

Efecto de la información en la ansiedad prequirúrgica

Álvaro Romero Ajenjo

Enfermero

III Premios de Investigación CODEM 2019. Cuarto premio

Cómo citar este artículo: Romero Ajenjo, Á., Efecto de la información en la ansiedad prequirúrgica. Conocimiento Enfermero 10 (2020): 30-50.

RESUMEN

Introducción. La ansiedad preoperatoria es un estado emocional desagradable que experimentan los pacientes que están esperando a ser intervenidos quirúrgicamente a consecuencia del inminente procedimiento. Su presencia tiene importantes consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas. Existen tratamientos que son eficaces para reducirla. La reducción de los niveles de ansiedad preoperatoria está relacionada con una mejor recuperación postoperatoria, logrando una mayor satisfacción global del paciente, menor dolor y náuseas y vómitos postoperatorios, un menor consumo de ansiolíticos y sedantes, incluso una estancia hospitalaria más corta. Las intervenciones informativas y educativas llevadas a cabo por enfermeras son prometedoras para reducir los niveles de ansiedad preoperatoria, y deben incluirse en la práctica clínica habitual.

Hipótesis. La información proporcionada a paciente y acompañantes antes de una intervención quirúrgica disminuye los niveles de ansiedad preoperatoria en el paciente.

Metodología. Se trata de un estudio unicéntrico, analítico, longitudinal, cuasiexperimental con grupo control no concurrente, no aleatorizado, comparando los niveles de ansiedad con una intervención informativa estructurada (grupo experimental) con la práctica clínica habitual (grupo control).

Conclusiones. Existe una relación entre la información recibida por los pacientes y su nivel de ansiedad. Los pacientes que reciben la información presentan menores niveles de ansiedad.

Palabras clave: cuidados preoperatorios; educación; estudios de evaluación; enfermería de quirófano; procedimientos quirúrgicos operativos.

Effect of information on preoperative anxiety

ABSTRACT

Introduction. Preoperative anxiety is an unpleasant emotional state experienced by patients who are waiting to be operated on as a result of the imminent procedure. Its presence has important psychological, physiological and clinical consequences. There are effective treatments to reduce it. The reduction of the levels of preoperative anxiety is related to a better postoperative recovery, achieving greater overall patient satisfaction, less pain and postoperative nausea and vomiting, a lower consumption of anxiolytics and sedatives, even a shorter hospital stay. Informative and educational interventions carried out by nurses are promising to reduce levels of preoperative anxiety, and should be included in usual clinical practice.

Hypothesis. The information provided to patients and companions before a surgical intervention reduces the levels of preoperative anxiety in the patient.

Methodology. This is a unicentric, analytical, longitudinal, quasiexperimental study with a non concurrent, non randomized control group, comparing levels of anxiety with a structured informative intervention (experimental group) with usual clinical practice (control group).

Conclusions. There is a relationship between the information received by patients and their level of anxiety. Patients who receive the information present lower levels of anxiety.

Keywords: preoperative care; education; evaluation studies; operating room nursing; surgical procedures operative.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/136>

Introducción

Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional desagradable que consiste en cambios afectivos, emocionales o conductuales ante una amenaza o peligro inminente [1, 2].

Se debe establecer la distinción entre ansiedad como estado y ansiedad como rasgo.

Estado de ansiedad es la emoción temporal y desagradable relacionada con la anticipación de una potencial amenaza; mientras que la ansiedad como rasgo es la susceptibilidad de un individuo por sentir ansiedad.

Es un patrón de comportamiento que se describe como un mecanismo adaptativo de anticipación para la toma de decisiones. Esta ansiedad es patológica cuando se presenta de manera excesiva y hace difícil prepararse para acontecimientos futuros [1].

Ansiedad prequirúrgica

La ansiedad preoperatoria es un estado emocional desagradable que experimentan los pacientes que están esperando a ser intervenidos quirúrgicamente a consecuencia del inminente procedimiento [3]. Es comúnmente exhibida por este tipo de pacientes y consiste en cambios cognitivos y conductuales expresados como nerviosismo o preocupación.

Comienza en el momento en el que se comunica al paciente la necesidad de la intervención y alcanza su punto más alto en el momento previo de la entrada a quirófano [3-5].

Los principales componentes son el miedo al proceso quirúrgico, miedo a las complicaciones operatorias, preocupación por el postoperatorio y temor a la recuperación [5].

Factores predisponentes

Existen ciertos factores de riesgo para unos niveles más altos de ansiedad como antecedentes de enfermedad psiquiátrica, incertidumbre sobre los resultados, pérdida de independencia, pérdida de privacidad, miedo a la recuperación o muerte, consumo de alcohol, tabaquismo o sexo femenino [4,6].

Que la cirugía se desarrolle en régimen hospitalario o ambulatorio, o la especialidad quirúrgica parece no influir [4,7].

Un nivel alto de estudios y un escaso apoyo social también pueden estar relacionados con un mayor riesgo de tener ansiedad preoperatoria [7].

Los pacientes que han sido intervenidos con anterioridad pueden presentar niveles más bajos de ansiedad, esto puede estar relacionado con una menor incertidumbre [7].

Consecuencias

Además de ser una emoción desagradable para el paciente con efectos psicológicos, la ansiedad preoperatoria tiene unas consecuencias fisiológicas, que se manifiestan como taquicardia, hipertensión o sudoración [4].

Valorar la ansiedad antes de entrar a quirófano puede hacernos comprender mejor los cambios hemodinámicos del paciente ya que está considerado como predictor para padecer hipertensión intraoperatoria [8, 9].

Igualmente tiene consecuencias clínicas, la ansiedad preoperatoria aumenta el riesgo de mortalidad y morbilidad postoperatoria 10 y se ha descrito como el predictor más común de dolor postoperatorio, directamente correlacionado con la intensidad del mismo. En ocasiones, el dolor postoperatorio, cuando es muy intenso, puede llegar a convertirse en dolor crónico y por ello es importante actuar frente a los factores de riesgo del dolor como es la ansiedad prequirúrgica.

También se ha relacionado con el aumento de las náuseas y vómitos postoperatorios y estancias hospitalarias más largas [3,4,11-14].

Además, los pacientes con mayores niveles de ansiedad necesitan mayores dosis de anestesia y analgésicos, con el riesgo que esto conlleva [1,15,16].

Activa sistemas metabólicos y hormonales, pudiendo, incluso, activar el sistema simpático-adrenérgico con el consiguiente aumento de secreciones, acidez gástrica, aumento de la motilidad e incremento de los niveles de catecolaminas. Esto puede causar efectos adversos durante la anestesia y la cirugía [8].

La ansiedad prequirúrgica puede elevar los niveles de cortisol, lo que se asocia un mayor tiempo de cicatrización, disminución de la respuesta in-

mune, aumento la tasa de infección y el riesgo de delirio postoperatorio [17].

También condiciona la atención que podemos ofrecer a los pacientes. Los pacientes pueden volverse exigentes y agresivos, pudiendo llegar a hacer muy difícil la comunicación y dificultando la realización de cuidados y técnicas necesarias. Además, afecta negativamente a los niveles de satisfacción global [4].

Instrumentos de medida

Es necesario tener en cuenta la ansiedad prequirúrgica en la práctica clínica para poder actuar en consecuencia. Debemos ser capaces de determinar la existencia de ansiedad en los pacientes y poder cuantificarla [4,15].

Existen medidores fisiológicos que se correlacionan con la existencia de ansiedad, como la medición de signos vitales como tensión arterial, frecuencia cardíaca o respiratoria.

La medición de los niveles séricos de cortisol también se ha usado para monitorizar la ansiedad [3].

La mayoría de la literatura usa escalas debido a su fácil manejo e implementación y su reducido coste económico.

Entre las escalas más usadas destacan la escala de ansiedad de Goldberg; la escala de Ansiedad Spielberg Estado-Rasgo; prueba de ansiedad, depresión y estrés; escala de Ansiedad hospitalaria; escala visual analógica de ansiedad [6].

Aunque estas escalas son ampliamente usadas para medir la ansiedad, no han sido validadas en pacientes prequirúrgicos y no son específicas para la ansiedad preoperatoria [4].

Escala de ansiedad preoperatoria y necesidad de información de Ámsterdam (APAIS) (Anexo 1)

Se trata de una escala que evalúa de forma específica la ansiedad preoperatoria [18].

La escala fue desarrollada en 1996 por la Universidad de Ámsterdam y recientemente se ha publicado una adaptación cultural y validación para la población española por investigadores de la Universidad de Málaga, en colaboración con la Agencia Sanitaria Costa del Sol [19].

Aunque la escala original diferencia por un

lado la ansiedad preoperatoria y por otro el requerimiento de información, en la adaptación cultural al español las necesidades de información y ansiedad se integraron en un mismo factor [18,19].

La escala original fue validada frente la escala de ansiedad de Spielberg Estado-Rasgo como Gold Standard, y la adaptación fue validada frente a la escala de Goldberg, mostrando una alta consistencia interna y una buena correlación.

Se trata de un cuestionario autoinformado tipo Likert con un total de 6 ítems que se puntúan de 1 a 5, pudiendo obtener la suma de todos ellos valores que van desde 6 hasta 30 puntos.

Los investigadores españoles establecieron el punto de corte para considerar la existencia de ansiedad en 14 puntos [19].

La versión en español de APAIS es una herramienta de medición de ansiedad preoperatoria válida, confiable y muy adecuada, ya que su corta extensión hace su uso interfiera mínimamente en la práctica clínica diaria [20,21].

Intervenciones

Desde la enfermería existe un interés creciente por actuar ante la ansiedad prequirúrgica y se ha demostrado que diversos tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos son eficaces a la hora de reducir la ansiedad [7,21].

Entre medidas farmacológicas encontramos que la administración de benzodiazepinas, como diazepam, midazolam o lorazepam [22], u otros fármacos como la gabapentina [23], se hace de manera muy extendida para tratar la ansiedad prequirúrgica.

Estos tratamientos, aunque eficaces contra la ansiedad, causan amnesia, somnolencia, pérdida de control, deterioro cognitivo y un aumento del tiempo hasta la extubación, lo que en algunos casos puede ser perjudicial y afecta a la seguridad del paciente [21,24]. Además, la administración de medicación no mejora la satisfacción global del paciente. En definitiva, las medidas farmacológicas estarían indicadas en los casos de ansiedad más extremos, pero no de manera rutinaria [24].

Dentro de las medidas no farmacológicas, intervenciones educativas o de información se han descrito como medidas muy eficaces a la hora de reducir esta ansiedad y son bien aceptadas por los pacientes [25].

La información y educación prequirúrgica que es llevada a cabo por enfermeras ya está instaurada en muchos hospitales de distintas formas [11,26].

La entrevista prequirúrgica de enfermería es una intervención bastante común, aunque con resultados poco claros cuando se hace de manera sistemática. En cualquier caso, recomendable para valorar la ansiedad del paciente, mejorar su satisfacción global y prevenir complicaciones perioperatorias [26].

La retención de información verbal que se da en la consulta de anestesia es baja, el apoyo de esta información con material impreso se ha descrito como una medida eficaz y eficiente.

Los métodos audiovisuales parecen ser una medida eficiente para dar información y rebajar la ansiedad prequirúrgica y cada vez son más usados [12].

Es importante tener en cuenta la relación entre información y la ansiedad. La mayoría de los pacientes tienen una actitud positiva hacia la información, aliviando sus niveles de ansiedad, pero para las personas que no desean la información puede aumentarlos [12]. Por ello lo ideal sería personalizar la información suministrada a cada paciente [27].

Otras intervenciones son realizadas sobre los espacios de espera de manera que el paciente está expuesto a ellas de manera pasiva. Intervenciones con el uso de música o un mobiliario más amable se han demostrado eficaces [6].

Justificación

La ansiedad preoperatoria es una emoción desagradable que afecta a muchos de los pacientes que esperan cirugía. Existen tratamientos que son eficaces para reducirla.

Una detección temprana de los pacientes que sufren niveles altos de ansiedad preoperatoria permite actuar en consecuencia y reducir los posibles efectos adversos [16].

La reducción de los niveles de ansiedad preoperatoria está relacionada con una mejor recuperación postoperatoria, logrando una mayor satisfacción global del paciente, menor dolor, náuseas y vómitos postoperatorios, un menor consumo de ansiolíticos y sedantes, incluso una estancia hospitalaria más corta [12,19].

Las intervenciones informativas y educativas llevadas a cabo por enfermeras son prometedoras para reducir los niveles de ansiedad preoperatoria y deben incluirse en la práctica clínica habitual [8,28,29].

La calidad de la evidencia que existe sobre este tipo de tratamiento es baja y aunque prometedoras no se puede asegurar con certeza cuál es el modo más adecuado para llevarlas a cabo [11,12].

Sin embargo, el riesgo de esta preparación es prácticamente nulo, por lo que es adecuado realizar investigaciones de calidad más específicas sobre qué técnicas son beneficiosas para reducir esta ansiedad, mejorar la recuperación de los pacientes y reducir el riesgo de eventos adversos [12,30].

El presente trabajo desarrolla un estudio sobre una intervención informativa en el área quirúrgica del Hospital Universitario del Sureste y pretende servir como herramienta para comprender mejor las características de su población, los factores de riesgo para desarrollar ansiedad preoperatoria y la eficacia de la intervención.

Si la intervención resulta eficaz para reducir la ansiedad en los pacientes podría implementarse en la práctica clínica habitual del hospital.

Objetivos

Objetivo principal:

Establecer la relación entre la información a pacientes y acompañantes antes de la cirugía y los niveles de ansiedad preoperatoria en el paciente quirúrgico.

Objetivos secundarios:

- Conocer el valor de la ansiedad prequirúrgica de los pacientes prequirúrgicos del Hospital Universitario del Sureste.
- Identificar la incidencia de pacientes que tienen ansiedad prequirúrgica.
- Cuantificar la respuesta a la intervención.
- Evaluar la relación de los factores influyentes en la ansiedad prequirúrgica.

Hipótesis

La información proporcionada a paciente y acompañantes antes de una intervención quirúrgica dis-

minuye los niveles de ansiedad preoperatoria en el paciente.

Material y método

Diseño

Se trata de un estudio unicéntrico, analítico, longitudinal, cuasi-experimental con grupo control no concurrente, no aleatorizado, comparando los niveles de ansiedad con una intervención informativa estructurada (grupo experimental) con la práctica clínica habitual (grupo control).

Ámbito

El estudio se realizó en el bloque quirúrgico del Hospital Universitario del Sureste. Se trata de un hospital de la red pública de la Comunidad de Madrid que presta asistencia sanitaria especializada en torno a 200.000 madrileños.

El bloque quirúrgico cuenta con 5 quirófanos de las especialidades: cirugía general, traumatología y ortopedia, otorrinolaringología, obstetricia y ginecología, urología, oftalmología, cardiología y dermatología.

En 2015 se realizaron un total de 1.353 cirugías con hospitalización y 4.334 en régimen ambulatorio.

El equipo de enfermería cuenta con 44 titulados en enfermería y 24 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Población

La población a estudio está constituida por los pacientes que fueron intervenidos en el bloque quirúrgico del Hospital Universitario del Sureste entre el 23 de abril y el 1 de junio de 2018.

Criterios de inclusión:

- Pacientes programados para ser intervenidos quirúrgicamente en el bloque quirúrgico del Hospital Universitario del Sureste.
- Pacientes que ingresen el mismo día de la cirugía procedentes de su domicilio y pasen por el servicio de admisión.
- Mayores de 18 años.
- Capacidad de comunicación.

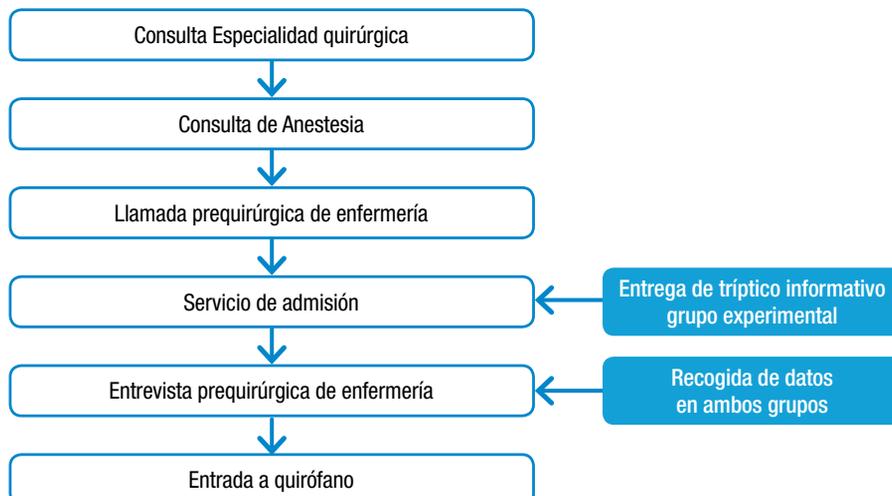
Criterios de exclusión:

- Pacientes con antecedentes psiquiátricos o deterioro cognitivo.
- Incapacidad para la realización de la escala utilizada.
- Pacientes intervenidos de urgencias.
- Pacientes ingresados.

Intervención (Figura 1)

Entre los días 23 de abril de 2018 y 11 de mayo de 2018 se llevó el estudio con el grupo control, y en el periodo comprendido desde el día 14 de mayo de 2018 hasta el día 1 de junio de 2018 con el grupo experimental.

Figura 1. Diagrama intervención.



Grupo control

Llevó a cabo la rutina establecida en la práctica clínica habitual. Los pacientes son informados en la consulta de la especialidad quirúrgica correspondiente además de en la consulta de preanestesia y a través de una llamada telefónica por parte de enfermería el día anterior a la intervención.

El día de la cirugía, pasan por admisión, donde se identifican.

Ya en el área quirúrgica, en el momento anterior a la entrada a la sala de preanestesia, se lleva a cabo una entrevista estructurada, por parte de enfermería, donde se comprueba el estado y la correcta preparación del paciente y se responde a las dudas que puedan surgir en relación con el acto quirúrgico. Durante esta entrevista se llevará a cabo la recogida de datos.

Grupo experimental

Además de la rutina establecida en la práctica clínica habitual, se le entregará a su llegada al servicio de admisión del hospital un tríptico informativo (Anexo 2), especialmente diseñado para la investigación, con información de los cuidados perioratorios que recibirá.

Variables

Como variable dependiente o de resultados se definió el nivel de *ansiedad de los pacientes prequirúrgicos medido con la escala de ansiedad preoperatoria e información de Amsterdam* (APAIS).

Se trata de una variable cuantitativa discreta que puede tomar unos valores que van desde 6 a 30 puntos.

A partir de esta variable se construyó la variable cualitativa dicotómica *presencia de ansiedad*, podrá tomar como valores sí y no. El punto de corte en la escala APAIS para considerar la presencia de ansiedad son los 14 puntos.

Como variable independiente encontramos *haber recibido el tríptico informativo* con la información prequirúrgica.

Se trata de una variable cualitativa dicotómica que puede tomar como valores sí o no.

También se obtuvieron otras variables que se

gún la bibliografía podían influir en los niveles de ansiedad de los pacientes para ajustar el efecto:

- *Edad* medida en años, variable cuantitativa discreta.
- *Sexo*, variable cualitativa dicotómica, podrá tomar como valores: hombre, mujer.
- *Nivel de estudios*, variable cualitativa nominal, que podrá tomar como valores: sin estudios, estudios medios, estudios superiores.
- *Especialidad quirúrgica*, variable cualitativa nominal, que podrá tomar como valores: Cirugía General, Otorrinolaringología, Ginecología, Traumatología y ortopedia, Urología, Dermatología, Digestivo, Cardiología.
- *Tipo de anestesia*, variable cualitativa nominal, que podrá tomar como valores: General, Local/Raquídea, No sabe.
- *Tiempo de espera* medido en minutos, variable cuantitativa continua.
- *Retraso* respecto la hora programada: variable cualitativa dicotómica que podrá tomar como valores sí, no.
- *Historia de cirugías previas*, variable cualitativa dicotómica, que podrá tomar como valores: sí, no.

Muestreo, cálculo de muestra y formación de grupos

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de conveniencia, reclutando de forma consecutiva a todos los individuos de los listados de programación quirúrgica desde el día 23 de abril de 2018 hasta el día 1 de junio de 2018.

Para la muestra aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 se calculó mediante la calculadora de tamaño muestral GRANMO, en su versión 7.12, un total de 96 participantes en cada grupo, asumiendo una desviación de 6.00 en la escala APAIS para ambos grupos, para detectar una diferencia mínima de 2.5 puntos. Se asumió una pérdida de 5% de los participantes.

Para la formación de los grupos se reclutaron a los individuos del grupo control en el periodo desde el día 23 de abril de 2018 hasta el día 11 de mayo de 2018, y para el grupo experimental desde el 14 de mayo de 2018 hasta el 1 de junio de 2018.

Fuente de información y recogida de datos

El proceso de recogida de datos se realizó en el preoperatorio inmediato a través una entrevista individual, en un espacio habilitado a tal efecto, justo en el momento anterior a la entrada a la sala de preanestesia.

Para obtener los niveles de ansiedad se proporcionó a los pacientes la escala APAIS, el resto de las variables se obtuvieron a través de la entrevista y la historia clínica.

Se diseñaron unas hojas de recogida de datos que permitieron la recogida de todas las variables de forma anónima. (Anexo 3)

Tratamiento de los datos

Se realizó un matriz de datos a partir de la información recogida anteriormente mediante el programa SPSS version 24.0.

Se utilizó frecuencia absoluta y relativa para las variables sexo, nivel de estudios, especialidad quirúrgica, tipo de anestesia, cirugías previas y retraso.

Se utilizó la media y la desviación estándar como medidas de centralización y dispersión para las variables edad y tiempo de espera.

En el análisis bivalente, para evaluar el efecto de la intervención de enfermería en la escala de an-

siedad se utilizó el test de la *t* de Student para medias independientes, realizando la prueba de Levene previamente.

Se calculó la relación entre las variables cualitativas, ansiedad e intervención, a través de la prueba del chi cuadrado estableciendo el OR con su IC al 95%.

Se realizó un análisis bivalente para todas las covariables con la escala APAIS mediante las pruebas del chi cuadrado, *t* de Student y test de Spearman cuando correspondían.

Para el análisis multivalente se llevó a cabo una regresión logística indicando el OR para cada una de las variables y el IC al 95%

Todos los contrastes son bilateral con un valor $p < 0.05$, se considera estadísticamente significativo.

Resultados

Descripción de la muestra

El presente estudio se realizó en un total de 200 sujetos divididos en grupo control y grupo experimental, formados por 100 individuos cada uno de ellos. En la Tabla 1 quedan resumida sus principales características.

El 48,5% de los participantes fueron hombres con respecto el 51,5% de mujeres, la edad media fue de 52,56 años, teniendo el sujeto más joven 18 años y el mayor 87 años.

Tabla 1. Características de los grupos.

VARIABLES	Total N=200	Control N=100	Intervención N=100
Edad \bar{X} (DE)			
Años	52,56(16,51)	51,9(16,46)	53,22(16,61)
Sexo n (%)			
Hombre	97(48,5)	46(46)	51(51)
Mujer	103(51,5)	54(54)	49(49)
Nivel de estudios n (%)			
Sin estudios	24(12)	11(11)	13(13)
Medios	126(63)	61(61)	65(65)
Superiores	50(25)	28(28)	22(22)

VARIABLES	Total N=200	Control N=100	Intervención N=100
Especialidad n (%)			
General	50(25)	30(30)	20(20)
Trauma	53(26,5)	25(25)	28(28)
Otorrino	29(15,5)	13(13)	16(16)
Oftalmología	30(15,0)	13(13)	17(17)
Ginecología	11(5,5)	6(6)	5(5)
Urología	19(9,5)	7(7)	12(12)
Digestivo	6(3)	4(4)	2(2)
Cardio	2(1)	2(2)	0(-)
Anestesia n (%)			
Genera	49(24,5)	27(27)	22(22)
Local/Raquídea	67(33,5)	39(39)	28(28)
NS	84(42)	34(34)	50(50)
Cirugías Previas n (%)			
Sí	161(80,5)	76(76)	85(85)
No	39(19,5)	24(24)	15(15)
Tiempo espera \bar{X} (DE)			
Tiempo (min)	45,2 (49,53)	48,54(53,57)	41,98(45,17)
Retraso n (%)			
Sí	164(82)	81(81)	83(83)
No	36(18)	19(19)	17(17)

En cuanto al nivel de estudios encontramos que el 12% de los participantes no cuentan con ningún tipo de estudio, el 63% tiene un nivel de estudios medios, en el que se incluyó hasta las titulaciones de grado superior y el 25% tiene estudios superiores, entendiendo por tales estudios universitarios y de postgrado.

En la variable especialidad quirúrgica la mayoría de los sujetos pertenecen a la especialidad cirugía general o traumatología. Si bien, en el grupo control la especialidad con mayor porcentaje de sujetos fue cirugía general, en el grupo experimental fue traumatología.

La especialidad de cardiología es la menos fre-

cuente, sin que exista ningún sujeto de esta especialidad el grupo experimental.

Respecto la variable tipo de anestesia, llama la atención que el 42% de los pacientes acuden al bloque quirúrgico sin saber que tipo de anestesia les va a ser aplicada.

En cuanto al retraso respecto a la hora programada el 82% de los participantes entraron más tarde de lo esperado, y los tiempos de espera han sido desde 0 minutos en el caso de los pacientes que entraron en hora hasta de 330 minutos en el caso del sujeto que más tuvo que esperar. La media para el tiempo de espera fue de 45,2 minutos con una desviación estándar de 49,53.

Descripción de la variable ansiedad

Los datos recogidos en la escala APAIS mostraron una media para el conjunto de la muestra de 15,71 puntos con una desviación estándar de 5,997.

La media de la puntuación en el grupo control fue de 17,03 (5,93) y en el grupo experimental fue de 14,4 (5,73). La distribución de las puntuaciones por grupos se puede comprobar en los gráficos 1 y 2.

Tomando como punto de corte los 14 puntos de la escala APAIS para considerar la presencia de ansiedad, se construyó la variable dicotómica ansiedad. A partir de los 14 puntos consideramos que el paciente está experimentando ansiedad prequirúrgica.

La incidencia en el conjunto de la muestra fue del 53%, para el grupo control de 60% para el experimental del 46% (Gráfico 3).

Análisis bivariante

Para valorar el impacto de la intervención sobre la medida de ansiedad según la escala APAIS se llevó a cabo el test de la *t* de Student para muestras independientes, que se mostró significativo. ($p=0.002$), siendo menor la media en el grupo intervención (Tabla 2). También se comparó la variable cualitativa dicotómica presencia de ansiedad en ambos grupos (Gráfico 3) mediante el test chi cuadrado, existiendo una diferencia significativa ($p=0.47$).

Gráfico 1. Puntuación escala APAIS grupo control.

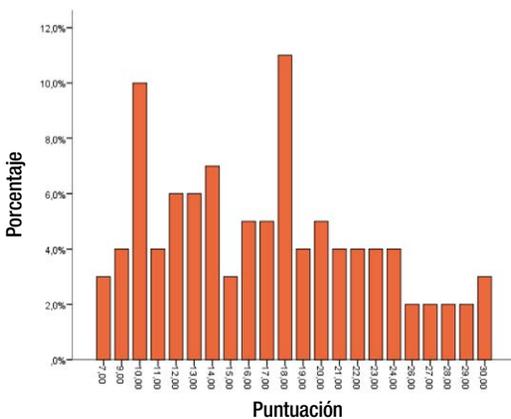


Gráfico 2. Puntuación escala APAIS grupo experimental.

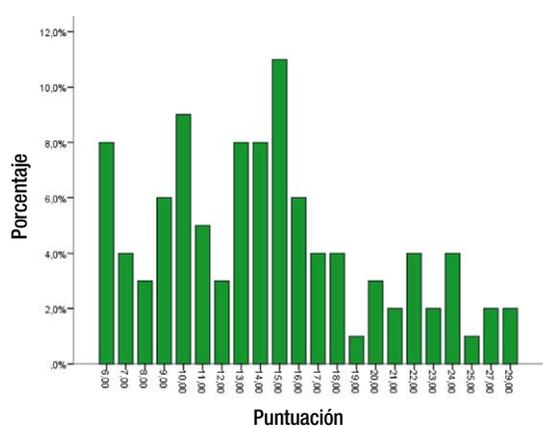


Gráfico 3. Ansiedad por grupos.

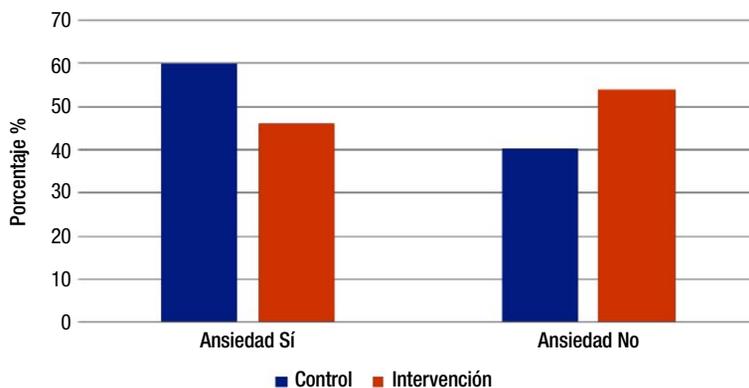
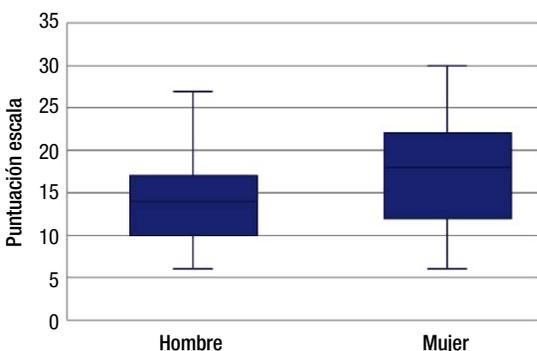


Tabla 2. Efectividad de la intervención sobre la escala APAIS.

	Total	Control	Intervención	Diferencia (IC)	P-Valor
Resultados APAIS \bar{X} (DE)	15,71 (5,997)	17,03 (5,93)	14,4(5,73)	-2,63 (-4,25, -1)	0,002*

Tabla 3. Puntuación media escala APAIS por niveles de las variables y nivel de significación estadística de las diferencias.

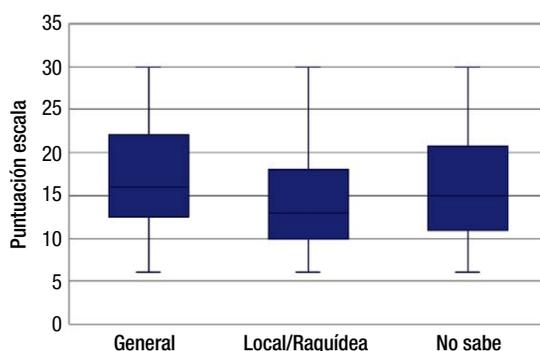
Variable	APAIS \bar{X} (DE)	P-valor	Variable	APAIS \bar{X} (DE)	P-valor
Edad			Urología	12,84(5,04)	
Años	–	0,573	Digestivo	19,33(9,15)	
Sexo		< 0.001*	Cardio	15,50(3,53)	
Hombre	13,89(4,75)		Anestesia		0,02*
Mujer	17,44(6,48)		General	17,04(5,69)	
Nivel de estudios		0,838	Local/Raquídea	14,13(5,72)	
Sin estudios	15,37(7,29)		NS	16,20(6,11)	
Medios	16,66(5,79)		Cirugías previas		0,908
Superiores	16,02(5,84)		Sí	15,74(5,97)	
Especialidad		0,118	No	15,66(6,01)	
General	15,46(5,19)		Tiempo espera		0,177
Trauma	15,54(7,13)		Tiempo (min)	–	
Otorrino	17,41(5,41)		Retraso		0,531
Oftalmología	15,10(5,36)		Sí	15,82(5,98)	
Ginecología	17,09(4,72)		No	15,23(5,99)	

Gráfico 4. Diagrama de cajas puntuación escala APAIS por sexo.

Se calculó el OR para el evento de interés Ansiedad y la exposición entrega de información de 0.568 (0.324– 0.995). La intervención se mostró como factor protector para ante la ansiedad prequirúrgica.

Se realizó un análisis bivalente entre la puntuación obtenida en la escala APAIS y el resto de covariables.

Para las variables cualitativas se usó el test del

Gráfico 5. Diagrama de cajas puntuación escala APAIS por tipo de anestesia.

chi cuadrado. Para la variable cuantitativa edad se asumió normalidad y se realizó el test de la *t* de Student, para la variable tiempo, el test de Spearman (Tabla 3).

Se encontró una diferencia significativa en los grupos divididos por sexo y tipo de anestesia (Gráficos 4 y 5).

El sexo femenino se muestra con una mayor puntuación en la escala APAIS.

Según el tipo de anestesia podemos comprobar que los pacientes con anestesia general tienen mayores puntuaciones en la casa APAIS que los pacientes con anestesia Raquídea/Epidural.

Análisis multivariante

Se realizó un análisis multivariante con todas las variables recogidas para comprobar la asociación de éstas con la variable cualitativa dicotómica presencia de ansiedad y para ajustar el efecto de la in-

tervención mediante una regresión logística (Tabla 4). Tras el análisis multivariante podemos comprobar como existen diferencias significativas en las variables sexo e intervención:

- La intervención está relacionada con una menor incidencia.
- El efecto ajustado para nuestra intervención sería de OR= 0,534 (0.287, 0.995).
- El sexo femenino estaría relacionado con mayor incidencia de ansiedad.
- El resto de las variables no presentan una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 4. Coeficientes de la regresión logística. Riesgo de ansiedad.

VARIABLE		Estimador β	OR	IC	P- Valor
Intervención					
	Interv. Vs Control	-0,627	0,534	(0.287, 0.995)	0,048*
Sexo					
	Hombre vs Mujer	-0,845	0,429	(0.227, 0.814)	0,010*
Edad					
	Por cada año	0,011	1,011	(0.987, 1.035)	0,363
Nivel de estudios					
	Sin estudios	ref			0,815
	Medios	-0,234	0.791	(0.281, 2.227)	0,657
	Superiores	-0,038	0.962	(0.280, 3.304)	0,952
Especialidad QX					
	General	ref			0,589
	Traumatología	-0,028	0.973	(0.415, 2.279)	0,949
	Otorrino	-0,893	0,409	(0.136, 1.233)	0,112
	Oftalmología	-0,153	0,858	(0.300, 2.454)	0,775
	Ginecología	-1,193	0.303	(0.055, 1.674)	0,171
	Urología	0,283	1.327	(0.400, 4.399)	0,644
	Digestivo	-0,815	0.443	(0.062, 3.152)	0,416
	Cardiología	0,763	2.145	(0.093, 49.368)	0,633
Anestesia					
	General	ref			0,452
	Local/Raquídea	0,239	1.269	(0.502, 3.208)	0,614
	No sabe	-0,241	0,786	(0.324, 1.905)	0,594

VARIABLE		Estimador β	OR	IC	P- Valor
Cirugías previas					
	Sí vs No	0,011	1.011	(0.438, 2.332)	0,979
Tiempo de espera					
	Por cada min	-0,007	0.994	(0.986, 1.001)	0,105
Retraso					
	Sí vs no	-0,086	0.917	(0.378, 2.26)	0,849

Discusión

La disposición de información de los cuidados perioperatorios en el paciente prequirúrgico del Hospital Universitario del Sureste está relacionada con unos niveles de ansiedad más bajos.

Estos resultados son coherentes con los encontrados en otros estudios, como el de MC Miguel Romeo y Sarardoy L, en el que con la entrega de un tríptico informativo conseguían reducir los niveles de ansiedad en los pacientes prequirúrgico [31].

A día de hoy la evidencia sigue siendo insuficiente [12], pero, aunque no está claro el momento o el tipo de información que debemos dar, parece cada vez más claro que las intervenciones educativas e informativas reducen la ansiedad prequirúrgica.

Existen estudios muy prometedores en las que intervenciones educativas e informativas dirigidas por enfermeras, como la visita prequirúrgica, consiguen bajar los niveles de ansiedad [29,33,34].

Es cierto que existen estudios que indican a que la información dada de manera sistemática y rutinaria a modo de entrevista [15] o llamada telefónica [35] no resulta eficaz y apuntan hacia modelos basados en las necesidades de los pacientes [36].

En cualquier caso, parece que la evidencia señala que la información y preparación al paciente es beneficiosa [25,28] ya sea reduciendo la ansiedad [37], el consumo de fármacos en el postoperatorio [22] o las complicaciones postoperatorias [29].

Los niveles de ansiedad obtenidos por la escala APAIS en nuestro estudio son similares a los obtenidos en otros estudios que usaban esta misma escala. En el estudio desarrollado por Ganry L [38], obtuvieron una puntuación de 17,1(4.5) en la escala APAIS para grupo control, frente a los 17,03(5,93) de nuestro estudio, por lo que parecen resultados plausibles.

Es cierto que el grupo control tiene una puntuación mayor a la encontrada en otros estudios realizados en España. Vergara-Romero [19] obtenía para el grupo control una media de 12,87 puntos, aunque la desviación estándar sí es similar, 6.08 frente a los 5.93 de nuestro estudio.

Existe controversia acerca de si este tipo de intervenciones son verdaderamente eficaces contra la ansiedad [12], pero lo cierto es que intervenciones con material audiovisual [39,40] están siendo efectivas y cuando no consiguen rebajar ansiedad, la satisfacción sí aumenta [41].

En la revisión de Honsome J, se indica que el mejor método para entregar la información es el audiovisual, seguido por el material impreso, y por último el exclusivamente oral [42].

Respecto al resto de variables estudiadas, la ansiedad en mujeres muestra una relación más alta que en los varones, este dato concuerda con la mayoría de los estudios que valoran la ansiedad prequirúrgica.

El resto de variables estudiadas no han mostrado una relación con la ansiedad en el análisis multivariante, probablemente esto es debido a la muestra relativamente pequeña. Ya que otros estudios sí apuntan a que podrían influir, tales como el nivel educativo, cirugías previas o el tipo de anestesia [43], que sí mostraba una relación en el análisis bivariante.

Ha resultado muy interesante el uso de la escala APAIS para valorar la ansiedad prequirúrgica. Hasta el momento, en el área quirúrgica del Hospital del Sureste, no existía herramienta que permitiese valorar el nivel de ansiedad de los pacientes y esta escala se ha mostrado fácil en su manejo y muy bien aceptada por los pacientes. Bien es cierto, que con los pacientes más mayores o con niveles más altos de ansiedad es preferible usar otro

tipo de escalas, como la escala visual analógica de ansiedad [6]. Aunque el uso de la escala de Ansiedad Rasgo parece el más extendido en las publicaciones, cada vez más estudios usan la escala APAIS, específica para este tipo de ansiedad [21,22,24].

Limitaciones

La limitación más importante es que no cuenta con aleatorización en la asignación de los sujetos a los grupos. Se tomó la decisión de no aleatorizar porque no se podía asegurar la no contaminación del grupo control. Debido a este diseño no podremos asegurar una causa-efecto sino que solo podremos hablar de relación.

Nuestro estudio ha relacionado la información con la ansiedad, hubiese sido interesante relacionarlo con alguna variable dura, o con alguna variable relacionada con el postoperatorio, para comprobar que la reducción de la ansiedad del paciente contribuye a una mejor recuperación.

Otra limitación es referida al instrumento de medida. Es cierto que la escala APAIS se ha descrito como una escala fiable, válida y adecuada para la medición de la ansiedad, pero desde nuestra experiencia podemos decir que presenta dificultades a la hora de ser utilizada con las personas más mayores o en personas extremadamente ansiosas, lo que puede hacer bajar los niveles de ansiedad globales.

Por último, las conclusiones obtenidas en el estudio no se pueden generalizar a todos los pacientes prequirúrgicos, se trata de un estudio unicéntrico y por tanto los resultados solo serían válidos para nuestra población.

Conclusiones

En definitiva, después de ver los resultados del estudio podemos decir que existe una relación entre la información recibida por los pacientes y su nivel de ansiedad.

Los pacientes que reciben la información presentan menores niveles y menor incidencia de ansiedad prequirúrgica.

La intervención se ha mostrado como eficaz y parece que su implementación en la práctica clínica habitual estaría justificada.

Dada la importancia de la ansiedad prequirúrgica en nuestros pacientes parece razonable incluir la valoración en nuestra práctica diaria.

Sería conveniente seguir investigando en esta línea, estudiando además el efecto en el postoperatorio del paciente incluyendo variables como dolor o satisfacción global.

Cuestiones éticas

Aspectos éticos

Este estudio se realizó respetando los principios y las normas éticas básicas que tienen su origen en la actual revisión de la Declaración de Helsinki aprobada por la Asamblea Médica Mundial (versión revisada de Seúl, 2008), el Convenio de Oviedo (1997) y Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional de Armonización (BPC de la ICH, 1996) y con los requisitos reguladores vigentes.

El estudio se realizó cumpliendo con lo expuesto en el protocolo.

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito (Anexo 4) otorgado libremente por todos los pacientes. El investigador tuvo en cuenta el deseo explícito de los pacientes de no otorgar su consentimiento informado, de su capacidad de formar una opinión y valorar esta información para negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento.

Los derechos, la seguridad y el bienestar de los pacientes del estudio son las consideraciones más importantes y prevalecieron sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

El personal implicado en la realización de este estudio está cualificado por su educación, formación, experiencia y sesiones formativas específicas para realizar sus tareas correspondientes en el estudio.

Aspectos legales

La información recogida para el estudio se trató siguiendo lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, General de Protección de da-

tos, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid que establece como principios, además de la organización y funcionamiento del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, la autonomía del paciente y la garantía de los derechos a la intimidad y a la protección de datos de carácter personal.

Los datos recogidos en los sistemas informáti-

cos utilizados se tratarán según el Código de Buenas Prácticas para Sistemas Informáticos de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Todos los datos recogidos en este estudio han sido anonimizados, no pudiéndose vincular con ningún paciente.

El presente estudio cuenta con la autorización de la dirección de enfermería del Hospital Universitario del Sureste, así como del Comité de Gestión del Conocimiento y de Investigación (Anexos 5 y 6).

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupe DW, Nitschke JB. Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nat Rev Neurosci*. 2013;14(7):488-501.
2. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier; 2015.
3. Rashiq S, Dick B. Post-surgical pain syndromes: a review for the non-pain specialist. *Can J Anaesth*. 2014; 61(2):123-30.
4. Wilson CJ, Mitchelson AJ, Tzeng TH, El-Othmani M, Saleh J, Vasdev S, et al. Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *Am J Surg*. 2015;212(1):151-59.
5. King A, Bartley J, Johanson DL, Broadbent E. Components of preoperative anxiety: A qualitative study. *J Health Psychol*. 2017.
6. Biddiss E, Knibbe T, McPherson A. The effectiveness of Interventions aimed at reducing anxiety in health care waiting Spaces: A systematic review of randomized and nonrandomized trials. *Anesth Analg*. 2014;119(2):433-48.
7. Cevik B. The Evaluation of Anxiety Levels and Determinant Factors in Preoperative Patients. *Int J Med Res Health*. 2018;7(1):135-43.
8. Guerrier G, Rondet S, Hallal D, Levy J, Bourdon H, Brezin A, et al. Risk factors for intraoperative hypertension in patients undergoing cataract surgery under topical anaesthesia. *Anaesth Crit Care Pa*. 2016; 35(5):343-46.
9. Tanaka N, Ohno Y, Hori M, Utada M, Ito K, Suzuki T, et al. Predicting Preoperative Hemodynamic Changes Using the Visual Analog Scale. *J Perianesth Nurs*. 2015;30(6):460-67.
10. Williams JB, Alexander KP, Morin J, Langlois Y, Noiseux N, Perrault L, et al. Preoperative Anxiety as a Predictor of Mortality and Major Morbidity in Patients Aged >70 Years Undergoing Cardiac Surgery. *Am J Cardiol*. 2013;111(1):137-42.
11. Alanazi AA. Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *Br J Nurs*. 2014;23(7):387-93.
12. Powell R, Scott NW, Manyande A, Bruce J, Vögele C, Byrne-Davis LMT, et al. Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016,(5):CD008646.
13. Ruhaiyem ME, Alshehri AA, Saade M, Shoabi TA, Zahoor H, Tawfeeq NA. Fear of going under general anesthesia: A cross-sectional study. *Saudi J Anaesth*. 2016;10(3):317-21.
14. Bradshaw P, Hariharan S, Chen D. Does preoperative psychological status of patients affect postoperative pain? A prospective study from the Caribbean. *Br J Pain*. 2016;10(2):108-15.
15. Granziera E, Guglieri I, Del Bianco P, Capovilla E, Dona B, Ciccarese A, et al. A multidisciplinary approach to improve preoperative understanding and reduce anxiety: A randomised study. *Eur J Anaesthesiol*. 2013;30(12):734-42.

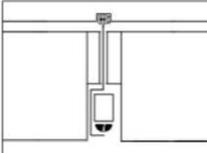
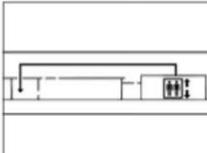
16. Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, Neskovic V, Rondovic G, Wu JD, et al. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery. What we can do to change our history. *Minerva Anestesiologica*. 2018.
17. Kazmierski J, Banys A, Latek J, Bourke J, Jaszewski R. Cortisol levels and neuropsychiatric diagnosis as markers of postoperative delirium: a prospective cohort study. *Crit Care*. 2013;17(2):R38.
18. Moerman N, Van Dam F, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg*. 1996;82(3):445-51.
19. Vergara-Romero M, Morales-Asencio JM, Morales-Fernandez A, Canca-Sanchez JC, Rivas-Ruiz F, Reinaldo-Lapuerta JA. Validation of the Spanish version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Health Qual Life Out*. 2017;15(1):120-30.
20. Laufenberg-Feldmann R, Kappis B. Assessing preoperative anxiety using a questionnaire and clinical rating: A prospective observational study. *Eur J Anaesthesiol*. 2013;30(12):758-63.
21. Aust H, Rüscher D, Schuster M, Sturm T, Brehm F, Nestoriuc Y. Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):250.
22. Al-Azawy M, Oterhals K, Fridlund B, Aßmus J, Schuster P. Premedication and preoperative information reduces pain intensity and increases satisfaction in patients undergoing ablation for atrial fibrillation. A randomised controlled study. *Appl Nurs Res*. 2015;28(4):268-73.
23. Doleman B, Heinink TP, Read DJ, Faleiro RJ, Lund JN, Williams JP. A systematic review and meta-regression analysis of prophylactic gabapentin for postoperative pain. *Anaesthesia* 2015;70(10):1186-204.
24. Maurice-Szamburski A, Auquier P, Viarre-Oreal V, Cuvillon P, Carles M, Ripart J, et al. Effect of Sedative Premedication on Patient Experience After General Anesthesia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015;313(9):916-25.
25. Kesänen J, Leino-Kilpi H, Lund T, Montin L, Puukka P, Valkeapää K. Increased preoperative knowledge reduces surgery-related anxiety: a randomised clinical trial in 100 spinal stenosis patients. *Eur Spine J*. 2017;26(10):2520-28.
26. Renouf T, Leary A, Wiseman T. Do psychological interventions reduce preoperative anxiety?. *Br J Nurs*. 2014;23(22):1208-12.
27. Mitchell M. Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *J Clin Nurs*. 2017;26(2):225-37.
28. Guo P. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *J Clin Nurs*. 2015;24(1-2):34-46.
29. Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A, Shoar S, Tamannaie Z, Chaichian S. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(4):994-98.
30. McDonald S, Page MJ, Beringer K, Wasiak J, Sprowson A. Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(5):CD003526.7.
31. Sagardoy Muniesa L, Miguel Romeo MC. Efectos del uso de un tríptico informativo en la reducción de la ansiedad y el dolor perioperatorios en pacientes intervenidos de patología urológica. *Enferm Clin*. 2014;24(24):233-40.
32. Du H, Wang N, Yan F. Effects of preoperative nursing visit on stresses and satisfaction of patients for selective surgery. *Int J Exp Med*. 2018;11(3): 2495-500.
33. Malek NM, Zakerimoghdam M, Esmaeili M, Kazemnejad A. Effects of Nurse-Led Intervention on Patients' Anxiety and Sleep Before Coronary Artery Bypass Grafting. *Crit Care Nurs Q*. 2018; 41(2):161-9.
34. Kalogianni A, Almpani P, Vastardis L, Baltopoulos G, Charitos C, Brokalaki H. Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery?. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(6):447-58.
35. Sobanko JF, Da Silva D, Fuxench ZCC, Modi B, Shin TM, Etkorn JR, et al. Preoperative telephone consultation does not decrease patient anxiety before Mohs micrographic surgery. *J Am Acad Dermatol*. 2016;76(3):519-26.
36. Wongkietkachorn A, Wongkietkachorn N, Rhunsiri P. Preoperative needs-based education to reduce anxiety, increase satisfaction, and decrease time spent in day surgery: a randomized controlled trial. *World J Surg*. 2018; 42(3):666-74.

37. Heilmann C, Stotz U, Burbaum C, Feuchtinger J, Leonhart R, Siepe M, et al. Short-term intervention to reduce anxiety before coronary artery bypass surgery – a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2016;25(3-4):351-61.
38. Ganry L, Hersant B, Sidahmed-Mezi M, Dhonneur G, Meningaud JP. Using virtual reality to control preoperative anxiety in ambulatory surgery patients: A pilot study in maxillofacial and plastic surgery. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. In Press 2018.
39. West AM, BFA, Bittner, EA, Ortiz VE. The effects of preoperative, video-assisted anesthesia education in Spanish on Spanish-speaking patients' anxiety, knowledge, and satisfaction: a pilot study. *J Clin Anesth*. 2014;26(4):325-29.
40. Lin SY, Huang HA, Lin SC, Huang YT, Wang K, Shi H. The effect of an anaesthetic patient information video on perioperative anxiety: A randomised study. *Eur J Anaesthesiol*. 2016;33(2):134-39.
41. Grenne KA, Wyman AM, Scott LA, Hart S, Hoyte L, Bassaly R. Evaluation of patient preparedness for surgery: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(2):179e1-179e7.
42. Hounsome J, Lee A, Greenhalgh J, Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Coldwell CH, et al. A systematic review of information format and timing before scheduled adult surgery for peri-operative anxiety. *Anaesthesia*. 2017;72(10):1265-72.
43. Rosiek A, Kornatowski T, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski L, Leksowski K. Evaluation of Stress Intensity and Anxiety Level in Preoperative Period of Cardiac Patients. *Biomed Res Int*. 2016; 2016:1-8.

ANEXO 1. Escala de ansiedad preoperatoria y necesidad de información de Ámsterdam. Versión española [19].

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

ANEXO 2. Tríptico informativo.

<p>Información a familiares Una vez que haya entrado a quirófano, los familiares podrán esperar en la planta baja, o en las cercanías del hospital.</p> <p>Recibirá una llamada cuando termine la cirugía o para solicitarle información, por lo que es importante tener el móvil activo y con cobertura.</p> <p>Si lo necesita puede acudir al mostrador de información de la planta baja.</p> 	<p>Plano Subida a 5ª planta</p>  <p>Sala de espera</p> 	  <p>Información a pacientes y familiares</p>
--	--	--

<p>BIENVENIDA</p> <p>En primer lugar, todos los profesionales del bloque quirúrgico del Hospital del Sureste queremos darle la bienvenida.</p> <p>Esperamos poder ofrecerle unos cuidados de calidad y a la altura de sus expectativas y le agradecemos la confianza que deposita en nosotros.</p> <p>Queremos recordarle que estamos a su disposición y nos gustaría que nos comunicase cualquier duda o necesidad.</p> <p>A continuación, encontrará información sobre todo el proceso quirúrgico, en cualquier caso, si tiene alguna duda pregúntenos, por favor.</p> 	<p>1 Sala de espera En primer lugar, esperará en esta sala. No se preocupe, ya sabemos que ha llegado. Cuando sea su turno saldremos a llamarle. La hora a la que está citado es orientativa y es probable que tenga que esperar un rato. Si lo necesita, cuando salgamos, pregúntenos.</p> <p>2 Entrevista Cuando salgamos a llamarle pasará con un familiar para realizar una entrevista. Comprobaremos que cumple con la preparación. Si tiene cualquier duda se la podremos resolver.</p> <p>3 Sala de preanestesia En esta sala pasará solo. Aquí le prepararemos y, si es necesario, le pondremos medicación para relajarle. Aquí esperará en una cama o sillón hasta pasar al quirófano.</p>   	<p>4 Quirófano Cuando esté preparado pasará al quirófano. Aquí le pondremos la anestesia, no se preocupe, no sentirá dolor.</p> <p>5 Sala de recuperación Cuando esté operado pasará a esta sala hasta que pasen los efectos de la anestesia. En todo momento estará acompañado por el equipo de enfermería. Si siente dolor tenemos medicación suficiente para eliminarlo. Cuando esté recuperado pasará un acompañante con usted.</p> <p>6 Alta Una vez recuperado y sin dolor podrá ir a su domicilio o a la planta. Le daremos las indicaciones necesarias para sus cuidados y resolveremos todas sus dudas.</p>    
---	--	--

ANEXO 3. Hoja de recogida de datos.

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS								
FECHA: _____	HORA: __:__	HORA CITACIÓN: __: __						
SEXO:	1 HOMBRE 2 MUJER	NIVEL ESTUDIOS:	1 SIN ESTUDIOS 2 EDUCACIÓN BÁSICA 3 ESTUDIOS SUPERIORES					
EDAD: _____		TIPO DE ANESTESIA:	1 GENERAL 2 RAQUÍDEA/LOCAL 3 NO SABE					
ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA:	1 CIRUGÍA GENERAL 2 TRAUMATOLOGÍA 3 OTORRINO 4 OFTALMOLOGÍA 5 OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA 6 UROLOGÍA 7 DERMATOLOGÍA 8 CIRUGÍA DIGESTIVA 9 OTRA: _____	CIRUGÍAS PREVIAS:	1 SI 2 NO					
¿HA RECIBIDO EL TRÍPTICO INFORMATIVO?			1 SI 2 NO					
ESCALA APAIS		TOTALMENTE			TOTALMENTE			
1 ESTOY PREOCUPADO POR LA ANESTESIA		EN DESACUERDO	1	2	3	4	5	DE ACUERDO
2 PIENSO EN LA ANESTESIA CONTINUAMENTE			1	2	3	4	5	
3 ME GUSTARÍA SABER LO MÁXIMO POSIBLE ACERCA DE LA ANESTESIA			1	2	3	4	5	
4 ESTOY PREOCUPADO POR LA OPERACIÓN			1	2	3	4	5	
5 PIENSO EN LA OPERACIÓN CONTINUAMENTE			1	2	3	4	5	
6 ME GUSTARÍA SABER LO MAXIMO POSIBLE ACERCA DE LA OPERACIÓN			1	2	3	4	5	

ANEXO 4. Consentimiento informado.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Álvaro Romero Ajenjo, enfermero del área quirúrgica del Hospital del Sureste

La meta de este estudio es establecer la relación entre la información proporcionada a pacientes y acompañantes antes de la cirugía y el nivel de ansiedad preoperatoria en el paciente quirúrgico

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá la autorización para el uso de los datos recogidos en la entrevista prequirúrgica.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Álvaro Romero Ajenjo. He sido informado/a de que la meta de este estudio es establecer la relación entre la información proporcionada a pacientes y acompañantes antes de la cirugía y los niveles de ansiedad preoperatoria en el paciente quirúrgico.

Me han indicado también que podrán usar los datos recogidos en la entrevista prequirúrgica.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar en el email alvarome@ucm.es

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo ponerme en contacto en el email antes mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 5. Autorización Dirección de Enfermería.

PÁG. 1 DE 1 / 0000000000000000



**Hospital Universitario
del Sureste**

11 de mayo de 2018

De: Dirección de Enfermería

Evaluada la propuesta del estudio siguiente,

Nº registro: 14/2018
Título estudio: "Efecto de la información preoperatoria en la ansiedad prequirúrgica"

IP: Alvaro Romero Ajenjo / Bloque quirúrgico

se propone la conformidad en la realización del estudio en nuestro centro basado en:

- *Comparación del Estudio respecto a la práctica actual/ protocolo*
- *Interés científico para el hospital*
- *Aplicabilidad para los pacientes del hospital.*
- *Coherencia con líneas de investigación.*

Firmado digitalmente por MANUEL BIAÑEZ FARDO
Organización: CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Fecha: 2018.05.11 14:48:23 CEST
Huella dg: 6596645025c16d384ab87aa1d73b6a94da0f6a8

Fdo:
Director Enfermería

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/e/portal/verificac
mediante el siguiente código seguro de verificación: 12664325966467981364

ANEXO 6. Informe de la Comisión de Gestión del Conocimiento e Investigación.



**Hospital Universitario
del Sureste**

**INFORME DE LA COMISIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E
INVESTIGACIÓN**

D^a Clara M^a Otero Fernández, Presidenta de la Comisión de Gestión del Conocimiento e Investigación del Hospital Universitario del Sureste

CERTIFICA

Código interno del estudio: 14/2018
Título estudio: "Efecto de la información preoperatoria en la ansiedad prequirúrgica"

Promotor: IP del centro

La Comisión de Gestión del Conocimiento e Investigación del Hospital Universitario del Sureste en su reunión de fecha 23-04-2018, acta n^o5, tras la evaluación realizada de la propuesta del promotor relativa al estudio especificado, y teniendo en consideración las siguientes cuestiones:

- Cuestiones relacionadas con la idoneidad del investigador y de sus colaboradores
- Cuestiones relacionadas con la idoneidad de las instalaciones.
- Consideraciones generales del estudio

Emite un **INFORME FAVORABLE** para la realización de dicho estudio en este centro.

El díptico de información dirigida al paciente que se difundirá para la realización del estudio en el centro, le corresponde su aprobación a la Comisión de Calidad del hospital.

Este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Servicio de Bloque Quirúrgico por D^o Álvaro Romero Ajenjo como investigador principal.

Lo que firmo en Arganda del Rey a 23 de abril de 2018



D^a Clara M^a Otero Fernández
Presidenta Comisión Gestión del conocimiento e Investigación