



## ORIGINALES

### Expresión de la incertidumbre en pacientes quirúrgicos por extracción de un órgano: un estudio transversal

Expressão da incerteza em pacientes cirúrgicos de retirada de órgão: estudo transversal

Uncertainty expression in surgical patients of organ removal: a cross-sectional study

Thaís Martins Gomes de Oliveira<sup>1</sup>  
Cristine Alves Costa de Jesus<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Máster en Enfermería. Doctoranda del Programa de Posgraduación en Enfermería de la Universidad de Brasilia (UnB). Brasil. Campus Universitario Darcy Ribeiro, Facultad de Ciencias de la Salud, Brasilia-Distrito Federal Brasil. [thaismmgomes@gmail.com](mailto:thaismmgomes@gmail.com)

<sup>2</sup> Doctora en Enfermería. Docente del Programa de Posgraduación en Enfermería de la Universidad de Brasilia (UnB). Brasil. Campus Universitario Darcy Ribeiro, Facultad de Ciencias de la Salud, Brasilia-Distrito Federal Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.482911>

Recibido: 9/06/2021

Aceptado: 21/09/2021

#### RESUMEN:

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico de la extirpación de órganos parece satisfacer una serie de patologías que surgen como necesidades de salud de las poblaciones. En este contexto, se instala el estado de incertidumbre.

**Objetivo:** Investigar la incertidumbre de la extracción de un órgano en pacientes quirúrgicos.

**Método:** Estudio transversal realizado con pacientes hospitalizados en la clínica quirúrgica de un hospital universitario. Variables sociodemográficas y clínicas fueron recogidas, además, se aplicó la escala de incertidumbre en la enfermedad de Mishel.

**Resultados:** El perfil de diagnósticos médicos en los 60 participantes mostró que las enfermedades más frecuentes fueron las neoplasias. Con relación a la aplicación de la escala, el 68% de los participantes presentaron puntuaciones mayores o iguales a 80 puntos. El valor hallado para el alfa de Cronbach fue de 0,842. Los procedimientos quirúrgicos histerectomía abdominal y mastectomía, que fueron los más frecuentes para los participantes, están asociados con áreas de incertidumbre.

**Conclusiones:** Los altos niveles de incertidumbre demostraron la necesidad de la gestión de esta condición. Los aspectos psicosociales de los tratamientos quirúrgicos son desconsiderados a expensas de la restauración clínica, circunstancias en que se descuida el sufrimiento emocional del paciente. La mejora de la comunicación entre los profesionales de la salud y el paciente puede influir para prevenir la manifestación de la falta de información, una de las formas de la expresión de la incertidumbre. Aspectos como el perfil socioeconómico del paciente, el nivel educativo y los ingresos deben tenerse en cuenta en el tratamiento quirúrgico de la extracción de órganos. La incertidumbre experimentada por estos pacientes debe conocerse mejor y difundirse ampliamente para que estos aspectos se destaquen en el entorno de la atención médica.

**Palabras clave:** Incertidumbre; Cirugía; Procedimientos Quirúrgicos Operativos; Teoría de Enfermería; Enfermería.

## RESUMO:

**Introdução:** O tratamento cirúrgico de retirada de órgãos surge para atender a uma diversidade de patologias que emergem como necessidade de saúde apresentadas pelas populações, sendo considerado um procedimento que provoca no paciente sentimentos de incerteza.

**Objetivo:** Investigar a incerteza na doença, em pacientes cirúrgicos submetidos à retirada de órgão.

**Método:** Estudo transversal desenvolvido com pacientes internados na clínica cirúrgica de um hospital universitário. Coletaram-se as variáveis sociodemográficas e clínicas e aplicou-se a escala da incerteza na doença de Mishel (MUIS).

**Resultados:** O perfil de diagnósticos médicos nos 60 participantes revelou que as doenças mais frequentes foram as neoplasias. Quanto a aplicação da escala, 68% dos participantes apresentaram escores maiores ou iguais a 80 pontos. O valor encontrado para o Alpha de Cronbach foi de 0,842. Os procedimentos cirúrgicos, histerectomia via abdominal e mastectomia, os quais foram os mais prevalentes para os participantes, se associam aos domínios da incerteza.

**Conclusões:** Elevados níveis de incerteza evidenciaram a necessidade do manejo dessa condição. Os aspectos psicossociais dos tratamentos cirúrgicos acabam secundarizados em detrimento do reestabelecimento clínico, circunstância em que se negligencia o sofrimento emocional do paciente. A melhora da comunicação entre o profissional da saúde e o paciente pode influenciar para que não ocorra a manifestação da falta de informação, uma das formas de expressão da incerteza. Aspectos como perfil socioeconômico do paciente, escolaridade e renda devem ser levados em consideração no tratamento cirúrgico de retirada de órgãos. A incerteza vivenciada por esses pacientes precisa ser mais conhecida e amplamente disseminada para ganhar destaque no ambiente de saúde.

**Palavras chave:** Incerteza; Cirurgia; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Teorias de Enfermagem; Enfermagem.

## ABSTRACT:

**Introduction:** The surgical treatment of organ removal seems to meet a number of pathologies that emerge as health needs of populations. In this context, the state of uncertainty is installed.

**Objective:** To investigate the uncertainty in illness in surgical patients of organ removal.

**Method:** Cross-sectional study developed with patients admitted to the surgical outpatient clinic of a university hospital. Sociodemographic and clinical variables were collected, in addition to applying Mishel uncertainty in illness scale.

**Results:** The profile of medical diagnoses in the 60 participants showed that the most frequent diseases were the neoplasms. As for the scale application, 68% of the participants presented scores greater than or equal to 80 points. The value found for the Cronbach's Alpha was 0.842. The surgical procedures abdominal hysterectomy and mastectomy, which were the most prevalent for the participants, are associated with uncertainty domains.

**Conclusions:** High levels of uncertainty demonstrated the need for the management of this condition. The psychosocial aspects of surgical treatments are disregarded at the expense of the clinical restoration, circumstances that neglect the patient's emotional suffering. The improvement of communication between the health professional and the patient can influence to prevent the manifestation of the lack of information, one of the forms of expressing uncertainty. Aspects such as the patient's socioeconomic profile, educational level and income must be taken into account in the surgical treatment of organ removal. The uncertainty experienced by these patients needs to be better known and widely disseminated to gain prominence in the health care setting.

**Keywords:** Uncertainty; Surgery; Surgical Procedures, Operative; Nursing Theory; Nursing.

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico de la extracción de órganos parece atender una serie de patologías que surgen como necesidades de salud de las poblaciones, siendo considerado un procedimiento que provoca sentimientos de ansiedad e incertidumbre en los pacientes. Cuando el paciente experimenta la incertidumbre resultante de una enfermedad o tratamiento, puede resultar en un estrés que afecta la mente, el cuerpo y las relaciones sociales. Además, tras la finalización de un procedimiento quirúrgico,

el paciente puede sentir dolor, pérdida momentánea o permanente de la función del órgano y algún nivel de dependencia del cuidado que interfieren en sus actividades de la vida diaria, no siendo infrecuente el miedo a la recaída de la enfermedad, miedo a las limitaciones posquirúrgicas y angustia psicológica <sup>(1, 2)</sup>.

La cirugía puede considerarse una agresión. Partiendo de los aspectos fisiológicos y anatómicos involucrados relacionados con la incisión, que rompe la integridad de la piel, el sangrado y la extracción de órganos. Por otro lado, con respecto a los fenómenos psicológicos involucrados, surgen el miedo, la angustia, la duda, la incertidumbre y la expectativa. Sin embargo, los aspectos psicológicos de los tratamientos quirúrgicos a menudo son ignorados, considerados por el equipo multidisciplinario como secundarios <sup>(3, 4)</sup>.

Los sentimientos encontrados están presentes en aquellos pacientes que se someten a la extracción del órgano. El tratamiento quirúrgico suele ser necesario como intervención en el tratamiento de enfermedades. Hay muchos sentimientos, expectativas y percepciones involucradas. El paciente puede generar expectativas sobre los resultados de una intervención quirúrgica, provocando un daño emocional que interfiera en el funcionamiento fisiológico del paciente, afectando su bienestar general <sup>(5)</sup>. La cirugía puede ir acompañada de ansiedad, dudas y anhelos independientemente del tamaño de la cirugía. La intervención quirúrgica se considera una amenaza para el paciente, ya que además de romper la integridad física, provoca importantes impactos emocionales y la fragilidad provocada por el miedo <sup>(5)</sup>.

En este contexto, se instala el estado de incertidumbre. La incertidumbre en la enfermedad fue presentada por un teórico de enfermería llamado Merle Mishel, quien desarrolló la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad <sup>(6)</sup>. La incertidumbre se define como la incapacidad de asignar significados a eventos relacionados con la enfermedad <sup>(6)</sup>. La teoría enfatiza que, con el inicio de la incertidumbre de la enfermedad, es necesario reorganizar y buscar estrategias de afrontamiento, así como de adaptación <sup>(6)</sup>. Los estudios afirman que el establecimiento de la incertidumbre puede conducir a un sentimiento de falta de control sobre los acontecimientos de la vida y sentimientos negativos, que incluyen aislamiento, pérdida de identidad, desesperanza y desmoralización <sup>(7-9)</sup>. Los altos niveles de incertidumbre se asocian con habilidades reducidas, como el procesamiento de nueva información, la comprensión de los resultados y la adaptación al diagnóstico de la enfermedad <sup>(10)</sup>. Actualmente, el modelo de incertidumbre de la enfermedad ha sido ampliamente utilizado y reconocido por la literatura, abordando diferentes contextos de problemas de salud <sup>(10)</sup>.

Aún en la teoría de la incertidumbre en la enfermedad, los profesionales de la salud se definen como importantes proveedores de información <sup>(11)</sup>. La evidencia caracteriza la falta de información como un gran generador de incertidumbre. Por otro lado, la provisión de información es una estrategia importante que se utiliza con frecuencia para enfrentar esta condición <sup>(12)</sup>. Es de destacar que en el acto de comunicar información al paciente es fundamental dotarlo de la capacidad de interpretarlos, asimilarlos y reproducirlos; corresponde al profesional de la salud buscar estrategias efectivas para hacerse entender. Los estudios describen experiencias deficientes entre los proveedores de información del sistema de salud y el paciente durante el tratamiento, es decir, reportando la práctica de información parcial o incluso la falta de ella <sup>(11,13)</sup>. Estos estudios también revelan la necesidad de sincronizar la comunicación

entre el profesional de la salud y el paciente. Después de todo, mientras uno está pensando en cómo manejar los efectos secundarios inherentes al tratamiento, el otro puede preguntarse cuánto tiempo tomará recuperarse o sobrevivir. En este sentido, es fundamental armonizar el propósito de la comunicación <sup>(11, 13)</sup>.

Por tanto, el objetivo de este estudio es investigar la incertidumbre en la enfermedad, según la teoría de Mishel, en pacientes quirúrgicos de extirpación de órganos.

## **MÉTODO**

### **Diseño del Estudio**

Estudio transversal, descriptivo y exploratorio.

### **Estudio de Población y Contexto**

Se seleccionó a 63 pacientes ingresados en la clínica quirúrgica de un hospital universitario de Brasil en el año 2017. El Hospital es una institución pública que brinda atención gratuita a través del Sistema Único de Salud (SHU). Cuenta con un Centro de Alta Especialidad en Oncología y la investigación se desarrolló en el Consultorio Ambulatorio Quirúrgico que atiende las siguientes especialidades quirúrgicas: Cráneo-maxilofacial, general, pediátrica, torácica, vascular y neurocirugía. La clínica quirúrgica atiende a pacientes pre y posoperatorios y cuenta con 39 camas instaladas. Durante la recopilación de datos, hubo una amplia gama de cirugías que involucraron la extracción de parte o la totalidad de órganos.

El número muestral de participantes se obtuvo mediante un cálculo muestral, considerando el flujo de pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario para cirugía de extracción de órganos en el año anterior a la recolección de datos. El cálculo de la muestra dio como resultado 66 pacientes considerando un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 10%. Debido al período disponible para la recolección de datos, fue posible recolectar 60 pacientes. El cálculo de muestra utilizó la versión 3.4 del software R ®.

Los participantes fueron seleccionados por muestra de conveniencia. Los criterios de inclusión fueron pacientes con edad mayor o igual a 18 años, de ambos sexos, en postoperatorio superior a 24 horas que fueron sometidos a cirugía que implicó la extracción de un órgano, en plenas condiciones intelectuales y mentales para responder a las preguntas. Los criterios de exclusión fueron los pacientes que no cumplieran con el concepto de extracción de órganos utilizado en la investigación.

### **Variables**

Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas para identificar el perfil de la muestra. En este estudio, se destaca la importancia de las variables clínicas que permitieron identificar el perfil de cirugías de extracción de órganos en la muestra. Además, los datos se recopilaron utilizando la escala de incertidumbre en la enfermedad de Mishel - MUIS <sup>(14)</sup>.

## Recogida de datos

Los participantes fueron seleccionados a partir de registros médicos y se les instruyó sobre cómo participar en la investigación. Se realizó la aplicación del instrumento de recogida de datos construido por los investigadores, validado por tres expertos en las áreas de cirugía y sistematización de la asistencia de enfermería, todos con una formación mínima de diez años en enfermería, profesores activos y en el cuidado con pacientes clínicos o quirúrgicos. y con experiencia en la implementación del proceso de enfermería. El instrumento incluyó preguntas sociodemográficas y clínicas. También se utilizó el MUIS, validado para portugués, cuyas propiedades psicométricas analizadas en el proceso de validación fueron la validez de contenido (comité de jueces), la validez de constructo (análisis factorial confirmatorio y comparación de las medias de los factores y las puntuaciones totales según las variables sociodemográficas del público objetivo), la fiabilidad (test-retest y alfa de Cronbach) <sup>(15)</sup>. Esta escala validada contiene 30 ítems tipo Likert, y cuanto mayor es la puntuación del paciente, mayor es el grado de incertidumbre en la enfermedad, que va de 30 a 150 puntos. <sup>(14, 15)</sup>.

El MUIS tiene como objetivo medir la incertidumbre en la enfermedad a través de los ítems divididos en áreas, a saber: ambigüedad, complejidad, inconsistencia e imprevisibilidad, cuyos enunciados representan las formas de manifestación de la incertidumbre. La recolección de datos duró tres meses y cuatro días, realizada por uno de los autores. La entrevista y aplicación de la escala tuvo una duración aproximada de 2 horas comprendiendo los pasos mencionados. Después de este paso, se consultaron los registros médicos del paciente para obtener más información.

## Análisis de los datos

Análisis estadístico descriptivo de datos sociodemográficos y clínicos mediante medidas de tendencia central, media y mediana, y de dispersión (desviación típica), frecuencias simples y absolutas de variables cuantitativas. Se utilizó el software Excel® 2016. La puntuación de MUIS se obtuvo mediante la suma de las puntuaciones de cada ítem. También se evaluó la frecuencia de respuestas relacionadas con la escala. Para evaluar la fiabilidad de los ítems de la escala se utilizó el Alfa de Cronbach, considerando aceptables valores iguales o superiores a 0,70.

Para las correlaciones entre las cirugías más prevalentes en la muestra y los dominios de incertidumbre se utilizaron las pruebas estadísticas de Mann-Whitney. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos  $p \leq 0,05$ . Este análisis de correlación consideró las medias obtenidas en cada dominio MUIS, a saber: Falta de claridad, Ambigüedad, Falta de información e Impredecibilidad. También se aplicó la media obtenida, considerando todos los ítems de la escala, lo que se denominó Total. Las pruebas estadísticas se obtuvieron mediante el software R v3.4 ®.

## Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia - CEPFS / UnB, bajo CAAE 55134615.7.0000.0030, opinión número 2.177.498. Para la ejecución de la

investigación, se puso a disposición del participante el Formulario de Consentimiento Informado - ICF. Los participantes podían abandonar el estudio en cualquier etapa de la investigación.

## RESULTADOS

Durante el período de recolección de datos, se seleccionaron 63 pacientes, sin embargo, tres pacientes se rindieron durante la entrevista. Entre los 60 pacientes restantes, 47 (78,3%) eran mujeres y 13 (21,7%) hombres. La edad osciló entre 18 y 87 años, la media fue de 51,9 ( $\pm$  16,4) años. La tabla 1 resume las características sociodemográficas de la muestra.

**Tabla 1.** Perfil sociodemográfico de los pacientes (n= 60).

Característica	N	%	Característica	N	%
<b>Sexo</b>			<b>Grupo de edad</b>		
Femenino	47	78,3	18-30	5	8,3
Masculino	13	21,7	31-40	10	16,7
<b>Escolaridad</b>			41-50	15	25,0
Escuela primaria incompleta	25	41,7	51-59	7	11,7
Escuela primaria completa	4	6,7	60-70	14	23,3
Secundaria completa	25	41,7	71-80	7	11,7
Escuela superior completa	6	10,0	>81	2	3,3
<b>Etnicidad</b>			<b>Situación matrimonial</b>		
Negro	19	31,7	Soltero	15	25,0
Blanco	11	18,3	Casado	24	40,0
Pardo	27	45,0	Divorciado	6	10,0
Amarillo	2	3,3	Unión libre	15	25,0
Indígena	1	1,7	Viudo	0	0,0
<b>Religión</b>			<b>Ingresos familiares</b>		
Ninguna	5	8,3	< 1 salario mínimo	14	23,3
Católica	37	61,7	1 a 2 salarios mínimos	25	41,7
Espiritista	2	3,3	3 a 5 salarios mínimos	17	28,3
Protestante	16	26,7	> 5 salarios mínimos	4	6,7
<b>Ocupación</b>			<b>Sanearamiento básico</b>		
Activo	17	28,3	Agua tratada	49	81,7
Seguro de salud	10	16,7	Sistema de tuberías de alcantarillado	45	75,0
Jubilado	21	35,0	Recolección de basura	53	88,3
Desempleados	12	20,0			

Pardo se define como personas con una mezcla de colores de piel, ya sea este mestizaje mulato (descendientes de blancos y negros), cabocla (descendientes de blancos y amerindios), cafuza (descendientes de negros e indios) o mestizo.

La Tabla 2 presenta las medidas estadísticas descriptivas necesarias para probar la relación entre los dominios de incertidumbre y el nivel educativo de los participantes del estudio.

**Tabla 2.** Nivel educativo y dominios de incertidumbre (n = 60).

<b>Dominios de Incertidumbre</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Típicas</b>	<b>p*</b>
Falta de claridad	Escuela primaria incompleta	23,76	4,33	0,001
	Escuela primaria completa	22,75	4,57	
	Secundaria completa	18,76	3,59	
	Escuela superior completa	21,00	6,20	
Ambigüedad	Escuela primaria incompleta	39,16	4,77	0,077
	Escuela primaria completa	42,25	2,87	
	Secundaria completa	35,56	6,24	
	Escuela superior completa	36,50	10,01	
Falta de información	Escuela primaria incompleta	15,96	2,11	0,01
	Escuela primaria completa	15,25	1,50	
	Secundaria completa	13,36	2,93	
	Escuela superior completa	13,67	4,32	
Imprevisibilidad	Escuela primaria incompleta	12,20	2,08	0,077
	Escuela primaria completa	12,25	2,63	
	Secundaria completa	10,60	2,20	
	Escuela superior completa	10,67	3,33	
Total	Escuela primaria incompleta	91,08	10,19	0,002
	Escuela primaria completa	92,50	8,66	
	Secundaria completa	78,28	11,12	
	Escuela superior completa	81,83	20,99	

\*  $p < 0,05$ .

Se probaron las asociaciones entre los dominios de incertidumbre y todas las variables sociodemográficas y clínicas del estudio. A partir de la prueba de Mann-Whitney, solo entre la variable educación y los dominios de Incertidumbre, se encontró significancia estadística para los dominios “Falta de claridad” ( $p = 0,001$ ), “Falta de información” ( $p = 0,01$ ) y también en el “Incertidumbre total” ( $p = 0,002$ ). El “total” corresponde a la prueba de significancia de los cuatro dominios en su conjunto, es decir, todos los ítems de la escala MUIS.

Aunque solo el nivel educativo presenta una diferencia estadísticamente significativa para la incertidumbre, el perfil sociodemográfico de los pacientes obtenido muestra un predominio de bajos ingresos familiares ( $p > 0,05$ ). La mayoría de los participantes estaban jubilados, con ingresos familiares que oscilaban entre 1 y 2 salarios mínimos (41,7% de los participantes).

Entre los 28 diagnósticos médicos de los participantes, los diez descritos en la Tabla 3 fueron los más frecuentes, identificando una importante heterogeneidad de diagnósticos que motivaron los procedimientos quirúrgicos. El perfil de diagnósticos médicos de los participantes revela que las enfermedades más frecuentes fueron las neoplasias.

**Tabla 3.** Diagnósticos médicos más frecuentes que llevaron a la extracción del órgano ( $n = 60$ ).

Diagnósticos médicos	Frecuencia	%
Neoplasia maligna de mama	7	11,7
Fibras uterinas	6	10,0
Neoplasia maligna del estomago	6	10,0
Colelitiasis	5	8,3
Neoplasia maligna de ovario	4	6,7
Neoplasia maligna de intestino	4	6,7
Hiperplasia prostática benigna	3	5,0
Cáncer de cuello uterino	2	3,3
Enfermedad de Crohn	2	3,3
Neoplasia maligna de próstata	2	3,3
Prolapso uterino	2	3,3

Según Mishel <sup>(9)</sup>, la puntuación total de cada paciente puede variar entre 30 y 150, cuyo valor más alto representa mayor incertidumbre en la enfermedad. Sin embargo, 11 (18%) pacientes alcanzaron puntaje mayor o igual a 100, 13 (22%) pacientes mayor o igual a 90, 17 (28%) pacientes mayor o igual a 80, 10 (17%) pacientes mayor o igual a 70, 8 (13%) pacientes mayor o igual a 60 y 1 (2%) menor a 60. El rango con mayor prevalencia de pacientes fue aquel cuyas puntuaciones fueron mayores o iguales a 80, con 17 pacientes. El registro más bajo fue solo un paciente para el rango por debajo de 60. Cada participante presentó una respuesta para cada ítem y todos respondieron a todos los ítems.

La confiabilidad de la escala se verificó mediante la evaluación de su consistencia interna. El valor encontrado para el coeficiente Alfa de Cronbach fue 0,842.



**Tabla 4.** Relación entre la cirugía de histerectomía abdominal y los dominios de incertidumbre (n = 60).

Dominios de Incertidumbre	Histerectomía Abdominal	Media	Desviación Típicas	<i>p</i>
Falta de claridad	Sí	20,07	5,30	0,196
	No	21,76	4,55	
Ambigüedad	Sí	36,00	5,82	0,277
	No	38,13	6,30	
Falta de información	Sí	13,27	2,90	0,048
	No	15,04	2,83	
Imprevisibilidad	Sí	11,20	2,30	0,622
	No	11,44	2,44	
Total	Sí	80,54	13,75	0,135
	No	86,40	12,80	

\*  $p < 0,05$ .

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos a los que se sometieron los participantes, se destacaron las cirugías de Histerectomía y Mastectomía. Se aplicaron pruebas de hipótesis a los 28 procedimientos quirúrgicos derivados del estudio, sin embargo, Histerectomía y Mastectomía fueron las que presentaron los resultados más significativos, representados en la Tabla 4 y Tabla 5, respectivamente.

**Tabla 5.** Relación entre la mastectomía y los dominios de incertidumbre (n = 60).

Dominios de Incertidumbre	Mastectomía	Media	Desviación Típicas	<i>p</i> *
Falta de claridad	Sí	22,88	3,87	0,289
	No	21,10	4,87	
Ambigüedad	Sí	41,88	6,15	0,064
	No	36,94	5,99	
Falta de información	Sí	17,75	1,98	0,001
	No	14,12	2,75	
Imprevisibilidad	Sí	12,50	2,78	0,101
	No	11,21	2,30	
Total	Sí	95,00	10,62	0,018
	No	83,37	12,91	

\*  $p < 0,05$ .

Mediante los valores de *p* representados en la Tabla 4, hubo relación estadísticamente significativa solo para el dominio “Falta de información” sobre la Histerectomía, siendo así mayor en el grupo que no se sometió a esta cirugía.

En el caso de la mastectomía, Tabla 5, hubo relación estadística con los dominios “Falta de información” e “Incertidumbre total”, que evalúan los cuatro dominios simultáneamente, entre los pacientes sometidos a mastectomía.

## DISCUSIÓN

En cuanto a la aplicación de MUIS, resultó ser una herramienta de gran aplicabilidad para medir la incertidumbre (7, 8, 11, 16-18). La puntuación obtenida para los participantes del estudio fue muy expresiva, pues el 75% de ellos presentó puntuaciones

significativas de la experiencia de la incertidumbre, en la que la puntuación más baja fue de 57 y la más alta, 108 puntos. Los siguientes estudios mostraron puntuaciones similares. El estudio de Hagen et al. <sup>(7)</sup> aplicado a pacientes con cáncer de mama para evaluar la incertidumbre obtuvo un grado moderado de presencia de incertidumbre entre los participantes, con una escala que osciló entre 33 y 165. Otro estudio con pacientes gastrectomizados reveló que los participantes mostraron un alto nivel de incertidumbre <sup>(19)</sup>.

La confiabilidad de los ítems de la escala describe cómo el instrumento aplicado es capaz y preciso. El valor del Alfa de Cronbach (0,842), que mide la consistencia interna de los ítems en general para los dominios, se consideró bueno según lo propuesto por la literatura <sup>(9)</sup>. Esto corrobora el valor de Alpha encontrado en un estudio de validación de la escala MUIS para pacientes crónicos en Italia <sup>(8)</sup>. La literatura también contiene parámetros de variación de Alfa en un rango de 0,74 a 0,92 <sup>(11)</sup>.

Una encuesta de supervivientes de cáncer de mama utilizó el MUIS, obteniendo un Alfa de Cronbach total equivalente a 0,849 <sup>(9)</sup>. En otro estudio de aplicación de MUIS, se consideró aceptable el coeficiente alfa de Cronbach de los ítems de la escala con un valor de 0,72 <sup>(20)</sup>.

El perfil de diagnósticos médicos de los participantes del estudio muestra que las enfermedades más frecuentes fueron las neoplasias. En Brasil, los diferentes tipos de cáncer que han afectado a la población son el resultado de la transición demográfica y epidemiológica <sup>(16)</sup>. Los factores están fuertemente asociados con la ocurrencia de ciertas neoplasias, como las precarias condiciones socioeconómicas, asociadas al cáncer de mama, próstata, colon y recto, fuertemente evidenciado en este estudio <sup>(16)</sup>.

El diagnóstico de cáncer involucra situaciones complejas que pueden generar sentimientos como ansiedad, miedo, angustia, soledad, descontrol de la situación y pérdida de la identidad propia, asociados a un alto nivel de incertidumbre <sup>(19)</sup>. Según la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad, la aparición de neoplasias posibilita el aprovechamiento de recursos como antecedentes de incertidumbre, proveedores de estructura y refundición del esquema cognitivo <sup>(11)</sup>.

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos histerectomía abdominal y mastectomía, que fueron los más prevalentes para las participantes, sus resultados se asocian significativamente con dominios de incertidumbre: la falta de información como  $p = 0,048$  y los valores de  $p$  por falta de información ( $p = 0,001$ ) y total ( $p = 0,018$ ).

Inicialmente, para la cirugía de histerectomía abdominal, el dominio "Falta de información" obtuvo promedios más altos, para quienes no se sometieron a la cirugía de histerectomía abdominal.

Aunque no hubo diferencia estadística de incertidumbre entre el grupo que se sometió a histerectomía y el que no, en el ítem "Falta de información" los valores medios fueron muy cercanos. Este resultado supone que hubo una mayor provisión de información a las pacientes que se sometieron a la extirpación del útero, en comparación con otros procedimientos quirúrgicos. Un estudio con mujeres histerectomizadas reportó un buen suministro de información y resultados positivos en el postoperatorio <sup>(21)</sup>.

Para los pacientes participantes, los procedimientos quirúrgicos derivados de la necesidad de extraer un tumor o incluso de cesar problemas como el sangrado constante y el dolor, representaron la salida de los problemas experimentados, a menudo por largos períodos. La extracción de órganos impone la necesidad de convivir con esta ausencia, lo que genera muchas inseguridades e incertidumbres <sup>(22)</sup>. En el presente estudio, hubo diversidad de indicaciones quirúrgicas que trajeron a una variedad de situaciones, que, en general, resultaron en un grado de incertidumbre.

La literatura también ha reportado los beneficios de realizar una histerectomía, traduciendo una importante ambivalencia de sentimientos con respecto a este procedimiento quirúrgico. Muchas mujeres se someten a la extracción del útero por episodios de anemia, fatiga, dolores de cabeza y sangrado constante, interfiriendo en su calidad de vida, exponiéndolas a situaciones incómodas <sup>(23)</sup>. Por tanto, la cirugía también puede ser vista como una posibilidad de curación y resolución de problemas, y en tales casos, la extracción del órgano se acepta más fácilmente, y la expresión de incertidumbre no se asocia con la falta de información, ya que se sienten más seguros en este caso <sup>(24)</sup>.

La mastectomía realizada en las participantes del estudio estuvo motivada por el cáncer y, en uno de los casos, por una infección mamaria. Independientemente de la motivación quirúrgica, este procedimiento genera graves impactos psicológicos, sociales y físicos en las mujeres <sup>(9)</sup>. El cambio provocado en la imagen corporal, mediante de la vivencia de una ausencia de una parte visible del cuerpo, puede influir en la relación con la familia, con la pareja sexual y con ella misma. A esto se suma el miedo constante a la recaída de la enfermedad y la imprevisibilidad del futuro <sup>(25)</sup>.

Un estudio cualitativo con mujeres en la mastectomía preoperatoria reveló que las instrucciones médicas previas al procedimiento quirúrgico se concentran solo en los pasos propuestos por la cirugía, mostrando en consecuencia debilidad en el abordaje de la persona por parte de los profesionales. Además, no consideraron a la persona como un ser integral, como un sujeto con sentimientos y angustias, con dudas e incertidumbres, que requiere tiempo y atención esmerada <sup>(26)</sup>. En cuanto a la evaluación de la enfermera, ésta fue vista como alguien que hace preguntas para recopilar información sobre el estado de salud del paciente y da instrucciones sobre la preparación quirúrgica <sup>(26)</sup>.

Frente a esta visión, el enfermero no solo necesita recolectar datos y brindar instrucción, sino también estar atento al manejo de la ansiedad, el miedo y el sufrimiento, abrazándose con una escucha calificada, abarcando aspectos como la recuperación postoperatoria, el acceso a la consejería por parte del multiprofesional, equipo, posibilidad de recuperación de imagen corporal y demás cuidados necesarios. De esta manera, la enfermera tiene el potencial en el preoperatorio de hacer de la cirugía un momento más pacífico y menos traumático, lo que afectará la recuperación quirúrgica <sup>(27)</sup>.

La falta de información impide la formación del esquema cognitivo, que es la interpretación personal del individuo respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización <sup>(6)</sup>.

Otro factor relacionado con una posible causa de la relación entre la falta de información y la incertidumbre obtenida en este estudio es el nivel educativo de los

participantes. Un estudio informó que las pacientes con cáncer ginecológico que tenían educación superior mostraron niveles más bajos de incertidumbre que aquellas con menos educación, debido a su capacidad para comprender mejor la información sobre su condición. Estos datos corroboran los resultados obtenidos en este estudio, después de todo, los participantes son en su mayoría personas con baja escolaridad y con importantes niveles de incertidumbre <sup>(22, 25)</sup>. Los niveles educativos pueden afectar negativamente la comunicación entre el paciente y el proveedor de atención médica y pueden crear barreras para comprender las opciones de tratamiento y el manejo de los síntomas.

Según la Teoría de la Incertidumbre de la Enfermedad, existe una relación inversamente proporcional entre el nivel educativo y la incertidumbre <sup>(6)</sup>. En un estudio <sup>(13)</sup>, utilizando la teoría, se encontró que tanto la baja educación como los bajos ingresos eran factores predictivos de altos niveles de incertidumbre, corroborando el presente estudio. Se observa que un bajo poder adquisitivo influye en la disminución de la calidad de vida del paciente y puede provocar una mayor incertidumbre.

Un estudio sobre la incertidumbre con pacientes que tenían neoplasias vulvares y que se sometieron a una cirugía de mutilación con extracción de órganos, destaca que una mayor incertidumbre también se correlaciona con: edad avanzada, estado familiar de casados, menor educación, menores ingresos, menor calidad de vida, menor apoyo social y información insuficiente <sup>(28)</sup>. Aunque este estudio solo involucró a mujeres, el mayor predominio de mujeres en el presente estudio nos permite correlacionar hallazgos previos con los resultados obtenidos hasta el momento en relación a: edad avanzada, estado civil casado, menor escolaridad, menores ingresos e información insuficiente. Aunque la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad no menciona lo que puede ser una limitación del modelo, los ingresos mensuales y el perfil sociodemográfico del paciente pueden estar asociados con eventos relacionados con la incertidumbre.

Muchas veces, cuando el paciente busca a la enfermera para que le respondan sus dudas, la enfermera explica que el profesional médico es el responsable de responderlas, negando su competencia, muchas veces justificado por la falta de tiempo y varias actividades solicitadas por otros pacientes. entre llamadas y trámites. Esta realidad no puede ser un hábito, pues exigir tiempo para la comunicación con el paciente siempre que lo solicite es una actividad tan importante como el seguimiento de la herida quirúrgica <sup>(29)</sup>. También es importante brindar la estructura necesaria para que este profesional brinde los cuidados necesarios al paciente, el correcto dimensionamiento de los profesionales, materiales, recursos físicos y apoyo multiprofesional son medidas que ayudan en el desempeño de estas funciones <sup>(30)</sup>.

Enfermería puede intervenir para reducir el grado de incertidumbre del paciente, ya que proporciona información sobre su estado. Ofrecer apoyo educativo, social y estructural es un requisito importante para que los pacientes conozcan y comprendan todo el contexto que los rodea, es decir, para proporcionar mecanismos de afrontamiento <sup>(13)</sup>. Otra investigación revela que cuanto más informado está el paciente, mayores son las posibilidades de cambios importantes y buenos resultados del tratamiento, y que el número de contactos entre el médico y el paciente, además de todo el equipo multidisciplinar, influye en el éxito de los tratamientos <sup>(31)</sup>.

El conocimiento es la principal forma que tienen los pacientes para gestionar la incertidumbre. Por eso es tan importante la información que brinda la enfermería y todo el equipo multidisciplinario. La información debe ser personalizada y adaptada al nivel cultural, ya que ayuda al paciente a desarrollar su comprensión y experiencia del significado de la enfermedad para obtener más estrategias para enfrentar los cambios que esta condición implica <sup>(12)</sup>.

Como limitación, se destaca la heterogeneidad de los participantes, lo que dificulta la extrapolación de los resultados encontrados, lo que solo es posible con estudios similares. Otra limitación es que el tamaño de la muestra del estudio fue pequeño, asociado con una muestra de conveniencia de un centro de tratamiento. Circunstancias que enfatizan la necesidad de expandir la investigación a otros centros de tratamiento.

## CONCLUSIONES

Como conclusiones, a través de la aplicación de MUIS, el estudio demostró la presencia de niveles elevados de Incertidumbre, verificado por los puntajes de los pacientes, destacando la necesidad de manejar esta condición. Los resultados obtenidos también revelaron que los aspectos psicosociales de los tratamientos quirúrgicos son desatendidos a expensas de la restauración clínica, circunstancias que descuidan el sufrimiento emocional del paciente.

Sigue existiendo la necesidad de mejorar la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, para evitar la manifestación de la falta de información, una de las formas de expresión de la incertidumbre. En el tratamiento quirúrgico de la extracción de órganos se deben tener en cuenta aspectos como el perfil socioeconómico del paciente, el nivel educativo y los ingresos.

La incertidumbre que viven estos pacientes necesita ser mejor conocida y difundida para que estos aspectos ganen protagonismo en el ámbito sanitario.

## REFERENCIAS

- 1 Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. *Lancet* [Internet]. July 21, 2012 [cited June 14, 2020];380(9838):219-29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645500/>
- 2 Carvalho R de, Bianchi ERF. Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação. In: *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. Barueri: Manole; 2016.
- 3 Gonçalves TF, Medeiros VCC. The preoperative visit as the anxiety mitigating factor in surgical patients. *Rev. SOBECC, São Paulo*. 2016; 21(1):22-7. Available from: <https://sobecc.emnuvens.com.br/sobecc/article/view/38/pdf>. DOI: 10.5327/Z1414-4425201600010004.
- 4 Oliveira TR, Souza JR. Avaliação do impacto psicossocial do diagnóstico e tratamento do câncer na vida de familiares cuidadores de pacientes em regime de internação hospitalar. *Tempus, Actas Saúde Colet, Brasília*. 2017 Mar;11(1), 215-227. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880750/lgbt-11-portug.pdf> DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2228>

- 5 Santos MMB dos, Martins JCA, Oliveira LMN. A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. Rev. Enf. Ref. [Internet]. 2014; serIV(3):7-15. Available from: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2461&id\\_revista=24&id\\_edicao=68](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2461&id_revista=24&id_edicao=68)
- 6 Mishel MH. Uncertainty in Illness. Image: the Journal of Nursing Scholarship [Internet]. 1988 [cited June 14, 2020];20(4):225-32. Available from: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- 7 Hagen KB, Aas T, Lode K, Gjerde J, Lien E, Kvaløy JT, et al. Illness uncertainty in breast cancer patients: Validation of the 5-item short form of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. European Journal of Oncology Nursing 2015;19(2):113–19. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.009>
- 8 Giammanco MD, Gitto L, Barberis N, Santoro D. Adaptation of the Mishel Uncertainty of Illness Scale (MUIS) for chronic patients in Italy. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2015;21(4):649–55. doi:10.1111/jep.12359
- 9 Hall DL, Mishel MH, Germino BB. Living with cancer-related uncertainty: associations with fatigue, insomnia, and affect in younger breast cancer survivors. Support Care Cancer [Internet]. April 12, 2014 [cited June 14, 2020];22(9):2489-95. Available at: <https://europepmc.org/article/med/24728586?client=bot>
- 10 McEwen M. Visão Geral de algumas teorias de enfermagem de médio alcance. Em: McEwen M, Wills EM, editores. Bases teóricas de enfermagem, Porto Alegre: Artmed; 2016, p. 246-54.
- 11 Mishel MH, Clayton M. Theories of uncertainty in illness. In: Smith MJ, Liehr PR (Eds.). Middle range theory for nursing. 2nd ed. New York: Springer; 2008.
- 12 Bailey Jr D, Stewart JL. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. Modelos y teorías en enfermeira 7. ed, Madrid: España: Elsevier Science; 2011. 599-617.
- 13 Gómez-Palencia IP, Castillo-Ávila IY, Alvis-Estrada LR. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. Aquichan [Internet]. 2015 Apr [cited 2020 Oct 26]; 15(2):210-218. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.5>.
- 14 Mishel MH. The measurement of uncertainty in illness. Nursing Research 1981;30(5):258–63. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00002>
- 15 Barbosa IV. Tradução, adaptação e validação da Mishel Uncertainty in Illness Scale for Family Members: aplicação em familiares de pessoas com paraplegia. Fortaleza. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2012. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/15629>.
- 16 Brasil. Ministério da Saúde. Brasil. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2019. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. ISBN 978-85-7318-389-4.
- 17 Bolívar Montes LA, Montalvo A. Uncertainty associated to parents of preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units. Investigación y Educación en Enfermería, 2016;34(2):360-67. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a16>.
- 18 Aldaz BE, Hegarty RSM, Conner TS, Perez D, Treharne GJ. Is avoidance of illness uncertainty associated with distress during oncology treatment? A daily diary study. Psychol Health. 2019 Apr;34(4):422-437. doi: 10.1080/08870446.2018.1532511. Epub 2019 Jan 4.

- 19 Jeon BH, Choi M, Lee J, Noh SH. Relationships between gastrointestinal symptoms, uncertainty, and perceived recovery in patients with gastric cancer after gastrectomy. *Nursing & Health Sciences*. 2016;18:23–29. Doi: [10.1111/nhs.12219](https://doi.org/10.1111/nhs.12219)
- 20 Torres-Ortega C, Peña-Amaro P. Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodíalises. *Enfermería Clínica* 2015;25(1):9-18. DOI: [10.1016/j.enfcli.2014.09.002](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.09.002)
- 21 Oliveira TMG de, Jesus CAC de. Incertezas vivenciadas por pacientes pós-cirúrgicos diagnosticados com neoplasias. *Rev enferm UFPE on line*, 2018 out;12(10):2873-82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26713368/>
- 22 Kuang K, Wilson SR. A Meta-Analysis of Uncertainty and Information Management in Illness Contexts. *Journal of Communication*, 2017;67(3):378-401. doi:10.1111/jcom.12299.
- 23 Barbosa ARS, Santos AN, Rodrigues TS. Experiência de mulheres que realizaram histerectomia: revisão integrativa. *Revista Uningá*. 2018; 55(2):227-41. Available from: <http://34.233.57.254/index.php/uninga/article/view/2202>
- 24 Teixeira MR, Batista EC. Vivências Cotidianas da Mulher Histerectomizada: Narrativas e Contextos. *Rev. Enfermagem e Saúde Coletiva*. 2016; 1(2):91-107. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/320935572\\_Vivencias\\_Cotidianas\\_da\\_Mulher\\_Histerectomizada\\_Narrativas\\_e\\_Contextos\\_Daily\\_Lives\\_of\\_Hysterectomized\\_Woman\\_Narratives\\_And\\_Contexts](https://www.researchgate.net/publication/320935572_Vivencias_Cotidianas_da_Mulher_Histerectomizada_Narrativas_e_Contextos_Daily_Lives_of_Hysterectomized_Woman_Narratives_And_Contexts). ISSN: 2448-394X.
- 25 Hilton BA. The relationships of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. *J Behav Med*. 1989;12(1):39-54. DOI: [10.1007/bf00844748](https://doi.org/10.1007/bf00844748)
- 26 Pahlevan SS, Ahadzadeh AS, Perdamen HK. Uncertainty and quality of life of Malaysian women with breast cancer: Mediating role of coping styles and mood states. *Applied Nursing Research* 2017;38:88–94. doi: [10.1016/j.apnr.2017.09.012](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.09.012)
- 27 Viana DDA, Santana CCC de, Souza JRS. Análise das ações de enfermagem nas fases cirúrgicas da mastectomia. *Revista Brasileira De Inovação Tecnológica Em Saúde*. 2018;8(2):67-82. <https://doi.org/10.18816/r-bits.v8i2.15556>
- 28 Raphaelis S, Mayer H, Ott S, Hornung R, Senn B. Effects of written information and counseling on illness-related uncertainty in women with vulvar neoplasia. *Oncol Nurs Forum*. 2018; 45(6):748-60. doi: [10.1188/18.ONF.748-760](https://doi.org/10.1188/18.ONF.748-760)
- 29 Takeshita IM, Araujo IEM. Communication strategies and interaction of the patient with the unconscious patient. *Reme - Rev. Min. Enferm*. 2011;15(3): 313-323. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/40>
- 30 Gonçalves MAR, Cerejo MNR; Martins JCA. A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Referencia* 2017; IV(14): 17-26. Available from: <http://www.index-f.com/referencia/2017/414017.php>
- 31 Davison BJ, Goldenberg SL. Decisional regret and quality of life after participating in medical decision-making for early-stage prostate cancer. *BJU International* [Internet]. 2003 [cited 2020 Oct 26];91(1):14-7. Available from: <https://bjui-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1464-410X.2003.04005.x> doi: [10.1046/j.1464-410x.2003.04005.x](https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2003.04005.x).

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia