

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Aproximación a la experiencia del paciente en el proceso quirúrgico:
análisis de las relaciones entre ansiedad, dolor y satisfacción

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Marina Isabel Sanjurjo Morote

DIRECTORES

Ismael Ortuño Soriano
Encarnación Fernández del Palacio

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

Programa de Doctorado en Cuidados en Salud



**UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE**
MADRID

**APROXIMACIÓN A LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL
PROCESO QUIRÚRGICO:
ANÁLISIS DE LAS RELACIONES ENTRE ANSIEDAD, DOLOR Y
SATISFACCIÓN**

TESIS DOCTORAL

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA
PRESENTADA POR

Marina Isabel Sanjurjo Morote

Directores

Ismael Ortuño Soriano

Encarnación Fernández del Palacio

Madrid, 2023

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

Programa de Doctorado en Cuidados en Salud



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

**APROXIMACIÓN A LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL
PROCESO QUIRÚRGICO:
ANÁLISIS DE LAS RELACIONES ENTRE ANSIEDAD, DOLOR Y
SATISFACCIÓN**

TESIS DOCTORAL

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA
PRESENTADA POR

Marina Isabel Sanjurjo Morote

Directores

Ismael Ortuño Soriano

Encarnación Fernández del Palacio

Madrid, 2023

“No solo el conocimiento va a intervenir en esta relación enfermera-paciente, sino también el comportamiento, la conducta y los sentimientos de ambos”.

“La enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades”.

Hildegard Peplau

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A mi madre y hermana, porque siempre han creído en mí y son mi mejor versión y referencia, timón y vela. A mi padre, desde el cielo, que me transmite fortaleza diaria y consigue que sepa elegir las palabras correctas.

A mi compañero de aventuras, de vida y de nuevos retos. Donde el logro más importante y compartido, nuestra hija María, ha traído la felicidad completa y el lazo para unirnos con más fuerza, si cabe.

A mis directores de Tesis Doctoral, Dr. Ismael Ortuño y Dra. Encarnación Fernández; por su tenacidad, dedicación y cariño durante este arduo viaje. Sus ideas no tienen parangón posible con nada que hasta el momento haya pasado por mi vida académica. Sois un regalo para mi carrera investigadora. Eternamente, gracias.

A mi tutor, Dr. Juan Vicente Beneit, referente educativo y principal impulsor de este trabajo. Gracias a un mes de agosto y a la providencia que nos encontró entre pasillos, escribo hoy estas palabras.

A nuestro laboratorio de investigación, el Hospital Clínico San Carlos, que me vio nacer como enfermera hace dieciséis años y que me regala nuevas oportunidades cada año. Ágora de humanidad y epicentro de cuidado, gracias por atender nuestras demandas.

A la Unidad de Apoyo a la Metodología de la Investigación del Hospital, especialmente al Dr. Manuel Fuentes, por el asesoramiento, implicación y orientación estadística, imprescindible para el desempeño de este proyecto.

A todos mis compañeros/as, auténticos cuidadores y promotores del amor al prójimo. Solidaridad, empatía y fraternidad os definen. Admiro vuestra profesionalidad en cada noche de guardia, en cada cirugía de urgencia o en cada cuarto de shock. Sois el motor del cambio y el abrazo silencioso, la esperanza en la salas de espera y el sustento de nuestra identidad, la enfermería.

Por último, y con mención especial, a todos los pacientes que participan a diario de nuestros trabajos, motivos de evolución en forma de personas, vulnerables y confiadas. Gracias por depositar vuestra fe en nuestro saber hacer.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

HOJA DE ORIGINALIDAD

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

ABSTRACT AND KEY WORDS

I. ABREVIATURAS

II. ÍNDICE DE TABLAS

III. ÍNDICE DE FIGURAS

IV. ÍNDICE DE GRÁFICOS

V. ÍNDICE DE ANEXOS

INTRODUCCIÓN 33

1. MARCO CONCEPTUAL..... 35

I. PROCESO PREQUIRÚRGICO 35

II. ESTRÉS 36

III. ANSIEDAD 38

IV. ENSEÑANZA PREQUIRÚRGICA Y ANSIEDAD..... 41

V. ENFERMERÍA PREQUIRÚRGICA 43

VI. AFRONTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN..... 46

VII. DOLOR POSOPERATORIO 49

VIII. SATISFACCIÓN CON EL PROCESO QUIRÚRGICO 51

IX. EXPERIENCIA DEL PACIENTE 52

2. EL PROCESO QUIRÚRGICO EN EL HCSC 55

I. EL HOSPITAL 55

II. CIRCUITO QUIRÚRGICO 56

III. CONSULTA DE ENFERMERÍA PREQUIRÚRGICA 57

IV. PANDEMIA COVID-19 58

JUSTIFICACIÓN..... 61

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS 65

HIPÓTESIS	67
OBJETIVOS	67
I. OBJETIVO PRINCIPAL	67
II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	67
METODOLOGÍA	69
I. TIPO DE ESTUDIO	71
II. POBLACIÓN DIANA	71
III. POBLACIÓN OBJETO DEL ESTUDIO	71
IV. PERÍODO DE ESTUDIO	71
V. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	71
i. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	71
ii. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	72
VI. VARIABLES	72
i. VARIABLES DEPENDIENTES O DE RESULTADO	73
ii. VARIABLES INDEPENDIENTES	73
VII. DESARROLLO DEL ESTUDIO	75
VIII. TAMAÑO MUESTRAL	77
IX. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	79
ASPECTOS ÉTICOS Y CONFIDENCIALIDAD	81
RESULTADOS	85
DISCUSIÓN	105
I. ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO ANTE LA INFORMACIÓN	107
II. ANSIEDAD Y BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA	108
III. ANSIEDAD Y DOLOR POSOPERATORIO	113
IV. EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y SATISFACCIÓN	118
V. DAFO	121
LIMITACIONES	123
PROPUESTAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	127
CONCLUSIONES	131
BIBLIOGRAFÍA	135
ANEXOS	151

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Título: Aproximación a la experiencia del paciente en el proceso quirúrgico: análisis de las relaciones entre ansiedad, dolor y satisfacción.

Palabras clave: Adaptación psicológica, ansiedad, dolor postoperatorio, período preoperatorio, período posoperatorio, satisfacción del paciente.

Introducción. Justificación de la Tesis Doctoral:

La vivencia del paciente durante la fase preoperatoria se considera un estresor que provoca una cascada de reacciones fisiológicas y psicológicas, que pueden generar una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, o lo que es lo mismo, ansiedad. La preparación preoperatoria en base a la educación prequirúrgica, ha demostrado que ayuda al paciente a afrontar la cirugía, mejorando su conocimiento sobre el proceso quirúrgico y qué esperar de él. Los equipos de enfermería juegan un papel fundamental coordinando la atención y brindando información especializada para hacer frente a los eventos estresantes derivados del proceso clínico. En torno al afrontamiento de la información, se describen dos perfiles de paciente: *buscadores o evitadores*, en función del nivel de detalle que desean obtener. La aparición de ansiedad pre o posoperatoria guarda estrecha relación con el afrontamiento quirúrgico. Del mismo modo, la aparición del dolor posoperatorio está influida por el tipo de cirugía y anestesia, la preparación preoperatoria y la ansiedad prequirúrgica; recalcando que el bienestar mental del paciente y sus expectativas, contribuyen a su satisfacción con la intervención quirúrgica.

Destacamos el valor de la experiencia como una oportunidad de estudio empírico que proporcione un nuevo enfoque para la práctica clínica.

Dado que la literatura previa sigue abundando en la falta de suficiente evidencia en las relaciones previamente mencionadas, se considera pertinente profundizar en el estudio de dichas asociaciones, en el marco añadido y fundamental de una realidad pandémica, teniendo en cuenta los perfiles de afrontamiento de los pacientes. Se considera que pudiera ser positivo para futuras modificaciones del

proceso quirúrgico en el entorno estudiado, así como un área de mejora en la optimización de la gestión del mismo.

Objetivos. Principal: Analizar el nivel de ansiedad prequirúrgica y su relación con otras variables de resultado, como medio para mejorar la experiencia del paciente en el proceso quirúrgico. **Específicos:** 1. Identificar el perfil de paciente en función de la necesidad de información relacionada con su intervención quirúrgica. 2. Conocer los niveles de ansiedad y dolor en distintas fases del proceso quirúrgico. 3. Identificar áreas de mejora e intervenciones sugeridas en el proceso quirúrgico a través del estudio de la satisfacción del paciente.

Metodología: Se trata de un estudio observacional, analítico y transversal, en el que se investiga a los pacientes con indicación de cirugía programada no ambulatoria y con estancia hospitalaria posquirúrgica de 48 horas en el Hospital Clínico San Carlos. El período de estudio abarca desde el 1 de junio de 2021 al 31 de enero de 2022. Las variables de estudio escogidas incluyen el estilo de afrontamiento a la información, la ansiedad prequirúrgica evaluada en dos momentos, la ansiedad y el dolor posquirúrgico, y la satisfacción del paciente al concluir el proceso. Así mismo, las variables de resultado se analizan en relación con el perfil sociodemográfico de los participantes. El desarrollo de la investigación se realiza captando información de los pacientes a lo largo de la experiencia quirúrgica y las etapas por las que transcurre: consulta prequirúrgica, unidad de hospitalización prequirúrgica, antequirófono, unidad de hospitalización posquirúrgica y al alta, mediante una evaluación telefónica. Toda la información recogida se incluyó en un sistema de gestión de base de datos con anonimización de pacientes, y su posterior explotación estadística específica.

Resultados: Un total de 210 pacientes accedieron a participar en el estudio. La distribución de la muestra se comporta de forma homogénea en cuanto a la variable sexo. El grupo de edad de mayor participación incluye a los pacientes mayores de 65 años (45.72%), de los cuales aproximadamente la mitad se encuentran en situación de inactividad laboral o jubilación. El 24.76% de los participantes tienen prescrito tratamiento ansiolítico de entre sus medicamentos de cabecera, predominantemente las mujeres. En torno al 70% de los participantes han sido sometidos con anterioridad a una cirugía. De entre los motivos de intervención quirúrgica del proceso actual el 40% es por un motivo oncológico, destacando las etiologías de origen urológico, cirugía general o del

aparato digestivo y cirugía ortopédica y traumatológica. El perfil más frecuente de afrontamiento es el de búsqueda de información, frente al de evitación (Media: 5.31 vs 2.97). La evaluación prequirúrgica revela que el momento inmediatamente anterior a la cirugía, en el antequirófano, es el más demandado para recibir información relacionada con el proceso clínico (66.25%). En cambio, la ansiedad prequirúrgica, provocada por la preocupación por contagiarse por COVID-19, arroja las menores puntuaciones descritas durante esta fase de estudio (18.75%). La evaluación de la ansiedad estado durante el posoperatorio, relacionada directamente con el proceso quirúrgico, describe puntuaciones más elevadas en los hombres que en las mujeres. En contraposición, las puntuaciones de la subescala rasgo, preponderan en las mujeres y en todos los percentiles de estudio. El sexo femenino ($p=0.019$) y tener más de 65 años ($p=0.039$) son variables sociodemográficas que correlacionan de forma significativa con la aparición de manifestaciones de ansiedad-rasgo. De entre las asociaciones entre los instrumentos de medida, destaca que la preocupación prequirúrgica, se relaciona de forma directa con puntuaciones elevadas de ansiedad estado, rasgo y dolor posoperatorio. El estudio del grado de satisfacción con el proceso, muestra que los hombres se sienten más satisfechos que las mujeres con la información facilitada por el equipo de enfermería. Del mismo modo, los pacientes con pauta ansiolítica previa, se sienten menos satisfechos con la eficacia y profesionalidad de los profesionales, que los que no tienen tratamiento prescrito. En general, el nivel de satisfacción global percibido se relaciona de forma directa con la amabilidad y el trato recibido por los profesionales que intervienen durante el proceso ($p=0.263$).

Conclusiones: El estilo de afrontamiento a la información destaca como un elemento modulador del mensaje clínico y de su impacto en el proceso quirúrgico. Informar en el antequirófano, inmediatamente antes de la cirugía, es el margen temporal de preferencia para los pacientes. El manejo de la ansiedad, con herramientas complementarias, se propone como un coadyuvante para la gestión de la ansiedad perioperatoria. El nivel de satisfacción obtenido es mayor cuanto mejor informado se siente el paciente por el equipo de enfermería.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Title: Approach to patient experience during surgical process: an analysis of the relation among anxiety, pain, and satisfaction.

Key words: Anxiety, coping strategies, preoperative period, postoperative pain, postoperative period, patient satisfaction.

Introduction. Justification of the topic: It is considered that patient experience during preoperative surgery is a driver for stress, leading to physiological and psychological reactions. These can foster a patient's proactive reply to a future threat, commonly known as anxiety.

Evidence shows that surgical education during preoperative phase helps the patient to handle surgery and to understand the outcomes of it. Nurses play a key role on coordinating patient care and providing specialized information about the potential stressful consequences derived from clinical procedure. Depending on how individuals accept information about surgical treatment, two different patient profiles can be described: "monitors" or "blunters". It must be noted that pre- or postoperative anxiety is tightly linked to the way patients accept surgical information.

Postoperative surgery pain is influenced additionally by the type of surgery, anesthesia used, preoperative preparation and anxiety showed by the patient.

Therefore, assessing patient experience opens an empirical opportunity to develop a new approach on the clinical practice. **Objectives. Main objective:**

Analyzing the level of preoperative surgery anxiety and how it is linked with other variables, so that patient experience during surgical treatment can be improved.

Specific objectives: 1. To identify Patient profiles depending on how much information an individual needs regarding surgery. 2. To understand anxiety and pain levels on each phase of surgical procedure. 3. To identify areas for improvement and best practices on surgical interventions based on patient satisfaction. **Methodology:** This is an empirical, descriptive, and cross-wide study, in which patients have undergone scheduled, outpatient surgery and have

remained in Hospital Clinico San Carlos a post-ops period of 48 hours. Data has been collected from June, 1st 2021 to January, 31st 2022. Research variables for this study are the following: how patients accepted information about surgery, pre-operative anxiety, post-operative anxiety and pain and patient satisfaction after treatment. Additionally result variables are assessed considering the sociodemographic profile of patients. Patient information relevant to this study has been collected along each phase of surgical treatment: pre-surgical clinic, holding area, post-surgical care unit and discharge (phone interview). All data was registered and administered by a database software, to ensure anonymity and statistical exploitation of results. **Results:** 210 patients have been analyzed. Sample distribution is homogenous in terms of sex. Adults over the age of 65 represent the largest group of patients (45.72%), being about half of them professionally inactive or retired. 24,76% of patients had been prescribed an anxiolytic treatment and 70% of individuals had undergone surgery before. Among the range of surgical treatments, 40% of clinical procedures had an oncological root (Urology, General surgery, Digestive-Tract surgery and Bone and Orthopedic surgery). In terms of assessing how patients handled information, monitors stood out compared to blunters (average 5.31 vs 2.97). Pre-surgical evaluation showed that the time immediately before surgery (holding area) was the phase when patients requested more information (66.25%) about surgery. In contrast, Covid-19 infections was the least common cause for pre-surgical anxiety at this stage (18.75%). State anxiety during post-op surgery is higher on male patients. In comparison, ratings for the subscale trait are predominant for female patients, regardless of the percentile studied. Being woman (($p=0.019$) and over 65 years old ($p=0.039$) are sociodemographic variables which correlate significantly on the apparition of trait anxiety signs. Taking a step forward on the analysis, pre-surgical concern is directly linked with state and trait anxiety, as well as with post-ops surgery pain. Furthermore, data revealed that patient satisfaction regarding surgical information provided by nurses is higher for men than for women. Besides, patients undergoing simultaneously an anxiolytic treatment were less satisfied with the efficacy and professionalism of healthcare workers. It could be hence suggested that perceived patient satisfaction is directly impacted by the kindness and treatment provided by the staff. **Conclusions:** The way patients handle information before surgery is a key element to be considered

for the outcome of a treatment. Providing further information at the holding area immediately before surgery has proved to be the preferred time frame for patients. This study suggests handling anxiety, along with complementary tools, as a contributor for perioperative stress. It has been demonstrated that the more information is provided by nurses, the higher patient satisfaction is.

I. ABREVIATURAS

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

APAIS: Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale

CEIC: Comité Ético de Investigación Clínica

CM: Comunidad de Madrid

DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades

EVA: Escala Visual Analógica

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HCSC: Hospital Clínico San Carlos

MBSS: Miller Behavioral Style Scale

OMS: Organización Mundial de la Salud

PX: Patient Experience/Experiencia de Paciente

SNS: Sistema Nacional de Salud

STAI: Spielberger State-Trait Anxiety Inventory

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UCM: Universidad Complutense de Madrid

URPA: Unidad de Recuperación Posoperatoria

WMA: World Medical Association/Asociación Médica Mundial

II. ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. FRECUENCIAS PARA LA VARIABLE SEXO.....	87
TABLA 2. FRECUENCIAS PARA LA VARIABLE EDAD.....	87
TABLA 3. FRECUENCIAS PARA LAS VARIABLES SEXO Y EDAD.	87
TABLA 4. FRECUENCIAS PARA LA VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS.....	88
TABLA 5. FRECUENCIAS PARA LA VARIABLE OCUPACIÓN.....	88
TABLA 6. FRECUENCIAS PARA LAS VARIABLES TRATAMIENTO ANSIOLÍTICO PAUTADO Y SEXO.....	89
TABLA 7. FRECUENCIAS PARA LA VARIABLE TRATAMIENTO PREVIO QUE DESTACAR.....	89
TABLA 8. FRECUENCIAS PARA LA VARIABLE CIRUGÍAS PREVIAS.....	90
TABLA 9. FRECUENCIAS PARA LA VARIABLE PROCESO ONCOLÓGICO ACTUAL.	90
TABLA 10. ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	91
TABLA 11. MEDIAS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y RANGO DEL PERFIL DE AFRONTAMIENTO A LA INFORMACIÓN.....	93
TABLA 12. MEDIAS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y RANGO DE LA EVALUACIÓN DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN. ...	94
TABLA 13. MEDIAS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y RANGO DE LA EVALUACIÓN DE ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN EL ANTEQUIRÓFANO.....	94
TABLA 14. NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO Y ANSIEDAD RASGO SEGÚN LAS CATEGORÍAS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.....	97
TABLA 15. MEDIA, DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y RANGO DE LA EVALUACIÓN DEL DOLOR POSOPERATORIO.....	98
TABLA 16. CORRELACIÓN NO PARAMÉTRICA ENTRE VARIABLES.....	99
TABLA 17. CORRELACIÓN NO PARAMÉTRICA ENTRE VARIABLES (CONTINUACIÓN).....	100

III. ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. CUÁDRUPLE HÉLICE BASADA EN MODELO DE INNOVACIÓN Y APOYADA EN DESIGN THINKING	54
FIGURA 2. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN ADSCRITA AL HCSC DURANTE EL AÑO 2020.....	55
FIGURA 3. TIMELINE DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE DURANTE EL PROCESO QUIRÚRGICO.	92
FIGURA 4. DEBILIDADES, AMENAZAS, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES (DAFO) DEL PROCESO QUIRÚRGICO	122

IV. ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS 1. ANSIEDAD E INFORMACIÓN PREQUIRÚRGICA EN AMBOS MOMENTOS DE EVALUACIÓN.	95
GRÁFICOS 2. SUBESCALA STAI-ANSIEDAD ESTADO.....	96
GRÁFICOS 3. SUBESCALA STAI-ANSIEDAD RASGO.....	96

V. ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. RECOMENDACIONES PREOPERATORIAS.	153
ANEXO 2. ALGORITMO CIRUGÍA PREFERENTE.	155
ANEXO 3. ALGORITMO CIRUGÍA URGENTE.....	155
ANEXO 4. CUESTIONARIO CRIBADO COVID-19 PREOPERATORIO.	158
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO: RIESGOS DERIVADOS DE LA PANDEMIA COVID-19.	159
ANEXO 6. COMPROMISO DEL INVESTIGADOR.	161
ANEXO 7. DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.....	164
ANEXO 8. HOJA DE INFORMACIÓN Y PETICIÓN DE COLABORACIÓN EN EL ESTUDIO. HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES.	166
ANEXO 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES.	167
ANEXO 10. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS DEL PACIENTE.....	169

INTRODUCCIÓN

1. MARCO CONCEPTUAL

I. PROCESO PREQUIRÚRGICO

Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento requiere de hospitalización para realizar una intervención quirúrgica, tanto el paciente como sus familiares se ven implicados en un proceso en el que pueden experimentar diversas alteraciones emocionales. En este sentido, la labor de enfermería cobra gran relevancia, facilitando el alivio de las necesidades que surgen: detectando, evaluando y tratando a los pacientes prequirúrgicos¹.

El proceso prequirúrgico se ha definido como *“el tiempo que pasa desde que el paciente es notificado para ser intervenido quirúrgicamente hasta que es trasladado a la mesa del quirófano”*². Durante dicho proceso, el paciente ha de prepararse física y psicológicamente para la cirugía. El tiempo de espera varía en función del tipo de cirugía, si se trata de una cirugía programada o, en cambio, de carácter urgente. En el caso de las cirugías programadas, el paciente se prepara durante un tiempo más o menos largo en el que distintos especialistas de la salud intervienen en el cuidado antes de la intervención, especialmente, durante la consulta de enfermería prequirúrgica. Las actividades enfermeras durante esta fase están dirigidas hacia el apoyo del paciente, la educación y la preparación para la cirugía². Es, por tanto, el principal objetivo de la atención perioperatoria proporcionar el mejor entorno y calidad en los cuidados antes, durante y después de la cirugía³.

El preoperatorio es la fase en la que el paciente es más vulnerable, tornándose propenso a desequilibrios hormonales y provocando que la mayoría de los pacientes que esperan una intervención experimenten múltiples alteraciones^{4,5} que generan respuestas emocionales, cognitivas y fisiológicas^{3,6}. En el sentido de lo anterior, diversos autores sugieren que la cirugía puede considerarse un poderoso estresor externo provocando en el organismo una cascada de reacciones fisiológicas y psicológicas a modo de respuestas protectoras, coordinadas y adaptativas^{7,8}.

En general, un buen estado psicológico antes de la cirugía, es un indicador de salud. Aspectos saludables como el optimismo, la autoestima y la percepción de satisfacción influyen de forma positiva en la salud. Por el contrario, factores como la depresión, la hostilidad y la ansiedad, reflejan un estado psicológico menos deseable y pueden influir en la recuperación a corto y largo plazo de forma directa o indirecta. El efecto directo está relacionado con el impacto de las emociones sobre las hormonas del estrés que se encargan de regular los mecanismos de curación (cortisol, adrenalina y noradrenalina), mientras que el efecto indirecto implica la elección de la anestesia influida por la psicología, y esto es debido a que el estado psicológico del paciente junto con el estado de salud preoperatorio (por ejemplo, el tabaquismo, el consumo de alcohol o la obesidad) influyen sobre el tipo de anestesia a emplear⁹⁻¹¹.

II. ESTRÉS

La respuesta orgánica durante la etapa prequirúrgica se traduce en el aumento de los niveles séricos de catecolaminas estimulantes del sistema nervioso simpático por medio de la liberación de neurotransmisores, como la acetilcolina, que actúa sobre los receptores nicotínicos en la neurona preganglionar. El resultado de la activación provoca la liberación de noradrenalina en la neurona posganglionar con acción en los receptores adrenérgicos α y β que provocan el aumento de la frecuencia cardíaca, de la contractilidad muscular, de la velocidad de la conducción del impulso cardíaco, y la reducción de la motilidad intestinal, además de provocar dilatación pupilar (midriasis) y estimulación de la secreción generalizada de las glándulas sudoríparas¹². Del mismo modo, algunas de las respuestas metabólicas que ocurren durante el proceso quirúrgico provocan desequilibrio fisiológico de las funciones esenciales que, llevadas al extremo, pueden alterar las funciones de los órganos y sistemas principales¹³.

Estudiar el miedo relacionado con las intervenciones quirúrgicas resulta relevante, teniendo en cuenta la reacción habitual que esta etapa genera en las

personas que van a ser operadas¹⁴. El diagnóstico enfermero *temor*, es “*la respuesta emocional básica e intensa generada por la detección de una amenaza inminente que implica una reacción de alarma inmediata*”¹⁵.

En el sentido de lo anterior, se ha descrito que el temor experimentado por los pacientes antes de una cirugía puede ser causado por el estrés psicológico al que están expuestos. Por tanto, conocer los mecanismos de afrontamiento y tolerancia ante el temor, juega un papel fundamental para la disminución del estrés y de sus consecuencias¹⁶. En este aspecto, la familiarización de los pacientes con el procedimiento quirúrgico no solo mejora su conciencia y conocimiento, sino que también es útil para reducir el estrés psicológico derivado de la cirugía¹⁷. El control del miedo, estudiado por Sepúlveda y colaboradores, concluye que las intervenciones para evaluación del estrés preoperatorias llevadas a cabo el día anterior al de la cirugía reportan mejores resultados en disminución de estrés que aquellas realizadas el mismo día de la cirugía, justo antes de ser transferido el paciente al quirófano, donde se debe llevar a cabo la evaluación final^{14,18}. El lugar recomendado para dichas intervenciones es la habitación del paciente y/o un despacho habilitado para tal efecto^{18,19}.

Cuando el estrés se instaura durante el proceso quirúrgico, múltiples son las consecuencias derivadas de ello. Por ejemplo, el estudio elaborado por Maple y colaboradores distingue que, el aumento del estrés psicológico está asociado con el retraso en la cicatrización de las heridas en pacientes donantes vivos de riñón al estudiar la herida en relación con el tamaño de la incisión y la cantidad de exudado, añadiendo que aquellos pacientes con actitud optimista ante el proceso, mejoraron la evolución durante la fase de curación con una cicatrización más rápida de las heridas²⁰. Una vez que el paciente ha sido sometido a la cirugía, el estrés resultante o estrés posquirúrgico está definido por el sumatorio de la activación del sistema nervioso simpático al ser estimulado por las variaciones metabólicas, por las ayunas previas a la cirugía, por el trauma tisular consecuencia directa de la intervención quirúrgica y por la hipotermia sufrida en el quirófano, que además de provocar ansiedad al paciente, actúa como estresor²¹.

Con referencia a lo descrito previamente, el estrés es el resultado de la evaluación subjetiva ante el peligro y la necesidad de ser intervenido quirúrgicamente puede considerarse como una amenaza²²; añadiendo la reducción del tiempo asignado para establecer una comunicación confiable y para proporcionar información detallada, la angustia del paciente puede verse aumentada y, por tanto, padecer una mala experiencia durante el proceso quirúrgico²³. Si se añade que se trate de un proceso oncológico, los niveles de estrés se traducen en cirugías más complejas. En el caso de mujeres con cáncer de mama, altos niveles de estrés son predictores de cirugías más agresivas, como las mastectomías bilaterales o de injerto subcutáneo, frente a cirugías más conservadoras como la mastectomía unilateral, directamente relacionada con menores puntuaciones en mediciones de estrés prequirúrgico²⁴.

Es por tanto que niveles elevados de estrés y, por consiguiente de cortisol mantenidos en el tiempo y relacionados con el proceso de salud del paciente, se traducen en signos clínicos como el aumento de la frecuencia cardíaca o el aumento de la glucosa en sangre¹² y, del mismo modo, en síntomas psicológicos como la irritabilidad constante, la apatía o el decaimiento, así como en la dificultad para concentrarse, todos ellos indicadores pronóstico de evolución del estrés en trastorno de ansiedad²⁵.

III. ANSIEDAD

La ansiedad se define como un sentimiento de malestar, preocupación, miedo, tensión y aprensión, y se trata de una respuesta a estímulos externos o internos que puede tener síntomas conductuales, emocionales, físicos y/o cognitivos²⁶ y es por tanto una *“respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia”*¹⁵ que se sintetiza como *“una respuesta anticipatoria a una amenaza futura”*²⁷.

Se trata de una construcción multidimensional y, la diferencia entre lo que se considera normal de lo anormal, se dirime en base a los distintos juicios clínicos de gravedad, en la frecuencia de aparición de los síntomas, en la

persistencia de estos en el tiempo y en el grado de angustia y deterioro del normal funcionamiento del individuo²⁸.

La fisiopatología del desarrollo de los trastornos de ansiedad es poco conocida, la generalización excesiva y condicionada del miedo^{29,30} o la dificultad de extinguir los miedos asociados³¹, se presupone que contribuyen al desarrollo de estos trastornos. Existen estudios de imágenes cerebrales que tienden a sugerir hiperactividad en las regiones límbicas (la amígdala y la ínsula) durante el procesamiento de estímulos emocionales y la existencia de una conectividad funcional aberrante entre sí y entre otras regiones, presuntamente inhibitorias del cerebro, como la región prefrontal medial ³²⁻³⁵.

De entre las características definitorias de los trastornos de ansiedad cabe destacar que el miedo es una propiedad diferenciadora, lo que explica por qué la misma experiencia aversiva puede conducir a temores generalizados y persistentes desencadenados por estímulos en algunas personas y, sin embargo, tener pocos efectos en otras³⁶. En concreto, el miedo está frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida; y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos²⁷.

El estudio llevado a cabo en 44 países con el fin de determinar la prevalencia mundial de los trastornos de ansiedad estimó que el 7.3% de la población general sufría en el momento de la evaluación síntomas sugestivos de ansiedad, lo que apuntaría a que una de cada 14 personas de todo el mundo padece en algún momento de su vida un trastorno de ansiedad. El mismo estudio añade que una de cada 9 personas, que supone el 11.6% de la población mundial, será diagnosticada de trastorno de ansiedad en el curso de un año. En todo el mundo, las mujeres tienen el doble de posibilidades que los hombres de sufrir uno de estos trastornos²⁸ ya que el deterioro y la discapacidad asociada son mayores en las mujeres que en los hombres³⁷.

Fisiológicamente la ansiedad puede conducir a una disfunción autonómica modificando la respuesta inflamatoria, la actividad plaquetaria y el funcionamiento inmunológico³⁸. Unido a una situación traumática, como puede ser someterse a una intervención quirúrgica, puede tener como resultado un procedimiento más complejo, una mayor necesidad de medicación sedante y analgésica, una mayor probabilidad de complicaciones asociadas con la medicación o a llevar a cabo técnicas quirúrgicas incompletas³⁹.

En el sentido de lo anterior, se constata que los pacientes diagnosticados como ansiosos responden a la medicación anestésica de forma diferente que los no ansiosos, necesitándose mayor dosis de los fármacos para inducir la anestesia, además de ocasionar una mayor dificultad para la canalización de los accesos intravenosos debido a la vasoconstricción periférica consecuencia de la ansiedad experimentada⁴⁰. La ansiedad preoperatoria tiene el potencial de alterar la dinámica de un procedimiento quirúrgico electivo. Si se gestiona mal, este trastorno puede hacer que se pospongan o cancelen procedimientos esenciales. Ambas consecuencias son perjudiciales desde el punto de vista clínico y económico³⁸.

En la actualidad la incidencia de ansiedad prequirúrgica reportada en la literatura consultada oscila entre el 60% y el 92% de los pacientes quirúrgicos, variando según el tipo de cirugía al que van a ser sometidos y el grupo quirúrgico en el que se les incluye. Es por tanto interesante, explorar la variabilidad de los niveles de ansiedad en distintos momentos antes de la cirugía y analizar los factores de comorbilidad asociada¹⁹.

Distintos estudios señalan la importancia de que la ansiedad pueda contribuir a obtener peores resultados comunicados por los pacientes, como el dolor posoperatorio continuo y el consecuente aumento del consumo de medicación analgésica⁴¹. La ansiedad, junto con la edad, el tipo de cirugía y el manejo del dolor preoperatorio, son los cuatro factores directamente relacionados con la aparición del dolor posoperatorio.⁴² Además, distintos autores añaden que elevados niveles de ansiedad preoperatoria se asocian con un aumento de las complicaciones perioperatorias, hospitalizaciones

posquirúrgicas más prolongadas y peores puntuaciones en relación con la satisfacción de los pacientes; en términos generales, la ansiedad prequirúrgica provoca una disminución de la calidad de vida^{43,44} .

Teniendo en cuenta que la actividad quirúrgica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) se traduce en 3.729.414 intervenciones quirúrgicas al año, tanto en régimen de ingreso como ambulatorio⁴⁵, se pone de manifiesto la importancia que se le debe prestar a la ansiedad durante la experiencia preoperatoria en vez de centrar los esfuerzos en la angustia física y la recuperación posoperatoria⁴⁴.

En la investigación realizada por Kumar y colaboradores, en la que se exploran los niveles de ansiedad preoperatoria en tres momentos prequirúrgicos: en la unidad de hospitalización previa a la cirugía, en la zona de espera inmediatamente antes de entrar al quirófano (el antequirófano), y en la mesa del quirófano antes de dar comienzo la intervención, concluyen que la transferencia del paciente desde la unidad de hospitalización a la zona de espera quirúrgica (antequirófano) reporta valores elevados en ansiedad relacionados con el tipo de anestesia e indicación quirúrgica.¹⁹ Para hacer frente a esta experiencia, múltiples autores recomiendan intervenciones no farmacológicas de apoyo que reduzcan los síntomas de ansiedad preoperatoria, destacando entre otras el apoyo psicológico, la musicoterapia o la educación previa a la cirugía y la anestesia^{44,46} siendo imprescindible la coordinación y cooperación del equipo de salud entre el cirujano, el anestesista y la enfermera para el éxito de estas intervenciones⁴⁷.

IV. ENSEÑANZA PREQUIRÚRGICA Y ANSIEDAD

Investigaciones recientes se han hecho eco de la importancia de proporcionar información adecuada para establecer una relación de confianza entre los pacientes y los profesionales sanitarios, teniendo en cuenta que los pensamientos automáticos, negativos y distorsionados provocados por el estrés, también conocidos como ruido mental , y que suelen experimentar los pacientes

con altos niveles de ansiedad, cobran especial importancia ante la experiencia previa y la satisfacción general del paciente⁴⁸. A pesar de la elevada prevalencia de ansiedad preoperatoria, la idea de si los pacientes perciben su vivencia como inquietante o angustiosa y si esto se asocia con un deseo de apoyo profesional, continúa siendo un ámbito de estudio continuado⁴⁹. En la literatura, hay evidencias que demuestran que la información preoperatoria desempeña un papel crucial para disminuir la ansiedad perioperatoria y que, cuando un profesional detecta la necesidad, es prioritario intervenir empleando herramientas efectivas como el apoyo con medios audiovisuales, la información psicoeducativa y la visita de enfermería preoperatoria⁵⁰.

Además, permite comprender que el paciente juega un papel muy importante en la reducción de complicaciones y riesgos durante todas las etapas del proceso: preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio.⁵¹ Los resultados del estudio elaborado por Salzmann y colaboradores sugieren que los pacientes programados para una intervención quirúrgica deben ser sometidos a un cribado rutinario de ansiedad ante la cirugía y ante la anestesia, así como de su deseo de recibir ayuda para afrontar el proceso en el que se van a ver envueltos⁴⁹.

El contacto preoperatorio con el paciente puede producirse desde un día antes de la cirugía a, incluso, meses de antelación⁵², y tiene como objetivo ayudar al paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación posquirúrgico⁵³. Además, es el momento ideal para llevar a cabo la educación prequirúrgica. Enseñanza que comienza con la explicación acerca de que *“el paciente es un participante activo en lugar de simplemente un receptor de cirugía, indicando que el paciente tiene un rol activo en su experiencia quirúrgica”*. La información debe ser presentada de tal forma que permita al paciente aumentar su capacidad de comprensión y mejorar la habilidad de generar preguntas acerca de la cirugía. Los encuentros entre los profesionales, pacientes y familias permiten abordar qué va a ocurrir antes, durante y después de la cirugía, así como, ayudar a prevenir posibles complicaciones y a mantener la salud del paciente. Gracias a la educación prequirúrgica, el paciente y su familia tienen la oportunidad de⁵⁴:

- Escuchar información detallada de cuidadores expertos.
- Hacer preguntas para asegurar la mayor claridad y comprensión sobre el proceso quirúrgico.
- Expresar inquietudes sobre el procedimiento e impacto sobre la salud.
- Optimizar la preparación para una experiencia quirúrgica al completo.

Comprender lo que va a suceder en las distintas fases del proceso quirúrgico, puede ayudar a disminuir el miedo y la ansiedad de muchas personas⁵⁴. Del mismo modo, la información sobre los factores que afectan a la ansiedad, puede reducir la aparición de esta durante la fase prequirúrgica⁵⁰.

De entre las herramientas de enseñanza prequirúrgica recomendadas, cabe destacar la importancia de dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes⁵³. Durante la consulta de evaluación preanestésica, puede ser un momento de enseñanza efectivo, ya que varios estudios han demostrado que la información proporcionada a los pacientes antes de la cirugía puede tener efectos positivos durante la fase de recuperación posoperatoria⁴⁰.

En el sentido de lo anterior, la información transmitida por los profesionales de enfermería, produce efectos positivos: genera confianza de los pacientes en los profesionales y potencia las herramientas para hacer frente a las situaciones estresantes. A mayor fortaleza para la salud, menor nivel de ansiedad, entendiéndose por fortaleza *“la característica de la personalidad que permite mayor capacidad de adaptación psicosocial”*.⁵⁵

V. ENFERMERÍA PREQUIRÚRGICA

Desde el enfoque de recursos humanos, los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental ayudando al paciente y sus familiares a comprender su enfermedad, en tanto en cuanto establecen un contacto directo con él y hacen de nexo entre los distintos especialistas, aportando un complemento necesario en la asistencia integral durante el proceso prequirúrgico.

Turunen y colaboradores definen el rol del profesional de enfermería prequirúrgico como “*el especialista que coordina la atención del paciente quirúrgico y brinda atención hospitalaria centrada en el paciente y su familia*”⁵². Los autores exploran las funciones del profesional en torno a siete tareas principales:

- Valoración y evaluación prequirúrgica.
- Coordinación del equipo quirúrgico.
- Comunicación y colaboración con el paciente, familia y equipo quirúrgico.
- Educación del paciente y familia.
- Atención centrada en el paciente y familia.
- Contacto preoperatorio para el paciente y familia.
- Planificación de los cuidados prequirúrgicos.

Asimismo, establecen la importancia de disponer de herramientas que faciliten la valoración y cuidados de enfermería como son, la implementación de checklists y programas de consulta informática o el uso escalas de valoración prequirúrgica⁵². El *timing* o tiempo transcurrido entre la consulta prequirúrgica y el acto quirúrgico parece ser el factor que mayor impacto tiene en la reducción de la ansiedad⁵⁶. Múltiples son las referencias consultadas en la literatura acerca del momento idóneo para llevar a cabo la intervención preoperatoria, desde meses antes de la intervención en la consulta preoperatoria⁴⁰, el día antes de la intervención programada ^{57,58}, o durante el mismo día de la cirugía³⁸, sin encontrar coincidencias entre todas.

En contraste con lo descrito anteriormente, sí existe consenso al describir cómo la consulta prequirúrgica aumenta la eficacia y eficiencia de la atención al paciente en el sentido humano y económico. Además, que permite reducir el número de visitas hospitalarias, los tiempos de espera antes de las cirugías, y evitar los cambios y suspensiones quirúrgicas. En conjunto, incrementa la calidad de los cuidados perioperatorios, maximiza la seguridad de los pacientes asegurando la calidad de los cuidados y mejora los resultados clínicos.⁵²

En términos generales, los equipos de enfermería cuentan con una visión holística de los pacientes y planifican los cuidados para mejorar los resultados, al tiempo que reducen los síntomas asociados a la progresión de la enfermedad y el malestar psicosocial. En el entorno perioperatorio, las enfermeras suelen ser los principales miembros del equipo de atención sanitaria encargados de la evaluación de la ansiedad preoperatoria y de aplicar planes de atención para mejorar el bienestar psicosocial de los pacientes⁵⁹.

A este respecto, la existencia de síntomas sugerentes de ansiedad, miedo y angustia en el período preoperatorio, presentes en los individuos sometidos a cirugías mayores como es el caso de la cirugía cardiaca, exige de forma primordial desarrollar acciones de enfermería para minimizar tales efectos. Entre las herramientas que se pueden emplear, cobra especial relevancia proporcionar información sobre el evento quirúrgico⁵ en forma de panfletos preoperatorios relativos a la cirugía, anestesia y analgesia⁴⁴ ; además, se puede promover un diálogo esclarecedor y protocolizar la acogida de los pacientes para facilitar el acompañamiento directo durante todo el proceso⁵. En el sentido de esta última acción, no sólo se benefician los pacientes, sino que las interacciones con los profesionales refuerzan la satisfacción de las enfermeras, aumenta su confianza profesional y les ayuda a adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para llevar a cabo una efectiva monitorización durante la fase preoperatoria⁶⁰.

Cuando se trata de programar un abordaje sanitario integral, el papel de los profesionales se extiende a los familiares y cuidadores de los pacientes, especialmente para aquellos que han recibido un diagnóstico oncológico.

El estudio elaborado por Nikoletti y colaboradores en el que evaluaban la necesidad de información de 141 personas cuidadores principales de pacientes con cáncer de mama, proponía adaptar la información a las pacientes, ya que se evidenciaron desajustes entre la cantidad de información proporcionada y el estilo de afrontamiento, y estas discordancias pueden provocar un aumento de la angustia. Por lo tanto, las enfermeras y el resto de los profesionales de la salud deben de ser conscientes de los atributos de los cuidadores ya que,

probablemente, influyan en su capacidad para hacer frente a la información relacionada con los eventos estresantes derivados del proceso clínico⁶¹.

VI. AFRONTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Entre los estudios que describen la actitud que revelan los pacientes con relación a la información médica recibida, se han descrito dos tipos de posturas: los pacientes que evitan cualquier contacto con la información o *distractores, blunterns or blunting (information-avoiding)* (“evitadores de información”)y, por el contrario, los pacientes que demandan información y que presentan tendencia disposicional a atender o *buscadores, monitors or monitoring (information-seeking)* (“buscadores de información”) ⁶². Reconocer cuál de las estrategias elige el paciente resulta esencial para distinguir los eventos amenazantes.

Hansjoerg y colaboradores argumentan que los pacientes que evitan cualquier tipo de información relacionada con su proceso médico se comportan como predictores de mayor ansiedad²². En cambio, durante algunas situaciones y particularmente aquellas que son amenazantes, incontrolables y de largo plazo, los pacientes con estilo de monitorización se involucran en un alto grado de ideación intrusiva sobre el factor estresante, lo que lleva a una mayor angustia psicológica. Para estas personas, el suministro de información ha de ser suficiente para satisfacer sus necesidades y debe equilibrarse con el apoyo emocional que les ayude a lidiar con la información y sus implicaciones⁶².

Es importante planear la autonomía del usuario al decidir a qué nivel de detalle quiere acceder cada individuo en el proceso de toma de decisiones⁶³ y, por consiguiente, resulta esencial que cada paciente pueda ajustar la cantidad de información que desea recibir en relación con sus necesidades⁶⁴. Esto es debido a que aquellos pacientes con perfil de búsqueda de información son especialmente sensibles a los aspectos negativos potencialmente dolorosos y peligrosos del proceso clínico, en comparación con los pacientes con perfil de evitación de información, que tienden a embotar su respuesta ante las amenazas para la salud⁶⁵.

Se denomina *afrontamiento quirúrgico* a “*aquellos planteamientos que realizan los pacientes durante el proceso clínico cuando se les ha diagnosticado ansiedad pre o posoperatoria*”⁶⁶. La escasa literatura sobre los niveles de ansiedad previos al diagnóstico clínico, especialmente en enfermos de cáncer, confirma el enorme impacto psicológico que sufren los pacientes durante esta fase⁶⁷ y es que se suelen sentir abrumados y angustiados durante las consultas clínicas, lo que puede hacer que pierdan información importante relacionada con el diagnóstico y con el tratamiento planteado⁶⁸.

La literatura describe el impacto durante la fase de diagnóstico con una prevalencia del 33% al 60% de ansiedad clínica potencial⁶⁷, lo que puede dar lugar a más necesidad de información y a la averiguación por parte del paciente para afrontar el diagnóstico⁶⁹. Asimismo, la búsqueda de información es una forma de extraer información de diferentes fuentes que permite moderar la ansiedad preoperatoria y la recuperación posoperatoria. Cuanta más información se recoja sobre el procedimiento quirúrgico, mayores serán las posibilidades de reducir el elemento de ansiedad⁶⁶.

Aquellos usuarios que participan de su proceso clínico indagando información en Internet como preparación para las consultas, se interpretan como pacientes mejor informados y capacitados, ya que se sienten cómodos para asumir un papel activo al tratar con profesionales de la salud, dando lugar a una participación más efectiva, formulando preguntas sobre su proceso clínico y expresando libremente sus preocupaciones⁶⁹.

En este sentido, el estudio conducido por Luxford y colaboradores, concluye que los sentimientos de curiosidad y participación contribuyen a una mejor experiencia del paciente⁷⁰ y, en contraste, Miller propone que las estrategias de evitación de información ayudan a los individuos a gestionar sus niveles de ansiedad y preocupación⁷¹.

En términos generales, para los *monitors* la información puede aclararles la situación clínica, permitiéndoles asignar un significado médico que facilite su vivencia y, de esta forma, trabajar a través de sus experiencias; sin embargo, estos pacientes también pueden permanecer enfocados en los aspectos

negativos, manteniendo así niveles elevados de excitación. En cambio, los *blunters* pueden desarrollar un comportamiento anómalo de evitación debido a su renuncia a confrontar el factor estresante⁷². No obstante, eludir información puede ser un factor de protección cuando se presentan condiciones de grave amenaza para la salud⁷³.

Por todo lo anteriormente expuesto, cobra importancia que los profesionales permanezcan atentos ante las respuestas de afrontamiento de los pacientes y que, de esta manera puedan explorar sus necesidades y actuar en consecuencia; es decir, no forzar la información en aquellos pacientes que no lo deseen y sí brindar más en aquellos que lo soliciten²². Del mismo modo, para entender el estilo de afrontamiento, los profesionales de la salud podrían preguntar explícitamente, y por adelantado sobre las preferencias de información de los pacientes, por ejemplo: “¿desea conocer todos los detalles de su enfermedad?” o, por el contrario, “¿prefiere esperar a ver qué pasa con el paso del tiempo?”. La respuesta obtenida podría ser un primer indicio del estilo de afrontamiento del paciente y daría la oportunidad de adaptar eficazmente la manera de proporcionar información en función de sus preferencias⁶⁷.

En definitiva, la comunicación efectiva de los pacientes con el personal sanitario sobre sus condiciones de salud es una herramienta eficaz para disminuir o reducir la ansiedad y para controlar los síntomas de malestar psicológico⁶⁶, especialmente y debido a que la recuperación y la satisfacción mejoran cuando los pacientes están dispuestos a saber más sobre su estado de salud^{66,69}.

De entre las asociaciones que se recogen en la literatura consultada, el vínculo que relaciona los factores psicológicos previos a la cirugía y la presencia de dolor posoperatorio, es la mayormente descrita^{65,74,75}. En este contexto, el planteamiento terapéutico y de manejo del dolor debe de tener en cuenta las experiencias previas de dolor del paciente y sus estrategias de afrontamiento⁷⁶.

VII. DOLOR POSOPERATORIO

El impacto de la ansiedad preoperatoria en el nivel del dolor experimentado, ha sido ampliamente documentado e incluso se ha identificado una relación significativa entre la ansiedad preoperatoria y la *catastrofización* del dolor posoperatorio. *“La catastrofización supone un proceso cognitivo y emocional mediante el cual el paciente tiende a focalizar su atención de forma desproporcionada en la sensación dolorosa (rumiación), exagera el daño (magnificación), y se siente incapaz de controlar el dolor”⁷⁷.*

Algunos estudios han identificado cómo los pacientes con catastrofización del dolor quirúrgico presentan un mayor consumo de analgésicos y que, además, es posible anticipar en el preoperatorio qué pacientes pueden llegar a este extremo^{57,77}. Por ejemplo, el trabajo llevado a cabo por Medina en 2019, pone de manifiesto que el miedo al dolor aumenta el miedo a la cirugía y que, además, el 72% de los pacientes que tuvieron miedo al dolor en el preoperatorio experimentaron dolor en el posoperatorio⁷⁸.

Al mismo tiempo, el contenido y la cantidad de información proporcionada al paciente en relación con el manejo del dolor, las experiencias previas, el tipo de cirugía y la anestesia, también son determinantes para determinar la gravedad del dolor posoperatorio. En la etapa prequirúrgica los pacientes deben de recibir una educación preoperatoria que tenga en cuenta sus opiniones, creencias y expectativas sobre el dolor, del mismo modo, durante esta fase se debe de informar acerca de los métodos farmacológicos y no farmacológicos disponibles y qué medicamentos se pueden emplear para reducir el miedo al dolor posquirúrgico⁷⁶.

Investigaciones recientes revelan que los pacientes que experimentan episodios graves de ansiedad tienen un umbral del dolor más bajo y una alta sensibilidad ante el dolor. En particular, los pacientes que experimentan una ansiedad preoperatoria grave pueden sufrir dolor crónico posoperatorio^{44,79}.

El trabajo realizado por Nishimura y colaboradores en el que se estudió la posible relación entre la ansiedad preoperatoria y el dolor posoperatorio, particularmente en 64 mujeres intervenidas de una mastectomía parcial y en función del nivel de excreción de cortisol en orina durante el perioperatorio, concluyó la existencia de una relación inversa entre las puntuaciones de dolor agudo y el nivel de cortisol excretado durante el posoperatorio, y esto podría ser debido a que una menor secreción de cortisol durante el período perioperatorio tendría una influencia adversa en el dolor posoperatorio, al atenuar las respuestas antiinflamatorias y antinociceptivas debidas al estrés quirúrgico. Además, estos autores añaden que puntuaciones elevadas de ansiedad preoperatoria y la presencia de dolor agudo, de moderado a intenso durante el posoperatorio, se asocian de forma independiente con un mayor riesgo de aparición de dolor posoperatorio crónico⁷⁵. A propósito de estos resultados, el trabajo de Singh y colaboradores destaca que la presencia de ansiedad preoperatoria se asocia con un riesgo 1.4 veces mayor de presentar dolor moderado y severo de aparición a los 2 años después de la cirugía, y de hasta 1.9 veces mayor a los 5 años⁸⁰.

Por las razones anteriormente mencionadas, la ansiedad se considera un factor importante de predicción del dolor posoperatorio y de incremento del requerimiento de consumo de analgésicos⁸¹. También es especialmente importante porque puede afectar a todos los aspectos de la anestesia, como la visita preoperatoria, la inducción, el período perioperatorio y el período de recuperación⁵⁰. Por consiguiente, los profesionales sanitarios cumplen con la función de informar sobre los mecanismos de control del dolor tras la cirugía y, de este modo, reducir el miedo de los pacientes durante la etapa prequirúrgica.

En particular, la enfermera es responsable de la preparación psicológica del paciente antes de la intervención quirúrgica y debe informar exhaustivamente al paciente sobre las posibles causas del dolor (es decir, la incisión quirúrgica o los procedimientos médicos dolorosos), el dolor que se produce durante la movilización, la respiración o los ejercicios de tos, y que el alivio del dolor se logrará cuando la causa subyacente que lo provoca se cure o se trate, y de este modo, el dolor se limite al proceso de curación de la herida⁷⁶.

De manera práctica, las técnicas de enfermería de alta calidad, como permitir que los pacientes escuchen música relajante antes de la cirugía o utilizar terapias de relajación manual, pueden mejorar eficazmente la comodidad del paciente, reducir la ansiedad preoperatoria, mejorar el efecto de la cirugía y reducir el dolor posoperatorio; en resumen, mejorar la satisfacción relacionada con la experiencia quirúrgica⁴⁶.

VIII. SATISFACCIÓN CON EL PROCESO QUIRÚRGICO

La satisfacción del paciente es una dimensión importante que se estudia durante la etapa de seguimiento de los pacientes intervenidos para poder evaluar los resultados subjetivos y manifestados durante la vivencia quirúrgica⁸². Asimismo, ha demostrado ser una expresión multifacética de sentimientos afectivos, cognitivos y subjetivos⁸³, destacando que el bienestar mental del paciente y sus expectativas preoperatorias contribuyen a su satisfacción con la intervención quirúrgica⁸⁴.

El estudio elaborado por Danielsen y colaboradores en 2020 y en el que llevaban a cabo el seguimiento de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca a través de una consulta telefónica para resolución de dudas y prevención de reingresos relacionados con el posoperatorio durante los 30 días después de la cirugía, destaca que los participantes experimentaron una atención más individualizada con especial asistencia en el seguimiento de los síntomas. Este hallazgo podría sugerir que el seguimiento posoperatorio es importante para reducir los síntomas de ansiedad tras el alta y lograr una mayor satisfacción con la intervención, y esto es debido a que el enfoque individualizado en la atención hospitalaria tras el alta tiene el potencial de aumentar la calidad del servicio prestado⁶⁰.

De entre las características que modulan la satisfacción percibida, mucho tiene que ver el estilo de afrontamiento a la información que presente el paciente. La investigación conducida por Petzel y colaboradores en la que exploran las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer

hematológico, desvela cómo el estilo de búsqueda activa y monitorización de información, se relaciona positivamente con la preferencia por la toma de decisiones médicas compartidas, la necesidad de más información⁸⁵ y la satisfacción con el proceso clínico⁷³. Por el contrario, el estilo evitativo de información, se relaciona de forma negativa con puntuaciones de satisfacción con la información recibida⁷³. Estos hallazgos se asocian con los conceptos, ya enunciados en su apartado correspondiente, de pacientes “evitadores” y “buscadores” de información.

Investigaciones recientes insisten en que, proporcionar información adecuada y establecer relaciones de confianza con los profesionales, son factores clave en la satisfacción global y experiencia del paciente⁴⁸.

El análisis del contenido de los cuestionarios de evaluación de la satisfacción percibida con la asistencia en consulta para el seguimiento posoperatorio de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, revela que los ítems de “tranquilidad”, “sensación de seguridad” y “confianza” están en consonancia con la elevada satisfacción global que subrayan los pacientes y destacan, en orden de preferencia, “la atención continuada”, “la atención individualizada” y “la facilidad de acceso a la información”, como las ventajas preferentes de este servicio sanitario⁶⁰.

IX. EXPERIENCIA DEL PACIENTE

En los últimos años, las percepciones de desempeño y calidad de las organizaciones de salud han comenzado a ir más allá de examinar la prestación de una excelente atención clínica. En este sentido, el término *Patient Experience* (PX – “Experiencia del paciente”) está comenzando a considerarse como uno de los indicadores más relevantes de la atención sanitaria y, por tanto, de las políticas y decisiones que se deriven de la misma⁸⁶. La PX es un término que refleja las percepciones del paciente y de sus seres queridos mientras se relacionan con los profesionales de salud durante su estancia en el hospital⁸⁷.

Es importante distinguir entre las dos categorías principales de evaluación de calidad de la atención centradas en la persona: la *satisfacción del paciente*, enfocada en la evaluación de la atención brindada en relación con las expectativas del paciente, y la *PX*, que explora las interacciones que el paciente ha vivido con el sistema sanitario, es decir, se trata de un indicador de proceso que refleja los aspectos interpersonales de calidad de la atención percibida⁸⁸.

En la literatura, encontramos constantes referencias que destacan la importancia de enfocar el proceso clínico en torno al paciente, lo que significa que debe ser el núcleo del cuidado y el protagonista durante todo el proceso. De ahí, la importancia descrita por el Beryl Institute, que define la *PX* como “*la suma de todas las interacciones, configuradas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente a lo largo de la continuidad del cuidado*”⁸⁹. El grupo de trabajo que diseñó esta definición, destaca la necesidad de incluir cuatro elementos clave: las interacciones personales, la cultura de la organización, la percepción subjetiva del paciente y/o familia, así como, el continuo cuidado⁸⁶.

Para hacer operativo este marco de cooperación centrado en la *PX*, la Comisión Europea propone la *Cuádruple Hélice basada en el Modelo de Innovación de los References Sites* (“*Lugares de referencia*”) que busca generar un nuevo valor compartido que beneficie a la sociedad civil, la iniciativa privada, el mundo académico y el sector público, creando un ecosistema de innovación^{90,91}.

Este método propuesto por el Instituto de Diseño de la Universidad de Stamford establece cinco fases ineludibles en el proceso de diseño de una solución para que esta sea finalmente adoptada por las personas destinatarias: *empatizar, definir, idear, prototipar y evaluar*. La aplicación sistemática de este método favorece la consolidación de un modelo de trabajo cooperativo, creando productos y servicios que tienden a satisfacer mejor las necesidades de los usuarios, haciéndolas parte activas del proceso de creación (Figura 1)⁹².

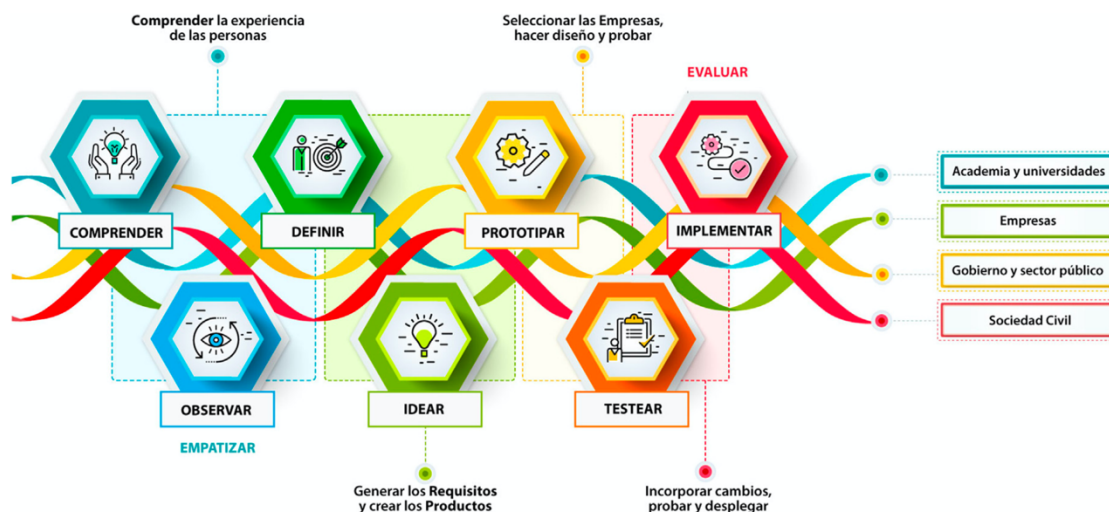


Figura 1. Cuádruple Hélice basada en Modelo de Innovación y apoyada en Design Thinking

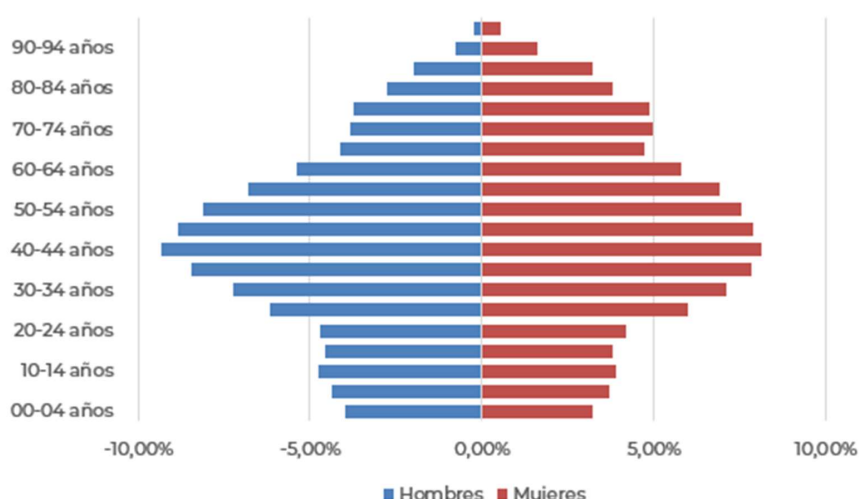
El modelo propuesto parte de la *empatía* como la fase de inmersión, en la que se busca compartir tiempo con los usuarios permitiendo comprender y detectar necesidades que nos acerque a la PX. Una vez *definidas* las áreas de mejora, extraídas de la PX, es importante determinar con precisión las expectativas de los pacientes durante la etapa prequirúrgica respecto al proceso y servicios a desarrollar. Lo más importante en la etapa de definición es enfocar bien el problema, *definir* la fase concreta y entender las expectativas de quienes van a recibir el servicio. Una vez recopilada la información, da comienzo la fase de *síntesis*, oportunidad para concretar los hallazgos obtenidos y definir las ideas que se propongan para identificar las soluciones a desarrollar. Las *ideas* obtenidas se pueden agrupar proponiendo *prototipos* que permitan determinar las características funcionales, formales y de uso para los pacientes. Finalmente, *implementar* los prototipos propuestos, para así, *evaluar* la eficacia de estos, buscando un mayor acercamiento entre profesionales y pacientes antes de ser intervenidos⁹².

2. EL PROCESO QUIRÚRGICO EN EL HCSC

I. EL HOSPITAL

Con el objeto de contextualizar la investigación propuesta, se exponen las características generales del centro y el proceso estudiado relacionados con la misma. Si bien esto se podría haber expuesto en el apartado de Material y Método, por cuestiones de dinámica expositiva, se ha decidido ubicarlo en la parte conceptual y justificativa del manuscrito.

El Hospital Clínico San Carlos (HCSC) es uno de los ocho hospitales de gran complejidad de la Comunidad de Madrid (CM); está construido en un monobloque con unos 175.000m², estructurado en torno a dos alas, Norte y Sur, con 8 y 6 alturas respectivamente y diversos pabellones en los que se sitúan diferentes servicios asistenciales y de servicios generales. El HCSC se complementa con los centros de especialidades Modesto Lafuente y Avenida de Portugal, así mismo, desde el año 2010 gestiona una red de Centros de Salud Mental y desde 2018 tiene adscrito el Centro Sandoval. El HCSC cuenta con una población de referencia de 375.451 habitantes y 5.854 profesionales de plantilla efectiva de los cuales el 53% son personal sanitario⁹³.



Fuente: SIP-CIBELES.

Figura 2. Pirámide de población adscrita al HCSC durante el año 2020

El hospital dispone de 861 camas instaladas de las cuales 759 son funcionantes, 318 consultas en la zona de policlínicas ubicada dentro del hospital y 114 en los centros de especialidades, 24 quirófanos funcionantes e innumerables instalaciones que aseguran la continuidad de los cuidados. Durante el año 2020 se llevaron a cabo 5.828 cirugías programadas con hospitalización, 3.215 menos que en el 2019, con una estancia media global de 7.53 días⁹³.

II. CIRCUITO QUIRÚRGICO

El proceso quirúrgico da comienzo en el área de consultas, cuando el facultativo médico responsable explora las opciones terapéuticas e indica que el paciente ha de ser sometido a tratamiento quirúrgico⁹⁴; durante el 2020 fueron llevadas a cabo 757.299 consultas, sumando primeras y sucesivas, destacando que 228.452 de estas fueron telefónicas⁹³. Una vez que se propone la decisión quirúrgica en consulta y de manera negociada con el paciente, da comienzo la etapa perioperatoria. Cuando se programa la cirugía, el paciente es planificado y notificado para ser ingresado en la unidad de hospitalización quirúrgica correspondiente antes de la intervención, y es aquí donde se lleva a cabo la acogida y preparación previa. En el momento en el que el equipo quirúrgico: profesionales, materiales y medios necesarios están comprobados y en disposición, se trasfiere al paciente al área quirúrgica donde va a ser intervenido. Una vez que finaliza la cirugía y según criterio clínico, el paciente es trasladado a la zona de cuidados posoperatorios, a la Unidad de Recuperación Posoperatoria (URPA) o a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde se lleva a cabo el posoperatorio inmediato. Tan pronto como la situación clínica del paciente lo permite, vuelve a ser transferido a la unidad de hospitalización quirúrgica donde ingresó para completar la recuperación posoperatoria antes de recibir el alta a domicilio y concluir los cuidados planificados.

III. CONSULTA DE ENFERMERÍA PREQUIRÚRGICA

Como ya se ha comentado en epígrafes anteriores, cada vez son más los autores que sugieren que los factores psicológicos afectan sobre el resultado quirúrgico a nivel físico y psicológico, independientemente del tiempo transcurrido después de la cirugía. Los mencionados factores como la ansiedad, la depresión y la dificultad en el autocontrol, son susceptibles de ser modulados y reducidos antes de la cirugía, evitando así, posibles consecuencias sobre la salud de los pacientes. Los centros sanitarios han de adaptar programas de asistencia a las necesidades de los pacientes de tal modo que se asegure el éxito terapéutico sin poner en peligro la salud de los usuarios⁴².

Durante el transcurso del proceso quirúrgico, especialmente en el momento preoperatorio, la influencia de los cuidados de enfermería resulta determinante. El asesoramiento previo debe llevarse a cabo por enfermeras de práctica avanzada, que emplean competencias especializadas a fin de dar respuesta a las recomendaciones preoperatorias.

El HCSC dispone de un equipo especializado y coordinado para prestar estos cuidados. Facilita información completa y dirigida de manera estandarizada y como medio de prevención de posibles consecuencias no deseables y derivadas de la intervención quirúrgica. La información es facilitada a los pacientes que van a ser operados en una consulta programada previa a la cirugía y con una validez de 6 meses. Los pacientes reciben información relativa a la lista de espera y al circuito que van a llevar a cabo. Asimismo, se les indica las recomendaciones de higiene, incluidas en el *proyecto de infección quirúrgica zero*⁹⁵, y de alimentación, como guardar ayunas; ambos, requerimientos específicos y recogidos en un díptico informativo que se entrega al paciente y/o familia en la consulta prequirúrgica (Anexo 1).

IV. PANDEMIA COVID-19

En el marco de estudio global, un nuevo factor ha irrumpido de manera determinante en la realidad sanitaria mundial. El pasado 31 de diciembre de 2019, las Autoridades de la República Popular China comunicaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término “enfermedad de COVID-19”, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico⁹⁶.

Con los conocimientos actuales, la OMS ha descrito que el período de incubación de la infección y aparición de primeros síntomas es de 5 o 6 días, con un rango de entre 1 y 14 días⁹⁷. Existe evidencia de que el período de transmisibilidad de la enfermedad comienza 48 horas antes de la aparición de síntomas, por lo que es importante no solo el aislamiento de los casos sospechosos o confirmados, sino también la identificación y cuarentena precoz de los contactos⁹⁸. Informes posteriores han sugerido que tanto la incidencia como la severidad de las infecciones por COVID-19 difieren según el sexo, especialmente entre los distintos grupos de edad. Asimismo, estos hallazgos plantean la posibilidad de que la distribución del período de incubación también podría depender en cierta medida del sexo y la edad de los pacientes⁹⁹.

La vía de transmisión entre humanos se considera similar a las descritas para otros coronavirus, a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros) y las manos o los fómites con estas secreciones seguidos del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos¹⁰⁰.

La pandemia de la COVID-19 ha supuesto y supone un reto sin precedentes en el HCSC, habiendo evolucionado en función de los datos epidemiológicos que han supuesto las sucesivas “olas”.

Las medidas conservadoras de desescalamiento han obligado a trabajar de una forma innovadora, en un contexto dinámico y en alerta para identificar de forma precoz cualquier situación nueva y así proponer nuevos cambios de escenario. El despliegue de la actividad durante la fase crítica en torno a las nuevas necesidades de la población, puso en suspenso toda la actividad de las áreas ambulatorias, servicios centrales, hemodinámica y actividad quirúrgica programada a excepción de las declaradas como urgentes¹⁰¹. La actividad suspendida tiene un reflejo claro en las demoras en relación con años anteriores, dado que los recursos se orientaron principalmente a los cuidados derivados de la pandemia⁹³.

El curso de la infección ha tenido un efecto directo tanto en la estructura hospitalaria como en la gestión de los recursos humanos y materiales, suponiendo una oportunidad de mejora de los procesos y circuitos asistenciales y de soporte, apostando por la gestión clínica y el trabajo multidisciplinar.

Durante el segundo semestre del 2020, se estableció la operativa de un Plan de Retorno a la actividad asistencial quirúrgica con etapas progresivas e incorporando cambios en los procesos desde el consenso, y enmarcados en la estrategia institucional. En relación con el restablecimiento de la actividad quirúrgica se concretó⁹³:

- Establecimiento de un protocolo para el desarrollo de la actividad quirúrgica basado en la seguridad del paciente y los circuitos COVID o no COVID.
- Planificación de la actividad según la urgencia y la demora, ajustada a la disponibilidad de camas de URPA/UCI y hospitalización.
- Elaboración de un protocolo de reinicio de actividad quirúrgica preferente del paciente no COVID, contemplando la situación clínica, las pruebas previas, las condiciones de ingreso y las actuaciones en el área quirúrgica. Este documento describe dos circuitos diferenciados,

algoritmo de actuación en cirugía preferente (Anexo 2) y en cirugía urgente (Anexo 3).

- Implantación del cuestionario de Cribado Epidemiológico Preoperatorio COVID-19 (Anexo 4) en todos los casos con la elaboración de un consentimiento informado extra que incluye los riesgos derivados por la COVID-19 (Anexo 5).
- Realización de PCR previo al ingreso hospitalario o actividad quirúrgica, tanto programada como urgente.

El curso de la pandemia ha obligado a adaptar los tiempos de programación, de ingreso perioperatorio y de recuperación posquirúrgica en función a los recursos disponibles en cada momento, buscando la equidad en el acceso a la demanda asistencial y el aseguramiento terapéutico para todos los pacientes que lo han precisado.

Se expone lo anterior relacionado con la pandemia pues, sin duda, ha supuesto un sesgo, pero también una oportunidad, en el trabajo de campo desarrollado en el presente estudio de investigación, lo que ha llevado, como se expondrá en su momento, a incluir variables y metodologías concretas que bien pudieran utilizarse en un futuro.

JUSTIFICACIÓN

Dadas las evidencias aunadas y descritas en la introducción, destacamos el valor de la experiencia como una oportunidad de estudio e interés empírico que proporcione un nuevo enfoque para la práctica clínica.

Como se ha expuesto en el argumento previo y dadas las lagunas de conocimiento identificadas, se considera pertinente plantear la identificación de las estrategias de afrontamiento, la ansiedad explorada en distintos momentos (en la acogida e ingreso prequirúrgico, durante el preoperatorio inmediato en el antequirófono, y en la unidad de hospitalización después de la cirugía), además, de la evaluación del dolor posoperatorio y el impacto de la vivencia sobre la satisfacción percibida.

Se considera que esta evaluación y estudio de asociación entre variables, podrían mejorar nuestra interpretación del efecto provocado por la ansiedad en las decisiones de tratamiento, ya que no está claro si la evolución de los niveles de ansiedad alteran la tasa de agresividad del proceso clínico provocando consecuencias perjudiciales para el paciente²⁴.

Se propone la necesidad de un trabajo multidimensional que estudie de forma integral la vivencia quirúrgica que el paciente experimenta ante la inminente necesidad de ser intervenido, traduciendo la decisión clínica en prácticas comunes y modulables que exploren cómo mejorar el proceso prequirúrgico y el impacto de este sobre el abordaje clínico y el tratamiento planteado.

Todo lo anterior, además, cobra mayor importancia si cabe, en el nuevo escenario provocado por la pandemia por COVID-19, la cual obligó a modificar circuitos y protocolos, lo que hace imprescindible y pertinente evaluar la adecuación de estos en relación con la experiencia que el paciente pudo experimentar, así como, los factores estresantes implicados y su impacto en las variables de resultado como la ansiedad quirúrgica, el afrontamiento o el dolor posoperatorio.

Es una oportunidad para la investigación, ya que los cuidados perioperatorios durante la pandemia fueron, en ocasiones, relegados a un segundo plano añadiendo, si cabe, mayor incertidumbre e inquietud al paciente. Investigar acerca del impacto de la pandemia en el ámbito quirúrgico puede ser una oportunidad para el desarrollo de los cuidados de enfermería y pone de manifiesto las dificultades a las que se enfrentan los pacientes que van a ser operados.

Por todo lo anterior, se propone la investigación e identificación de oportunidades para el estudio de la ansiedad en el momento preoperatorio y el impacto que pudiera tener durante la vivencia quirúrgica experimentada por los pacientes.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

El estilo de afrontamiento y la ansiedad previa a la cirugía en el paciente prequirúrgico, se relacionan con variables posquirúrgicas, especialmente en términos de dolor, ansiedad posquirúrgica y nivel de satisfacción con el proceso quirúrgico.

OBJETIVOS

I. OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar el nivel de ansiedad prequirúrgica y su relación con las variables de resultado: ansiedad posquirúrgica, dolor y nivel de satisfacción, como medio para mejorar la experiencia del paciente en el proceso quirúrgico.

II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- i. Identificar el perfil de paciente en función de la necesidad de información relacionada con su intervención quirúrgica.
- ii. Conocer los niveles de ansiedad y dolor en distintas fases del proceso quirúrgico.
- iii. Identificar áreas de mejora e intervenciones sugeridas en el proceso quirúrgico a través del estudio de la satisfacción del paciente.

METODOLOGÍA

I. TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, analítico y transversal.

II. POBLACIÓN DIANA

Pacientes con indicación médica de cirugía programada no ambulante.

III. POBLACIÓN OBJETO DEL ESTUDIO

Pacientes con indicación médica de cirugía programada no ambulante y con estancia hospitalaria posquirúrgica de, al menos, 48 horas del HCSC durante el período de estudio.

IV. PERÍODO DE ESTUDIO

Del 1 de junio de 2021 al 31 de enero de 2022.

V. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de pacientes incluidos en el estudio se llevó a cabo por conveniencia y de manera consecutiva teniendo en cuenta los siguientes criterios.

i. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- i. Adultos mayores de 18 años.
- ii. Cirugía no ambulante.
- iii. Estancia hospitalaria: al menos, 48 horas posquirúrgicas.
- iv. Pacientes con derecho a la asistencia sanitaria pública del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid con prescripción programada no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico quirúrgico establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus

estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano¹⁰².

- v. Especialidades clínicas: cirugía ortopédica y traumatológica, cirugía general y del aparato digestivo, cirugía torácica, ginecología, urología, angiología y cirugía vascular, cirugía maxilofacial, neurocirugía, otorrinolaringología y cirugía plástica y reparadora. Se escogen estas especialidades debido a que antes de dar comienzo con la fase de trabajo de campo, eran las que disponían, en ese momento, de un plazo temporal razonable desde la consulta preoperatoria hasta la programación e intervención quirúrgica.

ii. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- i. Barrera idiomática.
- ii. Pacientes:
 - Obstétricas.
 - Edad avanzada y/o con trastornos psiquiátricos con dificultad para completar los instrumentos de evaluación.
 - Con diagnóstico preoperatorio de COVID-19.

VI. VARIABLES

La variable principal de estudio es la *ansiedad prequirúrgica* evaluada con el cuestionario *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)* en la versión validada en castellano¹⁰³. Evaluación llevada a cabo en dos momentos preoperatorios: durante el ingreso en la unidad de hospitalización prequirúrgica el día de la intervención horas antes de la transferencia al Bloque Quirúrgico, y en el antequirófano, durante el momento preoperatorio inmediato, minutos antes de la cirugía. Además, se propone, el análisis del comportamiento de esta durante el proceso quirúrgico al relacionarse con las variables de resultado propuestas:

i. VARIABLES DEPENDIENTES O DE RESULTADO

- Evaluación del estilo de afrontamiento del paciente ante la información recibida mediante el cuestionario *Miller Behavioral Style Scale (MBSS)* en la versión en castellano¹⁰⁴. Evaluación conducida en la sala de espera de la consulta de preanestesia durante el tiempo que transcurre entre la visita con el facultativo especialista médico y la consulta de enfermería prequirúrgica. Clasifica a los pacientes en función al estilo de afrontamiento a la información, “monitors” (buscadores de información) o “blunters” (evitadores de información).
- Nivel de Ansiedad posoperatoria evaluado con *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* versión validada en castellano¹⁰⁵. Evaluación llevada a cabo entre las 24 y 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica en la unidad de hospitalización posquirúrgica después de recibir el alta de la unidad de recuperación y antes de recibir el alta domiciliaria.
- Nivel de dolor posoperatorio evaluado con *Escala Visual Analógica (EVA)*¹⁰⁶ entre las 24 y 48 horas posteriores a la intervención en la unidad de hospitalización posquirúrgica después de recibir el alta de la unidad de recuperación y antes de recibir el alta domiciliaria.
- Para completar la evaluación del proceso quirúrgico, se planteó la última fase como una valoración posoperatoria telefónica de la satisfacción percibida con relación a la vivencia quirúrgica. Cuestionario de satisfacción elaborado por la *Unidad de Calidad del HCSC*. Evaluación telefónica llevada a cabo entre los 7 y 10 días de haber recibido el alta domiciliaria.

ii. VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad. Medida en años.
- Sexo. Diferenciando entre mujeres y hombres.
- Lugar de nacimiento. Categorizado cuando es diferente a España.

- Nivel de estudios. Categorizado como: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios.
- Tipo de Ocupación: empleado, pensionista, estudiante, ama de casa o desempleado.
- Ocupación profesional clasificada en 8 categorías diferentes: función administrativa, sector servicios, sector salud, empleado/a público, empleado/a del hogar, área comercial, sector inmobiliario y emprendedor/a.
- Pauta de tratamiento ansiolítico: dicotómica (No o Sí).
- Tratamientos relevantes previos: quimioterapia, radioterapia, quimioterapia y radioterapia, diálisis u otros de interés (metotrexato, inmunoterapia o antirretrovirales).
- Cirugías previas, número y especialidad médica de estas.
- Motivo de intervención quirúrgica: se engloba en 18 categorías diferentes. *Trastornos*: del aparato digestivo y endocrinológico, de la columna vertebral, de órganos genitourinarios y/o nefrológicos, de origen plástico y reparador, de origen vascular, de origen cardiopulmonar, de origen musculo-esquelético, del sistema nervioso, de la columna vertebral, trastornos otorrinolaringológico y de cirugía maxilofacial. *Neoplasias*: maligna del aparato digestivo y endocrinológico, maligna del aparato urinario, maligna de órganos genitales femeninos, maligna de glándula/s mamaria/s, maligna cardiopulmonar, maligna de huesos y tejidos, maligna de orofaringe y maligna del sistema linfático.
- Intervención quirúrgica planteada: exéresis o resección, reconstrucción o reparación, exéresis y reconstrucción o exploración diagnóstica.
- Tipo de anestesia. Categorizado como: local, locorregional, sedación, anestesia general.
- Fechas relevantes: Consulta prequirúrgica, ingreso prequirúrgico, intervención quirúrgica, evaluación posquirúrgica y fecha de alta médica por fin de cuidados.
- Diagnóstico preoperatorio: se engloban en las mismas 16 categorías que las intervenciones quirúrgicas previas.

- Intervención realizada: exéresis o resección, reconstrucción o reparación, exéresis y reconstrucción o exploración diagnóstica.

VII. DESARROLLO DEL ESTUDIO

Dado que el estudio pretende ser una evaluación de la asociación entre variables a lo largo del proceso quirúrgico y la satisfacción relacionada con el mismo, este se ha desarrollado captando información de los pacientes a lo largo de la experiencia quirúrgica y las etapas por las que transcurre:

- Consulta prequirúrgica:* espacio en el que, tras la entrevista con el facultativo médico especialista de anestesia y reanimación, el paciente aguarda la valoración por la enfermera responsable del cuidado prequirúrgico. Durante el tiempo de espera entre ambas citas, el grupo de investigación constituido por alumnos de grado de enfermería de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) de tercero y cuarto curso, y que recibieron formación para llevar a cabo la evaluación durante la etapa prequirúrgica, proponían a los pacientes citados la participación en la investigación de forma voluntaria y les hacían entrega de la Hoja de Información y participación para participantes (Anexo 7). Una vez obtenida la conformidad y antes de dar comienzo a la investigación, el paciente firmaba el Consentimiento informado para la participación en el estudio (Anexo 8) y seguidamente, los investigadores daban comienzo al estudio abriendo el Cuaderno de recogida de datos de paciente (Anexo 9), documentación individual e intransferible para cada participante. Durante esta etapa se evaluaba el tipo de paciente según las características sociodemográficas mediante un cuestionario diseñado *ad hoc* para el estudio, y el perfil de afrontamiento en función a la necesidad de información demandada, mediante el cuestionario *MBSS*.
- Unidad de hospitalización prequirúrgica:* el día de la cirugía en la unidad de hospitalización donde se efectúa el ingreso

prequirúrgico, el investigador principal visitaba al paciente entre 2 y 3 horas antes de la transferencia al área quirúrgica para dar comienzo a la intervención. En esta etapa se llevaba a cabo la evaluación de la Ansiedad prequirúrgica provocada por la cirugía y por la anestesia evaluada por medio del cuestionario autoadministrado *APAIS*. Del mismo modo se aprovechó el instrumento para evaluar el nivel de ansiedad provocada por la posibilidad de contagiarse por COVID-19 durante el ingreso hospitalario.

- iii. *Área quirúrgica – Antequirófono*: mientras que el paciente aguarda la entrada al quirófono, en el momento inmediatamente anterior a la cirugía, el equipo de profesionales del quirófono previamente formados para conducir la investigación, le entregan al paciente el instrumento de evaluación de ansiedad prequirúrgica *APAIS* para que lo complete antes de entrar al quirófono. Del mismo modo con este cuestionario, se evalúa la ansiedad provocada por la posibilidad de contagiarse por COVID-19 en el entorno quirúrgico durante la cirugía.
- iv. *Unidad de hospitalización posquirúrgica*: una vez que el paciente recibía el alta de la unidad de cuidados posquirúrgicos y era trasladado a la unidad de hospitalización para continuar con la etapa posoperatoria, entre las 24 y 48 horas posteriores a la cirugía, el investigador principal o algún miembro del grupo de investigación, acudía a la habitación del paciente para evaluar el nivel de dolor posoperatorio mediante una *EVA* de 10 centímetros en la que se puntuaba el grado de dolor después de la cirugía, así como, la Ansiedad posoperatoria empleando el cuestionario *STAI*, ambos se aplicaban de forma autoadministrada por el paciente.
- v. *Domicilio del paciente – evaluación telefónica*: última etapa de la investigación que se llevaba a cabo de manera telefónica contactando el investigador principal con el paciente entre los 7 y 10 días posteriores al alta a domicilio por fin de cuidados. En la que se llevaba a cabo la evaluación de la satisfacción con el

proceso quirúrgico mediante un cuestionario de *Satisfacción* procurando identificar aspectos positivos y negativos identificados durante esta etapa, los cuales pudieran utilizarse más adelante para mejorar la experiencia perioperatoria del paciente, a fin de maximizar los resultados clínicos.⁶⁴

En la última fase del estudio en la que se ha recabado información sobre opinión y experiencia del paciente acerca del proceso, se ha basado en formularios validados por la Unidad de Calidad del HCSC. Una vez recogidas e interpretadas las categorías de respuesta, el objetivo fue identificar momentos clave y/o críticos que consideraran los pacientes en su proceso y proponer qué es lo que cambiarían.

VIII. TAMAÑO MUESTRAL

A la hora de considerar el cálculo del tamaño muestral, se han tenido en cuenta varios trabajos que abordaban estudios de ansiedad en un entorno similar, aunque ninguno satisfacía la necesidad de inferir por completo las variaciones que pudiéramos encontrar en los niveles de ansiedad.

Así, se exponen brevemente las experiencias previas en base a las cuáles se propone una prevalencia de ansiedad esperable, y en torno a la cual se han hecho los cálculos pertinentes.

De este modo, en el estudio publicado por Haddad y colaboradores publicado en 2018 en el que se evaluaba la variación de los niveles de ansiedad de 99 pacientes que fueron intervenidos de afectación coronaria por técnica percutánea, obtuvieron que los pacientes que habían participado en el grupo de intervención educativa y habían visualizado el video explicativo diseñado por las enfermeras de hemodinámica antes de la intervención, obtenían una disminución significativa en los niveles de ansiedad posquirúrgicos en dos momentos (a las 2 horas y a las 4-6 horas de la intervención) al compararlos con el grupo control. Concluyeron que la reducción de la ansiedad en el grupo intervención estimada

en un 55.1%, se debía a que habían recibido buenas explicaciones al respecto¹⁰⁷.

Del mismo modo, el estudio realizado por Socea y colaboradores en 2019, en el que evaluaron 100 pacientes con el propósito de explorar la correlación existente entre el dolor producido durante la cirugía de catarata mediante la técnica de facoemulsificación y la ansiedad previa a la cirugía; concluyeron que el único factor modificable prequirúrgico asociado al dolor en un análisis multivariante era la ansiedad, que objetivaron en un 18.5%. Por tanto, identificar métodos que reduzcan la ansiedad antes y/o durante la cirugía, puede ser efectivo para la reducción de las molestias y del dolor quirúrgico¹⁰⁸.

En la línea de lo presentado, el estudio llevado a cabo en 2015 por Bagés y colaboradores, en el que analizaron el efecto de la visita prequirúrgica estructurada de enfermería la tarde previa a la intervención quirúrgica, y que participaron 30 pacientes en un ensayo clínico controlado de medidas antes-después; obtuvieron que los participantes del grupo intervención, que habían recibido información específica durante la visita prequirúrgica, que la evolución de la ansiedad desde el día previo a la cirugía hasta las 72 horas posteriores, había disminuido en 3 puntos en comparación al grupo control, desde un 15.8% a un 12.8%, demostrando ser una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$). De este modo concluyeron que las intervenciones prequirúrgicas de enfermería son una herramienta eficaz para disminuir la ansiedad en los momentos previos a la intervención quirúrgica¹⁰⁹.

En función de la bibliografía consultada, se evidencia que, aproximadamente, un 18.5% de pacientes prequirúrgicos pueden manifestar ansiedad¹⁰⁸. Teniendo en cuenta esto y utilizando el programa estadístico GRANMO ® para estimaciones poblacionales, una muestra aleatoria de 232 individuos sería suficiente (sin reposiciones) para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente sería de alrededor del 18.5%.

IX. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se lleva a cabo un análisis descriptivo general de todas las variables incluidas en el estudio. Particularmente, en el caso de las cualitativas, se calculan las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. En cuanto a las variables cuantitativas, se calculan las medidas de tendencia central y dispersión.

En su caso, para los contrastes de hipótesis y estadística analítica, se emplean los tests paramétricos (chi cuadrado, t de Student para datos independientes o apareados, ANOVA y Pearson) y los test no paramétricos (Test U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Wilcoxon y Spearman).

Para el análisis multivariante se emplean modelos de regresión lineal y/o regresión logística.

Los análisis se llevan a cabo con el paquete estadístico IBM SPSS, v. 20.0 para Windows (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistic for Windows. Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.) y el nivel de significación para los contrastes es del 5% ($p < 0.05$). La elaboración de Gráficos y Tablas se llevan a cabo en MS Excel (Microsoft Corp. Redmond, WA, 2016).

ASPECTOS ÉTICOS Y CONFIDENCIALIDAD

Este estudio se desarrolló sobre datos anónimos y se diseñó de acuerdo con la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA). Se remitió al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del HCSC obteniendo su dictamen favorable el 10 de marzo de 2021, con referencia 21/110-E (Anexo 7).

Los pacientes fueron invitados a participar en el estudio (Anexo 8) y firmaron el consentimiento informado (Anexo 9). Los datos personales de los pacientes quedaron codificados para garantizar la confidencialidad de la información en caso de querer formar parte del estudio.

A nivel jurídico, el cumplimiento y contemplación de la Ley Orgánica 5/2018, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizó el anonimato de los participantes y de la base de datos, no existiendo ningún dato de carácter personal que los hiciera identificables.

RESULTADOS

Un total de 210 sujetos accedieron a participar en el estudio y, para describir el perfil sociodemográfico de estos participantes, se propone la distribución en función de las distintas variables consideradas.

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Hombres	97	46.19
Mujeres	113	53.81
TOTAL	210	100.0

Tabla 1. Frecuencias para la variable sexo.

Rangos de edad (años)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
18-44	33	15.70
45-64	81	38.58
≥65	96	45.72
TOTAL	210	100.0

Tabla 2. Frecuencias para la variable edad.

Rangos de edad (años)	Hombres		Mujeres		TOTAL
	n	%	n	%	
18-44	15	7.15	18	8.58	33
45-64	39	18.58	42	20	81
≥65	43	20.48	53	25.24	96
TOTAL	97	46.20	113	53.81	210

Tabla 3. Frecuencias para las variables sexo y edad.

Los datos indican que la muestra según el sexo, predomina ligeramente a favor de las mujeres (53.81%) frente a los hombres (46.19%). De entre los participantes, casi la mitad (45.72%) tienen 65 años o más, de los cuales el 25.24% son mujeres.

El 89% de los pacientes es de procedencia de nacimiento española. El 11% restante, se reparte mayoritariamente entre las nacionalidades rumana, ecuatoriana y peruana.

Nivel de estudios	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Menos de primarios	8	3.81
Primarios	60	28.57
Secundarios	85	40.47
Universitarios	54	25.71
Total	207	98.57
Valores perdidos	3	1.42
TOTAL	210	100.0

Tabla 4. Frecuencias para la variable nivel de estudios.

Ocupación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Empleado	71	33.81
Pensionista	111	52.85
Estudiante	4	1.90
Ama de casa	7	3.33
Desempleado/a	15	7.14
Total	208	99.04
Valores perdidos	2	0.95
TOTAL	210	100.0

Tabla 5. Frecuencias para la variable ocupación.

Aproximadamente, el 40% de los participantes han cursado estudios hasta el nivel secundario, que comprende formación hasta la mayoría de edad. En otro orden de ideas, más de la mitad de la muestra recogida (59.99%) se encuentra en situación de inactividad laboral o jubilación.

De entre las profesiones más prevalentes, el sector terciario o de servicios (11.16%) que comprende empleados de hostelería, de logística y del sector transporte; los profesionales con funciones administrativas (7.28%) como el secretariado o técnicos de comercio, y, por último, el sector sanitario (3.39%) con mayor representación de celadores, médicos y enfermeros/as; se muestran como las ocupaciones más habituales entre los participantes del estudio.

Tratamiento ansiolítico pautado	Hombres		Mujeres		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	n	%	n	%		
No	80	38.09	75	35.71	155	73.81
Sí	15	7.14	37	17.61	52	24.76
Valores perdidos					3	1.42
TOTAL	97	46.19	113	53.81	210	100.0

Tabla 6. Frecuencias para las variables tratamiento ansiolítico pautado y sexo.

Al preguntar por la terapia de cabecera de los participantes, alrededor de una cuarta parte (24.76%) consume medicamentos hiposedantes y/o relajantes, predominando el consumo entre las mujeres (17.61%) más que entre los hombres (7.14%).

Tratamiento previo que destacar	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	178	84.76
Sí	29	13.81
Total	207	98.57
Valores perdidos	3	1.42
TOTAL	210	100.0

Tabla 7. Frecuencias para la variable tratamiento previo que destacar.

El 13.81% de los pacientes del estudio ha requerido de un tratamiento previo relacionado con su proceso actual o con otro anterior, destacando las terapias combinadas de radioterapia y quimioterapia, o esta última técnica terapéutica en exclusiva, como las más empleadas.

Cirugías previas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	36	17.14
Sí	154	73.33
Total	190	90.47
Valores perdidos	20	9.52
TOTAL	210	100.0

Tabla 8. Frecuencias para la variable cirugías previas.

En torno al 70% de los participantes han padecido algún proceso quirúrgico previo al actual, específicamente, 38 pacientes han tenido que ser operados anteriormente por un proceso oncológico. Se han descrito 12 especialidades clínicas distintas a propósito de la variable arriba mencionada, predominando las intervenciones efectuadas por los servicios de cirugía general y del aparato digestivo (29.53%), traumatología y ortopedia (19.46%) y ginecología y obstetricia (16.11%) de entre el resto de las especialidades médicas recogidas.

Para el estudio de los motivos de intervención actual, los trastornos musculoesqueléticos (17.22%), los trastornos del aparato digestivo y endocrinológicos (15.31%), los trastornos relacionados con los órganos genitourinarios y/o nefrológicos (14.35%) y las neoplasias del aparato urinario (9.56%) o las de origen cardiopulmonar (9.09%), son las patologías más prevalentes en la muestra de estudio.

Proceso oncológico actual	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	127	60.47
Sí	83	39.52
TOTAL	210	100.0

Tabla 9. Frecuencias para la variable proceso oncológico actual.

Aproximadamente, el 40% (39.52%) de las intervenciones planteadas y recogidas en la presente investigación son por indicación clínica tras un diagnóstico oncológico, de las cuales se plantea una intervención de resección o exéresis en el 58.17% de los casos o, en contraposición, una intervención para reparar o reconstruir en el 39,42% de los casos. Las especialidades médicas con

mayor número de intervenciones en nuestro estudio quedan recogidas en la tabla 10.

Especialidad quirúrgica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cirugía general y del aparato digestivo	52	24.76
Urología	40	19.04
Cirugía ortopédica y traumatología	31	14.76
Cirugía torácica	22	10.47
Ginecología	22	10.47

Tabla 10. Especialidades quirúrgicas más frecuentes de la investigación.

El estudio de la PX en el proceso quirúrgico se lleva a cabo en relación con las variables de resultado propuestas y recogidas durante la fase de trabajo de campo, y que está organizada en 5 etapas diferenciadas. La variabilidad entre pacientes, la versatilidad en la organización entre servicios médicos y unidades, y la dificultad de abordar todas las etapas durante una misma jornada permitió obtener un total de 59 experiencias de paciente completas.

La evaluación planteada en distintos bloques de interés y en función de las variables de estudio, arroja resultados desglosados y que se pueden explotar de forma independiente o relacionando las variables entre ellas.

A continuación, se presenta una línea de tiempo o “*timeline*” con el propósito de exponer la recogida de datos durante las etapas que integran la investigación en PX a lo largo del proceso quirúrgico (Figura 3).

EXPERIENCIA DEL PACIENTE

59 PARTICIPANTES COMPLETAN
TODAS LAS FASES



Figura 3. Timeline de la experiencia del paciente durante el proceso quirúrgico.

Durante la primera fase de la investigación, en la consulta prequirúrgica, 210 pacientes accedieron a participar en el estudio contestando el cuestionario sociodemográfico descrito anteriormente, y el cuestionario de afrontamiento a la información (MBSS).

En la Tabla 11 se muestran las puntuaciones medias sobre el estilo de afrontamiento a la información, el resultado de la puntuación total en la escala y el rango de las variables estudiadas.

MBSS (n=210)	Media	DE	Mínimo	Máximo
<i>Buscador información (BI)</i>	5.31	3.24	0	16
<i>Evitador información (EI)</i>	2.97	2.56	0	12
<i>Puntuación total (Total=BI-EI)</i>	2.33	3.22	-6	10

Tabla 11. Medias, Desviaciones Estándar y rango del perfil de afrontamiento a la información.

El estudio de las subescalas de forma independiente, escala de buscadores y escala de evitadores, revela que, de entre los participantes clasificados como *monitors-buscadores*, el 37.14% muestra una tendencia alta de búsqueda en relación con la necesidad de información previa al proceso clínico, lo que se describe en la literatura como “*high monitors*”. En contraposición, de entre la muestra categorizada como *blunters-evitadores*, el 55.24% revela una marcada tendencia hacia la distracción y a la evitación ante la información clínica, también denominados como “*high blunters*”¹⁰.

En la Tabla 12 se presentan los resultados de la evaluación de la ansiedad prequirúrgica de 91 participantes durante el ingreso preoperatorio en la unidad de hospitalización prequirúrgica durante las horas previas a la transferencia del paciente al bloque quirúrgico.

<i>APAIS MOMENTO 1 (n=91)</i>	Media	DE	Mínimo	Máximo
<i>Información relacionada con la cirugía y la anestesia</i>	5.90	2.10	2	10
<i>Ansiedad relacionada con la cirugía y la anestesia</i>	9.01	3.99	4	19
<i>Información relacionada con el COVID-19</i>	8.27	2.93	3	15
<i>Ansiedad relacionada con el COVID-19</i>	3.94	2.28	2	10

Tabla 12. Medias, Desviaciones Estándar y rango de la evaluación de ansiedad prequirúrgica en la unidad de hospitalización.

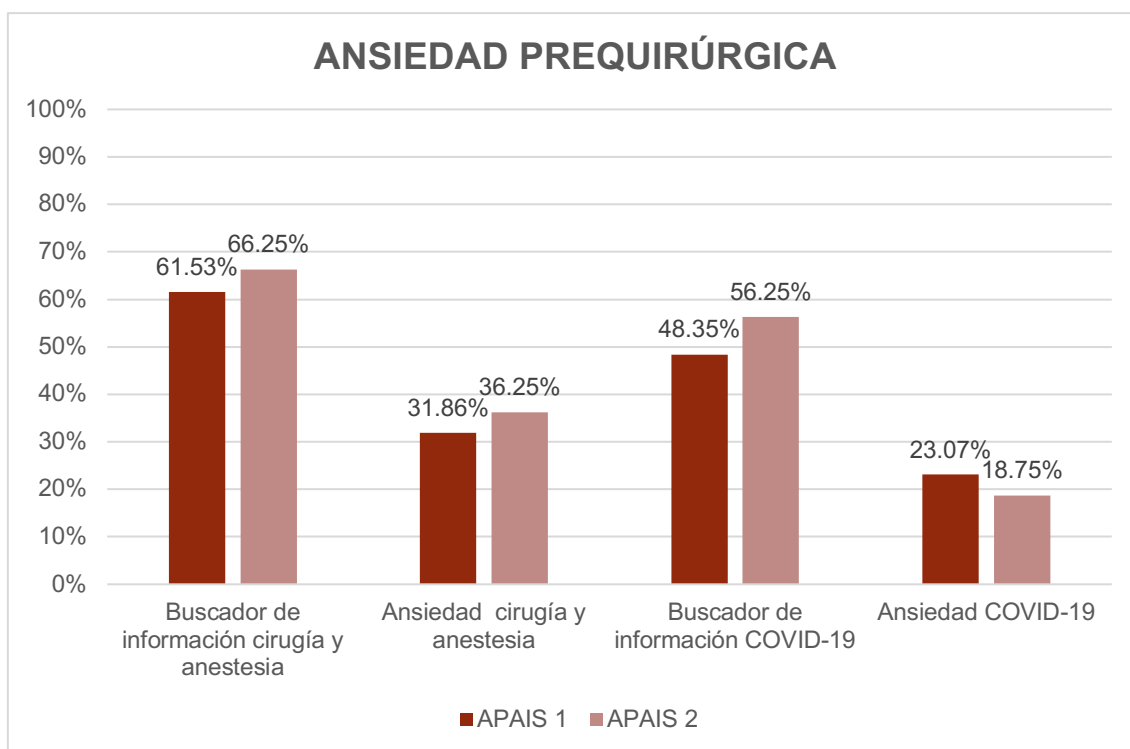
En la Tabla 13 se muestran los resultados de la evaluación de la ansiedad prequirúrgica de 80 participantes, cuando están esperando a que dé comienzo la cirugía, en el antequirófono, minutos antes de ser transferidos a la mesa de operaciones.

<i>APAIS MOMENTO 2 (n=80)</i>	Media	DE	Mínimo	Máximo
<i>Información relacionada con la cirugía y la anestesia</i>	6.56	2.38	2	10
<i>Ansiedad relacionada con la cirugía y la anestesia</i>	9.25	4.43	4	20
<i>Información relacionada con el COVID-19</i>	9.01	3.55	3	15
<i>Ansiedad relacionada con el COVID-19</i>	3.75	2.30	2	10

Tabla 13. Medias, Desviaciones Estándar y rango de la evaluación de ansiedad prequirúrgica en el antequirófono.

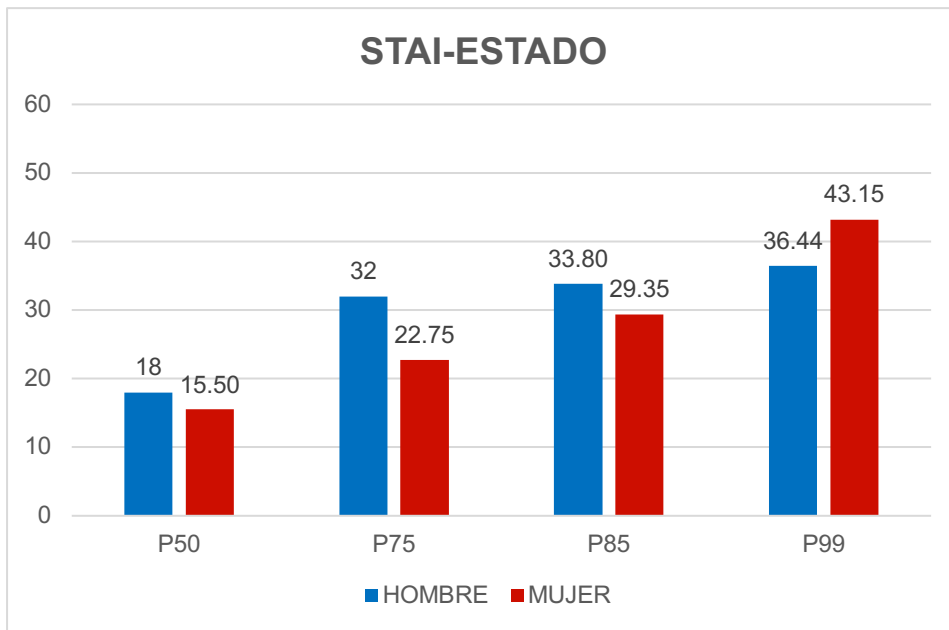
Al comparar ambas evaluaciones, cabe destacar que el segundo momento de evaluación preoperatoria, en el antequirófono, obtiene puntuaciones más elevadas asociadas con la preferencia de recibir información tanto del proceso quirúrgico como del COVID-19.

En contraposición, durante el segundo momento de evaluación, minutos antes de dar comienzo la cirugía, se describe con mayor ansiedad relacionada con la cirugía y la anestesia. En cambio, los niveles de ansiedad relacionados con el COVID-19, se experimentan con menor intensidad en el antequirófono que en la unidad de hospitalización prequirúrgica (Gráficos 1).

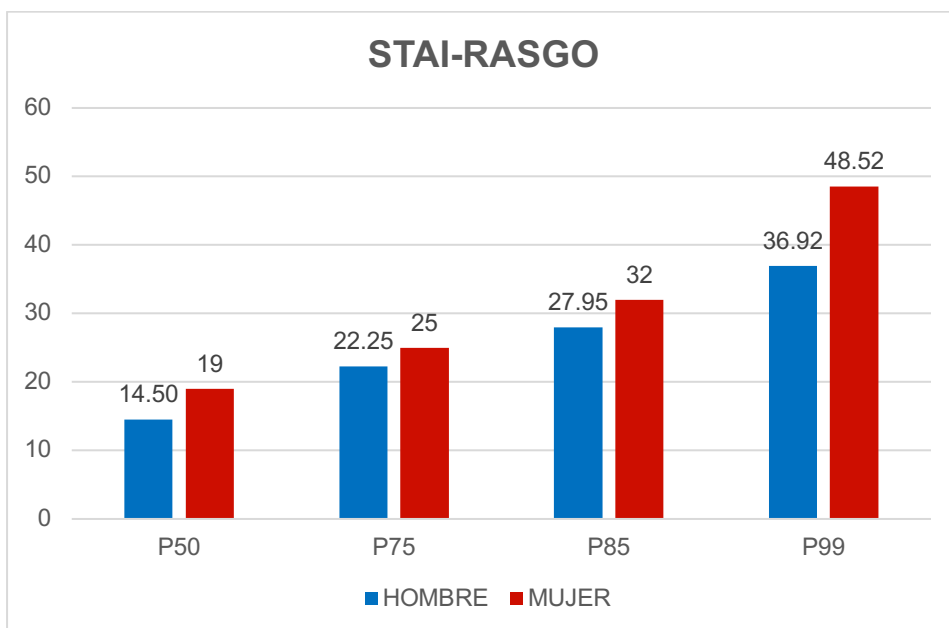


Gráficos 1. Ansiedad e información prequirúrgica en ambos momentos de evaluación.

En cuanto a la evaluación posoperatoria, el estudio de la variable ansiedad posquirúrgica en 81 participantes, fue recogido mediante el cuestionario de auto evaluación *STAI Ansiedad Estado-Rasgo* en la versión española, cuya escala original 1-4 se modifica por 0-3. Este cambio afecta únicamente a las medias, que se ven reducidas en 20 puntos; es decir, un valor original de 46 puntos tiene la misma consideración que un dato de un estudio español de 26 puntos⁵⁵. Los resultados se describen en percentiles respecto a la población general. La clasificación de la población general está realizada por sexo y edad¹⁰⁵ (Gráficos 2 y Gráficos 3).



Gráficos 2. Subescala STAI-ansiedad estado.



Gráficos 3. Subescala STAI-ansiedad rasgo.

Se muestra como el perfil de ansiedad estado, consecuencia del proceso quirúrgico, obtiene puntuaciones de tendencia elevada en el sexo masculino más que en el femenino hasta que se alcanzan las puntuaciones que clasifican el percentil 99, que predomina el sexo femenino. En cambio, para el estudio del perfil de ansiedad rasgo ocurre al contrario, las puntuaciones obtenidas de las

mujeres preponderan frente a las descritas por los hombres, en todos los percentiles de estudio.

La Tabla 14 expone los valores de la probable asociación entre la ansiedad posoperatoria de los pacientes con las diferentes variables de estudio, de cara a establecer el perfil de los pacientes que requerirían mayor atención y/o intervención para el control del malestar generado y consecuencia de la cirugía. En ella se reflejan los resultados de la comparación de las medias de ansiedad estado y ansiedad rasgo en función de determinadas variables sociodemográficas recogidas.

STAI (n=81)	Ansiedad estado			Ansiedad rasgo		
	Media	DE	p	Media	DE	p
<u>Sexo</u>						
Hombre	21	12.96		15.44	8.82	
Mujer	17.61	10.47	0.199	20.84	11.10	0.019*
<u>Edad</u>						
18-64 años	17.54	11.21		14.84	9.30	
>= 65 años	18.88	11.68	0.624	19.70	9.98	0.039*
<u>Trabajador activo</u>						
No	19.47	11.33		20.00	10.77	
Sí	19.24	13.02	0.937	16.07	10.56	0.118
<u>Tratamiento ansiolítico</u>						
No	20.15	11.38		16	10.48	
Sí	17.35	13.80	0.485	19	11.38	0.127
<u>Cirugía previa</u>						
No	21.07	9.37		20.79	10.81	
Sí	18.70	12.42	0.432	17.23	10.37	0.351
<u>Proceso oncológico</u>						
No	18.38	12.21		19.08	11.40	
Sí	20.15	11.76	0.543	17.80	10.27	0.602
<u>Intervención planteada</u>						
Exéresis	18.30	11.38		18.58	10.89	
Reconstrucción	22.25	13.53	0.249	18.55	10.70	0.992

Tabla 14. Niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo según las categorías de las variables sociodemográficas y clínicas.

Por una parte, cabe destacar mayor puntuación de ansiedad rasgo experimentada por las mujeres del estudio, frente a los participantes que son hombres. Aquellos pacientes con edad superior a los 65 años, experimentan mayor puntuación relacionada con la variable de estudio y en el estudio de la subescala del perfil de ansiedad rasgo, que los pacientes de menor edad. Por otra parte, el perfil sociodemográfico en relación con la situación laboral activa, o no, no reporta grandes diferencias en cuanto a la ansiedad estado provocada por la intervención. Del mismo modo, las puntuaciones obtenidas en la escala de ansiedad rasgo, y con relación al tipo de cirugía planteada, son equivalentes en ambos planteamientos quirúrgicos: exéresis o resección y reconstrucción o reparación.

La Tabla 15 expone la evaluación del dolor posoperatorio en 81 de los participantes del estudio.

EVA (n=81)	Media	DE	Mínimo	Máximo
<i>Evaluación del dolor</i>	4.12	2.70	0	10

Tabla 15. Media, desviación estándar y rango de la evaluación del dolor posoperatorio.

El análisis asociado con el resto de las variables de estudio, no arroja resultados concluyentes que permitan describir el perfil del paciente con relación al dolor posoperatorio. No obstante, la puntuación media obtenida presupone que los pacientes durante el posoperatorio sufren dolor clasificado de moderado a severo^{74,75}.

La relación entre las variables de estudio elegidas y los instrumentos de medida empleados, se presenta en las Tablas 16 y 17 como tablas de correlación no paramétrica.

<i>Rho de Spearman</i>	MBSS TOTAL	BI	EI	INFO-1	ANS. CIR/ANES 1	ANS. COVID 1	INFO COVID 1	INFO 2	ANS. CIR/ANES 2	ANS. COVID 2	INFO COVID 2	STAI-E	STAI-R	EVA
MBSS TOTAL														
<i>Coefficiente correlación</i>	1.000	.678**	-.412**	.219*	.201	.206	.227*	.126	.055	.209	.185	-.122	.079	.062
<i>Sig. (bilateral)</i>	.	.000	.000	.037	.057	.050	.031	.266	.629	.062	.100	.277	.488	.585
<i>N</i>	210	210	210	91	91	91	91	80	80	80	80	81	80	81
Buscador Información														
<i>Coefficiente correlación</i>	.678**	1.000	.301**	.219*	.210*	.174	.175	.057	.055	.126	.062	-.162	.066	0.94
<i>Sig. (bilateral)</i>	.000	.	.000	.037	.045	.100	.099	.615	.626	.266	.584	.149	.559	.403
<i>N</i>	210	210	210	91	91	91	91	80	80	80	80	81	80	81
Evitador Información														
<i>Coefficiente correlación</i>	-.412**	.301**	1.000	-.061	-.046	-.101	-.120	-.175	-.057	-.082	-.226*	-.049	-0.85	.021
<i>Sig. (bilateral)</i>	.000	.000	.	.568	.662	.340	.260	.120	.615	.469	.044	.662	.456	.852
<i>N</i>	210	210	210	91	91	91	91	80	80	80	80	81	80	81
Inform. CIR/ANES 1														
<i>Coefficiente correlación</i>	.219*	.219*	-.061	1.000	.516**	.363**	.901**	.586**	.380**	.283*	.592**	.065	.045	.186
<i>Sig. (bilateral)</i>	.037	.037	.568	.	.000	.000	.000	.000	.001	.014	.000	.597	.716	.126
<i>N</i>	91	91	91	91	91	91	91	75	75	75	75	69	68	69
Ansiedad CIR/ANES 1														
<i>Coefficiente correlación</i>	.201	.210*	-.046	.516**	1.000	.502**	.448**	.429**	.802**	.476**	.432**	.249*	.342**	.309**
<i>Sig. (bilateral)</i>	.057	.045	.662	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.039	.004	.010
<i>N</i>	91	91	91	91	91	91	91	75	75	75	75	69	68	69
Ansiedad COVID 1														
<i>Coefficiente correlación</i>	.206	.174	-.101	.363**	.502**	1.000	.449**	.337**	.481**	.718**	.434**	.088	.229	.199
<i>Sig. (bilateral)</i>	.050	.100	.340	.000	.000	.	.000	.003	.000	.000	.000	.474	.060	.101
<i>N</i>	91	91	91	91	91	91	91	75	75	75	75	69	68	69
Información COVID 1														
<i>Coefficiente correlación</i>	.227*	.175	-.120	.901**	.448**	.449**	1.000	.628**	.384**	.310**	.659**	.026	.032	.099
<i>Sig. (bilateral)</i>	.031	.099	.260	.000	.000	.000	.	.000	.001	.007	.000	.831	.797	.418
<i>N</i>	91	91	91	91	91	91	91	74	74	74	74	69	68	69

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas)

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas)

MBSS TOTAL: Sumatorio BI- Sumatorio EI.

BI: Sumatorio de las respuestas de los ítems de búsqueda de información (monitoring)

EI: Sumatorio de las respuestas de los ítems de evitación de información (bluntering)

INFO 1: Deseo de información relacionada con la anestesia y cirugía en el primer momento de medida prequirúrgica, en la unidad de hospitalización.

ANS CIR/ANES 1: Nivel de ansiedad experimentada en la unidad prequirúrgica relacionada con la anestesia y la cirugía.

ANS COVID 1: Nivel de ansiedad experimentada en la unidad prequirúrgica relacionada con la posibilidad de contagio por COVID-19.

INFO COVID 1: Deseo de información relacionada con el COVID-19 en el primer momento de medida prequirúrgica, en la unidad de hospitalización.

INFO 2: Deseo de información relacionada con la anestesia y cirugía en el segundo momento de medida prequirúrgica, en el antequirófano.

ANS CIR/ANES 2: Nivel de ansiedad experimentada en el antequirófano relacionada con la anestesia y la cirugía.

ANS COVID 2: Nivel de ansiedad experimentada en el antequirófano relacionada con la posibilidad de contagio por COVID-19.

INFO COVID 2: Deseo de información relacionada con el COVID-19 en el segundo momento de medida prequirúrgica, en el antequirófano.

STAI-E: Nivel de ansiedad posoperatoria, cuestionario STAI subescala Estado.

STAI-R: Nivel de ansiedad posoperatoria, cuestionario STAI subescala Rasgo.

EVA: Nivel de dolor posoperatorio evaluado con escala visual analógica de 10 centímetros.

Tabla 16. Correlación no paramétrica entre variables.

<i>Rho de Spearman</i>	MBSS	BI	EI	INFO-1	ANS. CIR/ANES 1	ANS. COVID 1	INFO COVID 1	INFO 2	ANS. CIR/ANES 2	ANS. COVID 2	INFO COVID 2	STAI-E	STAI-R	EVA
Inform. CIR/ANES 2														
<i>Coefficiente correlación</i>	.126	.057	-.175	.586**	.429**	.337**	.628**	1.000	.531**	.218	.951**	.018	.089	.048
<i>Sig. (bilateral)</i>	.266	.615	.120	.000	.000	.003	.000	.	.000	.052	.000	.888	.492	.710
<i>N</i>	80	80	80	75	75	75	74	80	80	80	80	63	62	63
Ansiedad CIR/ANES 2														
<i>Coefficiente correlación</i>	.055	.055	-.057	.380**	.802**	.481**	.384**	.531**	1.000	.531**	.546**	.278*	.345**	.265*
<i>Sig. (bilateral)</i>	.629	.626	.615	.001	.000	.000	.001	.000	.	.000	.000	.027	.006	.036
<i>N</i>	80	80	80	75	75	75	74	80	80	80	80	63	62	63
Ansiedad COVID 2														
<i>Coefficiente correlación</i>	.055	.055	-.057	.283*	.476**	.718**	.310**	.218	.531**	1.000	.375**	-.030	.246	.158
<i>Sig. (bilateral)</i>	.629	.626	.615	.014	.000	.000	.007	.052	.000	.	.001	.812	.054	.217
<i>N</i>	80	80	80	75	75	75	74	80	80	80	80	63	62	63
Información COVID 2														
<i>Coefficiente correlación</i>	.185	.062	-.226*	.592**	.432**	.434**	.659**	.951**	.546**	.375**	1.000	.058	.136	.065
<i>Sig. (bilateral)</i>	.100	.584	.044	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.	.652	.291	.611
<i>N</i>	80	80	80	75	75	75	74	80	80	80	80	63	62	63
STAI- ESTADO														
<i>Coefficiente correlación</i>	-.122	-.162	-.049	.065	.249*	.088	.026	.018	.278*	-.030	.058	1.000	.426**	.274*
<i>Sig. (bilateral)</i>	.277	.149	.662	.597	.039	.474	.831	.888	.027	.812	.652	.	.000	.014
<i>N</i>	81	81	81	69	69	69	69	63	63	63	63	81	80	80
STAI-RASGO														
<i>Coefficiente correlación</i>	.079	.066	-.085	.045	.342**	.229	.032	.089	.345**	.246	.136	.426**	1.000	.337**
<i>Sig. (bilateral)</i>	.488	.559	.456	.716	.004	.060	.797	.492	.006	.054	.291	.000	.	.002
<i>N</i>	80	80	80	68	68	68	68	62	62	62	62	80	80	80
DOLOR (EVA)														
<i>Coefficiente correlación</i>	.062	.094	.021	.186	.309**	.199	.099	.048	.265*	.158	.065	.274*	.337**	1.000
<i>Sig. (bilateral)</i>	.585	.403	.852	.126	.010	.101	.418	10.47	.710	.217	.611	.014	.002	.
<i>N</i>	81	81	81	69	69	69	69	63	63	63	63	80	80	81

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas)

* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas)

MBSS TOTAL: Sumatorio BI- Sumatorio EI.

BI: Sumatorio de las respuestas de los ítems de búsqueda de información (monitoring)

EI: Sumatorio de las respuestas de los ítems de evitación de información (bluntering)

INFO 1: Deseo de información relacionada con la anestesia y cirugía en el primer momento de medida prequirúrgica, en la unidad de hospitalización.

ANS CIR/ANES 1: Nivel de ansiedad experimentada en la unidad prequirúrgica relacionada con la anestesia y la cirugía.

ANS COVID 1: Nivel de ansiedad experimentada en la unidad prequirúrgica relacionada con la posibilidad de contagio por COVID-19.

INFO COVID 1: Deseo de información relacionada con el COVID-19 en el primer momento de medida prequirúrgica, en la unidad de hospitalización.

INFO 2: Deseo de información relacionada con la anestesia y cirugía en el segundo momento de medida prequirúrgica, en el antequirófono.

ANS CIR/ANES 2: Nivel de ansiedad experimentada en el antequirófono relacionada con la anestesia y la cirugía.

ANS COVID 2: Nivel de ansiedad experimentada en el antequirófono relacionada con la posibilidad de contagio por COVID-19.

INFO COVID 2: Deseo de información relacionada con el COVID-19 en el segundo momento de medida prequirúrgica, en el antequirófono.

STAI-E: Nivel de ansiedad posoperatoria, cuestionario STAI subescala Estado.

STAI-R: Nivel de ansiedad posoperatoria, cuestionario STAI subescala Rasgo.

EVA: Nivel de dolor posoperatorio evaluado con escala visual analógica de 10 centímetros.

Tabla 17. Correlación no paramétrica entre variables (continuación)

De entre los resultados obtenidos y con significación estadística, destacamos que:

- El perfil buscador correlaciona positivamente con la búsqueda de información.
- El perfil buscador correlaciona positivamente con la ansiedad resultante de la anestesia y la cirugía en el momento de ingreso prequirúrgico (*APAIS-1*).
- El perfil evitador correlaciona negativamente con la información relativa al COVID-19 en el momento inmediatamente anterior a la cirugía, en el antequirófano (*APAIS-2*).
- Los participantes que buscan obtener más información desde el ingreso prequirúrgico, también muestran más preocupación y desean obtener más información durante todo el proceso.
- Los participantes que experimentan ansiedad relacionada con la anestesia y la cirugía en la unidad de hospitalización prequirúrgica, también la experimentan en el antequirófano, en el segundo momento de medición. Del mismo modo, experimentan preocupación por contagiarse por COVID-19 y desean recibir información, relacionada con su salud, durante todo el proceso quirúrgico.
- La preocupación por la anestesia y la cirugía, en ambos momentos de medida preoperatorios, correlacionan positivamente con la ansiedad estado y rasgo, en la evaluación durante el posoperatorio.
- La ansiedad experimentada durante el preoperatorio, independientemente del momento de medida, correlaciona positivamente con puntuaciones elevadas de ansiedad posoperatoria, tanto en la subescala estado como en la subescala rasgo, así como, con el dolor padecido consecuencia de la cirugía.
- Los participantes con puntuaciones elevadas en las escalas de ansiedad posoperatorias, estado y rasgo, correlacionan positivamente con puntuaciones, clasificadas de moderado a severo, de dolor posoperatorio.

El estudio del proceso quirúrgico finaliza con la evaluación de la calidad y la satisfacción percibida por parte de los participantes del estudio. Se recoge la opinión de 99 pacientes y en función de la variable sociodemográfica de estudio, resaltamos que:

- El 93.75% de los hombres se encuentran satisfechos o muy satisfechos con la información recibida por las enfermeras durante todo el proceso, frente al 82.35% de la mujeres participantes.
- Los participantes de origen español se sienten más satisfechos con la información médica recibida, tanto por el cirujano/a como por el anestesiólogo/a (93.41% y 91.11%, respectivamente). En contraste, los participantes de origen de nacimiento distinto al español, se muestran menos satisfechos con la información recibida, destacando la proporcionada por las anestesiólogos (75%) y valoran de la misma manera la satisfacción relacionada con la información recibida por los enfermeros/as que por los cirujanos/as.
- En relación con la pauta de tratamiento ansiolítico previa a la cirugía, aquellos participantes que no tienen prescripción ansiolítica y/o relajante, tienen peor percepción de las instalaciones (78.66%) que aquellos que si tienen pauta (87.5%).
- Aquellos participantes con terapia ansiolítica previa se sienten menos satisfechos con la eficacia y profesionalidad de los enfermeros durante todo el proceso quirúrgico (87.5% frente al 97.33% de los pacientes sin pauta previa). Estos mismos sujetos experimentan peor percepción de la información recibida por parte de los anestelistas (83.33%) que los que no tienen tratamiento ansiolítico prescrito (91.89%).
- Los pacientes que han sido intervenidos con anterioridad, es decir que han sufrido cirugías previas, se sienten menos satisfechos con la información facilitada por el equipo de enfermería (86.66%), y en cambio se sienten muy satisfechos con la información facilitada por los cirujanos (94.66%). En contraposición, aquellos pacientes que se someten por primera vez a una intervención quirúrgica, se sienten más satisfechos con la información proporcionada por el equipo de enfermería (93.33%) que por el equipo médico quirúrgico (86.66%).

- Cuando la intervención quirúrgica es por un proceso oncológico, los pacientes se sienten satisfechos o muy satisfechos con la información recibida por el equipo de enfermería (94.33%), por los cirujanos/as (96.22%) y por los anestesiólogos/as (94.23%) antes y durante la intervención quirúrgica. En contraste, una vez que ya han sido operados, se sienten menos satisfechos con la amabilidad y el trato recibido por los enfermeros/as de la unidad de hospitalización posoperatoria (90.56%).
- En términos generales, aquellos participantes que han sido previamente intervenidos por un proceso oncológico, se sienten moderadamente satisfechos con la información clínica recibida, independientemente de quien proceda. Del mismo modo, destaca de forma discreta la satisfacción percibida con relación a la amabilidad y trato recibido en la unidad posquirúrgica, además de la puntuación de satisfacción global o el grado de recomendación del hospital a otros pacientes.

Para concluir con la explotación de resultados, se lleva a cabo el análisis de correlaciones entre los instrumentos de medida empleados en las distintas fases del estudio, y la encuesta de calidad y satisfacción percibida, destacando que existen relaciones significativas entre las variables de estudio de tal forma, que se exponen comentadas las correlaciones con **: $p < 0.01$ y *: $p < 0.05$:

- Los participantes buscadores de información correlacionan negativamente con la información recibida por los anestesiólogos (p=-0.229*).
- Aquellos participantes que experimentan puntuaciones elevadas de ansiedad posoperatoria, independientemente de la subescala que se explore, correlacionan negativamente con el estado general de las instalaciones (subescala estado: p=-0.308** y subescala rasgo: p=-0.237*).
- Los participantes que se sienten satisfechos con la eficacia y profesionalidad del equipo de enfermería, se sienten del mismo modo satisfechos con el estado general de las instalaciones (p=0.239*).

- Para los participantes que se sienten preocupados por la posibilidad de contagiarse por COVID-19, la vivencia del proceso se experimenta de forma inversamente proporcional con la satisfacción obtenida. Es decir, cuanto más piensan en la posibilidad de contagiarse por COVID-19, menos satisfechos se sienten con la vivencia quirúrgica ($p=-0.255^*$).
- La información proporcionada por el equipo de profesionales sanitarios se relaciona de forma positiva entre las distintas categorías que participan durante el proceso quirúrgico. Es decir, que los pacientes satisfechos con la información facilitada por los cirujanos/as también se sienten satisfechos con la información facilitada por el equipo de enfermería ($p=0.381^{**}$) y por los anestesiólogos/as ($p=0.299^{**}$). Del mismo modo, cuando los participantes se sienten satisfechos con la información obtenida y relacionada con la anestesia, también se sienten satisfechos con la amabilidad y trato recibido ($p=0.271^{**}$) y con la eficacia y profesionalidad ($p=0.228^*$) en la unidad de hospitalización posoperatoria, por parte del equipo de enfermería.
- Para aquellos participantes que describen la eficacia y profesionalidad del equipo de enfermería como muy satisfactoria, también destacan con fuerte asociación positiva, la facilidad de acceso al hospital el día del ingreso ($p=0.497^{**}$), el estado general de las instalaciones ($p=0.239^*$) o el grado de recomendación del HCSC a otros usuarios ($p=0.421^{**}$), entre otros ítems explorados.
- En términos generales, el nivel de satisfacción global percibido se relaciona de forma directa con la amabilidad y el trato recibido por los profesionales que intervienen durante el proceso quirúrgico ($p=0.263^{**}$). Así como, aquellos participantes que resaltan sentirse muy satisfechos con la atención global recibida, recomendarían el HCSC a otros usuarios que han de ser intervenidos ($p=0.862^{**}$).

DISCUSIÓN

La variable principal de la investigación es la ansiedad prequirúrgica y su impacto durante la experiencia quirúrgica, y cómo los pacientes perciben la ansiedad anticipatoria como una vivencia angustiosa o emocionalmente inquietante. Además, cobra especial interés explorar si existe deseo de ser apoyados por los profesionales sanitarios para gestionar sus emociones durante la vivencia⁴⁹. Es, por consiguiente, la ansiedad el hilo conductor del desarrollo de nuestra investigación y su relación con el resto de las variables de estudio:

I. ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO ANTE LA INFORMACIÓN

El afrontamiento de la información es un estilo de procesamiento cognitivo que se activa en situaciones amenazantes y que se ha definido como “*una tendencia disposicional para atender, buscar y amplificar señales*”⁶². Es, por tanto, muy importante planear la autonomía de los usuarios al decidir a qué nivel de detalle quiere acceder cada individuo en el proceso de toma de decisiones⁶³.

Con relación a los sujetos con perfil de afrontamiento activo en la búsqueda de información, los resultados de nuestro estudio sugieren una relación directa entre el perfil de búsqueda y la ansiedad provocada por la exposición a la anestesia y a la cirugía. Estos resultados están de acuerdo con el estudio realizado por Bronner y colaboradores en 2018, en el que concluyen que los pacientes con perfil *Buscador* experimentan más ansiedad ante la espera de resultados relacionados con su proceso médico, especialmente, cuando el plan terapéutico es quirúrgico y los pacientes son oncológicos⁶⁷.

Estos hallazgos, también son consistentes con estudios previos en pacientes oncológicos, en los que describen que un elevado estilo de búsqueda de información, está asociado con la preferencia por información médica más detallada¹¹¹. En esta línea, nuestro estudio también apoya los resultados obtenidos por Sawka en 2015, al explorar la necesidad de información cuantificando la demanda de los pacientes por el número de “clicks” efectuados en el botón de “más información” en el formulario de información prequirúrgica⁶³.

Otra posible explicación con relación al perfil de búsqueda de información se apoya en el sexo de los pacientes intervenidos. En este sentido, se ha

evidenciado en estudios previos que las mujeres en el momento diagnóstico, requieren información detallada sobre la probabilidad de curación de su proceso, sobre las opciones de tratamiento y el estadio de su enfermedad; y es que, cuando se embarcan en regímenes terapéuticos, exigen más información acerca de la patología, de las pruebas de investigación y de la recurrencia de la enfermedad⁷¹.

En comparación con nuestros resultados y dado que los participantes del estudio se distribuyen de forma homogénea desde el punto de vista del sexo, no hemos hallado diferencias significativas entre hombres y mujeres. En términos generales, a los hombres les gustaría contar con toda la información disponible sobre el proceso, independientemente del momento de evaluación, contrastando con las mujeres, que prefieren ser informadas en el antequirófano mientras aguardan a ser intervenidas.

A la luz de los resultados obtenidos y los antecedentes bibliográficos hallados, se sugiere la posibilidad de que, en los propios procesos de anamnesis y valoración prequirúrgica, se identificara el tipo de paciente en función de su perfil de afrontamiento a la información, con el fin de poder cumplir con sus expectativas y necesidades de información, sin interferir en los niveles de ansiedad por este motivo, tal y como parece demostrarse.

II. ANSIEDAD Y BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN PREOPERATORIA

En el presente trabajo, y tal y como se ha mostrado previamente en “Resultados”, en el momento de estudio prequirúrgico, cuando los pacientes son admitidos a ingreso hospitalario el día de la cirugía horas antes de ser transferidos al quirófano, se muestran preocupados y con manifestaciones de ansiedad por la intervención, por la anestesia y por la posibilidad de contagiarse por COVID-19.

En el segundo momento de estudio, inmediatamente antes de la cirugía en el antequirófano se observa una disminución de la preocupación derivada del

proceso quirúrgico y del COVID-19. Es el momento en el que los pacientes expresan mayor deseo de información relacionada con la situación clínica que están viviendo, a diferencia de lo descrito por Kumar y colaboradores en 2019¹⁹.

Parece ser que los buscadores de información manifiestan especial preocupación ante las amenazas. Se sabe poco acerca de los patrones específicos de ansiedad durante la fase de diagnóstico y planificación del tratamiento; y cómo estos patrones están influenciados por el estilo de afrontamiento de los pacientes y la estrategia planteada por los profesionales sanitarios al planificar el plan de tratamiento personalizado⁶⁷.

Nuestro estudio sugiere, en contraste con otros, que el momento inmediato a la intervención provoca niveles elevados de preocupación por la situación clínica traducidos como ansiedad preoperatoria. Síntomas similares a los experimentados en la unidad de ingreso prequirúrgico. Y es que la habitación del paciente es el lugar recomendado para llevar a cabo la evaluación de enfermería prequirúrgica¹⁸.

En el sentido de lo anterior, el ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en el Hospital Alto Deba y Mendaro de Mondragón, en España, evaluó la efectividad de una entrevista prequirúrgica como herramienta de disminución de ansiedad preoperatoria, utilizando el cuestionario *STAI* en la hora previa a la cirugía. Los resultados no arrojan diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control, concluyendo que la visita de enfermería en el preoperatorio inmediato no disminuye la ansiedad que genera la intervención quirúrgica en los pacientes⁵⁵. Y por tanto, se constata que el momento prequirúrgico no parece ser efectivo porque no presenta beneficios ansiolíticos¹⁸.

A diferencia de otros autores, que eligen instrumentos de evaluación de ansiedad prequirúrgica, como los cuestionarios *STAI* o *HADS*, nosotros empleamos *APAIS* en su versión española, ya que, además de evaluar la ansiedad preoperatoria, el instrumento advierte de la forma en que el paciente hace frente al estrés de la situación percibida como una amenaza, la cirugía. De este modo, podemos distinguir aquellos pacientes con perfil de búsqueda de

información de aquellos que no necesitan ningún tipo de información e incluso tratan de evitarla¹¹².

Esta característica diferenciadora permite a los profesionales discriminar aquellos pacientes a los que informar en el momento inmediato a la cirugía y, de esta forma, prevenir posibles consecuencias posoperatorias, de aquellos que desean pasar desapercibidos por el proceso quirúrgico. En esta línea de investigación, la oportunidad de identificar de forma precoz el tipo de paciente en función de la estrategia personal de afrontamiento, es de utilidad y se completa al explorar la experiencia de los pacientes con relación al COVID-19.

La prevalencia general de los trastornos de ansiedad en todo el mundo se estima en torno al 7.3% (IC: 4.8% - 10.9%)¹¹³. El estudio conducido por Santabárbara y colaboradores, meses después de haberse instaurado la pandemia por el virus SARS-coV-2, estima que se ha triplicado la prevalencia de estos trastornos llegando a obtenerse un resultado próximo al 25% (95% IC: 21% - 29%)^{114,115}. Datos que apoyan nuestros hallazgos, añadiendo la angustia inducida por el proceso quirúrgico y la provocada por la posibilidad de contagiarse por COVID-19 durante la estancia hospitalaria.

De entre los participantes de nuestro estudio, el 25.1% tienen pautado tratamiento ansiolítico entre sus medicamentos de cabecera. Actualmente, la prevalencia de consumo de hiposedantes en España se sitúa en el 22.5%, lo que supone un aumento de 1.7 puntos porcentuales respecto al dato de 2017¹¹⁶. No obstante, es preciso reseñar que, distribuido por sexo, el consumo de las mujeres en el presente estudio fue del 17.61% frente al 7.14% de los hombres.

En el sentido de lo anterior, nuestro país se sitúa a la cabeza del consumo de benzodiazepinas de Europa, y es que en 2021 se consumieron 110 dosis diarias por cada mil habitantes. Eso significa que, 110 personas por cada mil habitantes han consumido una dosis de benzodiazepinas al día¹¹⁷. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) destaca el aumento del consumo desde finales del 2019 hasta la actualidad en más de 6.000 dosis diarias definidas por cada mil habitantes y día¹¹⁸.

Por otro lado, existe una marcada relación entre la preocupación preoperatoria por la cirugía, la anestesia que van a experimentar los pacientes y la posibilidad de contagiarse por COVID-19 mientras dure el proceso quirúrgico. A propósito de esta nueva particularidad, poca bibliografía se ha hecho eco de la relación de estas variables y de su impacto en forma de consecuencias para la salud.

El estudio conducido en el Hospital de Standford, California, de los Estados Unidos, en el que estudiaron a 1041 pacientes programados para un procedimiento endoscópico y en el que se llevaba a cabo un cribado epidemiológico previo a las pruebas diagnósticas, se exploró el impacto de dicho cribado en profesionales y pacientes, concluyendo que los pacientes experimentaron una marcada disminución en la ansiedad percibida, se produjo una mejor eficiencia en la conducción del flujo de los pacientes por la unidad, además, de una disminución del tiempo de respuesta al iniciar los procedimientos por parte del anestesista responsable de la sala de exploraciones¹¹⁹. Es, por tanto, un ámbito de estudio y actuación por parte del sistema sanitario como gerente del proceso de salud y garante de la seguridad del paciente y de los profesionales.

De entre las estrategias fundamentales deducidas en nuestra investigación para identificar áreas de mejora del proceso prequirúrgico, hemos de destacar que los profesionales de la salud han de proporcionar información al paciente antes de la cirugía independientemente del momento preoperatorio, ya que es la intervención más demandada y efectiva para disminuir la preocupación y evitar que se produzca ansiedad por el proceso resultante de la asociación directa entre la preocupación experimentada en la unidad de hospitalización, antes de la cirugía, y el momento inmediatamente anterior a la intervención quirúrgica, en el antequirófano.

En este aspecto, hay estudios que sugieren que, los pacientes con suficiente información sobre la cirugía y concienciados sobre el período de curación, mejoran sus capacidades de afrontamiento, ayudándoles a adoptar comportamientos apropiados hacia la recuperación⁶⁶. Y subrayan que las

herramientas de información no dependen del perfil de afrontamiento del paciente ante la información quirúrgica recibida¹²⁰; y es que no parece ser necesario informar de forma diferente a los *Buscadores* y a los *Evitadores*.

Los *Buscadores* tienden a centrarse en la amenaza y generalmente tienen más conocimiento sobre su enfermedad. Además, la información parece ayudarles a comprender su situación y a reducir la incertidumbre⁶⁷. Sin embargo, también pueden permanecer enfocados en los aspectos negativos, manteniendo así niveles altos de excitación⁷². Por el contrario, los *Evitadores* experimentan menos ansiedad anticipatoria ante los resultados de las pruebas y de los análisis clínicos^{121,122}.

Por todo lo anteriormente descrito, proponemos estandarizar el momento preoperatorio, estableciendo un circuito que dé comienzo durante la acogida en la unidad de hospitalización prequirúrgica con la visita de enfermería preoperatoria, en la que sea el profesional de enfermería el encargado de responder a las necesidades informativas del paciente mediante un cuestionario de cribaje ante el afrontamiento de la información que, además, incluya a familiares y/o acompañantes, con el fin de incorporarles en la experiencia quirúrgica del paciente.

A continuación, da comienzo la segunda fase de la etapa preoperatoria, momento inmediatamente anterior a la cirugía, mientras que aguarda el paciente en el antequirófano. En esta fase se ha de dedicar tiempo para tratar de disminuir el nerviosismo y el temor ante la intervención; empleando el cuestionario de cribado *APA/S*, que facilita información del estado ansioso del paciente de una forma rápida y eficaz, aprovechando el tiempo destinado para el checklist quirúrgico que se efectúa para ratificar la seguridad del proceso antes de dar comienzo con la intervención. De esta manera, pretendemos averiguar cualquier dato o referencia relacionada con la ansiedad preoperatoria y así, reconocerlo antes de la cirugía, con el propósito de hacer del momento prequirúrgico una etapa tranquilizadora y favorable para el paciente.

El profesional de enfermería debe de velar por garantizar la información accesible y comprensible relacionada con la operación, así como, dar respuesta

a las dudas e inquietudes suscitadas por el paciente, ya que parecen ser motivo de peso en la prevención de consecuencias posoperatorias, según los hallazgos bibliográficos consultados.

III. ANSIEDAD Y DOLOR POSOPERATORIO

Los pacientes con tendencia proactiva ante el deseo de información son particularmente sensibles a los aspectos negativos de la enfermedad. Especialmente, a aquellos aspectos potencialmente dolorosos y comprometidos que tienen que ver con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. En contraposición con aquellos pacientes que tienden a evitar cualquier reacción que pueda suponer una amenaza para su salud y que viven el proceso de una forma más evasiva⁶². Aunque el estilo de afrontamiento a la información no se ha estudiado como característica definitoria y factor de riesgo para el dolor posquirúrgico¹²³, sí que hay evidencia de estar implicado en la instauración del dolor no quirúrgico en trastornos gastrointestinales¹²⁴, y con una mayor vulnerabilidad al dolor torácico de origen no cardíaco¹²⁵.

En contraste con lo estudiado en el trabajo de Sherman y colaboradores en 2015, planteamos la oportunidad de investigar la asociación de los factores psicológicos prequirúrgicos y el dolor posoperatorio¹²³.

Nuestros hallazgos sugieren la existencia de una relación directa entre los perfiles de ansiedad estado-rasgo y la existencia de dolor posquirúrgico a las 48 horas de la cirugía. Una posible explicación es debido a que el dolor tiende a experimentarse con mayor intensidad ante la presencia de emociones negativas^{20,126}. Los comportamientos de los pacientes están influenciados por las creencias y las emociones¹²⁷.

Diversas investigaciones han demostrado que, el temor a la cirugía, se relaciona con la presencia de discapacidades psicosociales y físicas en la curación, además de con puntuaciones elevadas de dolor durante el posoperatorio¹²⁸. En tal sentido, esta asociación, no está solo presente al relacionar el estado-rasgo del perfil ansioso de los pacientes con la presencia del dolor, sino que las valoraciones prequirúrgicas, en ambos momentos de

medida, también muestran una fuerte relación entre la ansiedad experimentada y las manifestaciones de dolor posquirúrgico. Resultados conforme con los obtenidos en el estudio multicéntrico llevado a cabo en 2021 en China, por Li y colaboradores, en el que describen las características de 997 pacientes asociando la ansiedad preoperatoria y su posterior relación con las consecuencias posquirúrgicas, y en el que se concluye que, las manifestaciones de ansiedad preoperatoria se relacionan directamente con la existencia de dolor posquirúrgico y con un mayor requerimiento de analgesia posoperatoria⁴⁴.

Si se añade el daño corporal causado por la cirugía y que el dolor posoperatorio que experimentan los pacientes suele ser sobreestimado, se genera una ansiedad extra e innecesaria que se traduce en la disfunción del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, lo que podría tener implicaciones para el dolor posoperatorio agudo y crónico^{75,79}. Puntuaciones elevadas de ansiedad en el preoperatorio y la presencia de dolor posoperatorio agudo, categorizado de moderado a severo, se asocian como predictores del dolor posoperatorio crónico⁷⁵.

En nuestro estudio, el promedio de dolor obtenido tras la evaluación con la EVA de 10 puntos a las 48 horas de la cirugía es de 4.12 puntos, lo que engloba a los pacientes en una vivencia de dolor posoperatorio moderado¹²⁹. Estos hallazgos pudieran constituir una oportunidad de mejora para la implementación de Buenas Prácticas en Cuidados Basados en la Evidencia, y es que se recomienda a los pacientes comunicar el dolor entre moderado y severo posquirúrgico, ya que interfiere con la respiración profunda y limita el movimiento, lo que puede conducir a otros problemas de salud como la neumonía y el retraso en la recuperación, entre otras posibles complicaciones¹³⁰.

En el presente estudio los pacientes registraron valores elevados de ansiedad preoperatoria y dolor posquirúrgico, 14.15% y 23.6% respectivamente, revelando riesgo de evolución a dolor crónico. En este sentido, el estudio elaborado por Singh y colaboradores, en el que evalúan los factores predisponentes del dolor crónico, estima que la presencia de ansiedad perioperatoria se asocia con un riesgo de 1.4 veces mayor de sufrir dolor crónico,

de moderado a severo a los 2 años de la cirugía, llegando a aumentar hasta 1.9 veces el riesgo a los 5 años⁸⁰.

El papel de la enfermería es clave para evitar las dramáticas consecuencias posoperatorias, ya que se trata del profesional con mayor impacto para el paciente durante el proceso prequirúrgico debido a la influencia de sus intervenciones al clasificar los individuos que perciben la situación como amenazante y, en consecuencia, la evaluación preoperatoria del miedo; datos necesarios para el comienzo y progreso del proceso quirúrgico y de los cuidados de enfermería¹³¹.

Los resultados de nuestra investigación ponen de manifiesto la fuerte asociación entre los factores psicológicos derivados de la vivencia quirúrgica y su impacto en la salud perioperatoria, subrayando que los pacientes que reportan elevadas puntuaciones de ansiedad preoperatoria también experimentan niveles elevados de ansiedad posoperatoria y de dolor posquirúrgico. Hallazgos que sitúan a la enfermería en el foco de atención, ya que no sería posible desarrollar la presente investigación sin la colaboración de los profesionales de las unidades de estudio. El papel del personal de enfermería es determinante para minimizar el impacto emocional que puede ocasionar la espera de un procedimiento quirúrgico, no solo porque brindan conocimiento y cuidados, sino también porque están en condiciones de favorecer el establecimiento de una relación terapéutica entre el paciente y el profesional¹³².

La bibliografía consultada, tradicionalmente viene reportando descubrimientos significativos que son el resultado de la experimentación psicosocial y de las consecuencias posoperatorias derivadas de esta. Y es que, los profesionales de cuidados, requieren conocimientos actualizados sobre la fisiopatología de los estresores psicoemocionales involucrados en el proceso clínico, como son la ansiedad o la depresión, a fin de planificar de forma efectiva los cuidados de enfermería adaptados al momento quirúrgico¹³². Múltiples investigaciones muestran que las técnicas de enfermería de alta calidad, como la musicoterapia o las terapias de relajación manual, pueden aumentar el

bienestar de los pacientes, mejorar el efecto de la cirugía y reducir la ansiedad preoperatoria y el dolor posoperatorio⁴⁶.

La visita prequirúrgica, como la que se lleva a cabo en el HCSC, en la Unidad de Hospitalización Obstétrica, a las pacientes que van a ser sometidas a una cesárea programada, pretende garantizar la información profesional de primera mano, lo que podría disminuir la inquietud ante el proceso y permitiría a las mujeres y a sus familiares sentirse parte activa y principal del procedimiento. Estas acciones, y sus consecuencias, están en proceso de evaluación.

La actuación del equipo de enfermería se lleva a cabo en las horas previas a la intervención quirúrgica, momento ideal, según demuestran nuestros resultados, en el que ofrecer información relacionada con la cirugía y para atender los intereses de la paciente, apoyándose en estudios que infieren que la visita prequirúrgica valorativa se debe conducir de forma sistemática a todos los pacientes quirúrgicos¹³³. La entrevista de enfermería es el instrumento para llevar a cabo la evaluación preoperatoria del miedo quirúrgico facilitando los datos necesarios para el comienzo y desarrollo del proceso clínico y de los cuidados de enfermería¹³¹. Esta información permite conocer cómo los pacientes piensan y sienten antes de la cirugía¹²⁷ y, de esta manera, procurar un modelo de cuidados durante toda la etapa quirúrgica¹³².

Actualmente, son muchos los autores que sugieren que los pacientes quirúrgicos pueden beneficiarse de intervenciones preoperatorias no farmacológicas que les enseñen técnicas psicológicas para disminuir el dolor y la angustia y que, además, puedan autoadministrarse según sea necesario¹³⁴. La mayoría de estas intervenciones son económicamente asequibles y carecen de efectos secundarios, pudiéndose emplear de manera independiente o en combinación de varias¹²⁹.

Destacamos la musicoterapia, las técnicas de relajación, las terapias de relajación manual, o las cada vez más empleadas intervenciones cuerpo-mente ("*Mind-Body Interventions*"), que engloban la hipnosis, la terapia cognitivo conductual o la meditación guiada *mindfulness*, como las intervenciones con

mayor impacto sobre la salud psicológica de los pacientes quirúrgicos. A propósito de esta última, los resultados del estudio propuesto por Hanley y colaboradores en 2021, revelan que una sola sesión de 15 minutos de meditación guiada en pacientes operados de artroplastia primaria de cadera, disminuye la sensación de dolor un 24%, la de ansiedad preoperatoria un 43% y la necesidad de tratamiento analgésico un 35%. Y es debido a que, una única sesión de entrenamiento preoperatorio de atención plena, aceleró la fase de recuperación de la cirugía permitiéndoles desempeñar más rápidamente actividades físicas exigentes, como son los trabajos manuales, las tareas domésticas o el senderismo¹³⁴.

La musicoterapia se propone como una intervención eficaz para el control de la ansiedad y para la disminución del dolor. La música estimula la corteza cerebral reduciendo la producción de las hormonas relacionadas con el estrés, provocando, de esta forma, un efecto positivo mediado por el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal¹³⁵. En este sentido, el uso de la música como terapia coadyuvante es una opción no invasiva, segura y económica que puede emplearse con facilidad y éxito en un entorno hospitalario. Existe evidencia suficiente como para demostrar que la musicoterapia debe estar disponible para todos los pacientes que se vayan a someter a una intervención quirúrgica. Los pacientes deberían poder elegir el tipo de música que les gustaría escuchar, aunque no está claro si esta música debe ser de su propia selección o, por el contrario, de una lista de reproducción previamente diseñada. El momento perioperatorio de la intervención: durante la fase preoperatoria, en la intraoperatoria o en el posoperatorio, no refleja grandes diferencias en el resultado de la intervención; por tanto, la intervención se puede adaptar al entorno clínico individual del paciente y a la preferencia del equipo médico¹³⁶⁻¹³⁸.

En definitiva, proponer al paciente técnicas no invasivas basadas en el empirismo y destinadas a modular el impacto de la ansiedad preoperatoria durante el proceso quirúrgico, debe ser prioritario para los equipos de salud. De este modo pondríamos al paciente en el centro de su propio proceso, planteando estrategias que impacten en el curso de este y, por consiguiente, en su recuperación. Por ejemplo, en los quirófanos del HCSC se podría implementar

el uso de musicoterapia como intervención de provecho, sería un punto de encuentro entre el paciente y el profesional a la hora de decidir qué música es la favorita para el ambiente quirúrgico y el bienestar del paciente durante la intervención.

El análisis en profundidad señala que estos aspectos contribuyen al desarrollo y persistencia de las variables de estudio y de sus efectos sobre la salud. Además, es importante identificar y tratar los factores desencadenantes del malestar psicológico y dedicarles un abordaje multidisciplinar. En este sentido, la evaluación completa del proceso se obtiene cuando los pacientes finalizan el proceso quirúrgico y reciben el alta domiciliaria.

IV. EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y SATISFACCIÓN

El explorar de forma intrínseca la vivencia de los usuarios permite hacernos a la idea de cómo los profesionales influimos en la vivencia de los pacientes y de qué forma podemos mejorarla.

En cuanto a los usuarios identificados como *Buscadores*, concretamente cuando les preguntamos por la información facilitada por el equipo de anestesia, esta les resulta incompleta y se sienten insatisfechos con la misma; a este respecto, los pacientes que van a afrontar una intervención quirúrgica tienen que adaptarse o sobrellevar esta situación y de este modo, poder recuperar el control de sus emociones¹³⁹.

En el sentido de lo anterior, los anestesiólogos juegan un papel clave, debido a que tienen el potencial de ser una fuerte medida de confianza para los pacientes poniendo en práctica habilidades como la educación preoperatoria, la administración de medicación ansiolítica en el antequirófano, o simplemente manteniendo una conversación calmada acerca de la situación que van a experimentar¹⁴⁰. Y es que, los hallazgos de nuestro estudio ponen de manifiesto que existe una relación directa entre la satisfacción percibida y el efecto que provoca la información transmitida por parte del equipo de enfermería, especialmente la relacionada con la amabilidad y el trato recibido, así como, la relacionada con la eficacia y la profesionalidad, y el equipo médico que participa

en el proceso quirúrgico. Es decir, cuanto mejor informado se siente el paciente por la enfermera, mejor sensación asociada con la información médica recibida.

Avanzando en la evaluación de la experiencia de los pacientes y la relación que se establece con el equipo de enfermería, ponemos en relieve que los pacientes que se sienten satisfechos con la labor profesional pasan por alto el estado general de las instalaciones. Por el contrario, aquellos pacientes que puntuaron con niveles elevados de ansiedad posoperatoria, independientemente de la subescala explorada: ansiedad estado o ansiedad rasgo, reportaron niveles muy inferiores de satisfacción con respecto al estado general de las instalaciones. Contraste sugestivo para explorar nuevas estrategias para la mejora de la satisfacción de los usuarios.

El estudio conducido por Danielsen y colaboradores, en el que exploraron la experiencia de pacientes y enfermeras al implementar una consulta telefónica a demanda durante los 30 días posteriores a la cirugía de sustitución de válvula cardiaca, concluye que esta herramienta es eficaz para disminuir la ansiedad de los pacientes. Además, permite resolver dudas sin necesidad de desplazarse al hospital y, lo que resulta más interesante, refuerza la satisfacción de las enfermeras, aumenta su confianza y permite adquirir conocimientos y habilidades para llevar a cabo de forma extraordinaria el servicio telefónico directo⁶⁰. Podría ser, por tanto, la eficacia y la profesionalidad del equipo de enfermería, un magnífico indicador para el éxito del proceso quirúrgico.

Al preguntar a los participantes del estudio por el nivel de recomendación del hospital a otros usuarios, de nuevo, la eficacia, la profesionalidad, las facilidades ofrecidas durante el día del ingreso, y la atención recibida por los profesionales que participaron durante todo el ingreso, son los atributos mejor valorados durante la vivencia quirúrgica. Por ende, la satisfacción del paciente ha demostrado ser una expresión múltiple de sentimientos afectivos, cognitivos y subjetivos⁸³.

En términos generales, el 95.9% de los pacientes encuestados declaran sentirse satisfechos o muy satisfechos con la experiencia quirúrgica, perspectiva

alentadora para futuras investigaciones en consonancia con la literatura consultada, ya que demuestra que el bienestar mental y las expectativas preoperatorias del paciente contribuyen a su satisfacción con la intervención quirúrgica⁸⁴.

En el sentido de lo anterior, somos conscientes que la PX es una oportunidad de autoevaluación para la mejora continua del proceso quirúrgico, aportando la participación de los usuarios que muchas veces se muestra inaccesible o sesgada por la rutina y la herencia profesional que se perpetua con en el paso del tiempo. Por este motivo, planteamos una estrategia que ponga en relieve la situación actual del proceso quirúrgico y el análisis de las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO), en base a las aportaciones individuales de los participantes del estudio.

V. DAFO

- **Debilidades:** Una cuarta parte de los pacientes encuestados destacan problemas relacionados con el servicio de hostelería como la falta de limpieza de las instalaciones, la comida fría o la elaboración de los menús calificándolos como poco apetitosos. Del mismo modo, la infraestructura antigua del hospital, especialmente los ascensores de la zona norte, y la demora en la atención recibida, son dos factores que debilitan el proceso quirúrgico.
- **Amenazas:** Aproximadamente el 20% de los pacientes insiste en la falta de información recibida por parte del equipo de profesionales que les atendieron durante el proceso, especialmente, aquellos usuarios que fueron intervenidos por primera vez.
- **Fortalezas:** El 97% de las vivencias obtuvieron un resultado muy satisfactorio al preguntarles por la facilidad de ingreso preoperatorio el mismo día de la cirugía. Destacamos que la atención y trato recibido, y la calidad de los cuidados durante todo el proceso, son los mejores aspectos de la experiencia quirúrgica de los pacientes encuestados.
- **Oportunidades:** Fomentar la rapidez y operatividad durante el desarrollo del proceso quirúrgico, es uno de los aspectos que los pacientes mejor consideran y menos en cuenta tiene la institución. El 12% de los pacientes encuestados necesitan que la información facilitada por el equipo de enfermería sea más accesible y útil para poder orientar su vivencia quirúrgica, por tanto, constituye una oportunidad para mejorar el empoderamiento profesional. Por último, aquellos pacientes que fueron ingresados el día previo a la cirugía exponen no sentirse satisfechos con la indicación, ya que prefieren pasar el tiempo imprescindible de ingreso en el hospital.

ANÁLISIS DAFO

Debilidades	Amenazas
<p>Servicio de hostelería</p> <p>Deterioro de infraestructura</p> <p>Demora de la atención sanitaria</p>	<p>Falta de información detallada</p>
Fortalezas	Oportunidades
<p>Gestión del tiempo durante el ingreso hospitalario</p> <p>Amabilidad, trato personal y cuidados recibidos</p>	<p>Rapidez y operatividad del proceso</p> <p>Información accesible y adaptada a las necesidades de cada paciente</p>

Figura 4. Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO) del proceso quirúrgico

LIMITACIONES

La principal limitación del estudio es la variabilidad entre la muestra alcanzada en las diferentes fases del proyecto. El transcurso en olas de la pandemia a lo largo del desarrollo de la investigación y la modificación de los circuitos del proceso quirúrgico, así como, la complejidad que presenta la coordinación entre las etapas preoperatorias y posoperatorias, amortiguan los resultados previstos. No obstante, la evaluación en dos momentos prequirúrgicos, su relación con la pandemia y el efecto sobrevenido de la combinación de las variables de estudio, supone una hipótesis hasta el momento y, en función de los hallazgos bibliográficos consultados, original e innovadora.

A pesar de lo anterior, se han conseguido significaciones estadísticas y correlaciones evidentes que, es posible, hubieran podido ser más intensas si las muestras hubieran podido ser mayores. No obstante, hubo de decidirse la finalización del trabajo de campo, so pena de no poder tener circunstancias homogéneas, al modificarse el proceso quirúrgico en función de las condiciones epidemiológicas, que condicionaron en todo momento la logística hospitalaria.

La complejidad antes mencionada acerca de la consecución de datos durante todo el proceso quirúrgico, ha supuesto un reto organizativo en el desarrollo del trabajo de campo. Si bien pudiera resultar una limitación en la homogeneización y estandarización de los registros, se procuró soslayar con un cuaderno de recogida de datos de paciente (Anexo 10) individualizado, coordinado y custodiado durante todo el proceso quirúrgico, y que se recuperaba cuando el paciente era programado para la intervención, el día anterior a la cirugía.

Como en otras investigaciones, existe la posibilidad, de que se produjera el denominado efecto Hawthorne (respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que se les está estudiando), el efecto placebo, la regresión a la media (la tendencia de los individuos que tienen un valor muy elevado de una variable a obtener valores más cercanos a la media de la distribución cuando la misma variable se mide por segunda vez o de forma repetida en el tiempo) y el no control de la evolución natural del proceso quirúrgico en cada paciente.

La propia pandemia COVID, a pesar de ser una oportunidad por propiciar el estudio en unas circunstancias singulares, pudiera también haber condicionado el resultado en alguna de las variables estudiadas. No obstante, esto se ha considerado más una fortaleza durante el trabajo de campo, que una limitación en sí misma.

PROPUESTAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

En base a los hallazgos presentados en la presente investigación, y al estado actual de la bibliografía consultada, exponemos nuevos retos a futuro derivados o relacionados con nuestra investigación, que se encuentran enfocados hacia la mejora de la experiencia de los pacientes y del proceso quirúrgico.

Se proponen dos ocasiones como oportunidades de estudio a futuro. El momento de resolución diagnóstica, en base a las pruebas clínicas concluyentes, y/o durante la planificación terapéutica en consulta. De esta forma, se podría conocer el nivel de afrontamiento y de búsqueda de información, que experimenta el paciente desde el inicio del cuadro clínico.

El manejo complementario de la ansiedad, mediante intervenciones eficaces y basadas en la evidencia científica, se propone en nuestro estudio, como estrategia efectiva por el sistema de salud y, especialmente, por los equipos de cuidados de enfermería, responsables de la integración de alternativas saludables destinadas a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud.

Invertir esfuerzos para hacer del proceso quirúrgico una experiencia integral y satisfactoria, debería de ser una prioridad de los equipos de salud.

Nuevos estudios que aporten intervenciones basadas en la PX podrían potenciar la confianza de los usuarios en el sistema de salud, apoyándose en la seguridad durante el proceso y en el beneficio obtenido de la relación profesional-paciente.

CONCLUSIONES

En virtud de lo descrito anteriormente, durante la exposición de la presente Tesis Doctoral, y en relación con los objetivos de investigación propuestos, la evidencia presentada nos lleva a concluir que:

1. El estilo de afrontamiento personal ante la información recibida y relacionada con el proceso quirúrgico, puede influir sobre la respuesta expresada y la vivencia experimentada por los pacientes.
2. Reconocer qué tipo de paciente vamos a atender y cómo, previsiblemente, ha de enfrentarse al proceso quirúrgico, puede prevenir consecuencias perjudiciales. Especialmente, en lo que a mujeres se refiere, quienes por preferencia durante la experiencia quirúrgica, solicitan información de forma más precisa y detallada.
3. El momento de elección para proporcionar información clínica, continúa siendo un interrogante, ya que, en contraposición con algunos autores, los resultados que hemos obtenido, sugieren que los pacientes están más receptivos a recibir información clínica en el momento inmediatamente anterior a la cirugía, mientras aguardan a ser intervenidos en el antequirófano.
4. La adecuada y pertinente información facilitada por los profesionales sanitarios, independientemente de qué especialista la proporcione, facilita el éxito del procedimiento, ya que contribuye a que la fase de recuperación sea más efectiva.
5. A la hora de transmitir información del proceso quirúrgico, no parece necesario informar de forma distinta a cada uno de los perfiles de afrontamiento a la información descritos en la investigación (*Buscador o Evitador*).
6. El manejo de la preocupación preoperatoria derivada de la cirugía y la anestesia, puede canalizar el estrés provocado por el riesgo de contagio

durante el proceso quirúrgico. La pandemia por la COVID-19 ha añadido sensación de inquietud e inseguridad, agravando los trastornos por ansiedad experimentados por los pacientes.

- 7.** La predisposición individual previa a la cirugía, junto al cribado sistemático de las variables de estudio, que aportan información acerca de los rasgos de personalidad y del estado de nerviosismo de los pacientes, parecen ser factores directamente relacionados con la expresión del dolor posoperatorio consecuencia de la intervención quirúrgica.
- 8.** Experimentar ansiedad durante la etapa prequirúrgica es un factor pronóstico de futuras complicaciones.
- 9.** La adecuada gestión del tiempo durante el ingreso hospitalario, fomentando la rapidez del tratamiento, así como, la calidad de los cuidados y la atención recibida, incrementa el nivel de satisfacción con el proceso quirúrgico.
- 10.** El estudio del proceso quirúrgico basado en la experiencia del paciente y su satisfacción, puede suponer una fuente de información fiable y consistente, que oriente hacia áreas de mejora concretas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gomez Carretero P, Monsalve V, Soriano K, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2007;31(6).
2. Goodman T, Spry C. *Essentials of Perioperative Nursing*. 6.^a ed. Burlington, MA: Jones & Barlett Learning; 2017.
3. Sigdel S. Perioperative anxiety: A short review. *Glob Anesth Perioper Med*. 2015;1(4):107-8.
4. McClurkin S, Smith CD. The Duration of Self-Selected Music Needed to Reduce Preoperative Anxiety. *J Perianesthesia Nurs*. 2016;3:196-208.
5. Gonçalves KKN, Silva JI da, Gomes ET, Pinheiro LL de S, Figueiredo TR, Bezerra SMM da S. Anxiety in the preoperative period of heart surgery. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):397-403.
6. Balasubramaniyan N, Rayapati DK, Puttia R, Tavane P, Singh SE, Rangan V, et al. Evaluation of Anxiety Induced Cardiovascular Response in known Hypertensive Patients Undergoing Exodontia - A Prospective Study. *J Clin Diagnostic Res*. 2016;10(8).
7. Chapman CR, Tuckett RP, Song CW. Pain and Stress in a Systems Perspective: Reciprocal Neural, Endocrine and Immune Interactions. *J Pain*. 2008;9(2):122-45.
8. Vollmer-Conna U, Bird KD, Bryan WY, Truskett PG, Westbrook RF. Psychological factors, immune function and recovery from major surgery. *Acta Neuropsychiatr*. 2009;21(4):169-78.
9. Munafó MR, Stevenson J. Anxiety and surgical recovery. Reinterpreting the literature. *J Psychosom Res*. 2001;51(4):589-96.
10. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull*. 2004;130(4):601-30.
11. Mavros MN, Athanasiou S, Gkegkes ID, Polyzos KA, Peppas G, Falagas ME. Do Psychological Variables Affect Early Surgical Recovery? *PLoS One*. 2011;6(5).
12. Mulrone S-E, Myers A-K. *Netter Fundamentos de Fisiología*. 2.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
13. Bagheri H, Ebrahimi H, Abbasi A, Atashsokhan G, Salmani Z, Zamani M.

- Effectiveness of Preoperative Visitation on Postanesthesia Complications. *J Perianesthesia Nurs*. 2018;33(5):651-7.
14. Sepúlveda-Plata MC, García-Corzo G, Gamboa-Delgado EM. Effectiveness of nursing intervention to control fear in patients scheduled for surgery. *Rev Fac Med*. 2018;66(2):195-200.
 15. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12.^a ed. España: Elsevier Espana S.L.U; 2021.
 16. Pritchard MJ. Managing anxiety in the elective surgical patient. *Br J Nurs*. 2009;18(7):416-9.
 17. Fredericks S. Timing for delivering individualized patient education intervention to Coronary Artery Bypass Graft patients: An RCT. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009;8:144-50.
 18. Guerrero Navarro M, Arroyo Rodríguez A, Muñoz Ortega MÁ. Evidencias sobre los beneficios de una consulta prequirúrgica en pacientes de cirugía programada. *Evidentia*. 2017;14.
 19. Kumar A, Dubey P, Ranjan A. Assessment of Anxiety in Surgical Patients: An Observational Study. *Anesth Essays Res*. 2019;13(3):503-8.
 20. Maple H, Chilcot J, Lee V, Simmonds S, Weinman J, Mamode N. Stress predicts the trajectory of wound healing in living kidney donors as measured by high-resolution ultrasound. *Brain Behav Immun*. 2015;43:19-26.
 21. Hiller JG, Perry NJ, Pouligiannis G, Riedel B, Sloan EK. Perioperative events influence cancer recurrence risk after surgery. *Nat Rev Clin Oncol*. 2018;15(4):205-18.
 22. Aust H, Rüsç D, Schuster M, Sturm T, Brehm F, Nestoriuc Y. Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(250).
 23. Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S. Preoperative Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment. *J Perianesthesia Nurs*. 2016;31(6):495-503.
 24. Levasseur N, Li H, Cheung W, Myers P, Mckevitt E, Warburton R, et al. Effects of High Anxiety Scores on Surgical and Overall Treatment Plan in Patients with Breast Cancer Treated with Neoadjuvant Therapy.

- Oncologist. 2020;25:212-7.
25. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Guía de buena Práctica Clínica en Depresión y ansiedad generalizada con presentación de síntomas somáticos [Internet]. España: International Marketing & Communication. S.A.; Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/gbpc_depresion_ansiedad_generalizada.pdf
 26. Videbeck SL. Psychiatric-Mental Health Nursing. 5th ed. Wilkins LW&, editor. 2013.
 27. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).pdf. 5ª. Panamericana EM, editor. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 2014. 1000 p.
 28. Craske MG, Stein MB. Anxiety. Lancet. 2016;388(10063):3048-59.
 29. Duits P, Cath DC, Lissek S, Hox JJ, Hamm AO, Engelhard IM, et al. Updated Meta-analysis of classical fear conditioning in the anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2015;32:239-53.
 30. Dunsmoor JE, Paz R. Fear generalization and anxiety: behavioral and neural mechanisms. *Biol Psychiatry*. 2015;78:336-43.
 31. Milad MR, Rosenbaum BL, Simon NM. Neuroscience of fear extinction: Implications for assessment and treatment of fear-based and anxiety related disorders. *Behav Res Ther*. 2014;62:17-23.
 32. Etkin A, Wager TD. Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia. *Am J Psychiatry*. 2007;164(10):1476-88.
 33. Fonzo GA, Ramsawh HJ, Flagan TM, Sullivan SG, Letamendi A, Simmons AN, et al. Common and disorder-specific neuronal responses to emotional faces in generalised anxiety, social anxiety and panic disorders. *Br J Psychiatry*. 2015;206:206-15.
 34. Kilgore MB, Augustin MM, Starks CM, O'neil-Johnson M, May GD, Crow JA, et al. Cloning and characterization of a norbelladine 4'-O-methyltransferase involved in the biosynthesis of the Alzheimer's drug galanthamine in *Narcissus sp. aff. pseudonarcissus*. *PLoS One*. 2014;9(7):e103223.
 35. Stein MB, Simmons AN, Feinstein JS, Paulus MP. Increased amygdala and

- insula activation during emotion processing in anxiety-prone subjects. *Am J Psychiatry*. 2007;164(2):318-27.
36. Xu W, Südhof TC. A Neural Circuit for Memory Specificity and Generalization. *Science* (80-). 2013;339(6125):1290-5.
 37. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. 2011;45:1027-35.
 38. Tulloch I, Rubin S. Assessment and Management of Preoperative Anxiety. *J Voice*. 2019;33(5).
 39. Ko SY, Leung DY, Wong EM. Effects of easy listening music intervention on satisfaction, anxiety, and pain in patients undergoing colonoscopy: a pilot randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*. 2019;14:977-86.
 40. Moerman N, Muller M, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg*. 1996;82:445-51.
 41. Laufenberg-Feldmann R, Kappis B, Cámara RJA, Ferner M. Anxiety and its predictive value for pain and regular analgesic intake after lumbar disc surgery-a prospective observational longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2018;18(82).
 42. Levett DZH, Grimmett C. Psychological factors, prehabilitation and surgical outcomes: evidence and future directions. *Anaesthesia*. 2019;74(1):36-42.
 43. Turrado V, Guzmán Y, Jiménez-Lillo J, Villegas E, De Lacy FB, Blanch J, et al. Exposure to virtual reality as a tool to reduce peri-operative anxiety in patients undergoing colorectal cancer surgery: a single-center prospective randomized clinical trial. *Surg Endosc*. 2021;1:3.
 44. Li XR, Zhang WH, Williams JP, Li T, Yuan JH, Du Y, et al. A multicenter survey of perioperative anxiety in China: Pre- and postoperative associations. *J Psychosom Res*. 2021;147:110528.
 45. Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021 [Internet]. Portal Estadístico del SNS. 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
 46. Kun Z, Qiang L, Wenqun X, Yuanjiao Q. Measures to improve the comfort of cataract surgery patients: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2021;10(11):11849-58.

47. Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, Neskovic V, Rondovic GM, Wu JD, et al. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: What can we do to change our history. *Minerva Anesthesiol.* 2018;84(11):1307-17.
48. Grilo AM, Vieira L, Carolino E, Costa M, Galaio S, Melo I, et al. Cancer Patient Experience in a Nuclear Medicine Department: Comparison Between Bone Scintigraphy and 18 F-FDG PET/CT. *J Nucl Med Technol.* 2020;48(3):254-62.
49. Salzmann S, Rienmüller S, Kampmann S, Euteneuer F, Rüscher D. Preoperative anxiety and its association with patients' desire for support-an observational study in adults. *BMC Anesthesiol.* 2021;21(149).
50. Celik F, Edipoglu IS. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *Eur J Med Res.* 2018;23(41).
51. Aydin D, Klit J, Jacobsen S, Troelsen A, Husted H. No major effects of preoperative education in patients undergoing hip or knee replacement – a systematic review. Vol. 62, *Danish Medical Journal.* 2015.
52. Turunen E, Miettinen M, Setälä L, Vehviläinen-Julkunen K. An integrative review of a preoperative nursing care structure. *J Clin Nurs.* 2016;26:915-30.
53. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* 7.^a ed. Elsevier; 2014. 665 p.
54. Soule BM. Evidence-Based Principles and Practices for Preventing Surgical Site Infections [Internet]. Joint Commission International. Joint Commission International; 2018. p. 1-191. Disponible en: https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/offerings/advisory-services/infection-prevention-and-control/jci_ssi_toolkit.pdf?db=web&hash=51FCBF18BC050870C6721734A67F79ED
55. Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clin.* 2012;22(1):18-26.
56. McDonald S, Page MJ, Beringer K, Wasiak J, Sprowson A. Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database Syst Rev.*

- 2014;(5).
57. Inal ZO, Gorkem U, Hasan &, Inal A, Ozturk Inal Z, Inal HA. Effects of preoperative anxiety on postcesarean delivery pain and analgesic consumption: general versus spinal anesthesia Effects of preoperative anxiety on postcesarean delivery pain and analgesic consumption: general versus spinal anesthesia. *J Matern Neonatal Med.* 2018;33(2):191-7.
 58. Farbood A, Mohammad ·, Sahmeddini A, Shiva Bayat ·, Karami N. The effect of preoperative depression and anxiety on heart rate variability in women with breast cancer. *Breast Cancer.* 1234;27:912-8.
 59. Ross Majumdar J, Vertosick EA, Cohen B, Assel M, Levine M, Barton-Burke M. Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Outpatient Cancer Surgery. *Preoperative Anxiety Asia-Pacific J Oncol Nurs* •. 2019;6:440-5.
 60. Danielsen SO, Moons P, Leegaard M, Solheim S, Tønnessen T, Lie I. Facilitators of and barriers to reducing thirty-day readmissions and improving patient-reported outcomes after surgical aortic valve replacement: a process evaluation of the AVRre trial. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(256).
 61. Nikoletti S, Kristjanson LJ, Tataryn D, McPhee I, Burt L. Information Needs and Coping Styles of Primary Family Caregivers of Women Following Breast Cancer Surgery. *Oncol Nurs Forum.* 2003;30(6):987-96.
 62. Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer.* 1995;76(2):167-77.
 63. Sawka AM, Straus S, Rodin G, Tsang RW, Brierley JD, Rotstein L, et al. Exploring the relationship between patients' information preference style and knowledge acquisition process in a computerized patient decision aid randomized controlled trial Clinical decision-making, knowledge support systems, and theory. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2015;15(1).
 64. De Ridder EF, Dekkers T, Porsius JT, Kraan G, Melles M. The perioperative patient experience of hand and wrist surgical patients: An exploratory study using patient journey mapping. *Patient Exp J.* 2018;5(3):97-107.
 65. Sherman K, Winch C, Koukoulis A, Koelmeyer L, Kerry Sherman CA. The effect of monitoring «processing style» on post-surgical neuropathic pain

- in women with breast cancer. *Eur J Pain*. 2015;19(4):585-92.
66. Rashid A, Riaz MN. Impact of preoperative surgical anxiety on postoperative surgical recovery among surgical patients: Role of surgical coping. *J Pak Med Assoc*. 2021;71(10):2313-6.
 67. Bronner MB, Nguyen MH, Smets EMA, van de Ven AWH, van Weert JCM. Anxiety during cancer diagnosis: Examining the influence of monitoring coping style and treatment plan. *Psychooncology*. 2018;27(2):661-7.
 68. van Osch M, van Vliet LM, van Dulmen S, Bensing JM. Reducing patients' anxiety and uncertainty, and improving recall in bad news consultations. *Heal Psychol*. 2014;33(11):1382-90.
 69. De Looper M, Van Weert JCM, Schouten BC, Sifra Bolle ;, Belgers EHJ, Eddes EH, et al. The Influence of Online Health Information Seeking Before a Consultation on Anxiety, Satisfaction, and Information Recall, Mediated by Patient Participation: Field Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(7).
 70. Luxford K, Gelb Safran D, Delbanco T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *Int J Qual Heal Care*. 2011;23(5):510-5.
 71. Rees CE, Bath PA. Information-seeking behaviors of women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2001;28(5):899-907.
 72. Timmermans LM, van Zuuren FJ, van der Maazen RWM, Leer JWH, Kraaimaat FW. Monitoring and blunting in palliative and curative radiotherapy consultations. *Psychooncology*. 2007;16(12):1111-20.
 73. Petzel S V, Vogel RI, Cragg J, McClellan M, Chan D, Jacko JA, et al. Effects of web-based instruction and patient preferences on patient-reported outcomes and learning for women with advanced ovarian cancer: A randomized controlled trial HHS Public Access. *J Psychosoc Oncol*. 2018;36(4):503-19.
 74. Soyulu D, Kartın T. The effect on gastrointestinal system functions, pain and anxiety of acupressure applied following laparoscopic cholecystectomy operation: A randomised, placebo-controlled study. *Complement Ther Clin Pract*. 2021;43.
 75. Nishimura D, Kosugi S, Onishi Y, Ihara N, Wakaizumi K, Nagata H, et al. Psychological and endocrine factors and pain after mastectomy. *Eur J*

- Pain. agosto de 2017;21(7):1144-53.
76. Ustunel F, Erden S. Evaluation of Fear of Pain Among Surgical Patients in the Preoperative Period. *J Perianesthesia Nurs.* 2022;37(2):188-93.
 77. Vergara Romero M. Validación de la versión española del Ámsterdam preoperative anxiety and information scale para la evaluación de la ansiedad preoperatoria. [Internet]. Universidad de Málaga; 2016. Disponible en: <http://orcid.org/0000-0002-2170-2824>
 78. Medina-Garzón M. Effectiveness of a nursing intervention to diminish preoperative anxiety in patients programmed for knee replacement surgery: Preventive controlled and randomized clinical trial. *Investig y Educ en Enferm.* 2019;37(2):2216-0280.
 79. Gu D, Zhou M, Han C, Lei D, Xie S, Yuan Y, et al. Preoperative anxiety induces chronic postoperative pain by activating astrocytes in the anterior cingulate cortex region. *Rev Assoc Med Bras.* 2019;65(9):1174-80.
 80. Singh JA, Lewallen DG. Medical and psychological comorbidity predicts poor pain outcomes after total knee arthroplasty. *Rheumatology.* 2013;52:916-23.
 81. Aceto P, Lai C, Perilli V, Sacco T, Modesti C, Raffaelli M, et al. Factors affecting acute pain perception and analgesics consumption in patients undergoing bariatric surgery. *Physiol Behav.* 2016;163:1-6.
 82. Ray GS, Ekelund P, Nemes S, Rolfson O, Mohaddes M. Changes in health-related quality of life are associated with patient satisfaction following total hip replacement: an analysis of 69,083 patients in the Swedish Hip Arthroplasty Register. *Acta Orthop.* 2020;91(1):48-52.
 83. Brokelman RBG, Haverkamp D, Van Loon C, Hol A, Van Kampen A, Veth R. The validation of the visual analogue scale for patient satisfaction after total hip arthroplasty. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2012;3:101-5.
 84. Bourne RB, Chesworth BM, Davis AM, Mahomed NN, Charron KDJ. Patient Satisfaction after Total Knee Arthroplasty Who is Satisfied and Who is Not? *Clin Orthop Relat Res.* 2010;468:57-63.
 85. De Rooij BH, Ezendam NPM, Vos MC, Pijnenborg JMA, Boll D, Kruitwagen FPM, et al. Patients' Information Coping Styles Influence the Benefit of a Survivorship Care Plan in the ROGY Care Trial: New Insights for Tailored Delivery. *Cancer.* 2019;1.

86. Yélamos C, Sanz A, Marín R, Martínez-Ríos C. Experiencia del paciente: Una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico. *Psicooncología*. 2018;15(1):153-64.
87. Luo L, Forster AJ, Gartke K, Trickett J, Rubens FD. Developing a Strategy for the Improvement in Patient Experience in a Canadian Academic Department of Surgery. *J Patient Exp*. 2019;6(1):11-20.
88. Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalp Ö. When the patient is the expert: Measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ*. 2019;97:563-9.
89. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, Lavela SL. Defining patient experience. *Patient Exp J*. 2014;1(1):7-19.
90. Aho E, Serger SS, Mönig W, Wilson P, Garmendia C, Steinberg M, et al. Outriders for European Competitiveness - European Innovation Partnerships (EIPs) as a Tool for Systemic Change – Report of the Independent Expert Group [Internet]. 2014. Disponible en: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/outriders_for_european_competitiveness_eip.pdf
91. McAdam M, Debackere K. Beyond 'triple helix' toward 'quadruple helix' models in regional innovation systems: implications for theory and practice. *R D Manag*. 2018;48(1):3-6.
92. Padial M, Pinzón S, Navarro B, San Juan P, Ruiz J, Espinosa JM. Implantación efectiva de la Cuádruple Hélice basada en el Modelo de Innovación en envejecimiento activo. *Gac Sanit*. 2019;33(5):491-4.
93. Consejería de Sanidad. Memoria 2020. Hospital Clínico San Carlos [Internet]. Salud SM de, editor. Secretaría General del Servicio Madrileño de Salud. 2020. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/clinicosancarlos/nosotros/memorias-actividad>
94. Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Reinicio de actividad quirúrgica del paciente No COVID. 2020.
95. Navarro Gracia JF, Lozano García FJ, Fernández Prada M, Ortí Lucas R, Herruzo Cabrera R, Calvo Vecino JM, et al. Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2017.
96. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Manejo clínico del

- COVID-19: atención hospitalaria [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf
97. Organización Mundial de la Salud. Información básica sobre la COVID-19. 2021.
98. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Guía para la identificación y seguimiento de contactos de casos de COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/guiaSeguimientoContactosCOVID19.pdf>
99. Quesada JA, López-Pineda A, Gil-Guillén VF, Arriero-Marín JM, Gutiérrez F, Carratala-Munuera C. Período de incubación de la COVID-19: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Clínica Española. 2021;221:109-17.
100. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Información Científica-Técnica Coronavirus [Internet]. Vol. 1, Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. 2021. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
101. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/200517-DOCUMENTO_CIRUGIA-FINAL_\(2\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/200517-DOCUMENTO_CIRUGIA-FINAL_(2).pdf)
102. Área de Coordinación Legislativa y Relaciones Institucionales, Subdirección General de Régimen Jurídico y Desarrollo Normativo, Gobierno, S.G.T de la Consejería de Presidencia Justicia y Portavocía del. ORDEN 804/2016, de 30 de agosto, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueban las instrucciones de gestión del Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud [Internet]. Madrid; 2016. Disponible en: https://gestionamadrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=9482&cdestado=P&eli=true#no-back-button

103. Vergara-Romero M, Morales-Asencio JM, Morales-Fernández A, Canca-Sanchez JC, Rivas-Ruiz F, Reinaldo-Lapuerta JA. Validation of the Spanish version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(120):1-10.
104. Miró J. Translation, validation, and adaptation of an instrument to assess the information-seeking style of coping with stress: The Spanish version of the Miller Behavioral Style Scale. *Pers Individ Dif*. 1997;23(5):909-12.
105. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI, cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual. 9.^a ed. TEA; 2015.
106. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre M V, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Española del Dolor*. 2018;25(4):228-36.
107. Haddad NE, Saleh MN, Eshah NF. Effectiveness of nurse-led video interventions on anxiety in patients having percutaneous coronary intervention. *Int J Nurs Pract*. 2018;24:1-8.
108. Socea SD, Abualhasan H, Magen O, Zayit-Soudry S, Blumenthal EZ, Duvdevan N, et al. Preoperative Anxiety Levels and Pain during Cataract Surgery. *Curr Eye Res*. 2020;45(4):471-6.
109. Bagés Fortacín C, Lleixà Fortuño M del M, Español Puig C, Imbernón Casas G, Munté Prunera N, Vázquez Morillo D. Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing. Vol. 14, *Enfermería Global*. 2015. p. 41-51.
110. Miller SM. Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Seeking Under Threat. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52(2):345-53.
111. Ong LML, Visser MRM, Van Zuuren FJ, Rietbroek RC, Lammes FB, De Haes JCJM. Cancer patient's coping styles and doctor-patient communication. *Psychooncology*. 1999;8:155-66.
112. Moerman N, van Dam F, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Scale (APAIS). *Anesth Analg*. 1996;82:445-51.
113. Stein DJ, Scott KM, Jonge P de, Kessler RC. Epidemiology of anxiety disorders: From surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):127-36.

114. Santabárbara J, Lasheras I, Lipnicki DM, Bueno-Notivol J, Pérez-Moreno M, López-Antón R, et al. Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2021;109:110207.
115. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-12.
116. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. 2021. Disponible en:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>
117. Naciones Unidas. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2021 [Internet]. Viena, Austria; 2022. Disponible en:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/fr/profesionales/sistemasInformacion/informeEstadisticas/pdf/2021OEDA-ESTADISTICAS.pdf>
118. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS). Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
119. Podboy A, Cholankeril G, Cian L, Jr EG, Ahmed A, Banerjee S. Implementation and Impact of Universal Preprocedure Testing of Patients for COVID-19 Before Endoscopy. *Gastroenterology*. 2020;158:6-8.
120. Stoddard JA, White KS, Covino NA, Strauss L. Impact of a brief intervention on patient anxiety prior to day surgery. *J Clin Psychol Med Settings*. 2005;12(2):99-110.
121. Tercyak KP, Lerman C, Peshkin BN, Hughes C, Main D, Isaacs C, et al. Effects of coping style and BRCA1 and BRCA2 test results on anxiety among women participating in genetic counseling and testing for breast and ovarian cancer risk. *Health Psychol*. 2001;20(3):217-22.
122. Nordin K, Lidén A, Hansson M, Rosenquist R. Coping style, psychological

- distress, risk perception, and satisfaction in subjects attending genetic counselling for hereditary cancer. *Am J Med Genet.* 2002;39:689-94.
123. Sherman K, Winch C, Koukoulis A, Koelmeyer L, Kerry Sherman CA. The effect of monitoring «processing style» on post-surgical neuropathic pain in women with breast cancer. *Eur J Pain.* 2015;19:585-92.
124. Cheng C, Hui WM, Lam SK. Perceptual style and behavioral pattern of individuals with functional gastrointestinal disorders. *Heal Psychol.* 2000;19(2):146-54.
125. Cheng C, Wong W, Lai K, Chun-yu Wong B, HC Hu W, Hui W, et al. Psychosocial Factors in Patients With Noncardiac Chest Pain. *Psychosom Med.* 2003;65(3).
126. Middendorp H, Lumley MA, Jacobs JWG, Bijlsma JJJ, Geenen R. The Effects of Anger and Sadness on Clinical Pain Reports and Experimentally-Induced Pain Thresholds in Women With and Without Fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62:1370-6.
127. Freeman SC, Scott NW, Powell R, Johnston M, Sutton AJ, Cooper NJ. Component network meta-analysis identifies the most effective components of psychological preparation for adults undergoing surgery under general anesthesia. *J Clin Epidemiol.* 2018;98:105-16.
128. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R. Manual for the state- trait anxiety inventory. En Palo Alto: CA: Consulting Psychologist Press.; 1983. p. 6261-4.
129. Saatsaz S, Rezaei R, Alipour A, Beheshti Z. Massage as adjuvant therapy in the management of post-cesarean pain and anxiety: A randomized clinical trial. *Complement Ther Clin Pract.* 2016;24:92-8.
130. Registered Nurses´Association of Ontario. Valoración Y Manejo Del Dolor. 3.^a ed. Registered Nurses´Association of Ontario, editor. International Affairs & Best Practice Guidelines. Toronto, Canada; 2014.
131. Bayrak A, Sagiroglu G, Copuroglu E. Effects of preoperative anxiety on intraoperative hemodynamics and postoperative pain. *J Coll Physicians Surg Pakistan.* 2019;29(9):868-73.
132. Rodrigues HF, Furuya RK, Spadoti Dantas RA, Coloni Morelato RD, Marosti Dessotte CA. Relationship between emotional states before cardiac valve surgeries with postoperative complications. *Rev Gaúcha*

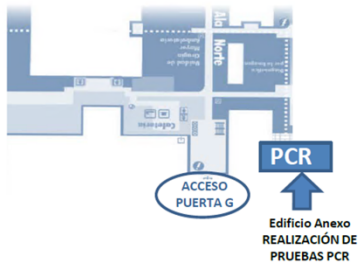
Enferm. 2020;41:20190025.

133. Osakidetza: Servicio Vasco de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 [Internet]. 1ª Septiem. Vitoria; 2013. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net>
134. Hanley AW, Gililand J, Erickson J, Pelt C, Peters C, Rojas J, et al. Brief preoperative mind-body therapies for total joint arthroplasty patients: a randomized controlled trial. *Pain*. 2021;162(6):1749-57.
135. Stegemann T, Geretsegger M, Phan Quoc E, Riedl H, Smetana M. Music Therapy and Other Music-Based Interventions in Pediatric Health Care: An Overview. *Medicines*. 2019;6(25).
136. Dai W-S, Huang S-T, Xu N, Chen Q, Cao H. The effect of music therapy on pain, anxiety and depression in patients after coronary artery bypass grafting. *J Cardiothorac Surg*. 2020;15(81).
137. Keilani C, Simondet N, Maalouf R, Yigitoglu A, Bougrine A, Simon D, et al. Effects of music intervention on anxiety and pain reduction in ambulatory maxillofacial and otorhinolaryngology surgery: a descriptive survey of 27 cases. *Oral Maxillofac Surg*. 2017;21:227-32.
138. Hole J, Hirsch M, Ball E, Meads C. Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2015;386:1659-71.
139. Monat A, Averill J, Lazarus R. Anticipatory stress and coping reactions under various conditions of uncertainty. *J Pers Soc Psychol*. 1972;24(2):237-53.
140. Aust H, Eberhart L, Kalmus G, Zoremba M, Rüschi D. Relevance of five core aspects of the pre-anesthesia visit: results of a patient survey. *Die Anaesthesiol*. 2011;60(5):414-20.

ANEXOS

Al finalizar la intervención

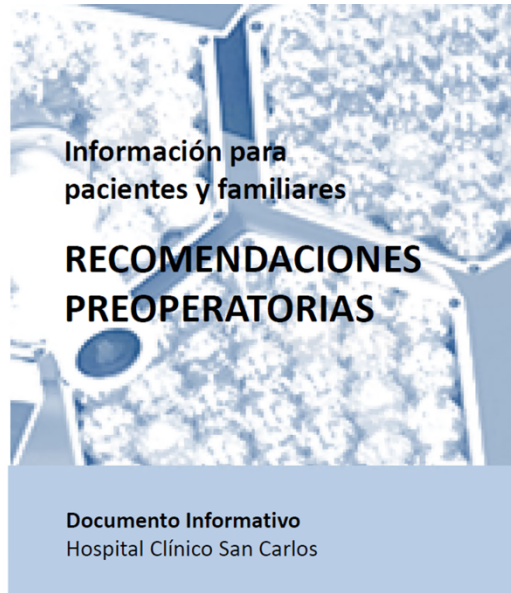
- Una vez terminada la intervención quirúrgica, le trasladarán a la Unidad de Recuperación Post-anestésica (URPA) o a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Una vez dado de alta de estas unidades regresará a la planta de hospitalización.
- Sus acompañantes deberán seguir las instrucciones del personal sanitario y las recogidas en el Documento "Información sobre ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES HOSPITALIZADOS NO COVID-19"



Hospital Clínico San Carlos
C/Prof. Martín Lagos, s/n
28040 Madrid

<https://www.comunidad.madrid/hospita/clinicosancarlos/>

Versión 1
Marzo 2021
Aprobado por el CTCCL



Información para
pacientes y familiares

RECOMENDACIONES PREOPERATORIAS

Documento Informativo
Hospital Clínico San Carlos



Hospital Clínico
San Carlos



Hospital Clínico
San Carlos

RECOMENDACIONES PREOPERATORIAS

Usted se encuentra en Lista de Espera para ser sometido a una intervención quirúrgica.

La actual situación de pandemia por coronavirus obliga a adoptar unas medidas especiales y es importante que conozca como va a ser todo el proceso a partir de esta consulta de Enfermería Prequirúrgica.

- Unos días antes de la intervención, **recibirá una llamada telefónica del servicio de Admisión** para comunicarle el día de su operación, así como el día y la hora en la que tendrá que realizarse una prueba PCR.
- Dicha prueba se realiza en el edificio anexo situado junto a la puerta G.
- **Para la realización de la PCR no necesita ninguna preparación.** Una vez realizada esta prueba debe limitar al máximo sus contactos.
- **El DÍA ANTERIOR a su intervención** se pondrán en contacto telefónico para indicarle la hora y el lugar de ingreso en el hospital.

EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

- Deberá acceder al hospital por la **puerta G** y dirigirse al punto de Información donde le indicarán como llegar a su habitación.
- Cuando le trasladen al quirófano su acompañante deberá seguir las instrucciones del personal sanitario y las recogidas en el documento "Información sobre ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES HOSPITALIZADOS NO COVID-19"
- Le aconsejamos que su acompañante se quede con sus pertenencias. No deje nada en la taquilla de la habitación.

... RECUERDE

AYUNAS

- Durante 6 horas previas a la intervención **NO** podrá tomar alimentos (esto incluye caramelos y chicles), ni tampoco ningún tipo de líquido.
- Excepcionalmente, si tiene que tomar algún medicamento, podrá hacerlo con una pequeña cantidad de agua.
- Las últimas 2 horas antes de la intervención **NO podrá tomar ABSOLUTAMENTE NADA.**

ROPA E HIGIENE PERSONAL

Las siguientes indicaciones higiénicas se realizarán en el momento más cercano a la cirugía:

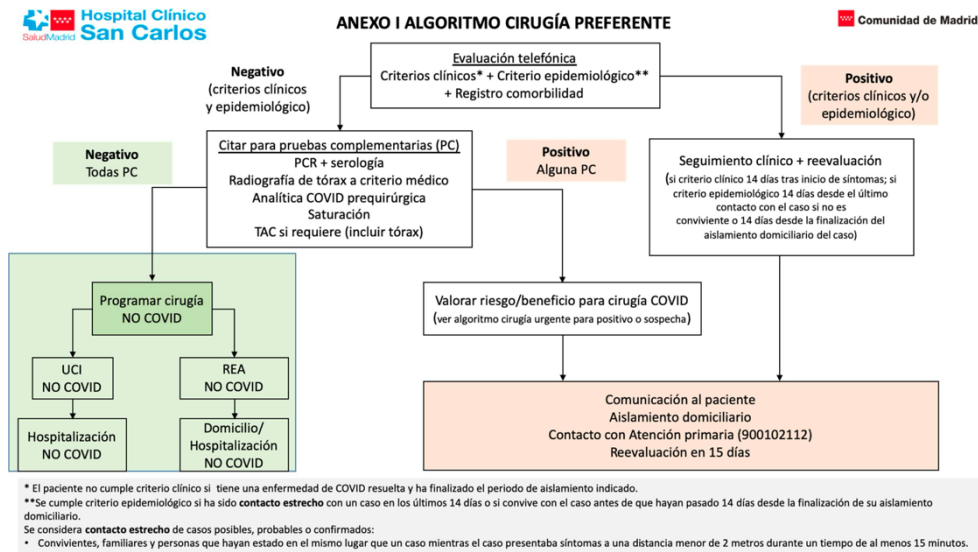
- Dúchese, utilice para lavar el pelo y el cuerpo la esponja impregnada en solución jabonosa de clorhexidina al 4% que le facilitarán en consulta.
- Tendrá especial cuidado para que el jabón no entre en contacto con los ojos.
- Realice higiene bucal y enjuáguese la boca con la solución antiséptica de clorhexidina al 0,12 % al menos durante 30 segundos (le será facilitado en consulta).
- Si es necesaria la retirada del vello, ésta se hará mediante el corte al ras con máquina eléctrica o con cremas depilatorias, si no existe contraindicación. En **ningún caso** se rasurará con **cuchillas**.
- No utilice colonias, perfumes, cremas, maquillajes, esmalte de uñas o productos de peluquería (laca, espuma, etc...) antes de la intervención.
- Acuda al hospital con ropa cómoda y no traiga joyas ni objetos metálicos.

MEDICACIÓN

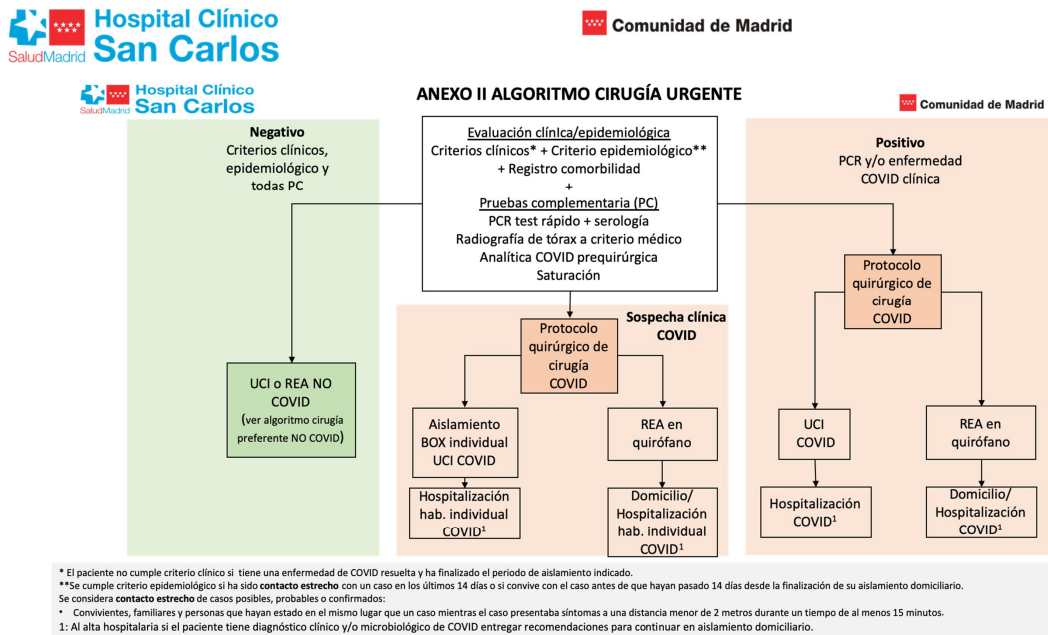
- Si toma medicación siga las instrucciones que le hayan dado en la Consulta de Preanestesia.

No debe fumar al menos 12 horas antes de su ingreso hospitalario.

Anexo 1. Recomendaciones preoperatorias.



Anexo 2. Algoritmo cirugía preferente.



Anexo 3. Algoritmo cirugía urgente.



ANEXO III: Cribado COVID-19 preoperatorio

Fecha de llamada __/__/__

1. Checklist epidemiológico

1.1 ¿Ha sido diagnosticado de caso posible, probable o confirmado de COVID19? Sí No

1.2 ¿Ha estado en contacto estrecho¹ con un caso posible, probable o confirmado de COVID 19 en los últimos 14 días? Sí No

2. Checklist clínico

¿En los últimos 14 días ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Febrícula o fiebre | <input type="checkbox"/> Mialgias y/o artralgias | <input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Disnea | <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Anosmia o ageusia |
| <input type="checkbox"/> Malestar general | <input type="checkbox"/> Odinofagia | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cefalea | | |

¿Diferido por criterio clínico? Sí No (evaluar tras 14 días desde inicio síntomas)

¿Diferido por criterio epidemiológico? Sí No (evaluar tras 14 días desde último contacto si no conviviente o 14 días desde final del aislamiento domiciliario del caso)

Fecha de rellamada: __/__/__

(recordar realizar aislamiento preventivo domiciliario hasta su cita en el hospital)

3. Checklist de laboratorio e imagen

3.1 Resultado de PCR: Positivo Negativo No concluyente

3.2 Resultado serología: Positivo Negativo No concluyente

3.3 ¿Análítica sugestiva de COVID 19?: Sí No

3.4 ¿Prueba de imagen sugestiva de neumonía compatible con COVID19? Sí No

3.5 ¿Saturación de oxígeno <94%? Sí No

Evaluación final: Programada Diferida

Firma: _____

Número de empleado: _____

¹ Convivientes, familiares y personas que hayan estado en el mismo lugar que un caso mientras el caso presentaba síntomas a una distancia menor de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos.

2ª EVALUACIÓN

Fecha de llamada __/__/__

1. Checklist epidemiológico

1.1 ¿Ha sido diagnosticado de caso posible, probable o confirmado de COVID19? Sí No

1.2 ¿Ha estado en contacto estrecho¹ con un caso posible, probable o confirmado de COVID 19 en los últimos 14 días? Sí No

2. Checklist clínico

¿En los últimos 14 días ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Febrícula o fiebre | <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Odinofagia |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Mialgias y/o artralgias | <input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos |
| <input type="checkbox"/> Disnea (dificultad para respirar) | <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Malestar general | <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Anosmia o ageusia |
| | | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

¿Diferido por criterio clínico? Sí No (evaluar tras 14 días desde inicio síntomas)

¿Diferido por criterio epidemiológico? Sí No (evaluar tras 14 días desde último contacto si no conviviente o 14 días desde final del aislamiento domiciliario del caso)

Fecha de rellamada: __/__/__

(recordar realizar aislamiento preventivo domiciliario hasta su cita en el hospital)

3. Checklist de laboratorio e imagen

3.1 Resultado de PCR: Positivo Negativo No concluyente

3.2 Resultado serología: Positivo Negativo No concluyente

3.3 ¿Análítica sugestiva de COVID19?: Sí No

3.4 ¿Prueba de imagen sugestiva de neumonía compatible con COVID19? Sí No

3.5 ¿Saturación de oxígeno <94%? Sí No

Evaluación final: Programada Diferida

Firma: _____

Número de empleado: _____

¹ Convivientes, familiares y personas que hayan estado en el mismo lugar que un caso mientras el caso presentaba síntomas a una distancia menor de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos.



Servicio Madrileño de Salud
Hospital Clínico San Carlos

Identificación del paciente

Nombre:
Apellidos:
DNI:

Adjunte pegatina o rellene los datos

**ANEXO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:
RIESGOS DERIVADOS DE LA PANDEMIA COVID-19**

INFORMACIÓN

El procedimiento propuesto se realiza en el contexto de una crisis por pandemia Covid-19 provocada por el virus SARS Co-V2, de alta transmisibilidad y cuyo periodo de incubación puede durar hasta 24 días, y por ello comprendo y asumo que, aunque por parte del centro se vayan a adoptar todas las medidas de protección disponibles para tratar de evitar los contagios, no existe garantía, conforme al estado actual de la ciencia, de que no se pueda producir en esta situación.

Validado Comité de Ética Asistencial -(Abril 2020)

DECLARACIONES Y FIRMAS

PACIENTE

D./ D^a con DNI....., en
calidad de:

- Paciente
 Representante del paciente D/D^a con DNI
.....

Declaro que el/la médico, Dr./Dra., me
ha explicado de forma satisfactoria los riesgos derivados de esta situación.
He recibido una copia del presente documento y sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo
deseo.

En Madrid, ade.....de 20.....

Firmado: Paciente/Representante

MÉDICO

En Madrid, ade.....de 20.....

Firma: Médico, nº colegiado.....

REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE

En Madrid a dede 20.....

Firma: Paciente/Representante

ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

D./Dña MARINA ISABEL SANJURJO MOROTE
Con D.N.I. nº 50893355J
Servicio/Departamento DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA del Hospital Clínico San Carlos

Hacen constar:

Que conoce y acepta participar como investigador referente en la institución en el proyecto de investigación titulado:

“Impacto de la Experiencia del Paciente en la mejora del proceso prequirúrgico”

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación y por la Agencia Española del Medicamento (si procede).

Que declara tener la suficiente experiencia y capacidad investigadora para llevar adelante el estudio, en función de sus obligaciones asistenciales y de los compromisos previamente adquiridos con otros protocolos de investigación.

Que comunicará al CEI la fecha de aprobación del protocolo por la Agencia Española del Medicamento (si procede) y la fecha de inclusión del primer paciente. Igualmente enviará informes periódicos semestrales de la marcha del ensayo, así como el informe final del mismo.

Que respetará las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

Que se trata de un estudio descriptivo establecido en 4 fases basado en la metodología fenomenológica-hermenéutica cuya IP es Marina Isabel Sanjurjo Morote, supervisora de enfermería del Hospital Clínico San Carlos.

En Madrid a 2 de febrero 2021.



Firmado:
Investigador referente en HCSC

Anexo 6. Compromiso del investigador.

CEIC Hospital Clínico San Carlos

Dra. Mar García Arenillas
Presidenta del CEIC Hospital Clínico San Carlos

CERTIFICA

1º. Que el CEIC HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS en su reunión del día 10/03/2021, acta 3.1/21 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: IMPACTO DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA MEJORA DEL PROCESO PREQUIRÚRGICO

Código Interno: 21/110-E

Nombre completo	Tipo Personal
MARINA ISABEL SANJURJO MOROTE	Doctoranda
ISMAEL ORTUÑO SORIANO	Director de Tesis
ENCARNACION FERNANDEZ DEL PALACIO	Director de Tesis

Tipo documento	Fecha - Versión
Protocolo	Vers. 2 de 09/03/2021
Hoja Información de Paciente	Vers. 2 de 09/03/2021

Que en este estudio:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto de los postulados éticos.
- Se cumplen los preceptos éticos formulados en la Orden SAS 3470/2009 y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa legal aplicable en función de las características del estudio.

Es por ello que el Comité **informa favorablemente** sobre la realización de dicho proyecto por MARINA ISABEL SANJURJO MOROTE. Dirección de Enfermería del Hospital Clínico San Carlos.

Lo que firmo en Madrid, a 10 de marzo de 2021

GARCIA ARENILLAS
MARIA DEL MAR -
05250249Q

Firmado digitalmente por GARCIA
ARENILLAS MARIA DEL MAR -
05250249Q
Fecha: 2021.03.10 14:10:32
+01'00'

Fdo.: Dra. Mar García Arenillas
Presidenta del CEIC Hospital Clínico San Carlos

**CARTA DE INFORMACIÓN Y PETICIÓN DE COLABORACIÓN EN EL
ESTUDIO. HOJA INFORMATIVA PARA PARTICIPANTES.**

TÍTULO DEL PROYECTO:

“Impacto de la experiencia del paciente en la mejora del proceso prequirúrgico”

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Marina Isabel Sanjurjo Morote

CENTRO:

Hospital Clínico San Carlos de Madrid (HCSC)

INTRODUCCIÓN:

Estimado/a paciente:

Mi nombre es Marina Sanjurjo, soy enfermera y supervisora de enfermería del HCSC, y me dirijo a usted para informarle de la puesta en marcha del proyecto de investigación que pretende analizar su experiencia durante el proceso quirúrgico al que va a someterse. Le invito a participar en este proyecto que pienso que puede ser de gran interés para usted y para futuros pacientes que requieran de tratamiento quirúrgico.

La intención de este es estudiar de forma detallada cómo usted experimenta la atención recibida por el hospital antes de someterse a la intervención quirúrgica programada. Debido a la situación de pandemia actual por el COVID-19, nos hemos visto obligados a modificar los circuitos normales de asistencia en el hospital y es por ello, que cobra mayor interés conocer en detalle sus impresiones y necesidades para poder mejorar en la atención sanitaria.

TIPO DE PARTICIPACIÓN:

La participación es totalmente voluntaria. Puede decidir no colaborar o revocar su decisión en cualquier momento sin tener que dar ninguna explicación y sin que ello afecte al desarrollo del proyecto de investigación ni a la atención que le va a ser prestada.

Su participación puede consistir en la incorporación a uno de los dos grupos previstos. Por un lado, un grupo de control en el que mediremos de forma representativa cómo se afronta el tratamiento quirúrgico. Por otro lado, puede ser incorporado a un grupo de intervención sobre el que llevaremos a cabo actuaciones de mejora durante la fase prequirúrgica. Por las características del estudio, queremos destacar que las posibles modificaciones llevadas a cabo en el grupo intervención no se espera que comporten riesgo alguno. En todo caso, se espera que dichas intervenciones mejoren el proceso quirúrgico.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Se trata de un estudio en el que queremos conocer cómo usted afronta la decisión de ser operado. Recogeremos sus impresiones en forma de preguntas concretas y fáciles de contestar que llevaremos a cabo durante el tiempo que pase en el hospital: en la consulta de enfermería previa a la cirugía, el día de la cirugía y una vez que regrese a la unidad de hospitalización para su recuperación.

Con su colaboración pretendemos aumentar su confort, mejorar la experiencia del paciente antes de ser intervenido, así como, la evolución de la enfermedad aspirando a la mejor asistencia sanitaria posible.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS:

En caso de acceder a la participación en el estudio, los datos recogidos serán tratados de forma anónima y completamente confidencial, conforme a lo que establece la legislación vigente, y según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Según la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal Marina Isabel Sanjurjo Morote.

Los datos recogidos para el estudio se identificarán mediante un código y solo el investigador del estudio podrá relacionar dichos datos con los participantes.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador del estudio, al Comité de Ética de Investigación Clínica, cuando lo precisen para comprobar datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de estos, de acuerdo con la legislación vigente.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE:

BENEFICIOS ESPERADOS:

Con relación a las primeras fases del estudio llevadas a cabo sobre el grupo control, se pretende obtener nuevas intervenciones sugeridas de los pacientes para que puedan ser aplicadas en las fases posteriores de la investigación. De esta forma, se pretende mejorar la experiencia de los pacientes gracias a la aplicación de aspectos identificados y analizados previamente. Siendo los pacientes del grupo intervención en la última fase del estudio los beneficiarios de la observación de la experiencia de pacientes previos.

La posibilidad de aplicar dicha metodología para la mejora continua del proceso de los pacientes quirúrgicos es otro de los beneficios planteados. Aumentando la satisfacción a fin de maximizar los resultados clínicos.

RIESGOS POSIBLES:

No se espera ningún riesgo derivado de la participación del estudio en ninguno de los grupos de estudio

CONTACTO CON EL INVESTIGADOR:

Recordarle de nuevo, que la participación es voluntaria e implica, que, si lo cree necesario, en cualquier momento puede abandonar el estudio sin necesidad de justificación alguna y que, por supuesto, ante cualquier duda o consulta que quiera realizar, puede dirigirse a mi persona, estando encantada de poder resolvérsela. Para ello le dejo distintas opciones de contacto:

Marina Isabel Sanjurjo Morote
Teléfono: 649182881
Email: marinajs@ucm.es

Por último, estimado paciente, agradecer de antemano su colaboración y el tiempo dedicado en atender el estudio.

Fdo. Marina Isabel Sanjurjo Morote

En Madrid, a..... de.....de 2021

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

TÍTULO DEL PROYECTO:

“Impacto de la experiencia del paciente en la mejora del proceso prequirúrgico”

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Marina Isabel Sanjurjo Morote

CENTRO:

Hospital Clínico San Carlos de Madrid (HCSC)

Don/Doña..... de años y con DNI nº....., manifiesto que he sido informado/a para la participación en el estudio de investigación titulado “Impacto de la experiencia del paciente en la mejora del proceso prequirúrgico” como participante del proyecto incluido en alguno de los grupos descritos en la Hoja de Información, grupo control o grupo intervención, según corresponda con el momento de desarrollo del estudio; con el fin de evaluar la experiencia de los pacientes como una oportunidad de estudio e interés sanitario que proporcione un nuevo enfoque para la práctica clínica, especialmente en tiempos de COVID-19, al verse modificados circuitos y protocolos habituales según se expone en la carta adjunta.

Igualmente, he sido informado/a del carácter voluntario del estudio y la posibilidad de abandonarlo en el momento que considere oportuno por cualquier razón, previa notificación al investigador principal, Marina Isabel Sanjurjo Morote, y sin necesidad de explicaciones.

Presto libre mi conformidad para participar en este estudio y doy mi consentimiento para la utilización de mis datos de en las condiciones detalladas en el Anexo 5 titulado “Carta de información y petición de colaboración en el estudio”.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar y que mis datos sean utilizados para cubrir los objetivos específicos de estudio.

Madrid, a de de 2021

Fdo. Don/Doña

De acuerdo con el Reglamento general de protección de datos (RGPD) (Reglamento (EU) 2016/679), además de los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos (Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales), también tiene derecho el participante a limitar el tratamiento de datos y solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que haya facilitado para el estudio. Para ejercitar los derechos del mismo, se dirigirá al investigador principal del estudio. Así mismo tendrá derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho/a.

Anexo 9. Consentimiento informado para pacientes.

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS DEL PACIENTE

IMPACTO DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA MEJORA DEL PROCESO PREQUIRÚRGICO



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

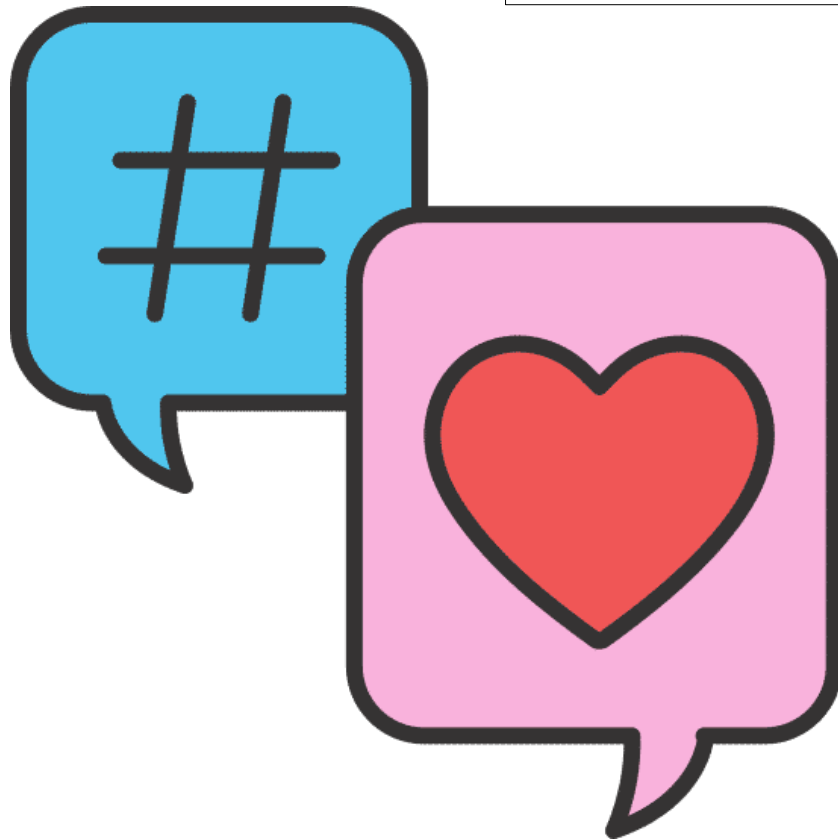


INVESTIGADORA: MARINA ISABEL SANJURJO MOROTE
TELÉFONO CONTACTO: 649-182-881

Anexo 10. Cuaderno de recogida de datos del paciente.

PREINTERVENCIÓN

POSTINTERVENCIÓN



**SOLO PARA LA
CONSULTA
PREQUIRÚRGICA**

MILLER BEHAVIORAL STYLE SCALE (MBSS). VERSIÓN ESPAÑOLA

1. Imagine que tiene miedo del dentista y que tiene que ir para someterse a algún tipo de intervención dental. ¿Qué es lo que haría usted? Escoja (marque con una X) todas aquellas cosas que haría usted en tal caso.

- Preguntaría al dentista que es lo que tiene intención de hacer, exactamente.
- Tomaría un tranquilizante o una copa antes de ir.
- Intentaría pensar en recuerdos agradables.
- Pediría al dentista que me dijera cuando me iba a doler.
- Intentaría dormir.
- Me fijaría en todos los movimientos del dentista y estaría atento al sonido de su taladro.
- Observaría el flujo de agua que expulsara de mi boca para ver si contenía sangre.
- Haría rompecabezas mentalmente.

2. Imagine que está siendo tomado como rehén por un grupo de terroristas armados en un edificio público. ¿Qué es lo que haría usted? Escoja (marque con una X) todas aquellas cosas que haría usted en tal caso.

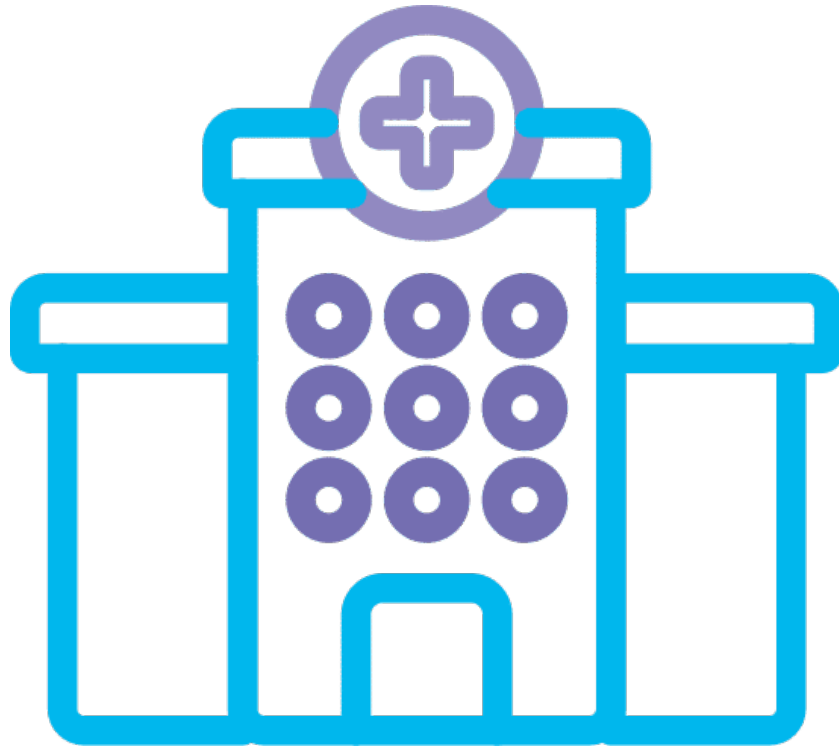
- Me sentaría solo e intentaría tener tantos ensueños (soñar despierto) y fantasías como me fuera posible.
- Estaría alerta e intentaría no dormirme.
- Charlaría e intercambiaría vivencias con los otros rehenes.
- Si hubiera un radio por allí, estaría cerca de ella y escucharía las noticias para saber qué estaba haciendo la policía.
- Vigilaría cada movimiento de mis captores y no perdería de vista sus armas.
- Intentaría dormir tanto como fuera posible.
- Pensaría sobre lo agradable que iba a ser cuando volviera a casa.
- Me aseguraría que sabía la situación de todas las salidas posibles.

3. Imagine que debido a un descenso importante en las ventas se rumorea que varias personas de su departamento van a ser despedidas. Su supervisor ha evaluado el trabajo que realizó usted durante el año pasado. La decisión acerca de los despedidos ya se ha tomado y serán anunciados en los próximos días. ¿Qué es lo que haría usted? Escoja (marque con una X) todas aquellas cosas que haría usted en tal caso.

- Hablaría con mis compañeros para ver si ellos sabían algo de lo que decía de mí la evaluación del supervisor.
- Revisaría la lista de mis obligaciones e intentaría calcular si había cumplido con todas ellas.
- Iría al cine para distraerme.
- Intentaría recordar cualquier discusión o desacuerdo que hubiera tenido con el supervisor y que pudiera haber disminuido su opinión sobre mí.
- Sacaría de mi mente todos los pensamientos de ser despedidos.
- Le diría a mi esposa/o que lo mejor sería no discutir las posibilidades de ser despedido/a.
- Intentaría adivinar que empleados habían hecho el peor trabajo, a juicio del supervisor.
- Continuaría haciendo mi trabajo como si nada especial estuviera pasando.

4. Imagine que está en un avión, cuando, 30 minutos antes de llegar a su destino, cae en picado inesperadamente y que después, de repente, endereza su rumbo. Tras unos breves momentos, el piloto anuncia que todo está bien pero que el resto del viaje puede ser escabroso. Usted, sin embargo, no está convencido de que todo vaya bien. ¿Qué es lo que haría usted? Escoja (marque con una X) todas aquellas cosas que haría usted en tal caso.

- Leería cuidadosamente la información sobre las características de seguridad del avión y me aseguraría que sabía donde estaban las salidas de emergencia.
- Entablaría una breve conversación con el pasajero de al lado.
- Miraría la película hasta el final, aunque la hubiera visto anteriormente.
- Llamaría a la azafata y le pediría que me dijera cuál era el problema, exactamente.
- Pediría una copa o un tranquilizante a la azafata.
- Escucharía atentamente los motores por si hacían ruidos inusuales y vigilaría la tripulación para comprobar si su comportamiento estaba fuera de lo normal.
- Hablaría con el pasajero de al lado sobre qué podía andar mal.
- Me calmaría y leería un libro o revista o escribiría una carta.



**SOLO PARA LA
HABITACIÓN EL DÍA
DEL INGRESO
PREQUIRÚRGICO**

ID PACIENTE:

FECHA DE INGRESO PREOPERATORIO:

NÚMERO DE CAMA

VERSIÓN CONSENSUADA DE APAIS ESPAÑOL

Marque el grado de acuerdo con las afirmaciones planteadas a continuación, siendo:

1 = No, en absoluto; 2 = Un poco; 3 = Moderadamente; 4 = Mucho y 5 = Extremadamente.

	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1. Estoy preocupado por la anestesia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Pienso constantemente en la anestesia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Me gustaría contar con toda la información posible sobre la anestesia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Estoy preocupado por la operación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Pienso constantemente en la operación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Me gustaría contar con toda la información posible sobre la operación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Estoy preocupado por contagiarme de COVID-19	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Pienso constantemente en la posibilidad de contagiarme de COVID-19	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Me gustaría contar con toda la información posible sobre el COVID-19	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>



**SOLO PARA EL
ANTEQUIRÓFANO**

QUIRÓFANO

ID PACIENTE:

FECHA INTERVENCIÓN:

Diagnóstico preoperatorio.....

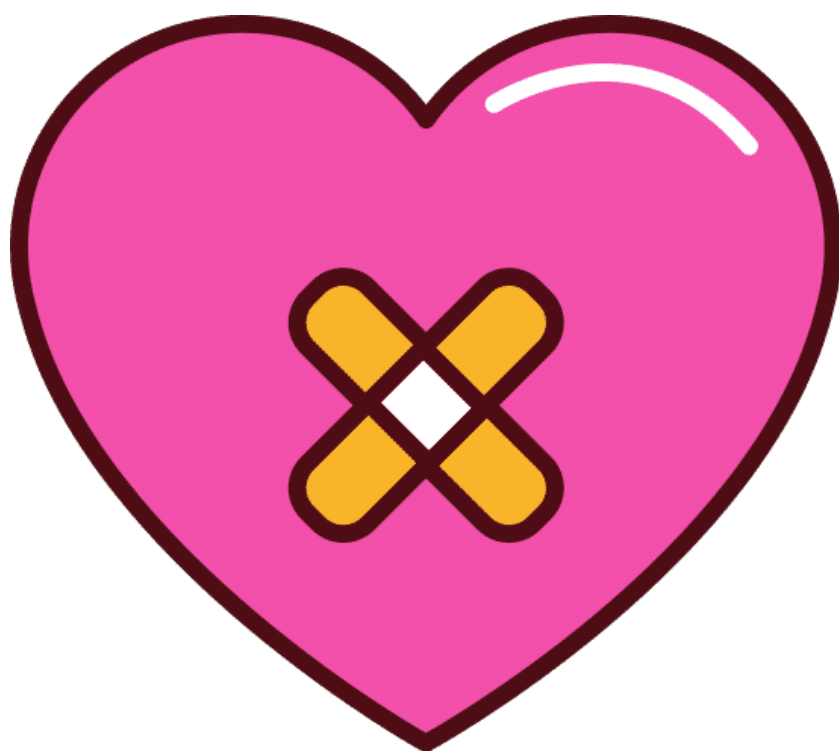
Intervención realizada.....

VERSIÓN CONSENSUADA DE APAIS ESPAÑOL

Marque el grado de acuerdo con las afirmaciones planteadas a continuación, siendo:

1 = No, en absoluto; 2 = Un poco; 3 = Moderadamente; 4 = Mucho y 5 = Extremadamente.

	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1. Estoy preocupado por la anestesia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Pienso constantemente en la anestesia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Me gustaría contar con toda la información posible sobre la anestesia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Estoy preocupado por la operación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Pienso constantemente en la operación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Me gustaría contar con toda la información posible sobre la operación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Estoy preocupado por contagiarme de COVID-19	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Pienso constantemente en la posibilidad de contagiarme de COVID-19	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Me gustaría contar con toda la información posible sobre el COVID-19	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>



**SOLO PARA LA
HABITACIÓN A LAS 48h
DE LA CIRUGÍA**

ID PACIENTE:

NÚMERO DE CAMA

FECHA EVALUACIÓN:

STAI

A-E

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación (0 a 3) que indique mejor **CÓMO SE SIENTE UD. AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

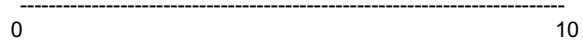
A-R

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación (0 a 3) que indique mejor **CÓMO SE SIENTE UD. EN GENERAL**, en las mayorías de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente.

		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21.	Me siento bien	0	1	2	3
22.	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23.	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24.	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25.	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26.	Me siento descansado	0	1	2	3
27.	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28.	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30.	Soy feliz	0	1	2	3
31.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32.	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33.	Me siento seguro	0	1	2	3
34.	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35.	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36.	Estoy satisfecho	0	1	2	3
37.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38.	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39.	Soy una persona estable	0	1	2	3
40.	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

EVA

A continuación, le mostramos una línea de 10 cm en la que solicitamos que marque el nivel de dolor que siente, siendo 0 ausencia del dolor y 10 dolor máximo.





**SOLO AL ALTA POR FIN
DE CUIDADOS**

ID PACIENTE:

FECHA ALTA:

NÚMERO DE CAMA

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA
ATENCIÓN RECIBIDA EN EL PROCESO PREQUIRÚRGICO**

El Hospital **CLINICO SAN CARLOS** quiere conocer su opinión sobre la atención que ha recibido en el proceso prequirúrgico.

Los datos que le solicitamos se tratarán informáticamente para realizar análisis estadísticos de forma ANÓNIMA, sin grabar sus datos personales y respetando siempre la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal y sus modificaciones posteriores.

Muchas Gracias por su colaboración.

Las preguntas que se plantean a continuación tienen como finalidad conocer mejor su opinión sobre diferentes aspectos relacionados con la atención que ha recibido durante todo el proceso. Por favor señale con una **X** su nivel de satisfacción teniendo en cuenta que **1 significa muy insatisfecho y 5 muy satisfecho**.

	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni Insatisfecho Ni Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	No Sabe/ No Contesta
La facilidad de acceso a la habitación de ingreso prequirúrgico (localización, señalización, etc.).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El estado general de las instalaciones de la Unidad de ingreso y hospitalización.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La información que le han dado las enfermeras durante el proceso.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La información que le han dado los cirujanos/as durante el proceso.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La información que le han dado los anestesiistas durante el proceso.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La amabilidad y el trato de las enfermeras de la Unidad después de la intervención.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La eficacia y profesionalidad de las enfermeras durante todo el proceso (ingreso previo a la cirugía, quirófano, recuperación, ingreso postoperatorio, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está satisfecho con haber ingresado el mismo día de la cirugía?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuál es su grado de satisfacción global con la atención recibida durante el proceso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recomendaría esta Unidad a otras personas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué es lo que más le ha gustado del proceso?, ¿Y lo que menos?
