crecimiento y estudio. Te dedico este y todos mis triunfos porque aunque físicamente no estas a mi lado, siempre te siento cerca de mí.

A mi madre por dedicar su vida a nosotros, su familia. Por siempre impulsarme a llegar más lejos en todos los sentidos, pero sobre todo en el profesional, por coserme las alas lo más grande que pudo, por darme la fuerza y valentía para emprender mi vuelo y alcanzar mis sueños, por sus formas de hacerme sentir acompañada y amada aun a la distancia; estos años lejos de ti no han sido fáciles, pero así como me dijiste “Para recibir, hay que dar y nosotras estamos dando mucho”. Por no dejarme usar la frase “No puedo” en ningún momento y por ayudarme a sobrellevar la muerte de mi padre, eres increíble mamita, fuente de luz e inspiración pura.

A mis hermanas quienes forman parte de mi tesoro más grande, por apoyarme en cada decisión a lo largo de estos años, por ayudarme sin pensarlo dos veces cuando he necesitado de ustedes, sé que cuento con ustedes y ustedes siempre contarán conmigo.

A mis sobrinos, por existir, el simple hecho de que ustedes existan hace que mi mundo sea mejor, gracias por su ternura, inocencia y amor, siempre tendrán en mi a alguien en quien confiar y un apoyo para continuar.

A mi pareja por su cariño que muchas veces usé de motor para no darme por vencida. Por su apoyo incondicional, por los chocolates y las flores en los días tristes. Mi amor simplemente ¡Gracias!, tu presencia en mi vida la hace mucho más bonita.

Al resto de mi familia por mandarme bendiciones y pensamientos positivos, mensajes de aliento para seguir, no ha sido un camino fácil, pero ha sido uno muy bendecido y les agradezco lo que suman a mi vida.

A mis maestros por enseñarme este arte y transmitir lo que les costó tantos años dominar, infinitas gracias por la oportunidad de aprender de ustedes, ha sido un placer compartir estos años, he aprendido mucho de cada uno de ustedes y de todos me llevo algo para utilizar el resto de mi vida no únicamente en el aspecto profesional, sino también en el personal, pues además de grandes profesionales, son grandes seres humanos.

A mis compañeros y amigos por hacer estos años más tolerables, porque al final formamos una relación única, especial y para toda la vida. Por hacerme sentir acogida y acompañada en una ciudad diferente. Mi familia de Ciudad de México, siempre los recordaré con mucho cariño.

A mí por aguantar, por aprender a dejar ir lo que no sirve y enfocarme en lo bueno, por mi esfuerzo y mi entrega. Le diría a esa liz estudiante de medicina, que todo está valiendo cada esfuerzo.

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES	1
2.1 Marco teórico	1
2.2 Antecedentes	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
IV. JUSTIFICACIÓN	6
V. HIPÓTESIS	7
VI. OBJETIVO GENERAL	7
VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
VIII. METODOLOGÍA	8
8.1 Tipo de estudio	8
8.2 Población de estudio	8
8.3 Muestra	8
8.4 Variables	9
8.5 Mediciones e instrumentos de medición	12
8.6 Análisis estadístico de los datos	12
IX. IMPLICACIONES ÉTICAS	12
X. RESULTADOS	13
XI. ANÁLISIS DE RESULTADOS	14
XII. DISCUSIÓN	17
XIII. CONCLUSIONES	18
XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
Índice de Tablas	
Tabla 1. <i>“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica”</i>	22

Tabla 2. <i>“Análisis estadístico de frecuencia en ansiedad prequirúrgica”</i>	22
Tabla 3. <i>“Relación de frecuencia por género”</i>	22
Tabla 4. <i>“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con género”</i>	23
Tabla 5. <i>“Análisis estadístico de ansiedad y género”</i>	23
Tabla 6. <i>“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con escolaridad”</i>	24
Tabla 7. <i>“Análisis estadístico de ansiedad y escolaridad”</i>	24
Tabla 8. <i>“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con ayuno”</i>	25
Tabla 9. <i>“Análisis estadístico de ansiedad y ayuno”</i>	25
Tabla 10. <i>“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con estado socioeconómico”</i>	26
Tabla 11. <i>“Análisis estadístico de ansiedad y estado socioeconómico”</i>	26
Tabla 12. <i>“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con ocupación”</i>	27
Tabla 13. <i>“Análisis estadístico de ansiedad y ocupación”</i>	27
Tabla 14. <i>“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con anestesia previa”</i>	28
Tabla 15. <i>“Análisis estadístico de ansiedad y anestesia previa”</i>	28
Tabla 16. <i>“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con toxicomanías”</i>	29
Tabla 17. <i>“Análisis estadístico de ansiedad y toxicomanías”</i>	29
Tabla 18. <i>“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con edad”</i>	30
Tabla 19. <i>“Análisis estadístico de ansiedad y grupo de edad”</i>	30
Índice de Gráficas	
<i>Grafica 1. “Frecuencia de ansiedad prequirúrgica”</i>	31
<i>Grafica 2. “Frecuencia de género”</i>	31
<i>Grafica 3. “Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada a género”</i>	32
<i>Grafica 4. “Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada a escolaridad”</i>	32
<i>Grafica 5. “Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada a horas de ayuno”</i>	33
<i>Grafica 6. “Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada a estado socioeconómico”</i>	33
<i>Grafica 7. “Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada a ocupación”</i>	34
<i>Grafica 8. “Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada a evento anestésico previo”</i>	34
<i>Grafica 9. “Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada con toxicomanías”</i>	35
<i>Grafica 10. “Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada con grupo de edad”</i>	35
Índice de Anexos	
Anexo 1. Hoja de recolección de datos	36
Anexo 2. Consentimiento informado	37

RESUMÉN

La ansiedad es una respuesta humana ante situaciones de estrés con implicaciones de índole tanto psicológica como somática, en este trabajo, específicamente se estudió la ansiedad prequirúrgica, la cual se ha relacionado con resultados desfavorables en el período transanestésico, postanestésico e influye negativamente en el proceso de recuperación de la función a corto y largo plazo.

El estudio se realizó mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) la cual ha sido validada en pacientes sometidos a diversos tipos de cirugía en múltiples países, mostrando consistentemente propiedades psicométricas adecuadas.

Dicha escala consiste en seis reactivos de los cuales, cuatro representan el miedo a la anestesia y al procedimiento quirúrgico y dos representan la necesidad de información. Se obtiene un puntaje total de 6 a 30 puntos, con un punto de corte de 11 para identificar ansiedad prequirúrgica en la práctica clínica.

A nivel internacional se han determinado factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad prequirúrgica, que incluyen antecedentes y características sociodemográficas específicas que se analizaron a lo largo de este estudio, así como también se determinó su significancia estadística.

Se demostró que la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en la población de estudio fue muy alta, similar a lo reportado en literatura internacional, resaltando la importancia de realizar una prueba de tamizaje que permita identificar a los pacientes que la presenten.

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad se presenta como una respuesta fisiológica ante situaciones desconocidas, que signifiquen una amenaza para la vida y/o la función, como por ejemplo, un evento quirúrgico. Durante los últimos años, ha aumentado la demanda de procedimientos quirúrgicos a nivel mundial, incluidas las correspondientes a la especialidad de traumatología y ortopedia.

Tomando en cuenta que alrededor del 80% de los pacientes sometidos a cualquier tipo de cirugía desarrollan algún grado de ansiedad y que esta influye negativamente, tanto en el procedimiento anestésico-quirúrgico como en los resultados finales del procedimiento, resulta importante determinar la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en nuestra población.

Por consiguiente, en este trabajo de investigación el objetivo general es identificar la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en los pacientes programados para cirugía ortopédica en el Hospital General de Xoco. En la hipótesis inferimos que existe una alta frecuencia de ansiedad prequirúrgica en los pacientes programados para cirugía ortopédica.

Para verificar nuestro enunciado se realizará un estudio observacional, transversal, retrolectivo y unicéntrico en el cual se incluirán todos los pacientes programados para cirugía ortopédica en el Hospital General Xoco, aplicando la Escala de ansiedad prequirúrgica y de Información de Ámsterdam (APAIS) previo a su procedimiento anestésico quirúrgico.

Dicha escala ha sido validada en pacientes sometidos a diferentes tipos de cirugía en múltiples países y ha demostrado ser un instrumento válido y confiable. La escala consiste en un cuestionario que consta de 6 reactivos en formato de respuesta tipo Likert, que miden: miedo a la anestesia, miedo al procedimiento y necesidad de información, con un punto de corte de 11 puntos para considerar que un paciente presenta ansiedad prequirúrgica que requiere atención especializada.

II. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

La ansiedad corresponde a una de las principales manifestaciones psicológicas en pacientes que serán sometidos a intervenciones quirúrgicas de cualquier índole y se presenta hasta en un 80% en los pacientes sometidos a cirugías de alto riesgo.

Se ha demostrado la correlación de ansiedad prequirúrgica con escenarios desfavorables y consecuencias negativas tanto psicológicas como somáticas, que afectan desde el período transanestésico y la recuperación, hasta el período de

recuperación. En consecuencia, la ansiedad prequirúrgica se considera como factor de riesgo de mortalidad. (1) (2)

La ansiedad es una respuesta humana ante situaciones de amenaza y una respuesta fisiológica a factores estresantes, con componentes tanto fisiológicos como psicológicos. El someterse a un evento quirúrgico aumenta el nivel de ansiedad significativamente independientemente del procedimiento y su complejidad. (3)

Algunas de sus principales manifestaciones somáticas como: taquicardia, hipertensión, sudoración, sensación de inquietud y nerviosismo, ocasionan que los pacientes describan la ansiedad prequirúrgica como uno de los peores aspectos del periodo perioperatorio. (4)

Un nivel alto de ansiedad prequirúrgica se relaciona con efectos adversos importantes durante la cirugía y en el período de recuperación. Los estudios sobre la relación entre la respuesta inmune y el estado fisiológico de los pacientes sometidos a cirugías demuestran que la ansiedad prequirúrgica se asocia con una recuperación postoperatoria más lenta, complicada y dolorosa. (5)

ANTECEDENTES GENERALES

La ansiedad en el periodo preoperatorio repercute tanto para el equipo de anestesiólogos como cirujanos. Según los resultados obtenidos de un estudio observacional realizado en más de 15.000 pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, la ansiedad fue el aspecto más frecuentemente mencionado del período perioperatorio. (6)

Con la finalidad de ayudar a los pacientes con su ansiedad relacionada con la anestesia y/o procedimiento quirúrgico, es necesario conocer la frecuencia y, sobre todo, la relevancia de los miedos específicos asociados a la ansiedad relacionada con la anestesia desde la perspectiva del paciente. (7) (8)

En diversos estudios se ha determinado que la mayoría de los pacientes (casi el 75%) manifiestan un gran nivel de ansiedad, desde el momento en que se menciona la necesidad de la cirugía hasta el momento en el entran a la sala de quirófano. En los procedimientos de riesgo bajo e intermedio, la principal fuente de ansiedad preoperatoria son los temores y las preocupaciones de los pacientes sobre la anestesia (62%), más que del procedimiento quirúrgico. (9)

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

La cirugía ortopédica forma parte de los procedimientos quirúrgicos más comunes en el mundo. En países europeos como Suecia se reportan casi 300.000 procedimientos ortopédicos por año. (10)

Los estudios realizados de ansiedad prequirúrgica en cirugía ortopédica sugieren que los pacientes que la presentan, la mejoría sintomática posterior al procedimiento es significativamente menor, en relación a aquellos que no la presentan. (11)

En estudios recientes, Blackburn et al. Informaron de que el 60% de los pacientes que se presentan para una cirugía electiva experimentan ansiedad. La ansiedad preoperatoria no sólo requiere mayores cantidades de anestésicos, sino que también aumenta la secreción de catecolaminas del paciente, con el desarrollo subsecuente de alteraciones hemodinámicas como taquicardia, hipertensión y arritmia. (12)

La prevalencia de la ansiedad preoperatoria depende del grupo de pacientes. Según los estudios, la prevalencia es alta en las mujeres, los pacientes relativamente jóvenes, pacientes que hacen muchas preguntas sobre la cirugía y los pacientes con experiencia anestésico-quirúrgica previa. El género y la edad tienen una correlación especial con la ansiedad preoperatoria. (12)

La mayoría de los anestesiólogos tienen experiencias negativas con la ansiedad preoperatoria que afecta a los pacientes; por lo tanto, cobra especial importancia la consulta preanestésica o una atención personalizada previo a la intervención en la cual se le brinde información detallada sobre el procedimiento a los pacientes, esta y otras intervenciones como la medicación pre anestésica han demostrado una diferencia significativa en los pacientes con ansiedad pre quirúrgica. (13)

En un estudio realizado en Corea en donde se evaluó mediante una escala de ansiedad prequirúrgica como factor predictivo para desarrollar cambios hemodinámicos durante la inducción de la anestesia se evaluaron 111 pacientes a los que se les realizó la escala de ansiedad pre quirúrgica STAI una noche previa a su cirugía electiva y 5 minutos antes de su inducción anestésica se registraron sus cifras tensionales y su frecuencia cardíaca. (14)

En el análisis basado en la edad, las puntuaciones de ansiedad de los pacientes de 45 años o más mostraron no sólo una estrecha correlación con el cambio de la frecuencia cardíaca, sino también que las puntuaciones podían utilizarse para predecir un cambio del 20% o más en la presión arterial durante la inducción anestésica (ABC = 0,729, P= 0,024) y un cambio del 20% o más en la frecuencia cardíaca (ABC = 0,767, P = 0.049). (14)

Llegando a la conclusión de que la ansiedad en los pacientes de 45 años o más tiene una fuerte relación con el cambio hemodinámico durante la inducción anestésica. Por lo tanto, la ansiedad prequirúrgica debería recibir más atención. (15)

Se puede predecir que los pacientes de edad avanzada con gran ansiedad preoperatoria tendrán respuestas hemodinámicas más exageradas, por lo que deben tomarse medidas más proactivas para reducir la ansiedad preoperatoria de estos pacientes. (15)

Otro estudio clínico prospectivo realizado en el Departamento de Anestesiología en la Clínica de Cirugía del Centro Clínico Universitario de Tuzla (UCC) en el período comprendido entre Mayo de 2012 y Enero de 2015. Se analizaron 80 pacientes a los que se les planificó y realizó una intervención quirúrgica electiva. Los resultados mostraron que todos los pacientes tenían algún grado de ansiedad manifiesta preoperatoria. (16)

Los valores medios de la presión arterial media, antes y después de la inducción de la anestesia general, se encontró que diferían en 15,4 mm/Hg. Además se comprobó que existe una correlación entre el nivel de ansiedad preoperatoria y las dosis de anestesia. El nivel de ansiedad pre quirúrgica según el test es un predictor significativo de la dosis de anestesia administrada. (16)

Aunque no se conoce el porcentaje exacto de pacientes que sufren ansiedad prequirúrgica, la literatura sugiere una incidencia que varía entre el 60% y el 80%. (16)

Razón por la cual a lo largo del tiempo se han desarrollado múltiples instrumentos para medir el nivel de ansiedad pre quirúrgica siendo uno de ellos la "Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam" (APAIS) que se validó en un estudio realizado en 1996. (17)

Se utilizó un cuestionario, la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS), que consiste en seis reactivos de los cuales, cuatro representan el miedo a la anestesia y al procedimiento quirúrgico y dos representan la necesidad de información. Se obtiene un puntaje total de 6 a 30 puntos, con un punto de corte de 11 para identificar ansiedad prequirúrgica en la práctica clínica. (17)(18)

La escala de ansiedad consta de cuatro reactivos (preguntas 1, 2, 4, 5), cada una de las cuales puede puntuar de 1 a 5, con un rango de puntuación de 4 a 20. (17)

Se observó una diferencia muy significativa ($P = <0.001$) entre los hombres y las mujeres. La puntuación media de los hombres fue de 7,5 (SD 3,5) y la puntuación media de las mujeres fue de 9,9 (DE 4,5). Pero el análisis de varianza indicó un efecto de interacción entre la experiencia quirúrgica previa y el sexo ($P = 0,02$); la prueba t para las diferencias entre las medias mostró que los hombres que habían sido

operados antes tenían una puntuación más alta en la escala de ansiedad que los sin experiencia previa en cirugía. En las mujeres no hubo tal diferencia entre las que tenían experiencia previa de cirugía y las que no la tenían. (17)

La escala de necesidad de información consta de dos ítems (preguntas 3 y 6), cada una de las cuales puede puntuar de 1 a 5. (17)

La suma de la escala de necesidad de información es la suma de estas dos preguntas, con un rango de puntuación de 2 a 10. El análisis de varianza no indicó ningún efecto de interacción entre el tipo de operación y el sexo; sólo un efecto principal estadísticamente de la experiencia quirúrgica previa ($P = 0,002$). (17)

Los pacientes sin experiencia previa obtuvieron una puntuación más baja (media de 6,6, DE 2,3) en la escala de información, que los que habían sido operados antes (media de 7,5, DE 2,2). (17)

No hubo relaciones estadísticamente significativas entre la edad, el tipo de operación y las puntuaciones en la escala de información. (17)

Tanto la escala de ansiedad como la de necesidad de información mostraron buenas propiedades psicométricas y factibles en la práctica clínica. (17)

De acuerdo con la literatura se encontró que las mujeres tienen una puntuación más alta en los ítems de ansiedad que los hombres, y existe una relación positiva entre la ansiedad y la necesidad de información. Los pacientes con mayor necesidad de información eran pacientes con un mayor nivel de ansiedad que los con una baja demanda de información. Los pacientes sin experiencia previa en cirugía tenían una mayor necesidad de información que los que habían sido operados con anterioridad. (17)

La escala "The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale" (APAIS) ha sido validada en pacientes sometidos a diversos tipos de cirugía en múltiples países, mostrando consistentemente propiedades psicométricas adecuadas. (18)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En estudios previos se ha identificado la relación que existe entre la ansiedad prequirúrgica y el desarrollo de complicaciones durante el período transanestésico, el postanestésico, así como también, en la recuperación de la cirugía a corto y largo plazo.

Las principales complicaciones identificadas corresponden a: poca cooperación por parte del paciente, cambios hemodinámicos bruscos, mayor dificultad en el manejo de dolor postoperatorio, aumento de estancia intrahospitalaria así como un proceso

de rehabilitación y recuperación de la función más prolongado, doloroso y con mayor índice de fracaso.

Las características sociodemográficas que resultan útiles para identificar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollo de ansiedad prequirúrgica han sido descritas en estudios previos, encontrando mayor incidencia en población joven, de género femenino, con antecedente de evento anestésico-quirúrgico previo, mayor estatus socioeconómico y alto grado académico.

También se han identificado factores modificables que podrían ayudar a disminuir la ansiedad prequirúrgica en los pacientes programados para cirugía, por parte del equipo hospitalario tanto de enfermeras, como de cirujanos y anestesiólogos, estos corresponden básicamente a mejorar la comunicación con el paciente y brindar toda la información que este requiera en un lenguaje sencillo pero efectivo.

La frecuencia de la ansiedad prequirúrgica se estima por arriba del 60% de los pacientes sometidos a cualquier tipo de cirugía, sin embargo no se cuenta con estudios previos que determinen con exactitud la frecuencia de la misma en la población del Hospital General de Xoco programados para cirugía ortopédica.

A pesar del número importante de eventos anestésico-quirúrgicos reportados en el servicio de ortopedia del Hospital General de Xoco, no existe un protocolo dirigido a identificar esta condición en los pacientes de dicho servicio.

Es por eso que resulta interesante determinar la frecuencia de ansiedad prequirúrgica, así como correlacionar los factores sociodemográficos e identificar los factores modificables que favorecen la presentación de esta patología con la finalidad de demostrar la importancia de aplicar un estudio de tamizaje que permita identificar esta entidad para posteriormente aplicar un manejo apropiado.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de la ansiedad prequirúrgica en pacientes programados para cirugía ortopédica?

IV. JUSTIFICACIÓN

La importancia de nuestro estudio radica en que en el Hospital General de Xoco se cuenta con una alta demanda de cirugía ortopédica predominando hasta en un 60% desde el año 2021 y no se realiza de manera rutinaria el tamizaje para identificar la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en estos pacientes.

La ansiedad prequirúrgica tiene una alta prevalencia a nivel mundial, sin embargo, no se cuenta con estudios previos que determinen con exactitud su presencia en nuestra población. Partiendo del principio de que es necesario identificar un problema para establecer un tratamiento, esta investigación se centra en determinar la frecuencia de los pacientes afectados por esta entidad con la escala de ansiedad e información de Ámsterdam (APAIS).

Aunado a lo anterior, la ansiedad prequirúrgica se relaciona con desenlaces desfavorables y complicaciones tanto en el periodo transanestésico como en el de recuperación hasta en un 75%, por lo que resulta de vital importancia identificar su frecuencia en nuestra población.

El resultado de esta investigación se podría ver afectado por riesgos técnicos en base a un mal llenado de las encuestas, riesgos externos como pacientes que brindan información falsa o riesgos organizacionales como errores en la captura de los datos obtenidos.

V. HIPÓTESIS

Existe una alta frecuencia de ansiedad prequirúrgica en pacientes programados para cirugía ortopédica en el Hospital General de Xoco.

VI. OBJETIVO GENERAL

Objetivo General:

Determinar la frecuencia de ansiedad prequirúrgica por medio de la escala de ansiedad e información de Ámsterdam (APAIS) en pacientes programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.

VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivos específicos:

- Identificar si el género del paciente influye en el desarrollo de ansiedad prequirúrgica
- Identificar si la edad del paciente influye en el desarrollo de ansiedad prequirúrgica
- Identificar si la escolaridad del paciente influye en el desarrollo de ansiedad prequirúrgica
- Identificar si el nivel socioeconómico del paciente influye en el desarrollo de ansiedad prequirúrgica
- Identificar si la presencia de toxicomanías influye en el desarrollo de ansiedad prequirúrgica

- Identificar si el antecedente de evento anestésico quirúrgico influye en el desarrollo de ansiedad prequirúrgica

VIII. METODOLOGÍA

a) Tipo de estudio

Por objetivo: Observacional descriptivo.

Por temporalidad: Transversal (Analítico).

Por recolección de datos: Retrolectivo.

Por unidades participantes: Unicéntrico.

b) Población de estudio

Pacientes programados para cirugía ortopédica atendidos en el Hospital General Xoco.

c) Muestra

Se realizó el cálculo de tamaño de muestra por medio de la fórmula para estimación de una proporción en una población finita, utilizando un tamaño de población de 76 pacientes por mes al realizar una media con base en las cirugías electivas de ortopedia realizadas en el año 2021 en el Hospital General de Xoco, con un porcentaje estimado de presencia de ansiedad prequirúrgica en los pacientes programados para cirugía electiva de ortopedia del 60%, con una precisión del 5%, con un intervalo de confianza del 95% en el cual se requieren al menos 60 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes hombres y mujeres programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes de 18 a 99 años programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes analfabetas programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes con educación básica programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes con educación media superior programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes con educación superior programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.

- Pacientes con estado socioeconómico bajo programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes con estado socioeconómico medio programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes con estado socioeconómico alto programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes con antecedente de un evento anestésico quirúrgico programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes sin antecedente de un evento anestésico quirúrgico programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes con toxicomanías programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes sin toxicomanías programados para cirugía ortopédica del Hospital General Xoco.
- Pacientes que cuenten con estudio socioeconómico anexado en el expediente.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que tengan alguna condición física o mental que les impida contestar la encuesta.
- Pacientes con antecedente de diagnóstico de ansiedad o algún padecimiento psiquiátrico documentado en el expediente.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que soliciten ser eliminados de la investigación.
- Pacientes que fallezcan durante la intervención anestésico-quirúrgica.

d) Variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medida	Instrumento de medición
Preocupación	Cualitativa Dicotómica Nominal	Estado de desasosiego, inquietud o temor producido ante una situación difícil, un problema, etc. (19)	Se obtendrá a partir de la puntuación en la escala APAIS en los reactivos de preocupación.	Sí No	APAIS

Pensamiento Recurrente	Cualitativa Dicotómica Nominal	Mecanismo cognitivo de afrontamiento que se caracteriza por focalizar la atención en los aspectos difíciles o negativos de una manera repetitiva y pasiva (20)	Se obtendrá a partir de la puntuación en la escala APAIS en los reactivos de pensamiento recurrente.	Sí No	APAIS
Información	Cualitativa Dicotómica Nominal	Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada.(19)	Se obtendrá a partir de la puntuación en la escala APAIS en los reactivos de información.	Sí No	APAIS
Edad	Cuantitativa discreta	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha en que se registra el cálculo. (21)	Se obtendrá a partir de pregunta directa.	Años	Pregunta directa
Sexo	Cualitativa dicotómica nominal	Condición biológica que clasifica a la población en hombre o mujer. (22)	Se obtendrá a partir de pregunta directa.	1.Hombre 2.Mujer	Pregunta directa
Escolaridad	Cualitativa nominal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.(19)	Se obtendrá a partir de pregunta directa.	Analfabeta Básica Media superior Superior	Pregunta directa
Estado socioeconómico	Cualitativa nominal	Posición o status que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos económicos que posee (23)	Se revisará el estudio socioeconómico o realizado por el servicio de trabajo social.	Bajo Medio Alto	Revisión de expediente.
Antecedente de cirugía	Cualitativa Dicotómica nominal	Realización de procedimiento quirúrgico previo. (19)	Se obtendrá a partir de pregunta directa.	Si No	Pregunta directa

Toxicomanías	Cualitativa dicotómica nominal	Se entiende por abuso cualquier consumo de droga que dañe, o amenace con dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general.(24)	Se obtendrá a partir de pregunta directa.	Si No	Pregunta directa
Diagnóstico	Cualitativa nominal	Identificación de la existencia o no de una enfermedad a partir de los síntomas y signos clínicos, para determinar un padecimiento o condición clínica, auxiliándose para ello, en caso necesario, de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.(19)	Se obtendrá a partir de la revisión del expediente en el apartado de pruebas diagnósticas.	Tipo de lesión	Revisión de expediente
Ansiedad	Cualitativa dicotómica nominal	Es un estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenazas, acompañados de activación del sistema Nervioso Autónomo(25)	Se obtendrá a partir de la puntuación obtenida en la escala APAIS.	Sí No	APAIS

e) Mediciones e Instrumentos de medición

Aplicación de la Escala de Ansiedad e Información de Ámsterdam (APAIS) con un punto de corte de 11 puntos para considerar que un paciente presenta ansiedad prequirúrgica que requiere atención especializada.

f) Análisis estadístico de los datos

Los datos obtenidos se analizaron de la siguiente manera: Las medidas de tendencia central que se utilizaron fueron moda, media, mediana y porcentaje.

Para el análisis estadístico, las variables sociodemográficas (género, edad, escolaridad, nivel socioeconómico), así como el antecedente de toxicomanías y evento anestésico-quirúrgico, se representó en tablas, distribuciones de frecuencias y gráficos.

Para determinar correlaciones entre los diferentes grupos se utilizó prueba Chi cuadrada de Pearson en variables cualitativas. El programa estadístico empleado fue IBM SPSS versión 28.0

IX. IMPLICACIONES ÉTICAS

El proyecto fue sometido en versión protocolo al Comité de Ética en investigación del Hospital General de Xoco para su evaluación y posterior aprobación.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación con su actualización de 2020, debido a que se trata de un estudio observacional descriptivo donde la información se obtuvo a partir de la realización de un cuestionario y consulta del estudio socioeconómico que forma parte del expediente clínico, se clasificó como investigación SIN RIESGO.

La información obtenida fue resguardada en el departamento de anestesiología y únicamente tuvo acceso a ella, la investigadora principal y la asesora de tesis. El nombre del paciente fue cambiado por un código alfa numérico al llenar la base de datos.

Autonomía: De acuerdo a la Declaración de Helsinki en su reunión de 2013, se respetó la confidencialidad de la identidad de los pacientes asignando un código alfa-numérico (que sólo la investigadora principal conoció) en el cuestionario realizado; no se divulgará la identidad bajo ninguna circunstancia durante el proceso de divulgación científica.

Justicia: Este principio no se ve afectado ya que fueron incluidos todos los pacientes programados para cirugía de ortopedia en el Hospital General de Xoco.

Beneficencia: Los sujetos de investigación no obtuvieron beneficios directos de su participación, los resultados obtenidos brindaron información para identificar la

frecuencia de ansiedad prequirúrgica en pacientes programados para cirugía ortopédica.

No Maleficencia: el estudio no influyó de forma negativa en el tratamiento o plan establecido para el paciente al momento de que se llevó a cabo.

X. RESULTADOS

Se aplicó estadística descriptiva mediante el software IBM SPSS versión 28.0 en un total de 63 pacientes programados para cirugía ortopédica en el Hospital General de Xoco con el motivo de identificar la frecuencia de ansiedad prequirúrgica.

Un 81%(n=51) del total de la muestra presentó ansiedad prequirúrgica, mientras que el 19% (n=12) se mostró sin la misma; con Chi-cuadrado de Pearson de 63.000^a y una significación asintótica (bilateral) de <.001. (Tabla 1 y 2) (Gráfica 1)

La muestra se compone de 63 sujetos, de los cuales el 63.5% fueron hombres (n=40) y el 36.5% mujeres. (Tabla 3) (Gráfica 2)

Al relacionar género con el desarrollo de ansiedad prequirúrgica, se encontró que en el grupo de mujeres el 82.6% (n=19) desarrolló ansiedad prequirúrgica, mientras que el 17.4% (n=4) no; En el grupo de hombres el 80% (n=32) si la desarrolló, mientras que el 20% (n=8) no. Con Chi-cuadrado de Pearson de 0.064^a y una significación asintótica (bilateral) de 0.800. (Tabla 4 y 5) (Gráfica 3)

Al relacionar grado de escolaridad con el desarrollo de ansiedad prequirúrgica, se encontró que para el grupo de educación básica el 76.2% (n=32) si la desarrolló, mientras que el 23.8% (n=10) no; Para el grupo de educación media superior el 91.7% (n=11) si la desarrolló, mientras que el 8.3% (n=1) no; Para el grupo de educación superior el 88.9% (n=8) si la desarrolló, mientras que el 11.1% (n=1) no. Con Chi-cuadrado de Pearson de 1.879^a y una significación asintótica (bilateral) de 0.391. (Tabla 6 y 7) (Gráfica 4)

Al relacionar las horas de ayuno con el desarrollo de ansiedad prequirúrgica, se encontró que para el grupo de ayuno ≥ 8 hrs el 74.2% (n=23) si la desarrolló, mientras que el 25.8% (n=8) no; Para el grupo de ayuno ≥ 12 hrs el 85.7% (n=24) si la desarrolló, mientras que el 14.3% (n=4) no; Para el grupo de ayuno ≥ 24 hrs el 100%(n=4) si la desarrolló. Con Chi-cuadrado de Pearson de 2.271^a y una significación asintótica (bilateral) de 0.321. (Tabla 8 y 9) (Gráfica 5)

Al relacionar el nivel socioeconómico con el desarrollo de ansiedad prequirúrgica, se encontró que para el grupo de nivel bajo el 66.7% (n=8) si la desarrolló mientras que el 33.3% (n=4) no; Para el grupo de nivel medio el 84.8% (n=39) si la desarrolló, mientras que el 15.2% (n=7) no; Para el grupo de nivel alto el 80% (n=4) si la

desarrolló, mientras que el 20% (n=1) no. Con Chi-cuadrado de Pearson de 2.029^a y una significación asintótica (bilateral) de 0.363. (Tabla 10 y 11) (Gráfica 6)

Al relacionar la ocupación con el desarrollo de ansiedad prequirúrgica, se encontró que para el grupo con ocupación el 83% (n=45) si la desarrolló, mientras que el 16.7% (n=9) no; Para el grupo sin ocupación el 66.7% (n=6) si la desarrolló, mientras que el 33.3% (n=3) no. Con Chi-cuadrado de Pearson de 1.390^a y una significación asintótica (bilateral) de 0.238. (Tabla 12 y 13) (Gráfica 7)

Al relacionar el antecedente anestésico-quirúrgico previo con el desarrollo de ansiedad prequirúrgica, se encontró que dentro del grupo con dicho antecedente el 93.3% (n=28) si la desarrolló, mientras que el 6.7% (n=2) no; En el grupo sin dicho antecedente el 69.7% (n=23) si la desarrolló, mientras que el 30.3% (n=10) no. Con Chi-cuadrado de Pearson de 5.694^a y una significación asintótica (bilateral) de 0.017. (Tabla 14 y 15) (Gráfica 8)

Al relacionar el antecedente de toxicomanías con el desarrollo de ansiedad prequirúrgica, se encontró que dentro del grupo con dicho antecedente el 75% (n=18) si la desarrolló, mientras que el 25% (n=6) no; En el grupo sin dicho antecedente el 84.6% (n=33) si la desarrolló mientras que el 15.4% (n=6) no. Con Chi-cuadrado de Pearson de 0.891^a y una significación asintótica (bilateral) de 0.345. (Tabla 16 y 17) (Gráfica 9)

Al relacionar el grupo de edad con el desarrollo de ansiedad prequirúrgica, se encontró que en el grupo de <30 años el 87% (n=20) si la desarrolló, mientras que el 13% (n=3) no; En el grupo de 30-60 años el 75.9% (n=22) si la desarrolló, mientras que el 24.1% (n=7) no; En el grupo de >60 años el 81.8% (n=9) si la desarrolló , mientras que el 18.2% (n=2) no. Con Chi-cuadrado de Pearson de 1.030^a y una significación asintótica (bilateral) de 0.597. (Tabla 18 y 19) (Gráfica 10)

XI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal donde se incluyeron pacientes programados para cirugía ortopédica en el Hospital General de Xoco, a quienes se les aplicó la encuesta APAIS para identificar la frecuencia de ansiedad prequirúrgica; El cálculo de muestra se realizó por medio de la fórmula para estimación de una proporción en una población finita. Se identificó la significancia estadística de cada uno de los antecedentes de importancia y características sociodemográficas que en estudios previos se han relacionado con el desarrollo de dicha entidad.

El análisis cuantitativo demostró que la ansiedad prequirúrgica tiene una frecuencia de 81% en la población de estudio, resultando estadísticamente significativo con un

valor de Chi-cuadrado de Pearson de 63.000^a y una significación asintótica bilateral de <.001. (Tabla 1 y 2)

El análisis de género mostró que en mujeres el porcentaje de ansiedad prequirúrgica fue de 82.6%, mientras que en hombres fue de 80%, predominando discretamente en el género femenino, sin embargo presentó una Chi-cuadrada de Pearson de 0.064^a y una significación asintótica bilateral de 0.800, siendo poco significativa la diferencia entre ambos grupos. (Tabla 4 y 5)

En el análisis de escolaridad se encontró que en el grupo de educación media superior predominó la ansiedad prequirúrgica en un 91.7%, mientras que el grupo de educación básica obtuvo el porcentaje más bajo con 76.2%. La prueba de Chi-cuadrada de Pearson mostró un valor de 1.879^a con una diferencia asintótica bilateral de 0.391, siendo poco significativa la diferencia entre los grupos. (Tabla 6 y 7)

El análisis de las horas de ayuno mostró que el grupo de pacientes con ≥ 24 hrs presentó ansiedad prequirúrgica en un 100%, mientras que el grupo con ≥ 8 hrs presentó el menor porcentaje con un 74.2% y el grupo con ≥ 12 hrs presentó 85.7%, por lo que se puede inferir que entre mayor sea el tiempo de ayuno, mayor será la frecuencia de ansiedad prequirúrgica. Sin embargo, la prueba de Chi-cuadrada de Pearson fue de 2.271^a con una diferencia asintótica bilateral de 0.321, siendo poco significativa la diferencia entre los grupos. (Tabla 8 y 9)

En el análisis de nivel socioeconómico el grupo de nivel medio presentó la mayor frecuencia de ansiedad prequirúrgica con 84.8% mientras que el grupo con menor frecuencia fue el de nivel bajo con 66.7%, lo que mostró que el grupo de nivel alto está por en medio de los anteriores con 80%. Por lo que se demostró que el nivel socioeconómico no se relaciona con la frecuencia de ansiedad prequirúrgica. Por su parte, la prueba de Chi-cuadrada de Pearson fue de 2.029^a con una diferencia asintótica bilateral de 0.363, siendo poco significativa la diferencia entre los grupos. (Tabla 10 y 11)

En cuanto a la ocupación se demostró que el grupo con mayor ansiedad prequirúrgica fue el de pacientes con ocupación, con el 83.3% en relación a los pacientes sin ocupación con un 66.7%. La prueba de Chi-cuadrada de Pearson fue de 1.390^a con una diferencia asintótica bilateral de 0.238, siendo poco significativa la diferencia entre los grupos. (Tabla 12 y 13)

En el análisis de antecedente de evento anestésico previo se demostró que el grupo sin dicho antecedente tenía menos frecuencia con 69.7% de ansiedad prequirúrgica, en relación con el grupo con dicho antecedente, que presentó 93.3%. La prueba de Chi-cuadrada de Pearson fue de 5.694^a con una diferencia asintótica bilateral de 0.017, siendo estadísticamente significativa la diferencia entre ambos grupos. . (Tabla 14 y 15)

En el análisis de antecedente de toxicomanías, el porcentaje de pacientes con mayor ansiedad prequirúrgica corresponde al grupo de pacientes sin dicho antecedente con un 84.6%, mientras que los en los pacientes con toxicomanías fue de 75%. La prueba de Chi-cuadrada de Pearson mostró un valor de 0.891^a con una diferencia asintótica bilateral de 0.345, siendo poco significativa la diferencia entre los grupos. (Tabla 16 y 17)

Al considerar el grupo de edad se encontró que la frecuencia de ansiedad prequirúrgica fue mayor en el grupo intermedio con 43.1%, mientras que el grupo con menor porcentaje fue el grupo mayor con 17.6%, quedando por en medio el grupo más joven con 39.2%. Lo que demostró que entre mayor edad es menor la frecuencia de dicha entidad. La prueba de Chi-cuadrada de Pearson mostró un valor de 1.030^a con una diferencia asintótica bilateral de 0.597, siendo poco significativa la diferencia entre los grupos. (Tabla 18 y 19)

X.I Limitaciones del estudio

La principal dificultad para realizar el estudio se presentó en el período preoperatorio el cual es muy corto y debido al gran volumen de pacientes, fue complicado dividir el tiempo y alcanzar a obtener la respuesta de los pacientes al cuestionario APAIS.

Así como también, otra dificultad del estudio fue encontrar información respecto a la ansiedad prequirúrgica en paciente programado para cirugía ortopédica a nivel nacional. Por lo que fue difícil al momento de calcular una muestra representativa al no tener información previa para realizar comparaciones en la población de nuestro estudio.

X.II Perspectivas

En revisiones futuras se propone aplicar un esquema de tratamiento para los pacientes que presenten un puntaje ≥ 11 en el cuestionario APAIS y relacionarlo con los cambios hemodinámicos en el transanestésico.

Es posible de igual forma, una revisión que relacione la ansiedad prequirúrgica con los resultados finales del procedimiento quirúrgico, ya que se ha demostrado la interrelación entre ambos aspectos.

XII. DISCUSIÓN

De acuerdo a nuestros resultados encontramos que la frecuencia de ansiedad prequirúrgica es muy alta en los pacientes programados para cirugía ortopédica en el Hospital General de Xoco.

Julia Blackburn y cols en su estudio descriptivo sobre las implicaciones de la ansiedad prequirúrgica, identificaron que dicha entidad se encuentra en al menos un 60% de los pacientes que son sometidos a cualquier tipo de cirugía, en nuestro estudio se determinó que la frecuencia de la misma, es aún mayor.

Del estudio sobre la relación con el género, se encontró similitud a lo reportado en literatura internacional, puesto que en ella se refiere que existe predominio en el género femenino por desarrollar ansiedad prequirúrgica, aunque en este estudio la diferencia entre ambos grupos fue baja.

De la misma manera sucedió al relacionar las horas de ayuno, ya que en otros países se refiere que mientras mayor sea el tiempo que el paciente se mantenga en ayuno, la frecuencia de ansiedad prequirúrgica aumenta proporcionalmente. En nuestro estudio todos los pacientes del grupo con mayor tiempo de ayuno, la presentaron.

Referente al antecedente de evento anestésico previo, se demostró que de manera similar a lo que se describe en la literatura, los pacientes de nuestra población que contaban con dicho antecedente presentaron mayor frecuencia de ansiedad prequirúrgica en comparación con los pacientes que no lo tenían.

En el estudio de escolaridad se encontró que el grupo con mayor frecuencia de ansiedad prequirúrgica fue el de educación media superior, contrario a lo que se describe en otros países, en donde se ha encontrado una relación proporcional entre ansiedad prequirúrgica y nivel de estudios, lo que significa que los pacientes con mayor grado de estudios desarrollan mayor frecuencia de ansiedad. En nuestro estudio, también se demostró que similar a lo descrito internacionalmente, el grupo con menor grado de escolaridad corresponde al que menor frecuencia de ansiedad presentó.

De acuerdo al nivel socioeconómico se demostró que a diferencia de lo que sucede en otros países, la frecuencia de ansiedad prequirúrgica no es mayor en el grupo de pacientes con mejor nivel socioeconómico; pero concuerda en que el grupo con menor nivel socioeconómico presentó la menor frecuencia de ansiedad prequirúrgica.

Respecto al antecedente de toxicomanías, contrario a lo que se refiere en literatura internacional, el porcentaje de pacientes con mayor ansiedad prequirúrgica corresponde al grupo de pacientes sin dicho antecedente.

Por último, al considerar el grupo de edad, en la literatura de otros países se habla de una menor frecuencia en pacientes mayores, como se demostró en este estudio, sin embargo, a nivel internacional, el grupo con mayor frecuencia son los jóvenes.

XIII. CONCLUSIONES

Se concluye que la Ansiedad prequirúrgica es una entidad con alta frecuencia en los pacientes que son programados para cirugía ortopédica en el Hospital General de Xoco mediante la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS).

Debido a la importancia de identificar la ansiedad prequirúrgica por su relación con eventos adversos en todo el proceso de hospitalización y recuperación de los pacientes, descrita en la bibliografía actual, se demostró que la escala APAIS es un estudio de tamizaje útil en nuestra población.

Por último, se observó la relevancia de un buen interrogatorio en la consulta preanestésica que nos permita identificar las características sociodemográficas y antecedentes de importancia de cada paciente, por la relación entre los anteriores y el desarrollo de ansiedad prequirúrgica.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zemła, A. J., Nowicka-Sauer, K., Jarmoszewicz, K., Wera, K., Batkiewicz, S., & Pietrzykowska, M. (2019). Measures of preoperative anxiety. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 51(1), 64–69. <https://doi.org/10.5603/ait.2019.0013>
2. Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M. A., & Tolpin, D. A. (2015). Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety? *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 65(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.07.009>
3. Pereira, L., Figueiredo-Braga, M., & Carvalho, I. P. (2016). Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Education and Counseling*, 99(5), 733–738. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.016>
4. Boker, A. (2002). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *General Anesthesia*, 1, 792–798.
5. Jarmoszewicz, K., Nowicka-Sauer, K., Zemła, A., & Beta, S. (2020). Factors Associated with High Preoperative Anxiety: Results from Cluster Analysis. *World Journal of Surgery*, 44(7), 2162–2169. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05453-x>
6. Eberhart, L., Aust, H., Schuster, M., Sturm, T., Gehling, M., Euteneuer, F., & Rüschi, D. (2020). Preoperative anxiety in adults - A cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02552-w>
7. Aust, H., Eberhart, L., Sturm, T., Schuster, M., Nestoriuc, Y., Brehm, F., & Rüschi, 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>
8. Walker, E. M. K., Bell, M., Cook, T. M., Grocott, M. P. W., & Moonesinghe, S. R. (2016). Patient reported outcome of adult perioperative anaesthesia in the United Kingdom: a cross-sectional observational study†. *British Journal of Anaesthesia*, 117(6), 758–766r. <https://doi.org/10.1093/bja/aew381>
9. Mavridou, P., Dimitriou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Papadopoulos, G. (2013). Patient's anxiety and fear of anesthesia: Effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. In *Journal of Anesthesia* (Vol. 27, Issue 1, pp. 104–108). <https://doi.org/10.1007/s00540-012-1460-0>

10. Andersson, V., Bergstrand, J., Engström, Å., & Gustafsson, S. (2020). The Impact of Preoperative Patient Anxiety on Postoperative Anxiety and Quality of Recovery After Orthopaedic Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(3), 260–264. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.11.008>
11. Collins, A. F., Doyle, P. J., Duecy, E. E., Lipetskaia, L. v., Lee, T. G., & Buchsbaum, G. M. (2019). Do anxiety traits predict subjective short-term outcomes following prolapse repair surgery? *International Urogynecology Journal*, 30(3), 417–421. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3734-z>
12. Blackburn, J., Qureshi, A., Amirfeyz, R., & Bannister, G. (2012). Does preoperative anxiety and depression predict satisfaction after total knee replacement? *Knee*, 19(5), 522–524. <https://doi.org/10.1016/j.knee.2011.07.008>
13. Osborn, T. M., & Sandler, N. A. (n.d.). *The Effects of Preoperative Anxiety on Intravenous Sedation*.
14. Kim, W. S., Byeon, G. J., Song, B. J., & Lee, H. J. (2010). Availability of preoperative anxiety scale as a predictive factor for hemodynamic changes during induction of anesthesia. *Korean Journal of Anesthesiology*, 58(4), 328–333. <https://doi.org/10.4097/kjae.2010.58.4.328>
15. Maranets, I., & Kain, Z. N. (1999). Preoperative Anxiety and Intraoperative Anesthetic Requirements. In *Anesth Analg* (Vol. 89).
16. Ahmetovic-Djug, J., Hasukic, S., Djug, H., Hasukic, B., & Jahic, A. (2017). Impact of Preoperative Anxiety in Patients on Hemodynamic Changes and a Dose of Anesthetic During Induction of Anesthesia. *Medical Archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, 71(5), 330–333. <https://doi.org/10.5455/medarh.2017.71.330-333>
17. Moerman, N., van Dam, S. A. M., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). In *Anesth Analg* (Vol. 82).
18. Méndez-Meneses, K. J., Rebolledo García, M. L., Díaz Chacón, S., Rodríguez Vázquez, L. A., Acosta Maldonado, B. L., Mantilla-Maya, B., González-Rodríguez, E., Aguilar Ponce, J. L., Galindo Vázquez, O., & Rivera-Fong, L. (2019). Validation of the amsterdam pre-surgery anxiety and information scale in latino american women with breast cancer: Mexico – Costa Rica research. *Psicooncología*, 16(1), 73–88. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63648>
19. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española* (23rd ed.). (n.d.).

20. Payás, A. (2008). Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1(1), 48–62.
21. Rodríguez, N. (2018). Envejecimiento- Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte Sanitario*, 17(2), 87–88.
22. Gonsalves, L. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. *WHO*.
23. Vera, O. E. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico- presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev. Cuerpo Méd. HNAAA*, 6(1), 41–45.
24. Lizarbe Alonso, V. (1994). Glosario de terminos de alcohol y drogas. *OMS*.
25. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*

TABLAS

Tabla 1.

“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica”

Tabla cruzada APAIS \geq 11*APAIS $<$ 11					
			APAIS $<$ 11		Total
			SI	NO	
APAIS \geq 11	SI	Recuento	0	51	51
		% dentro de APAIS $<$ 11	0.0%	100.0%	81%
	NO	Recuento	12	0	12
		% dentro de APAIS $<$ 11	100.0%	0.0%	19%
Total		Recuento	12	51	63
		% dentro de APAIS $<$ 11	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Tabla que representa la frecuencia de ansiedad prequirúrgica por *puntaje* \geq 11 en APAIS.

Tabla 2.

“Análisis estadístico de frecuencia en ansiedad prequirúrgica”

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63.000 ^a	1	<.001		
Corrección de continuidad ^b	57.042	1	<.001		
Razón de verosimilitud	64.144	1	<.001		
Prueba exacta de Fisher				<.001	<.001
Asociación lineal por lineal	62.000	1	<.001		
N de casos válidos	63				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.68.

Tabla 3.

“Relación de frecuencia por género”

		Género			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	23	36.5	36.5	36.5
	Hombre	40	63.5	63.5	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Nota: Tabla que representa la frecuencia de género en porcentaje.

Tabla 4.*“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con género”*

		Tabla cruzada APAIS≥11*Género			
		Género		Total	
		Mujer	Hombre		
APAIS≥11	Si	Recuento	19	32	51
		% dentro de Género	82.6%	80.0%	81.0%
	No	Recuento	4	8	12
		% dentro de Género	17.4%	20.0%	19.0%
Total	Recuento	23	40	63	
	% dentro de Género	100.0%	100.0%	100.0%	

Nota: Tabla que representa la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en relación al género y demuestra predominio en el género femenino.

Tabla 5.*“Análisis estadístico de ansiedad y género”*

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.064 ^a	1	.800		
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.065	1	.799		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.539
Asociación lineal por lineal	.063	1	.801		
N de casos válidos	63				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.38.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 6.*“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con escolaridad”*

		Tabla cruzada APAIS≥11*Escolaridad			
		Escolaridad			Total
Puntaje≥11	Si	Recuento	Básica	MS	
			% dentro de Escolaridad	76.2%	91.7%
	No	Recuento	10	1	1
		% dentro de Escolaridad	23.8%	8.3%	11.1%
Total		Recuento	42	12	9
		% dentro de Escolaridad	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Tabla que representa la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en relación con escolaridad y demuestra predominio por el grupo de educación media superior.

Tabla 7.*“Análisis estadístico de ansiedad y escolaridad”*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.879 ^a	2	.391
Razón de verosimilitud	2.083	2	.353
Asociación lineal por lineal	1.395	1	.238
N de casos válidos	63		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.71.

Tabla 8.*“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con ayuno”*

		Tabla cruzada APAIS \geq 11*Ayuno				
			\geq 8 hrs	Ayuno \geq 12 hrs	\geq 24 hrs	Total
Puntaje \geq 11	Si	Recuento	23	24	4	51
		% dentro de Ayuno	74.2%	85.7%	100.0%	81.0%
	No	Recuento	8	4	0	12
		% dentro de Ayuno	25.8%	14.3%	0.0%	19.0%
Total	Recuento	31	28	4	63	
	% dentro de Ayuno	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Nota: Tabla que representa la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en relación al ayuno y demuestra aumento proporcional de la misma con las horas de ayuno.

Tabla 9.*“Análisis estadístico de ansiedad y ayuno”*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.271 ^a	2	.321
Razón de verosimilitud	2.981	2	.225
Asociación lineal por lineal	1.999	1	.157
N de casos válidos	63		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .76.

Tabla 10.*“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con estado socioeconómico”*

		Tabla cruzada APAIS≥11*Estado Socioeconómico				
		Estado Socioeconómico			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Puntaje≥11	Si	Recuento	8	39	4	51
		% dentro de E Socioeconómico	66.7%	84.8%	80.0%	81.0%
	No	Recuento	4	7	1	12
		% dentro de E Socioeconómico	33.3%	15.2%	20.0%	19.0%
Total		Recuento	12	46	5	63
		% dentro de E Socioeconómico	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Tabla que representa la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en relación al estado socioeconómico y demuestra predominio en el grupo de nivel medio.

Tabla 11.*“Análisis estadístico de ansiedad y estado socioeconómico”*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.029 ^a	2	.363
Razón de verosimilitud	1.836	2	.399
Asociación lineal por lineal	1.093	1	.296
N de casos válidos	63		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .95.

Tabla 12.*“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con ocupación”*

		Tabla cruzada APAIS \geq 11*Ocupación			
		Ocupación		Total	
Puntaje \geq 11	Si	Recuento	45		6
			% dentro de Ocupación	83.3%	66.7%
	No	Recuento	9	3	12
		% dentro de Ocupación	16.7%	33.3%	19.0%
Total		Recuento	54	9	63
		% dentro de Ocupación	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Tabla que representa la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en relación a la ocupación y demuestra predominio en el grupo con la misma.

Tabla 13.*“Análisis estadístico de ansiedad y ocupación”*

	Valor	Pruebas de chi-cuadrado			
		gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.390 ^a	1	.238		
Corrección de continuidad ^b	.519	1	.471		
Razón de verosimilitud	1.233	1	.267		
Prueba exacta de Fisher				.354	.226
Asociación lineal por lineal	1.368	1	.242		
N de casos válidos	63				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 14.*“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con anestesia previa”*

			Anestesia Previa		Total
			Si	No	
Puntaje≥11	Si	Recuento	28	23	51
		% dentro de Anestesia Previa	93.3%	69.7%	81.0%
	No	Recuento	2	10	12
		% dentro de Anestesia Previa	6.7%	30.3%	19.0%
Total	Recuento		30	33	63
	% dentro de Anestesia Previa		100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Tabla que representa la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en relación al antecedente de anestesia previa y demuestra predominio en el grupo con dicho antecedente.

Tabla 15.*“Análisis estadístico de ansiedad y anestesia previa”*

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.694 ^a	1	.017		
Corrección de continuidad ^b	4.264	1	.039		
Razón de verosimilitud	6.170	1	.013		
Prueba exacta de Fisher				.024	.017
Asociación lineal por lineal	5.603	1	.018		
N de casos válidos	63				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 16.*“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con toxicomanías”*

		Tabla cruzada Toxicomanías*APAIS≥11			
		APAIS≥11		Total	
		Si	No		
Toxicomanías	Si	Recuento	18	6	24
		% dentro de Toxicomanías	75.0%	25.0%	100.0%
	No	Recuento	33	6	39
		% dentro de Toxicomanías	84.6%	15.4%	100.0%
Total		Recuento	51	12	63
		% dentro de Toxicomanías	81.0%	19.0%	100.0%

Nota: Tabla que representa la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en relación al antecedente de toxicomanías y demuestra predominio en el grupo sin dicho antecedente.

Tabla 17.*“Análisis estadístico de ansiedad y toxicomanías”*

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.891 ^a	1	.345		
Corrección de continuidad ^b	.376	1	.540		
Razón de verosimilitud	.872	1	.350		
Prueba exacta de Fisher				.510	.267
Asociación lineal por lineal	.877	1	.349		
N de casos válidos	63				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.57.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 18.*“Relación de frecuencia de ansiedad prequirúrgica con edad”*

		Tabla cruzada Edad*APAIS≥11		
		APAIS≥11		Total
		Si	No	
Edad <30	Recuento	20	3	23
	% dentro de APAIS≥11	39.2%	25.0%	36.5%
30-60	Recuento	22	7	29
	% dentro de APAIS≥11	43.1%	58.3%	46.0%
>60	Recuento	9	2	11
	% dentro de APAIS≥11	17.6%	16.7%	17.5%
Total	Recuento	51	12	63
	% dentro de APAIS≥11	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Tabla que representa la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en relación al grupo de edad y demuestra predominio en el grupo de 30 a 60 años.

Tabla 19.*“Análisis estadístico de ansiedad y grupo de edad”*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.030 ^a	2	.597
Razón de verosimilitud	1.054	2	.590
Asociación lineal por lineal	.333	1	.564
N de casos válidos	63		

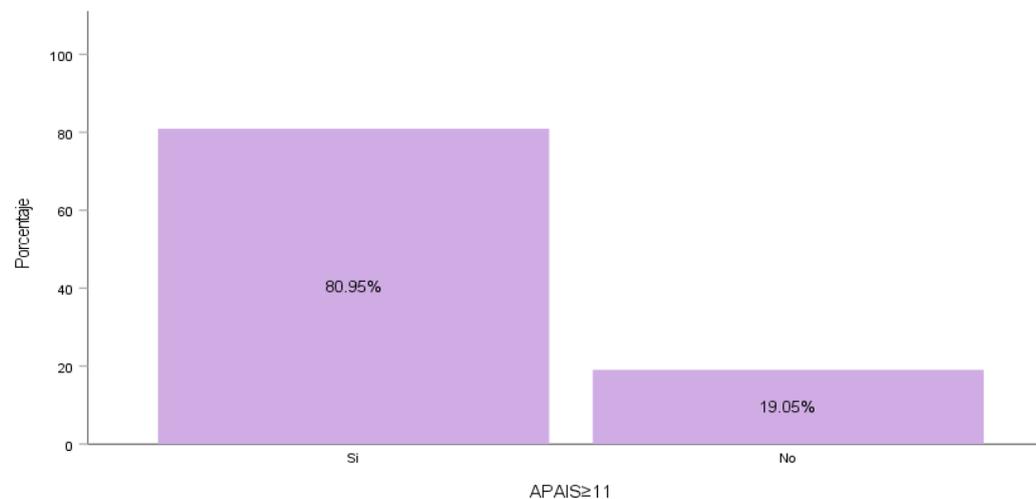
a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.10.

GRÁFICAS

Gráfica 1.

“Frecuencia de ansiedad prequirúrgica”

Barras simples Porcentaje de APAIS \geq 11

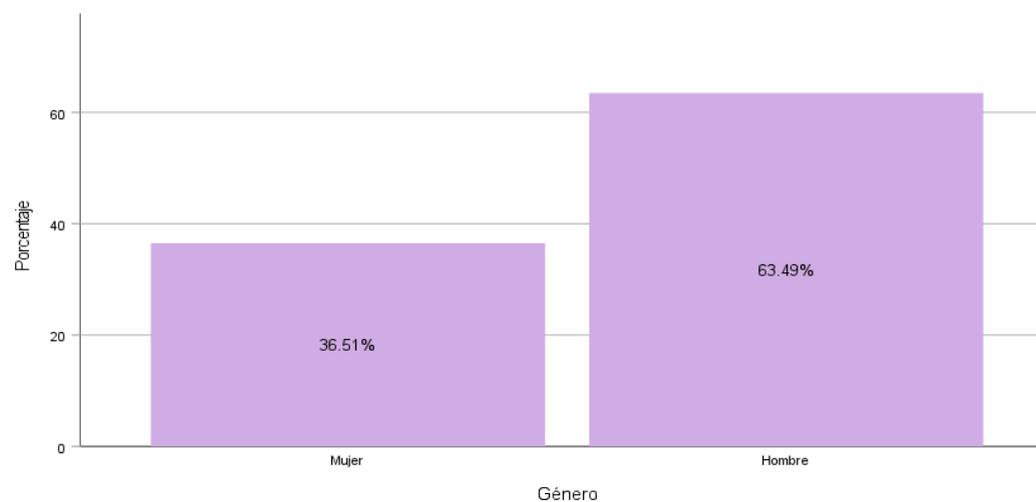


Nota: Esta gráfica de barras divide la población de estudio entre los pacientes que tuvieron ansiedad prequirúrgica y los que no, en el eje de las X, en relación al porcentaje. Se observa que el 80.95% del total de la muestra estudiada presentó dicha condición.

Gráfica 2.

“Frecuencia de género”

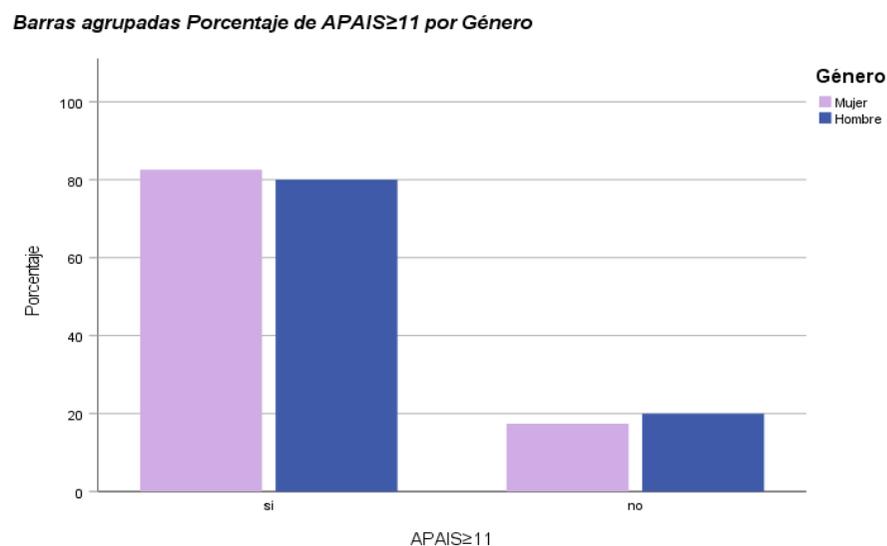
Barras simples Porcentaje de Género



Nota: Esta gráfica de barras muestra la frecuencia de género en la población de estudio. Se observa que predomina el género masculino con 63.49%.

Grafica 3.

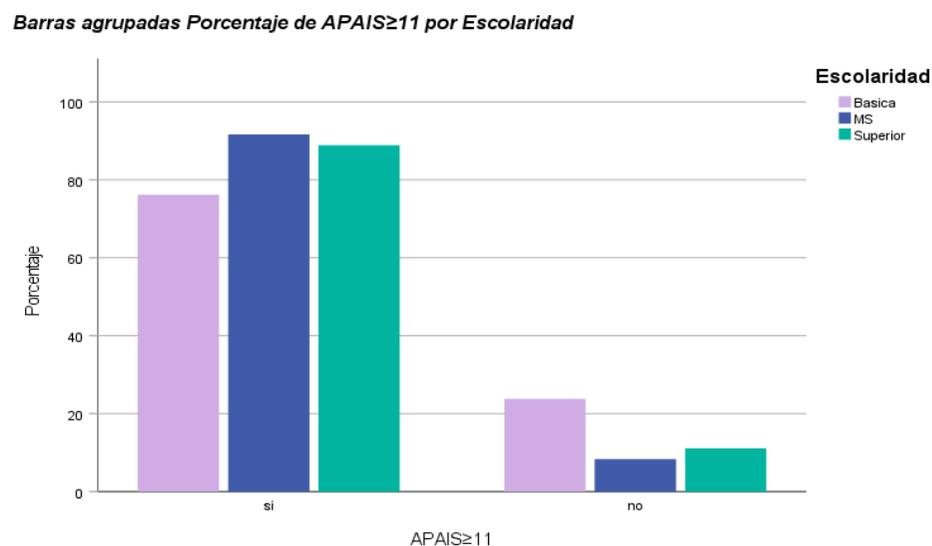
“Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada a género”



Nota: Esta gráfica de barras divide la población de estudio entre los pacientes que tuvieron ansiedad prequirúrgica y los que no, en el eje de las X, divididos según su género, en morado para mujer y azul para hombre, relacionado con porcentaje. Se observa predominio en el género femenino.

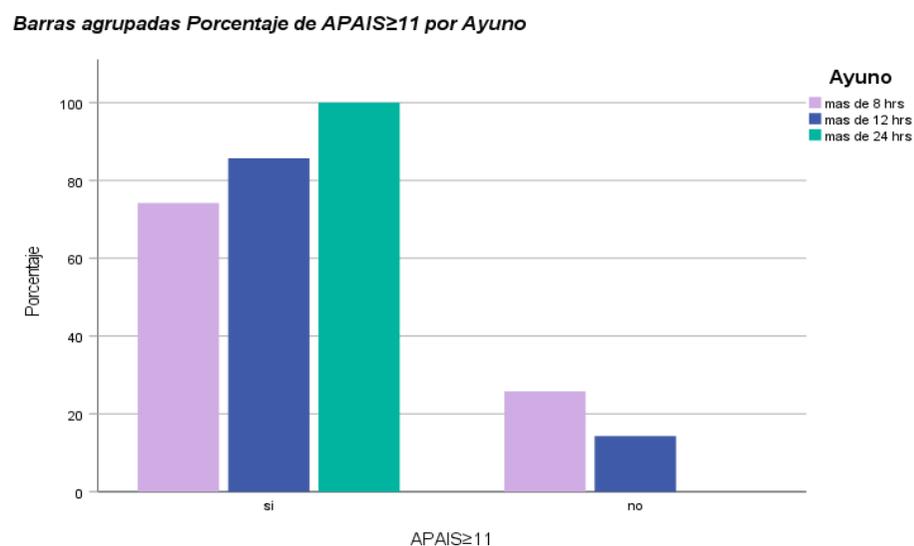
Grafica 4.

“Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada a escolaridad”



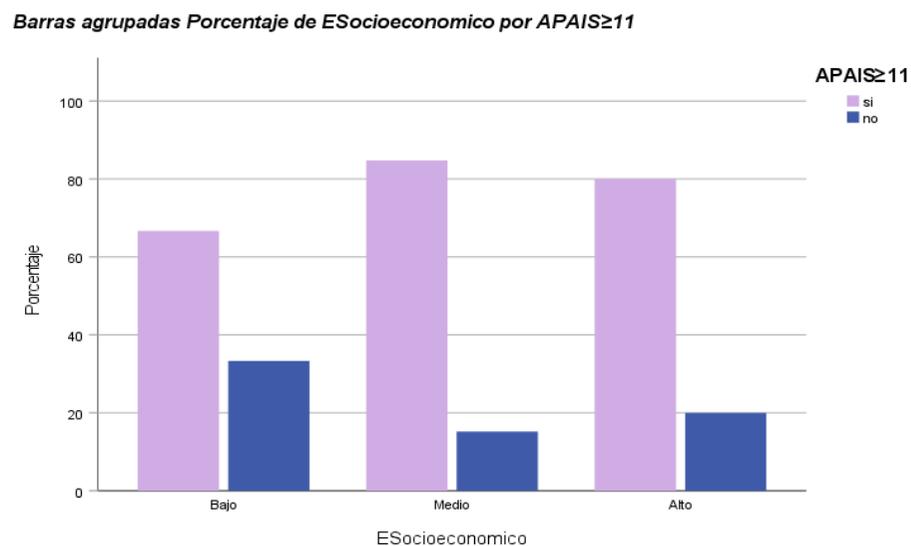
Nota: Esta gráfica de barras divide la población de estudio entre los pacientes que tuvieron ansiedad prequirúrgica y los que no, en el eje de las X, divididos según su escolaridad, en morado para básica, azul rey para media superior y azul aqua para superior, relacionado con porcentaje. Observándose predominio en el grupo de educación media superior.

Gráfica 5.
“Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada a horas de ayuno”



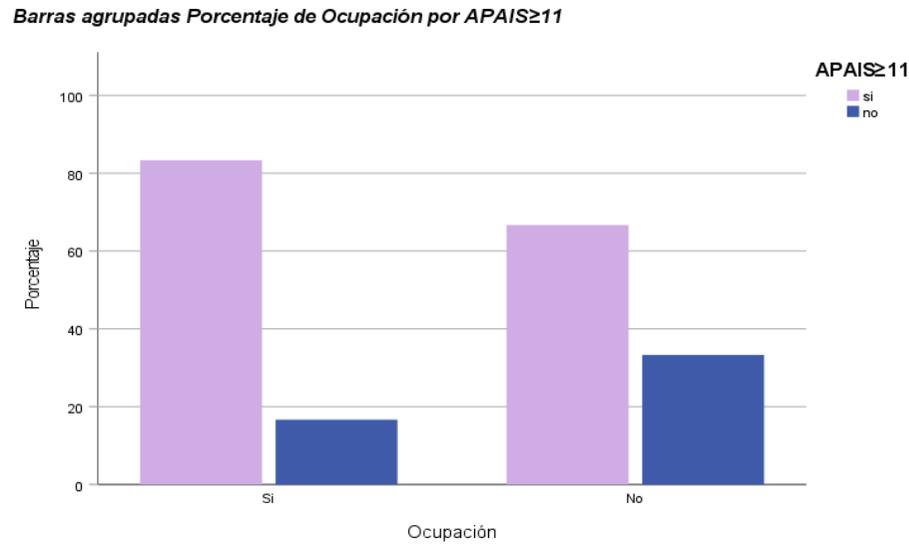
Nota: Esta gráfica de barras divide la población de estudio entre los pacientes que tuvieron ansiedad prequirúrgica y los que no, en el eje de las X, divididos según sus horas de ayuno, en morado \geq 8 hrs, azul rey \geq 12 hrs y azul aqua \geq 24 hrs, relacionado con porcentaje. Observándose aumento proporcional entre las horas de ayuno y dicha entidad.

Grafica 6.
“Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada a estado socioeconómico”



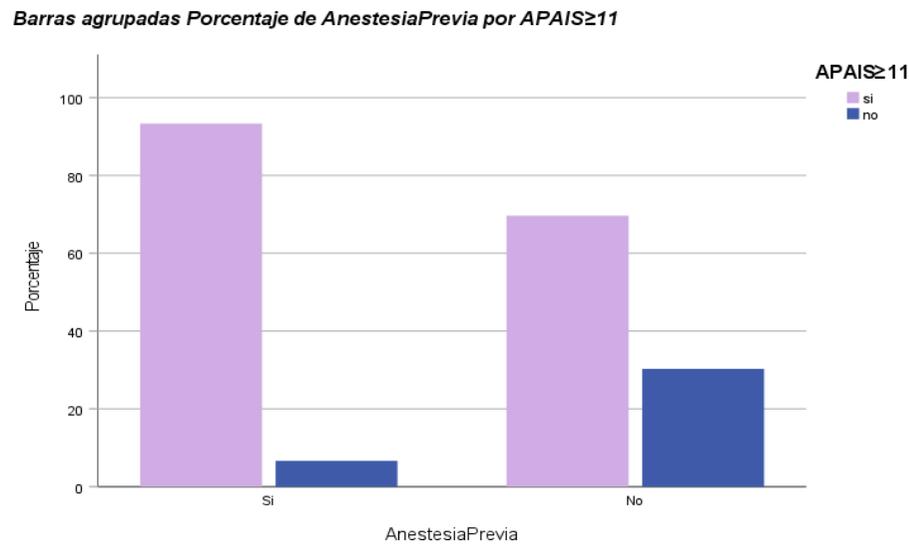
Nota: Esta gráfica de barras clasifica la población de estudio entre los que desarrollaron ansiedad prequirúrgica y los que no en barras de color morado para “si” y en azul rey para “no”, agrupados en nivel bajo, medio y alto en el eje de las X, relacionado con porcentaje en el eje Y. Observándose predominio por el grupo de nivel medio para “si” y del nivel bajo para “no”.

Gráfica 7.
“Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada a ocupación”



Nota: Esta gráfica de barras clasifica la población de estudio entre los que desarrollaron ansiedad prequirúrgica y los que no en barras de color morado para “si” y en azul rey para “no”, agrupados en ocupación en el eje de las X, relacionado con porcentaje en el eje Y. Observándose predominio por el grupo con ocupación.

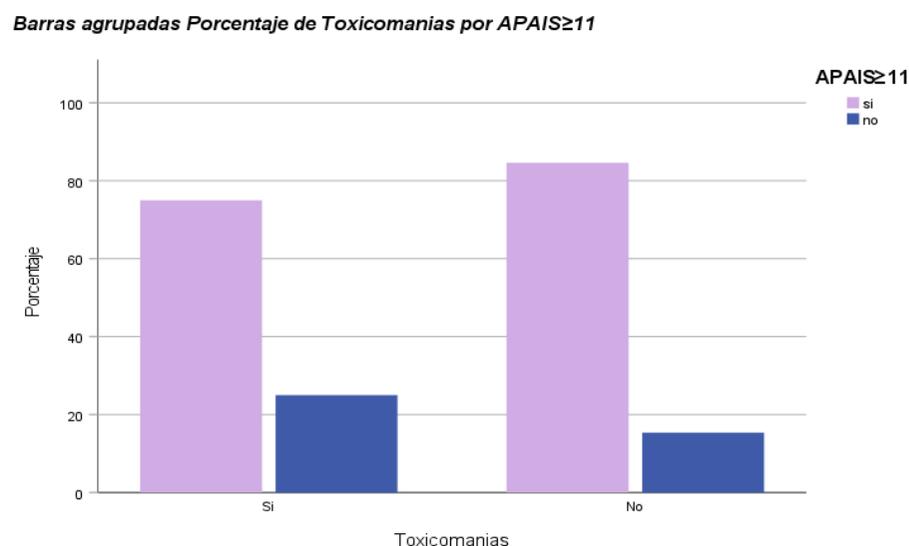
Gráfica 8.
“Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada a evento anestésico previo”



Nota: Esta gráfica de barras clasifica la población de estudio entre los que desarrollaron ansiedad prequirúrgica y los que no en barras de color morado para “si” y en azul rey para “no”, agrupados en antecedente de anestesia previa en el eje de las X, relacionado con porcentaje en el eje Y. Observándose predominio por el grupo con dicho antecedente.

Gráfica 9.

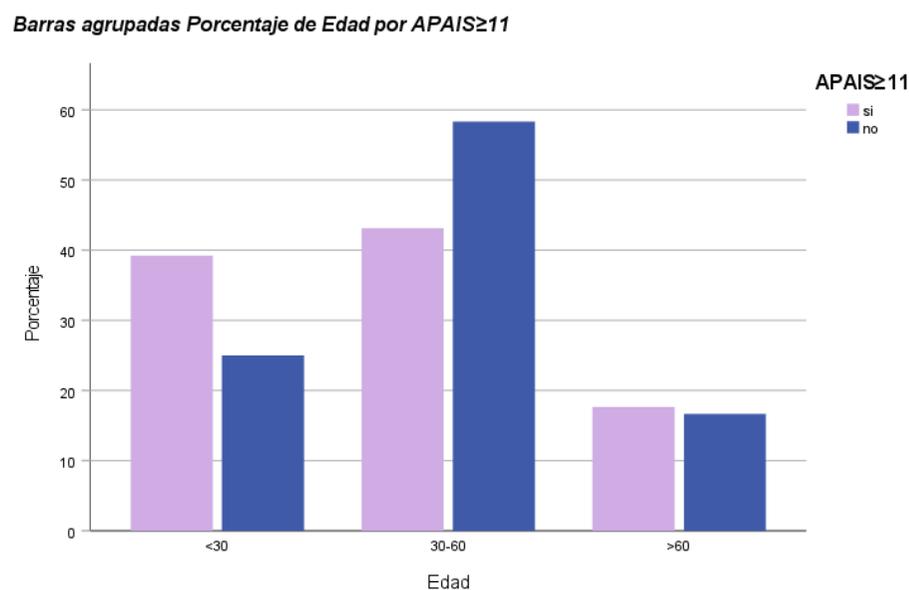
“Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada con toxicomanías”



Nota: Esta gráfica de barras clasifica la población de estudio entre los que desarrollaron ansiedad prequirúrgica y los que no en barras de color morado para “sí” y en azul rey para “no”, agrupados en antecedente de toxicomanías en el eje de las X, relacionado con porcentaje en el eje Y. Observándose predominio por el grupo sin dicho antecedente.

Gráfica 10.

“Frecuencia de ansiedad prequirúrgica relacionada con grupo de edad”



Nota: Esta gráfica de barras clasifica la población de estudio entre los que desarrollaron ansiedad prequirúrgica y los que no en barras de color morado para “sí” y en azul rey para “no”, subdivididos por grupo de edad en el eje de las X, relacionado con porcentaje en el eje Y. Observándose predominio por el grupo de nivel medio.

ANEXOS

Anexo 1.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FRECUENCIA DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA ORTOPÉDICA ELECTIVA”

Escala de ansiedad prequirúrgica y de Información de Ámsterdam (APAIS)

Nombre _____
Género _____ Edad _____ Escolaridad _____ Ocupación _____
Teléfono _____ Horas de ayuno _____
Antecedente de anestesia previa _____ Toxicomanías _____

Reactivo	De ningún modo	1	2	3	4	5	Muchísimo
APAIS 1. Estoy preocupada por la anestesia.							
APAIS 2. La anestesia está en mi mente constantemente.							
APAIS 3. Me gustaría saber lo más posible sobre la anestesia.							
APAIS 4. Estoy preocupada por el procedimiento							
APAIS 5. El procedimiento está en mi mente constantemente							
APAIS 6. Me gustaría saber lo más posible sobre el procedimiento							



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a: Pacientes programados para cirugía ortopédica.

Título de proyecto: “Frecuencia de ansiedad prequirúrgica en pacientes programados para cirugía ortopédica electiva”.

Nombre del Investigador Principal: Dra. Guadalupe Lizeth Gutiérrez Murguía.

Fecha aprobación por el Comité de ética: 28 de Marzo de 2022

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Señor/Señora:

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por Secretaría de Salud de la Ciudad de México. El estudio se realizará en Hospital General Xoco.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es Identificar la frecuencia de ansiedad prequirúrgica y su relación con: factores sociodemográficos, socioeconómicos, toxicomanías y eventos anestésico quirúrgicos previos.

Le pedimos participar en este estudio porque usted forma parte de la población elegible para la realización de tal estudio.

Procedimientos:

Su participación consistirá en:

- Contestar la encuesta proporcionada (AP AIS), así como en que se revise mi información documentada en el expediente médico, para lograr los objetivos mencionados,
- El cuestionario durará alrededor de 5 minutos y abarcará varias preguntas sobre la ansiedad prequirurgica en pacientes programados para cirugía electiva de ortopedia.
- La entrevista será realizada en el lugar, día y hora determinada por el Hospital Gneral Xoco.

Beneficios: No hay un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el Hospital Genral Xoco



para identificar la frecuencia de ansiedad prequirúrgica en pacientes programados para cirugía ortopédica.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un código alfanumérico y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera en su atención médica.

Aviso de Privacidad Simplificado: La investigadora principal de este estudio, Dra. Guadalupe Lizeth Gutiérrez Murguía, es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo: lizeth.gtz@hotmail.com

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Dra. Guadalupe Lizeth Gutiérrez Murguía al siguiente número de teléfono 5556889015 en un horario de lunes a viernes de 8:00 – 14:00 hrs ó al correo electrónico lizeth.gtz@hotmail.com.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Dra. Carolina Salinas Oviedo, al teléfono 55 53 41 76 56 de 9:00 a 15:00 hrs o si lo prefiere escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico ccei.sedesa@gmail.com

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.



Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.
-

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____

TESTIGO 1

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la participante: _____

Fecha/hora: _____



TESTIGO 2

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la participante: _____

Fecha/hora: _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____