

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética
España

Alcázar-Gabás, M.; Fidalgo-Pamplona, M.P.; Laplana-Miguel, O.
Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 40, núm. 2, junio, 2014, pp. 159-169
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533796005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados

Anxiety perceived by burned hospitalized patients in a Burn Unit



Alcázar-Gabás, M.

Alcázar-Gabás, M.*, Fidalgo-Pamplona, M.P.*, Laplana-Miguel, O.*

Resumen

El presente trabajo, pretende describir el estado de ansiedad que experimentan los pacientes ingresados en una Unidad de Quemados.

Uno de los factores clave en los cuidados del paciente quemado es una buena atención psicológica. La realidad demuestra que es el profesional de enfermería quien observa los síntomas emocionales durante los primeros días de ingreso y trata de responder a esa demanda de cuidado.

Pretendemos, a través de la medición del nivel de ansiedad que perciben los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados elegida para nuestro estudio durante el primer semestre del año 2009, identificar a aquellos que estén en riesgo de padecer mayores niveles de ansiedad durante su hospitalización, para así poder establecer un plan de cuidados adaptado a las necesidades emocionales de cada uno.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que los pacientes quemados ingresados en la Unidad de Quemados presentaron niveles elevados de ansiedad que son superiores entre la población femenina, así como en aquellos pacientes con lesiones de mayor extensión. Determinamos también que los pacientes ingresados por quemaduras en la Unidad de Quemados a estudio fueron mayoritariamente varones, de nacionalidad española, residentes en medio urbano con una media de edad de 50 años, siendo las quemaduras producidas por llama en accidentes domésticos la causa más frecuente.

Palabras clave Quemaduras, Paciente quemado, Ansiedad.

Nivel de evidencia científica II

Abstract

This paper intends to describe the state of anxiety experienced by burned patients in a Burn Unit.

A key factor in burned patients care comes from a good psychological attention. The reality shows that the nursing professional observes the emotional symptoms during the first days of admission, and tries to answer the demand for care.

Through measuring the perceived level of anxiety in patients admitted to the Burn Unit of choice for our study during the first half of 2009, we intend to identify those who are at risk for higher levels of anxiety during hospitalization, in order to establish a plan of care tailored to the emotional needs of each one.

The results allow us to conclude that burnt patients admitted to the Burn Unit have high levels of anxiety; those levels are higher among women and inpatients with more extensive lesions. We also determined that patients admitted for burns in the Burn Unit of our study were mostly male, of Spanish nationality, living in an urban environment, mean age 50 years, and the flame burns and household accidents were the most common cause.

Key words Burns, Burned patient, Anxiety.

Level of evidence II

Introducción

Las quemaduras son una de las más graves agresiones físicas que puede sufrir un ser humano. Este tipo de lesiones constituyen un problema de salud importante dada la magnitud de su gravedad y la vulnerabilidad de determinados grupos de riesgo, como son la población infantil y las personas de edad avanzada, a lo que se suma los altos costes asociados a su tratamiento (1-3).

Se trata de un problema de salud de dimensión mundial. Se estima que un 1% de la población ha sufrido un accidente grave por quemaduras, de las que unas 500.000 precisan atención sanitaria y alrededor de 2 millones son lo suficientemente graves como para impedir una actividad diaria normal. En Europa, las quemaduras suponen aproximadamente un 5% del total de los casos de trauma accidental y la mortalidad atribuida a este tipo de accidente en la actualidad es de alrededor de 2 por cada 100.000 habitantes. En España, aproximadamente el 5% de estos pacientes fallece durante su estancia hospitalaria (3).

En la mayoría de países desarrollados, los quemados son tratados en unidades especializadas ya que presentan las características propias de los pacientes críticos. Estas unidades han supuesto en el último siglo un importante adelanto en el tratamiento de las quemaduras, pero estos pacientes están en una situación de aislamiento sólo alterada por un régimen restringido de visitas, que dista mucho de la cercanía que necesita el ser humano en un momento tan estresante en su vida como éste (4,5).

Hay constancia de que los pacientes quemados presentan una elevada incidencia de problemas psicológicos derivados del accidente; experimentan una transformación muy importante de su imagen corporal de forma brusca y traumática, sobre todo si las quemaduras afectan a zonas que no se pueden ocultar o si han sufrido amputaciones (6-8). Durante su hospitalización, viven de manera súbita un cambio especialmente complejo en sus patrones de vida que les coloca en una posición de mayor vulnerabilidad física y emocional con respecto a otros tipos de pacientes (6). El estrés postraumático derivado del miedo por el accidente sufrido y los trastornos de ansiedad generados principalmente por el miedo anticipado a lo que les va a ocurrir en un futuro (desfiguración, cirugía reconstructiva, cambios en el rol familiar y laboral, etc.), así como otras circunstancias derivadas del ambiente hospitalario en el que se encuentran (por ejemplo, el ruido continuo de los aparatos), son problemas muy frecuentes durante la hospitalización del paciente quemado (9).

La ansiedad está recogida dentro de los diagnósticos de enfermería de la NANDA (*Nor American Nursing Diagnosis Association*), donde se define como: “vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro”. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite

tomar medidas para afrontarlo (10). El trastorno de ansiedad que frecuentemente sufre el paciente quemado hace que su tratamiento sea una tarea estresante tanto para el propio paciente como para el equipo sanitario que lo atiende, de forma que los temas psicológicos y sociales pasan a ser parte integral del tratamiento desde el momento de la lesión, hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente (6, 9). Incluso los propios pacientes, llegan a manifestar su preocupación por la ansiedad que perciben y sugieren medidas básicas como que la comunicación, un ambiente adecuado o el tratamiento farmacológico mediante ansiolíticos, lograrían mejorar su estado de ansiedad y por tanto facilitarles una recuperación más precoz (11).

La importancia de reconocer el estado de ansiedad de los pacientes quemados está ampliamente reconocida. Durante los últimos años numerosas publicaciones han discutido y analizado la ansiedad percibida por el paciente quemado durante su hospitalización, destacando la necesidad de protocolizar e implantar la atención psicológica a todos estos pacientes, determinando el grado de ansiedad que sufren durante sus primeros días de ingreso hospitalario a fin de identificar a aquellos en riesgo de padecer mayores niveles de ansiedad durante su hospitalización y establecer un plan específico de cuidados que brinde atención psicológica adaptada a cada individuo, en todos los niveles asistenciales (12-17).

El cuidado de estos pacientes supone un reto para el personal de enfermería encargado de este tipo de cuidados, ya que debe proporcionar una atención especializada tanto en el plano biológico como en el psicosocial. La realidad demuestra que es el profesional de enfermería quien observa los síntomas emocionales durante los primeros días de ingreso del paciente quemado, y quien trata de responder a esa demanda de cuidado.

El presente trabajo pretende describir el estado de ansiedad de los pacientes ingresados durante más de una semana en la Unidad de Quemados del hospital Miguel Servet de Zaragoza, España, a la vez que analizamos su perfil sociodemográfico e identificamos las causas más frecuentes de las quemaduras entre la población a estudio.

Material y método

Realizamos un estudio descriptivo transversal en el que la población de estudio estuvo constituida por aquellos pacientes quemados ingresados en la Unidad de Quemados del hospital Miguel Servet de Zaragoza, España, durante el periodo de 6 meses establecido entre el 1 de enero y el 30 de junio del 2009.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años, sin antecedentes de patología psiquiátrica, que requirieron al menos una semana de ingreso, que dieron su consentimiento y cuyo estado cognitivo les permitió contestar a los cuestionarios.

Para la recogida de datos, elaboramos un cuestionario *ad hoc* con todas las variables a estudio, en 2 partes:

- La primera parte incluyó la información sobre las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes y la llevamos a cabo mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes del grupo de estudio recogiendo los siguientes datos:
 - Edad (en años).
 - Sexo.
 - Extensión de la quemadura, expresada mediante el índice de superficie corporal quemada (%SCQ).
 - Causa de la quemadura (escaldadura, llama, eléctrica, química o por contacto).
 - Localización de la quemadura (extremidades, tronco, cara, extremidades y tronco, extremidades y cara, tronco y cara o todo el cuerpo).
 - Profundidad de la lesión según la clasificación de Benaïm (18).
 - Tipo de accidente que causó la quemadura (doméstico, laboral, casual o autolisis).
 - Tratamiento precisado (quirúrgico o no quirúrgico).
 - Tiempo de ingreso en la Unidad de Quemados (en días).
 - Nacionalidad (española o no española).
 - Lugar de residencia habitual (de la Comunidad Autónoma de Aragón, a la que corresponde el hospital donde realizamos el estudio, y en tal

- caso si el paciente reside en medio rural o urbano, o de otra comunidad autónoma).
- Índice de gravedad: determinada mediante el índice de Garcés, que también estima la probabilidad de mortalidad de éstos pacientes en función de dos parámetros: la edad y %SCQ (19).
- La segunda parte incluyó la Subescala de Ansiedad Hospitalaria de Zigmond y Snaith (Tabla I), extraída de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) de Zigmond y Snaith (1983) (20). Esta escala fue traducida y adaptada al español por Snaith en colaboración con Bulbena A. y Berrios G., y validada para la población española por Tejero y col. (1986) (21). Consta de un cuestionario de 7 ítems seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad. La intensidad o frecuencia del síntoma se evaluó en una escala de Likert de 4 puntos (rango de 0-3) con diferentes formulaciones de respuesta. El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana, razón por la cual los pacientes de nuestro grupo de estudio fueron entrevistados al séptimo día de ingreso. La puntuación se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas. La bibliografía revisada, toma los

Tabla I. Subescala hospitalaria de ansiedad

<p>1. Me siento tenso o “molesto”</p> <ul style="list-style-type: none"> • (3) Todos los días • (2) Muchas veces • (1) A veces • (0) Nunca <p>2. Tengo una gran sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder</p> <ul style="list-style-type: none"> • (3) Totalmente, y es muy fuerte • (2) Sí, pero no es muy fuerte • (1) Un poco pero no me preocupa • (0) Nada <p>3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • (3) La mayoría de las veces • (2) Con bastante frecuencia • (1) A veces, aunque no muy a menudo • (0) Sólo en ocasiones <p>4. Puedo estar sentado tranquilamente, y sentirme relajado</p> <ul style="list-style-type: none"> • (0) Siempre • (1) Por lo general • (2) No muy a menudo • (3) Nunca 	<p>5. Tengo sensación de miedo, como de aleteo en el estómago</p> <ul style="list-style-type: none"> • (0) Nunca • (1) En ciertas ocasiones • (2) Con bastante frecuencia • (3) Muy a menudo <p>6. Me siento inquieto como si estuviera continuamente en movimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • (0) Nada • (1) No mucho • (2) Bastante • (3) Mucho <p>7. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico</p> <ul style="list-style-type: none"> • (3) Muy frecuentemente • (2) Bastante a menudo • (1) No muy a menudo • (0) Nada <p>TOTAL:</p> <p>0-7: NO ANSIEDAD</p> <p>8-10: DUDOSO</p> <p>> 11: TRASTORNO ANSIEDAD</p>
---	--

siguientes niveles de corte para establecer si realmente la persona entrevistada experimenta ansiedad clínica o no: de 0 a 7 puntos, no presenta ansiedad; de 8 a 10 puntos se define como “caso dudoso”; y finalmente, una puntuación superior o igual a 11 puntos determina que el sujeto entrevistado padece un trastorno de ansiedad (17).

Todas las entrevistas a los pacientes se hicieron de forma totalmente anónima y confidencial.

Variables independientes

Determinamos las variables sociodemográficas de los pacientes del grupo de estudio: edad (en años), sexo, nacionalidad y lugar de residencia. Es necesario aclarar que consideramos como pacientes residentes en medio rural a aquellos que vivían en localidades fuera de las ciudades de Zaragoza, Huesca o Teruel (Comunidad Autónoma de Aragón); y como residentes en medio urbano, a aquellos que vivían en otras ciudades de las provincias de Zaragoza, Huesca o Teruel.

Otras variables independientes fueron las relacionadas con las características de las quemaduras de los pacientes durante su hospitalización: extensión de la quemadura (%SCQ), índice de gravedad en el momento del ingreso según Garcés (leve, moderado, grave, crítico o letal), causa de la quemadura, localización, profundidad según la clasificación Benaim (AB+A=segundo grado superficial, AB+B=segundo grado profundo, B=tercer grado), tipo de accidente, tratamiento precisado y el tiempo de ingreso en días.

Variables dependientes

Niveles de ansiedad percibidos obtenidos mediante la Subescala de Ansiedad Hospitalaria.

Tratamiento de datos

Una vez obtenidos los datos mediante el cuestionario diseñado al efecto, se recogieron en una tabla en formato Microsoft Office Excel 2003 y se importaron al paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 15.0 (22).

a) Análisis descriptivo:

Para el análisis descriptivo univariante, obtuvimos y representamos en las tablas correspondientes las medias, desviaciones estándar y rangos de las variables cuantitativas. En el caso de las variables cualitativas, obtuvimos las frecuencias (número de casos) y los porcentajes correspondientes.

Para el análisis descriptivo bivariante de las variables cualitativas, realizamos tablas de contingencia.

b) Contraste de hipótesis:

Para el contraste de hipótesis utilizamos los siguientes test estadísticos:

- T de Student para la comparación de medias y estudio de la relación entre la variable dependiente

“ansiedad” y las variables cualitativas dicotómicas. Finalmente, determinamos la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene para la igualdad de varianzas y asignamos un nivel de significación de $p < 0,005$ con un índice de confianza (IC) del 95%.

- Para establecer la correlación entre las variables cuantitativas empleamos el índice de correlación de Pearson.
- Para analizar la significación entre las variables cuantitativas y las cualitativas nominales, establecidas en rangos, empleamos el Test de Kruskal-Wallis.

Recordamos, que el nivel de significación asignado fue de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio de 6 meses comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio del 2009, se recibieron un total de 54 pacientes en la Unidad de Quemados del hospital Miguel Servet de Zaragoza, España. De ese total de pacientes, excluimos para nuestro estudio 18 pacientes: 1 por diagnóstico diferente de quemaduras; 5 por defunción en la primera semana de ingreso; y 12 por evolución favorable y alta de la Unidad en menos de una semana desde su ingreso. Finalmente la muestra quedó constituida por 36 pacientes ($n=36$).

Resultados en relación con las características sociodemográficas de la población de estudio

Del total de 36 pacientes, 23 eran varones (63,9%) y 13 mujeres (36,1%), con una media de edad de $50 \pm 17,33$ años, en un intervalo de 22 a 78 años. La mayoría de los pacientes, 26 (72,2%), fueron de nacionalidad española, y 10 (27,8%) de otra nacionalidad. Consideramos de interés si los pacientes residían en medio rural, urbano o en otra comunidad autónoma: 9 pacientes (25%) procedían de otra comunidad, 16 (44,4%) de medio urbano y 11 (30,6%) de medio rural (Tabla II).

Resultados en relación con las características asociadas a la lesión

Este apartado hace referencia a los resultados obtenidos en cuanto a las circunstancias en las que se produjo la lesión relacionadas con la causa y el tipo de accidente, así como el tamaño, profundidad y localización de las quemaduras. También describe la gravedad de los pacientes en el momento del ingreso en la Unidad, el tratamiento precisado y la duración de su estancia hospitalaria.

Como podemos ver en la Tabla III, determinamos que la causa más frecuente de quemaduras fue la llama en 17 casos (47,2%), seguida de la escaldadura en 14 casos (38,9%). En 2 casos las quemaduras fueron producidas por corriente eléctrica, en otros 2 (5,6%) por causa química y en 1 caso (2,8%) por contacto con fuente de calor.

Tabla II. Características socio-demográficas de la población a estudio

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO		
Población	N=36	N=36
Edad	Media: 50	DE: +17,33 Rango: 22-78
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Varones	23	63,90%
Mujeres	13	36,10%
Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Española	26	72,20%
Otra	10	27,80%
Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Otra comunidad	9	25%
Urbano	16	44,40%
Rural	11	30,60%

En el Gráfico 1 presentamos la distribución de la causa de las quemaduras por sexo, determinando que la más frecuente entre las mujeres fue la escaldadura mientras que en los varones fue la llama.

El tipo de accidente más frecuente fue el doméstico, en 19 casos (52,8%), seguido del casual en 9 casos (25%) y del laboral en 7 casos (19,4%). Solo hubo 1 caso (2,8%) de quemadura por intento de autolisis.

En el Gráfico 2 observamos que el 92,3% de las mujeres (12 casos) sufrió accidente de tipo doméstico y que el 7,7% de las mujeres (1 caso) sufrió accidente por autolisis. Por otro lado, entre los varones, el tipo de accidente más frecuente fue el casual, en 9 casos (39,1% de los varones), seguido del accidente de tipo doméstico y del laboral, que se dieron en igual proporción, 7 casos de cada tipo (30,4% de los varones). No se produjeron accidentes por autolisis entre los varones.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre la profundidad de las quemaduras que presentaban los pacientes ingresados, su localización, tipo de tratamiento precisado y nivel de gravedad, quedan reflejados en la Tabla IV en la que podemos observar que mayoritariamente se trató de quemaduras tipo AB+B (segundo grado profundo),

Tabla III. Características relacionadas con la lesión. Frecuencias y porcentajes de las variables "causa de quemadura" y "tipo de accidente" en la población a estudio distribuidas por sexo.

CAUSA DE LA QUEMADURA						
	VARONES		MUJERES		TOTAL DE LA POBLACIÓN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Escaldadura	2	8,7%	12	92,3%	14	38,9%
Llama	17	73,9%	0	–	17	47,2%
Eléctrica	1	4,3%	1	7,7%	2	5,6%
Química	2	8,7%	0	–	2	5,6%
Por contacto	1	4,3%	0	–	1	2,8%
TOTAL	23	100%	13	100%	36	100%

TIPO DE ACCIDENTE						
	VARONES		MUJERES		TOTAL DE LA POBLACIÓN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Doméstico	7	30,4%	12	92,3%	19	52,8%
Laboral	7	30,4%	–	–	7	19,4%
Casual	9	39,1%	–	–	9	25%
Autolisis	0	–	1	7,7%	1	2,8%
TOTAL	23	100%	13	100%	36	100%

Gráfico 1

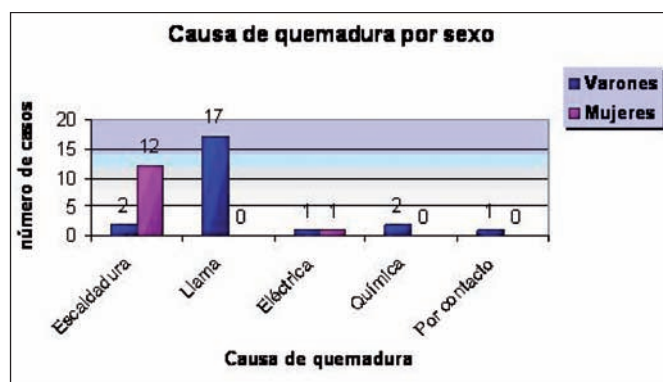


Gráfico 2

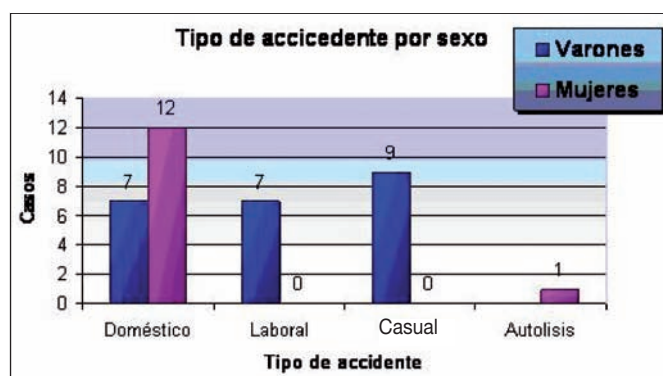


Tabla IV. Características relacionadas con las lesiones: frecuencias y porcentajes de profundidad, localización, clase de tratamiento y gravedad de la población a estudio

CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES: VARIABLES CUALITATIVAS		
	Frecuencias	Porcentajes
Profundidad		
AB+B	20	55,6%
AB+A	14	38,9%
B	2	5,5%
Localización		
Extremidades (EE)	20	55,6%
Tronco	2	5,6%
Cara	1	2,8%
EE+cara	7	19,4%
EE+tronco	6	16,7%
Clase de tratamiento		
No intervención quirúrgica	7	19,4%
Intervención quirúrgica	29	80,6%
Gravedad		
Leve	7	19,4%
Moderada	19	52,8%
Grave	10	27,8%

20 casos (55,6%); en 14 casos (38,9%) fueron tipo AB+A (segundo grado superficial) y en 2 casos (5,6%) fueron tipo B (tercer grado). Durante su estancia, un 80,6% de los pacientes (29 casos) precisó intervención quirúrgica mientras que un 19,4% (7 casos) evolucionó favorablemente sin precisar intervención quirúrgica. Asimismo, la localización más frecuente de las lesiones fue en las extremidades, 20 casos (55,6%); 7 casos (19,4%) presentaron quemaduras en extremidades y cara; 6 casos (16,7%) en tronco y en cara; 2 casos (5,6%) en tronco; y 1 caso (2,8%) en extremidades y tronco (Tabla IV).

Por último, en la Tabla V, podemos ver que los niveles de gravedad media de la población fueron de $56,83 \pm 18,41$ puntos, con un rango de 13 a 97 puntos. En este sentido vemos también que el 52,8% de la población de estudio presentó una gravedad moderada, un 27,8% fueron pacientes graves en los que la posibilidad de muerte era mayor que la de supervivencia, mientras que un 19,4% fueron pacientes con gravedad leve, sin riesgo de mortalidad.

También en Tabla V recogemos los datos de estancia media de los pacientes y la extensión de las quemaduras (%SCQ). La media de ingreso en la Unidad fue de $15,31 \pm 6,76$ días, con un intervalo de 8 a 40 días, y la extensión de las quemaduras fue como media del $7,94 \pm 8,17\%$ de SCQ, con un intervalo del 1% al 32% de SCQ.

Resultados en relación con los niveles de ansiedad percibidos por la población de estudio

A continuación interpretamos los resultados obtenidos en la Subescala de Ansiedad Hospitalaria de Zigmond y Snaith que presentamos en la Tabla VI.

Obtuvimos niveles de ansiedad elevados en la mayoría de la población, con un total de 15 casos (41,7% de la población de estudio) con una puntuación superior a 10 puntos y por tanto, diagnóstico de trastorno de ansiedad. En 11 casos (30,6%) los niveles de ansiedad fueron bajos (de 0 a 7 puntos), descartando en este grupo un trastorno de ansiedad. Por último, en 10 casos (27,8%), los niveles de ansiedad estuvieron en niveles medios (de 8 a 10 puntos), y no se pudo por tanto afirmar ni descartar trastorno de ansiedad.

Tabla V. Características relacionadas con las lesiones. Media, desviación estándar y rango de las variables cuantitativas: días de ingreso, extensión de la lesión y niveles de gravedad

CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES: VARIABLES CUANTITATIVAS		
Extensión de las lesiones (SCQ%)	Media: 7,94	DE*: +8,17 Rango 1-32
Días de ingreso	Media: 15,31	DE: +6,76 Rango 8-40
Niveles de gravedad	Media: 56,83	DE: +18,41 Rango 13-97

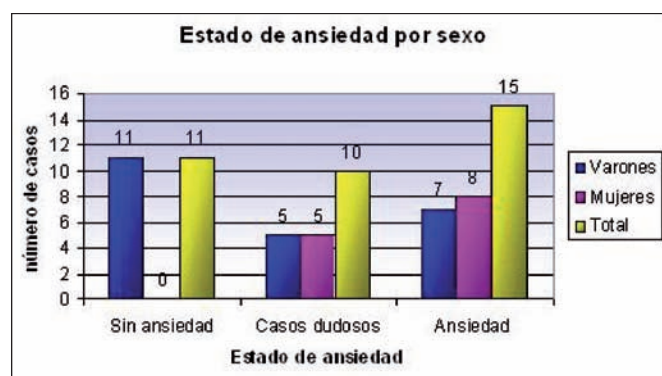
*DE= Desviación Estandar

Tabla VI. Resultados de ansiedad percibida por la población a estudio

CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD POR SEXO Y EN TODA LA POBLACIÓN A ESTUDIO						
Estado de ansiedad	Varones		Mujeres		Total	
Media	7,61		11		8,83	
DE*	+5,34		+2,57		+4,77	
RANGO	-		-		0-19	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Sin trastorno de ansiedad	11	47,80%	0	0%	11	30,60%
Casos dudosos	5	21,70%	5	38,50%	10	27,80%
Con trastorno de ansiedad	7	30,40%	8	61,50%	15	41,70%
Total	23	100%	13	100%	36	100%

*DE= Desviación Estandar

Gráfico 3



La media de ansiedad percibida por la población de estudio se situó en $8,83 \pm 4,778$, con un rango de 0 a 19 puntos.

La distribución por sexo determinó que un 61,5% de las mujeres presentó niveles elevados de ansiedad, que el 38,5% presentó niveles medios de ansiedad, siendo casos dudosos, y finalmente, que ninguna mujer tuvo niveles bajos de ansiedad. Con respecto a los varones, la mayoría, un 47,8%, presentó niveles bajos de ansiedad, descartando este tipo de trastorno durante su hospitalización, mientras que un 30,4% presentó niveles elevados de ansiedad y un 21,7% fueron casos dudosos, con niveles medios de ansiedad.

Comparativamente, la media de ansiedad en los varones fue de $7,61 \pm 5,34$, mientras que en las mujeres fue de $11 \pm 2,57$.

En la Gráfica 3 observamos el número de casos de cada categoría de la escala de ansiedad distribuidos por sexo y los totales.

Resultados del contraste de hipótesis

El análisis con t-Student reflejó diferencias significativas entre los niveles de ansiedad percibidos y el sexo

Tabla VII. Resultados contraste de hipótesis con t de Student

COMPARACIÓN DE MEDIAS CON T DE STUDENT				
	n	Media Ansiedad	DE*	Significación con ansiedad**
Sexo				p=0,014*
Varones	23	7,61	+5,34	
Mujeres	13	11,00	$\pm 2,57$	
Nacionalidad				p=0,189
No española	10	10,70	+5,23	
Española	26	8,12	+4,49	
Clase Tratamiento				p=0,983
No precisan IQ***	7	8,83	+5,21	
Si precisan IQ	29	8,86	$\pm 2,47$	

*DE= Desviación Estandar

**Significación para $p \leq 0,05$

*** IQ= Intervención quirúrgica

($p=0,014$), de forma que las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad que los hombres entre 0,71 y 6,06 puntos más que los hombres obtenidos en la subescala (Tabla VII).

En cuanto a la nacionalidad, a pesar de que los pacientes de nacionalidad no española presentaron mayores niveles de ansiedad con una media de $10,70 \pm 5,22$, que la resultante entre los pacientes de nacionalidad española con media de $8,12 \pm 4,49$, este dato no resultó ser significativo para $p=0,189$.

En cuanto al tipo de tratamiento precisado, comprobamos que aquellos que no precisaron intervención quirúrgica, presentaron una media de ansiedad ligeramente

inferior a aquellos que sí la precisaron; este dato se ve en los pocos casos del grupo de estudio que no precisaron intervención quirúrgica y, por tanto, tampoco reflejó diferencias significativas.

El Índice de Correlación de Pearson, utilizado para el contraste entre la variable ansiedad y las variables cuantitativas gravedad, %SCQ y edad, mostró diferencias significativas para los niveles de ansiedad obtenidos en la escala en cuanto a la extensión de la quemadura cuantificada mediante %SCQ ($p=0,028$), de forma que a mayor extensión, mayores niveles de ansiedad (Tabla VIII).

Los resultados obtenidos también confirman diferencias significativas entre la edad y la gravedad, con una fuerte correlación entre ambas. Este hecho se hace evidente ya que recordamos que el índice de gravedad resulta de la suma de los parámetros edad y %SCQ. Sin embargo, no obtuvimos diferencias significativas de los niveles de ansiedad con la edad ni con el nivel de gravedad.

La prueba de Kruskal-Wallis (Tabla IX), determinó que no existieron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y la gravedad de los pacientes, estableciendo un rango promedio de ansiedad de 13,57 puntos en los pacientes leves, 18,79 puntos en pacientes con gravedad moderada y de 21,40 puntos en los pacientes graves, por lo que aunque los pacientes más graves presentaron mayores niveles de ansiedad que los pacientes menos leves o moderados; estos resultados no fueron significativos, con una significación asintótica de 0,312.

Discusión

En primer lugar, es necesario señalar que los resultados obtenidos en el presente estudio no pueden ser extrapolados para la población general, constituida por los pacientes ingresados en todas las Unidades de Quemados del país, ya que la muestra obtenida es relativamente escasa ($n=36$), y la población estudiada no fue fruto de un método de muestreo específico. Al respecto, existe unanimidad en la práctica totalidad de los estudios revisados acerca de que la investigación en este tipo de pacientes precisa, en un futuro, de estudios con muestras mayores.

Desde hace décadas se investiga el tipo de variables que nosotros hemos analizado en el paciente quemado, con una gran variación a lo largo del tiempo en los resultados obtenidos en relación con los factores asociados a la ansiedad del paciente quemado durante su hospitalización (7).

A pesar de este reconocimiento por parte de las publicaciones dedicadas al tema que nos compete, tan sólo hemos hallado una investigación en España, de Pardo y García, en la que se analiza el impacto psicológico de las quemaduras en un grupo de pacientes quemados en edad infantil; pero al parecer, y dados los resultados de la búsqueda, no se ha investigado este tipo de variables emocionales en pacientes en edad adulta durante su hospitalización en las Unidades de Quemados en España (12).

Tabla VIII. Resultados de contraste de hipótesis para variables cuantitativas

CORRELACIÓN DE PEARSON PARA VARIABLES CUANTITATIVAS				
	ANSIEDAD	SCQ%	EDAD	GRAVEDAD
ANSIEDAD	–	0,028*	0,784	0,397
SCQ%	0,028*	–	0,074	0,201
EDAD	0,784	0,074	–	0,000**
GRAVEDAD	0,397	0,201	0,000**	–

* La correlación es significativa para $\leq 0,05$

** La correlación es significativa para $\leq 0,01$

Tabla IX. Resultados de contraste de hipótesis para variables cuantitativas y cualitativas nominales

PRUEBA DE KRUSKAL-WALLIS				
	GRAVEDAD	N	RANGO PROMEDIO	SIGNIFICACIÓN*
ANSIEDAD	Leve	7	13,57	0,312
	Moderada	19	18,79	
	Grave	10	21,40	
	Total	36		

* Significación para $p \leq 0,05$

La mayoría de los estudios se concentran en Estados Unidos, Norte de Europa (en países como Holanda, Noruega o el Reino Unido) y América Latina. Este hecho, pone en evidencia la necesidad de impulsar el desarrollo de la investigación del estado emocional del paciente quemado en las Unidades de Quemados de nuestro país.

Vemos por tanto que, a diferencia de lo que sucede en España, el estudio de las variables emocionales en el paciente quemado a nivel mundial viene siendo desde hace décadas objeto de numerosas publicaciones (6-9, 11-16).

Perry, en 1981, ya investigó la respuesta emocional midiendo la ansiedad en estos pacientes. Declaró además que el personal sanitario subestimaba este sentimiento, con la repercusión que ello tiene a la hora de prescribir y administrar ansiolíticos, y produciendo un manejo infeccioso del tratamiento, con consecuencias negativas en la recuperación de los pacientes (13).

A mediados y finales de los 90, Taal y Faber dedicaron gran parte de sus investigaciones al estudio de la ansiedad en el paciente quemado. Estudiaron la relación entre el estrés postraumático, la ansiedad y la percepción del dolor en una muestra de 33 pacientes adultos, y observaron que la ansiedad está fuertemente asociada al estrés postraumático y que tanto la edad, como la extensión de las quemaduras, no están relacionadas con la ansiedad experimentada, siendo éstas variables una forma de evaluar la gravedad del paciente (23). Sin embargo, las últimas investigaciones, como las de Aaron, Byers y Loncar, determinan, a diferencia de estudios anteriores, que la extensión de la quemadura también se asocia con los niveles de ansiedad percibidos por los pacientes, dato que reafirmamos con los resultados obtenidos en el presente estudio (14-16).

Franulic y González afirman que la valoración psicológica en el momento del ingreso hospitalario de estos pacientes es similar a la observada en pacientes con lesiones medulares, y que ésta es independiente de la gravedad del paciente según la puntuación del índice de Garcés (7).

Los resultados que nosotros hemos obtenido en cuanto a los niveles de ansiedad percibidos por los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, son superiores a los obtenidos en el estudio de Wisely y Hoyle en el Reino Unido en el año 2003, en el que determinaron que en 11 casos (23% de los pacientes de su población de estudio), padeció niveles elevados de ansiedad, mientras que en 8 casos (17%), esos niveles fueron casos dudosos (6).

En relación con los resultados obtenidos en la población infantil, se observan claras diferencias ya que Pardo y García determinan niveles elevados de ansiedad en niños varones, y que esa ansiedad está relacionada con la causa de la quemadura y con la edad del paciente, de forma que los niños mayores de 10 años padecían mayores niveles de ansiedad, así como cuando las quemaduras fueron producidas por llama; estos resultados sin embargo, no fueron significativos en nuestra población de estudio (12).

Podemos por tanto determinar que nuestros resultados demuestran ciertas similitudes en cuanto a los obtenidos en otros estudios y para tamaño de población semejante.

Con respecto al sexo, existe mayor incidencia de este tipo de trauma en los varones que en las mujeres; también la media de %SCQ del resto de estudios revisados coincide con cifras similares a las obtenidas en nuestro trabajo, destacando que en muy pocos casos se da una SCQ mayor del 30% (3, 7, 11-16, 23).

También en nuestro estudio, las lesiones abarcaban una amplia gama de extensión (del 1 al 39%SCQ), siendo más frecuentes las de porcentaje menor. La gravedad de los pacientes tratados en nuestra Unidad durante el periodo de estudio se situó en niveles elevados relacionados con la edad de los pacientes. Los datos obtenidos al respecto, en otros estudios como los de Taal, Faber y Franulic, demuestran que la mayoría de la población del estudio se sitúa entre los niveles graves y moderados, siendo una minoría los pacientes críticos o leves (7,23). Este hecho puede deberse a limitaciones metodológicas en los pacientes críticos o muy graves debidas a sus merma- das condiciones físicas y psíquicas, y en los pacientes leves, a que las lesiones pueden tratarse de forma ambulatoria o evolucionan favorablemente en una estancia inferior a una semana.

La edad de los pacientes es claramente inferior a la de nuestro estudio, situándose en general en un intervalo de 15 a 37 años. La estancia media coincide con la de los resultados obtenidos a nivel nacional del pasado año, siendo de aproximadamente 15 días. Además la mayoría de la población de estudio residía en el medio urbano. Se ha constatado que la causa más frecuentes de quemaduras en España es la escaldadura como accidente doméstico, localizada en manos y dedos, y de 2º grado profundo (3). Sin embargo en nuestro estudio, la causa más frecuente resultó ser la llama, seguida de la escaldadura, coincidiendo en el tipo de accidente más frecuente y la profundidad de las lesiones con los resultados obtenidos en el resto de la población española, ya que la localización más frecuente de las lesiones en nuestro estudio fue en las extremidades, igual que en el estudio realizado por Fernández y col. sobre epidemiología de las quemaduras en una muestra de 500 pacientes atendidos por quemaduras en la ciudad de Málaga (España) (3).

Conclusiones

Los resultados de este estudio describen las características y el estado de ansiedad percibido por los pacientes ingresados durante más de una semana en la Unidad de Quemados del hospital Miguel Servet de Zaragoza, España, en el primer semestre del año 2009.

Concluimos que en la población de estudio analizada, el sexo y el %SCQ fueron variables que mostraron de-

pendencia con los niveles de ansiedad percibidos por los pacientes quemados durante su hospitalización, caracterizando a la población de sexo femenino y/o con mayor extensión de quemaduras como la más vulnerable para padecer niveles elevados de ansiedad.

Las intervenciones derivadas del cuidado de enfermería en el plano emocional, han de dirigirse especialmente por tanto a estos grupos de población, determinándolos como grupos de riesgo para padecer trastornos de ansiedad durante su hospitalización.

En cuanto al perfil socio-demográfico de los pacientes que permanecieron ingresados en la Unidad a estudio durante más de una semana, quedó caracterizado por estar compuesto de pacientes mayoritariamente varones, de nacionalidad española, residentes en medio urbano, y con una media de edad de 50 años.

La causa más frecuente de las quemaduras fue la llama seguida por la escaldadura, ambas provocadas por accidentes domésticos. Entre las mujeres, la causa más frecuente resultó ser la escaldadura en accidente doméstico y entre los varones, la llama en accidente casual.

Creemos que todas estas conclusiones pueden servir de orientación para futuras intervenciones e investigaciones en grupos de población mayores, de cara a poder obtener mayor información que caracterice los grupos de riesgo para padecer trastornos de ansiedad entre los pacientes quemados ingresados en Unidad de Quemados.

Agradecimiento

A todo el personal de la Unidad de Quemados del Hospital Miguel Servet de Zaragoza por la dedicación y esfuerzo prestados a la atención de los pacientes, como por la formación continua que brinda al personal de nueva incorporación y a los profesionales sanitarios de diferentes ámbitos de actuación.

Dirección del autor

Dña. Marta Alcázar Gabás
C/ Juan Bautista Labaña, nº 10, esc 1ª, 2ºB
50011 Zaragoza. España.
e-mail: martuchi85@hotmail.com

Bibliografía

1. Vargas Naranjo S., Romero Zúñiga J.J., Prada Castellanos Y., Fonseca Portilla G., Lao Gallardo W.: Factores de riesgo para el desarrollo de infecciones intrahospitalarias en pacientes quemados. Hospital S. Juan de Dios, Costa Rica: Enero 2003-Diciembre 2005. Parte I. *Cir. plást. iberolatinoam.* [revista en la Internet]. 2009 [citado 2014 Feb 18]; 35(3): 223-232. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922009000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922009000300008>.
2. Dávalos Dávalos P., Lorena Dávila J., Alexandra Meléndez S.: Manejo de morbilidad del paciente pediátrico quemado en el hospital "Baca Ortiz" de Quito, Ecuador. *Cir. plást. iberolatinoam.* [revista en la Internet]. 2007 [citado 2014 Feb 18]; 33(3):163-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922007000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922007000300003>.
3. Fernández-Morales E., Gálvez-Alcaraz L., Fernández-Crehuet-Navajas J., Gómez-Gracia E., Salinas-Martínez JM.: Epidemiology of burns in Malaga, Spain. *Burns* 1997; 6;23(4):323-332.
4. Núñez Arcos F.: La unidad de Grandes Quemados del Hospital Miguel Servet, centro de referencia nacional. *Noticias de Enfermería. Colegio Oficial Zaragoza* 2009;70:8-9.
5. Fernández-Segoviano P., Esteban A.: Histología de la piel. Cambios en el quemado. En: Lorente JA, Esteban A. Cuidados intensivos del paciente quemado. 1998, Barcelona. Ed. Springer-Verlag Ibérica. Pp. 36-49.
6. Wisely A., et al.: Where to start?; Attempting to meet the psychological needs of burned patients, *Burns*, 2007;33(6):736-746.
7. Franulic A. et al.: Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. *Burns*, 1996; 22 (8):618-622.
8. Pereira N., Léniz P., Enríquez E., Mangelsdorff G., Piñeros B., Calderón W.: Experiencia en el tratamiento de quemaduras de cuero cabelludo. *Cir. plást. iberolatinoam.* [revista en Internet]. 2013 [citado 2014 Feb 18]; 39(1):61-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922013000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922013000100008>
9. Thomas C, Walter J, Meyer I, Balakenev: Psychiatric disorders associated with burn injury. En: Herndon D. Total Burn Care. 2002. Londres. 2002. Ed. Elsevier. Pp: 766-773.
10. Luis Rodrigo MT: NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2005-2006. 2005. Madrid. Ed. Elsevier. p.22.
11. Carrougier GJ, Ptacek JT, Honari S, Schmidt AE, Tininenko JR, Gibran NS, Patterson DR.: Self-reports of anxiety in burn-injured hospitalized adults during routine wound care. *J Burn Care Res.* 2006;27(5):676-681.
12. Pardo GD, García IM, Marrero FDRM, Cía TG.: Psychological impact of burns on children treated in a severe burns unit. *Burns* 2008; 34(7):986-993.
13. Perry S, Heidrich G, Ramos E.: Assessment of pain by burns patients. *J Burn Care Rehab.* 1981; (2):322-328.
14. Aaron LA, Patterson DR, Finch CP, Carrougier GJ, Heimbach DM.: The utility of a burn specific measure of pain anxiety to prospectively predict pain and function: a comparative analysis. *Burns*, 2001; 27(4):329-334.
15. Byers JF, Bridges S, Kijek J, LaBorde P.: Burn patients' pain and anxiety experiences. *J Burn Care Rehabil.* 2001;22(2):144-149.
16. Loncar Z, Bras M, Mickovi V.: The relationships between burn pain, anxiety and depression. *Coll Antropol.* 2006;30(2):319-325.
17. Whalley-Sánchez JA et al.: Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes quemados. El HAD como herramienta diagnóstica. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29(2):91-94.

18. **Benaïm F.**: Enfoque global del tratamiento de las quemaduras. En: Coiffman F Editores. Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. Editorial Masson-Salvat. Barcelona. España. 1994; Pp:443-496.
19. **Linares HA.** Piel normal y piel quemada: clasificación. En: Bendlin A, Linares HA, Benaïm F. Tratado de quemaduras. 1993. Barcelona. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Pp.116-126.
20. **Zigmond AS, Snaith RP.**: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
21. **Tejero A, Guimerá EM, Farré JM et al.**: Uso clínico del HAD (hospital anxiety and depression scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto psiquiatría facultad de medicina de Barcelona*, 1986; 13: 233-238.
22. **Nie Norman, Bent Dale, Hadlai Hull.**: SPSS statistical package for the social sciences. New York; Ed. McGraw-Hill 1970. p.363.
23. **Taal LA, Faber A.W.**: Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. 1997. *Burns* 23 (7/8):545-549.