

CARRASCOSA LÓPEZ M.T.¹; AGUILAR MARTÍNEZ R.²; CARRASCOSA LÓPEZ M.C.³

¹ Unidad de Urología. Complejo Hospitalario de Jaén

² Unidad de Urología. Complejo Hospitalario de Jaén

³ Unidad Obstétrico-ginecológica. Complejo Hospitalario de Jaén

Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual

RESUMEN

Objetivo

Determinar si una intervención enfermera de enseñanza individualizada (NIC 5606) permite disminuir la ansiedad pre y postoperatoria en los pacientes sometidos a intervención quirúrgica onco-uroológica del Complejo Hospitalario de Jaén.

Método

Estudio de tipo cuasi experimental de tipo prepost con grupo control en pacientes programados para intervención quirúrgica que ingresen en nuestra unidad de hospitalización de Urología desde el 1 de julio de 2010 hasta completar tamaño muestral.

Para calcular el tamaño muestral se realizará un estudio piloto durante el primer mes. La variación del nivel de ansiedad se medirá mediante el test de ansiedad STAI en su dimensión ansiedad/ estado. El nivel de conocimientos será medido mediante el NOC... 1803. Conocimiento del proceso de la enfermedad, 1814 Conocimiento del procedimiento terapéutico.

Inicialmente se realizará un análisis descriptivo de tipo univariante de las variables incluidas y posteriormente se aplicarán pruebas de contraste de hipótesis. En todos los casos se trabajará con un nivel de significación del 95% ($p < 0,05$).

Palabras clave: ansiedad, enseñanza individual, intervención quirúrgica.

ABSTRACT

Objectives

To determine if a nurse's intervention of individual tutoring (NIC 5606) allows reducing the patients pre and post surgical anxiety in urology surgical intervention patients at the Complejo Hospitalario de Jaén.

Method

Pre-post quasi-experimental study type with control group of surgical intervention planned patients that were admitted in our Urology hospitalization unit from 1st July 2010 till we could finish our sample size.

In order to calculate the sample size it will be done a pilot study during the first month. The anxiety variation level will be measured with the anxiety test STAI. (dimension: anxiety/condition). Knowledge level will be measured with NOC (1803 «Disease processing knowledge»; 1814 «Therapeutic procedure knowledge».)

Initially a descriptive analysis type «univariate» of the variables included will be done. Subsequently hypothesis contrast testing will be applied. We'll work with a significance level of 95% ($p < 0,05$).

Keywords: anxiety, individual tutoring, surgical intervention.

INTRODUCCIÓN

El problema de la ansiedad en el paciente quirúrgico y el papel de las enfermeras en el mismo han sido estudiados ampliamente desde hace algunas décadas, como muestra la literatura científica (1-7).

Nuestra experiencia como profesionales de una unidad hospitalaria de Urología con patología mayoritariamente

quirúrgica nos muestra la realidad de esta situación y así encontramos que al realizar la valoración inicial enfermera del paciente éste, de manera casi global, manifiesta una serie de expresiones, comportamientos o conductas que están relacionados con un componente ansioso, respuesta humana totalmente natural de un paciente que desconoce a lo que se va a enfrentar. Esto nos lleva a detectar una necesidad en el paciente que la enfermera puede cubrir fácilmente resol-

viendo las dudas de manera individualizada para intentar disminuir así la ansiedad producida por déficit de conocimientos previa y posterior a la intervención quirúrgica, lo que puede contribuir a mejorar tanto el afrontamiento del paciente de la situación como su recuperación posquirúrgica.

En la revisión bibliográfica vemos que existe un gran interés en el personal de enfermería relacionado con la ansiedad del paciente, ya que siempre se valora al paciente de forma holística (8-14).

Así pues, el asesoramiento incluye acciones dirigidas a proporcionar información y a la enseñanza de técnicas y formas de autocuidado, necesidades inmediatas, que además van a satisfacer otras necesidades fundamentales, como las de comunicación y seguridad (15,16).

Con la información se pueden aclarar dudas, creencias erróneas, temores a lo desconocido, etc. Al verbalizar sus emociones y dudas respecto al procedimiento se podrá mejorar la comprensión y minimizar el estrés (15,17).

La información preoperatoria como variable significativa en la reducción de la ansiedad del paciente quirúrgico es conocida (15,18-20).

Aunque la bibliografía sobre el tema es amplia, lo cierto es que tampoco los estudios son concluyentes sobre la mejor manera de abordar esta ansiedad. Existen estudios que muestran que proporcionar información al paciente disminuye su ansiedad (15,16, 21), aunque otros sugieren que sería preciso más intervenciones.

Existen también estudios que relacionan la disminución del nivel de ansiedad con la disminución del dolor postoperatorio (12,15, 22) y también que niveles más bajos de ansiedad aceleran el proceso de cicatrización de las heridas (15, 23).

Otros autores comentan que la principal fuente de ansiedad en el paciente es el dolor (24, 25) y que se requiere del apoyo del personal de enfermería para afrontarlo.

En cualquier caso, la información que demanda el paciente al personal de enfermería es distinta a la que habían requerido al facultativo en la consulta. Además, por la idiosincrasia propia de la profesión el paciente nota que tiene un mayor lapso de tiempo para poder obtener todas las respuestas que necesita y adquiere un mayor grado de confianza que permite llegar más directamente a él.

En esta situación particular de la vida en la que una persona se convierte en dependiente del profesional de enfermería debido a que su estado de salud, con una pérdida de roles, condiciona la aparición de reacciones de ansiedad, angustia, temor, a la vez que se experimenta una separación familiar en un entorno desconocido y la falta de atención e información influyen sobre el proceso quirúrgico (24).

Nos planteamos realizar un estudio de investigación que analice si la aplicación de una intervención personalizada y estructurada (NIC 5606 Enseñanza individual) tiene resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico. Dicha intervención, que ya ha sido analizada por otros investigadores en otros contextos, ha mostrado que puede propiciar desde la reducción de la estancia hospitalaria hasta la reducción de la ansiedad, el dolor y una mayor satisfacción del paciente (21). Estos hallazgos no pueden generalizarse al concepto de visi-

ta quirúrgica que se maneja en nuestro medio, la diferencia, entre otras, está en la especificidad de la visita atendiendo a criterios selectivos basados en una intervención de apoyo y educación prolongada en el tiempo (13, 21).

Nos proponemos, tal y como se cita en el citado artículo, mejorar la satisfacción de los pacientes de cirugía programada mediante trato personalizado e información adecuada, base de una atención digna, de calidad y conforme a derecho.

El objetivo del estudio es determinar si una intervención enfermera de enseñanza individualizada (NIC 5606) permite disminuir la ansiedad pre y postoperatoria en los pacientes sometidos a intervención de cirugía urológica oncológica del Complejo Hospitalario de Jaén.

Trabajaremos sobre la hipótesis de que la intervención de enseñanza individualizada (NIC 5606) disminuye la ansiedad pre y postoperatoria en los pacientes sometidos a intervención quirúrgica urológica oncológica.

METODOLOGÍA

A) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo cuasi experimental de tipo pre-post con grupo control. Se realizará un análisis del nivel de ansiedad de los pacientes al ingreso y al alta siguiendo el protocolo actual del centro (tres primeros meses) que actuará como grupo control. Posteriormente se realizará un cambio en el protocolo realizando una intervención de enseñanza individual (NIC 5606) a todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión midiendo la ansiedad al ingreso y al alta (grupo intervención).

B) POBLACIÓN O SUJETOS DE ESTUDIO

Pacientes programados para intervención quirúrgica que ingresen en nuestra unidad de hospitalización de Urología desde el 1 de junio de 2010 hasta completar tamaño muestral.

C) CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes programados para intervención de cirugía urológica.
- Edad mayor a 18 años.
- Acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión (cirugía programada, mayor de 18 años y que acepten la participación).
- Pacientes con trastornos cognitivos o mentales.
- Pacientes que no sepan leer ni escribir.

D) TAMAÑO MUESTRAL

Para calcular el tamaño muestral se realizará un estudio piloto durante el primer mes. En él, y durante los 15 primeros días, los pacientes serán tratados según el protocolo y las

siguientes dos semanas mediante enseñanza individual. Las diferencias del nivel de ansiedad servirán para calcular el tamaño muestral.

E) VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad: En años cumplidos.
- Sexo
- Número de ingresos previos para intervención quirúrgica.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Nivel de conocimientos del paciente al ingreso.
- Nivel de conocimientos del paciente tras la intervención de enseñanza.

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Variación del nivel de ansiedad: diferencia entre el nivel de ansiedad al ingreso y tras la intervención de enseñanza, medida mediante el test de ansiedad STAI en su dimensión ansiedad/estado (16).

F. INSTRUMENTOS Y MÉTODOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

La intervención de enseñanza individual (NIC 5606) acoge una serie de actividades que se detallan en el anexo 1.

El nivel de conocimientos será medido por la enfermera que realice la valoración mediante el criterio de resultado: NOC 1803 Conocimiento del proceso de la enfermedad, 1814 Conocimiento del procedimiento terapéutico tanto al ingreso como al alta del paciente, que es un indicador internacionalmente aceptado por las enfermeras que se mide mediante escala tipo Likert de 1 «Ningún conocimiento» a 5 «Conocimiento extenso». Concretamente se medirán los indicadores del criterio:

- 181410 Descripción del procedimiento terapéutico.
- 181410 Descripción de los posibles efectos indeseables.
- 180305 Descripción de los efectos de la enfermedad.
- 180308 Descripción de las medidas para minimizar la progresión de la enfermedad.

El nivel de ansiedad se medirá mediante test de ansiedad STAI en su dimensión ansiedad/estado, de 20 interrogantes en los que se mide el grado de ansiedad con un rango de respuesta de 0 a 60 en el que se mide el grado de ansiedad en este momento preciso.

La encuesta se pasa en el momento del ingreso programa-

do del paciente, y en un segundo momento tras 48 de intervención de enseñanza (Anexo II).

Los datos serán recogidos en una base de datos construida «ad hoc».

G) ANÁLISIS DE DATOS

Inicialmente se realizará un análisis descriptivo de tipo univariante de las variables incluidas. Concretamente se calcula la frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas y la media y desviación típica en las variables cuantitativas.

Posteriormente, y para el contraste de hipótesis, será realizado mediante pruebas para dos muestras independientes. Así, las variables cuantitativas serán comparadas mediante la Chi cuadrado y las cualitativas en función de los resultados de las pruebas de contraste de la normalidad. Así, cuando se precisen pruebas paramétricas se calculará la T de Student o la prueba de ANOVA y si precisa pruebas no paramétricas mediante los tests de Wilcoxon o de Kruskal-Wallis, según proceda.

En todos los casos se trabajará con un nivel de significación del 95% ($p < 0,05$).

El proyecto ha sido sometido a estudio para su aprobación por la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria (CEIS) del Complejo Hospitalario de Jaén, el cual ha emitido informe favorable.

Antes de incluir a los pacientes en el estudio se les ha informado en qué consiste, y cómo será su participación en él, así como del carácter voluntario y confidencial del mismo, seguidamente se les ha entregado un documento de consentimiento informado en que se ha reforzado de forma escrita lo previamente expuesto.

RESULTADOS

En el estudio piloto que sirva para el cálculo muestral se han incluido 20 pacientes (10 GC + 10 GI). Al inicio los grupos son homogéneos sin encontrar diferencias significativas entre ambos (cuadro 1).

Los pacientes en ambos grupos se sienten que tienen un nivel de información dado por otros profesionales muy similar tanto al ingreso como al alta (cuadro 2). Sin embargo, el nivel de conocimientos mejora más en el GI. En ambos grupos disminuye la ansiedad de manera significativa, pero es más acusado el descenso en el GI.

Cuadro 1

VARIABLE		GRUPO CONTROL	GRUPO INTERVENCIÓN	VALOR p*
Edad		65,30±10,78	68,60±10,75	p = 0,50**
Sexo	Hombre	8	9	p = 0,53**
	Mujer	2	1	
Nivel de estudios	Sin estudios / E. primarios	5	8	p = 0,48**
	E. medios / E. superior.	5	2	
Ingresos previos en hospital		1,00±0,67	2,01±2,10	p = 0,18**

* Medido mediante la T Student o la Chi cuadrado, según proceda.
** No significativo.

Cuadro 2

VARIABLE		GRUPO CONTROL	VALOR p	GRUPO INTERVENCIÓN	VALOR p
Nivel información (de 0 a 10)	Ingreso	6,70 ± 0,9	0,53*	6,90 ± 1,4	0,81*
	Alta	7,40 ± 1,0		7,50 ± 0,8	
Nivel conocimientos (de 0 a 100)	Ingreso	68,00 ± 11,6	0,89*	70,50 ± 11,4	0,12
	Alta	71,50 ± 8,5		76,00 ± 9,1	
Nivel de ansiedad (de 0 a 60)	Ingreso	17,30 ± 7,5	0,29	19,70 ± 7,3	0,005
	Alta	11,10 ± 7,8		11,30 ± 5,0	

* Medido mediante la T Student para datos relacionados.
** No significativo

DISCUSIÓN

La enseñanza individual mejora el nivel de los conocimientos de los pacientes sometidos a intervención oncológica quirúrgica urológica y esto hace que disminuya más la ansiedad del estado del paciente.

Estos resultados coinciden con la bibliografía revisada.

CONCLUSIÓN

Con este estudio piloto hemos logrado determinar tanto el tamaño muestral adecuado para el estudio definitivo como la posibilidad de alcanzar unos resultados significativos en dicho estudio. ▼

BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE

- Mardarás Platas, Eduardo. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas, Rol (Barc) 1990.
- García Alonso, I. Enfermería e información del paciente quirúrgico, Revista Enfermería Científica (Madrid), 1991, 110:25-27.
- López Roig S, Pastor M. A, Rodríguez Marín J. Programas de preparación psicológica para la cirugía en intervención conductual en contexto comunitario; Madrid: Ediciones Pirámide, G.A.; 1993: 169-233.
- López Roig S; Preparación psicológica del paciente quirúrgico. Ciencias psicosociales Aplicadas II; Madrid: Ediciones Síntesis S.A; 1995. 99-108.
- Labrador FJ, Crespo M. Evolución del estrés: En evolución conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A. 1993, 484-536
- Barrilero J. A, Casero J. A, Cebrián, Córdoba C.A, García F, Gregorio, E, Hernández A, Pérez J; Tébor F. J. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía

NOS PLANTEAMOS REALIZAR UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN QUE ANALICE SI LA APLICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PERSONALIZADA Y ESTRUCTURADA (NIC 5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL) TIENE RESULTADOS BENEFICIOSOS EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

programada. Enferm Univ Albacete 8, 1998, 7: 6-18.

- Giacomantone E; Mejía A. Estrés quirúrgico y ansiedad. Criterios para un manejo terapéutico, Gador, 1998.
- Marín Romero I, Martínez Gómez P, Ponsich Pubill J, Pubill Grasa M, Ansiedad en pacientes intervenidos de rodilla (prótesis total rodilla). Barcelona. Enferm Global, 2004; 4: 1- 11.
- Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, Daniel Cortés, MD; Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica, Rev Colomb Obstet Ginecol (Bogota). 2005; 56 (3):209-215.
- Navas Monzón M; Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo. Cuidando la salud: Revista Científica de Enfermería, ISSN 1696-1005, 2008; 8:36-51.
- Girbés I, González E, Pla A, Martínez E; Guía de cuidados de enfermería en una paciente con fractura de fémur. Caso clínico; Enferm Integr, 2006; dic 38-41.
- Arbonés E, Montesa A., M. Riua M, Farriolsa C, Minguenza S, y la Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS); El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento; Rev Soc Esp Dolor. 2009; 16 (6):314-322.
- Pacheco-Unguetti AP, Acosta A, Callejas A, Lupiáñez J, Attention and Anxiety Different Attentional Functioning Under State and Trait Anxiety; Psychol Sci Soc Sci. 2010, 21(5).
- Casey RG, Grainger R, Butler M, McDermott TE, Thornhill JA.; Scrotal signs and symptoms in the general population, the value of testis self-examination and the pitfalls of a scrotal screening programme: is the two-week rule relevant?; World J Urol (Ireland). 2010, 13.

15. Martín-Crespo Blanco M; Caravantes Marín MI; García Mas JM; Gómez González B; Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el hospital comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real); Nure Investigación 2007, 30.
16. Cereijo Gareta C, Pueyo González B, Mosquera Ferreiro F. Información y educación del paciente en cirugía ambulatoria. Cir Mayor Ambul 2005; 10 (4):165-71.
17. Lancaster KA. Patient teaching ambulatory surgery. Nurs Clin N AM 1997; 32 (2):417-27.
18. McDonald S, Hetrick S, Green S: Educación prequirúrgica para el reemplazo de cadera o de rodilla (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, llted). Fecha de modificación más reciente: 23 de noviembre de 2003.
19. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, 1970
20. Cuñado Barrio, Legarre Gil MJ, Ruiz Castón J, Silveira de la Torre J, Caballero Martínez L, García López F. Efecto de una visita enfermera estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos: ensayo clínico aleatorizado. Enfem Clín 1999; 9 (3):98-104.
21. Gálvez Toro AA, Bonill de las Nieves C, Torres Luzón C, Rodríguez Bailón M, Ayudarte Larios ML. Experiencia sobre la visita prequirúrgica: Una revisión de evidencias. Evidentia 2006; 3(8). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n8/213articulo.php> [ISSN1697-638X].
22. Muñoz Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor, 2001;8 (3): 194-211.
23. Cole-King A, et al. Psychological factors and delayed healing in chronic Wounds. Psychosomatic Medicine 2001; 63:216-220.
24. Hurtado Vazquez I, Espino Villafuerte ME. Disminución de la ansiedad del paciente quirúrgico a través de la intervención de Enfermería. Desarrollo Científico Enfermería. 2004; 12 (2): 47-50.
25. García-Piña. Características de la percepción del paciente. Escuela de Enfermería y Obstetricia de Celaya, Universidad de Guajalato; 1996. Tesis de licenciatura.

**CON ESTE ESTUDIO PILOTO
HEMOS LOGRADO DETERMINAR
TANTO EL TAMAÑO MUESTRAL
ADECUADO PARA EL ESTUDIO
DEFINITIVO, COMO LA
POSIBILIDAD DE ALCANZAR
UNOS RESULTADOS
SIGNIFICATIVOS EN DICHO
ESTUDIO**

ANEXO I

Para poder enseñar al paciente, previamente:

- Valoraremos el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Valoraremos el nivel educativo del paciente.
- Valoraremos el nivel del aprendizaje del paciente.
- Incluiremos a la familia o ser querido si procede.
- Ajustaremos la instrucción para facilitar el aprendizaje según proceda.

A continuación seguiremos una secuencia educativa pero adaptándola, como hemos dicho, de forma individualizada:

- Explicación escueta de la técnica quirúrgica a que se somete el paciente, sintomatología tras la intervención y posibles efectos adversos.
- Procedimientos a seguir tras el ingreso hospitalario: indumentaria hospitalaria, inserción de vía venosa, administración heparina b.p.m., administración enema, dieta absoluta a partir de las 00 horas.
- Procedimientos a seguir el día de la cirugía: higiene a primera hora, rasurado zona genital, apertura de vía venosa y administración de profilaxis antibiótica, traslado a quirófano (le diremos una hora orientativa desde el día anterior), estancia en unidad de reanimación quirúrgica tras salida de quirófano y con una duración dependiente del tipo de intervención, llegada a planta donde se administrará de forma programada la analgesia y antibioterapia prescrita, intentando mantener al paciente lo más confortable posible el tiempo que dure su encamamiento, dieta absoluta las primeras horas y progresiva tras intervención.
- Resumen de la evolución del proceso los siguientes días postoperatorios.

Por último, y como punto educativo fundamental, daremos tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.