



CLÍNICA

ANSIEDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE RODILLA. (PRÓTESIS TOTAL RODILLA).

***Marín Romero, I., Martínez Gómez, P., Ponsich Pubill, J., Pubill Grasa, M.**

*Enfermeras. Servicio de Traumatología y Rehabilitación. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Palabras Clave: Ansiedad, prótesis total de rodilla.

INTRODUCCIÓN

En el hospital donde trabajamos (Traumatología i Rehabilitación de la Vall d'Hebron), ingresan día a día pacientes para ser sometidos a intervenciones. Desde el proceso de atención de enfermería (PAE) "es necesario plantear la inclusión del diagnóstico de ansiedad de forma generalizada en el proceso de atención del enfermo traumatológico"¹.

Entendemos por ansiedad: "Estado en que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad (leve o intensa) cuyo origen, con frecuencia, es inespecífico o desconocido para el individuo" ². "Una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos, o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos" ⁴.

El paciente visto de una perspectiva holística, cuando está ingresado y/o intervenido, se encuentra en una realidad que puede ser una amenaza y crearle conflicto:

- FÍSICA- Alteración de la integridad cutánea, inmovilidad, agresión fisiológica, privación del sueño...
- PSÍQUICA- Miedo, dolor, pérdida de intimidad, alteración de las emociones, amenaza, confusión, incertidumbre presente y futura...
- SOCIAL- Desubicación del entorno, normas, situación desconocida, interrupción de su estilo de vida, separación de familia / amigos...
- ESPIRITUAL- Puesta a prueba de las creencias y valores, separación de los lazos culturales y religiosos...

Bibliográficamente se demuestra que cierto grado de ansiedad es bueno, ya que se acompaña de un estado de alerta, para poderse encarar a las dificultades y evitar peligros.

"Por lo general, el origen de este diagnóstico son múltiples factores. Ayudar a la persona a identificarlos, escuchar y discutir la forma de afrontarlo, con frecuencia, ayuda a reducir este problema" ³. Pero también tenemos técnicas para prevenir los factores que desencadenan el problema: "Una mejor preparación psicológica del paciente, consiste en facilitar la información, apoyo psicológico en todo proceso quirúrgico y sobre sensaciones que va a experimentar, equilibra las características estresantes de la cirugía, disminuyendo así el grado de ansiedad del individuo" ⁴.

Por todo ello, nos planteamos que los pacientes que reciben información previa a la intervención de prótesis total de rodilla (PTR), su estado de ansiedad disminuye en el postoperatorio. Hay un estudio en que la visita de enfermería con explicación clara y tranquila de lo que puede suceder antes, durante y después de la intervención reduce los niveles de ansiedad" ⁵.

JUSTIFICACIÓN

Por nuestra experiencia como enfermeras, creemos que si los pacientes tuvieran más información preoperatoria, la ansiedad disminuiría en el postoperatorio lo que enmarcamos como hipótesis de trabajo.

Nuestro objetivo es conocer si con nuestra intervención mejora o no el estado de ansiedad en los pacientes que van a ser operados de PTR.

METODOLOGÍA

El estudio está realizado en el hospital de Traumatología i Rehabilitación de la Vall d'Hebron (Barcelona) en el periodo de marzo a junio de 2002.

Sujetos estudio:

Pacientes que van a ser operados de PTR de un único equipo médico. La muestra es de 50 personas.

Criterios inclusión:

- Pacientes \geq 65 años.
- Aceptación libre para participar en el estudio.

Criterios exclusión:

- Pacientes con antecedentes de base de trastornos cognitivos.
- Pacientes con reoprótesis total de rodilla.

Diseño:

Estudio experimental con 2 grupos aleatorizados: control y experimental.

Aleatorización:

Para asignación aleatoria de ambos pacientes se ha procedido a la obtención de una lista de números aleatorios generados por ordenador.

Grupo control: no tendrá ninguna información adicional, solamente la que obtenga una vez entre en el proceso de intervención.

Grupo experimental: el día del ingreso se informará del proceso prequirúrgico y postquirúrgico hasta el día del alta.

Variables:

Variables principales:

Preoperatorio:

- El grado de ansiedad-rasgo (escala STAI): mide cómo se siente el paciente generalmente.
- El grado de ansiedad-estado (escala STAI): describe cómo se siente el paciente en el momento particular.

Postoperatorio :

- El grado de ansiedad-estado (escala STAI) a los 4 o 5 días post-intervención.

Variables secundarias:

- Edad
- Sexo
- Estado civil

Procedimiento (medición del cuestionario STAI), utilizamos dicha escala ya que tras la revisión bibliográfica es la escala mas utilizada en diversos estudios y consideramos que pondera con más concreción y más cuantitativamente.

Realizamos una primera visita al ingreso: un día antes de la intervención quirúrgica.

Primeramente se explicó a todos los pacientes el propósito del estudio y se les pidió su consentimiento para participar en el; previamente se había pedido autorización a la dirección de enfermería y al equipo médico.

Al grupo experimental se le realizó la visita, proporcionándoles información individual y estructurada sobre el antes, durante y después de su intervención, apoyo psicológico para tratar de disminuir su ansiedad-estado.

En el preoperatorio se intentó dar respuesta a sus preguntas y transmitir apoyo psicológico.

La duración de ésta era de unos 15 minutos, se realizó de forma individualizada y dimos la siguiente información a los pacientes:

- Bienvenida: importancia como persona.
- Situación: espacio, organización, horarios, objetos personales.
- Actividades a realizar de preparación antes de la intervención.
- Situación después de la operación, con todas las necesidades alteradas y evolución de éstas: nutrición, eliminación, integridad piel, movilización.

A continuación se realizó la evaluación de los niveles de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado mediante los cuestionarios STAI-rasgo y STAI-estado (versión española).

En el grupo control no se programó ninguna entrevista sobre el proceso asistencial/quirúrgico por parte de enfermería. A continuación, se les pasó el cuestionario STAI-rasgo y STAI-estado.

Entre el 4º o 5º día del postoperatorio, se realizó a todos los pacientes el test de STAI-estado para valorar el nivel de ansiedad.

Medición de variables:

Durante el preoperatorio se midió la ansiedad-rasgo, característica de la personalidad del paciente, mediante el cuestionario de evaluación STAI-rasgo. Este cuestionario consta de 20 preguntas con un rango de respuesta de 0 a 60 puntos, según tenga una personalidad con menor o mayor grado de ansiedad.

Igualmente, en toda la muestra se evaluó la ansiedad-estado mediante el cuestionario STAI-estado, para valorar el grado de ansiedad que les genera a los pacientes afrontar la situación de pasar por el quirófano. Este cuestionario consta de 20 preguntas, con una posibilidad de respuesta de 0 a 60 puntos, en el que mayor puntuación indica mayor grado de ansiedad.

El cuestionario de ansiedad-rasgo establece la media en la población adulta en $20,19 \pm 10,56$ en hombres, y en $24,99 \pm 10,05$ en mujeres; y las medias de los grados de ansiedad-estado en $20,54 \pm 10,56$ en hombres y de $23,30 \pm 11,95$ en mujeres.

En el postoperatorio, al 4º ó 5º día, se midió a todos los pacientes el STAI-estado para verificar si existían diferencias.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS para Windows versión 6.1.2. de 1995.

Las variables sexo y estado civil se describen mediante frecuencias y porcentajes. Así mismo, edad se describe mediante media \pm desviación estándar, y las escalas estado y rango, se describen mediante media (IC 95%).

Para valorar las diferencias entre los grupos se ha realizado la prueba exacta de Fisher para sexo y estado civil; la prueba de T-Student, para las escalas.

Para la valoración de la evolución PRE-POST se ha utilizado la prueba T-Student para muestras dependiente en cada uno de los grupos analizados.

Finalmente, se ha graficado la relación de la escala de estado mediante un gráfico de dispersión, registrando una recta de regresión.

RESULTADOS

La población de estudio es de 50 pacientes que subdividimos en 2 grupos: el grupo control y el grupo experimental, de 25 pacientes cada uno escogidos aleatoriamente.

Las variables de estudio se distribuyen de la siguiente forma:

VARIABLES SECUNDARIAS

EDAD / SEXO / ESTADO CIVIL (media)			
	CONTROL n = 25	EXPERIMENTAL n = 25	p valor
Edad	70,6 (6,0)	71,1 (4,7)	p = 0,774
Sexo -mujer- -hombre-	20 (80,0) 5 (20,0)	22 (88,0) 3 (12,0)	p = 0,702
Estado -casado- -soltero- -viudo- -divorciado-	16 (64,0) 2 (8,0) 7 (28,0) 0	15 (60,0) 0 9 (36,0) 1 (4,0)	p = 0,414

Tabla 1

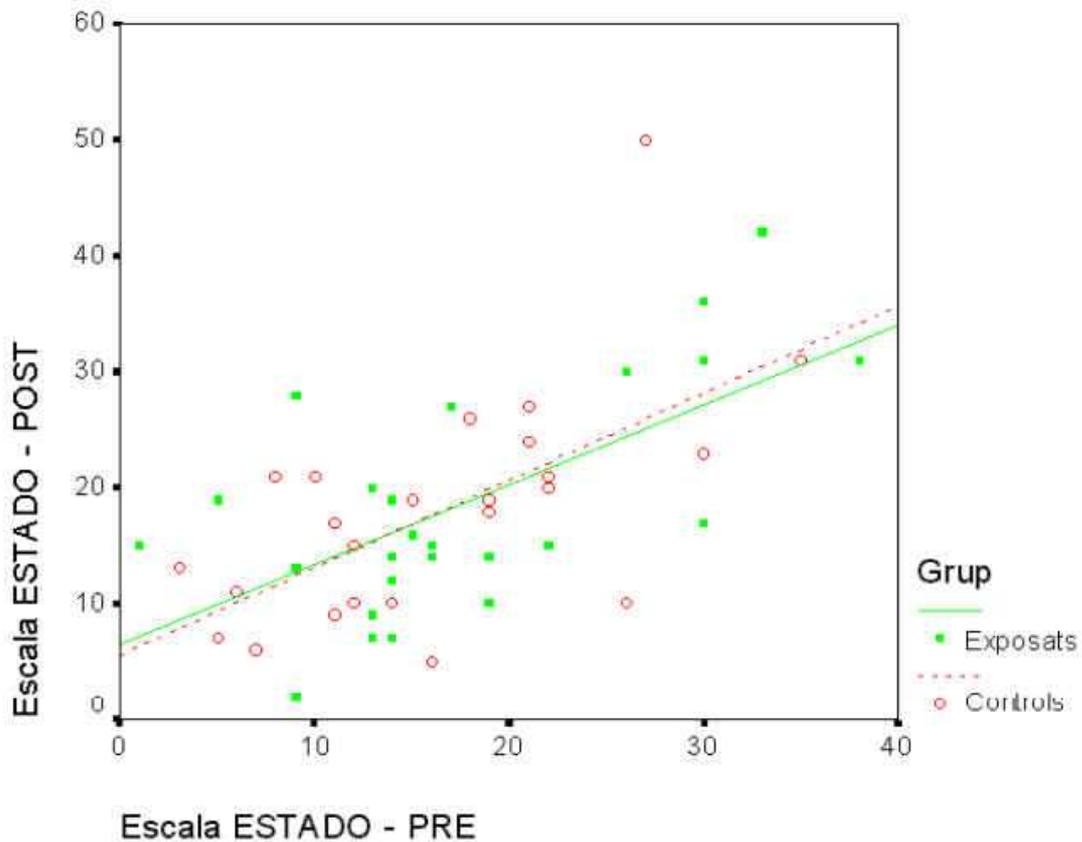
Escala STAI (Rango / Estado)

	CONTROL n = 25	EXPERIMENTAL n = 25	p valor
Pre :			
<u>Rango</u>	20,8 (17,2-24,5)	21,5 (17,0-26,0)	0,811
<u>Estado</u>	15,9 (12,5-19,3)	17,6 (13,8-21,3)	0,499
Post :			
Estado	17,5 (13,5-21,6)	18,5 (14,5-22,5)	0,733

Media (IC 95%)

Tabla 2.

GRAFICA



Escala ESTADO - PRE

Diferencias Pre – Post

La media es de – 1,32. Siendo no significativo el valor de la p.

CONTROL	EXPERIMENTAL
-1,68 (no significativo)	-0,96 (no significativo)

Tabla 3.

CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio no nos confirman la hipótesis de que la intervención de la enfermera en pacientes quirúrgicos disminuya significativamente la ansiedad en el proceso asistencial.

Según estos resultados, pensamos que es importante tener en cuenta la personalidad de los pacientes y su individualidad.

Grados elevados de ansiedad-rasgo como hemos detectado en el grupo experimental (tabla 2), proporcionan mayor grado de ansiedad-estado en el preoperatorio, de manera que es conveniente conocer la ansiedad-rasgo del paciente para enfocar la visita enfermera. Ésta debería ser realizada con anterioridad al ingreso y dirigida a proporcionar apoyo psicológico cuando exista ansiedad rasgo elevada.

En la ansiedad-rasgo moderada o baja pensamos que ya proporcionamos información sobre el procedimiento asistencial y que la media de la ansiedad entra dentro de los parámetros de alerta de cualquier persona.

De la muestra estudiada, podemos comentar que la edad de los dos grupos de estudio es bastante similar, oscila entre 70-71 años, y que comparada con la muestra de otros estudios⁹ es más anciana, por lo que creemos conveniente utilizar algún filtro para conocer el estado cognoscitivo en el pre y post operatorio.

La distribución de los pacientes en los grupos fue aleatoria. El número de varones en el grupo experimental fue inferior al de mujeres (tabla 1), el 80 % son mujeres; esto podría sobrestimar la ansiedad rasgo en ésta al comparar con diferentes estudios⁹.

Otra de las variables secundarias a estudio es el estado civil; no existen diferencias significativas, pero queremos comentar que en el grupo experimental existe más personas viudas, lo que puede producir un aumento en la ansiedad estado de este grupo.

El eje central de nuestro estudio e hipótesis de trabajo no se verifica en principio, puesto que los valores obtenidos tras la intervención de enfermería sobre la ansiedad no son significativos (tabla 2).

Si comparamos los dos grupos tras medir su ansiedad-rango, menor en el grupo control (20,8) y mayor en el grupo experimental (21,5), consecuentemente, la ansiedad-estado también es mayor, grupo control (15,9) y grupo experimental (17,6), y existe un menor aumento en la medición post ansiedad-estado.

En el grupo experimental (con una escala de 0 a 60) el valor medio pre y post de (-1,32) no es significativo (tabla 3).

Entendemos que nuestro estudio tenga algunas limitaciones, ya que en la bibliografía se demuestra la importancia de la intervención de la enfermería en el pre-operatorio para disminuir la ansiedad de los pacientes y proporcionar apoyo psicológico.

Nuestros resultados no coinciden con las conclusiones de otros estudios realizados en otros entornos. Esto no quiere decir que la intervención de enfermería no sea idónea, sólo nos permite decir que mejora en muy poco la ansiedad. Creemos en la necesidad de continuar con futuros estudios, así los beneficios demostrados con la investigación podrán ser la base para efectuar cambios en la práctica habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rovira / Latorre. La ansiedad en el paciente traumatológico: diagnóstico y cuidados de enfermería. Rev : Práctica hospitalaria. Notas de enfermería 106-107
2. R. Alfaro. Aplicación del proceso de enfermería. Mosby 232, 1996
3. R. Alfaro. Aplicación del proceso de enfermería. Mosby 231, 1996
4. Barrilero / Casero / : Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. Rev. Enfermería núm. 8: 7, 1998
5. Enfermeras clínica Puerta de Hierro. Madrid. Efecto de una "visita enfermera" estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Enfermería Clínica, vol. 9, núm. 3:99
6. D. Mas / L.Comas: Efecto de la visita al paciente de la enfermera quirofanista en la fase preoperatoria. Enfermería Clínica, vol. 8, núm. 4
7. Lum Boon : A Descriptive and Comparative Study of preoperative teaching on patient's satisfaction , self efficacy and anxiety levels in elective surgical patients . Singapore nursing journal , vol 27 núm 2.
8. R. Lee Calvin / P. L. Lane : Perioperative Uncertainty and state anxiety of orthopaedic surgical patients. Orthopaedic nursing ,Noviembre/Diciembre 1999.
9. A. Cuñado Barrio / M.J. Legarre y otros. Efecto de una visita enfermera estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Ensayo clínico aleatorizado . Enfermería Clínica, vol. 9, núm. 3
- 10.C. Alorda / M. Gili y otros. Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Enfermería Clínica, vol. 9,

núm. 3.

11. C.D. Spielberger/ R.L. Gorsuch y R.E. Lushene . STAI Cuestionario de ansiedad estado rasgo . Manual 5 edición. Madrid 1999. Tea Edicion.
12. R. Lee Calvin / P. L. Lane : Perioperative Uncertainty and state anxiety of orthopaedic surgical patients. Orthopardic nursing ,Noviembre/Diciembre 1999.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia