



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Máster en Humanización de la Asistencia Sanitaria: Pacientes, Familias y Profesionales

Trabajo Final de Máster

EXPERIENCIA VIVIDA POR LOS PACIENTES DE CIRUGÍA TORÁCICA Y SU CUIDADOR PRINCIPAL CON RELACIÓN AL PROCESO PERIOPERATORIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

Núria Gràcia Atienza

Tutor/a: Dra. Pilar Delgado i
Dra. Marta Romero
Curso académico 2022-2023

ÍNDICE

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
2.1. Marco conceptual.....	3
2.2. Antecedentes y estado actual del tema.....	5-6
2.3. Problema y justificación.....	7
3. Objetivos.....	8
3.1 Objetivo general.....	8
3.2 Objetivos específicos.....	8
4. Metodología.....	8
4.1. Diseño.....	8
4.2. Ámbito de estudio.....	8
4.3. Participantes y muestreo.....	9
4.4. Técnicas de obtención de información.....	..9
4.5. Procedimiento de recogida de datos.....	10
4.6. Análisis de datos.....	10
5. Consideraciones éticas.....	11
6. Criterios de calidad y rigor.....	11
7. Dificultades y limitaciones.....	12
8. Aplicabilidad y utilidad practica.....	12,13
9. Presupuesto.....	14
10.Cronograma.....	15
11.Bibliografía.....	16-18
12.Anexos.....	19-22

1. RESUMEN

Introducción: conocer la experiencia vivida por los pacientes y sus familiares durante el proceso perioperatorio nos permitirá cuestionar desde una perspectiva humanizadora las intervenciones realizadas a diario y como éstas repercuten en el paciente, su entorno, los profesionales y las organizaciones.

Objetivo: este proyecto tiene como objetivo conocer la experiencia vivida por los pacientes sometidos a cirugía torácica y sus cuidadores principales durante el proceso perioperatorio.

Ámbito de estudio: el estudio se llevará a cabo en el Hospital Clínico de Barcelona durante el periodo comprendido entre enero y octubre de 2024. Con una muestra de aproximadamente veinte participantes.

Metodología: estudio cualitativo de tipo fenomenológico descriptivo mediante técnica de entrevista en profundidad y utilización de un diario de campo. Los datos obtenidos se analizarán siguiendo el método Giorgi utilizando como soporte el programa informático Nvivo 12 para entrevistas semiestructuradas.

Implicación práctica: los cuidados humanizados en el ámbito de la salud pueden tener sin duda un impacto positivo en la calidad de atención al paciente, la satisfacción del personal de salud y el uso eficiente de los recursos sanitarios. En definitiva, los cuidados humanizados son una herramienta valiosa en el campo de la salud para implementar estrategias de mejora en los campos de gestión, docencia e investigación.

Palabras clave: Cuidado humanizado, experiencias pacientes, satisfacción pacientes y familiares, proceso quirúrgico, investigación cualitativa.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 El quirófano como unidad

El quirófano es una instalación especialmente acondicionada dentro del hospital, para practicar intervenciones quirúrgicas y procedimientos anestésicos necesarias para el buen desarrollo de la intervención quirúrgica. Dicha unidad requiere de un diseño arquitectónico y físico exclusivo con zonas específicas y restringidas donde realizar las actividades preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias (García, 2017).

Está provista de material y equipo complejo, por ella circulan de manera constante médicos, enfermeras y en general todo el equipo humano y el material necesario para la atención de los enfermos quirúrgicos (Choque Lopez, 2011). El diseño del quirófano debe enfocarse básicamente a establecer barreras o filtros contra los posibles contaminantes, tales como materiales, equipos, aire e incluso personas, que también son fuentes potenciales de contaminación. Asegurar al máximo el aislamiento de la unidad quirúrgica del resto del hospital es fundamental para impedir la contaminación y transmisión de infecciones y evitar complicaciones al paciente.

La unidad quirúrgica se divide en tres grandes áreas dependiendo del nivel de restricción (Blanco, 2017).

Área negra o semi restringida. Es propiamente el área de acceso a la unidad quirúrgica en ella se ubican los vestuarios y los despachos y tiene lugar la recepción del paciente por ella circulan médicos, enfermeras, técnicos, camilleros y en general todo el personal involucrado en la atención del paciente para lo que cuenta una central de enfermeras dotada del material y equipo necesarios para la atención al paciente en el preoperatorio inmediato.

Área gris o restringida. También es conocida como zona limpia; es imprescindible transitar en esta área con uniforme quirúrgico, gorro, mascarilla y calzado específico. Área blanca o de restricción absoluta. Es una zona altamente restringida, ya que se considera un lugar estéril donde se realizan las intervenciones quirúrgicas. Es primordial que todo el personal que transita por

aquí se apegue de manera estricta a las recomendaciones en cuanto a la vestimenta y la higiene personal.

Todo proceso quirúrgico consta de tres etapas (Choque Lopez, 2011). La primera comprende el preoperatorio que va desde el momento en que se decide la cirugía, hasta que da inicio la misma. Este Incluye la revisión de la historia clínica, exámenes de laboratorio, pruebas diagnósticas y la evaluación de riesgos. La segunda es el periodo transoperatorio, que transcurre desde que el paciente se somete al procedimiento quirúrgico, hasta su traslado a la sala de recuperación. Finalmente, el periodo postoperatorio. Este último periodo se divide a su vez en tres, postoperatorio inmediato que incluye la atención que se proporciona al paciente en la sala de recuperación durante las 12 a 72 horas posteriores a la cirugía, el posoperatorio intermedio que incluye la atención durante la convalecencia de la cirugía hasta la prealta del paciente. Y por último la planificación del alta que consiste en proporcionar información de los cuidados en el hogar y recomendaciones especiales.

Es importante destacar que, a principios de la década del 2000, surgió en la sanidad una corriente humanizadora como alternativa al modelo biomédico centrado en el diagnóstico, tratamiento y curación como objetivos principales. Este nuevo enfoque ofrece una visión más completa y holística del cuidado del paciente. (Valart, 2019)

Cuando las personas enferman, se vuelven más vulnerables, por lo que la actitud de los profesionales sanitarios hacia esta situación y la relación con el paciente y sus familiares son cruciales para garantizar la calidad de los servicios que se prestan a diario.

Es innegable que el modelo de salud está evolucionando desde un enfoque paternalista y obsoleto hacia uno más autónomo, centrado en el paciente y su entorno. Este nuevo enfoque promueve la participación del paciente en la toma de decisiones y lo considera de manera integral, teniendo en cuenta aspectos físicos, psíquicos y sociales. (Cacace, 2022)

Desde que surgiera la corriente humanizadora dentro de la sanidad están aflorando cada vez más proyectos sobre humanización de la asistencia, volver a los orígenes y tratar a los pacientes como lo que son: personas, con acciones

sencillas de realizar, con sentido común y buenas prácticas. (Beca Infante, 2008) (Diana, Daryl, & Julio Cesar, 2022) . Prueba de ello es la creación del Proyecto HU-Ci que surge en España en febrero de 2014. Este grupo de investigación multidisciplinar compuesto por médicos y enfermeras que desarrollan su labor en unidades de cuidados intensivos, junto a pacientes, familiares y otros profesionales como psicólogos, diseñadores, interioristas, arquitectos, etc. se dedica a acompañar a las organizaciones y profesionales de la salud en la mejora de la calidad de su trabajo, a través de la certificación y de otros proyectos que impulsan la humanización de los Cuidados (HU-CI, 2019).

Desde el ámbito de la Salud se podría decir que ofrecer una atención humana al paciente, se caracteriza por identificar las necesidades de las personas vulnerables y su entorno, por el interés del personal sanitario en comprender el significado que tiene para esas personas la situación que afrontan en ese momento, conocer sus experiencias, valores, creencias, cultura y por establecer una comunicación efectiva y cercana (Moro Gutierrez & Gonzalez, M., 2022).

2.2 Antecedentes y estado actual

El proceso quirúrgico, ya sea leve o grave, es un proceso altamente estresante para pacientes y familiares que trae consigo una serie de pérdidas tales como la Intimidad, la autodeterminación, la rutina diaria, la compañía, el confort del hogar, la imagen corporal, etc. Las necesidades emocionales de estos pacientes están determinadas por su capacidad de adaptarse a situaciones que le representen peligro, de adaptarse al riesgo que la cirugía represente y enfrentarse a temores y ansiedades asociadas con acontecimientos de su historia (Ebrahim Nasirfar, 2020).

Algunos de los temores más habituales a los que se enfrentan los pacientes quirúrgicos pueden ser la pérdida del control, asociada principalmente con la anestesia, el temor a lo desconocido, consecuencia de la incertidumbre del resultado quirúrgico, el miedo al dolor, a la mutilación, a la muerte y la separación del grupo de apoyo o la familia. En este sentido, una comunicación efectiva contribuye a crear un vínculo de confianza donde el paciente pueda expresar sus sentimientos, la comunicación efectiva es por tanto la base para proporcionar unos cuidados humanizados centrados en las personas en preservar su dignidad

y satisfacer sus necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales (Heras La Cale, 2023). Implica tanto el lenguaje verbal como no verbal. Son técnicas de comunicación efectiva la escucha activa, proporcionar silencios, la utilización de preguntas abiertas, las aclaraciones y resolución de dudas (Fite, 2019).

Por otro lado, las áreas quirúrgicas al tratarse de entornos excesivamente tecnificados y exigentes con elevadas cargas de trabajo, puede ocurrir que en ocasiones el cuidado dispensado al paciente sea impersonal, las necesidades individuales de los pacientes pueden ser ignoradas y la familia acostumbra a ser excluida del cuidado (Arredondo-Gonzalez, 2019). En consecuencia, elementos como la escucha activa, la empatía, el respeto por la intimidad o el confort del paciente pueden pasar a un segundo plano cuando el profesional adquiere un rol más técnico-científico (Oger, 2018).

Cabe destacar que la Organización mundial de la salud (OMS) promueve políticas de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud buscando la protección de los derechos de las personas a partir del lema “Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo destaca que la humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida (Hoyo, 2021).

Por todo ello, los profesionales requieren de una constante actualización de conocimientos, actitudes y habilidades para ofrecer una atención humana y de calidad en muchos entornos que a menudo generan estrés. Debemos cuidarnos a nosotros mismos para poder brindar unos cuidados humanizados implementando prácticas que hagan que el trabajo sea más fácil y menos estresante, proporcionar un mejor acceso a los recursos y ofrecer más oportunidades de formación. (Borra, 2021). En este sentido, un estudio reciente pone de manifiesto que el 88% de los profesionales que participaron en las encuestas expresaban necesidades formativas en cuanto a las habilidades para la comunicación (Sanchez-Vallejo, 2016).

La literatura científica describe la experiencia vivida por el paciente y su familia. Durante el proceso perioperatorio concretamente, es sabido que la visita preoperatoria y una comunicación efectiva con los profesionales de salud

contribuye a disminuir los niveles de estrés en el paciente y ayuda a afrontar mejor el proceso quirúrgico (Costa, 2022). La mayoría de los estudios sobre satisfacción en los cuidados de los pacientes coinciden en que la comunicación efectiva es la mejor herramienta para crear un ambiente de confianza entre el paciente y el profesional (Ramirez Capcha & Rivera Luis, 2021). También destacan que una relación de confianza permite al paciente expresar sus necesidades pudiendo orientar las actividades del cuidado de forma individualizada (Rodriguez Artavia, 2023).

Finalmente, la literatura científica sobre humanización destaca también el papel fundamental que tiene las familias en la recuperación del paciente tras el proceso quirúrgico por los efectos beneficiosos que tienen sobre su salud mental y física demostrando de qué manera la implicación de los familiares en los cuidados benefician al paciente disminuyendo el delirio y sus complicaciones a la vez que acortan el ingreso hospitalario (Mailhot, 2017).

2.3 Problema y justificación

El proceso quirúrgico puede ser estresante para pacientes y familiares. Los pacientes pueden experimentar temores como la pérdida del control, la incertidumbre, el dolor, la mutilación, la muerte y la separación de su grupo de apoyo. El cuidado en entornos quirúrgicos puede ser impersonal, y las necesidades individuales del paciente pueden ser ignoradas. La formación integral de los profesionales de la salud y la implementación de prácticas que reduzcan el estrés pueden mejorar la calidad de los cuidados humanizados en estas áreas tan tecnificadas. Una buena comunicación con el paciente y su familia antes de la cirugía puede disminuir los niveles de estrés y ayudar a afrontar mejor el proceso quirúrgico. La comunicación efectiva también permite al paciente expresar sus necesidades y orientar las actividades del cuidado de forma individualizada. Además, la implicación de la familia en los cuidados del paciente puede tener efectos beneficiosos en su salud mental y física, disminuyendo el delirio y sus complicaciones y acortando el tiempo de ingreso hospitalario.

Por todo lo explicado anteriormente resulta indispensable comprender el sentido otorgado de la experiencia vivida por los pacientes sometidos a cirugía torácica y sus familiares durante todo el proceso perioperatorio. Y poder así establecer áreas de mejora en los cuidados humanizados dispensados a los pacientes y sus familias.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Comprender el sentido otorgado de la experiencia vivida por los pacientes sometidos a cirugía torácica y su cuidador principal en relación con el proceso perioperatorio en un hospital de tercer nivel.

3.2 Objetivos Específicos

- Describir la experiencia vivida por los pacientes y sus cuidadores principales durante el proceso perioperatorio.
- Explorar los sentimientos y emociones durante el proceso perioperatorio.
- Describir los elementos favorecedores y limitadores que influyen en la experiencia vivida durante el proceso perioperatorio.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Para estudiar la experiencia vivida por los pacientes, la investigación cualitativa es la más apropiada. Burns y Grove (2005) apuntan que, dentro de la misma, el método fenomenológico interpretativo de Martin Heidegger permite conocer en profundidad la esencia de la experiencia vivida y el sentido que ellos le atribuyen.

4.2 Ámbito de estudio

El ámbito de estudio es el Hospital Clínico de Barcelona, un hospital universitario terciario de alta complejidad ubicado en el centro de la ciudad de Barcelona se trata de un hospital comunitario con un área de influencia que atiende a una población de 540.000 habitantes y además desarrolla líneas de actividad para

otros pacientes de Cataluña. El centro cuenta con casi cinco mil trabajadores, dispone de un total de 763 camas de hospitalización y realiza más de 20.000 cirugías cada año.

4.3 Participantes y muestreo

La población de estudio son los pacientes programados e intervenidos de cirugía torácica y sometidos a anestesia general con un ingreso mínimo hospitalario de tres días y su cuidador o acompañante principal. La duración del estudio comprende el periodo desde octubre de 2023 hasta marzo de 2024.

Los pacientes participantes del estudio cumplirán las siguientes características:

- Pacientes programados de forma electiva para cirugía torácica
- Ingresados en una sala convencional y haciendo uso de habitación compartida.
- Duración del ingreso superior o igual a tres días
- Firmen el consentimiento informado
- Sin barrera idiomática
- No consumo de benzodiazepinas como premedicación anestésica.
- Conscientes y orientados, Glasgow de 15.

Los cuidadores principales cumplirán las siguientes características:

- Rol de cuidador principal durante todo el proceso perioperatorio
- Firmen el consentimiento informado
- Sin barrera idiomática

Muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, con un tamaño de la muestra aproximado de 20 participantes y hasta alcanzar la saturación teórica.

4.3 Técnicas de obtención de información.

Para la obtención de información se realizarán entrevistas individuales en profundidad tanto al paciente como a su cuidador principal de manera individual.

Además, como herramienta se utilizará también un diario de campo donde se recogerán notas metodológicas, descriptivas, teóricas y personales como pueden ser posibles dificultades y modificaciones acontecidas durante el estudio, acontecimientos relevantes observados o características físicas de los espacios

y percepciones, sentimientos y reflexiones con relación a lo vivido por los investigadores.

Se elaborará un formulario de recogida de datos clínicos y sociodemográficos del paciente que incluirá ocho ítems: fecha de ingreso, tipo de cirugía, edad, género, estado civil, personas a cargo, formación académica y experiencias quirúrgicas o ingresos previos (Anexo 1).

Para la conducción de la entrevista por parte del entrevistador realizaremos un guion de las preguntas (Anexo 2).

4.4 Procedimiento de recogida de datos

El primer contacto con los candidatos tendrá lugar durante la visita preanestésica donde se propondrá a los pacientes y a su cuidador principal que cumplan los requisitos para su participación en el estudio. En ese momento recibirán la información verbal y por escrito sobre el estudio. Ante la actitud favorable de participación, se entregará a los candidatos el consentimiento informado (Anexo 1) y la hoja de recogida de datos sociodemográficos que deberá rellenar y entregar el día de la entrevista. La entrevista se fijará en el día y hora acordados intentando que este sea posterior al tercer día de ingreso tras la cirugía.

El entrevistador será un profesional que no haya tenido contacto con los entrevistados durante el proceso perioperatorio.

Las entrevistas se llevarán a cabo en condiciones de privacidad en un despacho reservado en la sala de hospitalización. La duración será de aproximadamente una hora por cada entrevistado y serán grabadas previo permiso de los participantes para facilitar la transcripción de los datos obtenidos.

4.5 Análisis de los datos

Para analizar los datos obtenidos de las entrevistas, el diario de campo y la información clínica y sociodemográfica del paciente, se utilizará el método de Amadeo Giorgi. Este enfoque ha sido empleado en numerosos estudios cualitativos para pasar de los hechos descritos por los entrevistados al significado esencial de la experiencia vivida en su contexto. (Ávila & Aguirre, A.A., 2021). Este método consiste en la inmersión de los datos obtenidos realizando una lectura exhaustiva con el fin de obtener un conocimiento

aproximado antes de iniciar el proceso de análisis anotando las primeras impresiones, ideas y reflexiones.

Seguidamente realizaremos un análisis en profundidad de codificación y categorización de los datos obtenidos asignando a los mismos un código que los identifique y los reagruparemos en categorías de forma que obtengamos los temas centrales de estudio.

Para dicho análisis utilizaremos el programa NVivo 12 como soporte para entrevistas semiestructuradas (Lopezosa, 2020) .

Por último, contrastaremos los resultados devolviendo a los entrevistados los códigos, categorías y sus relaciones con el fin de confirmar que representan su realidad vivida y contrastaremos también con una persona externa a la investigación y experta en investigación cualitativa.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se realizará una solicitud de aprobación al comité de ética del hospital para poder llevar a cabo el proyecto de investigación. Una vez aceptado, se solicitará la autorización a la dirección del centro para poder acceder a los datos de los pacientes garantizando en todo momento la Ley Orgánica 3/2018, 5 de diciembre sobre protección de datos personales (BOE, 2018).

En relación con los participantes se solicitará su permiso y la firma del consentimiento informado (Anexo 3) para poder participar en el estudio y se respetará en todo momento los principios de respeto, confidencialidad y anonimato.

6. CRITERIOS DE RIGOR

Se cumplirá el criterio de confiabilidad, haciendo uso de la grabadora y transcribiendo textualmente lo que los entrevistados verbalicen y se retornará y comprobará toda la transcripción con cada participante para asegurar que realmente refleja su experiencia vivida.

El análisis de los datos se llevará a cabo por dos investigadores cumpliendo así también el criterio de triangulación.

Se cumplirá también el criterio de autenticidad teniendo en cuenta las realidades sociales que conviven en un determinado contexto. En este sentido es importante tener en cuenta factores como la cultura, la educación, la religión y la situación socioeconómica de los participantes para comprender mejor su experiencia. Una relación auténtica y empática con los participantes del estudio permitirá obtener información rica y detallada sobre su experiencia vivida.

Criterio de reflexividad teniendo en cuenta posibles sesgos que podrían influir en la interpretación de los datos, para ello se contará con la colaboración de un segundo investigador.

7. DIFICULTADES Y LIMITACIONES

La negativa de participar por parte de los pacientes y familiares puede representar una limitación ante la cual se ha aumentado el tiempo de captación de los participantes en el cronograma.

La inexperiencia en investigación cualitativa por parte del investigador puede ser otra limitación, por ello se incorporará una persona experta en investigación cualitativa en el equipo investigador.

8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRACTICA

En nuestra práctica profesional hemos detectado que los pacientes que ingresan en el área quirúrgica para someterse a cirugía torácica se sienten preocupados e inseguros por desconocimiento del funcionamiento del sistema y la percepción que tienen del entorno quirúrgico.

Este estudio nos permitirá diseñar una serie de estrategias encaminadas a proporcionar unos cuidados individualizados de calidad y aumentar así la satisfacción del paciente cosa que podría repercutir en su recuperación disminuyendo así los tiempos de ingreso y mejorando la gestión de los recursos.

Mantener y reforzar aquellos elementos favorecedores de experiencias positivas para el paciente y sus familiares y al mismo tiempo incidir en aquellos elementos limitadores y que pueden influir negativamente en la experiencia vivida por los pacientes y sus cuidadores durante el proceso perioperatorio.

Rediseñar si fuera necesario los protocolos de acogida y acompañamiento en cada una de las áreas basadas en las necesidades que expresen los pacientes, con objetivo de paliar la sensación de vulnerabilidad del enfermo y sus familiares, transmitir confianza y seguridad y convertir el proceso quirúrgico en una experiencia más amable y humanizada centrada en el paciente.

En conclusión, los cuidados humanizados en sanidad son una herramienta valiosa que puede tener un impacto positivo en la calidad de atención del paciente, la satisfacción del personal de salud y el uso eficiente de los recursos sanitarios.

9. PRESUPUESTO

A continuación, se elabora y presenta el desglose del cálculo de los gastos que supone llevar a cabo el trabajo de investigación y se mostrará en la tabla 1.

Tabla1. Descripción del presupuesto

10. CRONOGRAMA

CONCEPTO	IMPORTE EN EUROS
BIENES Y SERVICIOS	
Papelería y impresos	200
Grabadora	100
Transcripciones	100
Inscripción a congreso "Enfermería de anestesia"	350
Programa informático Nvivo 12	85
VIAJES	
Desplazamientos aeropuerto ida y vuelta	90
Vuelo Barcelona-Pamplona ida y vuelta	380
Hotel Pamplona	350
Imprevistos 20%	311
TOTAL	1986 Euros

La duración total del estudio será de dieciséis meses desde enero de 2024 hasta abril de 2025. Las actividades que se llevarán a cabo durante el mismo se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Ene 24	Feb 24	Mar 24	Abr 24	May 24	Jun 24	Jul 24	Ago 24	Sep 24	Oct2 24	Nov 24	Dic 24	Ene 25	Feb 25	Mar 25	Abr 25
Solicitud de permisos al comité de ética																
Solicitud de permisos a la institución																
Reclutamiento de los participantes																
Realización de las entrevistas																
Análisis de los datos																
Redacción de los resultados																
Difusión del proyecto																

11. BIBLIOGRAFÍA

- Arredondo-Gonzalez, C. P. (2019). Tecnología y Humanización de los cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Índex de Enfermería, 1, 18*, 32-36.
- Ávila, B., & Aguirre, A.A. (2021). Aplicación de la fenomenología de Amadeo Giorgi como sustento metodológico. *Revista de la Escuela de Enfermería, 1(8)*, 106-112.
- Beca Infante, J. (2008). El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los cuidados(1), 1*.
- Blanco, L. (2017). Preparación del paciente y ambiente quirúrgico. *Revista Venezolana de cirugía., 12-25*.
- BOE. (2018). I. Disposiciones generales. (294), páginas 119788 a 119857. Obtenido de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
- Borra, A. C. (2021). Humanizar la gestión sanitaria, personas para personas: justicia, transparencia y respeto. *Herder Editorial*.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2005). Comprender y aplicar la investigación en enfermería. Elsevier, Urban & Fischer.
- Cacace, P. J. (2022). Modelos de atención centrados en la persona: Evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Rev Mex Med Fam(9)*, 63-72.
- Choque Lopez, J. (2011). Tiempos quirúrgicos. *Revista de actualización clínica investiga. 15*, 851.
- Cófreces, P. O. (2014). La comunicación en la relacion medico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010., . *Revista de Comunicación y Salud(4)*, 19-34.
- Costa, A. e. (2022). Effect of therapeutic listering on people's anxiety in the immediate preoperative period. *Cogitare Enferm*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.7868>
- Diana, P. P., Daryl, R., & Julio Cesar, H. (Febrero de 2022). Enfoque olístico a problemas de salud complejos. Aplicaciones a la cirugía de mínimo acceso y oncología.
- Ebrahim Nasirfar, R. K. (2020). Evaluación de los factores de ansiedad y estrés preoperatorios desde la prespectiva de los pacientes sometidos a cirugía de columna en la sala de

- operaciones del Hospital Peymaneh en Jahron. *Revista de la Universidad de Ciencias Médicas de Qom*, 9, 15, 650-658. doi:<https://doi.org/10.32598/qums.15.9.2469.2>
- Fite, R. O. (2019). Predictores de comunicación terapéutica entre enfermeros y pacientes hospitalizados. (10), 5. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02665>
- García, A. (2017). *Quirofano. La unidad quirúrgica. Cirugía 1. Educación quirúrgica*. McGrawHill. Obtenido de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2194§ionid=167842169>
- Heras La Cale, G. (2023). La humanización de los cuidados intensivos de la utopía a la realidad a través de la investigación colaborativa multicéntrica.
- Hoyo, D. E. (2021). Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud.134(1), 18-25. *Revista de la Asociación Médica Argentina,, 134(1), 18-25.*
- HU-CI, G. d. (2019). Manual de buenas prácticas de Humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. *Proyecto HU-CI*. Madrid. Obtenido de <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas>
- Husserl, E. (2012). La idea de la fenomenología. Herder Editorial.
- Lopezosa, C. (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo pasos para un análisis cualitativo eficaz. *Anuario de métodos de investigación en comunicación social 1*, 88-97. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra.
- Mailhot, T. C. (2017). A post cardiac surgery intervention to manage delirium involving families: a randomized pilot study. *Nursing in Critical Care*, 22(4), 221–228. <https://doi.org/10.1111/nicc.12288>
- Martín, R. M. (s.f.). El quirófano. *Cirugía general*. 43.
- Medina Dávalos, D. M. (2015). Procedimientos de enfermería en el área quirúrgica.
- Moro Gutierrez, L., & Gonzalez, M,. (2022). La atención humanizada en el cuidado del paciente oncológico.
- Oger, S. (2018). La Humanización de la salud y las nuevas tecnologías. *Revista Iberoamericana de Bioética(8)*, 1-11.

- Prieto, R. (2021). Influencia del apoyo social en la recuperación postanestésica. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 3, 25, 290-296. doi:<https://doi.org/10.1188/21.CJON.290-296>
- Prieto, R. (s.f.). Influencia del apoyo social en la recuperaci. doi:<https://doi.org/10.1188/21.CJON.290-296>
- Prieto, R., & Ferrell, B. (2021). Self-Management Coaching : Promoting postoperativery recovery and canegiving preparadness for patients with lung cancer and their family caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*(3), 25, 290-296. doi:<https://doi.org/10.1188/21.CJON.290-296>
- Ramirez Capcha, P., & Rivera Luis, P. (2021). Estilos de cuidados y comunicación terapeutica en profesionales de enfermería del Hospital de Barranca.
- Rodriguez Artavia, A. (2023). Enfermeria ante la (des) humanización, una responsabilidad inherente ante la ciencia del cuidado. *Revista Ciencia y Cuidado*, 1(20), 5-8.
- Sanchez-Vallejo, A. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 40(9), 527-540.
- Valart, N. (2019). La gestión del cuidado humanizado de enfermeria en la era digital. *Revista Cubana de Enfermeria*(4), 34, 1-11.
- Ziles, U. (2007). Fenomenología y Teoría del Conocimiento en Husserl. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 13(2), 216-221.

6. ANEXOS

Anexo 1. Datos clínicos y sociodemográficos del paciente.

DATOS CLÍNICOS Y SOCIODEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Nombre	
Nº Historia Clínica	
Fecha de ingreso	
Tipo de cirugía	
Edad	
Genero	
Estado Civil	
Personas a cargo	
Nivel académico	
Experiencia ingresos o cirugías previas	

GUIÓN DE ENTREVISTA

PACIENTE

Pregunta general:

1. ¿Cuál ha sido su experiencia en relación con la intervención que se le ha realizado en este hospital?

Preguntas específicas

1. ¿Cómo describiría usted su experiencia como paciente sometido a una intervención quirúrgica en este hospital desde el momento que acudió a la visita preoperatoria, el ingreso, la acogida en el área quirúrgica, en la unidad de reanimación posanestésica y hasta este momento?
2. ¿Qué ha significado para usted a nivel emocional la experiencia de haber tenido que someterse a una intervención quirúrgica?
3. Cuáles han sido los elementos que han favorecido y han dificultado su experiencia durante el proceso perioperatorio.

CUIDADOR PRINCIPAL

Pregunta general

1. ¿Cuál ha sido su experiencia como cuidador principal en relación con la intervención que se le ha realizado en este hospital?

Preguntas específicas

1. ¿Cómo describiría su experiencia como cuidador principal de una persona que ha sido sometida a una intervención en este hospital desde el momento que acudieron a la visita preoperatoria, el ingreso, la acogida en el área quirúrgica, en la unidad de reanimación posanestésica y hasta este momento?
2. ¿Qué ha significado para usted a nivel emocional la experiencia como cuidador principal de una persona que ha sido sometida a una intervención quirúrgica en este hospital?
3. ¿Cuáles han sido los elementos que han favorecido y han dificultado su experiencia como cuidador principal durante el proceso perioperatorio?

HOJA INFORMATIVA

Estimados participantes,

La finalidad de este documento es informarles sobre el estudio al cual les proponemos participar y que pretende profundizar sobre la experiencia vivida por los pacientes y sus cuidadores principales en relación con el proceso perioperatorio en el Hospital Clínico de Barcelona.

Este estudio tiene como objetivo conocer y comprender la experiencia de los pacientes intervenidos de cirugía torácica y sus cuidadores principales durante todo el proceso perioperatorio, que comprende la visita preanestésica, la estancia en la sala de hospitalización, el área quirúrgica, la sala de reanimación posanestésica y el alta del paciente con el fin de identificar las necesidades y expectativas de los pacientes y cuidadores, para mejorar así la calidad de atención brindada por el hospital.

Queremos agradecerles anticipadamente su participación en este estudio, su experiencia es fundamental para garantizar el éxito de este. Les recordamos que todas las respuestas proporcionadas serán confidenciales y se utilizarán solo con fines de investigación. Sus respuestas no afectarán su atención médica y en ningún caso se utilizarán con fines comerciales.

Si tienen alguna pregunta o inquietud sobre el estudio, no duden en contactar al equipo de investigación. Les agradecemos de antemano su participación y esperamos poder compartir los resultados de este estudio con ustedes en un futuro próximo.

Atentamente,

El equipo de investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña _____

—

Con DNI/NIE _____, en pleno uso de mis facultades mentales.

Manifiesto que:

He recibido información para participar en el estudio llevado a cabo en el Hospital Clínico de Barcelona sobre “Experiencias vividas por los pacientes sometidos a cirugía torácica y su cuidador principal en relación con el proceso perioperatorio”

He podido realizar preguntas y aclarar dudas sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando lo desee, sin tener que justificar mi decisión.

Por tanto, habiendo comprendido la información recibida, deseo manifestar mi voluntad de participar en el estudio y por ello otorgo mi consentimiento firmando el presente documento.

Fdo. Participante

Fdo. Entrevistador

En _____, a _____ de _____ 2023