

ORIGINAL

Recibido: Abril 2015. Aceptado: Mayo 2015

Ansiedad en el postoperatorio de CMA

Postoperative anxiety in Day Surgery

M. Antònia Calle, P. Moreno Carrillo

Enfermería. Parc Sanitari Pere Virgili. UCSI Vall d'Hebron. Barcelona

Autor para correspondencia: macallepla@gmail.com

RESUMEN

La ansiedad es un estado anímico desagradable que incluye componentes fisiológicos, psíquicos y conductuales. Se ha demostrado que una buena información preoperatoria disminuye la ansiedad pre y postoperatoria. Las hipótesis que pretendemos verificar son diversas y se centran en los factores del entorno sociodemográfico del paciente, estado del mismo en el preoperatorio de CMA, aspectos relacionados con la información recibida en el preoperatorio y qué influencia tienen en la ansiedad en el postoperatorio inmediato de CMA. Los resultados indican que aunque un 25 % mostró ansiedad en el postoperatorio inmediato, estos presentan valores modales (4) y promedio bajos (5,22). Un 62,5 % de los pacientes de origen extranjero presentaron un nivel de ansiedad igual o superior a 4 mientras que solo el 20,99 % de los pacientes españoles lo presentaron. No se han observado diferencias significativas entre sexos en aquellos pacientes que presentaron ansiedad, a pesar de que globalmente las mujeres presentan un valor promedio de escala de Goldberg algo mayor. Aunque no se ha obtenido una relación significativa entre el nivel de información del paciente y el valor obtenido en la escala de Goldberg, sí que se observa una tendencia a una mayor dispersión en los valores de Escala de Goldberg en los pacientes que dicen haber recibido una menor información.

Palabras clave: Ansiedad, cirugía ambulatoria, información preoperatoria.

ABSTRACT

Anxiety is an unpleasant mood including physiological, psychological and behavioral components. It has been shown that a good preoperative information decreases pre- and postoperative anxiety. We intend to verify the hypotheses are diverse and focus on socio-demographic factors patient environment, state of the same in the preoperative CMA aspects of information received in the preoperative and what influence they have in the immediate postoperative anxiety CMA. The results indicate that while 25 % showed anxiety in the immediate postoperative period, they present modal values (4) and lower average (5.22). 62.5 of foreign-born patients had an anxiety level equal to or higher than 4 while only 20.99 of the Spanish patients presented it. No significant differences were observed between sexes in those patients with anxiety, although women globally have an average value somewhat larger scale Goldberg. Although it has not obtained a significant relationship between the level of patient information and the value obtained in the scale of Goldberg, yes that is a trend to greater dispersion in the values of Scale Goldberg in patients who claim to have received a less information.

Key words: Anxiety, ambulatory surgery, información preoperative.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una reacción compleja frente a situaciones o estímulos potencialmente peligrosos. Es una señal

de alarma que pone en marcha una serie de respuestas para afrontar esta situación. La ansiedad es una respuesta emocional que engloba aspectos cognitivos desagradables y alteraciones fisiológicas que se manifiestan con un elevado

nerviosismo e incluso alteraciones motoras. En resumen, la ansiedad es un estado anímico desagradable que incluye componentes fisiológicos, psíquicos y conductuales.

La cirugía es percibida por el paciente como un factor de estrés importante que puede traducirse en nerviosismo y ansiedad. Ante una cirugía la ansiedad casi siempre hace acto de presencia, en mayor o menor grado, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio (1).

La primera situación susceptible de producir estrés, miedo o ansiedad aparece en el propio hospital como consecuencia de la situación del paciente en un entorno desconocido. Esto se traduce en desorientación, pérdida de intimidad, cambio, percepción del hospital como un entorno hostil y miedos (anestesia, cirugía, dolor, resultado). Si el paciente siente ansiedad en el preoperatorio, la recuperación físico-psíquica será siempre más larga y probablemente más dolorosa (2).

Si bien un poco de ansiedad potencia el estado alerta positivo, una manifestación excesiva desencadena sensaciones y estados negativos que repercutirán sin duda en el tiempo de recuperación de la intervención y en el estado del paciente. La ansiedad no es una respuesta inmediata como el miedo; aparece más tarde. Es un sentimiento de incomodidad continuo que no se manifiesta de forma instantánea ni desaparece rápidamente. Es una situación aparentemente nueva para el paciente y se manifiesta como resultado de un estado de aprensión y desconocimiento ante una situación nueva y fuera de la rutina diaria.

Se ha demostrado que una buena información preoperatoria disminuye la ansiedad pre y postoperatoria. Los pacientes precisan información sobre su proceso hospitalario ya que disipar sus dudas minimizará la ansiedad (3).

Al no existir ingreso se supone que el paciente de CMA afronta la intervención con una mayor tranquilidad en comparación con la cirugía tradicional con ingreso hospitalario. Sin embargo, en un estudio anterior se demostró que el nivel de información preoperatoria era inversamente proporcional al nivel de estrés con que el paciente afrontaba la intervención. Ahora bien, existe muy poca información sobre la ansiedad en el postoperatorio de CMA, por ello, en el presente estudio nos propusimos el análisis de la ansiedad en el postoperatorio inmediato para evaluar con rigor el grado de ansiedad que padecen los pacientes de CMA de la UCSI del Pere Virgili del hospital de la Vall d'Hebron. Estos pacientes hacen el siguiente circuito por la unidad.

Se realiza el estudio preoperatorio en consultas externas. Acuden el día de la intervención e ingresan directamente en el servicio de preanestesia. Se prepara al paciente, se realiza la intervención quirúrgica y se trasladan a reanimación (URPA nivel I). Una vez recuperados de la anestesia pasan a recuperación (URPA nivel II) y desde allí se les da el alta a domicilio.

Al recibir el alta domiciliaria los pacientes reciben las recomendaciones y cuidados postoperatorios que deben realizar. También se les proporciona el número de teléfono del médico de guardia 24 horas por si tienen alguna urgencia. Enfermería realiza una llamada telefónica a las 24 horas de la intervención para ver el estado del paciente. El servicio de anestesia también realiza un seguimiento telefónico de los pacientes portadores de catéter endovenoso y perineurales al alta domiciliaria. Este servicio realiza una llamada a las 24 y 48 horas y a la semana.

Los pacientes operados de hernioplastia son citados a la semana para vigilar el buen estado de la herida y la presencia de inflamación o de hematomas en los testículos. Se dan las recomendaciones a seguir. Se registra el EVA del dolor y finalmente se citan a la segunda semana para retirada de la sutura intradérmica.

Los usuarios intervenidos de colecistectomía se citan a la semana para la vigilancia de la herida, comprobar si toma la medicación y sigue las recomendaciones de dieta y hábitos. Se registra el EVA del dolor y a las dos semanas se retiran las suturas intradérmicas.

A los pacientes portadores de bomba elastómero (artroscopias de hombro, bunionectomía, hemorroidectomía), acuden a consultas de enfermería a las 48 horas para la retirada del catéter, se realiza la primera cura y se explica la nueva pauta de medicación analgésica. Se registra el EVA del dolor.

A los pacientes operados de exéresis de quiste sacro, se les cita al día siguiente para la primera cura, acompañado de un familiar para enseñarle a realizar dicha cura. Volverán a la consulta de enfermería a los 3 días y cada semana hasta finalizar la cicatrización.

Todos estos protocolos postoperatorios además de ser necesarios en CMA para el seguimiento del paciente, también tienen la finalidad de que el paciente se sienta informado y bajo seguimiento y por tanto que su nivel de ansiedad sea nulo o bajo.

Las hipótesis que pretendemos verificar mediante el presente estudio son diversas y se centran en los factores del entorno sociodemográfico del paciente, estado general del mismo en el preoperatorio de CMA, aspectos relacionados con la información recibida en el preoperatorio y qué influencia tienen en la ansiedad en el postoperatorio inmediato de CMA.

En resumen se pretende determinar si los pacientes de CMA padecen ansiedad en el postoperatorio inmediato en su domicilio. Aceptar o refutar esta hipótesis es el objetivo fundamental del presente estudio. En la bibliografía encontramos artículos sobre la ansiedad en el preoperatorio y en el postoperatorio de

pacientes sometidos a cirugía con ingreso (Barrilero y cols., 1998). Estos estudios centrados en la cirugía con ingreso, relacionan la ansiedad con la recuperación postoperatoria de la intervención, siendo la recuperación más lenta en aquellos pacientes que presentan niveles elevados de cortisol en saliva, indicador del nivel de ansiedad (4). Sin embargo, no se conocen estudios centrados en este aspecto en CMA. Por ello es importante conocer si los pacientes de CMA padecen ansiedad en el postoperatorio, ya que dicha ansiedad probablemente tendrá una relación directa con la recuperación del paciente de la misma forma que ocurre en la cirugía con ingreso. Si se sobrepasa cierto límite de estrés el malestar será importante y no ayudará a que el paciente se recupere más rápidamente.

METODOLOGÍA

Para la valoración del nivel de ansiedad se ha utilizado la escala de Goldberg (5) (Goldberg Y Hillier, 1979). Durante la entrevista preoperatoria se solicita el consentimiento al paciente para participar en el estudio de ansiedad en el postoperatorio inmediato en su domicilio. Se realiza un cuestionario en preanestesia donde se recogen los datos sociodemográficos del paciente y del cuidador. Todos los pacientes tributarios de CMA han de estar acompañados obligatoriamente las primeras 24 horas postintervención.

Entre el tercer y séptimo día después de la intervención se realiza una llamada telefónica para realizar al paciente el cuestionario en el que se basa la escala de Goldberg (5) y Duch (6). Esta encuesta la debe contestar personalmente el paciente, la suma de respuestas positivas a esta encuesta nos indica el nivel de ansiedad en que se encuentra el usuario de CMA en su domicilio en una escala que va de cero a nueve. La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg es tanto una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio. Se trata de un test que no solo orienta el diagnóstico hacia ansiedad, sino que contiene nueve preguntas: las 4 primeras preguntas actúan a modo de precondición para determinar si se deben intentar contestar el resto de preguntas. Concretamente, si no se contestan de forma afirmativa un mínimo de 2 preguntas de entre las preguntas 1-4 no se debe contestar el resto de la encuesta. El punto de corte se sitúa en 4 o más, con puntuaciones tanto más altas cuanto mayor sea la ansiedad.

Como la ansiedad no es una respuesta inmediata, la encuesta no se realiza inmediatamente, sino que se espera unos días para determinar si ha aparecido la respuesta de ansiedad.

Las características de la muestra del estudio fueron las siguientes:

- **Población:** pacientes usuarios de CMA en la Unidad de cirugía sin ingreso del Vall d'Hebron situada en el Parc Sanitari Pere Virgili.

- **Población muestra:** todas las especialidades de CMA de la UCSI del Pere Virgili. Los datos se han recogido durante los meses de febrero y marzo del 2015.
- **Tamaño muestral:** 96 pacientes.
- **Descripción de la muestra:** repartidos por especialidades, 41 de cirugía general, 22 de cirugía traumatológica, 9 de cirugía ginecológica, 3 de cirugía de urología, 4 de cirugía de otorrinolaringología, 8 de cirugía de oftalmología y 1 de cirugía de la mama.
- La selección de los pacientes es aleatoria, de edad inferior a 70 años.
- **Criterios de exclusión:** demencia o alteración mental, deficiencia mental, edad mayor de 70 años, drogodependencia y tratamiento con ansiolíticos, benzodiacepinas, antidepresivos.
- **Obtención de datos:** hemodinámicos, sociodemográficos, personales, escala de ansiedad de Goldberg.

Las variables consideradas en el estudio fueron: sexo, edad, nacionalidad (origen), especialidad, si el paciente vive solo o acompañado, distancia al hospital, información recibida en preoperatorio, edad del cuidador, sexo del cuidador, parentesco del cuidador, nivel académico del cuidador, relación con el ámbito sanitario del cuidador, presión arterial, frecuencia cardíaca en preanestesia, saturación de oxígeno en preanestesia, escala de Goldberg en domicilio. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Statistica 8.0 Stat Soft. Inc.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 96 registros de variables en el preoperatorio a pacientes que cumplían los requisitos del estudio. De estos, 89 respondieron al cuestionario en el postoperatorio lo que representó un 92,71 % de la muestra inicial. De todos los pacientes que respondieron el cuestionario de ansiedad de Goldberg 22 pacientes (24,72 %) presentaron ansiedad con una puntuación de 4 o superior en la escala de Goldberg (Figura 1). Como puede observarse la moda de los pacientes con ansiedad se sitúan en el valor más bajo de la misma (4) y representan el 50 % de los pacientes con ansiedad.

Los resultados indican una diferencia significativa en el nivel de ansiedad entre los pacientes de origen español y

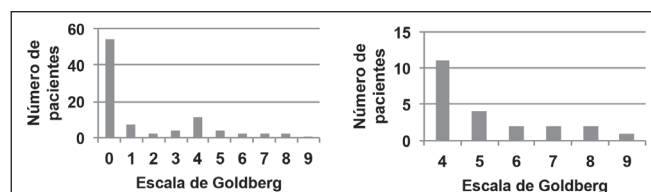


Fig. 1. Distribución de los resultados de los pacientes en el test de ansiedad de Goldberg. Izquierda: Todos los pacientes. Derecha: Pacientes con puntuaciones iguales o superiores a 4 (con ansiedad).

los de nacionalidad extranjera (Kruskal-Wallis ANOVA $H_{(1, 89)} = 5,2096$; $p = 0,026$). Un 62,5 % de los pacientes de origen extranjero presentaron un nivel de ansiedad igual o superior a 4 mientras que solo el 20,99 % de los pacientes españoles presentaron un nivel de ansiedad igual o superior a 4 (Figura 2).

No se han observado diferencias significativas entre sexos en aquellos pacientes que presentaron ansiedad, a pesar de que globalmente las mujeres presentan un valor promedio de escala de Goldberg algo mayor (Figura 3), pero siempre por debajo del valor mínimo de ansiedad (Media hombres = 1,23 SD = 2,22; Media mujeres = 1,88 SD = 2,49).

Aunque no se ha obtenido una relación significativa entre el nivel de información del paciente y el valor obtenido en la escala de Goldberg, sí que se observa una tendencia a una mayor dispersión en los valores de Escala de Goldberg en los pacientes que dicen haber recibido una menor información.

Muy probablemente esta falta de relación se deba a la escasa muestra de pacientes que dicen haber recibido poca información (4,45 %).

Tampoco se ha observado una relación significativa entre el nivel de ansiedad y la frecuencia cardiaca, la presión arterial máxima o mínima, saturación de oxígeno ni con el resto de variables sociodemográficas consideradas.

DISCUSIÓN

Aunque uno de cada cuatro pacientes estudiados mostró ansiedad en el postoperatorio inmediato, los pacientes con ansiedad presentan valores modales (4) y promedio

bajos. Estos valores son similares aunque algo inferiores a los observados en preanestesia (Moda = 5 y Promedio = 5,51) en un estudio anterior realizado en el mismo centro (3). Sin embargo, estas autoras estiman un porcentaje de pacientes con ansiedad en preanestesia (12,23 %) mucho menor al obtenido en el presente estudio (24,72 %). La falta de estudios sobre los niveles de ansiedad en el postoperatorio inmediato en CMA, puesta también de manifiesto por Baraza (1), no permite discutir este aspecto más allá del planteo de nuevas hipótesis de trabajo. El porcentaje de ansiedad estimado en el postoperatorio inmediato que duplica al observado en el preoperatorio plantea interesantes líneas de estudio para intentar explicar este resultado. La mayor parte de los estudios en CMA se centran en el análisis de la ansiedad o el miedo preoperatorios y únicamente la satisfacción del paciente es considerada como un factor a valorar en el postoperatorio (1,7).

Este autor, no obstante, sí valora la ansiedad postoperatoria, aunque utilizando diversas escalas de evaluación psicológica y categoriza esta en tres niveles de ansiedad: baja, moderada y alta, lo que no nos permite una comparación directa de resultados obtenidos. Uno de los resultados más interesantes obtenidos por Baraza (1) es que observa que no existe una relación de la ansiedad en el pre y el postoperatorio lo que explicaría las diferencias observadas en el presente estudio, aunque no precisa causalidad.

En un estudio anterior (3) centrado en la valoración de la ansiedad en preanestesia de CMA se determinó que los pacientes que pasaron consulta de enfermería presentan niveles significativamente más moderados de ansiedad que aquellos que no pasaron dicha consulta. Este resultado concuerda con el obtenido por Carapia-Sadurní y cols., y pone de manifiesto la importancia de la información y la intervención psicológica en el tratamiento de la ansiedad.

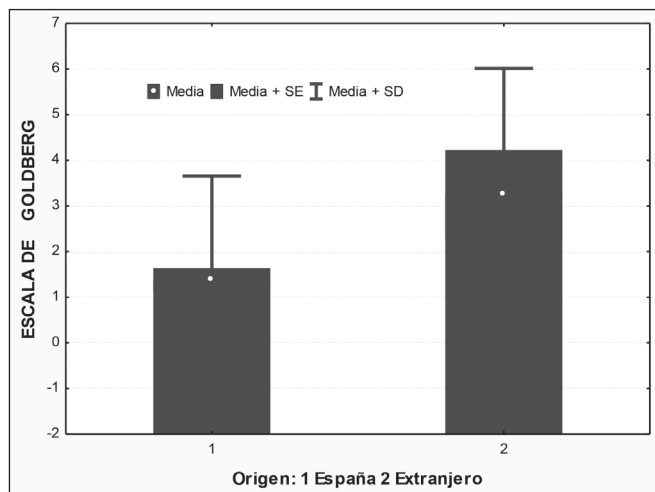


Fig. 2. Nivel de ansiedad según el origen del paciente. SE: Error estándar. SD: Desviación estándar.

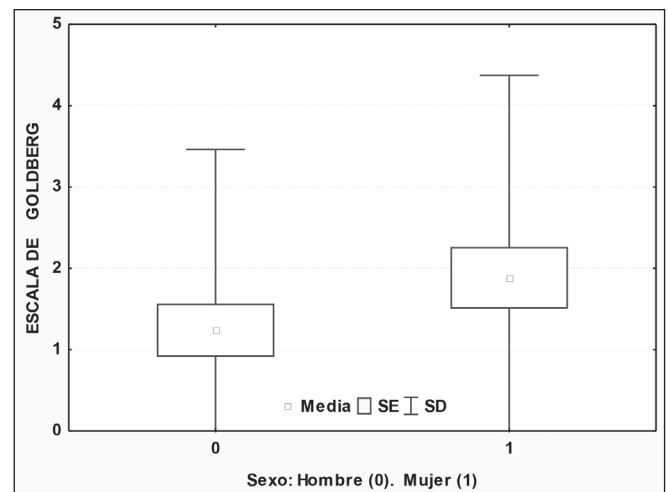


Fig. 3. Nivel de ansiedad global según el sexo del paciente. SE: Error estándar. SD: Desviación estándar.

En este sentido, cabe resaltar que en el presente estudio los pacientes ansiosos (Goldberg > 3) que presentaron mayor dispersión en los niveles de ansiedad postoperatoria, son aquellos que dicen y perciben haber recibido poca información a pesar que todos realizaron todo el protocolo previsto en CMA. Es clave, pues, determinar qué pacientes no reciben bien la información y determinar qué factores socio-económicos o de protocolo no están funcionando para toda la población, ya que el objetivo fundamental debe ser que no exista ansiedad en CMA. Es cierto que se ha conseguido un nivel de ansiedad bajo tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio en el hospital e inmediato en domicilio. Sin embargo, en el presente estudio se ha demostrado que en el postoperatorio inmediato existe un elevado porcentaje de pacientes (un 25 % aproximadamente) que presentan ansiedad, aunque esta sea muy baja. La falta de estudios previos al respecto del tema de este trabajo pone aún más en valor los resultados obtenidos, los cuales abren una nueva línea de investigación, hasta ahora prácticamente centrada en la ansiedad preoperatoria.

Finalmente, aunque la falta de variables relacionadas significativamente con la ansiedad no nos permite concluir qué factores determinan esta, sin embargo es importante destacar que los pacientes de origen extranjero presentan un nivel de ansiedad significativamente mayor que los pacientes de origen español. Este hecho abre interesantes líneas

de estudio a este respecto cuya finalidad será determinar la causalidad de este sorprendente resultado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baraza A. Satisfacción del paciente de CMA con los cuidados anestésicos perioperatorios en relación con el miedo. Tesis Doctoral. Las Palmas de Gran Canaria (2010). p. 195.
2. Barrilero JA, Casero JA, Cebrián, Córdoba CA, García F, Gregorio E, et al. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. *Rev Enferm* 1998;8:208.
3. Calle MA, Cazalla E. Valoración de la ansiedad en preanestesia en CMA. VIII Congreso Nacional de CMA. Barcelona 14-16 de noviembre de 2007.
4. Cardoso MJ, Ramos MI, Torres MD, Fernández-Sánchez N, Rodríguez-Santos L, Peñas E. *Interpsiquis* 2006. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. <http://hdl.handle.net/10401/3848>.
5. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979;9(1):139-45.
6. Duch Campodarbe FR, Ruiz de Porras Rosselló L, Gimeno Ruiz de Porras D, Allué Torra B, Palou Vall I. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. *Semergen* 1999;25(3):209-25.
7. Gallego JL, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor* 204;11:197-202.
8. Marín-Romero I, Martínez-Gómez P, Ponsich J, Pubill M. Ansiedad en pacientes intervenidos de rodilla (Prótesis total rodilla). *Revista electrónica semestral de enfermería* 2004;4:1-9.