

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

**Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el hospital comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real)**

**Effect of nursery intrasurgical intervention in the anxiety level of the surgical patients at Virgen de Altagracia comarcal Hospital in Manzanares (Ciudad Real)**

**Autor:** María Cristina Martín-Crespo Blanco (1), María Isabel Caravantes Marín (2), José María García Mas (2), Beatriz Gómez González (3).

**Fecha del trabajo:** 10/12/2006

**Centro de Trabajo:** (1) D.U.E. Departamento de Investigación FUDEN, (2) D.U.E. Complejo Hospitalario La Mancha Centro (3) D.U.E. Hospital Gregorio Marañón.

**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.

Proporcionar apoyo emocional e información es fundamental para permitir potenciar la expresión de los sentimientos de angustia previos a la intervención quirúrgica.

Numerosos estudios analizan los efectos de intervenciones específicas, como puede ser la visita preoperatorio sobre la ansiedad del paciente quirúrgico o las intervenciones que se deben realizar para disminuir la ansiedad del paciente antes de la cirugía.

El objetivo de este estudio es conocer si ciertas intervenciones específicas realizadas por los enfermeros durante la intervención disminuyen la ansiedad del paciente que está siendo operado.

Para ello, se ha diseñado un estudio experimental, estableciéndose dos grupos de pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente. El grupo de intervención estará formado por pacientes a los que se administre anestesia que permita la realización de las intervenciones establecidas y el control por pacientes en los que el tipo de anestesia administrada impida la actuación de Enfermería establecida.

**Palabras clave:** Intervenciones de enfermería, enfermería quirúrgica, ansiedad, atención de enfermería, quirófano

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

**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.

Giving emotional support and information is essential to allow the patient to express his anxiety feelings before surgery. Several studies analyze some specific interventions effects as presurgical visit over anxiety or which interventions should be made in order to reduce the patient's anxiety before surgery.

The aim of this study is to know if some specific interventions carried out by nurses during surgery reduce the patient's anxiety when being operated.

So, a randomised controlled trial has been designed, composed by two groups of patients who are going to be operated. The experimental group will be composed by those patients who will be operated with a kind of anaesthesia that allows the established interventions developed and the control one will be composed by those patients to whom another kind of anaesthesia will be administrated and this will not allow the Nursing interventions.

**Key words:** Nursing interventions, surgical nursing, anxiety, nursing attention, operating room.

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

## 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 hacen 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 Trait 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).

La atención que recibe el paciente ha de ser integral, multidisciplinaria y de soporte de sus necesidades individuales. Para asegurar unos cuidados de calidad, la enfermería utiliza un modelo de intervención con lenguaje propio enfermero, que aborda los cuidados desde una perspectiva holística, prestando atención a los todos los aspectos del individuo, es decir, tanto físico, como psicológicos y sociales.

La intervención psicosocial incluye actuaciones realizadas por medio de acciones de asesoramiento y apoyo (6).

Proporcionar apoyo emocional e información es fundamental para permitir potenciar la expresión de los sentimientos y de la angustia previa a la intervención quirúrgica, que, a ojos del enfermo, puede ser una amenaza para su vida (7).

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

La intranquilidad afecta las funciones del organismo, por lo que es preciso escuchar a la persona, empatizar con ella e identificar las fuentes de preocupación, para proporcionar información adecuada, que le ayude en definitiva a aliviar su angustia. Así pues, el asesoramiento incluye acciones dirigidas a proporcionar información y a la enseñanza de técnicas y formas de autocuidado, necesidades inmediatas, que además van a satisfacer otras necesidades fundamentales, como las de comunicación y seguridad (8).

Flório y Galváo, en su investigación (9), 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.

Según Lancaster (10), el papel de la enfermera de quirófano es "comunicar, comunicar, comunicar". La educación comienza desde el instante en que el paciente entra por la puerta. A partir de ese momento la enfermera puede comunicar e impartir educación informal simultáneamente. Con la información se pueden aclarar dudas, creencias erróneas, temores a lo desconocido, etc. Al verbalizar sus emociones y dudas respecto al procedimiento, se podrá mejorar la comprensión y minimizar el estrés.

Es conocida por tanto la importancia de la información preoperatoria como variable significativa en la reducción de la ansiedad del paciente quirúrgico (4, 11 y 12). 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 (13).

Según Grieve (14) se requieren tres tipos de información para reducir la ansiedad:

- Información de procedimiento (explicación del mismo).
- Información del comportamiento (explicación sobre lo que debe hacerse antes, durante y después del procedimiento).
- Información sensorial (descripción de las sensaciones que puede experimentar).

Así mismo, la clasificación de las intervenciones dirigidas a reducir la ansiedad en el paciente quirúrgico es la siguiente; de Tipo I o informativa, Tipo II o terapéutica y Tipo III o ansiolítica (13).

Existen diferentes estudios que relacionan de manera directa la ansiedad con la percepción de mayores niveles de dolor. "El control de la ansiedad preoperatorio tiende a disminuir los

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

requerimientos analgésicos en el postoperatorio facilitando la recuperación" (15), también niveles más bajos de ansiedad aceleran el proceso de cicatrización de las heridas (16).

Pese a la importancia obvia de la comunicación/información como intervención estructurada previa a la cirugía como elemento reductor de la ansiedad, muchos de los estudios no son concluyentes respecto a la recomendación de su utilización (4 y 13).

El análisis de los resultados obtenidos a partir de estas investigaciones demuestra que en la mayoría de los casos no se obtienen grados de recomendación A de sus evidencias, es decir, que no puede recomendarse su realización de forma sistemática para todo paciente (13).

De forma que 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, lo cual hace importante valorar la viabilidad y eficacia de este tipo de intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

- 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.

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

- 6) Novel Martí G, Navarro Gómez V. Comunicación y seguridad en como necesidades fundamentales de la persona. En: Navarro Gómez V, Novel Martí G. Enfermería médico-quirúrgica. Necesidad de comunicación y seguridad. Barcelona: Masson; 2000. p. 3-9.
- 7) Young SJ, Munro FJ. Some patient´s pre-operative anxieties in day surgery. J One-Day Surg 1995; 5:21-22.
- 8) Cereijo Garea C, Pueyo González B, Mosquera Ferreiro F. Información y educación del paciente en cirugía ambulatoria. Cir Mayor Ambul 2005; 10(4):165-71.
- 9) Simões Flório MC, Galván CM. Cirugía ambulatorial: Identificacáo dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(5):630-7.
- 10) Lancaster KA. Patient teaching in ambulatory surgery. Nurs Clin N AM 1997; 32(2):417-27.
- 11) 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.
- 12) 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. Enfem Clin 1999; 9(3):98-104.
- 13) 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]
- 14) Grieve RJ: Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. Br J Nursing 2002; 11(10): 670-8
- 15) Muñoz Blanco F., Salmerón J., Santiago J., Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor; 8(3):194-211, abr.2001.
- 16) Alys Cole-King, et al. Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. Psychosomatic Medicine 2001; 63:216-220.

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

## Hipótesis

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

Una intervención de enfermería establecida desarrollada durante el periodo intraoperatorio disminuye la ansiedad que presentan los pacientes tras la cirugía.

## Objetivos

Principal:

Evaluar si una intervención enfermera protocolizada llevada a cabo durante el periodo intraoperatorio disminuye los niveles de ansiedad de los pacientes quirúrgicos en la intervención quirúrgica.

Específicos:

- Describir los niveles de ansiedad-estado en los pacientes quirúrgicos antes de intervención quirúrgica.
- Describir los niveles de ansiedad-estado en los pacientes quirúrgicos después de la intervención quirúrgica.
- 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.

## METODOLOGÍA

**Tipo de estudio:** Se ha diseñado un estudio experimental con un pretest-postest, estableciéndose dos grupos de pacientes intervenidos quirúrgicamente.

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

**Intervención:** El grupo experimental está constituido por pacientes que van a ser intervenidos con anestesia epidural, loco-regional, intradural o local (Anestesia A) realizándose en ellos una intervención enfermera protocolizada encaminada a disminuir la ansiedad. El grupo control estará constituido por pacientes intervenidos con anestesia tópica, subtenoniana y retrobulbar (Anestesia B), realizándose en ellos una actuación enfermera protocolizada. La diferencia entre la intervención realizada en el grupo experimental y en el grupo control consistirá en que al grupo control se dará información sobre los procedimientos que se realizan, el comportamiento que debe adoptar el paciente durante la intervención y la descripción de las sensaciones que puede experimentar, mientras que en el grupo experimental a estas actuaciones enfermeras hay que añadir otras intervenciones encaminadas a proporcionar confort, apoyo emocional y técnicas de distracción durante la fase operatoria al paciente. (Todas las actuaciones se detallan en los Anexos I, II y III).

El haber optado por tomar como grupo control a los pacientes sometidos a anestesia B es debido a que las características propias de la intervención impiden realizar las actividades enfermeras específicas del grupo experimental.

A los pacientes seleccionados aleatoriamente, que cumplan los criterios de inclusión en el estudio, y que consientan participar en él, se medirá antes de la intervención el grado ansiedad-rasgo, para poder conocer cómo se siente el paciente generalmente, y el grado de ansiedad-estado, midiéndose de nuevo el grado de ansiedad estado en el momento de finalización de la cirugía.

**Sujetos de estudio:** Pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real) durante el segundo trimestre del año 2007, estimamos que nuestra población tendrá un tamaño aproximado de 512 pacientes.

**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 anestesia A o B de forma aleatoria a los pacientes que formen parte del grupo experimental (anestesia A) y a los pacientes que formen parte del grupo control (anestesia B). El plazo de reclutamiento se interrumpirá cuando se alcance el tamaño muestral calculado.

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

Criterios de Inclusión en el grupo control:

- Pacientes intervenidos con anestesia tópica, subtenoniana y retrobulbar.
- Pacientes que no tengan dificultad para comunicarse por presentar alteraciones psicológicas, demencias, incapacidad para el habla o barrera idiomática.
- Edad mayor de 18 años.
- Pacientes sin tratamiento ansiolítico previo.
- Ser sometidos a cirugía programada.

Criterios de Inclusión en el grupo experimental:

- Pacientes intervenidos con anestesia epidural, loco-regional, intradural o local.
- Pacientes que no tengan dificultad para comunicarse por presentar alteraciones psicológicas, demencias, incapacidad para el habla o barrera idiomática.
- Edad mayor de 18 años.
- Pacientes sin tratamiento ansiolítico previo.
- Ser sometidos a cirugía programada.

Criterios de exclusión de ambos grupos:

- Pacientes que hayan sido sometidos con anterioridad de esta misma patología.
- Pacientes que rechacen colaborar en el estudio.
- Pacientes con los que resulte difícil establecer una comunicación fluida.

**MEDICIÓN DE VARIABLES:**

1. Mediciones en el preoperatorio:

- Nivel de ansiedad-rasgo
- Nivel de ansiedad-estado
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Tipo de intervención quirúrgica

2. Mediciones en el postoperatorio:

- Nivel de ansiedad-estado

Instrumentos:

Intervención protocolizada establecida para el grupo experimental (Anexo III).

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

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).

**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.

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

**Aleatorización:** Se producirá una lista de aleatorización mediante un programa de números pseudoaleatorios por ordenador (en el paquete estadístico GLIM versión 4). Para la elaboración de la lista se hará una estratificación por tipo de anestesia, es decir, habrá dos listas distintas para la anestesia A y la anestesia B. Se harán bloques cambiantes para garantizar un reparto equitativo entre los dos grupos. 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.

**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 cualitativas y 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.

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

Las mismas pruebas estadísticas se aplicarán para la comparación de los niveles de ansiedad pre y postquirúrgicos, medidos por el STAI-estado.

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

Cuando se comparen proporciones de ambos grupos, se usará la Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher si el número de casos esperados es inferior a 5.

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. Este análisis se efectuará mediante una regresión lineal múltiple.

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.
- Las diferentes intervenciones quirúrgicas, determinadas por los diversos tipos de anestesia que se van a analizar, pueden hacer que el grado de ansiedad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas más complejas o cuyas consecuencias puedan resultar más traumáticas sea mayor. 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 - postest puede ser valorado en ambos grupos independientemente del tipo de cirugía que se realice.
- Diferencia de edad del grupo control respecto a la del grupo experimental.
- Diferencia de sexo del grupo control respecto al grupo experimental, ya que hay estudios que demuestran que las mujeres son más ansiosas que los hombres.

#### **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 VI) 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.

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

## **PLAN DE TRABAJO**

**Primera etapa:** Fase de actualización de la revisión de la literatura existente y preparación de los registros (6 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)

**Segunda etapa:** Fase de recogida de los datos (8 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 (10 meses).

- Construcción de la base de datos (apoyo externo)
- 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 (12 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).

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

## EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

**M<sup>a</sup> Cristina Martín-Crespo Blanco:** Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente se encuentra realizando la licenciatura en Antropología Social y Cultural en UNED. Experta en Metodología de Investigación en Ciencias de la Salud. Ha trabajado como enfermera asistencial desde el año 1992 en los Hospitales de Móstoles y Hospital Infantil del Niño Jesús de Madrid. Ha realizado diferentes cursos de formación postgrado en metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Ha participado como miembro evaluador de trabajos de investigación del Congreso de Investigación de Pregrado en Ciencias de la Salud en su III edición. Actualmente además de la actividad asistencial trabaja como profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Alfonso X el Sabio y en el Dpto. de Investigación de FUDEN.

**Beatriz Gómez González:** Diplomada Universitaria en Enfermería en la Universidad Autónoma de Madrid. Licenciada en Periodismo en la Universidad Carlos III de Madrid. Actualmente está realizando el doctorado en Epidemiología y Salud Pública en la universidad Rey Juan Carlos, cursando el período de investigación. Ha trabajado como enfermera asistencial desde el año 1999 en distintos centros, Hospital Gregorio Marañón, Clínica Santa Elena y Hospital Severo Ochoa, así como en Atención Primaria Area 11. También ha trabajado durante los años 2003-2006 en ISICS (Consejo General de Enfermería).

**María Isabel Caravantes Marín:** Diplomada Universitaria en Enfermería en la E.U.E. de Albacete en la promoción 1987/90.

Pasa a ejercer como enfermera de Equipo de A. Primaria en la provincia de Ciudad Real desde 1990/96.

Posteriormente trabaja como enfermera en el periodo 1996/99 en A. Especializada en el Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas en el Servicio de Medicina Interna. Desde 1999 hasta hoy presta sus servicios como enfermera en la Unidad de Quirófano del Complejo Hospitalario Mancha Centro Hospital de Manzanares.

Colaboradora en varios cursos impartidos por ese Complejo Hospitalario, así como colaboradora de alumnos en prácticas de enfermería.

**José María García Mas:** Realiza los estudios de Ayudante Técnico Sanitario en la Universidad Literaria de Valencia Facultad de Medicina en la Promoción 1973/76. En 1986 realiza la convalidación de los estudios de A.T.S. por Diplomado Universitario Enfermería en la UNED – Madrid. En 1986 realiza un curso de 3 meses de Formación con el privilegio de oficialidad por la Universidad de Castilla La Mancha en Anestesia y Reanimación. En 1995 obtiene el título de

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

Operador de Instalaciones de Radiodiagnóstico Médico en el H. Gómez Ulla de Madrid. En el año 2000 obtiene el diploma de Delegado de Servicios de Prevención.

Realizando la actividad laboral en varios campos Asistencia Pública Domiciliaría hoy A. Primaria en la provincia de Albacete desde 1976/1980. En 1980/81 Servicio Médico de Empresa ( Land Rover). Desde 1981 hasta la fecha presta sus servicios como enfermero en la Unidad de Quirófano del Complejo Hospitalario Mancha Centro Hospital de Manzanares como supervisor de dicha Unidad.

Paralelamente y desde 1991 hasta 2004 presta sus servicios en la mutua de accidentes de trabajo Fraternidad-Muprespa realizando labores asistenciales, preventivas, formativas y docentes

Durante 1986 hasta Profesor Titular de la Escuela de Entrenadores y Árbitros de la Federación de Balonmano de Castilla La Mancha impartiendo clases de Primeros Auxilios y Medicina y Psicología deportiva.

Colaborador con la Universidad de Castilla La Mancha formando y evaluando alumnos de la E.U. Enfermería así como en formación postgrado de Auxiliar de Enfermería.

Ponente en varios cursos de enfermería organizados por varios hospitales. I. Colegio de Enfermería, etc. Secretario de las XVIII Jornadas de Enfermería En C.O.T.

## UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

La realización de este proyecto permitirá conocer si la intervención de Enfermería establecida disminuye la ansiedad que presentan los pacientes en el momento intraoperatorio, 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 disminuye el dolor postquirúrgico y 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 la Mancha (SESCAM) y a diferentes profesionales sanitarios, 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.

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

## MEDIOS DISPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL 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.

## AYUDA SOLICITADA Y JUSTIFICACIÓN DE LA MISMA

**Material inventariable:** En la Fundación actualmente no disponemos del programa informático SPSS, que supone un soporte informático imprescindible para el análisis de los datos de obtenidos. Por otro lado, el programa podrá servir para próximas investigaciones, cuya obtención sería posible con el dinero de la subvención.

Asimismo, sería imprescindible el uso de un ordenador portátil que permitiría a los investigadores agilizar el procesamiento de los datos recogidos.

**Material fungible:** En cuanto al material de fungible, precisaremos todo lo necesario para la elaboración del proyecto y la posterior difusión de los resultados del mismo.

Los resultados de la investigación serán difundidos a profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha y a los diferentes profesionales sanitarios, por lo que se hace necesario alquilar el local en el que tenga lugar el evento.

**Viajes y dietas:** Precisaremos el dinero necesario para los viajes de campo que deberá realizar el equipo investigador en la realización del mismo, ya que es necesario que se produzcan reuniones entre el equipo investigador para la preparación y coordinación del equipo, y que debido a la

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

dispersión geográfica (Madrid-Ciudad Real) incluye viajes y dietas, de ahí que se solicite una partida importante para este concepto.

También 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, así como la traducción de los resultados para su difusión en los Congresos Internacionales.

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

<b>PRESUPUESTO SOLICITADO</b>	
<b>1. Gastos de personal</b>	<b>Euros</b>
<b>SUBTOTAL</b>	
<b>2. Gastos de ejecución</b>	
<b>a) Adquisición de bienes y contratación de servicios</b> (Inventariable, fungible y otros gastos)	
2 Ordenadores Portátiles Hewlett Packard	3.500,00 €
Programa Informático SPSS	1.255,00 €
Bibliografía (global)	1.500,00 €
Material de oficina (fase recogida, análisis de datos y divulgación resultados )	1.200,00 €
Servicios externos:	
Diseño-Elaboración Base Datos Estadística	500,00 €
Introducción de datos	1.000,00 €
Apoyo estadístico para análisis de los datos	1.200,00 €
Traducciones difusión	610,00 €
Otros gastos (correos, comunicaciones y servicios y gastos varios)	1.200,00 €
Curso de entrenamiento de enfermeras que realizarán las intervenciones	1.800,00 €
Alquiler del local para el evento de difusión a los representantes sanitarios del SESCAM	610,00 €
Evento de difusión de los resultados en el Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares a los representantes sanitarios del SERCAM y los profesionales Sanitarios	1.200,00 €
<b>SUBTOTAL</b>	<b>15.575,00 €</b>
<b>b) Viajes y dietas</b>	
Dietas de campo	1.500,00 €
Divulgación resultados:	
- Encuentro Investen: Foro investigaciones	2.000,00 €
- Congreso Enfermería Quirúrgica	2.000,00 €
- Congreso Internacional de Enfermería	3.000,00 €
<b>SUBTOTAL</b>	<b>8.500,00€</b>
<b>SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN</b>	<b>24.075,00 €</b>
<b>TOTAL AYUDA SOLICITADA</b>	<b>24.075,00 €</b>

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

## **ANEXO I**

### **ACTIVIDADES COMUNES A AMBOS GRUPOS**

#### **ANTES DE COMENZAR LA INTERVENCIÓN**

- 1) Saludo e indicación de que se encuentra en la sala de intervenciones (**recepción del paciente**)
- 2) Nos presentamos e identificamos con nuestro nombre como enfermero/a que va a estar con él/ella durante la intervención (**presentación del profesional**)
- 3) Le explicamos (mientras se acerca su cama a la mesa) la necesidad de retirarle la ropa y a la vez le cubrimos con una sábana quirúrgica no estéril, pidiendo su colaboración para sujetarla él mismo asegurándonos así de preservar su intimidad (**información del comportamiento**).
- 4) 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 (**información del comportamiento**).
- 5) Aseguramos postura adecuada y alineación en la mesa de intervenciones para evitar posibles caídas, traumas (le indicamos que toque los laterales de la mesa para centrarse, si existiera limitación física lo haríamos nosotros) (**proporcionar confort**).
- 6) Le preguntamos: ¿tiene frío?, en breve le cubriremos con otra sábana (**proporcionar confort**).
- 7) Si el paciente pregunta: ¿por qué hace frío? Responderemos: "Debe haber una temperatura y grado de humedad adecuado para evitar posibles infecciones" (**información sobre sensaciones**).
- 8) Apoyamos los brazos en soportes y sujetamos con cintas en colaboración con el celador (este momento dependiendo del tipo de anestesia puede hacerse antes o después de la administración de la misma). Es típica la exclamación: "Si no me voy a escapar, no me sujete los brazos". Le explicamos la necesidad del modo de sujeción para no invadir el campo quirúrgico (**información del comportamiento**).
- 9) A la vez, la misma u otra enfermera, procede a la monitorización de las constantes vitales, y en este momento le hacemos un breve cuestionario:
  - ¿Es la primera vez que pasa a quirófano?
  - ¿Es alérgico a algo?
  - ¿Lleva algún objeto metálico?

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

- ¿Dentadura postiza?

Aunque esto está reflejado en la historia, siempre preguntamos para asegurarnos sobre todo de posibles alergias (recogida de información por parte de los enfermeros).

10) (Si se observa nerviosismo por parte del paciente, con comportamientos que así lo indiquen, como miradas a un lado y a otro)

Le tranquilizamos, explicamos y aclaramos el porqué de todo aquello que le estamos haciendo (pulsioxímetro en una mano, manguito de tensión arterial en un brazo o en un miembro inferior, si procede, electrodos...). Le hacemos saber que comprendemos que le abordamos simultáneamente (información del comportamiento).

11) Le tranquilizamos diciéndole que esta preparación es igual para todos los pacientes y para cualquier tipo de intervención (información del comportamiento).

DURANTE LA INTERVENCION:

12) Observaremos si el paciente hace movimientos que nos pueden indicar que algo precisa, como:

- Movimiento de la mano (le preguntamos si está cómodo)
- Movimientos con la nariz (le preguntamos si nota picor y le frotamos suavemente con gasas)
- Movimiento con la cabeza (le tranquilizamos y le decimos que estamos pendientes del suero para cambiarlo antes de que se acabe)
- Movimiento con los pies (le tranquilizamos y le preguntamos si tiene dolor interrumpiendo momentáneamente el proceso de la intervención para que nos pueda responder) (proporcionar confort).

13) Vigilaremos:

- Constantes
- Monitorización.
- Estado de las vías periféricas: En busca de la aparición de signos de extravasación, como tumefacción, edema, dolor
- Perfusión adecuada
- Diuresis
- Integridad de la piel, circulación adecuada y cirugías previas antes de colocar el manguito de tensión arterial (actividades a desarrollar por los enfermeros)

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

**AL FINALIZAR LA INTERVENCION:**

12) Le preguntamos, siempre dirigiéndonos a él con su nombre, que le ha parecido la experiencia, si está cansado, si tiene dolor... **(proporcionar confort)**.

13) Nos despedimos y le deseamos una pronta recuperación. La enfermera instrumentista recoge la historia clínica y acompaña al paciente a la sala de reanimación. En el trayecto le irá indicando la postura adecuada para evitar complicaciones postquirúrgicas. Se despide nuevamente y le desea una pronta recuperación. **(despedida del paciente)**

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

## ANEXO II

### ACTIVIDADES ESPECÍFICAS SOBRE EL GRUPO EXPERIMENTAL

- 1) Aclaremos posibles dudas sobre la anestesia y en todos los casos le indicaremos los pasos a seguir (**información del procedimiento**)
  
- 2) Le ayudamos a adoptar la postura correcta en colaboración con el celador (**información del comportamiento**).
  
- 3) Le explicamos:
  - Que va a sentir frío por el antiséptico aplicado para la desinfección de la zona.
  - Importancia de no moverse porque notará un pequeño pinchazo cuando el anestesista le inyecte el anestésico local.
  - Seguidamente le decimos que no va a sentir dolor después, sólo notará que le tocan o presionan (**información de sobre sensaciones**).
  
- 4) Siempre, en este momento, intentaremos permanecer a su lado, proporcionando:
  - Contacto físico ( le cogemos la mano)
  - Contacto ocular (le miramos a los ojos y le enseñamos a seguir un ritmo adecuado de respiración, haciéndolo nosotros, como técnica de relajación) (**apoyo emocional**).
  - Mantenemos una pequeña conversación con ellos siempre que no interfiera en el trabajo del anestesista, colocándonos delante del paciente junto con el celador para mantener fuera de la vista del paciente la preparación del instrumental en la mesa quirúrgica. Evitaremos mencionar en voz alta tipo de elementos cortantes y/o punzantes que precisemos (**técnicas de distracción**).
  
- 5) Una vez administrada la anestesia colocamos al paciente en postura adecuada para facilitar la intervención, asegurándonos su comodidad para evitar dolor postquirúrgico postural (tener en cuenta puntos de apoyo) (**proporcionar confort**).
  
- 6) Seguimos preservando su intimidad: Le aislamos la parte superior del cuerpo mediante una sábana apoyada en un arco para que no vea la preparación del campo quirúrgico. (**proporcionar confort**).
  
- 7) Permanecemos en su cabecera para que no se sienta aislado y le informamos de lo que se le va a hacer a continuación: (colocación de sondaje vesical si procede, rasurado si precisa, colocación de perneras, manguitos de isquemia, etc) (**información del procedimiento**).

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

8) Si no es una anestesia intradural-epidural, y si se precisa bisturí eléctrico le advertiremos que colocaremos una placa en la parte superior del miembro inferior, y que sentirá frío en la zona **(información sobre sensaciones)**.

9) Le informamos que la intervención va a comenzar y que quizá (dependiendo del tipo de anestesia) note que le tocan pero no tiene que sentir dolor, si es así nos lo tiene que hacer saber. El cirujano aplica antiséptico para desinfectar la zona quirúrgica **(información del procedimiento)**.

10) Le decimos que estamos a su disposición para lo que precise y aunque no nos vea en algún momento, le haremos saber que no está solo. (¿Se encuentra bien -nombre del paciente-?) De nuevo utilizamos técnicas de distracción **(apoyo emocional)**

11) Colocación de gafas de oxígeno, si el anestesista así lo indica **(información del procedimiento)**.

12) Durante la intervención, y aunque el anestesista esté a su lado, nos acercaremos para saber si tiene alguna duda, si está cómodo, si tiene frío, si quiere escuchar música, o si está puesta si le molesta, y le daremos información que como enfermeras/os nos esté permitido dar sobre el curso de la intervención **(proporcionar confort)**.

13) Intentaremos conversar con el paciente de otras cuestiones no relacionadas con su proceso (técnicas de distracción), aprovechando cambios de suero, supervisión de monitorización correcta (aunque existan sistemas de alarma automática)... con lo que haremos que el tiempo se pase de manera más rápida **(proporcionar confort)**.

14) Hay pacientes que desean ver el desarrollo de su intervención a través del monitor. Por ejemplo en artroscopias e histeroscopias. Le facilitaremos la visión previa consulta con el cirujano **(proporcionar confort)**.

15) Si por el contrario el paciente prefiere cerrar los ojos mantendremos un ambiente de silencio **(proporcionar confort)**.

16) Le indicamos que la intervención está terminando en el momento del cierre de la herida quirúrgica (se sienten aliviados cuando saben que la intervención ha finalizado) **(información del procedimiento)**.

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

17) En el momento de retirada del campo quirúrgico, mientras retiramos paños, pinzas de campo, arco de aislamiento en la parte superior del cuerpo, la enfermera instrumentista, y si puede la enfermera circulante se dirigen al paciente indicándole que todo ha salido bien, según lo esperado (se le cubre con sábana no estéril) **(proporcionar confort)**.

18) Si ha sido anestesia intradural y no ha precisado sondaje vesical le explicaremos la necesidad de ponerle un pañal de adultos, hasta que recupere la sensibilidad en los miembros inferiores **(información del procedimiento)**.

19) Le explicamos como puede colaborar para pasar de nuevo a su cama y aquí le colocaremos en postura adecuada postquirúrgica, cómoda y tendremos cuidado en la colocación del pañal, preservando su intimidad (no le quitamos la sábana quirúrgica de la parte superior y si procede, según la intervención, le cubrimos simultáneamente la parte inferior con la ropa de la cama) **(proporcionar confort)**.

20) Le cubrimos totalmente con la ropa de su cama, acomodamos drenajes y otros dispositivos (si los tuviera) **(proporcionar confort)**.

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

## ANEXO III

### ACTIVIDADES ESPECÍFICAS SOBRE EL GRUPO CONTROL

1) Le informamos que se le van a instilar unas gotas de anestésico y antiséptico oftálmico para la desinfección de la zona ocular (**información del procedimiento**).

2) Una vez administrada la anestesia tópica, la colocación de la cabeza y hombros del paciente es de suma importancia:

- Deberá ser adecuada a la posición del oftalmólogo para realizar la intervención.
- Deberá ser segura para evitar posibles complicaciones, de la vía aérea así como algias cervicales postquirúrgicas.

El paciente se mantendrá informado sobre el procedimiento y el motivo de esta actividad (**información del procedimiento**).

3) Le explicamos la necesidad de colocarle gafas de oxígeno, y procedemos a aplicar una solución antiséptica en la zona a intervenir, debiendo permanecer con los ojos cerrados hasta nueva indicación del oftalmólogo.

4) Le informamos que la intervención va a comenzar:

- Que tendrá un foco de luz continuo y posiblemente molesto durante todo el proceso.
- Que durante la intervención percibirá que se le está irrigando continuamente el ojo (vigilaremos el nivel de suero del aparato emulsionador)
- Que estará cubierto por completo durante todo el proceso.
- Que a pesar del aislamiento del entorno, no estará solo (**información del procedimiento**).

5) Le explicamos que no debe moverse ni realizar movimientos intempestivos así como la necesidad de permanecer en silencio para el desarrollo adecuado de la intervención quirúrgica (**información del comportamiento**).

6) A petición del oftalmólogo instilamos unas gotas de anestesia tópica y antiséptico oftálmico, advirtiéndole que puede ser molesto, pero que en breve pasará (**información sobre sensaciones**).

7) Es en este momento cuando tranquilizamos al paciente diciéndole que la intervención está terminando (**información del procedimiento**).

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

8) Finalizada la intervención la enfermera instrumentista cubre el ojo intervenido, le da una serie de recomendaciones al paciente (evitar rascarse, forzar la visión, etc.) y se le cubre con sabana no estéril (**información del comportamiento**).

9) Le explicamos cómo puede colaborar para pasar de nuevo a su cama y aquí le colocaremos en postura adecuada postquirúrgica preservando siempre su intimidad (**información del comportamiento**).

María Cristina Martín-Crespo Blanco et al.

## ANEXO IV

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### *Hoja de información.*

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

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 en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el hospital comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real)

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: