

Eficacia de la entrevista prequirúrgica en la disminución del dolor postoperatorio y de la ansiedad previa al quirófano

Efficacy of the pre-surgical interview in reducing postoperative pain and anxiety prior to the operating room

Pedro López Moraleda^{A,C}, M.^a José Parejo Romero^{A,C}, Macarena González Cordero^{B,C}, María León Rivas^{B,C}, M.^a Carmen Bruque Jiménez^{A,C} y M.^a José García Figueroa^{A,C}

^A Enfermeras de unidad de recuperación postanestésica y unidad de dolor agudo postoperatorio.

^B Enfermeras de quirófano.

^C Unidad de Gestión Clínica de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. A.G.S. Sur de Sevilla.

RESUMEN

Introducción: Las intervenciones quirúrgicas generan en los pacientes reacciones de inseguridad, miedo o ansiedad. Algunas revisiones han mostrado que la información preoperatoria al paciente tiene una amplia variedad de resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico. Estos van desde la reducción de la duración de la estancia hospitalaria hasta la disminución de la ansiedad, el dolor y una mayor satisfacción del paciente.

Objetivos: Comparar el nivel de ansiedad previo a la entrada a quirófano y el grado de dolor a las 24 horas de la intervención quirúrgica entre pacientes que no reciben la intervención de educación sanitaria denominada Entrevista Prequirúrgica (EP) (grupo control) y otros que sí reciben esta intervención (grupo intervención).

Metodología: Estudio cuasiexperimental dirigido a pacientes previo a ser intervenidos quirúrgicamente de forma programada en el Hospital Universitario de Valme. Un total de 148 pacientes fueron incluidos en el grupo control y 144 pacientes en el grupo intervención. Se valoró el nivel de Ansiedad (Test de Hamilton: 0-56 puntos) en la entrada de quirófano. Se midió el nivel de Dolor (Escala Visual Analógica: 0-10 puntos) a las 24 h postquirúrgicas, en la planta de hospitalización.

Resultados y conclusiones: La EP redujo el nivel de Ansiedad de nuestros pacientes en un 14,3%, a la vez que redujo el nivel de dolor postoperatorio a las 24 horas entre un 20-30% (dependiendo de si se mide en reposo o en movimiento). Estas diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). Concluimos que la EP es eficaz en la reducción de la ansiedad y del dolor postoperatorio, lo que se traduce en un mayor confort y una mayor satisfacción del paciente.

PALABRAS CLAVE

entrevista prequirúrgica (EP), ansiedad, dolor, unidad de recuperación post-anestésica (URPA)

ABSTRACT

Background: Surgical interventions generate insecurity, fear or anxiety in patients. Reviews have showed that postoperative information given to patients have wide variety of beneficial outcomes for the post-surgical patient. These range from length of hospital stay, decreases anxiety, pain and increases patient satisfaction.

Objectives: To compare the level of anxiety previous surgery and the level of pain suffered 24 hours post surgical intervention between patients who do not receive the health education intervention called the pre-surgical interview (control group) and others who do receive this intervention (intervention group)

Methods: Quasi-experimental study aimed at patients before programmed surgery in Virgen de Valme Hospital. A total of 148 patients were included in the control group and 144 patients were included in the intervention group. The level of anxiety was assessed (Hamilton test: 0-56 points) just before going into the operating room. The level of pain was measured (analog visual scale: 0-10 points) at 24h post surgery into the hospitalization ward.

Results and conclusions: The pre-surgical interview reduced the anxiety level of our patients by 14.3%, while reducing the level of postoperative pain at 24 hours by 20-30% (depending on whether it is measured when patient is moving or resting). These differences were found statistically significant ($p < 0.0001$). We got the conclusion the pre-surgical is effective reducing anxiety and pain during post-surgical period, which means better patients satisfaction and confort.

KEYWORDS

pre-surgical interview, anxiety, pain, post-surgical recovery unit

INTRODUCCIÓN

Cuando un individuo ingresa en cualquier sistema ajeno a él tanto por nuevo como por desconocido, le provoca, en mayor o menor medida, una serie de reacciones y manifestaciones como inseguridad, miedo o ansiedad entre otras. Éstas, que se producen ante situaciones de la vida diaria, se presentan con mayor intensidad en el caso de que la situación a afrontar sea el ingreso en un centro hospitalario¹.

Cuando este ingreso es el Área Quirúrgica para una intervención quirúrgica programada, se pueden presentar en el paciente/familia una serie de diagnósticos de enfermería, siendo los más prevalentes²:

- 0146 Ansiedad / 0148 Temor.
- 0126 Conocimientos deficientes.

En la unidad de gestión clínica (UGC) de Anestesiología y Reanimación del H.U.Valme, situada en la zona de quirófanos, se dispone de un programa de Entrevista Prequirúrgica de Enfermería, el cual nació como consecuencia de la creación de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP), y que asume el personal de enfermería de la unidad de reanimación postanestésica (URPA). Al comenzar a valorar y a tratar el dolor agudo en nuestros pacientes, con otro enfoque, y administrar la analgesia en muchos casos mediante dispositivos de PCA (Analgesia Controlada por el Paciente), se percibió la necesidad de informar y formar al paciente/familia sobre este tema. Este programa cuenta con una encuesta de satisfacción que se suministra a los pacientes. En el análisis de dichas encuestas, se reflejaba la demanda del paciente acerca de información de todo el circuito perioperatorio, resultado del cual surgió la necesidad de realizar una información previa al día de la cirugía dirigida al paciente y familia, sobre el circuito operatorio, el dolor y su tratamiento:

“Aumentar la educación y concienciación del paciente en relación con su experiencia postoperatoria es la única manera de mejorar el manejo del dolor”.

(National Health and Medical Research Council. Canberra. 1999)

La ansiedad, es una vivencia emocional temporal que consiste en sentimientos de tensión, aprehensión, ansiedad, miedo y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Esta condición varía en fluctuaciones y grado de intensidad a través del tiempo. El acto anestésico-quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que la atención debe enfocarse a disminuir la ansiedad mediante una adecuada atención hospitalaria que incluya una consulta preanestésica oportuna y la debida preparación psicológica o farmacológica del enfermo. La ansiedad preoperatoria está asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estancia hospitalaria y mayores niveles de dolor postoperatorio³.

Tras la experiencia de un año de funcionamiento se observó la eficacia de la entrevista con respecto al aumento de información, disminución de la ansiedad y aumento en el grado de satisfacción de nuestros pacientes. Estos resultados han hecho que se planteara un estudio con grupo control en el que se analice si efectivamente la educación sanitaria que se estaba realizando influía de forma positiva en mejorar el nivel de ansiedad y de tanto la disminución como del manejo del dolor.

Por ello este programa nace de:

- Necesidad sentida de los profesionales
- Necesidad de información/formación para poder tratar adecuadamente el Dolor agudo postoperatorio
- Necesidad de acercar o familiarizar un medio desconocido y hostil, como el Hospital, al paciente y familia.

En la literatura científica existen estudios que confirman que los pacientes que han recibido información adicional sobre el proceso quirúrgico, mediante una visita prequirúrgica estructurada, presentan niveles de ansiedad estacional inferiores estadísticamente significativos respecto a los que han recibido la información habitual⁴⁻⁶. Otro investigadores sin embargo afirman que la disminución de ansiedad obtenida después de recibir información adicional no es estadísticamente significativa⁷⁻⁹.

La recuperación del paciente, una vez operado, depende principalmente de tres factores: el estado de su organismo antes de la intervención, la complejidad de la misma y el estado psicológico del paciente antes de la operación, demostrando diversos estudios que el estado psicológico prequirúrgico, y en especial la ansiedad, afectan en la recuperación posquirúrgica¹⁰.

Algunas revisiones han mostrado que la educación preoperatoria tiene una amplia variedad de resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico. Estos van desde la reducción de la duración de la estancia hospitalaria hasta la reducción de la ansiedad, el dolor y una mayor satisfacción del paciente. El suministro de información y el apoyo psicológico a pacientes quirúrgicos parece facilitar su recuperación posquirúrgica. De hecho, algunas investigaciones han comprobado que el estrés psicológico afecta al sistema inmunitario de tal manera que incluso podría entretener la cicatrización de las heridas¹¹.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es comparar el nivel de ansiedad en el momento de la entrada en quirófano de los pacientes intervenidos quirúrgicamente que han asistido a una sesión de educación para la salud como es la entrevista prequirúrgica (grupo intervención) con otro grupo al que no se le ha realizado dicha educación (grupo control).

Como objetivo secundario se pretende comparar el dolor postquirúrgico, mediante una Escala de Visual Analógica (EVA 0-10) a las 24 horas, que presentan los dos grupos de pacientes.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Nuestra hipótesis de trabajo es que la entrevista prequirúrgica modifica el resultado en el nivel de ansiedad del paciente de forma positiva, además de disminuir la intensidad del dolor postoperatorio a las 24 horas.

METODOLOGÍA

La Entrevista Prequirúrgica es llevada a cabo la tarde antes a la intervención quirúrgica, con el paciente ingresado en planta y teniendo ya su estudio analítico realizado. Se realiza de lunes a jueves, al estar cerrada la unidad los viernes tarde.

Se podría resumir en los siguientes puntos:

- Presentación de la enfermera que llevará cabo la entrevista.
- Filmación en formato DVD, de 12 minutos de duración, del vídeo titulado “Entrevista prequirúrgica”, conteniendo información adaptada al nivel sociocultural medio de los usuarios de nuestra área, sobre el ingreso, circuito quirúrgico y postquirúrgico, métodos de control del dolor, sistemas de bombas, etc.

Este vídeo está disponible en las siguientes webs:

- <https://www.enfermeriaendesarrollo.es/trabajo/360-entrevista-prequirurgica-contra-la-ansiedad>
- <http://www.agssursevilla.org/agsss/index.php/entrevista-pre-quirurgica>
- <https://www.picuida.es/entrevista+prequirurgica>
- <https://youtu.be/NH3cWodPKR4>

A continuación y dentro de la sesión de grupo se realiza

- Explicación detallada del proceso, del circuito y de los distintos profesionales implicados.
- Recomendaciones sobre dieta absoluta, retirada de prótesis y otros objetos.
- Recomendaciones a familiares sobre recintos de espera y sistema y circuito de información.
- Familiarización con entorno quirúrgico.
- Información sobre los sistemas de control del dolor operatorio y postoperatorio, incluyendo la medicación de rescate prevista.
- Presentación de las Bombas y dispositivos PCA* y realización práctica para su correcto manejo.
- Ruegos y preguntas sobre todo lo anterior.

Como elemento de apoyo en esta fase se emplean, además de la filmación:

- Bomba tipo PCA para la familiarización y manejo de la misma por parte del paciente.
- Tríptico informativo para reforzar la información ofertada en la propia entrevista.

*Dispositivos PCA (Analgesia Controlada por el Paciente): sistemas de infusión de analgesia en la que además de una infusión continua, el paciente puede administrarse bolos extras de medicación según el grado de dolor.

Estudio cuasiexperimental dirigido a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de forma programada en el Hospital Universitario de Valme. El estudio se basó en la comparación del grado de ansiedad de dos grupos: un grupo experimental al que se realizó la entrevista prequirúrgica, y un grupo control.

El grupo intervención lo constituyeron aquellos pacientes que asistieron el día previo a la entrevista prequirúrgica. El grupo control los pacientes que por diferentes motivos no asistieron a dicha entrevista (ver apartado “Grupo Control”).

Todos los pacientes recibieron información sobre el objetivo del estudio y previo a su inclusión firmaron el consentimiento informado específico para su participación. El presente estudio ha sido aprobado previamente por el comité ético del Área Sanitaria Sur de Sevilla.

Se definen criterios de inclusión y exclusión que serán:

Criterios de inclusión

1. Pacientes de edades comprendidas entre 18 y 75 años.
2. Ser el primer paciente del parte quirúrgico de la mañana: el nivel de ansiedad del primer paciente de la mañana es menor que el nivel de ansiedad del resto de la programación quirúrgica: mientras más tiempo pasa esperando la entrada a quirófano, más va aumentando el nivel de ansiedad.
3. Se incluyen las siguientes especialidades:
 - Cirugía Ortopédica y Traumatológica.
 - Cirugía Urológica.
 - Cirugía General.
 - Cirugía Vascolar.
 El resto de especialidades no se incluyen pues tienen protocolos de ingresos diferentes: suelen ingresar la misma mañana de la intervención, con lo cual no estarían en el hospital en el momento de la EP.

Criterios de exclusión

1. Cirugía en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). No estarán a las 24 h. para la valoración del dolor.
2. Negativa a participar.
3. Dificultad en la comprensión: hipoacusia, bajo nivel sociocultural, etc.
4. Capacidad cognitiva mermada: según criterio de la enfermera. Al ser las mismas enfermeras todos los días en que se realizó el estudio, los criterios de selección a este respecto son similares entre pacientes.

Grupo intervención

La entrevista prequirúrgica se realiza de lunes a jueves, de 19,30 a 20,30h. Fueron beneficiarios de ésta los pacientes quirúrgicos que estaban ingresados en las plantas de hospitalización correspondientes a esa hora (por diferencias de horarios en la cena entre las diferentes plantas, no se puede retrasar dicho horario). Los pacientes que si reunían los criterios de inclusión y aceptaban participar en el estudio constituyeron el grupo de estudio.

Grupo control

Formaron parte del grupo control los pacientes que no han acudido a la entrevista prequirúrgica por diversas razones. Recibieron la información habitual que existe en el centro.

Las razones por la no acuden a nuestra entrevista son varias:

1. Pacientes que ingresan la misma mañana de la intervención: al realizarse nuestra entrevista prequirúrgica la tarde de antes a la intervención, no pueden acudir.
2. Que no han ingresado en su correspondiente planta de hospitalización por no tener disponible su habitación. Ingresan más tarde y no pueden acudir a nuestra entrevista prequirúrgica por el horario.
3. No poder acudir a la sala donde se realiza la entrevista al estar encamados o que tienen alguna preparación especial en la planta (preparaciones de colon).
4. Se niegan a asistir a dicha entrevista por motivos personales.
5. Pacientes incluidos en el parte quirúrgico del lunes o día posterior a un festivo, al no realizarse formación los días festivos.

Intervención y recogida de datos

El paciente llegó a admisión del hospital, desde donde fue ingresado en la planta de hospitalización correspondiente. Tras su ingreso la enfermera, junto con la técnica en cuidados de enfermería, encargada de realizar la EP reúne a los pacientes junto con su familiar, y los acompaña a la sala asignada para la realización de nuestro programa de educación para la salud, la cual consiste en:

- Presentación del profesional de enfermería.
- Realización por parte del paciente de una encuesta de conocimientos y nivel de ansiedad que presenta el paciente.
- Proyección de un vídeo explicativo de todos los pasos que seguirá el paciente desde su ingreso al alta hospitalaria, con especial atención en la parte referente al quirófano, URPA y las PCA.
- Explicación detallada de dicho vídeo.
- Ruegos y preguntas.

Al día siguiente y en la zona de “la exclusiva” de quirófanos, se realiza la encuesta sobre la ansiedad por las enfermeras coinvestigadoras en el momento en el que el paciente se encuentra en espera de comenzar la intervención quirúrgica. Las dos enfermeras asignadas al estudio (planta quirúrgica de la primera y de la segunda), informaron al paciente del objetivo del estudio, valoraron su inclusión, y obtuvieron el consentimiento informado correspondiente. En ese momento se valoró la ansiedad según la Escala de Hamilton (Anexo 1).

Las enfermeras que realizaron la valoración de la ansiedad, son coinvestigadoras del estudio, siempre fueron las mismas. Previo al inicio del estudio ambos profesionales habían realizado una formación conjunta para tener unificado los criterios de información y valoración de la ansiedad.

Estas profesionales desconocían si el paciente asistió o no a dicha entrevista. Por tanto se realizó los martes, miércoles y jueves: los lunes no, para mantener a ciego para estas profesionales la elaboración de la escala, ya que es conocido que esos pacientes el domingo no asistieron a la E.P. (porque no se realiza en festivo). Los viernes tampoco al no trabajar las enfermeras que valorarán posteriormente el dolor (a las 24h) el sábado, para que siempre fueran las mismas.

A las 24h postquirúrgicas dos enfermeras de la Unidad de Recuperación Post-Anestésica, y coinvestigadoras, fueron las responsables de valorar el dolor que presentaba el paciente. Éste se evaluará mediante el uso de la EVA con un rango de 0 a 10 puntos, donde 0 es no presencia de dolor y 10 el máximo dolor que pueda imaginar. Medidas tanto en reposo como en movimiento.

Las enfermeras tienen amplia experiencia, formación y capacitación en el dolor postoperatorio y desconocen si el paciente asistió o no a la entrevista (entrevistadoras a ciego). Por tanto, realizaron esta valoración los miércoles, jueves y viernes, a los mismos pacientes que el día anterior fueron valorados para la ansiedad.

Variables de estudio

La variable principal fue el grado de ansiedad que presenta el paciente instantes antes de intervenir.

La segunda variable fue el grado de dolor (tanto en reposo como con el movimiento) que presenta el paciente a las 24h postquirúrgicas.

Otras variables que se registraron fueron:

1. Edad
2. Pauta analgésica prescrita
3. Si está conectada una PCA: dispositivo de analgesia en el que, además de una infusión base continua, el paciente tiene la posibilidad de administrarse dosis extras en bolo a demanda con un pulsador (previa programación por la enfermería del dispositivo para evitar sobredosificación)
4. Necesidad de rescates analgésico con morfina.
5. Datos de la PCA como número de bolos solicitados y bolos administrados: cada vez que el paciente se administra un bolo, la PCA tiene programado un tiempo de cierre (tiempo en el cual no se administrarán más bolos aunque se pulse el botón para ello) por seguridad. Por tanto en las PCA existen bolos solicitados pulsando el botón y bolos que realmente se ha administrado.
6. Efectos secundarios que se recogen en la hoja de seguimiento del tratamiento

CÁLCULO MUESTRAL Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Cálculo muestral

En una población de pacientes en preintervención, se desea contrastar una diferencia esperada en promedio de un punto entre las valoraciones de dolor con la escala EVA de dos grupos de pacientes, uno que acude a un programa de educación para la salud y otro que no lo hace. Análogamente, se espera verificar una diferencia entre las valoraciones de ansiedad realizadas con la escala Hamilton a los dos grupos. En ambos casos se considera un error del 5% y una potencia del 80%, resultando necesario estudiar a un mínimo de 64 pacientes por grupo, 128 en total, tamaño que permitirá analizar ambos sucesos. Los cálculos se realizan con el programa nQuery Advisor 7.0.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se resumen con medias y desviaciones típicas o medianas y cuartiles en caso de distribuciones asimétricas, y las variables cualitativas con porcentajes.

Para analizar la asociación entre variables cualitativas se aplica la prueba Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher. Las comparaciones de variables cuantitativas entre los dos grupos en estudio se realizan aplicando la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney y las diferencias significativas se cuantifican con intervalos de confianza al 95%. El análisis de los datos se realiza con el software estadístico IBM SPSS 25.0.

RESULTADOS

Estudio realizado desde abril de 2017 hasta julio de 2019.

Han participado un total de 350 pacientes: 58 pacientes excluidos, 148 pacientes en el grupo control y 144 pacientes en el grupo intervención.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	



ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Bibliografía

- Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32:50-55.
- Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. Br j Psychiatry. 1969; 3: 76 - 79.
- Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica 2002. 118(13): 493-9.

Por especialidades quirúrgicas ha sido Cirugía Ortopédica y Traumatológica junto con Cirugía General las que más pacientes han aportado al estudio, siendo similares en ambos grupos.

La distribución por edades ha sido similar en ambos grupos, con una mediana de 60 años en el grupo control y de 57 en el grupo intervención.

En ambos grupos se observa la misma incidencia o distribución en cuanto a las PCA utilizadas: 41,5% de pacientes en el grupo control y un 44.1% en el grupo intervención.

Intervenciones quirúrgicas más frecuentes

- Artroplastias de Rodilla: 19 pacientes en el Grupo Control y 12 pacientes en el Grupo Intervención.
- Intervenciones quirúrgicas MMSS: 18 pacientes en el Grupo Control y 15 pacientes en el Grupo Intervención.
- Cirugía de Tiroides y Paratiroides: 17 pacientes en el Grupo Control y 12 pacientes en el Grupo Intervención.

Motivos de la exclusión

- 31 por alta antes de 24 h, CMA. No se puede valorar el dolor a las 24h.
- 10 por disminución del nivel de consciencia en el momento de valorar la ansiedad: premedicación de planta, estado general previo. . .
- 9 por disminución del nivel consciencia a las 24h (momento de valorar el dolor): 6 de ellos en UCI.
- 3 por problemas con la PCA a las 24h, no pudiendo valorar el dolor.
- 2 por negativa a participar.
- 2 por problemas en la comunicación. Sordomudez.
- 1 se suspende la intervención quirúrgica.

Ansiedad preoperatoria

El grupo control, no asiste a la entrevista, presentó un nivel de ansiedad, medido con la escala de Hamilton, de 18.00 puntos de mediana, con un valor máximo de 51 y mínimo de 2.

El grupo intervención, que sí asiste a la entrevista, presentó un nivel de ansiedad de 10.00 puntos, con un máximo de 39 y un mínimo de 0.

Se obtuvo una reducción de ansiedad entre un grupo y otro de 8.00 puntos (14,3 %). Estas diferencias se concluyen estadísticamente significativas (p<0.0001).

GRUPO CONTROL	GRUPO INTERVENCIÓN
ANSIEDAD: 18.00 puntos Rango: 51-2	ANSIEDAD: 10.00 puntos Rango: 39-0

Se obtuvo una reducción de 8 puntos en la escala de HAMILTON (14.3%).

Dolor postoperatorio

El grupo control, no asiste a la entrevista, presentó un nivel de dolor, medido con la escala visual analógica (EVA), de 4.00 puntos en reposo y de 6.00 puntos en movimiento. Además los pacientes han precisado un 21.00% de rescates con cloruro mórfico por dolor.

El grupo intervención, que sí asiste a la entrevista, presentó un nivel de dolor de 2.00 puntos en reposo y de 3.00 puntos en movimiento. Han precisado un 11.00% de rescates con cloruro mórfico 5 mg. por vía subcutánea.

Se obtuvo una reducción de dolor entre un grupo y otro de 2.00 puntos en reposo y de 3.00 puntos en movimiento (una reducción del 20% en reposo y un 30% en movimiento). Estas diferencias se concluyen estadísticamente significativas (p<0.0001).

Además se observó una disminución del uso de cloruro mórfico en los pacientes (medicación de rescate para el dolor) de un 10% y disminución de los bolos* de PCA solicitados o demandados. Estos dos datos confirmaron que en el grupo control los pacientes padecieron más dolor que en el grupo intervención.

*Bolos: los dispositivos de PCA tienen la gran ventaja de que el pacientes se puede dar dosis extras de analgésicos a demanda, siempre con un tiempo de bloqueo programado previamente para evitar sobredosificación. Por tanto existen bolos demandados o solicitados por el paciente y bolos administrados o reales que son los que administra la PCA realmente.

GRUPO CONTROL	GRUPO INTERVENCIÓN
DOLOR reposo: 4.00 puntos	DOLOR reposo: 2.00 puntos
DOLOR movimiento: 6.00 puntos	DOLOR movimiento: 3.00 puntos
Rescates Cl.mórfico: 21.00%	Rescates Cl.mórfico: 11.00%

Se observó una reducción del dolor de 2.00 puntos en reposo y de 3.00 en movimiento (reducción de un 20%-30% de la intensidad.

GRUPO CONTROL	GRUPO INTERVENCIÓN
PCA: 41.5% del total	PCA: 44.1% del total
BOLOS ADMINISTRADOS: 5.00	BOLOS ADMINISTRADOS: 4.50
BOLOS DEMANDADOS: 16.50 Máximo-mínimo: 158-0 bolos	BOLOS DEMANDADOS: 8.00 Máximo-mínimo: 87-0 bolos
SATISFACCIÓN con la PCA: 100%	SATISFACCIÓN con la PCA: 96.82%

Se produjo una reducción de 8,50 bolos de media en demanda de bolos.

	GRUPO CONTROL	GRUPO INTERVENCIÓN	DIFERENCIAL
ANSIEDAD Test Hamilton (0-56)	18 puntos	10 puntos	8 puntos (p<0.0001)
DOLOR REPOSO (EVA 0-10)	4 puntos	2 puntos	2 puntos (p<0.0001)
DOLOR MOVIMIENTO (EVA 0-10)	6 puntos	3 puntos	3 puntos (p<0.0001)
Rescates con Cl. Mórfico	21% de pacientes	11% de pacientes	10% de pacientes
PCA. Bolos demandados	16.5 bolos por paciente	8 bolos por pacientes	8.5 bolos

Nuestra Entrevista Prequirúrgica redujo el nivel de Ansiedad de nuestros pacientes a la vez que el nivel de dolor postoperatorio a las 24 horas (con diferencias estadísticamente significativas).

DISCUSIÓN

Estos resultados están en la misma línea que otros estudios que evalúan la importancia de la información previa a una intervención quirúrgica y la eficacia de una entrevista prequirúrgica estructurada de enfermería para disminuir tanto la ansiedad en el preoperatorio inmediato como la percepción del dolor postoperatorio durante las primeras horas⁴⁻⁵. Sin embargo dichos estudios tienen un n° muy inferior al nuestro en cuanto a la muestra de pacientes en ambos grupos.

Este estudio arroja datos que ya intuíamos y que servían de hipótesis favorable para iniciar el trabajo.

Sería interesante ampliar nuestra E.P. a los días previos a la intervención (y no al día de antes) para beneficio del paciente y comparar los resultados con los obtenidos en este estudio. También sería interesante ampliar el n° de especialidades quirúrgicas a las que se le ha realizado este estudio: al no disponer de cirugía torácica-cardíaca, neurológica o maxilo-facial en nuestro hospital, hemos limitado el estudio en este aspecto.

CONCLUSIONES

Podemos concluir por los resultados obtenidos que efectivamente una educación preoperatoria tiene resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico: se demuestra en este estudio una reducción de la ansiedad y del dolor postoperatorio, lo que se traduce en un mayor confort y una mayor satisfacción del paciente. El mal control de dicho dolor podría afectar negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional, aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas y se asocia a un aumento de la morbilidad y de los costes, aumentando el riesgo de desarrollar dolor crónico persistente.

Lo importante no es cómo realizar un programa de educación en salud en nuestros pacientes antes de intervenir quirúrgicamente: se podría implementar por enfermeras de URPA, o bien por la enfermera de la planta, consultas externa, etc. Desde nuestra visión nos parece que al ser la enfermera los profesionales más cercanos al paciente, sí debe entrar dentro de nuestras competencias la realización de esta educación sanitaria que brinda a nuestros pacientes un ambiente más tranquilos, se muestran más seguros, con menor dolor y más satisfechos con nuestra atención.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de la Unidad de Anestesia y Reanimación, ya que de una forma u otra han colaborado en poder realizar este estudio.

A los autores del presente estudio: ha sido un verdadero placer compartir estos dos años con vosotros.

A todos los pacientes que han sido los verdaderos protagonistas de este estudio y que gracias a ellos, hemos podido realizarlo y servirá para que se beneficien otros pacientes de los resultados obtenidos.

Por último a D.Fernando Caba Barriento, jefe de sección de anestesia del H.Valme, fallecido por COVID-19 y que fue el responsable de la creación, puesta en marcha y consolidación de nuestra UDAP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tulloch I, Rubin JS. Assessment and management of preoperative anxiety J Voice 2019 Sep;33(5):691-696. doi: 10.1016/j.jvoice.2018.02.008. Epub 2018 May 9.
2. Listado Diagnósticos Enfermeros NANDA (2021-2023). <https://www.diagnosticosnanda.com>
3. Pérez DR, Martín CMC, Quiñonez CM, Influencia de la ansiedad quirúrgica en la evolución de la cirugía de várices. Rev Cubana Angiol y Cir Vasc, 2000; 1 (2): 95-100.
4. Chirveches E, Arnau A, Soley M, Clotet G, Roura P, et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. Enferm Clin. 2006;16(1):3-10.
5. Aparcero Bernet L, Núñez García A, Ramos Fernández M, Zahino Ruiz G, Olcina Santonja R. La visita entrevista prequirúrgica: Intervención de enfermera e instrumento de calidad. Enfuro. 2003(88):9-13.
6. Orihuela Pérez I, Aranda Salcedo T, Escobar Julián F, González Ramírez A, Jiménez Ruiz R, Martínez García A, et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. Enferm Clin. 2010;20(6):349-354.
7. Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Enferm Clin. 2012;22(1):18-26. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.09.005>
8. Marín Romero I, Martínez Gómez P, Ponsich Pubill J, Pubill Grasa M. Ansiedad en paciente intervenidos de rodilla (Prótesis Total Rodilla). Enfermería Global. 2004;4:1-11.
9. Navas Monzón M. Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato y factores de riesgo. Cuidando la salud. 2008(8):36-51.
10. Moix J, Casas M, López E, Quintana C, Ribera C, Gil A. Facilitación de la recuperación posquirúrgica a través del suministro de información y del apoyo psicológico. Calidad Asistencial. 1993;1:13-7.
11. Pereira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho IP, Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. Patient education and counseling. 2016;99(5): 733-738.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

López Moraleda P, Parejo Romero MJ, González Cordero M, León Rivas M, Bruque Jiménez MC, García Figueroa MJ. Eficacia de la entrevista prequirúrgica en la disminución del dolor postoperatorio y de la ansiedad previa al quirófano. Hygia de Enfermería. 2022; 39(2): 66-74