

Raquel Estela Criado Personat

CONSULTA PREOPERATORIA DE ENFERMERÍA.

VALORACIÓN DEL IMPACTO SOBRE NIVELES DE ANSIEDAD, SATISFACCIÓN Y
ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Dirigido por la Dra. Mireia Llauradó Serra

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

Tarragona 2016

“La Infermera que es troba a l'àrea quirúrgica, no ha de tenir por de sortir del context conegut, ni por del treball diferent. No ha de tenir por de l'animadversió del grup o d'altres estaments en front d'aquella actitud nova. No ha de tenir por de l'usuari com a persona, i començarà a entendre la seva feina d'una altra manera més responsable, més viva, més necessària, més gratificant”.

*Montserrat Canals Cadafalch, 2003.
La formació de la infermera quirúrgica a Catalunya*

Agradecimientos

En primer lugar querría dar las gracias a mi tutora, Mireia Llauredó Serra, por su paciencia y dedicación y por haberme guiado en este camino.

A mis compañeros de trabajo del área quirúrgica de la Clínica Terres de l'Ebre por haberme escuchado y animado en todo momento.

A la coordinadora del área quirúrgica por su interés en el proyecto, por facilitarme información, y por adaptarme los horarios para poder acudir a clase durante los dos últimos años. A la Dirección del Centro por el apoyo y por darme la oportunidad de presentarlo al resto de profesionales.

A mis padres por su ejemplo, por su cuidado y dedicación.

A mi familia y a mis amigos por seguir a mi lado cuando no he tenido el tiempo que querría para ellos.

A Adrián, por estar ahí aguantando día a día, a las duras y a las maduras, por creer en mí y por comprender las horas robadas.

A mi amiga Ana, porque hemos llorado y reído juntas este Máster.

Muchas gracias

Tarragona, Junio 2016

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Criterios de inclusión en Cirugía Mayor Ambulatoria</i>	21
Tabla 2. <i>Indicadores de calidad de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria.</i>	26
Tabla 3. <i>VARIABLES del estudio</i>	45
Tabla 4. <i>Cronograma</i>	49
Tabla 5. <i>Presupuesto del estudio</i>	50

Índice de figuras

Figura 1. <i>Circuito en cirugía mayor ambulatoria.</i>	23
Figura 2. <i>Metodología del estudio</i>	38

Índice de abreviaturas

ASA: _____ *Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.*

ASEEDAR-TD: _____ *Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor*

CMA: _____ *Cirugía Mayor Ambulatoria*

CSI: _____ *Cirugía Sin Ingreso.*

CCEE: _____ *Consultas Externas.*

EVA: _____ *Escala visual analógica para evaluación del dolor.*

EVN: _____ *Escala Verbal numérica para evaluación del dolor*

IQ: _____ *Intervención quirúrgica.*

UCMA: _____ *Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.*

UCSI: _____ *Unidad de Cirugía Sin Ingreso.*

URPA: _____ *Unidad de Reanimación post-anestésica*

Índice de contenidos

1. Resumen	9
2. Introducción y justificación del estudio	13
3. Marco teórico	16
3.1 Estrés, ansiedad y miedo en quirófano	16
3.2 Cirugía Mayor Ambulatoria	19
3.3 Indicadores de calidad en las UCMA.	25
<i>La satisfacción del paciente y los acontecimientos adversos.</i>	
3.4 El papel de enfermería perioperatoria. La visita preoperatoria.	27
4. Revisión bibliográfica	31
5. Aportaciones e interés del estudio	32
6. Objetivos	34
7. Hipótesis	34
8. Método	35
8.1 Diseño del estudio	35
8.2 Ámbito de estudio	35
8.3 Criterios de inclusión en el estudio	36
8.4 Criterios de exclusión en el estudio	36
8.5 Proceso de selección de participantes	36
8.6 Población y muestra	37
8.7 Descripción del procedimiento	38
8.8 Formación de los investigadores	40
8.9 Diseño de la intervención	40
8.10 Instrumentos de recogida de información	43
8.11 Variables	45
8.12 Análisis de datos estadísticos	46

Índice de contenidos

9. Aspectos éticos	47
10. Limitaciones estudio	49
11. Líneas futuras de investigación	50
12. Cronograma	51
13. Presupuesto	52
14. Bibliografía	53
15. Aportaciones derivadas del TFM	58
16. Anexos	59
Anexo 1. Listado de intervenciones quirúrgicas realizadas en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria en la Clínica Terres de l'Ebre.	59
Anexo 2. Cuestionario Variables sociodemográficas y clínicas.	60
Anexo 3. Cuestionario ad-hoc para el registro de dolor y acontecimientos adversos.	61
Anexo 4. Hoja de control telefónico 24 horas después de la CMA en la Clínica Terres de l'Ebre.	62
Anexo 5. Cuestionario de satisfacción en Cirugía Mayor Ambulatoria (SUCMA14)	63
Anexo 6. Hoja 1 de registro de la consulta preoperatoria de enfermería.	65
Anexo 7. Hoja 2 de registro de la consulta preoperatoria de enfermería.	66
Anexo 8. Hoja de información del estudio.	67
Anexo 9. Hoja de consentimiento en la participación en el estudio.	68



1. Resumen

Título

Consulta preoperatoria de enfermería. Valoración del impacto sobre niveles de ansiedad, satisfacción y acontecimientos adversos en pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Título abreviado

Valoración del impacto de la consulta preoperatoria de enfermería en Cirugía Mayor Ambulatoria.

Introducción: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un modelo organizativo multidisciplinario en el cual se realizan procedimientos quirúrgicos sin necesidad de ingreso hospitalario del paciente. Tras unas horas en observación el paciente recibe el alta al domicilio donde realiza la convalecencia por lo que la modalidad CMA requiere una mayor implicación del usuario en su recuperación y una mayor educación en los cuidados postoperatorios para garantizar el éxito del proceso. Además, el paso por quirófano es una experiencia generadora de ansiedad que afecta biopsicosocialmente a la persona y la atención de enfermería en este tipo de cirugías se produce en un breve espacio de tiempo.

Objetivo: El objetivo principal es evaluar el impacto de la implantación de una consulta preoperatoria de enfermería sobre la ansiedad preoperatoria, la satisfacción y los acontecimientos adversos en comparación con el protocolo habitual en pacientes que requieren CMA durante el periodo perioperatorio en la Clínica Terres de l'Ebre de Tortosa, Tarragona.

Metodología: Se realizará un ensayo clínico aleatorizado no enmascarado en el que se incluirán los pacientes programados para CMA, mayores de 18 años, que consientan participar en el estudio y se excluirán aquellos pacientes con profesión sanitaria, con patología psiquiátrica o con falta de comprensión oral y/o lectora. Se incluirán 102 participantes en cada grupo. Se obtendrán en ambos grupos las variables sociodemográficas a través del cuestionario ad-hoc, los niveles de ansiedad a través del Cuestionario



Ansiedad Estado-Rasgo STAI, la satisfacción a través del cuestionario SUCMA14 y los acontecimientos adversos mediante un cuestionario ad-hoc. Se realizará un análisis descriptivo y bivariado con las pruebas chi-cuadrado, T-Student y correlaciones según sea oportuno. Se usará el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows y se asumirá un nivel de significación de 0,05

Palabras clave

Atención de enfermería; Cuidados Preoperatorios; Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios; Ansiedad; Satisfacción del Paciente; Continuidad de la Atención al Paciente; Consulta Preoperatoria de Enfermería.



1. Abstract

Title

Preoperative nursing consultation. Assessment of the impact on anxiety levels, satisfaction and adverse events in users of CMA

Short title

Preoperative nursing consultation in Ambulatory Surgery. Impact Assessment

Introduction: Ambulatory Surgery or Day Case Surgery is a multidisciplinary organizational model in which surgical procedures are performed without patient hospitalization. After a few hours under observation the patient will be discharged home where he will convalesce, hence the CMA mode requires a higher involvement of the user in the recovery process and higher education in postoperative care to ensure the success of the process. Besides, the operating room is a step that generates anxiety that affects the person in a biopsychosocial way and, nursing care in this type of surgery occurs in a short time.

Objective: The main objective is to assess the impact of the implementation of preoperative nursing consultation on preoperative anxiety, satisfaction and adverse events compared to the usual protocol in patients needing CMA during the perioperative period in the Clínica Terres de l'Ebre of Tortosa, Tarragona.

Methodology: The study is a randomized open-labeled clinical trial in which patients scheduled for CMA, aged >18 years old and who consent to participate in the study will be included. Patients excluded will be those under 18 years old, with healthcare profession, psychiatric disorders or with a disability in listening and / or reading. One hundred and two patients will be included in each group. The variables collected from both groups will include: sociodemographic aspects through an ad-hoc questionnaire, anxiety levels through STAI questionnaire, satisfaction through SUCMA14 questionnaire and adverse events through an ad-hoc questionnaire. A descriptive analysis and bivariate analysis will be performed with chi-square tests, T-Student and correlations as appropriate. SPSS version 22 for Windows will be used and a significance level of 0.05 will be assumed.



Keywords

Nursing Care; Preoperative Care; Ambulatory Surgical Procedures; Anxiety;

Patient Satisfaction; Continuity of Patient Care; Preoperative Nursing Consultation.

2. Introducción

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o Cirugía Sin Ingreso se define como “la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de complejidad media que pueden llevarse a cabo bajo anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él, después de un período de observación y control” (1).

La actividad quirúrgica de CMA se realiza en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) o Unidades de Cirugía Sin Ingreso y han incrementado notablemente su actividad quirúrgica en los últimos años tanto en el Sistema Nacional de Salud como en el ámbito privado (2). Esto ha sido posible gracias a los avances en las técnicas anestésicas y quirúrgicas, a la mejora del soporte extra hospitalario y a un cambio de mentalidad de los profesionales y de los pacientes (3). El sentido de su práctica no es otro que conseguir una mínima interferencia en la vida del paciente, al evitar o reducir al máximo el ingreso hospitalario (4).

La recuperación del paciente operado va a depender de su estado físico previo, de la complejidad de la intervención y del estado psicológico de la misma (5). Al tratarse de cirugías de complejidad media la recuperación se prevé más rápida que las cirugías que precisan hospitalización convencional y reciben el alta al domicilio pocas horas después de la intervención. No obstante, se deduce que la implicación del paciente en su recuperación y la educación que reciba al respecto será de vital importancia en su recuperación debido a que el usuario será el responsable de realizar los cuidados postoperatorios. De esta manera, el éxito de la CMA dependerá de una estrecha colaboración entre el equipo multidisciplinario y el paciente y su familia.

Respecto al estado psicológico, uno de los factores más determinantes en la recuperación del paciente a tener en cuenta es la ansiedad prequirúrgica. Se considera que su aparición es frecuente y forma parte de la experiencia quirúrgica siendo un problema generalizado (6). Valenzuela et al (7) en su investigación hallaron que el 76% de los pacientes sometidos a una cirugía programada presentan niveles altos de ansiedad prequirúrgica. Se entiende la ansiedad como una reacción emocional ante la percepción de



peligro o amenaza caracterizada por ser anticipatoria, activadora y facilitadora de la respuesta del individuo (8). El temor a perder la vida, al dolor, la inmovilización, la dependencia y la alteración de la vida y del organismo derivados de la cirugía despiertan una fuerte respuesta emocional que puede desempeñar un importante papel en la evolución quirúrgica del paciente (9). Además, la ansiedad por la pérdida de control, la falta de familiaridad con el entorno hospitalario o de la unidad y, la percepción de la morbilidad y la mortalidad influyen en la aparición de ansiedad pre-quirúrgica contribuyendo al aumento de las necesidades anestésicas intraoperatorias y complicaciones posoperatorias (10).

Paralelamente a la situación del usuario de CMA descrita se produce en un momento actualmente cambiante para la enfermería y particularmente a la enfermería quirúrgica. Los profesionales de enfermería de quirófano han evolucionado en los últimos años hacia una visión más completa y global de su profesión y, por tanto, de sus cuidados antes limitados a pequeñas porciones del proceso quirúrgico como es la sala de operaciones o de reanimación post-quirúrgica. A fin de adaptarse a las los requerimientos de los pacientes surge el concepto de enfermería perioperatoria que hace referencia a la actividad de seguimiento que hace la enfermera experta durante todo el proceso quirúrgico y en todas las esferas del individuo (11).

Por ello, las líneas de investigación de enfermería perioperatoria actuales van encaminadas a determinar qué intervenciones enfermeras pueden llevarse a cabo para minimizar la ansiedad en todos los pacientes quirúrgicos y responder a sus demandas durante todo el proceso. Éstas intervenciones incluyen la preparación psicológica preoperatoria, el suministro oportuno de información y la gestión de los síntomas entre otros, necesarias para limitar la ansiedad y el estrés y facilitar los cuidados posteriores (10).

Se sabe que enfermería debe proporcionar unos cuidados individualizados y completos bajo una dimensión holística de las necesidades del usuario y que el proceso de atención de enfermería en este tipo de cirugías se produce en un breve espacio de tiempo. Por ende, el rol de la enfermera en la UCMA será entonces cuidar del paciente durante el periodo perioperatorio que incluye el periodo preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio. Particularmente, en la CMA Gilmartin (12) afirma que enfermería debe ejercer



una cuidadosa tarea de evaluación de las necesidades y emprender programas de información y de enseñanza en beneficio de los pacientes de CMA.

Partiendo de mi experiencia como enfermera en áreas quirúrgicas de diferentes hospitales de la provincia de Tarragona y de Castellón he observado que en ocasiones, y dependiendo del diseño de la UCMA en cada centro hospitalario, el contacto con enfermería especialista en quirófano no se produce hasta que el paciente ingresa en la unidad para ser intervenido, y finaliza unas horas después de la intervención cuando el paciente regresa al domicilio. En este corto espacio de tiempo, enfermería debe establecer una relación de confianza con el usuario y su familia, educar al paciente para recibir el alta al domicilio con toda la información y recomendaciones sobre su autocuidado y, 24 horas después realiza una llamada de control para interesarse por la evolución del paciente. Se ha podido observar que en ocasiones, diferentes situaciones como el volumen de intervenciones y de profesionales implicados en el proceso en un corto espacio de tiempo que acontece en las UCMA podrían dificultar una atención individualizada. También se ha podido atestiguar que existen hospitales donde enfermería especializada en quirófano proporciona a los pacientes una visita preoperatoria en los días previos a la cirugía haciendo posible un contacto y una valoración previa individualizada y ofreciendo una planificación de los cuidados enfermeros posteriores.

A raíz de todo lo planteado, surge la necesidad de investigar los cuidados que enfermería puede proporcionar desde el periodo preoperatorio en los días previos a la cirugía programada y los beneficios que comportaría en la experiencia quirúrgica y en la recuperación del paciente.

El presente proyecto pretende analizar si la implantación de la consulta preoperatoria de enfermería quirúrgica diseñada llevada a cabo en los días previos a la cirugía, disminuye la ansiedad preoperatoria y aumenta la calidad de los cuidados ofrecidos en el paciente sometido a Cirugía Mayor Ambulatoria. Concretamente se evaluará como criterio de calidad en la atención prestada la satisfacción manifestada por el usuario y se tendrá en cuenta el número de acontecimientos adversos que se produzcan.

3. Marco conceptual

3.1 Estrés, ansiedad y miedo en el quirófano

El estrés quirúrgico se considera una respuesta inconsciente al daño tisular expresada por cambios autonómicos, metabólicos y hormonales que siguen al trauma aumentando la activación fisiológica, cognitiva y conductual (13). Sierra et al. (14) afirman que en la actualidad, la distinción entre los términos de ansiedad y estrés es compleja y una importante diferenciación son los procesos fisiológicos en el estrés frente a los sentimientos subjetivos implicados en el estado de ansiedad. Así pues, la ansiedad es una respuesta defensiva del organismo ante una situación que es vivida como peligrosa (15). La ansiedad es una sensación similar al miedo, pero si bien en éste el peligro es concreto y real, en el caso de la ansiedad el peligro que provoca la tensión mental es indefinido o irreal (15). La literatura describe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Desde el punto de vista de rasgo (personalidad neurótica), se presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa (...) la ansiedad entendida como estado se asemeja a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración (14).

La ansiedad previa a la cirugía es una respuesta esperada y, por tanto, un concepto importante a tener en cuenta en los cuidados preoperatorios del paciente. Su incidencia en pacientes sometidos a operaciones es de entre un 60 y un 92% en función del tipo de cirugía (16). Valenzuela et al. (7) determinaron que el 76% de los pacientes sometidos a una cirugía programada presentan niveles altos de ansiedad pre-quirúrgica. En una intervención quirúrgica se produce, en distinta medida, ansiedad, miedo y estrés. Si lo hace en grado medio, se potencia un estado de alerta positivo pero si sobrepasa el umbral, desencadena aspectos negativos de la ansiedad que repercute en la evolución y recuperación físico-psíquica postquirúrgica (17,18), en los requerimientos de anestesia intraoperatoria y, aunque existe controversia en los resultados obtenidos en diferentes estudios, en general se acepta que existe relación entre ansiedad y dolor posoperatorio (19,20).



Muchos son los factores que influyen en el estado anímico del paciente: los recursos humanos y materiales de los que disponga, su situación laboral, las estrategias de afrontamiento personales o las experiencias previas (21). De la Paz et al. (22) describieron que un 27% de los pacientes quirúrgicos manifestaron tener miedo a la anestesia y de ellos el 42,6% tuvo miedo a morir, el 21,3% temor a permanecer consciente y el 10,6% temor a despertar con secuelas. Recientemente La Asociación Española de Cirujanos (AEC) (23) a través de una Encuesta Nacional ha agrupado las principales preocupaciones en: miedo a complicaciones, miedo al dolor y la pérdida de calidad de vida. Afirmando que estos temores pueden conducir a altos niveles de ansiedad.

Wetsch et al. (24) obtuvieron unos niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo más elevado en CMA que en los pacientes hospitalizados. Se ha de tener en cuenta que el hecho de que se trate de una cirugía menos compleja que no requiera hospitalización no equivale a que no genere ansiedad en el paciente. Existen motivos tanto internos como externos al acto quirúrgico (el pensar en cómo volver a casa, la preocupación por los cuidados postoperatorios...) que pueden motivar esta ansiedad. El suministro de información de alta calidad y la comunicación con el paciente y el cuidador son vitales para una recuperación sin problemas y sin incidentes en los pacientes de CMA (25). En España, Gallego (26) obtuvo un bajo nivel de ansiedad en pacientes de CMA, muy por debajo de la media encontrada en el estudio de Wetsch et al. (24) Aunque según su interpretación esto podría deberse a que un 35,6% de los pacientes pertenecían a la especialidad de oftalmología, cuyo nivel de ansiedad fue considerablemente más baja que en el resto de especialidades.

El papel de la elevada ansiedad preoperatoria está suficientemente documentado por la literatura científica para ser considerada como síntoma en todo proceso quirúrgico y, por tanto, es necesario considerar su posible influencia en los distintos pacientes (13,16,17,22,26–31). Sin embargo el personal sanitario no hace uso de escalas de ansiedad aunque se consideran necesarias y frente a la ansiedad se brinda un cuidado emocional basándose en la experiencia profesional y en el criterio personal (32).



Ante la presencia de ansiedad en los pacientes quirúrgicos, diferentes estudios aportan datos sobre la ansiedad durante el preoperatorio y proponen diferentes actuaciones a llevar a cabo para minimizarla como la intervención psicológica (33), el suministro oportuno de información (21,29,34–39), el masaje de manos (40) o la musicoterapia (6,10,41). La bibliografía coincide en los grandes beneficios que aporta la información, sin embargo no se ha encontrado bibliografía que afirme cual es el momento idóneo durante el preoperatorio para realizar la entrevista con el paciente. Díez-Álvarez et al. (42) determinaron que el preoperatorio inmediato puede no ser el mejor momento para la realización de la visita ya que no facilita que su efecto sea ansiolítico. Dichos resultados coincidirían con Gordillo et al. (21) quienes afirman que la ansiedad impide que el paciente pueda comprender adecuada, objetiva y razonadamente las instrucciones y descripciones sobre su enfermedad y los niveles más altos de ansiedad se dan en el preoperatorio inmediato (43). Sin embargo, hay estudios que concluyen que las acciones llevadas a cabo por enfermería quirúrgica la tarde anterior durante el ingreso del paciente en la planta de hospitalización mejora la ansiedad pre-quirúrgica (34,44).

El desarrollo de estrategias eficaces para reducir la ansiedad sobre la base de evidencia es esencial para optimizar la atención al paciente (6). La literatura científica ha puesto de manifiesto diferentes actuaciones donde resulta de vital importancia el papel que enfermería puede desempeñar.

3.2 Cirugía Mayor Ambulatoria

En la evolución histórica de la cirugía, la necesidad del ingreso hospitalario surge de la mayor complejidad de los procedimientos quirúrgicos realizados, de la aplicación de la tecnología cada vez más sofisticada y de la implantación de rigurosos controles postoperatorios que eran derivados de la propia práctica de procedimientos de riesgo elevado. En las últimas décadas, con los avances en las técnicas anestésicas y quirúrgicas se redujo la agresividad quirúrgica y esto condujo a que se limitara la estancia hospitalaria al mínimo necesario o no se precisara ingreso hospitalario dando lugar a la implantación de la CMA (4). España se inició gracias a esfuerzos médicos que implantaron la CMA en los hospitales y más tarde los gestores y los financiadores sanitarios ayudaron a su consolidación y expansión (45). En lo que respecta a la financiación el establecimiento del pago por proceso en los años 90 fue otro punto clave para promover el desarrollo y consolidación de la CMA. En Cataluña en el año 2011 el porcentaje de cirugía ambulatoria aumentó un 63,2% y la actividad de cirugía con hospitalización disminuyó, de media, un 23,5% respecto al 2001 con un total de 34,5 intervenciones quirúrgicas CMA por 1.000 habitantes (46).

La CMA es un modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinar que permite tratar a determinados pacientes de forma segura y eficaz sin necesidad de ingreso hospitalario, siendo dados de alta a su domicilio el mismo día de la intervención (47). Según el Real Decreto 1277/2003 “Se realizan procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, bajo anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario” (2).

Tal y como afirma Vila-blanco (45), la CMA introduce cambios en la organización de los hospitales; además, aumenta la calidad asistencial, la satisfacción del paciente y del equipo asistencial, y mejora la utilización de recursos. Es posible gracias a la protocolización del circuito CMA diferenciándose del de ingreso convencional o de la cirugía de corta estancia, aumentando la calidad asistencial ya que disminuye las listas de espera, el riesgo de infección nosocomial y favorece la pronta recuperación y vuelta al entorno del usuario.



García-Blanch (48) en 2013 describió los objetivos de la CMA:

- 1. Tratar con eficacia y seguridad la patología quirúrgica del paciente y permitir el alta precoz.*
- 2. Conseguir una mayor comodidad y bienestar del paciente, al volver el mismo día de la operación a su entorno familiar y a su propio domicilio.*
- 3. Proporcionar a los pacientes una atención más directa e individualizada.*
- 4. Controlar o disminuir la ansiedad del paciente ante la incertidumbre de su próxima intervención y las dudas de resolución satisfactoria de su enfermedad.*
- 5. Evitar complicaciones no deseadas, como la infección nosocomial, suceso descrito para infecciones asociadas al ingreso hospitalario de los pacientes.*
- 6. Fomentar la racionalización de los recursos sanitarios.*
- 7. Disminuir el tiempo de espera para la cirugía.*

Un aspecto importante de la CMA es la valoración del usuario a diferentes niveles. En primer lugar, una valoración física, tanto por parte del cirujano como del anestesiólogo, para garantizar que la CMA sea la mejor opción. Por otro lado, también se requiere una evaluación del estado psicológico de la persona que acude a la UCMA para operarse así como del entorno (distancia del domicilio, acceso al domicilio, familia y/o persona responsable del cuidado las primeras 24-48horas).

La CMA, en mayor grado que las cirugías con ingreso, requiere un nivel elevado de conocimiento y responsabilidad por parte del usuario hacia su propia salud y cumplimiento del régimen terapéutico. Por lo tanto, es imprescindible que la valoración del candidato a CMA sea lo más minuciosa posible (49).

Para la valoración de la conveniencia de CMA el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya en su Manual de Cirurgia ambulatoria (1), elaboró los criterios para la inclusión en CMA de procedimientos quirúrgicos, los criterios para la inclusión en CMA de técnicas anestésicas que incluyen los criterios de alta al domicilio y los requisitos para la selección de pacientes CMA que se encuentran detallados en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de inclusión en Cirugía Mayor Ambulatoria.**Criterios para la inclusión de procedimientos en CMA.**

- Procedimientos con riesgo mínimo de hemorragia.
- Procedimientos de tipo II y algunos de tipo III en la escala Davis (1,50)¹
- Procedimientos con una duración mayor a 90 minutos bajo anestesia general.
Tiempo ampliable en procedimientos bajo anestesia loco-regional.
- Procedimientos quirúrgicos en los cuales la inflamación postquirúrgica pueda comprometer la vía aérea.
- Drenajes quirúrgicos con débito mínimo.
- Dolor postoperatorio controlable con medicación analgésica oral.
- Procedimientos sin necesidad de administración de antibioticoterapia por vía intravenosa.

Criterios para la inclusión de las técnicas anestésicas

- La elección de la técnica anestésica (anestesia general, loco-regional, sedación) se hará en función del paciente y de la intervención quirúrgica.
 - La técnica anestésica ha de permitir dar de alta al paciente en pocas horas y en las condiciones siguientes:
 1. Recuperación total de la consciencia o de la situación previa.
 2. Capacidad de deambulación independiente o con ayuda mínima.
 3. Buena analgesia. 4. Tolerancia a líquidos optativa. 5. Diuresis espontánea.
 6. Hemodinamia estable. 7. Buena coloración de piel y mucosas.
 8. No hemorragia en la zona intervenida: apósitos limpios y drenajes correctos.
- * Aconsejable la utilización de test de alta como el Test de Aldrete (1,51)²

¹ **En la Escala Davis (1,50): Tipo II:** Intervenciones quirúrgicas que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si hace falta, es de tipo oral. **Tipo III:** Intervenciones quirúrgicas que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio.

² **El Test de Aldrete (1,51)** se utiliza como herramienta para evaluar los signos post-anestésicos del paciente para valorar el alta tras ser intervenido quirúrgicamente. Se miden 5 parámetros (actividad, respiración, circulación, saturación de oxígeno y nivel de consciencia) con tres posibilidades de respuesta de 0 a 2. La puntuación máxima es de 10:

Actividad: Mueve las 4 extremidades. (2 puntos)

Respiración: Respira y tose normalmente. (2 puntos)

Circulación: Tensión Arterial \pm 20% nivel pre-anestésico. (2 puntos)

Saturación de oxígeno: >92% con aire ambiente. (2 puntos)

Consciencia: Completamente despierto. (2 puntos)

Requisitos de selección de pacientes CMA:

Aspectos fisiológicos

- Pacientes con grado I y II de la clasificación de la American Society of Anesthesiologist (ASA) (1)³
- Determinados pacientes ASA III con evaluación individual.
- La edad no se considera criterio de exclusión pero se recomienda no incluir a recién nacidos a término menores de 6 meses o prematuros menores de 1 año.
- La obesidad severa (IMC por encima de 35) se considera una contraindicación.
- Se aconseja excluir: pacientes en tratamiento con anticoagulantes que no puedan pasar a tratamiento profiláctico, antecedentes personales o familiares de coagulopatía, complicaciones anestésicas anteriores, antecedentes de hipertermia maligna y muerte súbita.
- Se aconseja hacer una valoración individualizada en pacientes con antecedentes de miopatías, neuropatías o drogodependencia.

Aspectos psicológicos

- Se recomienda excluir a los pacientes incapaces de comprender y respetar las instrucciones orales y escritas sobre el procedimiento a excepción de que asuma la responsabilidad un adulto acompañante.
- Se recomienda excluir a los pacientes con patología psiquiátrica que no los permita colaborar.

Aspectos del entorno

- El paciente ha de disponer de la atención de un adulto responsable las primeras 24 horas.
- Tiempo de traslado no superior a una hora del domicilio a la UCMA.
- El paciente ha de disponer de teléfono y de los requisitos mínimos de habitabilidad, accesibilidad, confort e higiene en su lugar de convalecencia que no dificulten una recuperación adecuada

³ Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente (2).

ASA I: Paciente saludable no sometido a cirugía electiva

ASA II: Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.

ASA III: Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante.

Una vez se decide que el paciente es subsidiario de CMA es citado para la intervención quirúrgica programada y se inicia el circuito CMA esquematizado en la figura 1 y que a continuación se detalla siguiendo las recomendaciones de Ministerio de Sanidad y Consumo en 2009 (2):

Figura 1. Circuito en Cirugía Mayor Ambulatoria.



Periodo preoperatorio: El paciente, a su llegada a la UCMA el día de la intervención quirúrgica es recibido e identificado en las salas habilitadas para la acogida preoperatoria donde se le realizan las preguntas oportunas y se contrastan con la historia clínica. Se cambia de ropa y se coloca el camisón del hospital, se le canaliza una vía venosa periférica y se administra antibiótico y/o pre medicación ansiolítica si es oportuno. El paciente durante su espera se entrevista con el anestesiólogo y con el médico cirujano especialista.

Periodo intraoperatorio: El paciente es trasladado al quirófano y se realiza la intervención quirúrgica programada.



Periodo postoperatorio inmediato: Al finalizar la intervención quirúrgica es trasladado a la Unidad de recuperación post-anestésica 1 (URPA1) o sala de despertar donde enfermería monitoriza sus constantes vitales y se realizan los primeros cuidados postoperatorios de acuerdo con una sala de reanimación tras una cirugía convencional. Más tarde el paciente es trasladado a la sala de readaptación al medio o URPA 2 donde continuará su control por parte del equipo quirúrgico pero podrá permanecer tumbado o sentado junto a su familia. Por último y tras cumplir los requisitos posoperatorios y recibir las recomendaciones pertinentes, es dado de alta al domicilio.

Para que el paciente reciba el alta al domicilio unas horas después de la operación, éste debe cumplir unos estrictos requisitos de seguridad al alta descritos en el Manual de Criteris tècnics d'autorització administrativa dels centres assistencials en l'àmbit de la cirurgia ambulatoria (1). El usuario debe estar confortable, y recibir instrucciones post-alta precisas con una clara definición de los cuidados post-CMA y de responsabilidades en los cuidados (2). Se entiende que debe adquirir los conocimientos necesarios para su autocuidado y ello supone conocer la intervención, conocer los cuidados postoperatorios en cuanto a higiene, alimentación y administración de fármacos. También requiere conocer los signos y síntomas de alarma y donde acudir en caso complicación o de duda (1).

Por último en el modelo de CMA, a las 24 horas después de la intervención quirúrgica la enfermera realiza un seguimiento telefónico al paciente y comprueba su estado.

Si la UCMA no cuenta con una consulta preoperatoria de enfermería donde citar a los pacientes los días previos, el único contacto de enfermería se produce el día de la intervención quirúrgica y es entonces cuando enfermería realiza la valoración del paciente, de su nivel de ansiedad y toma las medidas oportunas para minimizarla, facilita toda la información relacionada con los cuidados postoperatorios y resuelve las dudas que pudieran aparecer.



3.3 La Calidad en las UCMA. La satisfacción del paciente y los acontecimientos adversos

La consulta preoperatoria de enfermería que se pretende implementar y evaluar en este proyecto podrá influir previsiblemente en la calidad de la atención prestada. Por ello, la investigación sobre los resultados, centradas en la opinión y punto de vista del paciente son una herramienta para la evaluación de la calidad de dichos cuidados. El concepto de “cuidados centrados en el paciente” obedece a este nuevo planteamiento que se basa en reconocer el papel activo de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente (52).

Por un lado, la satisfacción del paciente es un importante indicador de calidad de la atención recibida por el usuario durante su estancia. Según los Estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo de España en la Unidad de CMA se deben realizar encuestas de satisfacción que permitan evaluar la calidad percibida por el usuario y por ello se tomará como una variable a estudio en el presente proyecto (2).

Por otro lado, como se muestra en la tabla 2, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España describió 9 Indicadores de Calidad de las UCMA (2). Los acontecimientos adversos y la satisfacción cobran una particular atención en el presente proyecto ya que serán estudiados para averiguar si la intervención diseñada podría mejorar significativamente el número de acontecimientos adversos y, por lo tanto, mejorar la calidad de la UCMA.



Tabla 2. Indicadores de calidad de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria

1. Eficiencia y calidad científico técnica
1.1. Cancelación de procedimientos
1.2. Acontecimientos adversos:
■ Reintervención no planificada
■ Pernocta no planificada
■ Consulta urgente
■ Reingresos hospitalarios
1.3. Índice de complicaciones ajustadas por riesgo
2. Eficiencia del sistema
2.1. Índice de sustitución de procesos
2.2. Índice de ambulatorización
3. Calidad percibida por el usuario
3.1. Nivel de satisfacción manifestada por el usuario UCMA

3.4 El papel de enfermería perioperatoria. La consulta preoperatoria.

Buscando el espacio donde ejercer unos cuidados integrales bajo unas competencias que le son propias nace la figura de la enfermería perioperatoria. La Association of perioperative Registered Nurses (AORN) en 1969 creó el término “enfermera perioperatoria” y lo definió como “La que identifica las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas del enfermo y pone en práctica un programa individualizado que coordina las acciones de enfermería, basadas en el conocimiento de las ciencias naturales y de la conducta, a fin de restablecer o conservar la salud y bienestar del individuo antes, durante y después de la intervención quirúrgica”. Tal y como describe Canals (11) “Se define como Enfermera Perioperatoria aquella enfermera quirúrgica que recupera el horizonte que es propio de la enfermera (...) es una opción de vida basada en la auto-convicción y una responsabilidad frente a alguien, que se encuentra y debe pasar por una situación difícil como es una intervención quirúrgica”

En los últimos años la enfermería especialista en quirófano ha evolucionado en su propio campo aunque con cierta timidez y retraso debido probablemente al contexto fuertemente biomédico que la rodea. Respondiendo a este nuevo concepto de la enfermería quirúrgica surgen publicaciones sobre las actividades que enfermería está llevando a cabo en determinadas áreas quirúrgicas como son la visita estructurada 1 hora antes de la intervención (42), la visita que enfermería proporciona al ingreso de los pacientes programados para una cirugía la tarde anterior a la intervención (34,44,53,54) o la consulta preoperatoria de enfermería en los días previos (49,55).

Los resultados alcanzados por Chiriveches et al. (54) sugirieron que la visita estructurada de enfermería es beneficiosa y debería implantarse en todos los centros con actividad quirúrgica. Recientemente se ha publicado un estudio elaborado en la ciudad de Tarragona en el cual se evaluó la visita de enfermería de quirófano al paciente programado en las horas previas a la cirugía. Concluye que la visita pre-quirúrgica es una herramienta eficaz para disminuir la ansiedad situacional y el dolor postoperatorio (53). En ambos estudios se excluyó a los pacientes intervenidos en CMA y la intervención enfermera se realizó en las horas previas a la cirugía, por este motivo se cree necesario

ampliar y comprobar los resultados en pacientes programados para CMA. La CMA tiene particularidades en cuanto a que los pacientes no pernoctan en el centro hospitalario tras la intervención si no que reciben el alta al domicilio donde realizaran la convalecencia. Por tanto, los requerimientos de los usuarios serán diferentes y el acompañamiento de enfermería de quirófano también variará puesto que el usuario deberá adquirir los conocimientos y habilidades para el autocuidado más rápidamente tal y como se comentaba anteriormente. El artículo citado ha resaltado la importancia de la intervención de enfermería durante el preoperatorio puesto que ha demostrado beneficios en otras áreas quirúrgicas como se describe para la cirugía con hospitalización convencional. Sin embargo, este tipo de actuaciones están previstas para la tarde anterior a la cirugía durante el ingreso en planta del paciente y, por tanto, no contempla los ingresos que se producen el mismo día de la intervención programada ni las Cirugías Sin Ingreso. En el sistema de salud de hoy en día, es poco común que los pacientes sometidos a cirugía programada ingresen antes de la mañana de su procedimiento. Esta rutina de admisión limita el tiempo que las enfermeras tienen que poner en práctica un plan de cuidados y puede limitar la cantidad de tiempo que puede ser dedicado a un programa de educación preoperatoria (6).

En una línea de investigación diferente buscando reducir las visitas presenciales, Blanco Vargas et al. (56) publicaron datos acerca de la implantación de la visita preoperatoria on-line llevada a cabo por enfermeras y anestesiólogos en el Hospital de Viladecans concluyendo que optimiza los recursos al reducir las visitas presenciales y las pruebas complementarias sin aumentar la tasa de anulaciones quirúrgicas. Pons et al. (57) publicaron el modelo de consulta de preanestesia de enfermería en todo tipo de pacientes quirúrgicos destacando la importancia de la enfermería de anestesia en esa área.

La consulta preoperatoria de enfermería se presenta como una opción firme, que permite crear un espacio donde planificar cuidados individualizados. Es una realidad presente en algunos hospitales y propuesta en proyectos de Final de Máster como el de Pueyo (58) o de Castro (59).



Robledo et al. (56) describieron la consulta preoperatoria de enfermería que se lleva a cabo en el Hospital del Oriente de Asturias o también en los Hospitales del Sistema Andaluz de Salud.

No existe una homogeneidad en las investigaciones consultadas sobre la visita preoperatoria tal y como afirma Gálvez Toro et al. (60) en su revisión sistemática ya que no existe un consenso en cuanto al momento de la realización de la visita, la formación del personal que la lleva a cabo, el tipo de pacientes que la reciben y el tipo de intervención que realiza la enfermera impidiendo realizar generalización alguna. Gálvez et al. Concluye que “carecemos de evidencias claras sobre los beneficios en los resultados postoperatorios medidos en los pacientes “. En cuyo caso de hace necesaria la ampliación de investigaciones definan la consulta preoperatoria de enfermería y que aporten resultados sobre los beneficios de la misma.

La Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor (ASEEDAR-TD) (61) definió las competencias de la enfermera especialista en anestesia, en la consulta de preanestesia entre las que incluyó: “Realizar una valoración preanestésica extensa, identificar las causas de ansiedad preoperatoria y proceder a las medidas de enfermería para disminuirla, tener en cuenta las consideraciones legales y éticas relacionadas con el consentimiento informado, describir y comunicar la preparación preoperatoria del paciente, desarrollar un plan de enseñanza, diseñado para fomentar la recuperación del paciente y evitar complicaciones postanestésicas y postoperatorias en especial si son candidatos a CMA y orientar al paciente respecto a las diferentes fases referentes a su proceso”. Canet et al.(62) afirman que el 51% de los Hospitales de Catalunya constan de una consulta de preanestesia en la que el anesitiólogo es ayudado por una enfermera. No obstante, no se tienen datos publicados sobre cuantos Centros cuentan con una consulta de enfermería preoperatoria propia.

Del Valle Sánchez (49) destacó el papel de la consulta prequirúrgica de enfermería en el campo de la cirugía ambulatoria en el Hospital Universitari Vall d’Hebron en Barcelona: “La entrevista con la enfermera tiene dos funciones diferenciadas. En primer lugar, se evalúa el estado de salud del usuario desde una perspectiva biopsicosocial. Por otro



lado, la consulta constituye un espacio para describir el circuito quirúrgico, recordar las indicaciones médicas pertinentes, explicar las recomendaciones prequirúrgicas y ofrecer al usuario un ambiente adecuado para que este pueda expresar sus dudas. Por un lado, es un complemento a la consulta de anestesia que permite, mediante el trabajo interdisciplinario, detectar problemas de salud, alergias o dificultades en el cumplimiento del régimen terapéutico. En cuanto a la valoración psicosocial, permite la detección de problemas sociales que puedan impedir que el usuario sea tributario de esta modalidad. La consulta prequirúrgica enfermera es un primer filtro en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) para minimizar riesgos perioperatorios“.



4. Revisión bibliográfica

Para realizar este proyecto se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos del ámbito de la salud nacionales e internacionales relacionadas con el estudio: Cuiden, Cuidatge, ENFISPO, Cinahl, Pubmed/Medline, Scopus y el motor de búsqueda icerc@dorPlus. Para la búsqueda estructurada se han utilizado los descriptores señalados a continuación y los operadores booleanos en las bases de datos.

Los descriptores utilizados han sido: “visita preoperatoria”; “enfermería”; “cuidados preoperatorios”; “paciente”; “cirugía mayor ambulatoria”; “Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios”; “ansiedad” y “satisfacción”. También se ha procedido a una búsqueda manual en las principales revistas especializadas relacionadas con la temática del proyecto: Index, enfermería clínica, revista española de anestesiología y reanimación, British Journal of Anaesthesia, International Journal of Nursing Studies, New England Journal of Medicine, AORN Journal y The Journal of Clinical Nursing.

Se han descartado los artículos publicados hace más de 10 años y se han excluido artículos que no estuvieran publicados en español, inglés o portugués. Finalmente se han descartado los artículos que tras su lectura no aportaban información relacionada con el proyecto.

Además, para contextualizar el tema, se han usado tesis doctorales de otras especialidades relacionadas con la temática.

5. Aportaciones e interés del estudio

El presente estudio pretende analizar si la intervención diseñada, en este caso la consulta preoperatoria de enfermería llevada a cabo por enfermeras del área quirúrgica produciría mejoras en los niveles de ansiedad, satisfacción y acontecimientos adversos de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente en régimen CMA.

Valorar la utilidad y conveniencia de la aplicación de unos cuidados enfermeros llevados a cabo por enfermeras especialistas en quirófano nos ayudaría a aportar datos sobre los efectos positivos de dichos cuidados en caso de que así lo indicaran los resultados obtenidos ya que el hecho de que la valoración se lleve a cabo por enfermería de quirófano quien le atenderá el día previsto para su intervención puede aumentar la familiaridad del enfermo con el área quirúrgica por un lado y, por otro lado puede ser más útil para el equipo quirúrgico ya que aumentaría previsiblemente el conocimiento del paciente y su atención individualizada.

Ayudaría a mostrar la importancia de la atención de enfermería especializada que estaría presente durante todo el proceso quirúrgico desde el conocimiento de la necesidad de ser intervenido hasta el retorno al domicilio. En el caso de CMA, en mayor medida ya que el retorno al domicilio se produce con anterioridad a las cirugías que precisan hospitalización, y por tanto, se deduce que los conocimientos y habilidades para el autocuidado en el domicilio deberán adquirirse más rápidamente. La consulta preoperatoria diseñada garantizaría un acompañamiento de enfermería especialista en quirófano desde el inicio del proceso de CMA ofreciendo una continuidad en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) completo e individualizado.

La consulta preoperatoria de enfermería sería un punto de encuentro entre el paciente y la enfermera del área quirúrgica con anterioridad al día de la intervención donde establecer una relación de confianza, resolver dudas, ofrecer información acerca del proceso de CMA. Además, podría prevenir posibles inconvenientes que pudieran aparecer al retorno al domicilio tras la intervención quirúrgica. De esta manera la consulta preoperatoria de enfermería podría disminuir la ansiedad y dolor de los pacientes, mejorando sus conocimientos acerca del proceso, la aceptación del mismo y disminuir el número



de acontecimientos adversos como son la pernocta no planificada.

Prestar atención a la satisfacción del paciente, puede ayudar a mejorar la calidad de los cuidados brindados entendiendo al paciente como pieza central en torno al cual gira el proceso quirúrgico.

La implementación de la consulta preoperatoria de enfermería es una medida de bajo coste económico y se prevé un impacto positivo para el paciente ya que puede influir sobre la experiencia quirúrgica global del usuario positivamente permitiendo una mejor recuperación y posiblemente un menor requerimiento de recursos asistenciales.

Si los resultados derivados de la investigación son beneficiosos para el paciente se podría emplear esta intervención de manera estandarizada elaborando un protocolo para ello. Del mismo modo, se podría valorar la posibilidad de ampliar la intervención enfermera diseñada a todo tipo de cirugías programadas.



6. Objetivos

6.1. General

Evaluar el impacto de la consulta preoperatoria de enfermería sobre la ansiedad preoperatoria, la satisfacción y los acontecimientos adversos en comparación con el protocolo habitual en pacientes de CMA durante el periodo perioperatorio.

6.2. Específicos

- Comparar los niveles de ansiedad declarados entre pacientes programados para CMA que acuden a la consulta preoperatoria de enfermería pertenecientes al grupo de intervención y pacientes programados para CMA que siguen el protocolo habitual del centro y no acuden a visita preoperatoria de enfermería pertenecientes al grupo control.
- Comparar la satisfacción declarada tras la CMA entre grupo de intervención y grupo de control durante el periodo postoperatorio.
- Analizar el número de acontecimientos adversos entre grupo de intervención y grupo de control.

7. Hipótesis

La implementación de la consulta preoperatoria de enfermería dirigida a pacientes que se van a someter a CMA mejora la ansiedad preoperatoria, los niveles de satisfacción, el dolor y los acontecimientos adversos durante el periodo perioperatorio en comparación al protocolo habitual.

8. Método

8.1 Diseño, metodología y justificación

El presente estudio es un ensayo clínico aleatorizado no enmascarado. Para ello se analizarán datos obtenidos a partir de diferentes cuestionarios que evalúen los niveles de ansiedad preoperatoria manifestada, la satisfacción y los acontecimientos adversos en los participantes pertenecientes al grupo de control y al grupo de intervención.

El estudio se realizará en la Clínica Terres de l'Ebre de Tortosa y la recogida de datos tendrá una duración de 6 meses. En el grupo de intervención se realizará una visita preoperatoria de enfermería en los días previos a su ingreso en la Unidad de Cirugía Ambulatoria (UCMA) coincidiendo con la fecha de la consulta de preanestesia, mientras que en el grupo control se realizará el protocolo habitual que no incluye la visita preoperatoria de enfermería.

8.2 Ámbito de estudio

La Clínica Terres de l'Ebre (CTE) en Tortosa, Tarragona es un centro de hospitalización de agudos, acreditado por el Departamento de Salud que está gestionada por el Grupo de Asistencia Sanitaria y Social (SAGESA). Es un centro de referencia en la prestación de servicios a todas las mutuas de seguro libre, de trabajo y deportivas; a seguros de tráfico y particulares de las Tierras del Ebro, Bajo Maestrazgo y Bajo Aragón (63). La Clínica Terres de l'Ebre realiza intervenciones bajo régimen de hospitalización y bajo régimen ambulatorio. Consta de un circuito de CMA que se rige por las normas del Plan Funcional del Área quirúrgica aprobado en Noviembre del año 2013 (64). Según datos aportados por la CTE y explotados a través del sistema informático del centro durante el año 2015 se realizaron un total de 3302 intervenciones quirúrgicas de las cuales 1213 intervenciones quirúrgicas fueron de CMA. La cartera de servicios de quirófano consta de las especialidades de cirugía general y digestiva, cirugía traumatológica y ortopédica, cirugía ginecológica con asistencia las 24 horas y otras especialidades que realizan atención quirúrgica de forma programada son: cirugía plástica, otorrinolaringología, cirugía urológica, cirugía maxilofacial, cirugía vascular y cirugía pediátrica. En el anexo 1

aparece el listado de intervenciones quirúrgicas de CMA que realiza la CTE registradas en el Plan Funcional del Área quirúrgica (64).

8.3. Criterios de inclusión en el estudio

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

- Pacientes programados para intervención quirúrgica en régimen CMA de las especialidades: traumatología, ginecología, oftalmología, cirugía general y otorrinolaringología.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que con comprensión lectora y oral adecuadas.
- Pacientes que den su consentimiento para participar en el estudio.

8.4. Criterios de exclusión en el estudio

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

- Existencia de barrera idiomática entre investigador y participante.
- Pacientes con falta de comprensión lectora y oral
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes con patología psiquiátrica diagnosticada.
- Pacientes con profesión sanitaria

8.5. Proceso de selección y valoración de los participantes

Tras la consulta de pre anestesia, los pacientes aptos para CMA serán informados de la existencia de la investigación que se está llevando a cabo detalladamente y serán invitados a participar. Tras el libre consentimiento del paciente y la firma del consentimiento informado para participar en el estudio se procederá a la aleatorización simple para determinar si se incluye en el grupo de control o en el grupo intervención a una razón 1:1. A cada participante se le asignará un número de identificación por orden de inscripción y la aleatorización de los participantes se llevará a cabo mediante el programa Research Randomizer®.



8.6 Población y muestra

8.6.1 Población accesible

Según los datos aportados por la Clínica Terres de l'Ebre se intervinieron quirúrgicamente bajo CMA 1213 personas de un total de 3302 personas intervenidas quirúrgicamente durante el año 2015.

8.6.2 Diseño del muestreo

Se realizará un muestreo no probabilístico consecutivo.

8.6.3 Tamaño de la muestra

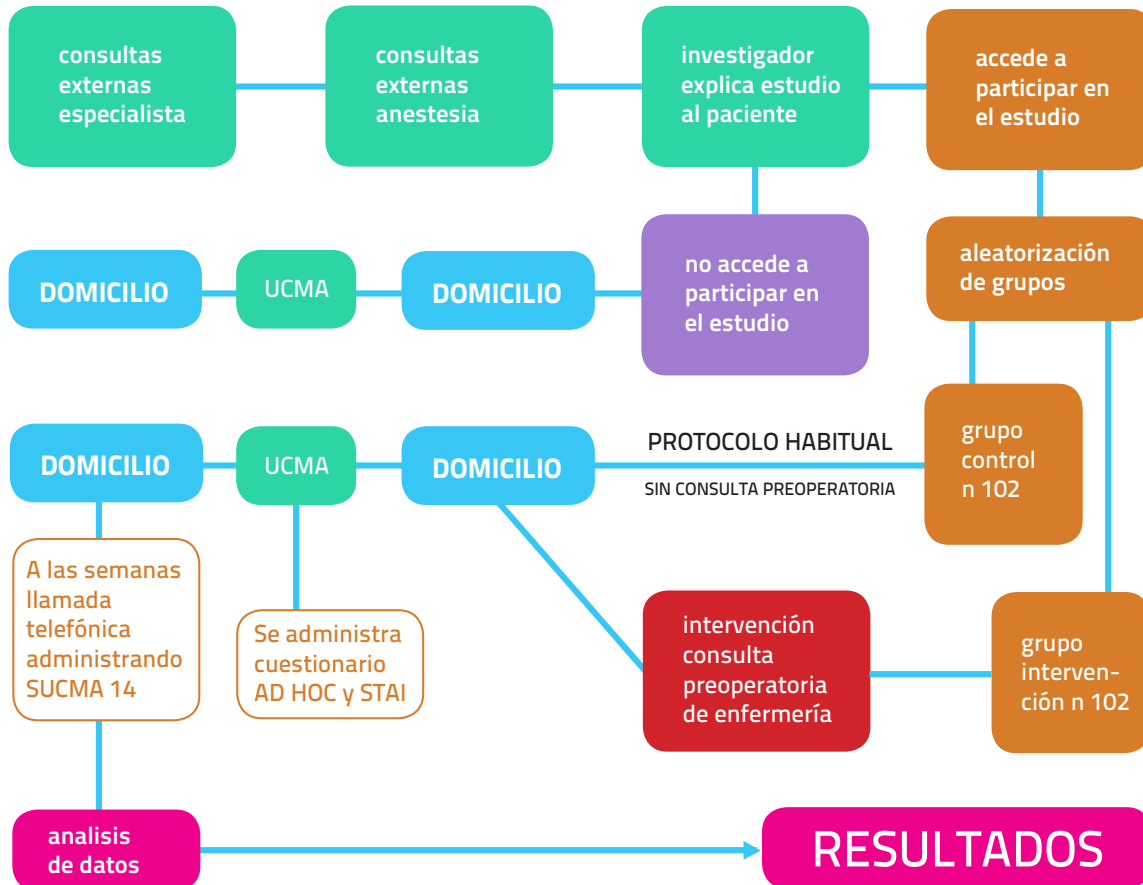
Se han tomado como referencia los datos publicados en el artículo de Diez-Alvarez et al. (42) y Wetsch et al. (24) sobre la desviación estándar para la puntuación de la Ansiedad Estado en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI. El cálculo del tamaño de la muestra se ha realizado mediante el programa Granmo (65) a través del cual se ha determinado que aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta inferior al 0,2 en un contraste unilateral, se necesitan 102 sujetos en el primer grupo y 102 en el segundo para detectar una diferencia igual o superior a 4 puntos en el nivel de ansiedad. Se asumió que la desviación estándar común es de 9,4. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 15%.

Debido a la población accesible y el cálculo muestral, la duración de la recogida de datos se establece en 6 meses. Se ha establecido un periodo más amplio del que se calcula que fuera estrictamente necesario para obtener una muestra total de 204 participantes con la finalidad de asegurar la obtención de los participantes necesarios en el periodo establecido ya que a veces, el ritmo de programación de las diferentes especialidades quirúrgicas es fluctuante debido en parte a las listas de espera.

8.7 Descripción del procedimiento

Aquí se muestra el proceso de inclusión y participación de los sujetos en el estudio.

Figura 2. Metodología del estudio



En un primer lugar, cuando el médico especialista indique la intervención quirúrgica mediante CMA y se inicie el proceso por el cual se citan a la consulta de anestesiología para el preoperatorio, se avisará a la enfermera especialista en el área quirúrgica y se realizará una consulta añadida, además del anestesista. Se seleccionarán todos los casos de pacientes programados para CMA que cumplan los criterios de inclusión durante el periodo de recogida de datos tras otorgar su consentimiento. En caso de aceptar participar, se les asignará en el grupo control o intervención mediante una aleatorización simple y se les asignará un número de identificación.

- Si pertenece al grupo de control se le indicará que el día de la intervención quirúrgica, se le administrará un cuestionario (cuestionario de ansiedad rasgoestado



STAI (66) y cuestionario ad-hoc (anexo 2) y tras recibir el alta se les llamará al domicilio a las 2 semanas y se les pedirá que contesten el SUCMA 14 (67).

· Si pertenece al grupo de intervención se procederá a cumplimentar los datos personales de contacto. Se les indicará que el día de la intervención quirúrgica, a su llegada a la unidad de acogida se les administrará un cuestionario (cuestionario de ansiedad rasgo-estado STAI y cuestionario ad-hoc) y tras recibir el alta al domicilio se les llamará a las 2 semanas y se les pedirá que contesten el SUCMA 14 (67). Tras dicha explicación sobre los cuestionarios se procederá a realizar la intervención diseñada: la consulta preoperatoria de enfermería siguiendo las recomendaciones que aparecen en el apartado Diseño de la intervención enfermera.

Tras la intervención quirúrgica y previamente a recibir el alta de la Unidad la enfermera responsable rellenará el cuestionario de alta (anexo 3).

En caso que el paciente debiera permanecer hospitalizado, la enfermera responsable anotará el ingreso hospitalario del participante y el motivo y lo adjuntará a los cuestionarios cumplimentados por el paciente.

La valoración de los acontecimientos adversos, se realizará a través de la llamada telefónica que ya se realiza en el centro tras 24h de la cirugía. En ella se registran datos como el dolor, si ha precisado analgesia, si ha tenido fiebre o si ha necesitado visita médica (anexo 4).

Por último, a los 15 días posteriores a la intervención quirúrgica a ambos grupos se les realizará una llamada telefónica en el que se realizará el cuestionario SUCMA14 (67) (anexo 5) para evaluar la satisfacción de los participantes con la intervención.

8.8 Formación de los investigadores

Se formará a dos enfermeras especialistas en quirófano para que realicen la consulta preoperatoria de enfermería de acuerdo al protocolo establecido en el apartado *Diseño de la intervención enfermera*.

A fin de coordinar el procedimiento se realizará una reunión con el equipo asistencial que permanecerá en contacto con el paciente en los diferentes momentos del proceso. Para ello se realizará una reunión con el equipo de médicos especialistas quirúrgicos y con el equipo de anestesia y reanimación quienes determinarán si el paciente es candidato para CMA. Se realizará una reunión con los asistentes en Consultas Externas quienes facilitarán los listados de pacientes programados para CMA y los harán llegar a la consulta de enfermería preoperatoria y se hará coincidir el día con la visita preoperatoria de anestesia.

Por último, se realizará una reunión con el equipo quirúrgico que realiza las llamadas de control 24 horas post-intervención quirúrgica para recordar que anoten de manera completa el formulario de control de 24 horas post-intervención ya existente (anexo 4) así como registrar en el apartado de observaciones si ha habido alguna complicación derivada de la cirugía. Del mismo modo se les solicitará que informen si se suspende alguna intervención y el motivo de la misma.

8.9 Diseño de la intervención enfermera

La intervención diseñada es una consulta preoperatoria de enfermería para pacientes de CMA participantes en la investigación y pertenecientes al grupo de intervención.

Para el diseño de la consulta se han tomado como modelo algunos registros de la consulta que se realiza en el Hospital Comarcal de Amposta del Hospital del Oriente de Asturias (55) y también artículos como el de del Valle (49) o el de Pons, de Juan y Garcías (57). La consulta preoperatoria de enfermería está prevista que se produzca el mismo día tras la consulta de pre anestesia con el objetivo de minimizar las molestias del participante que no deberá volver al centro en otra ocasión.

La consulta preoperatoria de enfermería la llevará a cabo una enfermera especialista



en el área quirúrgica anestesia y reanimación y la realizará en un despacho destinado a ello. Finalmente la enfermera registrará los datos obtenidos en las dos hojas de valoración preoperatoria de enfermería (anexos 8 y 9).

Los objetivos y las actuaciones serán:

■ **Establecer una relación de confianza.**

Presentarse como enfermera del área quirúrgica y el conocerse previo al día de la intervención puede ser de gran ayuda para el usuario y hacer que se sienta más cómodo y tranquilo. Se recomienda mantener una actitud empática, abierta, sin dar sensación de prisa que promueva la confianza, la comodidad, la seguridad y la honestidad.

■ **Valorar el estado del usuario.**

Hacer una valoración del estado físico, mental, social y de su entorno físico para afrontar la intervención programada y el periodo de convalecencia. Hacer una valoración del entorno y la situación individual del paciente para averiguar si es factible la CMA.

También se considera importante asegurarse de que el usuario ha comprendido las explicaciones médicas ofrecidas por el médico especialista y por el anestesiólogo y posibilitar el contacto con ellos en caso de dudas por parte del usuario.

■ **Dar información acerca del proceso de CMA.**

Dar a conocer al usuario el proceso de CMA acerca de los horarios de ingreso en la unidad, la espera hasta el momento de la intervención quirúrgica y el periodo de recuperación hasta el retorno al domicilio. La espera puede causar nerviosismo y conocer todo el circuito aumenta la aceptación.

■ **Ofrecer cuidados posoperatorios específicos e individualizados.**

Dar a conocer las recomendaciones generales de ayuno de sólidos y líquidos, no llevar joyas ni maquillaje ni objetos de valor, traer ropa cómoda, higiene... etc.

Dar a conocer las recomendaciones específicas para la preparación de su intervención quirúrgica en particular: rasurado, traer muletas, traer zapatos ortopédicos o administra-



ción de heparina y/o insulina por ejemplo si el médico así lo indicara.

Educar a cada paciente para el periodo de recuperación tras la intervención dando recomendaciones sobre la dieta, toma de fármacos prescritos por el médico, higiene corporal, higiene postural o medidas no farmacológicas para el control del dolor, vigilancia de síntomas y donde acudir en caso de surgir alguna duda o complicación durante la convalecencia adaptados a cada intervención y a cada paciente.

Se entregarán trípticos informativos que refuerzan la información facilitada.

■ **Resolver dudas.**

Preguntar si tienen alguna duda y ofrecerse a que se pongan en contacto con nosotros si aparecen dudas en un futuro.

■ **Prever posibles complicaciones en el retorno al domicilio.**

Averiguar si existen inconvenientes en el transporte o llegada al domicilio tras la intervención o si no tiene un acompañante adulto que se responsabilice las primeras 24 horas. Se recomienda insistir en que deben permanecer las 24 primeras horas acompañados e indicarles que recibirán una llamada al día siguiente por parte del equipo quirúrgico para interesarse por su estado.

■ **Ansiedad y temores.**

Es un buen momento para valorar el estado de ansiedad del paciente, los miedos o preocupaciones que se derivan de su intervención quirúrgica programada y sus experiencias previas.

■ **Gustos y peticiones.**

En este apartado se valorarán las peticiones especiales o información que el usuario cree que el equipo quirúrgico debe conocer para el día de su intervención. La conveniencia de utilización de música en el quirófano será preguntada al paciente y siempre bajo consentimiento del equipo quirúrgico.



■ Continuidad de cuidados

Para asegurar la continuidad de los cuidados se aconseja el registro de los datos obtenidos de la valoración en la consulta preoperatoria de enfermería. Para ello se han diseñado dos formularios de la consulta que se ajuntan (anexo 6 y 7) a registrar por enfermería en la consulta para que puedan ser utilizados durante todas las etapas del proceso. Enfermería escribirá toda la información relevante útil para todo el equipo quirúrgico para poder llevar un seguimiento y un proceso correcto y eficaz, y establecerá un Plan de Cuidados y, por tanto, iniciará un seguimiento integral del usuario (Proceso de Atención de Enfermería).

8.10 Instrumentos de recogida de información

Se usarán cuatro cuestionarios:

Antes de la cirugía:

1. Cuestionario para el registro de variables sociodemográficas y clínicas: Se utilizará un cuestionario ad-hoc (anexo 2) para el registro de variables sociodemográficas e información sobre el proceso. En él se solicitarán datos como edad, sexo, nivel de estudios y personas a su cargo. Además se preguntará si ha sido intervenido previamente y si cree que ha recibido información suficiente sobre la intervención a la que se somete, la anestesia y el proceso de CMA.
2. Para la evaluación del nivel de ansiedad se utilizará el “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. STAI” (66). Este cuestionario mide la ansiedad estado (los factores ambientales que protegen o generan ansiedad) y la ansiedad rasgo (factor de personalidad que predispone a sufrir o no ansiedad). Se estructura en dos partes con 20 preguntas en cada una, la primera evalúa un estado emocional transitorio y la segunda señala una propensión ansiosa. Cada pregunta consta de cuatro ítems de respuesta que van desde 0= nada a 3= mucho en el apartado de Ansiedad-Estado y 0= casi nunca a 3=casi siempre en el apartado de Ansiedad-Rasgo siendo la puntuación mínima 0 puntos para la totalidad del cuestionario y para cada uno de los apartados, y la puntuación máxima 120 puntos para la totalidad del cuestionario y 60 puntos para cada uno de los apartados.



Después de la cirugía:

3. Para la valoración del dolor se utilizará la escala verbal numérica EVN ya que se realizará la pregunta telefónicamente y la Escala Verbal Analógica no se puede utilizar en ese caso (68,69) que mide la intensidad del dolor en una escala tipo Likert del 0 al 10 siendo 0 ausencia de dolor y 10 el peor dolor posible. Esta pregunta será contestada por el participante en el momento del alta al domicilio el día de la intervención y está incluida en el cuestionario a rellenar por la enfermera (anexo 3) y también la contestará en la llamada que enfermería de quirófano realiza a las 24 horas de la intervención tal y como está protocolizado (anexo 4). Para la valoración de los acontecimientos adversos se utilizará un cuestionario ad-hoc y se rellenara por la enfermera responsable en la UCMA al alta al domicilio (anexo 7).

4. Para valorar el grado de satisfacción se utilizará el cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria (SUCMA14) (Anexo 5) que se estructura en tres grandes bloques la satisfacción con la calidad de la atención hospitalaria percibida, la satisfacción con la técnica y la satisfacción con el seguimiento post-hospitalario. El SUCMA14 es un instrumento válido y fiable, que permite medir la satisfacción de los usuarios intervenidos mediante cirugía mayor ambulatoria o de alta precoz en hospitales sin unidades específicas para este tipo de cirugía (67) .El SUCMA14 consta de 14 preguntas con cuatro opciones de respuesta que van del 0 al 3 siendo la puntuación mínima en el cuestionario de 0 puntos y la puntuación máxima de 42 puntos. Al SUCMA14 se le añadirá una pregunta recomendada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2) para evaluar la satisfacción del usuario de manera estándar en todos los centros con UCMA que se medirá: 1. Muy buena. 2. Buena. 3. Regular. 4. Mala. 5. Muy mala. 6. N.S./N.C.

8.11 Variables

En la tabla 3 se detallan las variables que se registrarán en el estudio.

Tabla 3. Variables del estudio

Variables independientes
<ul style="list-style-type: none">■ La edad en años es una variable cuantitativa discreta■ El sexo es una variable cualitativa nominal dicotómica■ El nivel de estudios es una variable cualitativa ordinal■ El Tipo trabajo es una variable cualitativa nominal■ Las personas a su cargo es una variable cualitativa categórica■ El tipo de intervención a la que se somete es una variable cualitativa nominal■ Conocimiento de la intervención (si/no) es una variable cualitativa categórica■ Conocimiento de la anestesia que recibirá (si/no) variable cualitativa categórica■ Tipo de anestesia es una variable cualitativa nominal■ La Cirugía previa es una variable cualitativa categórica (si/no)■ La CMA previa es una variable cualitativa categórica (si/no)■ El nivel de complejidad anestésica (ASA) es una variable cualitativa ordinal.
Variables dependientes
<ul style="list-style-type: none">■ El nivel de ansiedad es una variable cuantitativa discreta.■ El nivel de satisfacción es una variable cuantitativa discreta.■ El dolor es una variable cuantitativa discreta.■ El acontecimiento adverso es una variable cualitativa nominal.
Variables de confusión
<ul style="list-style-type: none">■ Se tomará como variable de confusión el tiempo de programación (días) transcurrido entre la fecha de la intervención enfermera diseñada y la intervención quirúrgica y se medirá como una variable cuantitativa discreta.

8.12 Análisis de datos

Los datos recogidos a través de los cuestionarios serán introducidos en la base de datos creada con el programa IBM-SPSS (Versión 22.0). Tras la creación de la base de datos se realizará un análisis descriptivo de las variables independientes para conocer las características generales de cada muestra en ambos grupos. Las variables categóricas se expresarán en % y se facilitará la frecuencia absoluta (n) mientras que las variables cuantitativas se expresarán con la media y la desviación estándar (DE) o mediana y percentiles 25 y 75 según sea oportuno.

Posteriormente se realizará un análisis de las puntuaciones obtenidas en el test de STAI diferenciando las puntuaciones obtenidas en la Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado, así como el número de acontecimientos adversos y las puntuaciones de los test de satisfacción SUCMA14. Para el análisis bivariado, al tratarse de una variable cuantitativa y otra cualitativa se realizará la prueba "T" de Student- con las puntuaciones de cada cuestionario para comparar las medias de dos muestras independientes. Si se halla que la distribución de las variables no es normal a través del test de Kolmogorov-Smirnov se procederá a realizar la prueba de U de Mann-Whitney. Cuando se trate de variables cualitativas se usará la prueba de chi-cuadrado. En caso de violarse los supositos en los que puede aplicarse, se usará el test exacto de Fisher. Por último, en caso de realizarse comparaciones bivariadas entre dos variables cuantitativas se usará la correlación de Pearson o Spearman según sea oportuno.

Debido a que se incluirán paciente de diferentes especialidades quirúrgicas y este factor puede influir en el estrés y ansiedad, se realizarán análisis secundarios para poder observar si hay diferencias significativas entre estos subgrupos de igual modo que se analizará el tiempo que transcurrió desde la visita preoperatoria hasta la cirugía.

Se asumirá un nivel de significación de $p < 0,05$.



9. Aspectos éticos

Se ha solicitado el permiso pertinente a los autores quienes han dado su consentimiento para la utilización del SUCMA14 en la presente investigación. Del mismo modo también se ha obtenido el permiso para la utilización del Cuestionario Ansiedad Rasgo-Estado STAI en el presente proyecto.

En primer lugar se presentará el proyecto al Comité de Ética de Investigación Clínica de referencia de la Clínica Terres de l'Ebre y, tras su aprobación, se iniciaría el proceso de selección de los participantes. Se garantiza que durante todo el proceso de investigación y hasta que ésta culmine el cumplimiento de los principios básicos para la realización de ensayos clínicos con seres humanos reflejados en la Declaración de Helsinki y en el Convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina así como se garantiza que en todo momento se acatará la ley orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal.

Los sujetos participantes en dicha investigación serán correctamente informados de la investigación que se lleva a cabo, la finalidad del estudio, el tipo de participación que requerirá del individuo y la confidencialidad de los datos. Dicha información se le facilitará de manera oral y escrita en el documento informativo para el paciente en el que figurará la dirección de correo electrónico del investigador principal para resolver dudas y para ofrecer la posibilidad de contactar con el investigador (anexo 8) y también se requerirá la firma del documento de consentimiento informado para la participación en dicha investigación y se le dará una copia (anexo 9).

El individuo aceptará de manera libre su participación voluntaria y no remunerada y en cualquier momento de la investigación el participante puede decidir libremente no continuar sin ningún efecto en su tratamiento si así lo deseara asegurando el principio de autonomía. Los participantes serán divididos en grupo intervención o grupo de control de manera aleatoria siguiendo el principio de justicia.



Para asegurar el cumplimiento de la confidencialidad de los datos obtenidos de la investigación el nombre y apellidos de los pacientes no figurarán en ninguna base de datos ya los datos serán codificados.

Los beneficios que se esperan obtener de la investigación es proporcionar evidencias científicas acerca de los beneficios para el paciente que va a intervenir quirúrgicamente en régimen ambulatorio que se derivan de la intervención enfermera diseñada respetando el principio de beneficencia.

Los riesgos para los pacientes al someterse a la consulta de enfermería preoperatoria se calculan bajos ya que la intervención consta en dar información, y pasar cuestionarios ya que la intervención enfermera se realiza respetando el principio de no maleficencia. No obstante, si se generara daño alguno de carácter psicológico se compromete a otorgar asistencia psicológica.

Para finalizar, los participantes que así lo deseen serán informados a través del correo electrónico o del correo postal de los resultados de la investigación.

10. Cronograma. Tabla 4

AÑO MES	2016						2017						2018										
	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	ENER	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	ENER	FEB		
Defensa proyecto en URV																							
Presentación Comité de Ética de Investigación Clínica.																							
Presentación y aprobación del estudio a la Dirección de la Clínica Terres de l'Ebre.																							
Reunión investigador y personal implicado en la investigación para realizar formación.																							
Inicio del estudio. Selección de participantes, realización intervención y recogida de datos.																							
Análisis de los datos obtenidos.																							
Conclusión y redacción del informe final.																							
Difusión de los resultados del trabajo en jornadas, congresos nacionales e internacionales.																							
Publicación de los resultados en una revista de las ciencias de la salud indexada.																							

11. Presupuesto

El coste total de la investigación se prevé de 4410,88 Euros;

se incluye los siguientes gastos:

Tabla 5. Presupuesto del estudio

Concepto	Euros
■ Gastos de ejecución: Papelería _____	100 €
■ Suscripción a fondos bibliográficos _____	200€
■ Pack: Manual STAI. Ansiedad Estado-Rasgo con 25 cuestionarios _____	35,80€
■ 200 cuestionarios STAI. Ansiedad Estado-Rasgo 1 _____	54,88€
■ Programa soporte análisis estadístico SPSS versión 22 Básico _____	1170 €
■ Publicación de los resultados en Open Access: _____	2000 €
■ Gastos de viajes: Asistencia a congresos _____	750 €
Total: 4410,88 €	

Recursos disponibles para la realización del estudio:

Recursos materiales

- Se requerirá una consulta para contactar con los participantes y realizar la visita preoperatoria y solicitaremos las instalaciones y espacios físicos de la Clínica Terres de l'Ebre para ello.
- Asimismo, el equipo de investigación ya dispone de ordenador portátil.

Recursos humanos

Será necesaria la formación del equipo investigador que será formado por profesionales del área quirúrgica para la realización de la intervención enfermera diseñada y la recogida de datos. La colaboración del equipo de investigación será voluntaria.

12. Limitaciones del estudio

En primer lugar, una de las limitaciones del estudio radica en que el ensayo se lleva a cabo en la Clínica Terres de l'Ebre y los datos que de ella se derivaran podrían ser extrapolables a poblaciones y centros sanitarios de similares características. Sin embargo, el diseño del proyecto permite repetir las medidas en otras áreas quirúrgicas y comparar los resultados obtenidos con otras experiencias contribuyendo en mayor medida al conocimiento sobre el tema.

Respecto a la selección de los participantes va a depender de un correcto cribado de todos los casos programados para CMA desde Consultas Externas de Cirugía y de anestesiología, es por ellos que hay prevista en el cronograma una reunión con el personal implicado de CCEE para minimizar los riesgos y filtrar la totalidad de los pacientes programados para CMA.

En lo que respecta a la muestra podría ser una limitación la pérdida de casos por diversos motivos como son la cancelación de la intervención quirúrgica, la negativa del participante a continuar la investigación... etc. Es una limitación inherente a cualquier estudio, no obstante, para evitarlo está previsto en el cálculo muestral y se ha ampliado un 15% la muestra total. Otra de las posibles limitaciones es el tiempo transcurrido entre la intervención enfermera y la intervención quirúrgica ya que por cuestiones de programación de los partes de quirófano o listas de espera entre otras causas no se puede determinar con exactitud y este tiempo es variable. No obstante el tiempo transcurrido entre la intervención diseñada y el día de la intervención se registrará y será tomado en cuenta como una variable a estudio.

En último lugar se contempla como una posible limitación el hecho de que la ansiedad y la satisfacción manifestada por los participantes podrían estar lejos de la ansiedad o la satisfacción sentida. Se considera que la diferencia entre ambas se reducirá dando información detallada sobre el estudio previa a la aceptación del participante en la investigación y en la cual se le informará de una manera detallada que no existirá vinculación entre la opinión manifestada al investigador con la asistencia sanitaria recibida y no tendrá menoscabo ninguno. Dicha información también le será recordada antes de administrar los cuestionarios.

13. Líneas futuras de investigación

En la actualidad se han desarrollado circuitos quirúrgicos rápidos o fast-track que permiten realizar intervenciones con una mínima estancia hospitalaria del usuario. Sin embargo, la mayor parte de estudios en pacientes quirúrgicos aportan datos sobre pacientes o cirugías que requieren hospitalización y no existe abundante literatura sobre estudios en UCMA o UCSI. Por tanto sería positivo obtener más información sobre las necesidades y demandas ajustadas al perfil de los usuarios CMA. La ampliación del estudio a múltiples centros así como a otras especialidades o modalidades de ingreso como las unidades de corta estancia podrán aportar datos y realizar un análisis más completo del impacto que supone la implantación de una consulta preoperatoria de enfermería en este tipo de cirugías programadas tan presentes en la actualidad. Los hallazgos de múltiples estudios tomados conjuntamente pueden contribuir a demostrar de forma significativa la relación entre la consulta de enfermería y el aumento de la calidad en la atención.

Por otra parte no existen estudios que afirmen cual es el momento idóneo para que enfermería realice una intervención durante el preoperatorio. Es por ello que se propone la investigación sobre ello que pueda esclarecer cuándo realizar la intervención enfermera aportaría mayores beneficios.

La satisfacción, el dolor y la ansiedad son términos con múltiples dimensiones en los cuales intervienen diferentes componentes personales, sociales, culturales y espirituales. Las futuras líneas de investigación podrían ir encaminadas a analizar el problema desde una vertiente cualitativa. La investigación cualitativa podrá dar una visión detallada que complementara e interpretara el panorama presentado en el presente proyecto.



14. Bibliografía

1. Ricart A, Pelegrí D, Iruela O, Estrada MD, Borbón MC. Criteris tècnics d'autorització administrativa dels centres assistencials en l'àmbit de la cirurgia ambulatoria i de les exploracions i proves diagnosticoterapèutiques. Barcelona; 2002.
2. Terol García E, Palanca Sánchez I. Manual de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: Estándares y recomendaciones. Informes estudios e investigación Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
3. Sierra E. Cirugía mayor ambulatoria y Cirugía de corta estancia. Expectativas, realidad actual y posibilidades. Med Clin (Barc). 1997;109:92-4.
4. Bueno Lledó JA. Evaluación de la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio. Validación de un sistema predictivo de selección de pacientes. Universitat de Valencia; 2008.
5. Moix Queraltó J. Emoción y cirugía. An Psicol. 1994;10(2):167-75.
6. Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. AORN J. AORN, Inc.; 2010;92(4):445-60.
7. Valenzuela Millán J, Barrera Serrano JR, Ornelas Aguirre JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir Cir. 2010;78(2):151-6.
8. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. Tarragona: Index de enfermería; 2013.
9. Del Alamo E, Perez G. Atención de Enfermería en Paciente Pre Operatorio e Intra Operatorio. Actuación Enfermería en el Bloque Quir. 2012;7(1):197, 208.
10. Cheng-Hua N, Wei-Her T, Liang-Ming L, Ching-Chiu K, Yi-Chung C. Minimising preoperative anxiety with music for day surgery patients. A randomised clinical trial. J Clin Nurs. 2011;21(11):620-5.
11. Canals Cadafalch M. La formació de la infermera quirúrgica a Catalunya. UAB; 2003.
12. Gilmartin J. Day surgery: Patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. J Clin Nurs. 2004;13(2):243-50.
13. Padilla Correa JM. Artículo de revisión: Estrés quirúrgico y anestesia. InvestMedicoquir. 2013;5(1):142-58.
14. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, Angustia Y Estrés: Tres Conceptos a Diferenciar. Rev Mal-Estar E Subjetividade / Fortaleza. 2003;3(1):10-59.
15. Megías Lizancos F, Serrano Parra MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. segunda ed. Difusión Avances de Enfermería (DAE) Grupo Paradigma, editor. Madrid; 2002.



16. Anguita Palacios MC, Talayero San-Miguel M, Herrero Cereceda S, Martín Cadenas M, Pardo Cuevas P, Gil Martínez A. Comportamientos de miedo y ansiedad prequirúrgicos e intensidad de dolor percibida tras una artroscopia de rodilla. *Enfermería Clínica*. Elsevier España, S.L.U.; 2016;(xx).
17. Ramos M., Cardoso M., VAz F, García F, Blanco G, González E. Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(3):133-7.
18. Baraza Saz A. Satisfacción del paciente de Cirugía Mayor Ambulatoria. Universidad de las Palmas de Gran Canaria; 2010.
19. Álvarez SL, Gutiérrez AL, García MZ. Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. 2012. 139 p.
20. Review AQS. Predictors_of_Postoperative_Pain_Analgesic.36.pdf. 2015;(3):657-77.
21. Gordillo F, Arana JM, Mestas L. Tratamiento de la Ansiedad en Pacientes Prequirúrgicos. *REV CLÍN MED FAM*. 2011;4(3):228-33.
22. De La Paz-Estrada C, Prego Beltrán C, Barzaga Hernández E. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. *Rev Mex Anesthesiol*. 2006;29(3):159-62.
23. Fernandez Lobato CR, Soria Aledo V, Jover Navalón JM, Calvo Vecino JM. National survey on patient ' s fears before a general. *Cirugía española*. 2015;3(93):643-50.
24. Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P, et al. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *Br J Anaesth*. 2009;103(2):199-205.
25. Mitchell M. Home recovery following day surgery: A patient perspective. *J Clin Nurs*. 2015;24(3-4):415-27.
26. Gallego Lozano E. Grado de ansiedad en los pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Universidad de Zaragoza; 2013.
27. Vargas Mora R, Herrera Sibaja C. Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en caso de cirugía mayor y su relación con la ansiedad [Internet]. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*. 2012 [citado 14 de febrero de 2016]. p. 1-11. Recuperado a partir de: www.revenf.ucr.ac.cr/inducci?n.pdf
28. Mitchell M. Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *J Adv Nurs*. 2012;68(5):1014-25.
29. Ivette A, Hernández H, Juan A, Bascope L, Antonio J, Sánchez G. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía . Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grup Ángeles*. 2016;14(1):6-11.
30. Bosch Olivella O, López Sancho, Lucila Mercedes Pérez Salguero C. Efecto del uso de dispositivos multimedia en relación a la ansiedad preoperatoria en enfermos interve-



nidos de colecistectomía laparoscópica programada en el Hospital del Mar durant. IL3. Universidad de Barcelona; 2012.

31. Calle MA, Carrillo PM. Ansiedad en el postoperatorio de CMA. Cirugía Mayor Ambulatoria. 2015;20(2):69-73.

32. Moreno Carrillo P, Calle Pla A. Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata . De la teoría a la práctica. Cirugía Mayor Ambulatoria. 2015;20(2):74-8.

33. Carapia Sadurni A, Mejía Terrazas GE, Nacif Gobera L, Hernández Ordóñez N. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. Rev Mex Anesthesiol. 2011;34(4):260-3.

34. Aparcero Bernet L, Núñez García A, Ramos Fernandez M, Zahino Rui ZG, Olcina Santoja R, Romero Sánchez M, et al. La visita entrevista prequirúrgica: Intervención de enfermera e instrumento para la calidad. Asoc Española Enfermería en Urol. 2003;88:9-13.

35. Gerrish K, Lacey A, Cormack D. Efecto de una visita enfermera, estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Ensayo Clínico Aleatorio. IDEA Investig en enfermería Hosp Univ Ramón y Cajal. 2009;24:44.

36. Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU, Inagaki MM, Ogawa NY, et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. REV HOSP CLÍN FAC MED S PAULO. 2004;59(2):51-6.

37. Martín Crespo MC, Caravantes MI, García JM, Gómez B. Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente Quirúrgico en el hospital comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real). Nure Investig. 2007;30:1-26.

38. Miguel Romeo MC, Sagardoy Muniesa L. Efectos del uso de un tríptico informativo en la reducción de la ansiedad y el dolor perioperatorios en pacientes intervenidos de patología. Enfermería Clínica Clínica. Elsevier España, S.L.; 2014;24(4):233-40.

39. Ortiz J, Wang S, Elayda MA, Tolpin DA. Informaçao pré-operatória ao paciente: Podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade? Rev Bras Anesthesiol. 2015;65(1):7-13.

40. Brand LR, Munroe DJ, Gavin J. The Effect of Hand Massage on Preoperative Anxiety in Ambulatory Surgery Patients. AORN J. 2013;97(6):708-17.

41. Dileo C, Bradt J. Intervenciones con música para la ansiedad preoperatoria (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1).

42. Diez-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.

43. Moix Queraltó J. Evaluación de la ansiedad en la antesala del quirófano. Med Clin (Barc). 1997;4(108).



44. Núñez García, Adolfo; Ramos Fernández, Manuela, Aparcero Bernet L et allers. [Valoración de un programa estandarizado de visita preoperatoria de enfermería]. *EnfermAnest.* 2006;14:12-6.
45. Vila-blanco JM. Desarrollo e implantación de la CMA en España : evolución en los hospitales del INSALUD. *Cirugía española.* 2004;76(3):177-83.
46. Vergara F, Freitas A, Gispert R, Coll JJ, Saltó E, Trilla A. Evolución de la cirugía mayor ambulatoria en Cataluña. *Gac Sanit.* 2015;29(6):451-3.
47. García Aguado R, Moro B, MartínezPons V, Viñoles J, Hernández H. El camino hacia la normalización de la anestesia ambulatoria. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2003;50(9):433-8.
48. García-Blanch de Benito G. Estudio del programa de cirugía mayor ambulatoria en un servicio de cirugía general y aparato digestivo. Universidad Autónoma de Madrid Facultad; 2013.
49. Sánchez MV. La consulta prequirúrgica enfermera en cirugía ambulatoria : un elemento clave para garantizar la seguridad del paciente. *Cirugía Mayor Ambulatoria.* 2015;20(4):177-9.
50. Davis J. D. *Surg Clin North AM.* 1987;67:721.
51. Aldrete Y, Kroulik D. A posoperative recovery score. *Anesth Analg.* 1970;49:924-34.
52. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc).* 2000;114(Supl 3):26-33.
53. Fortacín B, Fortuño CL, Español M, Imbernó C, Prunera GM, Vázquez N. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad , el dolor y el bienestar. *Enfermería Glob.* 2015;29-40.
54. Chirveches E, Arnau A, Soley M, Rosell F, Clotet G, Roura P, et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enferm Clin.* 2006;16(1):3-10.
55. Robledo A., Casielles M., Fernández E., Prado C., García I. FM et all. 2008. Consulta de Enfermería Quirúrgica [Internet]. Hospital del Oriente. Asturias.; 2008 [citado 5 de mayo de 2016]. p. 201-15. Recuperado a partir de: <http://www.hospitaldeloriente.es/new/contenido/internet/ciudadania/guias/cuidadosPerioperatoriosHOA.pdf>
56. Vargas DB, Messa AF, Tugas EI, Bergua MS, Ma M, Sope MMN. Evaluación preoperatoria « on line » frente a evaluación presencial : optimización de recursos. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2016;59(7):350-6.
57. Pons Mackeprang A, de Juan Sánchez S, Garcías Fullana JM. Consulta de preanestesia: importancia de la enfermera en esta área. *Enfermería Clínica.* 2001;11(03):124-31.
58. Pueyo Borobia C. ¿Cree que tiene la suficiente información como para entrar a un quirófano a ser Intervenido quirúrgicamente de cáncer de mama? 2012;



- 59.** de Castro Rodriguez T. Ansiedad en el paciente prequirúrgico y visita prequirúrgica: Programa de enfermería para la disminución de los niveles de ansiedad. Universidad de Valladolid; 2013.
- 60.** Gálvez Toro A, Bonill de la Nieves C, Torres Luzón C, Rodríguez Bailón M, Ayudarte Larios ML. Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias. Evidencia 2006 mar-abr; 3(8). En: <http://www.index-f.com/evidencia/n8/213articulo.php> [ISS].
- 61.** Peix Sagués MT, Castro Pérez A. Competencias y funciones de la enfermería de anestesia, reanimación Y terapia del dolor (Eartd). Asociación española de enfermería de anestesia reanimación y terapia del dolor. aseedar-td, editor. Cataluña; 32 p.
- 62.** Canet J, Gomar C, Castro a, Montero a. Encuesta sobre las funciones de enfermería en Anestesiología , Reanimación y Tratamiento del Dolor en Cataluña . Análisis de la situación actual. 2006;337-45.
- 63.** Clínica Terres de l'Ebre [Internet]. [citado 25 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.clinicaterresebre.cat/index.php/presentacio>
- 64.** Bertomeu D, Ferrer A, Pla L. Pla Funcional de l'Àrea quirúrgica de la Clínica Terres de l'Ebre. Tortosa; 2013. p. 23.
- 65.** Granmo [Internet]. [citado 28 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>
- 66.** Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Adaptación Española: Buela-Casal G, Guillen-Riquelme A, Seisedos Cubero N. Manual STAI.Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo. Octava Edi. TEA ediciones, editor. Madrid; 2011. 40 p.
- 67.** García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Carmen Rodríguez Torres M Del, Rodríguez Torres MÁ, Alcázar Iglesias M, Pereira Becerra F. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. Enfermería Clínica. 2001;11(4):146-54.
- 68.** Burón FD, Vidal JMM, Escudero PMB, Armenteros AM. Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio. 2011;279-82.
- 69.** Downie WW, Leatham P a, Rhind VM, Wright V, Branco J a, Anderson J a. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis. 1978;37(4):378-81.



15. Aportaciones derivadas del TFM

El proyecto ha sido presentado en la sesión formativa de la
Clínica Terres de l'Ebre el día 10 de Junio de 2016.



16. Anexos

Anexo 1: Procedimientos sujetos a ser CMA/ CSI en la Clínica Terres de l'Ebre:

- Herniorrafia y/o hernioplastia inguinal
- Exeresis quiste pilonidal
- Procedimientos quirúrgicos anales
- Artroscopia
- Brandes, cirugía Hallux Valgus
- Cirugía de liberación canal carpiano
- Cirugía de catarata
- Circuncisión
- Procedimientos de piel y subcutáneo de la mama
- Colecistectomía laparoscópica
- Dupuytren
- Intervenciones de tejido blando de la mano y del pie
- Procedimientos quirúrgicos articulares
- Retirada de material de osteosíntesis
- Varicocelelectomía
- Hidrocelelectomía
- Exéresis quiste epidídimo
- Ligadura de trompas laparoscópica
- Dilatación, raspado y conización del cuello uterino
- Procedimientos de cuello uterino, vagina y vulva
- Miringotomía
- Procedimientos de cavidad oral
- Varicelectomía



Anexo 2: Cuestionario Ad-hoc para variables sociodemográficas y clínicas

Formulario para el paciente:

Sexo:

Hombre

Mujer

¿Cuántos años tiene?:

¿Cuál es su profesión?:

Nivel de estudios:

¿Tiene personas a su cargo?: Sí No

¿Sabe de qué le operan?: Sí No

¿Sabe que anestesia recibirá? Sí No

¿Ha estado antes en algún quirófano?:

No

Sí

¿Se quedó a dormir en el hospital aquella noche o se fue a su domicilio?

Sí, pasé la primera noche en el hospital.

No, pasé la primera noche en domicilio.

¿Cree que ha recibido información suficiente sobre la intervención a la que se somete,
la anestesia y el proceso de CMA?



Anexo 3: Cuestionario ad-hoc para el registro de dolor y acontecimientos adversos

A rellenar por la enfermera durante el posoperatorio:

Tipo de intervención quirúrgica:

ASA:

Tipo de anestesia:

Hora de alta al domicilio:

EVN al alta:

Analgesia pautaada durante el postoperatorio en el domicilio:

Acontecimientos adversos:

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Cancelación de procedimiento | Motivo: |
| <input type="checkbox"/> Reintervención no planificada | Motivo: |
| <input type="checkbox"/> Pernocta no planificada | Motivo: |
| <input type="checkbox"/> Consulta urgente | Motivo: |
| <input type="checkbox"/> Reingresos hospitalarios | Motivo: |

Observaciones:

Enfermera:

Fecha y hora:



Anexo 4: Hoja de control telefónico 24 horas después de la CMA en la Clínica Terres de l'Ebre.



Número De teléfono_____

CONTROL TELEFÓNICO 24 HORAS

Fecha de la intervención:_____ Horario: Mañana Tarde

Tipo intervención:_____

Fecha de la llamada:_____ Hora:_____ Atiende paciente
 Atiende familiar/a o otra persona
 No se localiza al paciente

CUESTIONARIO TELEFÓNICO 24 HORAS:

Dolor: (0-10)_____

Analgesia prescrita: : (suficiente/ insuficiente):_____

Herida quirúrgica: (bien / inflamada / sangrado / supuración)_____

Mareo: si no Vómitos: si no

Cefalea: si no Fiebre: si no

¿Ha precisado llamar antes de la cita? si no

¿Hubiera preferido pasar la noche en el hospital? si no

Grado de satisfacción: Muy malo

Malo

Regular

Bueno

Muy bueno

Observaciones:

Tuvo que acudir urgentemente a algún servicio sanitario en las horas posteriores a su
intervención quirúrgica? Si contesta que si: ¿Dónde acudió? ¿Cuál fue el motivo?

Enfermera:_____

Núm. Colegiada:_____

Anexo 5: Cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria SUCMA14 (67).

1- A su juicio, la información que recibió antes de la operación fue:

- Muy buena
- Buena
- Mala
- Muy mala

2- El trato recibido por parte del personal que le atendió en el hospital lo consideró:

- Muy bueno
- Bueno
- Malo
- Muy malo

3- ¿Cómo considera las instalaciones (quirófanos, habitaciones, etc.) del hospital donde fue intervenido?

- Muy buenas
- Buenas
- Malas
- Muy malas

4- En general, ¿quedó satisfecho con su estancia en el hospital?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Poco satisfecho
- Nada satisfecho

5- Si tuviera que aconsejar a un familiar o conocido el hospital donde se operó, lo calificaría como:

- Muy bueno
- Bueno
- Malo
- Muy malo

6- Respecto a la capacidad del personal que le atendió, ¿cómo lo considera?

- Muy competente
- Competente
- Poco competente
- Nada competente

7- Si tuviera que volver a operarse en algún momento de su vida, ¿preferiría que fuera de esta forma, siendo dado de alta a su domicilio en el mismo día tras la operación?

- Es muy probable
- Es probable
- Es poco probable
- Es nada probable

8- Si tuviera que recomendar a algún familiar o amigo esta forma de operación quirúrgica, marchándose a su casa en el mismo día, ¿cómo lo calificaría?

- Muy recomendable
- Recomendable
- Poco recomendable
- Nada recomendable

9- El tiempo total que pasó en el hospital, es decir, desde que ingresó para la operación hasta que se fue a su domicilio, lo considera:

- Demasiado largo
- Adecuado
- Algo insuficiente
- Muy insuficiente

Anexo 5: Cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria SUCMA14 (27).

10- Tras la intervención quirúrgica, ¿sufrió dolor?

- Ninguno
- Escaso dolor
- Sí tuve dolores
- Tuve dolores fuertes

11- La información que recibió al irse de alta la considera:

- Muy buena
- Buena
- Mala
- Muy mala

12- ¿Sintió miedo o preocupación por el hecho de estar tras la intervención fuera del hospital? No estuvo preocupado

- Algo preocupado
- Sí estuvo preocupado
- Estuvo muy preocupado

13- Considera que la cicatrización de la herida quirúrgica ha sido:

- Muy buena
- Buena
- Mala
- Muy mala

14- La atención que ha recibido tras la operación de los profesionales sanitarios de fuera del hospital (ambulatorio o centro de salud) la valora como:

- Muy buena
- Buena
- Mala
- Muy mala

¿En general, la atención que ha recibido en la UCMA ha sido?*

- Muy buena.
- Buena.
- Regular.
- Mala.
- Muy mala.
- No sabe/No Contesta.

***Pregunta añadida al cuestionario SUCMA 14 para valorar la satisfacción según recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en España (2**



Anexo 6: Hoja 1 de registro de la consulta preoperatoria de enfermería.

DATOS	Nº IDENTIFICADOR DEL PACIENTE:
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROPUESTA: _____	<input type="text"/>
FECHA INTERVENCIÓN _____	<input type="checkbox"/> PENDIENTE FECHA INTERVENCIÓN
TELÉFONO 1 _____ TELÉFONO 2 _____	(Disponible durante su convalecencia)
ALERGIAS _____ EDAD _____ SEXO _____ PESO _____ TALLA _____	
¿Ha tenido alguna enfermedad importante? _____	
¿Ha tenido trastornos cardíacos o respiratorios? _____	
¿Ha tenido trastornos de la T.A.? _____	¿Es diabético? _____
¿Tiene posibilidad de estar embarazada? _____	
¿Le han operado en alguna ocasión? ¿Tuvo algún problema? _____	
¿Se fue a su domicilio el mismo día de la intervención? _____	
ENTORNO SOCIOFAMILIAR:	
ESTADO CIVIL: _____	PROFESIÓN ACTUAL: _____
TIPO DE VIVIENDA _____	BARRERAS ARQUITECTÓNICAS <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ _____
DISTANCIA KM AL HOSPITAL: _____	ANIMALES EN EL DOMICILIO: _____
DISPONE DE FAMILIAR/ ACOMPAÑANTE ADULTO QUE LO LLEVE AL DOMICILIO, LO ACOMPAÑE Y QUE SE RESPONSABILICE DE USTED LAS PRIMERAS 24 HORAS: <input type="checkbox"/> SÍ _____ <input type="checkbox"/> NO _____	
ACTITUD	
NIVEL DE ENTENDIMIENTO:	<input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> BAJO <input type="checkbox"/> BARRERA IDIOMÁTICA
NIVEL DE COLABORACIÓN:	<input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> BAJO
GRADO ANSIEDAD:	<input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> BAJO
Qué es lo que le preocupa más: <input type="checkbox"/> Complicaciones <input type="checkbox"/> Pronóstico <input type="checkbox"/> Secuelas <input type="checkbox"/> Dolor/técnicas <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otros _____	
¿Prevé algún problema para irse a su casa en la fecha prevista del alta? _____	

<input type="checkbox"/> APTO PARA CMA <input type="checkbox"/> SE EXCLUYE CMA POR: _____	
OBSERVACIONES: _____	
ENFERMERO/A: _____	Nº COLEGIADO/A: _____



Anexo 7: Hoja 2 de registro de la consulta preoperatoria de enfermería.

FECHA: ____ / ____ / ____	Nº IDENTIFICADOR DEL PACIENTE:
CONSULTA PREANESTESIA <input type="checkbox"/> SÍ e <input type="checkbox"/> NO	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div>
CONSULTA CIRUJANO/A <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
PRUEBAS PREOPERATORIAS REALIZADAS	
<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> ANALÍTICA <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> BIOMETRÍA <input type="checkbox"/> OTROS_____	
PREMEDICACIÓN	
DADA PREMEDICACIÓN ANESTÉSICA EN CASA: _____	
HA DE DEJAR DE TOMAR ALGUNA MEDICACIÓN: _____	
RECOMENDACIONES GENERALES	
Hábitos tóxicos: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, ¿CUAL? _____ <input type="checkbox"/> DADAS RECOMENDACIONES	
■ Ayunas sólidos y líquidos desde las 24 horas del día anterior si es intervenido por la mañana	
■ Ayunas sólidos y líquidos desde las 9 horas del día de la intervención quirúrgica si es intervenido por la tarde.	
■ Toma de medicación habitual: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
■ Tomar medicación preoperatoria antes de ir a dormir la noche anterior (si está prescrita)	
■ Ducharse con clorhexidina jabonosa	
■ Rasurar la zona a intervenir si precisa	
■ Llevar ropa cómoda, no llevar esmalte de uñas, ni maquillaje ni joyas	
■ Llevar bolsa con bata y zapato cómodo y cerrado	
■ Acompañado de un familiar/ adulto responsable de su cuidado y del retorno al domicilio ya que no podrá conducir.	
■ Si precisa zapato especial Hallux Valgus, muletas...	
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DE SU INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:	
<input type="checkbox"/> EXPLICACIÓN ORAL DEL CIRCUITO DE CMA	
<input type="checkbox"/> RECOMENDACIONES ORALES SOBRE CUIDADOS DURANTE EL PREOPERATORIO Y EL POSTOPERATORIO	
<input type="checkbox"/> ENTREGA DE TRÍPTICOS INFORMATIVOS CON RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	
¿Tiene alguna duda o comentario?_____	

¿Cree que hay alguna cuestión que el equipo de quirófano deba saber?_____	

OBSERVACIONES: _____	
FIRMA PACIENTE: _____	FIRMA ENFERMERO/A: _____



Anexo 8: Hoja de información al participante.

Título: Valoración intervención enfermera consulta preoperatoria dirigida a pacientes intervenidos Cirugía Mayor Ambulatoria sobre niveles de estrés y niveles de satisfacción

Investigador Principal: Raquel Criado Personat
Contacto: raquelestela.criado@gmail.com

Le informamos que se está realizando un estudio sobre valoración de una intervención enfermera en la consulta preoperatoria dirigida a pacientes intervenidos Cirugía Mayor Ambulatoria sobre niveles de estrés y grado de satisfacción al que le invitamos a participar.

A continuación hemos elaborado la siguiente hoja informativa para explicarle en que consiste el estudio y su participación si así lo desea. Además le facilitamos un contacto para que pueda hacernos las preguntas que usted crea convenientes.

Recordarle que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello exista ningún perjuicio para usted. Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

Se garantiza que durante todo el proceso de investigación y hasta que ésta culmine el cumplimiento de los principios básicos para la realización de investigación con seres humanos reflejados en la Declaración de Helsinki y en el Convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina así como se garantiza que en todo momento se acatará la ley orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal.

Para asegurar el cumplimiento de la confidencialidad de los datos obtenidos de la investigación el nombre y apellidos no figurarán en ninguna base de datos ya que los datos serán codificados.

Su participación en el estudio requerirá que se le realicen una visita de enfermería durante el preoperatorio y se le realicen 3 cuestionarios que usted mismo contestará en pocos minutos. Se realizarán antes de la intervención quirúrgica que le han programado y después de la misma antes de que regrese al domicilio con la finalidad de obtener información sobre su estado de ansiedad y su satisfacción tras la intervención. Unos días después recibirá una carta con un cuestionario para que usted evalúe como ha sido la experiencia de su paso por quirófano.

La finalidad de esta investigación es aportar conocimiento acerca de la calidad de los cuidados enfermeros. No obstante aunque es posible que usted no obtenga ningún beneficio directo para su salud por participar en este estudio, esperamos que los resultados nos orienten hacia una mejora en los cuidados de los pacientes durante todo el proceso quirúrgico.

Al participar en este estudio usted únicamente va estar sometido a preguntas que se le realizarán en los cuestionarios y por ello, se calcula muy baja la posibilidad de causarle algún perjuicio. No obstante, si se generara daño alguno de carácter psicológico, el equipo investigador se compromete a otorgar asistencia psicológica.



Anexo 9: Documento de consentimiento informado para la participación en el estudio

Documento de consentimiento informado:

Yo (Nombre y apellidos).....

He leído la hoja informativa de la investigación, he sido correctamente informado de manera oral y escrita y doy mi consentimiento al equipo de investigación para participar en su investigación: Valoración intervención enfermera consulta preoperatoria dirigida a pacientes intervenidos Cirugía Mayor Ambulatoria sobre niveles de estrés y niveles de satisfacción.

El equipo de investigación me ha garantizado que mi participación en la investigación será únicamente la que me han explicado de manera oral y escrita en anexo 1.

Consiento que la información proporcionada por mi sea utilizada para dicha investigación pero sin que aparezca mi nombre y solo con motivos de investigación. El equipo de investigación a quien otorgo mi consentimiento mantendrá la confidencialidad respecto a mi identidad y también me ha garantizado que los datos serán utilizados para la finalidad descrita y no otra.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio de manera voluntaria y sé que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin dar explicaciones y sin perjuicio ninguno hacia mí.

Asimismo puedo solicitar que se me informe de los resultados de la investigación una vez culminada.

Fecha y firma

Tortosa, de del 20