



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

TESIS DOCTORAL:  
**ANSIEDAD  
POSTQUIRÚRGICA EN  
CIRUGÍA PODOLÓGICA**

---

AUTOR:  
**Núria Espada Martín**

DIRIGIDA POR:  
Director: **DR. D. Jordi Fernández Castro**  
Directora: **DR. D<sup>a</sup>. Silvia Edo Izquierdo**

DEPARTAMENTO:  
**Psicología Básica**

PROGRAMA DE DOCTORADO:  
**Psicología de la Salut i de l'esport**

UNIVERSIDAD:  
**Universitat Autònoma de Barcelona**

AÑO DE DEFENSA: 2017

# AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Jordi Fernández Castro, por abrirme las puertas del mundo de la psicología de las ciencias de la Salud, por darme la oportunidad de introducirme en el mundo de la investigación, por todo lo que me ha enseñado, por su valioso punto de vista y por la dirección de la tesis.

A la Dr. Silvia Edo Izquierdo, por ser para mí un ejemplo a seguir tanto a nivel profesional como personal, por todo lo que me ha enseñado, por su apoyo y por la dirección de esta tesis.

A la Dr. Lorena Pantano, por haber compartido conmigo su conocimiento y su tiempo de manera totalmente generosa, por sus valiosas aportaciones, su transparencia y su manera de transmitir el conocimiento. En definitiva, por tu manera de entender la ciencia y contribuir a ella. Conocerme mejor ha sido uno de los mejores efectos secundarios de esta tesis.

A mi compañera y amiga Dolors Arxe, con quien se realizó el diseño y recogida de datos, por contribuir de forma activa en muchas de las actividades de este estudio. Sin ti, esta tesis no podría haberse realizado.

Al Hospital Podològic Universitari de la Universitat de Barcelona, a la dirección que aprobó este estudio y al personal que ayudó en la recogida de datos, demostrando su interés por seguir mejorando la profesión y ofreciendo su ayuda de manera desinteresada.

Al profesor Jose Manuel Ogalla y Toni, por acogerme desde que acabe la carrera, por ser un apoyo y un referente para mí, y por hacerme saber que puedo contar con vosotros.

A Alicia, mi gran amiga, por todo lo compartido, por todas las oportunidades que me das y por confiar en mí a todos los niveles.

A mi compañera de fatigas y amiga, Vanessa Pellicer, a quien espero ver pronto formar parte del cuerpo del funcionariado. Eres un ejemplo de valentía.

A Judith Flo Gaya, porque aún doy gracias del día que te sentaste a mi lado en el colegio. Crecer a tu lado, sin duda, me ha ayudado y a día de hoy, me continúa ayudando a ser mejor persona.

A Juan, por compartir conmigo el placer de estar entreperdidoyencontrado.

A los fundadores de Google, por crear una herramienta que permite encontrar la información que necesitas, y a las personas que comparten sus conocimientos. Muchos de mis conocimientos de estos años vienen del uso de este buscador.

A mis amigos, por soportar mis ausencias con una sonrisa y palabras de ánimo y comprensión durante estos años.

A los pacientes, que colaboran en todos los proyectos y me motivan a seguir mejorando profesionalmente.

Esta tesis no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de mi familia: mis padres, que me han enseñado a luchar por lo que creo, y me han inculcado la curiosidad por aprender. Gracias por hacer la vida de todos más fácil y mejor. A mis hermanos, por cuidarme y ayudarme a crecer a todos los niveles y a mi sobrina Ariadna, per fer-me veure l'arc de Sant Martí a tot arreu i donar sentit a tot. Ser la teva Nana és simplement genial. A Mari Carmen Martinez Gregorio, por compartir su vida con nosotros y ser una más de la familia.

# ÍNDICE



# ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE.....	V
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
LISTADO ABREVIATURAS.....	XII

## ÍNDICE

Resumen .....	1
1. Presentación .....	5
2. Introducción .....	9
2.1 Definición y caracterización de la cirugía podológica .....	11
2.1.1 Tipos de cirugías podológicas.....	17
2.1.2 Técnicas anestésicas más utilizadas en cirugía podológica .....	18
2.1.3 Periodo postquirúrgico y recuperación .....	20
2.2 Ansiedad y salud .....	24
2.2.1 Definición y caracterización de la ansiedad durante el proceso quirúrgico .....	25
2.2.2 Relación entre ansiedad y cirugía podológica .....	26
2.2.3 Relación entre ansiedad e intensidad del dolor.....	28
2.2.4 Relación entre ansiedad y consumo de analgésicos .....	30
2.2.5 Relación entre ansiedad y días de recuperación .....	31
2.2.6 Relación entre ansiedad y satisfacción .....	31
2.2.7 Relación de la ansiedad con el grado de control percibido y las preocupaciones del paciente .....	32
2.3 Objetivo .....	33
2.3.1 Objetivo general .....	33
2.3.2 Objetivo específico .....	33

3. Método .....	35
3.1 Diseño del estudio .....	37
3.2 Muestra .....	37
3.3 Instrumentos y medidas de evaluación.....	38
3.3.1 Datos sociodemográficos y clínicos .....	38
3.3.2 Ansiedad estado .....	38
3.3.3 Dolor.....	38
a. Autoinforme de dolor .....	38
b. Medicación consumida para el dolor .....	38
3.3.4 Percepción de control, preocupaciones y satisfacción del paciente.....	39
3.4 Procedimiento .....	39
4. Resultados .....	51
5. Discusión y Conclusiones .....	83
6. Implicación Clínica: Recomendaciones para los Podólogos .....	97
7. Anexos .....	101
8. Bibliografía .....	125

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Número de cirugías ambulatorias mayores y número de cirugías ambulatorias menores según la especialidad médica a la que pertenecen en el año 2014 en España .....	13
TABLA 2. Estudio de la relación de dependencia entre las diferentes variables de control: tipo de intervención quirúrgica, estado previo del paciente, edad, sexo y situación laboral.....	49
TABLA 3. Comparación por pares de las medias de ansiedad STAI (E) entre las cuatro recogidas de datos (día de la intervención quirúrgica, 48 horas postquirúrgicas, 10 días y 3 semanas).....	54
TABLA 4. Correlaciones parciales entre las diferentes medidas de ansiedad controlando el tipo de intervención quirúrgica y edad.....	55
TABLA 5. Correlaciones parciales entre las diferentes medidas de intensidad del dolor controlando el tipo de intervención quirúrgica y la edad.....	55
TABLA 6. Correlaciones parciales entre las diferentes medidas de ansiedad y la intensidad del dolor controlando el tipo de intervención quirúrgica y edad. ....	56
TABLA 7. Media, Desviación Típica, Intervalo de Confianza y Mínimos y Máximos de la ansiedad en cada recogida de datos en función del registro de medicación del día de la intervención quirúrgica, de las 48 horas y de los 10 días. ....	57

TABLA 8. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad y registro de medicación controlando por el tipo de cirugía y la edad..... 58

Tabla 9. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad y recuperarse según los días previstos controlado por el tipo de cirugía y edad. .... 59

TABLA 10. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en las cuatro recogidas de datos en función de la pregunta ¿Se siente Ud. satisfecho con el resultado de la operación? realizada a las 3 semanas a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho. .... 61

TABLA 11. Número de pacientes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en las cuatro recogidas de datos en función de la pregunta ¿ha ido todo como Ud. esperaba? realizada a las 3 semanas a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho..... 62

TABLA 12. Correlaciones parciales entre las diferentes medidas de ansiedad y las preguntas ¿ Ha ido todo como Ud. Esperaba? y ¿Se siente Ud. Satisfecho con el resultado de la operación? controlando por el tipo de intervención quirúrgica y edad. .... 63

TABLA 13. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad y estar bastante o muy satisfecho con el resultado de la cirugía controlado por el tipo de cirugía y edad. .... 64

TABLA 14. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad y contestar bastante o mucho a la pregunta ¿ha ido todo como Ud. esperaba? controlado por el tipo de cirugía y la edad..... 65

TABLA 15. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en el día de la intervención quirúrgica, a las 48 horas y a los 10 días en función de la pregunta ¿Se siente Ud. Capaz de seguir la pauta de medicación? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho. .... 67

TABLA 16. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad del día de la cirugía, de las 48 horas y de los 10 días y contestar bastante o mucho a la pregunta ¿se siente capaz de seguir la pauta de mediación? Controlado por el tipo de cirugía y la edad. .... 68

TABLA 17. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad a las 48 horas postquirúrgicas y a los 10 días en función de la pregunta ¿Se siente capaz de realizarse las curas correctamente? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho. .... 69

TABLA 18. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad a las 48 horas y a los 10 días y contestar bastante o mucho a la pregunta ¿se siente capaz de realizarse las curas correctamente? controlado por el tipo de cirugía y la edad..... 70

TABLA 19. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en el día de la cirugía, a las 48 horas y a las 3 semanas en función de la pregunta ¿cree que será capaz de detectar signos de alerta de posibles complicaciones? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho. .... 71

TABLA 20. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad y contestar bastante o mucho a la pregunta ¿cree que será Ud. capaz de detectar signos de alerta de posibles complicaciones? controlado por el tipo de cirugía y edad. .... 72

TABLA 21. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en el día de la intervención quirúrgica, a las 48 horas, 10 días y a las 3 semanas en función de la pregunta ¿le preocupa tener dolor? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho..... 73

TABLA 22. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad y contestar nada, un poco, bastante o mucho a la pregunta ¿le preocupa tener dolor? controlado por el tipo de cirugía y edad. .... 75

TABLA 23. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en el día de la intervención quirúrgica, a las 48 horas, a los 10 días y a las 3 semanas en función de la pregunta ¿está preocupado por los días de baja? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho. .... 76

TABLA 24. Resumen del análisis de regresión logística (multinomial o binaria) para la variable ansiedad y contestar nada, un poco, bastante o mucho a la pregunta ¿está preocupado acerca de los días de baja? controlado por el tipo de cirugía y la edad..... 78

TABLA 25. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en el día de la intervención quirúrgica, a las 48 horas, a los 10 días y a las 3 semanas en función de la pregunta ¿le preocupa el resultado de la operación? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho. .... 79

TABLA 26. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad en las cuatro recogidas de datos y contestar nada, un poco, bastante o mucho a la pregunta ¿le preocupa el resultado de la operación? controlado por las posibles variables de confusoras tipo de cirugía y edad. .... 81

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Número de cirugías ambulatorias realizadas en España entre los años 2004-2014 .....	12
FIGURA 2. Instrumentos utilizados en cada recogida de datos del estudio	41
FIGURA 3. Indicaciones postquirúrgicas, pauta farmacológica de medicación y protocolo de curas según la recogida de datos y los días previstos para el paciente sometido a cirugía de tipo ungueal y de partes blandas .....	42
FIGURA 4. Indicaciones postquirúrgicas, pauta farmacológica de medicación y protocolo de curas según la recogida de datos y los días previstos para el paciente sometido a cirugía de tipo osteoarticular.....	43
FIGURA 5. Medias, IC y recta de regresión del STAI(E) a lo largo de las cuatro recogidas de datos. ....	53

# LISTADO DE ABREVIATURAS

ANOVA: Analysis of variance

ASA: American Society of Anesthesiology

CMA: Cirugía Mayor Ambulatoria o sin ingreso

Cma: Cirugía Menor Ambulatoria

DE: Desviación standard

Desv. Típica: Desviación típica

gl: Grados de libertad

IC: Intérvalo de confianza

HAD: Hospital Anxiety and Depression test

IQ: Intervención Quirúrgica

Max: Máximo

Min.: Mínimo

PASCOM: Podiatric and Surgical Clinical Outcome Measurement

pH: Potencial hidrógeno

pKa: Constante de disociación

STAI- E: State Trait Anxiety Inventory – Estate

STAI: State Trait Anxiety Inventory

Test BAI: Beck Anxiety Inventory

Ud.: Usted

VAS: Visual Analogue Scale

# RESUMEN



La cirugía podológica es una cirugía ambulatoria con unas características propias que implica un papel activo del paciente durante el periodo postquirúrgico. El paciente debe ser capaz de realizarse pequeñas curas, detectar signos y síntomas de alerta y tomar la medicación farmacológica pautada. Se ha sugerido que, en las cirugías ambulatorias, al transferir estas responsabilidades del hospital al paciente, puede aumentar la ansiedad del paciente durante el periodo postquirúrgico. La ansiedad desde el momento que finaliza la cirugía hasta el momento del alta quirúrgica ha recibido una atención insuficiente en la literatura médica y en la práctica clínica habitual.

Se detectó, en las 116 cirugías podológicas estudiadas, un nivel de ansiedad moderado que decrecía progresivamente durante el periodo postquirúrgico temprano. La relación de esta ansiedad con el dolor resultó ser especialmente importante a los 10 días postquirúrgicos, mientras que no se encontró relación entre la ansiedad y el consumo de analgésicos. Destaca, que la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía podológica en este estudio se muestran satisfechos.

Existe una sólida evidencia que demuestra que la percepción de control y las preocupaciones influyen en la ansiedad por lo que también se estudió la relación de la ansiedad durante el periodo postquirúrgico temprano con estos aspectos, viéndose que la percepción de control y las preocupaciones influyen en la ansiedad.

Conocer la ansiedad durante el proceso postquirúrgico nos ayuda a mejorar la experiencia quirúrgica del paciente y conseguir el mejor resultado quirúrgico posible.

Podiatric surgery is an outpatient surgery with its own characteristics that implies an active role of the patient during the post-surgical period. The patient should be able to perform small chores, detect signs and symptoms of alertness and take prescribed pharmacological medication. It has been suggested that in outpatient surgeries, transferring these responsibilities from the hospital to the patient may increase the patient's anxiety during the postoperative period. Anxiety from the time the surgery ends to the time of discharge is under-reported in the medical literature and in routine clinical practice.

In the 116 podiatric surgeries studied, a moderate level of anxiety gradually decreased during the early postoperative period. The relationship of this anxiety with pain turned out to be especially important at 10 postoperative days, while no relationship was found between anxiety and analgesic use. It should be noted that the majority of patients undergoing podiatric surgery in this study are satisfied.

There is strong evidence that perception of control and levels of concern-influence anxiety and so the relationship of anxiety during the early postoperative period with these aspects was also studied, and it was found that perceived control and levels concerns influence anxiety.

Knowing the anxiety during the post-surgical process helps us improve the patient's surgical experience and achieve the best surgical result possible.

# 1. PRESENTACIÓN



# 1. PRESENTACIÓN

---

La cirugía es hoy en día más segura que nunca. Aun así, es normal que los pacientes presenten cierto grado de ansiedad cuando van a someterse a una intervención quirúrgica. La ansiedad que presenta el paciente previa a la cirugía (ansiedad prequirúrgica) y el día de la cirugía (ansiedad quirúrgica) está ampliamente descrita por diversos autores y es conocida por los profesionales sanitarios. Tanto en la visita preoperatoria como en el día de la cirugía, los profesionales que nos dedicamos al ámbito quirúrgico realizamos una exhaustiva anamnesis e intentamos detectar si presentan ansiedad prequirúrgica y quirúrgica. Proporcionamos toda la información que el paciente necesita de forma clara y concisa y nos esforzamos en que estén en un ambiente lo más seguro y acogedor posible. Sin embargo, hay pacientes en los que no detectamos ansiedad ni el día de la cirugía ni previamente, que experimentan ansiedad en el período postquirúrgico. Este hecho despertó mi interés y me surgieron una serie de cuestiones: ¿estos pacientes presentaban ansiedad prequirúrgica o quirúrgica y no supimos detectarla o la ansiedad ha aparecido en el período postquirúrgico?, ¿es un rasgo de personalidad? y, por último, ¿influye esta ansiedad en la recuperación?

Esta tesis surge a partir de mi experiencia profesional y de mi trabajo diario. En mis quince años de práctica profesional he observado que el período postquirúrgico es uno de los momentos en los que el paciente es más susceptible a tener una mala experiencia. Se ha demostrado que la experiencia postoperatoria es tan importante para obtener un resultado quirúrgico óptimo como la propia intervención quirúrgica.

No hay muchos estudios sobre la ansiedad que el paciente puede presentar postquirúrgicamente, sobre todo a nivel de la cirugía podológica. Durante este periodo, nos preocupamos de que los pacientes tomen bien su medicación, que no tengan dolor, que sigan correctamente las pautas que les damos y sobretodo, que el resultado de la intervención quirúrgica sea óptimo, pero ¿valoramos la ansiedad y su posible influencia en la evolución de este periodo?

Estoy convencida que en muchas ocasiones la respuesta es negativa. Desde mi visión clínica, afirmo que para conseguir una buena experiencia quirúrgica debemos tener en cuenta la ansiedad que el paciente puede sufrir durante todo el proceso quirúrgico. El conocimiento y manejo de los factores psicológicos es un recurso a añadir en el período postquirúrgico a las recomendaciones tradicionales de tipo farmacológico y fisioterápico, entre otras.

El máster en Psicología de la Salud y el Deporte me dio la oportunidad de entender mucho mejor la importancia de la psicología en la salud y de buscar respuesta a mis inquietudes profesionales desde el punto de vista de la investigación.

Esta tesis ha supuesto un reto en todos los aspectos. En primer lugar, ha sido mi primer contacto con el mundo de la investigación y con todo lo que ello comporta (aprender estadística, mejorar mi inglés, redactar en un lenguaje científico, etc.). En segundo, ha sido difícil compaginar mi jornada laboral con las horas que ha implicado este estudio de investigación. Sin embargo, era un paso necesario en mi carrera profesional. Por último, este estudio me ha permitido valorar desde otro punto de vista mi práctica diaria y mejorar la calidad de atención a mis pacientes.

## 2. INTRODUCCIÓN



## 2. INTRODUCCIÓN

---

### 2.1. | DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA CIRUGÍA PODOLÓGICA.

En España, el Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, en la asamblea de noviembre de 2003, definió la Cirugía Podológica como “aquellas intervenciones que el podólogo realiza conforme a un conjunto de técnicas quirúrgicas sistematizadas, orientadas al tratamiento de ciertas afecciones y deformidades de los pies, habitualmente bajo anestesia local y no precisan ingreso hospitalario”. Está ampliamente aceptado que la cirugía podológica es una cirugía de tipo ambulatoria (Lemos, Jarrett, & Philip, 2006; Toftgaard & Parmentier, 2006).

Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya (Ricart, Pelegrí, Iruela, Estrada, & Borbón, 2002), define cirugía ambulatoria como:

“La práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él, después de un período de observación y control”.

La expansión de la cirugía ambulatoria en los últimos 25 años ha significado una reconfiguración del servicio sanitario. Se estima que aproximadamente tres cuartos de las cirugías que se llevan a cabo son realizadas a nivel ambulatorio (Mark Mitchell, 2014; Rosenberger, Jokl, & Ickovics, 2006; Tsapakis et al., 2009).

En la figura 1 se muestra el gráfico de evolución del número de cirugías ambulatorias realizadas en España (Estadísticas Nacionales y Autonómicas de Centros, 2014) en el que se observa que en 10 años el uso de este tipo de cirugías se ha multiplicado por cuatro.

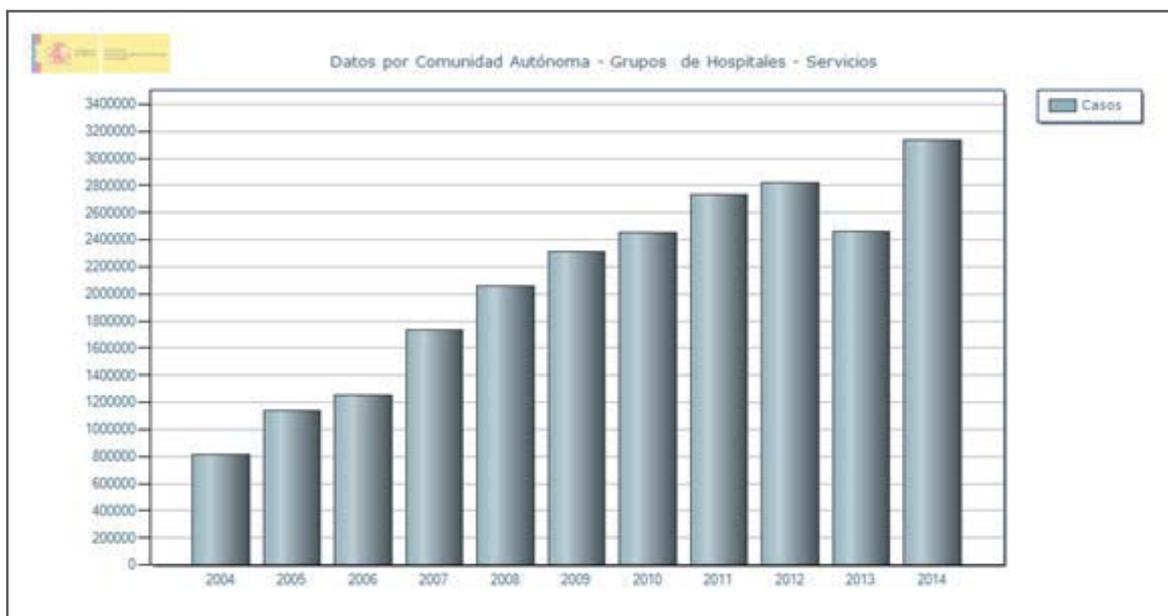


Figura 1. Número de cirugías ambulatorias realizadas en España entre los años 2004-2014 (Estadísticas Nacionales y Autonómicas de Centros, 2014).

Los beneficios de la cirugía ambulatoria en comparación con la cirugía de estancia hospitalaria son múltiples (Maher & Metcalfe, 2009; Mandy & Feeney, 2014):

- Los resultados de la cirugía son mejores debido a los avances en las técnicas quirúrgicas.
- Los riesgos para los pacientes son menores, debido a nuevas técnicas anestésicas y uso de fármacos más seguros.
- La recuperación postoperatoria es más rápida y los pacientes refieren una alta satisfacción con el proceso (Krywulak, Mohtadi, Russell, & Sasyniuk, 2005).
- Las listas de espera quirúrgica y los costes sanitarios se reducen.

La cirugía ambulatoria puede clasificarse en tres grupos o modalidades (Ricart et al., 2002):

- Cirugía mayor ambulatoria o sin ingreso (CMA). Son los procedimientos quirúrgicos diagnósticos o terapéuticos de complejidad media, realizados con anestesia general, regional, loco-regional o local con o

sin sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta el mismo día de la cirugía.

- Cirugía menor ambulatoria (Cma). Son los procedimientos quirúrgicos, terapéuticos y diagnósticos de complejidad baja que se practican bajo anestesia local, en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica viene de su domicilio y retornan a él con un mínimo periodo de observación postquirúrgico.
- Cirugía menor de despacho o consultorio. Son aquellos procedimientos quirúrgicos de complejidad baja que se realizan en consultas o despachos médicos, con anestesia local o troncular, y que, prácticamente, sin ningún periodo de tiempo ni cuidado postoperatorio, el paciente puede volver a su domicilio. No es necesaria la presencia de un médico anestesista.

La tabla 1, refleja el número de cirugías ambulatorias mayores y el número de cirugías ambulatorias menores según la especialidad médica a la que pertenecen en el año 2014 en España (Estadísticas Nacionales y Autonómicas de Centros, 2014). No están subclasificadas por área corporal, por lo que las cirugías de pie pueden estar incluidas tanto en la especialidad de dermatología como de traumatología.

Tabla 1: Número de cirugías ambulatorias mayores y número de cirugías ambulatorias menores según la especialidad médica a la que pertenecen en el año 2014 en España. (Estadísticas Nacionales y Autonómicas de Centros, 2014).

**ESTADÍSTICAS NACIONALES Y AUTONÓMICAS DE CENTROS SIN INTERNAMIENTO. AÑO 2014**

**TABLA 9. ACTIVIDAD QUIRÚRGICA POR ESPECIALIDAD SEGÚN MODALIDAD Y DEPENDENCIA FUNCIONAL DE CENTROS SIN INTERNAMIE**

	Públicos-SNS		Privados	
	CMA	Resto de intervenciones	CMA	Resto de intervenciones
Angiología y cirugía vascular	0	0	473	299
Cirugía general	50	1.762	4.264	4.311
Cirugía maxilofacial	715	0	768	1.000
Cirugía plástica	0	620	3.286	1.768
Cirugía pediátrica	0	0	25	0
Dermatología	0	1.425	3.468	1.335
Ginecología	0	0	34.515	25.141
Neurocirugía	0	0	15	0
Oftalmología	434	0	36.623	17.826
ORL	42	91	1.578	185
Traumatología	2.014	50	3.232	333
Urología	1.025	1.104	1.748	2.737
<b>TOTAL</b>	<b>4.280</b>	<b>4.027</b>	<b>89.996</b>	<b>53.187</b>

No hay estudios descriptivos sobre la cirugía ambulatoria realizada por podólogos en España. La cirugía ambulatoria se realiza por las especialidades de traumatología y cirugía ortopédica y por dermatología en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, y por dichos profesionales y podólogos en el ámbito de la sanidad privada. No existen datos del número de cirugías menores de despacho o consultorio que se realizan.

Según los criterios de Davis (Davis J.E. Surg. Clin. North AM, 1987;67:721), la cirugía podológica serían aquellos procedimientos de tipo I (intervenciones que pueden practicarse en la consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial en el postoperatorio) y tipo II (intervenciones que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si hace falta, es de tipo oral) (Davis & Sugioka, 1987). Los procedimientos de cirugía ambulatoria mayor se incluyen dentro del tipo II de la clasificación de Davis y los procedimientos de cirugía ambulatoria menor y de consultorio se incluyen dentro del tipo I (Anexo I).

Según el riesgo hemorrágico, la cirugía podológica son aquellos procedimientos en los que es poco probable que se produzca un evento hemorrágico y/o se puede realizar un buen control de la hemostasia durante la intervención, sin que haya un riesgo vital ni necesidad de transfusión.

Según el grado de invasividad de Roizen, la cirugía podología serían aquellos procedimientos incluidos en el tipo A (procedimientos poco invasivos, con poca posibilidad de alteración fisiológica, y relacionados con baja morbilidad). Serán cirugías que raramente precisarán transfusión, monitorización invasiva y estancia postoperatoria en una unidad de medicina crítica (Papaceit et al., 2003).

Según el grado el grado de contaminación de la herida es una cirugía limpia y según el grado de temporalidad, la cirugía podológica es cirugía electiva (programada).

La cirugía de pie está incluida tanto en cirugía podológica como en cirugía traumatológica (rama de la cirugía que trata los desórdenes musculoesqueléticos del cuerpo humano) u ortopédica, (rama de la cirugía que trata los desórdenes del aparato locomotor).

En resumen, la cirugía podológica se caracteriza por ser una cirugía ambulatoria, programada, que muy raramente pone en peligro la vida del paciente y que tiene un periodo relativamente corto de recuperación.

La cirugía podológica está constituida por procedimientos ambulatorios y depende de diferentes criterios para realizarse como cirugía ambulatoria mayor, menor o de consultorio:

**- Criterios generales:**

Clasificación de la ASA, del inglés "American Society of Anesthesiology", indica los criterios anestésicos para la catalogación de los pacientes según su estado de salud previo a la cirugía:

- ASA I: Pacientes sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica, diferente del proceso localizado que es subsidiario de cirugía. Paciente sano.
- ASA II: Paciente que sufre alguna alteración leve o moderada sistémica, que no produce incapacidad o limitación funcional (diabetes ligera, hipertensión sistémica leve o moderada...).
- ASA III: Paciente que sufre una alteración o enfermedad severa de cualquier causa, que produce limitación funcional definida, en determinado grado, (diabetes severa con repercusión vascular, insuficiencia respiratoria en grado moderado o severo...).
- ASA IV: Paciente que sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención (enfermedad orgánica cardíaca con signos de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal avanzada, insuficiencia hepática o respiratoria...).
- ASA V: Paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia, aun realizando el procedimiento quirúrgico. Improbable que sobreviva 24 horas con o sin intervención.

Por tanto, se recomienda realizar un procedimiento de cirugía ambulatoria mayor a los pacientes clasificados como tipo I y II en la clasificación de la ASA, y tipo III sin descompensación en los últimos 6 meses. Se puede realizar un procedimiento de cirugía ambulatoria menor a los pacientes con ASA I y II y se valorará la posibilidad de realizarlo a los pacientes con ASA III y IV sin descompensación en los últimos 3 meses. Son procedimientos que se han de realizar en consultas externas de un hospital o en las áreas de urgencias. Por último, los procedimientos de cirugía ambulatoria menor de despacho o consultorio se pueden realizar a los pacientes clasificados como ASA I y se valorara ASA II sin descompensación en los últimos 6 meses, debido a que, como comentado previamente, estas cirugías se realizan en consultas o despachos médicos sin la presencia de un médico anestesista.

La diferencia entre la cirugía menor ambulatoria y la cirugía menor de consultorio no es el procedimiento quirúrgico en sí, que en ambos casos es similar, sino el centro donde se realiza. Aquellos procedimientos que se realicen en las consultas externas de un hospital pueden admitir pacientes con un ASA superior o médicamente más complejos, porque

ante cualquier complicación se cuenta con el apoyo del resto de la dotación del hospital.

**- Criterios dependientes de la cirugía y anestesia requerida:**

- Tipo de cirugía según las estructuras a tratar y técnicas utilizadas. (Ejemplo de tipo de cirugía: osteoarticular, partes blandas, ungueal; ejemplo de técnicas: uso de torniquete para hemostasia).
- Riesgo mínimo de hemorragia.
- Duración de la cirugía.
- La ausencia de necesidad en el momento del alta de tratamientos por vía parenteral o intravenosa.
- El paciente en pocas horas tiene que recuperar la consciencia, la capacidad de deambulación independiente o con ayuda mínima, la diuresis espontánea, y presentar una buena coloración de piel y mucosas, buena analgesia y ausencia de hemorragia en la zona operada.

**- Criterios dependientes del paciente:**

Los aspectos psicológicos del paciente que excluirían la cirugía ambulatoria son:

- Incapacidad de comprender y respetar las instrucciones orales y escritas sobre el procedimiento, a excepción que la responsabilidad de la cirugía sea asumida por un adulto acompañante.
- Condiciones en que el substrato patológico psiquiátrico no les permite colaborar.

Los aspectos del entorno del paciente:

- Disponibilidad de un teléfono y de los requisitos mínimos de habitabilidad, accesibilidad, confort e higiene en el sitio de convalecencia, que no dificulten una recuperación adecuada.
- Posibilidad de que haya un adulto responsable durante el traslado a su domicilio, después del alta y durante las primeras 24 horas postquirúrgicas.

### - Criterio dependiente del período postquirúrgico

Debe existir un protocolo de actuación postquirúrgica definido. Se debe facilitar por escrito a todo paciente dado de alta el tipo de curas que se han de practicar y la periodicidad, la analgesia oral, signos de alarma y actuación en cada caso (ejemplo: fiebre, hemorragia, dolor...), teléfono de contacto durante las 24 horas y centro médico de referencia.

La cirugía ambulatoria realizada en el pie, se presenta en diferentes investigaciones como un tratamiento de alta calidad, seguro y eficiente (Maher & Metcalfe, 2009; Mandy & Feeney, 2014).

Como hemos visto, el número y la complejidad de los procedimientos ambulatorios se amplía de forma continua y esto hace que surjan nuevos retos y preocupaciones, dadas las limitadas pruebas sobre los efectos en la calidad de vida del paciente postoperatorio (Rosenberger et al., 2006; Tsapakis et al., 2009).

La evolución de la cirugía ambulatoria ha llevado a reducir el contacto entre el profesional que realiza la cirugía o el personal de enfermería y el paciente durante la fase postquirúrgica temprana, la mayoría de la preparación y la recuperación se producen en casa del paciente. La desventaja principal de la cirugía ambulatoria es que el paciente asume más responsabilidades. Se transfiere la atención y los cuidados que el paciente debe recibir durante el periodo postquirúrgico, del hospital al paciente, lo que puede crear ansiedad al paciente (Berg, Idvall, Nilsson, & Unosson, 2011).

#### 2.1.1. Tipos de cirugías podológicas.

Podemos dividir la cirugía podológica en tres tipos de cirugías principalmente:

- Cirugía de partes blandas: relativo a tejido muscular, grasa, tejido fibroso, vasos sanguíneos u otra matriz de tejido de soporte. Excluye hueso, dientes, uñas, cabello y cartílago.
- Cirugía ungueal: Eliminación total o parcial de una lámina ungueal con o sin matricectomía asociada.
- Cirugía osteoarticular: relativo a que afecta a huesos y articulaciones. A nivel podológico se divide en cirugía de antepié, mediopié y retropié, según la localización anatómica de la patología a tratar.

## 2.1.2. Técnicas anestésicas más utilizadas en cirugía podológica.

La cirugía bajo anestesia local o regional se considera preferible a la anestesia general (Urfalioglu et al., 2015). Se asumen menos riesgos médicos, es más segura, la recuperación de la anestesia es mucho más rápida y es menos costosa a nivel económico y de recursos. Al mismo tiempo es una anestesia efectiva y que nos proporciona también una analgesia postquirúrgica duradera.

La gran mayoría de cirugía de pie se realiza bajo anestesia regional.

El uso o no de sedación depende de varios factores:

- Relacionados con el paciente: destacamos la preferencia del paciente, aspectos psicológicos y el nivel de ansiedad.
- Relacionados con la patología y el tipo de cirugía de pie: destacamos la duración de la cirugía, el uso o no de hemostasia y las estructuras a tratar.

No existen datos estadísticos descriptivos del tipo de anestesia más utilizado en cirugía de pie realizada por podólogos en España. Tampoco del uso o no de sedación. Sin embargo, tras consultar con diversos profesionales que en España realizan cirugía podológica, puedo afirmar que la mayoría de cirugías de partes blandas y ungueales se realizan bajo anestesia local o regional, sin necesidad de sedación y en consultas o clínicas, es decir como cirugía menor ambulatoria de consultorio. Se acompañan de sedación cuando estos procedimientos se van a realizar a pacientes en los que no está indicada la anestesia local. En este sentido, se valora la edad cronológica y de maduración del paciente. Los pacientes deben permanecer un tiempo quietos y seguir instrucciones. Hay que considerar a cada paciente de forma individualizada, pero, en general, los pacientes muy jóvenes o con dificultades de comprensión no serán candidatos para una técnica anestésica local sin sedación. Otro aspecto a valorar es el grado de ansiedad previa a la cirugía o si la ansiedad es un rasgo de la personalidad del paciente. En estos casos, se puede realizar el procedimiento quirúrgico bajo anestesia local y sedación o, de forma alternativa, prescribir medicación ansiolítica previa a la cirugía que se realizaría en ese caso bajo anestesia local. Sería importante evaluar la causa de la ansiedad, ya que muchos pacientes presentan fobia a las agujas, con lo que combinar medicación ansiolítica con la técnica de anestesia local sería una buena opción en estos casos. Las cirugías osteoarticulares (principalmente de hallux valgus) se realizan generalmente con anestesia regional, con sedación y en el ámbito hospitalario como cirugía ambulatoria.

El uso de sedación proporciona al paciente una disminución en el grado de consciencia que permite afrontar con más tranquilidad la cirugía por lo que muchas veces es una técnica de elección por el paciente. Otra de las

Las ventajas que presenta es que el paciente no va a notar ningún tipo de incomodidad o dolor durante la operación, sin embargo, supone un cierto riesgo de depresión respiratoria (Mark Mitchell, 2008, 2009).

Los procedimientos que se realizan bajo anestesia local sin sedación tienen menos riesgos. El paciente está consciente durante toda la cirugía: escucha, ve, puede hablar y siente todo lo que sucede menos el dolor en la zona anestesiada. Es capaz de colaborar en caso de que sea necesario (Mark Mitchell, 2008 ; Rees & Tagoe, 2002).

Existen diferentes técnicas anestésicas para la cirugía de pie según las estructuras que queramos tratar. A modo de resumen podemos clasificar las técnicas anestésicas más comunes en el pie en:

- Anestesia troncular de dedos, se usa mayoritariamente en cirugía ungüeal o patologías localizadas en los dedos.
- Bloqueo periférico de los nervios del pie: tibial posterior, safeno, peroneo superficial, peroneo profundo y sural. Se utiliza para procedimientos en la región anatómica que inerva el nervio anestesiado.
- Infiltración local, se utiliza para procedimientos superficiales de la piel.

Existen diferentes fármacos que se utilizan para las técnicas de anestesia local. Los más utilizados a nivel de cirugía podológica son: Lidocaína, Mepivacaína, Ropivacaína y Bupivacaína

Se diferencian por sus características físico-químicas que definen un tiempo de inicio de la acción y un tiempo de duración de la acción diferente.

La Lidocaína y la Mepivacaína tienen un inicio de acción más rápido (de 2 a 5 minutos para la lidocaína y 10 minutos para la mepivacaína) que la Ropivacaína y la Bupivacaína (15-30 minutos y 10-20 respectivamente) debido a que su pKa (constante de disociación) es más parecida al pH fisiológico del medio donde se inyectan (7, 4). Por eso, en el momento de la inyección, la cantidad de moléculas en forma no ionizadas liposolubles es mayor, que son las moléculas que pueden entrar al axón del nervio y hacer el efecto de bloqueo de la conducción nerviosa. Sin embargo, la duración del efecto dependerá de la liposolubilidad del fármaco y de su unión a proteínas plasmáticas. La Lidocaína y la Mepivacaína son menos liposolubles, por lo que tendrán menos afinidad por el permanecer en el axón haciendo el efecto de bloqueo. Además, se unen menos a proteínas plasmáticas, por lo que se eliminarán antes cesando su efecto anestésico. Se estima que la duración media del efecto de la lidocaína es de 45-60 minutos, la lidocaína 120-180 minutos, la Bupivacaína y Ropivacaína puede variar entre 8 a 16 horas. Es importante el conocimiento de los diferentes anestésicos locales para individualizar la elección en cada caso. En ocasiones, se combinan los

anestésicos de inicio de acción rápida con los de duración de acción larga, cuando nos interesa que el inicio de la cirugía no se demore 30 minutos, pero necesitamos una duración de la acción mayor de una hora, por el tipo de procedimiento a realizar. El uso de anestésicos de acción duradera permite dar menos pauta analgésica postquirúrgica y los pacientes refieren menos dolor y disconfort en el período postquirúrgico inmediato.

El uso de hemostasia o no dependerá del tipo de cirugía y del criterio médico.

### 2.1.3. Periodo postquirúrgico y recuperación.

Para realizar una cirugía de forma ambulatoria, los cuidados postquirúrgicos deben estar definidos y escritos de forma clara y sencilla para el paciente.

El día de la visita preoperatoria debemos explicar y entregar por escrito todas las recomendaciones de lo que el paciente debe hacer el mismo día de la cirugía y los días posteriores (anexo 2). Esto permite una adecuada planificación del paciente. El paciente debe saber qué calzado podrá usar o si debe comprar calzado postoperatorio y traerlo el día de la cirugía, debe saber qué medicación se le va a pautar, para poder comprarla y tenerla previamente. Además, los cuidados postoperatorios recogidos aquí, se volverán a explicar al finalizar la cirugía, para asegurar que el paciente los recuerda. En cuanto a los cuidados postquirúrgicos, la información que se debe detallar es el tipo de curas que se van a realizar, la periodicidad, quién va a realizar las curas (si el paciente o el profesional), la analgesia oral, signos de alarma y actuación en cada caso de complicaciones (ejemplo: fiebre, hemorragia, dolor...), teléfono de contacto durante las 24 horas y centro médico de referencia.

El periodo postquirúrgico es difícil de definir, ya que la recuperación es una experiencia subjetiva (Berg et al., 2011). Para algunos autores este periodo engloba hasta la máxima recuperación funcional del paciente. Por ejemplo, en el caso de la cirugía podológica, el tipo de cirugía osteoarticular (al igual que en la cirugía traumatológica y ortopédica), se asume que es un año después de la intervención. Existen estudios e instrumentos específicos para valorar la recuperación del paciente al año (Dawson et al., 2006). En el caso de la cirugía ungueal o de partes blandas este periodo es mucho menor.

Sin embargo, se define como periodo postoperatorio temprano aquel que engloba desde que el paciente sale del centro médico a un mes después de la intervención. Es en este periodo donde el paciente sufre más cambios y necesita mayores cuidados (pasado este tiempo el paciente ha aprendido a realizarse los cuidados que necesita, que cada vez son menos). No obstante, en algunas cirugías de pie, como por ejemplo la cirugía de hallux abductus valgus, un

mes es un periodo de tiempo insuficiente para valorar la funcionalidad de la zona intervenida, ya que la deambulaci3n sigue alterada.

Desde el punto de vista fisiol3gico, un mes se considera un periodo suficiente para que el paciente se recupere del proceso quir3rgico, pero no para que experimente el beneficio completo de la cirug3a. Este periodo postquirurgico est3 poco estudiado a nivel de la cirug3a ambulatoria de pie y es en el que he centrado el estudio de esta tesis.

La cirug3a ambulatoria, como se ha se1alado anteriormente, es un m3todo eficaz, eficiente y com3n en cirug3a podol3gica. En este tipo de cirug3as, el rol del paciente en el per3odo postoperatorio es m3s activo ya que asumen m3s responsabilidad en el proceso. En ocasiones tienen que realizar peque1as curas, identificar signos o s3ntomas de alerta, tomar la medicaci3n pautaada o controlar el dolor. Esto puede crear inseguridad o ansiedad en alg3n paciente. Es importante que profesionales sanitarios y los propios pacientes eval3en el impacto que la cirug3a va a tener en su bienestar y en su recuperaci3n. Hasta la fecha, existe poca evidencia de c3mo el paciente afronta este periodo postquir3rgico (Berg et al., 2011).

Los indicadores m3s frecuentes utilizados para valorar este periodo postquir3rgico temprano se dividen en:

Indicadores objetivos:

- Socio demogr3ficos: edad, sexo, situaci3n laboral.
- Cl3nicos: diagn3stico, tipo de cirug3a, estado de salud previo a la intervenci3n.
- Complicaciones quir3rgicas.
- D3as de recuperaci3n.

Indicadores subjetivos (dependientes del paciente):

- Factores psicosociales tales como la actitud, el estado de 3nimo, apoyo social, mecanismos de afrontamiento y factores de personalidad. Destaca en especial la ansiedad.
- Dolor.
- Consumo de analg3sicos.
- Satisfacci3n.

Se ha demostrado que los pacientes operados de la misma patolog3a con t3cnicas quir3rgicas similares no se recuperan de la misma forma y que existe

una gran variabilidad en la experiencia que tiene cada paciente del período postoperatorio. Sin embargo, la causa de estas diferencias es aún incierta. La identificación y estudio de los indicadores que permiten valorar el periodo postquirúrgico, ayudará a entender esta variabilidad para poder ofrecer al paciente una mejor recuperación quirúrgica. Además, nos permitirá identificar a los pacientes con mayor riesgo de tener una mala experiencia quirúrgica de forma temprana.

Los factores demográficos y clínicos del paciente son los que influyen principalmente en el resultado de la cirugía, y son los que habitualmente utilizan los cirujanos para estimar el tiempo de recuperación. Sin embargo, en la práctica clínica habitual, esta estimación no es precisa, y se detecta una gran variabilidad en el tiempo de recuperación entre pacientes con similares indicadores demográficos y clínicos. Por ello, se plantea la importancia de los otros factores en esta variabilidad. En este sentido, se ha demostrado en diferentes estudios que los factores psicosociales y en especial la ansiedad tienen una influencia significativa en el resultado de procesos quirúrgicos como la artroscopia de rodilla, reconstrucción de ligamentos cruzados de la rodilla, prótesis de rodilla, fracturas de cadera y cirugía de espalda. Sin embargo, en otros estudios no se puede demostrar dicha influencia en el resultado de la cirugía (en términos de uso de analgésicos o días de recuperación, por ejemplo). Concretamente, en un estudio de revisión sobre los factores psicosociales que afectan a la recuperación quirúrgica (Rosenberg et al. 2006) se menciona explícitamente que a pesar de que son numerosas las evidencias a favor de que los aspectos actitudinales y emocionales están involucrados en la rapidez de la recuperación quirúrgica, también se constata por la investigación de Munafo y Stevenson (2001) que la relación entre ansiedad y las medidas físicas postoperatorias aún no está suficientemente clara.

Estas diferencias de resultados en los diferentes estudios pueden explicarse en parte por las siguientes razones (Berg et al., 2011; Rosenberger et al., 2006):

- La variedad de disciplinas que la han investigado (médicos, psicólogos, biólogos, farmacéuticos, enfermeros...) y las diferentes metodologías empleadas.
- La variedad y heterogeneidad de estudios, ya que los pacientes precisan procesos quirúrgicos personalizados.
- El periodo postquirúrgico es diferente según el tipo de cirugía (cirugía mayor, menor o menor de consultorio de todas las especialidades médicas). Esta es una de las limitaciones que muchos de los autores de los trabajos detallan. Cada especialidad quirúrgica tiene características propias a tener en cuenta, que hacen que el periodo postoperatorio

sea diferente a todos los niveles (días de recuperación, dolor, resultado de la operación, cuidados necesarios, incapacidad del paciente, etc.), por lo que es difícil comparar unos con otros.

- Las características del procedimiento quirúrgico y la localización anatómica de la patología también influyen. Puede diferir la comparación de dos tipos de cirugías que se hayan realizado en un mismo paciente en diferente región anatómica, aunque ambas sean cirugía ambulatoria menor (Berg et al., 2011).

Las expectativas positivas tanto de los profesionales como de los pacientes respecto al resultado de las cirugías ambulatorias ha aumentado, cada vez se espera una más rápida, menos dolorosa y completa recuperación (Rosenberger et al., 2006). Para conseguir esto, es importante el estudio de los factores que pueden estar influyendo en el periodo postquirúrgico temprano. Es importante no subestimar (ni por el personal sanitario ni por el paciente) el impacto de estas cirugías en el bienestar del paciente y en su recuperación.

## 2.2. | ANSIEDAD Y SALUD.

La ansiedad es un concepto complejo y multidimensional. Es una respuesta multisistémica que experimentamos ante una situación que percibimos como una amenaza o peligro. Podríamos definirlo como un estado emocional desagradable que tiene como detonantes característicos el miedo, la incertidumbre y la falta de control.

Spielberger (1970), define la ansiedad como una experiencia o sensación transitoria desagradable que suscita preocupación y malestar, que es causada por una estimulación intrínseca y extrínseca. La ansiedad se define también como un síntoma, que representa la reacción a la angustia psicológica y al estrés y que resulta de la amenaza y el peligro( Kagan & Bar-Tal, 2008).

Las repercusiones de la ansiedad sobre la salud están ampliamente probadas en diferentes estudios (Bailey, 2010; Cano Vindel, 2001; Castro & Sánchez, 1994; Madrigal et al., 2005). Según refiere Emociones y salud la ansiedad provoca diferentes síntomas:

### **Síntomas cognitivos del estado de ansiedad:**

- Preocupación.
- Miedo o temor.
- Pensamientos negativos de inferioridad.
- Incapacidad.
- Dificultad para concentrarse.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente acompañada de dificultades para pensar con claridad.
- Inseguridad.
- Aprensión.
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad para tomar decisiones.

### **Síntomas fisiológicos del estado de ansiedad:**

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.

- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo, lipotimia.

#### **Síntomas motores del estado de ansiedad:**

- Hiperactividad.
- Movimientos repetitivos.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Conductas de evitación.

Sapolsky (2008) en su libro titulado “Por qué las cebras no tienen ulcera”, detalla los mecanismos implicados en la relación entre la ansiedad y el estrés y diferentes respuestas biológicas, como la reactividad del sistema nervioso, hormonal, cardiovascular, endocrino, gastrointestinal, reproductor y sistema inmunológico. Así mismo, también se describe la reacción entre la ansiedad y la percepción del dolor.

Así pues, teniendo en cuenta el gran bagaje científico que confirma la influencia de la ansiedad en la salud, no sorprende que esta respuesta emocional se encuentre entre los indicadores más importantes y más estudiados como posible causa de una experiencia quirúrgica y postquirúrgica.

#### **2.2.1. Definición y caracterización de la ansiedad durante el proceso quirúrgico.**

La cirugía es hoy en día más segura que nunca. Aún así, es normal que los pacientes presenten cierto grado de ansiedad cuando van a someterse a una intervención quirúrgica (Bailey, 2010; Bergman, Stenudd, & Engström, 2012).

Dentro del concepto de ansiedad, podemos diferenciar entre ansiedad estado y ansiedad rasgo de personalidad. Se considera ansiedad estado, a la ansiedad que se da ante una situación determinada y en un periodo de tiempo concreto, limitado y normalmente breve. La ansiedad del proceso quirúrgico se considera una ansiedad estado. La ansiedad rasgo de personalidad se mantiene en el tiempo y no tiene una causa concreta.

La ansiedad estado puede estar influenciada por problemas psiquiátricos como depresión, desórdenes de carácter o la ansiedad como rasgo de personalidad.

Entendemos como ansiedad quirúrgica, la respuesta que el paciente puede experimentar ante una cirugía cuando es percibida como un peligro o amenaza física. Los pacientes a menudo expresan miedo, preocupaciones, aprensión e incerteza. Estos sentimientos frecuentemente se encuentran relacionados con la pérdida de control y la necesidad de ayuda (Vaughn, Wichowski, & Bosworth, 2007).

Denominamos ansiedad postquirúrgica a la ansiedad que puede aparecer justo después de la cirugía y estar presente durante el proceso de recuperación. Esta ansiedad puede aparecer durante este periodo o ya estar presente desde la programación de la cirugía.

Diferentes estudios muestran como esta ansiedad puede aparecer el día de la cirugía y variar a lo largo del periodo postoperatorio (Mandy & Feeney, 2014; Stevenson & Munafò, 2001; Wetsch et al., 2009).

Una ansiedad quirúrgica desmedida, como hemos visto anteriormente, tanto en intensidad como en duración, va a tener consecuencias negativas tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios (Rosenberger et al., 2006). Es por ello que múltiples estudios científicos han centrado su atención en detectar y analizar este problema.

La literatura clásicamente se ha centrado en el estudio de la ansiedad prequirúrgica, la relación de esta ansiedad con la información que recibe el paciente y cómo esta ansiedad puede afectar a indicadores de recuperación del periodo postquirúrgico (Sjöling, Nordahl, Olofsson, & Asplund, 2003). No obstante, tal y como muestran los datos obtenidos por Tsapakis (2009) Rosenberger (2006) o Maher (2009) el aumento de la cirugía ambulatoria en los últimos años, tanto en volumen de cirugías como a nivel de complejidad de procedimientos que pueden tratarse de forma ambulatoria, hace que sean necesarios estudios que mejoren el conocimiento de cómo los pacientes afrontan este periodo postquirúrgico.

### 2.2.2. Relación entre ansiedad y cirugía.

El efecto de la cirugía mayor en el estado mental del paciente ha sido investigado ampliamente en los diferentes tipos de cirugía hospitalaria incluida la cirugía ortopédica, llegando a la conclusión de que la ansiedad es un factor claro que influye a la cirugía. La cirugía ambulatoria comporta menos riesgos y es percibida por el paciente con mayor tranquilidad que la cirugía hospitalaria (Berg et al., 2011; Tsapakis et al., 2009). Este puede ser el motivo por el que el periodo postquirúrgico en cirugía podológica ha sido poco estudiado. Aun así, no debemos menospreciar los efectos de la cirugía

ambulatoria sobre el paciente (Mandy & Feeney, 2014) y debemos tener en cuenta las características del periodo postquirúrgico, donde el paciente asume más responsabilidades que al estar hospitalizado (Mitchell, 2013).

Existen datos limitados que exploran la ansiedad y la recuperación emocional después de una cirugía de pie. Los estudios que existen, contribuyen a entender las necesidades psicológicas de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria de pie y a que los podólogos entiendan cómo el estado de ánimo y la ansiedad pueden contribuir a la percepción de un mejor resultado, por parte del paciente.

Mandy (2014), realizó un estudio con pacientes sometidos a cirugías ambulatorias de pie. Clasificó a los pacientes según la puntuación de la escala estado del test STAI una semana antes de la cirugía en:

- Ansiedad baja (puntuación de 20 a 30): 31 pacientes de un total de 85 se encuentran en esta clasificación.
- Ansiedad moderada (puntuación de 31 a 60): 52 pacientes.
- Ansiedad alta (puntuación de 61 a 80): 2 pacientes.

Demostó que la ansiedad decrece durante el periodo postquirúrgico estudiado que va desde el día de la cirugía hasta las 8 semanas. En este estudio la ansiedad fue medida con el The profile of Mood questionnaire, y no con el test STAI, escala estado, por lo que no se pueden comparar los resultados con otros estudios. Sin embargo, sí demuestra que la ansiedad tiene una tendencia a decrecer con el paso del tiempo en el periodo postquirúrgico temprano (Mandy & Feeney, 2014).

Diferentes estudios realizados en cirugía oral de características similares a algunas cirugías podológicas (cirugía ambulatoria de consultorio) muestran niveles de ansiedad medidos por STAI, escala estado, el día de la cirugía entre 38 y 45 y a los 6 días de aproximadamente 30 (Garip, Abali, Göker, Göktürk, & Garip, 2004; Hashem, Noel, Bds, Sci, & Connell, 2005).

La relación de la ansiedad con aspectos relevante de la recuperación como son el dolor, el consumo de analgésicos, las complicaciones quirúrgicas, los días de recuperación y la satisfacción también ha centrado la atención de múltiples estudios, como veremos a continuación. Sin embargo, la mayoría de estos estudios están hechos con una muestra de pacientes sometidos a cirugía ambulatoria general, no específicos de cirugía ambulatoria de pie y muestran la relación entre la ansiedad prequirúrgica con los indicadores postquirúrgicos, no valoran la posibilidad que la ansiedad pueda aparecer o cambiar postquirúrgicamente.

### 2.2.3. Relación entre ansiedad e intensidad de dolor.

Debemos tener presente que el dolor es una experiencia subjetiva y multidimensional.

El dolor, en la mayoría de cirugías podológicas, es uno de los motivos principales para realizar una cirugía (Al-Mohrej, Alsarhani, Al-Mohrej, Masuadi, & Al-Kenani, 2017).

Uno de los miedos o preocupaciones mejor identificados ante una cirugía es el miedo al dolor postquirúrgico. En la cirugía ambulatoria el ajuste de una buena analgesia es un reto, los pacientes han de poder controlar el dolor en casa por sí mismos. Esto implica que la analgesia debe ser efectiva, fácil de aplicar y segura (Gramke et al., 2009).

Más de un 30% de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria refieren un dolor de moderado a severo después de la cirugía (Vaughn et al., 2007).

El dolor, según estudios de psiconeuroinmunología, puede afectar el funcionamiento del sistema endocrino e inmunológico, por lo que puede afectar directamente a la recuperación (Kiecolt-glaser, Page, Marucha, Maccallum, & Glaser, 1998).

Detectar que pacientes tienen un riesgo alto de sufrir dolor postquirúrgico es muy útil para poder planear una pauta analgésica efectiva. Así mismo, conocer los predictores del dolor postquirúrgico puede ayudarnos a mejorar la experiencia quirúrgica del paciente.

Se han estudiado diferentes predictores del dolor postquirúrgico (Gramke et al., 2009; Ip, Abrishami, Peng, Wong, & Chung, 2009; Kalkman et al., 2003; Vaughn et al., 2007) entre los que destacan:

- Tipo de cirugía, entre los que destaca la cirugía ortopédica. Está comprobado que ciertos procedimientos quirúrgicos como los realizados en cirugía ortopédica se relacionan con mayor dolor postquirúrgico. Los profesionales sanitarios conocen cuánto dolor se espera según el tipo de cirugía, y en base a esto se pauta la analgesia postquirúrgica. Sin embargo, hay diferencias importantes en cuanto al dolor, entre pacientes que se han sometido a cirugías similares.
- La edad y el sexo también han sido investigados como predictores del dolor postquirúrgico, llegando a resultados contradictorios.
- El dolor prequirúrgico. El hecho de haber sufrido dolor intenso antes de la intervención se relaciona con tener dolor intenso tras la cirugía (Parris, Matt, Jamison, & Maxson, 1988).
- La ansiedad. Desde hace mucho tiempo la ansiedad prequirúrgica o

quirúrgica está reconocida como predictor del dolor postquirúrgico (Philips & Bee, 1980; Scott, Clum, & Peoples, 1983).

- La relación entre la ansiedad como rasgo de personalidad y el dolor se ha demostrado de manera consistente (Stevenson & Munafó, 2001).
- Otros de los factores que recogen múltiples investigaciones, aunque llegando a conclusiones poco claras son:
  - La expectativa de dolor del paciente ante la cirugía.
  - Las experiencias previas de dolor postquirúrgico también pueden influenciar las expectativas de dolor del paciente y por tanto el dolor posquirúrgico.
  - Otros aspectos psicológicos como por ejemplo la actitud o el estado de ánimo.
  - Los diferentes estilos de afrontamiento de cada paciente frente al dolor.

Todos estos posibles predictores están muy estudiados en cirugía hospitalaria (Ip et al., 2009), sin embargo, a nivel de cirugía ambulatoria no están tan estudiados y en cirugía podológica a nivel postquirúrgico encontramos muy pocos estudios.

Los estudios más similares al presente trabajo de investigación encontrados en el campo de la odontología, donde se realizan cirugías ambulatorias menores con anestesia local y sin sedación, muestran la relación entre niveles de dolor y ansiedad. Los resultados de dolor medido en VAS (0-100, donde 0 significa no dolor y 100 el mayor dolor imaginable) muestran niveles de dolor entre 20-30 el día de la cirugía que descienden a aproximadamente 10 a la semana (Hashem et al., 2005).

Mandly (2014), en su estudio sobre cirugía de pie, encontró que los niveles de dolor decrecían significativamente durante el periodo postquirúrgico temprano y que no había diferencias en el nivel de dolor entre el grupo de pacientes con ansiedad baja y grupo de pacientes de ansiedad media.

#### 2.2.4. Relación entre ansiedad y consumo de analgésicos.

En base a la literatura consultada se realizaron análisis separados para la intensidad del dolor y el consumo de analgésicos, ya que son dos conceptos que, están relacionados, pero no de forma directa. Tal y como indica Ip (2009), la intensidad del dolor es una experiencia subjetiva y el consumo de analgésicos, a pesar de que es un dato que se puede objetivar de forma inequívoca, dicho consumo está influenciado por la farmacocinética y por otra parte más subjetiva, ya que está demostrado que depende de las creencias de salud de cada persona.

Se ha demostrado que la mayoría de pacientes están satisfechos con la pauta de analgesia recibida aunque hayan sufrido dolor (Niemi-Murola et al., 2007).

Pellino (1997) en su estudio reflexiona sobre, como a pesar de que los pacientes expresan haber tenido dolor postquirúrgicamente, están satisfechos con el tratamiento para el dolor que han recibido, lo que indica hay factores del paciente, creencias, sobre el consumo de analgésicos, que hacen que sea aceptable tener dolor significativo sin estar descontentos con el tratamiento para el dolor. Algunas de las creencias o preocupaciones recogidas en este estudio sobre tomar analgésicos que expresan los pacientes son:

- Amenazas de autoconcepto, por ejemplo, la idea de que el dolor te hace fuerte.
- Imagen personal que damos a los demás, por ejemplo, no querer molestar a las enfermeras.
- La posibilidad de adicción a los opioides.
- Somnolencia.
- Los analgésicos son algo malo para el cuerpo.

Hemos visto que los principales predictores identificados con claridad en la literatura para la intensidad del dolor son el tipo de cirugía, la edad del paciente, la ansiedad (entre otros aspectos psicológicos) y el dolor preexistente. En el consumo analgésico encontramos los mismos predictores a excepción del dolor preexistente que no se considera un claro predictor. Otros posibles predictores son la edad, el género, el estado previo de salud del paciente, otras enfermedades psicológicas aparte de la ansiedad, las estrategias de afrontamiento, el dolor prequirúrgico y la tolerancia al dolor (Ip et al., 2009).

Las pautas de analgesia postquirúrgica pueden variar entre centros, por lo que los estudios no son homogéneos y no se pueden comparar resultados. Puede variar el fármaco pautado (con más acción analgésico o

antiinflamatoria) o incluso la estrategia analgésica, ya que en algunos centros se pauta analgesia antes de tener dolor y en otros no.

A modo de resumen podemos decir que el consumo de analgésicos tiene una parte objetiva, que depende de la farmacocinética y del organismo que lo recibe (por ejemplo, ASA, edad, etc.), y otra más subjetiva que depende de las creencias que tenga cada paciente. Encontramos personas que a pesar de tener dolor prefieren no consumir analgésicos y aguantar el dolor y otras personas que prefieren tomarlos antes de tener dolor. Por lo que no se debería asociar de forma directa el dolor y el consumo de analgésicos (Pellino, 1997).

### 2.2.5. Relación entre ansiedad y días de recuperación.

La mayoría de literatura consultada, centra sus estudios en como la ansiedad prequirúrgica puede afectar a la recuperación.

La relación entre ansiedad y días de recuperación ha sido estudiada sobre todo a nivel de cirugía hospitalaria. Esta relación parece poco consistente en la literatura consultada. Existen muchas limitaciones en los estudios que no permiten llegar a conclusiones claras, de nuevo encontramos el problema de la heterogeneidad en los estudios consultados que no permite comparar resultados entre diferentes investigaciones. (Stevenson & Munafo, 2001).

La estimación del tiempo de recuperación, se hace considerando el tipo de cirugía y el estado de salud del paciente previo a la cirugía. A pesar de tener en cuenta estos factores, se ha observado una gran variabilidad en tiempo de recuperación entre pacientes de características similares con procesos quirúrgicos comparables, lo que hace pensar que hay otros factores, entre los que destacan los psicológicos, que pueden estar influyendo (Rosenberger et al., 2006; Stevenson & Munafo, 2001).

### 2.2.6. Relación entre ansiedad y satisfacción.

La satisfacción del paciente es el grado en que el individuo considera un servicio de salud como útil, eficaz o beneficioso. La satisfacción de los pacientes es un indicador clave de la calidad de la atención. La literatura muestra que la satisfacción de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria es alta (Tehrani, Feldman, Camacho, & Balkrishnan, 2011).

Se ha demostrado que los pacientes con menos ansiedad tienden a estar más satisfechos con el cuidado recibido y el resultado de la cirugía. El predictor más estudiado de la satisfacción después de una cirugía es la información, sobre todo la información prequirúrgica (Lithner & Zilling, 2000; Shuldham, 1999).

### 2.2.7. Relación de la ansiedad con el grado de control percibido y las preocupaciones del paciente.

Hemos de tener en cuenta que la ansiedad no es algo que exista de forma aislada. Hay una serie de características psicológicas relacionadas, como los comportamientos de afrontamiento, que pueden ser relevantes en la comprensión de cualquier asociación entre la ansiedad y la recuperación. Así, los factores identificados que influyen la ansiedad quirúrgica en los adultos sometidos a cirugías son: la preocupación del paciente por su estado de salud general, la incerteza sobre el futuro, el tipo de cirugía y anestesia que se llevará a cabo, el dolor e incomodidad postquirúrgica, la incapacitación, pérdida de dependencia y el miedo a la muerte (Caumo et al., 2001).

En este mismo sentido, hay estudios que muestran una relación positiva entre percepción de control y mejores resultados de salud. Otros factores como el optimismo, la autoestima o el apoyo social también han sido investigados (Taylor & Stanton, 2007).

Saber si la ansiedad está relacionada con las posibles preocupaciones que el paciente puede tener sobre diferentes aspectos relevantes de la cirugía y si el paciente se siente capaz o no de afrontarlos permite mejorar la experiencia quirúrgica.

A modo de resumen general podemos decir que se ha detectado que en los protocolos más utilizados de cirugía podológica no se contempla la ansiedad que el paciente puede sufrir durante el proceso quirúrgico. Este aspecto ha recibido una atención insuficiente en el ámbito clínico y en estudios científicos. Los profesionales estiman el tipo y el tiempo de recuperación en base a los factores clínicos tales como el estado previo de salud del paciente o el diagnóstico. Sin embargo, no tienen en cuenta otros aspectos psicológicos del paciente.

Por tanto, dado que la cirugía podológica tiene unas características propias y que existen pocos estudios sobre la ansiedad que el paciente puede sufrir durante el periodo postquirúrgico temprano, esta tesis pretende mejorar el conocimiento de la ansiedad postquirúrgica en cirugía podológica.

## 2.3. | OBJETIVOS.

### 2.3.1. Objetivo General.

Este estudio se realizó con el propósito de mejorar el conocimiento sobre la experiencia postquirúrgica de los pacientes sometidos a cirugía podológica. Conocer como el paciente vive este periodo es importante para que los profesionales de la salud puedan prevenir complicaciones, identificar síntomas y proveer al paciente de los mejores cuidados posibles.

El objetivo de este estudio de investigación es estudiar la ansiedad durante el proceso postquirúrgico temprano en pacientes sometidos a cirugía podológica y su relación con aspectos relevantes para su recuperación, como son el dolor, los días de recuperación y la satisfacción con la atención recibida. Así mismo analizaremos la relación de dicha ansiedad con aspectos cognitivos de la situación como son la percepción de control y las preocupaciones.

### 2.3.2. Objetivos específicos.

Los objetivos específicos son:

1. Describir el desarrollo de la ansiedad durante el periodo postquirúrgico temprano.
2. Analizar la relación entre ansiedad e intensidad de dolor postquirúrgico.
3. Analizar la relación entre ansiedad y consumo de medicación.
4. Analizar la relación entre ansiedad y días de recuperación.
5. Analizar la relación entre ansiedad y la satisfacción del paciente.
6. Identificar si el grado de control percibido y las preocupaciones del paciente durante el proceso postquirúrgico están relacionadas con la ansiedad postquirúrgica.



## 3. MÉTODO



## 3. MÉTODO

---

### 3.1. | DISEÑO DEL ESTUDIO

Para responder a los objetivos marcados se diseñó un estudio observacional longitudinal de medidas repetidas.

### 3.2. | MUESTRA

Un total de 116 pacientes sometidos a cirugía podológica participaron en el estudio. Inicialmente, 137 pacientes fueron incluidos, pero de estos, cinco pacientes no quisieron participar en el estudio, siete no completaron el estudio por complicaciones postoperatorias, dos no acudieron a todas las visitas postquirúrgicas programadas y en siete casos la recogida de datos no se realizó correctamente. Un 70,2% de los participantes en este estudio fueron mujeres, la media de edad fue de 50,67 años y la mitad de los participantes de la muestra se encontraba trabajando en el momento de la intervención quirúrgica (Ver Anexo III para la descripción completa de los datos socio demográficos de la muestra). Un 56,9 % de nuestra muestra estaba diagnosticada de afecciones relacionadas con la lámina ungueal y todos los pacientes de este estudio presentan un ASA I, menos tres pacientes que presentan un ASA II (Ver Anexo IV para la descripción completa de los datos clínicos de la muestra).

Este estudio incluye solamente cirugía ambulatoria de pie, bajo anestesia local y sin sedación. Un 43,10% son cirugía ungueal, un 18,97% cirugía de partes blandas y un 37,93% de las cirugías son osteo-articulares localizadas en antepié, no se ha registrado ninguna cirugía osteocular de mediopie o retropié.

## 3.3. | INSTRUMENTOS

### 3.3.1. Datos sociodemográficos y clínicos

Los datos sociodemográficos y clínicos se obtuvieron mediante un cuestionario que completaba el podólogo (anexo V) que recogía el sexo, fecha de nacimiento, situación laboral, diagnóstico clínico de la patología a tratar quirúrgicamente, tipo de cirugía, estado de salud del paciente (ASA), aparición de posibles complicaciones quirúrgicas y postquirúrgica, complicaciones quirúrgicas y días previstos de baja o recuperación (esta variable codifica en cuatro posibilidades: de 7-10 días, 10-15 días, 15-21 días o más de 21 días).

En la última recogida de datos se comprobó si el paciente había tardado más o menos días de los previstos inicialmente por el profesional en recuperarse.

### 3.3.2. Ansiedad estado

La determinación de la ansiedad frente al proceso postquirúrgico se realizó mediante el cuestionario State Trait Anxiety Inventory. Este cuestionario comprende dos escalas separadas que miden conceptos independientes de la ansiedad, la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. Para el presente estudio se administró la versión española de la escala de ansiedad estado (STAI-E), que consta de 20 ítems a responder en una escala Likert de 4 puntos, donde 0 corresponde a Nada y 3 a Mucho (Ver anexo VI). Este instrumento presenta un alpha de Crombach entre 0.90 y 0.93 y una fiabilidad por el procedimiento de las dos mitades de 0.94.

### 3.3.3. Dolor

#### *a) Autoinforme de dolor para medir la intensidad de dolor*

Se evaluó con una escala análogo visual (VAS), donde la puntuación 0 significa no dolor y la puntuación 10 dolor extremo (Ver anexo VII). Los pacientes tuvieron que señalar la puntuación de que mejor indicaba la intensidad de dolor que sentían en el momento en que estaban rellenando el cuestionario.

#### *b) Medicación consumida para el dolor*

Se utilizó registro domiciliario para controlar si el paciente necesitaba más medicación de la pautada por el podólogo inicialmente o no. En cada recogida de datos se apuntaba la pauta farmacológica que el podólogo responsable de la cirugía prescribía a cada paciente. Esta pauta farmacológica se compara con el registro de medicación posterior para saber si el paciente

ha necesitado más medicación de la pauta inicialmente o no (anexo VIII). El paciente anotaba la fecha, la hora, el nombre del fármaco, la dosis del fármaco y el nivel de dolor que se evaluaba con cuatro categorías (nada, poco, bastante y mucho).

### 3.3.4. Percepción de control, preocupaciones y satisfacción del paciente

Se elaboraron cuestionarios propios para la evaluación de la percepción de control (3 preguntas), las preocupaciones (3 preguntas) y la satisfacción del paciente (2 preguntas) que se muestran en anexo IX. El paciente tenía que responder a todas ellas en una escala Likert de 4 puntos (donde 0 corresponde a nada, 1 a un poco, 2 a bastante y 3 a mucho. Este cuestionario se basa en el cuestionario propio que utilizó Moix (1995), en su estudio "Efectos de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación" y en la revisión de la literatura que realizó Rosenberger (2006), donde los factores como la percepción de control y las preocupaciones aparecen como predictores de la recuperación quirúrgica.).

Se consultó a 5 podólogos especializados en cirugía y 2 psicólogos especializados en psicología de las ciencias de la salud para ver si estas preguntas reflejaban los principales aspectos que en la práctica clínica se han observado que pueden crear más ansiedad al paciente.

En los casos en los que el paciente contestaba que estaba bastante o muy preocupado o que no se sentía capaz en alguna de las tres preguntas se volvía a explicar al paciente las indicaciones, una vez contestado el test, y se le intentaban aclarar las dudas que tenían y dar la información que necesitaran

## 3.4. | PROCEDIMIENTO

Esta tesis formó parte de un estudio más amplio que abarcaba desde el momento prequirúrgico, entre 15 y 5 días antes de la cirugía, hasta las 3 semanas postquirúrgicas. Se plantearon dos estudios, uno para estudiar la ansiedad prequirúrgica y otro para la ansiedad postquirúrgica. En la presente tesis se expone el segundo estudio.

Para responder a los objetivos marcados se diseñó este estudio. La muestra se reclutó entre los pacientes que se sometieron a cirugía podológica en el Hospital Podològic Universitari de la Universitat de Barcelona, que forma parte de los centros asistenciales gestionados por la Fundació Josep Finestres y está ubicado en el edificio de Govern del Campus de Ciències de la Salut de Bellvitge. La Fundació Josep Finestres es una entidad privada sin ánimo de lucro y el Hospital Podològic Universitari un centro de referencia de cirugía del pie. El estudio se realizó entre el mes de mayo de 2010 y julio de 2014.

Se aprobó la realización del estudio por la Dirección del Hospital Podològic Universitari y el grado de podología. Se elaboró el protocolo de recogida y registro de datos y se formó al personal que lo iba a llevar a cabo. Los cuestionarios fueron administrados por personal del propio hospital, concretamente, cuatro podólogos y un auxiliar de quirófano.

El día de la visita prequirúrgica, realizada entre 15 y 5 días antes de la cirugía, se informó del estudio a todos aquellos pacientes que cumplían los criterios de inclusión y se obtuvo el consentimiento por escrito de todos los que accedieron a participar en el estudio (el modelo de este documento se recoge en el anexo X).

Se realizó un muestreo no probabilístico accidental de acuerdo con los siguientes criterios:

- Ser mayor de 18 años.
- Presentar un ASA I o II.
- Ser candidato de anestesia local o regional
- Estar consciente, sin sedación, durante la cirugía.
- Ser intervenido en el pie por primera vez.
- No haber tomado medicación ansiolítica ni relajante el día de la cirugía ni durante el periodo quirúrgico.

Se excluyeron aquellos pacientes que:

- Tenían patología psicológica previa.
- Presentaron alguna complicación durante el período postquirúrgico.

Se realizaron cuatro recogidas de datos, una el día de la cirugía y tres posquirúrgicas, una por visita: a las 48 horas, a los 10 días y a las 3 semanas. La figura 2 muestra las diferentes recogidas de datos y los instrumentos que se utilizaron en cada una de ellas.

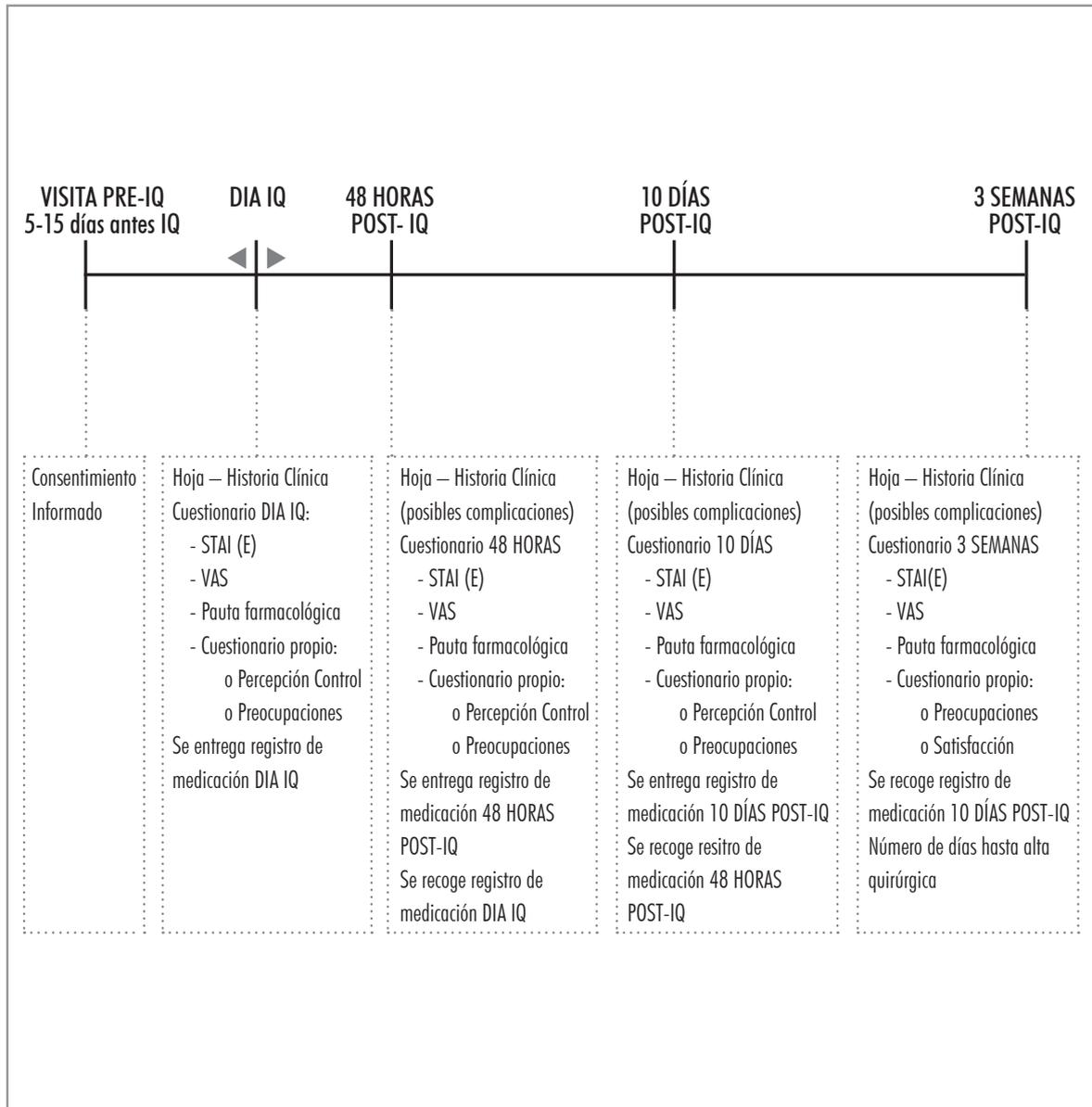


Figura 2. Instrumentos utilizados en cada recogida de datos del estudio.

Las visitas se pautan en función de las fases de cicatrización de la herida quirúrgica y aspectos clínicos de la recuperación del paciente. La figura 3 muestra las diferentes recogidas de datos, los días previstos de alta según el tipo de cirugía y cuando se dan los cambios en la deambulación y uso del calzado, las curas y la medicación durante las cuatro recogidas de datos según el tipo de cirugía ungueal y de partes blandas. La figura 4 muestra los mismos datos pero para el tipo de cirugía osteoarticular.

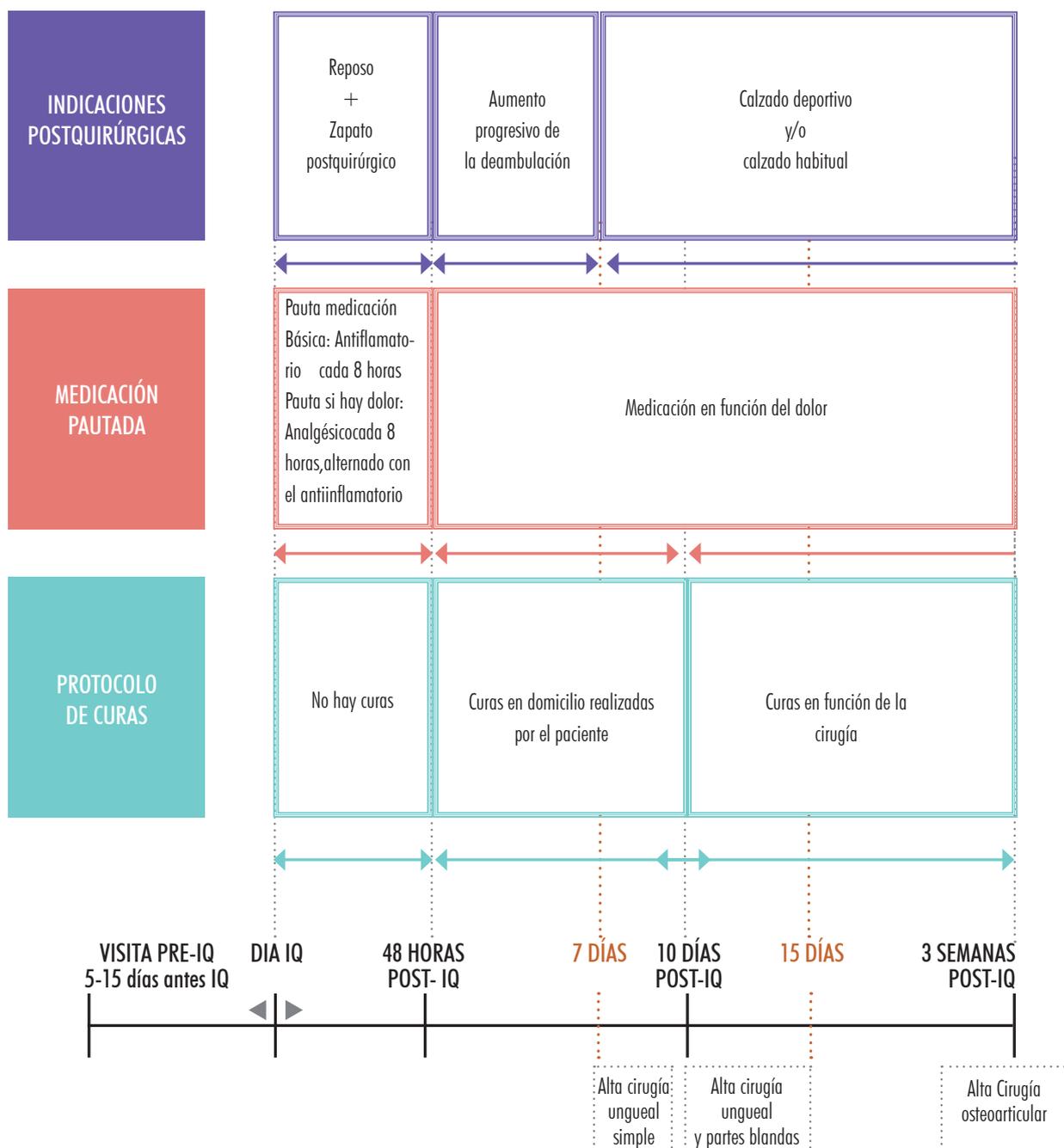


Figura 3. Indicaciones postquirúrgicas, pauta farmacológica de medicación y protocolo de curas según la recogida de datos y los días previstos de alta para el paciente sometido a cirugía de tipo ungueal y de partes blandas.

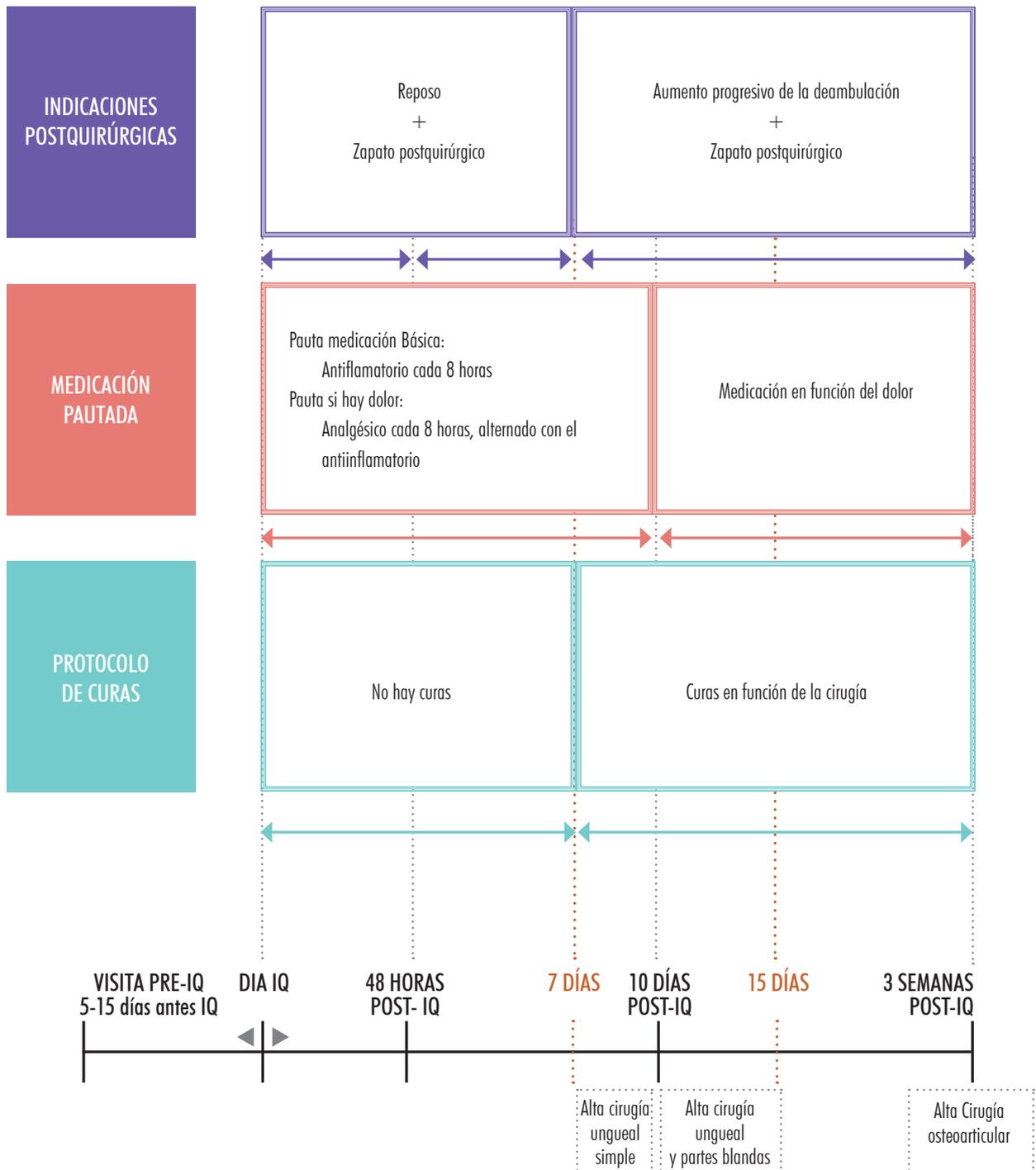


Figura 4. Indicaciones postquirúrgicas, pauta farmacológica de medicación y protocolo de curas según la recogida de datos y los días previstos de alta para el paciente sometido a cirugía de tipo osteoarticular.

a.) La primera recogida de datos se realizó el mismo día de la cirugía, justo antes de entrar a quirófano. Aunque esta recogida no formó parte del proceso postquirúrgico propiamente es importante como punto de referencia.

Los cuestionarios que se completaron en esta primera recogida de datos son:

1. Hoja de historia clínica (descrita en el apartado de instrumentos, Anexo V): este documento se utiliza durante las cuatro recogidas de datos y lo completa el podólogo o personal de quirófano.
2. Cuestionario día de la Cirugía (Anexo XI): el paciente completó este cuestionario a excepción de la pauta farmacológica que fue anotada por el el podólogo. Incluyó:
  - Test STAI, escala estado.
  - Cuestionario propio para la evaluación de la percepción de control y las preocupaciones del paciente. En los casos en los que el responsable de la recogida de datos valoraba que el paciente contestaba que estaba bastante o muy preocupado o que no se sentía capaz, volvía a explicar al paciente las indicaciones y se aclaraban sus dudas con la información necesaria. Este criterio se aplicó en todas las recogidas de datos.
  - VAS
  - Medicación farmacológica pautada: En todos los casos se pautó una medicación antiinflamatoria cada 8 horas (medicación básica) y, opcionalmente, una medicación analgésica cada 8 horas que se podía tomar de forma alterna al antiinflamatorio en aquellos casos en que se presentara dolor. Si el dolor persistía aún con la toma de ambos fármacos, el paciente debía llamar al número de teléfono que se le había proporcionado en la clínica podológica de atención 24 horas.

Al finalizar la cirugía se le explicó al paciente los cuidados postquirúrgicos que debía seguir (Anexo II), el teléfono de contacto en caso de urgencia y la pauta de medicación. Esta información el paciente ya la había recibido en la visita prequirúrgica, pero se le vuelve a recordar. Se aconseja al paciente reposo relativo durante las primeras 48 horas, período en que el paciente debe caminar con un calzado postquirúrgico con moderación y no estar

de pie estático de forma prolongada (se aconseja cada hora levantarse y caminar 5-10 minutos durante el día). Durante el tiempo que no se camine, se aconseja mantener la extremidad inferior, el pie intervenido elevada. El paciente no debe realizarse ninguna cura ni cambiar el vendaje. Juntamente con estas indicaciones se entregaba el primer registro domiciliario de medicación, donde debían anotar si tomaban alguna medicación más de la pauta inicialmente por el podólogo (Anexo VIII).

b.) La segunda recogida de datos se realizó 48 horas después de la cirugía. En la mayoría de cirugías podológicas ungueales y de partes blandas se realiza la primera cura a las 48 horas, en las cirugías osteoarticulares se acostumbra a realizar a los 7 días.

Los cuestionarios que se completaron en esta visita son:

1. Hoja de historia clínica (descrita en el apartado de instrumentos, Anexo V): si hubiera alguna complicación postquirúrgica, tendría que quedar registrada en este documento.
2. Cuestionario 48 horas postquirúrgicas (Anexo XII): el paciente completó este cuestionario, a excepción, de la pauta farmacológica que fue anotada por el podólogo. Incluyó:
  - Test STAI, escala estado.
  - Cuestionario propio para la evaluación de la percepción de control y las preocupaciones del paciente.
  - VAS
  - Medicación farmacológica pauta: La pauta de medicación a partir de las 48 horas en la mayoría de ocasiones se cambia si no ha habido ninguna complicación y se deja pauta a demanda del paciente en función del dolor. Es decir, dejamos que los pacientes regulen ellos mismo si es necesario o no tomar analgesia. Si no hay dolor no deben tomar medicación.

El paciente que acude a esta visita ha guardado reposo durante estas 48 horas y ha tomado la pauta de medicación según las indicaciones que le ha dado el podólogo al acabar la cirugía. Acudía a la visita con el calzado postquirúrgico y el mismo vendaje del día de la cirugía, se le realizaba la cura de la herida y se le aplicaba un nuevo vendaje que normalmente es de menor volumen y permite una mayor movilidad. En las cirugías de tipo osteoarticular el vendaje se mantiene igual.

Estas primeras 48 horas corresponden a la fase inflamatoria de la herida, se caracteriza por una respuesta vascular y otra celular, manifestadas por vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular y aparición de leucocitos, formándose una costra que sella la herida. Durante este periodo el tejido no recupera una fuerza de tensión apreciable y depende únicamente del material de sutura para mantener los bordes de la herida unidos.

Se le indicaba al paciente que había sido intervenido de una uña o de parte blanda que debía empezar a realizarse pequeñas curas: lavar y secar la zona de la herida quirúrgica, aplicar algún tipo de antiséptico y cambiar el vendaje. En las cirugías osteoarticulares el paciente aún no debía realizarse curas ni cambiar el vendaje.

El paciente podía empezar a caminar más progresivamente, pero manteniendo aún el calzado postquirúrgico o un calzado sin puntera en caso de cirugías ungueales. En los casos de cirugías ungueales, este calzado se debía mantener al menos una semana, tras la que el paciente podía empezar a utilizar un calzado deportivo ancho hasta que pudiera tolerar su calzado habitual. En el caso de cirugías osteoarticulares, este calzado se tenía que llevar hasta el alta definitiva, que puede ser entre tres a ocho semanas en función de la técnica utilizada. Se indicaba al paciente que podía volver a trabajar a la semana siempre y cuando no hubiera acontecido alguna complicación y se tratara de una cirugía ungueal o de partes blandas. Se valoraba en cada caso el trabajo a desempeñar a la semana, puesto que no podía implicar estar de pie muchas horas seguidas o un calzado que hiciera presión en la zona intervenida (por ejemplo, zapato de seguridad). En el caso de las cirugías osteoarticulares no se aconsejó aún volver al trabajo.

Al acabar la cura, se recogió la hoja con el primer registro domiciliario de medicación y se entregó la hoja para el segundo registro de medicación, que es exactamente igual a la primera. Se comparó la pauta farmacológica que se le daba al paciente al acabar la cirugía, en la primera recogida de datos, con el registro domiciliario que el paciente entregaba para comprobar si había tomado más medicación de la básica. Se consideró que el paciente había tomado más medicación si registró que había consumido el fármaco pautado de forma alterna a la medicación básica o si tuvo que llamar al teléfono de urgencias por persistencia de dolor y necesitó un cambio en la medicación pautada de forma inicial.

c.) La tercera recogida de datos se realizó a los 10 días de cirugía: coincide con la retirada de puntos en la mayoría de casos.

1. Hoja de historia clínica (descrita en el apartado de instrumentos, Anexo V): si había alguna complicación postquirúrgica tenía que registrarse en este documento.

2. Cuestionario 10 días postquirúrgicos (Anexo XIII): el paciente completó este cuestionario a excepción de la pauta farmacológica que fue anotada por el podólogo. Incluyó:
  - Test STAI, escala estado.
  - Cuestionario propio para la evaluación de la percepción de control y las preocupaciones del paciente.
  - VAS
  - Medicación farmacológica pautada. Sigue el mismo criterio que la pauta farmacológica de las 48 horas habitualmente.

El paciente ya había empezado a caminar, aunque con un tipo de calzado adecuado para poder llevar el vendaje si aún fuera necesario. Esto implicaba un cambio importante, se moviliza la zona y se aplica carga en el pie al caminar. En la cirugía osteoarticular el uso de calzado deportivo se da a partir del alta quirúrgica, que puede ser a partir de tres a ocho semanas en función de la técnica realizada.

En la cirugía ungueal y de partes blandas, el paciente esperaba estar recuperado. En la cirugía osteoarticular el paciente sabía que aún estaba en período de recuperación.

Se recogió la hoja con el segundo registro domiciliario de medicación y se entregó la hoja para realizar el tercer registro de medicación, que es exactamente igual que los anteriores. Se utilizó el mismo criterio descrito anteriormente para considerar si el paciente había tomado más medicación de la pautada inicialmente por el podólogo o no.

En este período la herida se encuentra en una fase proliferativa o de migración del proceso de cicatrización. Esta fase se inicia al segundo día y puede extenderse hasta las tres semanas en una herida no complicada. Acontece la aproximación de los bordes de las heridas. En este período aparecen los fibroblastos que van a formar el tejido de granulación. Además, ocurre la recanalización de los vasos linfáticos y se forman capilares sanguíneos.

d.) La última recogida de datos se realiza a las 3 semanas.

Las cirugías ungueales y de partes blandas a las tres semanas mayoritariamente están recuperadas. Las cirugías osteoarticulares, sin embargo, aún están en proceso de recuperación, sobretodo si

implican osteotomías y cicatrización del tejido óseo. Los cuestionarios que se completaron en esta recogida de datos son:

1. Hoja de historia clínica (descrita en el apartado de instrumentos, Anexo V): si había alguna complicación postquirúrgica tendría que quedar registrada en este documento.
2. Cuestionario 3 semanas postquirúrgicas (Anexo XIV): el paciente completa este cuestionario a excepción de la pauta farmacológica que fue anotada por el podólogo. Incluyó:
  - Test STAI, escala estado.
  - Cuestionario propio para la evaluación de las preocupaciones y la satisfacción del paciente: las preguntas sobre la percepción de control no se realizaron ya que se entiende que después de 10 días de realizarse las mismas curas y seguir las mismas indicaciones el paciente ya se siente capaz. En la mayoría de cirugías ungueales y de partes blandas ya no se tenían que realizar ningún tipo de cura a partir de los 10 días postquirúrgicos. Se incluyeron dos preguntas para valorar la satisfacción del paciente.
  - VAS.
  - Medicación farmacológica pautada.

Este período corresponde a la fase de maduración de la herida, que se extiende desde el día 15 hasta que se logra la cicatrización completa (6 meses a un año). El principal evento fisiológico es la epitelización y el aumento progresivo de la fuerza tensil de la piel (hasta 70 a 90% de la fuerza original).

Se recogió el último registro domiciliario de medicación.

Finalmente, el día del alta del paciente se comprobaba si el paciente había tardado más o menos días de los previstos para el alta quirúrgica y se anotaba en el documento de la última recogida de datos.

Los datos se procesaron de forma uniforme por el mismo equipo de profesionales (cuatro podólogos y un auxiliar de quirófano) a lo largo del desarrollo del estudio.

En todo momento se han seguido los protocolos de actuación de la clínica podológica de la UB.

### 3.5. | Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 20 para Windows.

Se ha realizado un análisis previo de las variables con el objetivo de analizar las características básicas de la distribución de las variables y detectar errores o datos aberrantes.

Se consideraron como variables potenciales de confusión la edad, el sexo, el diagnóstico, el tipo de intervención quirúrgica, estado previo del paciente y la situación laboral. Se descartó el estado previo del paciente, ya que todos los pacientes excepto tres pertenecen a un ASA I. El diagnóstico que consta de doce categorías en este estudio no tiene la suficiente muestra en todas las categorías como para poder realizar un análisis de las relaciones existentes con las otras variables de control. Dado que en la muestra hay más mujeres mayores que hombres y que los que están en activo tienen más cirugía ungueal y las amas de casa más oteoarticular, se analizaron las interdependencias entre las variables potenciales de confusión (Ver tabla 2). Como se puede ver en la tabla la relación entre tipo de intervención y edad no llega al nivel de significación aunque se observa una clara tendencia. A la vista de este análisis se consideraron como variables de control en esta muestra la edad y el tipo de cirugía.

Tabla 2. Estudio de la relación de dependencia entre las diferentes variables de control: tipo de intervención quirúrgica, estado previo del paciente, edad, sexo y situación laboral.

	Sexo	Edad	Situación laboral	Tipo de intervención quirúrgica
Sexo	–	,000	,024	0,032
Edad		–	,000	0,60
Situación laboral			–	0,10
Tipo de intervención quirúrgica				–

Para la comprobación de las hipótesis se utilizaron pruebas de Chi-cuadrado para analizar variables nominales y análisis de la varianza para las variables cuantitativas. También se realizó análisis mediante correlaciones parciales, que permiten tener en cuenta las posibles variables de control. Para explorar, cuantificar y predecir la relación entre las variables cualitativas y las variables relacionadas explicativas del estudio, se han realizado análisis de regresión logística binaria o multinominal con el método de Introducir; las categorías con un número de participantes menor al 10% han sido eliminados del análisis.



## 4. RESULTADOS



## 4. RESULTADOS

### 4.1. | Objetivo específico 1

**Describir el desarrollo de la ansiedad durante el periodo postquirúrgico temprano.**

La puntuación media de la ansiedad valorada mediante STAI (E) el día de la cirugía fue de 16,71 (DE=0,983; IC 95%=14,76-18,67). A las 48 horas de la cirugía la puntuación media fue de 13,21 (DE=0,794; IC 95%= 11,63-14,79). A los 10 días postquirúrgicos fue de 10,28 (DE=0,827; IC 95%= 8,63-11,92) y a las 3 semanas fue de 9,28 (D.S=0,782; IC 95%= 7,72-10,84).

La evolución de la ansiedad a lo largo de los diferentes momentos de recogida de datos del estudio que consintió en una reducción progresiva y lineal, como se muestra en la Figura 5.

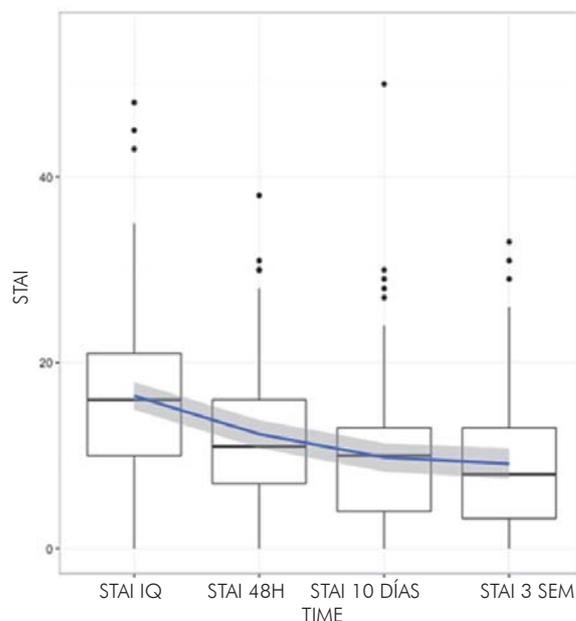


Figura 5. Medias, IC y recta de regresión del STAI (E) a lo largo de las cuatro recogidas de datos.

Las medias de los valores de la ansiedad en los cuatro momentos difirieron significativamente ( $f=43,810$ ,  $p<0,005$ ), analizado con la prueba ANOVA de medidas repetidas.

Un ANOVA de medidas repetidas mostró que las medias de la ansiedad a los largo de los cuatro momentos. En la tabla 2 se muestran las comparaciones por pares de esas medias. Existe un descenso progresivo y significativo de la media de ansiedad del grupo entre todas las recogidas de datos menos entre la puntuación de STAI (E) a los 10 días y la puntuación de STAI (E) a las 3 semanas, donde el descenso de ansiedad no es significativo.

Tabla 3. Comparación por pares de las medias de ansiedad STAI (E) entre las cuatro recogidas de datos (día de la intervención quirúrgica, 48 horas postquirúrgicas, 10 días y 3 semanas).

STAI(E)	Diferencia de medias	Error típico	95 % IC
Día iq - 48 horas	3,500*	1,004	[0,793-6,207]
Día iq - 10 días	6,435*	1,078	[3,526-9,343]
Día iq - 3 semanas	7,435*	1,167	[4,287-10,582]
48 horas - 10 días	2,935*	,792	[0,798-5,072]
48 horas - 3 semanas	3,935*	,873	[1,581-6,288]
10 días - 3 semanas	1,000	,605	[-0,631-2,631]

\* $p<0,05$

IC: intervalo de confianza.

IQ: intervención quirúrgica.

Nota: se aplica el ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Con el fin de estudiar la relación entre las medidas de ansiedad en las diferentes recogidas de datos se realizaron correlaciones parciales con control de variables, como se muestra en la tabla 3.

Se demostró una correlación significativa y positiva entre la ansiedad en todas las recogidas de datos a excepción del día de la cirugía y las 3 semanas. Es decir, la ansiedad del día de la cirugía está asociada de forma significativa con la ansiedad a las 48 horas postquirúrgicas y a los 10 días. La correlación más fuerte fue entre la ansiedad a los 10 días y a las 3 semanas ( $r=0.717$ ,  $p=0.000$ ).

Tabla 4. Correlaciones parciales entre las diferentes medidas de ansiedad controlando el tipo de intervención quirúrgica y edad.

STAI(E)	Día IQ	48 horas	10 días
48 horas	0,380*		
10 días	0,325*	0,531*	
3 semanas	0,19	0,413*	0,720*

\* $p < 0,05$   $gl=81$

## 4.2. | Objetivo específico 2

### Analizar la relación entre ansiedad y la intensidad del dolor postquirúrgico.

La puntuación media de la escala análogo visual del dolor el día de la cirugía fue de 3,13 (DE=0,301; IC 95%=2,54-3,73). A las 48 horas de la cirugía fue de 1,81 (DE=0,200; IC 95%= 1,42-2,21), a los 10 días descendió a 1,03 (DE=0,123; IC 95%=0,78-1,27) y a las tres semanas resultó ser de 0,72 (DE=0,139; IC 95%=0,44-1,00).

La relación entre las diferentes medidas de intensidad del dolor se estudio mediante correlaciones parciales con control de variables, como se muestra en la tabla 5. Se observaron dos correlaciones significativas: una entre el del día de la cirugía y el dolor a las 48 horas postquirúrgicas y la otra entre el dolor a los 10 días y el dolor a las 3 semanas.

Tabla 5. Correlaciones parciales entre las diferentes medidas de intensidad del dolor controlando el tipo de intervención quirúrgica y la edad.

DOLOR	Día IQ	48 horas	10 días	3 semanas
48 horas	,223 *			
10 días	,118	,189		
3 semanas	,166	-,118	,323*	

\* $p < 0.05$

$gl = 88$

IQ = Intervención Quirúrgica

Existe una correlación significativa entre la ansiedad STAI (E) y el dolor (VAS) a las 48 horas y a los 10 días. El dolor a los 10 días correlaciona de forma significativa y positiva con la ansiedad en las cuatro recogidas de datos.

En este estudio no existe correlación significativa entre STAI día de la intervención quirúrgica y VAS día de la intervención quirúrgica. La ansiedad del día de la intervención quirúrgica correlaciona de forma significativa con el dolor de los 10 días y existe una tendencia a la significación entre STAI día de la intervención quirúrgica y VAS 48 horas postquirúrgicas ( $r=,192$   $p=0,07$ ).

Tabla 6. Correlaciones parciales entre las diferentes medidas de ansiedad y de intensidad de dolor controlando, el tipo de intervención quirúrgica y edad.

ANSIEDAD	DOLOR			
	Día IQ	48 horas	10 días	3 semanas
Día IQ	,132	,192	,207*	-,112
48 horas	,065	,278*	,233*	-,153
10 días	-,213	,093	,340*	-,086
3 semanas	-,095	-,001	,377*	,122

\* $p < 0.05$

gl = 85

IQ = Intervención Quirúrgica

### 4.3. | Objetivo específico 3

#### **Analizar la relación entre ansiedad y consumo de medicación.**

Los pacientes se clasificaron en dos grupos según el consumo de medicación (el criterio se detalla en la sección 3. Procedimiento, concretamente, en el apartado de medicación farmacológica pautada):

- El grupo de pacientes que no había tomado más medicación de la básica pautada. Representado en las tablas con la palabra NO.
- El grupo de pacientes que había necesitado más medicación de la básica pautada. Representado en las tablas con la palabra SI.

El registro de medicación muestra que un 52,7% de los pacientes necesitaron más medicación para el dolor de la básica pautada durante las

primeras 48 horas. A los 10 días descendió a un 18,3 % y a las tres semanas a un 18,2%.

La tabla 7 muestra que las puntuaciones medias de ansiedad en el grupo de personas que consumen más medicación de la pauta es mayor en el registro de medicación de los 10 días, en el resto de registros de medicación no existe esta tendencia.

Tabla 7. Media, Desviación Típica, Intervalo de Confianza y Mínimos y Máximos de la ansiedad en cada recogida de datos en función del registro de medicación del día de la intervención quirúrgica, de las 48 horas y de los 10 días.

Registro de Medicación		STAI (E)							
		STAI IQ				STAI 48 Horas			
		Media	Desv.Típ.	95% IC	Mín-Máx	Media	Desv.Típ.	95% IC	Mín-Máx
Día IQ	No	16,77	8,85	13,90-19,60	1,45	14,07	7,72	11,60 - 16,54	2,38
	Sí	16,66	10,03	13,84 -19,49	0-48	12,37	7,50	10,26 - 14,48	0-31
48 horas	No	15,94	8,90	13,85-18,03	0-45	12,63	7,77	10,81-14,46	0-38
	Sí	19,63	11,19	14,23-25,02	5-48	14,94	6,80	11,66-18,22	4-31
10 días	No	17,22	9,51	15,05-19,39	1-48	13,18	7,93	11,37-14,99	0-38
	Sí	14,13	9,21	9,02-19,23	0-29	12,80	5,84	9,54-16,05	0-23

Registro de Medicación		STAI (E)							
		STAI 10 Días				STAI 3 Semanas			
		Media	Desv.Típ.	95% IC	Mín-Máx	Media	Desv.Típ.	95% IC	Mín-Máx
Día IQ	No	11,07	9,07	7,84 - 11,76	0,29	9,90	7,61	6,76 - 11,04	0,29
	Sí	9,804	6,97	7,84- 11,76	0-29	8,90	7,61	6,76 -11,04	0-29
48 horas	No	9,73	8,25	7,79-11,67	0-50	8,77	7,52	7,00-10,54	0-33
	Sí	12,7	6,26	9,71-15,75	4-27	11,47	7,32	7,94-15,00	0-24
10 días	No	10,02	8,11	8,17-11,88	0-50	9,132	7,69	7,372-10,89	0-33
	Sí	12,06	7,04	8,16-15,96	0-27	10,40	6,71	6,680-14,12	1-22

IQ: Intervención Quirúrgica  
Desv. Típ.: Desviación Típica  
IC: Intervalo de Confianza  
Mín-Máx: Mínimo-Máximo

Sí: Pacientes que han necesitado más medicación de la básica pauta  
No: Pacientes que no han necesitado más medicación de la básica pauta

Con el objetivo de evaluar la contribución de la ansiedad a la probabilidad de que los participantes hayan tomado más o menos medicamentos, se realizó una regresión logística para cada uno de los registros de medicación (día de la intervención quirúrgica, las 48 horas y 10 días), controlando el tipo de cirugía y la edad. En todos los casos los resultados son compatibles con la hipótesis nula.

La ansiedad no predice en ningún caso el consumo de medicación en ninguno de los momentos estudiados.

Tabla 8. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad y registro de medicación controlando por el tipo de cirugía y la edad.

PREDICTORES	Registro medicación día IQ			Registro medicación 48 Horas			Registro medicación 10 Días		
	B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)
STAI IQ	,016	,022	1,01						
STAI 48 horas				,058	,032	1,059			
STAI 10 días							,030	,030	1,031
Edad	,015	,012	1,015	-,003	,018	,997	,005	0,17	1,005
Tipo de IQ: partes blandas	-,350	,570	,704	-,809	,829	,445	,497	,739	1,644
Tipo de IQ: ungueal									
Tipo de IQ: osteoarticular	,397	,463	1,487	-,889	,648	,411	,209	,618	1,232
Constante	-,992			-1,936			-2,248		
$\chi^2$	4,279			3,947			1,657		
Df	4			4			4		

\*La categoría tipo de cirugía ungueal actúa de referencia para calcular los otros dos tipo de cirugías.  
IQ: Intervención Quirúrgica

#### 4.4. | Objetivo específico 4

##### **Analizar la relación entre ansiedad y días de recuperación.**

Un 45,3% de los pacientes han necesitado más días de los previstos de baja, un 54,7% de los pacientes se han recuperado en los días previstos.

En el caso de la cirugía ungueal (n=35) la media de días reales de baja es de 15,12 (IC 95% 13,22-17,01). Los días de baja esperados es de hasta 7 días. La cirugía de partes blandas (n=19) la media de días de baja es de 15,21 (IC 95% 11,96-18,47), los días de baja esperados son 15,21 y en la cirugía osteoarticular (n=34) los días no se han podido calcular cuantitativamente ya que en la mayoría de casos aún estaban de baja a las tres semanas.

Para evaluar la contribución de la ansiedad a la probabilidad de que los participantes hayan tardado más días de los esperado en recuperarse se realizó una regresión logística, controlando la influencia de la edad y el tipo de cirugía. Los resultados son significativos con la ansiedad del día de la intervención quirúrgica y con el tipo de cirugía osteoarticular y ungueal. Con la variable tipo de cirugía partes blandas es casi significativo.

Tabla 9. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad y recuperarse según los días previstos, controlando por el tipo de cirugía y la edad.

PREDICTORES	DÍAS DE RECUPERACIÓN		
	B	E.T B	eB
STAI día IQ	,073*	,032	5,23
STAI 48 horas	-,039	,043	,962
STAI 10 días	-,004	,056	,996
STAI 3 semanas	-,029	,051	,972
Edad	0,26	,017	1,02
Tipo de IQ: partes blandas	-,680	,708	,507
Tipo de IQ: ungueal	**		
Tipo de IQ: osteo-articular	-1,95**	,630	9,64
Constante	-1,22		
$\chi^2$	17,211		
Df	7		

\*p<.05.

\*\* p<.01.

## 4.5. | Objetivo específico 5

### **Analizar la relación entre ansiedad y la satisfacción del paciente.**

Para valorar la satisfacción del paciente, se introdujeron dos preguntas en el cuestionario de la última recogida de datos a las tres semanas. El paciente respondía en cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho (Ver anexo IX). Estas dos preguntas correlacionaron entre ellas de forma positiva y significativa ( $r=0,622$ ,  $p \leq 0,0001$ ).

La tabla 10 y la tabla 11 muestran las puntuaciones medias de ansiedad en cada categoría de las preguntas de satisfacción realizadas. Se observa que los pacientes se agrupan principalmente en las categorías bastante o mucho. Para los análisis posteriores se descartaron las categorías que no llegaron a registrar un 10% de la muestra. En este caso, los participantes que respondieron Nada y Poco representan menos de un 10% de la muestra, por lo que estas categorías se descartaron para análisis posteriores.

Tabla 10. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en las cuatro recogidas de datos en función de la pregunta ¿Se siente Ud. satisfecho con el resultado de la operación? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho.

¿se siente ud. satisfecho con el resultado de la operación?	STAI (E)									
	STAI IQ					STAI 48 Horas				
	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx
Nada	0					0				
Poco	4	16,50	12,29-20,71	2,645	13-19	4	18,75	2,348-35,15	10,30	10-30
<b>3 Sem.</b> Bastante	44	17,250	14,19-20,30	10,04	1-48	44	14,27	11,86-16,67	7,910	2-38
Mucho	42	16,21	13,25-19,17	9,49	0-45	42	11,69	9,54-13,83	6,88	0-31

¿se siente ud. satisfecho con el resultado de la operación?	STAI (E)									
	STAI 10 Días					STAI 3 Semanas				
	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx
Nada	0					0				
Poco	4	13,00	-6,13-32,13	12,02	0-29	4	20,75	10,90-30,59	6,18	16-29
<b>3 Sem.</b> Bastante	44	12,13	9,353-14,91	9,15	1-50	44	11,65	9,30-14,01	7,76	0-33
Mucho	42	8,00	6,31-9,682	5,39	0-24	42	5,452	3,97-6,92	4,72	0-22

Sem.: Semanas  
IQ: Intervención Quirúrgica  
Desv. Típ.: Desviación Típica  
IC: Intervalo de Confianza  
Mín-Máx: Mínimo-Máxim

Tabla 11. Número de pacientes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en las cuatro recogidas de datos en función de la pregunta ¿ha ido todo como Ud. esperaba? realizada a las 3 semanas a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho.

¿ha ido todo como ud. esperaba?	STAI (E)										
	STAI IQ					STAI 48 Horas					
	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx	
Nada	2	13,50	7,14-19,85	0,70	13-14	2	21,50	-22,97-65,97	4,94	18-25	
Poco	9	18,22	14,92-21,52	4,29	15-29	9	14,11	7,791-20,43	8,22	3-30	
<b>3 Sem.</b>	Bastante	51	18,13	15,18-21,09	10,51	4-48	51	14,41	12,28-16,54	7,57	2-38
	Mucho	28	13,92	10,55-17,30	8,69	0-31	28	10,32	7,59-13,05	7,03	0-26

¿ha ido todo como ud. esperaba?	STAI (E)										
	STAI 10 Días					STAI 3 Semanas					
	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx	
Nada	2	18,50	-51,38-88,38	7,77	13-24	2	16,50	-40,67-73,67	6,36	12-21	
Poco	9	12,55	5,97-19,13	8,56	0-29	9	16,77	11,75-21,80	6,53	10-29	
<b>3 Sem.</b>	Bastante	51	11,31	8,94-13,68	8,44	0-50	51	10,09	8,04-12,15	7,31	0-33
	Mucho	28	6,96	4,75-9,17	5,69	0-24	28	4,50	2,57-6,43	4,97	0-22

Sem.: Semanas

IQ: Intervención Quirúrgica

Desv. Típ.: Desviación Típica

IC: Intervalo de Confianza

Mín-Máx: Mínimo-Máximo

Para valorar la relación entre la ansiedad en las cuatro recogidas de datos y la satisfacción a las 3 semanas se realizaron correlaciones. La tabla 12. muestra que la pregunta ¿Se siente satisfecho con el resultado de la operación?, correlaciona de forma negativa con la ansiedad en todas las recogidas de datos menos con la del día de la cirugía. Existe una correlación negativa, entre la ansiedad y la pregunta ¿ha ido todo como Uds esperaba? en todas las recogidas de datos menos en la del día de la intervención quirúrgica.

Tabla 12. Correlaciones parciales entre las diferentes medidas de ansiedad y las preguntas ¿ Ha ido todo como Ud. Esperaba? y ¿Se siente Ud. Satisfecho con el resultado de la operación? controlando por el tipo de intervención quirúrgica y edad.

ANSIEDAD	¿Ha ido todo como Ud. Esperaba?*	¿Se siente satisfecho con el resultado de la operación?*
Día IQ	-1,15	-,049
48 horas	-,267*	-,244*
10 días	-,298*	-,257*
3 semanas	-,511*	-,530*

\* la diferencia de medias es significativa al nivel ,05

\*\*gl=85

IQ: intervención quirúrgica

En la pregunta ¿se siente Ud. satisfecho con el resultado de la operación? que se realiza a en la última recogida de datos a las tres semanas, se observa que las respuestas se agrupan en las categorías bastante y mucho, con una muestra de 44 y 42 pacientes respectivamente. Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes que contestaron bastante y el grupo que contesto mucho en cuanto al nivel de ansiedad en la recogida de datos de las tres semanas, controlando por el tipo de cirugía y la edad, tal y como muestra la tabla 13.

Tabla 13. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad y estar bastante o muy satisfecho con el resultado de la cirugía controlado por el tipo de cirugía y edad.

PREDICTORES	ESTAR BASTANTE O MUY SATISFECHO CON EL RESULTADO DE LA OPERACIÓN		
	B	E.T B	eB
STAI día IQ	,008	,029	1,00
STAI 48 horas	-,010	,043	,990
STAI 10 días	,071	,062	1,07
STAI 3 semanas	-,249*	,075	,779
Edad	0,27	,017	1,027
Tipo de IQ: partes blandas	-,370	,740	,690
Tipo de IQ: ungueal***			
Tipo de IQ: osteoarticular	-,694	,596	,500
Constante	,220		
$\chi^2$	24,054		
Df	7		

\*  $p < .05$ .

\*\*  $p < .01$ .

\*\*\*La categoría tipo de cirugía ungueal actúa de referencia para calcular los otros dos tipos de cirugías.

IQ: Intervención quirúrgica

En la pregunta ¿ha ido todo como Ud. esperaba? que se realiza a en la última recogida de datos a las tres semanas, se observa que las respuestas se agrupan mayoritariamente en la categoría bastante y mucho, con una muestra de 51 y 28 pacientes respectivamente. Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes que contestaron bastante y el grupo que contestó mucho en cuanto al nivel de ansiedad en la recogida de datos de las tres semanas, controlando por el tipo de cirugía y la edad, tal y como muestra la tabla 14.

Tabla 14. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad y contestar bastante o mucho a la pregunta ¿ha ido todo como Ud. esperaba? controlado por el tipo de cirugía y la edad.

PREDICTORES	¿HA IDO TODO COMO UD. ESPERABA? BASTANTE O MUCHO		
	B	E.T B	eB
STAI día IQ	-,024	,032	,976
STAI 48 horas	-,046	,049	,955
STAI 10 días	,053	,066	1,05
STAI 3 semanas	-,221**	,083	,802
Edad	,009	,018	1,009
Tipo de IQ: partes blandas	-,617	,827	,539
Tipo de IQ: ungueal***			
Tipo de IQ: osteoarticular	-,175	,615	,840
Constante	1,081		
$\chi^2$	19,001		
Df	7		

\* p<.05.

\*\*p<.01.

\*\*\*La categoría tipo de cirugía ungueal actúa de referencia para calcular los otros dos tipos de cirugías.  
IQ: Intervención quirúrgica.

## 4.6. | Objetivo específico 6

**Identificar si el grado de control percibido y las preocupaciones del paciente durante el proceso postquirúrgico están relacionadas con la ansiedad postquirúrgica.**

Se creó un cuestionario propio para valorar si el paciente se sentía capaz y si estaba preocupado sobre ciertos aspectos del periodo postquirúrgico (ver anexo IX). Las tres preguntas sobre sentirse capaz (¿Se siente Ud. capaz de...?) el paciente debía responderlas el día de la cirugía, a las 48 horas postquirúrgicas y a los 10 días, a excepción de la pregunta ¿se siente Ud. capaz de realizarse las curas? que no se preguntó el día de la cirugía, ya que aún el paciente no tenía que realizarse ninguna cura. Las preguntas sobre preocupaciones, el paciente las debía completar en las cuatro recogidas de datos (ver Figura 2).

### 4.6.1. Percepción de control del seguimiento de las pautas de medicación.

En la pregunta ¿se siente Ud. capaz de seguir la pauta de medicación? que se realiza en la recogida de datos del día de la cirugía, de las 48 horas y de los 10 días, se observa que las respuestas se agrupan en el grupo bastante y mucho con una muestra de 52 y 37 pacientes respectivamente, tal y como se muestra en la tabla 15. Solamente 5 pacientes contestaron que se sentían nada o poco capaces. Las categorías nada y poco se excluyeron de los análisis posteriores.

ANSIEDAD POSTQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA PODOLÓGICA  
RESULTADOS

Tabla 15. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la variable ansiedad en el día de la intervención quirúrgica, a las 48 horas y a los 10 días en función de la pregunta ¿Se siente Ud. Capaz de seguir la pauta de medicación? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho.

¿se siente ud. capaz de seguir la pauta de medicación?	STAI (E)															
	STAI IQ					STAI 48 Horas					STAI 10 Días					
	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	
Día IQ	Nada	2	19,50	-152,03-191,03	19,09	6-33	2	20,50	-112,92-153,92	14,84	10-31	2	9,50	-34,97-53,97	4,95	6-13
	Poco	3	25	2,92-47,08	8,88	18-35	9	25,33	5,25-45,41	8,08	16-30	9	9,67	-11,46-30,79	8,50	0-16
	Bastante	26	16,81	14,46-19,15	5,81	5-31	51	13,35	11,23-15,46	5,24	4-26	51	10,27	8,21-12,33	5,10	0-24
	Mucho	61	16,18	13,52-18,84	10,40	0-48	28	12,33	10,33-14,33	7,79	0-38	28	10,34	8,03-12,66	9,04	0-50
48 Horas	STAI (E)															
	STAI IQ					STAI 48 Horas					STAI 10 Días					
	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	
	Nada	1				1					1					
Poco	2	27,00	-74,65-128,65	11,31	19-35	2	27,50	-4,27-59,27	3,53	25-30	2	21,00	-80,65-122,65	11,31	13-29	
Bastante	34	15,82	12,95-18,70	8,24	1-33	34	14,15	11,42-16,88	7,82	0-31	34	10,62	8,34-12,90	6,53	0-27	
Mucho	54	16,93	14,15-19,70	10,16	0-48	54	11,96	10,14-13,78	6,67	0-38	54	10,06	7,76-12,35	8,41	0-50	
10 Días	STAI (E)															
	STAI IQ					STAI 48 Horas					STAI 10 Días					
	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	
	Nada	1				1					1					
Poco	2	18,50	12,15-24,85	7,07	18-19	2	18,50	-64,09-101,09	9,19	12-25	2	21,00	-80,65-122,65	11,31	13-29	
Bastante	37	17,24	14,32-20,16	8,76	0-43	37	14,03	11,66-16,40	7,10	2-38	37	13,86	10,88-16,85	8,94	0-50	
Mucho	52	15,92	13,18-18,67	9,85	0-48	52	12,12	10,00-14,23	7,61	0-31	52	7,27	5,74-8,80	5,49	0-24	

IQ: Intervención Quirúrgica  
Desv. Típ.: Desviación Típica  
Típica IC: Intervalo de Confianza  
Mín-Máx: Mínimo-Máximo

Para evaluar la contribución de la ansiedad a la probabilidad de que los pacientes se sientan bastante o muy capaces, se realizó la regresión logística. Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes que contestaron bastante y el grupo que contestó mucho en cuanto al nivel de ansiedad en la recogida de datos de las 48 horas y de los 10 días teniendo como variables de control la edad y el tipo de cirugía tal y como muestra la tabla 16.

Tabla 16. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad del día de la cirugía, de las 48 horas y de los 10 días y contestar bastante o mucho a la pregunta ¿se siente capaz de seguir la pauta de medicación? Controlado por el tipo de cirugía y la edad.

PREDICTORES	DÍA CIRUGÍA			48 HORAS			10 DÍAS		
	¿se siente capaz de seguir la pauta de medicación? Bastante/Mucho			¿se siente capaz de seguir la pauta de medicación? Bastante/Mucho			¿se siente capaz de seguir la pauta de medicación? Bastante/Mucho		
	B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)
STAI IQ	-,016	,024	,984						
STAI 48 horas				-,070*	,030	,933			
STAI 10 días							-,165 **	,042	,848
Edad	,007	,013	1,007	,008	,013	1,009	,004	0,14	1,004
Tipo de IQ: partes blandas	-,349	,624	,706	,147	,613	1,158	-,328	,654	,720
Tipo de IQ: ungueal									
Tipo de IQ: osteoarticular	-,607	,511	,545	-,114	,485	,893	-,177	,534	8,38
Constante	1,125			1,021			-2,047		
$\chi^2$	2,284			6,889			23,55**		
Df	4			4			4		

\*  $p < .05$ .

\*\* $p < .01$ .

\*\*\* La categoría tipo de cirugía ungueal actúa de referencia para calcular los otros dos tipos de cirugías.

IQ: Intervención Quirúrgica

#### 4.6.2. Percepción de control de hacerse las curas.

En la pregunta ¿se siente capaz de realizarse las curas correctamente? que se realiza en la recogida de datos de las 48hr y de los 10 días, se observa que las respuestas se agrupan en la categoría bastante y mucho, tal y como muestra la tabla 17. Las categorías nada y poco se excluyeron de análisis posteriores.

Tabla 17. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad a las 48 horas postquirúrgicas y a los 10 días en función de la pregunta ¿Se siente capaz de realizarse las curas correctamente? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho.

¿se siente capaz de realizarse las curas correctamente?	STAI (E)										
	STAI 48 Horas					STAI 10 Días					
	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	
48 Horas	Nada	11	12,73	7,62-17,84	7,60	4-30	11	12,18	6,65-17,71	8,23	0-24
	Poco	7	19,71	13,05-26,38	7,20	11-30	7	11,14	1,55-20,73	10,36	0-29
	Bastante	33	12,67	10,35-14,98	6,52	0-26	33	10,85	8,39-13,31	6,94	0-30
	Mucho	57	11,26	9,16-13,37	7,94	0-38	57	8,60	6,43-10,76	8,15	0-50
10 Días	Nada	2	18,00	-134,47-170,47	16,97	6-30	2	13,50	7,15-19,85	,707	13-14
	Poco	8	14,13	7,77-20,48	7,60	3-25	8	17,63	10,50-24,75	8,51	6-29
	Bastante	42	14,02	11,92-16,12	6,73	2-38	42	13,31	10,57-16,04	8,77	0-50
	Mucho	56	10,71	8,63-12,80	7,77	0-31	56	5,95	4,67-7,22	4,76	0-18

Desv. Típ.: Desviación Típica  
IC: Intervalo de Confianza  
Mín-Máx: Mínimo-Máximo

Para evaluar la contribución de la ansiedad a la probabilidad de que los pacientes se sientan bastante o muy capaces de realizarse las curas correctamente se realizó una regresión logística. Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes que contestaron bastante y el

grupo que contesto mucho en cuanto al nivel de ansiedad en la recogida de los 10 días y controlando por el tipo de cirugía y la edad, tal y como muestra la tabla 18.

Tabla 18. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad a las 48 horas y a los 10 días y contestar bastante o mucho a la pregunta ¿se siente capaz de realizarse las curas correctamente? controlado por el tipo de cirugía y la edad.

PREDICTORES	48 HORAS			10 DÍAS		
	¿se siente capaz de realizarse las curas correctamente? Bastante/Mucho			¿se siente capaz de realizarse las curas correctamente? Bastante/Mucho		
	B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)
STAI 48 horas	-,036	,030	,965			
STAI 10 días				-,212**	,050	,809
Edad	-,010	,013	,991	-,014	0,14	,986
Tipo de IQ: partes blandas	1,136	,685	3,11	-,403	,668	,669
Tipo de IQ: ungueal						
Tipo de IQ: osteoarticular	,404	,512	1,49	,175	,559	1,191
Constante	1,092			2,922		
$\chi^2$	4,192			29,803**		
Df	4			4		

\* p < .05.

\*\*p < .01.

\*\*\* La categoría tipo de cirugía ungueal actúa de referencia para calcular los otros dos tipos de cirugías.

IQ: Intervención Quirúrgica

#### 4.6.3. Percepción de control de detectar signos de alerta de posibles complicaciones

En la pregunta ¿cree que será capaz de detectar signos de alerta de posibles complicaciones? que se realiza en la recogida de datos del día de la intervención quirúrgica, de las 48 horas y de los 10 días, se observa que las respuestas se agrupan en las categorías un poco, bastante y mucho.

ANSIEDAD POSTQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA PODOLÓGICA  
RESULTADOS

Tabla 19. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en el día de la cirugía, a las 48 horas y a las 3 semanas en función de la pregunta ¿cree que será capaz de detectar signos de alerta de posibles complicaciones? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho.

¿cree que será capaz de detectar signos de alerta de posibles complicaciones?		STAI (E)														
		STAI IQ					STAI 48 Horas					STAI 10 Días				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx
<b>Día IQ</b>	Nada	1					1					1				
	Poco	15	16,20	12,63-19,77	6,43	0-25	15	14,07	9,80-18,34	7,71	4-30	15	8,93	6,26-11,61	4,83	0-20
	Bastante	46	17,70	15,18-20,21	8,46	2-43	46	13,74	11,26-16,21	8,33	0-38	46	11,17	8,38-13,97	9,40	0-50
	Mucho	44	15,30	12,07-18,52	10,60	0-48	44	10,86	8,87-12,86	6,56	0-28	44	8,64	6,51-10,76	6,98	0-30
<b>48 Horas</b>		STAI (E)														
		STAI IQ					STAI 48 Horas					STAI 10 Días				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx
		Nada	3	19,33	1,71-36,96	7,09	13-27	3	18,67	-6,22-43,55	10,01	11-30	3	10,67	-16,70-38,03	11,01
Poco	11	17,36	10,92-23,81	9,59	0-35	11	14,27	9,19-19,35	7,56	6-30	11	10,36	6,84-13,88	5,24	0-20	
Bastante	49	15,47	13,36-17,58	7,33	2-33	49	13,59	11,60-15,58	6,92	0-31	49	10,08	8,21-11,95	6,50	0-30	
Mucho	44	17,48	14,14-20,81	10,96	0-48	44	10,43	8,06-12,80	7,79	0-38	44	9,50	6,51-12,49	9,83	0-50	
<b>10 Días</b>		STAI (E)														
		STAI IQ					STAI 48 Horas					STAI 10 Días				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx
		Nada	2	27	-74,65-128,65	11,31	19-35	2	19,50	-113,92-152,92	14,84	9-30	2	12,50	6,15-18,85	7,07
Poco	7	17,57	11,60-23,54	6,45	8-29	7	13,43	6,85-20,01	7,11	3-25	7	16,29	9,73-22,84	7,08	10-29	
Bastante	48	18,19	15,37-21,00	9,69	5-48	48	13,35	11,42-15,29	6,65	2-38	48	11,88	9,53-14,22	8,07	0-50	
Mucho	50	14,52	12,11-16,93	8,49	0-33	50	11,28	8,96-13,60	8,15	0-31	50	6,98	4,97-8,99	7,055	0-30	

IQ: Intervención Quirúrgica  
Desv. Típ.: Desviación Típica  
IC: Intervalo de Confianza  
Mín-Máx: Mínimo-Máximo

Para evaluar la contribución de la ansiedad a la probabilidad de que los pacientes se sientan un poco, bastante o muy capaces de detectar signos de alerta de posibles complicaciones se realizó una regresión logística. Existen diferencias significativas entre los grupos de pacientes que contestaron poco, bastante y mucho en cuanto al nivel de ansiedad en todas las recogidas de datos menos en la comparación entre el grupo poco y mucho del día de la cirugía controlado por el tipo de cirugía y por la edad tal y como muestra la tabla 20.

Tabla 20. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad y contestar bastante o mucho a la pregunta ¿cree que será Ud. capaz de detectar signos de alerta de posibles complicaciones? controlado por el tipo de cirugía y edad.

PREDICTORES		DÍA IQ			48 HORAS			10 DÍAS		
		¿cree que será capaz de detectar signos de alerta de posibles complicaciones? Poco/Bastante/Mucho***			¿cree que será capaz de detectar signos de alerta de posibles complicaciones? Poco/Bastante/Mucho***			¿cree que será capaz de detectar signos de alerta de posibles complicaciones? Poco/Bastante/Mucho ***		
		B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)
STAI IQ	Poco-Mucho	0,14	,035	1,014						
	Bastante-Mucho	,047*	,025	1,048						
STAI 48 horas	Poco-Mucho				,083	,045	1,086			
	Bastante-Mucho				,072*	,031	1,074			
STAI 10 días	Poco-Mucho							,175*	,053	
	Bastante-Mucho							,112*	,036	1,191
Edad	Poco-Mucho	,009	,019	1,00	,014	,022	1,014	-,039	,028	1,119
	Bastante-Mucho	,010	0,13	1,010	-,008	,013	,992	,005	,014	,962
Cirugía partes blandas	Poco-Mucho	,740	,750	2,09	,612	,846	1,844	,654	1,289	1,005
	Bastante-Mucho	-,518	,638	,596	,165	,617	1,180	1,044	,633	1,923
Cirugía ungueal	Poco-Mucho	-,552	,808	,576	-1,174	,928	,309	-,320	1,060	2,840
	Bastante-Mucho	,148	,479	1,160	-,199	,489	,819	,143	,500	,726
Cirugía osteoarticular**	Poco-Mucho									1,154
	Bastante-Mucho									
Constante	Poco-Mucho	-1,869			-2,972			-2,065		
	Bastante-Mucho	-1207			-,325			-1,613*		
χ <sup>2</sup>	Poco-Mucho	9,922			11,712			22,93*		
	Bastante-Mucho									
Df	Poco-Mucho	8			8			8		
	Bastante-Mucho									

\* p < .05.

\*\* p < .01.

\*\* Categoría de referencia cirugía osteo-articular

\*\*\* Categoría de referencia Mucho

IQ: intervención quirúrgica

#### 4.6.4. Preocupación de tener dolor.

En la pregunta ¿le preocupa tener dolor? que se realiza en la recogida de datos del día de la intervención quirúrgica, de las 48 horas, de los 10 días y a las 3 semanas, se observa una distribución mayor al 10% a todas las categorías de respuesta menos en la recogida de datos de las 3 semanas, donde la categoría mucho tienen una distribución menor del 10% (en este caso solamente se consideran las categorías nada, poco y bastante para el análisis estadístico).

Tabla 21. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en el día de la intervención quirúrgica, a las 48 horas, 10 días y a las 3 semanas en función de la pregunta ¿le preocupa tener dolor? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho.

		STAI (E)									
		STAI IQ					STAI 48 Horas				
¿le preocupa tener dolor?		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx
Día IQ	Nada	11	14,64	10,17-19,11	6,65	2-25	11	9,64	6,83-12,44	4,17	0-14
	Poco	27	13,04	10,25-15,83	7,05	0-29	27	12,26	9,49-15,03	6,99	0-30
	Bastante	33	18,00	14,85-21,15	8,89	4-43	33	15,58	12,53-18,62	8,58	2-38
	Mucho	20	20,76	15,12-26,40	12,38	0-48	20	12,50	8,91-16,09	7,66	0-26
		STAI 10 Días					STAI 3 Semanas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx
Día IQ	Nada	11	10,00	5,78-14,22	6,27	2-24	11	9,82	6,74-12,89	4,57	2-16
	Poco	27	8,70	5,88-11,52	7,13	0-27	27	7,48	5,09-9,87	6,04	0-21
	Bastante	33	11,06	7,77-14,35	9,29	0-50	33	10,42	7,34-13,51	8,71	0-33
	Mucho	20	11,70	8,20-15,20	7,47	1-29	20	9,85	5,89-13,81	8,46	0-29
		STAI IQ					STAI 48 Horas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx
48 Horas	Nada	20	13,55	10,68-16,42	6,12	0-25	20	10,00	6,88-13,12	6,67	0-30
	Poco	39	16,74	13,60-19,88	9,68	1-48	39	12,43	10,50-14,35	6,02	0-25
	Bastante	22	17,59	12,90-22,28	10,58	0-43	22	15,52	11,89-19,15	8,39	0-38
	Mucho	10	20,80	12,98-28,62	10,93	5-35	10	16,90	9,40-24,40	10,48	6-31
		STAI 10 Días					STAI 3 Semanas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx
48 Horas	Nada	20	6,45	3,31-9,59	6,71	0-24	20	7,90	4,96-10,84	6,27	0-19
	Poco	39	10,72	8,46-12,97	6,95	1-29	39	9,54	6,97-12,10	7,91	0-29
	Bastante	22	12,86	8,26-17,47	10,39	2-50	22	10,82	6,81-14,83	9,04	0-33
	Mucho	10	11,40	7,67-15,13	5,21	5-22	10	8,30	5,48-11,12	3,94	2-14

¿le preocupa tener dolor?	STAI IQ					STAI 48 Horas					
	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	
<b>10 Días</b>	Nada	21	12,62	9,99-15,24	5,76	0-25	21	10,86	7,40-14,32	7,60	0-30
	Poco	42	17,69	14,58-20,80	9,97	1-48	42	12,60	10,64-14,56	6,29	0-28
	Bastante	14	17,21	10,96-23,47	10,82	0-43	14	14,86	9,27-20,45	9,67	0-38
	Mucho	14	19,29	13,43-25,14	10,13	5-35	14	16,86	11,98-21,73	8,44	6-31
	STAI 10 Días					STAI 3 Semanas					
	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	
<b>10 Días</b>	Nada	21	5,71	3,41-7,77	4,91	0-15	21	7,50	4,52-10,34	6,39	0-22
	Poco	42	9,76	8,00-11,52	5,65	1-24	42	8,50	6,52-10,48	6,35	0-26
	Bastante	14	15,43	8,34-22,52	12,28	3-50	14	15,21	8,73-21,70	11,23	0-33
	Mucho	14	14,14	9,43-18,85	8,16	4-28	14	8,93	5,79-12,06	5,42	2-23
	STAI IQ					STAI 48 Horas					
	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	
<b>3 Sem.</b>	Nada	45	13,73	11,36-16,11	7,91	0-31	45	10,89	8,86-12,92	6,76	0-28
	Poco	32	20,66	16,73-24,58	10,88	6-48	32	15,66	12,73-18,58	8,10	4-38
	Bastante	13	16,23	11,91-20,55	7,14	5-29	13	14,38	9,83-18,94	7,53	0-33
	Mucho	1					1				
	STAI 10 Días					STAI 3 Semanas					
	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	
<b>3 Sem.</b>	Nada	45	7,60	5,79-9,41	6,03	0-28	45	6,07	4,43-7,70	5,45	0-23
	Poco	32	11,69	8,51-14,87	8,81	2-50	32	10,56	8,22-12,91	6,51	2-31
	Bastante	13	15,46	11,05-19,87	7,29	0-29	13	17,23	11,49-22,97	9,49	4-33
	Mucho	1					1				

IQ: Intervención Quirúrgica  
Desv. Típ.: Desviación Típica  
IC: Intervalo de Confianza  
Mín-Máx: Mínimo-Máximo  
Sem.: Semanas

Para evaluar la contribución de la ansiedad a la probabilidad de que los pacientes estén nada, poco, bastante, o muy preocupados por tener dolor se realizó una regresión logística. En este caso consideramos para el análisis de datos las categorías Nada, Poco y Bastante. Existen diferencias significativas entre los grupos de pacientes que contestaron Poco, Bastante y Mucho, en cuanto al nivel de ansiedad en la recogida de datos de los 10 días, tal y como muestra la Tabla 22.

ANSIEDAD POSTQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA PODOLÓGICA  
RESULTADOS

Tabla 22. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad y contestar nada, un poco, bastante o mucho a la pregunta ¿le preocupa tener dolor? controlado por el tipo de cirugía y la edad.

PREDICTORES		Día IQ			48 HORAS			10 DÍAS			10 DÍAS		
		¿le preocupa tener dolor? Nada/Poco/ Bastante/Mucho***			¿le preocupa tener dolor? Nada/Poco/ Bastante/Mucho***			¿le preocupa tener dolor? Nada/Poco/ Bastante/Mucho***			¿le preocupa tener dolor? Nada/Poco/ Bastante/Mucho***		
		B	E.T B	Exp(B)									
STAI IQ	Nada-Mucho	-,125*	,046	,883									
	Poco-Mucho	-,124*	,037	,883									
	Bastante-Mucho	-,048	,031	,953									
STAI 48 horas	Nada-Mucho				-,089	,048	,915						
	Poco-Mucho				-,058	,040	,943						
	Bastante-Mucho				,004	,042	1,004						
STAI 10 días	Nada-Mucho							-,237*	1,061	,789			
	Poco-Mucho							-,092*	,041	,912			
	Bastante-Mucho							-,022	,037	,979			
STAI 3 semanas	Nada-Mucho										-,244*	,060	,783
	Poco-Mucho										-,095*	,045	,909
	Bastante-Mucho												
Edad	Nada-Mucho	,017	,024	1,017	,010	,024	1,010	-,021	,023	,979	,014	,025	1,014
	Poco-Mucho	-,019	,018	,981	-,042*	,021	,959	-,046*	,021	,955	-,008	,024	,992
	Bastante-Mucho	0,008	,017	1,008	-,024	,023	,976	-,001	,025	,999			
Cirugía partes blandas	Nada-Mucho	3,124	1,162	22,74	-,524	,931	,592	-1,712	1,077	,181	-,541	1,334	,582
	Poco-Mucho	1,259	1,019	3,522	,061	,828	1,063	,336	,816	1,399	,960	1,283	2,611
	Bastante-Mucho	1,844*	,954	6,321	-,549	,965	,578	-21,153	,000	---			
Cirugía ungueal	Nada-Mucho	,877	,914	2,405	-,180	,871	,835	,250	,838	1,284	-1,358	,887	,257
	Poco-Mucho	,124	,640	1,132	,920	,774	2,51	1,021	,776	2,775	-,064	,838	,938
	Bastante-Mucho	,643	,623	1,902	,827	,818	2,28	,132	,819	1,141			
Cirugía osteoarticular**	Nada-Mucho												
	Poco-Mucho												
	Bastante-Mucho												
Constante	Nada-Mucho	-,338			1,065			3,949*			3,73*		
	Poco-Mucho	3,315*			3,821*			4,070*			2,53		
	Bastante-Mucho	,428			1,626			,736					
χ <sup>2</sup>	Nada-Mucho	32,54*			21,64*			46,93*			33,97*		
	Poco-Mucho												
	Bastante-Mucho												
Df	Nada-Mucho	12			12			12			8		
	Poco-Mucho												
	Bastante-Mucho												

\*p < 0,05

\*\*Categoría de referencia cirugía osteoarticular

\*\*\*Categoría de referencia Mucho

IQ: intervención quirúrgica

#### 4.6.5. Preocupación por los días de baja.

En la pregunta ¿está preocupado sobre de los días de baja? que se realiza en la recogida de datos del día de la intervención quirúrgica, de las 48 horas, de los 10 días y a las 3 semanas, se observa una distribución mayor al 10% en las categorías nada, poco y bastante de la recogida de datos del día de la cirugía. En el resto de recogidas de datos, los pacientes se agrupan en las categorías nada y poco.

Tabla 23. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en el día de la intervención quirúrgica, a las 48 horas, a los 10 días y a las 3 semanas en función de la pregunta ¿está preocupado por los días de baja? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho.

		STAI (E)									
¿está preocupado por los días de baja?		STAI IQ					STAI 48 Horas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx
Día IQ	Nada	59	15,00	12,98-17,02	7,753	0-31	59	10,01	10,01-13,65	6,97	0-30
	Poco	17	19,12	15,16-23,07	7,688	7-35	17	17,47	13,57-21,37	7,592	5-31
	Bastante	12	20,83	10,64-31,03	16,05	1-48	12	14,17	7,94-20,39	9,79	2-38
	Mucho	4	19,50	2,94-36,06	10,40	8-31	4	12,75	6,21-19,29	4,11	8-18
Día IQ		STAI 10 Días					STAI 3 Semanas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx
	Nada	59	10,19	8,19-12,18	7,66	0-29	59	9,88	7,96-11,80	7,36	0-33
	Poco	17	10,71	8,26-13,16	4,767	2-18	17	10,41	6,67-14,16	7,28	2-24
Bastante	12	10,75	2,53-18,97	12,94	1-50	12	6,42	,93-11,91	8,63	0-31	
Mucho	4	8,50	-,73-17,73	5,80	0-13	4	4,25	-3,37-11,87	4,78	0-11	
48 Horas		STAI IQ					STAI 48 Horas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx
	Nada	67	15,40	13,46-17,35	7,98	0-45	67	12,06	10,38-13,74	6,90	0-30
	Poco	12	16,33	9,27-23,40	11,12	7-48	12	13,67	10,34-16,99	5,22	5-22
Bastante	9	24,44	16,61-32,27	10,18	1-35	9	18,33	10,33-26,34	10,41	2-31	
Mucho	4	22,50	-5,26-50,26	17,44	8-43	4	19,75	-,22-39,72	12,55	11-38	

## ANSIEDAD POSTQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA PODOLÓGICA

### RESULTADOS

		STAI 10 Días					STAI 3 Semanas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx
48 Horas	Nada	67	10,00	8,30-11,70	6,98	0-29	67	9,99	8,13-11,84	7,60	0-33
	Poco	12	8,17	4,70-11,63	5,45	1-18	12	7,33	3,86-10,81	5,46	2-22
	Bastante	9	12,11	6,56-17,66	7,21	1-27	9	6,22	2,31-10,14	5,09	0-16
	Mucho	4	17,25	-18,22-52,72	22,29	0-50	4	10,25	-12,42-32,92	14,24	0-31

¿está preocupado por los días de baja?		STAI IQ					STAI 48 Horas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx
10 Días	Nada	71	16,21	13,94-18,48	9,59	0-48	71	13,46	11,61-15,31	7,81	0-38
	Poco	13	16,92	11,14-22,71	9,57	1-29	13	12,46	7,55-17,37	8,13	2-26
	Bastante	6	23,67	17,60-29,74	5,78	18-31	6	13,67	8,33-19,00	5,08	6-20
	Mucho	2	12,50	-44,68-69,68	6,36	8-17	2	8,00	-30,12-46,12	4,24	5-11

		STAI 10 Días					STAI 3 Semanas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx
10 Días	Nada	71	9,93	8,06-11,80	7,90	0-50	71	9,18	7,44-10,92	7,35	0-33
	Poco	13	12,62	6,81-18,42	9,61	1-29	13	11,62	6,53-16,70	8,41	0-29
	Bastante	6	11,17	6,95-15,39	4,02	6-18	6	6,83	-1,73-15,40	8,15	0-22
	Mucho	2	5,00	-45,82-55,82	5,65	1-9	2	5	-33,12-43,12	4,24	2-8

¿está preocupado por los días de baja?		STAI IQ					STAI 48 Horas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx
3 Sem.	Nada	78	16,64	14,47-18,82	9,643	0-48	78	13,14	11,42-14,86	7,63	0-38
	Poco	10	17,50	12,20-22,80	7,41	1-29	10	13,60	7,46-19,74	8,57	2-26
	Bastante	2	26,00	-37,53-89,53	7,07	21-31	2	19,00	6,29-31,71	1,41	18-20
	Mucho	2	6,50	-12,56-25,56	2,12	5-8	2	8,50	-23,27-40,27	3,53	6-11

		STAI 10 Días					STAI 3 Semanas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx
3 Sem.	Nada	78	10,15	8,31-11,99	8,16	0-50	78	9,04	7,31-10,77	7,66	0-23
	Poco	10	10,30	4,82-15,78	7,66	1-27	10	10,40	5,94-14,86	6,240	2-31
	Bastante	2	14,00	-36,82-64,82	5,65	10-18	2	12,00	-115,06-139,06	14,14	4-33
	Mucho	2	11,50	-20,27-43,27	3,53	9-14	2	10,50	-21,27-42,27	3,53	

IQ: Intervención Quirúrgica  
 Desv. Típ.: Desviación Típica  
 IC: Intervalo de Confianza  
 Mín-Máx: Mínimo-Máximo

Para evaluar la contribución de la ansiedad a la probabilidad de que los pacientes estén preocupados acerca de los días de baja ese realizó una regresión logística. Existen diferencias significativas entre los grupos de pacientes que contestaron poco, bastante y mucho en cuanto a nivel de la ansiedad de los 10 días y 3 semanas, tal y como muestra la tabla 24.

Tabla 24. Resumen del análisis de regresión logística (multinomial o binaria) para la variable ansiedad y contestar nada, un poco, bastante o mucho a la pregunta ¿está preocupado acerca de los días de baja? controlado por el tipo de cirugía y la edad.

PREDICTORES		DÍA IQ			48 HORAS			10 DÍAS			3 SEMANAS		
		¿está preocupado acerca de los días de baja? Nada/Poco/Bastante***			¿está preocupado acerca de los días de baja? Nada/Poco****			¿está preocupado acerca de los días de baja? Nada/Poco****			¿está preocupado acerca de los días de baja? Nada/Poco****		
		B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)
STAI IQ	Nada	-,053	,039	,949									
	Poco	-,012	,048	,988									
STAI 48 horas	Nada	-,037	,059	,963	,092	,062	1,096						
	Poco	,092	,066	1,09									
STAI 10 días	Nada	-,101	,077	,904	-,011	,080	,989	,016	,054	1,016			
	Poco	-,187*	,092	,829									1,036
STAI 3 semanas	Nada	,204*	,105	1,22	-,082	,083	,921	,048	,062	1,049	,036	,045	
	Poco	,242*	,117	1,27									,972
Edad	Nada	,029	,024	1,02	-,020	,022	,980	-,016	,019	,984	-,028	,021	
	Poco	,000	,028	1,00									1,82
Cirugía partes blandas	Nada	-,027	1,01	,973	2,18*	,968	8,89	-,328	,900	,720	,602	,851	
	Poco	-,428	1,17	,652									
Cirugía ungueal	Nada	,102	,868	1,10									
	Poco	-1,82	1,09	,162									,620
Cirugía osteoarticular****	Nada				,488	,855	1,629	-1,245	,779	,288	-,478	,821	
	Poco												
Constante	Nada	,997			-1,783			-1,077			-,858		
	Poco	-,142											
χ <sup>2</sup>	Nada	29,85*			9,53			6,09			3,812		
	Poco												
Df	Nada	14			6			5			4		
	Poco												

\*p<0,05

\*\* categoría de referencia para tipo de cirugía en regresión multinomial

\*\*\* categoría mucho descartada por representar menos de un 10% su muestra.

\*\*\*\*categoría mucho y bastante descartadas por representar menos de un 10% de su muestra.

\*\*\*\*\*categoría de referencia para tipo de cirugía en regresión binaria.

IQ: intervención quirúrgica

#### 4.6.6. Preocupación por el resultado de la operación.

En la pregunta ¿le preocupa el resultado de la operación? que se realiza en la recogida de datos del día de la intervención quirúrgica, de las 48 horas, de los 10 días y a las 3 semanas, se observa una distribución mayor al 10% en todas las categorías.

Tabla 25. Número de participantes, Media, Intervalo de Confianza, Desviación Típica y Mínimos y Máximos de la ansiedad en el día de la intervención quirúrgica, a las 48 horas, a los 10 días y a las 3 semanas en función de la pregunta ¿le preocupa el resultado de la operación? a responder según las cuatro categorías: nada, poco, bastante y mucho.

		STAI (E)									
		STAI IQ					STAI 48 Horas				
¿le preocupa el resultado de la operación?		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx
Día IQ	Nada	11	10,09	5,39-14,79	6,99	0-25	11	8,18	4,72-11,64	5,15	0-15
	Poco	16	13,63	9,78-17,47	7,21	1-25	16	13,00	8,84-17,16	7,81	1-28
	Bastante	29	18,45	14,59-22,31	10,15	2-48	29	13,34	10,34-16,35	7,91	0-31
	Mucho	36	18,72	15,55-21,89	9,37	0-45	36	14,75		7,53	3-38
		STAI 10 Días					STAI 3 Semanas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx
Día IQ	Nada	11	8,64	4,69-12,58	5,87	0-18	11	7,18	3,26-11,11	5,84	0-16
	Poco	16	9,44	5,39-13,48	7,58	0-24	16	9,69	4,63-14,75	9,49	0-33
	Bastante	29	8,59	6,28-10,89	6,05	0-24	29	7,59	5,67-9,51	5,04	0-22
	Mucho	36	12,53	9,30-15,76	9,55	2-50	36	11,11	8,27-13,95	8,39	0-31
		STAI IQ					STAI 48 Horas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx
48 Horas	Nada	14	13,93	9,72-18,14	7,29	0-25	14	11,21	6,91-15,52	7,45	0-30
	Poco	24	14,50	11,87-17,13	6,23	5-29	24	11,96	9,38-14,54	6,11	2-25
	Bastante	29	20,14	16,30-23,98	10,09	1-18	29	15,48	12,55-18,42	7,72	0-31
	Mucho	25	16,44	11,75-21,13	11,35	0-45	25	12,92	9,36-16,48	8,63	0-38
		STAI 10 Días					STAI 3 Semanas				
		n	Media	95% IC	Desv.Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv.Típ.	Mín-Máx
48 Horas	Nada	14	7,86	4,29-11,42	6,17	0-16	14	8,50	4,71-12,29	6,56	0-19
	Poco	24	9,54	6,35-12,74	7,56	0-28	24	10,38	7,13-13,62	7,68	2-26
	Bastante	29	10,38	8,15-12,61	5,85	1-27	29	7,69	5,32-20,06	6,22	0-22
	Mucho	25	12,24	7,80-16,68	10,74	2-50	25	10,52	6,78-14,26	9,07	0-33

		STAI (E)									
¿le preocupa el resultado de la operación?		STAI IQ					STAI 48 Horas				
		n	Media	95% IC	Desv. Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv. Típ.	Mín-Máx
10 Días	Nada	21	14,00	9,94-18,06	8,92	0-33	21	11,10	7,37-14,82	8,17	0-31
	Poco	30	16,03	13,09-18,97	7,87	0-35	30	13,47	11,17-15,76	6,14	2-30
	Bastante	19	19,95	14,23-25,66	11,86	4-48	19	15,53	11,44-19,61	8,48	3-38
	Mucho	22	17,45	13,36-21,55	9,24	2-45	22	12,91	9,34-16,47	8,04	0-26
10 Días		STAI 10 Días					STAI 3 Semanas				
		n	Media	95% IC	Desv. Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv. Típ.	Mín-Máx
	Nada	21	6,71	4,05-9,38	5,84	0-18	21	6,24	3,60-8,88	5,80	0-17
	Poco	30	9,80	7,70-11,90	5,63	1-24	30	8,90	6,60-11,20	6,15	0-22
Bastante	19	13,89	8,61-19,18	10,97	2-50	19	12,37	7,51-17,22	10,07	0-33	
Mucho	22	11,23	7,58-14,87	8,22	1-29	22	10,05	6,78-13,31	7,35	2-29	
3 Sem.		STAI IQ					STAI 48 Horas				
		n	Media	95% IC	Desv. Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv. Típ.	Mín-Máx
	Nada	30	14,97	11,26-18,68	9,93	0-43	30	11,67	8,67-14,66	8,02	0-38
	Poco	33	19,09	15,32-22,86	10,64	1-48	33	14,45	11,92-16,99	7,15	2-31
Bastante	18	15,78	12,08-19,48	7,44	5-29	18	13,56	9,61-17,51	7,94	3-30	
Mucho	11	15,91	11,85-19,97	6,04	4-25	11	13,18	8,08-18,29	7,60	4-26	
3 Sem.		STAI 10 Días					STAI 3 Semanas				
		n	Media	95% IC	Desv. Típ.	Mín-Máx	n	Media	95% IC.	Desv. Típ.	Mín-Máx
	Nada	30	9,70	6,23-13,17	9,28	0-50	30	6,37	3,77-8,96	6,95	0-31
	Poco	33	9,82	7,43-12,21	6,73	1-28	33	8,85	6,77-10,93	5,87	0-24
Bastante	18	11,67	7,72-15,62	7,94	0-27	18	13,44	9,08-17,81	8,78	0-33	
Mucho	11	11,00	5,58-16,42	8,07	2-29	11	11,73	6,23-17,23	8,18	2-29	

IQ: Intervención Quirúrgica  
 Desv. Típ.: Desviación Típica  
 IC: Intervalo de Confianza  
 Mín-Máx: Mínimo-Máximo

Para evaluar la contribución de la ansiedad a la probabilidad de que los pacientes estén preocupados acerca del resultado de la operación se realizó una regresión logística multinomial. Existen diferencias significativas entre los grupos de pacientes que contestó Nada y Mucho, en cuanto al nivel de ansiedad del día de la intervención quirúrgica, de los 10 días y 3 semanas, tal y como se muestra en la tabla 26.

ANSIEDAD POSTQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA PODOLÓGICA  
RESULTADOS

Tabla 26. Resumen del análisis de regresión logística para la variable ansiedad en las cuatro recogidas de datos y contestar nada, un poco, bastante o mucho a la pregunta ¿le preocupa el resultado de la operación? controlado por tipo de cirugía y edad.

PREDICTORES		Día IQ			48 HORAS			10 DÍAS			3 SEMANAS		
		¿le preocupa el resultado de la operación?			¿le preocupa el resultado de la operación?			¿le preocupa el resultado de la operación?			¿le preocupa el resultado de la operación?		
		Nada/Poco/Bastante/ Mucho***			Nada/Poco/Bastante/ Mucho***			Nada/Poco/Bastante/ Mucho***			Nada/Poco/Bastante/ Mucho***		
	B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)	B	E.T B	Exp(B)	
Día IQ	Nada	-,147*	,049	,863									
	Poco	-,070	,037	,933									
	Bastante	-,009	,026	,991									
STAI 48 horas	Nada				-,036	,046	,964						
	Poco				-,022	,039	,978						
	Bastante				,045	,034	1,04						
STAI 10 días	Nada						-,146*	,051	,864				
	Poco						-,058	,037	,944				
	Bastante						,018	,034	1,01				
STAI 3 semanas	Nada									-,135*	,056	,874	
	Poco									-,074	,048	,928	
	Bastante									,029	,026	1,02	
Edad	Nada	,013	,021	1,01	,028	,019	1,02	,022	,019	1,02	,016	,024	1,01
	Poco	,015	,018	,015	-,003	,017	,997	,001	,017	1,00	,050	,024	1,05
	Bastante	,029*	,015	1,03	,005	,016	1,00	-,023	,020	,977	,029	,026	1,02
Cirugía partes blandas	Nada	-,319	,787	,727	-2,23	,913	,107	-,426	,713	,653	-,373	,869	,689
	Poco	-1,30	,725	,271	,165	,637	1,17	,020	,626	1,02	-,088	,840	,916
	Bastante	-,430	,543	,650	-,108	,604	,898	,676	,703	1,96	1,00	,932	2,74
Cirugía ungueal	Nada	,804	,914	2,23	-,920	,873	,398	-,319	,819	,727	-,192	1,02	,825
	Poco	-,126	,803	,881	-,484	,860	,616	-,307	,750	,736	-,343	1,03	,710
	Bastante	-,292	,698	,747	,327	,718	1,38	-,049	,898	,953	,403	1,16	1,49
Cirugía osteoarticular**	Nada												
	Poco												
	Bastante												
Constante	Nada	,428			-,751			,326			1,523		
	Poco	,175			,338			,997			-,563		
	Bastante	-1,08			-,618			,519			-1,467		
χ <sup>2</sup>	Nada	23,50*			19,40			21,25*			22,95*		
	Poco												
	Bastante												
Df	Nada	12			12			12			12		
	Poco												
	Bastante												

\*p<0,05

\*\* categoría de referencia para tipo de cirugía en regresión multinomial

\*\*\* categoría mucho descartada por representar menos de un 10% su muestra.

IQ: intervención quirúrgica

A modo de resumen podemos ver que en cuanto a la percepción de control de los pacientes, la mayoría se agrupan en las categorías bastante y mucho. Se observan diferencias significativas entre estas dos categorías a nivel de ansiedad de las 48 horas y los 10 días. Sin embargo, esta tendencia no la vemos en las preocupaciones, donde los pacientes se reparten entre las diferentes categorías. Observamos que las relaciones significativas se observan entre la categoría nada y mucho principalmente.

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



## 5. DISCUSIÓN

---

En esta tesis se describe la ansiedad que se da en el periodo postquirúrgico temprano. Así, se han identificado los niveles de ansiedad a las 48 horas postquirúrgicas, a los 10 días y 3 semanas después de la cirugía. También se ha estudiado su evolución y la relación entre los diferentes niveles de ansiedad recogidos. El enfoque de estudio de la ansiedad ha sido siempre postquirúrgico, aunque tomando como punto de referencia la ansiedad del día de la cirugía.

También han sido objeto de estudio, la relación de los niveles de ansiedad en cada uno de esos momentos con el dolor, el consumo de analgésicos, los días de recuperación y la satisfacción del paciente. Finalmente, se ha considerado la relación entre la ansiedad y algunos aspectos psicológicos relevantes en esta situación como son la percepción de control y las preocupaciones derivadas del acto quirúrgico durante el periodo postquirúrgico temprano.

Este estudio aporta nuevos datos al conocimiento actual de la ansiedad durante el periodo postquirúrgico temprano en cirugía podológica porque no hay ningún estudio hasta la fecha de características similares. La comparación con otros estudios ha sido difícil debido a su escasez, baja muestra y gran heterogeneidad. Los hallazgos de este estudio podrían ser comparados con los resultados obtenidos en cirugía ortopédica, pero tenemos que tener en cuenta que muchas de estas investigaciones implican procedimientos que se hacen bajo anestesia general o con sedación e

incluyen muchos tipos de cirugías diferentes (tales como columna vertebral, hombro, extremidades superiores) y se centran, en la mayoría de casos, en la ansiedad del día de la intervención quirúrgica.

## DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LA ANSIEDAD DURANTE EL PERIODO POSTQUIRÚRGICO TEMPRANO.

Los resultados obtenidos en este estudio indican que la ansiedad durante el periodo postquirúrgico temprano en cirugía podológica existe, aunque de forma moderada y variando según la persona. Este resultado va en la línea de la literatura consultada que muestra cómo las cirugías ambulatorias presentan un nivel de ansiedad menor que las cirugías hospitalarias (Gramke et al., 2009). Incluso el día de la cirugía, que es el momento dónde el paciente presenta unos niveles de ansiedad más altos, la ansiedad recogida se considera baja. Tsapakis (2009), obtuvo resultados similares, utilizando el test BAI, encontró que los pacientes estudiados se clasificaban todos dentro del grupo de ansiedad baja.

Mandy (2014) observó que los pacientes sometidos a cirugía podológica se dividían entre el grupo de pacientes con ansiedad baja (puntuación STAI hasta 30) y ansiedad moderada (puntuación STAI entre 31 y 60). En nuestro caso se han detectado valores de ansiedad menores de 30. Esta diferencia puede ser debida a que nuestra muestra no es aleatoria, sino que tiene unos criterios de inclusión y exclusión pensados para que, solamente participaran en este estudio aquellos pacientes que no se les recetó medicación ansiolítica en la visita prequirúrgica rutinaria ni el día de la cirugía. Por un lado, todos los pacientes de esta muestra aceptaron someterse a la cirugía con anestesia local, sin sedación y sin haber tomado medicación ansiolítica o relajante el día de la cirugía. Si tomaban medicación ansiolítica o relajante durante el periodo postquirúrgico también se les excluía del estudio, a pesar de que no hubo ningún caso en este estudio que quedara excluido por este motivo.

Por otro lado, dado que son numerosas las investigaciones que destacan la influencia de la ansiedad rasgo en la ansiedad estado, una de las preocupaciones a la hora de diseñar este estudio fue como ser capaces de medir la ansiedad estado, desvincularla de algún modo de la ansiedad rasgo. Partiendo de la base de que la ansiedad rasgo influye claramente en la ansiedad estado se excluyó a todos los pacientes que tuvieron o habían tenido patología psicológica. Además de estos criterios de inclusión y exclusión, se utilizaron instrumentos diseñados específicamente para medir la ansiedad estado.

Puede ser esta la razón por la que los pacientes estudiados presenten niveles de ansiedad bajos. En este estudio, se pretende estudiar la ansiedad

postquirúrgica, descartando la ansiedad rasgo y minimizando el efecto de la ansiedad prequirúrgica o del día de la cirugía.

A pesar de presentar una ansiedad baja, se observó que existe una variabilidad considerable en las puntuaciones de ansiedad, que sugieren que hay pacientes que sí que sufren de una ansiedad alta. La literatura consultada no hace referencia a algún resultado similar sobre variabilidad de resultados en el test STAI.

Partiendo de la base de que la ansiedad postquirúrgica existe de forma moderada, se ha estudiado su evolución y se ha observado que la ansiedad no desaparece después de la cirugía. El paciente sigue teniendo ansiedad a las 48 horas, a los 10 días y a las 3 semanas. En este estudio, la ansiedad decrece progresivamente con el paso del tiempo hasta los 10 días postquirúrgicos, este resultado va en la línea de Mandy (2014) y sugiere que los pacientes ambulatorios no presentan mayor ansiedad postquirúrgica que los pacientes hospitalizados durante el periodo postquirúrgico temprano. Sin embargo, Mitchell (2013) realiza una revisión de la literatura existente sobre la recuperación después de una cirugía ambulatoria, tras la que argumenta que actualmente tenemos una serie de desafíos importantes ya que es posible que la cirugía ambulatoria pueda aumentar la ansiedad durante el periodo postquirúrgico ya que requiere que el paciente asuma más responsabilidades y tiene menos contacto con el personal sanitario.

La ansiedad a partir de los 10 días ya no está influida por el paso el tiempo en este estudio. Así es de esperar que el paciente que esté ansioso a los 10 días continúe con el mismo nivel de ansiedad a las 3 semanas si no ha cambiado nada.

Respecto a la relación de la ansiedad de cada recogida de datos con el resto de ansiedades recogidas se ha observado que los pacientes que presentan ansiedad el día de la cirugía es probable que sufran más ansiedad durante los 10 primeros días postquirúrgicos. Es decir, que, si controlamos la ansiedad el día de la cirugía, habrá menos riesgo de tener ansiedad durante los primeros 10 días postquirúrgicos. Sin embargo, tener ansiedad a las 3 semanas no está relacionado con la ansiedad del día de la cirugía. En la práctica clínica, vemos que el paciente el día de la cirugía tiene ansiedad por motivos diferentes que a las tres semanas. El día de la cirugía muchos pacientes expresan su miedo a la anestesia o al dolor postquirúrgico, sin embargo, a las tres semanas, los pacientes están preocupados, normalmente, por el resultado de la cirugía.

En resumen, podemos decir que los pacientes han presentado una ansiedad baja, aunque con diferencias individuales acusadas en algunos casos (que no hemos podido valorar por el tamaño de la muestra). Además, la ansiedad observada está relacionada con la ansiedad previa durante los

10 primeros días. Cuanta más ansiedad se detecta en una recogida de datos, más ansiedad se espera detectar en la siguiente recogida de datos. Por otro lado, se obtuvo que la ansiedad detectada en cada recogida de datos mejora con el paso del tiempo durante los 10 primeros días postquirúrgicos y que el paciente está ansioso por causas diferentes el día de la cirugía (como, por ejemplo, por la anestesia) que a las 3 semanas (como por ejemplo porque la recuperación no va como esperaba).

El test STAI, utilizado para medir la ansiedad estado en cada recogida de datos, es el más utilizado en la literatura revisada y por lo tanto es el instrumento que permite comparar los resultados con más estudios. Sin embargo, varios estudios sugieren que no es el adecuado y que existen otros, como por ejemplo el test HAD, usado a nivel hospitalario, que reflejan mejor los aspectos del periodo postquirúrgico (Moix, 1995) a pesar de que este instrumento valora la ansiedad en la última semana y no en el momento preciso. Nuestra experiencia, desde el punto de vista clínico, destaca que para algunos pacientes el test STAI es difícil de entender, sobretodo algunos ítems (como, por ejemplo: me encuentro muy atado o estoy desasosegado) y que resulta pesado para el paciente pasar el test 4 veces en 3 semanas. El paciente en algunas ocasiones no encuentra relación entre el test y la cirugía. En próximas investigaciones se tendría que valorar el uso de otro instrumento que fuera mejor aceptado por el paciente.

## RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD E INTENSIDAD DE DOLOR POSTQUIRÚRGICO.

Teniendo en cuenta que uno de los motivos principales para decidir realizar una cirugía podológica es el dolor (Al-Mohrej, Alsarhani, Al-Mohrej, Masuadi, & Al-Kenani, 2017) y que la cirugía ortopédica está considerada como uno de los tipos de cirugías más dolorosos en la literatura (Ip, Abrishami, Peng, Wong, & Chung, 2009), la intensidad de dolor medida con VAS es menor a la esperada. Esto creemos que es debido a:

- Respecto a la intensidad de dolor recogida el día de la cirugía: a los pacientes que presentan dolor agudo, se les realizan curas o se les pauta medicación para que tengan el menor dolor posible hasta el día de la cirugía. Por ejemplo, a un paciente afectado de onicocriptosis, se le realizan curas periódicas que le permiten en la mayoría de ocasiones llegar a la cirugía sin un dolor excesivo.
- La indicación que el paciente recibía por escrito para valorar la intensidad del dolor en todas las recogidas de datos era "A continuación encontrará una escala para valorar la intensidad de dolor que usted percibe. Señale la puntuación que indique mejor la intensidad de dolor que SIENTE Ud. AHORA MISMO, en este momento..." El paciente cuando rellena el cuestionario

normalmente está sentado, por lo que en ese mismo momento hay pacientes que no tienen dolor intenso. Por ejemplo, un paciente afectado de dedos en garra o hallux valgus no suele tener dolor en estática sino cuando camina.

Los predictores del dolor postquirúrgico claramente descritos en la literatura fueron controlados en el estudio incluyéndolos como variables de control en los análisis realizados (tipo de cirugía, sexo, edad y estado previo del paciente) y mediante los criterios de inclusión y de exclusión. En este sentido, descartamos la ansiedad como rasgo de personalidad por una parte y, por otra parte, incluimos aquellos pacientes que fueran intervenidos por primera vez de cirugía podológica, ya que las experiencias previas de dolor quirúrgico también es un predictor del dolor postquirúrgico.

Para analizar los resultados debemos tener en mente que los principales cambios que experimenta el paciente en referencia al dolor en las diferentes recogidas de datos son (ver figura 3 y 4):

- El día de la cirugía el paciente sale de la cirugía sin dolor ya que se le administra medicación y se le pauta la analgesia teniendo en cuenta que durante las primeras 48 horas es el periodo en el que puede haber más inflamación y más dolor. El paciente guarda reposo durante las primeras 48 horas. Se le mantiene la zona operada con un vendaje y no debe realizarse ningún tipo de cura en casa. Puede caminar, pero poco y mantener la pierna en alto.
- El paciente acude a la visita de las 48 horas normalmente sin demasiado dolor ya que ha guardado reposo, han seguido la pauta analgésica y antiinflamatoria y lleva el vendaje que le hemos realizado después de la cirugía. En muchas ocasiones, si todo está correcto, la pauta de medicación cambia, y dejamos que los pacientes regulen ellos mismos si es necesario o no tomar la analgesia. Se les da la instrucción de tomar la medicación solamente si hay dolor y se les realiza nuevamente un vendaje. En este periodo, en las cirugías ungueales y de partes blandas el paciente debe realizarse pequeñas curas, como son lavar la zona de la cicatriz, secar bien la zona, aplicar algún tipo de antiséptico y cambiar el vendaje. En el tipo de cirugía osteoarticular normalmente el paciente aun no debe realizarse curas, ni cambiarse el vendaje. El paciente empieza a caminar más, el reposo es más relativo y en función de las molestias que presenten.
- A los 10 días el paciente ya ha empezado a caminar, aunque con calzado quirúrgico o adecuado para el tipo de cirugía. Esto implica un cambio importante, movilizamos la zona, aplicamos carga controlada al caminar y por tanto es normal que aparezcan

más molestias o dolor en la zona. El paciente espera ya una pronta recuperación según los días previstos de baja, pero, sin embargo, aún tiene limitaciones.

- A las 3 semanas las cirugías de partes blandas y ungueales ya se han recuperado y son las cirugías osteoarticulares las que aún están en proceso de recuperación. Un mes se considera un tiempo suficientemente largo para recuperarse, pero no lo suficiente para ver los beneficios de la cirugía. Por ejemplo, en una cirugía de un dedo en garra, al mes vemos que la herida ya está cicatrizada y el dedo alineado, el paciente está caminando con calzado habitual o calzado ancho, no tiene dolor, pero en el dedo no puede asumir unas sollicitaciones biomecánicas importantes como por ejemplo se darían al hacer una carrera, saltar o llevar un calzado de tacón. En el caso de la cirugía de partes blandas, por ejemplo, en una patología que afecte a la piel de la planta del pie, en un mes el paciente tiene el alta quirúrgica, la herida está cicatrizada, pero en ocasiones, al ser una zona de apoyo plantar, el paciente aún puede presentar molestias en la deambulación.

Las características principales observadas del dolor fueron:

En cuanto al comportamiento del dolor durante el periodo postquirúrgico, el paciente que tuvo dolor el día de la intervención quirúrgica tuvo dolor a las 48 horas. Lo mismo sucedió entre los 10 días y las 3 semanas. Esto concuerda con los resultados aportados por (Ip et al., 2009), que mostraron que el dolor previo predice el dolor postquirúrgico. Sin embargo, el dolor de las 48 horas no está relacionado con el dolor de la siguiente recogida de datos que se realiza a los 10 días postquirúrgicos en nuestro estudio. Esto sugiere que a los 10 días hay un cambio en el comportamiento del dolor, el dolor de los 10 días no depende del dolor de la recogida previa de datos, a las 48 horas, y sí que está relacionado positivamente con el dolor posterior de las tres semanas. Este cambio puede ser debido a que el paciente empieza a caminar más y solo tiene pautada la medicación si tiene dolor.

En cuanto a la relación de la ansiedad con el dolor, al contrario que la mayoría de los estudios previos, no encontramos relación entre ansiedad del día de la cirugía y el dolor postquirúrgico. Sin embargo, Mandy (2014) en línea con nuestros hallazgos, tampoco encontró diferencia en el nivel de dolor medido por VAS entre el grupo de pacientes con ansiedad baja y el grupo de pacientes con ansiedad moderada, y observó también que el dolor decrecía con el paso del tiempo. Recordemos que el nivel de ansiedad del día de la cirugía y postquirúrgico encontrado es bajo. Autores como Stevenson, (2001), indican que las ansiedades bajas son difíciles de medir y estudiar, por lo que deberíamos comprobar en futuras investigaciones, si

los pacientes que presentan ansiedad alta también presentan una intensidad de dolor alta.

El dolor registrado a los 10 días es un buen indicador de la ansiedad durante todo el proceso. El paciente con más ansiedad en cualquiera de las cuatro recogidas de datos va a tener dolor a los 10 días. Desde el punto de vista de la práctica clínica es importante, para valorar estos resultados, destacar que a los 10 días es cuando el paciente empieza a caminar más, tiene pautada medicación solamente si hay dolor y el paciente espera en la mayoría de cirugía ungueal y de partes blandas tener el alta, empezar a hacer vida normal y calzarse con el calzado habitual; en el caso de la cirugía osteoarticular el paciente sabe que la recuperación es más lenta.

A modo de resumen podemos decir que el paciente que tiene dolor a los 10 días ha tenido y va a tener ansiedad desde el día de la cirugía hasta las 3 semanas estudiadas, y que este dolor no tiene por qué estar relacionado con el dolor previo y sí que lo está con el dolor posterior. El dolor del paciente a los 10 días está más relacionado con la ansiedad que con el dolor previo. Es decir, que a los 10 días se dan una serie de cambios que desde el punto de visto clínico justifican que el paciente que refiere dolor a los 10 días tenga más ansiedad, dado que en este momento el paciente esperaría estar ya más recuperado, poder prescindir de los fármacos y volver a su actividad normal.

En este estudio vemos como dolor y consumo analgésico se comportan de forma diferentes. La ansiedad está relacionada con la intensidad del dolor, pero no predice el consumo de analgésicos. Esto es acorde con la literatura consultada que separa la intensidad del dolor del consumo de analgésicos. El consumo de analgésico está sujeto a una serie de creencias personales sobre la salud que hacen que la relación entre dolor y consumo de analgésicos no sea directa (Ip et al., 2009; Niemi-Murola et al., 2007; Pellino, 1997).

Ip (2009), realizó una revisión sistemática cualitativa en la que encontró que la ansiedad predecía tanto la intensidad del dolor como el consumo de analgésicos. Este estudio se diferencia del nuestro principalmente en que no incluye cirugías bajo anestesia local. En cirugía ambulatoria bajo anestesia local no se han llegado a conclusiones claras.

Existe una gran heterogeneidad a la hora de comparar el consumo de analgésicos entre varios estudios, ya que la pauta analgésica no solamente varía en función del tipo de cirugía y del paciente, sino que también varía según el profesional que la pautó y el tiempo en el que se realizó el estudio (la farmacoterapia es una ciencia en continua evolución por lo que es difícil comparar estudios realizados en años diferentes, por ejemplo). Debido a esta heterogeneidad, es difícil comparar el consumo analgésico con otros

estudios, ya que no se han encontrado estudios con características similares.

Aunque no es objeto de estudio, resalta el hecho de que 52,7% de los pacientes necesitaron más medicación de la básica pautada para el dolor en las primeras 48 horas. El tratamiento para el dolor sigue siendo un reto en la práctica diaria, que reflejan múltiples autores en sus estudios como conclusión (Berg, Idvall, Nilsson, & Unosson, 2011; Mitchell, 2014; Vaughn, Wichowski, & Bosworth, 2007).

## RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y DÍAS DE RECUPERACIÓN.

La ansiedad del día de la cirugía predice si el paciente va a tardar más días de los previstos en su recuperación en este estudio. También son predictores el tipo de cirugía ungueal y osteoarticular. Este resultado va en la línea del estudio de Moix (1997) donde la ansiedad prequirúrgica está relacionada con el número de días de hospitalización. Hemos de tener en cuenta que dicho estudio se realizó en cirugía hospitalaria y desde el punto de vista de cómo la ansiedad prequirúrgica afecta a la recuperación.

La ansiedad en el periodo postquirúrgico, a las 48 horas, 10 días y 3 semanas después de la cirugía, en este estudio no resultó estar relacionado con la recuperación. La relación entre ansiedad y número de días de recuperación aparece de forma poco consistente en la literatura consultada. Existen muchas limitaciones en los estudios que no permiten llegar a conclusiones claras (Stevenson & Munafo, 2001). Lo que sí que parece claro en estudios previos, es que los factores clásicos considerados a la hora de predecir el número de días de recuperación, que son el tipo de cirugía y el estado de salud previo del paciente, no son suficientes para estimar el tiempo de recuperación ya que se observa mucha variabilidad en pacientes que se someten a cirugías similares en condiciones parecidas y esta variabilidad se podría explicar en función de factores psicológicos que puedan influir más allá del estado físico (Rosenberger, Jokl, & Ickovics, 2006).

Solamente un 54.7% de los pacientes se han recuperado en el número de días estimados por el podólogo responsable de la intervención. Aunque esto tampoco es objeto de este estudio, es importante destacar que tenemos que revisar el cálculo sobre el número de días previstos de recuperación, sobretodo en el caso de la cirugía ungueal, en la que mayoritariamente se estiman de 7 a 10 días y se ha registrado una media de 15,21 días de recuperación. Precisar con más exactitud el número de días de recuperación ayudará al paciente a vivir la mejor experiencia quirúrgica posible. Si la previsión que damos al paciente sobre los días de baja coincide con la realidad el paciente estará más tranquilo.

## RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

Existen test específicos para valorar la satisfacción del paciente después de una cirugía podológica. Es justo decir que estos test, actualmente, no se utilizan en la práctica clínica de forma rutinaria. Destaca el test PASCUM, que valora la satisfacción del paciente de forma muy minuciosa. Este test, se consideró difícil de utilizar en este estudio dado que algunos de sus ítems no son valorables en el periodo postquirúrgico temprano que se ha estudiado. Se intentó reducir al máximo el número de test que el paciente tiene que completar en cada recogida de datos, ya que consideramos que pasar cuatro veces el cuestionario en tres semanas podía resultar pesado para el paciente. Dada esta consideración a las 3 semanas se incluyó en el test que tenía que completar el paciente dos preguntas para valorar la satisfacción:

*-¿Se siente satisfecho con el resultado de la operación?*

*-¿Ha ido todo como Ud. esperaba?*

En este estudio el paciente que está satisfecho con el resultado de la operación también está satisfecho con que haya ido todo como esperaban y al revés. Los pacientes están bastante o muy satisfechos con el resultado de la operación. Muy pocos pacientes están nada satisfechos o poco satisfechos. Esto es acorde con el estudio de Tehrani (2011) que concluye que la satisfacción de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria es alta.

Contrariamente a la mayoría de la literatura revisada, la ansiedad del día de la cirugía no influye en la satisfacción del paciente en este estudio y, sin embargo, la ansiedad del periodo postquirúrgico sí que está relacionada con la satisfacción. La gran mayoría de la literatura demuestra que la ansiedad prequirúrgica o quirúrgica influye en la satisfacción, pero no tienen en cuenta la ansiedad postquirúrgica. Los datos de este estudio permiten diferencias entre la ansiedad prequirúrgica relacionada especialmente con el resultado inmediato de la intervención y la ansiedad postquirúrgica relacionada con la incertidumbre sobre el resultado de la recuperación postquirúrgica.

En nuestro estudio, los pacientes que contestaron a las tres semanas que se sentían muy satisfechos presentan menos ansiedad que los pacientes que se sintieron bastante satisfechos. En nuestro caso, el grado de ansiedad postquirúrgica permite diferenciar entre los pacientes que están bastante o muy satisfechos. Los pacientes con ansiedad más baja están muy satisfechos en este estudio y o bien han constatado que la recuperación ha sido buena o están confiados en que lo sea.

## RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y GRADO DE CONTROL PERCIBIDO.

Ante la pregunta *¿se siente Ud. capaz de seguir la pauta de medicación?* realizada el día de la cirugía, a las 48 horas y a los 10 días los pacientes contestan mayoritariamente “bastante” o “mucho”. Aquí nuevamente la ansiedad a las 48h y a los 10 días permite diferenciar entre los pacientes que se sienten bastante o muy capaces. Así, los que presentan menos ansiedad son los que se sienten muy capaces de seguir la pauta de medicación.

Ante la pregunta *¿Se siente capaz de realizarse las curas correctamente?*, que se realizó a las 48 horas y a los 10 días, se constata que la ansiedad a los 10 días se relaciona con el grado de control percibido ante las curas, siendo los pacientes que presentan menos ansiedad los que se ven muy capaces.

Ante la pregunta *¿Cree que será capaz de detectar signos de alerta de posibles complicaciones?*, que se hizo el día de la cirugía, a las 48 horas y a los 10 días, se constata que los niveles de ansiedad son diferentes en función del grado de capacidad para detectar signos de alerta que el paciente crea tener. Así, los pacientes más ansiosos son los que se consideran menos capaces de detectar signos de alerta de complicaciones.

Los resultados obtenidos ante estas preguntas relativas al control percibido del paciente, confirman la relación ampliamente contrastada entre percepción de control y ansiedad (Blasco, Fernández-Castro, Doval y Moix, 1999). En este sentido, dado que se han observado diferencias en la ansiedad entre sentirse bastante capaz o muy capaz, sería recomendable procurar desde la práctica clínica el máximo grado de instrucción para que el paciente se sienta muy seguro, tanto en el seguimiento de la pauta de medicación, como en el momento de realizarse las curas o de detectar signos de alerta.

## RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y GRADO DE PREOCUPACIÓN.

Ante la pregunta *¿Le preocupa tener dolor?*, que se hizo en los cuatro registros del período postoperatorio, se constata que la ansiedad se relaciona con el nivel de preocupación que manifiestan los pacientes por tener dolor. La preocupación por el dolor disminuye a lo largo del período postquirúrgico y a las 3 semanas sólo a un paciente le preocupa mucho tener dolor.

Ante la pregunta *¿Está preocupado acerca de los días de baja?*, que se hizo en los cuatro registros del período postoperatorio, se constata que los niveles de ansiedad a los 10 días y a las 3 semanas son diferentes en función del grado de preocupación que manifiestan por los días de baja el día de cirugía.

Ante la pregunta *¿Le preocupa el resultado de la operación?*, que se formuló en los cuatro registros del período postoperatorio, se constata que los niveles de ansiedad del día de la cirugía, a los 10 días y a las 3 semanas se relacionan con el nivel de preocupación que manifiestan por el resultado de la operación.

Así pues, podemos constatar que la ansiedad es un indicador del nivel de preocupación que manifiesta el paciente ante la recuperación en el período postoperatorio.

Para finalizar, hay que tener en cuenta en la interpretación de resultados, una serie de limitaciones:

- A los pacientes que presentaban más ansiedad por la cirugía se les administro medicación ansiolítica y se les excluyo del estudio, debido a esto, no se ha podido valorar las diferencias entre los pacientes que presentan una ansiedad baja y una ansiedad alta. Futuros estudios deberían incluir a estos pacientes y ver qué papel tiene la ansiedad en el periodo postquirúrgico.
- El uso de instrumentos no validados para valorar la satisfacción, el grado de control percibido y las preocupaciones no permiten llegar a conclusiones precisas, ni comparar nuestros resultados con otros estudios. Para futuras investigaciones sería necesario revisar los instrumentos utilizados.

Destacan, como puntos fuertes en esta investigación, en primer lugar la homogeneidad de la muestra. Este estudio, incluye solamente cirugía del pie realizada por podólogos. Esta es una de las limitaciones más repetidas en la literatura consultada y es una de las características principales de este estudio. Y en segundo lugar, el diseño longitudinal del estudio con 4 recogidas de datos, nos ha permitido obtener información detallada del periodo estudiado.

## CONCLUSIONES.

1. La cirugía podológica comporta un grado de ansiedad bajo durante el periodo postquirúrgico temprano. La ansiedad registrada el día de la intervención quirúrgica decrece con el paso del tiempo hasta los 10 días.
2. La ansiedad del día de la cirugía se puede considerar un buen indicador del dolor a los 10 días y de la recuperación del paciente en los días previstos.

3. La percepción de control se relaciona con la ansiedad, siendo los niveles máximos de control sobre la medicación, las curas y la detección de signos de alerta los que garantizan unos menores niveles de ansiedad.
4. La preocupación manifestada por la recuperación en el período postoperatorio también se relaciona con el nivel de ansiedad.
5. La diferencia entre que el paciente prefiera estar bastante o muy satisfecho se relaciona con la ansiedad.

## 6. IMPLICACIÓN CLÍNICA



## 6. IMPLICACIÓN CLÍNICA

---

Tal y como se ha explicado al inicio de esta tesis, este estudio surge a partir de mi experiencia profesional; la práctica clínica diaria hizo despertar mi interés por la ansiedad que los pacientes pueden sufrir durante el proceso postquirúrgico. Es necesario destacar la implicación clínica de este trabajo. Para ello se ha elaborado una serie de recomendaciones, basadas en el resultado de este estudio, que pretenden ayudar a los podólogos a seguir mejorando su práctica profesional y conseguir la mejor experiencia posible para sus pacientes.

### RECOMENDACIONES PARA LOS PODÓLOGOS

1. Valorar el nivel de ansiedad previo a la cirugía, el día de la cirugía y en el periodo postquirúrgico. La ansiedad es un claro predictor de una buena experiencia quirúrgica.
2. El paciente debe saber que a los 7 o 10 días, aunque tenga el alta quirúrgica, el proceso de cicatrización de los tejidos continúa y va a tener una recuperación progresiva a sus actividades habituales. Dar una información lo más clara y precisa ayudará a que el paciente no tenga ansiedad postquirúrgica, sobre todo a partir de los 10 días.

3. Identificar si el paciente prefiere tomar medicación para evitar el dolor o no tomar medicación a pesar del dolor. Individualizar el tratamiento para el dolor es importante para mejorar la experiencia quirúrgica. En los casos en los que el paciente quiera tomar la mínima medicación posible debemos valorar el uso de tratamientos para el dolor alternativos a la medicación convencional. Es importante un control adecuado del dolor para conseguir una buena experiencia quirúrgica.
4. Detallar, de la forma más precisa posible, los días de baja después de la cirugía. En este estudio los días de baja de la cirugía ungueal son de 15.12 y los de la cirugía de partes blandas son de 15.21. Un 45.3% tardó más días de los previstos en recuperarse y esto puede ser motivo de ansiedad.  

A la hora de hacer la previsión de los días de recuperación a parte de los aspectos habituales que tenemos en cuenta (tipo de cirugía, edad, estado de salud previo, tipo de trabajo que realiza, etc.) hay que tener en cuenta la ansiedad del día de la cirugía. A mayor ansiedad el día de la cirugía más posibilidades hay de que la recuperación sea más lenta.
5. El paciente que refiere dolor a los 10 días, es probable que tenga ansiedad. Sería beneficioso para este paciente, que el podólogo le preguntará, si está preocupado sobre algún aspecto relacionado con su recuperación quirúrgica para poder disminuir la ansiedad y por lo tanto el dolor.
6. Debemos asegurarnos de que el paciente tiene plena confianza en seguir las indicaciones postquirúrgicas y en realizarse las curas, y preguntar sistemáticamente qué aspectos le preocupan para poder darles respuesta.
7. Conseguiremos que los pacientes estén muy satisfechos si no han experimentado ansiedad.

## 7. ANEXOS



## 7. ANEXOS

---

ANEXO I	Criterios de Davis
ANEXO II	Normas a seguir por el usuario pendiente de intervención
ANEXO III	Datos sociodemográficos de la muestra
ANEXO IV	Datos clínicos de la muestra
ANEXO V	Historia clínica
ANEXO VI	STAI-E
ANEXO VII	VAS
ANEXO VIII	Registro domiciliario de medicación
ANEXO IX	Cuestionario propio para la evaluación de la percepción de control de las preocupaciones y la satisfacción del paciente.
ANEXO X	Consentimiento informado del paciente
ANEXO XI	Cuestionario día de la cirugía
ANEXO XII	Cuestionario 48 horas postquirúrgicas
ANEXO XIII	Cuestionario 10 días postquirúrgicos
ANEXO XIV	Cuestionario 3 semanas postquirúrgicas

## ANEXO I - Criterios de Davis

- Tipo I: Intervenciones que pueden practicarse en la consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial en el postoperatorio.
- Tipo II: Intervenciones que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si hace falta, es de tipo oral.
- Tipo III: Los que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio.
- Tipo IV: Los que requieren cuidados muy especializados o críticos en el postoperatorio.

## ANEXO II - Normas a seguir por el usuario pendiente de intervención

El día de la intervención:

No olvide lavar el pie según las recomendaciones dadas.

Acuérdese de ponerse unos calcetines o medias limpios.

Acuda a la clínica con calzado y ropa cómodos.

Realice un desayuno unas dos horas antes de la intervención.

Recuerde tomar la medicación tal como le han indicado.

Después de la intervención:

No permanezca sentado largo rato con el pie en posición declive y no se siente con las piernas cruzadas. Estas posiciones dificultan la circulación de sus pies y favorecen la hinchazón.

Mantener la extremidad intervenida estirada en alto y en reposo.

Respete su vendaje quirúrgico.

Recuerde tomar la medicación, tal como se le ha indicado.

Llame inmediatamente al teléfono de contacto que se le ha dado o, a la clínica si:

- Observa sangrado a través del vendaje.
- Los calmantes no suprimen el dolor.
- Su pie sufre un golpe o cualquier lesión.

## ANEXO III – Datos sociodemográficos de la muestra

Tabla ANEXO III - 1. Frecuencias de la variable situación laboral en función de la variable sexo.

Sexo	SITUACIÓN LABORAL					Total
	Activo	En paro	Ama de casa	Jubilado	Estudiante	
Mujer	33	10	25	8	4	80
Hombre	23	2	3	3	4	34
Total	56	12	28	10	8	114

Tabla ANEXO III - 2. Descriptivos de la variable edad en función del sexo.

Sexo	EDAD			
	Media	Intervalo de confianza	Mínimo -máximo	Desviación típica
Mujer	55,06	51,75-58,38	22-87	14,90
Hombre	40,63	34,51-46,75	34,51-46,75	17,81

## ANEXO IV – Datos clínicos de la muestra

Figura ANEXO IV – 1: Representación del diagnóstico de la muestra estudiada.

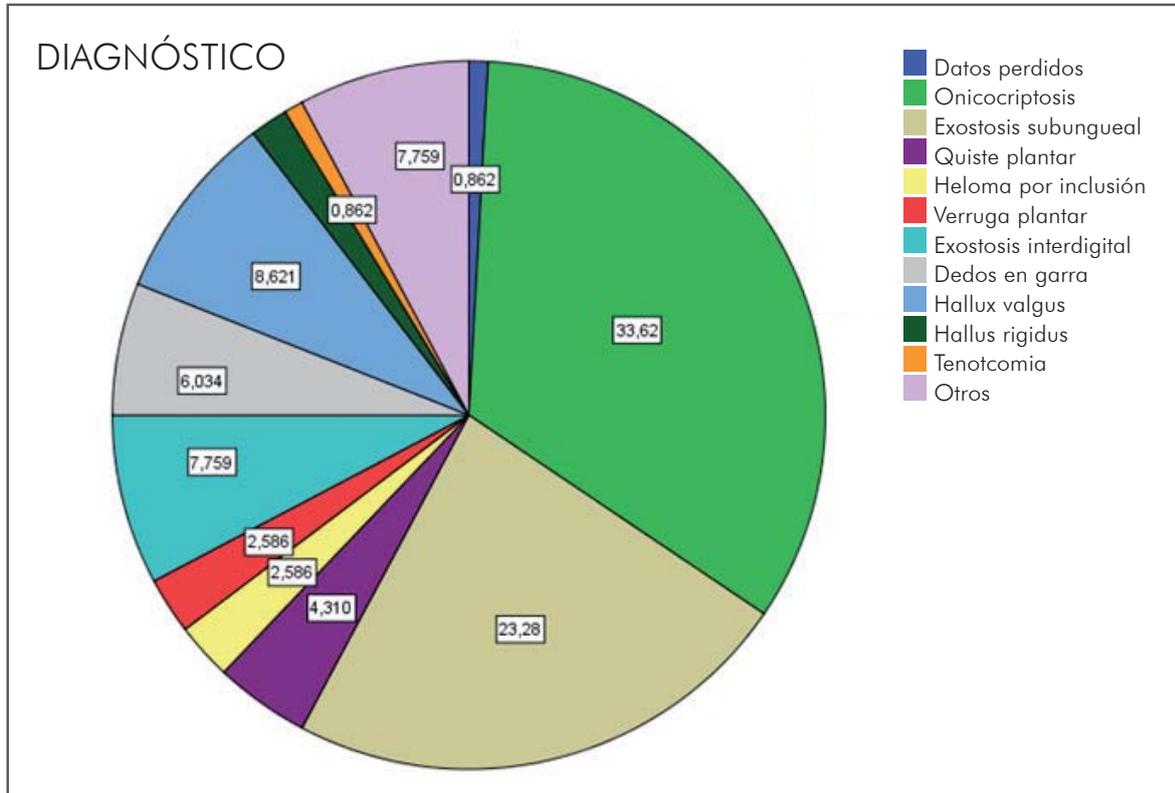
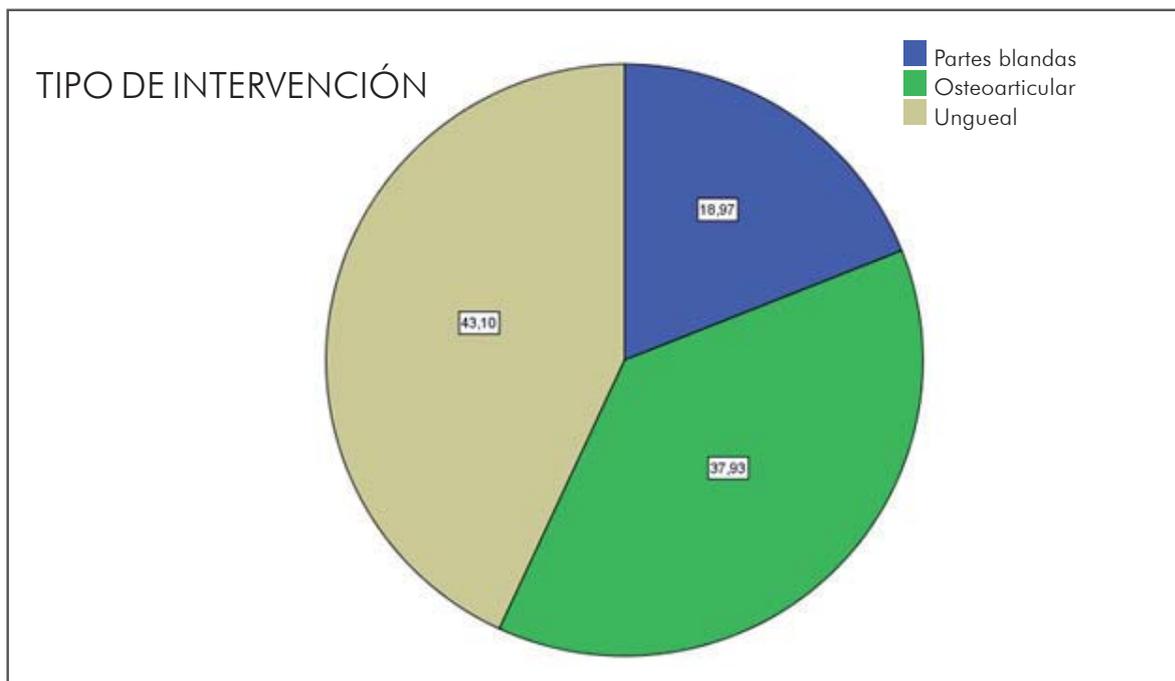


Figura ANEXO IV – 2 Representación del tipo de cirugía de la muestra estudiada.



## ANEXO V - Historia clínica

Nº CASO:	HISTORIA:				
NOMBRE:	APELLIDOS:				
FECHA RECOGIDA:	FECHA DE NACIMIENTO:				
SEXO:	<input type="radio"/> Femenino	<input type="radio"/> Masculino			
SITUACIÓN LABORAL:	<input type="radio"/> Activo	<input type="radio"/> En paro	<input type="radio"/> Ama de casa	<input type="radio"/> Jubilado	<input type="radio"/> Estudiante
DIAGNÓSTICO:	<input type="radio"/> Onicocriptosis	<input type="radio"/> Exósto. Subungueal	<input type="radio"/> Quiste plantar	<input type="radio"/> HL Inclusión	
	<input type="radio"/> Verruga plantar	<input type="radio"/> Exósto. Interdigital	<input type="radio"/> Neuroma	<input type="radio"/> Dedo garra	
	<input type="radio"/> Hallux valgus	<input type="radio"/> Hallux Rígido	<input type="radio"/> Tenotomía	<input type="radio"/> Otros	
TIPO DE CIRÚGIA:	<input type="radio"/> Partes blandas	<input type="radio"/> Osteoarticular	<input type="radio"/> Ungueal		
ESTADO DEL PACIENTE (ASA):	<input type="radio"/> ASA I	<input type="radio"/> ASA II	<input type="radio"/> Otros (especificar)		
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No			
ANSIOLÍTICOS DÍA INTERVENCIÓN:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No			
DÍAS PREVISTOS DE BAJA O RECUPERACIÓN:	<input type="radio"/> De 7 a 10 días	<input type="radio"/> De 10 a 15 días	<input type="radio"/> De 15 a 21 días	<input type="radio"/> Más de 21 días	

## ANEXO VI - STAI-Escala Estado

1. A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación que indique mejor cómo se SIENTE Ud. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1 Me siento calmado				
2 Me siento seguro				
3 Estoy tenso				
4 Estoy contrariado				
5 Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6 Me siento alterado				
7 Ahora estoy preocupado por posibles desgracias futuras				
8 Me siento descansado				
9 Me siento con angustia				
10 Me encuentro confortable				
11 Tengo confianza en mí mismo				
12 Estoy desasosegado				
13 Me siento nervioso				
14 Me encuentro muy atado (como comprimido)				
15 Estoy relajado				
16 Me siento satisfecho				
17 Estoy preocupado				
18 Me siento atontado y sobreexcitado				
19 Me siento alegre				
20 En este momento me siento bien				





## ANEXO IX — Cuestionario propio para la evaluación de la percepción de control de las preocupaciones y la satisfacción del paciente.

PERCEPCIÓN DE CONTROL	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
<p>¿Se siente capaz de realizarse las curas correctamente?</p> <p>¿Se siente capaz de seguir la pauta de medicación?</p> <p>¿Se siente capaz de detectar signos de alerta de posibles complicaciones?</p>				
PREOCUPACIONES	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
<p>¿Le preocupa tener dolor?</p> <p>¿Le preocupan los días de baja?</p> <p>¿Le preocupa el resultado de la cirugía?</p>				
LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
<p>¿Ha ido todo como usted esperaba?</p> <p>¿Se siente satisfecho con el resultado?</p>				

## ANEXO X – Consentimiento informado del paciente

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

#### Título del estudio:

ANSIEDAD PRE Y POSTQUIRÚRGICA

#### Objetivos del estudio:

Detectar el nivel de ansiedad del paciente ante una cirugía podológica.

#### Procedimiento del estudio:

##### *FASE PREQUIRÚRGICA*

- Cuestionario + entrevista informativa al paciente.
- Consentimiento informado del paciente.
- Evaluación previa al día de la cirugía.
- Evaluación día de la cirugía

##### *FASE POSTQUIRÚRGICA*

- Evaluación y registro de datos a las 48 horas.
- Evaluación y registro de datos a los 10 días.
- Evaluación y registro de datos a las 3 semanas.

#### Riesgos asociados en el estudio:

ninguno

#### Aclaraciones:

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la participación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aún cuando el investigador responsable no se lo solicite.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores:

Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a su intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

Sobre estos datos le asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado anexa a este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI/pasaporte \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la hoja informativa que me ha sido entregada. He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio siendo respondidas de manera satisfactoria. He recibido suficiente información en relación con el estudio y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. He hablado con el investigador:

Entiendo que la participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio cuando lo desee, sin que tenga que dar explicaciones y sin que ello afecte a MIS cuidados médicos.

Declaro que comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por todo ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA ANSIEDAD PRE Y POSTQUIRÚRGICA, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

APELLIDO Y NOMBRE PARTICIPANTE:.....

D.N.I./Pasaporte:.....

FIRMA I FECHA:

APELLIDO Y NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Dolors Arxé Planella / Núria Espada Martín

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:

darxe@ub.edu / nuriesma@hotmail.com

TELÉFONO: 93 850 90 73 / 93 314 13 54

FIRMA I FECHA: 12/04/2010

Si deseas disponer de información sobre los resultados de la investigación, indica una dirección postal o electrónica:

.....@.....

## ANEXO XI – Cuestionario día de la cirugía

### VISITA DÍA CIRUGÍA

Nº CASO:

FECHA RECOGIDA:

1. A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación que indique mejor cómo se SIENTE Ud. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1 Me siento calmado				
2 Me siento seguro				
3 Estoy tenso				
4 Estoy contrariado				
5 Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6 Me siento alterado				
7 Ahora estoy preocupado por posibles desgracias futuras				
8 Me siento descansado				
9 Me siento con angustia				
10 Me encuentro confortable				
11 Tengo confianza en mí mismo				
12 Estoy desasosegado				
13 Me siento nervioso				
14 Me encuentro muy atado (como comprimido)				
15 Estoy relajado				
16 Me siento satisfecho				
17 Estoy preocupado				
18 Me siento atontado y sobreexcitado				
19 Me siento alegre				
20 En este momento me siento bien				



## ANEXO XII – Visita postquirúrgica 48 horas

### VISITA POSTQUIRÚRGICA 48 HORAS

Nº CASO:

FECHA RECOGIDA:

1. A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación que indique mejor cómo se SIENTE Ud. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1 Me siento calmado				
2 Me siento seguro				
3 Estoy tenso				
4 Estoy contrariado				
5 Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6 Me siento alterado				
7 Ahora estoy preocupado por posibles desgracias futuras				
8 Me siento descansado				
9 Me siento con angustia				
10 Me encuentro confortable				
11 Tengo confianza en mí mismo				
12 Estoy desasosegado				
13 Me siento nervioso				
14 Me encuentro muy atado (como comprimido)				
15 Estoy relajado				
16 Me siento satisfecho				
17 Estoy preocupado				
18 Me siento atontado y sobreexcitado				
19 Me siento alegre				
20 En este momento me siento bien				



## ANEXO XIII — Visita postquirúrgica 10 días

### VISITA POSTQUIRÚRGICA 10 DÍAS

Nº CASO:

FECHA RECOGIDA:

1. A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación que indique mejor cómo se SIENTE Ud. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1 Me siento calmado				
2 Me siento seguro				
3 Estoy tenso				
4 Estoy contrariado				
5 Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6 Me siento alterado				
7 Ahora estoy preocupado por posibles desgracias futuras				
8 Me siento descansado				
9 Me siento con angustia				
10 Me encuentro confortable				
11 Tengo confianza en mí mismo				
12 Estoy desasosegado				
13 Me siento nervioso				
14 Me encuentro muy atado (como comprimido)				
15 Estoy relajado				
16 Me siento satisfecho				
17 Estoy preocupado				
18 Me siento atontado y sobreexcitado				
19 Me siento alegre				
20 En este momento me siento bien				



## ANEXO XIV – Cuestionario 3 semanas post-quirúrgicas

### VISITA POSTQUIRÚRGICA 3 SEMANAS

Nº CASO:

FECHA RECOGIDA:

1. A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación que indique mejor cómo se SIENTE Ud. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1 Me siento calmado				
2 Me siento seguro				
3 Estoy tenso				
4 Estoy contrariado				
5 Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6 Me siento alterado				
7 Ahora estoy preocupado por posibles desgracias futuras				
8 Me siento descansado				
9 Me siento con angustia				
10 Me encuentro confortable				
11 Tengo confianza en mí mismo				
12 Estoy desasosegado				
13 Me siento nervioso				
14 Me encuentro muy atado (como comprimido)				
15 Estoy relajado				
16 Me siento satisfecho				
17 Estoy preocupado				
18 Me siento atontado y sobreexcitado				
19 Me siento alegre				
20 En este momento me siento bien				

VISITA POSTQUIRÚRGICA 3 SEMANAS

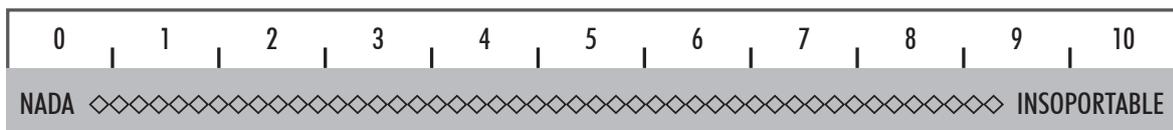
Nº CASO:

FECHA RECOGIDA:

2. A continuación, marque con una "X" la opción que mejor se adecue en este momento.

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1 ¿Le preocupa tener dolor?				
2 ¿Esta preocupado acerca de los días de baja?				
3 ¿Le preocupa el resultado de la operación?				
4 ¿Ha ido todo como usted esperaba?				
5 ¿Se siente satisfecho con el resultado?				

A continuación, encontrará una escala para valorar la intensidad de dolor que usted percibe. Señale la puntuación que indique mejor la intensidad de dolor que SIENTE Ud. AHORA MISMO, en este momento:



**DIAS DE BAJA REALES:**

**DIAS DE BAJA PREVISTOS:**



## 8. BIBLIOGRAFÍA



## 8. BIBLIOGRAFÍA

---

Al-Mohrej, O. A., Alsarhani, W. K., Al-Mohrej, A. M., Masuadi, E. M., & Al-Kenani, N. S. (2017). Patient Expectations and Satisfaction With Foot and Ankle Surgery in Saudi Arabia: A Retrospective Cohort Study. *The Journal of Foot and Ankle Surgery, 56*(1), 65–71. <http://doi.org/10.1053/j.jfas.2016.08.002>

Amsterdam, D., & Anxiety, P. (2007). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version Die Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - erste Erprobung einer deutschsprachigen Version, 4.

Arnau, J., & Bono, R. (2008). Estudios longitudinales. Modelos de diseño y análisis / Longitudinal studies. Desing and analysis models. *Escritos de Psicología, 2*(1), 32–41.

Bailey, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN Journal, 92*(4), 445–460. <http://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.04.017>

Berg, K., Arestedt, K., & Kjellgren, K. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies, 50*(12), 1630–8. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002>

Berg, K., Idvall, E., Nilsson, U., & Unosson, M. (2011). Postoperative recovery after different orthopedic day surgical procedures. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 15*(4), 165–175. <http://doi.org/10.1016/j.ijotn.2011.02.003>

Bergman, M., Stenudd, M., & Engström, Å. (2012). The experience of being awake during orthopaedic surgery under regional anaesthesia. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 16(2), 88–96. <http://doi.org/10.1016/j.ijotn.2011.08.004>

Brattwall, M., Warren-Stomberg, M., & Jakobsson, J. (2014). Outcomes, Measures and Recovery After Ambulatory Surgery and Anaesthesia: A review. *Current Anesthesiology Reports*, 4(4), 334–341. <http://doi.org/10.1007/s40140-014-0068-3>

Brownell, L., & Donen, N. (2002). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety, 792–798.

Budiman-Mak, E., Conrad, K. J., Mazza, J., & Stuck, R. M. (2013). A review of the foot function index and the foot function index - revised. *Journal of Foot and Ankle Research*, 6(1), 5. <http://doi.org/10.1186/1757-1146-6-5>

Caldwell, L. M. (1991). The influence of preference for information on preoperative stress and coping in surgical outpatients. *Applied Nursing Research*, 4(4), 177–183. [http://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80093-X](http://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80093-X)

Cano Vindel, A. (2001). Emociones y salud. *Emotions and Health*.

Castro, J. F., & Sánchez, F. M. (1994). Emoción y salud: desarrollos en psicología básica y aplicada: presentación. *Anales de Psicología*, 10(2), 101–109. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4589389>

Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Adamatti, L. C., ... Ferreira, M. B. C. (2001). Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia*, 56(8), 720–728. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2001.01842.x>

Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1973). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35(5), 375–389.

Crausman, R. S., & Glod, D. J. (2004). Perioperative medical assessment of the podiatric surgical patient. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 94(2), 86–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15028785>

Davis, J. E., & Sugioka, K. (1987). Selecting the patient for major ambulatory surgery. Surgical and anesthesiology evaluations. *The Surgical Clinics of North America*, 67(4), 721–32. [http://doi.org/10.1016/S0039-6109\(16\)44282-9](http://doi.org/10.1016/S0039-6109(16)44282-9)

Dawson, J., Coffey, J., Doll, H., Lavis, G., Cooke, P., Herron, M., & Jenkinson, C. (2006). A patient-based questionnaire to assess outcomes of foot surgery: Validation in the context of surgery for hallux valgus. *Quality of Life Research*, 15(7), 1211–1222. <http://doi.org/10.1007/s11136-006-0061-5>

Elosua, P., & Zumbo, B. D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada, 20, 896–901.

Enright, D., & Waskett, R. (2011). Quality summary report : Podiatric Surgery, (Cqç Id).

Fcpods, A. J. M., & Fcpods, T. E. K. (2010). Patient-reported outcomes : a new direction for podiatric surgery ?, (October), 36–38.

Fernández, J., & Edo, S. (1994). ¿ Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud ? *Learning*, 10(2), 127–133. Retrieved from <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/29551/28611>

Garip, H., Abali, O., Göker, K., Göktürk, & Garip, Y. (2004). Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 42(6), 551–554. <http://doi.org/10.1016/j.bjoms.2004.08.001>

Garrow, a P., Papageorgiou, a C., Silman, a J., Thomas, E., Jayson, M. I., & Macfarlane, G. J. (2000). Development and validation of a questionnaire to assess disabling foot pain. *Pain*, 85(1–2), 107–13. [http://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00263-8](http://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00263-8)

Gramke, H.-F., de Rijke, J. M., Kleef, M. van, Kessels, A. G. H., Peters, M. L., Sommer, M., & Marcus, M. A. E. (2009). Predictive Factors of Postoperative Pain After Day-case Surgery. *The Clinical Journal of Pain*. <http://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31819a6e34>

Hashem, A. A., Noel, M., Bds, M. C., Sci, M. D., & Connell, B. O. (2005). Pain and Anxiety Following the Placement of Dental Implants, 943–950.

Herrera, F. J., Wong, J., & Chung, F. (2007). A systematic review of postoperative recovery outcomes measurements after ambulatory surgery. *Anesthesia and Analgesia*, 105(1), 63–69. <http://doi.org/10.1213/01.ane.0000265534.73169.95>

Hobby, J. L., Venkatesh, R., & Motkur, P. (2005). The effect of psychological disturbance on symptoms, self-reported disability and surgical outcome in carpal tunnel syndrome. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume*, 87(2), 196–200. <http://doi.org/10.1302/0301-620X.87B2.15055>

Hunt, K. J., & Hurwit, D. (2013). Use of patient-reported outcome measures in foot and ankle research. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 95(16), e118. <http://doi.org/10.2106/JBJS.L.01476>

Ip, H. Y. V., Abrishami, A., Peng, P. W. H., Wong, J., & Chung, F. (2009). Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology*, 111(3), 657–77. <http://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181aae87a>

Kaczander, B. I., Cramblett, J. G., & Mann, G. S. (2007). Perioperative Management of the Podiatric Surgical Patient. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery*. <http://doi.org/10.1016/j.cpm.2006.12.006>

Kagan, I., & Bar-Tal, Y. (2008). The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 576–583. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01968.x>

Kalkman, C. J., Visser, K., Moen, J., Bonsel, G. J., Grobbee, D. E., & Moons, K. G. M. (2003). Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain*, 105(3), 415–423. [http://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00252-5](http://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00252-5)

Kemeny, M. E. (2003). The Psychobiology of Stress. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), 124–129. <http://doi.org/10.1111/1467-8721.01246>

Kiecolt-glaser, J. K., Page, G. G., Marucha, P. T., Maccallum, R. C., & Glaser, R. (1998). Psychological Influences on Surgical Recovery, 53(11), 1209–1218.

Krywulak, S. a, Mohtadi, N. G. H., Russell, M. L., & Sasyniuk, T. M. (2005). Patient satisfaction with inpatient versus outpatient reconstruction of the anterior cruciate ligament: a randomized clinical trial. *Canadian Journal of Surgery. Journal Canadien de Chirurgie*, 48(3), 201–206.

Krywulak, S. a, Mohtadi, N. G. H., Russell, M. L., & Sasyniuk, T. M. (2005). Patient satisfaction with inpatient versus outpatient reconstruction of the anterior cruciate ligament: a randomized clinical trial. *Canadian Journal of Surgery. Journal Canadien de Chirurgie*, 48(3), 201–206.

Lemos, P., Jarrett, P., & Philip, B. (2006). *Day Surgery Development and Practice*.

Lingard, E. A., Katz, J. N., Wright, E. A., Sledge, C. B., States, U., Kingdom, U., & Ontario, T. W. (2004). Predicting the outcome of total knee arthroplasty. *The Journal of Bone and Joint Surgery.*, 86–A(10), 2179–2186.

Lithner, M., & Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient Education and Counseling*, 40(1), 29–37.

Macran, S., Kind, P., Collingwood, J., Hull, R., McDonald, I., & Parkinson, L. (2003). Evaluating podiatry services: Testing a treatment specific measure of health status. *Quality of Life Research*, 12(2), 177–188. <http://doi.org/10.1023/A:1022257005017>

Madrigal, I., Moreno, J., A Rubio, Ibáñez, A., López, J., & Martínez, L. (2005). Respuesta al estrés prequirúrgico en la cirugía sin ingreso: efectos sobre las poblaciones linfocitarias de un procedimiento de psicoprofilaxis quirúrgica. *Response to Presurgical Stress in Outpatient Surgery: Effects on Lymphocyte Populations of Psychological Treatment to Prevent Surgical Anxiety*, 52(7), 383–388. Retrieved from <http://www.sedar.es/revistasedar/sedar2005/7/indice.htm>

Maher, A. J., & Wilkinson, A. N. (2011). Clinical Audit Report: Doncaster Podiatric Surgery Service. *Podiatry Now*, 14(11), 27–31.

Maher, A. J. (2017). Patient reported outcomes six months following surgical treatment of end stage hallux rigidus in a community based podiatric surgery service. *Foot*, 30, 32–37. <http://doi.org/10.1016/j.foot.2017.01.007>

Maher, A. J., & Metcalfe, S. A. (2009). A report of UK experience in 917 cases of day care foot surgery using a validated outcome tool. *Foot*, 19(2), 101–106. <http://doi.org/10.1016/j.foot.2009.01.002>

Mandy, A., & Feeney, S. (2014). The Journal of Foot & Ankle Surgery Changes in Mood State after Day Case Forefoot Surgery. *The Journal of Foot & Ankle Surgery*, 53(3), 286–290. <http://doi.org/10.1053/j.jfas.2014.01.011>

Mandy, A., Pearman, A., & Ross, K. (2000). Postdischarge support for elective hip arthroplasty patients. *Physiotherapy Theory and Practice*, 16(3), 161–168. <http://doi.org/10.1080/095939800750036088>

McGrath, B., Elgendy, H., Chung, F., Kamming, D., Curti, B., & King, S. (2004). Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: a survey of 5,703 patients. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien D'anesthésie*, 51(9), 886–91. <http://doi.org/10.1007/BF03018885>

McGraw-Hill. (2002). McGraw-Hill Encyclopedia of Science and Technology. *McGrawHill Encyclopedia of Science and Technology*, 15600. <http://doi.org/10.4135/9781412959216>

- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A. K., Moller, H. J., Hegerl, U., & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depression and Anxiety, 24*(1091–4269 (Print)), 185–195. <http://doi.org/10.1002/da.20192>
- Mitchell, M. (2013). Home recovery following day surgery, *18*(13), 158–174.
- Mitchell, M. (2014). Home recovery following day surgery : a patient perspective, 415–427. <http://doi.org/10.1111/jocn.12615>
- Mitchell, M. (2009). Patient anxiety and conscious surgery. *Journal of Perioperative Practice, 19*(6), 168–173.
- Mitchell, M. (2008). Conscious surgery: Influence of the environment on patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing, 64*(3), 261–271. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04769.x>
- Moerman, N., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam Scale (APAIS).
- Morita, Y., Sanuki, M., Kinoshita, H., Fujii, K., Kajiyama, S., & Nakanuno, R. (2002). Assessment of preoperative anxiety in patients entering the operating room on foot using state-trait anxiety inventory. *Japanese Journal of Anesthesiology, 51*(4), 382–386.
- Mouton, A., Le Strat, V., Medevielle, D., Kerroumi, Y., & Graff, W. (2015). Patient's satisfaction after outpatient forefoot surgery: Study of 619 cases. *Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research, 101*(6), S217–S220. <http://doi.org/10.1016/j.otsr.2015.06.004>
- Niemi-Murola, L., Pöyhiä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkelä, A., & Niemi, T. T. (2007). Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management-Effect of Preoperative Factors. *Pain Management Nursing, 8*(3), 122–129. <http://doi.org/10.1016/j.pmn.2007.05.003>
- Nishimori, M., Moerman, N., Fukuhara, S., Dam, F. S. A. M. Van, & Muller, M. J. (2002). Translation and validation of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) for use in Japan, 361–364.
- Papaceit, J., Olona, M., Ramón, C., García-Aguado, R., Rodríguez, R., & Rull, M. (2003). Encuesta nacional sobre manejo preoperatorio y criterios de selección de pacientes en las unidades de cirugía mayor ambulatoria españolas. *Gaceta Sanitaria*. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(03\)71774-9](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(03)71774-9)
- Parameters, P. (2013). Statement on nonoperating room anesthetizing locations, 7–8.

Parker, J., Nester, C. J., Long, A. F., & Barrie, J. (2003). The Problem with Measuring Patient Perceptions of Outcome with Existing Outcome Measures in Foot and Ankle Surgery. *Foot & Ankle International*, 24(1), 56–60. <http://doi.org/10.1177/107110070302400109>

Parris, W. C. V, Matt, D., Jamison, R. N., & Maxson, W. (1988). Winston C.V. Parris, 61–64.

Patient, P., & Questionnaire, S. (n.d.). PASCUM Patient Satisfaction Questionnaire (P. S. Q 10) Name : Operation date :, 4–5.

Pellino, T. a. (1997). Relationships between patient attitudes, subjective norms, perceived control, and analgesic use following elective orthopedic surgery. *Research in Nursing {&} Health*, 20(2), 97–105.

Raich, M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I., & Zapataer, L. (1996). Clinica y salud.

Rees, S., & Tagoe, M. (2002). The efficacy and tolerance of local anaesthesia without sedation for foot surgery. *The Foot*, 12(3), 188–192. <http://doi.org/10.1054/foot.2002.0745>

Review, A. Q. S. (2016). Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption, (3), 657–677.

Ricart, A., Pelegrí, D., Iruela, O., Estrada, M. D., & Borbón, M. C. (2002). *Criteris tècnics d'autorització administrativa dels centres assistencials en l'àmbit de la cirurgia ambulatoria i de les exploracions i proves diagnosticoterapèutiques*.

Richter, M., Zech, S., Geerling, J., Frink, M., Knobloch, K., & Krettek, C. (2006). A new foot and ankle outcome score: Questionnaire based, subjective, Visual-Analogue-Scale, validated and computerized. *Foot and Ankle Surgery*, 12(4), 191–199. <http://doi.org/10.1016/j.fas.2006.04.001>

Riskowski, J. L., Hagedorn, T. J., & Hannan, M. T. (2011). Measures of foot function, foot health, and foot pain: American Academy of Orthopedic Surgeons Lower Limb Outcomes Assessment: Foot and Ankle Module (AAOS-FAM), Bristol Foot Score (BFS), Revised Foot Function Index (FFI-R), Foot Health Status Questionnaire. *Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11). <http://doi.org/10.1002/acr.20554>

Rosenberger, P. H., Jokl, P., & Ickovics, J. (2006). Psychosocial factors and surgical outcomes: an evidence-based literature review. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 14(7), 397–405. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

S. Rees, & M. Tagoe. (2002). the efficacy and tolerance of local anaesthesia without sedation for foot surgery. *The Foot*, 12, 188–192.

Salmon, P. (1992). Psychological-Factors in Surgical Stress - Implications for Management. *Clinical Psychology Review*, 12(7), 681–704. [http://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90020-9](http://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90020-9)

Scott, L. E., Clum, G. A., & Peoples, J. B. (1983). Preoperative predictors of postoperative pain. *Pain*, 15(1–4), 283–293. [http://doi.org/10.1016/0304-3959\(83\)90063-5](http://doi.org/10.1016/0304-3959(83)90063-5)

Shuldham, C. (1999). A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 36(2), 171–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10376227>

Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., & Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 169–176. [http://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00191-X](http://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00191-X)

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (2010). *Stai. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. [http://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0\\_6709](http://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_6709)

Stevenson, J., & Munafo, M. R. (2001). Anxiety and surgical recovery Reinterpreting the literature, 51, 589–596.

Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377–401. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>

Tehrani, A. B., Feldman, S. R., Camacho, F. T., & Balkrishnan, R. (2011). Patient Satisfaction with Outpatient Medical Care in the United States. *Health Outcomes Research in Medicine*, 2(4), e197–e202. <http://doi.org/10.1016/j.ehrm.2011.09.001>

Tsapakis, E. M., Tsiridis, E., Hunter, A., Gamie, Z., Georgakarakos, N., Thomas, P., Schizas, C., West R. M. (2009). Modelling the effect of minor orthopaedic day surgery on patient mood at the early post-operative period: a prospective population-based cohort study. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 24(2), 112–8. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.09.002>

Unwin, A. (2013). *Discovering Statistics Using R by Andy Field, Jeremy Miles, Zoë Field. International Statistical Review* (Vol. 81). [http://doi.org/10.1111/insr.12011\\_21](http://doi.org/10.1111/insr.12011_21)

Urfalioglu, A., Gokdemir, O., Hanbeyoglu, O., Bilal, B., Oksuz, G., Toker, M., & Gungor, L. (2015). A comparison of ankle block and spinal anesthesia for foot surgery. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(10), 19388–19393.

Valenzuela-millán, J., Barrera-serrano, J. R., Ornelas-aguirre, J. M., Cirujanos, C., Valenzuela-millán, J., Barrera-serrano, J. R., & Ornelas-aguirre, J. M. (2010). anest{é}sicos, 78, 151–156.

Vaughn, F., Wichowski, H., & Bosworth, G. (2007). Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain? *AORN Journal*, 85(3). [http://doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)60130-6](http://doi.org/10.1016/S0001-2092(07)60130-6)

Weiskopf, R., & Ghoneim, M. M. (2016). Awareness Anesthesia, (2).

Wetsch, W. A., Pircher, I., Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, C., Heinz-Erian, P., & Benzer, A. (2009). Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 103(2), 199–205. <http://doi.org/10.1093/bja/aep136>

Wilkinson, A. N., & Maher, A. J. (2011). Patient expectations of podiatric surgery in the United Kingdom. *Journal of Foot and Ankle Research*, 4, 27. <http://doi.org/10.1186/1757-1146-4-27>

Wolters, U., Wolf, T., Stutzer, H., & Schroder, T. (1996). ASA classification and perioperative variables as predictors of postoperative outcome. *British Journal of Anaesthesia*, 77(2), 217–222. <http://doi.org/10.1093/bja/77.2.217>

Wong, J., Tong, D., De Silva, Y., Abrishami, A., & Chung, F. (2009). Development of the functional recovery index for ambulatory surgery and anesthesia. *Anesthesiology*, 110(3), 596–602. <http://doi.org/10.1097/ALN.0b013e318197a16d>

