



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencia de la Salud



Trabajo Fin de Grado en Enfermería

Convocatoria Junio 2018

“La ansiedad prequirúrgica y el papel de Enfermería”

Autor: Ángeles Méndez López

Tutora: María Teresa Daza González

INDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT.....	1-2
2. INTRODUCCIÓN.....	3-4
3. OBJETIVOS.....	4
4. METODOLOGÍA.....	4
5. DESARROLLO.....	5
5.1. La ansiedad en el acto quirúrgico.....	5-7
5.2. Ansiedad prequirúrgica y sus consecuencias.....	8-9
5.3. La visita prequirúrgica.....	10-12
5.4. Características de la visita prequirúrgica.....	12-13
5.5. Eficacia de la visita prequirúrgica.....	13-14
6. CONCLUSIONES.....	15-16
7. BIBLIOGRAFÍA.....	17-19
8. ANEXOS	

1. RESUMEN

El estado de ansiedad es uno de los trastornos más frecuentes que experimenta un paciente que va a someterse a un acto quirúrgico. Diversos estudios demuestran que el estado afectivo previo a la operación, principalmente si este está marcado por la ansiedad, repercute en el proceso postoperatorio. Este estado puede ser desencadenado por múltiples causas, una de las más destacadas es el grado de conocimiento que presenta el individuo, el cual puede ser adquirido a través de la visita prequirúrgica, obteniendo numerosos beneficios para los pacientes. La visita prequirúrgica, es una herramienta útil para poder controlar la ansiedad a través de una intervención enfermera, proporciona información adicional sobre el proceso y resuelve cualquier duda que pueda surgir, con el fin de obtener el bienestar físico y psicológico del paciente. El objetivo del presente trabajo consistió en analizar si la entrevista prequirúrgica es una herramienta eficaz para disminuir los niveles de ansiedad que experimenta el paciente y como consecuencia reducir los efectos negativos que puedan darse durante el postoperatorio. A través de la realización de una revisión bibliográfica, se concluye que dicha entrevista es un instrumento válido puesto que a través de su realización por el personal de enfermería es posible crear un clima de tranquilidad y confianza disminuyendo por tanto la ansiedad del paciente, además de aumentar el grado de satisfacción tanto de este como de su familia y reduciendo las consecuencias del postoperatorio.

ABSTRACT

The state of anxiety is one of the most frequent disorders experienced by a patient who is going to undergo surgery. Several studies show that the affective state of the operation, mainly if it is marked by anxiety, affects the postoperative process. This state can be triggered by multiple causes, one of the most outstanding in the degree of knowledge presented by the individual, which can be acquired through the pre-surgical visit, obtaining benefits for patients. The presurgical visit is a useful tool to control anxiety through an intervention by the nurse, it provides additional information about the process and resolves any question that may arise, in order to obtain the physical and psychological well-being of the patient. The aim of this study was to analyze whether the pre-surgical interview was an effective tool to reduce the levels of anxiety experienced by the patient and comfortably reduce the negative effects that may occur during the postoperative period. Through the accomplishment of a bibliographical revision, it is concluded that the interview becomes a valid instrument that through its realization by the nursing staff it is possible to create a climate of tranquility and confidence due to the anxiety of the patient, besides increasing the degree of satisfaction of both this and his family and reduce the consequences of the postoperative period.

2. INTRODUCCIÓN

Una de las reacciones más comunes que experimentan los pacientes que van a ser sometidos a un acto quirúrgico es la ansiedad. Según la Organización Mundial de la Salud (2018), más de 260 millones de personas en el mundo sufren ansiedad, siendo junto con la depresión uno de los problemas más habituales. De acuerdo con Vivas, Girón, Rico & Urbina (2017), podemos definir la ansiedad como una reacción compleja que sufre el individuo ante situaciones y estímulos que son peligrosos o que son percibidos como tal, aunque solo sea por el hecho de parecer inciertos. Puede manifestarse con una sensación de aprehensión acompañada de otros síntomas como cefaleas, taquicardia, visión borrosa, palpitaciones, diarrea, opresión torácica, inquietud, diaforesis y malestar epigástrico (Kaplan & Sadock, 2015).

Cuando un individuo va a ser sometido a un acto quirúrgico puede experimentar emociones tales como inquietud, temor, incertidumbre o ansiedad, por el hecho de ser una situación totalmente desconocida para él. Algunos de los factores que pueden influir en la aparición de la ansiedad son el tipo de intervención a la que vaya a ser sometido, la calidad de la atención médica que se le proporcione, el tipo de anestesia que se emplee y el grado de conocimiento por parte del paciente de la intervención que va a recibir. Pero, además de factores externos, como son todos aquellos que establecen una relación con el ambiente hospitalario (lucos, aparatos, alarmas,...), también influyen factores internos como son la personalidad del paciente, su percepción o los antecedentes familiares (Romero & Muniesa, 2014). Por otra parte, también se ha visto que la ansiedad prequirúrgica está asociada con una mayor frecuencia a accidentes anestésicos, más vulnerabilidad a las infecciones y un aumento del dolor postoperatorio (Carapia, Mejía-Terrazas, Gobera & Hernández, 2011).

Todas estas repercusiones no solamente afectan a el paciente, también a la sociedad, debido a que esto genera efectos negativos en el sistema de salud por la necesidad de utilizar más recursos sanitarios durante una tiempo más prologando. Por lo tanto, resulta necesario conocer estrategias que disminuyan la ansiedad previa al acto quirúrgico y las consecuencias que esto supone.

A la hora de programar una intervención quirúrgica se da mucha importancia al propio acto quirúrgico y a las consecuencias del mismo, olvidando la preparación psicológica del paciente antes de dicha intervención. Considerando que esta preparación será beneficiosa tanto en los momentos preoperatorios como postoperatorios, sin olvidar intervenciones en las que el apoyo psicológico durante la propia intervención también es necesario. Por esto, resulta de gran importancia conocer que estrategias pueden resultar efectivas para conseguir que el paciente afronte esta situación de la mejor manera posible, siendo esto una función principal del personal de enfermería. Por lo que resulta necesario conocer estas estrategias y la labor que realiza enfermería.

3. OBJETIVOS

El objetivo general del presente trabajo consistió en una revisión bibliográfica para conocer si la entrevista prequirúrgica es una herramienta eficaz para reducir la ansiedad y como consecuencia disminuir las repercusiones del proceso postoperatorio.

Este objetivo principal puede desglosarse en unos objetivos específicos que se centraron en conocer y comprender la relación establecida entre la ansiedad prequirúrgica y el dolor postoperatorio; además de analizar, en función de los resultados de estudios realizados por diversos autores, si la actuación enfermera y la realización de una visita prequirúrgica en esta fase son elementos óptimos para conseguir el objetivo general.

4. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática a través de las siguientes bases de datos: Scielo, Cuiden, Dialnet, Medes, Lilacs, Science direct, Pumbed y Cochrane. Se realizó una búsqueda avanzada con el operador booleano AND, usando como único filtro de exclusión que los artículos no tuvieran una antigüedad superior a 10 años. No obstante, los artículos seleccionados no tienen una antigüedad de más de 8 años, a excepción de un par de trabajos consultados por su gran interés con un rango de entre 10-15 años. Se han empleado artículos en español e inglés. Los descriptores empleados en estas búsquedas han sido: ansiedad, dolor, enfermería, entrevista prequirúrgica, *anxiety, nursing, pain y preoperative*.

5. DESARROLLO

5.1. La ansiedad en el acto quirúrgico.

La persona que ingresa para la realización de un proceso quirúrgico pasa por tres fases bien distinguidas: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio (Rosales & Reyes, 2004; Carrera, 2014).

El período preoperatorio se refiere al espacio de tiempo que transcurre desde que es tomada la decisión de realizar la intervención quirúrgica, la cual puede ser realizada de forma urgente o programada, hasta que el paciente es llevado a la sala de operaciones. Pudiéndose distinguir el preoperatorio mediato, que engloba desde que el médico informa al paciente del acto quirúrgico y el paciente decide realizarla, hasta 2-12 horas antes de que se produzca la intervención, variando este tiempo según sea un acto quirúrgico programado o urgente. Y el preoperatorio inmediato, desde las 2-12 horas previas a la intervención hasta la llegada a la sala de operaciones. Las acciones de enfermería variarán según el período, centrándose fundamentalmente en obtener el mayor confort y bienestar para el paciente (ver Anexo 1).

El período intraoperatorio se refiere al tiempo que transcurre desde que el paciente es recibido por el personal del área quirúrgica en la sala de operaciones, hasta que se finaliza la actuación en el campo quirúrgico. Esta fase incluye la intervención quirúrgica propiamente dicha.

Por último, la etapa postoperatoria se refiere al proceso que discurre desde que finaliza la cirugía hasta que el paciente es dado de alta.

Pese a que dichas fases estén diferenciadas, estas se complementan entre sí, puesto que el progreso de cada una depende de la anterior.

En estudios sobre pacientes sometidos a cirugía, como por ejemplo, el de Erkilic, Kesimci, Soykut, Doger, Gumus & Kanbak (2017), se ha observado que frecuentemente estos pacientes presentan ansiedad, depresión, miedo al dolor y trastornos somatoformes, estos últimos se manifiestan por síntomas físicos que no pueden asociarse a una patología orgánica demostrable pero van asociados a factores psicológicos. La ansiedad prequirúrgica se produce entre un 11% y 80% de los casos.

Según Bagés, Lleixà, Español, Imbernón, Casas, Munté & Vázquez (2015), cuanto más elevado sea el nivel de ansiedad durante el preoperatorio, más larga y difícil será la convalecencia en el postoperatorio, aumentando los niveles de dolor postoperatorio y condicionando por tanto el bienestar del paciente.

En estos casos, el grado o nivel de ansiedad puede variar en función de distintos factores. Estudios como el de Romero & Muniesa (2014), demuestran que uno de los factores que influyen es la gravedad de la enfermedad, aumentando la ansiedad cuando el diagnóstico se trata de un tumor. Sin embargo en casos menos graves, como pueden ser, de litiasis o incontinencias, el nivel de ansiedad que presentan los pacientes es menos elevado.

Otro factor importante en relación con la ansiedad y como consecuencia con el umbral del dolor, es el nivel de conocimiento que tiene el propio paciente sobre su diagnóstico y sobre el tipo de intervención a la que se va a someter. Según Gordillo, Arana & Mestas (2011), los pacientes pediátricos presenta un umbral más bajo que los adultos debido a que no llegan a entender la necesidad de la intervención y lo que ello supone.

Caumo, Schmidt, Schneider, Bergmann, Iwamoto & Adamatti (2017) refieren que a mayor nivel educativo, más elevado será el nivel de ansiedad, esto se relaciona con la conciencia que las personas con mayores conocimientos tienen acerca de los riesgos que puede conllevar una operación.

Recientemente Vivas et al., (2017) realizaron un estudio con objeto de conocer la relación entre el grado de información que tiene el paciente acerca del acto quirúrgico y el nivel de ansiedad preoperatoria. En este estudio participaron 59 pacientes de entre 37-45 años, que tenían una cirugía programada. Este estudio mide la relación entre el grado de información que tiene el paciente y el nivel de ansiedad preoperatoria. Se utilizó la escala de valoración de la Ansiedad de Spielber Idare-Estado donde se valorarán varios elementos, por un lado, se mide el nivel de ansiedad que presentaba el paciente en relación con el tipo de cirugía a la que va a ser sometido, también se mide el grado de conocimiento que tienen los pacientes sobre el tipo de anestesia que se va a emplear. Los resultados mostraron que un 59% de los pacientes estaban informados sobre el procedimiento que se les iba a realizar, sin embargo, un 75% desconocía el tipo de anestesia que se les va a administrar. En relación con la escala aplicada, se demostró que más de la mitad de los pacientes presentan un grado de ansiedad moderado, seguida de un 35.6% con ansiedad

baja y solamente un 13,5% mostraba un nivel de ansiedad elevado. En cuanto al tipo de intervención, las que se asociaron con un menor nivel de ansiedad fueron la cesárea, conización y hernia umbilical, frente a otras intervenciones como la colecistectomía o la herniorrafía inguinal que se asociaron con niveles más elevados de ansiedad.

Otros autores como Gordillo et al. (2011) y Carapia et al. (2011), defienden que sería necesario el tratamiento de los niveles elevados de ansiedad prequirúrgica debido a las consecuencias que conlleva; pues esta situación afecta al paciente a nivel físico, psicológico, social y espiritual, lo cual hace que sea necesario tratar al paciente de manera global.

Sin embargo, Marín, Cortes, Sanz & Serrano (2014) sostienen que un nivel adecuado de ansiedad nos ayuda a adaptarnos mejor a dicha situación, mientras que si estos niveles son demasiado elevados o por el contrario, demasiado bajos, también se puede producir efectos no deseados.

Carapia et al. (2011) hablan de tres niveles diferentes de ansiedad:

En primer lugar, tenemos las personas mínimamente ansiosas, cuyos niveles son demasiado bajos y por lo tanto su recuperación es insuficiente respecto a aquellas personas que tienen unos niveles de ansiedad más óptimos, dado que sus expectativas son irreales. Por otro lado, tenemos a los moderadamente ansiosos, son aquellos que tienen un nivel de ansiedad óptima y por lo tanto su recuperación es mejor. Y por último, los pacientes extremadamente ansiosos, que al igual que los primeros tendrán una recuperación más lenta, en este caso debido a que sus procesos para obtener información para prepararse mentalmente están bloqueados.

Según la Organización Mundial de la Salud (2011), más de 2 millones de pacientes sufren ansiedad antes de someterse a cirugía, es decir, es una reacción bastante frecuente en la población y que además, a niveles elevados, provoca efectos indeseados en el paciente y durante el resto del proceso quirúrgico. Es por todo esto por lo que el manejo y la adecuada comprensión de la ansiedad antes de la cirugía son importantes.

5.2. Ansiedad prequirúrgica y sus consecuencias

El grado de ansiedad antes de la intervención que experimenta el paciente es un elemento clave durante el resto del proceso, puesto que, un bajo nivel de ansiedad llevará

consigo consecuencias positivas mientras que por el contrario, los niveles altos de ansiedad supondrán consecuencias negativas.

Los diagnósticos enfermeros más frecuentes en el proceso quirúrgico son la ansiedad o temor relacionados con la intervención quirúrgica, anestesia o resultados impredecibles que puedan desencadenarse (Herrera, Jiménez, Núñez, de la Fuente, Vergara, Méndez & Amores, 2017).

Como ya hemos mencionado anteriormente, hay multitud de factores que desencadenan la ansiedad. Podemos dividirlos en: factores externos, como el grado de complejidad de la intervención, tipo de anestesia, entre otros; y factores personales o psicológicos, como el sexo, edad, personalidad, experiencias previas o percepción de control de la situación.

Para medir el grado de ansiedad que presenta el paciente podemos emplear diversas escalas, como por ejemplo, la “*Depression, Anxiety and Stress Scale*” (DASS); “Escala de valoración de la Ansiedad de Hamilton” (HAS); “Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información de Amsterdam” (APAIS); la “Escala hospitalaria de ansiedad y depresión” (HAD); la “Escala Análogo Visual para ansiedad” (EVA-A); o el “Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo” (STAI). (Romero & Muniesa, 2014; Hernández, Fuentes, Falcón, Roca, Burguillas & Doménech, 2018).

La escala de HAD, se emplea tanto a nivel de atención primaria (AP) como hospitalario (AH). Puede resultar útil para valorar el grado en el cual se ve afectado emocionalmente el paciente, debido a que los factores emocionales influyen en la aparición del dolor postoperatorio (Romero & Muniesa, 2014).

La escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS) se desarrolla debido a la necesidad de tener un instrumento estandarizado que permitiera detectar estas patologías, debido a su alta tasa. En un principio, esta escala solamente proporcionaba medidas del nivel de ansiedad y la depresión, más adelante, surgió una nueva escala denominada “estrés”. Finalmente la escala DASS quedó constituida por estas tres sub-escalas cada una con 7 ítems, pudiendo variar su puntuación total entre 0 y 21 puntos. En la sub-escala de la ansiedad se consideran “síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva del estado ansioso”. Las ventajas que presenta es que se trata de una herramienta fácil, breve y fiable (Román, Santibáñez & Vinet, 2016; Antúnez & Vinet, 2012).

Otra de las escalas a destacar es la de *Hamilton*. Como bien menciona Purriños (2007), se trata de una escala recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Está formada por un total de 17 ítems, en los que la puntuación total puede variar entre 0 y 52 puntos. Se trata de un instrumento válido, fiable y sensible, aplicable tanto a poblaciones hospitalarias como ambulatorias (ver Anexo 2).

Pero no todos los autores examinan la ansiedad de forma aislada, algunos lo hacen relacionando el dolor y la ansiedad. En cualquier caso, tal y como refieren Herrera et al. (2017), no queda claro si la ansiedad produce dolor o es el dolor el que produce la ansiedad, pero si podemos afirmar que están vinculados.

Los términos de estrés y ansiedad se encuentran estrechamente relacionados, entendiendo el estrés como una situación ante la cual el organismo reacciona, y una de las reacciones emocionales puede ser la ansiedad. Esta circunstancia influye en la recuperación postoperatoria haciéndola más complicada, lo cual conlleva consigo un aumento en la intensidad del dolor, retraso en el retorno laboral, efectos secundarios, limitaciones en la actividad física, entre otros, aumentando así los costes sanitarios (Andrade, Llivisaca, Molina & Calle, 2017).

Carrascosa & Aguilar (2011), realizaron un estudio con el objetivo de explorar si la intervención enfermera podría disminuir la ansiedad prequirúrgica. En su estudio participaron 512 pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real), para medir el nivel de ansiedad utilizaron el Inventario de Ansiedad- Estado (STAI). A una parte de los pacientes, grupo control, se les realizó un análisis del nivel de ansiedad de los pacientes al ingreso y al alta actuando según el protocolo del centro, por otro lado, el resto de pacientes, grupo intervención, fueron también valorados al ingreso y al alta pero en vez de actuar según el protocolo se les proporcionó una enseñanza y atención personalizada por parte del personal de enfermería. Los resultados al comparar ambos grupos mostraron que una intervención enfermera de enseñanza individualizada con el fin de resolver las dudas del paciente de forma particular fue positiva para reducir la ansiedad, y que además esta disminución en los niveles de ansiedad estaba asociada a beneficios tales como la aceleración del proceso de cicatrización de heridas o la disminución del dolor postoperatorio.

En cualquier caso, tanto Carrascosa & Aguilar (2011) como Andrade et al. (2017) establecen una relación directa entre la ansiedad prequirúrgica y la presencia de dolor postoperatorio. Lo que hace necesario que se lleven a cabo procedimientos para paliar este problema.

5.3. La visita prequirúrgica

La visita prequirúrgica consiste en el cuidado individualizado que se realiza al paciente y/o familia antes del acto quirúrgico. Consiste en una entrevista con el personal de enfermería, siendo su principal objetivo proporcionar información y disminuir la ansiedad del paciente. (León, 2017).

El personal de enfermería, a través de la educación sanitaria, es quien debería encargarse de proporcionar una información adecuada al paciente prequirúrgico, adaptándose a las necesidades y comprensión de éste. Además, será importante que estimule al paciente a verbalizar y exponer sus sentimientos y preocupaciones, con el fin de que aprenda a gestionar su dolor.

Se han realizado diversos estudios, uno de los cuales se realizó por Quijano (2015) en el servicio de cirugía del Hospital Dos de Mayo en Lima durante el año 2013 con el objetivo de determinar el grado de ansiedad que sufrían los pacientes en la fase preoperatoria. La población a estudio estuvo formada por 30 pacientes programados para ser intervenidos de apendicetomía, siendo el único criterio de exclusión la menoría de edad. Al evaluar los datos demográficos se observa que la mayoría de pacientes son mujeres, de entre 20-29 años, con estudios de secundaria y que previamente no han sido sometidos a ninguna otra operación. A través de encuestas y de la Escala de Valoración de la Ansiedad de Spielberg (IDARE), se midió el nivel de ansiedad prequirúrgica, obteniéndose como resultados que más de la mitad de los pacientes sufren un nivel de ansiedad medio porque se sienten preocupados, tristes y nerviosos

Por otro lado, Font, Prat, Arnau, Torra & Baeza (2011), consideran más eficaz dar la información al paciente antes del ingreso, debido a que en estos momentos el paciente asimila mejor la información y se encuentra más receptivo que en el momento del ingreso hospitalario. Más recientemente, Hernández et al. (2018), también han señalado que una evaluación preoperatoria junto con una educación sanitaria previa a la

intervención dada por el equipo de atención primaria, será mucho más efectiva para disminuir la ansiedad preoperatoria que informar al paciente en el momento de su ingreso en el ámbito hospitalario.

Existen diferentes técnicas para disminuir la ansiedad; nos encontramos con la técnica cognitiva, conductual, combinada o informativa. Siendo esta última la más aplicada debido a su relación con la principal causa de ansiedad, la falta de información; y una herramienta empleada para ello es la visita prequirúrgica (Romero & Muniesa, 2014).

Existen diferentes tipos de visitas prequirúrgicas: informativa, terapéutica y ansiolítica.

La visita informativa la realiza la enfermera antes de la cirugía y consiste en dar información general, por ejemplo, se dará a conocer al equipo que le acompañará durante todo el proceso quirúrgico, se le mostrará el lugar donde se llevará a cabo la intervención y por otro lado, también constará de información específica y que dependerá de cada paciente e intervención como es la hora a la que está prevista la intervención, información sobre la preparación preoperatoria, pruebas complementarias que pueda precisar, el tipo de anestesia que se empleará, si se prevé la colocación de sondas o drenajes, la unidad en la que ingresará posteriormente e incluso se le enseñarán ejercicios básicos de respiración. En esta visita, el paciente ya debe estar informado por el cirujano y anestesista. Aunque se ha demostrado que no tiene un efecto significativo sobre la ansiedad, sí lo tiene sobre la calidad y satisfacción del usuario.

La visita terapéutica o la de aplicación del plan de cuidados estandarizado, es la más común y es realizada por la enfermera o el fisioterapeuta, se realiza en la propia habitación del hospital antes de ir a la intervención quirúrgica o en AP. Está enfocada a la educación sanitaria, los autocuidados y consejos específicos para cada tipo de cirugía. Respecto a la ansiedad, influye en los aspectos relacionados con la falta de conocimiento del individuo acerca del acto quirúrgico.

Por último, la visita ansiolítica es la que realiza la enfermera con el objetivo de reducir la ansiedad, es la más compleja y debe darse en unas condiciones controladas ya que actúa sobre los problemas concretos de cada paciente. Su complejidad hace que se deba emplear el tiempo suficiente en su desarrollo, algo que no siempre es posible por la

falta de tiempo que existe entre sanitario y paciente, haciendo que su puesta en marcha sea escasa (Toro, de las Nieves, Luzón, Bailón & Ayudarte, 2006; León, 2017).

Pese a las ventajas de la visita prequirúrgica, Toro et al. (2006) mencionan que esta no se puede sugerir de manera sistemática a todos los pacientes que van a enfrentarse a un acto quirúrgico, puesto que la visita prequirúrgica informativa puede no tener mucho sentido en intervenciones habituales en el ámbito hospitalario, puesto que en el recorrido que realiza el paciente desde consultas externas hasta la preparación quirúrgica que realizan las enfermeras de hospitalización, se cubren todas las necesidades informativas para estos tipos de intervención.

Si el paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica tiene un alto nivel de ansiedad debido a la falta de información y la incompreensión que supone este proceso para él, realizar una entrevista prequirúrgica probablemente tenga resultados positivos puesto que el eliminar ese desconocimiento hará que se sienta más preparado y disminuya su ansiedad. Por el contrario, si un individuo el cual tiene una información óptima es sometido a una entrevista prequirúrgica puede producir efectos negativos debido a un exceso de información.

Cabe destacar que aunque no deba realizarse la visita prequirúrgica a todos los pacientes, sí que hay una relación entre la visita prequirúrgica y la información dada al paciente y la satisfacción de este. Dando como resultado, un trato más individual y de calidad (Orihuela, Pérez, Aranda, Zafra, Jiménez, Martínez & Escobar, 2010).

5.4. Características de la visita prequirúrgica.

Según Doñate, Litago, Monge & Martínez (2015) la entrevista prequirúrgica se basa en la comunicación entre sanitario-paciente, donde entregaremos una información que debe ser clara, precisa, sencilla, entendible y fidedigna, con el objetivo de responder y aclarar los miedos e inseguridades que pueda presentar el paciente.

Es por ello que la visita prequirúrgica no debe ir solamente dirigida a proporcionar información al paciente, también es importante que centremos esa información en aquellos aspectos que puedan preocuparle o interesarle, es decir, no debemos dar una información completamente protocolizada (Orihuela et al., 2010).

Aunque la visita prequirúrgica fue implantada en el año 2005, su protocolo de actuación ha ido sufriendo diversos cambios, pasando de una visita meramente

informativa a ser también terapéutica, intentando crear un clima de confianza para que el paciente pueda expresar sus miedos, sentimientos y preocupaciones. Con el fin de valorar la efectividad de la visita prequirúrgica y los cambios en los protocolos realizados, así como los efectos postoperatorios, se llevó a cabo un estudio en el Hospital Universitario San Cecilio (Granada), donde la población a estudio estaba formada por un total de 580 pacientes que cumplían los criterios de inclusión: ser intervenidos de una cirugía programada, ingresados la tarde anterior, con un postoperatorio superior a 48 h., y a los cuales se les realizó una visita prequirúrgica. La información fue recogida por dos enfermeros del propio hospital la tarde antes del acto quirúrgico, y a los dos días de la intervención recogieron la información postquirúrgica. Los resultados mostraron que un 99,8% de los paciente no tuvo ninguna complicación en las primeras 48 h. de postoperatorio; el 93,4% no manifestaban ninguna necesidad, y solo el 6,6% realizaba manifestaciones relacionadas con problemas familiares, físicos o cuidados de familiares. (Orihuela et al., 2010).

Un objetivo importante de esta visita según Doñate et al. (2015), es que el paciente se sienta cómodo y con confianza para poder expresarnos sus sentimientos. Para ello es importante que la relación entre enfermero y paciente/familia sea con un trato amable y cordial, con el objetivo de crear un clima de confianza y realizar una escucha activa para favorecer la expresión de sentimientos y la confianza.

5.5. Eficacia de la visita prequirúrgica

Son diversos los estudios sobre la eficacia de este método para reducir la ansiedad prequirúrgica y las consecuencias que esto pueda llevar consigo. Y aunque existe cierta controversia, no obstante, la mayoría coinciden en que la visita prequirúrgica puede aumentar el bienestar de los pacientes en el postoperatorio.

Egbert (1960), ya a mediados del siglo pasado, llevó a cabo un estudio cuyo objetivo era comparar el efecto psicológico de una visita pre-anestésica y la medicación. En una muestra de 218 pacientes que iban a ser sometidos a una cirugía, a la mitad se les realizó una entrevista pre-anestésica y a los demás se les trato con un poderoso anestésico, pentobarbital. Se concluyó que con que los pacientes que habían sido tratados con pentobarbital se encontraban soñolientos pero no calmados, por el contrario, aquellos a los que se les había realizado la visita se encontraban tranquilos pero no adormilados.

Este, junto a otros estudios, proporcionaron pruebas de que la información para disminuir la ansiedad era mucho más efectiva incluso que la sedación. Con el paso del tiempo, muchos otros estudios han seguido apoyando esta idea (Bagés et al., 2015).

Otros autores como Chiriviches, Arnau, Soley, Roura, Rosell, Clotet et al. (2006), Aparcero, Núñez, Ramos, Zahino, Olcina & Santonja (2003) y Orihuela et al. (2010), defienden que los pacientes que han tenido una entrevista prequirúrgica presentan niveles de ansiedad inferiores de forma significativa respecto a los que han recibido información habitual (Bagés et al. 2015).

Por otro lado, Orihuela-Pérez et al. (2010) reconocen que existe una relación entre la visita prequirúrgica y el nivel de satisfacción del paciente, teniendo estos efectos positivos sobre el nivel de ansiedad, la disminución del nivel del dolor, mejor autocontrol del miedo y la ansiedad.

Sin embargo, también existen estudios que no han encontrado resultados contradictorios. Así, por ejemplo, Marín, Martínez, Ponsich & Pubill (2004) realizaron un estudio en el hospital de Traumatología y Rehabilitación del hospital Vall d'Hebron (Barcelona), en el que participaron total de 50 pacientes que iban a ser intervenidos de una prótesis total de rodilla. En este estudio los únicos criterios de exclusión fueron que los pacientes tuvieran antecedentes de base de trastornos cognitivos o estuvieran sometidos a una re-prótesis total de rodilla. Se empleó la escala de ansiedad estado (STAI). De los 50 pacientes, la mitad no tuvieron una visita preoperatoria previa a la intervención, teniendo este grupo los valores de ansiedad tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio ligeramente más bajos que el grupo al que si se le realizó una entrevista. Este estudio junto con el de Díez, Arrospide, Álvarez, Belaustegi, Lizaur & Arana (2011), y el de Navas Monzón (2008), encuentran pruebas que indican que tras recibir la información, la reducción del nivel de ansiedad no es significativa y que la visita en el preoperatorio inmediato no es el mejor momento ya que no produce efecto ansiolítico (Bagés et al. 2015).

Romero & Muniesa (2014) realizaron un estudio en 100 pacientes de urología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, donde la mayoría eran varones, con nivel de estudios básicos y cuyas edades estaban comprendidas entre los 48 y 87 años. El 87% de los encuestados ya habían sido intervenidos anteriormente, entre los cuales un 23,9% tuvo complicaciones. La mitad de los individuos habían recibido información en su ingreso a

través de trípticos, mientras que el resto no recibió ninguna información. En los resultados obtenidos se muestra como los pacientes que recibieron información en forma de tríptico presentaban un nivel de ansiedad inferior a los que no. Estos resultados se relacionan con otros trabajos, donde se confirma que la reducción de la ansiedad preoperatoria, y por tanto el dolor postoperatorio, no está solo relacionado con la información por parte de la enfermera en la visita prequirúrgica, también, podemos disminuirla mediante la información a través de trípticos, información audiovisual o incluso través de la música.

Por otra parte, Fitzgerald & Elder (2008) han demostrado que un folleto informativo sencillo que facilite una explicación sobre los distintos tipos de anestesia y los miedos más comunes que puedan presentar los pacientes, puede reducir en el paciente estos miedos hasta en un 40% (Ortiz, Wang, Elayda & Tolpin., 2015).

6. CONCLUSIONES

Es un derecho del paciente el estar informado y asesorado de las actuaciones que se van a llevar a cabo con él. Además de una labor de enfermería el reducir o evitar situaciones adversas para el paciente en la medida de lo posible.

Es por ello, por lo que con la entrevista prequirúrgica conseguiremos aumentar el grado de satisfacción del paciente y familia, disminuir la ansiedad creando un clima de tranquilidad y reduciendo los efectos negativos durante el período postoperatorio como puede ser el dolor. Siendo una función de enfermería, por razones éticas, deontológicas y profesionales, el poner en marcha aquellas intervenciones que hagan conseguir los objetivos anteriormente señalados.

En conclusión, la gran mayoría de los estudios confirman que una buena actuación enfermera junto con una entrevista prequirúrgica puede disminuir la ansiedad del paciente frente a la operación y lo cual conllevará a un menor dolor y menos tasa de complicaciones en el postoperatorio. Solo una mínima cantidad de estudios confirman que esta actuación no provocaría cambios en el paciente o que los cambios serían mínimos, pero en cualquier caso nunca empeoraría los niveles de ansiedad, aunque no dejan claro el motivo por el que la entrevista no es eficaz.

Por otra parte, la entrevista verbal entre profesional y paciente, puede ser reforzada a través de elementos escritos como pueden ser folletos o audiovisuales, ya que así permitimos al paciente aun sin estar presente el enfermero poder continuar informándose del proceso de intervención.

Debido a la importancia y beneficios que conlleva esta entrevista, sería interesante llevar a cabo futuras líneas de investigación con el fin de realizar protocolos que faciliten la correcta actuación del personal de enfermería debiendo incidir en la necesidad de emplearla en los diversos hospitales, así como establecer que pautas serían las más correctas en su desarrollo. Estas líneas de investigación deberían basarse en estrategias educativas y que proporcionen un apoyo emocional y psicológico en la fase de preoperatorio con el fin de que los pacientes afronten de manera más beneficiosa el acto quirúrgico.

También se deberían realizar charlas dirigidas a los profesionales de quirófano, especialmente enfermeras, con el fin de sensibilizar sobre la importancia de este problema, sus consecuencias y los beneficios que se pueden lograr al realizar intervenciones efectivas para minimizar en el mayor grado posible el impacto en los pacientes.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Andrade, A. L. O., Llivisaca, B. X. P., Molina, A. M. S., & Calle, F. E. C. (2017). Relación entre Ansiedad Prequirúrgica e Intensidad del Dolor Postquirúrgico, Hospital Homero Castanier Crespo Azogues-Ecuador, 2016. *Revista Médica HJCA*, 9(2), 123-128.
- Bagés Fortacín, C., Lleixà Fortuno, M. D. M., Español Puig, C., Imbernón Casas, G., Munté Prunera, N., & Vázquez Morillo, D. (2015). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global*, 14(39), 29-40.
- Carapia Sadurni, A., Mejía-Terrazas, G. E., Nacif-Gobera, L., & Hernández-Ordóñez, M. N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263.
- Carrascosa López, M. T., Aguilar Martínez, R., & Carrascosa López, M. C. (2011). Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. *ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología*, (118), 13-17.
- Carrera Castro, C. (2014). Delirium postoperatorio en cirugía general, el fantasma de nuestros abuelos. *Enfermería Global*, 13(33), 407-423.
- Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. (2018). Disponible en http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es
- Díez-Álvarez, E., Arrospide, A., Mar, J., Alvarez, U., Belaustegi, A., Lizaur, B., ... & Arana, J. M. (2012). Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enfermería clínica*, 22(1), 18-26.
- Doñate Marín, M., Litago Cortés, A., Monge Sanz, Y., & Martínez Serrano, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(37), 170-180.

- Erkilic, E., Kesimci, E., Soykut, C., Doger, C., Gumus, T., & Kanbak, O. (2017). Factors associated with preoperative anxiety levels of Turkish surgical patients: from a single center in Ankara. *Patient preference and adherence*, 11, 291.
- Gordillo León, F., Arana Martínez, J. M., & Mestas Hernández, L. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 228-233.
- Hernández-Palazón, J., Fuentes-García, D., Falcón-Araña, L., Roca-Calvo, M. J., Burguillos-López, S., Doménech-Asensi, P., & Jara-Rubio, R. (2018). Assessment of Preoperative Anxiety in Cardiac Surgery Patients Lacking a History of Anxiety: Contributing Factors and Postoperative Morbidity. *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*, 32(1), 236-244.
- Herrera, J. L. L., Jiménez, E. I. A., Núñez, S. V. G., de la Fuente Briz, M. Á., Vergara, A. L., Méndez, C. D. L. M. C., ... & Amores, F. B. C. (2017). Calidad de la visita preoperatoria de enfermería. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 2(2, Jun), 64-67.
- Kaplan H, Sadock, B., and Sadock, V. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 11 Ed. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- León Bravo, M. (2017). *Visita prequirúrgica e información a familiares y pacientes*. *Revista Medica Electrónica*. Retrieved 16 March 2018, from <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/visita-prequirurgica-informacion-familiares-pacientes/>
- Marín, M. D., Cortes, A. L., Sanz, Y. M., & Serrano, R. M. (2014). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(1), 170-191.
- Orihuela-Pérez, I., Pérez-Espinosa, J. A., Aranda-Salcedo, T., Zafra-Norte, J., Jiménez-Ruiz, R. M., Martínez-García, Á., ... & Escobar-Julián, F. M. (2010). Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enfermería clínica*, 20(6), 349-354.
- Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M. A., & Tolpin, D. A. (2015). Información preoperatoria al paciente: ¿ podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad?. *Brazilian Journal of Anesthesiology (Edición en Español)*, 65(1), 7-13.

- Purriños, M. (2007). Escala de Hamilton–Hamilton depresión rating scale. *Dirección Xeral de Saúde Pública [en línea]*.
- Quijano, S. (2015). *Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo–2013* (Doctoral dissertation, Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4939/1/Quijano_Andonaire_Silvia_Carmen_del_Pilar_2015.pdf)
- Ramos-Brieva J.A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 14, 324-334.
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos1. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2325-2336
- Romero, M.C.M., & Muniesa, L.S. (2014). Efectos del uso de un tríptico informativo en la reducción de la ansiedad y el dolor perioperatorios en pacientes intervenidos de patología urológica. *Enfermería Clínica*, 24(4), 233-240.
- Romero, I. M., Gómez, P. M., Pubill, J. P., & Grasa, M. P. (2004). ANSIEDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE RODILLA.(PRÓTESIS TOTAL RODILLA). *Enfermería Global*, 3(1).
- Rosales Barrera, S. (2004). Cuidados de enfermería en la terapéutica quirúrgica. In: S. Rosales Barrera and E. Reyes Gómez, ed., *Fundamentos de enfermería*, 3rd ed. México: El Manual Moderno, pp.443-456.
- Tisalema, B., & Vanessa, D. (2017). *Intervención de enfermería en el control de la ansiedad de pacientes oncológicos sometidos a cirugía en el Hospital Solca Ambato 2017* (Bachelor's thesis).
- Toro, A. G., de la Nieves, C. B., Luzón, C. T., Bailón, M. R., & Ayudarte, L. (2006). Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias.
- Vivas, V.M., Girón, P., Rico, L. & Urbina, A. (2017). Nivel de ansiedad preoperatoria en los pacientes programados para cirugía. *Ciencia y Cuidado*, 6(1), 19-25.

8. ANEXOS

Anexo I

Período mediato	Período inmediato
<ul style="list-style-type: none">- Recepción del paciente y autorización para su intervención quirúrgica- Participación en el examen clínico- Preparación en la preparación física del paciente- Vigilar frecuencia y características de la eliminación- Aseo personal- Administración de medicamentos- Apoyo emocional y espiritual- Medidas específicas	<ul style="list-style-type: none">- Control y registro de constantes vitales- Preparación física del paciente- Administración de medicamentos pre anestésicos 30 o 45` antes- Realizar las medidas específicas según el tipo de intervención quirúrgica- Traslado del paciente en la camilla a la unidad quirúrgica o sala de operaciones, previa identificación.- Llevar al paciente al personal de enfermería circulante con el expediente clínico completo.

Anexo II: Escala de Hamilton

Items	Criterios para valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche: cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada)
6. Insomnio tardío	0. Ausente

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación. 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición	<ol style="list-style-type: none"> 0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligeramente retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. "Juega" con las manos, cabellos... 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, labios...
10. Ansiedad psíquica	<ol style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle
11. Ansiedad somática	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante

<p>12. Síntomas somáticos gastrointestinales</p>	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal.</p>
<p>13. Síntomas somáticos generales</p>	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Perdida de energía y fatigabilidad.</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido</p>
<p>14. Síntomas genitales</p>	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p>
<p>15. Hipocondría</p>	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas...</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondriacas</p>
<p>16. Pérdida de peso (completar A o B)</p>	<p>A. Según manifestaciones del paciente</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada a l enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida</p> <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1kg en una semana</p>
<p>17. Insign (conciencia de la enfermedad)</p>	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a una mala alimentación, clima, exceso de trabajo...</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>