



**UNIVERSIDAD DE NAVARRA**  
**Facultad de Enfermería**  
Máster en Práctica Avanzada y Gestión en Enfermería

**Programa de Educación Multicomponente para  
promocionar el autocuidado en pacientes  
sometidos a Cirugía Ambulatoria**

Lucía Álvarez González  
Dirigido por: Navidad Canga

Pamplona, Junio de 2018





Universidad  
de Navarra

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**Master en Practica Avanzada y Gestión en Enfermería**

El presente trabajo, *Programa de Educación Multicomponente para promocionar el autocuidado en pacientes sometidos a Cirugía Ambulatoria*, presentado por Dña. LUCÍA ÁLVAREZ GONZÁLEZ para optar al grado de MÁSTER EN PRÁCTICA AVANZADA Y GESTIÓN EN ENFERMERÍA, ha sido realizado bajo mi dirección en la Universidad de Navarra.

Revisado el texto doy conformidad a su presentación para ser juzgado.

Pamplona, 18 de junio de 2018

Vº Bº el director

Prof. Dra. NAVIDAD CANGA ARMAYOR  
Facultad de Enfermería.  
Universidad de Navarra



*Quisiera dedicar este trabajo a la memoria de mi padre, por su apoyo constante en mi carrera profesional, su legado de amor por el Cuidado y gracias al cual, junto al respaldo incondicional de mi madre, tuve la oportunidad de cursar mis estudios en esta universidad y lograr una excelente formación académica, profesional y humana.*

*Por otro lado, quisiera mostrar mi más profundo agradecimiento a todos los profesores y a mi tutora que han hecho que este proceso de aprendizaje fuese posible,*

*especialmente a la Dra. Navidad Canga Armayor por su dedicación, apoyo y gran ayuda en el presente trabajo y a lo largo de todo el máster,*

*a la dirección de la Clínica Universidad de Navarra por haberme permitido dedicarme a tiempo completo a este máster,*

*a Doña María Pueyo y Doña Lucía Palacios por su ayuda y colaboración,*

*a mis compañeros de máster, especialmente a Teresa por su cariño y respaldo incondicional,*

*y a mi familia, especialmente a mi madre y a mi esposo, por su apoyo constante y colaboración. Sin ellos no hubiera sido posible.*



# ÍNDICE

RESUMEN .....	9
ABREVIATURAS.....	10
INTRODUCCIÓN .....	11
OBJETIVO DEL ESTUDIO.....	12
REVISIÓN DE LA LITERATURA Y MARCO CONCEPTUAL .....	12
1. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA ..	12
1.1 Estrategia de búsqueda.....	12
1.2 Criterios de selección de los artículos.....	13
1.3 Proceso de selección de los artículos .....	13
2. RESULTADOS .....	13
2.1 Intervenciones del profesional de la salud.....	14
2.1.1 Información estandarizada a modo de consejo breve .....	14
2.1.2 Intervención individualizada e intensiva .....	15
2.1.3 Intervenciones multimodales o multicomponentes.....	16
2.1.3.1 Intervenciones telefónicas.....	16
2.1.3.2 Intervenciones de servicio integral del cuidado.....	17
2.2 Intervenciones de autoayuda.....	18
3. CONCLUSIONES .....	19
PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN .....	21
1. TÍTULO .....	21
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	21
3. METODOLOGÍA .....	21
3.1 Diseño del estudio.....	21
3.2 Población y ámbito de estudio .....	22
3.3 Muestra .....	22
3.4 Definición de las variables.....	23
3.5 Instrumentos de evaluación.....	24
3.6 Componentes del programa y su aplicación .....	25
3.7 Trabajo de Campo.....	28
3.8 Análisis estadístico y epidemiológico de los datos.....	29
3.9 Consideraciones éticas .....	30
3.10 Limitaciones del estudio .....	30
3.11 Presupuesto económico.....	31
4. IMPLICACIONES PRÁCTICAS DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO .....	31
5. CRONOGRAMA.....	32
BIBLIOGRAFÍA .....	33
ANEXOS .....	37
<b>Anexo 1.</b> Estrategia de búsqueda.....	37
<b>Anexo 2.</b> Guías internacionales y libros de cirugía ambulatoria (CA).....	38
<b>Anexo 3.</b> Resumen de los estudios seleccionados .....	39
<b>Anexo 4.</b> Diagrama PRISMA de la estrategia de búsqueda en las bases de datos .....	49
<b>Anexo 5.</b> Cirugías realizadas en la CUN. Ambulatorio (AMB) y hospitalario (HOSP) .....	50
<b>Anexo 6.</b> Instrumentos.....	51
<b>Anexo 7.</b> Estrategias educativas del programa educativo para el alta de CA.....	58
<b>Anexo 8.</b> Cuestionario para seguimiento telefónico tras CA .....	59
<b>Anexo 9.</b> Cuestionario actual para seguimiento telefónico tras CA en la CUN.....	60
<b>Anexo 10.</b> Ejemplo para visualización en pantalla de los ítems de la App móvil.....	61

<b>Anexo 11.</b> Ítems originales del cuestionario (SwQoR) para la aplicación móvil (RAPP).....	62
<b>Anexo 12.</b> Módulos del programa educativo multicomponente para el alta en CA...	63
<b>Anexo 13.</b> Hoja de Información al Participante .....	64
<b>Anexo 14.</b> Consentimiento informado.....	66
<b>Anexo 15.</b> Presupuesto funcionalidades programación y desarrollo informático .....	67
<b>Anexo 16.</b> Cronograma.....	68



## RESUMEN

**Título:** Programa de educación multicomponente para promocionar el autocuidado en pacientes sometidos a una cirugía ambulatoria.

**Introducción:** La cirugía ambulatoria se ha convertido en las dos últimas décadas en el *Gold Standard* de los procedimientos quirúrgicos. Su éxito recae en el carácter distintivo de *autocuidado*, consecuentemente la educación al paciente y un adecuado plan de alta son imprescindibles. Para ello, el profesional de enfermería se convierte en una figura clave para desarrollar programas educativos dirigidos al empoderamiento del paciente en su autocuidado tras el alta.

**Objetivos:** Explorar la evidencia actual sobre intervenciones educativas de la enfermera en el área quirúrgica ambulatoria que contribuyan a la recuperación domiciliar del paciente tras el alta.

**Metodología:** En la primera parte del estudio se realizó una revisión narrativa de la literatura y en la propuesta del estudio se propone un ensayo clínico aleatorizado de intervención.

**Resultados:** Los programas educativos son heterogéneos en cuanto a la población de estudio y poseen diferentes estrategias de intervención dirigidos al autocuidado tras el alta. Principalmente utilizan dos estrategias: intervenciones del profesional de la salud e intervenciones de autoayuda.

**Conclusiones:** Existe un vacío en nuestro contexto en cuanto a la efectividad de los programas educativos para el alta y su seguimiento, por lo que se plantea desarrollar, implementar y evaluar un programa de educación multicomponente con intervención individualizada intensiva y soporte postoperatorio, llevado a cabo por profesional de enfermería experto, para promocionar el autocuidado en pacientes tras la cirugía ambulatoria.

**Palabras clave:** Enfermería; Educación; Cirugía ambulatoria; Alta; Postoperatorio; Recuperación.

## **ABREVIATURAS**

- CA:** Cirugía ambulatoria
- UCA:** Unidad de Cirugía Ambulatoria
- AVD:** Actividades de la vida diaria
- NLD:** Nurse led discharge
- SNU:** Surgery nursing units
- EpS:** Educación para la Salud
- RAPP:** Recovery assessed by phone points
- CUN:** Clínica Universidad de Navarra
- GC:** Grupo control
- GI:** Grupo intervención
- SRM:** Standardized response mean
- I+D:** Proyecto de investigación y desarrollo

## INTRODUCCIÓN

La cirugía ambulatoria (CA)<sup>1</sup> hace referencia a los procedimientos quirúrgicos planificados cuya admisión hospitalaria y alta domiciliaria tienen lugar el mismo día, y por lo tanto no requieren de ingreso en el hospital<sup>1</sup>. Su desarrollo y significativa aceptación está fundamentada en los beneficios que reporta tales como: reducción de costes, de las listas de espera, reducción del riesgo de cancelaciones, disminución de la tasa de infecciones, y su aceptación como menos disruptivo para el paciente contribuyendo a mejorar su recuperación y rendimiento<sup>2,3</sup>.

En consecuencia, la CA se ha convertido en las dos últimas décadas en el *Gold Standard* de los procedimientos quirúrgicos<sup>2,3,4,5,6</sup>. Debido principalmente al desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas, a los avances tecnológicos y anestésicos, y a la preferencia de los pacientes de recuperarse en su propio entorno familiar<sup>6</sup>.

La evolución de la CA representa una nueva era para el conocimiento, las habilidades y la práctica de los profesionales de la salud<sup>6</sup>. Para ello se han desarrollado en los hospitales las unidades de cirugía ambulatoria (UCA)<sup>5</sup>, debido principalmente a sus beneficios<sup>1</sup>. Pero su éxito recae en el carácter distintivo de *autocuidado*<sup>2</sup>, por lo que es imprescindible la educación a la persona-familia y un adecuado plan de alta<sup>2,3,4,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17</sup>.

En el contexto de CA, autocuidado se refiere a la capacidad de manejar los síntomas y el tratamiento así como las consecuencias físicas, psicológicas, culturales y espirituales postoperatorias relacionadas con el procedimiento quirúrgico<sup>3,18</sup>. La educación en el autocuidado es esencial para prevenir errores y problemas postoperatorios<sup>3,18,19,20</sup>.

En consonancia con todo lo anterior, los profesionales de la salud son figuras clave en las estrategias que conlleven permitir a las personas cuidar de sí mismas y de otros<sup>21</sup>. Para lograrlo se debe potenciar la introducción del concepto de *autoayuda* o *autocuidado* en la totalidad de la población y en cada unidad donde se ofrece el servicio de salud a la persona<sup>19,20</sup>.

Dentro del término “intervención del profesional de la salud en CA” se pueden englobar varias modalidades o estrategias de intervención educativas llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar comprometido (enfermera-cirujano-anestésista). Pero, en la preparación para el alta la enfermera es la figura de referencia a la que el paciente demanda más información<sup>18,22,23,24</sup>. Por lo tanto, tiene la responsabilidad ética de evaluar, cuidar y educar al paciente de CA para ayudarlo a entender y procesar la experiencia quirúrgica y la disrupción que ello provoca en su vida<sup>10,22,25</sup>. Los cambios experimentados por la persona en CA contribuyen como catalizador para lograr habilidades de autocuidado gracias a la implicación de la enfermera en la educación del cuidado postoperatorio<sup>8,22,25,26</sup>.

---

<sup>1</sup> El Real Decreto 1277/2003 define la cirugía ambulatoria como: «Procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario».

<sup>2</sup> *Autocuidado*: Es un concepto multifacético y la habilidad del autocuidado se ve afectada por varios factores tales como la etnia, el género, la edad, la clase social y las experiencias de vida del individuo<sup>18</sup>.

La evidencia demuestra que la enfermera desempeña un fuerte liderazgo en el Plan de Alta<sup>3</sup> del paciente en la UCA y destaca por un distintivo rol de ayuda, enseñanza y *coaching*<sup>4</sup>. Sin embargo, la puesta en práctica de estrategias educativas que preparen al paciente para el alta y su autocuidado en el domicilio son actualmente un desafío para los profesionales<sup>2,3,7,9,10,13,14,15,17,22,27,28</sup>, y especialmente en nuestro contexto donde no están tan desarrolladas<sup>22</sup>.

Por lo tanto, la enfermera de la UCA debe buscar soluciones educativas, que equilibren la creciente demanda entre la mínima estancia y el cuidado efectivo del paciente/familia<sup>2,5,6,29</sup>, desarrollando estrategias de intervención educativas que deben ajustarse a las preferencias y expectativas de los usuarios<sup>22,25,30</sup>.

## OBJETIVO DEL ESTUDIO

Identificar las intervenciones educativas de la enfermera en el área quirúrgica ambulatoria que contribuyan a la recuperación domiciliaria del paciente tras el alta.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA Y MARCO CONCEPTUAL

### 1. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Para responder al objetivo del estudio se realizó una revisión narrativa de la literatura. Con la revisión narrativa nos aproximamos al conocimiento de nuestro tema de interés así como a su contextualización. Hart define la revisión narrativa como la selección de los documentos disponibles sobre el tema, y cuyo contenido nos muestra la evidencia sobre un punto de vista en particular, para cumplir ciertos objetivos o expresar determinadas opiniones sobre la naturaleza del tema y la forma en que se va a investigar, así como la evaluación de estos documentos en relación con la investigación que se propone<sup>31,32,33</sup>.

#### 1.1 Estrategia de búsqueda

Inicialmente, tras identificar las palabras clave, se llevaron a cabo diversas estrategias de búsqueda que permitieron dar una aproximación al tema de estudio, identificar los vacíos existentes y contextualizar el problema a investigar.

Finalmente, se llevó a cabo una búsqueda avanzada de los términos clave por título y resumen [tiab] que otorgó especificidad. Se usaron términos truncados, útiles para mejorar la sensibilidad de la búsqueda..

Las bases de datos revisadas fueron: Pubmed, CINAHL y Cochrane Library. Se emplearon los términos de búsqueda: *nursing*, *nurs\**, *education*, *teaching*, *information*, *counseling*, “*day surgery*”, “*outpatient surgery*”, “*ambulatory surgery*”, *discharge*, *recover\** y *postoperat\**, junto con los operadores booleanos “OR” para combinar los

---

<sup>3</sup> *Plan de Alta*: Programa de preparación y educación del paciente sometido a CA para el alta, con el fin de continuar el cuidado en su domicilio<sup>5,22</sup>.

<sup>4</sup> Enseñanza-*Coaching* es la competencia mejor evaluada por las enfermeras de la UCA y contribuye eficazmente en el Plan de Alta del paciente gracias al empoderamiento de la persona (persona-familia), evaluadas con el instrumento *Nurse Competence Scale* (NCS) en el estudio de Hamström et al<sup>8</sup>.

términos relacionados con un mismo concepto, y “AND” para combinar los distintos componentes de la búsqueda (Anexo 1).

La búsqueda se limitó a los artículos cuyo texto completo estuviera disponible, publicados desde el año 2000 hasta febrero del 2018 y escritos en inglés y en español.

### 1.2 Criterios de selección de los artículos

Para la selección de los artículos se establecieron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

#### *Criterios de inclusión:*

- Estudios que describan y/o evalúen intervenciones y/o actividades educativas enfermeras para el postoperatorio en pacientes de cirugía ambulatoria en adultos.
- Artículos que traten sobre sistemas/recursos de apoyo para el desarrollo de actividades de educación para el alta del paciente tras la cirugía ambulatoria.
- Revisiones bibliográficas, guías, literatura gris, estudios cuantitativos y cualitativos.

#### *Criterios de exclusión:*

- Estudios sobre intervenciones educativas para el postoperatorio de cirugía ambulatoria infantil.
- Artículos centrados en intervenciones educativas específicas a un tipo concreto de cirugía y/o patología del paciente en cirugía ambulatoria.
- Estudios que centren sus actividades de educación, información y consejo para el alta de cirugía ambulatoria abordado por otros profesionales.
- Estudios focalizados sólo en información y/o educación de analgesia y dolor.

### 1.3 Proceso de selección de los artículos

La búsqueda realizada en las distintas bases de datos identificó un total de 425 artículos, de los cuales 161 eran de Pubmed, 248 de CINAHL y 16 de Cochrane Library. La selección de los mismos se llevó a cabo de forma sistemática. En primer lugar, tras la lectura del título se obtuvieron un total de 45 y tras revisar el resumen de éstos, se seleccionaron 32. A continuación, tras eliminar los duplicados (n = 6) y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se retuvieron en total 24 artículos. De cada uno de ellos se llevó a cabo una lectura profunda, seleccionando finalmente 21 estudios. Además, se revisaron las listas de referencias identificándose 6 artículos adicionales. También, para asegurar la inclusión de otros documentos relevantes se revisaron guías y libros de cirugía ambulatoria de ámbito internacional añadiéndose 3 estudios (Anexo 2). Finalmente se dispuso de un total de 30 estudios (Anexo 3). El proceso de selección se puede ver en (Anexo 4).

## 2. RESULTADOS

De los 30 artículos que se incluyeron en la revisión diez son estudios cuantitativos<sup>2,8,12,16,17,23,34,35,36,37</sup>; ocho cualitativos<sup>3,7,9,11,13,14,38,39</sup>; tres utilizaron una metodología combinada<sup>4,25,30</sup> y nueve son revisiones bibliográficas<sup>1,10,15,22,26,27,28,40,41</sup>.

Los estudios se llevaron a cabo en Estados Unidos (n=8), Reino Unido (n=6), Suecia (n=5), Australia (n=3) y Finlandia (n=2); el resto corresponden a Canadá,

Dinamarca, Irlanda, España, Turquía y Taiwán. Por lo tanto, se obtiene una perspectiva internacional del tema de estudio.

Las intervenciones se incluyen en dos grandes categorías, ambas con un enfoque educativo hacia el autocuidado de la persona tras CA:

- Intervenciones llevadas a cabo por los profesionales de la salud.
- Intervenciones de autoayuda.

## **2.1 Intervenciones del profesional de la salud**

Los profesionales de la salud tienen una posición privilegiada para intervenir en el cuidado y la preparación para el alta de los pacientes sometidos a CA. Por lo tanto, tienen la responsabilidad de ayudar al paciente a desarrollar habilidades de autocuidado, esencial para el alta domiciliaria tras CA<sup>5,6</sup>.

Las diferentes modalidades de intervención requieren presencialidad y el establecimiento de una relación terapéutica entre el profesional de la salud y el paciente/familia<sup>8,25,26,38</sup>, considerados, estos últimos, receptores clave de la intervención del profesional de la salud<sup>5,6,29,42,43,44</sup>.

Las modalidades de intervención, aunque persigan un objetivo común -el empoderamiento del paciente/familia para lograr habilidades de autocuidado- tienen enfoques y características diferentes. De ese modo, la intervención del profesional de la salud incluye desde un consejo breve, a una intervención individualizada e intensiva, hasta intervenciones multicomponentes.

### **2.1.1 Información estandarizada a modo de consejo breve**

El consejo breve es una intervención mínima de información, motivación y propuesta de cambio respecto a un determinado comportamiento en salud y que requiere de poco tiempo. Es conveniente, debido a sus peculiaridades, que vaya acompañado de material de auto-ayuda como respaldo y habitualmente suele ser soporte escrito<sup>4,14,28</sup>.

Tiene lugar principalmente en el periodo postoperatorio, concretamente en el momento del alta, en la UCA<sup>15,16,17,27,28,36,38,39</sup>. Este tipo de intervención conlleva un plan de alta que no permite al profesional establecer un contacto estrecho con el paciente/familia, principalmente debido al estado del paciente en el postoperatorio inmediato, que le posiciona como sujeto pasivo, le otorga menos poder de participación y no permite al profesional evaluar sus necesidades específicas para el autocuidado<sup>3,23,36</sup>.

Ante la dinámica del servicio prestado en la UCA este modelo paternalista se hace más evidente<sup>1,2,8,10,11,12,16,22,26,35,36</sup>, por lo tanto, este tipo de intervenciones breves no permiten establecer una adecuada relación terapéutica entre la persona y el profesional de la salud. En base a ello, a pesar del papel relevante del paciente/familia para la recuperación tras CA<sup>5,6</sup>, con este tipo de intervención el paciente no está adecuadamente informado, preparado y motivado para el alta<sup>1,2,7,8,9,10,11,13,14,15,17,22,26,27,28,30</sup>.

La información estandarizada no es suficiente para la mayoría de los pacientes, éstos perciben una carencia de atención centrada en su caso particular<sup>2,3,4,9,11,12,14,16,35</sup>. Puede utilizarse para los casos sencillos o menos proclives a sufrir complicaciones, y no se recomienda su uso para aquellos que deben manejar situaciones más complejas con un plan de formación específico y personalizado.

Además, este tipo de información es biofisiológica y funcional y más limitada en el campo experiencial, ético, social y económico<sup>12</sup>, esto provoca incertidumbre por la falta de información específica, inadecuada preparación y ansiedad ante la responsabilidad que recae en la persona-familia. Es un dato importante a tener en cuenta por los profesionales, ya que el paciente de CA necesita información sobre otras cuestiones que convergen en su proceso de recuperación<sup>2,4,12,27,35,36</sup>.

Por todo ello, la falta de preparación del paciente/familia desencadenaría un aumento de la demanda de servicios postoperatorios, presencia de complicaciones por inadecuado automanejo, retraso en la recuperación, insatisfacción por parte de los usuarios de CA y una descompensación coste-efectiva de los servicios sanitarios<sup>5,6,7,17,23,30,34,37,39,40,41</sup>.

### 2.1.2 Intervención individualizada e intensiva

Este tipo de intervención requiere disponer de más tiempo para dedicar a los pacientes<sup>1,8,10,17,22,28,30,35</sup>. Permite a los profesionales intervenir de modo individualizado durante una visita o consulta de rutina preoperatoriamente<sup>1,3,9,16,34</sup>, aunque en algunos casos, puede requerir soporte en el postoperatorio<sup>2,17,22,26,30,35</sup>.

Ésta se lleva a cabo principalmente en la UCA por profesionales de enfermería el mismo día o días previos próximos a la cirugía (generalmente el día anterior), también es posible en los centros de consulta ambulatoria<sup>5,6,29</sup> denominados “one stop clinic”.

No todos los pacientes necesitan la misma cantidad de información, debe personalizarse para evitar problemas en el domicilio<sup>1,3,4,8,10,12,22,26,28,36</sup>. Además, está demostrado que quitar peso o importancia a lo que van a experimentar perjudica en vez de ayudar<sup>11,25</sup>. En consecuencia, las enfermeras de la UCA deben confeccionar un programa de educación individualizada para el alta acorde a esas necesidades específicas<sup>1,3,4,8,10,12,22,26,28,36</sup>.

Principalmente el paciente y su familia necesitan información particular respecto al automanejo de: tratamiento/medicación, síntomas y posibles complicaciones, AVD. Así como accesibilidad a los profesionales de la salud tras el alta<sup>2,3,5,9,30,35,36</sup>. Varios estudios demuestran que el inadecuado manejo del dolor, así como falsas expectativas son las principales causas de reingreso<sup>2,3,4,13,14,15,17,30,36</sup>.

A todo lo anterior cabe añadir que la mayoría de los pacientes no sufren complicaciones tras la cirugía o son menores<sup>5,6,15</sup>, pero los síntomas aparecen generalmente a partir del tercer día del postoperatorio<sup>27</sup> por ello, el paciente/cuidador debe estar informado y preparado, evitando así incertidumbres que puedan obstaculizar el progreso de autocuidado<sup>9,15,17,30,36</sup>. Los pacientes consideran importante la presencia del cuidador por ello la responsabilidad no sólo debe ser asumida por el paciente, también el cuidador debe asumir su parte de responsabilidad<sup>5,6,7,9,11,13,15</sup>. Es importante que el profesional de enfermería tenga claro en quien recae el compromiso en el domicilio y lo tenga presente en el Plan de Alta Personalizado<sup>5,6,7</sup>.

Desde la perspectiva de este tipo de intervención individualizada el profesional de la UCA se convierte en un catalizador para lograr un cambio satisfactorio en la experiencia y la recuperación domiciliaria tras la CA. El paciente desempeña un rol activo, siendo el protagonista de un servicio personalizado y no estandarizado, que le diferencia del resto de los pacientes y le hace sentirse satisfecho de su experiencia tras la CA<sup>9,19,45</sup>, respaldado con unos óptimos resultados de recuperación<sup>3,4,5,6,8,11,26,29,38</sup>.

Son muchos estudios los que consideran esta intervención efectiva. No solo por la mejora de la recuperación en el domicilio, sino porque aumenta la satisfacción de las personas que la reciben. Los pacientes y sus familias se sienten empoderados en su autocuidado en concordancia a sus necesidades y características particulares<sup>9,19,24</sup>.

Hovsepian et al<sup>34</sup> afirman que las enfermeras perciben una reducción de tiempo considerable en la ocupación de la unidad de recuperación post-anestésica, ya que el programa contribuye a la agilidad del alta.

### **2.1.3 Intervenciones multimodales o multicomponentes**

Las intervenciones multicomponentes surgen ante la necesidad de proporcionar un seguimiento en el cuidado de los pacientes de la UCA tras el alta<sup>12,13,16,22,26,27,30</sup> por parte de los profesionales<sup>2,9</sup>. La alfabetización en salud juega un papel relevante como estrategia de empoderamiento<sup>45</sup>, ya que permite al paciente/familia tomar decisiones apropiadas para su autocuidado<sup>3</sup>.

Estas intervenciones conllevan la coordinación de diferentes estrategias educativas llevadas a cabo por profesionales especializados en los diferentes momentos del periodo postoperatorio<sup>2,10,15,23,25,26,28,30,37,39,40,41</sup>. Entre estas se encuentran las intervenciones telefónicas<sup>10,15,23,25,26,28,30,37,39,40,41</sup> y las intervenciones de servicio integral<sup>2,4,9,13,14,15</sup>.

#### **2.1.3.1 Intervenciones telefónicas**

La llamada telefónica se presenta como una estrategia adecuada para el plan de alta dada la falta de tiempo por parte de los profesionales y constante flujo de pacientes en la UCA<sup>26,28,41</sup>. Esta práctica es ampliamente utilizada ya que cubre las necesidades de información y de autocuidado para el postoperatorio. Concretamente, el profesional con un adecuado *feedback* contribuye a que el paciente sea capaz de reconducir hábitos no saludables<sup>16,28</sup> y a liderar la mejora de su bienestar<sup>4,40</sup>. De esta manera se fortalece el plan de autocuidado gracias a la implicación activa del paciente y familia en todo el proceso<sup>4,7,10,15,16,27,28,30,37,39,40,41</sup>. Además, estas llamadas de seguimiento contribuyen, de modo efectivo y eficiente, al desarrollo de intervenciones educativas<sup>22,25</sup> iniciadas en la UCA.

La conversación telefónica se lleva a cabo por un profesional capacitado y experto en la UCA<sup>25,26,40,41</sup> tras una meticulosa revisión del historial del paciente. Por otro lado, la evidencia recomienda contar con un mínimo de dos enfermeras y un lugar habilitado tranquilo para proporcionar un buen servicio<sup>25,40,41</sup>. Las llamadas telefónicas deben registrarse en el historial del paciente<sup>25,40</sup>.

Los resultados demuestran que los pacientes necesitan el seguimiento telefónico<sup>4,7,16,25,30,40,41</sup>. El momento idóneo para llevarlo a cabo pueden ser las primeras 24 ó 48 horas tras la cirugía<sup>4,7,22,25,30,41</sup>. Por otro lado Dewar<sup>39</sup> demuestra que la mayor compenetración con el paciente surge a partir del tercer día postoperatorio. Además, añade que si el seguimiento telefónico se lleva a cabo el primer día tras la cirugía, la tarde o el anochecer son el mejor momento. Estos datos resultan relevantes junto con los ofrecidos por el estudio de Marley et al<sup>15</sup> y Young et al<sup>17</sup> que consideran cruciales los tres primeros días post-cirugía para el automanejo de los síntomas y el consecuente autocuidado.



Existen diferentes modalidades de intervención telefónica:

*Servicio telefónico con doble acceso (pre y postoperatorio):* Éste se caracteriza por el establecimiento de un contacto por parte del profesional entre uno y siete días previos a la CA; y después de 24 a 48 horas tras el alta. Por lo tanto, además de cubrir las necesidades del paciente para el alta, permite prepararlo adecuadamente para la cirugía. Este tipo de estrategia fue llevada a cabo por Chen et al<sup>37</sup> (*Telephone Call Service -TCS-*) cuyos resultados reflejan la satisfacción de los pacientes en la preparación para la cirugía y la eficacia del cuidado tras el alta.

*Servicio telefónico de soporte las primeras 24 horas tras la cirugía:* Este servicio es prestado en el postoperatorio inmediato y se ofrece como alternativa de ayuda y continuidad del cuidado tras la cirugía<sup>1,4,7,14,22,25,27,30</sup>. En este caso el paciente/familia puede contactar con el profesional de guardia de la UCA desde su domicilio, durante las primeras horas tras la cirugía. De esta manera, el profesional puede detectar signos tempranos de complicaciones y aconsejar al paciente ante situaciones que no sean capaces de solventar por si solos o les provoque incertidumbre. Los pacientes valoran mucho este soporte telefónico continuo, ya que les da tranquilidad para irse seguros a su domicilio.

*Servicio de seguimiento postoperatorio:* Esta estrategia denominada también *postoperative phone calls (PPC)*<sup>8</sup> es programada previamente por el profesional que establece contacto telefónico (entre 24 y 72 horas post-cirugía)<sup>4,7,10,15,16,22,25,28,30,37,39,40,41</sup>. Al igual que las anteriores, su principal objetivo es respaldar y guiar al paciente/familia<sup>15,30,39</sup>. Concretamente, busca reforzar, mejorar y completar la continuidad del autocuidado a partir del feedback del profesional<sup>25,40</sup>, proporcionar tranquilidad<sup>7</sup> y aumentar la autoconfianza. Además, sirve como estrategia de marketing ya que mejora la satisfacción del paciente por el servicio recibido y contribuye a reducir el uso de otros recursos y servicios<sup>15,25,30,37,40,41</sup>.

Autores como Mitchell<sup>10</sup> sugieren incluir un apoyo psicosocial al paciente en este seguimiento postoperatorio usando un formulario adaptado de *Post-Anaesthesia Discharge Score (PADS)*.

### **2.1.3.2 Intervenciones de servicio integral del cuidado**

Este tipo de intervenciones se focalizan en la prestación de un servicio coordinado entre los servicios de atención comunitaria y la UCA<sup>4,12,41</sup>.

Este conjunto de intervenciones integradas en el programa de alta de CA deben basarse en las preferencias y expectativas de los pacientes durante todo el proceso: preoperatorio, durante la estancia en la UCA y en el postoperatorio.

Rivas<sup>44,46</sup> propone una estrategia de coordinación denominada *Integrated Care Pathways (ICP)*, para ser usada como guía que define los cuidados a seguir, así como los objetivos de cada fase.

Desde esta perspectiva, este servicio integral junto con las intervenciones telefónicas, posibilita la cooperación con los profesionales de atención comunitaria sin sobrecargarles y les permite identificar la necesidad de cuidado extra en los pacientes de CA en base a la particularidad de cada caso<sup>1,2,4,7,9,15,35</sup>. Cabe señalar que este tipo de intervenciones no se emplean habitualmente porque son difíciles de desarrollar y

representan un reto ante la complejidad de la comunicación entre los dos niveles de atención sanitaria: primario y terciario<sup>4,12</sup>.

## 2.2 Intervenciones de autoayuda

La intervención de autoayuda hace referencia al conjunto de recursos didácticos que sirven de apoyo a la información transmitida vía oral<sup>14</sup> y que, por tanto, facilitan el proceso de aprendizaje del paciente/familia. Concretamente, buscan aumentar los conocimientos en relación a la prevención de errores y problemas postoperatorios<sup>3,18,19,20</sup>.

El material de autoayuda es proporcionado por el profesional sanitario con el fin de garantizar la veracidad del contenido educativo<sup>5,7,10,25,34,35</sup>. Además, este tipo de soporte permite al paciente acceder a la documentación en su propio espacio de tiempo<sup>5,6,7,25,34,35</sup>, asegurando un ambiente propicio para reforzar su aprendizaje<sup>6,29</sup>.

Dentro de los materiales de autoayuda podemos diferenciar:

### *Material impreso*

Este tipo de recursos emplean un soporte escrito como folletos, panfletos, guías de apoyo, etc<sup>1,2,4,7,13,14,22,27,34,38,39</sup>. Pueden ser elaborados en la propia UCA, o utilizar guías de ayuda ya publicadas y desarrolladas por expertos en CA.

El material impreso se utiliza principalmente en combinación con las distintas modalidades de intervención educativas señaladas con anterioridad, y es una herramienta considerada valiosa por el paciente/familia. Sin embargo, es importante la implicación del profesional para explicar al paciente como debe optimizar su uso, ya que a veces esta documentación no es revisada, lo que puede dar lugar a un inadecuado autocuidado<sup>9,39</sup>.

### *Material audiovisual*

El material audiovisual combina la proyección de imágenes con estímulos auditivos<sup>34</sup>, siendo generalmente videos con acceso desde la web del hospital.

Este tipo de material resulta beneficioso para el paciente en relación al aprendizaje de habilidades técnicas: cura, mantenimiento de la herida quirúrgica, prevención de complicaciones, etc. También tiene un impacto positivo en los profesionales al ser un material que permite ahorrarles tiempo en el desarrollo del programa educativo<sup>34,35</sup>.

### *Páginas web interactivas*

Este tipo de herramientas permiten reforzar la educación en el autocuidado accediendo desde un dispositivo informático a internet. Pueden ser páginas interactivas desarrolladas por la UCA, accediendo a través de la página web de centro<sup>7,25,34,35</sup>, o páginas web referentes en el área de CA (p. ej.: [www.bads.co.uk](http://www.bads.co.uk)), que ofrecen información veraz, comprensible y acorde a los conocimientos científicos del momento<sup>5</sup>.

Los profesionales de la UCA facilitan al paciente/familia un código de acceso o una página web de referencia, durante las intervenciones educativas<sup>5,7,25,34,35</sup>, evitando

que los usuarios accedan a páginas que no tengan calidad e incluso puedan ser perjudiciales<sup>9,39</sup>.

### *Aplicaciones para dispositivos electrónicos*

Este tipo de recursos constituyen una herramienta de ayuda y seguimiento del paciente a través de dispositivos electrónicos como móviles, *tablets*, etc. Habitualmente son desarrollados por la institución hospitalaria para ofrecer apoyo, seguimiento y evaluar la recuperación del paciente desde su domicilio, sin necesidad de contactar directamente con los profesionales.

Esta clase de aplicaciones son una gran ayuda para desarrollar un plan de alta con mayor participación del paciente<sup>10,19,43</sup> y para la continuidad y adherencia al autocuidado<sup>9,19,20</sup>. Destaca la aplicación móvil *Recovery Assessment by Phone Points* (RAPP)<sup>23</sup> que, por un lado, recoge la calidad de recuperación postoperatoria del paciente, y por otro lado, posibilita contactar al paciente con la enfermera de CA para acceder a información y/o asistencia adicional, si fuera necesario<sup>42,43,47</sup>.

### 3. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados obtenidos en la revisión de la literatura, la evidencia refleja la existencia de diversas intervenciones, llevadas a cabo por enfermeras, en el plan de alta del paciente de CA y enfocadas al autocuidado.

Se han identificado intervenciones de autoayuda e intervenciones dirigidas por los profesionales de la salud. Estos últimos pueden emplear diferentes estrategias educativas: las basadas en la información estandarizada<sup>15,16,17,27,28,35,38,39</sup>, las dirigidas de modo individual e intensivo<sup>1,8,10,17,22,28,30,34</sup> y las intervenciones multicomponentes o multimodales<sup>2,10,15,23,25,26,28,30,37,39,40,41</sup>, pudiendo combinarse para cubrir las necesidades de los pacientes de manera personalizada, lejos de la estandarización y de un modelo biomédico<sup>4,12,17,35,36</sup>. Además, que estas intervenciones sean lideradas por el profesional de enfermería es esencial dado su rol de ayuda, de enseñanza y *coaching* en la UCA. Concretamente, la literatura destaca la figura de la enfermera con un perfil de práctica avanzada (*nurse led discharge*), clave en el Plan de Alta<sup>1,5,6</sup>. Asimismo, algunos estudios proponen unidades específicas de enfermería (SNU) donde la experiencia quirúrgica se conduzca holísticamente con una coordinación de servicios<sup>1,2,4,7,9,14,15,35</sup> que contribuyan eficazmente al autocuidado domiciliario del paciente tras la CA<sup>2,10</sup>.

En otro orden de cosas, el alta hospitalaria del paciente sometido a una CA y la consiguiente inserción en el domicilio supone un periodo crítico, en el que la responsabilidad de autocuidado puede dar lugar a sentimientos de inseguridad.

Igualmente, la carencia de intervenciones educativas focalizadas en el abordaje de las necesidades educativas de las personas y sus familias incrementa esta incertidumbre<sup>1,2,3,7,8,9,10,11,13,15,17,22,26,27,28,30</sup>. Investigaciones previas sugieren que una adecuada preparación del paciente sobre lo que se puede encontrar y su relación con las actividades de la vida diaria (AVD), lleva consigo resultados positivos de salud como la reducción del dolor, de la ansiedad y los síntomas de angustia y malestar postoperatorios<sup>25</sup>. Al mismo tiempo, mejora la satisfacción de los pacientes y los profesionales<sup>22,25</sup>, contribuye a una adecuada recuperación del paciente y a la reducción del uso de recursos y servicios extras en el postoperatorio<sup>15,25,30,37,40,41</sup>.

La exposición de los resultados pone de manifiesto la necesidad de desarrollar intervenciones efectivas y eficientes en el plan de alta en CA, lideradas por los profesionales de enfermería, que empoderen al paciente-familia en su autocuidado<sup>5,6,15,22,25,30,37,40,41</sup>. A la trascendencia de esta situación, se suma la inexistencia de estudios desarrollados en nuestro contexto, sólo una investigación se llevó a cabo en España. Este hecho pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias enfermeras pioneras en el autocuidado en el plan de alta de la UCA, así como constatar su eficacia y el nivel de satisfacción de los pacientes<sup>22</sup>.

Por todo ello, resulta oportuno desarrollar, implementar y evaluar la efectividad de una intervención de EpS, dirigida a pacientes en las UCA llevadas a cabo por enfermeras expertas de esas unidades, y por una enfermera de práctica avanzada (EPA).

# PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

## 1. TÍTULO

Programa educativo multicomponente para promocionar el autocuidado en pacientes tras el alta de cirugía ambulatoria (CA).

## 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### Objetivos generales del estudio

1. Desarrollar, implementar y evaluar la efectividad de un programa de educación multicomponente, con intervención individualizada intensiva y soporte postoperatorio llevado a cabo por profesionales de enfermería, para promocionar el autocuidado en pacientes tras una cirugía ambulatoria.
2. Comparar la efectividad de un programa multicomponente con intervención individualizada intensiva y soporte postoperatorio, con un grupo control que recibirá el plan de alta habitual, en una unidad de cirugía ambulatoria.

### Objetivos específicos del programa educativo

1. Mejorar el nivel de conocimientos y habilidades de autocuidado en relación al postoperatorio de la CA, en pacientes del grupo de intervención, tras la aplicación del programa de educación.
2. Mejorar el manejo de los síntomas tras la CA en pacientes del grupo de intervención, tras la aplicación del programa de educación.
3. Mejorar la calidad de la recuperación postoperatoria en pacientes del grupo de intervención, tras la aplicación del programa de educación.

### Hipótesis

1. Un programa educativo multicomponente con intervención individualizada intensiva y soporte postoperatorio, dirigido por un profesional de enfermería experto, será más efectivo que el plan de alta habitual de los pacientes de CA.
2. Los pacientes de CA que reciban un programa educativo multicomponente con intervención individualizada intensiva y soporte postoperatorio, adquirirán mayor grado de conocimiento y habilidades de autocuidado para el postoperatorio, que los que reciban el plan de alta habitual.
3. Los pacientes del grupo de intervención mejorarán en el manejo de los síntomas más frecuentes tras la CA, que los que reciban el plan de alta habitual.
4. Los pacientes del grupo de intervención presentarán una mejora de la calidad de recuperación tras la CA, que los que reciban el plan de alta habitual.

## 3. METODOLOGÍA

### 3.1 Diseño del estudio

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado de intervención. Los sujetos participantes serán asignados al azar a dos grupos de tratamiento: intervención (GI) y control (GC). El tipo de aleatorización empleado será simple y la probabilidad de los sujetos de ser asignados a cada uno de los grupos estará determinada de antemano,

permaneciendo constante a lo largo de todo el ensayo. Se utilizará un listado de números aleatorios generado por el programa EpiInfo: versión 7.2.2.6.

Si la asignación aleatoria se realiza correctamente, los grupos de comparación serán semejantes en cuanto a la distribución de las variables que puedan influir en el resultado final, de forma que si se encuentran diferencias entre ambos grupos podrán ser atribuibles a la intervención que se desea evaluar<sup>48,49</sup>.

El método de aleatorización será enmascarado, por tanto el investigador que realizará la intervención desconocerá a que grupo será asignado cada sujeto. Para conseguir este proceso se utilizarán sobres sellados y opacos que estarán numerados de forma secuencial del 1 al 106.

Se considera un diseño pertinente para este estudio, principalmente porque es la mejor herramienta metodológica para la evaluación de la efectividad de intervenciones aplicadas a la población mediante la planificación y desarrollo de programas de Educación y Promoción para la Salud<sup>48</sup>.

### 3.2 Población y ámbito de estudio

Los sujetos serán pacientes que acudan al Área Quirúrgica de la Clínica Universidad de Navarra en Pamplona (hospital terciario), concretamente en el área habilitada para CA. Con una media 3241 cirugías en los años 2016-2017, de las cuales 788 corresponden a CA (Anexo 5).

### 3.3 Muestra

#### *Estimación del tamaño muestral*

Para calcular el tamaño muestral nos basamos en un estudio<sup>50</sup> que consideraba una diferencia de 10 puntos, como un cambio clínicamente significativo en la recuperación postoperatoria, entre los sujetos del GI comparados con los del GC.

En la tabla 1 se presentan los parámetros utilizados para la estimación del tamaño de la muestra:

Tabla 1. Parámetros para la estimación del tamaño muestral

Media esperada en recuperación postoperatoria* GI	155
Media esperada en recuperación postoperatoria GC	145
Error $\alpha$	0,05
Error $\beta$	0,20

\* Valorada con el cuestionario QoR-40<sup>50</sup>

Estos supuestos exigen un tamaño muestral de 46 pacientes en cada grupo. Sin embargo, si tenemos en cuenta que puede haber un 15% de pérdidas durante el seguimiento<sup>50,51,52</sup>, el número final de sujetos incluidos será de 106: 53 en el grupo de intervención y 53 en el control.

La muestra fue calculada con el programa STATA 14.0

### *Grupo intervención (GI)*

Constituido por los pacientes que recibirán el programa de educación multicomponente, con intervención individualizada intensiva y respaldo postoperatorio, diseñado para el alta de los pacientes tras la CA, dirigido por un profesional de enfermería experto en CA y formado en el nuevo programa de educación.

### *Grupo control (GC)*

Constituido por los pacientes de CA a los que se les aplicará el plan de alta habitual llevado a cabo por las enfermeras y otros profesionales implicados en la cirugía ambulatoria.

Se aclara que todos los pacientes recibirán los cuidados habituales previsto por la institución de salud en régimen de cirugía ambulatoria, según sus necesidades individuales; por lo que la intervención educativa que se quiere evaluar debe considerarse una atención adicional.

### *Criterios de selección*

- Pacientes que se vayan de alta el día de la cirugía y no requiera ingreso.
- Pacientes candidatos para CA, concretamente pacientes que vayan a recibir aquellas cirugías con mayor riesgo de padecer síntomas<sup>5</sup>.
- Pacientes con niveles elevados de estrés y ansiedad por miedo al automanejo, que dificulten el autocuidado en su domicilio<sup>6</sup>.
- Pacientes adultos mayores de dieciocho años de edad.
- Pacientes de CA con asistencia de un anestesista.
- Pacientes de nacionalidad española y/o hispano hablantes que sepan leer y escribir y que se comuniquen adecuadamente.
- Pacientes con disponibilidad de dispositivo móvil.

## **3.4 Definición de las variables**

Se considerará como variable independiente el programa de educación multicomponente. Se espera que tras la aplicación del mismo se produzcan cambios en las variables dependientes: V<sub>1</sub>) Nivel conocimiento adquirido; V<sub>2</sub>) Intensidad y automanejo de los síntomas del paciente de CA; V<sub>3</sub>) Calidad de recuperación postoperatoria tras el alta.

En la siguiente tabla se presentan las variables dependientes y sus instrumentos de evaluación:

Tabla 2. Variables dependientes e instrumentos de evaluación

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN</b>
Nivel conocimiento adquirido	<i>Received Knowledge of Hospital Patient (RKHP)</i> <sup>53,54</sup>
Intensidad de los síntomas	<i>Postoperative Symptoms Diary: Symptom Measurement Scale</i> <sup>17</sup>
Autoeficacia en manejo de síntomas	<i>Postoperative Symptoms Diary: Symptom Management Index</i> <sup>17</sup>
Calidad recuperación postoperatoria	<i>Questionnaire of Recovery-40 (QoR-40)</i> <sup>55,56</sup>

<sup>5</sup> Cirugías catalogadas y seleccionadas para el estudio por la subcomisión de investigación, en base a datos estadísticos del centro y a la evidencia científica.

<sup>6</sup> Candidatos seleccionados por la subcomisión de investigación como potenciales candidatos para el estudio, en base al examen preoperatorio.

Además, se incluirán variables sociodemográficas que servirán para describir la población: edad, sexo, nivel educativo, ocupación, estado civil, convivencia, comorbilidades, tipo de procedimiento quirúrgico, de anestesia, tratamiento farmacológico habitual y el específico para la CA. Serán recogidas al comienzo del estudio a través de un cuestionario diseñado para este fin.

Cada una de las variables será valorada de forma independiente, y se tomarán valores de todas ellas en tres fases: T<sub>0</sub> (antes de la intervención); T<sub>1</sub> (la tarde siguiente a la CA); y T<sub>2</sub> (7 días tras la cirugía) en ambos grupos. Los datos basales se recogerán el día de la cirugía y los del T<sub>1</sub>/T<sub>2</sub> por teléfono. El tiempo estimado para completar los cuestionarios es de 15 minutos.

### 3.5 Instrumentos de evaluación

A continuación se describen los instrumentos utilizados (Anexo 6)

#### *Cuestionario sociodemográfico para pacientes de CA*

Se elaborará un cuestionario basado en otros estudios<sup>12,17,23,36</sup> que permitirá recoger todas las variables necesarias sobre los participantes del estudio.

#### *Cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento adquirido*

El paciente continúa su autocuidado en el domicilio tras el alta de CA y por ello es necesario evaluar el conocimiento recibido a partir del programa educativo. De ello depende la calidad de la recuperación, ya que asegura un nivel óptimo de capacitación para la continuidad de los cuidados en el domicilio.

Para tal fin se utilizará el cuestionario *Received Knowledge of Hospital Patient (RKHP)*<sup>53</sup>, compuesto de 6 dimensiones y 45 ítems: biofisiológica (con 20 ítems); funcional (7 ítems); experiencial (3 ítems); social (2 ítems); ética (9 ítems); financiero (4 ítems). Éste evalúa el conocimiento recibido por el paciente en el hospital usando una escala tipo likert de 1 a 4 (1: completamente desacuerdo a 4: totalmente de acuerdo). La puntuación oscila de 45 a 180 y puntuaciones más altas indican niveles más altos de conocimiento recibido.

El instrumento fue validado por Leino-kilpi et al.<sup>54</sup> en Finlandia con pacientes quirúrgicos, obteniéndose una consistencia interna satisfactoria y confirmado en estudios posteriores<sup>12</sup> con un  $\alpha$  de Cronbach de 0,90 para toda la escala y en cada una de sus dimensiones: biofisiológica= 0,92; funcional= 0,87; experiencial= 0,90; ética= 0,93; social= 0,89 y financiera= 0,93.

#### *Escala para evaluar la intensidad de los síntomas y su adecuado automanejo*

Los síntomas en el postoperatorio es una de las principales causas de preocupación y demanda de servicios adicionales hospitalarios no previstos por parte del paciente de CA. Conseguir un adecuado control y automanejo de los síntomas es imprescindible para mejorar la calidad de recuperación y satisfacción del paciente.

Para ello Young et al.<sup>17</sup> desarrollan el instrumento *Postoperative Symptoms Diary* que evalúa los niveles de recuperación de los síntomas. Este contiene 17 ítems y dos dimensiones: *Symptom Measurement Scale* y *Symptom Management Index*.

En primer lugar aparece una pregunta para identificar la presencia del cuidador con un sistema de respuesta binario.



*Symptom Measurement Scale* se compone de 8 ítems e incluye una escala tipo Likert de 1 a 10 usando descriptores a cada extremo acorde a su experiencia en la severidad de los síntomas. Las puntuaciones oscilan en un rango de 8 a 80, donde puntuaciones más altas indican peores niveles y severidad de los síntomas. La validez y fiabilidad fue evaluada en un estudio piloto<sup>17</sup> analizando su consistencia interna usando  $\alpha$  de Cronbach, durante 4 días consecutivos a la cirugía, con un rango de resultados de 0,73 a 0,78.

*Symptom Management Index* se compone de 8 ítems (síntomas presentes en la escala anterior): 5 ítems con 6 respuestas categóricas para cada actividad/condición (nada de dificultad; dificultad manejable; dificultad pero manejable con el cuidador; no se puede manejar; no se intenta; irrelevante) y 3 ítems con 5 respuestas categóricas (nada de dificultad; dificultad manejable; mucha dificultad para manejar; no se puede manejar; irrelevante). Éste completa cualitativamente los datos cuantitativos de la escala anterior.

#### *Cuestionario para evaluar la calidad de recuperación del paciente en el postoperatorio*

Conseguir una adecuada calidad de recuperación debe ser uno de los requisitos de todo programa educativo para el alta de los pacientes, por ello, un adecuado programa de educación para el alta tras CA asume un papel relevante y sus resultados deben ser evaluados.

Se utilizará el cuestionario *Questionnaire of Recovery-40(QoR-40)*<sup>50,55,56</sup> desarrollado por Myles et al.<sup>55</sup>. Este contiene 40 ítems agrupados en cinco dimensiones (apoyo al paciente; confort; emociones; independencia física; dolor). El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos donde 1=en ningún momento hasta 5= en todo momento. El rango de puntuaciones oscila de 40 (calidad de recuperación extremadamente pobre) a 200 (calidad de recuperación excelente).

La *QoR-40* presenta una consistencia interna adecuada ( $\alpha$  de Cronbach de 0,91 y coeficiente Split-half de 0,74) y una buena estabilidad temporal (coeficiente test-retest de 0,90) para toda la escala, y en cada una de las dimensiones un  $\alpha$  de Cronbach: apoyo= 0,62; confort= 0,80; emociones= 0,84; independencia física= 0,91; dolor= 0,66). Estos aspectos quedan justificados en el meta-análisis del autor Gornall et al.<sup>56</sup>.

Además, *QoR-40* es comúnmente utilizado como medida de evaluación de resultados en ensayos clínicos y otros estudios. Su característica psicométrica más relevante es la sensibilidad, con un valor de la media de respuesta estandarizada (SRM) de 0,75, lo que significa que el instrumento tiene una capacidad alta para medir cambios en el estado de salud, y concretamente la calidad general de la recuperación<sup>56</sup>.

### **3.6 Componentes del programa y su aplicación**

Este programa contempla el transcurso del aprendizaje como un proceso planificado y adaptado a cada paciente/familia cuyo objetivo principal es el empoderamiento del paciente para su autocuidado<sup>3,18,19,20,35,36</sup>.

Las diferentes actividades del programa se basan en fundamentos teóricos emanados de la evidencia científica siguiendo una orientación similar a aquellos estudios con estrategias multicomponentes con intervención individualizada e intensiva<sup>5,6,8,11,12,22,23,26,27</sup>.

En consonancia con las investigaciones en este ámbito, será una enfermera de postgrado con formación y experiencia clínica en CA<sup>5,6,8,22,26,29,38</sup>, la que desempeñe el rol de enfermera coordinadora.

Esta enfermera colaborará estrechamente con los gestores del área quirúrgica, cirujanos, anestelistas y resto de profesionales de enfermería, con los que se reunirá periódicamente<sup>5,6</sup>.

### *Estrategias educativas del programa educativo (Anexo 7)*

Para empoderar a los pacientes en su autocuidado y obtener mejores resultados son necesarias intervenciones con múltiples estrategias o multicomponentes<sup>2,5,10,15,23,25,26,28,30,34,37,39,40,41,57</sup>. Para este estudio se presenta el uso de tres líneas principales de intervención: consejo individualizado e intensivo, intervenciones de seguimiento/promotoras de la salud y material de autoayuda.

#### *a) Consejo individualizado e intensivo del profesional de enfermería*

La enfermera desarrollará un plan educativo con el paciente y familiar preoperatoriamente en el área de cirugía ambulatoria. El objetivo de esta intervención intensiva es ayudarles en el desempeño de su autocuidado<sup>22,30</sup>.

Con este tipo de intervención el profesional establece un adecuado contacto terapéutico con el paciente y contribuye eficazmente a la toma de decisiones conjuntas de acuerdo al plan quirúrgico y al cuidado específico postoperatorio de cada paciente/familia<sup>1,10,15,27,28,35,36,39</sup>. Una buena relación interpersonal, entre la enfermera y el paciente, es primordial para potenciar la cooperación mutua. Este enfoque positivo y alentador potencia la autoeficacia del paciente para el autocuidado<sup>9,16,34</sup>.

Para ello, la enfermera debe de tener credibilidad y ser capaz de incitar activamente al cambio, sin generar rechazos para que la persona, descubra por sí misma, la necesidad de realizar su autocuidado<sup>22,30</sup>.

El estudio de Hovsepian et al<sup>34</sup> ha servido como guía para el diseño de este programa. Los autores proponen una intervención de Plan de Alta en la UCA empleando 15 minutos preoperatoriamente el mismo día de la cirugía. Se lleva a cabo en una sala de formación habilitada junto a la sala de espera, donde la enfermera instruye y ofrece material de auto-ayuda específico a cada cirugía. Este plan contribuye a que la espera se haga más corta, agiliza el alta y favorece el autocuidado del paciente/familia, ya que mejora la retención de información.

Numerosos estudios concluyen la necesidad de un adecuado soporte familiar en aquellos pacientes candidatos a CA. Por tanto, identificar a un miembro de la familia como cuidador principal es un aspecto clave<sup>1,2,7,8,9,10,11,13,14,15,17,22,26,27,28,30</sup>. Al igual que el paciente, el cuidador principal, recibirá la formación pertinente en cada caso y se incluirá en el programa educativo. La evidencia científica sugiere, que cuando el paciente/cuidador está preparado adecuadamente sobre lo que se puede encontrar y su relación con AVD, se reduce el dolor, la ansiedad y los síntomas de angustia y malestar postoperatorios<sup>25</sup> y consecuentemente se reduce la demanda de servicios sanitarios postoperatorios imprevistos o extraordinarios<sup>5,6,7,17,23,30,34,37,39,40,41</sup>.

### b) Intervenciones de seguimiento

Debido a la importancia del autocuidado tras la CA y la breve e intensa experiencia en la UCA es esencial que la enfermera explore opciones para promocionar el bienestar deseado, por el paciente-familia, tras regresar a su domicilio<sup>14,25</sup>. Por lo tanto, como figura clave debe buscar soluciones para la comunicación y el seguimiento del paciente-familia<sup>2,5,6</sup>.

Hay que considerar que ante la responsabilidad de autocuidado en el domicilio pueden surgir sentimientos de inseguridad en el paciente/familia que deben ser valorados<sup>1,2,3,7,8,9,10,11,13,15,17,22,26,27,28,30</sup>. Por ello, resulta necesario un seguimiento por parte de los profesionales de la salud que respalde e identifique precozmente signos y síntomas de complicaciones potenciales a lo largo de la primera etapa del proceso de recuperación<sup>2,10,15,23,25,26,28,30,37,39,40,41</sup>.

El programa incluirá intervenciones telefónicas<sup>10,15,23,25,26,28,30,37,39,40,41</sup> que respaldan el plan de alta para el autocuidado del paciente en distintos momentos por parte de la enfermera experta en CA. Para ello se plantea el uso de dos modalidades de intervención telefónica:

- *Servicio telefónico de soporte las primeras 24 horas tras la cirugía*

El objetivo será que el paciente/familia esté cubierto por profesional especializado en CA (enfermera experta de CA y el médico de guardia del departamento quirúrgico correspondiente) las primeras 24 horas tras la cirugía<sup>1,4,7,14,22,25,27,30</sup>.

Esta herramienta de seguimiento contribuye a la reducción del uso de recursos y servicios extra, y al aumento de la satisfacción y confianza en el autocuidado del paciente<sup>15,25,30,37,40,41</sup>. La enfermera debe considerar que muchos pacientes no sólo están afectados físicamente, también emocional, educacional y socialmente y puede repercutir en como la persona maneja los síntomas y el autocuidado en su domicilio.

- *Servicio telefónico de seguimiento postoperatorio (follow-up) (Anexo 8 y 9)*

Es una herramienta necesaria para la continuidad de las intervenciones educativas iniciadas en la UCA, permitirá anticiparse a los problemas para buscar soluciones antes de que aparezcan.

Tomaremos como referente tal como propone Mitchell<sup>11</sup>, un programa de enfermería cuya práctica se centre en la experiencia total del paciente y se extienda allí donde vaya el paciente. Además, en línea con el estudio de Flanagan<sup>25</sup> se tomará como referencia el marco teórico de *la teoría de rango medio de transición de Meleis*, que enfatiza la disrupción que provoca en el paciente la cirugía. Por ello el seguimiento telefónico contribuye eficazmente para cubrir el autocuidado en ese proceso de transición del hospital al domicilio.

Este seguimiento telefónico se iniciará entre las 24 y las 72 horas post-cirugía, ya que este periodo de tiempo se considera crucial para el automanejo de los síntomas y el consecuente autocuidado<sup>15,17</sup>. La llamada se llevará a cabo por una enfermera capacitada en el programa y experta de la UCA<sup>25,26,40,41</sup>, la cual revisará previamente el historial del paciente. Cada una de las llamadas quedará registrada y documentada en el historial clínico<sup>40</sup>. Además de aspectos biofisiopatológicos

deben registrarse aspectos psicosociales<sup>7,10</sup> y se pautará nuevo contacto telefónico si se considera pertinente durante las próximas 24-48 horas.

Además se llevarán a cabo en un lugar habilitado<sup>30,40,41</sup> preferentemente en la UCA (tranquilo y sin interferencias) para ofrecer un adecuado servicio donde el paciente perciba que se le escucha y atiende adecuadamente.

### *c) Material de autoayuda*

En la intervención individualizada se incluirán *folletos o guías desarrollados por la propia Unidad*<sup>1,2,4,7,13,14,22,27,34,38,39</sup>. Estas estarán basadas en la evidencia científica con el fin de ofrecer consejos e instrucciones para el autocuidado en el postoperatorio de CA, con un lenguaje sencillo<sup>27</sup> y adaptado a las diferentes edades y culturas<sup>10</sup>. Este material será específico para cada cirugía, con anotaciones personalizadas y adaptadas a cada caso particular. El paciente y profesional tomarán decisiones informadas conjuntas las cuales se anexan a la documentación previamente preparada.

Igualmente, se les ofrecerá acceso a un programa específicamente desarrollado para la CA desde *la página web del hospital*<sup>7,25,34,35</sup>.

También se propone el desarrollo de *una aplicación móvil para el seguimiento de la recuperación post-cirugía*, de acuerdo al estudio llevado a cabo por Jaensson et al.<sup>23</sup>. Esta aplicación permitirá recoger datos para evaluar la calidad de recuperación del paciente sin establecer contacto directo (autoregistro). En caso necesario, al final del cuestionario, hay un link de conexión con la enfermera de CA a través del cual el paciente tiene acceso a información y asistencia adicional. La mayoría de los pacientes de CA no sufren complicaciones tras la cirugía o son menores<sup>5,6,15</sup>, pero los síntomas aparecen generalmente a partir del tercer día del postoperatorio<sup>15</sup>, para ello, esta aplicación permitiría extender el seguimiento sin consumo extra de recursos, además respalda durante más tiempo y ofrece mayor poder de participación en los casos en que la recuperación se ve ralentizada<sup>9,15,17,23,30,36</sup>. De igual modo podría suprimirse la llamada de seguimiento postoperatorio, una vez desarrollada adecuadamente este nuevo recurso. La aplicación debe ser fácil de usar e interesante, la original (RAPP)<sup>23</sup> cuenta con 31 ítems valorados a través de una escala visual horizontal analógica de 0 (en ningún momento) a 10 (todo el tiempo). Ésta debe ser traducida y adaptada a nuestro contexto (Anexos 10 y 11).

Este innovador material de autoayuda resulta accesible para la mayoría de los usuarios dada la extensión actual del uso del móvil. Es por tanto, un recurso de apoyo clave para lograr el éxito de las intervenciones educativas en el autocuidado del paciente de CA y un cuidado centrado en la persona<sup>42,43,47</sup>, que representa uno de los principales objetivos de la institución en la que se desarrollará el programa educativo (CUN) y base del nuevo modelo de enfermería Universidad de Navarra. Se considera prudencial establecer seguimiento a través de esta aplicación durante la primera semana post-cirugía<sup>23</sup> y posteriormente desinstalarla.

El programa educativo multicomponente consta de dos módulos: Periodo hospitalario y periodo ambulatorio (Anexo 12).

## **3.7 Trabajo de Campo**

### *Contacto con el centro donde se llevara a cabo la investigación*

Para plantear el desarrollo del estudio, la investigadora principal enviará una carta en la que se explicarán los objetivos del estudio y se solicitará el permiso para

llevar a cabo la investigación a la Directora de Enfermería de la Clínica Universidad de Navarra.

Al mismo tiempo, se informará a las personas implicadas: las supervisoras de enfermería del área quirúrgica, el jefe del Departamento de Anestesia y los jefes de los departamentos quirúrgicos, que llevan a cabo CA, y cuyos pacientes serán potenciales candidatos para participar en el estudio.

Una vez recibida la aprobación por parte de la institución se organizará una sesión informativa general, para todos los implicados, en la investigación. En la reunión se entregará la documentación necesaria (carta de presentación del proyecto, consentimiento informado y los cuestionarios de recogida de datos).

#### *Programa de entrenamiento de las enfermeras expertas en la UCA*

Al mismo tiempo se formará a las enfermeras expertas de la UCA que tendrán una participación directa en el proyecto. Estas enfermeras recibirán un programa de entrenamiento, específicamente diseñado para ellas, con el que podrán adquirir las competencias necesarias para implementar la intervención educativa en el servicio de CA.

#### *Reclutamiento de los sujetos participantes*

Se propone constituir una comisión de reclutamiento donde se llegue a acuerdos para proceder al reclutamiento de los mejores candidatos que cumplan los criterios de inclusión. La constituirán: la enfermera directora de Área Quirúrgica, las supervisoras de la Unidad, dos enfermeras expertas de CA, el jefe del departamento de Anestesia, los cirujanos que participen en CA y el gestor del Área Quirúrgica.

Se establecerá una relación de cirugías específicas que cumplan los criterios de selección ya señalados en esta propuesta. Se tendrá especial atención a aquellos pacientes que demanden una mejora en el autocuidado debido a: complicaciones por inadecuado automanejo, el acceso imprevisto a un servicio de atención hospitalaria, y técnicas nuevas de CA que necesiten reforzar la educación al paciente para el autocuidado.

El reclutamiento se realizará de manera continuada durante 15 meses, considerando que muchas cirugías del último promedio anual no son idóneas para el nuevo programa y se necesita tiempo para completar la muestra.

Una vez establecidos los procedimientos para el estudio y en base a los criterios de selección, la investigadora principal establecerá contacto telefónico con los candidatos, una vez citados para CA y les informará e invitará a participar.

Si aceptan, el día de la consulta pre-anestésica se les entregará la hoja informativa y el consentimiento informado. En todo momento se dejará claro que van a participar en un estudio donde habrá dos grupos de tratamiento diferentes, y que se desconoce, a priori, a cuál de ellos van a pertenecer porque la asignación se realizará al azar.

### **3.8 Análisis estadístico y epidemiológico de los datos**

En primer lugar hay que confirmar que la aleatorización fue eficaz, es decir ver si el GI y el GC son comparables y homogéneos. Las características basales de los sujetos de los diferentes grupos se presentarán en una primera tabla<sup>48</sup> y se llevará a cabo la prueba *Kolmogorov Smirnov Lilliefors* para valorar la bondad de ajuste en distribuciones simétricas<sup>58,59</sup>.

Los datos serán analizados por “intención de tratar”, por lo tanto se incluirán en el análisis a todos los participantes aleatorizados según el grupo original de asignación. La ventaja de esta técnica es garantizar que los grupos permanezcan comparables independientemente de las pérdidas en el seguimiento. Con este método pragmático el estudio se aproxima más a la realidad de la práctica clínica<sup>48,60</sup>.

Se realizará un análisis descriptivo de los resultados. En las variables cualitativas se realizará una descripción de frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas se utilizarán medias y desviación estándar (DE).

Los cambios dentro de los grupos se analizarán con la *t* de *Student* para muestras pareadas entre T0-T1; T0-T2 y T1-T2. Las diferencias entre los grupos se evaluarán con el análisis de covarianza (ANCOVA). Para obtener resultados imparciales, estos análisis se ajustarán para todas las variables basales.

Finalmente, para comparar la proporción de sujetos clasificados en las distintas categorías del automanejo de los síntomas, entre ambos grupos, se calculará el *Test Exacto de Fisher*.

Como resultado de las pruebas de hipótesis, si las diferencias resultan estadísticamente significativas (estimada 5% ( $p < 0,05$ )), puede sugerirse que la intervención ha producido un efecto. Por el contrario, si no hay diferencias estadísticamente significativas se deberá valorar los resultados con mayor sensibilidad, comprobando si la potencia alcanzada por los instrumentos y el tamaño muestral son coherentes<sup>48,59</sup>.

Para el análisis estadístico se utilizará el paquete de programas estadísticos STATA versión 14.0.

### **3.9 Consideraciones éticas**

Se solicitará la aprobación del proyecto al Comité de Ética de Investigación (CEI) de la Universidad de Navarra.

Todos los participantes recibirán una Hoja de Información del estudio (Anexo 13), y deberán firmar el Consentimiento Informado (Anexo 14) antes de aceptar participar en la investigación.

Para garantizar la confidencialidad de los datos serán codificados siguiendo las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/1999 de protección de datos de carácter personal, Ley 41/2002 de Autonomía del paciente).

### **3.10 Limitaciones del estudio**

El modo de recoger las variables dependientes del estudio se verá limitado por los instrumentos utilizados. Aunque todos presentan una adecuada validez y fiabilidad no han sido validados en nuestro contexto. Por lo tanto, acorde a las características específicas de nuestra población de estudio, debería llevarse a cabo una adaptación transcultural de los mismos.

El estudio también puede ver reducida su capacidad de generalizar los resultados a otras poblaciones (validez externa). Se llevará a cabo en un solo centro privado y que todavía no cuenta con un número considerable de procedimientos quirúrgicos ambulatorios (24,3% del total de cirugías); y aún se están introduciendo nuevas técnicas quirúrgicas bajo esta modalidad. Por lo tanto, para poder generalizar los resultados

debería de desarrollarse el estudio en varios centros hospitalarios, tanto públicos como privados, ya que los pacientes de la CUN pertenecen a un nivel sociocultural específico.

### **3.11 Presupuesto económico**

Se tiene previsto concurrir a convocatorias de ayudas públicas locales y nacionales.

A continuación se detallan los recursos necesarios y la previsión económica:

#### 1. Material fungible:

- Fotocopias e impresiones: 500€

#### 2. Otros gastos:

- Servicios de análisis estadístico: 500€
- Desarrollo y programación portal web y App (Anexo 15): 13.200€
- Servicio de traducción: 400€
- Difusión de datos: 600€
- Asistencia a congresos: 1.000€

#### 3. TOTAL: 17.000€

## **4. IMPLICACIONES PRÁCTICAS DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO**

### *Implicaciones para la práctica clínica*

El desarrollo e implementación de programas educativos que contribuyan al empoderamiento del autocuidado del paciente/familia tras CA se convierte en uno de los pilares imprescindibles para garantizar el éxito y la eficiencia del plan de alta en el aumento de conocimientos del paciente, un mejor manejo de los síntomas y una mejor calidad de recuperación.

Además, que sea el profesional de enfermería la figura de referencia y agente catalizador contribuye de forma positiva en la visualización y concienciación de estos profesionales en relación a la educación de los pacientes y sus familias.

Igualmente, los resultados del estudio podrán impulsar el desarrollo de Unidades de Enfermería especializada en Cirugía Ambulatoria, donde la experiencia quirúrgica se conduzca holísticamente con una coordinación de servicios que integren promoción, prevención y recuperación tras el alta de CA. También, promoverá el desarrollo de nuevos modelos de enfermería tales como: “*Nurse coach*”, “*Preoperative nursing care*” o “*Nurse led discharge*” desarrollados en otros países dentro de la UCA con un perfil de práctica avanzada.

### *Implicaciones para la docencia*

El desarrollo de programas de formación continuada, y la capacitación de los profesionales de enfermería en relación a nuevas prácticas educativas centradas en la experiencia del paciente en la UCA es fundamental. Esto contribuirá a unos resultados positivos de salud con la consiguiente disminución de los costes sanitarios.

### *Implicaciones para la investigación*

Las futuras investigaciones deberían orientarse en seguir profundizando en nuevas estrategias que empoderen el autocuidado del paciente tras la CA. Para ello, el desarrollo y/o adaptación cultural de instrumentos para medir su efectividad es necesario.

Se debe considerar que con la información histórica de los datos recogidos, en base a la recuperación del paciente (QoR-40), se podrán realizar proyectos a futuro de investigación y desarrollo (I+D), con análisis predictivo que nos permita pasar de una asistencia reactiva a una asistencia proactiva.

Por otro lado, la evaluación de las competencias de la enfermera en la preparación para el alta del paciente tras la CA es fundamental. Por ello, el desarrollo de escalas para identificar las necesidades de formación de los enfermeros así como para estudiar la eficacia de programas de capacitación es necesario.

Finalmente, se considera oportuno que los futuros estudios incorporen a las familias ya que estas son un gran recurso de confort para el paciente tras la CA.

## 5. CRONOGRAMA

Para el desarrollo, implementación y evaluación del programa educativo será necesario dos años y medio (Anexo 16).



## BIBLIOGRAFÍA

1. Quemby DJ, Stocker ME. Day surgery development and practice: Key factors for a successful pathway. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*. 2014;14(6):256-61. doi: 10.1093/bjaceaccp/mkt066
2. Mitchell M. Home recovery following day surgery: A patient perspective. *Int J Clin Nurs*. 2014;24(3-4):415-27. doi: 10.1111/jocn.12615
3. Majholm B, Esbensen BA, Thomsen T, Engbæk J, Møller. Partners' experiences of the postdischarge period after day surgery: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2012;21(17-18):2518-27. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04116.x
4. Rosén HI, Bergh IHE, Lundman BM, Mårtensson LB. Patients' experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery. *BMC Nurs*. 2010;9(16):1-8. doi: 10.1186/1472-6955-9-16
5. Smith I, McWhinnie D, Jackson I. *Day case surgery*. Oxford: OUP; 2012.
6. Timmins F, McCabe C. *Day surgery: Contemporary approaches to nursing care*. Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd; 2009.
7. Berg K, Arestedt K, Kjellgren K. Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(12):1630-38. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002
8. Hamström N, Kankkunen P, Suominen T, Meretoja R. Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *Int J Nurs Pract*. 2012;18(5):501-8. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x
9. Mottran A. 'They are marvellous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish': A grounded theory study of patients' and their carers' experiences after discharge following day surgery. *J Clin Nurs*. 2011;20(21-22):3143-51. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03763.x
10. Mitchell M. A patient-centred approach to day surgery nursing. *Nurs Stand*. 2010;24(44):40-6.
11. Mottran A. Patients' experiences of day surgery: A parsonian analysis. *J Adv Nurs*. 2010;67(1):140-8. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05
12. Leino-Kilpi H, Heikkinen K, Hiltunen A, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H et al. Preference for information and behavioral control among adult ambulatory surgical patients. *Appl Nurs Res*. 2009;22(2):101-6. doi: 10.1016/j.apnr.2007.05.003
13. Boughton M, Halliday L. Home alone: Patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemp Nurse*. 2009;33(1):30-40. doi: 10.5172/conu.33.1.30
14. Gilmartin J. Contemporary day surgery: Patients' experience of discharge and recovery. *J Clin Nurs*. 2007;16(6):1109-17. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01548.x
15. Marley RA, Swanson J. Patient care after discharge from the ambulatory surgical center. *J PeriAnesth Nurs*. 2001;16(6):399-419. doi: 10.1053/jpan.2001.28891
16. Henderson A, Zernike W. A study of discharge information for surgical patients. *J*

- Adv Nurs. 2001;35(3):435-41. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01857.x
17. Young J, O'Connell B, Mcgregor S. Day surgery patients' convalescence at home: Does enhanced discharge education make a difference? *Nurs Health Sci.* 2000;2(1):29-39. doi: 10.1046/j.1442-2018.2000.00036.x
  18. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *Int J Nur Stud.* 2009;46(8):1143-47. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011
  19. Department of Health. *The expert patient: A new approach to pain management in the 21st century.* London: Department of Health; 2001.
  20. Department of Health. *Self care: A real choice.* London: Department of Health; 2005.
  21. Nettleton S. *The sociology of health and illness.* 2<sup>a</sup> ed. Cambridge: Polity Press; 2006.
  22. Cordero-Ponce M, Romero-Sánchez IM, López-Barea J, Martínez-Ramos P. Approach to the patient in the ambulatory surgery unit. *Enferm Clin.* 2008;18(3):156-60. doi: 10.1016/S1130-8621(08)70718-6
  23. Jaensson M, Dahlberg K, Eriksson M, Grönlund Å, Nilsson U. The development of recovery assessments by phone points (RAPP): A mobile phone App for postoperative recovery monitoring and assessment. *JMIR mHealth uHealth.* 2015;3(3):e86. doi: 10.2196/mhealth.4649
  24. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: Observational study. *BMJ.* 2001;322(7284):468-72. doi: 10.1136/bmj.322.7284.468
  25. Flanagan J. Postoperative telephone calls: Timing is everything. *Assoc Oper Room Nurs.* 2009;90(1):41-51. doi: 10.1016/j.aorn.2009.04.001
  26. Rogan Foy C, Timmins F. Improving communication in day surgery settings. *Nurs Stand.* 2004;19(7):37-42.
  27. Ortoleva C. An approach to consistent patient education. *Assoc Oper Room Nurs.* 2010;92(4):437-44. doi: 10.1016/j.aorn.2010.04.018
  28. Association of periOperative Registered Nurses. AORN guidance statement: Postoperative care in the ambulatory surgery setting. *Assoc Oper Room Nurs.* 2005;81(4):881-8. doi: 10.1016/S0001-2092(06)60367-0
  29. Burden N, Dawes B, O'Brien D, Quinn D. *Ambulatory surgical nursing.* 2<sup>th</sup> ed. USA: W.B. Saunders; 2000.
  30. Warrén Stomberg M, Segerdahl M, Rawal N, Jakobsson J, Brattwall M. Clinical practice and routines for day surgery in Sweden: Implications for improvement in nursing interventions. *J PeriAnesth Nurs.* 2008;23(5):311-20. doi: 10.1016/j.jopan.2008.07003
  31. Hart C. *Doing a literature review.* London: Sage Publications; 1998.
  32. Machi L, McEvoy B. *The literature review: Six steps to success.* Thousand Oaks. Ca: Sage; 2009.
  33. Cronin P, Ryan, F, Coughlan, M. *Undertaking a literature: A step by step approach.*

- Brit J Nurs. 2008;17(1):38-43. doi: 10.12968/bjon.2008.17.1.28059
34. Hovsepian J, MacGah CH, O'Brien C. Postoperative instructions preoperatively: Evaluating the effectiveness of a teaching model on patient satisfaction regarding instructions for home care. *J PeriAnesth Nurs*. 2017;32(3):231-37. doi: 10.1016/j.jopan.2015.12.014
  35. Berg K. Provision of preoperative and postoperative information increases the likelihood a person will be fully prepared for home recovery. *Evid Based Nurs*. 2016;19(2):60. doi: 10.1136/eb-2015-102097
  36. Goktas SB, Yildiz T, Nargiz SK. The evaluation of nursing care satisfaction and patient learning needs in day case surgery. *Indian J Surg*. 2015;77(3):1172-9. doi: 10.1007/s12262-015-1234-7
  37. Chen ChH, Ma HJ, Yen M, Li SF, Liu LCh. Evaluation of a telephone call service for ambulatory surgery patients in Taiwan. *J Nurs Care Qual*. 2006;22(3):286-8. doi: 10.1097/01.NCQ.0000277788.37180.a0
  38. Kingdon B, Newman K. Determining patient discharge criteria in a outpatient surgery setting. *Assoc Oppor Room Nurs*. 2006;83(4):898-904. doi: 10.1016/S0001-2092(06)60009-4
  39. Dewar A, Scott J, Muir J. Telephone follow-up for day surgery patients: Patient perceptions and nurses' experiences. *J PeriAnesth Nurs*. 2004;19(4):234-41. doi: 10.1016/j.jopan.2004.04.004
  40. Godden B. Postoperative phone calls: Is there another way? *J Perianesth Nurs*. 2010;25(6):405-8. doi: 10.1016/j.jopan.2010.09.004
  41. Barnes S. Not a social event: The follow-up phone call. *J PeriAnesth Nurs*. 2000;15(4):253-5. doi: 10.1053/jpan.2000.9466
  42. Morgan S, Yolder LH. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs*. 2012;30(1):6-15. doi: 10.1177/0898010111412189
  43. Bergeson SC, Dean JD. A system approach to patient-centered care. *JAMA*. 2006;296(23):2848-51. doi: 10.1001/jama.296.23.2848
  44. Rivas P. *Quality Issues in Day Surgery*. London: The International Association of Ambulatory Surgery (IAAS); 2006.
  45. Pender N, Murdaugh C, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 6<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson; 2011.
  46. Fisher A, MacMillan R. *Integrated Care Pathways for Day Surgery Patients Guidelines for the development, implementation and monitoring of care pathways*. British association of day surgery. UK: Elsevier Science B.V.; 2010.
  47. Kitson A, Marshall A, bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centered care? A narrative review an syntethesis of the literatura from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs*. 2013;69(1):4-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x
  48. Irala J, Martínez-González MA, Seguí-Gómez M. *Epidemiología aplicada*. 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ariel; 2008.
  49. Canga N. *Estudio de intervención para la cesación tabáquica en pacientes diabéticos*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Navarra; 2000.

50. Myles PS, Weitcamp B, Jones k, Melick J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *Br J Anaesth.* 2000;84(1):11-5. doi: 10.1093/oxfordjournals.bja.a013366
51. Bost JE, Williams BA, Bottegal MT, Dang Q, Rubio DM. The 8-item Short-Form Health Survey and the physical comfort composite score of the quality of recovery 40-item scale provide the most responsive assessments of pain, physical function and mental function during the first 4 days after ambulatory knee surgery with regional anesthesia. *Anesth Analg.* 2007;105(6):1693-700. doi: 10.1213/01.ane.0000287659.14893.65
52. Lee WK, Kim MS, Kang SW, Kim S, Lee JR. Type of anaesthesia and patient quality of recovery: A randomized trial comparing propofol-remifentanil total iv anaesthesia with desflurane anaesthesia. *Br J Anaesth.* 2015;114(4):663-8. doi: 10.1093/bja/aeu405
53. Rankinen S, Salanterä S, Heikkinen K, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H, Leino-Kilpi h. Expectations and received knowledge by surgical patients. *Int J Qual Health C.* 2006;19(2):113-9. doi: 10.1093/intqhc/mzl075
54. Leino-Kilpi H, Johansson K, Heikkinen K, Kaljonen A, Virtanen H, Salanterä S. Patient education and health-related quality of life. Surgical hospital patients as a case in point. *J Nurs Care Qual.* 2005;20(4):311-20. doi: 10.1097/00001786-200510000-00005
55. Myles PS, Williams DL, Hendreta M, Anderson H, Weeks AM. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: Results of a prospective survey of 10.811 patients. *Br J Anaesth.* 2000; 84(1):6-10. doi: 10.1093/oxfordjournals.bja.a013383
56. Gornall BF, Myles PS, Smith CL, Burke JA, Leslie K, Pereira MJ, et al. Measurement of quality of recovery using the QoR-40: A quantitative systematic review. *Br J Anaesth.* 2013;111(2):161-9. doi: 10.1093/bja/aet014
57. Whitehead D. Health promotion and health education viewed as symbiotic paradigms: Bridging the theory and practice gap between them. *J Clin Nurs.* 2013;12(6):796-805. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00804.x
58. Teijedor FJ. El diseño y los diseños en la evaluación de los programas. *Revista de investigación educativa.* 2000;18(2):319-39.
59. Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A, Toledo-Atucha EA, Faulín-Fajardo J. *Bioestadística amigable.* 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
60. Guerrish K, Lacey A. *Investigación en enfermería.* 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2008.

## ANEXOS

### Anexo 1. Estrategia de búsqueda

BÚSQUEDA						
Nursing		Education		“Day surgery”		Discharge
<b>OR</b>	<b>A</b>	<b>OR</b>	<b>A</b>	<b>OR</b>	<b>A</b>	<b>OR</b>
Nurs*	<b>N</b>	Teaching	<b>N</b>	“Outpatient surgery”	<b>N</b>	Recover*
	<b>D</b>	<b>OR</b>	<b>D</b>	<b>OR</b>	<b>D</b>	<b>OR</b>
		Information		“Ambulatory surgery”		Postoperat*
		<b>OR</b>				
		Counseling				

Todos los términos con [tiab] (por título y abstract) excepto Nurs\*

## **Anexo 2.** Guías internacionales y libros de cirugía ambulatoria (CA)

Libros consultados	Guías consultadas
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Day Case Surgery: Nursing care for advanced day surgery (Oxford specialist Handbook).</li><li>2. Current Surgical Guidelines (Oxford University Press).</li><li>3. Day Surgery: Contemporary Approaches to Nursing Care.</li><li>4. Day Surgery: An overview: Together for the development of day surgery.</li><li>5. Ambulatory Surgical Nursing (Philadelphia)</li><li>6. Day Case Surgery (Oxford).</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Guidelines: Day case and short stay surgery: 2.</li><li>2. British Association of Day Surgery: Nurse Led Discharge.</li><li>3. International Association for Ambulatory Surgery. Policy Brief Day Surgery: Making it Happen.</li><li>4. International Association for Ambulatory Surgery. Day surgery: Development and practice.</li><li>5. Royal College of Nursing. Day Surgery Information: Selection criteria and suitable procedures.</li><li>6. Health Services Scotland. The Planned Care Improvement Programme: Day Surgery in Scotland.</li><li>7. British Association of Day Surgery. Integrated care pathways for day surgery patients.</li><li>8. British Association of Day Surgery. Skill mix and nursing establishment for day surgery.</li><li>9. UK Department of Health. Day Surgery: Operational guide.</li><li>10. British Association of Day Surgery. Guidelines about the discharge process and the assessment of fitness for discharge.</li><li>11. NHS Enhanced Recovery Partnership Programme. Delivering Enhanced recovery. Helping Patients to Get Better Sooner After Surgery.</li></ol>

### Anexo 3. Resumen de los estudios seleccionados

TÍTULO, AUTOR, AÑO, PAÍS	BASE DE DATOS REVISTA	RANKING Y PERCENTIL	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	OBJETIVO	RESULTADOS
<p><b>Postoperative Instructions Preoperatively-Evaluating the Effectiveness of a Teaching Model on Patient Satisfaction Regarding Instructions for Home Care.</b>  <i>Hovsepian J, McGah Ch, O'Brien C.</i>                      2017                      USA</p>	<p>PUBMED                      Journal of perianesthesia nursing</p>	<p>JCR: Q3                      Rank 87/116</p>	<p>Revisión bibliográfica (Ovid Nursing, Ovid Medline)                      Diseño e implementación de una intervención                      Estudio comparativo de datos cualitativos (6 meses/8 a 30 casos/día) 175pac/intervención 257(pac/control)</p>	<p>Mejorar la satisfacción del paciente de cirugía ambulatoria en la educación para el alta y mejorar la retención de las instrucciones del cuidado en el domicilio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Los programas de educación postoperatoria realizados en el preoperatorio ofrecen a los pacientes un cuidado de calidad en un entorno tranquilo y más eficiente que les prepara para el alta de la Unidad</li> <li>■ Emplear 15' con cada paciente preoperatoriamente y material de autoayuda proporciona una formación excelente en el manejo del dolor postoperatorio y otros aspectos del autocuidado</li> </ul>
<p><b>Provision of preoperative and postoperative information increases the likelihood a person will be fully prepared for home recovery.</b>  <i>Berg K.</i>                      2016                      Suecia</p>	<p>PUBMED                      Evidence-based nursing</p>	<p>Scimago:                      Q3, SIR(0,111)</p>	<p>Estudio cuantitativo descriptivo                      Cuestionario:                      456 pacientes de CA (2401 encuestados)</p>	<p>Examinar como juzgan los pacientes su preparación para recuperarse en su domicilio tras la cirugía</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La información preoperatoria y postoperatoria está positivamente asociada con paciente muy preparado para todo durante la recuperación postoperatoria en el domicilio familiar</li> <li>■ Insatisfacción por dolor, ansiedad y ayuda domiciliaria reducida presenta una negativa asociación</li> <li>■ El paciente necesita información personalizada y de alta calidad preoperatoria y postoperatoriamente para estar bien preparado</li> </ul>
<p><b>The Evaluation of Nursing Care Satisfaction and Patient Learning Needs in day Case Surgery.</b>  <i>Goktas SB, Yildiz T, Nargiz SK.</i>                      2015                      Turquía</p>	<p>PUBMED                      The Indian journal of surgery</p>	<p>JCR: Q4                      Rank 193/200</p>	<p>Estudio cuantitativo descriptivo.                      291 pacientes de cirugía ambulatoria (entrevista cara a cara)                      Instrumentos:  <i>Patient perception scale for nursing care (PPSN)</i>  <i>Patient learning needs scale (PLNS)</i></p>	<p>Determinar la satisfacción del cuidado de enfermería y la necesidad de información para el alta en pacientes de cirugía ambulatoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PPSN: No hay diferencia significativa entre el paciente que recibe entrenamiento antes del alta y el que no</li> <li>■ PLNS: Hay diferencia significativa entre el que recibe entrenamiento y el que no</li> <li>■ Consistente con estudios previos la información que más necesitan es en: Tratamiento y complicaciones, actividades cotidianas y medicación</li> <li>■ Es importante que los profesionales del cuidado sanitario proporcionen servicios adecuados de salud evaluando las necesidades personales de cada paciente</li> </ul>
<p><b>The Development of the Recovery Assessments by Phone Points (RAPP): A Mobile Phone App for Postoperative Recovery Monitoring and Assessment.</b>  <i>Jaensson M, Dahlberg K, Eriksson M, Gronlund A, Nilsson U.</i>                      2015                      Suecia</p>	<p>PUBMED                      JMIR mHealth and uHealth</p>	<p>JCR: Q1                      Rank 8/90</p>	<p>Estudio cuantitativo                      Equipo de investigación interdisciplinar (<i>eHealth</i> y enfermeras)                      Meta-análisis de 18 estudios (3459 pacientes); QoR-40                      Evaluación: 10 pacientes; 10 enfermeras, 5 cirujanos y 2 anestesiistas</p>	<p>Desarrollar de una aplicación móvil para evaluar la recuperación postoperatoria después del alta tras cirugía ambulatoria                      Evaluación App</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Satisfactorios resultados para recoger la calidad de recuperación postoperatoria y la posibilidad de un link de conexión con la enfermera de cirugía ambulatoria que permite al paciente tener acceso a más información y asistencia.</li> <li>■ Recovery Assessed by Phone Points (RAPP):                      - <i>Empowerment.</i>                      - Fácil de entender                      - Reduce innecesarios contactos con profesionales                      - Servir de guía para la mejora en áreas tales como anestesia y el cuidado postoperatorio a través de los propios pacientes</li> </ul>

TÍTULO, AUTOR, AÑO, PAÍS	BASE DE DATOS REVISTA	RANKING Y PERCENTIL	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	OBJETIVO	RESULTADOS
<p><b>Home recovery following day surgery: a patient perspective.</b>  <i>Mitchell M.</i>  2014  UK</p>	CINAHL Journal of Clinical Nursing	JCR: Q2 Rank 35/111	<p>Estudio cuantitativo transversal. Forma parte de un largo estudio</p> <p>Cuestionario(24/48h post) 684 pacientes de CA (de 2401 pacientes) en un hospital público</p> <p>Análisis factorial, análisis de regresión múltiple</p>	<p>Investigar aspectos que potencialmente más influyen en la recuperación tras cirugía ambulatoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La preparación para los eventos durante la recuperación en el hogar está positivamente asociada con la información ofrecida pre y post-operatoria y negativamente asociada con la ansiedad, limitaciones en el control del dolor y apoyo limitado del cuidador</li> <li>■ 39% de varianza en la completa preparación para los eventos durante la recuperación en el hogar explica la posibilidad de valorar otras variables tales como retrasos en el alta, circunstancias sociales individuales y motivación para la recuperación</li> <li>■ El 85% de los pacientes sienten que están completamente preparados para los eventos en la recuperación domiciliaria, existe un link positivo con la información preoperatoria ofrecida</li> <li>■ Importante la presencia del cuidador</li> </ul>
<p><b>Day surgery development and practice: key factors for a successful pathway.</b>  <i>Quenby DJ, Stocker ME.</i>  2014  UK</p>	SNOWBALL Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain	Scimago: Q3, SJR(0,616)	<p>Revisión bibliográfica</p> <p>Guía para la práctica/<i>British Association of Day Surgery (BADS)</i></p>	<p>Mejorar la práctica de enfermería en la unidad de cirugía ambulatoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La información preoperatoria como vía para una buena preparación (unidad de cirugía ambulatoria/enfermería): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación al paciente y su cuidador</li> <li>- Ayudar al paciente a tomar decisiones informadas verbales y por escrito de acuerdo al plan quirúrgico y cuidado postoperatorio</li> <li>- Identificar factores de riesgo</li> <li>- "Nurse led discharge" figura clave en la unidad de cirugía ambulatoria</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study.</b>  <i>Berg K, Årested KF, Kjellgren K.</i>  2013  Suecia</p>	SNOWBALL International Journal of Nursing Studies	JCR: Q1 Rank 3/105	<p>Estudio cualitativo fenomenográfico (Dahlgren y Fallsberg)</p> <p>31 pacientes de CA (dos hospitales: privado y local) Entrevista cara a cara semiestructurada en el domicilio (11-37 días tras el alta)</p>	<p>Explorar las diferentes percepciones de la recuperación postoperatoria del paciente de cirugía ambulatoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tres categorías: <i>Condiciones de recuperación en el domicilio; el rol perdido de su vida ordinaria; ser una pieza clave en el flujo del cuidado</i></li> <li>■ El paciente debe estar preparado con una información preoperatoria previa que le ayude a evitar malas interpretaciones y perspectivas no reales de la trayectoria de recuperación que pueden suponer una carga para el paciente y su familia</li> <li>■ Principalmente les preocupa: Dolor postoperatorio, cuidado de la herida, higiene personal, nivel de ejercicio y la reincorporación al trabajo</li> <li>■ El auto-cuidado es esencial en la recuperación</li> </ul>



TÍTULO, AUTOR, AÑO, PAÍS	BASE DE DATOS REVISTA	RANKING Y PERCENTIL	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	OBJETIVO	RESULTADOS
<p><b>Partners' experiences of the postdischarge period after day surgery--a qualitative study.</b>  <i>Majholm B, Esbensen BA, Thomsen T, Engbaek J, Moller AM.</i>            2012            Dinamarca</p>	PUBMED Journal of clinical nursing	JCR: Q1 Rank 25/106	Estudio cualitativo descriptivo. 11 parejas/cuidador de pacientes de cirugía ambulatoria. Entrevista cara a cara semiestructurada (7-14 días tras el alta)  Análisis: test sistemático de los 4 pasos de Maltreud inspirado por Giorgi	Describir la experiencia tras el primer día de alta y los días consecutivos de las parejas o esposos de los pacientes de cirugía ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ser una pareja de un paciente de cirugía ambulatoria lleva unas implicaciones que deben ser consideradas.</li> <li>■ Dos aspectos principales: <i>Todo por estar con el paciente</i> (cuidar y atender las necesidades, dejar de ir al lugar de trabajo y vida social); <i>contribuir a la sociedad como pareja cuidadora.</i></li> <li>■ Si reciben la adecuada formación todo estará bajo control</li> <li>■ Los pacientes consideran importante la presencia de un cuidador (generalmente el familiar más próximo)</li> </ul>
<p><b>Short hospital stays and new demands for nurse competencies.</b>  <i>Hannström N, Kankkunen P, Suominen T, Meroja R.</i>            2012            Finlandia</p>	SNOWBALL International Journal of Nursing Practice	JCR: Q2 Rank 49/104	Estudio cuantitativo descriptivo transversal. 84 enfermeras (148 encuestas enviadas electrónicamente). De 6 unidades de cirugía ambulatoria de 6 hospitales de la misma universidad de Finlandia  Instrumento: <i>Nurse Competence Scale (NCS)</i>	Examinar las competencias de las enfermeras en la unidad de cirugía ambulatoria (Finlandia). Describir el nivel de autoevaluación de las competencias y su actual uso	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La mayoría de las enfermeras consideran su mayor grado de competencia en: <i>Rol de ayuda, manejar situaciones complejas y enseñanza-coaching</i></li> <li>■ Los pacientes encuentran un desequilibrio entre la información que esperan y la que reciben, dando énfasis a la mejora de habilidades comunicativas y al apoyo psicológico</li> <li>■ En el futuro es importante tener en cuenta que la enfermera, ante la gran demanda de cirugía ambulatoria, tendrá un rol más activo y responsable en la educación del paciente, el plan de alta y la recuperación en el domicilio</li> </ul>
<p><b>They are marvellous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish': a grounded theory study of patients' and their carers' experiences after discharge following day surgery.</b>  <i>Mohrton A.</i>            2011            UK</p>	CINAHL Journal of Clinical Nursing	JCR: Q2 Rank 34/99	Estudio cualitativo, teoría fundamentada (versión Glaseriana) 145 pacientes y 100 cuidadores. 2 unidades de cirugía ambulatoria en el noroeste de Inglaterra. Entrevista semiestructurada: -Entrevista inicial e información en la Unidad (2 semanas pre-cirugía) -Entrevista telefónica (48h y 1 mes tras cirugía)	Explorar la experiencia de los pacientes tras el alta en la unidad de cirugía ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Categoría mayor: <i>Falta de apoyo profesional tras el alta.</i></li> <li>■ Tres temas principales: <i>Acontecimientos inesperados, falta de apoyo del equipo de atención primaria y nostalgia del tiempo pasado.</i></li> <li>■ Debe de considerarse la oportunidad de empoderar el autocuidado por el propio paciente y sus familiares-cuidadores con un cuidado adaptado a las necesidades individuales.</li> <li>■ Una buena iniciativa sería que las enfermeras de cirugía ambulatoria trabajasen conjuntamente con las enfermeras comunitarias</li> </ul>
<p><b>A patient-centred approach to day surgery nursing.</b>  <i>Michelle M.</i>            2010            UK</p>	CINAHL Nursing Standard	Scimago: Q3, SJR(0,139)	Revisión bibliográfica.	Valorar la necesidad de cuidado no sólo fisiológico, también psicológico y social en el paciente de cirugía ambulatoria (CA). Valorar la práctica moderna de las enfermeras de CA	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Necesidad de apoyo psicosocial al paciente de cirugía ambulatoria</li> <li>■ Muy bien valorada la llamada de enfermería para el seguimiento postoperatorio usando un formulario adaptado de <i>Post-Anaesthesia Discharge Score (PADS)</i></li> <li>■ Es necesario un programa de educación de líderes de enfermería cuyo contenido se extienda a nuevas prácticas quirúrgicas (práctica centrada en la experiencia total del paciente y no quede sólo en el poco tiempo empleado en la Unidad)</li> </ul>

TÍTULO, AUTOR, AÑO, PAÍS	BASE DE DATOS REVISTA	RANKING Y PERCENTIL	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	OBJETIVO	RESULTADOS
<p><b>An approach to consistent patient education.</b> Ortoliva C. 2010 USA</p>	CINAHL AORN Journal	Scimago: Q2, SJR(0,257)	Revisión bibliográfica Intervención: Aplicación de formulario estandarizado trabajado en equipo Pacientes (servicio de cirugía ambulatoria de Pitsburgh, Pensilvania) 175 formularios	Mejorar la información escrita dada a los pacientes y familiares en el momento del alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instrucciones específicas detalladas en un formulario para cada cirugía y tipo de anestesia (lenguaje familiar, fácil de leer). Menos pérdida de información</li> <li>▪ Ayuda en el flujo de los pacientes</li> <li>▪ Apoyo telefónico de seguimiento</li> <li>▪ Necesita evaluación y adaptación continua, basados en la mejor evidencia científica</li> </ul>
<p><b>Patients' experiences of day surgery: a parsanian analysis.</b> Mottram A. 2010 UK</p>	CINAHL Journal of Advanced Nursing	JCR: Q1 Rank 10/89	Estudio Cualitativo, teoría fundamentada (versión Glaseriana) 145 pacientes y 100 cuidadores 2 unidades de cirugía ambulatoria en un área urbana de Inglaterra. Entrevista semiestructurada: -Entrevista inicial e información en la Unidad (2 semanas pre-cirugía) -Entrevista telefónica (48h y 1 mes tras cirugía)	Explorar las experiencias de los pacientes de cirugía ambulatoria analizando el marco sociológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En relación al rol de enfermo "sick role" en el paciente de cirugía ambulatoria aparecen 3 categorías: - <i>El que se resiste a adaptarlo</i> (72% de los encuestados). Pueden existir conflictos entre el paciente y los cuidadores, ya que el paciente se resiste a ser cuidado y conlleva una gran tensión para la familia y no sabe cómo negociar - <i>El que desea una atribución limitada al rol - ¿qué va a decirle a su jefe?</i> (24% de los encuestados). Es capaz de asumir un nivel de incapacidad que puede sufrir tras la cirugía - <i>El que activamente busca el rol de enfermo</i> (sólo el 4% de los encuestados). Sienten que tienen todos los derechos de ser atendidos en el hospital (ingreso)</li> <li>▪ Debe de hacerse un plan de cuidado en concordancia</li> <li>▪ Importancia de que las enfermeras den apoyo, cuidado psicológico y se aseguren que el paciente/cuidador entiendan</li> <li>▪ Diferencia significativa entre el grupo que sí presentaba malestar (n=46) y el grupo que no (n=252) a los 3 meses</li> <li>▪ Las principales causas de malestar son el dolor, problemas con las heridas y su impacto en la vida diaria tras 3 meses post-cirugía</li> <li>▪ El periodo de recuperación puede extenderse. Apropiado mantener contacto con los profesionales sanitarios</li> <li>▪ Las principales causas que perciben los pacientes como potenciadores de ese malestar: El tipo de cirugía, el tratamiento incorrecto y el acceso insuficiente a información apropiada y a los profesionales</li> <li>▪ Tomar decisiones de mutuo acuerdo con el paciente: Aumenta la adherencia al autocuidado y les permite liderar su bienestar</li> <li>▪ Pacientes insatisfechos con la información que recibieron referente a lo que podían encontrarse y como tratar síntomas</li> <li>▪ <i>Integrated Care Pathways (ICP)</i> descrita por Rivas, como versión operativa de guía, junto con "follow up care" posibilita la cooperación con las enfermeras de salud comunitaria</li> </ul>
<p><b>Patients' experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery.</b> Rosén HJ, Bergh JHE, Lundman BM, Mårtensson LB. 2010 Suecia</p>	CINAHL BMC Nursing	Scimago: Q2, SJR(0,455)	Metodología combinada. Estudio cuantitativo (descriptivo, inferencial, correlacional). Estudio cualitativo (estrategia analítica guiada por Graneheim y Lundman)	Describir la experiencia y la percepción de cuales pueden ser las causas del malestar del paciente tras cirugía ambulatoria	<p>298 pacientes de una unidad de cirugía ambulatoria. Hospital local de Suecia. Cuestionario de preguntas abiertas (<i>open-ended</i>)</p> <p>Respuestas: 118 pac/48h postoperatorio 110 pac/7d postoperatorio 46 pac/3m postoperatorio</p>

TÍTULO, AUTOR, AÑO, PAÍS	BASE DE DATOS REVISTA	RANKING Y PERCENTIL	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	OBJETIVO	RESULTADOS
<p><b>Postoperative Phone Calls: Is There Another Way?</b>  <i>Godden B.</i>            2009            USA</p>	<p>SNOWBALL            Journal of Perianesthesia Nursing</p>	<p>Scimago:            Q1, SJR(0,273)</p>	<p>Revisión bibliográfica            Justificación de una intervención            (<i>Postoperative Phone Calls -PPC-</i>)</p>	<p>Especificar las ventajas y consejos para llevar a cabo <i>PPC</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Postoperative phone calls (PPC)</i> completa el cuidado continuo</li> <li>▪ Muchos pacientes no sólo están afectados físicamente, también emocional, educacional y socialmente</li> <li>▪ El feedback de los pacientes puede contribuir en el proceso de mejora</li> <li>▪ Antes de llamar debe revisarse exhaustivamente la Hª de cada paciente siguiendo una guía que agilice la conversación y abarque todos los aspectos relevantes</li> <li>▪ Un buen momento para el primer contacto es 24-48h post-cirugía y acordar con el paciente el mejor momento (mejor a la tarde o antes de anochece).</li> <li>▪ Varios estudios apoyan más de una <i>PPC</i></li> </ul>
<p><b>Preference for information and behavioral control among adult ambulatory surgical patients.</b>  <i>Leino-Kilpi H, Heikkinen K, Hillunen A, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H, Salanterä S.</i>            2009            Finlandia</p>	<p>SNOWBALL            Applied Nursing Research</p>	<p>JCR: Q3            Rank 41/72</p>	<p>Estudio cuantitativo descriptivo.            145 pacientes de una Unidad de Cirugía Ambulatoria. Hospital universitario de Finlandia</p>	<p>Objetivo ppal: Mejorar la calidad de la educación del paciente en la práctica de enfermería de cirugía ambulatoria.            Tres objetivos:            -Describir la información de los pacientes de cirugía ambulatoria y el control de preferencias.            -Describir que conocimiento recibe este paciente.            -Describir la asociación entre la información y el control de preferencias con el conocimiento recibido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clave: la educación del paciente juega un papel importante en cirugía ambulatoria. El paciente necesita estar bien educado para su autocuidado</li> <li>▪ Los resultados del estudio muestran que los pacientes no muestran mucho interés en querer más información, contrasta con otros estudios recientes</li> <li>▪ Referente al compromiso de involucrarse en su cuidado, en el estudio es bajo, realmente diferente a otros estudios previos, probablemente asociado a que son cirugías menores y los pacientes no perciben esa necesidad</li> <li>▪ Los pacientes consideran que reciben la mayoría de la información para abordar conocimiento biofisiológico y funcional, sin embargo, es más limitado en el campo ético, social y económico.</li> <li>▪ En el análisis de asociación, las personas que habitualmente son más activas en buscar información y comprometidas tienden a percibir que reciben menos información que las que son pasivas</li> <li>▪ Gran reto para las enfermeras, deben ser capaces de confeccionar la educación acorde a las necesidades</li> </ul>
<p><b>Home alone: Patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs.</b>  <i>Boughton M, Halliday, L.</i>            2009            Australia</p>	<p>SNOWBALL            Contemporary Nurse</p>	<p>JCR: Q4            Rank 64/72</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo.            7 pacientes y 7 cuidadores.            Hospital de Sidney.            Entrevista semiestructurada con cada uno de ellos por separado (Durante los 5 días tras el alta)</p>	<p>Explorar el impacto de haber sido dado de alta en un hospital de Australia con necesidades residuales y continuas de cuidado (estar en el domicilio con necesidades clínicas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 temas principales:                - <i>Incertidumbre por la falta de preparación</i>: Demanda de contacto con un profesional experto que le respalde</li> <li>- <i>Incertidumbre por la falta de información</i>: Instrucciones escritas, información clara, adecuada y sin discrepancias</li> <li>- <i>Incertidumbre de "estar en casa"</i>: Ambiente confortable pero sensación de inseguridad</li> <li>▪ Componente crítico: Un adecuado plan de alta que reduzca el estrés y la ansiedad, facilite la recuperación y la carga</li> </ul>

TÍTULO, AUTOR, AÑO, PAÍS	BASE DE DATOS REVISTA	RANKING Y PERCENTIL	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	OBJETIVO	RESULTADOS
<p><b>Postoperative telephone calls: timing is everything.</b>  <i>Flanagan J.</i>            2009            USA</p>	<p>CINAHL            AORN Journal</p>	<p>Scimago:            Q2, SJR(0,224)</p>	<p>Metodología combinada.            Estudio cuantitativo no-experimental.            Estudio cualitativo descriptivo</p> <p>77 pacientes de cirugía ambulatoria. Hospital de 900 camas del noroeste de Estados Unidos.            Entrevista abierta (siguiendo cuestionario <i>open-ended</i>) contacto telefónico tras 12h, 24h y 72h post-cirugía</p> <p>Marco teórico de referencia:            Teoría de rango medio de la transición de Meleis</p>	<p>Examinar el mejor momento para la llamada de seguimiento de la enfermera (<i>follow up call</i>); la experiencia de los pacientes y las necesidades de educación y aprendizaje que presenta el paciente de cirugía ambulatoria tras el alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los programas de seguimiento permiten a la enfermera de cirugía mantener un nivel de continuidad, evaluar el estado del paciente en el postoperatorio, proporcionar educación esencial y guiarle en lo que necesite</li> <li>▪ La enfermera proporciona la información preoperatoria y postoperatoria en una cita 24h antes de la cirugía</li> <li>▪ Este estudio sugiere que los pacientes no están preparados para saber lo que les espera en el periodo postoperatorio</li> <li>▪ Necesitan una información cierta de lo que van a encontrar tras la cirugía y debe ser coordinada interdisciplinariamente</li> <li>▪ La enfermera debe establecer acuerdos de vida y de cuidado preoperatoriamente</li> <li>▪ Cuando el paciente está informado sobre lo que se puede encontrar, se reduce el dolor, la ansiedad y síntomas de angustia en el postoperatorio</li> <li>▪ El coaching postoperatorio puede ser una importante estrategia para reforzar la educación preoperatoria y postoperatoria</li> <li>▪ La cirugía provoca una disrupción en la vida del paciente</li> <li>▪ La enfermera debe ayudar en el proceso de transición: Intervención telefónica</li> <li>▪ Nuevos modelos de enfermería son necesarios: “<i>Nurse Coaching</i>” y “<i>Preoperative Nursing Care</i>”</li> </ul>
<p><b>Approach to the patient in the ambulatory surgery unit.</b>  <i>Cordero-Ponce M, Romero-Sanchez IM, Lopez-Barea J, Martinez-Ramos P.</i>            2008            España</p>	<p>PUBMED            Enfermería clínica</p>	<p>Scimago:            Q3, SJR(0,217)</p>	<p>Revisión bibliográfica            Desarrollo de un programa educativo.</p>	<p>Desarrollo de un programa educativo que sea simple y a la vez cubra todas las necesidades de cuidados que el paciente de cirugía ambulatoria va a precisar en su postoperatorio domiciliario</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El éxito de la cirugía ambulatoria consiste en una buena educación en el autocuidado</li> <li>▪ Es a la enfermera a la que el paciente demanda más cantidad de información</li> <li>▪ Un programa para cirugía ambulatoria es el conjunto de actividades integradas de promoción, prevención, recuperación y concordar con las expectativas y preferencias de los usuarios</li> <li>▪ Agiliza el proceso de atención sanitaria y mejora la calidad asistencial y satisfacción del usuario</li> <li>▪ Implicación activa y responsable del paciente y su familia</li> <li>▪ Programa educativo que debe ser eficaz, efectivo y eficiente</li> </ul>

TÍTULO, AUTOR, AÑO, PAÍS	BASE DE DATOS REVISTA	RANKING Y PERCENTIL	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	OBJETIVO	RESULTADOS
<p><b>Clinical practice and routines for day surgery in Sweden: implications for improvement in nursing interventions.</b>  <i>Stomberg MW, Segerdahl M, Rawcl N, Jakobsson J, Brattwall M.</i>  2008  Suecia</p>	<p>PUBMED  Journal of perioperative nursing : official journal of the American Society of Perianesthesia Nurses</p>	<p>Scinago:  Q1, SJR(0,26)</p>	<p>Metodología combinada. Estudio cuantitativo descriptivo. Estudio cualitativo (análisis de contenido)</p> <p>92. hospital de Suecia (personal de la unidad de cuidados postanestésicos de cirugía ambulatoria). Encuesta: Respuestas alternativas, algunas abiertas (<i>open-ended</i>) y espacio de sugerencias</p>	<p>Destacar un número de intervenciones potenciales de enfermería en el periodo peri-operatorio basado en los resultados de la amplia encuesta nacional sobre la rutina actual de los procedimientos típicos llevados a cabo en cirugía ambulatoria en Suecia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 50% de las cirugías en Suecia son realizadas a modo de cirugía ambulatoria</li> <li>■ Las enfermeras de PACU evalúan la preparación para el alta domiciliaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80% tienen criterios estándares clínicos</li> <li>- 64% rutina de aconsejar en el alta con la persona cercana y le acompaña durante las primeras 24h</li> <li>- 96% de los hospitales ofrecen un teléfono de contacto postoperatorio</li> <li>- 40% ofrecen un servicio de llamada (1-2 días tras la cirugía)</li> </ul> </li> <li>■ El inadecuado manejo del dolor es una de las principales causas de reingreso</li> <li>■ Mayor información individualizada y extensa antes de la cirugía <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Filtración preoperatoria</li> <li>■ Llamada de seguimiento</li> </ul> </li> <li>■ La enfermera de cirugía ambulatoria debe tener un rol más activo con intervenciones estructuradas para optimizar el cuidado y reducir el gasto sanitario</li> </ul>
<p><b>Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery.</b>  <i>Gilmartin J.</i>  2007  UK</p>	<p>CINAHL  Journal of Clinical Nursing</p>	<p>JCR: Q1  Rank 8/46</p>	<p>Estudio cualitativo fenomenológico. 30 pacientes de cirugía ambulatoria. Hospitales universitarios en el norte de Inglaterra. Entrevista abierta (<i>open-ended</i>) en el domicilio 7-10 días tras la cirugía</p>	<p>Percepción de los pacientes del plan de alta y recuperación tras cirugía ambulatoria. Para aclarar cuestiones acerca de la información y educación recibida por parte de las enfermeras</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 4 temas principales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Preparación del alta: Información verbal y escrita y con familiar presente</i></li> <li>- <i>Sensación de dolor, fatiga y coloración de la piel</i></li> <li>- <i>Sensación de inflamación, hematomas y dificultad para la micción</i></li> <li>- <i>Sensación de sangrado, mezcla de emociones y de mejora</i></li> </ul> </li> <li>■ La mayoría de los pacientes del estudio consideran que han recibido un adecuado plan de alta</li> <li>■ Han encontrado déficits en la información oral y el momento en que se ha ofrecido (postoperatorio inmediato)</li> <li>■ La enfermera debe ofrecer una aproximación holística y facilitar: El manejo del dolor y de los síntomas, reanudar actividades cotidianas, acceso a servicios de apoyo y el rol de cuidador</li> <li>■ Esencial explorar opciones que empoderen el regreso al bienestar</li> </ul>



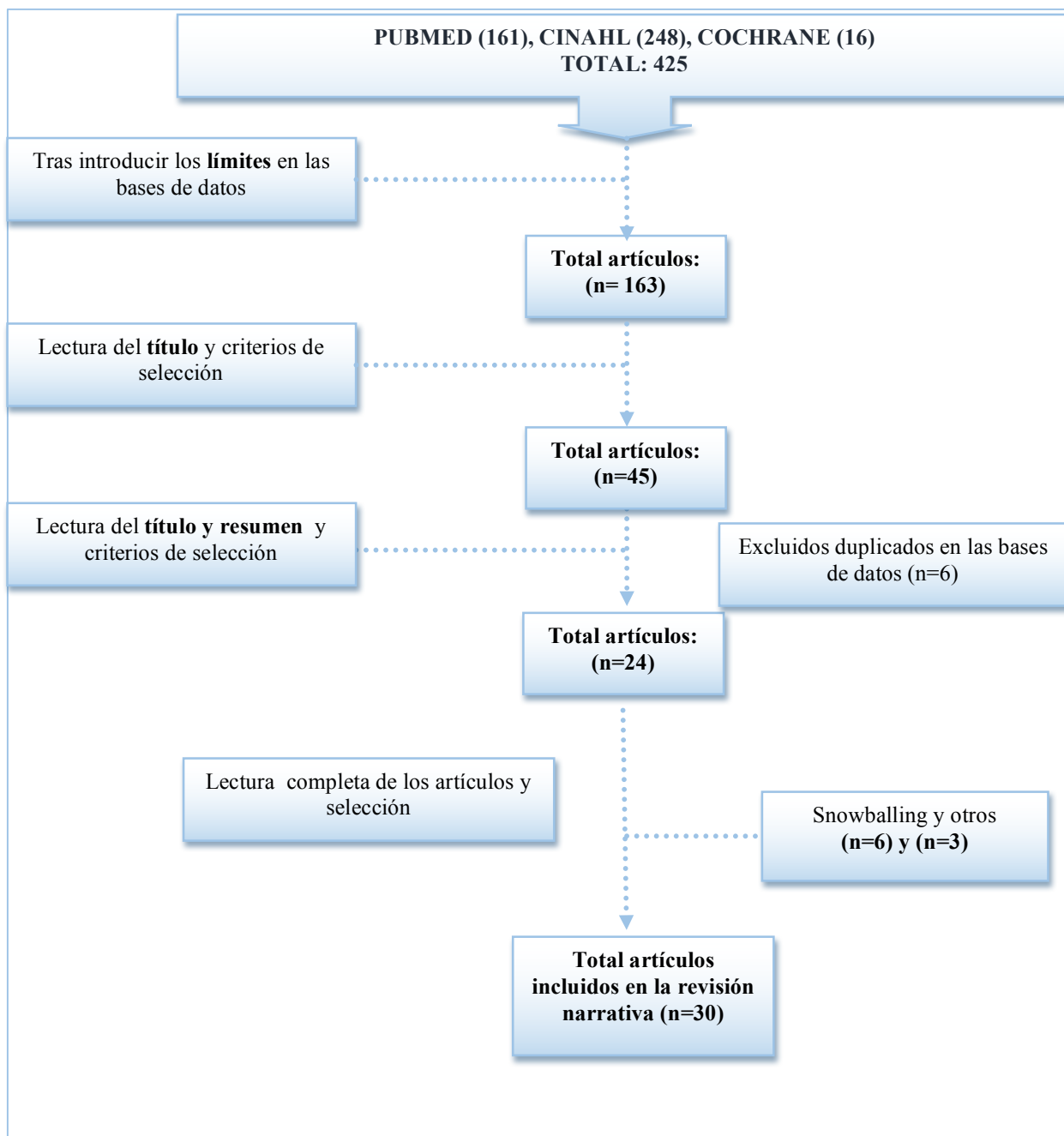
TÍTULO, AUTOR, AÑO, PAÍS	BASE DE DATOS REVISTA	RANKING Y PERCENTIL	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	OBJETIVO	RESULTADOS
<p><b>Evaluation of a telephone call service for ambulatory surgery patients in Taiwan.</b> Chen C, Ma H, Yen M, Li S, Liu L 2007 Taiwán</p>	CINAHL Journal of Nursing Care Quality	JCR: Q3 Rank 25/36	<p>Estudio cuantitativo descriptivo. Evaluación de intervención: <i>Telephone Call Service (TCS)</i></p> <p>174 pacientes/cirugía ambulatoria (CA). 219 pacientes de CA que reciben TCS. 43 enfermeras que proporcionan TCS. (Cuestionario abierto)</p> <p>Instrumentos: -Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ) -Telephone Service Perception questionnaire (TSPQ) -Open-ended questionnaire Perception of Difficulty for Nurses</p>	<p>Evaluar los resultados de TCS para los pacientes de cirugía ambulatoria: -Satisfacción de los pacientes -Percepción de los pacientes sobre el valor de TCS -Percepción de las enfermeras en la dificultad para implementarlo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ofrece instrucciones preoperatoria y postoperatoria para el cuidado de cirugía ambulatoria</li> <li>- Evaluación e instrucciones el día antes de la cirugía</li> <li>- Evaluación postoperatoria y de educación al alta 24h tras la cirugía</li> <li>■ No hay diferencias significativas en la satisfacción en ambos grupos.</li> <li>■ Los pacientes con TCS muestran menos preocupaciones sobre la cirugía y tienen percepciones de eficacia en su cuidado</li> <li>■ La mayoría de los pacientes consideran la intervención útil y necesaria, aunque enfatizan en preparar a las enfermeras</li> <li>■ La principal dificultad para las enfermeras es la falta de conocimiento y la falta de tiempo.</li> <li>■ Modelos alternativos de personal y formación que mejore la calidad de TCS: Enfermera gestora de casos</li> </ul>
<p><b>Determining patient discharge criteria in an outpatient surgery setting.</b> Kingdon B, Newman K. 2006 USA</p>	CINAHL AORN Journal	Scimago: Q1, SJR(0,271)	<p>Estudio cualitativo</p> <p>Proyecto de mejora de calidad. <i>QI project leaders</i> (3 pasos técnica Delphi)</p> <p>14 enfermeras de cirugía ambulatoria del Flagler Hospital.</p>	<p>Identificar factores específicos que las enfermeras del área de CA necesitan para evaluar la preparación del paciente para el alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El análisis de los datos permite incorporar programas de orientación y educación en el Flagler Hospital para mejorar el juicio clínico de las enfermeras</li> <li>■ Incorporación de <i>checklist</i> y una política de criterios para valorar la preparación para el alta</li> </ul>
<p><b>AORN guidance statement: postoperative patient care in the ambulatory surgery setting.</b> AORN 2005 USA</p>	CINAHL AORN Journal	Scimago: Q2, SJR(0,159)	<p>Revisión bibliográfica. Guía específica para ASCs (servicios de cirugía ambulatoria)</p>	<p>ASCs: Políticas y procedimientos para garantizar el cuidado del paciente postoperado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Perioperative patient focused model</i> (modelo de referencia para el cuidado centrado en el paciente y su familia)</li> <li>■ Concreta el ratio de enfermera paciente en las 3 fases de postoperatorio.</li> <li>■ Seguimiento tras el alta</li> </ul>
<p><b>Telephone follow-up for day surgery patients: Patient perceptions and nurses' experiences.</b> Denwar A, Scott J, Muir J. 2004 Canadá</p>	COCHRANE Journal of PeriAnesthesia Nursing	Scimago: Q1, SJR(0,191)	<p>Estudio cualitativo de una intervención (educación para el postoperatorio preoperatoriamente)</p> <p>238 pacientes de cirugía ambulatoria (bloque randomizado )</p> <p>Entrevista telefónica: -Grupo intervención (educación para el alta pre y postoperatoriamente) -Grupo control (educación sólo post) contacto el 1º y 5º día tras la cirugía</p>	<p>Descubrir la experiencia de las enfermeras usando la llamada de seguimiento con los pacientes de cirugía ambulatoria. Descubrir las preocupaciones del paciente a cerca de la necesidad de seguimiento y apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Todos los pacientes reciben información escrita específica para cada cirugía y cirugía</li> <li>■ Los pacientes manifiestan que necesitan seguimiento</li> <li>■ Protocolizada la llamada el primer día tras la cirugía (la tarde o al anochecer es el mejor momento)</li> <li>■ Los días 1º y 2º tras la cirugía no son capaces de recordar muchas instrucciones y no recurren al folleto</li> <li>■ Mayor comprensión surge a partir del día 3º tras CA</li> <li>■ El dolor es uno de los principales motivos de incertidumbre y desconcierto en la recuperación</li> <li>■ El seguimiento y la evaluación por parte de la enfermera consolida la educación y ofrece apoyo emocional y estímulo</li> <li>■ Los protocolos se deben revisar y actualizar</li> </ul>

TÍTULO, AUTOR, AÑO, PAÍS	BASE DE DATOS REVISTA	RANKING Y PERCENTIL	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	OBJETIVO	RESULTADOS
<p><b>Improving communication in day surgery settings.</b> Foy CR, Timmins F. 2004 Irlanda</p>	<p>SNOWBALL Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing</p>	<p>Scimago: Q3, SJR(0,124)</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Reflexión sobre las habilidades de comunicación en la unidad de cirugía ambulatoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estrategias para el cambio: De "que hacen las enfermeras al paciente" hacia "que hacen las enfermeras CON el paciente"</li> <li>▪ Desarrollar una relación terapéutica: Anticiparse a las reacciones individuales, temores y creencias.</li> <li>▪ Aproximación holística</li> <li>▪ Identificar necesidades y empoderar</li> <li>▪ Barrera importante: Límite de tiempo y flujo constante de pacientes</li> <li>▪ Facilitador: Desarrollar habilidades de comunicación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escucha activa: Escuchar, preguntar y observar.</li> </ul> </li> <li>Clave: "Nurse led discharge"</li> <li>- Empoderar: Toma de decisiones compartidas y objetivos mutuos</li> <li>- Cuidado: Ideas, opiniones y pensamiento crítico compartido para mejorar el cuidado físico y emocional.</li> <li>Clave: "Nurse led Services"</li> <li>- Familia: Gran recurso de confort para el paciente</li> </ul>
<p><b>Patient care after discharge from the ambulatory surgical center.</b> Marley KA, Swanson J. 2001 USA</p>	<p>PUBMED Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses</p>	<p>Scimago: Q1, SJR(0,198)</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Identificar complicaciones importantes tras el alta del paciente de cirugía ambulatoria, para proporcionar al paciente un plan educativo para el alta y su recuperación en el domicilio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discusión y opciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La mayoría de los pacientes sufren complicaciones menores tras la cirugía ambulatoria ( la mayoría a partir del tercer día)</li> <li>▪ Programa educativo contribuye favorablemente: Antes de la cirugía el paciente/cuidador deben ser educados (identifiquen lo que es normal, efectos secundarios y el autocuidado)</li> <li>▪ La llamada de seguimiento puede contribuir a reconducir y guiar</li> <li>▪ Principales molestias tras el alta: Malestar post-quirúrgico (&gt;80%); náuseas y vómitos (7-28%); retención de orina (0,5-5%); estreñimiento (50%); migraja (&gt;64%); faringitis (&gt;50%); fiebre (16%); dolor de cabeza (10-38%); efectos de la analgesia regional (r/c tipo de anestesia)</li> <li>▪ La enfermera debe valorar y recomendar estrategias</li> <li>▪ La mayoría de los pacientes que recibieron información verbal y escrita no experimentaron problemas tras el alta</li> <li>▪ Los pacientes que recibieron información verbal breve experimentaron problemas y preocupación tras el alta (visita extra a los servicios sanitarios)</li> <li>▪ Todos los pacientes manifestaban su deseo de información extra pero perciben falta de tiempo en los profesionales, un ambiente poco familiar y falta continuidad en el personal</li> <li>▪ Muchos pacientes desconocen que información van a necesitar hasta que se encuentran en su domicilio</li> <li>▪ Los resultados enfatizan la importancia del rol de la enfermera en el plan de alta y en las llamadas de seguimiento</li> </ul>
<p><b>A study of the impact of discharge information for surgical patients.</b> Henderson A, Zemke W. 2001 Australia</p>	<p>SNOWBALL Journal of Advanced Nursing</p>	<p>JCR: Q1 Rank 7/32</p>	<p>Estudio cuantitativo descriptivo, comparativo</p> <p>158 pacientes. 3 unidades de cirugía. -Cuestionario escrito 24h tras el alta -Entrevista telefónica 1-2 sem tras el alta</p>	<p>Establecer si la información que los pacientes quirúrgicos reciben para el manejo del dolor es suficiente para su autocuidado y no recurrir a profesionales de la salud</p>	<p>39% pacientes reciben información verbal y escrita por el médico y la enfermera 61% pacientes reciben información verbal breve de la enfermera</p>

TÍTULO, AUTOR, AÑO, PAÍS	BASE DE DATOS REVISTA	RANKING Y PERCENTIL	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	OBJETIVO	RESULTADOS
<p><b>Not a social event: the follow-up phone call.</b>  <b>Barnes S.</b>            2000            USA</p>	<p>PUBMED            Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses</p>	<p>Scimago:            Q1, SJR(0.214)</p>	<p>Revisión bibliográfica.            Propuesta de estrategia de mejora</p>	<p>Justificación de una intervención (<i>Follow-up Phone Call</i>) como estrategia de mejora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La tendencia actual es: “<i>Quicker and sicker</i>”. Demanda de programas de educación y planes de seguimiento</li> <li>■ Para optimizar la intervención telefónica:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar lo que se quiere lograr</li> <li>- Establecer un protocolo</li> <li>- Dedicarle tiempo (revisar la Hª y registrar los datos recogidos)</li> <li>- Asegurarse que la enfermera tiene las competencias adecuadas (educación y entrenamiento)</li> <li>- 24-48 tras el alta</li> </ul> </li> <li>■ Cierra el <i>loop</i> de contacto con el paciente para la educación que comienza en la entrevista preoperatoria. Muy útil</li> </ul>
<p><b>Day surgery patients' convalescence at home: does enhanced discharge education make a difference?</b>  <b>Young J, O'Connell B, McGregor S.</b>            2000            Australia</p>	<p>SNOWBALL            Nursing &amp; Health Sciences</p>	<p>Scimago:            Q3, SJR(0.124)</p>	<p>Estudio cuantitativo descriptivo exploratorio            324 pacientes de cirugía ambulatoria.            Hospital de educación mayor (oeste de Australia)</p>	<p>Evaluación y comparación de la eficacia de una instrucción genérica para el alta de pacientes de cirugía ambulatoria y una instrucción específica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La mayoría de los pacientes no presentan problemas durante su recuperación y son capaces de manejar los síntomas. No hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos</li> <li>■ El dolor, el cansancio y la inmovilidad fueron los síntomas más frecuentes. No hay diferencias en los síntomas entre los dos grupos ( no hay conexión entre la recuperación y la educación para el alta)</li> <li>■ El grupo intervención (<i>stage 2</i>) revela que recibieron más información acerca de todos los síntomas. Hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos</li> <li>■ Si los pacientes están satisfechos con su automanejo no sobrecargan a los profesionales de salud</li> <li>■ Importancia del rol de cuidador, el paciente de cirugía ambulatoria requiere una media de 3 días (habitualmente se estipula 1 día)</li> <li>■ Debido a que no se encontraron diferencias entre ambos grupos denota que el plan estándar es suficiente para los casos que no tienen mayores complicaciones o son menos proclives</li> </ul>
			<p>Enquesta escrita (<i>Postoperative Symptoms Diary</i>) para completar los 4 días tras el alta:  <i>-Symptom Measurement Scale</i>  <i>-Symptom Management Index</i>            Información demográfica.            Encuesta telefónica abierta</p>		



**Anexo 4.** Diagrama PRISMA de la estrategia de búsqueda en las bases de datos



**Anexo 5.** Cirugías realizadas en la CUN. Ambulatorio (AMB) y hospitalario (HOSP)

<b>Intervenciones realizadas en quirófano por tipo y año ( 2016 – 2017)</b>				
<b>CENTRO</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>AÑO</b>	<b>TIPO</b>	<b>TOTAL</b>
NAV	Área de Flebología	2018	AMBU	1
NAV	Área de Patología Mamaria	2018	AMBU	3
NAV	Área de Patología Mamaria	2018	HOSP	114
NAV	Cirugía Cardíaca	2018	HOSP	27
NAV	Cirugía General	2018	AMBU	8
NAV	Cirugía General	2018	HOSP	407
NAV	Cirugía Ortopédica y Traumatología	2018	AMBU	147
NAV	Cirugía Ortopédica y Traumatología	2018	HOSP	558
NAV	Cirugía Plástica	2018	AMBU	51
NAV	Cirugía Plástica	2018	HOSP	154
NAV	Cirugía Torácica	2018	AMBU	2
NAV	Cirugía Torácica	2018	HOSP	74
NAV	Cirugía Vascular	2018	HOSP	42
NAV	Dermatología	2018	AMBU	263
NAV	Dermatología	2018	HOSP	52
NAV	Ginecología y Obstetricia	2018	AMBU	14
NAV	Ginecología y Obstetricia	2018	HOSP	139
NAV	Hematología	2018	HOSP	4
NAV	Neurocirugía	2018	AMBU	4
NAV	Neurocirugía	2018	HOSP	122
NAV	Neurofisiología	2018	AMBU	1
NAV	Neurofisiología	2018	HOSP	20
NAV	Neurología	2018	HOSP	6
NAV	Oftalmología	2018	AMBU	257
NAV	Oftalmología	2018	HOSP	44
NAV	Oncología Radioterápica	2018	AMBU	2
NAV	Oncología Radioterápica	2018	HOSP	22
NAV	Otorrinolaringología	2018	AMBU	19
NAV	Otorrinolaringología	2018	HOSP	388
NAV	U. Cirugía V. y R. Intervencionista	2018	AMBU	2
NAV	U. Cirugía V. y R. Intervencionista	2018	HOSP	21
NAV	Unidad de Dolor	2018	HOSP	2
NAV	Unidad Dental	2018	AMBU	4
NAV	Unidad Dental	2018	HOSP	2
NAV	Urología	2018	AMBU	10
NAV	Urología	2018	HOSP	255

## Anexo 6. Instrumentos

### 1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA PACIENTES DE CA



### CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

- **Fecha y hora de la cirugía:**
- **Procedimiento quirúrgico:**
- **Cirugía ambulatoria previa:**
  - Sí
  - No
- **Sexo:**
  - Hombre
  - Mujer
- **Edad actual:**
- **Estado civil:**
  - Casado/a
  - Divorciado/a
  - Separado/a
  - Viudo/a
  - Soltero/a
  - En pareja
  - Otro
- **Número de hijos:**
- **Convivencia en la actualidad:**
  - Esposo/a
  - Pareja
  - Hijo/a
  - Hermano/a
  - Otro

- **Nivel de estudios:**
  - Sin estudios
  - Estudios primarios o equivalentes (EGB, educación primaria, alfabetización)
  - Enseñanza general secundaria (Bachillerato elemental, graduado escolar, ESO)
  - Enseñanza profesional de 2º grado (FP1)
  - Enseñanza general secundaria, 2º ciclo (Bachiller, BUP, COU)
  - Enseñanzas profesionales superiores (FP2)
  - Estudios Universitarios o equivalentes
- **Empleo actual:**
- **Antecedentes/comorbilidad:**
  - HTA
  - Tabaco
  - Obesidad
  - Problemas musculo esqueléticos
  - Enfermedad cardiovascular
  - Problemas respiratorios
  - Depresión y/o ansiedad
- **Tratamiento farmacológico actual:**
  - Tratamiento habitual:
    - .....
    - .....
  - Tratamiento específico tras la Cirugía Ambulatoria:
    - .....
    - .....

2. CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA CALIDAD DE RECUPERACIÓN DEL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO -*Questionnaire of Recovery-40(QoR-40)*-

Date: \_\_/\_\_/\_\_

**Patient Survey (QoR – 40)**

Name: \_\_\_\_\_ study #: \_\_\_\_\_ Hospital UR #: \_\_\_\_\_

**PART A**

**How have you been feeling in the last 24 hours?**

(1 to 5, where : 1 = very poor and 5 = excellent)

**For example:** If you have been able to breathe easily all of the time, you should indicate this by circling the response 5 = *all of the time* as shown below:

	None of the time	Some of the time	Usually	Most of the time	All of the time
Able to breathe easily	1	2	3	4	5

	None of the time	Some of the time	Usually	Most of the time	All of the time
<b>Comfort</b>					
Able to breathe easily	1	2	3	4	5
Have had a good sleep	1	2	3	4	5
Been able to enjoy food	1	2	3	4	5
Feel rested	1	2	3	4	5
<b>Emotions</b>					
Having a feeling of general well-being	1	2	3	4	5
Feeling in control	1	2	3	4	5
Feeling comfortable	1	2	3	4	5

**How have you been feeling in the last 24 hours?**

(1 to 5, where : 1 = very poor and 5 = excellent)

	None of the time	Some of the time	Usually	Most of the time	All of the time
<b>Physical Independence</b>					
Have normal speech	1	2	3	4	5
Able to wash, brush teeth or shave	1	2	3	4	5
Able to look after your own appearance	1	2	3	4	5
Able to write	1	2	3	4	5
Able to return to work or usual home activities	1	2	3	4	5
<b>Patient Support</b>					
Able to communicate with hospital staff (when in hospital)	1	2	3	4	5
Able to communicate with family or friends	1	2	3	4	5
Getting support from hospital doctors (when in hospital)	1	2	3	4	5
Getting support from hospital nurses (when in hospital)	1	2	3	4	5
Having support from family or friends	1	2	3	4	5
Able to understand instructions and advice	1	2	3	4	5

## PART B

*Have you had any of the following in the last 24 hours?*

(5 to 1, where: 5 = excellent and 1 = very poor)

	None of the time	Some of the time	Usually	Most of the time	All of the time
<b>Comfort</b>					
Nausea	5	4	3	2	1
Vomiting	5	4	3	2	1
Dry-retching	5	4	3	2	1
Feeling restless	5	4	3	2	1
Shaking or twitching	5	4	3	2	1
Shivering	5	4	3	2	1
Feeling too cold	5	4	3	2	1
Feeling dizzy	5	4	3	2	1
<b>Emotions</b>					
Had bad dreams	5	4	3	2	1
Feeling anxious	5	4	3	2	1
Feeling angry	5	4	3	2	1
Feeling depressed	5	4	3	2	1
Feeling alone	5	4	3	2	1
Had difficulty falling asleep	5	4	3	2	1

***Have you had any of the following in the last 24 hours?***

**(5 to 1, where: 5 = excellent and 1 = very poor)**

	<b>None of the time</b>	<b>Some of the time</b>	<b>Usually</b>	<b>Most of the time</b>	<b>All of the time</b>
<b>Patient Support</b>					
Feeling confused	5	4	3	2	1
<b>Pain</b>					
Moderate pain	5	4	3	2	1
Severe pain	5	4	3	2	1
Headache	5	4	3	2	1
Muscle pains	5	4	3	2	1
Backache	5	4	3	2	1
Sore throat	5	4	3	2	1
Sore mouth	5	4	3	2	1

Thank you for your assistance.

**Please check that all questions have been answered.**

If you have any questions, please contact: Jenny Hunt or Helen Fletcher through the hospital's switchboard (03) 9276 2000.



### 3. ESCALA PARA EVALUAR LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS Y SU ADECUADO AUTOMANEJO - *Postoperative Symptoms Diary-*

#### FIRST DAY AFTER SURGERY

□□□

In the first 24 hours after your operation did you have someone care for you?

Yes  No

• If yes, who was your carer (eg friend, husband, sister etc)?

\_\_\_\_\_

Please state what effect your day surgery had on:

<b>Tiredness</b>	<b>(Please circle appropriate number)</b>	
Fully awake	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Very sleepy
<b>Moving around</b>	<b>(Please circle appropriate number)</b>	
Easy to move	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Difficult to move
<b>Eating</b>	<b>(Please circle appropriate number)</b>	
Your normal appetite	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	No appetite
<b>Drinking</b>	<b>(Please circle appropriate number)</b>	
Your normal thirst	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Not thirsty
<b>Going to the toilet</b>	<b>(Please circle appropriate number)</b>	
Your normal routine	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Changes to your routine

<b>Pain</b>	<b>(Please circle appropriate number)</b>	
Pain Free	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Severe Pain
<b>Nausea</b>	<b>(Please circle appropriate number)</b>	
No Nausea	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Severe Nausea
<b>Wound care</b>	<b>(Please circle appropriate number)</b>	
No problems	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Constant problems

**Managing (Please tick one box in Each row)**

For each activity listed below please tick how well you managed it today.

	<b>Not Difficult</b>	<b>Difficult but managed</b>	<b>Difficult but managed with carer</b>	<b>Couldn't manage</b>	<b>Not attempted</b>	<b>Not relevant</b>
<b>Moving:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Eating:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Drinking:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Toileting:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wound care</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For each condition listed below please tick how well you managed with it today.

	<b>Not Difficult</b>	<b>Difficult but managed</b>	<b>Very difficult but managed</b>	<b>Could not manage</b>	<b>Not relevant</b>
<b>Tiredness:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pain:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nausea:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Thank you for completing today's section of the diary

## Anexo 7. Estrategias educativas del programa educativo para el alta de CA

### INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Consejo individualizado e intensivo

Intervenciones de seguimiento

*Servicio telefónico de soporte las primeras 24 horas tras el alta*

*Servicio telefónico de seguimiento 24-72 horas tras el alta*

### MATERIAL DE AUTOAYUDA

Material escrito (folletos, guías, etc.)

Portal de CA en la web de la CUN

Aplicación para dispositivo (móvil) de valoración de la recuperación post-cirugía

## Anexo 8. Cuestionario para seguimiento telefónico tras CA

Post-discharge telephone support form				
<b>Experience of pain</b>				
None	Mild	Moderate	Severe	Worst imaginable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Experience of nausea and vomiting</b>				
None	Mild	Moderate	Severe	Worst imaginable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Management of wound</b>				
Very good	Good	Uncertain	Poor	Very poor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Activity level</b>				
Very good	Good	Uncertain	Poor	Very poor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Level of carer support required</b>				
Very small amount	Small amount	Moderate	Large amount	Very large amount
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Current level of anxiety</b>				
Extremely anxious	Very anxious	Quite anxious	A little anxious	Not anxious
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Level of satisfaction with care</b>				
Not satisfied	Quite satisfied	A little satisfied	Very satisfied	Extremely satisfied
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Additional information required</b>				
None required	Some required	Medium amount required	Much required	Great deal required
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nursing notes</b>				
(Mitchell 2009)				

**Anexo 9.** Cuestionario actual para seguimiento telefónico tras CA en la CUN

FECHA:

HORA:

ENFERMERA:

SI NO COMENTARIO

- ¿Ha podido descansar a la noche?  SI  NO
- ¿Se ha tomado la medicación pautada para el dolor?  SI  NO
- ¿La dosis pautada ha sido suficiente?  SI  NO
- ¿La herida sangra, supura o está enrojecida?  SI  NO
- ¿Ha tenido náuseas  vómitos  ?  SI  NO
- ¿Ha tenido fiebre  dolor de cabeza  dolor de espalda  ?
- Estado general: bueno  regular  malo
- En una escala del 0 al 10, ¿qué puntuación tendría su dolor?

1-2-3-4-5-6-7-8-

0-3 leve  
4-6 moderado  
7-9 intenso  
10 insostenible

- ¿Le han dado cita con la consulta? (explicar cómo continuará su seguimiento desde consulta).

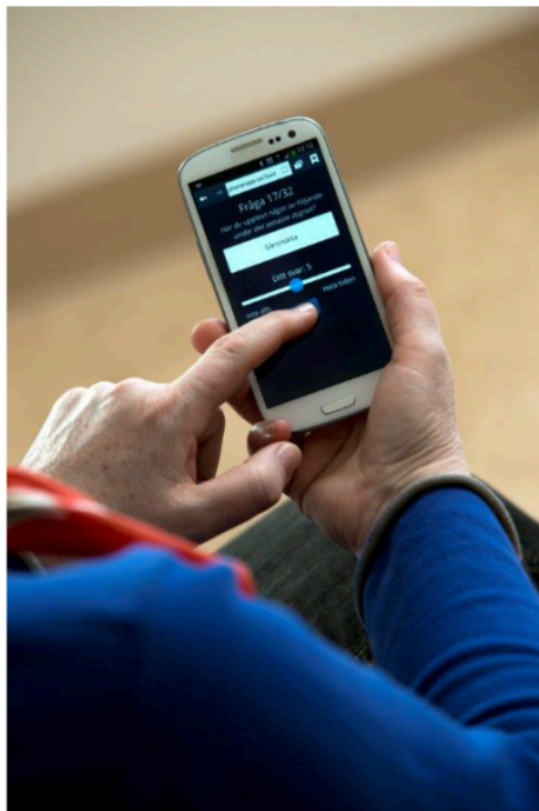
\* Cuadro para poder escribir algún dato relevante sobre la conversación telefónica con el paciente, consulta, quirófano...

## Anexo 10. Ejemplo para visualización en pantalla de los ítems de la App móvil

**Figure 1.** An example of the Recovery Assessed by Phone Points (RAPP) after the patients' feedback, the background has a darker background and the text has been increased. (During the last 24 hours I have: Slept well, None of the time-All the time).



**Figure 2.** The patient can move the dot simply by touching the line. (During the last 24 hours Have you had any of the following: pain, None of the time-All the time) © Ulla-Carin Ekblom.



**Anexo 11.** Ítems originales del cuestionario (SwQoR) para la aplicación móvil (RAPP)

SwQoR
Able to breathe easy
Sleeping well
Being able to enjoy food
Feeling rested
Having a general feeling of well-being
Feeling in control
Pain in the surgical wound
Feeling relaxed
Speaking normally
Able to look after personal hygiene
Able to write as usual
Able to return to work or usual duties about the home
Nausea and vomiting
Nausea or vomiting
Feeling restless
Shivering or twitching
Feeling too cold
Dizziness
Nightmares
Anxiety
Depressed
Feeling lonely
Difficulties getting to sleep
Headache
Muscle pain
Back pain
Sore throat
Difficulties concentrating
Trouble urinating
Feeling constipated
Diarrhea

## Anexo 12. Módulos del programa educativo multicomponente para el alta en CA

MÓDULOS	COMPONENTES	OBJETIVOS
<p><b>MÓDULO 1 (FASE HOSPITALARIA)</b> <i>(El mismo día de la cirugía)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consulta preoperatoria de 15 minutos</li> <li>▪ Paciente/familia (cuidador principal)</li> <li>▪ Sala o despacho habilitado (anexo a la sala de espera)</li> <li>▪ La enfermera debe ofrecer credibilidad y facilitar el cambio hacia el autocuidado en su estilo de vida.</li> </ul> <p>ESTRATEGIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consejo intensivo e individualizado</li> <li>▪ Material de autoayuda (folleto específico de la cirugía y anexo para anotaciones adaptadas a cada caso particular)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recordarle el procedimiento quirúrgico que va a recibir</li> <li>▪ Informar acerca del programa de alta específico a su cirugía (Cuidados y tratamiento)</li> <li>▪ Valorar preferencias para el autocuidado</li> <li>▪ Determinar la capacidad del cuidador principal</li> <li>▪ Alternativas consensuadas que faciliten sus AVD</li> <li>▪ Informar de signos y síntomas comunes y su automanejo</li> <li>▪ Entrega de documentación escrita y notas consensuadas de consejos adaptados a cada caso</li> <li>▪ Instrucciones para el acceso al portal específico de CA</li> <li>▪ Consejo e instalación de la App al dispositivo móvil</li> <li>▪ Informar de los recursos de soporte y seguimiento telefónico tras el alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumentar el conocimiento y habilidades del paciente/familia para el autocuidado tras el alta (se les ayuda a entender y a recordar lo importante)</li> <li>▪ Informar de los cambios y síntomas frecuentes</li> <li>▪ Adherencia al tratamiento y su automanejo</li> <li>▪ Contacto terapéutico y toma de decisiones conjunta</li> <li>▪ Contribuye a que la espera se haga más corta</li> <li>▪ Ofrece agilidad al alta tras la cirugía (evita incertidumbre y la asistencia de dudas en el momento del alta)</li> <li>▪ Aumenta la satisfacción del paciente/familia, se siente cómodo y bien atendido antes de la cirugía</li> </ul>
<p><b>MÓDULO 2 (FASE DOMICILIARIA)</b> <i>(24h tras la CA)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soporte telefónico continuo</li> </ul> <p>ESTRATEGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervención de seguimiento continua (soporte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accesibilidad a profesional sanitario experto</li> <li>▪ Solventar dudas</li> <li>▪ Identificar complicaciones</li> <li>▪ Indicarle donde acudir en caso necesario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minimizar el riesgo de complicaciones por falta de recursos (inaccesibilidad de los profesionales e la salud)</li> <li>▪ Prevenir la utilización de recursos sanitarios innecesarios</li> <li>▪ Apoyo psicológico</li> <li>▪ Ofrecer tranquilidad y confianza</li> </ul>
<p><b>MÓDULO 3 (FASE DOMICILIARIA)</b> <i>(A las 48 de la CA)(duración 5-20 minutos)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Llamada de seguimiento de la enfermera</li> <li>▪ Revisión previa del historial clínico</li> <li>▪ Desde una sala tranquila (facilite el dialogo)</li> <li>▪ La llamada queda registrada y documentada</li> </ul> <p>ESTRATEGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervención de seguimiento a través de la llamada de la enfermera</li> <li>▪ Material de autoayuda (portal de CA en la web de la CUN)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valorar progresos y dificultades en el autocuidado</li> <li>▪ Automanejo de cambios en estilo de vida</li> <li>▪ Valorar la necesidad de modificar tratamiento para los síntomas</li> <li>▪ Aconsejar sobre medidas no farmacológicas que contribuyan a mejorar los síntomas</li> <li>▪ Manejo del estrés postquirúrgico</li> <li>▪ Identificar situaciones de peligro que requieran nuevo contacto telefónico y complicaciones que requieran asistencia.</li> <li>▪ Solventar dudas y recordarle el uso de la guía de consulta y/o portal de la web de la CUN</li> <li>▪ Felicitarle por el éxito e indicarle cita de consulta médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empoderar el autocuidado</li> <li>▪ Prevenir la utilización de servicios sanitarios no justificados</li> <li>▪ Valorar y reforzar la recuperación tras CA</li> <li>▪ Prevenir problemas por inadecuado autocuidado</li> <li>▪ Evitar situaciones que pongan en peligro la vida del paciente o un gasto sanitario elevado ante complicaciones no detectadas a tiempo (soluciones anticipadas)</li> </ul>
<p><b>MÓDULO 4 (FASE DOMICILIARIA)</b> <i>(Durante 7 días tras la cirugía -App móvil-)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicación para evaluar la recuperación</li> <li>▪ Compatible con todos los dispositivos (en HTML5 y JavaScript)</li> <li>▪ Autoregistro diario (5 minutos)</li> <li>▪ Cómodo y de fácil uso (escala visual horizontal)</li> <li>▪ Datos volcados al historial clínico</li> <li>▪ Sistema de alertas preventivo (resultado bajo el límite establecido)</li> <li>▪ Link de acceso a profesional experto si surgen problemas</li> </ul> <p>ESTRATEGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervenciones de seguimiento preventivo con material de autoayuda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluar la recuperación tras CA</li> <li>▪ Detección precoz de problemas con el autocuidado y/o complicaciones</li> <li>▪ Contactar con el paciente/familia ante la activación de alertas</li> <li>▪ Permite al paciente solicitar contacto telefónico con un profesional experto</li> <li>▪ Identificar pacientes que necesiten seguimiento tras finalizar el programa (derivar a profesionales de Atención Primaria)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar la evolución adecuada del paciente</li> <li>▪ Prevenir complicaciones</li> <li>▪ Minimizar el uso de recursos</li> <li>▪ Participación activa del paciente</li> <li>▪ Satisfacción del paciente/familia</li> <li>▪ Detectar pacientes que necesiten prolongar seguimiento (Atención Primaria) para evitar complicaciones y/o reingreso</li> <li>▪ Modelo predictivo para desarrollar a futuro: I+D de estrategias para identificación de pacientes potenciales a complicaciones a través de los resultados del test de autoregistro</li> <li>▪ Sustituir la llamada de seguimiento tras valorar efectividad sin módulo3</li> </ul>

## Anexo 13. Hoja de Información al Participante



### HOJA DE INFORMACIÓN

#### **TÍTULO DEL ESTUDIO:**

PROGRAMA EDUCATIVO MULTICOMPONENTE PARA PROMOCIONAR EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES TRAS EL ALTA DE CIRUGÍA AMBULATORIA.

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Doña Lucía Álvarez González ([lavarezg@unav.es](mailto:lavarezg@unav.es))

**CENTRO:** Clínica Universidad de Navarra

#### **INTRODUCCIÓN**

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un estudio de investigación cuya finalidad es realizar una intervención educativa para el alta en pacientes de Cirugía Ambulatoria. Le rogamos lea detenidamente esta información y consulte cualquier duda que pueda. Tómese su tiempo antes de decidir firmar el consentimiento informado y consulte con su familia u otras personas si lo desea.

#### **DATOS DE LA INVESTIGACIÓN**

El objetivo que persigue el estudio es evaluar la efectividad de un programa de educación para el alta en pacientes de cirugía ambulatoria en comparación con el plan de alta habitual establecido.

La forma de llevarlo a cabo será mediante el desarrollo de un proceso pedagógico de varias etapas o sesiones, adaptado a su procedimiento quirúrgico y a sus necesidades particulares y las de su familia, donde se trabajan conocimientos de autocuidado que le permitan adoptar técnicas y habilidades que contribuyan en su proceso de recuperación domiciliaria tras Cirugía Ambulatoria.

En primer lugar, se llevará a cabo una sesión de aproximadamente 15 minutos el mismo día de la cirugía, antes de ingresar en la Unidad Quirúrgica durante el tiempo de espera.

Posteriormente se seguirá y evaluará su calidad de recuperación: dispondrá de un servicio telefónico de soporte con el que podrá contactar en caso necesario; se le realizará un seguimiento ambulatorio para valorar su calidad de recuperación a través de una aplicación diseñada por este hospital para su dispositivo móvil durante 7 días; recibirá una llamada telefónica de seguimiento comprendida entre las 24 y 72 horas tras la cirugía (a través de la cual podrá compartir sus experiencias con una enfermera especialista en Cirugía Ambulatoria y contribuirá a resolver dudas de su autocuidado); y le facilitaremos una página web donde podrá acceder libremente, con un código de acceso, para resolver dudas referentes a su cirugía cuando usted desee.

Deberá cumplimentar en tres ocasiones varios cuestionarios de preguntas cerradas que permitirán recoger y analizar los datos pertinentes para el estudio. Así como disponer de un dispositivo móvil para poder instalar la aplicación durante 7 días.



A través de la realización de estudios de estas características podremos definir que intervenciones de educación son más beneficiosas para mejorar el autocuidado en pacientes de Cirugía Ambulatoria. Asimismo, se podrá prevenir posibles complicaciones derivadas de la falta de conocimiento y automanejo tras la cirugía. Una educación óptima se traducirá en una mejora en la recuperación y calidad de vida postoperatoria.

No existe ningún riesgo derivado de su participación en el estudio. Los posibles inconvenientes vinculados con la participación son los derivados de la participación en las sesiones de seguimiento de la calidad de su recuperación.

#### **DERECHOS DEL PARTICIPANTE**

- Derecho a la revocación del consentimiento y sus efectos, incluida la posibilidad de la destrucción de los datos y de que tales efectos no se extenderán a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hayan llevado a cabo. Para ejercer el derecho de retracto el paciente deberá dirigirse a la investigadora principal y comunicar su deseo de no participar bien a través de un correo electrónico o por teléfono. Todo ello sin perjuicio de su atención sanitaria.
- Derecho a decidir el destino de sus datos personales en caso de decidir retirarse del estudio.
- Derecho a que se vuelva a pedir su consentimiento si se desean utilizar los datos recogidos en estudios posteriores.
- Derecho a ser informado sobre los resultados de los estudios en el caso de que lo solicite.
- El participante renuncia a cualquier derecho de naturaleza económica sobre los resultados o potenciales beneficios que puedan derivarse de manera directa o indirecta.

#### **CONFIDENCIALIDAD**

Los investigadores de este estudio se comprometen a preservar todos los derechos del participante, anteriormente citados, de acuerdo a las normas legales vigentes (Ley 41/1999 de protección de datos de carácter personal, Ley 41/2002 de Autonomía del paciente).

Los cuestionarios que cumplimente serán identificados con pseudónimo y almacenados en un fichero codificado al que solo tendrá acceso el investigador principal. Una vez finalizado el estudio los cuestionarios serán destruidos.

## Anexo 14. Consentimiento informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo D/Dña..... he recibido de D/Dña..... información clara y a mi plena satisfacción sobre el estudio **“Programa educativo multicomponente para promover el autocuidado en pacientes tras el alta de cirugía ambulatoria”**, en el que voluntariamente quiero participar.

- Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
- Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo, y que se realiza con fines de investigación.
- He tenido el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al paciente.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

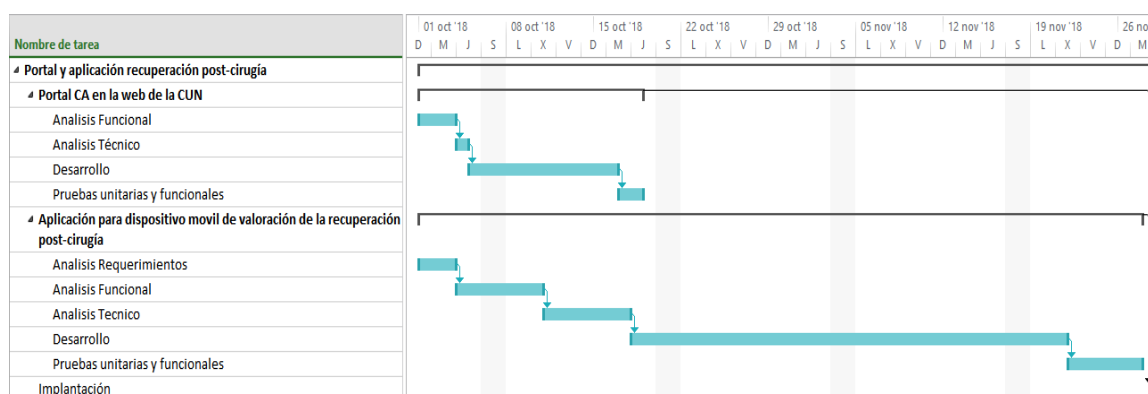
Fecha:

## Anexo 15. Presupuesto funcionalidades programación y desarrollo informático

El proyecto implica el desarrollo de las dos funcionalidades:

- **Portal CA en la web de la CUN**
- **Aplicación para dispositivo (móvil) de valoración de la recuperación post-cirugía**

El desarrollo del proyecto de estas dos funcionalidades implican 2 meses de trabajo y la planificación de las tareas a realizar son las siguientes:



Durante el proyecto, van a intervenir diferentes perfiles. Los perfiles necesarios y el esfuerzo de cada uno de ellos (estipulado en jornadas -jornada=8 horas-) es el siguiente:

Perfil	Jornadas	Coste
Personal de Enfermería	10	1.500€
Personal Médico	6	1.200€
Analistas IT	15	4.500€
Desarrolladores	33	6.000€

Una vez el proyecto se encuentre implantado en la práctica, el sistema va a permitir registrar una información muy interesante relacionada con la recuperación de los pacientes después de las cirugías ambulatorias. Una vez tengamos información histórica, se van a poder realizar proyectos a futuro de I+D. Algunos de estos proyectos son:

- I+D investigación y práctica
  - Análisis predictivo: Probabilidad de complicación del paciente durante la recuperación post-cirugía
  - El objetivo sería analizar el conjunto de variables que los pacientes rellenan en casa para poder determinar si se pueden construir modelos con la suficiente bondad como para poder adelantar posibles complicaciones y de esta manera tomar acciones preventivas que eviten estas complicaciones.
  - Esto nos permitiría pasar de una asistencia reactiva (como están diseñados los sistemas sanitarios actualmente en general) a una proactiva. Esto contribuiría claramente en la mejora de eficiencia y eficacia de la atención sanitaria.
  - Estos modelos nos van a determinar qué factores tienen capacidad predictora y la relación entre los mismos. Con esta información como base y con una demostración empírica, podemos diseñar planes de cuidados que mejoren los factores que más influyen en que se produzcan complicaciones, esto sería un I+D de la práctica porque serían nuevos planes de cuidados a llevar a la práctica.



