

**Universidad Pública de Navarra
Grado en Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud.**

**Estrés del paciente quirúrgico:
percepción e intervención preoperatoria
de los enfermeros.**

Trabajo Fin de Grado

Alumna: Laura Montero

Grado en Enfermería

Directora: Dr^a Blanca Marín

Asesora externa: Dr^a Eliane da Silva Grazziano

Pamplona /2014

Gracias a una beca de movilidad internacional que recibí a través del programa Palafox de la Universidad Pública de Navarra, pude realizar una estancia en Brasil de seis meses y comenzar el presente trabajo en ese país, que se continuó a mi llegada a España hasta completarlo.

Agradezco la colaboración de la Universidade Federal de Sao Carlos en Brasil y a la Dra Eliane Grazziano por su gran aportación y ayuda, sin las cuales no habría sido posible la realización de gran parte de este estudio.

"Adopting the right attitude can convert a negative stress into a positive one"

Hans Selye

RESUMEN

Palabras clave: *estrés, paciente quirúrgico, cuidados enfermeros.*

El estrés psicológico en los pacientes quirúrgicos es un evento común en el período preoperatorio y requiere una intervención multidisciplinaria para reducir su impacto en el contexto emocional y fisiológico.

El presente estudio tiene como objetivo analizar el conocimiento de los enfermeros brasileños y españoles en el proceso de estrés y su impacto para el paciente quirúrgico, así como identificar las orientaciones y las intervenciones realizados por ellos para minimizar el problema. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo con abordaje cualitativo en el que se realizó entrevistas a enfermeros que trabajan en quirófanos de Brasil y España.

A través de este estudio se llegó a la conclusión de que el conocimiento de los profesionales sobre este estrés está presente y las intervenciones realizadas con más frecuencia son la conversación con el paciente y la explicación de los procedimientos que se realizarán, en España además es considerada una ayuda farmacológica.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
1.2 Justificación del estudio.	16
2. OBJETIVOS	17
3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	18
3.1 Campo de estudio.....	18
3.2 Población del estudio	18
3.3 Metodología de colecta de datos	18
3.4 Aspectos éticos.....	19
3.5 Análisis y presentación de los datos.	21
4. DESARROLLO.	22
4.1 Desarrollo del estudio.	22
4.2 Resultados.....	22
5. DISCUSIÓN	26
5.1 Líneas futuras.....	28
6. CONCLUSIONES.	29
7. REFERENCIAS	30
8. ANEXOS	34

1. INTRODUCCIÓN

Hans Selye, padre del estrés, siendo estudiante de medicina en la Universidad de Praga, en 1925, observó en sus estudios que ante cualquier agresión hay mecanismos de adaptación del organismo semejantes entre sí, a lo que denominó Síndrome General de Adaptación. Tal denominación conceptualiza un síndrome general (manifestaciones coordinadas y parcialmente independientes), inespecífica, desencadenada por agentes de naturalezas diferentes y que causan una reacción orgánica sistémica, buscando la adaptación del organismo y el mantenimiento de la homeostasis. (ARANTES E VIEIRA, 2002).

El SGA es constituido en tres fases que surgen de una forma secuencial: la primera es la fase de Alarma, en la cual el individuo toma contacto con el estresor y una gran cantidad de energía es movilizada preparándose para el enfrentamiento (lucha) o para su distanciamiento (fuga), a través de la liberación de las hormonas de la hipófisis.

En esta fase el individuo presenta taquicardia, sudor, alteración de la presión arterial, irritabilidad, fatiga, tensión muscular, alteraciones del sueño y digestivas, así como la liberación de hormonas. Con la persistencia del estímulo estresor o con la realización de estrategias de enfrentamiento ineficaces surge la fase de Resistencia, en la cual síntomas fisiológicos, psicológicos y sociales comienzan a surgir. El aislamiento social, fobias, ansiedad, exceso de apetito e inapetencia pueden ocurrir también.

Con la continuidad del estrés y el fracaso de los mecanismos de adaptación, el organismo entra en un proceso de deterioro que conduce a la aparición de enfermedades en los órganos diana: hipertensión, gastritis y úlceras gástricas, lo que puede comprometer la salud hasta un fallo total de los sistemas, dando lugar así a la tercera etapa, la de Agotamiento. (LIPP, 1996).

En 1935, Selye utilizó por primera vez la palabra estrés con las siguientes connotaciones: "estado de tensión no específico en un ser vivo, que se manifiesta por alteraciones morfológicas tangibles en diferentes órganos, y en particular en las glándulas endocrinas"(ARANTES E VIEIRA, 2002). Las respuestas neuroendocrinas controlan las funciones del cuerpo a nivel sistémico a través de dos ejes principales: el (HPA) del eje hipotalámico-pituitario-adrenal – por los efectos de los glucocorticoides, y el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (HPG) - por las hormonas sexuales liberados en los ovarios y los testículos. El control a nivel regional está compuesto por el sistema nervioso simpático (SNS) o adrenérgico, y sistema nervioso parasimpático o colinérgico (STERNBERG, 2006).

Actualmente, de manera general, un estresor puede ser definido como un agente físico, químico o psicológico que puede causar un cambio en el ambiente interno del organismo (SHERIDAN et al, 1994). El estrés puede ser clasificado dependiendo de su duración en estrés agudo o crónico. Mientras que un estrés de larga duración (crónico) puede constituirse como un agente inmunosupresor, un estrés de corta duración (agudo) puede aumentar algunos aspectos de la función inmune, como por ejemplo el tráfico de células de órganos linfoides hacia la sangre periférica o hacia la piel (GLASER e KIECOLT-GLASER, 2005).

La adaptación fisiológica al estrés es la capacidad del cuerpo para mantener un estado de relativo equilibrio. Esa capacidad adaptativa es una forma dinámica de equilibrio en el ambiente interno del organismo, también conocida como homeostasis (POTTER e PERRY, 2006).

Aunque el modelo de estrés biológico SGA se ha utilizado para explicar las reacciones de estrés, el propio Selye reconoció la importancia de la evaluación psicológica en la regulación del organismo a situaciones de estrés (SELYE, 1985).

El estrés psicológico surge cuando el individuo tiene que enfrentarse a situaciones que requieren una adaptación y puede ser interpretado por él como un reto o una amenaza, por ejemplo el cambio en el empleo o ascenso, el matrimonio o el divorcio, el nacimiento o la muerte. La interpretación y la emoción causada por estos eventos inician una serie de eventos a nivel bioquímico que darán lugar a las descargas hormonales, reguladas por el sistema nervioso autónomo, mediante el sistema límbico, y por sistema nervioso central a través del hipotálamo, con el fin de preparar el cuerpo para enfrentarse a ellos y restaurar el equilibrio (homeostasis) (Selye, 1956).

Este mecanismo de adaptación es fisiológico e independiente del estímulo que lo desencadenó, por ello su intensidad y continuidad están estrechamente relacionados con la interpretación del individuo sobre las pérdidas y ganancias resultantes de los cambios, sus características personales, los recursos de afrontamiento de que dispone en el momento, de su estado de salud, del medio ambiente en el que se encuentre, entre otros factores (CLARKE, 1984; LIPP, 1996).

Con el desarrollo de la investigación sobre el tema surge la Teoría Interaccionista de Estrés y cuyos exponentes son Richard Lazarus y Susan Folkman, un par de psicólogos que en la década de los años 80 defendían la teoría de que los cambios orgánicos relacionados con el estrés tienen una fase de expresión biológica y también una fase en la cual las funciones cognitivas, emocionales y de comportamiento pueden influir en la intensidad de estas alteraciones.

Para Lazarus y Folkman (1984), la intensidad de la respuesta al estímulo estresor depende de cómo la persona interpreta o aborda el significado e importancia de un evento como nocivo, amenazador o desafiante. Estos autores demostraron la importancia de analizar el funcionamiento del aparato cognitivo como mediador de la intensidad de las respuestas del individuo a los estímulos.

Los procesos cognitivos son individuales y reflejan la "madurez" del sistema psíquico en la interpretación y solución de los problemas, basados en la relación existente entre el individuo, sus valores, pensamientos, experiencias, traumas, emociones, ambiente, condición física, condición financiera, relaciones familiares y maritales (LAZARUS e LAZARUS, 1994).

La evaluación cognitiva puede ser entendida como el proceso de categorización de un encuentro, y los diversos aspectos de ésta, dependiendo de su importancia para el bienestar (LAZARUS E FOLKMAN, 1984).

La evaluación cognitiva ocurre en tres fases: primaria, secundaria y reevaluación. La fase primaria surge antes de cualquier intelectualización del individuo, es el primer contacto del sujeto con el estímulo. Después de esta evaluación, el estímulo se puede clasificar en relevante o irrelevante (LAZARUS E FOLKMAN, 1984).

En el caso de ser considerado relevante, el individuo identifica el evento o situación en: positiva, de pérdida o daño, amenaza o peligro y desafío. La evaluación de la pérdida se refiere al daño que dicha persona se enfrenta, de manera que se reduce su expectativa y la movilización de la energía es relativamente pequeña.

Al evaluar el factor de estrés como una amenaza, ocurre una previsión de daños o pérdidas y una movilización de la energía para hacer frente a las dificultades que se presentan. Al evaluar el factor de estrés como un reto, también se observa la movilización de la energía, ya que hay la posibilidad de ganancia, por lo que las emociones involucradas son el entusiasmo, la esperanza y la confianza (PENICHE, 1998).

La evaluación secundaria se presenta cuando el estímulo se considera amenazante. En ella, el individuo trata de movilizar acciones de enfrentamiento y así controlar la situación. Es también un proceso de evaluación compleja, en la cual el individuo tiene en cuenta qué opciones están disponibles para hacer frente, y para lograrlo se utilizará una u otra estrategia, o un grupo de ellas. Las estrategias de afrontamiento pueden centrarse en el problema o en la emoción. En una primera evaluación, el individuo puede utilizar estrategias basadas en la emoción, como llorar, maldecir, entrar en depresión, etc. Pero deben ser seguidas, o ser simultáneas con estrategias centradas en el problema, con el fin de obtener el éxito en hacer frente al estrés.

La reevaluación se refiere a una nueva lectura del ambiente y / o de la persona y nueva categorización del factor estresante. Algunas reevaluaciones son el resultado de los esfuerzos de afrontamiento cognitivo, lo que permite una visión más positiva frente a las situaciones y el uso adecuado de los recursos disponibles.

El estrés psicológico y su importancia en los pacientes quirúrgicos

La cirugía es una intervención que lleva a la rotura de la integridad física por el hecho de ser una acción invasiva en el cuerpo biológico y tiene como consecuencia el dolor y la limitación, debido al reposo físico postoperatorio y al desgaste energético.

La anestesia y el procedimiento quirúrgico provocan diversas reacciones hormonales que fueron descritas por Moore (1979), como un aumento de adrenalina y noradrenalina en la médula suprarrenal. A partir de ahí la adrenalina inhibe la producción de la insulina al mismo tiempo que estimula la gluconeogénesis y la hidrólisis de los depósitos de grasa en ácidos grasos libres. Hay una reducción en la tasa de filtración glomerular, que estimula la producción de renina, angiotensina y

aldosterona, aumentando la presión arterial. Tales reacciones tratan de llevar el cuerpo a una homeostasis durante el acto anestésico y quirúrgico.

Debido a la acción hormonal provocada por el trauma quirúrgico, hay una disminución en la eficacia del sistema inmune aumentando el riesgo de adquirir infecciones relacionadas con la cirugía.

La respuesta neuroendocrina al estrés quirúrgico comienza en el preoperatorio debido a la ansiedad y el miedo relacionado con la intervención quirúrgica, que moviliza gran cantidad de energía física y mental con el objetivo de lidiar con el estrés situacional, aumentando la producción de catecolaminas. Durante la intervención, sobre todo en cirugías bajo anestesia general, la intubación traqueal proporciona una mayor liberación de estas hormonas, que a su vez aumenta la concentración de mediadores inflamatorios, especialmente las interleucinas (MOORE, 1979). Tras la incisión quirúrgica, la concentración de las interleucinas sube, promoviendo así la liberación de hormonas del estrés y la activación del eje hipotálamo-hipofisario, aumentando la respuesta hormonal. Esta respuesta neuroendocrina será más intensa cuanto mayor es la extensión de la cirugía, mayor tiempo de anestesia, la presencia de dolor intenso y la infección (PHILIP, 2008).

En el ámbito social, la necesidad de realizar una cirugía consiste en apartar a la persona de su hogar, la familia, el trabajo, las actividades sociales, entre otros, por un período de tiempo que puede ser desde unos pocos días hasta meses. Esta situación tiende a incrementar las expectativas de la persona en cuanto a su recuperación y volver a sus actividades diarias en el menor tiempo posible causando manifestaciones de ansiedad.

Cada paciente presenta recursos particulares para hacer frente a la cirugía, la anestesia y para lidiar con la ansiedad para que interfiera positivamente en su vida. Los estudios han demostrado que la anestesia no siempre es lo que eleva el estado de ansiedad del paciente y que esto puede estar relacionado con la información que éste recibió antes de la cirugía, junto con experiencias pasadas y su forma de enfrentar la situación en la que se encuentra (MEDEIROS e PENICHE, 2006).

El estrés psicológico en los pacientes quirúrgicos es un evento común en el preoperatorio. Los signos y síntomas de la ansiedad y el miedo son comunes en este periodo y requieren intervención multidisciplinaria con el fin de reducir su impacto en el ámbito emocional y fisiológico.

El estrés causado por la cirugía puede conducir a un cambio en la presión arterial, tanto con hipo como con hipertensión, que puede ser bien tolerado en pacientes sanos; sin embargo, puede comprometer la recuperación post-anestésica en pacientes cardiopatas y si permanecen bajo mucho estrés puede favorecer la aparición de isquemias, arritmias y hemorragias (FOWLER e SPIESS, 2011; AULER *et al*, 2011).

Las alteraciones metabólicas son más frecuentes con la presencia de estrés, tanto en pacientes diabéticos como en los no diabéticos. Un estudio identificó la hiperglucemia en aproximadamente el 40% de los pacientes ingresados en el hospital, siendo un tercio de ellos no diabético (UMPIERREZ *et al*, 2012).

Uno de los efectos del estrés, que es el objeto de varios estudios, se refiere a su papel inmunosupresor y como factor que contribuye al desarrollo de la infección de la zona intervenida. Uno de los primeros estudios que relacionan el estrés con los cambios en la respuesta inmune fué realizado por Cohen *et al* (1991), que estudiaron el impacto del estrés en la fisiopatología de cinco tipos diferentes de virus respiratorios mediante la evaluación de los síntomas clínicos comúnmente asociados con el resfriado.

Resultados semejantes se han obtenido en estudios con roedores y seres humanos, que indican que el estrés puede desregular la inmunidad celular y humoral a los patógenos y aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades infecciosas, así como prolongar estos episodios infecciosos (SHERIDAN *et al*, 1994).

También se han evaluado los efectos del estrés en las enfermedades causadas por micobacterias. Un estudio utilizó ratones infectados con *Mycobacterium avium* y estresados, por el método de contención, mostró que ésta experiencia aumentó la susceptibilidad de los ratones al crecimiento de las micobacterias (BROWN *et al*, 1993).

El estrés también ha sido identificado como un co-factor en la reactivación de virus latente en los seres humanos. Un número variado de estímulos locales y sistémicos fue asociado con la reactivación de virus del herpes simple (HSV) en neuronas con infección latente. Entre los estímulos sistémicos para la recidiva de la enfermedad fueron el estrés físico y emocional, los cambios hormonales, la fiebre y la inmunosupresión (SHERIDAN *et al*, 1994).

También se han elaborado modelos de estudios en animales para investigar los efectos del estrés en la fisiopatología de HSV latente y la infección lítica. Estos modelos mostraron evidencia experimental de que el estrés no sólo aumenta el desarrollo y la gravedad de la infección en los sistemas nerviosos central y periférico, sino también suprime la respuesta de linfocitos T citotóxicos a la infección (CAO *et al*, 2004).

En otro estudio que evalúa los cuidadores de los pacientes con demencia, se investigó la influencia del estrés en respuesta a la vacuna contra la neumonía neumocócica, donde se observó una disminución en el número de anticuerpos específicos para la vacuna durante un período de 6 meses de exposición a pacientes con demencia (GLASER *et al*, 2000).

Una relación entre los sistemas neuroendocrinos e inmunitarios también fue observada en estudios recientes en las enfermedades parasitarias (Klein, 2004). Estudios recientes, estableciendo modelos de estrés e infección en roedores, utilizaron los parásitos *Toxoplasma gondii* (Aviles y Monroy, 2001), *Trypanosoma cruzi* (Santos et al, 2005), *Tritrichomonas foetus* (Rutkowski y Harmsen, 2007) y *Leishmania mexicana* (Ruiz et al, 2003) como blanco de los efectos del estrés. Estos estudios indicaron un papel modulador de estrés en las respuestas fisiológicas del huésped, evidenciado por alteraciones endocrinas y alteraciones inmunes en nivel sistémico o localizado, con el consiguiente aumento de carga parasitaria y de procesos inflamatorios, afectando significativamente el curso de las infecciones.

El papel del enfermero en el período perioperatorio

La preparación física y emocional del paciente comienza con el ingreso de éste hasta el momento de la cirugía. El papel del enfermero es el de reducir la ansiedad del paciente, llevarle en las mejores condiciones posibles para la cirugía y reducir el riesgo de complicaciones. Para ayudar a los pacientes en este periodo, el enfermero debe ser tranquilo, paciente, optimista, comprensivo y debe conocer la forma de desarrollar confianza (SASSO *et al*, 2005).

En Brasil, aunque la asistencia de enfermería en el centro quirúrgico es realizada en equipo, la enfermera desempeña un papel fundamental en el bloque quirúrgico, tanto en la gestión de los demás profesionales de enfermería restantes (técnicos de enfermería), así como también del equipo interdisciplinar, teniendo en cuenta que es el coordinador de las actividades de asistencia en este entorno. En el caso de España, la coordinadora de la unidad representa el papel en la gestión de los demás profesionales, y las enfermeras realizarían un papel semejante al del técnico de enfermería en Brasil.

Además de la función administrativa (en Brasil), la enfermera debe realizar la sistematización de la asistencia de enfermería a todos los pacientes sometidos a anestesia así como al procedimiento quirúrgico. Los cuidados de enfermería en este contexto van más allá de la organización del ambiente, la disponibilidad de materiales y equipos o la organización del horario de funcionamiento. Tiene como objetivo garantizar la integridad física y emocional de cada paciente que va a someterse a una cirugía.

El sistema de la asistencia de enfermería perioperatoria (SAEP) trata sobre una tecnología propuesta por Castellanos y Jouclas en 1990, con el objetivo de sistematizar la atención a los pacientes quirúrgicos por las enfermeras perioperatorias, de forma individualizada, integral, continua, participativa, documentada y evaluada (CASTELLANOS e JOUCLAS, 1990).

El SAEP debe ser implementado por las enfermeras perioperatorias, centrándose en la satisfacción y la seguridad del cliente quirúrgico manteniendo las acciones de enfermería en el quirófano y promoviendo la interacción de la asistencia en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio (POSSARI, 2009). Como parte de las acciones del enfermero que realiza la SAEP es la orientación del paciente preoperatorio.

La planificación de la asistencia de enfermería en el preoperatorio proporcionará una atención integral e individualizada para el paciente, lo que permite la implementación de intervenciones que respondan a sus necesidades reales, lo que minimiza la ansiedad y los riesgos inherentes a la cirugía (PENICHE, 1998).

La consulta de enfermería preoperatoria de pacientes quirúrgicos es el comienzo de la sistematización de la asistencia de enfermería perioperatoria. Según Sasso (2005) la visita preoperatoria de enfermería es esencial para la preparación física y emocional

del paciente, y consiste en una actividad que permite a las enfermeras una interacción efectiva, en las que estos profesionales pueden detectar, solucionar problemas, y cuando sea necesario, abordar los problemas que enfrentan los pacientes.

La visita preoperatoria es un recurso que se emplea para recopilar datos sobre el paciente quirúrgico mediante el cual se detectan problemas o cambios relacionados con aspectos biopsico-socio-espirituales del paciente y se planea la asistencia que se prestará durante el período perioperatorio (CASTELLANOS e JOUCLAS, 1990).

Las orientaciones preoperatorias ofrecen una oportunidad para los pacientes quirúrgicos de expresar sus temores y dudas, lo que permite aclararles dudas sobre el procedimiento anestésico y el quirúrgico, y por lo tanto ayudar a reducir el impacto del estrés en el postoperatorio (ALBERTI *et al*, 2012).

Un estudio realizado con enfermeras y pacientes quirúrgicos con el fin de evaluar el impacto de las instrucciones pre-operatorias en la recuperación de los pacientes, concluyó que las orientaciones individualizadas influyeron en la reducción del miedo, la ansiedad y el dolor, ayudando a prevenir complicaciones en el postoperatorio, aumentando la confianza del paciente en la movilización y la pronta aplicación de ejercicios de respiración después de la operación (SANTOS *et al*, 2011).

Las orientaciones se pueden realizar durante la visita preoperatoria, en la recopilación de la historia de enfermería (entrevista y examen físico), o incluso en la recepción del paciente en el quirófano, ya que respeta la privacidad y la individualidad del paciente y de su necesidad de conocimiento.

1.2 Justificación del estudio.

Como estudiante extranjera de intercambio, pude comparar la ejecución del trabajo de enfermería en los centros quirúrgicos en Brasil y en mi país, España, e identificar varias diferencias. Inicialmente, en España, la enfermería es ejercida por dos categorías, de las enfermeras y auxiliares de enfermería, mientras que en Brasil existe otra categoría mas, los técnicos de enfermería.

Por lo observado en mis prácticas, en el ámbito quirúrgico, las enfermeras en Brasil desempeñan un papel basado en la coordinación del equipo y más relacionado con la gestión, la asistencia directa con el paciente es realizada en mayor parte por los técnicos de enfermería; mientras que en España ambos papeles son realizados por enfermeras, en el caso de la gestión es realizada por una sola enfermera, la coordinadora o jefa de unidad, y la asistencia directa por el resto de enfermeras presentes en el quirófano.

Al realizar el periodo de prácticas en una unidad de cirugía en Brasil, me encontré con algunas situaciones de estrés en los pacientes que me han llamado la atención. Aunque el conocimiento del estrés quirúrgico se descubrió hace algunas décadas, me di cuenta de que no era el foco de atención de los profesionales de la salud involucrados, de forma similar a lo que ocurre en los quirófanos de España (ORIHUELA 2010).

Por eso me pregunté por qué no se ha llevado a cabo una investigación e intervención para el estrés de los pacientes quirúrgicos, teniendo en cuenta el impacto de esto después de la anestesia y en el post-operatorio.

De este modo, surgió en mí el interés en investigar las razones por las cuales las enfermeras no realizan intervenciones para reducir el estrés del paciente quirúrgico.

Mi estudio se basa en los siguientes supuestos:

- Las enfermeras no realizan suficientes intervenciones específicas para reducir el estrés en los pacientes quirúrgicos o las intervenciones realizadas no son las adecuadas, debido a que no valorizan el estrés psicológico, a causa del desconocimiento del impacto del estrés en la recuperación del paciente en el postoperatorio.
- Las enfermeras no realizan suficientes intervenciones específicas para reducir el estrés en pacientes quirúrgicos porque se sienten sobrecargadas por las tareas de gestión y de atención.

2. OBJETIVOS

El presente estudio tiene los siguientes objetivos:

- Identificar los conocimientos de las enfermeras del centro quirúrgico, brasileños y españoles sobre el estrés psicológico en los pacientes en el periodo preoperatorio, teniendo en cuenta las diferencias culturales;
- Identificar cuáles son las intervenciones para reducir el estrés psicológico, que se llevan a cabo por las enfermeras en el período preoperatorio.

3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1 Campo de estudio

El estudio se llevó a cabo en cuatro hospitales de mediana y grande porte, dos en Brasil (en la ciudad de São Carlos (SP) y dos en la ciudad de Pamplona (ES). En Brasil se contactó con las siguientes instituciones: *Casa de Saúde e Maternidade de São Carlos e Santa Casa de Misericórdia de São Carlos*– São Carlos. En España, se invitó a los enfermeros del Complejo Hospitalario de Navarra: *Hospital A y Hospital B*.

3.2 Población del estudio

Fueron invitados a participar las enfermeras brasileñas y españolas que trabajan en unidades de centros quirúrgicos y estaban de acuerdo en participar en el estudio. Se estimó que por cada unidad de Centro Quirúrgico, al menos, participaran dos enfermeras, teniendo un total de por lo menos ocho sujetos de investigación. Los criterios de inclusión fueron:

- Las enfermeras que trabajan desde hace más de un año en el quirófano y que están activas en el período de recolección de datos.
- Las enfermeras que estén de acuerdo en participar en el estudio.

3.3 Metodología de colecta de datos

Después del contacto con las instituciones hospitalares y las autorizaciones obtenidas, se invitó a las enfermeras del quirófano a participar después de la presentación del proyecto de investigación, sus objetivos y las consideraciones éticas. El estudio se realizó en dos (02) etapas, la primera en Brasil y la segunda en España.

En la primera etapa, los enfermeros brasileños fueron entrevistados por el investigador en su lugar de trabajo, en una fecha y hora que se acordó con los mismos, utilizando una grabadora para registrar las respuestas a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Realiza usted alguna valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? ¿Por qué?
2. Cuando usted realiza esta valoración, ¿En qué se basa para identificar éste estrés?
3. Cuando usted identifica que el paciente está estresado, ¿Qué orientaciones ofrece o qué conductas toma?

En la segunda fase, se invitó a los profesionales de enfermería españoles a participar en el estudio y, una vez de acuerdo, fueron entrevistados en su lugar de trabajo utilizando las mismas preguntas formuladas a los enfermeros brasileños.

3.4 Aspectos éticos

Teniendo en cuenta las Diretrices y Normas Reguladoras de Investigación Envolviendo a los Seres Humanos, Resolución CNS 466 de 12 de diciembre de 2012 (BRASIL, 2012), el proyecto se sometió a la consideración del Comité de Ética e Investigación con seres humanos UFSCAR y la recopilación de datos comenzó sólo después de su aprobación.

El mismo proyecto se presentó en español a los hospitales implicados para presentar el proyecto y se llevó a cabo la invitación a las enfermeras. La orientación académica del estudiante realizó en Brasil por una docente del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de São Carlos y en España, por otra docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Pública de Navarra.

Se puso a disposición de los participantes un Termino de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) (APÉNDICE A en Brasil; APÉNDICE B en España), el cual se firmó después de la exposición y aclaración del investigador acerca de la naturaleza del estudio, sus objetivos, métodos, beneficios previstos, los riesgos potenciales y las molestias que esto pudiera causar, y se expone en el formulario de consentimiento autorizando su participación voluntaria en la investigación. Por otra parte, el investigador tiene un compromiso con la privacidad y confidencialidad de los datos utilizados, preservando íntegramente el anonimato de los sujetos.

Los participantes del estudio respondieron a las preguntas de investigación que se grabaron para su posterior análisis. La entrevista podía exponer a los participantes a riesgos mínimos, como la fatiga, el malestar por el tiempo invertido en su realización, y al recordar algunas sensaciones antes vividas como situaciones altamente estresantes. Si esto hubiera ocurrido, se daba la oportunidad al participante de detener la entrevista y continuar en otro momento, o de interrumpir la participación, de acuerdo con su voluntad y sin ningún tipo de carga.

Este proyecto de investigación se remitió a la coordinación de las instituciones involucradas para registro, revisión, aprobación y posterior liberación para la ejecución de la investigación.

Tras el análisis, el desarrollo y la difusión de resultados de investigación, los datos fueron almacenados por los investigadores responsables, así como las herramientas de recopilación y formularios de consentimiento se mantendrán por un período de cinco años con los principales investigadores, y posteriormente destruidos.

3.5 Análisis y presentación de los datos.

Se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin (2008), o de categorización temática, que busca descubrir los núcleos de significado que están relacionados. El análisis consiste en tres fases: preanálisis, exploración del material y análisis de los resultados obtenidos y su interpretación. (BARDIN, 2008; MINAYO, 2010).

En el pre-análisis se llevó a cabo la elección de los documentos, así como una breve lectura del material recogido para la formación del corpus, es decir, las entrevistas, buscando el encuentro de los supuestos y de los objetivos iniciales del trabajo, más allá de los supuestos emergentes. Después, se destacaron los puntos de reflexión y unidades de registro (frases) que se refieren a los elementos obtenidos a través de la descomposición del conjunto de mensajes (BARDIN, 2008; MINAYO, 2010).

Después de esta etapa, se buscó la elaboración de las áreas temáticas, de las categorías de análisis y codificación, es decir, la agrupación de ideas en torno a un concepto que pueda abarcar todo. Cabe señalar que el análisis temático consiste en encontrar núcleos de significado, cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar algo para el objetivo analítico elegido. En la fase de análisis de los resultados obtenidos y su interpretación se desvelará el contenido subyacente, el analista hizo interpretaciones basándose en la fundamentación teóricas y personal sobre el tema. (BARDIN, 2008; MINAYO, 2010).

4. DESARROLLO.

4.1 Desarrollo del estudio.

BRASIL

Durante mi estancia en Brasil, fue presentado y aprobado el proyecto por el comité de Ética e Investigación con Seres Humanos, por lo que me dispuse a realizar las entrevistas a los profesionales de enfermería de los hospitales: *Casa de Saúde e Maternidade de São Carlos* y *Santa Casa de Misericórdia de São Carlos*.

Una vez presentado el proyecto ante las enfermeras que se ofrecieron a participar en el estudio y habiendo firmado el Término de Confidencialidad, me dispuse a realizar las entrevistas. Fueron realizadas en tres enfermeras, una del hospital *Santa Casa* y las otras dos del otro hospital escogido. [ANEXO I]

ESPAÑA

Cuando llegué a España realicé el mismo proceso, presenté el proyecto a las unidades escogidas para el estudio y fue aprobado para su realización. También fue presentado el proyecto y firmado el Consentimiento y el Término de Confidencialidad por los profesionales voluntarios. Se realizaron un total de ocho entrevistas, en cuatro enfermeras de cada unidad quirúrgica. [ANEXO I]

4.2 Resultados.

Una vez obtenidos los datos, los he organizado de forma que la información más importante se vea reflejada de una forma más clara y sencilla. Además, después de cada tabla he realizado un resumen con los datos obtenidos en cada país, esto facilitará su posterior análisis

BRASIL

	¿Realiza alguna valoración del estrés del paciente antes de la cirugía?	¿Por qué?	¿En que se basa para identificar ese estrés?	¿Qué orientaciones le ofrece o que conductas toma?
Quirófano del Hospital Casa de Saúde e Maternidade.	Sí.		- Dudas. - Expresiones faciales y físicas.	- Explica todo lo que le va a ocurrir.
	-Ella no la realiza, sino el equipo. -No hay un modelo o un protocolo para registrarlo.	-Porque está sola y no tiene tiempo.	-Lo manifiesta verbalmente. -Llora.	-El equipo le da la bienvenida. -Hablan con el paciente. -Explica todo lo que va a ocurrir. - Percibe que cuando se despiertan están más tranquilos.
Quirófano del Hospital Santa Casa.	- Sí, cuando el paciente llega. - Cree que es una tarea de todo el equipo.	-Para que se sienta cómodo y confiado. -Cree que puede tener consecuencias ese estrés.	-Lo manifiesta verbalmente. -Por el cuerpo: mirada, temblores...	- Explica todo cuando llega. - Les da seguridad acompañándoles continuamente en la sala por una persona. - Pueden llamar a un timbre si necesitan algo.

SINTESIS DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA TABLA:

- La enfermera no realiza la valoración preoperatoria, es una tarea delegada en el equipo formado por técnicos de enfermería.
- El motivo por el que no lo realizan sólo ellas es por la falta de tiempo y a que sólo existe un profesional de enfermería en los quirófanos.
- Cuando el paciente llega al quirófano el equipo les da la bienvenida y hablan con él.
- Los pacientes manifiestan su estrés: verbalmente (afirman que tienen ese temor y tienen dudas) y físicamente (tiemblan, la mirada, lloran...)

- Para paliar ese estrés primero les dan la bienvenida, después conversan con ellos y les explican paso por paso los procedimientos que le van a realizar y lo que va a ocurrir.
- Tienen acceso a un timbre en el caso de que ocurra algo o tengan alguna necesidad.
- Creen que ese estrés puede tener consecuencias pero no concretan, y creen que el paciente después de hablar con ellos y explicarles todo se duermen y despiertan más tranquilos.

ESPAÑA

	¿Realiza alguna valoración del estrés del paciente antes de la cirugía?	¿Por qué?	¿En que se basa para identificar ese estrés?	¿Qué orientaciones le ofrece o que conductas toma?
Quirófano Central del Hospital de Navarra.	Sí, pero todo es muy rápido, apenas da tiempo.		-Manifestaciones verbales. -En los signos vitales.	-No da tiempo a dar consejos (de respiración por ejemplo) -Hablar lo que se puede. -Explicar lo que les va a hacer. -Medicación (Midazolam)
	Sí, al llegar, aunque es todo muy rápido.	-Como medida de protección para el paciente. -Porque es parte del cuidado.	-Nerviosismo. -La forma de hablar. -La voz. -Cara congestionada.	-Contacto físico. -Intentar calmarle. -Hablar. -Hacerle compañía. -Explicar todo lo que van a hacer. -Medicación.
	Cuando llegan les hacen preguntas.	Para hacerle sentir más cómodo y tranquilizarle.	-Caras. -Gestos. -Lo que los propios pacientes dicen.	-Haciéndoles preguntas. -Proporcionando atención. -Explicar todo lo que van haciendo. -Midazolam.
	Sí	Para saber cómo se encuentra el paciente.	-El propio paciente lo manifiesta verbalmente.	-Explicándole lo que le va a hacer. -Medicación.

Quirófano Central del Hospital Virgen del Camino.	Sí, una valoración integral.	Para que se relaje y al despertar no siga estresado.	-Por el estado general del paciente. -La forma de hablar.	-Desviar la atención hacia algo más agradable. -Proporcionar confianza. -Medicación.
	No se registra esta valoración.	-Para que se sienta cercano. -Empatía (es lo que nos gustaría a todos)	-Por las respuestas que da el paciente. -Su expresión. -Su ánimo. -Con el tiempo lo va valorando.	-Cuando llega de hace preguntas. -Si lloran ofrece pañuelo. -Proporciona apoyo. -Medicación.
	Sí, están en alerta cuando llega el paciente.	Para que entre tranquilo al quirófano, relajado y confiado.	-El estado en el que llega. -El propio paciente lo manifiesta de forma verbal. -Lloran.	-Hablar con el paciente. -Darle confianza. -Medicación. "Si se duermen tranquilos se despiertan en general más tranquilos".
	No, valoración como tal no, sólo se ve cómo llega el paciente.	Empatía.	-Depende de la persona, por lo que usa los sentidos para detectarlo. -Lloran. -Serios. -Hablan mucho/poco.	-Hablar con el paciente. -Explicarle lo que van a hacerle. -Que piense en algo agradable antes de dormirse. -Medicación.

SINTESIS DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LA TABLA:

- No se realiza una valoración registrada sino que los enfermeros observan cómo llega el paciente al quirófano.
- El motivo por el que realizan esta valoración es para que el paciente se relaje, se sienta confiado y por empatía, ya que es lo que les gustaría que se realizara con ellos mismos.
- Además manifiestan creer que si los pacientes se duermen más tranquilos, en general también más tranquilos.
- Cada paciente manifiesta este estrés de forma distinta, depende de cada persona y puede ser manifestado verbalmente (a través de dudas, preguntas o afirmación del estrés) o físicamente (temblores, llanto, gestos, expresión rostro...), aunque también

detectan la situación del paciente a través de los signos vitales en la monitorización.

Por ello los profesionales deben utilizar los sentidos para identificar el estrés.

- Entre las intervenciones realizadas por los enfermeros españoles se encuentra el hablar con el paciente, ofrecerle apoyo y confianza, desviar su atención hacia algo más agradable, explicarle en todo momento lo que se le va a realizar y hablar con el anestesista para proporcionarles una ayuda farmacológica (Midazolam).

5. DISCUSIÓN

Finalmente procedí a realizar el análisis de los datos y pude observar lo siguiente:

- Los datos recogidos nos muestran que en general, los profesionales de enfermería, poseen una visión común sobre el estrés del paciente, cómo detectarlo, los signos de éste y el método para intentar paliarlo.
- No existe un registro de valoración del estrés del paciente cuando llega, por lo que ésta valoración es subjetiva y depende de la voluntad de cada profesional realizarla.
- El proceso es similar en todos los quirófanos de los hospitales, el paciente llega y el profesional se acerca para realizar la valoración. La conversación con éste y explicar en todo lo momento lo que se le va a realizar son las intervenciones comunes en la mayoría de los profesionales entrevistados.
- Existe una gran diferencia en el rol de los enfermeros en cada país, en Brasil sólo existe un enfermero por quirófano y multitud de técnicos de enfermería, mientras que en España no existe esta subcategoría y está formado por enfermeros. Esto explica por qué las enfermeras brasileñas opinan que la valoración preoperatoria no es sólo una actividad propia de la enfermera sino del equipo en su conjunto (enfermera y técnicos de enfermería) y que ellas no poseen el tiempo suficiente para dedicar una parte a esa valoración al ser sólo una.

- Por lo que nos cuentan las enfermeras entrevistadas, podemos ver que la reacción de los pacientes estresados es similar y depende de cada persona, por lo que no es algo cultural.
- Además, los profesionales entrevistados detectan de forma similar este estrés, a través de las preguntas realizadas, conversando con ellos o simplemente observando; pero podemos percibir que algunas enfermeras españolas también hablan de los signos vitales a la hora de monitorizar al paciente como medio para detectar este estrés, mientras que las brasileñas no lo mencionan.
- La mayoría actúa por empatía y para mejorar el bienestar del paciente o porque lo consideran parte del cuidado, pero se centran en ese confort de cara a la intervención. Sólo en un par de entrevistas se menciona que cuando un paciente se duerme tranquilo se despierta más tranquilo, pero ninguno de los profesionales entrevistados nos cuenta que su intervención, como se ha demostrado en diversos estudios (ORIHUELA 2010) , tendrá una repercusión positiva en la recuperación del paciente, que el tiempo de ingreso será menor y que por lo tanto el número de recursos utilizados se reducirá y el gasto del hospital consecuentemente también, por lo que podemos deducir que es una información desconocida.
- El uso del método farmacológico como medio para paliar ese estrés postoperatorio es mencionado por la mayoría de enfermeras Españolas, mientras que en las Brasileñas no es considerado; por lo que podríamos deducir que se trata de una

actitud cultural y de ahorro o falta de recursos, ya que Brasil se trata de un país en vías en desarrollo.

- El uso de las medidas farmacológicas puede ser un motivo de “abandono” del paciente por parte de los profesionales por creer que mediante este método el paciente se encuentra relajado, por lo que no sería necesario realizarle ninguna otra intervención.

5.1 Líneas futuras

Este estudio ha sido realizado con el objetivo de realizar una publicación y divulgación de los resultados obtenidos en alguna revista científica. Esto se llevará a cabo una vez sea presentado el estudio por la alumna investigadora ante un Tribunal evaluador el 25 de Junio de 2014.

A parte de la publicación, este estudio puede dar lugar a un planteamiento sobre una futura implantación de una entrevista preoperatoria, es decir, a la implantación de un protocolo en los quirófanos de los hospitales en el cual se registre el grado de estrés en el que los pacientes se encuentren antes de la cirugía e indirectamente provoque que los profesionales de enfermería actúen con el propósito de paliarlo. En este caso podría proponerse algún modelo de registro objetivo de estrés, existe un modelo para medir la ansiedad del paciente, escala de ansiedad de Hamilton, por lo que podría realizarse una escalabada en ésta, modificada y orientada para identificar el estrés en pacientes sometidos a cirugías (HAMILTON 1969).

Otro planteamiento sería proporcionar charlas dirigidas a los profesionales que trabajan en los quirófanos con el fin de concienciarles sobre la importancia de este gran problema, sus consecuencias y los beneficios que se pueden obtener al realizar

intervenciones efectivas para reducir en el mayor grado posible su impacto en los pacientes.

Todo esto puede servir como futuras aplicaciones de éste estudio o como línea de investigación hacia otros proyectos o estudios futuros

6. CONCLUSIONES.

Finalmente podemos decir que a través de este estudio se han llegado a las siguientes conclusiones:

- Los profesionales de enfermería, tanto españoles como brasileños, poseen conocimientos sobre la presencia del estrés en pacientes quirúrgicos y el método para detectarlo es similar, se basan en la observación del paciente.
- Las intervenciones realizadas para intentar paliar el estrés son comunes en ambos países. Las más frecuentes son la conversación con el paciente y la explicación de los procedimientos que se le realizarán dentro del quirófano, y en España a diferencia que en Brasil, es considerada además una ayuda farmacológica.

A través de estas conclusiones podemos decir que los objetivos propuestos en el estudio y nombrados anteriormente se han alcanzado.

7. REFERENCIAS

- ALBERTI, L.R.; JEUNON, E.E. DAIAN, M.R.; PETROIANU, A. Estresse em procedimentos cirúrgicos. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* v.25, nº 2, pp.118-124; 2012.
- ARANTES, M.A.A.C.; VIEIRA, M.J.F. Estresse. São Paulo: Casa do Psicólogo (2002) – Coleção Clínica Psicanalítica; 19 / dirigida por Flávio Carvalho Ferraz.
- AULER JR, J.O.C.; CARMONA, M.J.C.; TORRES, M.L.A.; RAMALHO, A.S. Anestesiologia básica: manual de anestesiologia, dor e terapia intensiva. São Paulo: Manole; 2011.
- AVILES, H.O.; MONROY, F.P. Toxoplasma gondii: cold stress-induced modulation of antibody responses. *Exp Parasitol* v.99, nº 2, pp.89-96; 2001.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Portugal: Edições 70, 2009.
- BARRILERO J. A, CASERO J.A, CEBRIÁN F, et al. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada.
<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Resolução 446 de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.
- BROWN, D.H.; SHERIDAN, J.; PEARL, D.; ZWILLING, B.S. Regulation of mycobacterial growth by the hypothalamus-pituitary-adrenal axis: differential responses of *Mycobacterium bovis* BCG-resistant and –susceptible mice. *Infect. Immun* v. 61, pp. 4793-4800; 1993.
- CAO, L.; MARTIN, A.; POLAKOS, N.; MOYNIHAN, J.A. Stress causes a further decrease in immunity to herpes simplex virus-1 in immunocompromised hosts. *J. Neuroimmunol* v. 156, pp. 21-30; 2004.

- C. SORIANO; G. GUILLAZO; D.A. REDOLAR; M.T; A.V. Fundamentos de neurociência. Ed. ULOC. Cap VI. (319-321)
- CASTELLANOS, B.P.; JOUCLAS, V.M. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. *Rev Esc Enferm USP* v. 24, nº 3, pp. 359-70; 1990.
- 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.
- CLARKE, M. Stress and coping: constructs for nursing. *J Adv Nurs* v. 9, pp. 3-113; 1984
- COHEN, S.; TYRRELL, A.J.; SMITH, A.P. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *N. Engl. J. Med* v. 325, pp. 606-12; 1991.
- FOWLER, M.A.; SPIESS, B.D. Post anesthesia recovery. In: AULER JR, J.O.C.; CARMONA, M.J.C.; TORRES, M.L.A.; RAMALHO, A.S. Anestesiologia básica: manual de anestesiologia, dor e terapia intensiva. São Paulo: Manole; 2011. p. 226-43.
- GLASER, R.; KIECOLT-GLASER, J.K. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews in Immunology* v. 5, pp. 243-251; 2005.
- HAMILTON MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry*. 1969; 3: 76 -
- 79.
- KLEIN, S.L. Hormonal and immunological mechanisms mediating sex differences in parasite infection. *Parasite Immunology* v. 26, pp. 247-64; 2004.
- LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. Stress: appraisal and coping. New York: Springer; 1984. p. 22-54.
- LAZARUS, R.S.; LAZARUS, B.N. Passion and reason – making sense of our emotions. New York: Oxford University Press; 1994, cap. 3, p. 41-66.
- . Stress: conceitos básicos. IN: LIPP, M.E.N. Pesquisas sobre stress no Brasil. Campinas: Papirus; 1996; p. 17-31.

- MEDEIROS, V.C.C.; PENICHE, A.C.G. A influencia da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Rev Esc de Enferm USP* v. 40, nº 1, pp. 86-92; 2006.
- MINAYO, M.C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- MOORE, F.D. Homeostase: alterações corporais no traumatismo e cirurgia. In: SABISTON, D.C. Tratado de cirurgia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. cap. 2, p. 24-60.
- PENICHE, A.C.G. A influência da ansiedade na resposta do cliente no período pós-operatório imediato. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.
- PHILIP, E.C. Glucose hemostasis and hypoglycemia. In: KRONENBERG, H.M.; MELMED, S.; POLONSKY, K.S.; LARSEN, P.R. [editors]. *Williams Textbook of Endocrinology*. 11th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p.1503-28.
- POSSARI, J.F. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. In: POSSARI, J.F. Centro Cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 4ª ed. São Paulo: Iátria; 2009.
- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- RUIZ, M.R.; QUIÑONES, A.G.; DÍAZ, N.L.; TAPIA, F.J. Acute immobilization stress induces clinical and neuroimmunological alterations in experimental murine cutaneous leishmaniasis. *British Journal of Dermatology* v. 149, pp. 731-38; 2003.
- RUTKOWSKI, M.R.; HARMSSEN, A.G. *Tritrichomonas foetus*: pathogenesis of acute infection in normal, estradiol-treated, and stressed mice. *Exp Parasitol* v. 115, nº 2, pp. 143-59; 2007.

- SANTOS, C.D.; CALDEIRA, J.C.; TOLDO, M.P.A.; PRADO, J.C. *Trypanosoma cruzi*: effects of repetitive stress during the development of experimental infection. *Experimental Parasitology* v.110, pp. 96-101; 2005.
- SANTOS, J.; HENCKMEIER, L.; BENEDET, S.A. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem em Foco*. v.2, nº 3, pp. 184-7; 2011.
- SASSO, K.D.; GALVÃO, M.C. Transplante de fígado: Resultados de aprendizagem de pacientes que aguardam a cirurgia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet] 2005 [citado 2005 Novembro 08]; 13(4):[cerca de 8p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a04.pdf>
- SELYE, H. History and present status of the stress concept. In: MONAT, A.; LAZARUS, R.S. *Stress and coping an antology*. 2nd Ed. New York: Columbia University Press; 1985. p.17-29.
- SHERIDAN, J.F.; DOBS, C.; BROWN, D.; ZWILLING, B. Psychoneuroimmunology: stress effects on pathogenesis and immunity during infection. *Clinical Microbiology Reviews* v.7, pp. 200-12; 1994.
- STERNBERG, E.M. Neural regulation of innate immunity: a coordinated nonspecific host response to pathogens. *Nature Reviews Immunology* v.6, pp. 318-28; 2006.
- ORIHUELA-PÉREZ et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enferm. Clin*. 2010;20(6):349–354
- UMPIERREZ, G.E.; MURPHY, M.B.; KITABCHI, A.E. Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar syndrome. *Diabetes Spectrum*. v. 15, nº 1, pp. 28-36; 2002.

8. ANEXOS

ANEXO I. RECURSOS

La siguiente tabla recoge los recursos, tanto materiales como económicos, necesarios para este estudio con un valor aproximado de éstos, están presentados en Reales y en Euros.

Material	Cantidad	Valor Unitario (RS/€)	Total (RS/€)
Tinta impresora	2	32,00/10	64,00/20
Paquete de folios blancos	1	14,00/4	14,00/4
Bolígrafos	50	1,00/0,30	50,00/15
Copias	250	0,10/0,03	25,00/8
Impresión del poster	1	70,00/22	70,00/22
TOTAL			323,00/70

ANEXO II. CRONOGRAMA

El cronograma previsto para la investigación será ejecutado en el caso de que el proyecto sea APROBADO por el Sistema CEP/CONEP (Brasil), siendo uno de los casos en los que se exige la aprobación de CONEP.

ANO	2013	2014		
Meses	N-D	E-F-M	A-M-J	A-S
Actividades				
Profundización teórica	X	X	X	X
Exposición al CEP	X			
Colecta de datos (Brasil)		X	X	
Colecta de datos (España)			X	
Creación de banco de datos			X	
Análisis de los datos			X	
Elaboración de la memoria de la investigación			X	X
Divulgación de los resultados parciales, elaboración y envío de artículo para publicación, presentación de los resultados en un evento científico				X

ANEXO III. ENTREVISTAS.

BRASIL.

Hospital Casa de Saúde e Maternidade de São Carlos.

J, ENFERMEIRA CASA DE SAÚDE.

IDIOMA: Português (Brasil)

L → Dia 14 de janeiro de 2014 entrevista com J., enfermeira no Centro Cirúrgico da Casa de Saúde. O estudo e estresse do paciente cirúrgico a percepção e intervenção dos enfermeiros perioperatorios. A primeira pergunta... Você realiza avaliação do estresse do paciente antes da cirurgia? E por quê?

Sim, a gente realiza essa avaliação na visita pré-operatória, quando fazemos a visita pré-operatória numa conversa com o paciente, a ansiedade dele e as dúvidas já mostram um estresse do paciente. Então a gente já consegue avaliar nessa visita pré-operatória.

L → Então, por quê que você faz essa avaliação do estresse?

Porque a gente faz, a gente identifica esse estresse no pós-operatório com a ansiedade, com as perguntas com as expressões faciais e físicas do paciente, tá? A gente avalia e orienta, conversa, explica pra ele como que é o ambiente do cirúrgico e quais são os passos da cirurgia, os processos que ele vai passar, o processo preparatório, o processo cirúrgico, postcirúrgico, tentando de essa maneira evitar o estresse do paciente.

L → A segunda pergunta é quando você faz essa avaliação do paciente em que você se baseia para identificar o estresse?

Na conversa, na expressão física, na facial e na conversa, ele me passa um medo o temor, as dúvidas, então eu consigo identificar ou estresse do paciente.

L → E a terceira pergunta é, quando você identifica que o paciente está estressado quais orientações você oferece ou condutas que você toma?

Converso com o paciente e explico para ele o procedimento cirúrgico, tento tranquilizá-lo explicando como vai ser o procedimento, como vai ser o pós-operatório, a recuperação dele orientando a familiares e tentando ajudar sanando suas dúvidas.

L → Entendi, muito obrigada J.

IDIOMA: Español (España)

L → Día 14 de enero de 2014, entrevista con J., enfermera del “Centro Cirúrgico da Casa de Saúde”. El estudio es el estrés del paciente quirúrgico, la percepción e intervención de los enfermeros preoperatorios. La primera pregunta es... ¿Usted realiza una valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? Y ¿Por qué?

Si, nosotros realizamos esa valoración en la visita preoperatoria, cuando hacemos la visita preoperatoria, una conversación del paciente, su ansiedad y las dudas que tiene ya muestran un estrés del paciente. Entonces nosotros ya conseguimos valorarlo en esa visita preoperatoria.

L → Entonces, ¿por qué usted realiza esa valoración del estrés?

Porque nosotros lo hacemos, nosotros identificamos ese estrés en el postoperatorio con la ansiedad, con las preguntas, con las expresiones faciales y físicas del paciente, ¿vale? Nosotros valoramos y orientamos, conversamos, explicamos para él como es el ambiente del quirófano e cuáles son los pasos de la cirugía, los procesos por los que él va a pasar, el proceso preparatorio, el proceso quirúrgico, postquirúrgico, intentando de esa manera evitar el estrés del paciente.

L → La segunda pregunta es, cuando usted realiza esa valoración del paciente, ¿En qué se basa para identificar el estrés?

En la conversación, en la expresión física, en la facial y en la conversación, el me transmite un miedo o temor, las dudas, entonces yo consigo identificar el estrés del paciente.

L → Y la tercera pregunta es, cuando usted identifica que el paciente esta estresado, ¿Qué orientaciones usted le ofrece o qué conductas toma?

Hablo con el paciente y le explico el procedimiento de la cirugía, intento tranquilizarlo explicando cómo va a ser el procedimiento, como va a ser el postoperatorio, su recuperación, y orientando a los familiares e intentando ayudar a resolver sus dudas.

L → Entiendo... muchas gracias J.

R, ENFERMEIRA CASA DE SAÚDE.

IDIOMA: Português (Brasil)

L → Dia 14 de janeiro de 2014, entrevista com R.... no Centro Cirúrgico da Casa de Saúde. O título do estudo e estresse do paciente cirúrgico a percepção e intervenção dos enfermeiros perioperatorios. Bom, a primeira pergunta... o Rafaela você realiza avaliação do estresse do paciente antes da cirurgia? E por quê?

Então Laura, não tenho nenhum modelo de entrevista de avaliação dos pacientes antes da cirurgia. Então eu não faço isso, ainda não tenho essa conduta mais percebo que isso seria um grande estudo aqui dentro do cirúrgico porque a gente percebe que os pacientes realmente ficam com estresse muito maior. Então ainda não faço... por motivo de tempo mesmo, porque eu sou sozinha, sou uma enfermeira, sou uma só enfermeira dentro do centro cirúrgico então eu não tenho tempo para fazer esse questionário ou voltar pra um... somente pra isso. Tirar um tempinho de que eu tenho pra ir questionando os pacientes e se tem algumas condutas. Especificamente eu não tenho nenhum modelo de avaliação de estresse.

L → mais a parte de ter um modelo você faz alguma intervenção o simplesmente como você não tem tempo você não faz?

Quando eu... o que que a gente faz aqui? A gente recebe o paciente, recepciona o paciente no cirúrgico e a gente já percebe que quando ele chega estressado, chorando, nervoso, muito preocupado pela cirurgia, o que a gente tenta fazer pra que isso melhore e conversar com paciente. Em primer lugar a gente se identifica, a gente fala no seu nome, explica nossa função e tudo o que a gente for fazer com o paciente é explicado antes e a gente tenta fazer um resuminho do que vai acontecer com paciente aqui dentro. Então a gente explica que ele vai ficar primeiro na... No pós-operatório, desculpa, no pré-operatório, que a gente vai realizar punção venosa, todos os procedimentos que vão ser feitos nele. Depois na sala a gente fala mais o menos como que vai ser o procedimento, o tempo de cirurgia, que a gente vai estar do lado dele a todo o momento, que ele pode solicitar quando e possível e a gente vai atender ele. A gente tenta fazer assim, não só eu mais tudo o equipe, todo equipe que recepciona esse paciente tem essa mesma conduta de conversar com ele, tentar entender a maior preocupação dele, que as vezes a preocupação dele não esta na cirurgia mas esta na anestesia, ele não conseguiu tirar todas as duvidas com anestesista, então ele tem medo de dormir e nunca mais acordar, ou as vezes também o questionamento é que na sa...quando ele dormir ele não sabe que vão fazer com ele, então a gente tenta explicar isso pra o paciente todas as vezes. Como seria uma cirurgia que ele vai ser sometido, isso não e regra, mais depois disso a gente percebe que o paciente fica um pouco melhor sabendo o que vai ser feito aqui dentro.

L → Então, você não é quem faz a avaliação, quem que faz e o equipe conjunto...

Isso, se eu admito o paciente e eu percebo isso eu já faço.

L→ Bom, então a segunda pergunta é, que quando você faz essa avaliação no paciente, quando é você, em que você se baseia para identificar esse estresse?

Na verdade eu me baseio no próprio paciente né? Quando, logo que eu recepciono ele eu já percebo que ele está estressado, que está nervoso, muitas vezes o paciente já chega no centro cirúrgico chorando é assim, na maioria das vezes é o próprio paciente que procura a gente, já fala: “Pelo amor de Deus, cuida bem de mim”.. “Que vai acontecer...” Então de verdade é difícil eu recepcionar um paciente e ir perguntando pra ele o que ele está sentindo até eu descobrir que ele está nervoso e estressado. Geralmente procura o contrário, ele já chega falando que ele está muito nervoso porque ele está aqui dentro, e aí o que te diz na pergunta anterior que aí eu explico todo procedimento dele para estar calado.

L→ Então você já responde a terceira pergunta que é: quando você identifica que o paciente que está estressado, quais são as orientações que oferece ou as condutas que você toma?

Acho que já fica na primeira pergunta, né? Por enquanto a gente está fazendo assim, de percebe que claro o não melhora cem por cento, que o paciente ainda ele continua, principalmente o paciente que nunca foi submetido a nenhum tipo de cirurgia, que é a primeira vez, ele continua nervoso mais eu percebo que na nossa conversa até chegar o equipe médica e tudo, ele já tem uma boa melhora, consegue confiar mais na equipe e acreditar que o que a gente vai fazer é pelo bem dele, e depois quando ele acorda que vá para a sala de recuperação de pós-operatório, ele já vai um pouco mais tranquilo.

L→ Bom, então muito obrigada R.

De nada.

IDIOMA: Español (España)

L → Día 14 de enero de 2014, entrevista con R. en el “Centro Cirúrgico da Casa de Saúde”. El nombre del estudio es: el estrés del paciente quirúrgico, la percepción e intervención de los enfermeros preoperatorios. Bueno, la primera pregunta...Rafaela, ¿usted realiza una valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? y ¿Por qué?

Entonces Laura, no tengo ningún modelo de entrevista de valoración de los pacientes antes de la cirugía. Entonces yo no hago eso, todavía no tengo esa conducta pero percibo que eso sería un gran estudio aquí, dentro del quirófano, porque nosotros percibimos que los pacientes realmente se encuentran con un estrés más grande. Entonces todavía no lo hago... por motivo mismo de tiempo, porque yo estoy sola, soy una enfermera, soy una sola dentro del quirófano, entonces yo no tengo tiempo de hacer ese cuestionario y volver para...solamente para eso.. emplear un pequeño tiempo que tengo para ir preguntando a los pacientes si tienen algunas conductas. Específicamente yo no tengo ningún modelo de valoración del estrés.

L→Pero aparte de no tener un modelo, ¿usted realiza alguna intervención o simplemente como usted no tiene tiempo no la realiza?

Cuando yo... ¿Qué es lo que nosotros hacemos aquí? Nosotros recibimos el paciente, se recibe en el quirófano y nosotros ya percibimos que él llega estresado, llorando, nervioso, muy preocupado por la cirugía, lo que nosotros intentamos hacer para que eso mejore es conversar con el paciente.

En primer lugar nosotros nos identificamos, nosotros decimos nuestro nombre, explicamos nuestra función y todo lo que nosotros vayamos a hacer con el paciente es explicado antes y nosotros intentamos hacer un pequeño resumen de lo que va a pasar con el paciente aquí dentro. Entonces explicamos que él va a estar primero en... El postoperatorio, perdón, en el preoperatorio, que vamos a realizarle una punción venosa... todos los procedimientos que se van a hacer en él. Después en la sala nosotros le decimos más o menos cómo va a ser el procedimiento, el tiempo de la cirugía, que vamos a estar a su lado en todo momento, que él nos puede solicitar y cuando sea posible le atenderemos. Nosotros intentamos hacer así, no solo yo sino con todo el equipo, todo el equipo que da la bienvenida a ese paciente tiene esa misma conducta de conversar con él, intentar entender la mayor preocupación de él, que a veces su preocupación no está en la cirugía pero está en la anestesia. Él no consiguió resolver todas las dudas con el anestesista, entonces él tiene miedo de dormirse y no despertarse nunca, y a veces también la pregunta es que en la sa... cuando él se duerma no sabe que van a hacer con él, entonces nosotros intentamos explicar eso para el paciente todas las veces, cómo sería una cirugía a la que él va a ser sometido. Esto no es una regla, pero después de eso nosotros percibimos que el paciente se encuentra un poco mejor sabiendo lo que se va a realizar aquí dentro.

L→ *Entonces usted no es quien realiza la valoración, quien la hace es el equipo en conjunto...*

Eso, si yo admito el paciente y percibo eso, yo ya lo hago.

L→ *Bueno, entonces la segunda pregunta es que cuando usted realiza esa valoración en el paciente, cuando es usted, ¿En que se basa para identificar ese estrés?*

En verdad yo me baso en el propio paciente, ¿no? Cuando, nada más recibirle yo ya percibo que él está estresado, que está nervioso, muchas veces el paciente ya llega al quirófano llorando y es así, en la mayoría de las veces es el propio paciente que nos busca, ya nos dice: “Por el amor de Dios, cuida bien de mí”...” ¿Qué es lo que va a pasar?”... Entonces de verdad es difícil que yo de la bienvenida a un paciente y tenga que ir preguntándole lo que está sintiendo para descubrir que él está nervioso y estresado. Generalmente busca lo contrario, el ya llega diciendo que está muy nervioso porque está aquí dentro, y ahí lo que te dije en la pregunta anterior, yo explico todo su procedimiento para estar tranquilo.

L→ *Entonces usted ya nos ha respondido a la tercera pregunta que es, cuando usted identifica que el paciente está estresado, ¿Cuáles son las orientaciones que ofrece o las conductas que usted toma?*

Creo que ya se quedó en la primera pregunta, ¿no? De momento nosotros estamos haciendo así, se percibe que claro el paciente no mejora cien por ciento, que el paciente todavía continúa, principalmente el paciente que nunca fue sometido a ningún tipo de cirugía. Que es la primera vez, el continua nervioso pero yo percibo que en nuestra conversación hasta que llega el equipo médico y todos, él ya ha mejorado bastante, consigue confiar más en el equipo y creer que lo que vamos a realizar es por su bien; y después, cuando él se despierta que va a la sala de recuperación del postoperatorio, él ya va un poco más tranquilo.

L→ *Bueno, entonces muchas gracias R.*

De nada.

Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Carlos.

P, ENFERMEIRA SANTA CASA.

IDIOMA: Português (Brasil)

E→ Dia 26 de Dezembro de 2013, nós estamos com a enfermeira P. para a entrevista com ela sobre o projeto de pesquisa estresse do paciente cirúrgico, a avaliação e intervenção dos enfermeiros perioperatorios. A primeira questão enfermeira Priscilla é, Você realiza avaliação do estresse do paciente antes da cirurgia? E Por quê?

Eu analiso o estresse da cirurgia refletida no paciente no momento que ele entra no centro cirúrgico. Eu acabo evidenciando pelo próprio comportamento do paciente e coloco algumas... alguns conceitos no sentido de que...paciente vem com muitas ideias sobre centro cirúrgico, sobre como é um centro cirúrgico, o que ele vai ter para frente porque de uma maneira ou de outra ele vai sofrer algum tipo de lesão, vai ser... vai ter um estresse também independente da cirurgia e também a gente acaba conversando sobre a cultura, a própria cultura disse falar em si fazer uma cirurgia ou medo constante da morte. Então o que mais a pessoa já vem trazendo isso no coração. Quando ela vem para dentro do centro cirúrgico ela exterioriza o medo estampado no rosto dela, porque o corpo fala, o ela mesmo acaba verbalizando a questão do medo: ¿esta tudo bem? A gente vai lá, se identifica, procura estar passando uma segurança para esse paciente fazendo com que ele acabe confiando, sabendo que tem realmente alguma pessoa que for um anjo da guarda, como acostumo falar para a equipe, para estar do lado dele fazendo ate o mínimo possível, nem para segurar a mão dele.

E→ E por que você faz essa avaliação?

Eu acho importante quando o paciente entra dentro do centro cirúrgico, ele se sente acolhido, eu acho que quando você vai na casa de alguém, se você não conhece ninguém, você não se sente a vontade, não que ele vai se sentir a vontade no centro cirúrgico mais ele vai.. ele tem as pessoas ali que ele pode confiar, ele pode...não...ter uma...não complicação da pressão que suba... isso vai refletir nos sinais vitais dele, nessa pessoa hipertensa já vai desencadear uma serie de coisas, o mesmo de algumas reações com algumas medicações que interferem nisso.

E→ Muito bem. A segunda pergunta, quando você faz avaliação do paciente, em que se baseia para identificar o estresse? O que você olha? O que você vê? O que você.. .sugere você que o paciente esta estressado?

A fisionomia do paciente, como eu disse o ele mesmo relatando mais o primeiro momento e você olhar, você já saber que ele... por menor que ele faz, por menos que ele fala para você eu não estou estressado, a gente sabe quem esta um pouco estressado. Mais o corpo fala, você evidencia no olhar, você consegue ver se a pessoa esta

tremendo, se a pessoa está nesse olhar, olhando ou procurando alguma coisa, alguém em que possa se amparar e o próprio falar de a pessoa, que ela está com medo. “Esta tudo bem?”... “Ah, estou com medo”... “olha cuida de mim, não me deixe morrer na mesa”.

E→ Terceira questão , quando você identifica que o paciente está estressado, quais orientações você oferece a ele ou condutas que você toma?

Primeiramente é uma capacitação que não tem que ser só minha, e uma capacitação de todo o equipe porque quem acaba acolhendo o paciente não é só a enfermeira, tem as pessoas que, no caso nosso, tem uma campainha, ela é acionada ou constantemente sempre tem alguém na frente, mas o caso não tem, tem uma campainha. Quando eu estou lá, eu prefiro eu mesma estar recebendo, mas as vezes tem alguma intercorrência e a enfermeira não pode estar lá então todo a equipe tem que passar essa segurança para o paciente.

IDIOMA: Español (España)

E→ *Día 26 de diciembre de 2013, estamos con la enfermera P. para entrevistarla sobre el proyecto de investigación del estrés del paciente quirúrgico, la evaluación y la intervención de los enfermeros preoperatorios. La primera pregunta enfermera Priscilla es: ¿Usted realiza una valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? Y ¿Por qué?*

Analizo el estrés de la cirugía reflejada en el paciente en el momento en el que entra en la sala de operaciones. Yo lo termino evidenciando por el propio comportamiento del paciente y coloco algunas... algunos conceptos en el sentido de que... el paciente viene con muchas ideas sobre el quirófano, sobre cómo es un quirófano, lo que va a ocurrir en adelante porque de una manera o de otra, él va a sufrir algún tipo de lesión, será... tendrá un estrés también independientemente de la cirugía y también terminamos hablando de la cultura, la propia cultura nos dice, que si realizamos la cirugía existirá un temor constante a la muerte. Entonces lo más común es que la persona ya venga trayendo eso en el corazón. Cuando ella entra en el quirófano exterioriza el miedo estampado en su cara, porque el cuerpo habla, o ella misma acaba verbalizando la cuestión del miedo: “¿Está todo bien?” Vamos allí, nos identificamos, procuramos proporcionar seguridad haciendo que ese paciente acabe confiando, sabiendo que realmente tiene una persona que es un ángel de la guarda, como suelo decir al equipo, para estar a su lado realizando hasta lo mínimo posible, hasta para sostener su mano.

E→Y *¿por qué usted realiza esa valoración?*

Creo que es importante que el paciente cuando entra en el quirófano, él se sienta acogido, creo que cuando vas a la casa de alguien, si no conoces a nadie, no te sientes como en casa, él no se va a sentir como en casa en el quirófano, pero se va... pero él tiene gente allí en la que puede confiar, él puede... no... tener una complicación de que suba la tensión... eso se reflejará en sus signos vitales, en esa persona hipertensa ya va a desencadenar una serie de cosas, incluso algunas reacciones con algunos medicamentos que interfieren con eso.

E→Muy bien. *La segunda pregunta, cuando usted realiza la valoración del paciente, ¿en qué se basa para identificar el estrés? ¿Qué es lo que observa usted? ¿Qué ve usted? ¿Lo que... le sugiere a usted que el paciente está estresado?*

La fisonomía del paciente, como ya he dicho él mismo, hablando, pero el primer momento es observar, ya saber que él... por poco que él haga, por poco que él te diga que no está estresado, nosotros sabemos quién está un poco estresado. Pero el cuerpo habla, tú lo percibes en la mirada, se puede ver si la persona está temblando, si esa persona tiene esa mirada, mirando o buscando algo, alguien en que pueda ampararse y

la forma de hablar de la persona, que ella tiene miedo. “¿Está todo bien? “... “Oh, tengo miedo “... “mira, cuida de mí, no me dejes morir en la camilla. ”

E → Tercera pregunta, cuando usted identifica que el paciente está estresado, ¿qué orientaciones usted le ofrece o que conductas usted toma?

En primer lugar es una capacitación que no tiene por qué ser sólo mía, es una capacitación de todo el equipo porque quien acaba acogiendo al paciente no es sólo la enfermera, las personas tienen, en nuestro caso tiene una campanilla y ella es activados, o constantemente siempre tienen a alguien enfrente, pero en el caso de no tener, tienen la campanilla. Cuando yo estoy allí, prefiero estar yo misma recibiendo los pacientes pero lógicamente a veces tenemos alguna complicación y la enfermera no puede estar allí, entonces todo el equipo tiene que pasar esa seguridad al paciente.

ESPAÑA

Complejo Hospitalario de Navarra: Hospital A.

L, ENFERMERA HOSPITAL A.

L → Hoy es día 12 de mayo y estoy en el quirófano central del hospital de Navarra y estoy con L. para realizar la entrevista sobre el estrés del paciente quirúrgico, la percepción y la intervención de los enfermeros preoperatorios. Bueno L., la primera pregunta: ¿Realiza usted alguna valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? Y ¿Por qué?

Bueno, sí que procuramos un poco, ver un poco el estado que llega, en el que llega el paciente a quirófano para procurar darle un confort y un bienestar dentro de lo que podemos hacer. En nuestro quirófano, en cardíaca, prácticamente en cuanto llega el paciente a quirófano ya se les pone un poco de midazolam, que es un poco... aparte de que les ayuda a un poco... a tranquilizarse, luego tiene un poco de efecto amnésico entonces yo creo que enseguida se relajan un poquito y vienen ya con más confort.

L → Vale, muy bien, ¿pasamos a la segunda pregunta? Cuando realiza esa valoración, ¿En qué se basa para identificar ese estrés?

Bueno, pues sobretodo un poco lo que cuenta el paciente de si se encuentra nervioso o cómo lo ves un poco a él, de... la manera de hablar, lo que te cuenta y sobretodo un poco a la hora de monitorizarlo, pues la frecuencia cardíaca y... sobretodo eso.

L → Vale, Bueno y la última pregunta: Cuando identificas efecti...bueno, cuando efectivamente ves que ese paciente esta estresado, ¿Qué orientaciones le ofreces o que conductas tomas?

Bueno, la verdad es que como el tiempo es muy corto desde que el paciente llega hasta que se le empiezan a hacer los procedimientos, sí que vemos un poco el estado en el que llega pero en seguida se empiezan a tomar medidas de... tampoco da tiempo a darle consejos a él de que respire más tranquilo o relájese. Entonces sí que hablar un poco con él para tranquilizarle y decirle todo lo que le vas a hacer y que no se sienta invadido y ponerle un poquito de medicación para que le ayude.

L → Vale, muchísimas gracias L.

De nada.

A., ENFERMERA HOSPITAL A.

L → Hoy es 12 de Mayo y estoy en el quirófano central del hospital de navarra con A, que le voy a realizar la entrevista sobre el estrés del paciente quirúrgico, la percepción e intervención de los enfermeros preoperatorios. Bueno A., la primera pregunta: ¿Realiza usted alguna valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? Y ¿Por qué?

Pues sí, se hace una valoración, se recibe al paciente, se le pregunta qué tal se encuentra, se le observa, ¿no? A ver si tiene signos, pues eso, de nerviosismo y se le valora un poquito haciéndole compañía. Entonces se le intenta calmar verbalmente y quitar un poquito de miedo, y que el lugar desconocido, que el quirófano es un lugar que impone mucho y es como un medio muy frio, se le intenta pues que se relaje. Y se le explica todo lo que se le va a hacer, el sitio donde se encuentra, dónde se le va a llevar, todas estas cosas.

L → Y ¿Por qué realiza esta valoración?

¿Por qué? Pues como medida de protección para el paciente, porque es la persona que va a velar por él todo el rato, desde que entra en el quirófano hasta que sale, pues somos nosotras. Como parte de ese cuidado es su acogida y reducir el nivel de estrés y que se encuentre bien.

L → Vale, pasamos a la segunda pregunta. Cuando realizas esta valoración, ¿En que se basa para identificar este estrés?

Bueno pues en los signos... primero pues igual visualmente lo que te parece ¿no? Pues en el nerviosismo que pueda tener, la voz quebrada, la cara congestionada, que no hable mucho... y posteriormente cuando ya se pasa dentro de quirófano se le monitoriza, entonces ahí pues la tensión arterial nos da un dato enseguida le vemos que está muy nervioso, el electro... pues todas estas cosas. Es todo muy rápido de todas formas, no es una cosa... va.. es muy rápido porque cuanto antes se le pase y antes se le duerma, para el paciente es mejor, menos estrés pasa y menos... sí, es todo muy rápido.

L → Vale, bueno y la última pregunta, cuando usted identifica que el paciente efectivamente está estresado, con todo lo que nos ha dicho, ¿Que orientaciones ofrece o que conductas toma?

Mira, pues en un primer momento cogerles de la manica, el contacto físico con el yo veo que les tranquiliza muchísimo y el decirles que no se preocupe que vas a estar con él en todo momento y que no le va a pasar absolutamente nada , un poco quitar hierro al asunto, explicarle para el pac... me parece muy importante explicarle donde se encuentra, a que habitación se le va a pasar, en que cama se le va tumbar, todo lo que se le va ir haciendo poquico a poco. Y si realmente está muy muy nervioso, pues entonces igual pues ya consultamos con anestesia y se le pone algo de medicación que le ayude.

L → Vale, bueno pues muchísimas gracias A.

De nada.

C, ENFERMERA HOSPITAL A.

L → Hoy es 12 de Mayo y estoy en el quirófano central del hospital de navarra con C, que voy a realizarle la entrevista sobre el estrés del paciente quirúrgico, la percepción y la intervención de los enfermeros en el preoperatorio. Bueno C, la primera pregunta: ¿Realiza usted alguna valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? Y ¿Por qué?

Vale, siempre que llegan los pacientes les preguntamos a ver qué grado de ansiedad tienen preguntándoles cosas como: “¿Qué tal está?” “¿está nervioso?, ¿Qué tal ha dormido?, ¿Ha descansado?”, y así valoramos un poco el estado del paciente. Siempre... algunos que nos contestan que están más nerviosos que otros. Y ¿por qué? Bueno porque a mí me parece algo fundamental en una persona recibirla en el quirófano y hacerla que se sienta un poco lo más cómodo posible e intentar tranquilizarle con nuestras preguntas y nuestra atención.

L → Vale, bueno cristina la segunda pregunta, cuando usted realiza esta valoración ¿En qué se basa para identificar este estrés?

Hombre, sobre todo en lo que me dice el paciente, pero muchas veces a pesar de que te dicen que están bien y que están relajados, sí que es verdad que no es lo que demuestran con la cara, con los gestos o incluso te pueden decir que están bien pero ellos están muy serios, entonces sí que a veces se refleja que no están serios en eso. Además aquí también, bueno es en la siguiente pregunta...

L → Vale, pues pasamos a la siguiente pregunta. Cuando usted identifica que el paciente efectivamente está estresado, ¿Qué orientaciones ofrece o que conductas toma?

Vale, pues sobre todo a mí me parece que lo que más puede tranquilizarles es explicarles en todo momento lo que le estamos haciendo. Si a la hora de pincharles para ponerles un suero explicarles para qué es, a la hora de ponerle toda la monitorización también y luego a parte la medicación que el anestesta nos dice como el midazolam o algo así, para que el paciente se relaje.

L → Bueno, muchísimas gracias C.

De nada.

A., ENFERMERA HOSPITAL A.

L → Hoy es 12 de Mayo y estoy en el quirófano central del hospital de navarra con A, que le voy a realizar la entrevista sobre el estrés del paciente quirúrgico, la percepción y la intervención de los enfermeros preoperatorios. Bueno A, la primera pregunta: ¿Realiza usted alguna valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? Y ¿Por qué?

Sí y para saber cómo se encuentra la persona ante la intervención quirúrgica.

L → La segunda pregunta, cuando usted realiza esta valoración, ¿En que se basa para identificar ese estrés? ¿Qué es lo que tú ves?

Si el paciente te pregunta muchas preguntas, si te manifiesta que está nervioso, si te pregunta sobre el tipo de intervención, quién le va a intervenir, si le va a doler, toda una serie de preguntas que te puedan hacer que te orienten a pensar que esta... cómo se encuentra ante esa intervención.

L → Y la última pregunta, cuando usted identifica que el paciente efectivamente está estresado, ¿qué orientaciones le ofrece o que conductas toma?

Pues normalmente intento tranquilizarle explicándole un poco lo que le voy a hacer, no diciéndole a lo mejor todo lo que es la intervención, pero sí pues orientándole que la persona que la va a realizar la realiza habitualmente, intento eso, tranquilizar al paciente para que no esté muy nervioso o si pues está le comento al anestesista para que tome alguna medida.

L → Vale, pues muchísimas gracias

Complejo Hospitalario de Navarra: Hospital B.

A, ENFERMERA HOSPITAL B.

L → Buenos días, hoy es 7 de mayo y estoy con A, enfermera del quirófano central del hospital virgen del Camino. Bueno A, le voy a hacer la primera pregunta, ¿realiza usted alguna valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? Y ¿Por qué?

Cuando recibimos a un paciente se hace un tipo de valoración integral de aceptación, y sobre todo pues preguntamos qué tal la noche y si vemos que la situación de estrés es importante pues intentamos desviar la atención sobre todo de la cirugía y cambiar un poco el tema hacia algo más agradable.

L → Vale, y ¿por qué realizáis esta valoración?

Porque muchas veces el estrés, los nervios, pues te impiden sobre todo llegar a una situación mucho más relajada y el paciente además luego, se sabe que si tiene una situación de estrés muy importante, cuando se despierta sigue con ese estrés.

L → Vale, pasamos a la segunda pregunta. Cuando realiza esa valoración que hemos estado hablando, ¿En que se basa para identificarlo, ese estrés?

En la forma de hablar, en la forma de contestar o no querer contestar, en la forma que tiene a preguntar o no hacer preguntas, un poco del estado general ya que enfermería hace una valoración integral del paciente.

L → Bueno y por último, cuando usted identifica que ese paciente efectivamente está estresado, ¿Qué orientaciones le ofrece o que conductas toma?

En principio hacerle saber que es una persona más en el quirófano, que no es una persona ajena al quirófano y que estamos para atenderle, y luego llevar esta información que se recoge a la persona que va a intentar quitarle este estrés, que en cierto modo se puede mejorar con la medicación, o sea, al anestesista que va a hacer la inducción anestésica.

L → Bueno pues ya hemos acabado, pues muchísimas gracias A.

De nada.

S., ENFERMERA HOSPITAL B.

L → Bueno, hoy es 7 de mayo y estoy con S. y voy a realizarle la entrevista sobre el estrés del paciente quirúrgico, la percepción y la intervención de los enfermeros preoperatorios. Bueno S., le voy a hacer la primera pregunta, ¿realiza usted alguna valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? Y ¿Por qué?

Nosotros al llegar el paciente sí que hablamos con él e intentamos estar con él y hacerle una serie de preguntas para ver cómo se encuentra: “¿cómo ha dormido?, ¿Cuál es su estrés con ese momento?”. Lo que no hacemos es registrarlo ni recogerlo en ningún sitio; y ¿Por qué? Porque es una persona que queremos que se sienta cercana a nosotros y es lo que nos gustaría que hiciesen con nosotros porque al llegar a quirófano es un sitio nuevo, un sitio donde no has estado otras veces y solamente el mero hecho de venir al quirófano ya es un estrés.

L → Pasamos a la siguiente pregunta, cuando usted realiza esa valoración, ¿En qué se basa para identificar ese estrés?

Para identificar el estrés pues en la forma de responder, en cómo esté su ánimo, en la expresión, en una serie de cosas que bueno, ya con el tiempo las vas valorando y no sé, la gente viene pues muy asustada a quirófano y nosotros lo que intentamos es hacer que se suelte y poquito y esté con nosotros ese tiempo que esta antes de dormirse lo más comodo posible.

L → Vale, muy bien, y la última pregunta. Cuando usted identifica que ese paciente efectivamente está estresado, ¿Que orientaciones ofrece usted o que conductas toma?

Hombre nosotros lo que intentamos es lo primero pues decirle que si está estresado es normal, que si quiere llorar que lllore, incluso le ofrecemos un pañuelo, y luego también le ofrecemos la ayuda médica de un tranquilizante, algo que le pueda sedar y le pueda ayudar a llevar ese momento más fácil y a que no tenga un estrés excesivo, porque luego en la intervención también repercute pues con la tensión y el resto de cosas que tiene que soportar en quirófano.

L → Vale, pues muchísimas gracias S.

E., ENFERMERA HOSPITAL B.

L → Buenos, hoy es 7 de mayo y estoy con E., enfermera del quirófano central del hospital virgen del Camino y le voy a realizar la entrevista sobre el estrés del paciente quirúrgico, la percepción y la intervención de los enfermeros preoperatorios. E., la primera pregunta, ¿realiza usted alguna valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? Y ¿Por qué?

Pues sí, en cuanto llega pues estamos nosotras en alerta de cómo viene el enfermo, si viene tranquilo o viene nervioso y sobre eso pues entonces actuamos sobre cómo ha llegado.

L → Vale, y ¿Por qué realizáis esa valoración?

Pues para que entre en quirófano lo más tranquilo y relajado que se pueda y este confiado en nosotros y que va a estar bien atendido.

L → Vale, pasamos a la segunda pregunta. Cuando usted realiza esta valoración, ¿En que se basa para identificar ese estrés?

Pues se nota en el estado en el que viene el enfermo, él mismo a veces te dice ¿no? “Oye, estoy muy nervioso”, entonces les preguntamos si ha dormido, si ha tomado algo... bueno luego hay gente más nerviosa que otra y hay veces que bien ¿no? Pero otros necesitan ayuda para entrar al quirófano lo más tranquilos posibles.

L → Y ¿Qué es lo que tú ves para... observar ese estrés? ¿Qué te dice a ti que esa persona está estresada?

Pues algunos ya cuando llegan aquí pues delante de la familia o en la planta están nerviosos pero mantienen el tipo, y pues cuando llegan aquí entonces empiezan ya a llorar y entonces ya se les nota que ya.... Luego con nosotros pues empiezas a hablar y empiezan a estar más tranquilos y tal, y bueno y eso.

L → Muy bien, y por último, cuando usted identifica que ese paciente efectivamente está estresado, ¿Qué orientaciones ofrece o que conductas toma?

Pues nada, les tranquilizamos, para que vaya todo muy bien, que vamos a estar todo el tiempo con él, mucha gente vamos a estar controlando todo y nada, luego también se les pone alguna medicación para que entren tranquilos porque luego al final, si se duermen tranquilos se despiertan en general también más tranquilos.

L → Bueno pues muchísimas gracias E.

E., ENFERMERA HOSPITAL B.

L → Hoy es 7 de mayo y estoy con E., enfermera del quirófano central del hospital virgen del Camino y le voy a realizar la entrevista sobre el estrés del paciente quirúrgico, la percepción y la intervención de los enfermeros preoperatorios. Bueno E., la primera pregunta, ¿realiza usted alguna valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? Y ¿Por qué?

Valoración como tal con puntuación, no. Simplemente pues vemos como viene el enfermo, porque bueno yo creo que estrés varía mucho dependiendo del miedo, del miedo que tenemos todos, es el que realmente transfiere el estrés, entonces te vas a encontrar gente de todo, gente de la que no habla, de la que viene súper nerviosa, de la que viene... entonces según tu veas como esté, y siempre en colaboración con el anestesista, aparte de hablar con esa persona, que es muy importante que a veces les tranquilice aunque hay personas también que les molesta que hables con ellos, porque vienen tan nerviosos que lo que quieren es cerrar los ojos y que todo aparezca súper rápido, pero con el anestesista si eso le poner alguna medicación para que esté más tranquilo, algún tranquilizante tipo midazolam o de ese tipo, y hablas con él. Y mucha gente hablando con él le tranquiliza, explicándole lo que le vas a hacer y lo que va a ocurrir, pues se tranquiliza, otra gente necesita que hables menos, depende mucho, pero no hay valoración con un test como tal, sino ver cómo viene el enfermo y así según venga pues intentar que esté lo más tranquilo posible. Porque el miedo cada uno lo mide de una manera.

L → Y ¿por qué realiza esta valoración?

Porque yo me imagino primero, siempre hay que empatizar, siempre. Porque tú imagínate que eres tú la que llegas, entonces tú llegas ante un terreno que bien te pueden hacer una rajita chiquitita a la más grande o cualquier cosa, que para el enfermo en el momento le supone lo más, porque le van a dormir o le van a pinchar. Entonces todo eso le asusta, entonces dices pues si yo estuviera a mí me gustaría pues que me cogieran de la mano o me dijeran, a ver vamos a hacer esto y explicar, siempre explicar, salvo que el enfermo te diga que no, explicas porque yo soy de las que pienso que cuanto más le expliques y le tranquilices sobre lo que le vas a hacer, esa persona siempre va a estar más a gusto, entonces eso es lo que considero yo.

L → Vale, pasamos a la segunda pregunta, cuando usted realiza esa valoración, ¿En qué se basa para identificar ese estrés? ¿Qué es lo que ves? ¿Qué te indica que ese paciente está estresado?

Es que es repetir lo mismo, es pues ver la persona que te viene llorando, la persona que te viene súper seria, la persona que te viene súper parlanchina, la que te mira y te dice a mí no me hagas esto, entonces según ella te dé muestras de cualquier cosa es como tú tienes que actuar, siempre tienes que esperar, a ver, utilizar los sentidos. O sea, a ver, a escuchar, todo, los movimientos incluso son muy importantes, es que depende de cómo lo veas, lo que veas y escuches en ese momento.

L → Vale, pues pasamos a la última pregunta. Cuando usted identifica que ese paciente efectivamente está estresado, ¿Que orientaciones ofrece usted o que conductas toma?

Yo como creo que te lo he dicho todo en la primera pregunta, pues es volver a repetir lo mismo. Hablar con él, explicarle, si es necesario ponerle alguna medicación para que esté más relajado y bueno, pues ir explicándole poco a poco, hacerle las cosas y estar con él hasta que pasemos al quirófano y decirle eso, que solo va a ser un ratito, que intente pensar en algo agradable cuando se vaya a dormir si es el caso, sino pues se le pone algo, y ya está, sin más. Es todo igual.

L → Vale, muchísimas gracias E.

Nada.

APENDICE A

Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) N° _____

Título del estudio: Estrés del paciente quirúrgico: percepción e intervención de los enfermeros perioperatorios.

Investigador(es) responsable(s): Prof^a Dr^a Eliane S. Grazziano (UFSCAR)

Institución/Departamento: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos

Telefono de contato: (05516) 98163-5110 (Brasil)

Lugar de recogida de datos: Casa de Saúde e Maternidade de São Carlos y Santa Casa de Misericórdia de São Carlos.

Estimado (a) enfermero (a)

- Usted está siendo invitado a responder a las preguntas de este cuestionario de forma totalmente **voluntaria**.
- Antes de aceptar participar en esta encuesta y contestar este cuestionario, es muy importante que usted entienda la información y las instrucciones contenidas en el presente documento.
- Los investigadores deben responder a todas sus preguntas antes de decidirse a participar en el estudio.
- Usted tiene el derecho de retirarse de la participación en la investigación en cualquier momento y sin penalización alguna y sin pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Objetivo del estudio: El presente estudio tiene como objetivo identificar el conocimiento de los enfermeros del centro quirúrgico, brasileños y españoles, sobre el estrés psicológico del paciente quirúrgico en el periodo preoperatorio, considerando las diferencias culturales, e identificar qué intervenciones son realizadas para la reducción de este estrés psicológico. En la primera etapa serán recogidos datos con 3 enfermeros perioperatorios en Brasil y en la segunda etapa con un mínimo de 6 enfermeros Españoles.

Procedimientos: Su participación en esta investigación consiste sólo en la realización de estos cuestionarios, respondiendo a las preguntas formuladas.

Beneficios: Los beneficios para los miembros de esta investigación serán indirectos, debido a que la información recogida proporcionará subsidios para la construcción del conocimiento en salud y enfermería, así como para la investigación adicional que se realice en este tema.

Riesgos: El cuestionario puede exponer a los participantes a riesgos mínimos, como la fatiga, el malestar por el tiempo invertido en completar el cuestionario, y al recordar algunas sensaciones antes vividas como situaciones altamente estresantes. Si esto ocurre, usted puede dejar de rellenar los cuestionarios y reanudar más adelante, si lo desea.

Secreto profesional: La información que usted proporcione tendrá la privacidad garantizada por los investigadores responsables. Los sujetos de la investigación no serán identificados en ningún momento, incluso cuando los resultados de esta investigación se difundan en cualquier forma.

Comprendo y estoy de acuerdo con lo que se ha dicho, yo (**NOMBRE**)

_____, acepto participar en esta investigación, mediante la firma de este consentimiento de dos formas, estando en posesión de una de ellas.

São Carlos, ____ de _____ del 2013.

Firma del sujeto de investigación

N. identidad

Declaro que obtuve de manera apropiada y de forma voluntaria el Consentimiento Informado de este tema de investigación o de representante legal para participar en este estudio.

Prof^a Dr^a Eliane S. Grazziano (UFSCAR)

TÉRMINO DE CONFIDENCIALIDAD.

Proyecto de estudio: Estrés del paciente quirúrgico: percepción e intervención de los enfermeros perioperatorios.

Investigador(es) responsable(s): Prof^a Dr^a Eliane S. Grazziano (UFSCAR)

Institución/Departamento: Universidade Federal de São Carlos

Teléfono de contacto: (05516) 98163-5110 (Brasil)

Lugar de colecta de datos: _____

Los investigadores de este proyecto se han comprometido a preservar la privacidad de las personas cuyos datos se recogerán a través de cuestionarios autoadministrados. También coinciden en que esta información será utilizada única y exclusivamente para la ejecución de este proyecto. La información sólo podrá ser divulgada de forma anónima y se mantendrá por un período de cinco años, bajo la responsabilidad del (a) Sr (a) Dr. Eliane Silva Grazziano. Después de este período, se destruirán los datos.

Este proyecto de investigación fué revisado y aprobado por el Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar en/...../....., con el número de CAAE

São Carlos,dede 2013.

.....

Dr^a Eliane S. Grazziano

RG: 99674646

COREN: 36908

Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) N° _____

Título del estudio: Estrés del paciente quirúrgico: percepción e intervención de los enfermeros preoperatorios.

Investigador(es) responsable(s): Prof^a Blanca Marín (UPNA)

Institución/Departamento: Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

Teléfono de contacto: 948166150

Lugar de recogida de datos:

Estimado (a) enfermero (a)

- Usted está siendo invitado a responder a las preguntas de este cuestionario de forma totalmente voluntaria.
- Antes de aceptar participar en esta encuesta y contestar este cuestionario, es muy importante que usted entienda la información y las instrucciones contenidas en el presente documento.
- Los investigadores deben responder a todas sus preguntas antes de decidirse a participar en el estudio.
- Usted tiene el derecho de **desistir** de la participación en la investigación en **cualquier momento** y sin penalización alguna y sin pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Objetivo del estudio: El presente estudio tiene como objetivo identificar el conocimiento de los enfermeros del centro quirúrgico, brasileños y españoles, sobre el estrés psicológico del paciente quirúrgico en el periodo preoperatorio, considerando las diferencias culturales, e identificar qué intervenciones son realizadas para la reducción de este estrés psicológico. En la primera etapa serán recogidos datos con 3 enfermeros perioperatorios en Brasil y en la segunda etapa con 6 enfermeros Españoles.

Procedimientos: Su participación en esta investigación consiste sólo en la realización de estos cuestionarios, respondiendo a las preguntas formuladas:

1. ¿Realiza usted alguna valoración del estrés del paciente antes de la cirugía? ¿Por qué?
2. Cuando usted realiza esta valoración, ¿En qué se basa para identificar éste estrés?
3. Cuando usted identifica que el paciente está estresado, ¿Qué orientaciones ofrece o qué conductas toma?

Estas preguntas serán grabadas en audio para un análisis posterior. La entrevista será acordada con usted y se realizará en un local que garantice la privacidad adecuada para responder las preguntas.

Beneficios: Los beneficios para los miembros de esta investigación serán indirectos, debido a que la información recogida proporcionará subsidios para la construcción del conocimiento en salud y enfermería, así como para la investigación adicional que se realice en este tema.

Riesgos: El cuestionario puede exponer a los participantes a riesgos mínimos, como la fatiga, el malestar por el tiempo invertido en completar el cuestionario, y al recordar algunas sensaciones antes vividas como situaciones altamente estresantes. Si esto ocurre, usted puede dejar de rellenar los cuestionarios y reanudar más adelante, si lo desea.

Secreto profesional: La información que usted proporcione tendrá la privacidad garantizada por los investigadores responsables. Los sujetos de la investigación no serán identificados en ningún momento, incluso cuando los resultados de esta investigación se difundan en cualquier forma.

Comprendo y estoy de acuerdo con lo que se ha dicho, yo (NOMBRE)

_____, acepto participar en esta investigación, mediante la firma de este consentimiento de dos formas, estando en posesión de una de ellas.

Pamplona, ____ de _____ de 2014.

Firma del sujeto de investigación

N. identidad

Declaro que obtuve de manera apropiada y de forma voluntaria el Consentimiento Informado de este tema de investigación o de representante legal para participar en este estudio

TÉRMINO DE CONFIDENCIALIDAD

Proyecto de estudio: Estrés del paciente quirúrgico: percepción e intervención de los enfermeros preoperatorios.

Investigador(es) responsable(s): Prof^a Blanca Marín (UPNA)

Institución/Departamento: Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

Teléfono de contacto: 948166150

Lugar de recogida de datos: _____

Los investigadores de este proyecto se han comprometido a preservar la privacidad de las personas cuyos datos se recogerán a través de cuestionarios autoadministrados. También coinciden en que esta información será utilizada única y exclusivamente para la ejecución de este proyecto. La información sólo podrá ser divulgada de forma anónima y se mantendrá por un período de cinco años, bajo la responsabilidad del (a) Sr (a) Blanca Marín. Después de este período, se destruirán los datos.

Pamplona,dede 2014.