

Patricia García Teja

**EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UNA CONSULTA ENFERMERA
DURANTE EL PROCESO QUIRÚRGICO EN LOS NIVELES DE
ANSIEDAD DE LOS PACIENTES DE CIRUGÍA CARDÍACA**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Dirigido por la Dra. Rut Martí Arques

MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

Santander

2023



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PRESENTACIÓN TRABAJO FIN DE MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN
CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Nombre y apellidos autor / a:

Patricia Garcia Teja

Título trabajo:

**Evaluación de los beneficios de una consulta enfermera durante el
proceso quirúrgico en los pacientes**

Nombre y apellidos tutor / a:

Dra. Rut Martí Arques

Autorizo a que éste sea presentado el próximo mes de: **Junio**

RUT MARTI ARQUES
- DNI 47824658E

Digitally signed by RUT MARTI
ARQUES - DNI 47824658E
Date: 2023.05.23 16:22:15
+02'00'

Tarragona, 23 de Mayo de 2023

“Nursing is a progressive art such to stand still is to go backwards”

Florence Nightingale

Agradecimientos

A mi tutora del TFM, Rut Martí Arques, mi total agradecimiento por poner luz y guiarme en este camino. Por cada idea, por cada palabra de apoyo y por cada minuto del tiempo que ha invertido en mí, gracias.

A mis compañeros y supervisora del área quirúrgica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Por haberme escuchado, ayudado y animado.

A mis compañeras de Máster, Carol, Nuria y Merche, por haberlas conocido. Este largo camino se ha hecho mucho menos doloroso con vosotras, lo hemos conseguido.

A mi madre, por todo. Por ser ella, por haberme impulsado en la vida, por siempre haberme apoyado en cada decisión y por todo el trabajo que hizo para que yo fuese enfermera. Perdón y gracias.

A los amigos a los que les quité tiempo, por haberlo entendido y seguir a mi lado. Por cuidarme y quererme las veces que olvidé hacerlo por mí misma.

A mi amiga Carol, porque sin ella el camino de la vida hubiera sido y sería más duro. Y mi orgullo al ver la madre en que se ha convertido para Luis y Vega.

A Marcos, no podría explicar con palabras que esto no lo hubiera hecho sin que el estuviera a mi lado. Por creer en mí, por apoyarme y por comprender todo el tiempo que he estado ausente, estás en cada palabra de este trabajo. Te quiero.

Y, por último y no por ello menos importante, quiero agradecerme a mí misma. Por creer en mí, por el trabajo duro realizado a pesar de todo y especialmente, por no haber abandonado.

Índice de contenido

Resumen	9
Abstract	10
1. Introducción	11
2. Marco conceptual	14
2.1. Ansiedad	14
2.1.1. Ansiedad preoperatoria	16
2.1.2. Escalas para medir la ansiedad	18
2.1.3. Técnicas para paliar la ansiedad	20
2.2. El paciente con patología cardiaca	22
2.2.1. Ansiedad en el paciente cardiaco	26
2.2.2. La calidad en los servicios de CCV	28
2.3. Entrevista perioperatoria	30
3. Revisión bibliográfica	36
4. Aportaciones e interés del estudio	38
5. Objetivos	40
6. Hipótesis	40
7. Método	41
7.1. Diseño y metodología	41
7.2. Ámbito de estudio	41
7.3. Población y muestra	42
7.4. Criterios de inclusión	43
7.5. Criterios de exclusión	43
7.6. Proceso de selección de participantes	43

Índice de contenido

7.7. Procedimiento	44
7.7.1. Protocolo y cronograma del procedimiento	44
7.7.2. Diseño de la intervención	45
7.8. Variables de estudio	46
7.9. Instrumentos de recogida de información	47
7.10. Análisis de los datos	48
8. Consideraciones éticas	50
9. Cronograma	51
10. Presupuesto	52
11. Limitaciones del estudio	53
12. Futuras líneas de investigación	54
13. Bibliografía	55
14. Anexos	63
Anexo 1. Hoja de consentimiento informado de participación en el estudio	63
Anexo 2. Hoja de información al paciente	64
Anexo 2. Hoja de información al paciente (Continuación)	65
Anexo 3. Cuestionario ad-hoc para registro de datos sociodemográficos	66
Anexo 4. Escala EVA	67
Anexo 5. Cuestionario ad-hoc para registro de la satisfacción	68

Índice de tablas

Tabla 1. Diferencias entre ansiedad normal y patológica _____	15
Tabla 2. Escala de ansiedad preoperatoria y necesidad de información de Ámsterdam. Versión española _____	19
Tabla 3. Gradación de los indicadores de calidad _____	28
Tabla 4. Plan de cuidados para el manejo de la ansiedad preoperatoria. ____	34
Tabla 4. Plan de cuidados para el manejo de la ansiedad preoperatoria (continuación). _____	35
Tabla 5. Descriptores usados en la búsqueda _____	36
Tabla 6. Presupuesto _____	52

Índice de figuras

Figura 1. Circuito CCV _____	24
Figura 2. Paquete de medidas para implantar el programa ERAS _____	27
Figura 3. Dialogo perioperatorio. Un modelo para el cuidado continuado (traducido del inglés) _____	30
Figura 4. Cronograma _____	44
Figura 5. Diagrama de Gantt _____	51

Índice de Abreviaturas

AEP:	Asociación Española de Perfusionistas
AORN:	Association of periOperative Nurses
APAIS:	Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale
CCV:	Cirugía Cardiovascular
CEC:	Circulación extracorpórea
EFQM:	European Foundation for Quality Management
ERAS:	Enhanced recovery after surgery
ESC:	European Society of Cardiology
EVA:	Escala visual analógica para la evaluación del dolor
HUMV:	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
INCARDIO:	Indicadores de calidad en las Unidades Asistenciales del Área del corazón
LVSQ:	Listado de Verificación de Seguridad quirúrgica
PAE:	Proceso de Atención de Enfermería
SECCE:	Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular
SECTCV:	Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular
SEDAR:	Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor
STAI:	State-Trait Anxiety Inventory

Resumen

Introducción: La ansiedad preoperatoria se relaciona con potenciales problemas en el postoperatorio, aumentando la morbilidad y mortalidad, así como el tiempo de recuperación y se relaciona con el nivel de dolor, teniendo también un impacto en los costes. Una buena educación durante el proceso quirúrgico va a ayudar a que los pacientes puedan estar enfrentarse a este proceso de una manera más positiva y segura. La enfermera perioperatoria, puede realizar una consulta personalizada desde una perspectiva holística para ayudar al paciente a mejorar la satisfacción durante este proceso, proporcionar información y asesoramiento para disminuir la ansiedad y el temor.

Objetivos: Con este estudio se busca evaluar el impacto de una consulta enfermera durante el proceso quirúrgico sobre los niveles de ansiedad, satisfacción y grado de dolor en comparación con el protocolo habitual del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

Metodología: Ensayo clínico controlado, mediante asignación aleatoria en dos grupos de pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Un grupo control, que recibirá atención estándar y un grupo intervención, que recibirán consulta adicional por una enfermera especializada. Los pacientes completarán cuestionarios para evaluar nivel de ansiedad mediante cuestionario APAIS en el preoperatorio y satisfacción y dolor mediante EVA en el postoperatorio. Se realizará un análisis descriptivo y bivariado de las variables mediante Chi cuadrado, t de Student Fisher y correlación de Pearson o Spearman. Se utilizará un nivel de significación de 0.05. Los datos se analizarán con SPSS 25.0 para Windows.

Relevancia y utilidad: La atención personalizada podría mejorar la calidad de atención, fomentar la enfermería avanzada, reducir costos y aumentar la familiaridad del paciente con el proceso quirúrgico. Resultados positivos pueden llevar a un protocolo institucional y expansión a otras especialidades quirúrgicas, impulsando el liderazgo de proyectos de enfermería y mejorando la salud del paciente.

Palabras clave: Enfermería perioperatoria; Cirugía cardíaca; Ansiedad; Satisfacción.

Abstract

Introduction: Preoperative anxiety is related to potential problems in the postoperative period, increasing morbidity and mortality, as well as recovery time and pain levels, and also having an impact on costs. A good education during the surgical process can help patients to face this process in a more positive and secure way. The perioperative nurse can provide personalized consultation from a holistic perspective to help the patient improve satisfaction during this process, provide information and advice to reduce anxiety and fear.

Objectives: This study aims to evaluate the impact of a nurse consultation during the surgical process on levels of anxiety, satisfaction, and pain compared to the standard protocol of the Marqués de Valdecilla University Hospital for patients undergoing cardiac surgery.

Methodology: This project is designed as a controlled clinical trial, using random assignment to two groups of patients undergoing cardiac surgery. One control group will receive standard care, and one intervention group will receive additional consultation from a specialized nurse. Patients will complete questionnaires to evaluate anxiety levels using the APAIS questionnaire preoperatively, and satisfaction and pain using the EVA questionnaire postoperatively. Descriptive and bivariate analysis of variables will be performed using chi-square, student t-test, Fisher's exact test, and Pearson or Spearman correlation. A significance level of 0.05 will be used. Data will be analyzed using SPSS 25.0 for Windows.

Relevance and usefulness: Personalized care could improve the quality of care, promote advanced nursing practice, reduce costs, and increase patient familiarity with the surgical process. Positive results may lead to an institutional protocol and expansion to other surgical specialties, promoting nursing project leadership and improving patient health.

Keywords: Perioperative nursing; Cardiac Surgery; Anxiety; Patient Satisfaction.

1. Introducció

Se puede definir la ansiedad como el estado en el que el individuo tiene una sensación vaga de malestar o amenaza acompañada de una respuesta de tipo vegetativo; existe un sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Se trata de una señal que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza (1). Es importante entender que la ansiedad se diferencia del miedo en que este se manifiesta cuando hay estímulos reales y presentes, sin embargo, la ansiedad se relaciona con una naturaleza anticipatoria de peligros y amenazas futuras e imprevisibles. Esta sensación desencadena la activación de una respuesta motora que podemos considerar adaptativa y de protección, pero, cuando esta respuesta es más fuerte de lo normal, puede provocar reacciones nocivas y patológicas y llegar a afectar tanto funcional como emocionalmente al individuo (2).

En el terreno quirúrgico la ansiedad preoperatoria se encuentra como un fenómeno que aparece de manera frecuente en los pacientes que se van a someter a cirugías. Hasta un 92% de los pacientes han reportado ansiedad según alguno de los estudios llevado a cabo sobre la prevalencia de este fenómeno (3). El proceso quirúrgico y sobremanera el quirófano son para la mayoría de los pacientes un ámbito y territorio que les resultan desconocidos, que suelen percibir como hostil. Esto, relacionado con su propia patología puede causar que la preparación hasta la llegada a quirófano produzca esta respuesta emocional de ansiedad y llegue a vivirse de manera muy angustiada (4,5). En una encuesta nacional llevada a cabo por la Asociación Española de Cirujanos para determinar cuáles eran los factores principales que provocaban inquietud ante las intervenciones quirúrgicas, encontraron el miedo a lo desconocido, las posibles complicaciones, la pérdida de calidad de vida y el dolor como las preocupaciones fundamentales de los pacientes y sus familias (6).

Encontramos numerosos estudios que han mostrado que la ansiedad preoperatoria está ligada a potenciales problemas en el postoperatorio, aumentando la morbilidad y mortalidad, y, además, relacionado con un aumento en la intensidad del dolor y el tiempo de recuperación, lo que tiene también un

impacto en los costes (7,8). En concreto, dentro del ámbito de la cirugía cardiaca son muchos los estudios que se han centrado en esta relación, confiriéndolo como un factor de alto riesgo independiente, obteniendo peores resultados quirúrgicos y necesitando mayores dosis de analgesia (9–11). Estos estudios sugieren que el nivel de información recibida tiene impacto en los niveles de ansiedad de estos pacientes, por lo que recomiendan que una valoración e intervención personalizada forme parte del proceso quirúrgico y del protocolo preoperatorio de cirugía cardiaca (10–12).

Por todo lo explicado, es fundamental que los pacientes lleguen preparados de una manera óptima al quirófano, conociendo y entendiendo el proceso al que van a someterse. Para conseguir estos objetivos, es importante realizar una entrevista individualizada donde se pueda realizar un plan de cuidados adecuado, exista una educación acorde y donde también tengan la posibilidad de preguntar dudas para que sientan seguridad total. De este modo podrán afrontar su situación con un buen estado anímico, siendo la experiencia más positiva y segura (13).

Desde hace un años la enfermería perioperatoria ha ido evolucionando y expandiendo sus tareas fuera del quirófano. Según la AORN (Association of periOperative Nurses) es la enfermera que realiza sus funciones durante todo el proceso quirúrgico, que incluye preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Mediante el proceso enfermero realiza un plan de cuidados e intervenciones individualizado para los pacientes que se vayan a someter a cirugías que responda a las demandas y necesidades de estos (14). La enfermera perioperatoria debe aplicar los cuidados necesarios, aportar la información conveniente y abordar la preparación psicológica de los pacientes. Por este motivo, realizar una consulta y entrevista estructurada preoperatoria desde una perspectiva holística puede ayudar al paciente a enfrentar en las mejores condiciones este proceso.

Entendemos por visita prequirúrgica el proceso de personalización de cuidados entre la enfermería de quirófano y el paciente, previo a una intervención quirúrgica programada, mediante una entrevista personalizada, con los objetivos

de proporcionar información, conocimientos en autocuidados, asesoramiento y disminuir la ansiedad y el temor (15). Respecto a estas entrevistas existen numerosos estudios que avalan la eficacia de estas y de las visitas preoperatorias para la reducción del nivel de ansiedad con el consiguiente impacto en el bienestar del paciente (4,5,13,15,16). Sin embargo, también hay algunos estudios que no encuentran diferencias significativas o que no avalan el preoperatorio como el mejor momento para realizar estas entrevistas (16,17).

A través de la búsqueda de bibliografía, se encuentran resultados en los que se podría afirmar que la consulta realizada por una enfermera podría tener un impacto positivo en la ansiedad preoperatoria. Sin embargo, no hay demasiados estudios relacionados con nuestro ámbito y en estos las muestras son muy heterogéneas. Por ello es necesaria más investigación sobre este asunto y, sobre todo, en el campo de la cirugía cardíaca. Del mismo modo, a través de mi experiencia en quirófanos de diferentes hospitales, he podido observar cómo el primer contacto con los pacientes de cirugía cardíaca por parte de la enfermera quirúrgica se establece al llegar a quirófano, donde debemos entablar una relación y establecer un plan de cuidados en muy poco tiempo en un entorno que no es el adecuado para ello, siendo en ocasiones muy difícil ofrecer una atención individualizada. Por último, a través de la búsqueda he podido comprobar como en los hospitales en los que ya existe este tipo de consultas donde se realiza una valoración previa, se hace posible la creación de un plan específico, teniendo un impacto positivo en los cuidados y la satisfacción del paciente.

En el hospital en el que se va a llevar a cabo este estudio no existen actualmente este tipo de intervenciones, por lo que se manifiesta la necesidad de investigar si la realización de este tipo de consultas previas a la cirugía por parte de una enfermera especializada mejora los niveles de ansiedad y satisfacción de los pacientes sometidos a cirugías cardíacas en nuestro hospital.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar si la implantación de la consulta preoperatoria tiene un impacto positivo en la ansiedad preoperatoria y mejora la calidad de los cuidados. Se analizará si mejora el nivel de satisfacción y disminuye el nivel de dolor.

2. Marco conceptual

2.1. Ansiedad

La ansiedad, pese a ser uno de los conceptos principales en el ámbito de la psicología y siendo ampliamente estudiado a lo largo de la historia, no es hasta el siglo XX cuando se incorpora a la psicología como un trastorno aislado (18). Es un término ambiguo y que no es sencillo de definir, ya que sus límites son difusos, donde hay gran confusión con los términos de angustia, miedo y estrés. A lo largo de la historia han sido numerosos los estudios dedicados a intentar abordar esta problemática a la hora de diferenciar dichos conceptos, que muchas veces han sido usados como sinónimos, pero también como términos con diferente significado (2,19).

La ansiedad se entiende como una respuesta adaptativa y de algún modo todas las personas sienten un grado moderado de la misma. Se refiere a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de distintas reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales (2,18). La ansiedad implica al menos 3 sistemas de respuesta (20):

1. Subjetivo-cognitivo: Experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.
2. Fisiológico-somático: Activación del sistema nervioso autónomo.
3. Motor-conductual: Escape y evitación.

Ejemplos de estas respuestas que como ejemplo Sarudiansky (19) divide en:

1. Fisiológicas: la activación del sistema nervioso central, cardiovascular, neuroendocrino, inmunológico, digestivo, responsables de respuestas tales como el aumento del ritmo cardiaco, la vasoconstricción en extremidades, la aceleración de la respiración, la sudoración y la dilatación de las pupilas.
2. Psicológico: sensación de aprensión, de inquietud, nerviosismo e incertidumbre.

Estas respuestas, que se pueden considerar universales, surgen de situaciones que no son peligros reales, pero que se interpretan como una amenaza. Esta diferencia es de gran importancia ya que existe controversia, como ya se explicó previamente, entre los términos de miedo y ansiedad, sin existir aún consenso en el campo de la psicología (2,19,20). En este aspecto, hay autores como Sierra y Ortega que entienden que la ansiedad se diferencia del miedo en que este se manifiesta cuando hay estímulos reales y presentes, sin embargo, la ansiedad se relaciona con una naturaleza anticipatoria de peligros y amenazas futuras e imprevisibles. Esta sensación desencadena la activación de esa respuesta motora que se considera adaptativa y de protección. Sin embargo, cuando esta respuesta es más fuerte de lo normal, desproporcionada para la situación y demasiado prolongada, puede provocar reacciones nocivas y patológicas y llegar a afectar tanto funcional como emocionalmente al individuo (18,20). En la tabla 1 podemos ver la diferencia entre la ansiedad fisiológica y patológica (21).

Tabla 1. Diferencias entre ansiedad normal y patológica.

Ansiedad fisiológica	Ansiedad patológica
Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria	Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria
Reactiva a una circunstancia ambiental	Desproporcionada al desencadenante
Función adaptativa	Función desadaptativa
Mejora nuestro rendimiento	Empeora el rendimiento
Es más leve	Es más grave
Menor componente somático	Mayor componente somático
No genera demanda de atención psiquiátrica	Genera demanda de atención psiquiátrica

Es también importante reconocer si esta ansiedad es un hecho circunstancial y transitorio, entendido como ansiedad-estado, o permanente y de carácter crónico, que sería ansiedad-rasgo, entendido como una tendencia ansiosa, siendo un rasgo propio de personalidad (2,19).

2.1.1. Ansiedad preoperatoria

En el terreno quirúrgico la ansiedad preoperatoria se encuentra como un fenómeno que aparece de manera frecuente en los pacientes que se van a someter a cirugías, por lo que se convierte en un aspecto importante a la hora de planificar los cuidados durante el proceso quirúrgico, ya que hasta un 92% de los pacientes han reportado ansiedad según alguno de los estudios llevado a cabo sobre la prevalencia de este fenómeno (3). Para los pacientes puede llegar a ser uno de los aspectos más negativos en relación con el proceso quirúrgico, según un estudio transversal realizado a más de 16.000 pacientes en el Reino Unido fue considerado como el elemento más negativo (22).

El proceso quirúrgico y sobremanera el quirófano son para la mayoría de los pacientes un ámbito y territorio que les resultan desconocidos, que suelen percibir como hostil. En este punto lo podemos relacionar con la incertidumbre, una teoría enfermera de rango medio propuesta por Mishel (23), que la define como “la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad”. Un estudio cualitativo llevado a cabo sobre este fenómeno encontraba como principales categorías, las relacionadas con incertidumbre hacia como tomar responsabilidad en su propia enfermedad, ver su vida anterior restaurada y como conseguir superarlo (24). En ocasiones, la preparación hacia la operación se vive peor que la propia enfermedad, pero como esta teoría explica, la incertidumbre también puede ser utilizada como una ocasión de valorar el futuro como una segunda oportunidad, pudiendo ser evaluada a la hora de realizar un plan de cuidados (25). A lo mencionado además se adiciona lo referente a la propia patología de los pacientes y su sintomatología, provocando que muchas veces la espera hasta la llegada a quirófano puede llegar a producir una respuesta emocional de ansiedad y este periodo llegue a vivirse de manera muy angustiada (4,5,26,27).

Los factores principales que provocaban inquietud en pacientes y familias de manera más frecuente ante las intervenciones quirúrgicas fueron el miedo a lo desconocido, las posibles complicaciones, la pérdida de calidad de vida y el dolor según una encuesta nacional llevada a cabo por la Asociación Española de

Cirujanos (6). Del mismo modo, en referencia a los miedos, podemos encontrar reflejado en la literatura que la ansiedad difiere en los pacientes, donde algunos sienten más miedo hacia la cirugía y otros hacia la anestesia, por lo que se recomienda hacer una evaluación separada (3).

Podemos encontrar diferentes elementos que favorecen la aparición de estos síntomas, como son la gravedad de la propia enfermedad, la duración que exista hasta la operación, experiencias previas y la propia capacidad personal de afrontamiento ante situaciones complicadas o las características demográficas. Algunos estudios encuentran mayor ansiedad en las mujeres o las personas con menor nivel de estudios (10,12,28), aunque en otros no se encuentra diferencia entre género (11). También es importante valorar que circunstancias pueden ayudar a los pacientes a aliviar estos sentimientos, como un soporte fuerte por parte de familia y amigos, o la espiritualidad, estos se han encontrado como factores importantes en los pacientes a la hora de enfrentarse de manera más positiva a este tipo de situaciones (29,30).

La ansiedad preoperatoria es un fenómeno frecuentemente estudiado, ya que, aunque no hay consenso absoluto, se conoce que está ligada a potenciales problemas en el postoperatorio, aumentando la morbilidad y mortalidad. Del mismo modo, está relacionado con un aumento en la intensidad del dolor y el tiempo de recuperación, lo que tiene también un impacto en los costes (7,8,22,27,31). En esta misma línea, encontramos una revisión sistemática que además de esta asociación entre la depresión y ansiedad, añade que también está relacionado con un mal seguimiento de los tratamientos y reducida adherencia a las recomendaciones (26). También hay estudios que no han encontrado relación entre la ansiedad y los acontecimientos adversos en el postoperatorio, aunque si le confieren gran importancia a la ansiedad y la necesidad de reducirla (10,32).

Más adelante se explicará este fenómeno en el campo de la cirugía cardiaca.

2.1.2. Escalas para medir la ansiedad

En consecuencia, de todo lo explicado, es necesario poder determinar el nivel de ansiedad prequirúrgico con herramientas válidas y consistentes con el objetivo de poder realizar intervenciones apropiadas para mitigar la ansiedad y con ello conseguir mejorar el proceso quirúrgico. Las diferentes escalas que se utilizan son la Visual Analogue Scale for Anxiety (VAS-A), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), y la Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) (33). En este caso, analizaremos las tres más usadas en el campo preoperatorio, estos son la STAI, LA VAS-A y la APAIS (3,33–36).

- STAI: El inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI, por sus siglas en inglés) fue desarrollado y propuesto por primera vez por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1983. Es un cuestionario autoadministrado que consta de dos escalas de calificación separadas, cada una de las cuales contiene 20 ítems, para medir el rasgo y el estado actual de ansiedad. Escala tipo likert de cuatro puntos para cada ítem. Está considerado como el “gold standard” para la evaluación de la ansiedad preoperatoria, aunque su uso complicado y la cantidad de tiempo necesaria para rellenarlo hacen que sea más factible su uso en la investigación y no en la clínica. Es el instrumento que se usa para comparar su correlación con otras escalas y poder validar su efectividad (8).
- VAS-A: La Visual Analogue Scale for Anxiety es un instrumento autoadministrado introducido en la clínica en 1976. Es una escala numérica analógica visual donde los pacientes indican su nivel de ansiedad en una escala entre 0 (sin ansiedad) y 100 (la peor ansiedad posible). Es una escala de fácil aplicabilidad y útil, que ha demostrado que tiene una alta correlación con STAI (33).
- APAIS: Escala que fue desarrollada por Moerman et al en 1996. La escala tiene dos subescalas que miden la ansiedad acerca de la anestesia y la cirugía y la necesidad de información, e incluye seis ítems en total. APAIS es una escala tipo Likert de cinco puntos (1=“absolutamente no” a 5=“enormemente”) y el puntaje más bajo que se puede obtener de la escala es 6 y el puntaje más alto es 30. El puntaje total para la escala de ansiedad

acerca de la anestesia y la cirugía es de 4 a 20 y la puntuación total de la escala de “necesidad de información” es de 2 a 10. El puntaje general el punto de corte para la ansiedad se aceptó como ≥ 11 , y un individuo con una puntuación de 11 o más se consideró como un individuo ansioso. Esta escala, por su reducido tiempo de cumplimentación y su alta correlación con la STAI, la convierten en una herramienta muy conveniente para estudiar la ansiedad preoperatoria (8,35–37). Ha sido la elegida para este proyecto, dado que también se ha demostrado su beneficio para los pacientes de cirugías cardíacas (33). Se usará la escala validada al español que se puede observar en la tabla 2 (38).

Tabla 2 .Escala de ansiedad preoperatoria y necesidad de información de Ámsterdam. Versión española.

Puntúe de 1 a 5 los siguientes ítems, siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo:					
1. Estoy preocupado por la anestesia.	1	2	3	4	5
2. Pienso en la anestesia continuamente.	1	2	3	4	5
3. Me gustaría saber lo máximo posible acerca de la anestesia.	1	2	3	4	5
4. Estoy preocupado por la operación.	1	2	3	4	5
5. Pienso en la operación continuamente.	1	2	3	4	5
6. Me gustaría saber lo máximo posible acerca de la operación.	1	2	3	4	5

Aunque se haya demostrado el beneficio en el uso de estas escalas, hay estudios que muestran que el personal sanitario no hace uso de estas y brinda cuidado emocional basándose en la experiencia profesional y en el criterio personal (39).

2.1.3. Técnicas para paliar la ansiedad

Varias revisiones de la literatura se han hecho a lo largo de los años mostrando resultados parecidos. En el año 2010 Laila Bailey detectó diferentes estrategias para paliar la ansiedad, aunque no todas ellas mostraban eficacia, como fueron las terapias de relajación, el masaje con aceites esenciales y las relaciones terapéuticas, que no resultaron del todo concluyentes. Sin embargo, la información preoperatoria y la musicoterapia si parecían ya por aquel momento resultar efectivas (40).

En la misma línea encontramos la realizada por Wilson et al en 2015 en la que aparecen también como principales medidas usadas para mitigar la ansiedad de los pacientes el uso de musicoterapia, también terapias cognitivo-conductuales, yoga y las también farmacológicas, en este caso también las terapias de masaje no en todos los casos mostraban efectividad. Tras esta revisión sugieren también que la visita preoperatoria para proveer educación al paciente y familia es muy importante y que la evaluación de la ansiedad debe formar parte de los protocolos hospitalarios (34).

Más actuales encontramos las revisiones de Tola et al en 2021 para pacientes con cáncer de mama y de Ruiz Hernández et al en 2020 con similares resultados, confirmando a la música y la información los mejores resultados en cuanto a reducción de dolor y ansiedad, en este caso, en los estudios más actuales el masaje de manos parece ser más efectivo (16,41).

Todas estas intervenciones parecen ser constantes a lo largo del tiempo, como también observamos en un estudio reciente donde la música resultaba ser eficaz tanto para la reducción del dolor y la ansiedad en pacientes cardiacos (42), por lo que demuestran su importancia y validez.

Actualmente, varios estudios acerca de los efectos de la realidad virtual sobre la ansiedad están siendo llevados a cabo, será interesante ver sus resultados (43,44).

En el estudio de carácter cualitativo llevado a cabo por Clair et al sobre la experiencia de enfermeras acerca de las estrategias que seguían en el quirófano para reducir la ansiedad, estas se pudieron enmarcar en torno a cuatro categorías principales, donde diferentes intervenciones emergían (45).

- Comportamiento de la enfermera: Presentarse, tocar al paciente, establecer contacto visual, mezclar humor si era necesario, ser honestas, preguntar que necesitan los pacientes, crear un entorno de confianza.
- Información preoperatoria: Intentar resolver las dudas que los pacientes manifiesten, explicar que van a sentir, los ruidos, el frío, etc.
- Desviar la atención para crear seguridad: preguntar sobre la vida del paciente, su familia, sus sueños, lugar donde le gustaría viajar con la anestesia, técnicas de respiración, música, etc.
- Medicina como alternativa: las enfermeras mostraron ser reacias a usar medicinas, usando otras estrategias anteriormente, aunque administrando estas cuando es necesario, como Propofol o fentanilo, intentando evitar Midazolam.

En este estudio basado en la experiencia, encontramos intervenciones y vivencias que forman parte de nuestro día a día en los quirófanos y sobre los que emerge de nuevo la idea sobre la visita enfermera preoperatoria para poder crear un mejor plan de cuidados continuado.

Como se ha podido observar, todos estos estudios son unánimes a la hora de recomendar cuidados estandarizados y protocolos de enfermería como una de las mejores estrategias para disminuir la ansiedad y el dolor (16,34,38,40,41,45).

2.2. El paciente con patología cardiaca

Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de trastornos que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, siendo una prioridad su manejo y prevención en los sistemas nacionales de salud. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2021, fueron la principal causa de muerte, 17,9 millones de personas anualmente, lo que representa un 32% de las muertes globales totales (46). Según la European Society of Cardiology (ESC), en 2017 había alrededor de 83,5 millones de personas en Europa con este tipo de patologías, siendo fuente de gran preocupación. Por ello, los objetivos de los sistemas de salud se centran en implementar políticas y estrategias nacionales para la prevención de estas, como son la reducción de factores de riesgo (tensión arterial, colesterol, diabetes y obesidad) y mejora de comportamientos poco saludables (Tabaquismo, alcohol, dieta y actividad física), para mejorar la calidad de vida de estos enfermos, y poder reducir morbilidad y mortalidad (47).

No obstante, esta misma sociedad llevó a cabo en 24 países un reciente estudio transversal, el EUROASPIRE IV, con el objetivo de determinar si estas guías eran seguidas en la práctica clínica, comprobando que una mayoría de pacientes no conseguían lograr una mejora en estos comportamientos ni en la reducción de los factores de riesgo (48). La alta prevalencia de estas patologías tiene como resultado que los servicios de cirugía cardiovascular sean altamente demandados en el sistema sanitario y con un entramado complejo en el que cooperan con otras muchas especialidades dentro de los diferentes servicios de salud.

La cirugía cardiovascular (CCV) constituye una especialidad de la medicina, reconocida en la Ley de Especialidades Médicas del 20 de julio de 1952, cuyo campo de acción abarca la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos y enfermedades del sistema cardiocirculatorio que requieren una terapia quirúrgica. También incluye la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos (médicos y quirúrgicos) necesarios (49). Engloba la asistencia durante el proceso preoperatorio, operatorio y postoperatorio en los siguientes grupos de patologías:

- Anomalías adquiridas y congénitas del corazón, pericardio y grandes vasos.
- Anomalías congénitas del corazón, pericardio y grandes vasos.
- Patología de la aorta en todos sus segmentos.
- Patología de los troncos supra aórticos.
- Patología de las grandes y medias arterias, venas y sistema linfático.
- Asistencia mecánica circulatoria.
- Asistencia mecánica respiratoria mediante sistema ECMO.
- Trasplante de corazón y de corazón-pulmón.

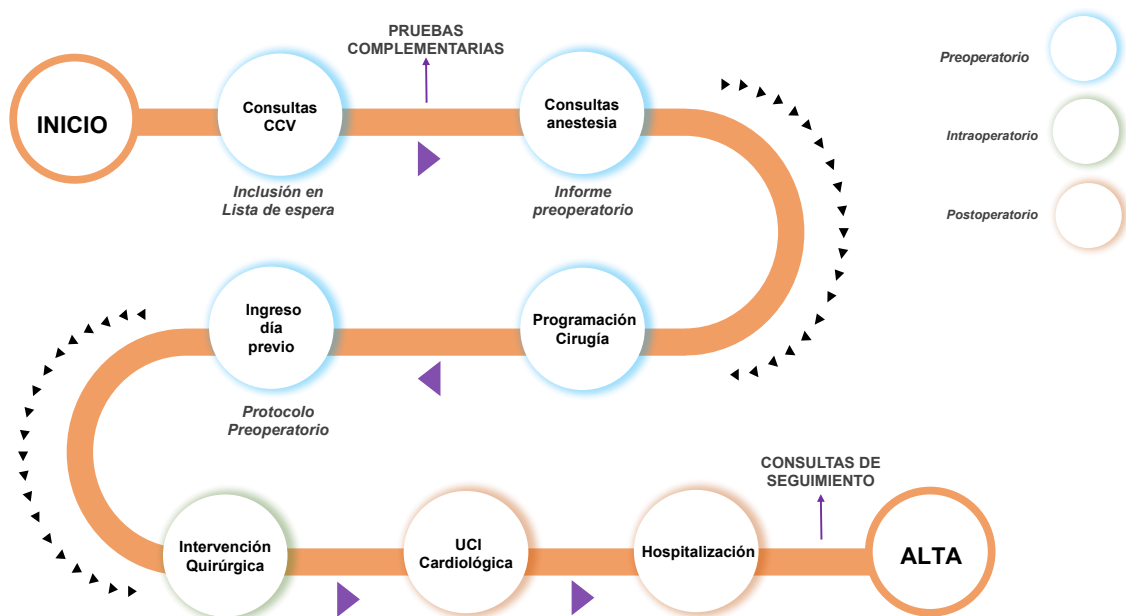
Es importante la contextualización sobre el tipo de cirugías que se realizan para tratar este tipo de patologías. Aunque existen en la actualidad intervenciones mínimamente invasivas, la amplia mayoría de estas cirugías son de alta complejidad, donde existe un requerimiento de circulación extracorpórea (CEC), implicando un alto nivel técnico y de conocimientos por parte de un extenso equipo multidisciplinar. Se requiere de una anestesia muy avanzada con monitorización invasiva, el uso protocolizado de drogas y el complejo manejo de la máquina de bypass cardiopulmonar. Tanto endovasculares como de abordaje abierto, son cirugías con un gran riesgo de sufrir potenciales complicaciones.

Según las estadísticas de 2020, en España se realizaron 27.017 intervenciones, con 17.880 procedimientos de cirugía cardiaca mayor. De estas, 15.534 procedimientos fueron realizados con CEC (50). En la comunidad de Cantabria, en ese año, se realizaron 362 cirugías mayores. Según los registros del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), en el año 2022 se realizaron 260 cirugías con CEC.

Este tipo de cirugías son en las que se centrará el presente proyecto, y en concreto, el proceso quirúrgico de los pacientes que se seguirá para evaluar el impacto de una entrevista enfermera.

El paciente que acude a las consultas de cirugía cardiovascular y es considerado para una intervención de cirugía cardíaca, es incluido en la lista de espera e inicia el circuito quirúrgico que se observa en la figura 1. Este esquema se ha realizado teniendo en consideración las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo y las de la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular (SECTCV) y basado en el propio del HUMV (49,51).

Figura 1. Circuito CCV



- Periodo preoperatorio: El paciente en lista de espera suele acudir a realizarse las pruebas complementarias necesarias y a realizar el preoperatorio con el anestesista donde se evalúa su estado general de salud. Una vez programada la cirugía, el paciente ingresa el día anterior, donde es atendido por la enfermera de la planta de hospitalización y se inicia el protocolo de CCV quirúrgico. El día de la cirugía se traslada a quirófano donde es recibido por el equipo multidisciplinar y se realiza el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).
- Periodo intraoperatorio: Realización de la intervención quirúrgica.

- Periodo postoperatorio inmediato: Tras la finalización de la intervención, el paciente es trasladado a la unidad de cuidados críticos cardiológica todavía intubado, con drenajes torácicos, drogas y monitorización invasiva. Se comunica al médico intensivista y enfermera la información necesaria del paciente y cirugía. En esta unidad se inicia el postoperatorio inmediato y se sigue un protocolo para la recuperación temprana. Se intenta extubar en las horas siguientes a la cirugía y en los días posteriores se van eliminando drenajes, drogas y se intenta la movilización del paciente. Si todo transcurre de manera correcta, es trasladado a la unidad de hospitalización hasta su completa recuperación, cuando será dado de alta (52).

Como se puede comprobar, si el servicio quirúrgico no realiza una entrevista preoperatoria por parte de enfermería, no es hasta su ingreso cuando la enfermera puede llevar a cabo la valoración personalizada y crear un plan de cuidados adecuado, así como facilitar la información necesaria.

2.2.1. Ansiedad en el paciente cardiaco

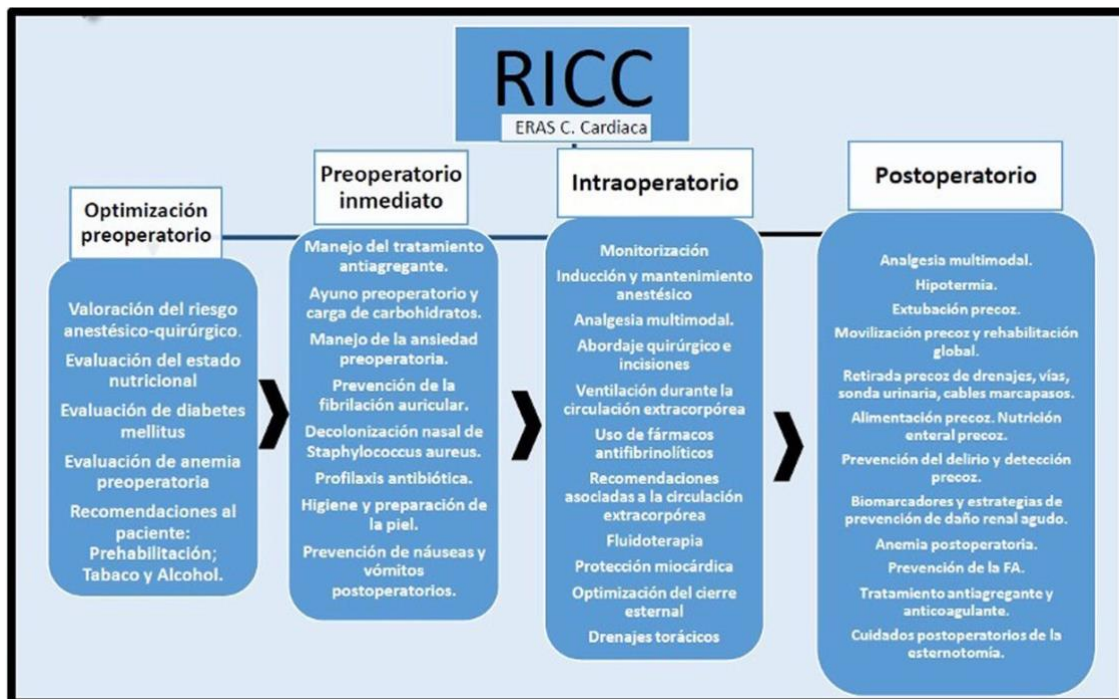
Son muchos los factores que conducen a la ansiedad en la cirugía cardiaca. Aunque todos los procesos quirúrgicos suelen despertar esta angustia, la complejidad de las patologías y el riesgo vital de este tipo de intervenciones hace que los pacientes con este tipo de trastornos suelen sufrir este proceso en mayor medida. En relación con la sintomatología, que incluye dolor torácico severo, opresión, fatiga o la taquicardia, estos no hacen más que empeorar la experiencia durante el proceso quirúrgico y puede alterar la funcionalidad y el estado emocional de los pacientes (53).

Como se ha ido exponiendo a lo largo del trabajo, en los pacientes que van a intervenir de cirugía cardiaca, el miedo a lo desconocido y la falta de información, especialmente relacionado con la propia cirugía, se convierten en factores definitivos para la ansiedad preoperatoria. Encontramos abundante bibliografía relacionándola con aumento del dolor y el consiguiente requerimiento de analgésicos y aumento de las complicaciones (9–12,26,28,54). Como ya se mencionó anteriormente, las patologías cardiacas y las operaciones extracorpóreas, por su propia naturaleza son graves y complicadas, siendo un factor extra (3,11). Sin embargo, el estudio de Hernández-Palazón et al no encontró relación con repercusiones en el curso del postoperatorio (10).

La cirugía de bypass coronario es un factor determinante de la ansiedad preoperatoria según Hernández-Palazón et al, siendo consistente con los hallazgos de Prado-olivares et al, probablemente debido a que la clínica de los pacientes coronarios es más grave que en la muchas veces silente que acompaña a las valvulopatías (10,12,26), aunque otros estudios no encontraron diferencias entre patologías (9). Ante el crecimiento del uso de técnicas mínimamente invasivas como es la TAVI (Transcater Aortic Valve Implantation) y el impacto que puede tener en la ansiedad, será recomendable estudiar en el futuro como influye en esta especialidad (10,12). Estos estudios sugieren que el nivel de información recibida tiene impacto en los niveles de ansiedad de estos pacientes, por lo que recomiendan que una valoración e intervención personalizada forme parte del proceso quirúrgico y del protocolo preoperatorio de cirugía cardiaca (10–12,26,53).

Recientemente, se han iniciado programas de recuperación intensificada, denominada en inglés *enhanced recovery after surgery (ERAS)*. En torno a esto, surge la guía “Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía cardíaca. Documento de consenso de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR), la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular (SECCE) y la Asociación Española de Perfusionistas (AEP)”. El planteamiento se basa en los cuidados centrados en el paciente y la familia y se presentan recomendaciones y estrategias basadas en la evidencia para homogeneizar los cuidados y así mejorar la calidad asistencial, reducir las complicaciones y la mortalidad. En la figura 2 se puede ver el paquete de medidas para implantar el programa ERAS (52).

Figura 2. Paquete de medidas para implantar el programa ERAS



Se sugieren recomendaciones para reducir la ansiedad en el preoperatorio y aprovechar este tiempo de espera hasta la cirugía para realizar una prehabilitación que optimice el estado funcional de los pacientes. El soporte psicológico, combinado con entrenamiento físico y la mejora de la nutrición se consideran las tres recomendaciones fundamentales en todo programa de prehabilitación. También se recomiendan la educación preoperatoria para minimizar esta ansiedad que permita reducir la medicación ansiolítica (52).

2.2.2. La calidad en los servicios de CCV

Los ciudadanos solicitan una buena atención sanitaria para poder mantener su bienestar, por lo que es importante mejorar la calidad asistencial de los servicios sanitarios para satisfacer esta demanda. Para alcanzar este objetivo, uno de los mejores indicadores, es la opinión y valoración por parte de los pacientes, lo que nos permite establecer intervenciones para la mejora y como medida de evaluación sobre las decisiones tomadas. Según el modelo Europeo de Gestión de la Calidad de la EFQM (*European Foundation for Quality Management*), la satisfacción del paciente es fundamental para la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios (55).

La CCV es una de las disciplinas más avanzadas en el desarrollo de sistemas de evaluación de la calidad de su actividad asistencial y en la documentación de los hechos quirúrgicos con una gran fiabilidad en los métodos de análisis. Fruto de ello son documentos como el INCARDIO (Indicadores de calidad en las Unidades Asistenciales del Área del corazón) o el propio programa ERAS ya mencionado con anterioridad. Estos documentos presentan un planteamiento en el que aparte de medir resultados quirúrgicos y acontecimientos adversos, les confieren a los cuidados centrados en el paciente y su opinión un papel protagonista a la hora de evaluar su calidad (52,56,57). En la tabla 3 se puede observar la gradación de los indicadores de calidad de INCARDIO (56) .

Tabla 3. Gradación de los indicadores de calidad.

Clase	Relevancia	Origen de los datos/ dificultad	Auditable	Evidencia
1	Parámetros de resultados principales	Datos disponibles en todos los hospitales por ley Registros obligatorios	Datos públicos, disponibles. Registros obligatorios	Nivel A en las guías. Evidente por sí mismo
2	Parámetros indirectos sustitutivos	Registros voluntarios con inclusión de todos los pacientes Difícil de obtener; puede ser poco fiable	Declaraciones voluntarias	Nivel B en las guías
3	Opiniones	Registros voluntarios (que no incluyen la totalidad de los pacientes consecutivos) Opiniones, encuestas	Datos archivados, pero difíciles de obtener	Nivel C Encuestas de opinión

Como se observa a través de lo descrito, los pacientes y sus familias tienen un papel fundamental en la toma de decisiones relacionadas con su salud, por lo que suponen una revolución en el planteamiento asistencial y del que emerge el concepto de cuidados centrados en el paciente.

El presente proyecto, en el que se persigue la implementación de una consulta preoperatoria por parte de una enfermera especializada, responde a este planteamiento centrado en el paciente y se espera que mejore la calidad asistencial. Por todo lo mencionado, la satisfacción de los pacientes será incluida como variable en esta investigación, esta se medirá a través de encuestas de opinión y nos permitirá la evaluación de la calidad sobre la asistencia recibida desde la perspectiva de sus protagonistas.

2.3. Entrevista perioperatoria

Aunque la enfermería perioperatoria sea una de las primeras especialidades en nacer, a finales del Siglo XIX, y teniendo en mente que Florence Nightingale es considerada la pionera en este campo, ha sido una de las grandes olvidadas a lo largo de la historia de nuestra profesión. Afortunadamente, en los últimos años ha ido ganando terreno y ha expandido sus tareas fuera del quirófano, implementando sus cuidados según los estándares de la profesión. La AORN la define según el modelo de cuidados centrado en el paciente como “La enfermera registrada que, utilizando el proceso de enfermería, desarrolla un plan de atención y luego coordina y brinda atención a los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos invasivos. Las enfermeras perioperatorias tienen las habilidades y los conocimientos necesarios para evaluar, diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar los resultados de las intervenciones. La enfermera perioperatoria aborda las respuestas fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales de los pacientes quirúrgicos” (14).

La enfermera quirúrgica debe proveer unos cuidados continuados, para ello, un modelo interesante que de fundamento a esta especialidad desde una perspectiva humanística, es el del dialogo perioperatorio (figura 3). Basada en este modelo, la enfermera tiene la oportunidad de desarrollar confianza, escucha y valora al paciente de manera individualizada, crea un plan de cuidados apropiado y atiende a sus necesidades durante el proceso quirúrgico (58).

Figura 3. Dialogo perioperatorio. Un modelo para el cuidado continuado (traducido del inglés)



El cuidado centrado en la persona significa respetar al paciente como un individuo único, considerando las particularidades y deseos del paciente e involucrando al paciente en su propio cuidado. En el proceso quirúrgico implica que la enfermera esté física y emocionalmente presente durante todo el proceso y que sirva de guía para el paciente (59).

Para poder responder a la necesidad de estos cuidados continuados e individualizados desde una perspectiva holística, desde hace unos años han ido surgiendo intervenciones por parte de enfermería como es la entrevista preoperatoria, ayudando a reducir la ansiedad y los miedos de los pacientes, lo que genera una sensación de seguridad y confianza. Podemos definirla como el proceso de personalización de cuidados entre la enfermería de quirófano y el paciente, previo a una intervención quirúrgica programada, mediante una entrevista personalizada, con los objetivos de proporcionar información, conocimientos en autocuidados, asesoramiento, así como disminuir la ansiedad y el temor (15).

En 2010 se llevó a cabo un estudio en Granada por Orihuela-Pérez et al. (15), en el que pretendían valorar las entrevista preoperatoria el día de ingreso del paciente antes de la intervención que se llevaba a cabo en su hospital. Se mostraron resultados positivos relativos al nivel de ansiedad, el autocontrol de miedo y ansiedad, los conocimientos de cuidados, el nivel de comodidad y en nivel de dolor y un alto grado de satisfacción del paciente. Coincide con los resultados y medidos también con el cuestionario STAI presentados por Fortacín et al. en Tarragona, realizando también la entrevista el día previo (60). El estudio de Orihuela et al. menciona que empezaron sin un protocolo y que han ido modificando el que tenían con la experiencia, lo que nos sugiere que empezar con un buen planteamiento puede aportar mejores resultados.

Más recientes encontramos el realizado por Çengel et al. en 2022 (61) sobre pacientes intervenidos de patologías urológicas, en el que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control e intervención con entrevista por parte de enfermería tanto pre como post en la reducción de la ansiedad, coincidiendo también con el realizado por Dias et al. (62) en pacientes

cometidos a cirugías viscerales. En ambos estudios las enfermeras estaban entrenadas para realizar este tipo de consultas y se seguían entrevistas estandarizadas, lo que nos muestra la importancia de una buena educación a la hora de realizar estas intervenciones.

En el ensayo clínico realizado en el Sistema de Salud Vasco en 2012 por Diez-Álvarez et al. (17), que evaluaba este tipo de intervenciones en el preoperatorio inmediato, concluyó que esta intervención no reducía significativamente la ansiedad preoperatoria. Aunque si se evidenció una ansiedad más elevada en pacientes que se sometían a cirugías más complicadas, lo que también nos ayuda a pensar que los pacientes que se sometan a cirugías cardiacas presentarán altos niveles de ansiedad. Este estudio concluye que el preoperatorio inmediato puede no ser el mejor momento para realizar las entrevistas, siendo consistente con Moreno Carrillo et al. (39), que puntualizan que evaluar la ansiedad en el momento en el que el paciente se encuentra muy ansioso, pueden producir un aumento de dicha emoción. También Gordillo et al. (29) recomiendan realizar estas intervenciones en el entorno y momento adecuado. Por el contrario, en el más reciente llevado a cabo por Romero (63), y que también se realizaba en este momento, sí que se encontró una reducción de la ansiedad, en la que aparte de la entrevista, se entregaba un tríptico. En esta investigación, la ansiedad no se comparaba con otras variables como el dolor, no aportando evidencia sobre esta relación, por lo que creemos que es importante valorar el dolor como medida del impacto en la reducción de ansiedad a partir de nuestros cuidados.

En el campo de la cirugía cardiaca cuesta más encontrar intervenciones realizadas por enfermería, en su revisión sistemática Shamoradi et al. en 2022 (64), concluye que el uso de enfoques educativos en pacientes de cirugía cardíaca puede tener efectos significativos en la reducción de ansiedad y en los costes, aumento la calidad asistencial y de satisfacción de los pacientes, aunque no hay muchos de entrevistas enfermeras. En relación con ensayos controlados, los realizados por Xu et al. (4) y por Kalogianni et al. (13), ambos concluyen que la educación por parte de enfermeras especializadas reduce la ansiedad y las comorbilidades, pero no reduce el tiempo de ingreso. No se encuentran

intervenciones de este tipo realizadas en España a pacientes de cirugía cardiaca, lo que nos invita a investigar sobre este tipo de pacientes.

Sobre el formato de información dada, encontramos que facilitar información escrita o multimedia puede ayudar a mejorar los resultados (63,65,66).

A principios de la década pasada, Guo (53) y Gordillo (29), tras sus revisiones, recomendaban la necesidad de educación para la realización de este tipo de consultas debido a la inconsistencia de los resultados obtenidos hasta entonces, por lo que evidencia que ha existido una evolución en la creación de protocolos y medidas en los últimos años, alcanzando una madurez que ha permitido mejorar estas intervenciones y con ello, los resultados. En la más reciente revisión de Ruiz et al. (16), se señalaba como, las investigaciones con enfermeras entrenadas para realizar este tipo de intervenciones mostraban mejores resultados.

Aunque exista controversia en cuanto a estas intervenciones, donde o cuando realizarlas, sí que existe una cierta unanimidad en que la información y educación en el preoperatorio mejora la satisfacción y aumenta la calidad de unos cuidados individualizados (16,17,39,60,63,65).

En la mayoría de los estudios presentados, la entrevista de enfermería no se lleva a cabo antes de acudir al hospital, por lo que realizarla en el momento en el que los pacientes acuden a realizar la evaluación preoperatoria previa al ingreso por parte de anestesia puede mejorar los resultados sin incurrir en un aumento de los costes y con ello, mejorar la calidad del proceso asistencial.

Un ejemplo de plan de cuidados es el que se presenta en la tabla 4, realizado por Bailey (40) y que identifica las acciones enfermeras necesarias para manejar la ansiedad preoperatoria.

Tabla 4. Plan de cuidados para el manejo de la ansiedad preoperatoria.

Diagnóstico	Intervenciones enfermeras	Resultados provisionales	Declaración de resultados
Ansiedad o afrontamiento ineficaz	<p>Identifica el estado psicosocial.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evalúa el estado psicosocial en relación con la edad y etapa de desarrollo. ▪ Identifica el perfil del hogar del paciente (p. ej., hogar, composición, edades, género, roles, ocupaciones; familia, habilidades de afrontamiento, limitaciones). ▪ Identifica los recursos del paciente (p. ej., seguro, casa, ambiente, familia extensa, comunidad). <p>Evalúa los mecanismos de afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisa el patrón de afrontamiento del paciente y su eficacia. ▪ Identifica las prácticas religiosas del paciente. ▪ Identifica creencias filosóficas, culturales y espirituales y prácticas relacionadas. ▪ Pide al paciente que describa los métodos actuales para lidiar con el estrés. ▪ Observa el comportamiento que puede indicar ineficacia afrontamiento (p. ej., verbalización de la ira, depresión, afrontamiento ineficaz, alteraciones en la dieta, interrupción del patrón de sueño, inquietud, ausencia de contacto visual, ausencia o participación reducida en el plan de atención, alejamiento de la familia o miembros del personal, hostilidad hacia la familia o los miembros del personal). ▪ Determina cuándo estos comportamientos se hicieron evidentes por primera vez. ▪ Alienta al paciente a expresar sus sentimientos. ▪ Determina los métodos más efectivos de comunicación y apoyo. ▪ Evalúa la disponibilidad y eficacia del apoyo del sistema. <p>Identifica al paciente y a la persona de apoyo designada y sus necesidades educativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determina el nivel de conocimiento. ▪ Provoca percepciones de cirugía. ▪ Identifica las barreras a la comunicación. ▪ Determina la capacidad del paciente para comprender la información ofrecida. <p>Incluye al paciente o a la persona de apoyo designada en la enseñanza perioperatoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explica la secuencia esperada de eventos. ▪ Proporciona informes de estado a la persona de apoyo designada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente verbaliza la secuencia de eventos que se esperan antes e inmediatamente después de la cirugía. ▪ El paciente expresa expectativas realistas con respecto a la recuperación del procedimiento. ▪ El paciente y la familia describen con precisión el régimen postoperatorio prescrito. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente o la persona de apoyo designada demuestra conocimiento de las respuestas esperadas al procedimiento quirúrgico o invasivo.

Tabla 4. Plan de cuidados para el manejo de la ansiedad preoperatoria (continuación).

Diagnóstico	Intervenciones enfermeras	Resultados provisionales	Declaración de resultados
	<p>Implementa medidas para brindar apoyo psicológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evalúa signos y síntomas de ansiedad o miedo (p. ej., miedos y preocupaciones, insomnio preoperatorio, tensión muscular, temblores, irritabilidad, cambios en el apetito, inquietud, diaforesis, taquipnea, taquicardia, presión arterial elevada, palidez o enrojecimiento facial, comportamiento retraído). ▪ Orienta al paciente sobre el entorno y las rutinas y prácticas de atención. ▪ Presenta a los miembros del personal. ▪ Asegura al paciente que un miembro del personal está <ul style="list-style-type: none"> ▪ cercano. ▪ Proporciona información y responde preguntas con honestidad. ▪ Mantiene una actitud tranquila, solidaria y confiada. ▪ Proporciona una atmósfera de cuidado y preocupación (p. ej., <ul style="list-style-type: none"> ▪ privacidad, enfoque sin prejuicios, empatía, respeto). ▪ Ofrece métodos alternativos para minimizar la ansiedad (p. ej., <ul style="list-style-type: none"> ▪ música, humor). ▪ Refuerza las explicaciones del médico y aclara <ul style="list-style-type: none"> ▪ conceptos erróneos ▪ Explica el propósito de las preparaciones preoperatorias. <ul style="list-style-type: none"> ▪ antes de la implementación. ▪ Fomenta la participación del paciente en la toma de decisiones. <ul style="list-style-type: none"> ▪ y la planificación de la atención postoperatoria. <p>Evalúa la respuesta psicosocial al plan de atención.</p>		

Tras esta revisión del estado del arte, se observa que la consulta de enfermería en pacientes que se van a someter a cirugía cardiaca no se ha llevado a cabo, y que los ensayos realizados en otro tipo de intervenciones, los pacientes no pasan por la unidad de cuidados intensivos, o las intervenciones se realizan el mismo día o el previo de la cirugía. Todo lo mencionado nos invita a investigar sobre los efectos que la consulta previa puede aportar en estos pacientes y si podemos mejorar la calidad asistencial.

3. Revisión bibliográfica

Para el presente proyecto se realizó una búsqueda exhaustiva bibliográfica en el motor de búsqueda Google Scholar y en las bases de datos especializadas relacionadas con el ámbito del estudio, tanto nacionales como internacionales: Cuiden, Cinahl, Dialnet, Pubmed/Medline. En referencia a los descriptores, estos se pueden ver en la tabla 5, en la búsqueda se usaron los operadores booleanos OR/AND en las diferentes bases de datos.

Tabla 5. Descriptores usados en la búsqueda

Palabras clave	Sinónimos en Castellano	Inglés
Cirugía, Cirugía cardíaca	Intervención, Quirúrgica, torácica	Surgery, Surgical, Cardiac surgery
Visita preoperatoria	Entrevista preoperatoria	Preoperative visit/interview
Ansiedad	Estrés, angustia, miedo	Anxiety, stress
Dolor	Molestia	Pain
Enfermería	Enfermera	Nurse, Nursing

Tras la búsqueda, se han priorizado los artículos publicados en las principales revistas especializadas con el tema de estudio como Enfermería clínica, Revista española de anestesiología y reanimación, British Journal of Anaesthesia, New England Journal of Medicine, Cardiothoracic and Vascular Anesthesia, Journal of PeriAnesthesia Nursing, AORN y European journal of cardiovascular nursing.

Como criterios de inclusión, se han considerado artículos con una antigüedad menor de 10 años (aunque se ha incluido alguno anterior debido a su relevancia para el ámbito de estudio) y que estuvieran publicados en español, inglés o portugués. Se han excluido los estudios que, tras su revisión, no aportaban información relevante para el proyecto. Finalmente, tesis doctorales relacionadas con el tema de estudio han servido como apoyo a la hora de realizar el trabajo.

Tras la búsqueda de información, en la que se parte de los mencionados conceptos globales, posteriormente se va acotando entre los temas de interés para extraer datos más rigurosos. Se obtienen un total de 92 referencias bibliográficas. Se realiza una selección basada en los criterios de inclusión y se clasifican según su utilidad para el desarrollo del presente estudio. Un total de 54 referencias cumplen con todos los criterios, estando relacionadas con el ámbito de estudio, con la particularidad de la temática que aborda cada una de las publicaciones, ya sea vinculada a la ansiedad, entorno quirúrgico, ansiedad preoperatoria, visita prequirúrgica, dolor o al resultado de la combinación entre varios temas.

Como se ha mencionado con anterioridad, se han incluido artículos que se considerasen relevantes en la investigación, aunque no cumplieren la totalidad de los criterios de inclusión. Del mismo modo, se han utilizado referencias necesarias para la aportación de datos y de apoyo para el estudio. Un total de 16 referencias son de esta índole.

4. Aportaciones e interés del estudio

Este estudio tiene como objetivo principal analizar si la consulta y una educación personalizada durante el proceso quirúrgico que sea realizada por enfermeras especializadas mejora el nivel de ansiedad de los pacientes sometidos a cirugía cardiaca, reduce el nivel de dolor y mejora la satisfacción hacia el proceso. Evaluar el efecto de unos cuidados administrados por enfermería puede servir para mostrar el beneficio de estos, ya que en el caso de que se obtengan unos resultados positivos, pueden llegar a tener un impacto importante debido a diferentes factores.

A nivel clínico, podrían ayudar a mejorar el proceso de atención al paciente sometido a cirugía cardiaca, mejorando la familiaridad con el proceso y con el entorno del área quirúrgica. Pero sobre manera, podría aumentar la calidad de los cuidados administrados, consiguiendo unos mejores resultados para nuestros pacientes. Del mismo modo, sería beneficioso contar con una figura que acompañase al paciente durante todo el proceso quirúrgico, desde el momento que es conocedor de que va a enfrentarse a una cirugía, hasta que vuelve a su casa. Ofrecer un cuidado individualizado y mantener una continuidad en los cuidados puede conseguir que contemos con pacientes más preparados y seguros en su proceso.

A nivel social e institucional, puede ayudar a mostrar el valor de una atención enfermera especializada, lo cual, puede fomentar la enfermería avanzada y autónoma, así como la gestión de la plantilla de una manera más funcional y costo-eficiente. Por otro lado, como se ha explicado, la satisfacción de los pacientes es importante para evaluar la calidad de los servicios prestados. Conocer y mejorar la percepción de estos, y ofrecer unos cuidados centrados en el paciente, puede contribuir a la excelencia en los cuidados a nivel institucional.

A nivel económico pueden aportar una mejor distribución de los recursos con la consiguiente disminución de los gastos, ya que este tipo de intervención es de bajo coste. Del mismo modo, al preverse el impacto positivo en los resultados, se puede esperar una reducción de los recursos asistenciales.

El presente estudio podría emplearse como punto de partida para la creación de un protocolo a nivel institucional e igualmente, para plantear como objetivo la ampliación de este tipo de intervención al resto de especialidades quirúrgicas.

Además de lo mencionado, puede suponer el paso a otros proyectos que estén liderados por profesional de enfermería con la consiguiente repercusión para la profesión, la salud de los pacientes y así poder alinearse con las líneas estratégicas institucionales.

5. Objetivos

Objetivo principal:

Evaluar el impacto de la consulta enfermera preoperatoria sobre los niveles de ansiedad, satisfacción y grado de dolor en comparación con el protocolo habitual del Hospital de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca durante el periodo perioperatorio.

Objetivos específicos:

- Comparar los niveles de ansiedad entre los pacientes programados para cirugía cardíaca que acuden a la visita preoperatoria de enfermería que pertenecen al grupo intervención y los pacientes programados para cirugía cardíaca que siguen el protocolo habitual del hospital y que no acuden a la visita preoperatoria con la enfermera y que pertenecen al grupo control.
- Comparar el nivel de satisfacción posteriormente a la cirugía cardíaca entre el grupo intervención y el grupo control durante el postoperatorio.
- Analizar el nivel/grado de dolor postoperatorio tras la cirugía cardíaca entre el grupo intervención y el grupo control.

6. Hipótesis

La consulta realizada por una enfermera especializada durante el proceso perioperatorio mejora los niveles de ansiedad, satisfacción y disminuye el nivel de dolor de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

7. Método

7.1. Diseño y metodología

Para la realización del presente estudio se utilizará una metodología cuantitativa, siendo un ensayo clínico controlado mediante la realización de asignación aleatoria en dos grupos, con un grupo control y un grupo intervención.

En ambos grupos se evaluarán, a través de diferentes cuestionarios, los niveles de ansiedad preoperatoria, el nivel de satisfacción y el grado de dolor postoperatorio para, posteriormente, analizar los datos obtenidos.

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en el servicio de Cirugía Cardiovascular durante el año 2023, teniendo la recogida de datos una duración de 6 meses. Se incluirán todos los pacientes mayores de 18 años que se acudan a las consultas de Cardiovascular y sean programados para someterse a intervenciones de cirugía cardiaca durante el periodo de recogida de datos. Las cirugías incluidas en el estudio serán las de revascularización coronaria, recambio valvular y aorta ascendente.

Los pacientes asignados al grupo intervención acudirán a una consulta preoperatoria por parte de una enfermera especializada previa al ingreso y que coincida con la fecha asignada con la consulta realizada por anestesia. Por otro lado, los pacientes del grupo control recibirán el cuidado preoperatorio standard del hospital.

7.2. Ámbito de estudio

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) es un centro de tercer nivel, perteneciente al Sistema Cántabro de Salud, que forma parte del Sistema Nacional de Salud en España. Cuenta con 8 Centros, Servicios y Unidades de referencia (CSUR), ha sido reconocido con el sello QH dos estrellas por su calidad, la certificación en el IHHI (Índice de Humanización de Hospitales Infantiles) y dispone de más de 20 servicios y unidades certificados con la ISO 9001. El hospital consta de alrededor de 900 camas y en él se realizan cada día

más de 2.000 consultas especializadas y una media de 70 intervenciones en los 30 quirófanos de los que dispone (67).

Según los datos aportados por el HUMV sobre la actividad asistencial en 2021, se realizaron un total de 20.054 intervenciones quirúrgicas, estando incluidas tanto las intervenciones ambulatorias, como las que requieren de hospitalización. En este periodo, el servicio de CCV llevó a cabo 1.151 cirugías, siendo 1.038 cirugías programadas y 113 urgentes (68). Según los datos internos del servicio de CCV y que se han podido consultar, fueron 362 cirugías mayores, siendo estas en las que se centra este estudio.

7.3. Población y muestra

Los datos consultados del servicio de CCV muestran un total de 362 pacientes intervenidos de cirugía mayor en 2021, lo que se considerará la población accesible.

La selección de la muestra será de carácter no probabilístico y consecutiva entre los pacientes que acuden a la consulta de anestesia.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el programa GRANMO versión 17.2 (69) y se usan como referencia los datos obtenidos por Romero (63), por lo que se asume una desviación estándar común de 6 en la escala APAIS para el cálculo. Se estiman 101 sujetos en el primer grupo y 101 en el segundo para detectar una diferencia igual o superior a 2.5 puntos en los niveles de ansiedad aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta inferior al 0,2. Se estimó una pérdida del 10% en el seguimiento de los participantes.

En base a la población accesible y al cálculo muestral que se ha realizado, se estima que un periodo de 6 meses de recogida de datos sería suficiente para obtener la muestra necesaria para el estudio, de 202 participantes. En el caso de no alcanzar estos para la fecha, se alargaría la fase de recogida de datos hasta adquirir la totalidad de la muestra.

7.4. Criterios de inclusión

Se incluirá a todos los pacientes que cumplan los siguientes criterios:

- Pacientes programados para someterse a intervenciones de revascularización coronaria, cirugía valvular y aorta ascendente.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que, tras ser informados sobre el estudio, entienden y aceptan participar y firmar el consentimiento informado.
- Pacientes con comprensión oral y escrita adecuadas.

7.5. Criterios de exclusión

Se excluirá a todos los pacientes que cumplan los siguientes criterios:

- Pacientes que no acepten formar parte del estudio.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con deterioro cognitivo, antecedentes psiquiátricos o dificultades idiomáticas.
- Pacientes con historia de cirugía cardíaca previa.

7.6. Proceso de selección de participantes

Los pacientes incluidos en la lista quirúrgica de CCV y que cumplan los requisitos de inclusión, en la visita preoperatoria con anestesia serán informados del estudio e invitados a participar. Si el paciente acepta colaborar, se facilitará una autorización mediante consentimiento informado según modelo del hospital y hoja de información del estudio para que la firmen, tras lo cual, se procederá a su inclusión en el estudio (Anexos 1 y 2).

Posteriormente, se llevará a cabo la asignación aleatoria para la incorporación en uno de los grupos. Para ello se utilizará el programa Research Randomizer® asignando a cada participante un valor. El valor 1 será para los pacientes del grupo control, que recibirán el cuidado preoperatorio habitual del hospital. Por otro lado, el valor 2 será para los del grupo intervención, que recibirán una consulta preoperatoria por parte de una enfermera especializada. El periodo de reclutamiento de los pacientes abarcará un periodo de 6 meses.

7.7. Procedimiento

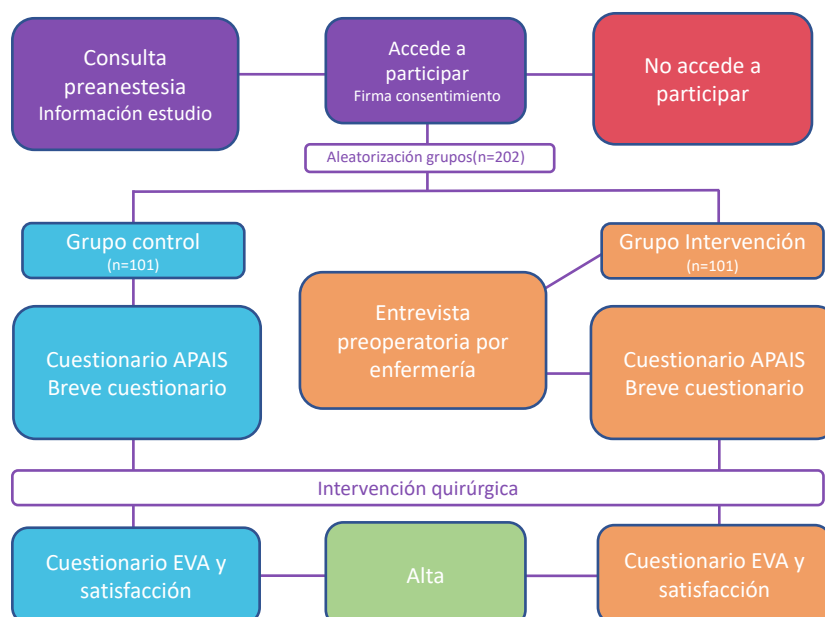
7.7.1. Protocolo y cronograma del procedimiento

El inicio del proceso se llevará a cabo en la consulta preoperatoria que es realizada por anestesia para los pacientes programados para una cirugía cardiaca en el HUMV. En esta, los pacientes que cumplan los criterios de inclusión serán informados por una enfermera del área quirúrgica del estudio que se está realizando y si desean colaborar en él. Se explicará detalladamente el proceso y en caso de conformidad se solicitará la firma del consentimiento informado. Una vez hayan aceptado, se procederá la inclusión en el estudio y por orden de llegada se aleatorizará a los pacientes en el grupo control o grupo intervención asignando a cada participante un número de identificación.

- Si pertenecen al grupo control, se les explicará que el día del ingreso una enfermera pasará por su habitación con el objetivo de recoger los datos de interés.
- Si pertenecen al grupo intervención, se explicará cómo va a ser el proceso y se llevará a cabo la intervención, la consulta preoperatoria por parte de enfermería. Esta consulta y su diseño se explicará en el punto posterior.

En la figura 4 se puede observar el cronograma del procedimiento.

Figura 4. Cronograma



El día del ingreso, tras la recepción en la unidad de hospitalización, una enfermera del área quirúrgica visitará al paciente en su habitación. A los pacientes de ambos grupos se les administrará el formulario APAIS para el registro de la ansiedad (tabla 2). Del mismo modo, se les realizará un breve cuestionario creado ad-hoc para el registro de los datos sociodemográficos de los pacientes (anexo 3). Para evitar la contaminación de los grupos, la recogida de datos se realizará por enfermeras distintas, una para cada grupo.

Tras la intervención quirúrgica, los pacientes serán trasladados a la Unidad de Cuidados intensivos (UCI). Dependiendo de la evolución de los pacientes y siguiendo el protocolo del hospital, cuando se reúnan las condiciones necesarias, se procederá a su traslado a la planta de hospitalización.

En el momento en que se decida el alta, la enfermera del área quirúrgica será avisada, pudiendo realizar una visita a los pacientes. En esta visita, se administrará el cuestionario EVA (anexo 4) para el registro del dolor, así mismo también se solicitará que rellenen el cuestionario ad-hoc para conocer la satisfacción de los pacientes respecto al proceso que han vivido (anexo 5).

7.7.2. Diseño de la intervención

Para el diseño de la consulta, en primer lugar, se llevará a cabo una reunión con diferentes miembros del equipo multidisciplinar que atienden a los pacientes con patología cardíaca durante el proceso quirúrgico. En ella, se pondrán en común los datos que se consideran más relevantes en relación con el cuidado, proceso y recuperación de los pacientes. Posteriormente, se realizará la redacción de la entrevista entre un grupo de enfermeras del área quirúrgica. Se diseñará teniendo como base el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), algunos de los objetivos y acciones a llevar a cabo serán:

- Valoración del paciente, informar acerca del proceso quirúrgico y de los cuidados preoperatorios y postoperatorios, así como resolución de dudas.
- Con relación al diagnóstico enfermero de ansiedad o de afrontamiento eficaz para la creación de un plan de cuidados se puede seguir las acciones enfermeras que se presentaron en la tabla 4.

- En esta consulta se busca crear un entorno y una relación de confianza, un lugar en el que los pacientes puedan sentirse seguros.
- El registro de los datos para poder proporcionar una continuidad en los cuidados durante todo el proceso de atención enfermera.

Para la realización de la entrevista se formará a un grupo de enfermeras perioperatorias. La entrevista se llevará a cabo en un despacho del área de consultas el mismo día que el paciente acuda a la consulta de preanestesia.

7.8. Variables de estudio

Las variables independientes que se van a estudiar son:

- Variables sociodemográficas:

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| ➤ Edad | Cuantitativa continua discreta. |
| ➤ Sexo | Cualitativa nominal dicotómica. |
| ➤ Estado civil | Cualitativa nominal. |
| ➤ Personas a su cargo | Cualitativa binominal. |
| ➤ Nivel de estudios | Cualitativa ordinal. |
| ➤ Trabajo | Cualitativa nominal. |

- Variables clínicas:

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| ➤ Historia de cirugía previa | Cualitativa nominal. |
| ➤ Clasificación ASA | Cualitativa ordinal. |
| ➤ Tipo de cirugía | Cualitativa nominal. |

Las variables dependientes para estudiar son:

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| ➤ Nivel de ansiedad | Cuantitativa discreta. |
| ➤ Grado de satisfacción | Cuantitativa discreta. |
| ➤ Grado de dolor | Cuantitativa discreta. |

7.9. Instrumentos de recogida de información

Los pacientes asignados al grupo intervención acudirán a una consulta prequirúrgica que será realizada por una enfermera especializada, mientras que los pacientes del grupo control recibirán el cuidado preoperatorio standard del hospital. Ambos grupos recibirán una visita al momento del ingreso y otra al alta para facilitar los cuestionarios que servirán para la recogida de datos. A continuación, se procede a detallar los diferentes cuestionarios y el momento de su recogida.

La primera fase se llevará a cabo en el momento del ingreso y se recogerán:

- Para evaluar el nivel de ansiedad se va a utilizar el cuestionario *Ámsterdam preoperative anxiety and information scale* para la evaluación de la ansiedad preoperatoria, APAIS. La escala tiene dos subescalas que miden la ansiedad acerca de la anestesia y la cirugía y la necesidad de información. Incluye seis ítems en total. Es una escala tipo Likert de cinco puntos (1= “absolutamente no” a 5= “enormemente”) y el puntaje más bajo que se puede obtener es 6 y el más alto, 30. El puntaje total para la escala de ansiedad acerca de la anestesia y la cirugía es de 4 a 20 y la puntuación total de la escala de “necesidad de información” es de 2 a 10. El puntaje general el punto de corte para la ansiedad se aceptó como ≥ 11 , y un individuo con una puntuación de 11 o más se consideró como un individuo ansioso. Esta escala, por su reducido tiempo de cumplimentación y su alta correlación con la STAI, la convierten en una herramienta muy conveniente para estudiar la ansiedad preoperatoria (8,35–37). Se usará la escala validada al español que se puede observar en la tabla 2.
- Las variables demográficas y clínicas, tales como edad, sexo, estado civil, personas a su cargo y trabajo, serán recogidas a través de un cuestionario de creación ad-hoc. También se recogerá si pertenecen al grupo control o intervención. Es un instrumento fácil de realizar y económico (anexo 3).

La segunda fase se llevará a cabo al momento del alta y en ella se recogerá:

- El nivel de dolor será evaluado mediante la escala La Escala Visual Analógica (EVA), que mide la intensidad del dolor que percibe el paciente. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. La valoración será: Dolor leve si se puntúa el dolor como menor de 3, dolor moderado entre 4 y 7 y dolor severo si es igual o superior a 8 (70) (anexo 4).
- El nivel de satisfacción se medirá mediante un cuestionario creado ad hoc junto a los especialistas del hospital y basado en la literatura. Este será validado por el servicio de atención al usuario del centro (anexo 5).

7.10. Análisis de los datos

Se procederá a la creación de una base de datos donde se va a introducir la información obtenida mediante los diferentes cuestionarios. A partir de esta, en primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de las variables independientes incluidas en el estudio con el fin de conocer las características generales en ambos grupos de la muestra. Para todas aquellas variables de tipo cualitativo se calcularán los porcentajes (%) y las frecuencias absolutas (n). En todas aquellas variables de tipo cuantitativo, se calcularán las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) según proceda y las medidas de dispersión (DE).

A continuación, se procederá al análisis de las puntuaciones obtenidas en los diferentes cuestionarios para la ansiedad, dolor y satisfacción. Para estudiar la relación entre las variables de tipo cualitativo se calculará la “Chi cuadrado” o el test exacto de Fisher. Para el análisis bivariado entre una variable cualitativa y otra de cuantitativa se aplicará la prueba t de Student Fisher o análisis de la varianza según proceda. En el supuesto de que a través del test de Kolmogorov-Smirnov se detecte que la distribución de las variables no sea normal se realizará

la prueba U de Mann-Whitney. En el caso de estudiar la relación entre dos variables cuantitativas, se usará la correlación de Pearson o Spearman según proceda.

Se trabajará con un nivel de confianza del 95% y se considerará que la diferencia entre variables es significativa cuando el grado de significación (p) sea menor o igual a 0,05. El análisis de los datos se realizará mediante el paquete estadístico SPSS 25.0 por Windows.

8. Consideraciones éticas

El equipo de investigación presentará este estudio y los formularios de consentimiento informado al Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) del HUMV para solicitar su aprobación. Se presentarán según el modelo y protocolo de este.

Su elaboración respetará las normativas de carácter nacional del Real Decreto 223/2004, de Buenas Prácticas Clínicas (BPC) y se realizará de acuerdo con los fundamentos de la declaración de Helsinki y la ley de Investigación Biomédica 14/2007.

Los participantes serán informados de los beneficios y riesgos que presenta el estudio, del carácter voluntario de participación, así como de que se garantizará la confidencialidad y anonimato conforme a la Ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal (LOPD). Se informará y facilitará la hoja de consentimiento informado (Anexo 1), el cual garantiza al individuo a decidir su colaboración con la investigación de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Para el mantenimiento del anonimato, los datos obtenidos serán sometidos a un trato personal y confidencial, así como para el registro se utilizará una base de datos segura y se codificará por medio de números. Solo los investigadores principales custodiarán y administrarán dicha base de datos, así como los cuestionarios.

Se solicita el permiso pertinente a los autores para la utilización del Cuestionario APAIS para la presente investigación. También se solicita permiso para la utilización del Cuestionario EVA.

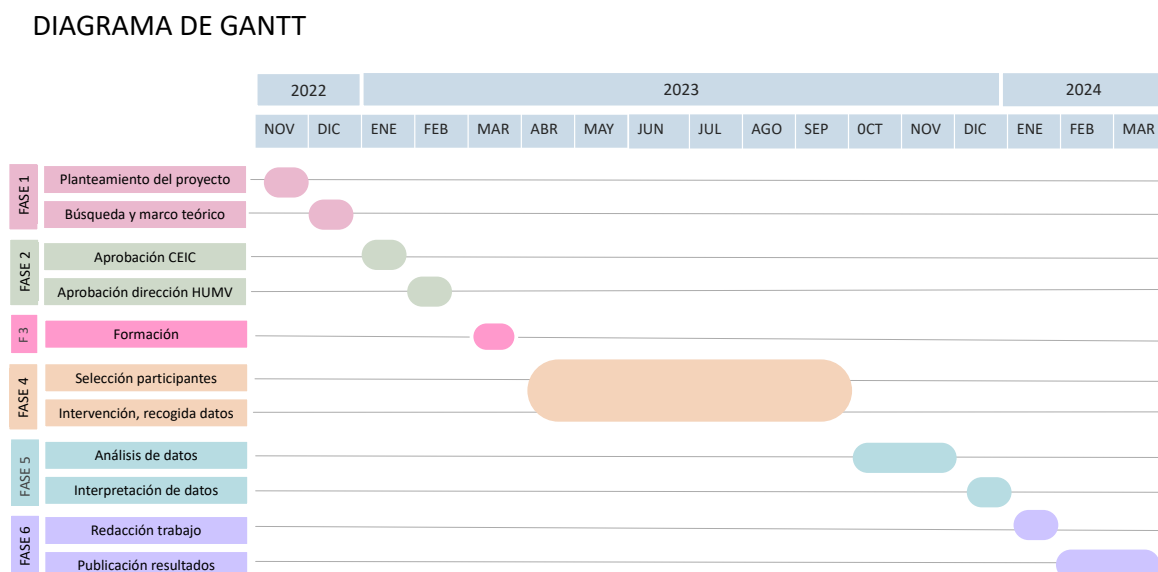
9. Cronograma

Se elabora un plan de trabajo mediante la temporalización del estudio que permitirá una utilización y desarrollo en el tiempo más flexible.

- **Fase 1.** Elaboración del proyecto e ideación del objetivo. (2 meses).
- **Fase 2.** Solicitud aprobación por el comité de ética y obtención de permisos por parte de la dirección del hospital. (2 meses).
- **Fase 3.** Formación de los investigadores. (1 mes).
- **Fase 4.** Selección de participantes, realización intervención y recogida de datos. (6 meses).
- **Fase 5.** Análisis de los datos obtenidos, transcripción de datos al sistema informático y análisis estadístico de los datos informatizados por parte de un profesional estadístico. Interpretación de los datos y valoración de los resultados obtenidos. (3 meses).
- **Fase 6.** Redacción del trabajo y publicación de resultados con la finalidad de envío y publicación en revistas y congresos. (3 meses).

Las diferentes fases se pueden observar en el siguiente Diagrama de Gantt (figura 5).

Figura 5. Diagrama de Gantt



10. Presupuesto

El coste total de la investigación se prevé de 3.600€. En la tabla 6 se puede observar el desglose de los conceptos.

Tabla 6. Presupuesto

CONCEPTO	IMPORTE
Gastos de personal	
▪ Grupo enfermería	0 €
Gastos de ejecución	
▪ Material fungible	
- Fotocopias	175 €
- Folios	20 €
- Grapadora	5 €
Contratación servicios	
▪ Servicio estadístico	
- Programa SPSS 25.0	200 €
- Analista de datos	800 €
▪ Servicio Traducción	700 €
▪ Gastos publicaciones	
- Difusión bases de datos	200 €
- Publicación revista científica	500 €
Viajes y dietas	
▪ Inscripciones congresos	400 €
▪ Dietas	200 €
▪ Transporte	200 €
TOTAL	3.600 €

11. Limitaciones del estudio

Este proyecto se ve sometido a diversas limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio unicéntrico, por lo que las conclusiones derivadas de este no podrían generalizarse en todos los pacientes prequirúrgicos y serían solo válidos para nuestra población o, los de similares características. Estudiar este tipo de intervención en otros centros podría servir para comparar resultados y tener un conocimiento más profundo acerca de este tema. Del mismo modo, al tratarse de pacientes de una patología concreta, solo se podría comparar con estos mismos.

Derivado del tipo de intervención, no es posible contar con un observador enmascarado, por lo que se ha decidido que la visita prequirúrgica sea llevada a cabo por dos enfermeras diferentes, una para el grupo control, y otra para el de intervención. Aunque de este modo se intente evitar la contaminación del grupo control, no se puede asegurar si los participantes de este grupo reciben información de otras fuentes.

Haber complementado el estudio utilizando otro tipo de variables concomitantes con la ansiedad, como pueden ser la frecuencia cardiaca o la tensión arterial, podría servir para reafirmar los posibles resultados. Debido a la dificultad que conllevaba, se decidió no incluirlas en este estudio, por lo que sería recomendable poder relacionarlo en el futuro. Por otro lado, en este estudio se ha decidido no incluir la variable del tiempo de espera hasta la cirugía, que se contempla como un factor que puede predisponer al aumento de ansiedad debido a que actualmente la lista de espera en cirugía cardiaca en el HUMV es muy pequeña y el tiempo que transcurre de media es inferior a un mes.

Se prevé que existan pérdidas relativas a la muestra por diferentes motivos, ya sea abandono de los participantes, cancelaciones o pérdida en los datos. Esto podría suponer no alcanzar el número necesario para la muestra en el tiempo previsto, por lo que el estudio debería ser alargado hasta conseguir la totalidad.

12. Futuras líneas de investigación

Los datos que se deriven de este estudio pueden ser de utilidad para fomentar la investigación y profundizar en el conocimiento en la misma dirección, o con propuestas de nuevas líneas que contribuyan en el aumento de la calidad de cuidados y satisfacción del paciente. Será importante conocer en que intervenciones y estrategias en las que puede contribuir la enfermería y que por lo tanto favorezcan el cuidado administrado.

En el desarrollo de este proyecto se han ido presentado otros estudios que varían en los resultados o que no son concluyentes en relación con el momento de realizar este tipo de intervención o cuando puede resultar más beneficioso para los pacientes, siendo un punto importante por investigar en el futuro. Del mismo modo, conocer el momento en qué los pacientes sufren un mayor nivel de ansiedad, si esta aumenta al acercarse la cirugía, o es la propia cirugía, con independencia del punto del proceso en el que se encuentren, la que determina la ansiedad.

También se considera importante conocer cuál es la escala que puede aportar datos más cercanos a la realidad, o si se obtienen datos similares independientemente de las herramientas o escalas que se usen.

Por último, sabemos que la ansiedad viene determinada por una serie de múltiples factores y de componentes sociales relativos a la persona, a su familia, su entorno y a su propia capacidad de afrontar la incertidumbre. Es por todo ello importante conocer cuáles son las principales preocupaciones, los aspectos que más ansiedad generan o qué sienten nuestros pacientes, para con ello poder seguir mejorando en la creación de nuevas medidas y cuidados. Desde este punto de vista, la investigación cualitativa sería fundamental para suplementar en el conocimiento que ya tenemos acerca de esto.

Nuestro objetivo es seguir investigando los factores que originan la ansiedad para así poder evaluarlos en una consulta e intentar minimizar en lo posible la presencia de este trastorno.

13. Bibliografía

1. Nursing Diagnosis Handbook, 12th Edition Revised Reprint with 2021-2023 NANDA-I® Updates - Elsevier E-Book on VitalSource, 12th Edition - 9780323875714.
2. Sierra JC, Ortega V. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar Ihab Zubeidat. *Revista Malestar e Subjetividade*. 2003;3(1):10-59.
3. Aust H, Eberhart L, Sturm T, Schuster M, Nestoriuc Y, Brehm F, et al. A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults. *J Psychosom Res*. 2018; 111:133-9.
4. Xu Y, Wang H, Yang M. Preoperative nursing visit reduces preoperative anxiety and postoperative complications in patients with laparoscopic cholecystectomy: A randomized clinical trial protocol. *Medicine*. 2020;99(38): e22314.
5. Doan L v., Blitz J. Preoperative Assessment and Management of Patients with Pain and Anxiety Disorders. *Curr Anesthesiol Rep*. 2020;10(1):28-34.
6. Fernandez Lobato RC, Soria-Aledo V, Jover Navalón JM, Calvo Vecino JM. National Survey on Patient's Fears Before a General Surgery Procedure. *Cirugía Española (English Edition)*. 2015;93(10):643-50.
7. Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain? *AORN J*. 2007;85(3).
8. Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, Neskovic V, Rondovic GM, Wu JD, et al. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: What can we do to change our history. Vol. 84, *Minerva Anestesiologica*. Edizioni Minerva Medica; 2018. p. 1307-17.
9. Williams JB, Alexander KP, Morin JF, Langlois Y, Noiseux N, Perrault LP, et al. Preoperative anxiety as a predictor of mortality and major morbidity in patients aged >70 years undergoing cardiac surgery. *American Journal of Cardiology*. 2013;111(1):137-42.
10. Hernández-Palazón J, Fuentes-García D, Falcón-Araña L, Roca-Calvo J, Burguillos-López S, Doménech-Asensi P, et al. Assessment of Preoperative Anxiety in Cardiac Surgery Patients. Lacking a History of

Anxiety: Contributing Factors and Postoperative Morbidity. *Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*. 2018; 32:236-44.

11. Fernández-Castro M, Jiménez JM, Martín-Gil B, Muñoz-Moreno MF, Martín-Santos AB, del Río-García I, et al. The influence of preoperative anxiety on postoperative pain in patients undergoing cardiac surgery. *Sci Rep*. 2022;12(1):16464.
11. Prado-Olivares J, Chover-Sierra E. Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Diseases* 2019, Vol 7, Page 46. 2019;7(2):46.
12. Kalogianni A, Almpiani P, Vastardis L, Baltopoulos G, Charitos C, Brokalaki H. Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016;15(6):447-58.
13. Nagle GM. *Perioperative Nursing*. Vol. 41, *Nursing Clinics of North America*. 2006.
14. Orihuela-Pérez I, Pérez-Espinosa JA, Aranda-Salcedo T, Zafra-Norte J, Jiménez-Ruiz RM, Martínez-García Á, et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enferm Clin*. 2010;20(6):349-54.
15. Ruiz Hernández C, Gómez-Urquiza JL, Pradas-Hernández L, Vargas Roman K, Suleiman-Martos N, Albendín-García L, et al. Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2021;77(8):3274-85.
16. Díez-álvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clin*. 2012;22(1):18-26.
17. Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):319-25.
18. Sarudiansky M. Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*. 2013;21(2):19-28.
19. Orozco WN, Jesús M, Baldares V. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2012;69(604):497-507.

20. Hernández Sánchez G, Magdalena M, de la Parte H, Francisco J, Cremades N, Vicedo M. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de Actuación clínica en atención primaria. 2007.
21. Walker EMK, Bell M, Cook TM, Grocott MPW, Moonesinghe SR. Patient reported outcome of adult perioperative anaesthesia in the United Kingdom: a cross-sectional observational study†. *Br J Anaesth*. 2016;117(6):758-766r.
22. Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image J Nurs Sch*. 1988;20(4):225-32.
23. Mitchell KM, McClement S. The Development and Validation of a Patient Reported Compassionate Care Measure View project. *Canadian journal of cardiovascular nursing*. 2005;15(1):10-22.
24. Eppel-Meichlinger J, Kobleder A, Mayer H. Developing a theoretical definition of self-organization: A principle-based concept analysis in the context of uncertainty in chronic illness. *Nurs Forum*. 2022;57(5):954-62.
25. Takagi H, Ando T, Umemoto T. Perioperative depression or anxiety and postoperative mortality in cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Heart Vessels*. 2017;32(12):1458-68.
26. Sobol-Kwapinska M, Bąbel P, Plotek W, Stelcer B. Psychological correlates of acute postsurgical pain: A systematic review and meta-analysis. Vol. 20, *European Journal of Pain*. Blackwell Publishing Ltd; 2016. p. 1573-86.
28. Ramesh C, Nayak BS, Pai VB, George A, George LS, Devi ES. Pre-operative anxiety in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery – A cross-sectional study. *Int J Afr Nurs Sci*. 2017; 7:31-6.
29. Gordillo León F, Arana Martínez JM, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2011;4(3):228-33.
30. Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *J Clin Nurs*. 2012;21(7-8):956-64.
31. Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke HF, Marcus MA. Preoperative anxiety and catastrophizing: a systematic review and meta-analysis of the association with chronic postsurgical pain. *Clin J Pain*. 2012;28(9):819-41.

32. Carmen Anguita-Palacios M, Talayero-San-Miguel M, Herrero-Cereceda S, Martín-Cadenas M, Pardo-Cuevas P, Gil-Martínez A, et al. Comportamientos de miedo y ansiedad prequirúrgicos e intensidad de dolor percibida tras una artroscopia de rodilla. *Enferm Clin.* 2016;26(4):227-33.
33. Hernández-Palazón J, Fuentes-García D, Falcón-Araña L, Rodríguez-Ribó A, García-Palenciano C, José Roca-Calvo M. Visual Analogue Scale for Anxiety and Amsterdam Preoperative Anxiety Scale Provide a Simple and Reliable Measurement of Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Int Cardiovasc Res J.* 2015;9(1):1-6.
34. Wilson CJ, Mitchelson AJ, Tzeng TH, El-Othmani MM, Saleh J, Vasdev S, et al. Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *The American Journal of Surgery.* 2016;212(1):151-9.
35. Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia.* 2002;49(8):792-8.
36. Gürler H, Yılmaz M, Türk KE. Preoperative Anxiety Levels in Surgical Patients: A Comparison of Three Different Scale Scores. *Journal of PeriAnesthesia Nursing.* 2022;37(1):69-74.
37. Moerman N, van Dam FSAM, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg.* 1996;82(3):445-51.
38. Vergara-Romero M, Morales-Asencio JM, Morales-Fernández A, Canca-Sanchez JC, Rivas-Ruiz F, Reinaldo-Lapueta JA. Validation of the Spanish version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1).
39. Moreno Carrillo P, Calle Pla A. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. *Cir mayor ambul.* 2015;74-8.
40. Bailey L, wwwaornorg C. Strategies for Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative Setting; Strategies for Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative Setting. *AORN J.* 2010;92(4):4.

41. Tola YO, Chow KM, Liang W. Effects of non-pharmacological interventions on preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2021;30(23-24):3369-84.
42. de Andrade ÉV, Haas VJ, de Faria MF, dos Santos Felix MM, Ferreira MBG, Barichello E, et al. Effect of listening to music on anxiety, pain, and cardiorespiratory parameters in cardiac surgery: study protocol for a randomized clinical trial. *Trials*. 2022;23(1).
43. Rousseaux F, Faymonville ME, Nyssen AS, Dardenne N, Ledoux D, Massion PB, et al. Can hypnosis and virtual reality reduce anxiety, pain and fatigue among patients who undergo cardiac surgery: a randomised controlled trial. *Trials*. 2020;21(1).
44. El Clínic incorpora la realidad virtual para reducir la ansiedad de los pacientes que afrontan una operación | Hospital Clínic Barcelona [Internet]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/el-clinic-incorpora-la-realidad-virtual-para-reducir-la-ansiedad-de-los-pacientes-que-afrontan-una-operacion>
45. Clair C, Engström Å, Strömbäck U. Strategies to Relieve Patients' Preoperative Anxiety Before Anesthesia: Experiences of Nurse Anesthetists. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2020;35(3):314-20.
46. World Health Organization (WHO). Cardiovascular diseases (CVDs). 2021.
47. Timmis A, Townsend N, Gale C, Grobbee R, Maniadakis N, Flather M, et al. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017. *Eur Heart J*. 2018;39(7):508-79.
48. Kotseva K, de Backer G, de Bacquer D, Rydén L, Hoes A, Grobbee D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2019;26(8):824-35.
49. Hornero Sos F, Centella Hernández T, Polo López L, López Menéndez J, Mestres Lucio CA, Bustamante Munguira J, et al. Recomendaciones de la SECTCV para la cirugía cardiovascular. 2019 actualización de los estándares en organización, actividad profesional, calidad asistencial y formación en la especialidad. *Cirugía Cardiovascular*. 2019;26(2):104-23.

50. Cuerpo Caballero G, Carnero Alcázar M, López Menéndez J, Centella Hernández T, Polo López L, García Fuster R, et al. Cirugía cardiovascular en España en el año 2020. Registro de intervenciones de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular. *Cirugía Cardiovascular*. 2022;29(4):207-20.
51. Ministerio De Sanidad y Consumo. Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. 2009.
52. Margarit JA, Pajares MA, García-Camacho C, Castaño-Ruiz M, Gómez M, García-Suárez J, et al. Guidelines for enhanced recovery after cardiac surgery. Consensus document of Spanish Societies of Anesthesia (SEDAR), Cardiovascular Surgery (SECCE) and Perfusionists (AEP). *Cirugia Cardiovascular*. 2021; 28:1-40.
53. Guo P. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *J Clin Nurs*. 2015;24(1-2):34-46.
54. Muthukrishnan A, Ramaiah P, Tayyib NA, Alsolami FJ. Anxiety and Quality of Life Outcomes After Coronary Artery Bypass Graft Surgery - A Prospective Cohort Study. *Curr Probl Cardiol*. 2023;48(2):101474.
55. Valls Martínez MC, Abad Segura E, Valls Martínez MC, Abad Segura E. Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. *An Sist Sanit Navar*. 2018;41(3):309-20.
56. López-Sendón J, González-Juanatey JR, Pinto F, Cuenca Castillo J, Badimón L, Dalmau R, et al. Indicadores de calidad en cardiología. Principales indicadores para medir la calidad de los resultados (indicadores de resultados) y parámetros de calidad relacionados con mejores resultados en la práctica clínica (indicadores de práctica asistencial). INCARDIO (Indicadores de Calidad en Unidades Asistenciales del Área del Corazón): Declaración de posicionamiento de consenso de SEC/SECTCV. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68(11):976-1005.
57. González-Juanatey JR, Virgós Lamela A, García-Acuña JM, Pais Iglesias B. Gestión clínica en el área cardiovascular. Medir para mejorar. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74(1):8.
58. Lindwall L, von Post I. Continuity created by nurses in the perioperative dialogue – a literature review. *Scand J Caring Sci*. 2009;23(2):395-401.

59. Arakelian E, Swenne CL, Lindberg S, Rudolfsson G, von Vogelsang AC. The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective – an integrative review. Vol. 26, Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd; 2017. p. 2527-44.
60. Fortacín B, Fortuño L, del Mar M, Puig E, Casas I, Prunera M, et al. Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar Surgical Area Hospital Sant Pau i Santa Tecla Nursing. Surgical Area Hospital Sant Pau i Santa. Enfermería global. 2015; 39:41-51.
61. Çengel K, Andsoy II. The Effect of an Operating Room Nurse Visit on Surgical Patient Anxiety. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2022;37(1):80-5.
62. Dias P, Clerc D, Rodrigues MG da R, Demartines N, Grass F, Hübner M. Impact of an Operating Room Nurse Preoperative Dialogue on Anxiety, Satisfaction and Early Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Major Visceral Surgery—A Single Center, Open-Label, Randomized Controlled Trial. J Clin Med. 2022;11(7):1895.
63. Romero Ajenjo Á. Efecto de la información en la ansiedad prequirúrgica. Conocimiento Enfermero. 2020;3(10):30-50.
64. Shahmoradi L, Rezaei N, Rezayi S, Zolfaghari M, Manafi B. Educational approaches for patients with heart surgery: a systematic review of main features and effects. BMC Cardiovasc Disord. 2022;22(1).
65. Zarei B, Valiee S, Nouri B, Khosravi F, Fathi M. The effect of multimedia-based nursing visit on preoperative anxiety and vital signs in patients undergoing lumbar disc herniation surgery: A randomised clinical trial. 2018;28(1-2):7-15.
66. Hounsome J, Lee A, Greenhalgh J, Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Coldwell CH, et al. A systematic review of information format and timing before scheduled adult surgery for peri-operative anxiety. Anaesthesia. 2017;72(10):1265-72.
67. Valdecilla - Hospital Universitario Marqués de Valdecilla [Internet]. Disponible en: <https://www.humv.es/valdecilla/>.
68. Actividad asistencial año 2021 [Internet]. Disponible en: https://www.humv.es/wp-content/uploads/2022/10/memoria_asistencia_2021.pdf.

69. Calculadora [Internet]. Disponible en:
<https://www.imim.es/ofertadeserveis/software-public/granmo/>.
70. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva. 2006;30(8):379–85.

14. Anexos

Anexo 1. Hoja de consentimiento informado de participación en el estudio

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Evaluación del impacto de una consulta enfermera durante el proceso quirúrgico en los niveles de ansiedad de los pacientes de cirugía cardíaca.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Patricia García Teja

CENTRO: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

D./Dña. _____
(Nombre y apellidos del paciente en MAYÚSCULAS)

He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio arriba indicado.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He realizado todas las preguntas que he precisado sobre el estudio.

He hablado con el Dr./Dra. _____
con quien he clarificado las posibles dudas.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

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

Comprendo que la información personal que apporto será confidencial y no se mostrará a nadie sin mi consentimiento.

Comprendo que mi participación en el estudio implica autorizar ...

Y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del investigador

Firma del paciente

Fecha _____
(la fecha debe estar cumplimentada de puño y letra por el paciente)

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, D./Dña. _____
retiro el consentimiento otorgado para mi participación en el estudio arriba citado.

Fecha y firma:

Anexo 2. Hoja de información al paciente

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Evaluación del impacto de una consulta enfermera durante el proceso quirúrgico en los niveles de ansiedad de los pacientes de cirugía cardíaca.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Patricia García Teja.

CENTRO: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente y respeta la normativa vigente.

Nuestra intención es proporcionarle información adecuada y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en el estudio. Para ello lea con atención esta hoja informativa y luego podrá preguntar cualquier duda que le surja relativa al estudio. Además, puede consultar con cualquier persona que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y puede decidir no participar. En caso de que decida participar en el estudio puede cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico y sin que se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Este estudio tiene como objetivo Evaluar el impacto de la consulta enfermera preoperatoria sobre los niveles de ansiedad, satisfacción y grado de dolor en comparación con el protocolo habitual del Hospital de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

Para ello, durante su participación en el estudio, recibirá una consulta preoperatoria por parte de una enfermera. Al momento del ingreso, deberá rellenar dos formularios con el objetivo de obtener información acerca de sus niveles de ansiedad y algunos datos relevantes acerca de usted. En el momento en el que vaya a recibir el alta, deberá también rellenar dos formularios para conocer su nivel de dolor, así como para evaluar su satisfacción frente al proceso por el que ha pasado.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Beneficios de la participación en el estudio.

Se espera mejorar el conocimiento científico relativo acerca del impacto de una atención personalizada en la mejora del proceso quirúrgico para los pacientes y la calidad de los cuidados prestados por enfermería. La atención personalizada podría mejorar la calidad de atención y aumentar la familiaridad del paciente con el proceso quirúrgico. Resultados positivos pueden llevar a un protocolo institucional y expansión a otras especialidades quirúrgicas, mejorando la salud del paciente y puede que otros pacientes se beneficien en el

Anexo 2. Hoja de información al paciente (Continuación)

futuro. Es posible que usted no reciba ningún beneficio directo en su salud por su participación en este estudio.

Riesgos de la participación en el estudio.

Siendo un ensayo es aleatorizado quiere decir que se decide al azar si se produce el tratamiento, por lo que cabe la posibilidad de no recibir la consulta preoperatoria.

Su participación en el estudio implica una baja posibilidad de causarle algún perjuicio, ya que su contribución solo requiere de la respuesta a las preguntas de los cuestionarios. No obstante, si por ello se causase algún daño para usted, el equipo investigador se compromete a ofrecer el soporte necesario para poder subsanarlo.

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos de carácter personal se tratarán de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código de forma que no sea posible la identificación del paciente. Sólo el investigador y personas autorizadas relacionadas con el estudio tendrán acceso a dicho código y se comprometen a usar esta información exclusivamente para los fines planteados en el estudio. Los miembros del Comité Ético de Investigación Clínica o Autoridades Sanitarias pueden tener acceso a esta información en cumplimiento de requisitos legales. Se preservará la confidencialidad de estos datos y no podrán ser relacionados con usted, incluso aunque los resultados del estudio sean publicados.

DATOS DE CONTACTO

Si tiene dudas en cualquier momento puede contactar con la enfermera del estudio.

Nombre: Patricia García Teja
Tfno.: 646735012
E-mail: pgarciateja@gmail.com

Anexo 3. Cuestionario ad-hoc para registro de datos sociodemográficos

Pegatina del Paciente

Por favor, rellene el siguiente formulario

	Nombre	Fecha	
	Email	Número de contacto	

- ¿Cuál es su edad? _____

- Sexo Mujer Hombre

- ¿Cuál es su estado civil? Casado/a Soltero/a Viudo/a Separado/divorciado/a

- ¿Cuál es su nivel de estudios? Sin estudios Primaria/secundaria Bachiller Estudios superiores

- ¿Tiene usted personas a su cargo? Si No

- ¿Es la primera vez que se opera? Si No

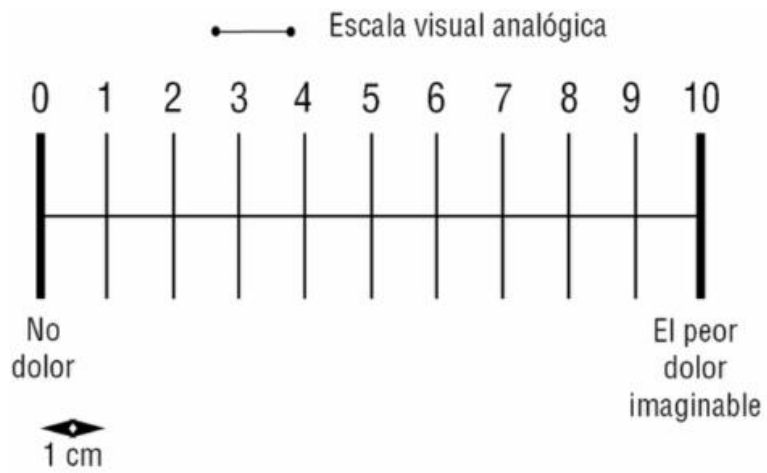
- ¿Cuál es su profesión? _____

Para rellenar por la enfermera quirúrgica

- Intervención _____
- ASA _____
- Grupo Control Intervención

Anexo 4. Escala EVA

Por favor, indique el nivel de su dolor en la siguiente línea
Siendo 0 la ausencia de dolor y 10, el peor dolor posible



Anexo 5. Cuestionario ad-hoc para registro de la satisfacción

Pegatina del paciente

ENCUESTA SATISFACCIÓN

Por favor, rellene el siguiente cuestionario y marque del 1 al 5, cuál es su nivel de satisfacción. Siendo 1 nada satisfecho, y 5 extremadamente satisfecho.

	1	2	3	4	5
¿Se siente satisfecho con los resultados de su operación de cirugía cardíaca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se siente satisfecho con la información que recibió acerca de su operación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se siente satisfecho acerca de la información recibida acerca de su recuperación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se siente satisfecho con el trato recibido por el personal que le ha atendido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Considera que su recuperación y estancia en el hospital han sido los esperados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En general, ¿Ha quedado satisfecho con su estancia en el hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Recomendaría nuestro hospital a un familiar o conocido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Desea añadir algún comentario?