



Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria

DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD PERIOPERATORIA Y EL DOLOR POSTOPERATORIO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Realizado por: Sofía Mora Alins

Facultad de enfermería

Universidad de Lleida

Tutor: Pilar Jürschik Giménez

Asignatura: Trabajo final de grado

Curso: 2014-2015

Fecha de entrega: 4 de Mayo

Agradecimientos

A mi tutora Pilar Jurschik Giménez por su confianza, tiempo, dedicación y disponibilidad en todo momento.

A todos los profesionales de enfermería que me han acompañado en mis prácticas y han sido parte de la inspiración para la realización de este trabajo.

A Yolanda por darme ánimo en todo momento, por su interés en la evolución del proyecto y por escuchar mis quebraderos de cabeza.

A mi marido y a mis hijos por su apoyo a lo largo de todo el grado.

INDICE

RESUMEN	10
1. INTRODUCCION	11
2. JUSTIFICACION DEL PROYECTO	14
3. MARCO TEÓRICO	15
3.1. <i>El Proceso Quirúrgico</i>	15
3.1.1. Etapas	15
3.1.2. La Enfermera Perioperatoria	18
3.2. <i>Ansiedad Perioperatoria</i>	19
3.2.1. Definición	19
3.2.2. Epidemiología	21
3.2.3. Clasificación	21
3.2.4. Síntomas	23
3.2.5. Tratamiento Médico	23
3.2.6. Ansiedad en el Perioperatorio.....	24
3.2.7. Factores que influyen en la Ansiedad Perioperatoria	26
3.2.8. Escalas para medir la Ansiedad	27
3.3. <i>El Dolor</i>	28
3.3.1. Definición	28
3.3.2. Tipos	28
3.3.3. Dolor Postoperatorio	31
3.3.4. Repercusiones y Complicaciones provocadas por el Dolor Postoperatorio(41):.....	32
3.3.5. Prevalencia del Dolor Postoperatorio.....	33
3.3.6. Fisiopatología del Dolor	34
3.3.7. Factores que influyen en el Dolor Postoperatorio	35
3.3.8. Tratamiento del Dolor Agudo.....	36
3.3.9. Medición del Dolor	38
4. OBJETIVOS	39
4.1 <i>Objetivo General</i>	39
4.2 <i>Objetivos Específicos</i>	39
5. MATERIAL Y MÉTODO	40
5.1 <i>Tipo de Estudio</i>	40
5.2 <i>Lugar de Estudio</i>	40
5.3 <i>Población y Muestra</i>	40
5.5. <i>Variables</i>	41
5.5.1 Variables del preoperatorio	41
5.5.2 Variables del Postoperatorio	43
5.6. <i>Intervención</i>	44
5.6.1 Objetivo	44
5.6.2 Fases previas.....	44

5.6.3 Distribución de los Grupos	44
5.6.4 Procedimiento	45
5.6.5 Cronograma de la Intervención	48
6. BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.....	48
6.1 Bases de Datos Consultadas.....	48
6.2 Palabras Clave	49
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
7.1. Principios	49
7.2. Cuestiones Éticas para el Estudio.....	50
8. EVALUACION DE LA INTERVENCION.	50
9. DISCUSIÓN.....	51
10. CONCLUSIÓN	52
11. BIBLIOGRAFÍA	55
12. ANEXOS.	59
Anexo 1: Formulario de Registro de Variables	59
Anexo 2: Cuestionario STAI Ansiedad-Estado	60
Anexo 3: Escala EVA.....	61
Anexo 4: Hoja informativa y Consentimiento Informado	61

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de ASA.

Tabla 2: Características definitorias de la Ansiedad según NANDA.

Tabla 3: Códigos de la DSM-IV-TR y la CIE-10 de los trastornos de ansiedad.

Tabla 4: Síntomas de ansiedad físicos y psíquicos.

Tabla 5: Características definitorias del dolor agudo según NANDA.

Tabla 6: Clasificación del dolor según criterios.

Tabla 7: Cronograma de la Intervención.

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Ansiolíticos.

Figura 2: Fisiopatología del dolor.

Figura 3: escala de tratamiento del dolor agudo.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACP: Analgesia controlada por el paciente.

ACTH: Adenocorticotropa.

ADH: Hormona Antidiurética.

AE: Ansiedad Estado.

AINES: Antiinflamatorio no esteroideo.

AR: Ansiedad Rasgo.

APA: Asociación de Psiquiatras Americanos.

APAIS: Ámsterdam Preoperative Anxiety and information Scale.

ASA: American Society of Anesthesiologists.

BQ: Bloque Quirúrgico.

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depresión Scale.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

DeCS: Descriptores de ciencias de la Salud.

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

ECG: Electrocardiograma.

EN: Escala Numérica.

EVA: Escala Visual Analógica.

EVN: Escala verbal Numérica.

GH: Hormona Del Crecimiento.

HAS: Hamilton Anxiety Scale.

IASP: International Association for Study of Pain.

MeSH: Medical Subject Headings.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PRL: Prolactina.

TA: Trastorno de ansiedad.

TAC: Tomografía Axial Computerizada.

TENS: Estimulación eléctrica trascutánea.

TP: Trastorno del pánico.

SNA: Sistema Nervioso Autónomo.

STAI: State- Trait Anxiety Inventory.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

URPA: Unidad de Reanimación Postanestésica.

RESUMEN

Objetivo: Valorar la eficacia de una intervención de enfermería para disminuir la ansiedad perioperatoria y el dolor postoperatorio en el paciente quirúrgico programado en el hospital de Barbastro.

Metodología: Estudio cuasi-experimental del tipo antes y después. La muestra representativa resultante es de 376 pacientes que serán distribuidos: 188 formaran parte del grupo de intervención a los que se les entregará un cuestionario informativo y otras 188 formaran parte del grupo de control. En el grupo de intervención se evaluará la ansiedad mediante la escala STAI Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, y el Dolor mediante la Escala visual analógica en el preoperatorio y en el postoperatorio. Las variables utilizadas son: variables sociodemográficas, variables relacionadas con el estado psicológico del paciente, clínicas, relacionadas con la intervención quirúrgica y variables del postoperatorio.

Intervención: Se he planificado una intervención, de unos 15 mm de duración por parte del personal de enfermería de quirófano, esta se realizara con una guía, de forma individual, estructurada y detallada, sobre el antes, durante y después de la intervención.

Conclusiones: Según la bibliografía consultada, la formación continuada del personal sanitario sobre el tratamiento del dolor y la ansiedad, junto con la información al paciente a través de la intervención de enfermería, podría mejorar la ansiedad perioperatoria y el dolor postoperatorio.

Palabras clave (DeCS): Ansiedad, dolor postoperatorio, intervención quirúrgica, enfermera perioperatoria.

SUMMARY

Objective: To evaluate the effectiveness of a nursing intervention to reduce perioperative anxiety and postoperative pain in surgical patients scheduled Barbastro Hospital.

Methodology: Quasi-experimental before-and-after study. The representative sample of 376 patients result is to be distributed: 188 were part of the intervention group who will be given an informative questionnaire and other 188 were part of the control group. In the intervention group anxiety scale measured by STAI state anxiety and trait anxiety and pain by visual analog scale preoperatively and postoperatively. The variables used are: sociodemographic variables, variables related to the psychological state of the patient, clinical, related to surgery and postoperative variables.

Intervention: You have planned an intervention, about 15 mm in length from the operating room nurses, this is carried out with a guide, individually, structured and detailed, about before, during and after the intervention.

Conclusions: According to the literature, the continued training of health personnel in the management of pain and anxiety, along with information for patients through nursing intervention could improve perioperative anxiety and postoperative pain.

Keywords (MeSH): Anxiety, postoperative pain, surgery, perioperative nurse.

1. INTRODUCCION

El bloque quirúrgico, desde el punto de vista estructural, se define, como el espacio en el que se agrupan todos los quirófanos, con los locales de apoyo, instalaciones y equipamiento necesarios para realizar los procedimientos quirúrgicos previstos(1). El BQ comprende los locales donde se desarrolla el proceso asistencial del procedimiento quirúrgico (quirófano y unidad de recuperación Postanestésica) y los locales de soporte que precisa.

Desde la perspectiva organizativa, se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar a procesos asistenciales mediante cirugía, en un espacio funcional específico donde se agrupan quirófanos con los apoyos e instalaciones necesarios, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad quirúrgica.

La cirugía es la única razón de admisión para muchos pacientes que ingresan en el hospital. Cada año se realizan 4.7 millones de intervenciones quirúrgicas de las que 1.3 millones se realizan con cirugía mayor ambulatoria(2).

La dotación de quirófanos en España es de 84 quirófanos por millón de habitantes. En el conjunto del estado existe una dotación de 3.686 quirófanos(1).

A pesar de que las técnicas quirúrgicas han evolucionado con el fin de minimizar el riesgo para la vida, la cirugía representa un acontecimiento estresante, sobre la que existen preocupaciones sobre la autonomía, las condiciones físicas, las acciones dolorosas, la supervivencia, la recuperación, la separación de la familia, del hogar(3).

Todo ello contribuye a que puedan surgir respuestas emocionales ante el proceso quirúrgico, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias en su recuperación (Jenkins, Stanton, y Jono, 1994; Romano y Mutarelli, 1995).

En este trabajo se hace referencia a la ansiedad, ya que puede influir como he comentado anteriormente en la recuperación postquirúrgica. Un gran número de evidencias nos muestran que cuanto mayor es la ansiedad, más lenta y complicada es la recuperación postoperatoria, lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos (Wallace, 1992).

Investigaciones en el campo de la Psiconeuroinmunología muestran que el estrés rompe la homeostasis neuroendocrina y retarda la reparación de tejidos dificultando la cicatrización de las heridas. Por otra parte los pacientes más estresados, son más susceptibles de padecer trastornos del sueño y el sueño profundo se relaciona con la secreción de la hormona de crecimiento, que también facilita la cicatrización de las heridas (Kiecott-Glaser, Page, Marucha, Mascalum y Glaser 1998)(4).

Flório y Galvão(5), en su investigación identificaron en el proceso preoperatorio el diagnóstico de enfermería de "ansiedad" en el 86.6 % de los casos, provocada por una intervención quirúrgica.

Paralelamente, el dolor postoperatorio se ha convertido en una parte importante de los cuidados perioperatorios, ya que existen evidencias de que su adecuado control, junto con otros factores como la movilización y nutrición precoces, no solo aumentan el confort y la satisfacción de los pacientes, sino que además contribuyen a disminuir la morbilidad postoperatoria y, en algunos casos, a reducir la estancia hospitalario(6).

Vemos pues, que la cirugía constituye un potente estresor, que depende no solo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad; los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente hospitalizado, como son, la desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc. Si a todo esto le añadimos los temores del procedimiento quirúrgico: como el miedo a no despertar de la anestesia, a sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, nos encontramos ante una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad, que repercutirán negativamente en el paciente(7).

2. JUSTIFICACION DEL PROYECTO

Una intervención quirúrgica genera en los pacientes y familiares una gran carga de ansiedad y miedo. En los pacientes supone una alteración bio-psico-social, sobre todo cuando no han tenido ninguna experiencia en un quirófano, ni conocen los distintos procesos que tienen que seguir, todo ello unido a factores como el temor a la muerte, al dolor, al resultado de la intervención, al tiempo de espera, a la pérdida de la intimidad, de la rutina diaria, de la imagen corporal etc.

El sistema sanitario debe tener en cuenta las necesidades y perspectivas de los ciudadanos. Es aquí en el acto quirúrgico donde se pueden poner en marcha actividades que ayuden a paliar las demandas de los pacientes sobre la personalización de los cuidados.

Los profesionales de enfermería del área quirúrgica son los que pueden disminuir la ansiedad y el temor ante una intervención quirúrgica, favoreciendo su evolución y recuperación en el postoperatorio.

Numerosos estudios coinciden en concluir que existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de ansiedad del grupo que recibe la intervención de enfermería y el que no la recibe, a favor del primero. También hay estudios que recomiendan no realizar la intervención de enfermería a todo paciente de cirugía programada, sí que parece clara la existencia de una relación entre la intervención de enfermería y la satisfacción del paciente, lo que hace que este perciba una mayor calidad del servicio y sienta un trato más individualizado(44).

Por todo ello la intervención de enfermería creemos que puede disminuir la situación de estrés, el desconocimiento del proceso, del ambiente hospitalario, o la amenaza del estado de salud, del cambio de rol, consiguiendo una actitud más participativa y colaboradora durante el proceso quirúrgico y posteriormente durante su recuperación.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. El Proceso Quirúrgico

3.1.1. Etapas

En el proceso quirúrgico se distinguen tres fases (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio) en las que tanto las actividades de enfermería como las circunstancias del paciente son diferentes.

Para garantizar la correcta asistencia en el proceso quirúrgico por parte de enfermería se dispone: de la formación de los profesionales y de la estandarización de los procesos a aplicar.

Preoperatorio

El periodo preoperatorio comienza cuando el paciente acude a una consulta afectada por una enfermedad, y es el cirujano junto con el paciente los que determina la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica. Esta fase termina cuando el paciente entra en quirófano.

En este proceso se realiza la valoración preoperatoria, con el fin de evaluar el estado físico del paciente, el grado de complejidad de la enfermedad motivo de la intervención/ exploración y de las enfermedades concomitantes que pudiera tener, para diseñar la terapéutica y los procedimientos anestésicos más adecuados, con el fin de minimizar al máximo el riesgo anestésico-quirúrgico de la intervención.

Esta valoración se basa en la historia clínica del paciente y en la exploración física, siendo necesaria unas pruebas complementarias, como son: una analítica, un ECG y una radiografía de tórax. En la consulta de anestesia, el anestesista le informará del procedimiento anestésico elegido y de sus alternativas, así como de las posibles complicaciones, dejando constancia de todo ello en el consentimiento informado(9).

La tendencia actual se dirige a prestar mayor importancia a la valoración clínica con prescripción selectiva de pruebas, según la edad y la enfermedad, diagnóstico principal y secundarios, ya que el preoperatorio convencional genera un gasto considerable y está demostrado que hasta en un 60% son innecesarios(10).

La clasificación de estado físico de la American Society of Anesthesiologists (escala ASA)(11) fue descrita en 1941 con fines clínicos, estadísticos y económicos. Estableció una

clasificación que describe el estado preoperatorio de los pacientes según la presencia de determinadas patologías, posteriormente se comprobó una correlación positiva entre la clasificación y la mortalidad relacionada con el acto anestésico(11). La utilizan los anestesistas para estimar el estado físico que puede presentar el paciente. La tabla 1 muestra la clasificación de la misma.

Tabla 1. Clasificación de ASA

ASA I	Paciente sin ninguna alteración diferente al proceso localizado que precisa la intervención. Paciente sano.
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve o moderada.
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica grave, con limitación funcional definida.
ASA IV	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante.
ASA V	Pacientes terminales o moribundos.
ASA VI	Pacientes con muerte cerebral, donante de órganos para trasplante.
ASA E	Cualquier estado de salud con una cirugía de emergencia.

Fuente: Elaboración propia, información extraída de la bibliografía(11)(10).

En el Quirófano el paciente es recibido por la enfermera de recepción de pacientes, en la zona denominada zona de espera preoperatoria, ésta realizará la recepción e identificación del paciente, comprobará sus constantes vitales, que el preoperatorio esté completo, que el tiempo de ayuno que sea el reglamentario, la necesidad de rasurado de la zona afectada, el acceso venoso periférico y si se le ha administrado la medicación indicada. Debe ser una zona donde al paciente se le respete su intimidad. Y es aquí donde comienza el proceso de personalización de cuidados entre la enfermera y el paciente, mediante una entrevista personalizada, con el objetivo de proporcionarle medidas de bienestar, información, conocimientos en autocuidados, asesoramiento, acompañamiento hasta la entrada al quirófano, e intentar disminuir la ansiedad y el miedo.

El porcentaje de pacientes que presentan ansiedad en la fase preoperatoria no se conoce con exactitud, los estudios dan una incidencia entre el 60% y el 80% (12).

Con el fin de conseguir unos resultados óptimos en una intervención quirúrgica, se debe realizar en esta etapa una preparación psicosocial, según un estudio realizado por Rosenberger(13) "Factores psicosociales y resultados quirúrgicos los factores psicosociales

desempeñan un papel significativo en la recuperación y son predictivo del resultado quirúrgico. Junto con la implementación de las aportaciones de enfermería preoperatorias como rutina, contribuirá a reducir las complicaciones en el postoperatorio, que a veces tienen su base en el miedo a lo desconocido y en la ansiedad, debidos a la falta de información. Además se refuerza el vínculo enfermero-paciente, lo que lleva a un participación más activa en el proceso de restablecimiento, se independiza más rápidamente de los cuidados de enfermería, mejorando su pronóstico y reduciendo el tiempo de estancia hospitalaria(14).

Intraoperatorio

Comienza cuando el paciente es trasladado dentro del quirófano. Todas las actividades se realizan con el fin de cubrir las necesidades y procurar su bienestar durante el proceso; el paciente reconoce a la enfermera que le ha realizado la entrevista en el preoperatorio y establece una relación paciente-enfermera. La enfermera realizará sus funciones dentro del proceso quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia, centradas en mantener al paciente y el ambiente seguros, proporcionar monitorización fisiológica y apoyo psicológico(15). Este proceso acaba cuando se traslada al paciente a la Unidad de Reanimación Postanestésica. Irá acompañado en todo momento por la enfermera circulante y el anestesista, ambos le irán explicando el curso del proceso, las sensaciones que ira experimentado etc.

Postoperatorio

Se inicia con la admisión del paciente en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA). El profesional de enfermería de la URPA forma parte del equipo quirúrgico. La valoración inmediata y continua es esencial para evitar o detectar complicaciones. Al registrar las observaciones de la valoración, la enfermera completa un registro de la situación individual del paciente, se obtienen datos basales y se comparan con los preoperatorios. Una valoración postoperatoria va de la cabeza a los pies e incluye:

- Aspecto general.
- Constantes vitales.
- Nivel de conciencia.
- Estado emocional.
- Cantidad de respiraciones.

- Color y temperatura de la piel
- Molestias y dolor.
- Náuseas y vómitos.
- Tipo de líquidos intravenosos y velocidad de administración.
- Zona del vendaje.
- Drenajes.
- Diuresis (sonda o capacidad para la micción).
- Capacidad para mover las extremidades.

También se debe orientar al paciente en el espacio y tiempo, es fundamental darle apoyo emocional, ya que el paciente está en una posición vulnerable y dependiente.

Son las normas hospitalarias y las órdenes del médico quienes determinan la frecuencia de las valoraciones de seguimiento. Después de una intervención importante, el profesional de enfermería valorará al paciente cada 15mm durante la primera hora y, si el paciente está estable, cada 30mm durante las siguientes 2 horas, y después cada hora durante las siguientes 4 horas. Ante cualquier complicación es muy importante informar al cirujano o anestesista.

Cuando el paciente ya está despierto y estabilizado se trasfiere a su habitación, el profesional de enfermería de la URPA comunicará información sobre el estado del paciente y las órdenes para la enfermera de la planta antes de que llegue el paciente(15).

3.1.2. La Enfermera Perioperatoria

Anteriormente se le denominaba "enfermera quirofanista", ya que limita el tipo de cuidados que proporciona la enfermera y el lugar donde actúa. Esta nueva terminología refleja la preocupación de la enfermera por el paciente antes, durante y después de la intervención: períodos preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Este cambio se produce como respuesta a la demanda de la sociedad moderna y al desarrollo de su propia función, que consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de las actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento, actividades que el realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios(16).

Para que el paciente asuma su confort físico y psicológico, las actividades de la enfermera perioperatoria deberían dirigirse a asesorar y proporcionar la información adecuada para cada uno de los aspectos relevantes del proceso quirúrgico. Esto se conseguiría mediante el abordaje integral del paciente quirúrgico según la perspectiva holística del ser humano(16).

El proceso perioperatorio tiene un momento intenso de actividad para las enfermeras coincidente con la fase intraoperatoria. En los minutos/horas que puede durar una intervención quirúrgica (IQ) en función de la complejidad, las enfermeras tienen que desplegar una importante actividad en torno al paciente, a la cirugía o al equipo de profesionales que intervienen. De ahí que la presencia de enfermeras en cualquier cirugía hoy en día se considere imprescindible(17).

El enfermero perioperatorio es el responsable de la planificación e implementación de intervenciones de enfermería que minimizan o posibilitan la prevención de complicaciones provenientes del procedimiento anestésico-quirúrgico, objetivando la seguridad, confort e individualidad del paciente(18).

3.2. Ansiedad Perioperatoria

3.2.1. Definición

El diagnóstico enfermero según la NANDA de Ansiedad, la define como vaga sensación de amenaza o malestar acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo(19).

En la tabla 2 están resumidas las características definitorias el diagnostico enfermero “Ansiedad” de la NANDA, las clasifica en seis categorías: conductuales, afectivas, fisiológicas, parasimpáticas, simpáticas y cognitivas.

Tabla 2.- Características definitorias de la Ansiedad según NANDA.

Conductuales	Afectivas	Fisiológicas	Parasimpática	Simpáticas	Cognitivas
*Movimientos extraños.	*Arrepentimiento	*Voz temblorosa.	*Urgencia urinaria.	*Aumento de la respiración	*Bloqueo del pensamiento.
*Disminución de la productividad.	*Irritabilidad.	*Estremecimiento/ temblor de manos.	*Diarrea.	*Aumento del pulso.	*Confusión.
*Control y Vigilancia.	*Angustia.	Inestabilidad	*Trastornos del sueño.	*Dilatación pupilar.	*Preocupación
*Mal contacto ocular.	*Sobresalto.	*Aumento de la transpiración.	*Hormigueo en las extremidades.	*Excitación cardiovascular	*Olvido.
*Lanzar miradas alrededor.	*Nerviosismo	*Tensión facial.	*Disminución del pulso.	*Anorexia.	*Rumiación.
*Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.	*Sobreexcitación.		*Disminución de la TA.	*Palpitaciones *Enrojecimiento facial.	*Deterioro de la atención.
*Insomnio.	*Desconcierto		*Nauseas.	*Vasoconstricción superficial.	*Miedo de las consecuencias inespecíficas.
*Inquietud.	*Preocupación creciente.		*Frecuencia urinaria.	*Espasmos musculares.	*Disminución del campo perceptual.
	*Atención centrada en el yo.		*Desmayo.	*Sequedad bucal.	*Tendencia a culpar a otros.
	*Sentimientos de inadecuación.		*Dificultad para iniciar el chorro de la orina.	*Debilidad.	*Dificultad para la concentración
	*Distrés.			*Dificultad respiratoria.	Conciencia de los síntomas fisiológicos.
	*Temor.				

Fuente: Elaboración propia, información extraída de la bibliografía(19).

La ansiedad se define como un estado en el que se experimenta un sentimiento de incomodidad que con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo; también como una reacción compleja frente a situaciones o estímulos actuales, potenciales o subjetivamente percibidos como peligrosos, aunque sólo sea por la circunstancia de parecer incierto. En el maco hospitalario este concepto debe ser visto de manera global como un

organismo de gran complejidad cognitiva a través de factores como el físico, psíquico, social y espiritual(20).

La intensidad de la ansiedad en una intervención quirúrgica está determinada por varios factores(21):

- La magnitud del agente traumático externo o real, la gravedad de la enfermedad.
- La duración del periodo preoperatorio, cuanto mayor sea la urgencia, menor será el tiempo de adaptación emocional, lo que dará lugar a una crisis de ansiedad.
- Antecedentes familiares sobre intervenciones.
- La capacidad subjetiva el paciente para hacer frente a la ansiedad.

Por lo que vemos, la interacción de múltiples determinantes es lo que favorece la aparición de los trastornos de ansiedad, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos de ánimo.

3.2.2. Epidemiología

Los trastornos de ansiedad (TA) son los trastornos mentales más frecuentes en nuestro entorno sociocultural y con mucha frecuencia se consultan en Atención Primaria. Un estudio reciente epidemiológico estadounidense informó de una prevalencia de vida en los TA del 28.8%(20). Estudios en muestras europeas mostraron resultados similares, con una prevalencia media anual del 12% (7.8%-16.3%) y una prevalencia de vida del 21.1%(20). Entre los más frecuentes destacan las fobias específicas, con una prevalencia anual del 7.6% y una prevalencia de vida del 13.2%(20). En las mujeres se ha observado un probabilidad mayor de tener un TA (30.5%) de prevalencia a lo largo de la vida). Los(20) TA originan un gran impacto negativo en la actividad laboral de la persona, y elevados costes socio-sanitarios. Además, suponen un riesgo elevado de comorbilidad con otras enfermedades médicas y de mortalidad especialmente de origen cardiovascular.

3.2.3. Clasificación

Raymond Cattell (1963, Cattell y Scheier, 1958)(22) fue el primero en formular las distinciones entre ansiedad como un estado emocional transitorio (A-Estado) y las diferencias individuales en tendencia a la intensidad como un rasgo de personalidad relativamente estable (A-Rasgo).

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales más importantes(22).

→ DSM-IV-TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA) esta enumera doce trastornos de ansiedad.

→ CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos.

En la tabla 2 se observan los códigos de la DSM-IV-TR y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) que distinguen los diferentes TA. La DSM-IV-TR a diferencia de la CIE 10 hace una distinción entre el trastorno del pánico (TP) con y sin agorafobia(20).

Tabla 3. Códigos de la DSM-IV-TR y la CIE-10 de los trastornos de ansiedad.

TRASTORNO	DSM-IV-TR	CIE-10
Trastorno de ansiedad generalizada	300.2	41.1
Trastorno de pánico sin agorafobia	300.01	41.0
Trastorno de pánico con agorafobia	300.21	41.0
Agorafobia sin trastorno de pánico	300.22	40.0
Fobia social	300.23	40.1
Fobia específica	300.29	40.2
Trastorno obsesivo compulsivo	300.3	42

Fuente: Elaboración propia, información extraída de la bibliografía(21).

3.2.4. Síntomas

La tabla 4 muestra los síntomas físicos y psíquicos de la ansiedad

Tabla 4.-Síntomas de ansiedad físicos y psíquicos(22).

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.	Preocupación, aprensión.
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
Respiratorios: disnea.	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.	Conductas de evitación de determinadas situaciones.
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.	Inhibición o bloqueo psicomotor. Obsesiones o compulsiones.

Fuente: Elaboración propia extraída de la bibliografía(22).

3.2.5. Tratamiento Médico

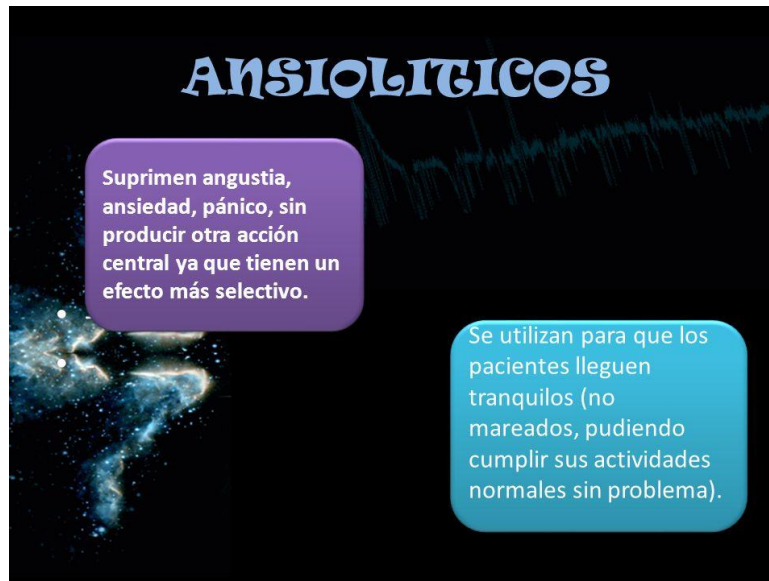
Hay dos opciones que gozan de gran aceptación entre los expertos dada su probada eficacia: la psicoterapia cognitivo conductual y la farmacoterapia(20).

La terapia cognitivo conductual se trata de una terapia psíquica, en la que se intenta un cambio de los pensamientos y de la conducta de una persona. El terapeuta le ayuda a entender el significado de los síntomas de ansiedad, su relación con los problemas que le afectan y los retos con que ha de enfrentarse. Su respuesta suele ser más lenta retardada que la de los fármacos, pero cuando es eficaz suele ser más duradera e incluso al eliminar la causa, lleva a la curación definitiva, cosa que es muy improbable con la medicación.

La farmacoterapia, los medicamentos más utilizados para tratar estos trastornos pertenecen al grupo de los antidepresivos, ansiolíticos (benzodiazepínicos y gabaérgicos) y neurolepticos.

Conviene empezar a dosis bajas, subirlas poco a poco, hasta llegar al nivel necesario para cada paciente.

Figura 1 Ansiolíticos.



Disponible en(23): <http://slideplayer.es/slide/1125030/>

3.2.6. Ansiedad en el Perioperatorio

Cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación posquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil es la convalecencia. Probablemente el momento de toda la hospitalización en el que el paciente experimenta más ansiedad es justo antes de la cirugía(24)(25).

La ansiedad se presenta en cualquier persona de forma transitoria o crónica, puede producir reacciones agresivas que incrementan el estrés experimentado por el paciente, causando un manejo más difícil del dolor en el posoperatorio. En el paciente quirúrgico genera un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico(26).

La ansiedad provoca un incremento en el dolor posoperatorio mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de estancia hospitalaria que repercuten en los costos de la atención. Debido a esto es necesario evaluar y prevenir la ansiedad en todo paciente que va a ser sometido a algún procedimiento anestésico-quirúrgico(26).

La ansiedad en el periodo preoperatorio es un hecho prácticamente constante hasta el momento de la intervención, desencadenando en el organismo una respuesta que se englobaría dentro de la reacción general al estrés, con descarga de catecolaminas, hiperactividad simpática, hipermetabolismo, cambios neuroendocrinos (elevación del glucagón, cortisol, aldosterona, ACTH, prolactina, vasopresina)(12), alteraciones hidroelectrolíticas y modificaciones inmunológicas(24).

Este estado de ansiedad en los pacientes quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a no despertarse jamás, a despertarse en medio de la cirugía, a los errores técnicos, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales, a la posibilidad de morir, y principalmente a la anestesia.etc.(12)(25). Todo ello conduce al estrés psicológico de manera importante. Para enfrentar esto, movilizan sus recursos emocionales y pueden adaptarse al proceso preoperatorio. Con el control de la ansiedad preoperatoria permite disminuir la incidencia de inestabilidad cardiovascular y arritmias cardiacas durante la cirugía, además de favorecer una recuperación más rápida en el posoperatorio al reducir o evitar los trastornos del comportamiento sobre todo en ancianos y niños y que se manifiestan en formas de desorientación, agresividad, requerimientos excesivos de anestesia, conductas psicóticas, hipocinesia, conductas regresivas, lo que produciría un descenso en la morbimortalidad(25).

La ansiedad influye en la anestesia, generalmente los pacientes ansioso suelen necesitar dosis más altas de anestésicos en la inducción de la anestesia. La anestesia en si misma puede estar asociada a fluctuaciones del SNA. Los hipnóticos más empleados son: el propofol, el sevofluorano y el desfluorano. Los mórficos más utilizados el fentanilo, alfentanilo y remifentanilo. Actualmente se utilizan beta-bloqueantes para controlar los episodios de hipertensión de la cirugía, evitando la sobredosificación de opioides. La actuación del anestesista, se verá reflejada en el postoperatorio. La elección de la técnica anestésica, evitando la sobredosificación de fármacos y el uso de dispositivos supraglóticos, redundarán en un mayor confort del paciente y en una recuperación más rápida(25).

Son muchos los estudios que corroboran que una de las principales causas de la ansiedad preoperatoria es la falta de información. Esto está avalado por Moerman et al. quienes concluyeron que los pacientes que no se habían sometido nunca a una operación, requerían un nivel más sofisticado de información, mayor que los que no habían experimentado una intervención previa(24).

La labor de la ansiedad en la recuperación de una operación fue estudiada por Janis en 1958, defendía la existencia de una línea curva entre la ansiedad y el dolor. En su teoría decía que los niveles moderados de ansiedad ayudaban a preparar al paciente para el dolor de la cirugía. Los niveles de ansiedad más bajos o más altos de lo normal se consideran desadaptativos, afectando de forma negativa a la recuperación. Niveles bajos de ansiedad podrían dejar al paciente sin preparación para el dolor posoperatorio y niveles altos podrían sensibilizar al paciente para estímulos nocivos(27).

La literatura actual y la investigación se basan en la teoría lineal y dicen que con el aumento de la ansiedad se produce un aumento del dolor. Así, si la relación es tan evidente entre la ansiedad preoperatoria y el dolor postoperatorio, sería importante poner los medios necesarios para identificar los pacientes con altos niveles de ansiedad, y prepararlos adecuadamente, contra la ansiedad y el dolor(27).

3.2.7. Factores que influyen en la Ansiedad Perioperatoria

El acto anestésico-quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que la atención debe enfocarse a disminuir la ansiedad mediante una adecuada atención hospitalaria que incluya consulta preanestésica, preparación psicológica y/o farmacológica del enfermo(26).

Análisis previos han demostrado que en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos desde una semana antes del procedimiento(26).

La presencia de ansiedad en el período preoperatorio es una variable en cada paciente y depende de varios factores: edad, sexo, estado socio económico, ocupación, estado físico, tipo de cirugía, de anestesia, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica proporcionada, etc.(26).

Existen factores externos al propio individuo así como: el hospital, el quirófano, las técnicas aplicadas, etc. y factores internos o individuales como son: la personalidad, percepción de amenaza, percepción de control de la situación, etc. que son los responsables de las manifestaciones de ansiedad(24).

3.2.8. Escalas para medir la Ansiedad

La puntuación de evaluación de la ansiedad preoperatoria se realiza con:

- "Amsterdam preoperative anxiety and information scale" (APAIS). Esta puntuación incluye seis preguntas a las que el paciente debe responder según una escala de 5 puntos, de 1= absolutamente no a 5 = enormemente. Cuatro preguntas evalúan la ansiedad en relación con la anestesia y la intervención (puntuación total de 4 a 20) y dos preguntas se refieren a la demanda de información (puntuación total de 2 a 10) (Moerman et al 1992)(28).
- Escala de Hamilton para la ansiedad (Hamilton Anxiety Scale, HAS) Fue diseñada en 1959. Consta de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último valora el comportamiento del paciente durante la entrevista(29).
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970)(30) en la versión española (1982), cuya escala original 1-4 se modifica por 0-3. Consta de dos cuestionarios ansiedad estado (AE) y ansiedad rasgo (AR), cada uno a su vez consta de 20 ítems, con cuatro grados de precisión, valores altos de AE indicarían un grado elevado de ansiedad situacional, mientras que valores elevados de AE se corresponderían con una personalidad ansiosa(31).
 - Ansiedad Rasgo: tendencia a percibir las situaciones como amenazantes con una subida de la ansiedad.
 - Ansiedad Estado: período transitorio caracterizado por un sentimiento de tensión, aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar tanto en el tiempo como en la intensidad.

Es de carácter psicométrico, mide la parte psicológica, y así permite justificar y obtener dimensiones de variables psicológicas(32).

Es uno de los cuestionarios más utilizado en la mayoría de estudios, de hecho Muñiz y Fernández-Hermida (2010)(30) encontraron que es el 7º cuestionario más utilizado en España. En este trabajo hemos decido utilizarlo ya que nos parece sencillo de realizar y de fácil comprensión.

3.3. El Dolor

3.3.1. Definición

En el Diccionario Mosby de medicina, enfermería y ciencias de la salud(33), el dolor se define como *“sensación desagradable provocada por la estimulación perjudicial de las terminaciones nerviosas sensitivas”*. La Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP), define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable descrita en términos de daño y asociada a un lesión tisular real o potencial(34). Se considera dolor a la activación sensorial inmediata del sistema nociceptivo, y de unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares, señal de alarma iniciada por los sistemas protectores del organismo(35)(36).

El dolor es individual y subjetivo. El dolor que experimenta cada individuo es el resultado de la interacción de múltiples variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Melzack(37) considera que la interacción de estas variables determina un sistema funcional cerebral llamado *“neuromatrix”* que es el responsable de dar las características personales de esa percepción dolorosa.

3.3.2. Tipos

El dolor se clasifica atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, por último según su farmacología.

Según su duración(38):

- Dolor agudo de inicio brusco, suele ser temporal y localizado. El dolor que dura menos de seis meses y tiene una causa identificada. Se suele definir como el dolor que se genera por una lesión tisular, traumatismos, una intervención quirúrgica o inflamación. Las características de las respuestas físicas son: taquicardia, taquipnea, aumento de la TA, midriasis sudor, palidez. La repercusión psicológica suele ser miedo y ansiedad. Este tipo de dolor se considera como un mecanismo de defensa ante un daño que genera la activación del sistema nociceptivo(38).

En la tabla 5 se explican las características definitorias del dolor agudo según NANDA.

Tabla 5.- Características definitorias del dolor agudo según NANDA.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DEL DOLOR AGUDO SEGÚN NANDA		
<ul style="list-style-type: none"> • Informe verbal o codificado • Observación de evidencias. • Posición antiálgica para evitar dolor. • Alteración del tono muscular. • Conducta expresiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestos de protección. • Conducta de defensa. • Mascara facial. • Centrar la atención en sí mismo. • Cambios en el apetito y en la ingesta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño. • Estrechamiento del foco de atención. Conductas de distracción. Respuestas autónomas.

Fuente: Elaboración propia, información extraída de la bibliografía(19).

El dolor agudo se puede clasificar en(38):

- Dolor superficial, cutáneo o periférico, Originado en la piel, las mucosas o el tejido celular cutáneo.
- Dolor somático originado a nivel osteoarticular, (músculos, articulaciones, hueso y ligamentos...).
- Dolor visceral se origina en los órganos corporales. Es sordo y mal localizado por el bajo número de nociceptores. Se asocia a náuseas y, vómitos, hipotensión e inquietud.

→ Dolor crónico es un dolor prolongado que suele durar más de 6 meses. No siempre se asocia a una causa identificable. El dolor crónico reduce el umbral para el dolor debido al agotamiento de la serotonina y las endorfinas en las neuronas, lo que conduce a la depresión y la irritabilidad (Schaffer y Yucha, 2004)(38).

El dolor crónico postoperatorio es raro pero puede aparecer tras incisiones en la pared torácica, una mastectomía radical, un disección radical del cuello y un amputación quirúrgica(38).

Según su patogenia(36).

- Dolor neuropático: Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Es un dolor punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.
- Nociceptivo: Es el más frecuente, es la consecuencia de una lesión visceral o somática. La relación dolor- lesión es proporcionada.
- Psicógeno: Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Es típica la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

Según su localización(36).

- Dolor local es un tipo de dolor localizado, limitado, suele aparecer en la región donde se produce el daño.
- Dolor propagado la causa está lejos de donde se localiza el dolor. Puede ser:
 - Irradiado: se produce por la lesión de una fibra sensitiva dolorosa, a distancia de su terminación.
 - Referido: se produce sin que haya lesión en las estructuras neurales y se propaga por la metámera correspondiente a la zona de dolor profundo original. Puede aparecer cuando hay un dolor profundo de gran intensidad.

Según su curso(36).

- Continuo: persiste a lo largo del día y no desaparece.
- Irruptivo: exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable.

Según su intensidad(36).

- Leve: puede realizar actividades habituales.

→ Moderado: interfiere con las actividades habituales.

→ Severo: interfiere con el descanso.

Según los factores pronósticos de control del dolor(36).

→ Es el dolor difícil que no responde a la estrategia analgésica habitual (escala analgésica de la OMS).

Según la farmacología(39):

→ Responde bien a opiáceos: dolores viscerales y somáticos.

→ Parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo y el dolor por compresión de nervios periféricos.

→ Escasamente sensible a opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos.

Tabla 6.- Clasificación del dolor según criterios:

SEGÚN CRITERIOS DE	TIPO DE DOLOR	
Temporalidad	Agudo	Crónico
Neurofisiológico	Nociceptivo	Neuropático
Etiológico	Físico	Psicógeno
Localización	Local	Proyectado

Fuente: Elaboración propia, información extraída de la bibliografía(36,40).

3.3.3 Dolor Postoperatorio

En 1973 se crea la primera Unidad de Terapéutica del Dolor en España(40).

La Sociedad Americana del Dolor es la responsable de promover la concepción del dolor como “quinto signo vital” desde 1995. Si el dolor fuera considerado con la misma relevancia con que se asumen otros signos vitales, tendría más oportunidades de ser abordado adecuadamente. De ahí la necesidad de formar a los especialistas y personal de Enfermería para que traten el dolor como un signo vital más. Una asistencia de calidad pasa porque el dolor se mida, se registre y se trate(37).

El dolor postoperatorio se define como un dolor agudo en respuesta a una agresión quirúrgica, considerado una realidad ineludible ligada al acto quirúrgico y al periodo postoperatorio, siendo considerada la cirugía superior de tórax como una de las más dolorosas(35).

Es el dolor provocado como consecuencia de la activación de nociceptores por el traumatismo quirúrgico. Existen muchos factores que lo modulan, los que dependen del paciente, del tipo de intervención quirúrgica, de las estructuras afectadas, y del manejo anestésico.(35).

Existen dos mecanismos implicados en la producción del dolor postoperatorio, el primero por una lesión directa sobre las fibras nerviosas de las diferentes estructuras afectadas por la técnica quirúrgica, y la segunda, por la liberación de sustancias algógenas capaces de activar y sensibilizar los nociceptores(42).

Los impulsos nociceptivos, cuando alcanzan los centros nerviosos, dan lugar a respuestas de carácter segmentario, que son los que provocan la aparición de espasmos musculares y vasculares, suprasegmentario, causan hiperventilación, incremento del tono simpático e hiperactividad endocrina y cortical, provoca respuestas físicas y fisiológicas. Estas respuestas definen la reacción del organismo frente a la agresión y constituyen la base que explica los problemas postquirúrgicos ligados a la presencia del dolor(42).

3.3.4.Repercusiones y Complicaciones provocadas por el Dolor Postoperatorio(42):

- Complicaciones respiratorias: disminución del volumen tidal, aumento de la frecuencia respiratoria, inhibición voluntaria de la tos, aumento de la frecuencia de atelectasias y acúmulo de secreciones, favoreciendo la aparición de hipoxemia, neumonías y fracaso respiratorio. Las complicaciones respiratorias con la causa de un 25% de la mortalidad.
- Complicaciones cardiocirculatorias: el dolor provoca la liberación de catecolaminas secundaria a la hiperactividad simpática, esto provoca un aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial, del índice cardíaco y del consumo de oxígeno del miocardio. Así mismo, debido a la presencia de vasospasmo, a la inmovilidad, al aumento del estasis venoso y al aumento de la agregabilidad plaquetaria, está aumentada la incidencia trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
- Complicaciones metabólicas: El dolor postoperatorio da lugar a un aumento de la secreción de múltiples hormonas, catecolaminas, hormona adenocorticotropa,

hormona del crecimiento, antidiurética, prolactina, vasopresina, glucagón, aldosterona. Además la secreción de insulina esta inhibida condicionando una situación de intolerancia a los hidratos de carbono.

- Complicaciones digestivas: Debido a los reflejos segmentarios y a la hiperactividad simpática se produce íleo paralítico siendo frecuente la presencia de náuseas y vómitos, también hay un aumento de las secreciones intestinales.
- Complicaciones urológicas: Se produce un deterioro en la inmunidad con disminución de la quimiotaxis, disminución de la función de los linfocitos T y B, de las inmunoglobulinas y de C3 y C4. El aumento del tono simpático favorece la retención urinaria.
- Complicaciones musculo-esqueléticas: Se produce atrofia muscular por la inmovilidad con limitación funcional.
- Complicaciones psicológicas: Se producen reacciones de tipo psicológico como la angustia, el miedo y la depresión. Estas reacciones pueden desencadenar situaciones de agresividad, y agitación.

La ansiedad constituye uno de los problemas más relevantes en el contexto quirúrgico, y en general se acepta que a mayor ansiedad mayor dolor.

Las complicaciones circulatorias causadas por el dolor, junto con las respiratorias, son una de las causas más importantes de mortalidad postoperatoria, cerca de un 23% de las muertes en el postoperatorio están asociadas a las complicaciones cardiovasculares(35).

En la actualidad el dolor agudo postoperatorio persiste como un síntoma de elevada prevalencia. En diferentes países se ha demostrado que entre un 20 y un 70% de los pacientes lo padecen, incluyendo pacientes sometidos a cirugía ambulatoria(39).

3.3.5. Prevalencia del Dolor Postoperatorio

La incidencia, intensidad y duración del dolor que experimenta un paciente después de una intervención quirúrgica, no son bien conocidas, porque no se han realizado los necesarios trabajos de investigación, adecuadamente diseñados que correlacionen las variables intensidad/ tiempo del dolor, después de cada intervención quirúrgica y que, de realizarse en

condiciones controladas, permitirían la valoración precisa de los múltiples factores que influyen en el dolor postoperatorio(44).

Se puede deducir, “ la incidencia, intensidad y duración del dolor postoperatorio varían considerablemente de un paciente a otro, de una a otra intervención quirúrgica, de uno a otro hospital e incluso de un país a otro”(44).

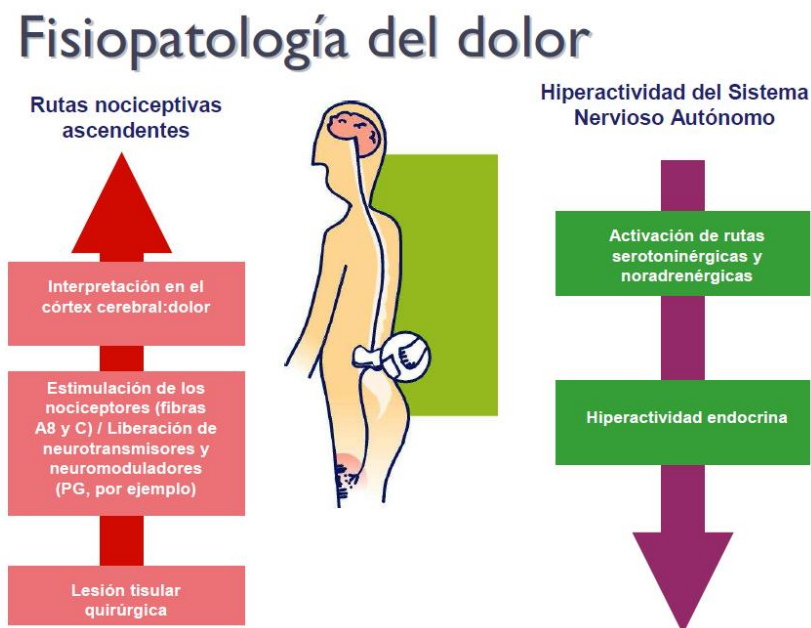
3.3.6. Fisiopatología del Dolor

Wall ha propuesto una nueva clasificación del dolor en dos tipos(44):

- Dolor fisiológico: presenta un umbral alto, bien localizado y transitorio, con una reacción estímulo-respuesta similar a la de otras sensaciones. Está mediado por fibras Ad y C, mientras que las sensaciones inocuas lo están a través de fibras Ab.
- Dolor clínico: Es el experimentado tras una lesión tisular o nerviosa similar a la producida por la lesión quirúrgica. Se puede subdividir en inflamatorio (asociado a lesión tisular) y neuropático, secundaria a la lesión del tejido nervioso.

El dolor clínico se asocia con cambios en la sensibilidad, tanto a nivel periférico como central, y da como resultado una respuesta exagerada de estímulos dolorosos a nivel de la lesión, una amplitud del área de respuesta exagerada a tejidos no lesionados y una reducción en la intensidad del estímulo necesario para producir dolor, de tal forma que estímulos que antes no producían dolor, ahora sí lo hacen.

Figura 2 Fisiopatología del dolor



Disponible en(45): <http://www.slideshare.net/rajeevharshe3/interventional-pain-management-by-dr-rajeev-harshe>

3.3.7. Factores que influyen en el Dolor Postoperatorio

El dolor postoperatorio, no sólo depende del acto quirúrgico, sino que está ligado a una serie de factores que explicarían la variabilidad de la magnitud del dolor experimentado por cada paciente(40).

Estos factores se pueden reunir en cuatro grandes grupos (46):

- Dependientes del paciente: como la edad, sexo y el estado emocional.
- Dependientes de la intervención y técnica quirúrgica, la duración de la misma y el abordaje quirúrgico.
- Dependientes de la técnica anestésica: La forma de administración del anestésico, la vía de administración o el uso de anestesia general o locorregional.
- Otros factores: Como la formación y las actitudes del personal sanitario relacionadas con el tema del dolor, la colaboración interservicios, en especial entre cirujanos y anestesiólogos, las instalaciones, los medios técnicos que se disponen, etc.

3.3.8. Tratamiento del Dolor Agudo

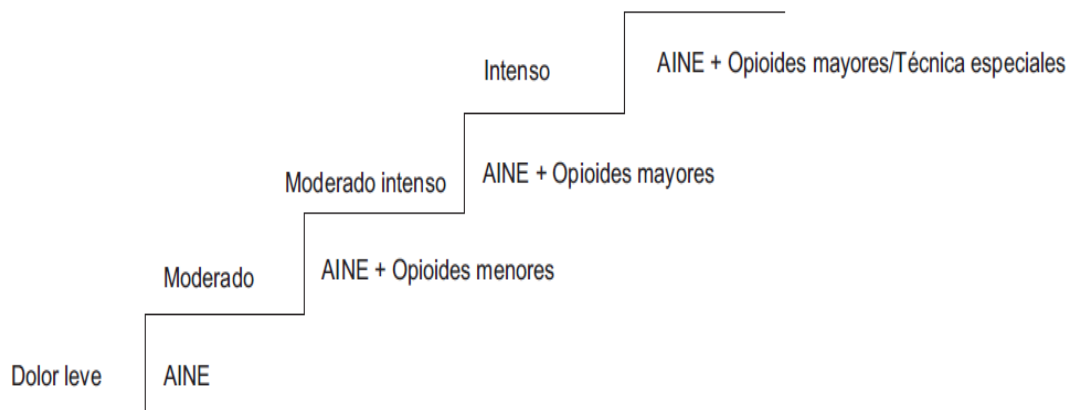
El correcto tratamiento del dolor agudo postoperatorio tiene como objetivos(47):

- Minimizar el malestar del paciente.
- Facilitar la recuperación postoperatoria.
- Evitar las complicaciones deletéreas relacionadas con el dolor.
- Permitir una movilización activa y pasiva precoz para conseguir una plena recuperación funcional.
- Eliminar o controlar de manera efectiva los efectos secundarios asociados al tratamiento.
- Evitar la cronificación del dolor.

Las medidas terapéuticas para alcanzar estos objetivos son:

- Analgésicos no opioides: AINES y paracetamol.
- Analgésicos opioides.
- Técnicas analgésicas especiales.
- Analgesia regional: epidural, bloqueos periféricos e infiltraciones, bloqueos en la pared abdominal, hemorroidal, infiltración parietal de la cicatriz, infiltración parietal continua con catéter.etc.
- Analgesia controlada por el paciente (ACP).

Figura 3 Escala de tratamiento del dolor agudo.



Fuente(47)

Medidas no farmacológicas(42).

Especialmente se usan en pacientes ambulatorios.

- La estimulación eléctrica transcutánea (TENS) ha demostrado reducir las puntuaciones de dolor tras la cirugía de rodilla, y hay estudios que indican una reducción del 15 a 30% en los requerimientos de opioides postoperatorios. Pero también existen estudios que no demuestran ningún beneficio de esta técnica en el dolor agudo.
- La acupuntura también ha sido probada con resultados variables.
- El uso de la crioanalgesia después de la cirugía ortopédica parece eficaz, a la vez que reduce el edema postoperatorio.
- La preparación psicológica para el procedimiento quirúrgico reduce las necesidades de analgésicos postoperatorios.

3.3.9. Medición del Dolor

→ Según Melzack (24) “dado que el dolor es una experiencia personal privada, es imposible para nosotros conocer con precisión el dolor que padece otra persona, “podemos abandonar cualquier intento de medir el dolor. Sin embargo, un fenómeno como el dolor debe ser medido, habiéndose ideado numerosos instrumentos para determinar su intensidad. Asimismo, se han desarrollado medidas para valorar los efectos que éste tiene sobre la conducta, y el empleo de instrumentos para la cuantificación de la experiencia dolorosa ha proporcionado buenos resultados clínicos y científicos.

→ Ya en el siglo XIX se realizaron intentos para medir el dolor. Los estudios psicofisiológicos de Keele después de la segunda Guerra Mundial sirvieron para entender mejor las técnicas de medición del dolor. Hardy y cols dieron ímpetu a la ciencia de determinación del dolor, que posteriormente dio origen a la analgesimetría. Beecher en 1959 siguió la tradición identificando los rasgos que permiten calificar el dolor clínico utilizando respuestas subjetivas del paciente. En la actualidad las escalas descriptivas simples u ordinales, analógicas y los métodos compartimentados parecen constituir un método válido y simple para determinar el grado del dolor(48).

→ Las características propias y distintivas de los tipos de dolor agudo y crónico implican que los instrumentos de valoración sean diferentes(48):

- Unidimensionales miden la intensidad del dolor, utilizados en el dolor agudo. Pertenecen a este grupo:
 - Escalas de Valoración Verbal descrita por Keele en 1948. Como la Escala verbal numérica (EVN) y la Escala descriptiva.
 - Escalas visuales: como la Escala numérica (EN), Escala luminosa de colores de grises, Escala de las caras, Escala visual analógica (EVA).
- Multidimensionales miden la intensidad, cualidad, efectos psicológicos y sociales del dolor, utilizadas en dolor crónico.

→ La Escala EVA ideada por Huskinsson en 1976(49) permite obtener una puntuación objetiva de un síntoma subjetivo como es el dolor. Es una escala simple que cuantifica

la intensidad del dolor de forma breve, aun cuando requiere un cierto grado de comprensión y colaboración por parte del paciente. Consiste en una línea horizontal de 10cm de longitud, orientada de izquierda a derecha, limitada por extremos bien definidos que van de "sin dolor" al "máximo dolor". El paciente señala sobre la línea la intensidad con la que percibe su dolor, en relación con los extremos, punto que se corresponde con una puntuación de 0 a 10 en el reverso. Es una de las escalas más utilizadas por su validez, fiabilidad y su capacidad para reflejar los cambios en la intensidad del dolor (43).

La valoración es continua en la URPA (Unidad de Recuperación Post- Anestésica), la registraremos cada 15mm, siempre que sea mayor de 3-4. Es criterio de alta un EVA de 3 o menos.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Valorar la eficacia de una intervención de enfermería para disminuir la ansiedad perioperatoria y el dolor postoperatorio en el paciente quirúrgico programado en el hospital de Barbastro.

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar si los factores sociodemográficos y clínicos influyen sobre la ansiedad pre y postquirúrgica y sobre el dolor postquirúrgico.
- Valorar si una intervención de enfermería previa a la cirugía disminuye la Ansiedad perioperatoria.
- Valorar si una intervención de enfermería previa a la cirugía disminuye el Dolor Postoperatorio.
- Analizar las diferencias entre el grupo de intervención y el grupo control en cuanto la ansiedad perioperatoria y el dolor postoperatorio antes y después de la intervención de enfermería.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1 Tipo de Estudio

Se ha diseñado un estudio cuasi-experimental, del tipo antes y después de la intervención con un grupo de control. Estableciéndose dos grupos de pacientes intervenidos quirúrgicamente.

5.2 Lugar de Estudio

El Hospital de Barbastro, ubicado en la Provincia de Huesca. Cubre la asistencia de seis comarcas: Sobrarbe, Ribagorza, Barbastro, La Litera, Cinca Medio, Bajo Cinca. Con una población de 107.000 habitantes, según el INE de 2012.

El hospital está situado en la ciudad de Barbastro, capital del Somontano, con una población de 17.210 habitantes.

El Hospital cuenta con 161 camas, 16 equipos de Hemodiálisis, 1 Mamógrafo, y 1 Tomografía Axial Computerizada.

5.3 Población y Muestra

Todos los pacientes programados e ingresados para una intervención quirúrgica en el Hospital de Barbastro en el año 2013. En total fueron 4.621.

La muestra se calcula para estimar una proporción y, debido a que se desean estimar varios parámetros, se elige la postura de máxima indeterminación ($p = 50$), asumiendo un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, el tamaño muestral resultante es de 376 pacientes que serán distribuidos 188 en el grupo de intervención y 188 en el grupo control.

Criterios de inclusión

- Pacientes programados que ingresan en el Hospital de Barbastro para realizarse una intervención quirúrgica de las especialidades anteriormente mencionadas.
- Pacientes que no tengan dificultad para comunicarse por presentar alteraciones psicológicas, demencias, incapacidad para el habla o barrera idiomática.

Criterios de exclusión

- Los pacientes que se prevea que puedan ser trasladados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) después de la intervención.

- Los pacientes intervenidos de urgencia.
- Pacientes con un peso inferior a 20 Kg.
- Pacientes que presentan deterioro cognitivo y no son capaces de comprender y responder a los cuestionarios.
- Pacientes que no puedan firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que rechacen colaborar en el estudio.

5.5. Variables

5.5.1 Variables del preoperatorio

→ *Las variables sociodemográficas que se valoran en este trabajo son:*

- Edad: variable dependiente cuantitativa recogida a partir de la fecha de nacimiento y hasta el día que se realizó la última intervención.
- Sexo: Variable cualitativa nominal dicotómica, si la persona encuestada es hombre o mujer.
- Nivel de estudios: variable cualitativa ordinal. Se dividió en cuatro respuestas posibles: Ninguno/ Primarios/ Secundarios/ Superiores.
- La situación laboral: si se encuentra activo, en el paro, jubilado u otros, como puede ser ama de casa.
- Estado civil: variable cualitativa nominal con tres categorías: soltero, casado o viudo.
- Distancia al hospital: desde el lugar donde reside en kilómetros.
- Ayuda en el domicilio: si dispone de ayuda para sus cuidados en el domicilio.

→ *Variables relacionadas con el estado psicológico del paciente:*

- Consumo de psicofármacos: antidepresivos, ansiolíticos y antiepilépticos. Variable cualitativa nominal. Fuente de información la historia clínica del paciente.

- Presencia de síntomas depresivos: Se medirá mediante la escala CES-D. Consta de un cuestionario de 22 ítems, con una respuesta de (0=nunca o casi nunca a 4 siempre o casi siempre. El puntaje de la escala tiene un rango de 0-60. Se considera estado depresivo una puntuación ≥ 17 (45). La fuente de información la historia clínica del paciente.
- Medicación habitual: tipo Si/No. Variable cualitativa nominal. Fuente de información la historia clínica del paciente.
- Toma Sintron: Tipo Si/No. Fuente de información la historia clínica del paciente.

→ *Variables clínicas:*

- Diagnóstico clínico y diagnóstico quirúrgico: Fuente de información la historia clínica del paciente.
- Complicaciones en intervenciones anteriores: Variable cualitativa. Con respuestas Si/No. Fuente de información la historia clínica del paciente.
- Intervenciones anteriores: Variable cualitativa nominal, con respuesta Si/No. La fuente de información la historia clínica del paciente.
- Premedicación: sedante o profiláctica: Variable cualitativa nominal. Respuesta Si/No. Fuente de información la historia clínica del paciente.

→ *Variables a cerca de la intervención quirúrgica:*

- Especialidad quirúrgica: tipo de especialidad a la que pertenece. Variable cualitativa nominal. CIR/ COT/ OFT/ URO/GINE/ORL. La fuente de información la historia clínica del paciente.
- Conocimiento de la anestesia: tipo de anestesia que se le ha administrado al paciente. Respuesta: General, Bloqueo Neuroaxial, Intradural y Locorreional. Variable cualitativa nominal. La fuente de información la historia clínica del paciente.

→ La ansiedad: se valorara en dos momentos diferentes, antes de la intervención, es decir, en el preoperatorio y posterior a la intervención, en el postoperatorio. Variable cuantitativa. Se medirá con la escala STAI Ansiedad-Estado y Ansiedad-rasgo (31).

- Ansiedad antes de la intervención.
- Ansiedad después de la intervención.

Fuente de información: el cuestionario administrado en el preoperatorio y en el postoperatorio.

5.5.2 Variables del Postoperatorio

→ **El dolor**

Definición: se valorara el nivel de dolor del paciente durante el postoperatorio.

Tipo de variable: cuantitativa continua.

Cómo se mide: Se llevará a cabo a través de la escala EVA (anexo 3). Se medirá en una línea de 0 a 10 cm, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el estado de máximo dolor. El nivel 3 es el valor máximo permitido de dolor en reposo.

La fuente de información: en el postoperatorio la escala EVA.

→ **La ansiedad**

Definición: Se determinara el nivel de ansiedad del paciente. Se valorará en dos momentos diferentes del proceso quirúrgico, en el preoperatorio y en el postoperatorio. Nos aporta dos variables de idénticas características, donde solo varía el momento de la medición.

Tipo de variable: Cuantitativa continua.

Como se mide: Se medirá con la escala STAI (anexo 2). Consta de dos cuestionarios ansiedad estado (AE) y ansiedad rasgo (AR), cada uno a su vez consta de 20 ítems, con cuatro grados de precisión.

Fuente de información: Cuestionario administrado en el preoperatorio y en el postoperatorio.

5.6. Intervención

5.6.1 Objetivo

Con la presente intervención de enfermería se pretende disminuir la ansiedad perioperatoria y el dolor postoperatorio de los pacientes ingresados programados en el hospital.

5.6.2 Fases previas

Se realizarán varias reuniones:

Una primera reunión con la supervisora del bloque quirúrgico, para explicarle la intervención que planteamos en el estudio.

Una segunda reunión con todas las enfermeras que componen el servicio de quirófano, la supervisora y las enfermeras de la URPA (unidad de reanimación post- anestésica). De nuevo se explicaría en qué consiste la intervención de enfermería, la importancia de que el personal se implique, los beneficios para los pacientes.

Para la realización de la visita prequirúrgica, se deberían organizar dos grupos de enfermeras para evitar contaminaciones en los grupos. Las enfermeras responsables de atender a los pacientes del grupo experimental se les preparará para realizar la visita prequirúrgica de forma similar. A las responsables del grupo control se les indicará que registren las variables sociodemográficas y clínicas.

5.6.3 Distribución de los Grupos

Se formarán dos grupos, el grupo control constituido por pacientes que solo recibirán la visita preoperatoria del anestesista y el grupo experimental constituido por pacientes que recibirán la visita preoperatoria del anestesista y la intervención enfermera protocolizada encaminada a disminuir la ansiedad. La diferencia entre la intervención realizada al grupo experimental y al grupo control consistirá, en que al grupo control, no se le dará información adicional por parte del personal del bloque quirúrgico, sólo la actuación de rutina que consistirá en verificar la preparación pre quirúrgica del paciente y de responder a las preguntas demandadas en relación al acto quirúrgico. Mientras que al grupo experimental, se le realizará un visita enfermera pre quirúrgica, de unos 15 mm de duración por parte del personal de enfermería de quirófano. Dicha visita se realizara con una guía, de forma individual, estructurada y detallada, sobre el antes, durante y después de la intervención, permitiendo aclarar dudas y respondiendo a sus preguntas.

Los pacientes se escogerán consecutivamente, tanto los que acuden a la visita de rutina preoperatorio del anestesista, como a la visita de enfermería, hasta que se haya conseguido la muestra requerida.

5.6.4 Procedimiento

En la sala de acogida, es donde se realizará la intervención a cargo de la enfermera responsable, que constará de los siguientes puntos:

- El paciente permanecerá en esta sala hasta la entrada al quirófano, aquí, recibirá la visita del anestesista y de los cirujanos que le atenderán durante la intervención.
- La enfermera que atiende se identificará con su nombre y le acompañará mientras permanezca en esta sala, le explicará todo el proceso y le realizará unas preguntas relacionadas con la intervención como: ¿padece usted alguna alergia?, ¿Está en ayunas?, ¿lleva algún objeto metálico, prótesis dental, móvil? ¿Se ha realizado la higiene con el jabón antimicrobiano? Etc.
- Se le explicará la necesidad de la canalización de un vía intravenosa, por la que se le administrarán fármacos antes de la intervención (tranquilizantes, antibióticos...) durante (anestésicos) y después (analgésicos para el dolor). Le informará también si es necesaria la colocación de una sonda vesical y de una sonda nasogástrica.
- La enfermera le preguntará si sabe en qué consiste la intervención que se le va a realizar, en el caso de que no lo sepa le explicará:
 - El tipo de intervención y el tiempo de duración aproximado dependiendo de la cirugía.
 - La postura en la que se le colocará mientras dure el proceso quirúrgico, en todo momento permanecerá tapado mediante una sábana conectada a una estufa eléctrica, para evitar que el paciente pase frío.
 - Si va a ser necesaria o no la rasuración de la zona de la intervención. En caso afirmativo, se le informaría de que dicha rasuración se va a realizar con una rasuradora eléctrica, solo en la zona afectada y de que no le va a ocasionar ningún dolor.

→ Se le informará del tipo de anestesia que se le va a administrar. Si es anestesia general, se suministrará los fármacos a través del gotero, lo cual le producirá un sueño profundo, relajación y ausencia de dolor. La enfermera le advertirá de la importancia de que cuando empiece a notar sueño piense en algo placentero y relajante, de este modo cuando despierte estará más tranquilo.

→ En el caso de que la anestesia sea loco-regional, se le informará de que el anestesista la inyectará el medicamento alrededor de la médula espinal, en la zona lumbar. Para que sea más rápido y efectivo, se le ayudará a colocarse en una posición correcta con la máxima relajación posible. También se le comentará que las anestésicas más utilizadas actualmente son la anestesia raquídea y la anestesia epidural.

Una vez administrada la anestesia se le explicará que tendrá una sensación de acorchamiento, dificultad para mover las piernas y ausencia de dolor, y que estos efectos desaparecerán completamente al cabo de unas horas.

→ La enfermera le advertirá de que dependiendo del tipo de cirugía y de la anestesia utilizada permanecerá mayor o menor tiempo en ayunas después de realizada la intervención.

→ Cuando se traslade al enfermo en una camilla al quirófano:

- La enfermera le presentará a todo el equipo que permanecerá presente durante la intervención.
- Le ayudará a pasarse desde la camilla hasta la mesa de operaciones, en todo momento preservará cuidadosamente su intimidad.
- Se asegurará de su comodidad al aplicar las sujeciones, y se le explicará que se las colocan para su seguridad.
- Le recordará que la enfermera circulante estará en todo momento pendiente de él/ella. Así mismo será ésta quien le monitorice las constantes vitales.
- La enfermera informará al personal de quirófano sobre cualquier condición especial del paciente: sordera, ceguera, deterioro de la movilidad, etc.

→ Una vez finalizada la intervención y el paciente esté despierto de la anestesia:

- La enfermera lo acompañará a la URPA (Sala de despertar) o a la UCI (Unidad de cuidados intensivos) dependiendo del tipo de intervención.
 - Se le explicará también que dependiendo del tipo de cirugía va a llevar un determinado número de vías periféricas o centrales, sondas, drenajes, redones, elastómeros, etc.
 - La enfermera le explicará también que mientras permanezca en este servicio, estará monitorizado para seguir controlando sus constantes vitales, y que le administrará la medicación necesaria para controlar el dolor o cualquier molestia que pudiera tener.
 - El paciente permanecerá en esta unidad hasta que el anestesista considere que está en condiciones de pasar a la planta de hospitalización. También se le comunicará que el período de estancia es variable y que depende del tipo de intervención, de la anestesia utilizada y de la respuesta del paciente.
- Le enfermera le comentará aproximadamente cuanto tiempo deberá guardar reposo en cama y de qué actividades contribuirán a su recuperación postoperatoria y a evitar complicaciones. Dichas actividades serán: ejercicios respiratorios y de las extremidades inferiores e instrucciones de movilización específicos en cada cirugía.
- La enfermera le explicará que la familia será informada en el momento en que finalice la intervención, y durante la misma si fuera preciso.

5.6.5 Cronograma de la Intervención

Tabla 7 Cronograma.

Actividades	Tiempo de estudio (2014-2015)							
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Revisión de la literatura y búsqueda bibliográfica del tema								
Elaboración del marco teórico y de los objetivos								
Reunión con la Supervisora y las enfermeras.								
Diseño y realización de la intervención								
Análisis y revisión.								
Conclusiones y aspectos a mejorar								
Entrega del trabajo								

6. BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

El período de búsqueda de evidencias científicas ha sido constante durante todo el tiempo previsto para la realización del trabajo, en todo momento la información se ha ido actualizando. Desde el mes de octubre al mes de enero han sido los meses en los que he dedicado más tiempo en la búsqueda de información.

6.1 Bases de Datos Consultadas

Para la elaboración de este trabajo he consultado:

- Las principales bases de datos de Ciencias de la Salud tales como: Pubmed, Scielo, Cuiden Plus, Elsevier.
- Páginas Web de diferentes organismos e instituciones nacionales (Sistema Nacional de Salud) e internacionales (OMS, Consejo Europeo, etc.) relacionadas con las estrategias y recomendaciones en el bloque quirúrgico.
- Información Online: <http://scholar.google.es>.
- Búsqueda intuitiva en Google y la bibliografía referencial en los artículos encontrados y seleccionados.

6.2 Palabras Clave

Las palabras clave son fruto de los descriptores DeCS (español) y MeSH (inglés):
Ansiedad, dolor postoperatorio, intervención quirúrgica, enfermera perioperatoria.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

7.1. Principios

Para hablar de la ética del cuidado, primero tenemos que entender la Ética Sanitaria que es: “el bien interno de la sanidad, el bien del paciente, familia y comunidad, aplicando los principios de la atención primaria de salud”.

En esta intervención se respetan los 4 principios éticos fundamentales: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía(46)(47).

El principio de Beneficencia, comporta la obligatoriedad de hacer el bien, maximizando los beneficios posibles y reduciendo los riesgos. Es preciso comunicarse con el enfermo para conocer el concepto de “bien” y respetarlo.

Con respecto a la información, este principio exige ofrecer alternativas e informar adecuadamente sobre ellas, para que el paciente pueda elegir con conocimiento lo más cercano a su concepto de bien. Cuando una persona no puede decidir por sí misma también hay que hacerle el bien, a través de quienes le conocen y hablen por ella.

El principio de no Maleficencia, obliga no solo a no hacer el mal, sino también, a tratar a las personas con igual consideración y respeto, todos tiene obligación de cumplirlo y los demás pueden obligarnos a cumplirlo.

Justicia, hay que tratar a todos con justicia, con equidad, todos somos básicamente iguales y merecemos consideración y respeto. Hay obligación de cumplirlo y los demás pueden obligar a que ello se cumpla.

Así, el acceso a los servicios sanitarios debe ser equitativo y estos deben prestar un nivel de asistencia adecuado a las necesidades de la población y a los recursos disponibles.

El principio autonomía entendido como la forma de libertad personal. En los pacientes esta autonomía se expresa a través del Consentimiento Informado, el cual contiene tres elementos sustanciales:

- De información, qué quiere saber el paciente y la necesidad de utilizar un lenguaje comprensible.
- De confidencialidad, qué implica el compromiso de no revelar ninguna información confidencial obtenida en el desempeño profesional, excepto cuando el cliente lo permita.
- De consentimiento, voluntario sin presiones, con la capacidad física y psicológica para realizarlo.

7.2. Cuestiones Éticas para el Estudio

Previamente, se pondrá en conocimiento de la institución la realización del estudio y se solicitará la autorización del mismo por el Comité de Ética del Hospital para su conformidad.

Se ha elaborado un consentimiento informado para el paciente, en el que se señala la decisión libre de participar, la confidencialidad de los datos aportados y la posibilidad de suspender su participación en cualquier momento. (Anexo 4).

8. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

- La evaluación de una intervención es una fase sustancial dentro de los esfuerzos para lograr una formación de calidad y valorar si se cumplen los objetivos e intervenciones propuestos, además de comprobar si ésta ha sido válida o no.
- La evaluación en este trabajo se realizará a través de un cuestionario, en el que se comprobará los conocimientos y habilidades de los participantes.

- Se evaluará si la intervención ha sido efectiva a través de dos cuestionarios uno antes y otro después del proceso quirúrgico. Véanse anexos 2 y 3.
- Hay artículos, guías clínicas, pero en la actualidad no se encuentran creados cuestionarios para evaluar este tema. Nosotros hemos elaborado una intervención en la que detallamos paso a paso todo el proceso quirúrgico.
- También se valorará la implicación de los profesionales de enfermería.

9. DISCUSIÓN

Actualmente se tiende a reducir la estancia del paciente en la mayoría de los hospitales, no sólo por razones económicas sino también para disminuir las infecciones nosocomiales(2)(48). Generalmente los pacientes que van a ser sometidos a cirugía programada ingresan el día anterior, habiéndose realizado todo el preoperatorio en las consultas externas o en su centro de Salud.

Es muy importante la detección de problemas reales o potenciales contra la integridad de una persona a la que se le va a practicar una intervención quirúrgica, así nos podemos anticipar y planificar estrategias para mejorar la calidad de los cuidados y el bienestar postoperatorio.

En este trabajo se pretende valorar la eficacia de una intervención de enfermería para disminuir la ansiedad preoperatoria y el dolor postoperatorio en el paciente quirúrgico programado en el hospital de Barbastro.

El origen de la ansiedad puede estar en diferentes causas, una de ellas puede ser, el someterse a una intervención quirúrgica, que constituye un estrés psicológico, porque obliga a los pacientes a someterse a situaciones desconocidas que además implican unos riesgos(44).

En relación con las variables sociodemográficas, en concreto el género, estudios como el de Valenzuela Millán(26) coinciden en que las mujeres son más ansiosas y presentan unos niveles mayores de ansiedad, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio. Díez Álvarez et al(49) en su estudio concluye que las puntuaciones más altas de ansiedad se encuentran en la especialidad de ginecología.

Es un derecho del paciente el estar informado y asesorado de las actuaciones que se le van a realizar. Así al aumentar la información y la formación de los pacientes se aumentará el grado de satisfacción, de confort y de calidad, corroborando lo publicado por Gómez et al(50), que

el enfermo percibe la intervención de enfermería como un indicador de calidad de la atención que recibe.

En la bibliografía científica existe controversia sobre si la visita prequirúrgica de enfermería disminuye los niveles de ansiedad, así en la revisión de Hughes(51) se corrobora dichas afirmaciones, por otro lado en un estudio realizado en el 2011 por Diez-Álvarez et al(49), concluyó que la visita preoperatoria de enfermería llevada a cabo en el espacio de tiempo previo a la entrada en quirófano, no disminuye la ansiedad que genera en los pacientes la intervención quirúrgica. En esta línea, el estudio realizado por Emilia Chirveches et al(16), concluye que la intervención “mejora la satisfacción referida al proceso asistencial quirúrgico”, sin embargo, no modifica la percepción del dolor agudo postquirúrgico y no varía el número ni la tipología de las complicaciones postquirúrgicas.

En un estudio realizado por Kiyohara y colaboradores(52) se encontró que quienes recibían mejor información preanestésica durante la visita del anestesiólogo mostraban tasas de ansiedad reducidas en comparación de quienes no la recibían. Por ello, podría ser interesante instaurar una intervención en relación con la información de todo el proceso quirúrgico.

Habitualmente la fase pre-quirúrgica se inicia en la consulta de cirugía y anestesia, donde el contacto con enfermería no existe. Por lo que, en esta fase se pierden la oportunidad de realizar una recogida minuciosa de datos del paciente, incluidos aspectos psicosociales, que nos ayudarían a dar un enfoque más personalizado de los cuidados e intervenciones necesarias en cada caso. Todo ello reforzaría conductas positivas de afrontamiento sobre el paciente y su familia y nos permitiría a los profesionales hacer más hincapié en los puntos que veamos que el paciente tiene más duda.

Con la visita, cada intervención se convierte en una situación individualizada y única dirigida a un paciente en concreto. Actualmente la enfermera quirofanista tiene una elevada carga de trabajo, se necesitaría más tiempo, más personal y una adecuada organización y estructuración del servicio, por lo que entendemos que se realice donde sea posible.

10. CONCLUSIÓN

Según la bibliografía consultada podemos concluir que:

- 1.** La cirugía constituye un potente estresor, que depende no solo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las

elevaciones de la ansiedad. El porcentaje de pacientes que presentan ansiedad en la fase preoperatoria no se conoce con exactitud, los estudios dan una incidencia entre el 60% y el 80%. En el proceso preoperatorio el diagnóstico de enfermería de "ansiedad" se da en el 86.6 % de los casos, provocada por una intervención quirúrgica que afecta tanto al paciente, como a la familia(7).

2. El dolor postoperatorio, no sólo depende del acto quirúrgico, sino que está ligado a una serie de factores que explicarían la variabilidad de la magnitud del dolor experimentado por cada paciente. La incidencia, intensidad y duración del dolor que experimenta el paciente después de una intervención quirúrgica, no son bien conocidas, porque no se han realizado los necesarios trabajos de investigación, adecuadamente diseñados que correlacionen las variables intensidad/tiempo del dolor, después de cada intervención quirúrgica.

3. La ansiedad constituye uno de los problemas más relevantes en el contexto quirúrgico, se acepta que a mayor ansiedad mayor dolor. Sin embargo la relación ansiedad-dolor no está clara ya que muchos los factores capaces de modificar dicha relación en uno u otro sentido (ansiedad preoperatoria, personalidad y características del proceso quirúrgico).

4. El enfermero perioperatorio es el responsable de la planificación e implementación de intervenciones de enfermería que minimizan o posibilitan la prevención de complicaciones provenientes del procedimiento anestésico-quirúrgico, objetivando la seguridad, confort e individualidad del paciente.

5. Con el fin de conseguir unos resultados óptimos en una intervención quirúrgica, se debe realizar en esta etapa una preparación psicosocial. Una intervención de enfermería reforzaría el vínculo enfermero-paciente, lo que llevaría a una participación más activa en el proceso de restablecimiento, se independiza más rápidamente de los cuidados de enfermería, mejorando su pronóstico y reduciendo el tiempo de estancia hospitalaria.

6. Para que el paciente asuma su confort físico y psicológico, las actividades de la enfermera perioperatoria deberían dirigirse a asesorar y proporcionar la información adecuada para cada uno de los aspectos relevantes del proceso quirúrgico. Esto se conseguiría mediante el abordaje integral del paciente quirúrgico según la perspectiva holística del ser humano.

7. Son muchos los estudios que corroboran que una de las principales causas de la ansiedad preoperatoria es la falta de información. Según algunos autores, los pacientes que no se

habían sometido nunca a una operación, requerían un nivel más sofisticado de información, mayor que los que no habían experimentado una intervención previa.

En contraposición, no se han realizado los necesarios trabajos de investigación, adecuadamente diseñados en cuanto que la falta de información perioperatoria disminuya el dolor postoperatorio. Según algunos autores, el problema podría ser que el personal sanitario recibe una escasa formación continuada sobre el tratamiento del dolor, lo que conduce a un mal manejo del mismo. Este aspecto de formación es uno de los más valorados por el propio personal para mejorar el tratamiento del dolor postoperatorio, junto con la información al paciente y la evaluación adecuada del dolor.

8. Es por todo lo dicho, que una intervención de enfermería consistente en asesorar y proporcionar la información adecuada para cada uno de los aspectos relevantes del proceso quirúrgico podría mejorar la ansiedad preoperatoria y el dolor postoperatorio a los pacientes programados para una intervención, que consistiría en la preparación psicológica del paciente, mediante la intensificación del contacto con el paciente, tratando temas generales y específicos relacionados con su enfermedad.

Es fundamental disponer de la posibilidad de detectar amenazas reales o potenciales contra la integridad de una persona a la que se le tiene que realizar una intervención quirúrgica, pudiendo anticiparnos o permitiéndonos planificar estrategias, que mejoren la calidad de cuidados y bienestar postoperatorio. Por lo que sería interesante el desarrollo del estudio.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Bloque quirúrgico: estándares y recomendaciones. Grupo de expertos. Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España. 2012;
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Madrid. Disponible en: www.msssi.gob.es. 2012;
3. Castellero Y, Pérez M. Preparación Psicológica Para la Cirugía Mayor. Rev Electrónica Motiv y Emoción. 1997;6(13).
4. Castellero Y. Intervención psicológica en cirugía cardíaca. Av Psicol Latinoam. Bogotá; 2007;25.
5. Simões MC, Galvão M. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. Rev Latino-am Enfermagem. São Paulo; 2003;11(5):630–7.
6. Zaragoza F, Landa I, Larrainzar R, Moñino P. Dolor Postoperatorio en España. Primer documento de consenso. 2005;
7. Fernández T, González MP LM. Efecto de una intervención enfermera múltiple durante el intraoperatorio sobre el nivel de dolor postoperatorio. Nure Investig. 2009;6(39).
8. Orihuela I, Perez JA, Aranda T, Zafra J JR. Pre-surgical nursing visit: Evaluating the effectiveness of nursing intervention and patient perception. Enferm Clin. 2010;20(6):349–54.
9. Asistenciales P. Protocolo de Valoración Preoperatoria en pacientes ASA I y II para procedimientos programados. 2010;18–27.
10. Protocolo de Valoración Preoperatoria en pacientes ASA I y II para procedimientos programados. Serv Atención Espec Dir Gen Programas Asist SCS. 2010;9–30.
11. Castillo J, Canet J, Gomarc C, Hervásd C. Imprecisión en la aplicación de la escala de estado físico de la American Society of Anesthesiologists Encuesta realizada entre los anestesiólogos catalanes. Rev Española Anestesiología y Reanim. 2007;54:394–8.
12. Baraza A. Satisfacción del paciente de Cirugía Mayor Ambulatoria con los cuidados anestésicos perioperatorios en relación con el miedo. 2010;
13. Rosenberger P, Jokl P, Ickovics J. Psychosocial Factors and Surgical Outcomes : An Evidence-Based Literature Review. 2006;14(7):397–405.
14. Regis R SLC. Contribución de las orientaciones de Enfermería Preoperatorias para clientes sometidos a cirugía cardíaca. Enferm Glob. 2008;7(3).
15. LeMone P, Burke K. Enfermería Médico Quirúrgica. Cirugía y anestesia. Edición Romo MM, editor. 4ª ed. Madrid; 2009;

16. Chirveches E, Arnau A, Soley M, Rosell F CG. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clin.* 2006;16(1):3–10.
17. Bellido JC, Coll E, Quero JC CM et al. Actividad e intervencion enfermera en el periodo intraoperatorio. *Bibl Lascasas.* 2009;5(2).
18. Mendoza C, Galvao CM. Posicionamiento quirúrgico: evidencias para el cuidado de enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010;18(2):1–8.
19. NANDA Internacional: Diagnosticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2009th–2011th ed. Madrid; 2010.
20. Escanilla I. Trastornos de ansiedad (I). Trastorno de ansiedad generalizado. Trastorno de pánico. *Enfermedades Psiquiatr.* 2011;10(85):5725–33.
21. Gordillo F, Arana J M, Mestas L. Treatment of anxiety in preoperative patients. *Revista Clínica de Medicina de Familia.* Albacete; 2011 Oct;
22. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid; 2008.
23. Estrella R. Farmacoterapia Pre-Postoperatorio. Fármacos preoperatorios Ansiolíticos.AINE.Antibiótico.Colutorios. 2011;
24. Miguel M C SL. [Effects of using an information leaflet in reducing perioperative anxiety and pain in patients undergoing urological surgery]. *Enfermería clínica.* Elsevier España, S.L.; 2014;24(4):233–40.
25. Carapia A, Mejia G, Nacif L,Hernandez N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Rev Mex Anesthesiol.* 2011;34(4):260–3.
26. Valenzuela J, Barrera JR, Ornelas JM. Ansiedad preoperatoria en procedimiento anestésicos. *Medigraphic.org.nx.* 2010;78(2):151–6.
27. Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain? *AORN J.* 2007;85(3):588–94.
28. Gonzalez G, Pinto F. Escala de Amsterdam sobre ansiedad y la escala de información APAIS en la fase preoperatoria. *Misc Pap.* 2005;
29. Conde V, Franch JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. *Misc Pap.* 1984;179.
30. Buela G, Guillén A. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicotherma.* 2011;23(3):510–5.
31. Huete F, Yonte M.B, Meneses M T. Emotional and social perception of main caregiver in a rural health district. *Nure Investig.* 2012;(1):1–18.

32. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Buena-Casal G C, NS G-RA. STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. 8ª Edición. TEA Ediciones, S.A. 2011.
33. Diccionario Mosby pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 4ª edición. Madrid; 2004.
34. Díez E, Arrospide MJ, Cuesta M, Martínez M, Beitia E UJ. [Assessment of acute postoperative pain]. Rev Calid Asist. 2009;24(5):215–21.
35. Castanera A, Cruz V, Lobo A, Buxo M, García L. PAIN PERCEPTION IN PATIENTS AFTER. 2013;(60):22–6.
36. Puebla F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor Iatrogénico. Oncología. 2005;28(3):139–43.
37. Moreno C, Prada D. Fisiopatología del dolor clínico. Misc Pap. 2004;2:9–21.
38. LeMone P, Burke K. Enfermería médico quirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. 2009;1118.
39. Forriol F. Manual de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. 2ª edición. Panamericana, editor. Madrid; 2009.
40. Cano JM, de Juan S. Valoración del dolor: quinta constante vital. Soc Española del Dolor. 2006;6(4):428–30.
41. Campbell J. Pain, the fifth vital sign. Advocacy and Policy. Am Pain Soc. 1995;
42. Reyes A, de la Cala F, Garuti I. Dolor postoperatorio: analgesia multimodal. Patol del Apar Locomot. 2004;2(3):176–88.
43. T. Sada Ovalle EDH y ACO. Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. Rev la Soc Española del Dolor. 2011;18(2).
44. Martínez J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. Soc Española del Dolor. 2000;7:465–76.
45. Harshe R. Comprehensive Pain Management. Reli Pain Clin. 2013;
46. Soler E, Faus MT, Montaner MC. Identificación de los factores que influyen en el dolor postoperatorio. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. Valencia; 2001;163–70.
47. Santeularia M T, Català E, Genové M, Revuelta M MGM V. New trends in the treatment of post-operative pain in general and gastrointestinal surgery. Cirugía española. 2009 Aug;86(2):63–71.
48. Serrano S M, Caballero J, Cañas A, García P L, Serrano C, Prieto J. Valoración del dolor (I). 2002;(I):94–108.

49. Llorca GJ, Muriel C, Gonzalo MM DM. Relationship between chronic pain character and depression levels. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;14(1).
50. Radloff L S. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*. 1977;3:385–401.
51. Quintero V. El cuidado en la disciplina enfermera como defensa de lo Ético. *Rev Uruguay Enfermeria*. 2010;5(1):36–44.
52. Villarreal E, Visbal G. Dilemas Éticos. *Rev Salud Uninorte*. 2013;29.
53. Comision Central en Seguridad del Paciente. Servicio Cantabro de Salud. Guia de Prevencion de la infeccion nosocomial. Santander; 2008.
54. Díez E, Arrospide MJ, Cuesta M, Martínez M, Beitia E, Urrejola J. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clin*. 2012;22(1):18–26.
55. Gomez P, Sanchez P, Moro MJ. Atención personalizada al enfermo en quirófano. *Enfermera perioperatoria*. *Impulso*. 1997;82(21-5).
56. Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information. *Nurs Stand*. 2002;16:33–7.
57. Kiyohara L, Kayano L, Oliveira L, Yamamoto M, Inagaki M. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2004;59(2):51–6.

12. ANEXOS.

Anexo 1: Formulario de Registro de Variables

A CUMPLIMENTAR CON LA HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE INTERVENCIÓN

SEXO HOMBRE MUJER

POBLACIÓN

DIAGNÓSTICO

INTERVENCIÓN

MEDICACIÓN HABITUAL

ANSIOLÍTICOS ANTIDEPRESIVOS ANTIPSICÓTICOS NINGUNO

A CUMPLIMENTAR PREGUNTANDO AL PACIENTE

ESTADO CIVIL SOLTERO CASADO VIUDO

NIVEL DE ESTUDIOS NINGUNO PRIMARIOS SECUNDARIOS
 SUPERIORES

¿TIENE AYUDA EN CASA? SI NO

¿LE HAN INTERVENIDO ANTERIORMENTE? SI NO

¿TUVO ALGUNA COMPLICACIÓN? SI NO

¿CONOCE LA INTERVENCIÓN QUE SE LE VA A REALIZAR, ESTÁ BIEN INFORMADO?

SI NO TIENE DUDAS

¿SE CONSIDERA UNA PERSONA NERVIOSA?

SI NO

¿HA NECESITADO MEDICACIÓN PORQUE SE ENCONTRABA MUY NERVIOSO? SI NO

Anexo 2: Cuestionario STAI Ansiedad-Estado

Le facilitamos un cuestionario con unas frases que se utilizan para describirse así mismo. Deberá leer cada frase y señalar con una cruz la casilla que indique como se siente usted en este momento. No debe preocuparse por las respuestas, pues no hay respuestas buenas ni malas.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1.Me siento calmado				
2.Me siento seguro				
3.Me siento tenso				
4.Estoy contrariado				
5.Me siento a gusto				
6.Me siento alterado				
7.Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8.Me siento descansado				
9.Me siento angustiado				
10.Me siento confortable				
11.Tengo confianza en mí mismo				
12.Me siento nervioso				
13.Estoy desasegado				
14.Me siento atado				
15.Estoy relajado				
16.Me siento satisfecho				

17.Estoy preocupado				
18.Me siento aturdido				
19.Me siento alegre				
20.En este momento me siento bien				

Anexo 3: Escala EVA

Utilizada para medir el nivel del dolor. Es un método simple, que ocupa poco tiempo, tiene buena sensibilidad y confiabilidad y es fácilmente reproducible.

Es una línea horizontal orientada de izquierda a derecha de 10 cm de longitud, en cuyos extremos se sitúan la ausencia de dolor y el máximo nivel de dolor.

El paciente señala en la línea la intensidad con la que percibe su dolor. Anotaremos el n° que el paciente nos diga en cm.

La registraremos cada 15 mm siempre que sea mayor de 3-4. Es criterio de alta un EVA de 3 o menos.



Anexo 4: Hoja informativa y Consentimiento Informado

Nos dirigimos a usted para informarle de una intervención de enfermería en la que se le invita a participar.

Debe saber que su participación es voluntaria, puede decidir participar o no, y que en cualquier momento puede cambiar su decisión y revocar su consentimiento, sin necesidad de

tener que dar explicaciones, y sin que ello pueda influir en su relación con su médico o que pueda producir perjuicio alguno en su tratamiento.

Nuestro objetivo es que usted reciba la información correcta y adecuada para que pueda evaluar y decidir si quiere o no participar en dicha estudio. Por ello le facilitamos la siguiente hoja informativa, para que la lea con atención y pueda plantear cuantas preguntas y aclaraciones considere antes de dar el consentimiento a participar en dicha intervención.

El número de participantes que se prevé para la realización del estudio será de unos 4600, todos ellos serán pacientes programados para la realización de una intervención quirúrgica.

Se le pasará un cuestionario para medir el nivel de ansiedad, con una serie de preguntas para medir como se encuentra usted en ese momento. Además se le explicará toda la intervención, desde que entra en quirófano hasta que se va de nuevo a su habitación. Una vez finalizada la intervención le mediremos de nuevo su estado actual relacionado con la ansiedad y el nivel de dolor que tiene.

Se recogerán de su historia clínica los datos analíticos y la medicación que toma habitualmente. Los datos que pudieran identificarlo serán protegidos con acceso estrictamente a su archivo.

Las enfermeras que participan en dicha intervención se comprometen en todo momento a la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre. De tal manera que los datos personales de los pacientes participantes, que se requieren para poder desarrollar la intervención (nombre, edad, sexo...) serán protegidos y de acceso restringido al grupo participante en el estudio.

Consentimiento Informado

Yo,.....
.....

He leído la hoja informativa que se me ha entregado.

He podido hacer las preguntas sobre la intervención.

He recibido la información necesaria.

He hablado con:.....

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En _____ a _____ de _____ de _____ 2015