

## Aspectos de la información preoperatoria al paciente en la cirugía de urgencia

### *Aspects of pre-operational information of the patient in emergency surgery*

A. San José, R. San José, B. Zuza, F. Zunzarren, T. Luri

#### RESUMEN

**Fundamento.** En las condiciones en las que se realiza la actividad hospitalaria, la información puede presentar deficiencias importantes. El objetivo de nuestro estudio es analizar la percepción que tienen los pacientes de la información suministrada ante una intervención quirúrgica de urgencia.

**Material y métodos.** El material lo constituyen las encuestas rellenas por 115 pacientes (66 varones y 49 mujeres) antes de ser intervenidos de urgencia en el Hospital de Navarra en los meses de marzo a diciembre de 1999.

La muestra fue seleccionada cuando se hallaban de turno las autoras del presente trabajo. La mayoría de las intervenciones corresponden a cirugía general (39,1%) y traumatología (42,6%). La edad media fue de 45,7 años (DE = 21,57; rango 15-85 años).

**Resultados.** Los resultados expresan las relaciones y diferencias existentes entre el grado de información demandada con el nivel cultural, edad, y sexo del paciente. El 87% de los pacientes está informado de la intervención a la que va a ser sometido. El 78% no tenía firmado el consentimiento para dicha intervención y únicamente en el 6% aparece la firma del médico. Un 8,7% no se consideran informados por nadie. El 73% comprendió la información suministrada. Para el 44,6% de los pacientes la información fue insuficiente. Un 45% pudieron expresar sus dudas al informador, y el 96,4% de los mismos quedaron satisfechos con las aclaraciones.

**Conclusiones.** Los pacientes se consideran informados del proceso quirúrgico, pero muy poco de las sensaciones más relevantes que experimentarán en el postoperatorio. La información debería facilitarse incluyendo ambos tipos de contenido.

**Palabras clave:** Cirugía. Urgencia. Preoperatorio. Información

#### ABSTRACT

**Basis.** Under the conditions in which hospital activity is carried out, information can present important shortcomings. The aim of our study is to analyse the perception held by the patients of the information provided before an emergency surgical operation.

**Material and methods.** The study was carried out by means of a survey to 115 patients (66 men and 49 women) before they received emergency surgery, in the Hospital de Navarra, in the months from March to December, 1999.

The sample was selected when the researchers responsible for this work were on duty. The majority of the operations corresponded to general surgery (39.1%) and traumatology (42.6%). The average age was 45.7 years (SD = 21.57, range 15-85 years).

**Results.** The results express the relations and differences between the degree of information requested and the cultural level, age and sex of the patient. Eighty seven per cent of the patients had been informed about the operation they were about to undergo. Seventy eight per cent had not signed their consent for such an operation and the doctors signature appeared in only 6%. Some 8.7% did not feel they had received information from anybody. Seventy three per cent understood the information provided. The information was considered insufficient by 44.6% of the patients. Forty five per cent were able to express their doubts to the informant, and 96.4% of them were satisfied with the clarifications.

**Conclusions.** The patients considered themselves to be informed about the surgical process, but very few of them about the most relevant sensations they were to experience in post-operation. Information should be supplied that includes both types of content.

**Key words.** Surgery. Emergency. Pre-operation. Information.

ANALES Sis San Navarra 2000; 23 (3): 509-516.

Quirófano Central. Hospital de Navarra. Pamplona.

Aceptado para su publicación el 9 de noviembre de 2000.

#### Correspondencia

Charo San José Egúzquiza  
Quirófano Central  
Hospital de Navarra  
Irunlarrea, 3  
31008 Pamplona  
Tfno. 948 422172  
E-mail: florzun@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

Muchas personas por razón de la enfermedad que padecen o por circunstancias que puedan derivar de situaciones de emergencia, se ven en la necesidad de acudir al servicio de urgencias de un centro sanitario. Al ser ésta una situación de urgencia, la información estará determinada por el estado de salud del paciente, su situación clínica y la intervención médica que precise, información que deberá de proporcionar el médico aclarando las dudas que tenga el paciente y explicando el diagnóstico y tratamiento que precise con sus alternativas<sup>1</sup>.

La cirugía favorece la aparición de ansiedad, angustia e impotencia, tanto en el paciente como en el familiar que en su caso acuda como acompañante. Estas sensaciones irán en aumento si no existe una buena información por parte del equipo que lo atiende, referente a su estado de salud, posible enfermedad y al tratamiento que debe seguir. Cuando éste supone una intervención quirúrgica de urgencia, la repercusión emocional para las personas implicadas aumenta. Esto puede estar producido por varios factores, pero una explicación insuficiente de la necesidad de la cirugía, la información no acorde con las necesidades del paciente o una inadecuada comprensión por parte del mismo, desembocará en un aumento del estrés preoperatorio que influirá negativamente en el proceso quirúrgico.

La adecuada información preoperatoria disminuye la ansiedad del paciente, facilitando su recuperación y disminuyendo la estancia hospitalaria<sup>2</sup>. Algunos estudios demuestran que aquellos pacientes que recibieron una muy detallada información preoperatoria experimentaron mayores niveles de ansiedad y tuvieron una recuperación de la cirugía más lenta y complicada<sup>3</sup>. Sin embargo, otros autores han señalado que dicha información detallada no incrementa la ansiedad del paciente<sup>4, 5</sup>. Y es aquí donde pueden jugar un papel importante los profesionales de la salud, constituidos como un equipo y encaminados a informar de manera clara y adecuada a cada uno de los pacientes como individuos que sufren física y psico-

lógicamente. El paciente que se exponga a una información preoperatoria, estará prevenido ante las consecuencias desagradables de la cirugía.

Los profesionales de enfermería nos encontramos con frecuencia inmersos en esta situación. Nuestra preocupación por mejorarla nos ha animado a realizar un estudio con este tipo de pacientes y nuestro propósito es tratar de analizar la percepción de la información que tienen sobre su proceso. Barajamos la hipótesis de que la información proporcionada puede presentar deficiencias subsanables. En la investigación realizada por Pérez-Moreno y col<sup>6</sup>, encuentran un bajo grado de conocimiento de los pacientes sobre la intervención médica realizada y la escasa información proporcionada. Hay que encontrar un término medio entre la posición de ocultar al paciente el alcance real del tratamiento y los riesgos del mismo, y la tesis de que el paciente debe ser informado exhaustivamente de todas las eventualidades del tratamiento médico, lo cual haría casi imposible la práctica médica<sup>1</sup>.

La edad, educación, sexo, la duración de la estancia hospitalaria y el hecho de ser un paciente quirúrgico, son factores que influyen sobre la cantidad y el tipo de información que solicitan los pacientes<sup>7</sup>.

Somos conscientes de que cada paciente tiene unas necesidades de conocimiento y que una mayor información podría contribuir a aumentar su ansiedad, pero ese conocimiento debe hacernos más cautos a la hora de informar.

Teniendo en cuenta que la aplicación del consentimiento informado es una obligación de los profesionales sanitarios, debemos conocer el grado de información que los pacientes reciben para poder tomar las medidas oportunas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo evaluando la opinión de 115 pacientes en el área quirúrgica del servicio de urgencias del Hospital de Navarra (Osasunbidea), durante los meses de marzo a diciembre del año 1999. La muestra estaba formada por 66 varones y 49 mujeres que fueron encuestados por

los autores con anterioridad a la cirugía de urgencia, en la sala de observación, cuando éramos informadas por el cirujano. Se encuestaron a los pacientes que iban a ser intervenidos de cirugía mayor cuando se encontraban de turno las investigadoras. Hubo pacientes (en especial traumatología) cuya intervención se pospuso uno o dos días por haber intervenciones más graves. No obstante, la encuesta era realizada cuando se les había informado de su intervención a lo largo del día. En el momento de realizar la encuesta, ni los pacientes ni las investigadoras sabían que no se les iba a intervenir. La mayoría de las intervenciones corresponden a traumatología (42,6% de los pacientes) y cirugía general (39,1%).

Como criterio de selección se excluyeron aquellos pacientes con deterioro cognitivo, elevado nivel de ansiedad, inconscientes, neurocirugía, cirugía cardiotorácica, niños menores de 15 años, ginecología (por no existir dicha especialidad en nuestro centro) y la urgencia vital. Consideramos urgencia vital, la situación de los pacientes cuya inestabilidad hemodinámica no permitía la demora y eran intervenidos inmediatamente al llegar al servicio de urgencias.

El cuestionario, de elaboración propia, se ensayó primeramente en una muestra piloto con 20 pacientes, con el objeto de identificar y aclarar posibles dudas en la aplicación de las diferentes preguntas. Los datos obtenidos fueron desechados. El cuestionario se modificó de acuerdo a las dificultades encontradas.

La encuesta fue voluntaria pidiéndose autorización por escrito al centro, y verbalmente a los pacientes, informándoles de la naturaleza y propósito del trabajo y garantizando la confidencialidad de los datos. El cuestionario consta de tres partes. En la primera, se recogen variables referentes a aspectos socio-demográficos y la firma o no del consentimiento informado para la intervención, tanto del paciente como del médico. La segunda parte incluye ocho preguntas cerradas con dos o tres posibles alternativas, excepto en la primera que el paciente explica de forma abierta "de qué le van a operar". En

último lugar, el investigador recoge todas aquellas observaciones de interés que el paciente aporta. También hemos querido diferenciar los potenciales problemas debidos tanto al informador como al paciente. El cuestionario se adecuó al nivel de comprensión del paciente.

La existencia o no del consentimiento firmado por el médico y el paciente se comprobó mediante la inspección de la historia clínica, cuando el paciente llegaba al área quirúrgica. No es práctica de este hospital dejar constancia en la historia de la información dada al paciente. Se trató de reflejar el grado de información recibida y la satisfacción con dicha información.

Para el tratamiento estadístico de los datos se aplicó el programa informático SPSS, realizando el análisis de la información mediante la prueba de Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher. El nivel de significación se estableció para un nivel de probabilidad inferior o igual a 0,05 y un intervalo de confianza del 95%.

## RESULTADOS

De los 115 pacientes, 66 fueron varones (57,4 %) y 49 mujeres (42,6%) con una media de edad de 45,7 años (DE = 21,57), y un rango que abarca de los 15 a los 80 años.

La tabla 1 recoge las preguntas del cuestionario y el número de respuestas obtenidas.

El 87% de los pacientes consultados sabe de qué van a ser intervenidos. No hay diferencias entre los diferentes grupos. Cabe señalar la diferente terminología que utilizan los pacientes para designar las intervenciones, aunque todas ellas correspondían al diagnóstico preoperatorio.

La mayoría de los pacientes (80,9%), han sido informados por el médico; sin embargo, 10 pacientes (8,7%) no se consideraron informados por nadie; de éstos, 8 pertenecen al sexo femenino ( $p = 0,026$ ) y 7 corresponden al grupo con menor nivel de estudios ( $p = 0,095$ ). El resto han sido informados por algún familiar, perteneciendo 4 al sexo femenino con edad mayor de 30 años. Cinco pacientes fueron informados por profesionales de enfermería y 2

**Tabla 1.** Resultados de las preguntas del cuestionario por edad y sexo en números absolutos.

		Hombres (n=66)			Mujeres (n=49)			Total (n=115)
		<30 (n=24)	30-64 (n=27)	>65 (n=15)	<30 (n=11)	30-64 (n=20)	>65 (n=18)	
<b>¿Le han informado de qué le van a intervenir?</b>	Sí	22	24	14	9	17	14	100
	No	2	3	1	2	3	4	15
<b>¿Quién le ha informado?</b>	Nadie		1	1	1	4	3	10
Médico	22	23	13	10	15	10	93	
Enfermera	2		1			2	2	
Familia		1			1	3	4	
Otros		2					2	
<b>Traumatología</b>								
<b>¿Le han dicho si va a llevar escayola?</b>	Sí	7	3	2	2	4		18
	No	5	6	3	2	6	9	31
<b>¿Le han dicho cómo le van a arreglar el hueso?</b>	Sí	11	4	4	1	4	3	27
	No	1	5	1	3	5	6	21
<b>Cirugía General / Cirugía Vascular</b>								
<b>¿Le han informado de cómo va a ser la cicatriz?</b>	Sí	5	4	3	2	5		19
	No	7	11	6	4	3	9	40
<b>¿Le han informado si va a llevar sonda para la orina?</b>	Sí	1	1	1	2	1		6
	No	8	10	6	4	6	8	42
<b>¿Le han informado de si va a llevar sonda nasogástrica?</b>	Sí	2		1	0	1	0	4
	No	7	10	3	5	4	8	37
<b>¿Le han informado si le van a poner bolsa o botella par evacuar líquidos acumulados?</b>	Sí	2	1	1	1	2		7
	No	10	12	10	5	11	10	58
<b>¿Le han informado del tiempo aproximado de ingreso?</b>	Sí	10	11	3	2	9	1	36
	No	14	16	11	9	11	17	78
<b>Después de la operación, ¿sabe a dónde le van a llevar?</b>	Sí	12	14	6	6	12	4	54
	No	12	13	9	5	8	14	61
<b>¿A dónde?</b>	Habitación	5	6	3	2	3	3	22
	Sala de recuperación	7	9	3	4	9	1	33
<b>¿Ha comprendido la información en su totalidad?</b>	0					2	1	3
	Sí	23	18	12	7	13	11	84
	No	1	9	3	4	5	6	28
-En caso de respuesta negativa:								
a) Debida al informador:								
<b>¿No ha entendido las palabras que ha utilizado?</b>	Sí		6	1	1	2	3	13
	No		1					1
<b>¿Ha hablado muy deprisa?</b>	Sí		2			1	1	4
	No	1	1					2
Otras	3,00				2	1		3
<b>¿La información le ha parecido suficiente?</b>	0	3	5	6	4	5	7	30
	Sí	18	16	8	4	10	7	63
	No	3	6	1	2	5	4	21
<b>¿Ha podido hablar de las dudas que ha tenido?</b>	Sí	16	13	4	5	12	2	52
	No	8	14	11	6	8	16	63
-En caso negativo:								
<b>¿Quien le ha informado era muy serio?</b>	Sí			1	1			2
<b>¿Tenía mucha prisa?</b>	Sí	2	6		1	3		12
<b>¿No se le ha ocurrido qué preguntar?</b>	Sí	6	9	9	3	4	11	42
	No	1	1				2	4
- En caso afirmativo:								
<b>¿Ha quedado satisfecho con las aclaraciones?</b>	Sí	16	12	4	5	13	3	53
	No		1			1		2
<b>Documento consentimiento informado</b>								
<b>Firma del paciente</b>	Sí	3	5	6	1	1	9	25
	No	21	22	9	10	19	9	90
<b>Firma del médico</b>	Sí	1	1	2	0	0	3	7
	No	23	16	13	11	20	15	108

desconocían quién les había informado. El 67,8% ignoran el tiempo aproximado de ingreso, correspondiendo el mayor porcentaje a los mayores de 65 años, ya que de éstos, sólo 5 pacientes recibieron dicha información ( $p = 0,033$ ). La mayoría desconocen si van a ser portadores de sondas, escayola, drenajes, catéteres, etc.

El 53% de los pacientes no sabe a dónde le trasladarán después de la intervención. Existe significación en el grupo de edad >65 años ( $p = 0,007$ ). De los 54 que contestaron afirmativamente, 22 (40%) respondieron que serían conducidos a su habitación, cuando realmente el total de entrevistados fue a la unidad de recuperación postoperatoria. De estos pacientes, 17 pertenecen en el ámbito educativo "hasta primaria" y 5 a estudios superiores.

El 73,9% de la muestra ha comprendido la información recibida, de los cuales sólo 31 pacientes del sexo femenino (36,4%) respondieron afirmativamente ( $p = 0,025$ ). Por lo que respecta a la asociación estadísticamente significativa entre esta variable y "nivel educativo", se observó que un alto porcentaje (83,3%) de los que responden negativamente pertenece al grupo de "estudios primarios" ( $p = 0,011$ ) y, además, están en la banda de edad de 30-64 años (Tabla 2). Entre las causas aportadas por ellos y debidas al informador, destacan que no han comprendido las palabras utilizadas (14 pacientes); seis contestan que el informador hablaba muy deprisa. En cuanto a las causas debidas al propio

paciente, 10 se encontraban muy nerviosos y no lograban concentrarse.

Para el 55,6% de los sujetos la información recibida fue suficiente. Señalar que con respecto al sexo (Tabla 3), sólo el 29,6% de las mujeres respondieron afirmativamente, ( $p < 0,0016$ ). Los menores de 30 años son el grupo más satisfecho, ya que sólo 10 de ellos responden negativamente ( $p = 0,032$ ).

Cincuenta y dos encuestados (45,2%) manifiestan haber podido hablar de las dudas que les han surgido durante el proceso de información, correspondiendo 34 al sexo masculino y 18 al femenino. Las diferencias en el grupo de edad fueron significativas ( $p = 0,0008$ ), ya que de los 33 pacientes >65 años sólo 6 expresaron sus dudas al informador. También hemos encontrado diferencias en el nivel educativo ( $p = 0,0002$ ), siendo el grupo de estudios primarios el que menos ha podido hablar de ellas. Cincuenta pacientes del total de 63 (78%), respondieron negativamente (Tabla 5). A un 66,6% "no se les ocurrió qué preguntar en ese momento". Esta respuesta la dieron un 47,6% de los pacientes >65 años, y el 66,2% de los de menor nivel educativo. Doce pacientes argumentaron que "el informador tenía prisa"; 2, que "era muy serio", y otros 2 que "tenían miedo" a la información.

De los 52 pacientes, el 96,4% afirmaron haber quedado satisfechos con las aclaraciones, no encontrando diferencias entre los grupos.

De los 115 pacientes encuestados, 90 (78,3%) no tenían firmado el consentimiento

**Tabla 2.** Distribución de las variables sexo y nivel educativo con respecto a la edad.

	<30		30-64		>65		TOTAL	
HOMBRES	(68,6%)	24	(57,4%)	27	(45,4%)	15	(57,4%)	66
MUJERES	(31,4%)	11	(42,5%)	20	(54,5%)	18	(42,6%)	49
HASTA PRIMARIA	(31,4%)	11	(68%)	32	(93,9%)	31	(64,3%)	74
BACH. Y SUPER.	(68,6%)	24	(32%)	15	(6%)	2	(35,6%)	41
TOTAL		35		47		33		115

**Tabla 3.** Distribución de las variables según nivel educativo/sexo.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
HASTA PRIMARIA	(57,6%)	38	(73,5%)	36	(64,3%)	74
BACH. Y SUPER.	(42,4%)	28	(26,5%)	13	(35,6%)	41
TOTAL		66		47		115

to para la intervención. Únicamente en 7 pacientes aparece la firma del médico.

La distribución por especialidades en se recoge la tabla 5.

**Tabla 5.** Distribución por especialidades.

ESPECIALIDAD	Nº DE PACIENTES
Traumatología	49
C. general	45
C. vascular	13
Urología	6
Oftalmología	1

Entre las observaciones aportadas por los pacientes destacan:

- Miedo al dolor (10,2%).
- Preocupación por el tiempo de espera (9%).
- Preocupación por la familia, hijos, cónyuge a quien atiende (6,7%).
- Temor a la anestesia (3%).
- Temor al resultado de la intervención (2,3%).

## DISCUSIÓN

En el presente estudio destaca el escaso número de pacientes que habían firmado el consentimiento informado, y el porcentaje se reduce aún más cuando el que debe firmar es el médico, lo que no significa que a dichos pacientes no se les hubiera informado. Un impreso firmado no es lo mismo que el consentimiento con conocimiento de causa. Para ser válido, el consentimiento del paciente debe basarse en una explicación de los hechos a cargo del

médico. El impreso sólo sirve para constatar que el médico y el paciente han mantenido esa discusión<sup>8</sup>.

Puede plantearse si los datos obtenidos en el momento del estudio son extrapolables al momento actual. Es posible que no exista una correspondencia exacta con la realidad presente, ya que últimamente parece existir mayor sensibilización de los profesionales, pero sí se puede asumir que permanecen parte de las resistencias e inercias existentes<sup>8</sup>.

Una buena comunicación está asociada a la baja incidencia de litigaciones por mala práctica. Una adecuada información no sólo incrementa la satisfacción del paciente, sino que también reduce el número de reclamaciones<sup>9</sup>.

Por lo que respecta a quién les ha informado, nos parece significativo que 10 pacientes no se consideren informados por nadie, cuando nos consta que se les ha proporcionado algún tipo de información. Esto demuestra la insatisfacción de éstos pacientes con dicha información. Destacar también que de estos 10 pacientes, 8 pertenecen al sexo femenino y edad entre 30-64 años. Ello puede guardar relación con lo que sugiere la literatura: ansiedad y necesidad de información van unidos. Las mujeres presentan un nivel de ansiedad más alto que los hombres y, por consiguiente, tienen más requerimientos de información<sup>10</sup>. Otros autores sugieren que esta mayor incidencia en las mujeres que en los hombres puede ser debida a la preocupación por su familia, madre y protectora de la salud de aquella<sup>9,11</sup>.

Estos resultados expresan las relaciones y diferencias existentes entre el grado de información demandada con la edad y

**Tabla 4.** Respuestas obtenidas a las siguientes preguntas por nivel educativo. Niveles absolutos.

		NIVEL EDUCATIVO		TOTAL
		PRIMARIA	BACH.	
¿Ha comprendido la información?	Sí	49	36	85
	No	25	5	30
¿La información fue suficiente?	Sí	37	27	64
	No	37	5	42
¿Ha podido hablar de las dudas?	Sí	24	28	52
	No	50	13	63

el nivel cultural del paciente, solicitando una información más detallada y exacta cuanto mayor es su nivel educativo y menor es su edad. Éstos manifiestan una mayor satisfacción con la información recibida. Por el contrario, la población más adulta y de menor nivel educativo, tiende por lo general a conformarse con afirmaciones tales como "todo saldrá bien". Asimismo, en nuestro estudio eran frecuentes los comentarios del tipo "tengo confianza en el equipo", "son buenos profesionales", "saben lo que tienen que hacer". Muchos pacientes sólo querían que les quitaran el dolor, y en algún caso, ven la intervención como una salida deseable, algo que remediará sus problemas actuales<sup>12</sup>.

¿Por qué no demuestran los usuarios una mayor energía en sus intentos de obtener la información que solicitan, siendo, como es notoria su falta de satisfacción respecto de la cantidad y calidad de sus comunicaciones con los trabajadores de la sanidad?. Una de las razones puede ser la percepción o la imagen que tienen de los profesionales sanitarios. El público tiende a creer que estamos sobrecargados y saturados de trabajo. También piensa que el personal del hospital espera de ellos que sean "buenos pacientes", en el sentido de que se muestren dispuestos a colaborar, de que sean poco exigentes e independientes. Al esforzarse para que se les considere "buenos pacientes", los usuarios no reivindican su derecho a la información, a la comunicación<sup>7</sup>.

Un alto porcentaje de pacientes se siente informado sobre su proceso, cuando la realidad cotidiana en nuestro trabajo nos demuestra lo contrario, al plantear cuestiones en la unidad de cuidados postoperatorios tales como tiempo de ingreso, colocación de drenajes y catéteres, lugar donde se hallan, alivio del dolor, etc. Este resultado corrobora otros estudios donde explican que el nivel de conocimiento "per se" no era tan importante como el grado de satisfacción de los pacientes con el conocimiento o información<sup>9</sup>. Igualmente, queremos destacar que al finalizar dicha encuesta eran muchas las preguntas que nos hacían sobre su proceso y manifestaban sus temores.

El temor más común era el dolor asociado a la cirugía y el miedo a la anestesia y una preocupación frecuente fue la espera para ser intervenido y la preocupación por la familia<sup>5</sup>. Si antes de la intervención no demandaban información, después de la misma (en el postoperatorio inmediato) les surgían las dudas. Esto está en concordancia con lo aportado por Elssas y col<sup>3</sup> que sugieren un gran aumento de la ansiedad posterior a la intervención, debido a que la información no es efectiva ya que toda ella está dirigida al procedimiento quirúrgico y anestésico y muy poco a las sensaciones más relevantes que experimentarán en el postoperatorio (dolor, náuseas, somnolencia...) <sup>12</sup>. La información debería facilitarse incluyendo ambos tipos de contenido.

A pesar de considerarse informados, un alto porcentaje del grupo de edad 30-64 años y nivel educativo bajo no ha comprendido la información. La causa puede radicar en que en las edades medias existe una mayor incidencia de temor por ser éste el grupo de edad con mayores responsabilidades<sup>13</sup>. Es interesante señalar que el estrés por la hospitalización y lo que conlleva, parece tener más importancia en el preoperatorio que otros factores relacionados con la cirugía<sup>14</sup>.

El lenguaje utilizado por los profesionales no siempre resulta comprensible para los pacientes y máxime con el agravante de su situación de ansiedad y estrés ante un procedimiento quirúrgico de urgencia. Tampoco se puede garantizar que la información que se comunica a los usuarios es comprendida o recordada de forma precisa si no existe feed-back por su parte. Es posible que los pacientes no comprendieran el mensaje por diversas razones asociadas a su estado físico y psicológico<sup>6</sup>. En más de una ocasión temen poner de manifiesto su ignorancia, factor que sumaríamos a la dificultad de obtención de dicha información<sup>15</sup>. Se debería prestar mayor atención a este tipo de pacientes.

No se han incluido en este trabajo otros factores tales como la experiencia previa del paciente con la cirugía, ni aspec-

tos de la información referentes a riesgos anestésicos o quirúrgicos.

Del presente trabajo se pueden sugerir propuestas de mejora tales como que es necesario un trabajo multidisciplinar para elaborar y protocolizar la información relevante que debe facilitarse a los pacientes intervenidos en situación de urgencia, que comprende los relativos al postoperatorio inmediato y la conveniencia de adquirir habilidades de comunicación en situaciones de estrés para facilitar la diseminación de la información, habiendo fijado previamente el contenido de la misma.

La información que debe recibir el enfermo exige un esfuerzo de humanización por parte del equipo sanitario. La instauración de un diálogo entre el equipo y el paciente representa una condición imperativa en el tratamiento.

#### *Agradecimientos*

Deseamos agradecer la ayuda que nos ha prestado Idoia Gaminde, tanto en la revisión del proyecto de investigación como en el análisis estadístico.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. GARRIDO B, PEREA B. El consentimiento informado en la práctica médica; cap. 6. Requisitos del consentimiento. 1996. Madrid. Editorial SmithKline Beechmann.
2. DEVINE EC. Effects of psychoeducational care for adult surgical patient's: A metaanalysis of 191 studies. Patient education and counseling 1990; 19: 129-142.
3. ELSASS P, EIKARD B, JUNGE J, LYKKE J, STAUN P, FELDT-RASMUSSEN M. Psychological effect of detailed preanesthetic information. Acta Anaesthesiol Scand 1987; 31: 579-583.
4. DAWES PJD, O'KEEFE L, ADCOCK S. Informed consent: using a structured interview changes patient's attitudes toward informed consent. J Laryngol Otol 1993; 107: 775-779.
5. McCLEANE GJ, COOPER R. The nature of pre-operative anxiety. Anaesthesia 1990; 45: 153-155.
6. PÉREZ-MORENO JA, PÉREZ-CÁRCELES MD, OSUNA E, LUNA A. Información preoperatoria y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente. Rev Esp Anesthesiol Reanim 1998; 45: 130-135.
7. PEITCHINIS JA. La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes. En: Editorial Alhambra. Madrid, 1982 Cap. 4: 59-70.
8. Cuestiones sobre el consentimiento informado. Nursing 1992; Febrero: 11-12.
9. KLAFTA JM, ROIZEN MF. Current understanding of patients' attitudes toward a preparation for anesthesia: A Review. Anesth Analg 1996; 83: 1314-1321.
10. MOERMAN N, FRITS SAM VAN DAM, MULLER MJ, OOSTING H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Anesth Analg 1996; 82: 445-451.
11. NORRIS W, BAIRD WLM. Pre-operative anxiety: A study of the incidence and aetiology. Brit J Anaesth 1967; 39: 503-509.
12. LÓPEZ-ROIG AS, PASTOR MA, RODRÍGUEZ-MARÍN J. Programas de preparación psicológica para la cirugía. En: Méndez FX, Maciá D, y Olivares J. Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de intervención. 1993. Madrid: Pirámide.
13. RAMSAY MAE. A survey of pre-operative fear. Anaesthesia 1972; 27: 396-401.
14. MARDARÁS P. La ansiedad confusional: Técnicas y procedimientos para controlarla. En: Ediciones Rol. Psicoprofilaxis quirúrgica: la preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. Barcelona 1990 cap. IV: 40-69.
15. REGEL H, ROSE W, HÄHNEL S, KRAUSE A. Evaluation of psychological stress before general anesthesia. Psychiatr. Neurol Med Psychol 1985; 37: 151-155.