



Universidad
de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud

**Relación entre ansiedad perioperatoria y
dolor postoperatorio de pacientes
intervenidos por Carcinoma de Páncreas en
el CHUC.**

Tania Fariña Padrón

Grado en Enfermería

Curso 2014 - 2015

Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad de La Laguna

**AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL
TRABAJO FIN DE GRADO**

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Título del Trabajo Fin de Grado

Relación entre ansiedad perioperatoria y dolor postoperatorio de pacientes
intervenidos por Carcinoma de Páncreas en el CHUC.

Autor/a:

Nombre y apellidos del alumno/a

Tania Fariña Padrón

Firma del alumno/a



Tutor/a:

Nombre y apellidos del tutor/a

M^a Lourdes Fernández López

V^o. B^o del Tutor/a:



La Laguna a 2 de Junio de 2015

Resumen:

La ansiedad es un sentimiento que cualquier persona puede presentar en respuesta a situaciones de amenaza, siendo muy frecuente en los pacientes hospitalizados ya que se encuentran frecuentemente ante situaciones que pueden ser percibidas como una amenaza. La presencia o incremento de esta vivencia puede aumentar la percepción del dolor, siendo éste un factor que puede, a su vez, influir negativamente en la recuperación del paciente. Con este estudio proponemos evaluar la relación existente entre la ansiedad pre y postoperatoria, y la percepción del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía por carcinoma de páncreas mediante laparotomía, a lo largo de un periodo de seis meses, en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Para ello se ha diseñado un estudio de intervención y seguimiento de tipo cuantitativo. A los pacientes incluidos en el estudio se les administrarán como instrumentos de medida un cuestionario ad hoc, el STAI-E para medir los niveles de ansiedad y el EVN para determinar el nivel de dolor percibido. Se solicitará permiso a la institución y se garantizará la voluntariedad y anonimato de la participación.

Palabras claves:

Ansiedad, pacientes quirúrgicos, preoperatorio, postoperatorio, dolor, enfermería

Abstract:

The anxiety is a feeling that any person can present in response to situations of threat, being very frequent in the hospitalized patients who are frequently before situations that can be perceived as a threat. The presence or increase of this experience can increase the perception of the pain, being this a factor that can influence negatively, in turn, the recovery of the patient. With this study we propose to evaluate the existing relation that exists between the pre and postoperative anxiety, and the perception of the postoperative pain of the patients subjected to surgery for pancreas cancer by laparotomy, along a period of six months in the University Hospital of Canaries. For it, there has been designed a study of intervention and monitoring, of quantitative type. To the patients included in this study who will be given as instruments of measure an ad-hoc questionnaire, a STAI-State for measuring anxiety levels and the EVN to determine the perception of pain level. We will ask for to the institution and we will guarantee the willfulness and anonymity of the participation.

Key words:

Anxiety, surgery patients, pre-operative, post-operative, pain, nurse

Índice:

Pág.

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1. Ansiedad	1
1.2. Dolor.....	5
1.3. Justificación del Proyecto de Investigación.....	7
2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	8
2.1. Objetivos	8
2.2. Material y métodos	8
2.2.1. Diseño.....	8
2.2.2. Muestra.....	8
2.2.3. Variable e instrumentos de medida.....	9
2.2.4. Procedimiento.....	9
2.3. Análisis estadístico	10
2.4. Cronograma:.....	10
2.5. Presupuesto:	11
3. BIBLIOGRAFÍA:	11
4. ANEXOS	14
4.1. Entrevista ad hoc.....	14
4.2. Solicitud de autorización a la institución.....	15
4.3. Consentimiento informado	16
4.4. Escala visual analógica (EVA).	17
4.5. Escala valoración numérica (EVN).	17
4.6. Escala de valoración de la ansiedad de Spielberger (STAI-ESTADO)	18

1. MARCO TEÓRICO

La ansiedad es un estado emocional que cualquier persona puede experimentar. Surge ante determinadas situaciones que el individuo interprete como amenaza o que requiera un esfuerzo de adaptación. Estas situaciones generadoras de ansiedad y estrés suelen ser frecuentes en los pacientes hospitalizados, destacando entre ellos a los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente; es posible que un manejo adecuado y específico de estos casos se traduzca en una reducción de los niveles de ansiedad, y que, por tanto, reduzca también los efectos negativos de la misma. Esto podría disminuir los niveles de dolor percibido, la demanda de analgesia, los días de hospitalización, etc., lo cual redundaría en un menor gasto sanitario y una mayor satisfacción del paciente con la asistencia recibida.

1.1. Ansiedad

La ansiedad es una respuesta fisiológica al estrés que el individuo desarrolla para adaptarse a situaciones de amenaza, desarrollándose sentimientos de tensión, nerviosismo, temor. Cualquier persona puede presentarla de forma transitoria o crónica, siendo sus síntomas más habituales sequedad de la boca, palpitaciones, vómitos, escalofríos, aumento de la tensión arterial.^{1, 2, 3}

Para evaluar la ansiedad existen diferentes escalas como el DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale), la Escala Visual Análoga de Ansiedad,... Las más utilizadas son la Escala de Hamilton¹ y la Escala de Valoración de la Ansiedad de Spielberger (STAI). Esta última es un instrumento que se divide en dos partes, una para medir la ansiedad-rasgo (AR), característica de la persona, y otra para medir la ansiedad-estado (AE), relacionada con el afrontamiento de una nueva situación. Cada parte está formada por 20 preguntas en las que se mide el grado de ansiedad que puede variar en un rango de 0 a 60. No existen puntos de corte, sino que las puntuaciones obtenidas se dividen por centiles en función del sexo y la edad. Si se obtienen valores elevados de AR equivale a una personalidad ansiosa y valores altos de AE indicaría un grado alto de ansiedad situacional.⁴

La ansiedad dentro del entorno hospitalario hay que considerarla desde un punto de vista global del paciente, pero que viene determinada por diferentes factores dentro de los cuales podemos diferenciar factores físicos, psíquicos, sociales y espirituales, que podrían estar actuando como intermediarios, protectores o coadyuvantes de la ansiedad.

El factor físico sería la amenaza que experimenta el individuo en las actividades de rutina hospitalaria, como son la pérdida de la integridad cutánea, la privación del sueño, la inmovilidad. El factor psíquico es el que más influye en la ansiedad que experimenta el paciente, ya que la ansiedad surge al tener que confrontar situaciones desconocidas que no se sabe cómo van a evolucionar y de la pérdida de su intimidad.

Por otra parte, un adecuado apoyo familiar (factor social), que proporcione cariño y comprensión de las diferentes situaciones y sentimientos del paciente, al igual que la espiritualidad (factor espiritual), pueden ayudar a obtener mejores resultados en el afrontamiento de este sentimiento de incomodidad.⁵

A la ansiedad del paciente hospitalizado se puede añadir la ansiedad derivada de circunstancias específicas de la hospitalización, como puede ser el tener que someterse a una intervención quirúrgica. Estas situaciones pueden provocar malestar psíquico y físico que surge por la sensación de peligro inmediato y puede variar desde la inquietud hasta el pánico¹. En numerosas ocasiones esto se debe al aislamiento que sufre el paciente de su medio⁶ y por desconocer lo que le sucederá. Además, la intensidad de la ansiedad viene determinada por diversos factores muy influyentes, como la incertidumbre que genera la intervención con respecto al futuro, la magnitud de la misma, la gravedad de la enfermedad, la duración de periodo preoperatorio, los antecedentes familiares, el miedo al dolor postoperatorio, la pérdida de la independencia, experiencias anteriores y el miedo a morir.^{2, 7, 5}

Un diagnóstico de ansiedad y la presencia de niveles elevados de la misma en pacientes quirúrgicos ha sido tema de diferentes estudios.⁵ Yilmaz M et al, y Martín Crespo Blanco MC et al, dicen que aproximadamente un 80% de los pacientes padecen ansiedad y estrés ante procesos quirúrgicos.^{3, 6}

Según Valenzuela Millán J et al, un 76% de los pacientes estudiados padecieron ansiedad preoperatoria. Los factores asociados a un mayor riesgo de ansiedad que encontraron fueron el sexo femenino (70%) y un alto nivel de estudios (13%). Hay que tener presente también las horas de sueño del paciente antes de la intervención ya que es una variable importante de la ansiedad. Un 29% de los pacientes estudiados tuvieron una mayor ansiedad al haber dormido entre tres y cuatro horas antes de la cirugía. Sin embargo, en pacientes que habían dormido entre siete y ocho horas antes de la cirugía se detectó menores niveles de ansiedad (11%).¹

El último factor a tener en cuenta es la capacidad subjetiva del paciente para afrontar esta ansiedad. La mayoría de las veces este factor no se tiene presente y puede

generar complicaciones, influyendo de manera negativa en la inducción anestésica o en el proceso de recuperación, reduciendo con ello la satisfacción de la experiencia del paciente.⁷ También se ha demostrado que la ansiedad está asociada al riesgo de desarrollar ciertas patologías como HTA o como factor de riesgo para la sobremortalidad cardiovascular, además de estar ligada con la intensidad del dolor.⁸

La falta de comunicación entre el paciente-familia y el personal sanitario tiene un papel muy importante en el desarrollo de la ansiedad. Proporcionar apoyo e información es una de las funciones más importantes de la enfermera durante el periodo perioperatorio para potenciar la expresión de sentimientos y emociones.⁶

En la unidad quirúrgica cada día es más importante el papel de la enfermera debido a la necesidad de obtener una visión global del proceso y a su vez, individualizando a cada paciente y familia para satisfacer sus necesidades.^{2, 9} Para conseguir este objetivo se introducen innovaciones en la manera de aplicar los cuidados, cambiando el término “enfermera quirúrgica” por el de “enfermera perioperatoria”. Esta última se centra en todo el proceso quirúrgico, antes, durante y después de la intervención¹⁰, estando dentro de sus funciones, identificar los factores estresantes del paciente y aplicar los cuidados necesarios para disminuir esta intranquilidad que afecta las funciones del organismo⁶.

Chirveches E et al, expone en su estudio que la incorporación de la visita enfermera en el periodo prequirúrgico ayudaría a los pacientes en el afrontamiento de los cambios constantes y los sentimientos de miedo que surgen en los diferentes periodos quirúrgicos, mediante la proporción de información y la aplicación de cuidados centrados en cubrir todas las necesidades del paciente.¹⁰

El aporte de información antes de las cirugías a los pacientes ha originado debate en diferentes estudios. Por un lado, Gavito MD et al, pone en duda si el aporte de información previa beneficia a los pacientes o hace que se incremente el estrés “*al sentirse agobiados con tanta información o con la información que no desean escuchar*”¹¹. Sin embargo, Gordillo León F et al, opina igual que Chirveches E, citando el siguiente estudio:

220 pacientes operados por diferentes patologías (urología, cirugía de mama y endocrina, y cirugía digestiva), se les aplicó una prueba para la evaluación de estado mental (MMSE: Mini Mental State Examination), otra para medir la ansiedad (STAI: State-Trait Anxiety Inventory), un cuestionario de personalidad (EPI: Eysenck Personality Inventory) y un cuestionario general de evaluación de actitud del paciente hacia el

proceso de consentimiento informado (cuestionario general CI). Los resultados obtenidos fueron: 82,3% de los pacientes dijeron que no habían sentido ansiedad al recibir información médica, frente al 16,8% que afirmaron ponerse nerviosos y el 0,9% restante afirmaron haber estado mucho. El 87,7% dijo preferir saber en todo momento lo que les pasaba y lo que les iban hacer. El 91,3% de los pacientes que puntuaron alto en el STAI-Estado no recibieron información alguna por parte del médico sobre la intervención a la que iban a ser sometidos. Por otra parte, el 93,3% de los sujetos a los que se les explicó en qué consistiría la intervención puntuaron normal o bajo en la STAI-Rasgo.⁵

Según los resultados del estudio anteriormente citado existe un mayor interés por obtener información previa a la intervención por pacientes mayores de 50 años y en especial, por el sector femenino. Coincidiendo todos ellos en la importancia de una adecuada entrevista prequirúrgica.¹¹

Entre los métodos para disminuir la ansiedad podemos encontrar medidas farmacéuticas, como la administración de diazepam 2mg vía oral antes de la cirugía ¹² y no farmacéuticas, como son el aporte de información, escuchar música, realizar alguna actividad religiosa y espiritual, la visita de familiares que muestran apoyo al paciente.³ En el estudio que realizaron Rahmani H et al, comprobaron que existe una diferencia muy pequeña en la disminución de la ansiedad entre los pacientes que recibieron medidas farmacológicas frente a los no las recibieron (figura 1, 2). Además, podemos apreciar que ambos grupos presentaron una menor ansiedad tras la intervención debido a la educación sanitaria que se les dio con anterioridad.¹²

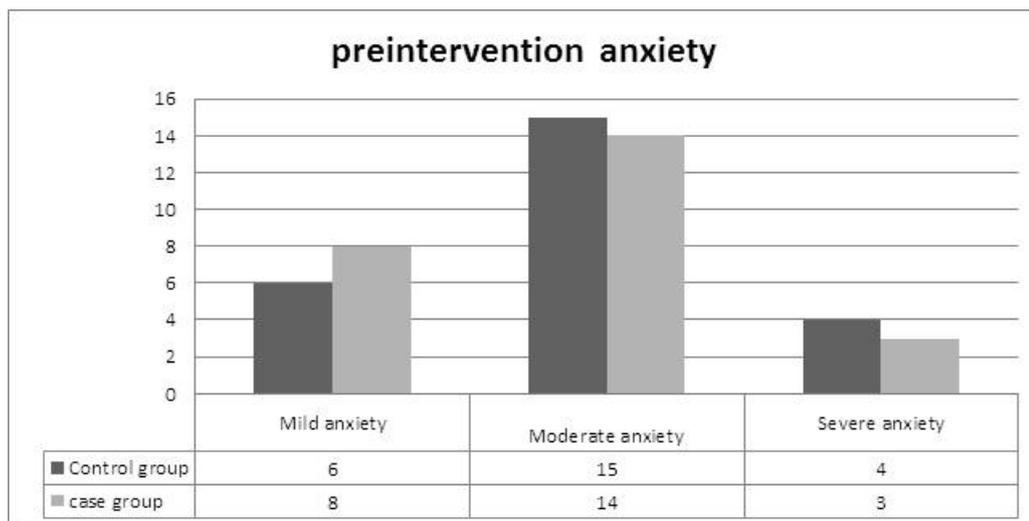


Figura 1. Ansiedad antes de la intervención

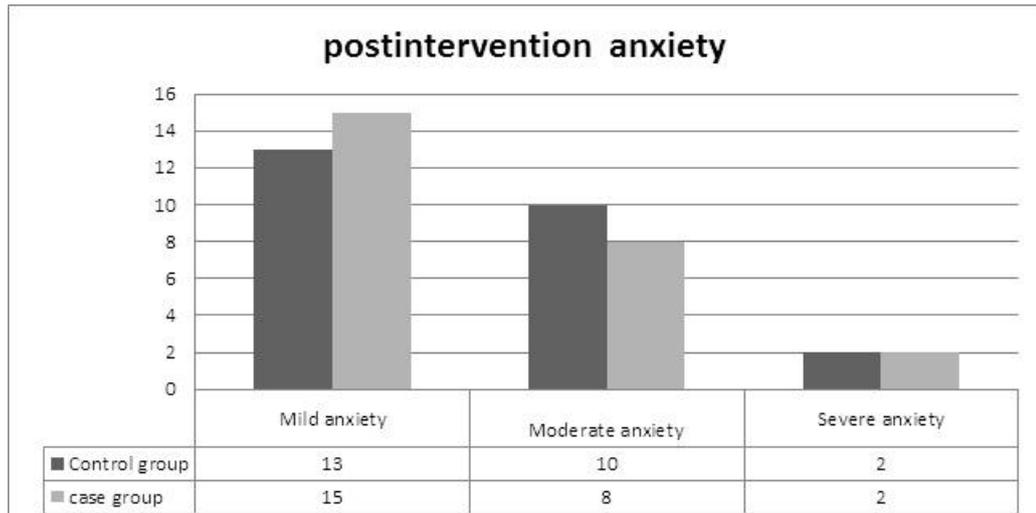


Figura 2. Ansiedad después de la intervención

Por otro lado, hay que destacar que las personas diabéticas tienen niveles mayores de ansiedad⁸ y que los fumadores presentan un mayor riesgo de padecer una elevada ansiedad perioperatoria debido a la influencia de los síntomas de abstinencia de la nicotina.⁷

1.2. Dolor

A nivel internacional, se ha identificado el dolor como un problema de salud pública al presentarlo entre el 45 y el 94% de los pacientes ingresados. Estos datos tan significativos han hecho que se publiquen diversas recomendaciones para su abordaje. Entre ellas podemos encontrar algunas que se centran en su tratamiento y prevalencia, y otras que están enfocadas hacia un tratamiento global del dolor, incluyendo un factor esencial para el correcto abordaje del mismo, como es la información y educación del paciente sobre la importancia del tratamiento y la valoración del dolor.^{13, 14}

El dolor más frecuente en los hospitales, además de ser el más relacionado con la ansiedad, es el dolor postoperatorio. Según una encuesta realizada en once hospitales españoles por la Sociedad Española del Dolor (447 pacientes), el 68% de los entrevistados padeció dolor postoperatorio en la primera hora.^{14, 15}

En varios estudios se demuestra que el dolor provoca limitaciones en el desarrollo de actividades de la vida diaria, citando valores entre 60 y 70% de los pacientes estudiados.¹⁴ Por ello, su alivio tiene una gran importancia en la calidad de vida de los enfermos, al obtener beneficios como la mejora de las condiciones generales, una recuperación más rápida y con ello una disminución del tiempo de ingreso hospitalario.¹³

A pesar de los diferentes enfoques que se han puesto en marcha para obtener un alivio del dolor los resultados obtenidos no son muy buenos. Este hecho puede ser causado por la falta de formación continuada de los profesionales sanitarios para saber identificar y administrar un tratamiento adecuado lo antes posible al paciente quirúrgico, junto con la falta de educación e información a los pacientes sobre el dolor y su manejo.¹⁶ Un 76% de los encuestados por la Asociación Española de Cirujanos refieren no recibir una formación para el dolor postoperatorio cuando la mayoría desearían recibirla.^{14, 15}

Actualmente, la incidencia del dolor postoperatorio está disminuyendo gracias a la incorporación de las Unidades de Dolor Agudo (UDA), que basan su actuación principalmente en estándares de diferentes programas de control del dolor, como el de conseguir que presenten dolor intenso tras la intervención menos del 5% de los pacientes, propuesto por National Health Service en 2002.^{15, 17}

Para evaluar el dolor es necesario el uso de escalas como son la escala visual analógica (EVA) (anexo 8.4) o la escala verbal numérica (EVN) (anexo 8.5), siendo ambas fáciles de comprender por los usuarios.

En varios de los artículos revisados se menciona la existencia de una conexión entre la ansiedad y la percepción de dolor postoperatorio^{1, 3, 7, 9}. Así por ejemplo, un correcto apoyo social puede hacer disminuir el nivel de ansiedad. Es el caso de los pacientes casados que reciben un gran apoyo social por parte de su pareja haciendo que disminuya la ansiedad y con ello, el consumo de analgésicos para controlar el dolor.³

Esta conexión entre ansiedad y dolor postoperatorio puede favorecer un incremento del riesgo de la cirugía, la necesidad de utilizar más analgésicos, una mayor estancia hospitalaria y todo ello, un aumento de los costes sanitarios.¹ Para Carranque Chaves GA et al, el dolor está influenciado por la ansiedad de manera incuestionable, diciendo que todos los modelos que explican la neurofisiología del dolor incluyen para su comprensión elementos emocionales de gran importancia. Añade también que una forma de expresar el estrés emocional de una situación es el dolor.¹⁸

En esta línea se sitúa también el trabajo de Caumo W et al, *Risk factors for postoperative anxiety in adults*, donde expone que es probable que la ansiedad postoperatoria cause dolor, ya que los pacientes que estaban más ansiosos en el periodo preoperatorio mostraron aproximadamente 2,6 veces un mayor riesgo de padecer un alto nivel de ansiedad postoperatorio asociado con mayores niveles de dolor, produciendo una mayor demanda de analgesia.⁷ Es decir, queda constancia de la relación entre dolor postoperatorio y ansiedad preoperatoria.

1.3. Justificación del Proyecto de Investigación

Basándonos en los estudios revisados, podemos afirmar que el aumento de la ansiedad activa la tensión y el dolor, siendo estos factores que pueden afectar adversamente la recuperación del paciente.¹⁰

Además, las diferentes respuestas fisiológicas que se desarrollan debido a la ansiedad se producen en el sistema nervioso central, sistema endocrino y sistema inmunológico, ocasionando la depresión del sistema inmune a través de la hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis, haciendo que aumente la vulnerabilidad frente a enfermedades y aumentando así el riesgo de complicaciones.³ Por ejemplo, podría aumentar el tiempo de intubación, aumentar la carga de trabajo cardiovascular, retrasar el proceso de cicatrización de las heridas.⁹

Aunque los resultados de los diferentes trabajos no son todos ellos coincidentes, sí parecen apuntar mayoritariamente al hecho de que dar la información pertinente previa a la intervención quirúrgica, reduciría los niveles de ansiedad y, por tanto, la percepción del dolor. Secundariamente, y basándonos en los resultados de los estudios, se podría esperar que los pacientes tuviesen una menor necesidad de analgesia postquirúrgica y un mejor y más rápido periodo postoperatorio.

Con esta investigación queremos valorar el efecto de una intervención prequirúrgica específica, consistente en la realización de una sesión informativa, en aquellos pacientes que van a ser sometidos a cirugía por carcinoma (CA) de páncreas. Esta intervención forma parte de los cuidados de enfermería, y debería enmarcarse en la labor específica de la enfermera perioperatoria. De constatarse el efecto positivo de la intervención prequirúrgica en cuestión sobre los niveles de ansiedad y percepción del dolor, se haría más evidente aún la necesidad de la figura de enfermera periquirúrgica, lo cual, en última instancia mejoraría los cuidados de enfermería.

2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos

1.- Evaluar la relación existente entre ansiedad pre y postoperatoria, y percepción del dolor postoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía no ambulatoria por CA de páncreas mediante laparotomía, en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias durante el periodo comprendido entre Julio y Diciembre de 2015.

2.- Comparar niveles de ansiedad postoperatoria y de percepción del dolor entre los pacientes que han recibido sesión informativa previa a la intervención, con aquellos que no han recibido dicha intervención.

2.2. Material y métodos

2.2.1. Diseño

Estudio de intervención y seguimiento de tipo cuantitativo.

2.2.2. Muestra

La muestra estará constituida por todos aquellos pacientes que ingresen de forma programada para ser intervenidos quirúrgicamente por CA páncreas mediante laparotomía en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), a lo largo de un periodo de 6 meses, que cumplan con los criterios de inclusión y no estén afectados por los criterios de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes sin tratamiento ansiolítico previo, ni estar afectos de patología psiquiátrica diagnosticada.
- Edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Pacientes que acepten voluntariamente la participación en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con lo que no se pueda establecer una conversación fluida.
- Pacientes intervenidos quirúrgicamente de urgencia.

2.2.3. Variable e instrumentos de medida

Se utilizará un cuestionario ad-hoc para la recogida de datos sociodemográficos y variables clínicas de interés y dos escalas de medida, para la valoración de la ansiedad y de la percepción del dolor. (Anexos 8.5 y 8.6).

La ansiedad será valorada mediante una subescala específica de la autoevaluación STAI, STAI – ESTADO; esta subescala está relacionada con el afrontamiento de una nueva situación. Formada por 20 ítems, la puntuación de cada uno de estos ítem de estado varía entre 0 y 3 siendo 0 - nada, 1 - algo, 2 - bastante y 3 - mucho.

El dolor se medirá utilizando la EVN; se trata de una escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, siendo el paciente el que indica el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma (1 – 4 Dolor leve; 5 – 7 Dolor moderado; 8 – 10 Dolor severo).

2.2.4. Procedimiento

La recogida de datos se realizará en dos fases; la primera de carácter prequirúrgico y la segunda postintervención.

Los pacientes que participen en el estudio se dividirán secuencialmente en dos grupos (grupo 1 y grupo 2), adscribiéndolos alternativamente al grupo 1 o grupo 2, según orden de inclusión en el estudio.

Ambos grupos recibirán una visita de enfermería antes de la intervención. En ese momento se evaluará su nivel de ansiedad mediante el instrumento STAI-Estado. En esta visita previa al grupo 1 se le explicará todo el procedimiento, se resolverán sus dudas y se les informará sobre el desarrollo y tratamiento del dolor postoperatorio. Al grupo 2 sólo se le administrará la escala para la evaluación del nivel de ansiedad.

La evaluación postoperatoria se realizará 24 horas después de la cirugía a ambos grupos, en la habitación del paciente, mediante una visita de enfermería específicamente para ello. Se administrará nuevamente el STAI-Estado para valorar su nivel de ansiedad y la EVN para medir su percepción del dolor.

En todo momento se garantizará el anonimato de los pacientes, al estar estos sometidos a las medidas de protección previstas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

2.3. Análisis estadístico

Una vez que los cuestionarios estén contestados se procederá al vaciado de la información para su estudio estadístico que se hará utilizando el programa SPSS versión 22.0.

Para el análisis descriptivo se utilizarán frecuencias y porcentajes para las variables nominales o categóricas, que serán representadas a través de gráficos de frecuencia, y medidas de centralización (media) y dispersión (desviación típica) para las variables de escala o cuantitativas.

Para el estudio analítico de las variables cuantitativas, se utilizará el estadístico de la t de Student; ¹⁰ de esta forma se compararán las medias obtenidas en la evaluación pre-intervención y en la evaluación post-intervención, y se conocerá si existen diferencias significativas entre ambas evaluaciones.

La comparación entre variables categóricas pre y postintervención se hará mediante la chi-cuadrado.

2.4. Cronograma:

	Junio 2015 Diciembre 2015	Enero 2015	Febrero 2015
Recogida de información			
Análisis de datos			
Elaboración del informe y difusión de resultados			

2.5. Presupuesto:

CONCEPTO	Unidad de medida	Cantidad/ mes	Subtotal en €	Tiempo en meses	Total €
Encuestadores	Enfermera/investigadora	1	0 €	6	0 €
Material fungible			25 €	9	225 €
Análisis estadístico			300 €	1	300 €
Presupuesto Total €					525 €

3. BIBLIOGRAFÍA:

1. Valenzuela Millán J, Barrera Serrano JR, Ornelas Aguirre JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir. Cir. 2010; 78 (2): 151-156.
2. Peres Sampaio CE, De Araujo Ribeiro D, Bertolossi Marta C, Seabra Junior HC, Rose E, Ribeiro Francisco MT. Determinant factors of the anxiety and mechanisms of coping on general surgical procedures. Journal of research fundamental care on line. 2013; 5 (4): 547-555. ISSN 2175-5361.
3. Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. Journal of Clinical Nursing 2011; 21: 956-964.
4. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State - Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1970. Citado por García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 5 ed. Barcelona. Ars Medica; 2008.
5. Gordillo León F, Arana Martínez JM, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Rev. Clín. Med. Fam. 2011; 4 (3): 228-233.

6. Martín Crespo Blanco MC, Caravantes Marín MI, García Mas JM, Gómez González B. Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el hospital comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real). *Nure Investigación Sep - Oct 2007*; 30.
7. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Adamatti LC, et al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia 2001*; 56:720-728.
8. Sánchez López MP, Aparicio García ME, Dresch V. Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema 2006*; 18 (3): 584-590. ISSN 0214-9915.
9. Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Vaismoradi M, Jasper M. Effect of systematic relaxation techniques on anxiety and pain in older patients undergoing abdominal surgery. *International Journal of Nursing Practice. 2013*; 19 (5): 462–470.
10. 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.
11. Gavito MC, Corona MA, Villagrán ME, Morales J, Téllez JL, Ortega Soto HA. La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados. *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. Jul - Sep 2000*: 13 (3):153-156.
12. Rahmani H, Davoodzadeh H, Ebadi A, DehghaniFiroozabadi M, Makvandi M. Effects an educational intervention on the preoperational anxiety of patients candidates for orthopedic surgery. *International Journal of Pharmacy & Therapeutics, 2014*; 5(3): 203-206. ISSN 0976-0342.
13. Covarrubias Gómez, A. Manejo farmacológico del dolor perioperatorio. *Rev. Mex. Anesthesiol, 2007*; 30 (1): 240 – 245.
14. Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols M y Mínguez S; y la Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor del Institut Municipal d'Assistència Sanitària. *Rev. Soc. Esp. Dolor. 2009*; 16 (6): 314 – 322.

15. Zaragoza García F, Landa García I, Larraínzar Garijo R, Moñino Ruiz P, De la Torre Liébana R. Dolor postoperatorio en España. Primer documento de consenso. Jul 2005.
16. Guevara López U, Covarrubias Gómez A, Delille Fuentes R, Hernández Ortiz Andrés, Carrillo Esper R, Moyao García D. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. *Cir. Ciruj.* 2005; 73: 223 – 232.
17. Muñoz Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2001; 8 (3): 194 – 211.
18. Carranque Chaves GA, Fernández Berrocal P, Baena Capilla E, Bazán Valadez R, Cárdenas Ramos B, Herraiz Salamanca R, et al. Dolor postoperatorio e inteligencia emocional. *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación.* 2004; 51: 75 – 79.
19. Agarwal A, Ranjan R, Dhiraaj S, Lakra A, Kumar M, Singh U. Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study. *Anaesthesia*, 2005; 60 (10): 978-981.
20. Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Anxiety and Depression of Patients with Digestive Cancer. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2005; 59: 576-583.
21. Sukantarat KT, Williamson RCN, Brett SJ. Psychological assessment of ICU survivors: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression scale and the Depression, Anxiety and Stress scale. *Anaesthesia*, 2007; 62: 239–243.
22. Oshodi T. The impact of preoperative education on postoperative pain. *British Journal of Nursing*, 2007; 16(12):706-710.
23. Martínez Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2000; 7 (7): 465 – 476.

4.2. Solicitud de autorización a la institución

A: Director Gerente, Don Ignacio López Puech
Completo Hospitalario Universitario de Canarias

Yo, Tania Fariña Padrón, enfermera, con DNI 43378427 J, solicito la autorización del Completo Hospitalario Universitario de Canarias para poder llevar a cabo el proyecto de investigación **Relación entre ansiedad perioperatoria y dolor postoperatorio de pacientes intervenidos por Carcinoma de páncreas en el CHUC**, durante un periodo de 6 meses comprendido entre Julio y Diciembre de 2015, bajo la dirección de D^o M^a Lourdes Fernández López, Profesora Titular de la Universidad de La Laguna.

Con este proyecto pretendemos evaluar la relación que existe entre la ansiedad pre y postoperatoria, y la percepción del dolor postoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía por Ca de páncreas mediante laparotomía, en un periodo de seis meses en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Para ello se ha diseñado un estudio de intervención y seguimiento de tipo cuantitativo; en el utilizaremos diferentes cuestionarios para evaluar la ansiedad y la percepción del dolor de dichos pacientes, que estarán divididos en dos grupos. (Se adjunta copia de los instrumentos de medida).

Además en esta investigación queremos valorar el efecto de una intervención prequirúrgica específica, consistente en la realización de una sesión informativa, en uno de los grupos formados por los pacientes mencionados anteriormente.

Para cualquier información más detallada en relación al presente proyecto puede contactar conmigo a través del correo electrónico alu0100716085@ull.edu.es o en el teléfono 680955767.

Atentamente,

En.....a.....de Junio de 2015.

Fdo.:

4.3. Consentimiento informado

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.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso).

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 al cuestionario y 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.

Yo Don/doña _____ de ____ años de edad, con DNI _____ y nº de historial _____. Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Don/doña _____, con DNI _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

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.

En.....a.....de.....de 2015.

Fdo.: Don/doña.....DNI.....

4.4. Escala visual analógica (EVA).

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. Se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

4.5. Escala valoración numérica (EVN).

Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma.

- 1 – 4 Dolor leve
- 5 – 7 Dolor moderado
- 8 – 10 Dolor severo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

4.6. Escala de valoración de la ansiedad de Spielberger (STAI-ESTADO)

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 indicando cómo se siente usted

AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA (0)	ALGO (1)	BASTANTE (2)	MUCHO (3)
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				

14. Me siento muy "atado" (como oprimido)				
15. Estoy relajado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

