

## EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA MÚLTIPLE DURANTE EL INTRAOPERATORIO SOBRE EL NIVEL DE DOLOR POSTOPERATORIO

### EFFECT OF NURSERY INTRASURGICAL INTERVENTION IN POSTSURGICAL PAIN LEVEL

**Autor:** Trinidad Fernández Sánchez, Margaret Pompeya González Alonso, María Rocío López Sanz, África Negueruela Ordoqui, María Teresa Urdiales Gutiérrez, Pilar Ureña Ceruelo.

**Dirección de contacto:** [trinidad.fernandez@vodafone.es](mailto:trinidad.fernandez@vodafone.es)

**Cómo citar este artículo:** Fernández Sánchez T, González Alonso MP, López Sanz MR, Negueruela Ordoqui A, Urdiales Gutiérrez MT, Ureña Ceruelo P. Efecto de una intervención enfermera múltiple durante el intraoperatorio sobre el nivel de dolor postoperatorio. NURE Inv. [Revista en Internet] 2009 Mar-Abr. [fecha acceso]; 6 (39): [aprox 8 pant]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/proyefeintenf\\_39.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyefeintenf_39.pdf)

**Fecha recepción:** 30/10/2008

**Aceptado para su publicación:** 08/01/2009

**Resumen:** El paciente que está ingresado o que va a ser operado se encuentra en una realidad que puede ser percibida como una amenaza, y que por tanto, puede originar un sentimiento de ansiedad. El nivel de ansiedad influye sobre la percepción del dolor en el periodo postoperatorio. Existen diferentes intervenciones para disminuir el nivel de ansiedad, pero no disponen de los mismos niveles de evidencia científica.

El objetivo de este estudio es conocer si ciertas intervenciones específicas realizadas por los enfermeros durante la intervención disminuyen el nivel de dolor experimentado en el periodo postoperatorio.

Para ello, se ha diseñado un estudio experimental, estableciéndose dos grupos de pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente con anestesia epidural. Durante el postoperatorio mediremos la intensidad de dolor en las primeras 48 horas tras la cirugía así como el consumo de analgésicos y compararemos entre el grupo que ha recibido la intervención enfermera y el grupo control.

**Palabras clave:** Enfermería de quirófano, Dolor postoperatorio, Estudios de Intervención, Nivel de dolor, Intervenciones enfermeras.

**Abstract:** A patient who is admitted or is going to be operated, feels himself in a reality that might be perceived as a threat, and therefore, might cause an anxiety feeling. The anxiety level influences the perception of the pain the post-surgery period.

There are several interventions to decrease the anxiety level, but they are not set on the same scientific evidence level.

The aim of this study is to know if some specific interventions carried out by nurses during surgery reduce the patient's pain during the post-surgery period.

So, a randomised controlled trial has been designed, composed by two groups of patients who are will undergo a surgery with epidural anaesthesia. Pain intensity will be assessed during the first 48 hours after surgery, as well as the painkiller consumption and we will compare obtained data between the group who had received the nursery intervention and the control group.

**Key words:** Surgical Nursery, Post-surgical pain, Intervention studies, Pain level, Nursing interventions.

**Centro de Trabajo:** (1,3,5) Enfermera quirófano; (3,4) Supervisora quirófano. Hospital Clínico Universitario de Valladolid (Valladolid, España).

## INTRODUCCIÓN

En nuestros días los avances tecnológicos aumentan de manera vertiginosa facilitando y agilizando el trabajo diario en el quirófano. Esto unido a la buena praxis y al trabajo en equipo hace que el resultado de la intervención sea el esperado. Sin embargo no debemos olvidar que quien entra en una sala de intervenciones no es un caso, no es un proceso, sino una persona aislada de su entorno que se encuentra en una realidad que puede ser percibida como una amenaza y que por tanto puede originar en ella un sentimiento de ansiedad (1).

Una atención de calidad sería aquella que intentase aliviar la ansiedad del paciente. Entendiendo ansiedad como el "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). O también como "Una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos, o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque solo sea por la circunstancia de aparecer inciertos" (3).

Existen diferentes cuestionarios para medir el grado de ansiedad dentro de ellos el más utilizado es el State Trai Anxiety Inventory – STAI (inventario de ansiedad estado y rasgo): es un inventario de carácter psicométrico que consta de dos escalas que miden facetas diferentes, pero relacionadas, de la ansiedad: el estado y el rasgo. El instrumento incluye escalas separadas para la ansiedad rasgo y estado. La ansiedad rasgo se relaciona con la susceptibilidad individual para percibir situaciones estresantes consideradas como peligrosas y responder de una forma ansiosa. La ansiedad estado es el nivel de ansiedad en un momento concreto, es función de una situación concreta y no de rasgos de personalidad del sujeto. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad (4,5).

Flório y Galvão, en su investigación (6), identificaron en el período preoperatorio el diagnóstico de enfermería "ansiedad" en el 86,6% de los casos, provocada por una intervención quirúrgica que afecta tanto al paciente, como a la familia.

Es conocida la importancia de la información preoperatoria como variable significativa en la reducción de la ansiedad del paciente quirúrgico (4, 7 y 8). Numerosos estudios analizan los efectos de intervenciones específicas, como puede ser la visita preoperatoria o prequirúrgica sobre la ansiedad del paciente quirúrgico, una síntesis de los cuales puede encontrarse en la revisión sistemática coordinada por Gálvez Toro (9). Otras intervenciones como el aplicar calor superficial al paciente aún no dispone de datos concluyentes sobre su efecto (10) y se han mostrado como eficaces la música (11, 12), o las técnicas de distracción (13).

Por otro lado existen diferentes estudios que relacionan de manera directa la ansiedad con la percepción de mayores niveles de dolor (14). "El control de la ansiedad preoperatorio tiende a disminuir los requerimientos analgésicos en el postoperatorio facilitando la recuperación" (15), también niveles más bajos de ansiedad aceleran el proceso de cicatrización de las heridas (16).

Si atendemos a los factores determinantes del dolor en el periodo postoperatorio se evidencia una menor incidencia de dolor en el grupo de pacientes mayores de 65 años y variaciones en la frecuencia de aparición de dolor según la especialidad quirúrgica, siendo las intervenciones de cirugía general las valoradas como más dolorosas, seguidas de las de traumatología, ginecología, cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, urología, neurocirugía y oftalmología (17, 18).

También influye la etnia ya que las creencias sobre el dolor representan el concepto que el individuo tiene sobre su significado y se ha observado que estas creencias influyen tanto en la habilidad del paciente para afrontar su dolor como en la propia intensidad de éste (19). En cuanto al sexo los resultados mostrados por diferentes estudios son contradictorios por lo que no podemos afirmar que exista una diferencia en cuanto a la magnitud del dolor postoperatorio (17, 18).

Como métodos para evaluar el dolor agudo disponemos de múltiples instrumentos, al revisar las publicaciones más relevantes constatamos que se utilizan de forma mayoritaria dos escalas, la Escala Visual Analógica (EVA) y su versión más actual, la Escala Numérica Verbal (ENV). Ambos

son instrumentos de valoración subjetiva de la intensidad del dolor percibido, son sencillos de comprender, fáciles de utilizar y se obtiene de forma sencilla un valor numérico aportado por el propio sujeto. Además suele ser interesante acompañar esta valoración subjetiva, del registro del consumo de analgésicos como criterio complementario (20).

Disponemos de estudios sobre diferentes intervenciones de enfermería para disminuir el dolor, como la utilización de técnicas de autocuidado enseñadas por el personal de enfermería (técnicas de relajación) que han demostrado su utilidad para reducir el dolor tras la cirugía (14) en el caso de otros procedimientos como la utilización de música disponemos de evidencia contradictoria por lo que se aconseja realizar más investigación (12).

El control del dolor postoperatorio tiene gran importancia pues influye directamente en la correcta recuperación del paciente tras la intervención quirúrgica, debido a sus graves repercusiones ya que el dolor es uno de los principales responsables del deterioro de la función respiratoria en el periodo postoperatorio, así como de las funciones cardiocirculatorias, endocrino-metabólicas, digestivas y psicológicas (18).

Para tratar el dolor en el postoperatorio contamos con dos opciones terapéuticas, los métodos farmacológicos y los no farmacológicos (18), las intervenciones de enfermería utilizadas en la bibliografía consultada forman parte de esta segunda opción y si bien requieren de una mayor profundización en la investigación para que sean claramente recomendables cuentan con la ventaja de su fácil aplicación así como de carecer de efectos secundarios.

La justificación de la realización de este estudio es la de responder a la necesidad que de las conclusiones anteriormente expuestas se deriva, es decir, dar respuesta a la necesidad de realizar estudios correctamente diseñados y estructurados, cuyos resultados alcancen unos grados de recomendación y unos niveles de evidencia que permitan implantar actuaciones enfermeras. También debemos destacar el hecho de que no existe bibliografía referente a la realización de intervenciones de enfermería en el período intraoperatorio, y su efecto en el periodo postoperatorio lo cual hace importante valorar la viabilidad y eficacia de este tipo de intervención.

## BIBLIOGRAFIA

1. Marín Romero I, Martínez Gómez P, Ponsich Pubill J, Pubill Grasa M. Ansiedad en paciente intervenidos de rodilla (Prótesis Total Rodilla). *Enferm Global* 2004; 4:1-11.
2. Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Mosby 1996: 232.
3. Barrilero Gómez JA, Casero Mayorga JA, Cebrián Picazo F, Córdoba Monedero CA, García Alcaraz F, Gregorio González E, et al, Casero. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. *Rev Enferm (Albacete)* 1998; 208.
4. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto California: Consulting Psychologist. En prensa; 1970.
5. Spielberger ChD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA; 1982.
6. Simões Flório MC, Galván CM. Cirugía ambulatorial: Identificación dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(5):630-7.
7. 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, Ltd). Fecha de modificación más reciente: 23 de noviembre de 2003.
8. Cuñado Barrio A, 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. *Enferm Clin* 1999; 9(3):98-104.
9. Gálvez Toro A, Bonill de la Nieves C, Torres Luzón C, Rodríguez Bailón M, Ayudarte Larios ML. Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias. *Evidentia* 2006 mar-abr; 3(8). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n8/213articulo.php> [ISSN 1697-638X]

10. Kimberger O, Illievich U, Lenhardt R. The effect of skin surface warming on pre-operative anxiety in neurosurgery patients. *Anaesthesia* 2007; 62(2): 140-145.
11. Cooke M., Chabover W., Schluter P., Hiratos M. The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52 (1): 47-55
12. The Joanna Briggs Institute. La música como procedimiento en el medio hospitalario. 2001; 5(4): 1-6
13. Gilmartin J, Wright K. The Nurse's role in day surgery: a literature review. *International nursing review* 2007; 54 (2): 183-190.
14. Roykulcharoen V, Good M. Systematic relaxation to relieve postoperative pain. *J. Adv. Nurs.* 2004; 48:140-148.
15. Marcote C, Santiago J, Salmerón J, Muñoz Blanco F. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor.* 2001; 8(3):194 - 211
16. Alys Cole-King et al. Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63:216-220.
17. Sobrino J, Cabadas R, Rodríguez J, Ares X, Pereira J, Blanco J. Dolor en el postoperatorio inmediato en cirugía mayor ambulatoria (CMA): factores determinantes. *Rev Soc Esp Dolor.* 1999; 6: 175-179
18. Muñoz Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor.* 2001; 8:194-211.
19. Infante Vargas P, Moix Queraltó J. ¿Sienten el dolor del mismo modo los diferentes grupos étnicos?. *Med. Clín.* 2005; 124(2): 61-66.
20. Fernández Castillo A, Vílchez.Lara MJ, Caballero J. Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2006; 3: 151-158.

## HIPOTESIS

A partir de la revisión bibliográfica y de nuestra experiencia como enfermeras, nos marcamos la siguiente hipótesis direccional de trabajo:

Una intervención de enfermería múltiple en el intraoperatorio disminuirá la intensidad del dolor en las primeras 48 horas tras la cirugía.

## OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar si la realización de una intervención de enfermería múltiple durante el periodo intraoperatorio disminuye la intensidad del dolor en las primeras 48 horas postcirugía.

Objetivos específicos:

- Analizar si existen diferencias en el nivel de ansiedad de los pacientes antes y después de la intervención quirúrgica en función del tipo de intervención enfermera realizada.
- Describir la intensidad del dolor en los pacientes quirúrgicos a las 12-24-36 y 48 horas del postoperatorio.
- Describir la necesidad de analgesia en los pacientes quirúrgicos durante las primeras 12-24-36 y 48 horas del postoperatorio.
- Analizar si existen diferencias en la intensidad del dolor y consumo de analgésicos de los pacientes después de la intervención quirúrgica en función del tipo de intervención enfermera realizada.

## METODOLOGIA

**Diseño del estudio:** Estudio experimental.

**Sujetos de estudio:** Pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Clínico de Valladolid durante el primer semestre del año 2009, estimamos que nuestra población tendrá un tamaño aproximado de 676 pacientes.

### Criterios de inclusión:

- Pacientes que no tengan dificultad para comunicarse por presentar alteraciones psicológicas, demencias, incapacidad para el habla o barrera idiomática.
- Haber nacido y vivido en España.
- Edad mayor de 18 años.
- Ser sometidos a cirugía programada de traumatología, (prótesis de cadera, prótesis de rodilla, artrodesis de rodilla o artrodesis de tobillo).
- Utilizar anestesia intradural o epidural.

### Criterios de exclusión:

- Pacientes que hayan sido sometidos a la misma cirugía con anterioridad.
- Pacientes que rechacen colaborar en el estudio.
- Pacientes con los que resulte difícil establecer una comunicación fluida.

**Tamaño muestral:** El tamaño muestral calculado para un error  $\alpha=0.5$  un poder de 0.80 y una diferencia de medias estimada de 0.50 es de 268 individuos, 134 en cada grupo.

**Selección de la muestra:** El equipo investigador seleccionará entre los pacientes sometidos a las intervenciones quirúrgicas descritas en el quirófano de traumatología utilizando anestesia intradural o epidural de forma aleatoria a los pacientes que formen parte del grupo experimental y a los pacientes que formen parte del grupo control. Se producirá una lista de aleatorización mediante un programa de números pseudoaleatorios por ordenador (en el paquete estadístico GLIM versión 4). Los procedimientos utilizados para la producción de la lista de aleatorización serán archivados en secreto para su posible auditoría. La lista se traspasará a sobres cerrados, sellados y numerados, que se irán abriendo consecutivamente, de menor a mayor. Las personas que abrirán los sobres para conocer la asignación serán desconocedoras de la lista de asignación. De ninguna forma habrá aleatorización sustitutiva de los casos perdidos o retirados ni corrección de los errores de aleatorización.

El plazo de reclutamiento se interrumpirá cuando se alcance el tamaño muestral calculado.

### **Medición de Variables:**

#### 1. Mediciones en el preoperatorio:

- Edad
- Sexo
- Nivel de ansiedad rasgo. (Dependiente)
- Nivel de ansiedad estado. (Dependiente)

#### 2. Mediciones en el postoperatorio:

- Nivel de ansiedad estado. (Dependiente)
- Intensidad del dolor. (Dependiente)

- Analgésicos consumidos. (Dependiente)

#### Instrumentos:

La ansiedad-rasgo característica de la persona se medirá a través del cuestionario de autoevaluación STAI (rasgo).

La ansiedad-estado relacionada con el afrontamiento de su nueva situación se medirá con el cuestionario de autoevaluación STAI (estado).

La valoración de la intensidad del dolor se medirá mediante la escala numérica verbal (ENV). Como medida complementaria se realizará un registro de los analgésicos consumidos incluyendo la dosis, vía de administración y hora de la misma.

#### Recogida de datos:

Para conocer el nivel de ansiedad de los pacientes, se usará el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), ya que dicha escala es la más usada en los estudios obtenidos a través de la revisión bibliográfica y consideramos que pondera con más concreción y más cuantitativamente el grado de ansiedad.

Dicho cuestionario se divide en 2 inventarios, ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. Cada uno de ellos consta de 20 preguntas en las que se mide el grado de ansiedad con un rango de respuesta de 0 a 60, midiendo el grado de ansiedad según la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) y la ansiedad en un momento puntual (ansiedad-estado).

El cuestionario se pasará a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión en el estudio, y que consientan participar en él, de manera que el grado ansiedad-rasgo se medirá antes de la intervención, para poder conocer cómo se siente el paciente generalmente, y el cuestionario ansiedad-estado se rellenará en el momento previo a la cirugía y en el momento de su finalización, para conocer el grado de ansiedad en dichos momentos particulares.

En el periodo postoperatorio se recogerá la valoración de la intensidad de dolor del paciente mediante la escala numérica visual las 12-24-36 y 48 horas postcirugía.

También se diseñará una hoja de registro específica para recoger los datos referentes a la administración de analgésicos, en el que figurará el analgésico administrado, la dosis, su vía de administración, y la hora de la misma.

La recogida de datos se realizará durante el tiempo necesario hasta alcanzar el tamaño muestral establecido.

#### Análisis de datos:

El análisis estadístico principal se hará comparando las medias de las variables entre ambos grupos. Si la distribución estadística de estas variables corresponde con una distribución gaussiana y no se rechaza la hipótesis de homogeneidad de las varianzas, la comparación de las medias de variables cuantitativas se hará mediante la prueba de la t de Student o la ANOVA cuando esté indicado su uso. En caso contrario, la comparación de las medias entre los dos grupos se hará mediante la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney. Se realizará una descripción de las diferencias entre los niveles de ansiedad pre y postquirúrgicos medidos por el STAI-estado mediante el estadístico de contraste para medidas repetidas.

Las variables sexo y edad se describirán mediante frecuencias y porcentajes, la edad se describirá mediante la media y la desviación típica.

Con respecto a la variable de nivel de ansiedad-estado en el postoperatorio, se efectuará también un análisis multivariado para aislar la influencia de otros factores pronósticos clínicos o demográficos así como aquellas variables que no se hayan distribuido equitativamente en la comparación inicial, antes de la intervención.

El resto de variables dependientes (analgésicos consumidos y nivel de dolor) se analizarán comparando las medias obtenidas en el grupo de intervención con el grupo control mediante la prueba t de Student.

Todos los datos estadísticos serán tratados con el programa informático SPSS.

#### **Limitaciones del estudio:**

- La imposibilidad de poder realizar el estudio con la técnica de doble ciego, ya que el equipo investigador conocerá qué sujetos forman parte del grupo control y del experimental.
- Aunque la especialidad quirúrgica y el tipo de anestesia sean las mismas se recogerán datos de pacientes sometidos a diferentes intervenciones quirúrgicas, por lo que puede haber diferencias en el grado de ansiedad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas más complejas o cuyas consecuencias puedan resultar más traumáticas. Por eso, se realizará en ambos grupos un pre-test, ya que nuestro objetivo es conocer si el grado de ansiedad disminuye tras la intervención protocolizada de los enfermeros, algo que consideramos que con un pretest- posttest puede ser valorado en ambos grupos independientemente del tipo de cirugía que se realice.
- Al tratarse de una intervención enfermera múltiple no se podrá valorar el efecto de cada una de las técnicas empleadas por separado.

#### **Consideraciones éticas:**

Se pondrá en conocimiento de la institución la realización del estudio y se solicitará la autorización del mismo por el comité ético del Hospital.

Antes de incluir a los sujetos en el estudio se les informará verbalmente de los objetivos del estudio y sobre qué consistirá su actuación en el mismo, así como del carácter voluntario de su participación. Además, se entregará un documento de consentimiento informado (Anexo III) en el que se reforzará por escrito la información dada verbalmente y se hará hincapié en la confidencialidad de los datos y el tratamiento agregado de los mismos.

#### **Experiencia del equipo investigador:**

**Trinidad Fernández Sánchez** es Diplomada en Enfermería. Cuenta con una amplia experiencia profesional en Urgencias hospitalarias y mayoritariamente en Quirófano, servicio en el que trabaja desde 1985. Ha sido ponente en los XVIII y XIX Congresos Nacionales de Enfermería Vascular. Como parte de su formación postgrado destacan diversos cursos de Enfermería en Quirófano así como cursos de investigación "Curso de Metodología de la Investigación", "Fase de planificación de proyectos de investigación en Enfermería".

**África Negueruela Ordoqui** es Diplomada en Enfermería. Ha sido Directora de Enfermería del Hospital Xeral Cies de Vigo y Hospital Medina del Campo. En la actualidad es Supervisora de Quirófano en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Ha sido ponente en el VI Congreso Nacional de Calidad, organizado por A.E.C.C. "Nuevas perspectivas en la atención al paciente y resultados"

**Margaret Pompeya González Alonso** es Diplomada en Enfermería y Supervisora de Quirófano en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Cuenta con una amplia experiencia profesional. Como parte de su formación postgrado cuenta con diversos cursos de técnicas quirúrgicas, con el curso de investigación "Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud" y ha colaborado en el Grupo cooperativo del Carcinoma Broncogénico que realizó un trabajo de investigación entre los años 1999-2006.

**María Teresa Urdiales Gutiérrez** es Diplomada en Enfermería. C.A.P. en el año 2006. Posee una amplia experiencia profesional en Servicios de Hospitalización en el Hospital La Paz de Madrid y en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Ha realizado numerosos cursos de investigación

"Investigación Participativa", "Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud", "Fase preliminar de la investigación en Enfermería", "Planificación de la investigación", "Presentación de Resultados de la investigación en Enfermería". También obtuvo un Premio de Investigación otorgado por el Hospital La Paz de Madrid en el año 1988.

**Pilar Urueña Ceruelo** es Diplomada en Enfermería y A.T.S. de Empresa por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Tiene una amplia experiencia profesional, en su mayoría en Quirófano. Su formación postgrado se ha centrado en el campo quirúrgico, habiendo realizado numerosos cursos de Técnicas y Procedimientos Quirúrgicos.

**María Rocío López Sanz** es Diplomada en Enfermería. Ha desarrollado su actividad profesional en los Servicios de Reanimación y Quirófano. Ha acudido como ponente del Seminario "Técnicas quirúrgicas en el sector de las extremidades superiores: Fístulas arteriovenosas". Ha sido profesora de los cursos a distancia "El estrés y la ansiedad en la relación de ayuda", "La rehabilitación funcional en las personas mayores". También ha sido Miembro del Comité Científico de la I Jornada Castellano-Leonesa de cuidados de enfermería en anestesia, reanimación y terapia del dolor.

#### **Plan de Trabajo:**

Primera etapa: Fase de actualización de la revisión de la literatura existente y preparación de los registros (2 meses).

- Revisión crítica de la literatura existente (equipo investigador).
- Reunión con Dirección de Enfermería Información de los objetivos del estudio y de su forma de desarrollo (investigador principal).
- Realización de encuentros y reuniones del equipo investigador para la elaboración de la hoja de registro, así como para coordinar y homogeneizar los criterios para la recogida de datos (equipo investigador).
- Preparación de la hoja de registro de datos (equipo investigador).
- Realización de una prueba del registro piloto para ver la idoneidad del mismo (equipo investigador)
- Construcción de la base de datos (apoyo externo)

Segunda etapa: Fase de recogida de los datos (4 meses).

- Selección de los sujetos de estudio según los criterios de inclusión por muestreo aleatorio. Información y consentimiento a los participantes (equipo investigador).
- Recogida de datos (equipo investigador).

Tercera etapa: Fase de análisis de los datos (4 meses).

- Inclusión de los datos recogidos en la base de datos para su posterior análisis estadístico (SPSS) (apoyo externo)
- Explotación estadística de los datos recogidos (apoyo externo)
- Elaboración de los resultados de la investigación (equipo investigador)
- Elaboración de conclusiones (equipo investigador)
- Elaboración de la versión definitiva del estudio (investigador principal).

Cuarta etapa: Fase de divulgación de resultados (2 meses).

- Elaboración detallada del informe (equipo investigador).
- Redacción del artículo científico en español y en inglés para su publicación en revistas científicas (equipo investigador).
- Redacción del artículo científico en español y en inglés para su difusión en congresos (equipo investigador).
- Difusión de los resultados en diferentes medios y en diferentes ámbitos (profesional, comunitario y científico) (equipo investigador)



## UTILIDAD PRACTICA DE LOS RESULTADOS

La realización de este proyecto permitirá conocer si la intervención de Enfermería establecida en el intraoperatorio, disminuye el nivel de dolor padecido en el postoperatorio, lo que contribuirá a:

- Abordar los cuidados de Enfermería desde una perspectiva holística, prestando atención a los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los pacientes a los que atendemos.
- Según demuestran algunos estudios realizados, la disminución de la ansiedad no sólo disminuye el dolor postquirúrgico sino también el tiempo de cicatrización lo que va a mejorar directamente la recuperación del paciente tras la cirugía.
- Establecer de manera protocolizada intervenciones enfermeras a los pacientes que se sometan a este tipo de cirugías, estableciendo las líneas de actuación sobre las que se debe incidir.

Los resultados de la investigación serán difundidos a profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de Castilla León, mediante la realización de un evento.

Asimismo, se difundirán los resultados en Congresos Nacionales e Internacionales de Enfermería y en revistas científicas, con el objeto de aumentar la accesibilidad de los mismos a los profesionales de Enfermería.

## MEDIOS MATERIALES CON QUE SE CUENTA INICIALMENTE PARA REALIZAR EL PROYECTO

La Fundación para el Desarrollo de la Enfermería es una fundación sin ánimo de lucro que tiene por objetivos:

- Potenciar el desarrollo de la salud en todas sus vertientes
- Contribuir a la prevención y mejora de las situaciones de desigualdad social, marginación y/o necesidad, fomentando las iniciativas de solidaridad e interés general que promuevan la calidad de vida infantil, de los mayores, de la mujer, de los trabajadores, de los discapacitados, de los drogodependientes, de los afectados por VIH/SIDA, de inmigrantes, refugiados y desplazados, de reclusos, así como la promoción del voluntariado.

Dispondríamos de las estructuras que posee la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería: Salas de entrevista, biblioteca con acceso a las principales bases de datos, recursos informáticos, así como de personal cuyo apoyo puntual pueda ser necesario en algún momento de la investigación. Disponemos también del programa estadístico para realizar el análisis de los datos.

## JUSTIFICACION DEL PRESUPUESTO

**Material inventariable:** Necesitaremos el material preciso para realizar las intervenciones descritas, una manta de aire caliente, y un reproductor de CD, así como los CD de música relajante.

**Material fungible:** Necesitaremos el cuestionario, así como apoyo bibliográfico

**Viajes y dietas:** Serán necesarios para difundir los resultados la asistencia de los investigadores a diferentes congresos.

**Contratación servicios externos:** Parte del dinero obtenido se destinará a la contratación de personas que realicen labores como la creación de la base de datos, la inclusión de los datos en la base, y el análisis de los datos estadísticos.

### PRESUPUESTO TOTAL DEL PROYECTO

<b>a) Adquisición de bienes y contratación de servicios</b> (Inventariable, fungible y otros gastos) <b>Material inventariable</b>	
Manta de aire caliente	1.500,00 €
Reproductor de CD y discos.	100,00 €
<b>Material fungible</b>	
Bibliografía (global)	150,00 €
Cuestionario de ansiedad estado/rasgo (29 € cada 25 ejemplares)	319,00 €
<b>Servicios externos:</b>	
Diseño-Elaboración Base Datos Estadística	800,00 €
Introducción de datos	2.400,00 €
Apoyo estadístico para análisis de los datos	1.500,00 €
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6.769 €</b>
<b>b) Viajes y dietas</b>	
Dietas de campo	210,00 €
<b>Divulgación resultados:</b>	
Encuentro Investen: Foro investigaciones	2.000,00 €
<b>SUBTOTAL</b>	<b>2.210 €</b>
<b>SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN</b>	<b>8.979 €</b>
<b>TOTAL AYUDA SOLICITADA</b>	<b>8.979 €</b>

## **ANEXO I: ACTIVIDADES COMUNES A AMBOS GRUPOS**

### **ANTES DE COMENZAR LA INTERVENCION**

1) Recepción del paciente: Le saludamos, nos presentamos con nuestro nombre como enfermero/a que le va a acompañar durante la intervención y comprobamos que haya aceptado participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

2) Se le pasa a la mesa quirúrgica sin destaparle y si tiene frío le proporcionamos una manta.

3) Le indicamos la forma apropiada de pasarse a la mesa quirúrgica, permaneciendo en el lateral de su cama para ayudarle en colaboración con el celador si fuera preciso y se le indica que la mesa es estrecha para evitar movimientos bruscos.

4) Se le monitoriza y a la vez, la misma u otra enfermera, le hace un breve cuestionario y se comprueba que las uñas no tengan esmalte.

- ¿Es alérgico a algo?
- ¿Lleva algún objeto metálico?
- ¿Dentadura postiza?

5) Antes de comenzar la anestesia se le pregunta:

- ¿De dónde es?
- ¿Qué tal ha pasado la noche?
- ¿Qué le gusta hacer?

6) Cuando se pincha la raquianestesia o epidural se le desinfecta la zona con betadine advirtiéndole previamente que está frío, igual que cuando el anestesista retira la aguja y se aplica novecután.

7) Se vuelve a colocar al paciente atendiendo a las necesidades del cirujano y aseguramos postura adecuada y alineación en la mesa de intervenciones.

8) Se coloca placa de bisturí eléctrico, arco y apoyabrazos necesarios.

### **DURANTE LA INTERVENCION**

9) Se comprueba que la monitorización sea correcta y que las constantes sean adecuadas.

10) Se comprueba que el acceso venoso funcione correctamente y que la posición de brazos y piernas sea la correcta y no le ocasionen molestias.

11) Se le pregunta si tiene algún dolor o molestia, y que la intervención ya ha comenzado.

12) Si el paciente lo solicita se le informa sobre el transcurso de la operación y sobre el tiempo que falta para su finalización.

**AL FINALIZAR LA INTERVENCION**

13) Se le informa que está terminando la intervención y se le pregunta  
- ¿Cómo se encuentra?

14) Le pasamos a su cama procurando no destaparle para que no se quede frío.

15) Nos despedimos y le deseamos una buena recuperación.

## **ANEXO II: ACTIVIDADES ESPECÍFICAS SOBRE EL GRUPO EXPERIMENTAL**

Sobre el grupo experimental se realizarán las mismas actividades que sobre el grupo control y además se añadirán las siguientes:

### **ANTES DE COMENZAR LA INTERVENCION**

1) Al llegar el paciente al área quirúrgica le explicamos una técnica de relajación mediante ejercicios de respiración y le damos 4 minutos para su realización.

La técnica se denomina respiración alternada y consiste en el siguiente proceso:

- Utilizar una posición cómoda y relajada, sentado o tumbado con los ojos cerrados
- Colocar el dedo pulgar en la ventana nasal derecha y los dedos anular y medio en la izquierda.
- Ocluir la ventana derecha con el pulgar e inspirar con la izquierda lenta y tranquilamente.
- Separar el pulgar y ocluir con los otros dedos la ventana izquierda. Espirar por la ventana derecha.
- Mantener el aliento un instante e inspirar por la derecha, manteniendo cerrada la izquierda. Cuando se desee espirar debe hacerse con la otra, la izquierda.
- Respirar de esta manera durante 4 minutos.

### **DURANTE LA INTERVENCION**

2) Ponemos música solicitando previamente al paciente que seleccione entre música clásica o sonidos de la naturaleza.

3) Colocamos sobre el paciente una manta de aire caliente que permanecerá encendida desde el momento de inicio de la intervención hasta el momento de su finalización.

### ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Hoja de información

Estamos realizando un ensayo clínico para evaluar si la intervención enfermera protocolizada disminuye los niveles de dolor de los pacientes quirúrgicos durante el postoperatorio.

Si decide participar en el estudio le entregaremos un test de valoración de su nivel de ansiedad habitual y tras la intervención se le realizará otro test de ansiedad de estado para medir su nivel de ansiedad en ese momento.

La participación en el estudio no supone ningún riesgo para su salud y tampoco se verá sometido a ninguna prueba complementaria por ésta situación.

Su participación en el estudio tiene un carácter voluntario, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación de asistencia que va a recibir ni se produzca perjuicio en su tratamiento.

Los datos obtenidos tendrán carácter confidencial y serán tratados en su conjunto, no de forma individual.

La enfermera que le atiende podrá contestar a todas sus dudas y preguntas.

Efectividad de la intervención enfermera sobre el grado de dolor durante el postoperatorio del paciente quirúrgico en el hospital Clínico de Valladolid.

YO.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con..... (nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados enfermeros.

Presto libremente mi conformidad par participar en el ensayo

Fecha.

Firma del participante: