

MISCELÁNEA

**COMUNICACIÓN ORAL VII CONGRESO NACIONAL DE LA
SOCIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA – SCELE.
Mayo de 2014. UNIVERSIDAD DE ALICANTE.**

**TOMA DE DECISIONES Y MODELO DE M. MISHEL. ACEPTAR O
NO ACEPTAR CIRUGÍA DE SUSTITUCIÓN PROTÉSICA DE
RODILLA**

**DECISION MAKING AND MODEL M. MISHEL. ACCEPT OR
NOT ACCEPT REPLACEMENT SURGERY KNEE
PROSTHETIC**

**M.C. Olivé Ferrer; P. Isla Pera; A. Pascual Prado;
M. Núñez Juárez; E. Núñez Juárez**

EUI Universitat de Barcelona; EUE. Universidad
Magallanes (Chile); Hospital Clínic Barcelona; ICS

CORREO ELECTRONICO: olivecarmina@ub.edu

PALABRAS CLAVE:

Toma de decisiones, modelo de M. Mishel, prótesis rodilla

Introducción:

La artroplastia total de rodilla (PTR) es eficaz en el alivio del dolor y la función en los casos de artrosis de rodilla (AR) grave. Representa un problema de salud pública por su prevalencia. A pesar de los resultados clínicos obtenidos con la PTR, diversos estudios refieren que entre un 14-30% de pacientes se muestran insatisfechos con el resultado, al no alcanzar los beneficios esperados, lo que conlleva que otros desestimen el tratamiento quirúrgico.

El modelo de cuidados de M. Mishel pertenece al paradigma de la transformación, parte de la teoría social crítica e incorpora principios de la teoría del caos para elaborar su teoría de la incertidumbre; la enfermedad crónica desencadena un desequilibrio y las personas que la experimentan pueden incorporar esta incertidumbre para adquirir un nuevo sentido de la vida.

Objetivo:

Explorar los factores que influyen en el proceso de toma de decisiones de la cirugía PTR, relacionándolo con los conceptos del modelo de M. Mishel.

Método:

Se hace un estudio fenomenológico y se recogen datos demográficos y clínicos de los participantes; se les pasa la escala WOMAC para medir la intensidad del dolor. Para la generación de la información se hace un grupo focal, los participantes firman un consentimiento informado y permiten su grabación, de la que se hace una transcripción textual a la que se le añade la observación participante del momento.

Participan 12 pacientes, 9 mujeres y 3 hombres de los cuales 6 habían sido intervenidos, 4 estaban pendientes de intervención y 2 la habían rechazado. El análisis se realiza manualmente, organizando la información en unidades, categorías, temas y subtemas, realizando un proceso de reflexión crítica constante, relacionando los resultados con los conceptos del modelo y manteniendo el equilibrio emic y etic para evitar un sesgo.

Resultados:

Los informantes tenían una edad media de $71,58 \pm 6,02$ años, un IMC de $37,43 \pm 5,32$; $6,73 \pm 2,19$ comorbilidades de media y en la escala WOMAC: Dolor: $14,9 \pm 8,89$ puntos; Rigidez: $19,31 \pm 17,99$ puntos y Función: $15,77 \pm 8,6$ puntos. Total: $15,71 \pm 8,22$ puntos.

Se identificaron las categorías: a) *dolor generalizado y estado anímico* que se relaciona con la tipología de los síntomas; b) *creencias y percepciones causales*, que se relaciona con la incertidumbre y la familiaridad de los hechos; c) *comunicación con los profesionales*, que se relaciona con la autoridad con credibilidad; d) *expectativas* que se relaciona con la nueva perspectiva de vida y e) *el apoyo familiar y del entorno* que se relaciona con el apoyo social.

Conclusión:

El proceso de toma de decisiones sobre la PTR es complejo y está condicionado por múltiples factores, entre ellos: la intensidad de la impotencia funcional y el dolor; el apoyo social y familiar que moldea el estado anímico, así como la autoridad con credibilidad y la confianza que establecen con los profesionales.

Los programas educativos que contemplan la prevención y la rehabilitación son esenciales para acompañar en esta toma de decisiones.

Relacionar los resultados con conceptos del modelo nos aporta una perspectiva disciplinar interesante.