

**IMPACTO DE UNA INTERVENCION
EDUCATIVA DE ENFERMERIA SOBRE EL
DOLOR POSTOPERATORIO Y ANSIEDAD
PREOPERATORIO**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Sección de Enfermería
Universidad de La Laguna

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Alumno: Néstor Bernardos Reyes

Curso académico: 2018/2019

Tutora: Dra. María del Carmen Arroyo López

Doctora por la Universidad de La Laguna y Profesora Titular de la
Universidad de La Laguna en el Grado en Enfermería

Cotutor: José Ángel Torres Dios

Médico Especialista en Anestesiología y Reanimación

Resumen:

A la hora de ser intervenido en una cirugía, el paciente entrará en un ambiente hostil, en cuanto a desconocido, independientemente del motivo que le haya llevado hasta él, y se verá sometido a estrés tanto físico como psicológico, lo que es un factor que puede provocarle un aumento en el dolor postoperatorio, originando un retraso a la hora de su recuperación y de su alta hospitalaria.

Con este estudio se pretenderá ver si el aporte de información al paciente a su ingreso en el centro hospitalario, como parte rutinaria de la actuación de enfermería, dándole de forma verbal información sobre el proceso quirúrgico y concretamente sobre el tratamiento del dolor en el postoperatorio, tiene o no repercusión sobre el dolor postquirúrgico evaluado, así como la ansiedad.

Se realizará un estudio de cohortes, un grupo recibe información sobre el dolor y otro no, y se utilizarán varias escalas de valoración tanto de dolor como de estrés para ver si hay diferencias significativas entre ambas.

Palabras claves: Dolor, estrés, postoperatorio.

Abstract:

At the time of surgery, the patient will enter a hostile territory, mainly unknown, regardless of the reason that led to it, and will be subjected to stress both physical and psychological, which is a factor that can cause an increase in postoperative pain, causing a delay in recovery and discharge from hospital.

The aim of this study is to see whether the provision of information to the patient upon admission to the centre, as a routine part of nursing practice, giving him verbal data about the surgical process, specifically about the treatment of postoperative pain, has an impact on the post-operative pain, as well as anxiety.

A cohort study will be carried out, one group will receive information about pain and another will not. Several scales will be used to assess both pain and stress to see if there are significant differences between the two groups.

Keywords: Pain, stress, postoperative.

ÍNDICE:

Introducción	1
Marco Teórico	2
Dolor
Ansiedad
Planteamiento del problema de investigación: Hipótesis.....	6
Justificación.....	6
Objetivos	6
Objetivo principal.....	2
Objetivo secundario.....	2
Metodología y diseño del estudio.....	7
Diseño de estudio.....	7
Recogida de datos	8
Consideraciones éticas	9
Recursos, presupuestos y financiación.....	10
Recursos humanos	10
Recursos materiales.....	10
Cronograma	11
Beneficios del proyecto, difusión y explotación de los resultados	12
Conclusión	12
Bibliografía referenciada.....	13
Bibliografía consultada	14
Anexos.....	15

INTRODUCCIÓN:

A lo largo del tiempo, las técnicas quirúrgicas han ido avanzando cada vez más, realizando intervenciones que antes suponían una gran agresión y que ahora tienen una mínima repercusión física para el paciente, pero sobre la readaptación al medio y vida habituales, tanto física como mentalmente tras una cirugía aún no se ha avanzado tanto en comparación a las nuevas técnicas¹.

Durante una intervención, el paciente va a sufrir estrés y ansiedad al ser sometido a diversos procedimientos traumáticos para él, como por ejemplo; inserción de la aguja intravenosa, realización de pruebas complementarias invasivas, y la propia cirugía. Todo ello puede llegar a repercutir en su recuperación postoperatoria, no solo considerando la parte física de la misma, sino teniendo en cuenta el cambio drástico en la vida rutinaria del paciente que supone la inserción en un medio hostil como puede llegar a ser el hospital^{1,3}.

El paciente dentro del mundo hospitalario, siente que pierde el control de su vida, pues tanto sus rutinas como las relaciones personales se ven afectadas por la actividad de los profesionales sanitarios (los médicos y las enfermeras), los restringidos horarios de visitas, el cambio en la alimentación, alteración de los ciclos circadianos, ruido de habitaciones circundantes, etc. Los diferentes patrones de actividad diaria impuestos por el ingreso en el centro sanitario, pueden por consiguiente llevar a la despersonalización, provocando cambios de humor extremos, desde la euforia hasta la aparición de síntomas depresivos, pudiendo ser todos estos factores desencadenantes de un delirio, con la hostilidad y desconexión del medio que le rodea que esto supone¹.

Esta situación puede causar una dificultad en el tratamiento con el paciente y como consecuencia, agravar dichos episodios de alteración ya comentados. Para evitar que llegue a un estado de empeoramiento, el papel de la enfermería cumple una función importante a la hora de mejorar el confort del paciente, tanto física como mentalmente, al irle proporcionando una serie de cuidados cuyos objetivos serán, aparte de aquellos pautados por el médico, prevenir, en todo lo posible, cualquier complicación tanto física como psicológica durante todo el camino de su intervención. Una pieza fundamental de este plan de cuidados de enfermería es la cercanía y la información acerca de todo aquello a lo que va a ser sometido, adaptando la información que se le dará a su nivel de conocimientos y su estado anímico, para que de esa forma llegue de forma más óptima, pudiendo cumplir mejor con su objetivo^{1,2}.

Para alcanzar el máximo confort del paciente, se tiene que abordar de forma integral al paciente quirúrgico según la perspectiva holística del ser humano, esto es, la psicoprofilaxis quirúrgica¹. Con eso en mente se tratará con el paciente los temas que

pueden ocasionarle más ansiedad y miedo, bajo la tutela de un profesional sanitario que es en este caso la enfermera, para lo que habitualmente se sirve de modelos de evaluación validados, recomendándose utilizar el cuestionario STAI, que ayuda a comprender y atender de forma más eficiente el estado de ansiedad. Dicho cuestionario fue elaborado en un principio para investigar el estado de ansiedad en personas sin alteraciones psiquiátricas, pero se vio que es útil en muchos otros casos, y siendo de fácil utilización por cualquier personal sanitario².

Diversos centros sanitarios ya llevan a cabo medidas orientadas, tal y como venimos hablando, a disminuir la ansiedad previa a una estancia programada en el centro, de modo que los pacientes tengan un mayor control sobre el proceso al que se someten, habiéndose demostrado su eficacia con la mejoría de satisfacción en el procedimiento quirúrgico. Así, en el Hospital Universitario La Paz se ha llevado a práctica, como método profiláctico de la ansiedad, la realización de una visita prequirúrgica, dándole a conocer al paciente el lugar, los profesionales sanitarios, el funcionamiento del servicio y cuál será su recorrido durante su ingreso. Los autores de dicho proyecto definen como visita prequirúrgica: “el proceso de personalización de los cuidados entre la enfermera de Quirófano y el paciente y/o familia, previa a una intervención quirúrgica programada, mediante una entrevista personalizada y con los objetivos de proporcionar información y disminuir la ansiedad”⁴.

MARCO TEORICO:

El dolor según es definido por la International Association for the Study of Pain (IASP) es “una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño”⁵. Tiene como función biológica de alarmar al individuo de cualquier daño tisular, como por ejemplo un corte accidental provocando una serie de mecanismos fisiológicos para avisar al organismo, y de esa manera limitar y evitar un aumento del daño⁵.

Para poder diferenciar el dolor de otro estímulo, el organismo presenta unas neuronas especializadas llamadas nociceptores, que pueden distinguir diversos estímulos: mecánicos, térmicos, químicos..., existiendo un umbral a partir del cual la señal pasa de percibirse como inocua a nociva, transformándose dichos mensajes en potenciales de acción que serán transmitidas en las fibras aferentes sensoriales primarias hasta el asta dorsal medular.

Lo anterior encaja en la definición de dolor agudo, a diferencia del dolor crónico, que es aquel dolor, patológico, que deja de cumplir una función fisiológica para el paciente y que se mantiene un plazo superior de entre 3 a 6 meses, pudiendo estar

resuelta incluso la lesión que lo desencadenó, pero persistiendo la señal dolorosa y causando una impotencia en su vida diaria⁶.

Uno de los objetivos de la enfermería en el área quirúrgica es el tratamiento adecuado del dolor postoperatorio, evitando las consecuencias adversas del mismo para el paciente, entre las que encontramos la posibilidad de cronificación del mismo. Para ello hay diferentes ámbitos donde actuar como son la analgesia para tratar el dolor fisiológico, y la preparación y actuación psicológica para el paciente ante un dolor, pues son factores que modulan de forma importante su percepción⁷.

Hay distintas pautas de tratamiento del dolor clasificadas por la OMS en la llamada la escalera analgésica: en el primer escalón se hablaría de los AINES y paracetamol; en el segundo se trataría con los opioides menores como puede ser el tramadol; ya en el tercer nivel se incluirían los opioides mayores como sería la morfina; y en el último escalón se utilizarían técnicas intervencionistas como son los bloqueos centrales⁷. Según Vargas-Schaffer, anuncian varias recomendaciones a la hora de utilizar la metodología de la escalera analgésica⁷:

1. Los analgésicos deben de administrarse de forma oral principalmente.
2. Se deben administrarse en intervalos regulares.
3. Se deben de ajustar el analgésico a su nivel de dolor mediante una valoración del nivel del dolor.
4. Las dosis serán único para cada paciente.
5. Y por último el paciente debe ser informado de su pauta del tratamiento para obtener los resultados esperados.

Sin embargo estas recomendaciones no se adecuan al paciente con dolor agudo postoperatorio, debido a que en esos casos necesitan un control inmediato y rápido junto con un continua evaluación del dolor y formas de administración más directa.

Otra forma que se plantea a la hora de tratar el dolor postoperatorio es el llamado “ascensor analgésico”, que utiliza cuatros niveles del dolor para el tratamiento: en el primer nivel sería un dolor leve, que se trataría con analgésicos no opioides; en el segundo nivel sería un dolor moderado, utilizando opioides menores que se podría combinar con AINES; ya en el tercer nivel se hablaría de un dolor severo, llegando a administrar opioides mayores e incluso bloqueos^{7, 8}.

Ahora con ese planteamiento y a diferencia de la escalera analgésica, el paciente junto con el equipo sanitario, sabiendo el tipo de intervención que se le ha realizado, se podrá ir de forma directa a cualquier nivel de analgésica sin tener que pasar previamente por los otros niveles hasta llegar al adecuado. Con este planteamiento se pretenda obtener resultados óptimos para reducir el nivel del dolor del paciente después

de una cirugía, ya que se va modificando el tratamiento junto con la evolución del nivel del dolor⁸.

A la hora de poder tratar el dolor, unas de las cosas fundamentales que hay que hacer es saber el nivel del dolor del paciente, y es muy importante ya que no todo el mundo tiene la misma experiencia y sensación sobre el dolor. Para poder realizar dicha evaluación y poder tratar al paciente de forma adecuada, hay diferentes tipos de escalas para que el equipo sanitario pueda adaptar el tratamiento a la sensación del sujeto. Una de esas escalas es la llamada “Escala visual analógica (EVA)” (Anexo 1), la más conocida y la más utilizada por todo el mundo por su sencillez tanto para el profesional como para el paciente, que consiste en utilizar como una especie de regla numeral del 0 al 10 donde el paciente asignara su dolor correspondiendo 0 (nada de dolor) y 10 (un dolor insoportable). Unos de los beneficios que puede dar la escala EVA es que se puede utilizar para pacientes en donde están intubados o que le es imposible hablar, al igual que con los niños si se modifica con caras en vez de números⁶. Otras escalas que se puede utilizar es la llamada “Escala numérica verbal” que en ella el paciente de forma verbal, comentaría del 0 (nada de dolor) y 10 (un dolor insoportable); y la “escala de Andersen” que con ella se utiliza para pacientes con cierto nivel de disminución de conciencia, pero hay que entender que a diferencia de las otras escalas, en esta será el profesional el que valore subjetivamente el grado del dolor⁸.

ESCALA DE ANDERSEN	
CRITERIOS	PUNTOS
No dolor	0
Sin dolor en reposo y dolor ligero con movimiento o tos	1
Dolor ligero en reposo y moderado con el movimiento o tos	2
Dolor moderado en reposo y severo con el movimiento o tos	3
Dolor severo en reposo y extremo con movimiento o tos	4
Dolor torturante en reposo	5

Las cirugías torácicas son de las intervenciones más dolorosas, siendo fundamental un adecuado control del dolor para favorecer una pronta recuperación, facilitando la fisioterapia respiratoria, la expulsión de secreciones, una adecuada posición del paciente que haga que la mecánica ventilatoria sea adecuada, contribuyendo así a la

disminución de la incidencia de complicaciones respiratorias postoperatorias tales como las atelectasias, la insuficiencia respiratoria o la neumonía⁹.

Otra de las cosas importante a la hora de valorar el estado del paciente, antes y después de una cirugía para realizar unos cuidados personalizados, es la valoración del estado psicológico (estado de ánimo y expresiones). Ella nos ayuda a detectar posible malestar del paciente en situaciones donde el mismo no se puede comunicar y también en caso de no poder saber el grado de dolor que podrá tener, ya que entre las emociones hay dos que están muy relacionados con el dolor, y es la ansiedad y la depresión¹⁰.

La ansiedad es un factor que influye de forma muy importante con las experiencias con el dolor, ya que pueden modular en gran parte la percepción del paciente del estímulo nociceptivos. Por ejemplo las personas que presentan ansiedad provocarán que los músculos se tensen aún más, amplificando la sensación del dolor, y también a que en ese estado, el paciente se centre más en todas las sensaciones que viene de su cuerpo llegando incluso a confundir diferentes estímulos como dolor¹⁰.

Y la depresión debido a los cambios negativos que tiene sobre el sistema nervioso, causando una disregulación de diversos neurotransmisores a nivel cerebral, muchos de ellos comunes y también implicados en vías de propagación de la sensación del dolor, ya que los canales que transmiten el dolor, coinciden también en la transmisión de la ansiedad y la depresión. También en ese estado provocara el efecto de la visión del túnel, concentrándose aún más en dicha sensación.

Para poder actuar y detectar el estado psicológico del paciente, existen varias escalas de valoración que ayuda a los profesionales de la salud a poder realizar, que son la escala "Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad (STAI)" (Anexo 2) que con ella se intentara detectar el nivel de ansiedad del paciente; constara de 40 preguntas, que se subdividirán en 20 preguntas y tendrá una puntuación total de entre 0 a 60. En esta escala valora dos tipos de ansiedad, la de Rasgo (que busca cómo se siente habitualmente) y la de Estado (que busca cómo se siente en ese momento). Pero hay que tener en cuenta que en la escala STAI presenta ciertas deficiencias a la hora de diferenciar la ansiedad con la depresión y es más útil en pacientes con dolor agudo que en crónicos⁹. Y la otra escala utilizada es la llamada "Inventario de Depresión de Beck (BDI)" (Anexo 3) que constara de 21 puntos que tratara sobre las diferencias características de la depresión, que en cada puntos se puntuaran del 0 al 3 llegando una puntuación total de todos los puntos entre 0-63¹⁰.

Con las dos escaladas nombradas anteriormente, se utilizarían principalmente para valorar al paciente antes de la intervención quirúrgica, por lo que para evaluar al paciente postoperatorio se utilizara la escala "HADS" que consta de 14 puntos donde se

medirán tanto la ansiedad como la depresión, pero se recomienda para pacientes que su estancia en el hospital propase la primera semana desde que se intervino quirúrgicamente.

Con todo esto se pretende que las complicaciones postquirúrgica se reduzcan al máximo, ya que en diferentes estudios se ha mencionado un resultado beneficioso para el paciente por parte de la actuación de la enfermería en el área quirúrgica y de dar de forma correcta la información necesaria al paciente sobre su intervención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION: HIPOTESIS

Se pretende demostrar los beneficios de una actuación de enfermería en la pronta valoración del dolor postoperatorio y la ansiedad antes y después del acto quirúrgico.

JUSTIFICACION:

Con este estudio se pretenderá mejorar la actuación de la enfermería en la zona quirúrgica a la hora de saber identificar y actuar sobre el dolor postoperatorio y la ansiedad en el preoperatorio y las acciones que lo pueden potenciar.

OBJETIVOS:

- Objetivo principal:
 - Valorar la relación entre la actuación de enfermería con la intensidad de dolor postoperatorio, el grado de ansiedad y estrés del paciente.
- Objetivo secundario:
 - Valorar la relación entre la actuación de enfermería y el consumo de analgésicos o necesidad de rescate postoperatorio.
 - Valorar la relación entre la actuación de enfermería con la respuesta hemodinámica postoperatoria.
 - Determinar la duración de la estancia hospitalaria postoperatoria en relación a la cantidad de dolor y requerimiento analgésico.
 - Conocer el grado de ansiedad el día antes de la intervención quirúrgica.
 - Conocer el grado de ansiedad en el postoperatorio no inmediato.
 - Aliviar al menos un 70% del dolor.

METODOLOGIA:

- **Diseño del estudio:**

El tipo de estudio será cuasi-experimental, de cohortes, observacional y prospectivo.

Se establecerán dos cohortes de pacientes, una a la que no se le dará ninguna información sobre el tratamiento de su dolor en el postoperatorio, salvo que lo demande, ni se averiguara el nivel de ansiedad. Y otra cohorte a la que sistemáticamente el profesional de enfermería le explicará verbalmente ayudado de un soporte físico (folleto informativo), las diversas opciones de tratamiento del dolor postquirúrgico y de las sensaciones que éste le cause, así como de las molestias posibles derivadas de su paso por el quirófano (sondaje vesical, drenaje torácico, sonda nasogástrica, etc) y las mediciones del grado de ansiedad utilizando las dos subescalas STAI.

Al no haber demasiados estudios en este campo concreto en revistas de impacto, realizaremos un estudio piloto donde se tomará una muestra no aleatorizada, por conveniencia, incluyéndose el máximo de los pacientes posibles que cumplan los criterios de inclusión durante el tiempo de duración del mismo. Tras el término de dicho periodo se analizarán los datos recogidos y se determinará si el estudio cuenta con la suficiente potencia para alcanzar significación estadística, y así de ser necesario poder continuar el reclutamiento y el estudio, ya sea con un cálculo de tamaño muestral según los resultados preliminares obtenidos o modificando o introduciendo alguna variable, para así poder dar una respuesta con la mayor precisión posible a nuestra hipótesis de trabajo.

- **Sujetos del estudio:**

- **Criterios de inclusión:**

- Pacientes mayores de edad, de ambos sexos.
- Ingreso programado el día anterior a intervención quirúrgica de cirugía torácica excluyendo la cirugía cardiaca.
- Dar consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión:**

- Menores de edad.
- Pacientes con cirugía previa en el tórax.
- Pacientes en seguimiento en unidades de dolor crónico.
- No prestar consentimiento informado.
- Cirugía cardiaca.

- **Criterios de retirada del estudio:**

- Necesidad de intubación orotraqueal y sedoanalgesia en el postoperatorio inmediato.
- Retirada de su consentimiento en cualquier momento.
- Reclutamiento, ámbito y duración del estudio:

El tiempo del estudio será dependiente del tamaño muestral, teniendo en cuenta que en la Unidad de Reanimación Postanestésica se atienden anualmente a 208 pacientes operados de cirugía torácica.

Vamos a utilizar la siguiente fórmula para el tamaño muestral, considerando que busquemos al menos un alivio del 70% (EVA 3), en pacientes que no reciben información, y considerando significativo un alivio del 90% (EVA 1) en el grupo sobre el que se interviene dando información.

$$n = \frac{[Za * \sqrt{2p(1-p)} + Zb * \sqrt{p1(1-p1) + p2(1-p2)}]2}{(p1 - p2)2}$$

Realizando los cálculos de la muestra arroja un resultado de 98 pacientes anuales, que se seleccionaran 49 pacientes para los 6 meses, por lo que al final serán 25 pacientes a los que no se le darán ninguna información en los primeros 3 meses y otros 25 que se le entregaran toda la información en los últimos 3 meses. La recogida de datos del primer grupo de cohorte empezaría en Septiembre y acabaría en Diciembre, y el segundo grupo empezaría en Enero y finalizaría en Marzo.

Los pacientes que cumplan criterios de inclusión, serían reclutados a su ingreso hospitalario, una vez ya en planta, les sería solicitado el consentimiento informado.

El ámbito del estudio será el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

- Variables y tipo:
 - Principales:
 - Dolor según escala EVA: al ingreso, a las 2h de ingreso en URPA, a los 7 y 15 días de postoperatorio.
 - Resultado cuestionario STAI: al ingreso, a las 2h de ingreso en URPA, a los 7 y 15 días de postoperatorio.
 - Recepción de información acerca del tratamiento de su dolor en el perioperatorio.
 - Secundarias:
 - Necesidad de rescate analgésico pautado.

- Necesidad de rescate analgésico por analgesia no efectiva tras medicación pautada por facultativo.
- Tiempo de ingreso en URPA y hospitalario.
- Tipo de cirugía torácica.
- Edad.

En las principales se trataría de una variable cualitativa ordinal en los casos de las escalas, y en las ideas secundarias una variable cuantitativa discreta.

- Solicitud de permiso:

La solicitud de permiso para la realización del estudio se hará a la Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y además se solicitará el vº Bº al Comité de Ética de Investigación Clínica.

- Recogida de datos:

Se utilizarán el cuestionario EVA sobre la valoración del dolor y la STAI de la ansiedad durante la etapa preoperatoria y postoperatoria inmediata y no inmediata, justamente antes de la intervención quirúrgica y después de la cirugía, en el momento de que pueda contestar. Los datos serán recolectados antes de la cirugía una vez ingresado a la planta, a las dos horas de ingreso en la unidad de recuperación postanestésica, a los 7 y a los 15 días de su intervención en dos fases de la no inmediata.

Los datos serán recogidos mediante entrevista personal con el paciente, el tiempo de la realización de la escala será aproximadamente de unos 30 minutos, en el caso de haber sido dado de alta el paciente, será llamado telefónicamente. En el caso para valorar el nivel de ansiedad, será aproximadamente el tiempo de que el paciente nos realice la escala.

- Consideraciones éticas:

El estudio se realizará en conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia en 1964 y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Tokio (2004), Seúl (2008), Brasil (2013); y las Leyes y Reglamentos vigentes en Europa y España¹¹.

El paciente debe otorgar su consentimiento antes de ser admitido en el estudio clínico. El investigador explicará la naturaleza, propósitos y posibles consecuencias del estudio, de una manera comprensible al paciente.

El sujeto del estudio otorgará su consentimiento, firmando el modelo correspondiente que también deberá llevar la firma del investigador. En los Anexos XXX, se adjunta una copia del modelo de consentimiento informado, así como de la hoja de información al paciente. El investigador no iniciará ninguna investigación correspondiente al estudio hasta que haya obtenido el consentimiento del paciente¹¹.

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes participantes en el estudio, sólo tendrán acceso a los mismos el investigador y su equipo de colaboradores, realizará las tareas de monitorización el Comité Ético de Investigación y las Autoridades Sanitarias.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) ¹¹.

RECURSOS, PRESUPUESTO Y FINANCIACIÓN:

- Recursos humanos:
 - El encargado de la recogida de datos será el investigador principal, con los colaboradores del estudio.
 - También es necesaria un colaborador experto en conocimientos de análisis estadístico, que ayudaría en el proceso de análisis de los resultados obtenidos.
- Recursos materiales:
 - Impresora.
 - Bolígrafos, folios, archivador.
 - Teléfono.
- Presupuesto:
 - El investigador principal no obtendría beneficios económicos.
 - Los colaboradores de la investigación serán reconocidos en la investigación como tal.
 - El técnico en análisis estadísticos estará incluido como colaborador del estudio.
- Financiación:
 - El investigador principal será quién se encargue de los gastos con un total de 100€ aproximadamente.

CRONOGRAMA:

Meses Actividades	2019 Abril- Mayo- Junio	Julio- Agosto	Septiembre- Noviembre- Diciembre	2020 Enero- Febrero- Marzo	Abril	Mayo	Junio
Duración prevista: 1 año y 2 meses							
Revisión bibliográfica							
Planteamiento de la hipótesis de trabajo							
Redacción del proyecto							
Autorización del comité ético							
Constitución equipo de investigación							
Preparación de documentos para inicio							
Recogida datos primera cohorte							
Recogida datos segunda cohorte							
Análisis de datos							
Redacción y presentación de resultados							

BENEFICIOS DEL PROYECTO, DIFUSIÓN Y EXPLOTACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Con los resultados que se espera conseguir en la investigación, esperamos mejorar la atención sanitaria por parte de enfermería hacia los pacientes a la hora de sus intervenciones quirúrgicas, optimizando el uso de los recursos de que disponemos, siempre limitados en mayor o menor medida, de forma que podamos aumentar la población diana beneficiaria de estos, sin que ello repercuta sobre la calidad de la atención realizada. Y de disminuir a lo máximo posible los días de ingreso en el hospital y de repercusiones negativas como puede ser el deterioro de la cicatrización, aumento de las posibilidades de tener infecciones, depresión, etc....

Si los resultados son los esperados, se plantearía realizar un protocolo en los hospitales para mejorar la atención de las enfermeras del área quirúrgica.

CONCLUSION:

Se espera que con los resultados de la investigación que el aporte de la información y preparación del paciente reduzca el nivel del dolor postquirúrgico y la duración del ingreso en el hospital.

Dichos resultados ayudaría a desarrollar un nuevo protocolo, ayudando de esa manera a los pacientes en su pronta recuperación y disminuyendo e identificando los factores de riesgo, que pueda provocar un estrés para el cuerpo más de los límites establecidos por la propia intervención. También ayudara a la hora de realizar unos cuidados más personales para el paciente.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA:

1. Chirveches E, Arnau A, Soley M, Rosell F, Clotet G, Roura P, et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enferm Clin.*2006;16(1):3-10.
2. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. STAIA Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo [Internet]. *Web.teaediciones.com*. 2015 [cited 24 February 2019]. Available from: <http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/STAI-Manual-Extracto.pdf>
3. León, F., Vinaccia, S., Quiceno, J., Montoya, B., León, F., Vinaccia, S., Quiceno, J. and Montoya, B. (2019). *PSYCHOLOGICAL PREPARATION FOR SURGERY: SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE*. [online] *Scielo.org.co*. Available at: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862016000200073&lng=en&nrm=iso&tlng=es [Accessed 5 Feb. 2019].
4. Ciércoles Prado J, Mur González N, del Hierro Marques A, Moreno Juan A, Montoya Sánchez P, Pastor Perales L. Proyecto de Visita Preoperatoria de Enfermería [Online]. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. [fecha de acceso: 26 de Febrero de 2019]. URL disponible: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/DB2955BE-57F6-41F4-9C4F-F84B5BD6995F/cd89bcf7-4219-4d46-b222-d93d3d4e7316/cd89bcf7-4219-4d46-b222-d93d3d4e7316.pdf>
5. IASP Terminology - IASP [Internet]. *iasp-pain.org*. 2019 [cited 26 February 2019]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>.
6. Catala E. Manual de Tratamiento del Dolor. 2nd ed. Publicaciones Permanyer; 2008.
7. Vera Garcia M. LA DECADENCIA DE LA ESCALERA ANALGÉSICA FRENTE A LA EFECTIVIDAD DEL ASCENSOR ANALGÉSICO. *RevistaEnfermeríaCyL*. 2014;CyL Vol 6 - Nº 1.
8. Torres LM, Calderón E, Pernia A, Martínez-Vázquez J, Micó, JA. “De la escalera al ascensor”. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2002; 5: 289-290. (Acceso 23 de noviembre de 2012). Disponible en: <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=166>
9. Sastre Rincón J. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR TRAS CIRUGÍA TORÁCICA MEDIANTE ANALGESIAEPIDURAL. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* [Internet]. 2002 [cited 16 May 2019];:109-111. Available from: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_11_60.pdf

10. Monsalve Dolz V. Algunos instrumentos psicométricos utilizados en la evaluación del paciente con dolor. Valencia: Consorcio Hospital General Universidad de Valencia; 2019.
11. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Wma.net. 1964 [cited 23 April 2019]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

1. Reyes Fierro A., de la Gala García F., Garutti I. Postoperative pain: multimodal analgesia. Patología del Aparato Locomotor. [Online] 2004; [fecha de acceso: 5 de Febrero de 2019] 2 (3): 176- 188. URL disponible en: <http://fundacionmapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-locomotor/vol02-n3-art3-dolor-postoperatorio.pdf>
2. Font Calafell A, et al. Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria. Enferm Clin. 2011.

ANEXOS:

- Anexo 1: Escala visual analógica (EVA)



- Anexo 2: Escala STAI
 - STAI-Rasgo

		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	
1	Me siento bien	0	1	2	3	
2	Me canso rápidamente	0	1	2	3	
3	Siento ganas de llorar	0	1	2	3	
4	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3	
5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3	
6	Me siento descansado	0	1	2	3	
7	Soy una persona tranquila, serena, sosegada	0	1	2	3	
8	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3	
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3	
10	Soy feliz	0	1	2	3	
11	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3	
12	Me falta confianza en mi mismo	0	1	2	3	
13	Me siento seguro	0	1	2	3	
14	No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3	
15	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3	
16	Estoy satisfecho	0	1	2	3	
17	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3	
18	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3	
19	Soy una persona estable	0	1	2	3	
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso, agitado	0	1	2	3	

- STAI-Estado

		Nada	Un poco	Bastante	Mucho	
1	Me siento calmado	0	1	2	3	
2	Me siento seguro	0	1	2	3	
3	Estoy tenso	0	1	2	3	
4	Estoy contrariado	0	1	2	3	
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3	
6	Me siento alterado	0	1	2	3	
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3	
8	Me siento descansado	0	1	2	3	
9	Me siento angustiado	0	1	2	3	
10	Me siento confortable	0	1	2	3	
11	Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3	
12	Me siento nervioso	0	1	2	3	
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3	
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3	
15	Estoy relajado	0	1	2	3	
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3	
17	Estoy preocupado	0	1	2	3	
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3	
19	Me siento alegre	0	1	2	3	
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3	

- Anexo 3: Inventario de Depresión de Beck

1	<ul style="list-style-type: none"> 0. No me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo 	12	<ul style="list-style-type: none"> 0. No he perdido el interés por los demás 1. Estoy menos interesado en los demás que antes 2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás 3. He perdido todo interés por los demás
2	<ul style="list-style-type: none"> 0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro 1. Me siento desanimado respecto al futuro 2. Siento que no tengo que esperar nada 3. Siento que el futuro es desesperanzado y las cosas no mejorarán 	13	<ul style="list-style-type: none"> 0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho 1. Evito tomar decisiones más que antes 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes 3. Ya me es imposible tomar decisiones
3	<ul style="list-style-type: none"> 0. No me siento fracasado 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas 2. Cuando miro hacia atrás sólo veo fracaso tras fracaso 3. Me siento una persona totalmente fracasado 	14	<ul style="list-style-type: none"> 0. No creo tener peor aspecto que antes 1. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo 2. Siento que se han producidos cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo 3. Creo que tengo un aspecto horrible
4	<ul style="list-style-type: none"> 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes 1. No disfruto de las cosas tanto como antes 2. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas 3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo 	15	<ul style="list-style-type: none"> 0. Trabajo igual que antes 1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo 2. Tengo que obligarme mucho para hacer todo 3. No puedo hacer nada en absoluto
5	<ul style="list-style-type: none"> 0. No me siento especialmente culpable 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones 	16	<ul style="list-style-type: none"> 0. Duermo tan bien como siempre 1. No duermo tan bien como antes 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir 3. Me despierto varias horas antes

	3. Me siento culpable constantemente		de los habitual y no puedo volverme a dormir
6	0. No creo que este siendo castigado 1. Siento que quizá pueda ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que estoy siendo castigado	17	0. No me siento más cansado de lo normal 1. Me canso más que antes 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada
7	0. No estoy decepcionado de mí mismo 1. Estoy decepcionado de mí mismo 2. Me avergüenzo de mí mismo 3. Me detesto	18	0. Mi apetito no ha cambiado nada 1. No tengo tan buen apetito como antes 2. Ahora tengo mucho menos apetito 3. He perdido completamente el apetito
8	0. No me considero peor que cualquier otro 1. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores 2. Continuamente me culpo por mis faltas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede	19	0. Últimamente he perdido poco pero o no he perdido nada 1. He perdido más de 2 kilos 2. He perdido más de 4 kilos 3. He perdido más de 7 kilos
9	0. No tengo ningún pensamiento de suicidio 1. A veces pienso en suicidarme pero no lo considero 2. Desearía suicidarme 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad	19 b	Estoy bajo dieta para adelgazar 1. Si 2. No
10	0. No lloro más de lo que solía 1. Ahora lloro más que antes 2. Lloro continuamente 3. Antes era capaz de llorar pero ahora no puedo incluso aunque quiera	20	0. No estoy más preocupado por mi salud que lo normal 1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento 2. Estoy preocupado por mi problema físico y me resulta difícil pensar en cualquier cosa 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa

11	<ol style="list-style-type: none">0. No estoy más irritado de lo normal en mí1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes2. Me siento irritado continuamente3. No me irrito en absoluto por las cosas que antes solía irritarme	21	<ol style="list-style-type: none">0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo1. Estoy menos interesado por el sexo que antes2. Estoy mucho menos interesado por el sexo3. He perdido totalmente mi interés por el sexo
----	---	----	---