

Trabajo Fin de Grado

Curso 2016-2017

Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO DE ENFERMERÍA



EFECTO DE LA VISITA PRE-QUIRÚRGICA DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE FORMA PROGRAMADA CON INGRESO HOSPITALARIO.

Autora: Pilar Rodríguez Solís.

Tutor: Miguel Ángel Madrigal.

Co-tutor: María Consolación Pérez Rincón.

RESUMEN

Introducción: La ansiedad es una de las reacciones más frecuentes e inevitables que presentan los pacientes sometidos a una intervención, independientemente del tipo que se realice. Numerosos estudios demuestran que los pacientes que reciben una visita pre-quirúrgica presentan niveles de ansiedad menores, así como un nivel de satisfacción mayor.

Material y métodos. Estudio descriptivo, experimental, prospectivo, de seguimiento, asignando los grupos experimental y control a partir de un muestreo estratificado. Al grupo experimental se les realiza una visita pre-quirúrgica, mientras que el grupo control tan sólo han presentado los conocimientos aportados en las visitas médicas preoperatorias. En ambos grupos se evaluó la ansiedad pre-quirúrgica mediante un cuestionario específico durante tres visitas realizadas (al ingreso, antes de la intervención y después de la intervención). En cuanto al nivel de satisfacción, también han rellenado un cuestionario, pero sólo en la tercera visita.

Resultados. De una muestra de 139 pacientes, el 41 % fueron mujeres y 59% varones, con una media de edad de 59,30 años. Se han encontrado modificaciones en la ansiedad ($p > 0,05$), pero no en la satisfacción. Además, se observa una disminución de un 1,6% en la ansiedad presentada en la tercera visita con respecto a la basal ($p < 0,001$).

Conclusión. La visita pre-quirúrgica modifica ligeramente los niveles de ansiedad de los pacientes de Cirugía General que no han sido intervenidos anteriormente. La intervención en sí, disminuye además los niveles de ansiedad percibidos en todos los pacientes. En cuanto al grado de satisfacción, no se han observado diferencias notorias entre ambos grupos.

Palabras clave: ansiedad, visita pre-quirúrgica, satisfacción

ABSTRACT

Introduction. Anxiety is the one of the most frequent and inevitable reactions that the surgery patients who has had an operation, no matter the type of operation has been. Many studies show that the patients that received pre-surgical visit have lower levels of anxiety, and therefore higher satisfaction levels.

Materials and methods. Descriptive, experimental, prospective study, follow-up, assigned to experimental groups and to be controlled by a layered sampling. The experimental group is visited before the surgery while the controlled group has only the knowledge of the reports from the pre-operative visits by the doctor. Pre-surgery anxiety oh both groups was assessed by a specific questionnaire done during three visits (admission, before the surgery and after the operation). About the satisfaction level, they have also filled a questionnaire, but only in the third visit.

Results. From a sampling of 139 patients, 41% were women and 59% men, with an average of age of 59,3 years old. Changes anxiety have been found ($p>0.05$) but not in the satisfaction. In addition, there was a reduction of 1,6 % at the third visit compared to the first visit ($p<0001$).

Conclusions. The pre-surgery visit modifies slightly the anxiety levels in the patients of general surgery who has not been operated before. The own operation reduce itself the anxiety levels perceived in all the patients. About the level of satisfaction, there one no significant differences in both groups.

Key words: anxiety, pre-operative visit, satisfaction

ÍNDICE

1. Introducción/Justificación.....	Pág. 1-4
2. Hipótesis.....	Pág.4
3. Objetivos.....	Pág. 4
4. Material y métodos.....	Pág. 5-13
a. Diseño.....	Pág.5
b. Sujetos a estudio.....	Pág.5
c. Criterios de inclusión.....	Pág. 5
d. Criterios de exclusión.....	Pág.6
e. Variables a recoger y analizar.....	Pág. 6-7
f. Material utilizado.....	Pág.7-9
g. Duración de la intervención.....	Pág.10
h. Procedimiento.....	Pág. 10-12
i. Análisis estadístico y epidemiológico de los datos.....	Pág. 12
j. Limitaciones del estudio.....	Pág.12
k. Consideraciones éticas.....	Pág. 12-13
5. Resultados.....	Pág.14-18
6. Discusión.....	Pág.19
7. Conclusiones.....	Pág. 20
8. Bibliografía.....	Pág.21-25
9. Anexos.....	Pág. 26-31
a. Anexo I: “cuestionario variables socio-demográficas”.....	Pág. 26
b. Anexo II: “cuestionario ansiedad pre-quirúrgica”.....	Pág. 27-28
c. Anexo III: “cuestionario satisfacción”.....	Pág.29-30
d. Anexo IV: “ejemplo resumen visita pre-quirúrgica”.....	Pág.31

INTRODUCCIÓN

En el año 1769, el escocés William Cullen, con las bases de Thomas Kuhn, introdujo a la práctica clínica el significado de neurosis, y lo definió como *“aquella afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía los sentimientos y movimientos”*. Dentro de todos los trastornos que se engloban en el concepto de neurosis, el trastorno por ansiedad es de los más frecuentes, estando presente en un 14.3 % de la población general. ⁽¹⁻³⁾

Hace más de 100 años, Freud, en sus obras, mencionó la neurosis de ansiedad, entendiéndola como una respuesta anticipada del Yo, fruto de un conflicto entre el Superyó (la realidad) y el Ello (la biología). Todo esto se traduce en que la persona siente una amenaza futura de algo que lo considera como “peligroso”. ⁽⁴⁻⁵⁾

El diagnóstico enfermero más frecuente en el paciente pre-quirúrgico es ansiedad o temor, relacionado con la intervención quirúrgica, anestesia, resultados impredecibles y/o conocimientos insuficientes de las rutinas perioperatorias. ⁽⁶⁾

En la taxonomía enfermera, el diagnóstico de “00146 ansiedad” viene denotado como la vaga sensación de malestar o amenaza, cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo; y está acompañada de sentimientos de aprensión, causados por la anticipación de un peligro. ⁽⁷⁾

La ansiedad puede presentarse de forma crónica o transitoria, siendo esta última una de las más frecuentes e inevitables que presentan los pacientes que van a ser intervenidos, independientemente del tipo de intervención que se realice. ⁽²⁻³⁾

Un estudio realizado por Maritza J. Rojas y Doris Azevedo Pérez en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá de Venezuela ha demostrado que la ansiedad aparece en los momentos previos a la realización de un procedimiento invasivo (56,6%), y uno de ellos es el evento quirúrgico. ⁽⁸⁾

Ante un estímulo externo, generador de un cuadro de ansiedad, el sistema límbico, responsable de las emociones, se activan y desequilibran los niveles de serotonina, noradrenalina y ácido γ -aminobutírico. ⁽²⁾

Como consecuencia, se produce una hiperactividad simpática, que da como resultado palpitations, sudoración en las manos, cefalea, molestias estomacales,

tensión muscular, respiraciones entre-cortadas, tartamudeos y movimientos torpes y desorganizados. Además, hay hipermetabolismo, aumento del volumen corriente, cambios neuroendocrinos, alteraciones hidroelectrolíticas y variaciones en el Sistema Inmunológico. ⁽⁹⁻¹⁰⁾

En cuanto a lo cognitivo-conductual, la persona tiende a realizar unos comportamientos cautelosos o evitativos y a presentar miedo al futuro desconocido. Y a nivel socio-cultural, una dificultad para adaptarse y afrontar el medio; tendiendo a depender de su entorno. ⁽¹¹⁾

La ansiedad quirúrgica se presenta con una clínica diferente a lo largo del acto operatorio, predominando así una ansiedad confusional en el periodo pre-operatorio, ansiedad paranoide en el intra-operatorio y ansiedad depresiva en el periodo post-operatorio. ⁽¹²⁾

Existen multitud de factores que desencadenan la ansiedad en un paciente. Generalmente, se dividen en: externos (sexo, edad, estado socio-económico, ocupación...) e internos (personalidad, percepción de estímulos de amenaza, percepción de control de la situación...). ⁽¹³⁻¹⁵⁾

Dentro del paciente pre-quirúrgico, el hospital, el quirófano y las técnicas invasivas a realizar, son factores externos que influyen en la aparición de la ansiedad en el mismo. Otros factores externos a tener en cuenta son la gravedad de la enfermedad y la duración del periodo preoperatorio. A mayor urgencia de la operación, menor será el tiempo que tendrá el enfermo para adaptarse emocionalmente, lo que dará lugar a una crisis de ansiedad y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas comentadas anteriormente. ^(13,16)

A todo ello se le suma el hecho de no verbalizar sus desconocimientos sanitarios cuando acuden a las consultas de anestesia y especialidad quirúrgica, consultando muchos de ellos sus dudas a través internet (esas consultas suponen en Estados Unidos hasta un 21%, Unión Europea 23% y en España un 28%); lo que genera aún más ansiedad en el paciente pre-quirúrgico. ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

Existen procedimientos que pueden ayudar a paliar este problema, como los que se describen en la intervención NIC “Disminución de la ansiedad”, y uno de ellos es la visita pre-quirúrgica. Orihuela Pérez et al. lo definen como “*un proceso de*

personalización de cuidados entre la enfermera y el paciente previo a una intervención quirúrgica programada, mediante una entrevista personalizada; cuyos objetivos son proporcionar información, conocimientos en autocuidados, asesoramiento y disminución de la ansiedad y el temor". De hecho, el "timing" o tiempo transcurrido entre la visita pre-operatoria y el acto quirúrgico parece ser el factor que mayor impacto tiene en la reducción de la ansiedad. ^(19- 21)

En Estados Unidos, no se han obtenido unos resultados estadísticamente significativos que confirmen la efectividad de la visita pre-quirúrgica. Sin embargo, estudios realizados por Kiyohara en Brasil y Sadati en Irán demostraron que las visitas pre-operatorias disminuían la ansiedad en los pacientes. En España, los estudios realizados por Carrascosa et al y Chiveres et al apoyan que los pacientes sometidos a una visita pre-quirúrgica presentan niveles de ansiedad menores. ⁽²²⁻²⁵⁾

Las visitas pre-operatorias han sido realizadas principalmente por médicos; no obstante, el personal de Enfermería quirúrgico, en colaboración con el personal de la planta, deberían ser los candidatos idóneos para realizarlas, puesto que son al final y al cabo los que brindan atención directa y durante un periodo de tiempo mayor con el paciente. ⁽²⁶⁾

El sistema sanitario debe tener en cuenta las expectativas y necesidades de los ciudadanos. En este sentido, el acto quirúrgico permite la puesta en práctica de actividades de atención que respondan a las demandas de los pacientes acerca de la personalización de los cuidados; ya que no todos perciben la ansiedad de la misma forma. La cooperación entre los diferentes profesionales de Enfermería pueden disminuir la ansiedad y temor ante una intervención quirúrgica para evitar su impacto negativo en la evolución y recuperación del post-operatorio. Todo ello contribuye a un descenso del número de complicaciones y de su estancia hospitalaria. ⁽²⁷⁻²⁸⁾

En resumen, existe suficiente evidencia sobre la necesidad de establecer visitas pre-operatorias por parte de Enfermería quirúrgica en todos los centros hospitalarios. A día de hoy, en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, no existe ningún estudio que evidencie la efectividad de la visita pre-quirúrgica, especialmente en la provincia de Valladolid.

Por todos estos motivos, surgió la idea de realizar un proyecto de investigación, siendo una continuación del Trabajo de Fin de Grado de una antigua alumna de la Universidad de Valladolid, que planteó las bases teóricas para poder realizar el estudio HMDC, analizando si la aplicación de una intervención personalizada y estructurada (NIC Enseñanza Individual) en la visita pre-quirúrgica de Enfermería, tiene resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico. Dicha intervención, que ya ha sido analizada por otros investigadores en otros contextos, ha mostrado que puede propiciar la reducción de la ansiedad y una mayor satisfacción del paciente.

1. HIPÓTESIS (H0)

Los pacientes sometidos al proceso quirúrgico programado, con ingreso en el Hospital de Medina del Campo a los que se ha realizado una visita preoperatoria de Enfermería, disminuirían la ansiedad generada por la propia intervención y aumentarían su grado de satisfacción.

2. OBJETIVOS

A) GENERAL:

El objetivo principal del estudio realizado ha sido “evaluar el efecto de la visita pre-quirúrgica de Enfermería en pacientes programados en intervenciones adscritas al servicio de Traumatología y Cirugía General con ingreso hospitalario.”

B) ESPECIFICOS:

- Cuantificar el grado de ansiedad que tiene el paciente, previo a la intervención, en aquellos que se les ha realizado la visita preoperatoria, de los que no.
- Cuantificar la disminución de ansiedad que presenta el paciente en la última visita pre-operatoria, con respecto a la primera.
- Cuantificar el grado de satisfacción de los pacientes que han recibido una visita preoperatoria frente a los que no la han recibido.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

A) DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, experimental, prospectivo, de seguimiento, con asignación aleatoria de los individuos a los grupos experimental y control.

B) SUJETOS A ESTUDIO:

- **Ámbito.** El estudio se efectuó en el Hospital Medina del Campo.
- **Población:** La población de estudio está formada por los pacientes pre-quirúrgicos adscritos al servicio de Traumatología y Cirugía General ingresados en el Hospital de Medina del Campo.
- **Muestra.** La muestra es de 139 pacientes intervenidos. El resto de ellos se omitieron por criterios de exclusión y diez de ellos por no querer participar en el estudio. Los pacientes han sido asignados a través de un muestreo estratificado. En primer lugar, se diferenció en función de la especialidad perteneciente (Traumatología o Cirugía General). Dentro de estos grupos, los pacientes se han subdividido según la intervención quirúrgica propuesta (colecistectomía laparoscópica, prótesis total de cadera, etc). Por último, a cada subgrupo se ha aplicado un muestreo probabilístico aleatorio simple mediante el programa informático Microsoft © Excel (versión 2013); empleando la función “*aleatorio.entre ()*”. Los valores que se han empleado son el 1 y 2; asignando el valor 1 al grupo experimental y el valor 2 al grupo control. A partir de esta selección, al grupo intervención se realiza la visita pre-quirúrgica, frente al grupo control, que únicamente recibe los cuidados habituales del centro hospitalario.

C) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Ser mayor de 17 años.
- Intervención programada con ingreso hospitalario el mismo día, o días antes de la intervención.

D) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Etilismo crónico.
- Drogodependencia.
- Re-intervención quirúrgica.
- Pacientes que muestren problemas cognitivo-sensorial.
- Pacientes con discapacidad psíquica o psicológica (esquizofrenia, ansiedad).
- Pacientes que se encuentren en tratamiento activo con ansiolíticos.
- Pacientes que vayan a ser intervenidos urgentemente.
- Pacientes que sean “condicionales” en el parte quirúrgico; puesto que la realización de dicha intervención depende directamente del transcurso del programa quirúrgico propuesto.
- Pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

E) VARIABLES A RECOGER Y ANALIZAR

- **Sociodemográficas:** Sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, nivel económico, actividad laboral, religión y nacionalidad. Toda la información será extraída gracias a un cuestionario específico (Anexo D).
- **Clínicas:** Medicación domiciliaria y prescripción la noche antes de la intervención (Ansiolíticos). También se han incluido dentro de las variables clínicas todos los antecedentes clínico-personales que puedan presentar: fumador, neoplasias, patologías cardiológicas (Cardiopatías Isquémicas, Hipertensión Arterial, Ictus), patologías neurológicas (Epilepsia), patologías digestivas, patologías respiratorias (Asma, Enfermedad Obstructiva Pulmonar Crónica), patologías endocrinas (Diabetes Mellitus, obesidad), psiquiatritas y psicológicas y enfermedades sanguíneas (Dislipemia, Hiperuricemia).
- **Relacionadas con la intervención:**
 - Tipo de intervención.
 - Tipo de anestesia aplicada.
 - Visita preoperatoria médica y/o anestesióloga.

- Grupo ingreso. Se han propuesto tres grupos de ingreso en función de la intervención quirúrgica propuesta y día de ingreso:
 0. Grupo 0 (G0). Una intervención, planificada a media mañana, que ingresa el mismo día de la intervención quirúrgica propuesta.
 1. Grupo 1 (G1). Una intervención, establecida a primera hora del día, o a lo largo de la mañana, que ingresa el día anterior a la intervención quirúrgica propuesta.
 2. Grupo 2 (G2). Una intervención (neoplasia colon, por ejemplo) que ingresa varios días previos a la intervención quirúrgica propuesta por requerir una preparación pre-quirúrgica más rigurosa. O mismamente una patología que está comprometiendo el estado de salud del paciente, precisa su ingreso para establecer un diagnóstico preciso y/o tratamiento específico (y uno de ellos es el quirúrgico).
- Antecedentes de intervenciones quirúrgicas previas.
 - **Grado de ansiedad operatoria:** Cuestionario validado de ansiedad. Ha sido pasado el día antes de la intervención (pre-operatoria), antes de la entrada en quirófano (perioperatoria) y después de la intervención (post-operatoria). (Anexo II)
- **Grado de satisfacción.** Tras la intervención quirúrgica (Anexo III).

F) MATERIAL UTILIZADO

Todo paciente incluido en el estudio ha tenido que firmar previamente **Consentimiento Informado**, que cumplía todas las bases establecidas en el hospital del estudio.

Los datos de este estudio fueron obtenidos a partir de una serie de cuestionarios:

- **Cuestionario variables socio-demográficas**, que está destinado a obtener información sobre su estado socio-demográfico.

- **Cuestionario ansiedad pre-quirúrgica.** Es la versión modificada que creó la propia alumna de la Universidad de Valladolid, pendiente de validación, usando como referencias la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) de Zigmond y Snaith (1983) y el Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Este último es la versión española de la Escala STAI (State Trait-Anxiety Inventory de Spielberg). Cada pregunta consta de cuatro opciones simples que se han valorado de 0 a 3 puntos. En función de la puntuación obtenida, se ha clasificado a cada paciente, en sus diferentes tiempos, en alguno de los cuatro grupos siguientes:
 - 0: nula ansiedad.
 - 1 a 7 puntos: leve ansiedad.
 - 8 a 15 puntos: ansiedad leve-moderada.
 - 16-23 puntos: ansiedad moderada.
 - 24 a 30 puntos: ansiedad grave.

Para considerar unas diferencias de ansiedad clínicamente relevantes, el paciente debía de obtener variaciones (tanto aumentos como disminuciones) en su estado de ansiedad de al menos siete puntos con respecto a su ansiedad basal.

- **Cuestionario satisfacción paciente,** cuyo objetivo principal era medir el grado de satisfacción del paciente en diferentes ámbitos (hospital, trato recibido y visita pre-quirúrgica realizada por el investigador). Ha sido elaborado a partir del cuestionario de satisfacción utilizado en los pacientes que han sido intervenidos de una Cirugía Mayor Ambulatoria (SUCMA 14) y del cuestionario utilizado en un estudio que se realizó para mejorar la satisfacción del paciente en Estados Unidos. ⁽²⁹⁾

Este cuestionario consta de 15 ítems y permitía al paciente:

- Valorar su grado de satisfacción general, en cuanto a su estancia hospitalaria, instalaciones, tiempo y atención recibida por parte del personal sanitario e investigadora.
- Confirmar o negar la realización de la visita pre-quirúrgica por parte del anestesista cuando acudió a su consulta.
- Calificar la cantidad, calidad, tiempo y materiales utilizados en la visita pre-quirúrgica (a los que lo han recibido).
- Opinar sobre la futura implantación de una visita pre-quirúrgica.

- Reflejar alguna objeción que pueda destacar a lo largo de su participación en el estudio.
- **Visita pre-quirúrgica.** Proceso de personalización de los cuidados realizada a todos los pacientes que hayan entrado en el grupo intervención. Se trata de una entrevista personalizada, puesto que no todos los pacientes perciben la ansiedad de la misma forma.

La visita pre-quirúrgica que se ha llevado a cabo a lo largo del estudio, se basa en proporcionar al paciente información acerca del circuito físico que va a acontecer durante su estancia en el hospital (planta- quirófano- REA- planta-domicilio), las técnicas de Enfermería que se le van a realizar y las sensaciones que puede llegar a experimentar en los diferentes tiempos. Además, se explica a grandes rasgos la intervención quirúrgica y tipo de anestesia que normalmente en su caso se suele practicar; y los diferentes tiempos de su recuperación post-quirúrgica. Por último, se da tiempo para que el paciente asimile la información aportada y se intenta resolver todas las dudas que se le presente (dentro de las funciones que al Personal de Enfermería competen).

El lugar donde se va a llevar a cabo la visita pre-quirúrgica debe ser silencioso y luminoso, siempre guardando la distancia de seguridad para no invadir su espacio vital. En este caso se ha optado por la habitación o una sala (sala de espera). La habitación ha sido siempre el lugar elegido, salvo en aquellos casos en el que exista demasiado ruido o el estado del paciente no lo permita.

En cuanto a la comunicación, se combinará tanto la comunicación verbal como la no verbal. Para ello, se transmitirá verbalmente el contenido de la visita pre-quirúrgica con un tono de voz adecuado (ni muy bajo ni muy alto), acompañado de gestos que muestren cercanía hacia el paciente y adoptando una postura profesional. Además, se apoyará la visita pre-quirúrgica con dibujos y representaciones, por lo que la comunicación visual también va a estar presente.

Antes de finalizar la visita pre-quirúrgica, se ha entregado un folleto informativo con el fin de que sintetizar al menos varios puntos de los relatados. En él figura una breve definición de la visita pre-quirúrgica y un resumen de lo aportado en la visita pre-quirúrgica; además de los dibujos utilizados en la visita. (Anexo IV)

G) DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El estudio ha sido llevado a cabo a lo largo de tres meses, excluyendo sábados (por no existir programación quirúrgica) y días no lectivos según la Universidad de Valladolid.

H) PROCEDIMIENTO

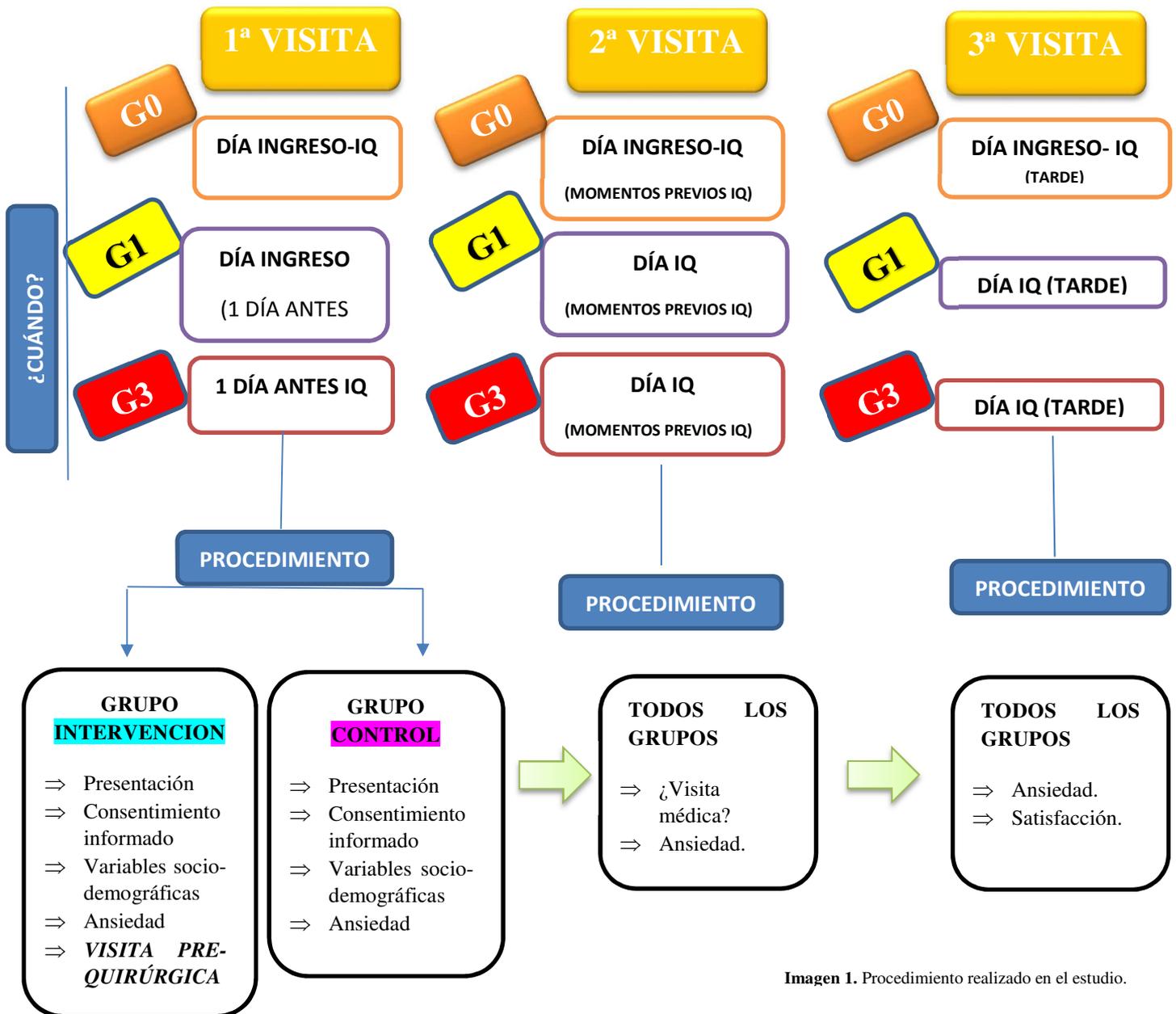


Imagen 1. Procedimiento realizado en el estudio.

1) RECEPCIÓN PACIENTE

En primer lugar el paciente ha sido recibido por el personal de la planta, los cuales se han presentado y le han guiado a la habitación que le corresponde.

2) PRIMERA VISITA

Se deja unos minutos para que el paciente se acomode en la habitación e inmediatamente después se realiza la visita. En ella, me presento e informo verbalmente de los aspectos más notables a tener en cuenta en el Consentimiento Informado. En caso de que accedan a participar, le entrego el Consentimiento Informado para que me lo firme y una copia del mismo para que la lea más detenidamente.

La fecha de la primera visita ha variado notablemente debido al grupo de ingreso al que pertenecía el paciente. Los pacientes asignados al grupo de ingreso G1 y G2 se realizaba el día anterior a la intervención quirúrgica prevista, puesto que hasta ese mismo día no he tenido conocimientos de su fecha. Por el contrario, a los pacientes incluidos en el grupo de ingreso G0 se llevaba a cabo el mismo día de la intervención.

Seguidamente, paso los cuestionarios referentes a las variables socio-demográficas y ansiedad pre-quirúrgica y por último realizo la visita pre-quirúrgica a todos los pacientes que, al azar, hayan entrado en el grupo intervención. He considerado que el cuestionario de ansiedad pre-quirúrgica se debe realizar antes de recibir la visita pre-quirúrgica, para así obtener una puntuación de ansiedad basal, es decir, sin haber tenido ninguna influencia en el paciente. Por tanto, ese ha sido el objetivo principal que he querido obtener con la primera visita.

3) SEGUNDA VISITA

Se realiza momentos previos a que lleven al paciente al quirófano, repitiendo el cuestionario de ansiedad pre-quirúrgica de la primera visita; añadiendo además preguntas como si ha ido a visitarle el médico y/o anestesiólogo asignado. El fin que persigue principalmente la segunda visita es el de evaluar la existencia de fluctuaciones en el estado ansioso del paciente.

4) TERCERA VISITA

La tercera visita se realiza dentro del post-operatorio inmediato (a media tarde), en el cual se busca medir el grado de ansiedad que presenta el paciente tras la intervención quirúrgica, así como el nivel de satisfacción acerca de su estancia en el hospital. Para ello, se repite una vez más el cuestionario de ansiedad pre-quirúrgica y

además se deja el cuestionario de satisfacción para que sea cumplimentado por él mismo, animándoles así a un mayor grado de sinceridad.

Durante la recogida de datos, he dedicad cuarenta y cinco minutos perteneciente al grupo experimental, y veinte minutos a los del grupo control en la visita de cada paciente. Anteriormente, he revisado la historia clínica en papel e informatizada de los mismos para recabar información.

I) ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y EPIDEMIOLOGICO DE LOS DATOS

Todos los datos se recogieron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2003 © y en análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico R ⁽³⁰⁾. Se ha utilizado medias y desviaciones típicas para resumir las variables numéricas, y porcentajes para las variables cualitativas. Se han calculado los intervalos de confianza al 95%. Además, se ha aplicado la t de Student para muestras independientes para contrastar diferencia de medias entre grupos. Se ha representado las variables numéricas con diagrama de cajas y con diagrama de media +/- error estándar. Se considera como estadísticamente significativo los valores de p inferiores a 0,05.

J) LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A la hora de llevar a cabo el Trabajo Fin de Grado, han aparecido una serie de limitaciones, como son:

- Falta de representatividad pues, el tiempo de estudio es corto.
- Sesgo del entrevistador.
- Cooperación de los participantes.
- La diversidad de intervenciones quirúrgicas.
- Distorsión de las respuestas por ausencia de anonimato.
- Tiempo de respuesta corto.
- Diferencia de edad y sexo entre el grupo intervención y el grupo control.
- Falta de tiempo para organizar las visitas, puesto que se ha tenido conocimiento del parte quirúrgico previsto al día siguiente en un tiempo menor a 5 horas.

K) CONSIDERACIONES ÉTICAS

En base al cumplimiento de todos los principios éticos, antes de comenzar el estudio, se ha precisado la autorización expresa del paciente, del hospital en el que se va a realizar el estudio, del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) y de la propia Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid.

Todos los pacientes han sido informados, con trato respetuoso, acerca de la investigación y se les ha pedido su consentimiento expreso y escrito antes de que participasen. El Consentimiento permitía al investigador la realización del estudio sobre el paciente; así como la utilización de su información en estudios futuros de investigación que estén relacionados con el trabajo expuesto. También aseguraba la participación totalmente voluntaria del paciente y la codificación de los datos proporcionados. Igualmente, se daba al paciente el derecho al acceso, rectificación o cancelación de los datos registrados (siempre que fuese expresado verbalmente) y se garantizaba la misma asistencia sanitaria en caso de no participar en el estudio. Por último, se daba la posibilidad de ser contactado en un futuro próximo para completar o actualizar la información. El consentimiento informado propuesto cumplía todas las bases establecidas en el hospital del estudio.

En todo momento se ha velado por la dignidad y el bienestar de los individuos que participan en la investigación, sin emitir prejuicios personales o preferencias entre los mismos y protegiendo en todo momento su la confidencialidad de sus datos (según la Ley Orden San/559/2007 de 26 de marzo por la que se aprueba el Plan de Garantía de los derechos de las personas en relación con la salud, Convenio de Oviedo, Código Deontológico de la Enfermería Española, Artículo 10.3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

4. RESULTADOS

De los 139 pacientes que aceptaron participar, 57 fueron mujeres (41%) y 82 varones (59%), con una media de edad de 59,30 años y un rango de 24 y 89 años. (Tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los grupos intervenidos.

SEXO	NÚMERO DE PACIENTES	EDAD MÍNIMA	EDAD MÁXIMA	PROMEDIO EDAD
MASCULINO	57	24	89	58,93
FEMENINO	82	27	87	60,26

El 68,35% tiene un nivel educativo básico, el 21,58% formación profesional, el 5,75 % Bachillerato, el 3,60% Universitarios y el 0,72% sin estudios. (Imagen 1)

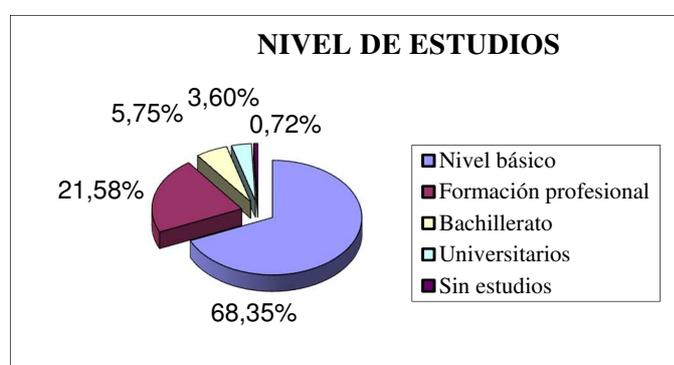


Imagen 2. Nivel estudios presentes en los grupos intervención y control.

Respecto a los grupos creados, el 48,20% correspondían la especialidad de Cirugía General y el 51,70 % a la de Traumatología. De ese 48,20% de pacientes pertenecientes a la especialidad de Cirugía General, el 23,02 % correspondieron al azar al grupo experimental y el 25,18 % al control. Por el contrario, los pacientes que pertenecían a la especialidad de Traumatología, el 25,18% fue asignado aleatoriamente al grupo experimental y el 26,62% al grupo control.

Dentro de la especialidad de Cirugía General, del grupo experimental (23,02%), el 20,14% de los pacientes refirieron haber sido intervenidos con anterioridad; mientras que el 2,88% lo negaron. Del grupo control (25,18%), el 23,02% de los pacientes habían sido intervenidos previamente, frente al 2,16% que nunca habían pasado por un quirófano.

De la especialidad de Traumatología, el grupo experimental (25,18%), el 23,02 % de los pacientes afirmaron haber sido intervenidos en el pasado, y el 2,16% que no. Por el contrario, en el grupo control (26,62%) el 21,56% de los pacientes habían sido

intervenidos alguna vez, y el 5,04% afirmaron que su primera intervención quirúrgica (Tabla 2)

Tabla 2. Características grupos experimental y control

ESPECIALIDAD	% TOTAL DE PACIENTES	% GRUPO EXPERIMENTAL		% GRUPO CONTROL	
		Con intervención previa	Sin intervención previa	Con intervención previa	Sin intervención previa
CIRUGÍA GENERAL	48,2	23,02	20,14	25,08	20,14
			2,88		
TRAUMATOLOGÍA	51,8	25,18	23,02	26,62	21,58
			2,16		

Dentro de la especialidad de Cirugía General, los pacientes que no fueron intervenidos alguna vez anterior, presentaron una media de ansiedad basal (es decir, en la primera visita) de 9,5 puntos en el grupo intervención ¹(que equivale a una ansiedad leve-moderada); frente al 7,33 puntos del grupo control (que también corresponde a una ansiedad leve-moderada). Las diferencias de ansiedad pre-quirúrgica en la segunda visita, con respecto a la primera, de ambos grupos, fue una disminución en el grupo experimental (2,33 puntos, IC 95% = -9,406 - 14,073 y p =0,483) y un aumento en el grupo control (1 punto, IC 95% = -3,484 - 1,484 y p= 0,225). Esto puede ser debido al tamaño muestral insuficiente de pacientes (tan sólo un 2,88% del total de los pacientes pertenece a la especialidad de Cirugía General y al grupo experimental).

Por el contrario, en los pacientes del grupo experimental que sí habían sido intervenidos previamente de la especialidad de Cirugía General (20,14%) presentaron una media de ansiedad basal del 5,11 (ansiedad leve), mientras que el grupo control obtuvo una media del 5,19 (también leve). En este caso, también se vio una reducción de los niveles de ansiedad en el grupo experimental (0,30 puntos, IC 95% = -0,884 - 1,477 y p = 0,610), y un aumento en el grupo control (0,40 puntos, IC 95%= 0,057 - 1,426 y p= 0,657). Probablemente puede deberse a que, al haber sido sometidos previamente a un procedimiento quirúrgico, tengan en conocimiento aspectos sobre la propia intervención en sí (ya que también, como se puede ver, presentan los dos grupos un nivel basal de ansiedad leve).

¹ Ver apartado 4: “Material y métodos”, sub-apartado F “Materiales”

De la especialidad de Traumatología, los pacientes que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas previas a la presente (21,58%), obtuvieron una media basal de ansiedad del 5,60 en el grupo experimental (ansiedad leve) y de un 5,50 en el grupo control (ansiedad leve). En los pacientes de primera intervención, obtuvieron medias del 10,30 en el grupo intervención (ansiedad leve-moderada) y 6,75 en el grupo control (ansiedad leve). En ninguno de los grupos mencionados anteriormente se vieron reducciones en el nivel de ansiedad en el grupo experimental, ni aumentos en el grupo control. (Imagen 3- Imagen 4)

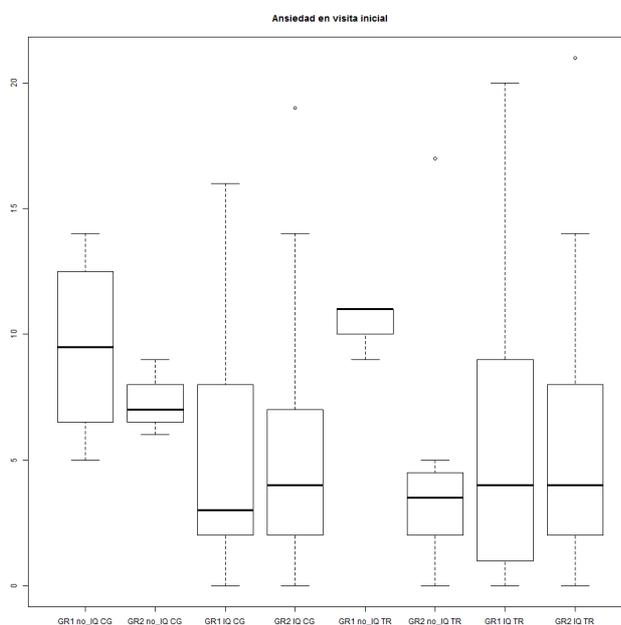


Imagen 3. Puntuación ansiedad basal

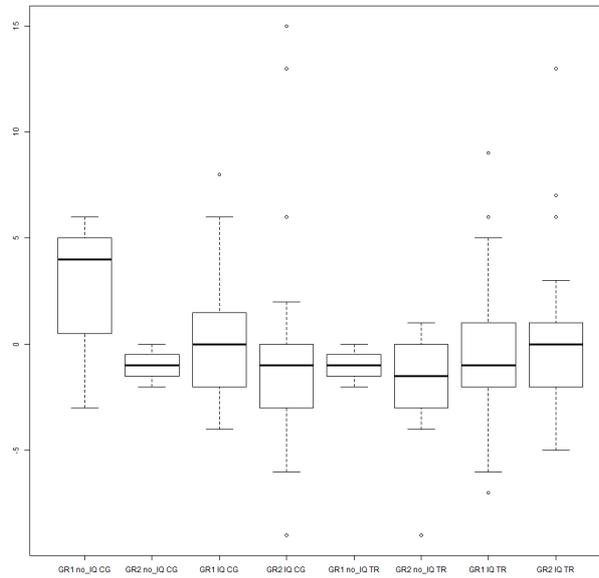


Imagen 4. Puntuación ansiedad en segunda visita

Un dato importante que se ha obtenido es que los pacientes pertenecientes al grupo intervención (uniendo las dos especialidades quirúrgicas) son capaces de disminuir su ansiedad en un 1,6 % con respecto a la basal, a lo largo de las tres visitas pre-operatorias (media = 4,081, IC 95% = 2,662 – 5,499 y $p < 0,001$). En cuanto al grupo control, los pacientes muestran un aumento en su ansiedad en la segunda visita con respecto a la primera (media = -0,329, IC = -1,305 – 0,648 y $p = 0,504$), aunque en la tercera visita también se reducen los valores (media = 4,034). Con todo esto se puede decir que la realización de la intervención quirúrgica disminuye los niveles de ansiedad de los pacientes, tanto del grupo experimental como del control, mostrándose, dichas diferencias en la puntuación de la tercera visita con respecto a la segunda. (Imagen 4)

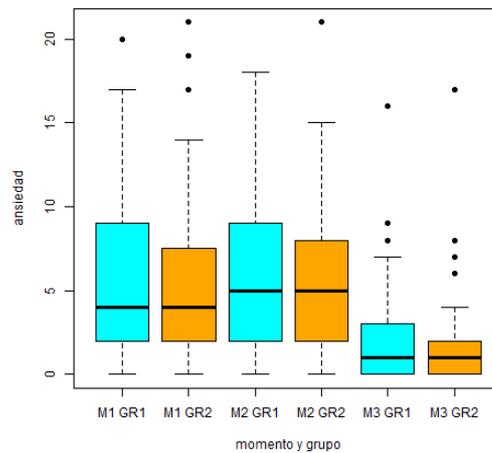


Imagen 5. Puntuación ansiedad pre-quirúrgica en las tres visitas

Por último, referente al tema de la ansiedad pre-quirúrgica, decir que el 94,24% del total de los pacientes presentaron ansiedad. Esto puede traducirse en que,

independientemente de haber sido sometido a una intervención anterior o no, el hecho de tener que pasar por el quirófano genera ansiedad.

En cuanto a la encuesta de satisfacción, el 94,24% de los pacientes la contestaron. El grupo experimental obtuvo una media de satisfacción general del 8,45; mientras que el grupo control fue del 8,43($p= 0,82$); por lo que no se observan tampoco diferencias en el nivel de satisfacción de los pacientes pertenecientes al grupo experimental que al control. Además, en el grupo experimental se evaluó la visita preoperatoria, obteniendo una puntuación media del 7,90. (Imagen 5)

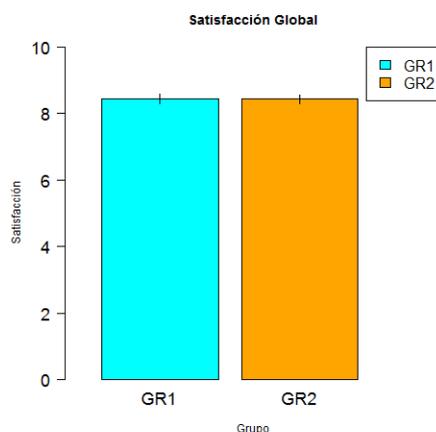


Imagen 6. Nivel satisfacción general.

Por último se encuestó sobre el futuro establecimiento de la visita pre-quirúrgica a todos los pacientes, de los cuales un 87,04% estaban de acuerdo, un 2,88% mostraban indiferencia y un 0,72% estaban en desacuerdo.

5. DISCUSIÓN

A diferencia de la mayoría de los resultados obtenidos en los estudios referenciados bibliográficamente, ²en los que se disminuían los niveles de ansiedad y aumentaban los niveles de satisfacción de los pacientes con la visita, pre-quirúrgica, en el estudio realizado se ha comprobado que tan sólo se reduce la ansiedad en aquellos pacientes que no hayan sido intervenidos anteriormente, en un porcentaje muy bajo y con una diferencia que no es estadísticamente significativa ni clínicamente relevante. En cuanto a la satisfacción, no existen diferencias, debido a que los niveles de satisfacción, entre ambos grupos, se encuentran a la par.

Todo ello define que la muestra establecida es insuficiente como para confirmar unos resultados estadísticamente significativos y clínicamente relevantes. Esto es debido a que el hospital elegido para la realización del estudio es un hospital pequeño, con un número de intervenciones diarias insuficiente como para hacer un estudio en tan poco tiempo. Junto a ello también se une el hecho de que se dispone de un tiempo muy limitado para la realización del Trabajo Fin de Grado, con lo cual también influye para poder recabar una muestra óptima en un hospital que presentaba los inconvenientes anteriormente descritos.

No obstante, en otros estudios, como el realizado por Marín Romero et al, sobre la ansiedad en los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla, no confirman que la visita pre-quirúrgica realizada por el equipo asistencial influya sobre los niveles de ansiedad sentidos por el propio paciente. ³¹

* Ver bibliografía 8,24,25

6. CONCLUSIONES

Al evaluar el efecto de la visita pre-quirúrgica de enfermería en pacientes programados en intervenciones adscritas al servicio de Traumatología y Cirugía General, con ingreso hospitalario, los resultados muestran que se cumplen la hipótesis nula (H_0), es decir, que la visita pre-quirúrgica no influye, de manera sustancial, en las reducciones de los niveles de ansiedad, ni en su grado de satisfacción. Esto puede deberse a una muestra insuficiente, como para poder obtener resultados estadísticamente significativos. Además, la mayor parte de pacientes presentan una ansiedad basal leve, que puede deberse a que las intervenciones quirúrgicas recogidas en general no son complicadas.

Los pacientes que no han recibido ninguna intervención quirúrgica previa presentan mayores niveles de ansiedad que aquellos que sí habían sometidos con anterioridad. Puede deberse a que, el propio desconocimiento de todo lo que se les va a realizar a lo largo de su estancia hospitalaria, induce a un mayor nivel de ansiedad.

En cuanto a las diferencias mostradas en las diversas visitas, se puede decir que la propia intervención quirúrgica también disminuye los niveles de ansiedad percibidos.

A pesar de que la visita pre-quirúrgica no haya influido en los niveles de ansiedad y grado de satisfacción del paciente de manera significativa, un gran porcentaje de pacientes se encuentran de acuerdo con la implantación futura de la visita; hecho que hace pensar en que los pacientes cada vez son más demandantes de información.

También, a nivel general, existe un gran porcentaje de personas con estudios primarios, cosa que puede influir en la ansiedad, debido al desconocimiento del riesgo que puede propiciar la propia intervención.

Tras este estudio, se concluye que se pueden realizar futuras investigaciones re-evaluando el efecto de la visita quirúrgica sobre la ansiedad, pero matizando los aspectos tratados hasta entonces para conseguir unas reducciones en los niveles de ansiedad, aproximados a los que la realización de la propia intervención quirúrgica producen, al menos, en un 50%, de los casos.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Murillo Villa JA, Rivera Salazar JL, Sierra Rubio MA. El concepto de neurosis de William Cullen como revolución científica. Enseñanza e investigación en Psicología [Internet]. Enero-Junio 2007 [consulta el 3 Enero 2017]; 12(1): 158-167. Disponible en: https://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_12-1/Rivera_Salazar.pdf
- (2) Benjet C, Blanco JJ, Borges G, Fleiz BC, Lara MC, Medina-Mora ME et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental [Internet]. Agosto 2003 [consulta el 3 Enero 2017]; 26 (4): 1-16. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=17215>
- (3) López Garza DN, Martínez Mallen MM. Trastornos de ansiedad. Neurol Neurocir Psiquiat [Internet]. Julio-Septiembre 2011 [consulta el 3 Enero 2017]; 44 (5): 101. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
- (4) Etcheverry JL, Strachey J, Wolfson L. El Yo y el Ello, y otras obras. Neurosis y psicosis [Internet]. Buenos Aires/Madrid. Amorrortu editores; 1992 [consulta el 3 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/19%20-%20Tomo%20XIX.pdf>
- (5) American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014: 189-335
- (6) Candel Parra E. El paciente quirúrgico. En: De la Fuente Ramo, M. Coordinadora. Enfermería médico-quirúrgica. 2ª ed. Madrid, editora Acebes Seisdedos Elena: Ediciones DAE; 2009. P. 235-247.
- (7) Johnson M, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5ª Ed. Barcelona: Elsevier, 2014. p. 572
- (8) Azevedo Pérez D, Rojas MJ. Estrategia de Enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumana, Venezuela. Saber [Internet]. 2013. [citado 7 Enero 2017]; 25(3). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622013000300006

- (9) Barrera-Serrano J, Ornelas-Aguirre J, Valenzuela-Millán J. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cir Cir* [Internet]. Mar-Ab 2010 [consulta el 7 Enero 2017]; 78 (2):151-152. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66219077008.pdf>
- (10) Moix J. Disminución de la ansiedad como factor de mejora de la calidad asistencial en pacientes quirúrgicos. *Rev Calidad Asistencial* [Internet]. 1998; 13(4):160-165. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2831708>
- (11) Rebraca Shives L. Enfermería psiquiátrica y de salud mental: conceptos básicos. 6ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2007.
- (12) Mardarás Plata E. Psicoprofilaxis quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. 2ª ed. Barcelona: Ediciones ROL; 1990.
- (13) Carrero E, Omaque I, Roux C, Salvador L, Villalonga A. Estudio de la ansiedad prequirúrgica en cirugía urológica, ginecológica y oftálmica en relación con la administración o no de premedicación ansiolítica. *Rev Esp Anestesiol Reanim* [Internet]. 2000 [consulta el 20 Enero 2017]; 47;151-156. Disponible en: https://www.sedar.es/vieja/restringido/2000/abril/estudio_ansiedad.htm
- (14) Forster A, van Gessel E, Klopfenstein CE. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anaesth* [Internet]. 2000 [consulta el 10 Febrero 2017]; 47:511-515. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10875713>
- (15) Burkert S, Gralla O, Knoll N, Roigas J, Rosemeier HP. Predictors of spouses provided support for patients receiving laparoscopic radical prostatectomy peri-surgery. *Psycho-Oncol* [Internet]. 2007 [consulta el 15 Febrero 2017]; 16: 312-319. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1061/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
- (16) Arana Martínez JM, Gordillo León F, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. Octubre 2011 [consulta el 1 Marzo 2017]; 4(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=en

- (17) Oficina Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT). Individuals using the internet for seeking health-related information [Internet]. 2003-2016 [consulta el 15 Marzo 2017]. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&pcode=ti n00101&language=en>
- (18) De Semir V, Revuelta G, coord. Información médica y educación sanitaria en la revolución de las TIC. El periodismo biomédico en la era 2.0. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2012 (25).
- (19) Abulí Picart P, Comas Casanovas P, Grau Martín A. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. Med Clin [Internet]. Marzo 2003 [consulta el 20 Marzo 2017]; 120(10): 370-375. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-niveles-ansiedad-depresion-cenfermos-hospitalizados-13044734>
- (20) Aranda Salcedo T, Jiménez Ruiz RM, Martínez García A, Orihuela Perez I, Pérez Espinosa JA, Zafra Norte J et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. Enferm Clínica [Internet]. 2010 [consulta el 20 Marzo 2017]; 20 (6): 349-354. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3342788>
- (21) Álvarez U, Arana JM, Arrospide A, Belaustegi A, Díez- Álvarez E, Lizaur B et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Enferm Clin [Internet]. 2012 [consulta el 1 Marzo 2017]; 22(1): 18-26. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-efectividad-una-intervencion-preoperatoria-enfermeria-S1130862111001896>
- (22) Inagaki LM, Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Ogawa NY, Yamamoto LU et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo [Internet]. 2004 [consulta el 20 Marzo 2017]; 59: 51-56. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-87812004000200001

- (23) Chaichian S, Mehdizadeh A, Sadati L, Tamannaie Z. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. Scand J Caring Sci [Internet]. Diciembre 2013 [consulta el 20 Marzo 2017]; 27(4): 994-998. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Chaichian+S%2C+Mehdizadeh+A%2C+Sadati+L%2C+Tamannaie+Z.+Effet+of+preoperative+nursing+visit+on+preoperative+anxiety+and+postoperative+complications+in+candidates+for+laparoscopic+cholecystectomy%3A+a+randomized+clinical+trial>.
- (24) Aguilar R, Carrascosa MC, Carrascosa MT. Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. Enferm [Internet]. Abril-Mayo-Junio 2011 [consulta el 20 Marzo 2017]; 118: 13-17. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3724055>
- (25) Arnau A, Chirveches E, Clotet G, Roura P, Soley M et al. Efecto de una visita pre-quirúrgica de Enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. Enferm Clin [Internet]. 2006 [consulta el 20 Marzo 2017]; 16 (1): 3-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1395725>
- (26) Priego Álvarez HR, Torres Jiménez D. Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica. Horizonte Sanitario [Internet]. Enero-Abril 2008 [consulta el 25 Marzo 2016]; 7(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5305285>
- (27) Hinojosa León YA. Importancia de la intervención de enfermería en el área psicológica para disminuir el grado de ansiedad y sus complicaciones en el paciente preoperatorio. Hospital Provincial General Docente de Riobamba. 2013. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/313/1/TUAMEQ001-2013.pdf>
- (28) Bosworth G, Vaugh F, Wichowski H. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? AORN [Internet]. 2007 [consulta el 25 Marzo 2017]; 85: 589-594, 597-604. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17352896>

- (29) Elayda MA, Ortiz J, Tolpin DA, Wang S. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2015 [consulta el 30 Marzo 2017]; 65 (1): 10. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v65n1/es_0034-7094-rba-65-01-00007.pdf
- (30) R Core Team (2014). R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL: <https://www.r-project.org/>
- (31) Marín Romero I, Martínez Gómez P, Ponsich Pubil J, Pubill Grasa M. Ansiedad en pacientes intervenidos de rodilla. Enferm Global [Internet]. 2004 [consulta el 1 Abril 2017]; 4: 1-11. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/576/598>

8. ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIO VARIABLES SOCIO- DEMOGRÁFICAS

Fecha y hora _____

Acepta colaborar: Sí No

Edad (años): _____

Sexo (Masculino/Femenino): _____

Observaciones _____

1. Nacionalidad

- a. Española
- b. Extranjera:

2. Religión

- a. Budismo
- b. Católica
- c. Musulmana
- d. No practicante
- e. Ortodoxa
- f. Otros:

3. Estado civil:

- a. Soltero/a
- b. Casado/a
- c. Divorciado/a
- d. Viudo/a

4. Número de hijos y edad de los mismos:

5. Nivel de estudios

- a. Bachiller
- b. Formación media
- c. Formación superior
- d. Estudios primarios
- e. Estudios universitarios
- f. Sin estudios

6. Ocupación:

- a. Estudiante
- b. Autónomo/a
- c. Trabajador/a
- d. En situación de paro
- e. Ama de casa
- f. Jubilado

7. Nivel económico

- a. Bajo
- b. Medio
- c. Alto

8. Intervenciones quirúrgicas previas

- a. No
- b. Si

9. Intervención actual (nómbrela)

ANEXO II: CUESTIONARIO ANSIEDAD PRE-QUIRÚRGICA

Fecha y hora _____

Acepta colaborar: Sí No

Visita: Primera Segunda Tercera

Observaciones _____

1. Me siento tenso/nervioso:

- 3. Nada
- 4. Poco
- 5. Bastante
- 6. Mucho

2. Me siento calmado:

- 0. Mucho
- 1. Bastante
- 2. Poco
- 3. Nada

3. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder:

- 0. No siento nada de eso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 3. Sí, y muy intensamente

4. La operación ocupa gran parte de mis pensamientos:

- 0. No
- 1. De vez en cuando
- 2. Gran parte del día
- 3. Casi todo el día

5. Me siento capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Sí, sin problema
- 1. Me siento bastante capaz de estar tranquilo/a
- 2. Me siento poco capaz de estar tranquilo/a
- 3. Me siento incapaz, no puedo mantenerme quieto/a

6. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueo" en el estómago:

- 0. Nada
- 1. Un poco
- 2. Bastante
- 3. Mucho

7. Me siento inquieto/a, como si no pudiera parar de moverme:

- 0. Nada
- 1. No mucho
- 2. Bastante
- 3. Realmente mucho

8. La operación me hace sentir gran angustia o un temor muy grande:

- 0. No
- 1. No mucho
- 2. Bastante
- 3. Mucho

9. Estoy preocupado ahora por posibles consecuencias de la operación:

0. Nada
1. No mucho
2. Bastante
3. Mucho

10. Tengo confianza en la operación y en que va a ir todo bien:

0. Mucha confianza
1. Bastante confianza
2. No mucha confianza
3. Ninguna confianza

ANEXO III: CUESTIONARIO SATISFACCIÓN PACIENTE

Fecha y hora _____

¿Quién la realiza? _____

Acepta colaborar: Sí No

Observaciones _____

1. **En general, ¿Quedó satisfecho con su estancia en el Hospital?**
 - a. Nada satisfecho
 - b. Poco satisfecho
 - c. Satisfecho
 - d. Muy satisfecho
2. **¿Cómo considera las instalaciones (quirófanos, habitaciones, etc) del Hospital donde fue intervenido?**
 - a. Muy malo
 - b. Malo
 - c. Bueno
 - d. Muy bueno
3. **Si tuviera que aconsejar a un familiar o conocido el Hospital donde se operó, lo calificaría como:**
 - a. Muy malo
 - b. Malo
 - c. Bueno
 - d. Muy bueno
4. **El tiempo total que pasó en el Hospital, es decir, desde que ingresó para la operación hasta que se fue a su domicilio, lo considera:**
 - a. Muy insuficiente
 - b. Algo insuficiente
 - c. Demasiado largo
 - d. Adecuado
5. **El trato recibido por parte del personal que le atendió en la planta del Hospital lo considero:**
 - a. Muy malo
 - b. Malo
 - c. Bueno
 - d. Muy bueno
6. **El trato recibido por parte del personal que le atendió en el quirófano del Hospital lo considero:**
 - a. Muy malo
 - b. Malo
 - c. Bueno
 - d. Muy bueno
7. **El trato recibido por parte de la Enfermera responsable del estudio lo considero:**
 - a. Muy malo
 - b. Malo
 - c. Bueno
 - d. Muy bueno
8. **¿Recibió la visita pre-quirúrgica por parte del anestesiista?**
 - a. No
 - b. Si
9. **¿Tuvo dudas?**
 - a. No

- b. Si
10. **¿Y resolvió las dudas que tenía?**
- a. No
 - b. Si
11. **A su juicio, la calidad de información que recibió en la visita pre-quirúrgica fue:**
- a. Muy mala
 - b. Mala
 - c. Buena
 - d. Muy buena
 - e. No he recibido ninguna visita pre-operatoria
12. **A su juicio, la cantidad de información que la Enfermera responsable del estudio le ha dado en la visita pre-quirúrgica fue:**
- a. Muy escaso
 - b. Escaso
 - c. Bueno
 - d. Excelente
 - e. No he recibido ninguna visita pre-quirúrgica
13. **A su juicio, el tiempo invertido por parte de la Enfermera responsable del estudio en la realización de la visita pre-quirúrgica fue**
- a. Muy insuficiente
 - b. Insuficiente
 - c. Demasiado largo
 - d. Adecuado
 - e. No he recibido ninguna visita pre-quirúrgica
14. **¿Está satisfecho con los materiales utilizados por la Enfermera responsable del estudio en la visita pre-quirúrgica para ayudar en su ansiedad?**
- a. Muy poca
 - b. Poca
 - c. Buena
 - d. Excelente
 - e. No he recibido una visita pre-quirúrgica
15. **A su juicio, ¿Está de acuerdo con que se realice la visita pre-quirúrgica a todos los pacientes que se les va a intervenir para resolver dudas?**
- a. No
 - b. Si
 - c. Me es indiferente

ANEXO IV: EJEMPLO RESUMEN VISITA PRE-QUIRÚRGICA



VISITA PRE-QUIRÚRGICA

Entrevista entre el paciente y una Enfermera con el fin de **explicarle** detenidamente todo el procedimiento que se va a llevar a cabo durante su estancia en el hospital. Además, la Enfermera le **resolverá cualquier duda** que tenga presente.

PROCESO QUIRÚRGICO

1. INGRESO EN HOSPITAL
 - a. Vía
 - b. Encuesta y visita pre-quirúrgica
2. PREPARACIÓN PRE-QUIRÚRGICA
 - a. Rasurar
 - b. Estar en AYUNAS
 - c. **NO OBJETOS METÁLICOS**
 - d. Encuesta*
3. OPERACIÓN



COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Consiste en quitarle la vesícula biliar por medio de unas pequeñas incisiones a lo largo de su abdomen. Por ahí introducirán una cámara por la que visualizarán sus órganos y los instrumentos que necesiten utilizar para poder extraerle la vesícula. Tiene la ventaja de que tiene menos riesgos que si se la quitasen de forma abierta y la recuperación es mucho menos dolorosa.

Estará inducido a una **ANESTESIA GENERAL**, que consiste en producirle un estado de sueño profundo y relajación de forma reversible mediante el suministro de fármacos anestésicos por vena, es decir, por la vía que le han puesto en la planta. Como le acabo de comentar es un estado reversible, es decir, que en el momento en el que haya terminado la operación, el anestesista podrá despertarlo de ese sueño profundo.

4. TRASLADO A REA
La duración dependerá del tiempo que valore su Anestesista, pero en general oscila entre 2-6 horas. Cuando despierte recuerde que se encontrará con las piernas vendadas (tal y como le expliqué detenidamente en la visita).
5. TRASLADO A PLANTA para su recuperación.
6. ALTA A DOMICILIO