

ESTUDIOS ORIGINALES

Impacto sobre la ansiedad/depresión tras una intervención educativa de enfermería en pacientes de cirugía cardíaca

Impact on anxiety/depression after an educational nursing intervention in cardiac surgery patients

María de la Cruz Martín Acosta

Enfermera de hospitalización en Cirugía Cardíaca en el Hospital Ramón y Cajal (Madrid).

VI PREMIOS DE INVESTIGACIÓN CODEM 2022. FINALISTA.

Cómo citar este artículo: Martín Acosta, M.C., Impacto sobre la ansiedad/depresión tras una intervención educativa de enfermería en pacientes de cirugía cardíaca. Conocimiento Enfermero 20 (2023): 60-80.

Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/250>

RESUMEN

Introducción. Cuando un paciente va a ser sometido a una intervención quirúrgica se generan una serie de reacciones/manifestaciones tales como ansiedad, depresión, estrés... como respuesta a una situación nueva y desconocida. En el caso de una cirugía cardíaca estas reacciones/manifestaciones se pueden exacerbar como consecuencia de la magnitud de la intervención y mantenerse durante el postoperatorio inmediato y una vez en planta de hospitalización.

Objetivo. El objetivo principal es conocer si una intervención educativa de Enfermería en el preoperatorio (simultáneamente al paciente y al cuidador principal) contribuye a disminuir los niveles de ansiedad/depresión en el postoperatorio en planta de hospitalización.

Metodología. Para ello se presenta un estudio piloto de metodología cuasiexperimental, donde se comparan los niveles de ansiedad y depresión medidos mediante la Escala HADS en dos grupos independientes (experimental y control) antes y después de la cirugía. Se han analizado un total de 28 pacientes, 14 en cada grupo.

Resultados. Destaca el hallazgo de niveles de depresión moderadamente elevados frente a prácticamente ausencia de ansiedad antes de la cirugía. Disminuyen los niveles de ansiedad/depresión en ambos grupos pero partiendo de porcentajes más significativos de ansiedad/depresión antes de la cirugía en el grupo experimental.

Conclusiones. Los niveles de ansiedad/depresión disminuyen en ambos grupos pero es necesario continuar con este estudio hasta completar el tamaño muestral calculado para obtener resultados más significativos. La presencia de depresión en ambos grupos sugiere profundizar en un estudio al margen del nivel de ansiedad para analizar los factores que la componen antes y después de una cirugía cardíaca

Palabras clave: ansiedad; depresión; paciente quirúrgico; cirugía cardíaca; educación para la salud; cuidador principal.

ABSTRACT

Introduction. When a patient is going to undergo a surgical intervention, a series of reactions / manifestations generated such as anxiety, depression, stress... in response to a new and unknown situation. In the case of cardiac surgery, these reactions / manifestations can be exacerbated as a consequence of the magnitude of the intervention and maintained during the immediate postoperative period and once in the hospital ward.

Objective. The main objective is to know if an educative nursing intervention in the preoperative period (simultaneously with the patient and the main caregiver) contributes to reduce the Anxiety / Depression levels in the postoperative period in the hospitalization ward.

Methodology. For this purpose, a pilot study of Quasiexperimental methodology is presented, which compares the Anxiety and Depression levels measured by the HADS Scale in two independent groups (experimental and control) before and after surgery. A total of 28 patients were analyzed, 14 in each group.

Results. Highlights the finding of moderately elevated levels of Depression compared to practically no Anxiety before surgery. The Anxiety / Depression Levels decrease in both groups but starting from the most significant percentages of Anxiety / Depression before surgery in the Experimental Group.

Conclusions. Anxiety / Depression levels decrease in both groups but it is necessary to continue with this study until the sample size calculated to obtain more significant results. The presence of Depression in both groups suggests going deeper into a study outside the Anxiety Level to analyze the factors that make it up before and after cardiac surgery.

Keywords: anxiety; depression; surgical patient; cardiac surgery; education for health; primary caregiver.

1. Introducción

La ansiedad en el preoperatorio, junto con la depresión, se presenta como respuesta a una situación de estrés que percibe el paciente hospitalizado ante situaciones que ve como amenazantes [1]. Enfrentarse a una cirugía, a pesar de las innovaciones tecnológicas y el aumento de la calidad de las intervenciones, supone un desafío para el paciente, se siente más vulnerable, aparecen limitaciones pre y postquirúrgicas y esto conlleva a volverse más propenso a un desequilibrio emocional aumentando sus niveles de ansiedad [2]. Se distinguen factores endógenos, como la propia enfermedad, y factores exógenos (el ambiente del hospital o su estado socioeconómico), desencadenando miedo a lo desconocido, preocupación sobre su futuro o el de su familia manifestado por una serie de síntomas físicos como taquicardia y sudoración [3].

En el paciente que va a ser sometido a una cirugía cardíaca se detecta mayor nivel de ansiedad que frente a otras cirugías y se considera un factor de riesgo cardiovascular que va a influir en el postoperatorio, causando una menor tasa de recuperación para volver a sus actividades de la vida diaria [4].

La ansiedad es una respuesta al estrés que el paciente experimenta ante situaciones y/o estímulos que percibe cargados de peligro por el hecho de aparecer inciertos y es vivida como un estado de ánimo desagradable producido por situaciones que, de manera consciente o no, las percibe como amenazadoras; incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales [5].

La depresión es un trastorno emocional caracterizado por alteraciones del humor, tristeza, disminución de la autoestima, inhibición,

fatiga, insomnio, pensamientos negativos e impide desarrollar con normalidad las actividades de la vida diaria [6].

La ansiedad y la depresión coexisten con frecuencia en la práctica clínica. La distinción entre ambas no resulta fácil ya que ambas cursan con trastornos del sueño, alteraciones del apetito, déficit de atención y concentración, cansancio, astenia, irritabilidad [6].

La depresión se presenta como la patología psiquiátrica más frecuente en la enfermedad cardiovascular, siendo considerada como factor de riesgo mayor en la evolución de la misma [7]. En el período preoperatorio puede dar lugar a cambios en la frecuencia cardíaca, disminución de los niveles de serotonina y aumento de los niveles de cortisol, considerándose por tanto un factor predisponente a una mayor duración de la estancia hospitalaria y complicaciones perioperatorias tardías tras una cirugía de bypass coronario [8].

Después de una cirugía de bypass coronario se presentan una serie de desafíos para los pacientes, cuidadores y enfermeras, siendo necesaria una planificación temprana y adecuada para garantizar una recuperación óptima cuando el paciente sea dado de alta [9].

La educación al paciente antes de la cirugía, el apoyo psicológico y la organización de la atención teniendo en cuenta las preferencias del paciente, pueden reducir el impacto de los factores estresantes que generan ansiedad [10]. Se ha demostrado que pacientes que reciben información individualizada antes de la cirugía junto con soporte emocional, han disminuido sus niveles de ansiedad y depresión medidos 5 días después de una cirugía de bypass coronario [11].

En algunos estudios con pacientes con enfermedad cardíaca se ha visto como los cuidadores respondían a las capacidades de los pacientes y buscaban la independencia de los mismos [12]. Es comprensible el nivel de ansiedad que puede aparecer en pacientes y familiares acerca del riesgo de complicaciones y experiencias desconocidas que surgen al enfrentarse a una cirugía cardíaca, por ello proporcionar información sobre la atención postoperatoria puede conducir a niveles de ansiedad más bajos y una mayor satisfacción con la atención recibida [13].

Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la educación del paciente y con los cuidadores [14]. Tienen la responsabilidad de dar información general y apoyar a los pacientes en la reducción de la ansiedad y la depresión preoperatoria y capacitación para desarrollar, evaluar y entregar intervenciones educativas preoperatorias en la práctica habitual, lo que se considera una prioridad y podría ser un primer paso para aliviar los síntomas de ansiedad y depresión entre los pacientes bajo su cuidado [15].

En un estudio llevado a cabo para evaluar una estrategia educativa implementada por Enfermería en pacientes sometidos a intervención quirúrgica, se pudo evidenciar que los pacientes que recibieron un programa educativo en el preoperatorio no presentaron ansiedad en comparación con otro grupo de pacientes que no recibieron dicho programa [16].

2. Justificación

En la planta de hospitalización de Cirugía Cardíaca las enfermeras observamos que los pacientes que ingresan presentan cierto grado de nerviosismo, inquietud, irritabilidad, tristeza... antes de ser operados por el miedo a la propia intervención quirúrgica, a la anestesia, estancia en la unidad de cuidados postquirúrgicos... y solo por el hecho de ingresar en un centro sanitario y “estar en manos de los profesionales sanitarios” tal y como ellos mismos nos lo manifiestan. Es por ello que la Educación para la Salud de Enfermería juega un papel muy importante cuando recibimos a un paciente en planta, y pensamos que es interesante detallar de forma estructural

da los cuidados postquirúrgicos que van a recibir tras la cirugía tanto al propio paciente como a su familiar o cuidador principal para ayudarlo a sentirse más seguro, relajado y favorecer su autocuidado y con ello su recuperación incluso más allá del alta hospitalaria y en su propio domicilio.

Durante la estancia del paciente en planta, será su familiar/cuidador quien esté con él en todo momento o la mayor parte del tiempo. Una figura que genera mayor grado de confianza y un lazo más estrecho en la ayuda a su recuperación. En nuestra unidad, en la mayoría de casos, los familiares/cuidadores se implican en todos los cuidados, se sienten útiles y les reconforta ver la evolución de su familiar tras una cirugía cardíaca.

Si finalmente el objetivo principal se cumple podríamos aplicar una intervención educativa de enfermería de una forma estructurada y como parte de la preparación de un paciente antes de la cirugía.

3. Hipótesis y objetivos

3.1. Hipótesis

“Una intervención educativa de Enfermería en cuidados postoperatorios, dada al paciente y cuidador principal antes de una cirugía cardíaca, puede ayudar a disminuir los niveles de ansiedad/depresión en el postoperatorio en planta de hospitalización”

3.2. Objetivo principal

- Conocer si una intervención educativa de Enfermería en el preoperatorio (simultáneamente al paciente y al cuidador principal) contribuye a disminuir los niveles de ansiedad/depresión en el postoperatorio en planta de hospitalización.

3.3. Objetivos específicos

- Analizar si la edad influye en el nivel de ansiedad/depresión después de una cirugía cardíaca medido mediante la Escala HADS.

- Analizar si el sexo influye en el nivel de ansiedad/depresión después de una cirugía cardíaca medido mediante la Escala HADS.
- Observar si el nivel de estudios influye en el nivel de ansiedad/depresión después de una cirugía cardíaca medido mediante la Escala HADS.
- Identificar si existe relación entre el nivel de ansiedad/depresión tras la cirugía y los días de ingreso en planta de hospitalización.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Estudio cuasiexperimental, longitudinal prospectivo, no aleatorizado, comparado, de 2 grupos independientes: experimental y control, acerca de la aplicación de una intervención educativa de Enfermería para evaluar los niveles de ansiedad/depresión en una población de pacientes quirúrgicos.

4.2. Población de estudio

Pacientes adultos que ingresan en la planta de Cirugía Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal para ser intervenidos quirúrgicamente desde el 1 de marzo de 2018 hasta el 31 de mayo de 2018.

Cirugía Cardíaca: reparación/sustitución de válvulas cardíacas dañadas y/o revascularización coronaria mediante by-pass con cirugía extracorpórea o sin ella, mediante la apertura del tórax.

El by-pass coronario se emplea cuando existe una arterioesclerosis con reducción importante del calibre de las arterias coronarias. La alteración valvular se debe fundamentalmente a factores de origen reumático, degenerativo e infeccioso [17]. La sustitución valvular consiste en el cambio de una o varias válvulas del corazón dañadas por válvulas biológicas o mecánicas [17].

4.3. Variables

Variable independiente: Intervención de Enfermería (Educación para la Salud al paciente y cui-

dador principal). **Realización de una intervención educativa de salud.**

Consta de 16 puntos que recogen los cuidados de Enfermería más importantes según los criterios NIC/NOC de Intervención y Resultado para completar el Proceso de Atención de Enfermería y necesarios para conseguir los objetivos asistenciales en el postoperatorio de una cirugía cardíaca:

- Conservar la vida del paciente.
- Mantener una ventilación y oxigenación adecuadas.
- Mantener un gasto cardíaco adecuado.
- Mantener una homeostasis y un equilibrio de líquidos estable.
- Mantener temperatura corporal.
- Mantener drenajes permeables.
- Evitar complicaciones a nivel cardíaco, vascular y respiratorio.
- Evitar el dolor.
- Restablecer un patrón respiratorio normal.
- Restablecer tolerancia a la actividad (sedestación).
- Mantener orientación temporo-espacial.
- Recuperar el patrón de sueño normal.

Variable dependiente, principal o de resultado:

Nivel de ansiedad/depresión. Se ha medido con la Escala de Ansiedad/Depresión HADS (Anexo 1) que consta de 14 ítems correspondiendo los números 1,3,5,7,9,11 y 13 a la subescala ansiedad y los números 2,4,6,8,10,12 y 14 a la subescala depresión.

Se mide el nivel de ansiedad/depresión en ambos grupos antes de la operación y el día que reciban el alta.

El punto de corte para evaluar e interpretar las puntuaciones obtenidas para cada subescala se establece en $> \text{ó} = 11$ puntos: presencia de sintomatología relevante, 8-10 puntos: sintomatología de dudosa consideración y 0-7 puntos: ausencia de sintomatología de ansiedad y/o depresión, con una sensibilidad y una especificidad mayores al 70% [18]. En estudios con muestras de pacientes quirúrgicos y coronarios, tras la aplicación de esta escala el punto de corte quedó fijado en $> \text{ó} = 8$ [19, 20,21].

El nivel de la variable dependiente, principal o de resultado clínicamente relevante para

detectar ansiedad y depresión en los pacientes de este estudio quedará fijado en 8 puntos para cada subescala, 8 puntos o más se considerará presencia de ansiedad/depresión y por debajo de 8, ausencia de ansiedad/depresión.

Variables sociodemográficas:

- Sexo: variable categórica/cualitativa dicotómica.
- Edad: variable cuantitativa discreta (años).
- Nivel de estudios: variable categórica/cualitativa nominal (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios).

Otras variables:

- Número de días de ingreso: variable cuantitativa.

4.4. Determinación del tamaño muestral

El tamaño muestral se ha estimado bajo la asunción de una media en la puntuación de ansiedad de 9.2 pre-intervención y una media de 6.5 post-intervención con desviación típica común de 5; en la escala de depresión se asume una media pre-intervención de 6 y post-intervención de 3 con desviación típica de 5.22.

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2, potencia del 80% en un contraste bilateral, se precisan 54 sujetos en cada grupo para detectar una diferencia igual o superior a 2.7 unidades. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 0% y el coeficiente de correlación se fijó en 0.1.

Se ha utilizado para realizar el cálculo el programa Granmo para dos proporciones independientes.

4.5. Selección de los participantes

Criterios de inclusión:

- Mayor de 18 años.
- Ingreso de forma programada.
- Entorno familiar adecuado con presencia de un familiar/cuidador principal.
- Uso pleno de todas sus facultades mentales con capacidad para entender y colaborar en el estudio.

les con capacidad para entender y colaborar en el estudio.

- Autónomo/independiente para las actividades básicas de la vida diaria.
- Pacientes que hayan aceptado su participación en el estudio y que hayan comprendido y firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Alcoholismo o dependencia del consumo de drogas.
- Diagnóstico de enfermedad psiquiátrica y bajo tratamiento.
- No autónomo/dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.
- Ausencia de familiar/cuidador principal.
- Pacientes intervenidos de manera urgente.
- Pacientes que no acepten su participación en el estudio y por tanto no hayan firmado el consentimiento informado.

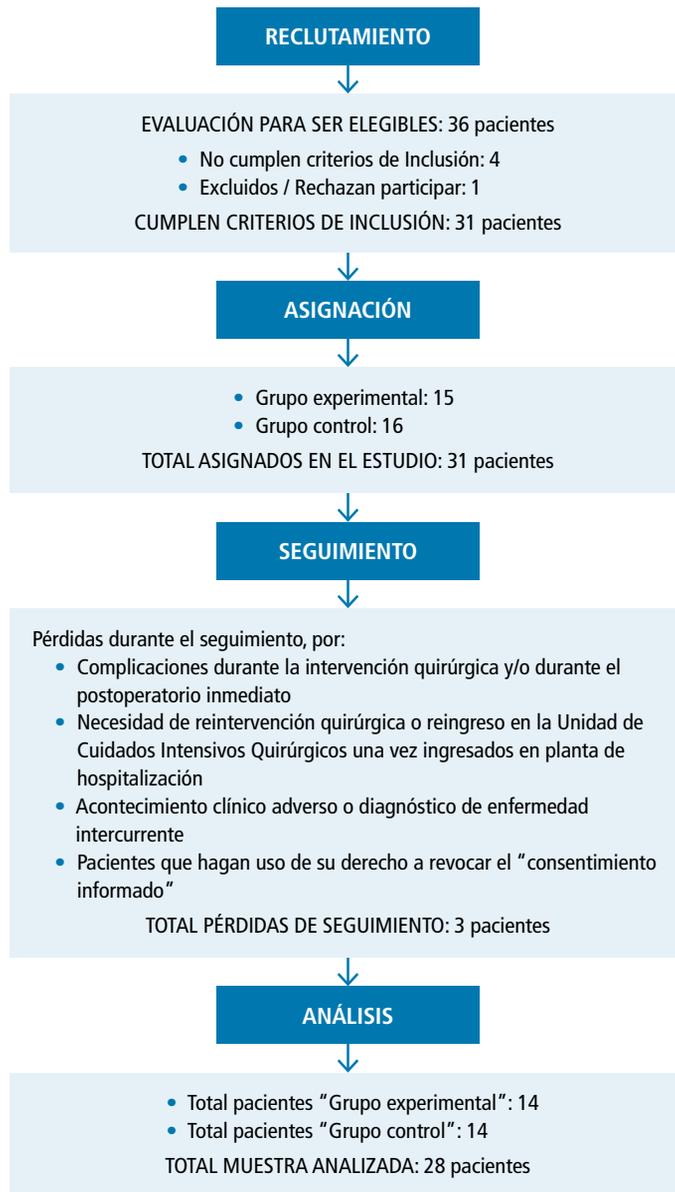
Criterios de eliminación:

- Complicaciones durante la intervención quirúrgica y/o durante el postoperatorio inmediato.
- Necesidad de reintervención quirúrgica o reingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos una vez ingresados en planta de hospitalización.
- Acontecimiento clínico adverso o diagnóstico de enfermedad intercurrente.
- Pacientes que hagan uso de su derecho a revocar el consentimiento Informado.

4.6. Asignación de pacientes

El grupo Experimental estará formado por los pacientes que ingresen para ser intervenidos y estén ubicados en las camas correspondientes a la enfermera investigadora principal. El grupo control serán los pacientes que formen parte de las camas no asignadas a la misma.

En el grupo Experimental se lleva a cabo la Intervención: Educación para la Salud en cuidados de Enfermería en el postoperatorio en planta de hospitalización (Anexo 2.)

FIGURA 1. Diagrama de flujo.

4.6. Procedimiento

Antes de la intervención quirúrgica:

1ª visita: una vez que el paciente esté ingresado y durante los días previos a la intervención quirúrgica, la enfermera encargada del estudio comprobará que cumple los criterios de inclusión. Debidamente identificada, se presentará al paciente, le explicará el estudio y le hará entrega del Consentimiento Informado.

Durante esta visita se tomarán datos sobre las variables: sexo, edad, nivel de estudios, y se

anotará el día del ingreso y el tipo de intervención quirúrgica.

2ª visita: la enfermera le hará entrega del cuestionario de ansiedad/depresión y se anotará la puntuación obtenida (Anexo 1), 10-15 minutos.

A continuación, en el grupo experimental, realizará la intervención de Enfermería en educación en cuidados que recibirá en el postoperatorio en planta de hospitalización. Esta información se dará en presencia del familiar más cercano al paciente o cuidador principal y será

de forma oral siguiendo el guión establecido que figura en el Anexo 2, con un tono tranquilo y adaptando el guión a un lenguaje comprensible para el paciente y cuidador si en algún momento la información no es del todo comprensible. La enfermera podrá ser interrumpida en cualquier momento por el propio paciente o cuidador y aclarará todas las dudas que surjan.

La intervención se realizará en la habitación del paciente, con la puerta cerrada y todos los participantes sentados favoreciendo un ambiente relajado y manteniendo su intimidad.

Después de la intervención quirúrgica:

3ª visita: el día que el paciente reciba el alta médica se volverá a hacer entrega del cuestionario de ansiedad/depresión (Anexo 1). Se anotará el día que recibe el alta y se calcula la variable número de días de hospitalización.

4.7. Análisis estadístico

Las variables categóricas/cualitativas se muestran mediante porcentajes y frecuencias, se representan mediante gráficos. Las variables cuantitativas se representan en tablas y se muestran mediante media, mediana y desviación típica.

El nivel de ansiedad/depresión tras la cirugía se ha medido en forma de variable cuantitativa: puntuación obtenida para cada subescala en cada grupo. Se ha usado la estadística descriptiva para la comparación de ambos grupos antes y después de la cirugía representado mediante tablas y porcentajes de pacientes. Al hallar disminución del nivel de ansiedad en la totalidad de la muestra, en ambos grupos después de la cirugía, solo se ha procedido a relacionar el nivel de depresión con el resto de las variables del estudio.

Para relacionarlo con el sexo se ha medido mediante el Test No Paramétrico U-Mann Whitney.

Con la prueba no Paramétrica de Kruskal-Wallis hemos analizado si existe relación entre el Nivel de Estudios y el nivel de Depresión después de la cirugía.

Para relacionar la variable edad con el nivel de depresión después de la cirugía se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson.

La relación entre el número de días de hospitalización y el nivel de depresión después de la cirugía se ha analizado con el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

Todos los contrastes son bilateral con un valor $p < 0.05$, se considera estadísticamente significativo.

4.8. Confidencialidad y consideraciones éticas

4.8.1. Aspectos éticos

Este estudio obtiene el Dictamen favorable del Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario “Ramón y Cajal” de Madrid tras la evaluación del protocolo propuesto. Se ha realizado respetando los principios y las normas éticas básicas que tienen su origen en la actual revisión de la Declaración de Helsinki aprobada por la Asamblea Médica Mundial (Fortaleza, 2013), el Convenio de Oviedo (1997) y Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional de Armonización (BPC de la ICH E6122, 2017) y con los requisitos reguladores vigentes.

Se ha obtenido el consentimiento informado por escrito otorgado libremente por todos los pacientes. La investigadora ha tenido en cuenta el deseo explícito de un paciente de no otorgar su consentimiento informado, que es capaz de formar una opinión y valorar esta información para negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento.

Los derechos, la seguridad y el bienestar de los pacientes del estudio son las consideraciones más importantes a tener en cuenta y deberán prevalecer sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

La persona implicada en la realización de este estudio está cualificada por su educación, formación y experiencia para realizar sus tareas correspondientes.

4.8.2. Aspectos legales

En el cuaderno de recogida de datos se recogerán datos personales y clínicos del paciente así como las variables del estudio y los cuestiona-

rios una vez cumplimentados. Tendrán un código de identificación y el acceso al vínculo entre el código y los datos del paciente se realizará exclusivamente por la investigadora principal.

Atendiendo a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD), resultado de la trasposición de la Directiva Europea 95/46/CE y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, se aplicarán medidas de seguridad de alto nivel en el manejo de los datos de salud, de manera que dichos datos queden codificados para garantizar la confidencialidad.

5. Resultados

Se evaluaron un total de 36 pacientes para participar en el estudio; 4 de ellos no cumplían los criterios de inclusión (2 no eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria y otros 2 no tenían un entorno familiar adecua-

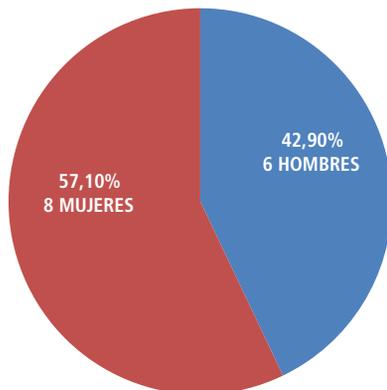
do ni presencia de cuidador principal), 1 paciente rechazó participar.

De los 31 pacientes que cumplían criterios de inclusión, 15 fueron asignados al grupo experimental y 16 al grupo control. Se produjeron 3 pérdidas de seguimiento: 1 paciente reintervenido en el grupo experimental y 1 paciente reintervenido + 1 éxitus en el grupo control. El total de pacientes analizados en cada grupo es de 14.

En el grupo experimental 5 pacientes fueron operados de sustitución valvular aórtica, 1 resección de mixoma auricular, 1 reparación de válvula mitral, 4 reparaciones de válvula mitral y anillo tricuspídeo y 3 pacientes intervenidos de revascularización miocárdica.

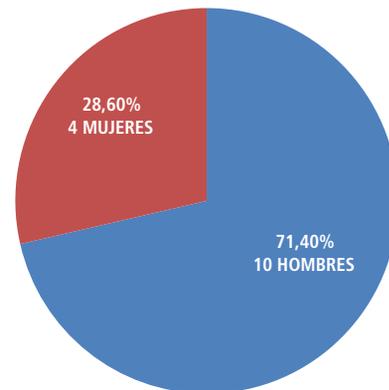
En el grupo control 6 pacientes fueron operados de sustitución valvular aórtica, 1 paciente de cierre de comunicación interauricular, 3 de sustitución valvular aórtica + mitral, otros 3 de revascularización miocárdica y 1 paciente de reparación de válvula mitral y anillo tricuspídeo.

GRÁFICO 1. Sexo grupo experimental.



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 2. Sexo grupo control.



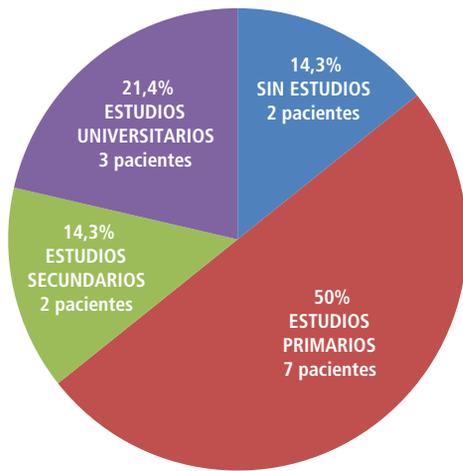
Fuente: Elaboración propia.

TABLA 1. Edad ambos grupos.

		Edad grupo experimental	Edad grupo control
N	Válido	14	14
	Perdidos	0	0
Media		64,5714	61,0714
Mediana		62,5000	67,5000
Desviación estándar		9,19627	16,99079

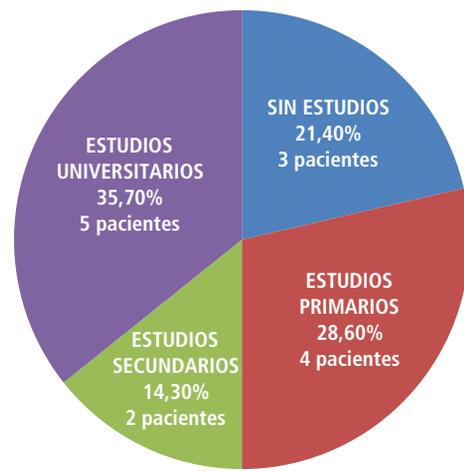
Fuente: SPSS Statistics 22.

GRÁFICO 3. Nivel de estudios grupo experimental.



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 4. Nivel de estudios grupo control.



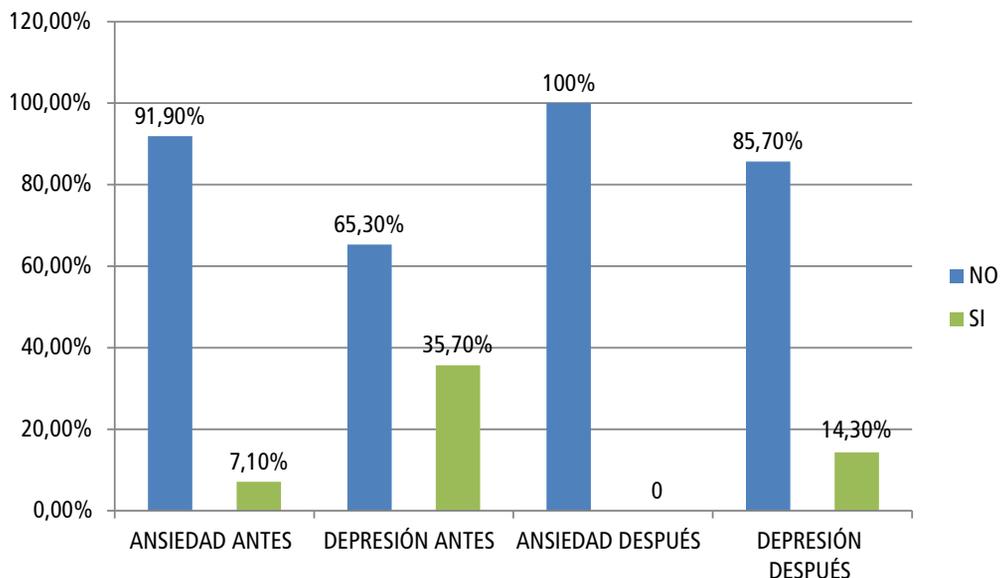
Fuente: Elaboración propia.

TABLA 2. Número de días de hospitalización ambos grupos.

		Nº días hospitalización grupo experimental	Nº días hospitalización grupo control
N	Válido	14	14
	Perdidos	0	0
Media		11,4266	9,4286
Mediana		11,0000	9,0000
Desviación estándar		3,45775	2,06488

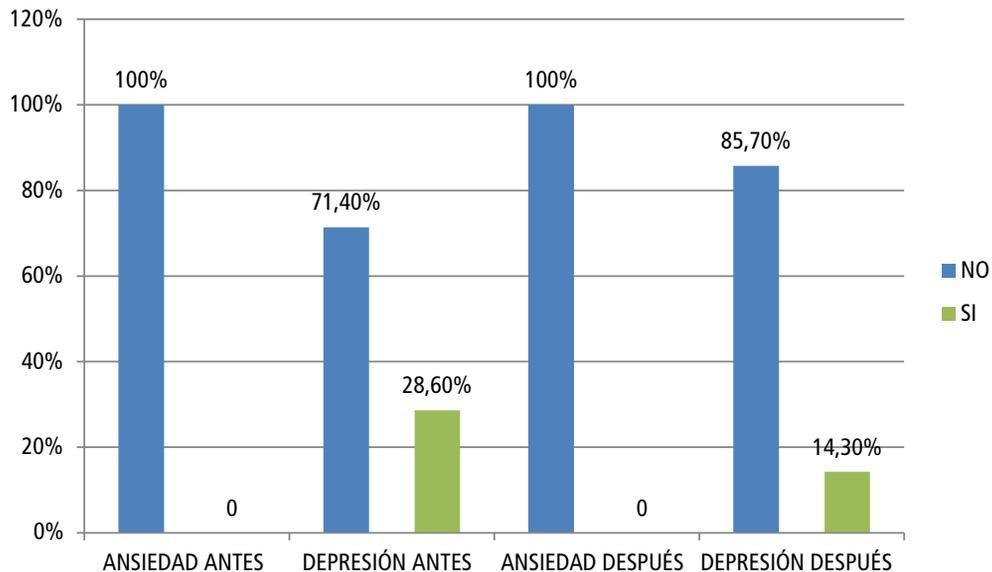
Fuente: SPSS Statistics 22.

GRÁFICO 5. Porcentaje de pacientes que presentan ansiedad y depresión antes y después de la cirugía/grupo experimental.



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 6. Porcentaje de pacientes que presentan ansiedad y depresión antes y después de la cirugía/grupo control.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA 3. Relación sexo/nivel de depresión después de la cirugía en el grupo experimental.

VARIABLE DE AGRUPACIÓN: SEXO	Puntuación depresión después grupo intervención
U de Mann-Whitney	19,000
W de Wilcoxon	55,000
Z	-,698
Sig. asintótica (bilateral)	,485
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,573

p- valor por encima de 0.05: no existe relación entre el sexo y el nivel de depresión en el grupo experimental.

Fuente: SPSS Statistics 22.

El principal hallazgo al comparar ambas tablas es el bajo porcentaje de pacientes que presentan ansiedad antes de la cirugía (solamente un 7,10% de los pacientes en el grupo experimental), frente a mayores porcentajes de depresión. (Hay que señalar que hemos encontrado pacientes con puntuaciones consideradas de clínica dudosa en ambos grupos para ansiedad y depresión antes y después de la cirugía pero que han sido catalogados como ausencia de la

TABLA 4. Relación sexo/nivel de depresión después de la cirugía en el grupo control.

VARIABLE DE AGRUPACIÓN: SEXO	Puntuación depresión después grupo control
U de Mann-Whitney	18,000
W de Wilcoxon	73,000
Z	-,298
Sig. asintótica (bilateral)	,765
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,839

p- valor por encima de 0.05: no existe relación entre el sexo y el nivel de depresión en el grupo control.

Fuente: SPSS Statistics 22.

misma al fijar el punto de corte en 8 puntos). En ambos grupos disminuye el nivel de ansiedad después de la cirugía al 100%, ningún paciente presenta ansiedad el día del alta y solamente obtenemos resultados significativos para la presencia o ausencia de depresión. Por tanto, las variables sexo, edad, nivel de estudios y número de días de hospitalización se han relacionado con el nivel de depresión después de la cirugía para ambos grupos.

TABLA 5. Relación edad/nivel de depresión después de la cirugía en el grupo experimental.

		Edad grupo experimental	Puntuación depresión después grupo experimental
Edad grupo experimental	Correlación de Pearson	1	-,531
	Sig. (bilateral)		,051
	N	14	14
Puntuación depresión después grupo experimental	Correlación de Pearson	-,531	1
	Sig. (bilateral)	,051	
	N	14	14

p- valor por encima de 0.05 en el grupo experimental: la edad no está relacionada con el nivel de depresión después de la cirugía.

Fuente: SPSS Statistics 22.

TABLA 6. Relación edad/nivel de depresión después de la cirugía en el grupo control.

		Edad grupo control	Puntuación depresión después grupo control
Edad grupo control	Correlación de Pearson	1	,147
	Sig. (bilateral)		,616
	N	14	14
Puntuación depresión después grupo control	Correlación de Pearson	,147	1
	Sig. (bilateral)	,616	
	N	14	14

p- valor por encima de 0.05: la edad no está relacionada con el nivel de depresión después de la cirugía en el grupo control..

Fuente: SPSS Statistics 22.

TABLA 7. Relación nivel de estudios/nivel de depresión después de la cirugía en el grupo experimental.

VARIABLE DE AGRUPACIÓN: NIVEL DE ESTUDIOS	Puntuación depresión después grupo experimental
Chi-cuadrado	2,107
Gl	3
Sig. asintótica	,551

p- valor por encima de 0.05: el nivel de estudios no está relacionado con el nivel de depresión después de la cirugía en el grupo experimental.

Fuente: SPSS Statistics 22.

TABLA 8. Relación nivel de estudios/nivel de depresión después de la cirugía en el grupo control.

VARIABLE DE AGRUPACIÓN: NIVEL DE ESTUDIOS	Puntuación depresión después grupo control
Chi-cuadrado	6,317
Gl	3
Sig. asintótica	,097

p- valor por encima de 0.05: el nivel de estudios no está relacionado con el nivel de depresión después de la cirugía en el grupo control.

Fuente: SPSS Statistics 22.

TABLA 9. Relación número de días de hospitalización/nivel de depresión después de la cirugía en grupo experimental.

			Puntuación depresión después grupo experimental	Nº días hospitalización grupo experimental
RHO DE SPEARMAN	Puntuación depresión después grupo experimental	Coficiente de correlación	1,000	-,547*
		Sig. (bilateral)		,043
		N	14	14
	Nº días hospitalización grupo experimental	Coficiente de correlación	-,547*	1,000
		Sig. (bilateral)		,043
		N	14	14

p-valor significativo: 0.043 para el nivel de depresión: el número de días de hospitalización está relacionado con la presencia de depresión para este grupo.

Fuente: SPSS Statistics 22.

TABLA 10. Relación número de días de hospitalización/nivel de depresión después de la cirugía en grupo control.

			Puntuación depresión después grupo control	Nº días hospitalización grupo control
RHO DE SPEARMAN	Puntuación depresión después grupo control	Coficiente de correlación	1,000	,374
		Sig. (bilateral)	.	,187
		N	14	14
	Nº días hospitalización grupo control	Coficiente de correlación	,374	1,000
		Sig. (bilateral)		,187
		N	14	14

p-valor por encima de 0.005: no existe relación entre el número de días de hospitalización y el nivel de depresión en el grupo control.

Fuente: SPSS Statistics 22.

6. Discusión

En una revisión sistemática llevada a cabo en China se ha encontrado evidencia de que la educación preoperatoria puede ser efectiva en pacientes quirúrgicos en general pero se produce controversia para pacientes sometidos a cirugía cardíaca. En algunos estudios no se halló evidencia de que se reduce la ansiedad y solamente la educación era efectiva en la mejoría física y psicosocial de los pacientes.

En otro estudio llevado a cabo en Londres con una muestra de pacientes sometidos a ciru-

gía de by pass coronario no se hallaron diferencias en las puntuaciones de ansiedad y depresión [23,15].

Con los resultados obtenidos en el presente estudio observamos que sí existen diferencias entre los niveles de ansiedad y depresión, siendo más altas las puntuaciones de depresión para ambos grupos antes y después de la cirugía con respecto a las puntuaciones de ansiedad.

Un meta-análisis llevado a cabo por la Sociedad Americana de un grupo de enfermeras de anestesia en 2016 reveló que una educación preoperatoria reduce las puntuaciones de an-

siedad pero no se encontraron efectos significativos en otros factores como el dolor, la depresión y la duración de la estancia hospitalaria²⁴. Con este estudio hemos observado niveles más bajos de depresión tras la cirugía y ausencia de ansiedad en ambos grupos.

Se ha estudiado el impacto de una intervención educativa iniciada por enfermería sobre los síntomas de ansiedad en el postoperatorio y las complicaciones tras una cirugía de by-pass coronario y concluyó en que la educación y el asesoramiento recibido se asocian con una tasa reducida de complicaciones perioperatorias y un nivel reducido de ansiedad [25].

Con respecto a la variable edad se ha encontrado un estudio donde los pacientes de más de 60 años presentan relación estadísticamente significativa con la presencia de depresión medida mediante la Escala HADS en una muestra de pacientes hospitalizados donde la mayor proporción era de pacientes cardiovasculares [26]. En cuanto al sexo, las mujeres tenían una tendencia a puntuar más alto en el nivel de depresión pero no se hallaron diferencias estadísticamente significativas [26].

Aunque la media de edad en nuestro estudio es de 64,5 años para el grupo experimental y de 61 años para el grupo control (en ambos grupos más de 60 años), no hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a puntuaciones y no hemos hallado relación entre la edad y presencia de depresión.

En la distribución por sexo no hemos observado diferencias, es necesario aumentar el tamaño muestral y obtener grupos más homogéneos.

El nivel de estudios no ha influido en niveles más bajos de depresión después de la cirugía. Observamos que el porcentaje de presencia de depresión después de la cirugía lo compone 1 paciente sin estudios en el grupo experimental y 1 paciente con estudios secundarios y otro paciente con estudios universitarios en el grupo control. En estudios similares tampoco se ha observado que haya diferencias con respecto a la ansiedad, y con respecto a la depresión se ha observado que pacientes escolarizados han presentado puntuaciones que indican depresión leve o ausencia de la misma [26].

En cuanto al número de días de hospitalización se ha hallado presencia de depresión para pacientes hospitalizados más de 10 días [26]. En el grupo experimental observamos que sí está relacionada con el número de días de hospitalización (11,4 días de media), se encuentra un porcentaje de presencia de depresión en pacientes ingresados 13 días frente a 9,4 días del grupo control donde no se halla significación estadística ya que los pacientes que presentan depresión tienen 7 y 12 días de ingreso hospitalario.

En un estudio llevado a cabo en México sobre la satisfacción del usuario como indicador de calidad en un servicio de cirugía cardiovascular, se observó cómo influía en la recuperación del paciente proporcionar información al cuidador principal sobre las necesidades particulares del paciente, así como ayudarlo a desarrollar habilidades para el cuidado físico y apoyarlo en la búsqueda de estrategias para compartir el cuidado con otros familiares o cuidadores. La falta de información al familiar o cuidador principal supone una barrera para que el paciente obtenga un cuidado satisfactorio. Los familiares quieren que se les proporcione información en términos que puedan comprender y en el momento que lo necesiten [27].

Se realizó un estudio en Estados Unidos acerca de las necesidades de los cuidadores después de una cirugía de bypass coronario donde se encontraron hallazgos que ayudaban al personal a entender y reconocer mejor las preocupaciones y necesidades de los cuidadores tras recibir información acerca del proceso quirúrgico y cómo se podrían proporcionar recursos así como la necesidad de implantar un programa dedicado a los cuidadores e integrarlo en el proceso de recuperación para atender posibles efectos adversos a corto, medio y largo plazo tras el alta hospitalaria. Durante la rehabilitación cardíaca se podrían establecer programas para enseñar, reforzar y proporcionar soporte adaptados a las necesidades de cada paciente, así como sesiones para manejar el estrés [28].

En otros estudios se ha considerado a la familia como parte del proceso motivándoles a estar presentes en una visita prequirúrgica y a expresar también sus dudas, siendo su actitud

determinante en personas de más edad o sin estudios [29].

7. Limitaciones del estudio

La principal desventaja observada al tratarse de un estudio cuasiexperimental es la susceptibilidad a los sesgos, en especial los de selección y de confusión, la elección de los grupos compromete la validez externa y la aplicabilidad de los resultados.

Por otro lado es indispensable completar la muestra hasta el tamaño calculado, continuar con el estudio para poder obtener resultados más concluyentes. Es necesario realizar el reclutamiento de los pacientes en un periodo más amplio de tiempo y con la colaboración de más investigadores.

Se han tenido en cuenta factores que pueden disminuir los niveles de ansiedad/depresión tras la cirugía y una vez de vuelta el paciente a planta: se da por concluido aquello que puede considerarse que genera más temor al paciente como la propia cirugía, la estancia en la unidad de cuidados intensivos, la anestesia... y también por el hecho de que vuelve a planta despierto, sin monitorización y sin medicación intravenosa. Pero al mismo tiempo y como consecuencia de todo el proceso quirúrgico, el paciente ve disminuidas sus capacidades físicas, psíquicas y emocionales en lo relativo a su propio autocuidado que en muchos casos puede hacer posible que se mantengan niveles de depresión no deseados. También pueden verse afectados por preocupaciones del propio paciente, antecedentes de depresión en el pasado, conflictos entre relaciones familiares o cuidado de otro familiar a su cargo.

No se ha descartado el posible efecto Hawthorne en los pacientes que han participado en este estudio.

8. Conclusiones

- Una intervención educativa de Enfermería puede ser útil para disminuir los niveles de ansiedad/depresión tras la cirugía.
- Con la escala empleada en el estudio hallamos un porcentaje de pacientes muy pequeño que presentan ansiedad antes de la cirugía, pero cabe destacar el significativo porcentaje de pacientes que presentan depresión en ambos grupos que nos sugiere la idea de un estudio más exhaustivo, al margen del nivel de ansiedad, donde solamente valoremos el nivel de depresión analizando en profundidad cuáles son los factores que influyen antes de una intervención quirúrgica y de qué forma pueden disminuir durante todo el proceso quirúrgico. Así podremos evaluar, desarrollar y administrar intervenciones educativas en la práctica habitual de Enfermería para aliviar dichos síntomas antes y después de la cirugía.
- Con la muestra empleada no hay diferencias en las puntuaciones con respecto al sexo, la edad y el nivel de estudios.
- El número de días de hospitalización está relacionado con la presencia de depresión después de la cirugía.
- Los cuidadores se implican en el aprendizaje y los cuidados del paciente antes y después de la cirugía. Es necesario valorar e interpretar sus necesidades y justificar su presencia para disminuir niveles de ansiedad/depresión y ayudar a la recuperación de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aparcerobernet I., Núñez García A., Ramos Fernández M., Zahino Ruiz G., Olcina Santonja R, Romero Sánchez M., Bozzo Fernández A., Muñoz Luna I., Barea Monchón A. La visita entrevista prequirúrgica: Intervención de enfermera e instrumento para la calidad.
2. Gonçalves KKN, Silva JI da, Gomes ET, et al. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Rev Bras Enferm. 2016; 69(2):397-403. doi: 10.1590/0034-7167.2016690225i.(2016)
3. Rosiek A, Kornatowski T, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski Ł, Leksowski K. Evaluation of Stress Intensity and Anxiety Level in Preoperative Period of Cardiac Patients. Biomed Res Int. 2016; 2016:1248396. doi:10.1155/2016/1248396.

4. Navarro-García MA, Marín-Fernández B, de Carlos-Alegre V, et al. Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardíaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Española Cardiol*. 2011; 64(11):1005-1010.
5. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. JA Barrilero Gómez, JA Casero Mayorga. *Rev Enferm* {serie en..., 1998- previa.uclm.es
6. López Ibor MI. *Anales de Medicina Interna*. Vol 24. Arán Ediciones, S.A; 2007. Servicio de Psicología Clínica. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid
7. Carlos Castro Dono, Fernando Iglesias Gil de Bernabé, Luis Ferrer i Balsebre, Gonzalo Martínez Sande. *Psiquiatría de Enlace y "Área del Corazón"*. Cuadernos de atención primaria, ISSN-e1134-3583, Vol. 9, N°1, 2002, págs. 34-38
8. Débora Maria Mendonça da Cunha, Thaynara Silva dos Anjos, Cristiane Franca Lisboa Gois, Maria Claudia Tavares de Mattos, Luísa Vale Carvalho, Jones de Carvalho, Flávio Aragao Silva, Débora Almeida Silveria Sobral, Kamila de Mendonça Fialho, Eliane Ofelia Llapa Rodríguez. *Depressive Symptoms in patients with coronary artery disease. Investigación y educación en Enfermería*, ISSN 0120-5307, ISSN-e 2216-0280, Vol. 34, N° 2, 2016, págs. 323-328
9. Theobald K, McMurray A. Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *J Adv Nurs*. 2004; 47(5):483-491. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03127.x.
10. Rosiek A, Kornatowski T, Rosiek-Kryszewska A, Leksowski Ł, Leksowski K. Evaluation of Stress Intensity and Anxiety Level in Preoperative Period of Cardiac Patients. *Biomed Res Int*. 2016; 2016:1248396. doi:10.1155/2016/1248396.
11. Heilmann C, Stotz U, Burbaum C, et al. Short-term intervention to reduce anxiety before coronary artery bypass surgery - a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2016; 25(3-4):351-361. doi:10.1111/jocn.13055.
12. Clark AM, Reid ME, Morrison CE, Capewell S, Murdoch DL, McMurray JJ. The complex nature of informal care in home-based heart failure management. *J Adv Nurs*. 2008; 61(4):373-383. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04527.x.
13. Gürsoy A, Candas B, Güner S, Yilmaz S. Preoperative Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 2016 vol: 31 (6)
14. Fredericks S, Bechtold A. Challenges associated with delivering education to patients after heart surgery. *Japan J Nurs Sci*. 2014; 11(3):223-227. doi:10.1111/jjns.12022.
15. (23). Guo P. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *J Clin Nurs*. 2014; 24(1-2):34-46. doi:10.1111/jocn.12618
16. Maritza J. Rojas, Doris Azevedo Pérez. Saber, Universidad de Oriente, Venezuela. Vol. 25 N° 3: 273-278. (2013) ISSN: 1315-0162 / Depósito Legal pp 198702SU187 Estrategia de Enfermería para disminuir los niveles de Ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumana, Venezuela.
17. M^a del Mar Arquellada Martínez, Rocío Bombín Benito, Concepción Cruzado Álvarez. Plan de cuidados estandarizado en pacientes sometidos a bypass y/o procedimiento valvular cardíaco con cirugía mayor.
18. M. Carmen Terol-Cantero, Víctor Cabrera-Perona, Maite Martín-Aragón. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS en muestras.
19. Barth J, Martin CR. Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in German coronary heart disease patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2005; 3:15.
20. Martin CR, Thompson DR, Chan DS. An examination of the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Chinese patients with acute coronary syndrome. *Psychiatry Res*. 2004; 129:279-88.
21. Barrilero JA, Casero JA, Cebrián F, Córdoba CA, García F, Gregorio E, et al. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada.

22. López-Roig S, Terol MC, Pastor MA, Neipp MC, Massutí B*, Rodríguez-Marín J, Leyda JI, Martín-Aragón M y Sitges E. Dpto. de Psicología de la Salud Universidad "Miguel Hernández". *Servicio de Oncología. Hospital General Universitario de Alicante. "Ansiedad y Depresión. Validación de la Escala HADS en pacientes oncológicos".
23. (15). Guo P. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *J Clin Nurs*. 2014; 24(1-2):34-46. doi:10.1111/jocn.12618
24. Ramesh C, Nayak BS, Pai VB, Patil NT, George A, George LS, Devi ES. Effect of Preoperative Education on Postoperative Outcomes Among Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. doi: 10.1016/j.jopan.2016.11.011
25. Zhang, Chun-Yan RN; Jiang, Yong RN; Yin, Qiu-Yang RN; Chen, Feng-Jiao RN; Ma, Long-Le MD; Wang, Le-Xin MD. Impact of Nurse-Initiated Preoperative Education on Postoperative Anxiety Symptoms and Complications After Coronary Artery Bypass Grafting, *PhD Journal of Cardiovascular Nursing: January/February 2012- Volume 27. Issue 1 p 84-88.* doi: 10.1097/JCN.0b013e3182189c4d
26. Diana María Agudelo Vélez, 1 Lina Marcela Lucumí Acelas y Yannin Juliana Santamaría Quiroga. Pontificia Universidad Bolivariana - Bucaramanga (Colombia) Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga.
27. María del Sol García Ortégón, Enrique Gómez Álvarez, Guillermo Díaz Quiroz. Satisfacción del Usuario como un indicador de Calidad en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2011; 16(4):208-214
28. Margo A. Halm, PhD, RN, ACNS-BC, NEA-BC, FAHA. Care of Patients Undergoing Interventional Cardiology Procedures. "Specific needs, concerns, strategies and advice of caregivers after coronary artery bypass surgery" Salem Health, 890 Oak Street SE, Salem, OR 97301, USA
29. Bagés Fortacín, Cristina, Lleixà Fortuño, María del Mar, Español Puig, Cristina, Imbernón Casas, Gloria, Munté Prunera, Nuria, Vázquez Morillo, Dolores. "Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar"
30. Fernando Gordillo Leóna, José M. Arana Martíneza, Lilia Mestas Hernández. Tratamiento de la Ansiedad en pacientes prequirúrgicos.
31. M^a del Mar Arquellada Martínez, Rocío Bombín Benito, Concepción Cruzado Álvarez. Plan de Cuidados estandarizado en pacientes sometidos a by pass y/o procedimiento valvular cardiaco con cirugía mayor.
32. Cathy Brennan, Anne Worrall-Davies, Dean McMillan, Simon Gilbody, Allan House. The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability. Institute of Health Sciences, University of Leeds, UK. Received 29 July 2009; received in revised form 25 March 2010; accepted 19 April 2010
33. Carlos Eduardo Peres Sampaio, Dayane de Araujo Ribeiro, Cristiano Bertolossi Marta³, Helio Casemiro Seabra Junior, Elizabeth Rose, Marcio Tadeu Ribeiro Francisco. DETERMINANT FACTORS OF THE ANXIETY AND MECHANISMS OF COPING ON GENERAL SURGICAL PROCEDURE. Doi: 10.9789/2175-5361
34. Virginie Pignay-Demaria, MD, François Lespérance, MD, Roland G. Demaria, MD, PhD, Nancy Frasure-Smith, PhD, and Louis P. Perrault, MD, PhD. Depression and Anxiety and Outcomes of Coronary Artery Bypass Surgery.
35. Rosa Isabel Sánchez Alonso, Gemma Prieto de Lamo. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enfermería clínica*: www.elsevier.es/enfermeriaclinica.
36. Inmaculada Orihuela-Pérez Jose Antonio Pérez-Espinosa, Tomás Aranda-Salcedo, Jaime Zafra-Norte, Rosa María Jiménez-Ruiz, Angel Martínez-García, Amanda Rocío González Ramírez y Francisco Miguel Escobar-Julián. Dirección de Enfermería, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España. *Enfermería clínica*: www.elsevier.es/enfermeriaclinica.

ANEXO 1. Cuestionario de ansiedad/depresión de HADS

La Escala de Ansiedad y Depresión HADS (por sus siglas en inglés: Hospital Anxiety and Depression Scale), es un instrumento que evalúa la Ansiedad y la Depresión y fue diseñada para poder usarse en contextos médicos no psiquiátricos. Se trata de un Cuestionario tipo Likert de 14 ítems con 4 posibles respuestas (cognitivas, emocionales y comportamentales de la ansiedad y depresión) cuyas puntuaciones van de 0 a 3. Los ítems impares evalúan el nivel de Ansiedad y los ítems pares evalúan el nivel de Depresión. Tiene una alta aplicabilidad debido a su sencillez y brevedad y se aplica en numerosas muestras poblacionales, entre ellas pacientes con enfermedad física y pacientes quirúrgicos.

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

Versión original de Zigmond y Snaith, 1983

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS) REVIEW IN SPANISH SAMPLES.

Maria C. Terol-Cantero, Victor Cabrera-Perona, Maite Martín-Aragón

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada frase y marque la respuesta (X) que más se ajusta a cómo se sintió durante la última semana. No hay respuestas buenas ni malas. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta.

1. Me siento tenso o nervioso.
 - Todos los días
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.
 - Como siempre
 - No lo bastante
 - Sólo un poco
 - Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
 - Definitivamente, y es muy fuerte
 - Sí, pero no es muy fuerte
 - Un poco, pero no me preocupa
 - Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
 - Al igual que siempre lo hice
 - No tanto ahora
 - Casi nunca
 - Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
 - La mayoría de las veces
 - Con bastante frecuencia
 - A veces, aunque no muy a menudo
 - Sólo en ocasiones
6. Me siento alegre.
 - Nunca
 - No muy a menudo
 - A veces
 - Casi siempre
7. Puedo estar sentado cómodamente y sentirme relajado.
 - Siempre
 - Por lo general
 - No muy a menudo
 - Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
 - Por lo general, en todo momento
 - Muy a menudo
 - A veces
 - Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.
 - Nunca
 - En ciertas ocasiones
 - Con bastante frecuencia
 - Muy a menudo
10. He perdido interés en mi aspecto personal.
 - Totalmente
 - No me preocupo tanto como debiera
 - Podría tener un poco más de cuidado
 - Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
 - Mucho
 - Bastante
 - No mucho
 - Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro.
 - Igual que siempre
 - Menos de lo que acostumbraba
 - Mucho menos de lo que acostumbraba
 - Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Rara vez

14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

Puntuación Subescala Ansiedad:

Puntuación Subescala Depresión:

PUNTUACIÓN TOTAL:

ANEXO 2. Intervención de enfermería/intervención educativa

CUIDADOS POSTOPERATORIOS DE ENFERMERÍA EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN:

1. Es posible que a su llegada a planta sea portador de unos drenajes torácicos: se implantan durante la cirugía para eliminar el exceso de contenido en forma de líquido seroso-hemático que se genera en la cavidad torácica. Son uno o varios tubos de polietileno, muy resistentes, que van a parar a un recipiente conectado a un sistema de aspiración para hacer efectiva la salida de líquido. Los portará los primeros días del postoperatorio hasta que su cirujano considere su retirada.

Es importante que sepa que mientras está conectado el drenaje al sistema de aspiración de su habitación emitirá un sonido parecido al de una “olla de cocción”, se trata de un sistema de burbujeo que tiene el drenaje necesario para realizar la aspiración. (Es posible que estos drenajes sean retirados en la unidad de cuidados postquirúrgicos si su cirujano así lo considera).

2. Actividad cama-sillón: es importante que en las primeras horas en planta de hospitalización se levante de la cama y quede sentado en el sillón para facilitar la total evacuación del líquido que va a parar a los drenajes. Siempre se levantará con ayuda del personal de Enfermería, mientras esté conectado a los drenajes no podrá levantarse sólo de la cama ni tampoco ir al baño. Se le proporcionará botella o cuña para hacer sus necesidades y manteniendo la intimidad necesaria.
3. Es posible que a su llegada a planta de hospitalización sea portador de Sonda Vesical para salida de la orina. Se retirará si su cirujano lo considera oportuno y es importante que comunique al personal del Enfermería cualquier molestia así como la primera micción una vez retirada. Puede notar ligero escozor en la zona al retirarla y es importante que beba agua para facilitar la micción.
4. Vías venosas: puede que sea portador de una vía venosa central, normalmente colocada en el cuello y que facilita la administración de toda la medicación o transfusiones sanguíneas que pueda necesitar. También facilita la extracción de sangre para análisis. Se retirará una vez que su médico lo indique y comprobaremos que al menos una de sus vías periféricas es permeable y está en buen estado.
5. Control de entradas y salidas de líquidos: debe controlar los líquidos que ingiere, el personal de Enfermería le preguntará por turno la cantidad de líquido en forma de agua, café, zumos, caldos... y a su vez, medirá su diuresis. Para ello se le facilitará un bote de recogida y se vaciará por turno. De esta manera se hace un balance hídrico y observamos que sus pérdidas van siendo mayores que sus entradas y que elimina todo el líquido que se retiene tras la cirugía.
6. Peso diario. Todos los días antes de desayunar el personal de Enfermería le pesará para de esta forma también observar la pérdida de peso diaria ya que el peso aumenta tras la cirugía por el líquido acumulado. Lo ideal es llegar al peso con el que ingresó.
7. Espirómetro incentivador. Le proporcionaremos un aparato con unas “bolitas” en su interior para fortalecer la capacidad respiratoria y de la musculatura torácica debilitada tras la apertura del tórax en la cirugía. Con ello también se movilizan secreciones que han quedado acumuladas y se favorece su expulsión.
8. Oxígeno en gafas nasales. Será portador de oxigenoterapia los primeros días en planta. La concentración se ajustará a sus necesidades y se irá retirando paulatinamente.
9. Herida quirúrgica. La herida en el centro del tórax será limpiada y curada todos los días de forma aséptica por el personal de Enfermería. Si Vd. ha sido intervenido de una Revascula-

rización Miocárdica o By-pass puede que tenga también alguna incisión quirúrgica en algún miembro inferior y/o superior (según su operación y la actuación de su cirujano) que serán valoradas y curadas por el personal de Enfermería, explicándole cada día su evolución y los cuidados que tendrá que seguir una vez sea dado de alta.

También tendrá unos puntos de seda (de la retirada de los drenajes torácicos), que se retiran normalmente a los 15 días de la intervención (si Vd. ya ha sido dado de alta estos puntos se los retirarán en su Centro de Salud)

10. Cables de Marcapasos epicárdicos. Es posible que sea portador de 1 ó más "hilos" que están anudados en la parte inferior de su herida torácica. Sirven para conectar un Marcapasos externo en caso necesario si su médico lo indica. Los mantendrá unos días tras la cirugía y los retiraremos, previo control de su coagulación sanguínea, antes de marcharse de alta.
11. Movilización: es importante y beneficioso para su recuperación que se comience a movilizar lo antes posible y de forma paulatina.
12. Debe dormir boca arriba después de la intervención y durante, al menos, el primer mes. Cuando vaya a levantarse de la cama lo debe hacer ayudándose de una cinta que anudaremos en la parte de atrás de la cama, siempre se incorporará con el tórax totalmente recto. Al levantarse del sillón apoyará sus manos en sus rodillas para tomar impulso. Se abrazará el tórax cuando vaya a toser o estornudar. Todo ello previene que su esternón pueda soltarse y facilita su correcto cierre y cicatrización.
13. Dieta: al llegar a planta le ofreceremos una dieta blanda y, progresivamente, su dieta será normal, en la mayoría de los casos sin sal y sin grasas, así deberá mantenerla en su domicilio.
14. Toma de constantes vitales: controlaremos al menos una vez por turno, sus cifras de Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca y Temperatura corporal.
15. Control del dolor: es importante que nos haga saber cuando tiene dolor y la intensidad del mismo para lograr un control óptimo y un estado confortable mediante la administración de los analgésicos pautados por su cirujano.
16. Sueño y descanso: durante las primeras noches tras la cirugía puede que se siente más intranquilo y con menos capacidad para conciliar el sueño. Para favorecer su descanso le ofreceremos infusiones relajantes a la hora de dormir y, si lo necesita, medicación relajante pautada por su cirujano.