

XI PREMIOS ENFERMERÍA EN DESARROLLO 2025

CATEGORÍA

Calidad percibida

TÍTULO

Intervención enfermera para la reducción de la ansiedad en pacientes quirúrgicos: ensayo clínico aleatorio.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la eficacia de una intervención sanitaria preoperatoria para reducir el nivel de ansiedad ante factores estresantes percibidos por los pacientes en el servicio de quirófano.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorio. Participantes; 184 pacientes (92 por grupo). Se incluyeron pacientes mayores de edad, de ambos sexos, intervenidos de forma programada y de primera intervención, que ingresen el día previo a la cirugía, la mañana de la cirugía o al menos 2 horas antes de la intervención y que den su consentimiento de participación. Variables sociodemográficas; edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral. Instrumentos de medida; Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg y Escala de Estresores Ambientales de Ballard. Covariables: tensión arterial, estado de salud, tipo de anestesia y apoyo social.

Resultados: El Cuestionario STAI observó que el grupo control presenta niveles significativamente más elevados de ansiedad preoperatoria que el grupo intervención. El Cuestionario de Ballard, observó diferencias significativas entre los grupos en los niveles de estrés ambiental percibida postquirúrgica, siendo el grupo intervención el que percibió significativamente menos estrés.

Conclusiones: La intervención educativa enfermera es eficaz para reducir los niveles de ansiedad prequirúrgica y el estrés ambiental percibido por los pacientes tras la cirugía.

JUSTIFICACIÓN:

Uno de los diagnósticos de enfermería más habituales en los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía programada es la ansiedad. La ansiedad es una sensación desagradable de presión, de impotencia, de estrés; es un estado de miedo que aparece ante la anticipación de una amenaza no identificada para uno mismo o para los demás. Es la emoción más frecuente que experimenta en general la gran mayoría de la población. Esto se ve motivado por la falta de control al encontrarse ante una situación desconocida, lo que provoca sentimiento de peligro, expectativas poco claras o dudas sobre el éxito de la cirugía. La ansiedad produce niveles elevados de cortisol y citocinas antiinflamatorias que presentan múltiples consecuencias^{1,2}.

La ansiedad preoperatoria suele observarse desde que el paciente toma la decisión de someterse a la cirugía hasta que llega al quirófano y alcanza su punto máximo cuando ingresa en el hospital. Las principales causas de ansiedad en cirugías son la preocupación por la anestesia, el desconocimiento del diagnóstico y pronóstico, la presencia en un ambiente extraño, la espera de una cirugía demorada, etc¹. Igualmente se han informado sentimientos de impotencia y baja autoestima y estrés entre estos pacientes. Por tanto, el miedo y/o la ansiedad elevados antes de una cirugía también se asocian con un mayor riesgo de depresión postoperatoria^{3,4}.

Otro problema médico común durante el periodo preoperatorio es la hipertensión. La ansiedad favorece el aumento de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca y de la frecuencia respiratoria por estimulación del sistema nervioso autónomo y tensión muscular¹. La prevención de complicaciones perioperatorias en pacientes es de vital importancia. Los síntomas de ansiedad preoperatoria se asocian significativamente con un mayor riesgo de mortalidad o morbilidad después de la cirugía^{3,4}.

El manejo inadecuado de la ansiedad y el miedo perioperatorio es muy común y como hemos descrito puede tener implicaciones profundas. El equipo médico, especialmente el personal de enfermería, desempeña un papel significativo en la reducción del nivel de ansiedad durante el ingreso hospitalario del paciente, las horas previas a la intervención quirúrgica y en la propia cirugía⁵.

La ansiedad del paciente puede controlarse con intervenciones farmacológicas. Sin embargo, la administración rutinaria de estos fármacos retrasa la recuperación, debido a sus efectos secundarios.

Hoy en día existen diversos métodos no farmacológicos para reducir la ansiedad como es la educación sanitaria, sesiones de asesoramiento psicológico, videos educativos, visitas a los pacientes que ya han sido intervenidos y musicoterapia⁶.

Asimismo, la familiarización de los pacientes con el entorno y el personal del quirófano es otro de los tratamientos para reducir la ansiedad preoperatoria y se puede realizar de forma presencial o mediante realidad virtual⁶. Sin embargo, estas visitas son difíciles de organizar debido a la programación de los quirófanos, al escaso tiempo que disponen los profesionales sanitarios para visitar a los pacientes, etc.

Existe evidencia que demuestra que la educación sanitaria y el asesoramiento preoperatorios llevados a cabo por personal de enfermería entrenado se asociaron con una reducción de complicaciones perioperatorias y una disminución significativa del nivel de ansiedad después de la cirugía^{7,8}. Es un método sencillo y que requiere pocos recursos. Además, la familiaridad con los cuidados preoperatorios también estabiliza el nivel de los parámetros hemodinámicos: como la reducción de la tensión arterial, la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca. Asimismo, se ha demostrado que la educación para la salud mejora las habilidades de autocuidado, la calidad de vida relacionada con la salud y la autoeficacia⁹⁻¹¹.

En contraposición a esto, Bidgoli et al⁶ defendió que una intervención de 30 minutos para familiarizar a los pacientes con el entorno, el entorno del quirófano ya sea en persona o virtualmente, no afectó significativamente a los niveles de ansiedad. Este hecho podría deberse a las características personales de cada paciente.

Por otro lado, otros estudios señalan que los pacientes que se van a someter a una cirugía indican sentimientos de falta de orientación y de apoyo por parte del personal, además de recibir una inadecuada atención preoperatoria¹²⁻¹⁴. En ocasiones, un ambiente familiar poco informado ocasiona situaciones de inseguridad y desconfianza en el propio paciente.

Como podemos ver no existe consenso sobre cómo o dónde se debe tratar la ansiedad del paciente quirúrgico. Tradicionalmente, la información que se le facilita al paciente se da en la consulta prequirúrgica y preanestésica por parte del personal facultativo, sin embargo, muchas veces el tiempo de esta consulta es muy reducido y el personal médico suele no ser el que va a estar en la futura cirugía del paciente.

Por ello, sería adecuado protocolizar la atención previa a la cirugía por personal entrenado e incluir métodos para afrontar el miedo y/o la ansiedad de manera oportuna y eficiente. Los objetivos de esta atención deben ser intentar buscar una experiencia quirúrgica positiva para el paciente y sus familias.

DESARROLLO:

El objetivo general es evaluar la eficacia de una intervención de educación sanitaria preoperatoria para reducir el nivel de ansiedad ante factores estresantes percibidos por los pacientes en el servicio de quirófano.

Se ha realizado un ensayo clínico aleatorio en un Hospital durante el primer semestre de 2025. El tamaño muestral calculado ha sido de 184 pacientes (92 individuos por grupo). Se han incluido pacientes mayores de edad, de ambos sexos, que necesiten ser intervenidos quirúrgicamente de forma programada y que no hayan sido intervenidos previamente, que ingresen el día previo a la cirugía, la mañana de la cirugía o al menos 2 horas antes de la intervención, en caso de cirugía mayor ambulatoria, y que den su consentimiento de participación en el estudio. Se han excluido aquellos pacientes que fuesen intervenidos de forma urgente, no se encontrasen capacitados para dar el consentimiento de participación o no aceptasen participar.

Se han recogido variables sociodemográficas tales como; edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral. Para valorar el nivel de ansiedad prequirúrgica se ha utilizado el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg. Este cuestionario cuenta con una estructura bidimensional que permite medir la ansiedad como estado (transitoria) y como rasgo (tendencia estable). También se ha utilizado como instrumento de medida postoperatoria la Escala de Estresores Ambientales de Ballard. Otras variables que se han tenido en cuenta son: tensión arterial, estado de salud, tipo de anestesia y apoyo social; estimado mediante la pregunta simplificada de Blake y Mckay.

Previamente a la aplicación de los diferentes instrumentos se procedió a obtener el consentimiento informado del participante. Al respecto, los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo para la realización de este estudio con relación a la confidencialidad de los datos. Se solicitó y obtuvo el informe favorable del Comité Autonomático de Ética de la Investigación.

El acceso a los pacientes se realizó con la colaboración del personal de enfermería de las distintas Unidades de Hospitalización. Estos profesionales ofrecieron la participación en el estudio a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, entregándoles información escrita. En caso de aceptación, se notificaba al equipo investigador, se obtenía el consentimiento informado y se aplicaban los cuestionarios de forma heteroadministrada.

De manera aleatoria, los pacientes que dieron su consentimiento para participar fueron asignados a uno de los grupos paralelos: grupo intervención y grupo control. Todos los pacientes completaron cuestionarios preoperatorios y postoperatorios estándar.

Al grupo de intervención se le proporcionó información detallada sobre factores estresantes que podrían influir en su nivel de ansiedad antes de la cirugía, como el tipo de anestesia, las características del quirófano, los profesionales que lo atenderían durante la intervención, acompañamiento familiar, etc.

Asimismo, se resolvieron todas las dudas que pudieran surgir. Esta información fue facilitada por una de las enfermeras del equipo investigador, quien acudió a la unidad de hospitalización donde se encontraba ingresado el paciente el día anterior a la cirugía o al menos 2 horas antes de la intervención.

La sesión educativa tuvo una duración aproximada de 20 minutos (Anexo 2). El grupo control siguió el proceso habitual protocolizado en cada unidad de hospitalización. En ambos grupos, el cuestionario posquirúrgico se realizó dentro de las 72 horas posteriores a la intervención, siempre que las condiciones del paciente durante el postoperatorio lo permitieron.

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES:

Resultados:

Participaron un total de 184 pacientes (GI: 92 pacientes, GC: 92 pacientes). La media de edad de la muestra fue 53,1 (DE 18,3) años y el 55,4% (102) eran mujeres. Inicialmente, se comprobó la homogeneidad de la muestra tras la asignación aleatoria de las participantes a los dos grupos, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo de intervención en ninguna de las variables sociodemográficas, lo que permite afirmar que la distribución de los participantes fue equilibrada.

En relación a la tensión arterial, que fue medida tras la intervención educativa, se observa que los pacientes del grupo intervención presentaban cifras significativamente menores de tensión arterial sistólica que los pacientes del grupo control ($p < 0.01$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estado de salud entre los grupos. Tanto en el grupo intervención como en el grupo control el tipo de anestesia más frecuente ha sido la anestesia general (GI: 51.16%, GC: 44.71%) y la anestesia intradural (GI: 30.23%, GC: 40%).

Respecto a las dos dimensiones medidas por el Cuestionario STAI previo a la cirugía, se observó que los pacientes del grupo control presentaban niveles significativamente más elevados de ambas que el grupo intervención (Ansiedad Estado: GC: 28,7 (10,5), GI: 25,4 (9,7); $p = 0.03$), (Ansiedad Rasgo: GC: 21,4 (10,5), GI: 15,9 (8,5); $p < 0.001$).

Por otro lado, en el Cuestionario de Estresores Ambientales de Ballard, realizado en las 72 horas posteriores a la intervención quirúrgica, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en los niveles de estrés ambiental percibido, siendo el grupo intervención el que percibió significativamente menos estrés, en comparación con el grupo control ($p < 0,001$).

Discusión y conclusiones:

Los resultados del presente estudio muestran que la intervención aplicada de educación sanitaria llevada a cabo por personal de enfermería fue eficaz para reducir los niveles de ansiedad prequirúrgica y el estrés ambiental percibido por los pacientes tras la intervención quirúrgica, en comparación con el grupo control.

Una de las diferencias más relevantes entre grupos antes de la cirugía fue la tensión arterial sistólica, que resultó significativamente menor en el grupo intervención tras la sesión educativa. Este hallazgo podría estar vinculado a un menor nivel de activación fisiológica asociada al estrés y a la ansiedad preoperatoria, apoyando indirectamente la efectividad de la intervención en la modulación del estado emocional del paciente¹⁵.

En relación con la ansiedad medida mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, se evidenció que los pacientes del grupo intervención presentaban niveles significativamente más bajos tanto en la dimensión de ansiedad como “estado” como en ansiedad como “rasgo”, en comparación con el grupo control. Estos resultados concuerdan con estudios previos que demuestran la utilidad de intervenciones psicoeducativas, informativas o de relajación para reducir el impacto emocional de la hospitalización y el procedimiento quirúrgico¹⁶.

Tras la intervención quirúrgica, el grupo intervención también percibió un nivel significativamente menor de estrés ambiental, lo cual sugiere que la intervención no solo tuvo un efecto positivo en el estado emocional preoperatorio, sino que además contribuyó a mejorar la experiencia global del entorno quirúrgico. Este resultado es particularmente relevante si se considera que el estrés ambiental en entornos hospitalarios, especialmente quirúrgicos, se ha relacionado con peores desenlaces postoperatorios, mayor percepción de dolor, y menor satisfacción del paciente^{14,17}.

En conclusión, estos hallazgos resaltan la importancia de incorporar intervenciones orientadas a la gestión del estrés y la ansiedad en el protocolo preoperatorio, no solo como medida de confort, sino también como potencial estrategia para mejorar la experiencia del paciente y posiblemente los resultados clínicos. Solo así se pueden diseñar estrategias verdaderamente eficaces y personalizadas para reducir el estrés prequirúrgico y mejorar la experiencia del paciente.