

**EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: ENSEÑANZA
PREQUIRÚRGICA Y DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN EL CONTROL
DEL TEMOR EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA.
UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO**

**GLORIA ESPERANZA GARCIA CORZO
MARTHA CECILIA SEPULVEDA PLATA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
BUCARAMANGA
2004**

**EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: ENSEÑANZA
PREQUIRÚRGICA Y DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN EL CONTROL
DEL TEMOR EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA.
UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO.**

**GLORIA ESPERANZA GARCIA CORZO
MARTHA CECILIA SEPULVEDA PLATA**

**Tesis para optar el título de
Especialista en atención de Enfermería en Quirófanos y Central de
Esterilización**

**Asesor
Flor de María Cáceres Manrique
Enfermera Especialista en Docencia Universitaria y Epidemiología**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
BUCARAMANGA
2004**

RESUMEN

TÍTULO: EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA: ENSEÑANZA PREQUIRURGICA Y DISMINUCION DE LA ANSIEDAD EN EL CONTROL DEL TEMOR EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGIA. UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO*

AUTORES: SEPÚLVEDA, Martha Cecilia y GARCÍA C., Gloria Esperanza**

PALABRAS CLAVES: temor, ansiedad, cirugía, intervenciones de enfermería.

CONTENIDO: El temor y la ansiedad antes de una cirugía tienen múltiples consecuencias. La aplicación de intervenciones de enfermería específicas puede lograr el control del temor en personas programadas para cirugía. Objetivo: Determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería: Enseñanza Prequirúrgica y Disminución de la Ansiedad en el control del temor en pacientes programados para cirugía.

Metodología: El tipo de estudio fue un Ensayo Clínico Controlado. El tamaño de la muestra fue 45 personas, 15 para el grupo intervención (Enseñanza prequirúrgica y disminución de la ansiedad) y 30 para el grupo control (manejo usual), considerando un poder de 0.90, un error alfa de 0.05 y una razón de no intervenidos a intervenidos de 2:1. La asignación aleatoria utilizó el sistema de bloques. El enmascaramiento fue de tipo doble ciego. El alfa de Chronbach midió la consistencia interna del formato de evaluación de las dos etiquetas de resultados de la clasificación de resultados de enfermería (CRE). El cálculo de los límites de acuerdo de Bland y Altman determinó la reproducibilidad de los formatos. El análisis de covarianza (ANCOVA) estableció los efectos de las intervenciones de enfermería.

Resultados: El grupo intervención tuvo un coeficiente de cambios en la etiqueta control del temor, controlado por CRE inicial, edad y género de 1.09 ($p= 0.000$) y su coeficiente de cambios en la etiqueta conocimientos: régimen terapéutico fue de 1.33 ($p= 0.000$). Conclusión: Las personas que recibieron

* Trabajo de Grado.

** Facultad de Salud, Especialización en Atención de Enfermería de Quirófanos y Central de Esterilización, CACERES M., Flor de María.

las intervenciones de enfermería, presentaron una disminución significativa del temor respecto a las que no fueron intervenidas.

SUMMARY

TITLE: Effectiveness of infirmiry interventions: presurgical teaching and reduction of anxiety in fear control in patients programmed for surgery. A Clinical controlled essay.*

AUTHORS: SEPULVEDA, Martha Cecilia and GARCÍA C., Gloria Esperanza**

KEY WORDS: fear, anxiety, surgery, infirmiry interventions.

Contents. Fear and anxiety before surgery have multiple consequences. Applying specific infirmiry intervention could achieve fear control in patents programmed for surgery.

Objective: To determine the effectiveness of infirmiry interventions: presurgical teaching and reduction of anxiety in fear control in patients programmed for surgery.

Methodology: This study is clinical controlled essay. The size of the sample was of 45 people, 15 for the group of intervention (presurgical teaching and reduction of anxiety) and 30 for the group of control (usual management) considering a power of 0.90, an Alfa error of 0.05 and a reason of not operated and operated of 2:1. The aleatorial assignation used the block system masking was of double blind. The Alfa of evaluation format of two results lave of classification of infirmiry results (CRE). The calculation of limits according to Bland and Altman determined format reproducibility.

Results: The intervention group had a coefficient of changes in fear controllable, controlled by initial CRE, age and genre of 1.09 ($p = 0.000$) and its coefficient of changes in the knowledge label: therapeutic pattern was of 1.33 ($p = 0.000$).

*Project for having a professional diploma.

**Health Faculty. Specialization in Infirmiry care in surgery room and sterilization center. Caceres M. Flor de María

Conclusion: People who received infirmity interventions presented a significative reduction of fear with regard to those who were not operated.

A Dios, quien nos regalo la vida y puso en nuestro camino la profesión de enfermería, para hacernos instrumentos en la construcción de un mundo mejor.

“Nuestras obras de amor no son más que obras de paz. Realicémoslas con el mayor amor y eficiencia”

Madre Teresa

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros sinceros agradecimientos a las siguientes personas:

Dr. Hugo Castellanos Chalela, médico anesthesiólogo, Jefe del Servicio de Cirugía de la Clínica Bucaramanga, por brindar en forma desinteresada todas las facilidades para hacer posible la realización de este estudio en esta institución.

Flor de María Cáceres Manrique, enfermera candidata a magíster en epidemiología, profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander, por su gentil cooperación en la realización del análisis estadístico de los resultados y su amabilidad en la corrección y crítica de este texto.

Dr. Luis Carlos Orozco, médico epidemiólogo, profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander, por su acompañamiento en el proceso de la realización del proyecto de investigación.

Luz Eugenia Ibáñez Alfonso, enfermera coordinadora del Postgrado de la Escuela de Enfermería, de la Universidad Industrial de Santander, por su apoyo y motivación para el inicio y realización de este estudio.

Dr. Fabio Villarreal Nohra, Gerente de la empresa social del estado, Hospital San Juan de Dios del Socorro por su apoyo incondicional para el logro de esta investigación.

Fredy David Chaparro, estudiante de último semestre de la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander, por su apoyo y colaboración en la recolección de datos.

Edna Magali Gamboa, nutricionista candidata a magíster en epidemiología de la Universidad Industrial de Santander, por su cooperación durante la realización del presente estudio.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	1
1 HIPOTESIS	4
2 OBJETIVOS	5
2.1 OBJETIVO GENERAL	5
2.2 OBJETIVO ESPECIFICO	5
3 MARCO TEORICO	6
4 METODOLOGÍA	26
4.1 TIPO DE DISEÑO	26
4.2 UNIVERSO	26
4.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA	26
4.4 ALEATORIZACION DE LA MUESTRA	27
4.5 RESERVA DE LA ASIGNACIÓN	27
4.6 ENMASCARAMIENTO	27
4.7 CRITERIOS DE INCLUSION	28
4.8 CRITERIOS DE EXCLUSION	28
4.9 RECOLECCION DE DATOS	28
4.10 INTERVENCIONES	29
4.11 EVALUACION DE RESULTADOS	31
4.12 VARIABLES	32
4.12.1 Variable de salida.	32
4.13 ANÁLISIS DE LOS DATOS	33
4.14 CONSIDERACIONES ETICAS	34
5. RESULTADOS	35
6. DISCUSION	42
7. CONCLUSIONES	45

	Pág.
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	48

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características de los Participantes.	37
Tabla 2. Consistencia Interna de los Instrumentos de Evaluación Reproducibilidad interna (Alfa de Cronbach) de la medición de las escalas, según evaluador	38
Tabla 3. Límites de Acuerdo de los instrumentos de Evaluación	38
Tabla 4. Cambios en la etiqueta CRE final del control del temor según el grupo, controlado por CRE inicial, edad y género	41
Tabla 5. Cambios en la etiqueta CRE final de Conocimientos: procedimientos Terapéuticos según el grupo, controlado por CRE inicial, edad y género	41

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Flujograma de participantes	36
Figura 2. Límites de Acuerdo de Bland y Altman para la medición del CRE inicial "Control del Temor", entre los dos evaluadores.	39
Figura 3. Límites de Acuerdo de Bland y Altman para la medición del CRE final "Control del Temor", entre los dos evaluadores	39
Figura 4. Límites de Acuerdo de Bland y Altman para la medición del CRE inicial "Conocimientos: Procedimientos Terapéuticos", entre los dos evaluadores	40
Figura 5. Límites de Acuerdo de Bland y Altman para la medición del CRE final "Conocimientos: Procedimientos Terapéuticos", entre los dos evaluadores.	40

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Formato de valoración focalizada.	50
Anexo B. Formato evaluación de resultados inicial “control del temor”.	53
Anexo C. Formato evaluación de resultados final “control del temor”.	54
Anexo D. Formato evaluación de resultados inicial “conocimiento: procedimientos terapéuticos”.	55
Anexo E. Formato evaluación de resultados final “conocimiento: procedimientos terapéuticos”.	56
Anexo F. Intervención de enfermería: disminución de la ansiedad.	57
Anexo G. Intervención de enfermería: Enseñanza prequirúrgica.	59
Anexo H. Sesión 1.	62
Anexo I. Información para pacientes programados para cirugía ambulatoria.	68
Anexo J. Información para pacientes programados para cirugía.	69
Anexo K. Sesión 2.	70
Anexo L. Imaginación guiada.	78
Anexo M. Afirmación diaria.	82
Anexo N. Escala análoga visual para el temor.	84
Anexo Ñ. Evaluación preanestésica.	86
Anexo O. Instructivo usual de cirugía ambulatoria.	88
Anexo P. Clasificación de resultados de enfermería: Control del miedo (1404).	90
Anexo Q. Clasificación de resultados de enfermería: Conocimiento régimen terapéutico (1813).	91
Anexo R. Operacionalización de la escala “Control del miedo”.	92

Anexo S. Operacionalización de la escala “Conocimiento: procedimientos terapéuticos”.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de Enfermería temor es definido por la Asociación Norteamericana para el Desarrollo de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), como “la respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce concientemente como un peligro”¹. El temor que las personas experimentan antes de someterse a una intervención quirúrgica se debe a la situación de estrés psicológica a la que están expuestas².

El traumatismo quirúrgico provoca una serie de respuestas fisiológicas y psicológicas en la persona, que al ser exageradas pueden alterar las funciones de los principales sistemas orgánicos³.

La enfermera es el profesional que tiene a cargo el cuidado del paciente, para ello cuenta con una herramienta muy valiosa, que es el Proceso de Enfermería, el cual proporciona un enfoque organizado de la asistencia y de la forma de determinar los resultados obtenidos, siguiendo una secuencia de etapas lógicas interrelacionadas, denominadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Estas etapas constituyen un método

¹NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Harcourt, 2001-2002. p. 194-195.

²BIASOTTI, A. Miedo al quirófano. En La Voz del Interior [en línea]. Córdoba (Argentina): La Voz del Interior, Suplementos Salud, 30 de julio de 2001. [Citado en 5 de agosto de 2002]. Disponible en Internet: <http://www.lavozdelinterior.com/2001/0730/suplementos/salud/nota_46003_1.htm>.

³CARPENITO, L. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Segunda edición. Madrid: Interamericana, 1994. p. 36-49.

racional para valorar los problemas del paciente, formular un plan para resolverlos, ejecutar dicho plan y valorar su eficacia para satisfacer los problemas identificados⁴.

Teniendo en cuenta los aspectos anteriores, las condiciones del medio y la importancia de garantizar un equilibrio físico y emocional a los pacientes; se hace necesario la realización de un estudio que evalúe la eficacia de las intervenciones de enfermería en el control del temor, mediante la aplicación de las escalas y los indicadores propuestos por la Clasificación de los Resultados de Enfermería (CRE). La etiqueta resultado Control del Temor evalúa la intervención Disminución de la ansiedad y la etiqueta resultado Conocimiento: Procedimientos terapéuticos, la intervención Enseñanza Prequirúrgica.

La importancia del presente estudio radica en que, en la medida que se logre establecer un resultado positivo del control del temor y una mejora del conocimiento terapéutico del procedimiento, permite demostrar la importancia de las intervenciones de enfermería.

⁴ BERRY, E. y KOHN, M. Técnicas de Quirófano. Séptima edición. México: Interamericana, 1994. p. 66-86.

Por otra parte la consulta bibliográfica realizada, permitió concluir que existen pocos estudios de enfermería sólidos que aporten valiosos resultados en cuanto a control del temor en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas.

Estas situaciones realzan la importancia de promover la investigación, sobre el diagnóstico de enfermería y la aplicación del proceso en el fortalecimiento del desempeño profesional de la enfermera.

1. HIPOTESIS

Las personas programadas para cirugía que reciben las intervenciones de enfermería: Enseñanza Prequirúrgica y Disminución de la Ansiedad, presentan un puntaje en la etiqueta Control del Temor de la Clasificación de resultados de enfermería (CRE), 0.5 mayor que aquellas personas que no son intervenidas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la Eficacia de las intervenciones de enfermería: Enseñanza Prequirúrgica y Disminución de la Ansiedad en el control del temor en los pacientes programados para cirugía.

2.2 OBJETIVO ESPECIFICO

Evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería: Enseñanza Prequirúrgica y Disminución de la Ansiedad, en los pacientes programados para cirugía.

3. MARCO TEÓRICO

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, o a procesos vitales reales o potenciales (NANDA, 1990)⁵.

Un diagnóstico médico define problemas con base en un trastorno patológico del paciente. Un diagnóstico de enfermería identifica la respuesta del paciente a estos trastornos. Los diagnósticos de enfermería son sinónimos de los problemas específicos del paciente, según se descubren por las reacciones del mismo durante la valoración fisiológica y psicosocial⁶.

Es de gran importancia promover la investigación sobre diagnósticos de enfermería y la aplicación del proceso, decisivo en el fortalecimiento del desempeño profesional de enfermería.

Para este estudio se seleccionó el diagnóstico temor en los pacientes programados para cirugía, considerando el temor como la respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro⁷. Es usual en la consulta bibliográfica encontrar que el temor y la

⁵ CARPENITO, L. Diagnósticos de Enfermería. Quinta edición. Madrid: Interamericana, 1995. p. 3-5.

⁶ BERRY, Op. Cit., p. 66-68.

⁷ NANDA, Op. Cit., p. 194-195.

ansiedad son descritos en forma de sinónimos, pero como diagnósticos de enfermería es clara la diferencia existente aunque coincidan en algunas características definitorias.

El estudio del temor es de gran importancia en el área de las intervenciones quirúrgicas, tanto por la reacción usual que representa este estado en las personas que serán intervenidas, como por las múltiples consecuencias que se pueden generar en el período postoperatorio.

Al hablar de la situación quirúrgica se hace referencia a un concepto amplio que incluye tanto factores externos al propio individuo (el hospital, el quirófano y las técnicas a aplicar) como factores internos o individuales (factores de personalidad, percepción de amenaza, percepción de control de la situación, etc.) que son en definitiva los responsables de las manifestaciones de temor.

Dentro de los factores externos se encuentran los siguientes:

- *Ambiente extraño*: referido por una parte al ambiente hospitalario, que requiere del individuo un esfuerzo adicional de adaptación en aspectos tales como cambios en los hábitos de comer, interacciones con extraños,

confusión, frecuente sentido de pérdida de control y por otra parte, al propio quirófano como elemento extraño.

- *Falla de intimidad*: las habitaciones compartidas, la circulación de personas tanto profesionales como los familiares de otros pacientes, contribuyen a esta falta de intimidad experimentada por el paciente, la cuál se hace más evidente en los pacientes quirúrgicos.

- *Sometimiento a técnicas*: éstas incluyen los miedos relativos al empleo de la anestesia (miedo a no despertar o a despertar antes de que termine la intervención o de que ésta empiece antes de estar dormido, miedo a lo nuevo o a lo desconocido, miedo a sentir vómitos o malestar tras la intervención y finalmente, miedo a hablar y decir cosas no deseadas durante la intervención). Dentro de este factor también se incluye el grado de invasividad que implica la propia técnica quirúrgica, de manera que cuanto más invasiva sea la técnica mayor es el temor experimentado por el paciente.

- *Ausencia de apoyo social*: la ausencia de soporte social (familiar o de otro tipo) es otro de los elementos que condiciona las manifestaciones de ansiedad.

Dentro de los factores internos, se han identificado los siguientes:

- *Personalidad tipo A*: aquellas personas con las características típicas de este patrón de personalidad (impaciencia, urgencia temporal, sobreesfuerzo por el logro, competitividad excesiva, agresividad y hostilidad, entre otras) son más propensas a experimentar reacciones de temor.

- *Locus de control interno (LCI)*: hace referencia a una característica de personalidad según la cuál el individuo tiene habitualmente una fuerte necesidad de sentir que posee el control de las cosas que le suceden. Es obvio pues que las personas con LCI experimentan con más facilidad temor o estrés puesto que tal y como está concebida actualmente la atención quirúrgica, el individuo que va a ser sometido a una intervención, posee escaso o ningún control sobre el proceso en cualquiera de sus fases (escaso o ningún conocimiento sobre: la técnica a realizar, el ambiente del quirófano, las sensaciones a experimentar tras la intervención, el tipo de cuidados de que dispondrá una vez realizada la intervención y dónde le serán practicados).

- *Ansiedad – Rasgo elevada (A – R)*: aquellas personas que puntúan alto en ansiedad como características de personalidad (A – R) son más propensas a manifestar ansiedad situacional, ya que perciben muchas más situaciones como “amenazadoras”. Así, la situación quirúrgica es percibida por las

personas con A – R elevada como más amenazante que aquellas personas con A – R baja.

- *Escasa tolerancia a la ambigüedad*: la tolerancia a la ambigüedad es una característica de personalidad que hace referencia al grado de adaptabilidad de una persona a diversas circunstancias cambiantes, o sea, su grado de flexibilidad para encajar los cambios. En la situación quirúrgica, la tolerancia a la ambigüedad debe entenderse como el grado en que una persona acepta o se adapta a los posibles cambios que se pueden operar en su estado de salud (complicaciones quirúrgicas) y que modifican la evolución previsible. De esta forma, cuanto menos tolerante a la ambigüedad sea la persona, mayor probabilidad tiene de experimentar temor en la situación quirúrgica.

- *Afrontamiento centrado en la emoción*: el tipo de afrontamiento es otra característica de personalidad referida a la “forma básica” que tienen las personas de afrontar o encajar los acontecimientos de la vida. Cuando en esta “forma básica” predominan las reacciones emocionales (frente a las racionales) sean positivas o negativas, se habla de “afrontamiento centrado en la emoción”. Así, las personas con estilos de afrontamiento centrados

fundamentalmente en la emoción, son más susceptibles de experimentar temor ante situaciones como las que se están considerando⁸.

Existen algunas técnicas útiles en la preparación de los pacientes para las intervenciones quirúrgicas:

- Información: proporcionar información sobre el procedimiento quirúrgico, explicando a la persona la naturaleza de la intervención, como se realiza, aplicación de la anestesia, preparación de la piel, traslado a la sala de recuperación, sensaciones esperadas en la fase posquirúrgica (dolor, somnolencia, sequedad de boca) y demás cuidados de enfermería, en definitiva, todo lo que ocurre durante el proceso pre, intra y postoperatorio; con el fin de intentar que los pacientes no sean sorprendidos por los acontecimientos que ocurren durante todo el proceso quirúrgico provocándoles estrés.

- Técnicas conductuales: proporcionan a la persona instrucciones sobre conductas específicas a realizar para facilitar su recuperación física. Incluyen ejercicios de respiración profunda o abdominal, deambulación, relajación muscular, etc.

⁸ HERNÁNDEZ, M., GARRIDO, V. Ansiedad y Cirugía. En Ansiedad y Estrés [en línea]. Madrid [España]: Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, diciembre 1994, vol. 0, no. Monográfico doble: Psicología, Medicina y Salud [citado en 10 de agosto de 2002]. Disponible en Internet: <<http://www.zonaopen.com/cirugiahabitual/temasclave/tema1.htm>>. ISSN: 1134-7937.

- Técnicas de afrontamiento cognitivo: ayudar al paciente a identificar sus miedos para intentar eliminarlos o modularlos⁹.

La bibliografía confirma que un grado moderado de temor frente al proceso quirúrgico es inevitable, y se acompaña de un estado de alerta que prepara al organismo para el esfuerzo y le ayuda a enfrentarse a las dificultades y a evitar peligros. En cambio, grados elevados de temor pueden llegar a entorpecer el normal desarrollo de las situaciones, disminuir la capacidad de atención, de concentración y retención y, como consecuencia, la colaboración del paciente es menor y puede repercutir negativamente en el postoperatorio¹⁰.

Un nivel elevado de temor preoperatorio puede disminuir el margen de seguridad anestésica (Rosen, 1952)¹¹, por lo cual es importante atenuar el temor y sus concomitantes fisiológicos para impedir que un estado de labilidad autonómica genere complicaciones intraoperatorias (arritmias cardíacas, o incremento de las posibilidades de efectos secundarios peligrosos de las drogas utilizadas en la anestesia). Además, en personas con padecimientos de tipo psicossomáticos, el estrés preoperatorio puede

⁹ LÓPEZ, S. Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide, 1993. p. 21.

¹⁰ CUÑADO, A., LEGARRE, M. Efecto de una "visita enfermera" estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Ensayo clínico aleatorizado. En: Enfermería clínica. Barcelona. Vol. 9, no. 3 (jul. – sept. 1999); p. 98-104.

¹¹ GIACOMANTONE, E., y MEJÍA, A. Ansiedad. Un puente entre dos siglos [en línea]. [Argentina]: Gador S.A, 1998-2003 [citado en 8 de agosto de 2002]. Fascículo 2. Estrés quirúrgico y Ansiedad: Criterios para su manejo terapéutico. Disponible en Internet: <<http://www.gador.com.ar/iyd/ansie2/quiru.htm>>.

empeorar su patología orgánica, al igual que en personas quienes tengan antecedentes o padezcan úlcera duodenal, hipertensión arterial o asma bronquial.

De acuerdo con la experiencia y observación, en los quirófanos, de ciertas instituciones, se perciben algunas situaciones como: cancelación de cirugías por alteraciones hemodinámicas debidas al temor, decisión de no operarse por miedo, menor colaboración en el postoperatorio inmediato, y mayor necesidad de medicación para el manejo del dolor. Las personas que llegan al quirófano manifiestan sentimientos de miedo expresados en forma verbal, y mediante facies de tristeza, llanto, agresión y temblor. Lynda Carpenito en su libro Diagnósticos de Enfermería¹², cita las características que definen el diagnóstico de temor y los factores relacionados, como elementos necesarios para el desarrollo de este estudio. A continuación se relacionan las características definitorias propuestas por Carpenito, y que se presentan con frecuencia en los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica:

1. Sentimientos de temor, pavor, aprensión:

- Conductas de: deficiencia de atención, rendimiento y control.

¹² CARPENITO, Op. Cit., p. 497-504.

2. Informe verbal de pánico:

- Conductas de: llanto, agresión, huida, actitud vigilante, inmovilidad disfuncional y aumento de las preguntas.

3. Manifestaciones viscerales y somáticas:

- Músculo esqueléticas: temblor y tensión muscular.
- Cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, aumento de la tensión arterial.
- Respiratorias: disnea, taquipnea.
- Genitourinarias: polaquiruria.
- Cutáneas: rubor, palidez, sudoración y parestesias.
- Sistema Nervioso Central: insomnio, falta de concentración, irritabilidad, pensamiento ausente y dilatación pupilar.
- Gastrointestinales: anorexia, náuseas, vómito, diarrea y boca seca.

Factores relacionados que pueden producir temor como respuesta a una diversidad de problemas de salud:

- Fisiopatológicos: pérdida de una función corporal, incapacidad a largo plazo.

- Relacionados con el tratamiento: cirugía y su resultado, anestesia, procedimientos invasivos.
- De situaciones (personales, ambientales): dolor, nuevo entorno.

Estudios previos han demostrado que la Enseñanza preoperatoria se puede aplicar con el fin de controlar el temor de los pacientes, establecer una mejor relación terapéutica con él y su familia, desarrollar conductas de autocontrol y auto cuidado, e informar acerca de la intervención quirúrgica a través de la comunicación y humanización.

La intervención de enfermería Enseñanza Prequirúrgica se define como la ayuda que se da a un paciente para que este comprenda y se prepare mentalmente para la cirugía y el periodo de recuperación postoperatorio. La intervención de enfermería disminución de la ansiedad busca minimizar la aprehensión, temor, presagios, relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado¹³. A través de la ejecución de estas dos intervenciones se pretende lograr como resultado el control del temor y el conocimiento de procedimientos terapéuticos.

¹³ McCLOSKEY, J., BULECHEK, G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Tercera edición. Madrid: Harcourt; 2001. p. 324, 356.

De acuerdo con la revisión bibliográfica, en el Estudio del malestar psicológico y del miedo preoperatorio en pacientes quirúrgicos¹⁴, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de malestar psicológico, el deterioro cognitivo y los miedos que presentan los pacientes por someterse a una intervención quirúrgica con anestesia general. Para tal fin se contó con una muestra de 450 pacientes quirúrgicos de un hospital de tercer nivel y se excluyó del estudio a aquellos que tuvieran trastornos psiquiátricos previos, consumieran psicofármacos o presentaran procesos oncológicos.

Los resultados muestran que la prevalencia de deterioro cognitivo fue de un 8.7% y la prevalencia de malestar psicológico fue de un 29.8%, siendo mayor en las mujeres; además, el 60.9% de los pacientes de este estudio presentaron algún tipo de miedo, predominando el “miedo a no despertar” (26%).

En un estudio efectuado en Canadá¹⁵, sobre actitudes frente a la evaluación prequirúrgica, se realizó una encuesta telefónica a los pacientes en la que se solicitaba el uso de una escala de acuerdo a la importancia que se atribuyera a ver al anestesiólogo en la valoración prequirúrgica y se indagó sobre sus

¹⁴ MARCO, J., BONDIA A., PERENA S., MARTINEZ, B. Estudio del malestar psicológico y del miedo preoperatorio en pacientes quirúrgicos. En : Revista Española de Anestesiología y Reanimación. Barcelona. Vol. 46, no. 5 (mayo 1999); p.191-196.

¹⁵ MATTHEY, P., FINUCANE, B., FINEGAN, B. The attitude of the general public towards preoperative assessment and risks associated with general anesthesia. Canadian Journal of Anesthesia. Montreal. Vol. 48, no. 4 (abr. 2001); p. 333-339.

temores. Más del 60% de los participantes adjudicó un elevado grado de importancia a ver al anestesiólogo antes de la cirugía; 19% manifestó preocupación sobre la posibilidad de lesión cerebral; 17.3% a la posibilidad de despertar durante la cirugía; 17.2% tuvieron miedo a la pérdida de la memoria; 12% de los participantes refirió un gran temor de morir durante el acto quirúrgico, mientras que solo el 8.8% manifestó temores relacionados con el dolor post operatorio y 11.8% a la presencia de náuseas y vomito.

Los resultados de esta encuesta apoyan hallazgos de otros estudios en Escocia y también en Canadá. En términos generales, las investigaciones concuerdan en encontrar que la consulta prequirúrgica con el anestesiólogo incrementa el grado de satisfacción del paciente, a la vez que disminuye el temor en relación con la anestesia.

De esta manera se reafirma la necesidad de realizar intervenciones de enfermería que permitan discutir con el paciente los principales aspectos relacionados con la descripción del ambiente y procedimiento quirúrgico y a su vez reafirmar las diferencias entre riesgos y temores reales de aquellos percibidos o imaginados por el paciente.

Por otra parte, en un estudio sobre el impacto emocional de la información dada a pacientes quirúrgicos en un hospital universitario en Málaga

(España), se encontró que el 82.3% de los pacientes que recibieron alguna información médica de aspectos relacionados con su enfermedad, pronóstico y tratamiento, contestaron no haber tenido sensación subjetiva de temor al recibir dicha información. El 87.7% de los pacientes dijo que prefería conocer en todo momento lo que les pasaba frente a un 12.3% que prefería no conocer nada de su enfermedad, ni del tratamiento de esta. El análisis se basó en una serie de 220 pacientes ingresados en 2 hospitales de la provincia de Málaga, el aspecto más relevante de este estudio consiste en que el rasgo neurótico alto puede servir de marcador para diferenciar a aquellos pacientes que están más predispuestos a angustiarse con la información médica de los que no lo están¹⁶.

En el estudio, Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, efectuado en la policlínica Miramar de Palma de Mallorca, se analizó el grado de ansiedad y depresión pre y postoperatoria. El objetivo de esta investigación fue evaluar la influencia de un programa estructurado de información preoperatoria sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Los resultados muestran que la media de temor obtenida por el grupo de intervención en el periodo post operatorio fue significativamente

¹⁶RODRÍGUEZ, J., GÓMEZ, E., FERNÁNDEZ-CREHUET, J. El Impacto Emocional de la Información Médica en Pacientes Quirúrgicos. Revista Cuadernos de Bioética [en línea]. Santiago [España]: Grupo de Investigación en Bioética de Galicia, septiembre-diciembre 2001, 3ª ed. vol. XII, no. 46. Disponible en Internet: <<http://www.aebioetica.org/rtf2/06RZNavarro.rtf>>. ISSN 1132-1989.

menor que en el grupo control. El 64% de los pacientes incluidos en el grupo de intervención destacaron que los aspectos más útiles para afrontar la etapa postoperatoria fueron el tener conocimientos acerca de las sensaciones del tubo, la incapacidad para hablar, la sequedad de la boca, las sujeciones en las manos, los ruidos de la succión y de las alarmas y la presencia constante del personal de enfermería.

Al grupo control se le preguntó acerca de la información que le hubiera gustado recibir sobre su situación post operatoria en la UCI. El 34.8% (n=15) manifestó que el factor que les provocó mas angustia fue el desconocimiento acerca de su estado general en la UCI y les hubiera gustado que les informaran sobre sus sensaciones, especialmente sobre el hecho de no poder comunicarse, la existencia del tubo traqueal, los drenajes, las vías invasivas, los ruidos y la incapacidad de movilización¹⁷.

Bajo la revisión de este artículo se encuentra como recomendación para el profesional de enfermería realizar una valoración física y emocional del paciente para determinar el estado físico, las percepciones emocionales, conductas y sistemas de apoyo antes de iniciar el programa de información.

¹⁷ALORDA C., y GILI, M. Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. En : Enfermería clínica. Barcelona. Vol. 9, no. 3 (jul. – sept. 1998); p.109-114.

En el ensayo clínico aleatorizado, Efecto de una “visita enfermera” estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. se sometió a un grupo a una visita de enfermería y al otro grupo a recibir la preparación habitual encontrándose que el grupo de la visita de enfermería presentó una media de 4.9 puntos menos que el grupo control, en el temor preoperatorio, con un intervalo de confianza del 95% de 0.6 a 9.1 ($p= 0.03$).

La visita de enfermería y el rasgo ansioso de la personalidad influyen significativamente en los grados de temor preoperatorio. La visita de enfermería supuso una reducción de los grados de temor de 3.6 puntos (intervalo de confianza del 95% de 0.1 a 7.3). Ni el género, ni la edad, ni el tipo de operación tuvieron influencia estadísticamente significativa sobre los grados de temor preoperatorio.

Según se informa en la literatura, son varios los entornos en los que se ha demostrado la importancia de una intervención de la enfermera en el preoperatorio para disminuir el temor de los pacientes y proporcionar apoyo psicológico, así como la importancia de desarrollar en el paciente conductas de auto cuidado, siendo para ello de gran importancia que el paciente esté informado. Este estudio presenta como limitación que la Medición del Estado de temor Prequirúrgico no se realizó en el ante quirófano sino dos días antes, inmediatamente después de la visita enfermera o en el momento

correspondiente en el grupo control. Por otra parte, se desconocía cuál era la visita enfermera más adecuada para reducir el temor¹⁸.

Al revisar el estudio sobre el Efecto del método de Educación Preoperatoria en Mujeres, realizado en centros médicos de California¹⁹ se observa que el propósito de ésta investigación fue mejorar la satisfacción, recuperación y rápido retorno a las actividades diarias de las pacientes como resultados de un programa de educación estructurada de preadmisión comparada con una educación no estructurada postadmisión.

La educación estructurada fue estandarizada y se realizó antes de la cirugía, ésta ocurrió por lo menos dos a tres días antes de la admisión y fue impartida por una enfermera en el hospital visitado; mientras que la educación no estructurada consistió en aplicar el método usual de educación preoperatoria que ocurre en el día de la cirugía.

En este estudio se incluyeron 359 pacientes de un centro médico de California de sexo femenino entre 21 y 69 años, La muestra fue seleccionada aleatoriamente con un alfa de 0.05 y un poder del 80%, argumentan la importancia de las intervenciones de enfermería en la preparación educativa

¹⁸CUÑADO, Op. Cit., p. 98-104.

¹⁹LOOKINLAND, S., POOL, M. Study on Effect of Methods of Preoperative Education in Women, En: AORN Journal. Denver. Vol. 67, no. 1 (ene. 1998); p. 203-213

de calidad representada en la satisfacción del paciente y rápida recuperación, comparando el costo beneficio para las instituciones y las personas.

En un estudio realizado por la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander (UIS), en el Hospital Universitario Ramón González Valencia (HURGV) de la ciudad de Bucaramanga, se demostró que el Temor es uno de los diagnósticos de enfermería más frecuentes, con un 55% de prevalencia en pacientes hospitalizados²⁰.

En un ensayo clínico controlado cuya muestra fue de 56 personas (37 grupo control) y (19 grupo intervenido) llevado a cabo por estudiantes de pregrado de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander (UIS), sobre Eficacia de las Intervenciones de Enfermería para el diagnóstico Temor²¹, se observó que según el análisis de covarianza en la etiqueta de resultado conocimientos: Procedimiento Terapéutico, se presentó un cambio de 0,88, estadísticamente significativo y en la etiqueta Control del Temor un cambio de 0,64 también estadísticamente significativo.

²⁰OROZCO, L., BLANCO, A., CARVAJAL, Y., MANTILLA, N., MARTÍNEZ, S., y SÁNCHEZ, B. Prevalencia de Diagnósticos de Enfermería en el Adulto Hospitalizado. Escuela de Enfermería U.I.S. Bucaramanga. 2002. Sin publicar.

²¹OROZCO, L., CÁCERES, F., MÉNDEZ, B., CHAPARRO, F., CABALLERO, H., BUENO, L., y GÓMEZ, O. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico Temor. Escuela de Enfermería U.I.S. Bucaramanga. 2003. Sin publicar.

El objetivo del profesional de Enfermería es fomentar y cuidar un nivel óptimo de salud en las personas y para lograrlo cuenta con una valiosa herramienta denominada: Proceso de Enfermería²², el cual se define como un método sistematizado de brindar cuidados, centrados en el logro de objetivos (resultados esperados), de forma eficiente. Consta de cinco pasos:

Valoración: es el paso inicial del proceso a través del cual, la enfermera reúne, analiza y valida datos acerca del paciente, familia y comunidad.

Diagnóstico: con los datos obtenidos en la valoración, la enfermera realiza su interpretación basada en los conocimientos científicos y en la evidencia clínica existente, para establecer juicios sobre los problemas de salud de la persona.

Planeación: se inicia con la determinación de resultados esperados, una vez formulado el diagnóstico y se continúa con la planificación de intervenciones y actividades que permitirán el logro del resultado esperado.

Ejecución: es la puesta en práctica del plan de cuidados con el fin de obtener los resultados esperados.

²² SARMIENTO, L., IBÁÑEZ, L., El Proceso de Enfermería. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2003. p. 35-129.

Evaluación: es medir las reacciones del paciente a cada una de las intervenciones realizadas y según los resultados se modifican o reajustan las intervenciones, con el fin de lograr las metas propuestas.

El sistema de Clasificación de Diagnósticos de Enfermería (Taxonomía II) de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), proporciona a la enfermera un marco común de referencia, facilitando y haciendo más eficaz la comunicación oral y escrita. Se divide en 13 dominios o patrones funcionales de salud, 106 clases y dentro de ellas se incluyen 155 diagnósticos.

La Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE), se estableció para facilitar la planeación y crear criterios para poder evaluar el cuidado de enfermería comparando los resultados reales alcanzados con los resultados esperados. Esta organizada en tres niveles así: el nivel 1 corresponde a los dominios (7), el nivel 2 a las clases (29) y el nivel 3 a los resultados (261); además cuenta con 17 escalas de medición.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) se requiere para estandarizar el lenguaje que se utiliza para describir las acciones específicas que conforman el tratamiento de enfermería. Constituye parte importante de

la planeación del cuidado y la puesta en práctica de este plan corresponde a la ejecución. Comprende 7 dominios, 29 clases y 433 intervenciones.

Las clasificaciones realizadas en términos de diagnósticos, resultados e intervenciones, mencionadas anteriormente se encuentran articuladas, constituyéndose en herramientas indispensables del Proceso de Enfermería.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE DISEÑO

Ensayo Clínico Controlado.

4.2 UNIVERSO

Toda persona programada para cirugía.

4.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra calculado fue de 45 personas, 15 para el grupo intervención y 30 para el grupo control; teniendo en cuenta: un poder de 0.90, un error alfa de 0.05, una razón de no intervenidos a intervenidos de 2:1, un promedio en el CRE final del grupo control de 3.5 y un promedio en el CRE final del grupo intervenido de 4.0, en cuanto a la etiqueta de resultado Control del Miedo y una desviación estándar de 0.5 para los dos grupos.

4.4 ALEATORIZACIÓN DE LA MUESTRA

Para la asignación aleatoria de los participantes a la intervención se utilizó el sistema de bloques²³.

4.5 RESERVA DE LA ASIGNACIÓN

Al identificar un participante que cumpliera con los criterios de inclusión y que aceptara su participación en el estudio, se acudía personalmente a la oficina del área quirúrgica de la Clínica Bucaramanga, donde se encontraba la central de asignación aleatoria para definir a que grupo era asignado el paciente. La asignación la realizó una enfermera del servicio de cirugía quien no conocía a los participantes.

4.6 ENMASCARAMIENTO

Las personas que participaron en el estudio tuvieron conocimiento de la investigación. Los investigadores principales, los que realizaban las intervenciones y los evaluadores, no conocían la secuencia de la aleatorización. Los evaluadores no participaron en las sesiones de intervención de enfermería realizadas al grupo intervenido, ni tenían conocimiento del grupo al que pertenecía el paciente.

4.7 CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes programados para cirugía en la Clínica Bucaramanga, mayores de 15 años, con diagnóstico de enfermería: Temor, con al menos 2 características definitorias, siendo una de ellas: “identifica el objeto del temor” y cuya etiqueta resultado, Control del Temor tuviera un puntaje menor o igual a 4.0.

4.8 CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con retardo mental o que presentaran limitación para proporcionar información.

4.9 RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos se aplicó un formato de valoración focalizada, que contenía: información básica, información prequirúrgica, y características definitorias para la identificación del diagnóstico de Temor (Anexo A). Un formato de Evaluación de Resultados inicial y final de la etiqueta “Control del Temor” (Anexos B y C). Un formato de Evaluación de

²³LEÓN, G. Epidemiology. Philadelphia: Saunders Company; 1996 p. 89-110.

resultados inicial y final de la etiqueta “Conocimientos: Procedimientos Terapéuticos” (Anexos D y E).

Antes de iniciar el trabajo, se realizó una prueba piloto con 10 participantes, quienes cumplían los criterios de inclusión del estudio. Esto permitió probar los instrumentos de recolección de información, el entrenamiento de los entrevistadores, la ejecución de las intervenciones y el funcionamiento del plan de recolección de la información.

4.10 INTERVENCIONES

Las personas intervenidas recibieron 2 sesiones individualizadas de intervención el día anterior a la cirugía. Para las sesiones se utilizaron 2 intervenciones, propuestas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE): Disminución de la Ansiedad con 22 actividades (Anexo F) y Enseñanza Prequirúrgica con 26 actividades (Anexo G).

La sesión 1 (Anexo H) hacía referencia a la Enseñanza Prequirúrgica, la cual brindaba información preoperatoria estructurada a la persona que iba a ser intervenida quirúrgicamente. Para la información suministrada se utilizaron fotos, carteles, esquemas y folletos (Anexo I y J). Además el paciente entraba en contacto directo con algunos elementos utilizados para la cirugía:

maskarilla, balón de anestesia, equipo de venocllisis, bránula, sondas, cistoflo, equipo de oxigenoterapia y ropa quirúrgica.

En la sesión 2 (Anexo K) se realizaron actividades dirigidas a conocer la respuesta de la persona ante el temor, el impacto en su vida cotidiana, características del temor, estrategias utilizadas anteriormente y perspectivas de la persona sobre la situación motivo del temor, se dieron instrucciones a los participantes sobre algunas técnicas de afrontamiento conductual, cognitivo y sensorial. Se hizo entrega de un protocolo de imaginación guiada (Anexo L), un CD de música de relajación, una hoja con pensamientos de afirmación diaria (Anexo M) y se aplicó la escala análoga visual para el Temor (Anexo N).

Las sesiones 1 y 2 fueron aplicadas un día antes de la cirugía por estudiantes de último semestre de Enfermería de la UIS, quienes tenían experiencia por haber realizado estas intervenciones en una investigación previa.

El grupo control recibió la atención usual que es ofrecida por el personal de salud del servicio de Cirugía Ambulatoria de la Clínica Bucaramanga, enfermera y auxiliar de enfermería, que consiste en verificación del cumplimiento de requisitos de autorización tanto del procedimiento, como de

insumos requeridos para el mismo (material de ortopedia, mallas, válvulas de oído, etc.), historia clínica completa, diligenciamiento de hoja preanestésica (Anexo Ñ), requerimientos adicionales para la cirugía (reserva de sangre, biopsia por congelación, etc.), información sobre instrucciones generales según el procedimiento quirúrgico en forma verbal, entrega de un instructivo (Anexo O), toma de signos vitales y control de peso. Finalmente la persona asiste a la valoración preanestésica.

4.11 EVALUACION DE RESULTADOS

La intervención de enfermería: disminución de la ansiedad se evaluó con la etiqueta Control del miedo (Anexo P) y la intervención de Enfermería: Enseñanza Prequirúrgica, con la etiqueta, Conocimiento: Procedimientos Terapéuticos (Anexo Q). Las dos etiquetas corresponden a la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)²⁴.

Las escalas de las etiquetas mencionadas se evaluaron teniendo en cuenta una operacionalización de los indicadores formulados, la cual fue validada y usada en una investigación previa²⁵. Dicha operacionalización consiste en la

²⁴ JOHNSON, M., MAAS, M., y MOORHEAD, S. Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda edición. Madrid: Harcourt, 2001. p. 79, 175, 201

²⁵ OROZCO, Eficacia de las Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico Temor. Op. cit.

transformación en pregunta de cada indicador, para que, tanto el paciente como el evaluador la comprendan fácilmente. (Anexo R y S)

4.12 VARIABLES

4.12.1 Variable de salida. La variable de salida fue el control del temor.

Operacionalización de la variable de salida: de la etiqueta de resultado “Control del temor”, se tomaron 8 indicadores para determinar el estado del paciente y así evaluar la efectividad de la intervención, medidos mediante una escala tipo likert con rango de 1 a 5 desde nunca manifestado (1), a manifestado constantemente (5)²⁶.

Tanto las personas del grupo intervenido como las del grupo control, fueron evaluadas en dos momentos: Inicialmente cuando se estableció el diagnóstico de enfermería Temor mediante el formato de valoración focalizada, el día anterior a la cirugía, cuando asistían a la valoración preanestésica (CRE Inicial).

Posteriormente, el día del procedimiento quirúrgico, antes de ser trasladados al servicio de cirugía (CRE final).

²⁶ JOHNSON, Op. Cit., p. 201.

La evaluación fue realizada por dos personas de tal manera que cada participante del estudio se evaluó dos veces en cada uno de los momentos descritos antes. Cada evaluador desconocía a que grupo pertenecían los participantes. El promedio de los dos valores dados por los evaluadores fue el puntaje asignado.

Además se tomaron las siguientes variables: edad, género, estado civil, estrato socio económico, escolaridad, peso, presencia de acompañante al momento de la cirugía, tipo de anestesia, clase de procedimiento quirúrgico, cirugías previas, número de personas a cargo, ocupación, religión y diagnóstico médico.

4.13 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez terminada la recolección de la información, se creó una base de datos doble en el programa Epi Info 6.04b y se comparó con el subprograma Validate.

Se utilizó el alfa de Chronbach para medir la consistencia interna del formato de evaluación de las dos etiquetas de Resultados, Control del Temor y Conocimiento: Procedimientos terapéuticos.

Se calcularon los límites de acuerdo de Bland y Altman para determinar la reproducibilidad de los formatos de evaluación, comparando las puntuaciones dadas por los dos evaluadores.

Se utilizó el análisis de covarianza (ANCOVA) para calcular los efectos de las intervenciones de enfermería (CRE final), controlado por el puntaje del CRE inicial, la edad y el género.

El análisis se llevó a cabo por intención de tratamiento.

4.14 CONSIDERACIONES ETICAS

El proyecto fue aprobado por las directivas de la institución y su desarrollo se ajustó a los lineamientos de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, sobre investigaciones en seres humanos²⁷.

²⁷ MINISTERIO DE SALUD. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: MINSALUD, 1993. (Resolución 008430)

5. RESULTADOS

Este estudio se realizó en la Clínica Bucaramanga de esta ciudad en el departamento de Santander. La Clínica Bucaramanga es una institución prestadora de servicios de salud (IPS) de tercer nivel, que atiende personas del área metropolitana, sus alrededores y de la región nororiental de Colombia. Esta población está adscrita al régimen contributivo y subsidiado, aseguradoras de riesgos profesionales, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, pólizas escolares, medicina prepagada y una minoría es particular. Cuenta con 76 camas en hospitalización, cuatro camas en UCI, dos salas de endoscopia, una sala de partos y en el área quirúrgica, seis salas de cirugía en las que se realizan en promedio 400 cirugías al mes.

Los participantes del estudio fueron captados en el área de valoración preanestésica de la Clínica, en total se valoraron 437 personas que iban a ser intervenidas quirúrgicamente en el periodo comprendido del 4 de Abril al 8 de Octubre de 2003, de las cuales 227 (52%) no reunían los criterios de inclusión y 165 (38%) rechazaron participar en la investigación. Las 45 (10%) personas restantes conformaron la población de estudio, asignándose 15 en forma aleatoria al grupo intervención y 30 al grupo control. De los asignados al primer grupo, 14 recibieron las dos sesiones de intervención y 1 no recibió ninguna sesión y del segundo grupo se analizaron los 30 iniciales.

El flujograma de los participantes se observa en la Figura 1.

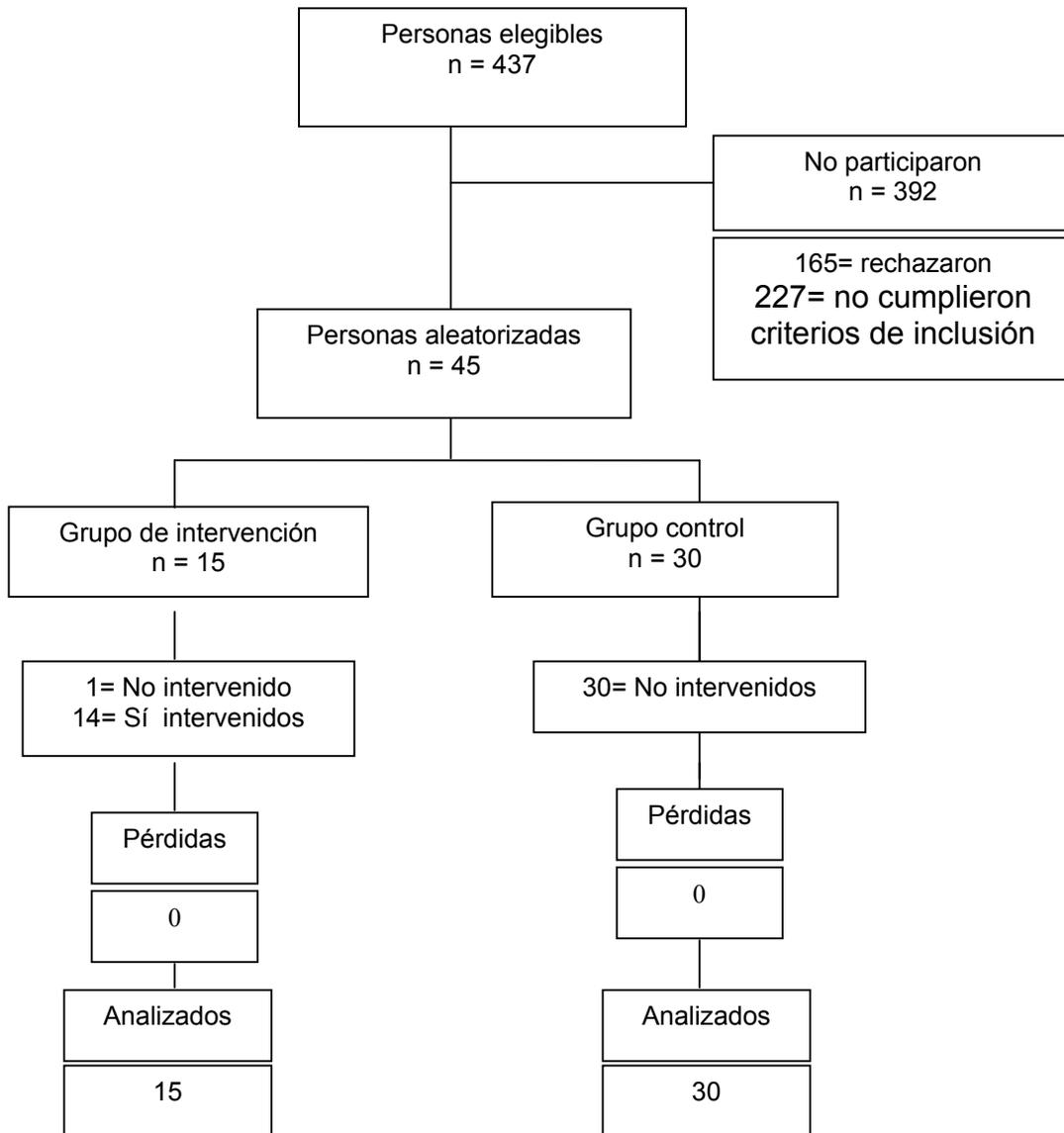


Figura 1. Flujograma de participantes

En la tabla 1 se observan las características de la línea de base de los participantes.

Tabla 1. Características de los Participantes

VARIABLE	INTERVENIDOS N=15		NO INTERVENIDOS N=30	
	Promedio o %	Desviación Estándar	Promedio o %	Desviación Estándar
Edad (años)	45	17	36	17
Peso (Kg.)	63	7	63	13
Años cursados	9	5	10	4
Género Femenino	11 (73%)	-	16 (53%)	-
Nº Personas a cargo:				
2 o menos	8(53%)	-	21(70%)	-
Mas de 2 personas	7(47%)	-	9(30%)	-
Cirugías previas (SI)	8(53%)	-	16(53%)	-
Religión Católica	13(93%)	-	27(90%)	-
Practicante	12(86%)	-	23(79%)	-
Estrato socioeconóm:				
1	2(13%)	-	2(7%)	-
2	6(40%)	-	8(27%)	-
3	1(7%)	-	11(36%)	-
4 y 5	6(40%)	-	9(30%)	-
Ocupación:				
Hogar	5(33%)	-	9(30%)	-
Docencia	3(20%)	-	5(17%)	-
Otra	7(47%)	-	16(53%)	-
Estado Civil:				
Casado-Unión libre	11(73%)	-	16(53%)	-
Soltero-separado-viudo	4(27%)	-	14(47%)	-
Especialidad:				
Ortopedia	6(40%)	-	9(30%)	-
Cirugía General	5(33%)	-	7(24%)	-
Otra	4(27%)	-	14(47%)	-
Anestesia:				
General	13(87%)	-	27(90%)	-
Regional	2(13%)	-	3(10%)	-
Acompañante (SI)	11(73%)	-	26(87%)	-
Objeto Temor:				
Anestesia	12(80%)	-	21(70%)	-
Agujas	2(13%)	-	3(10%)	-
Resultado cirugía	3(20%)	-	8(27%)	-
Dolor	4(27%)	-	5(17%)	-

La consistencia interna y la reproducibilidad de los formatos de evaluación se muestran en las tablas 2 y 3 así como en las figuras 2, 3, 4 y 5.

Tabla 2. Consistencia Interna de los Instrumentos de Evaluación
Reproducibilidad interna (Alfa de Cronbach) de la medición de las escalas, según evaluador

Resultado	Evaluador 1	Evaluador 2
CRE Inicial "Conocimientos: procedimientos terapéuticos"	0.64	0.65
CRE Inicial "Control del temor"	0.62	0.65
CRE Final "Conocimientos: procedimientos terapéuticos"	0.90	0.91
CRE Final "Control del Temor"	0.80	0.79

Tabla 3. Límites de Acuerdo de los instrumentos de Evaluación

Instrumento	Inicial		Final	
	Promedio	Límites	Promedio	Límites
CRE "Conocimientos: procedimientos terapéuticos"	- 0.085	-0.540 - 0.369	- 0.044	-0.453 - 0.364
CRE "Control del temor"	- 0.067	-0.506 - 0.372	-0.006	-0.153 - 0.142

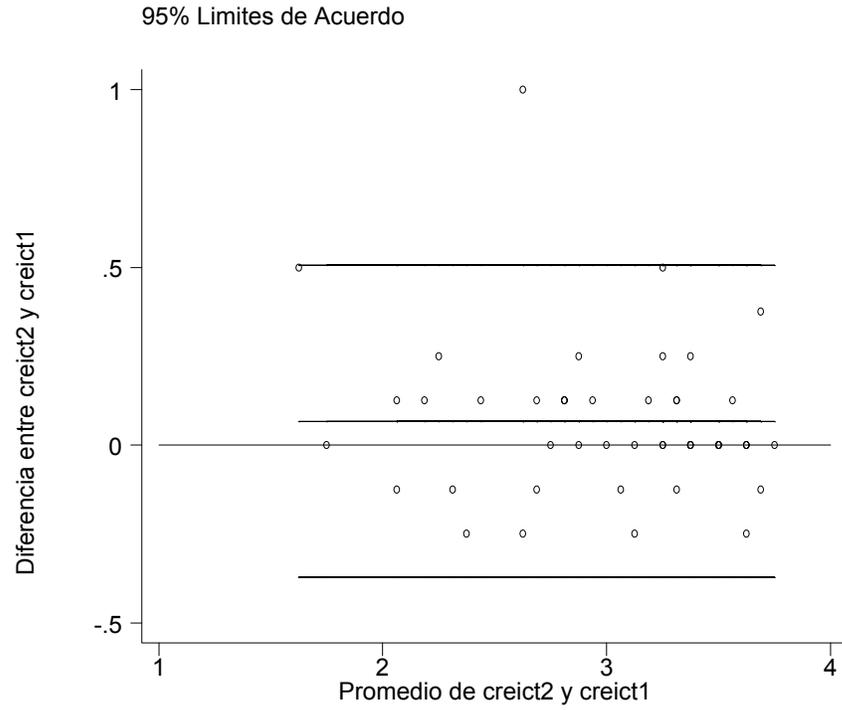


Figura 2. Limites de Acuerdo de Bland y Altman para la medición del CRE inicial “Control del Temor”, entre los dos evaluadores

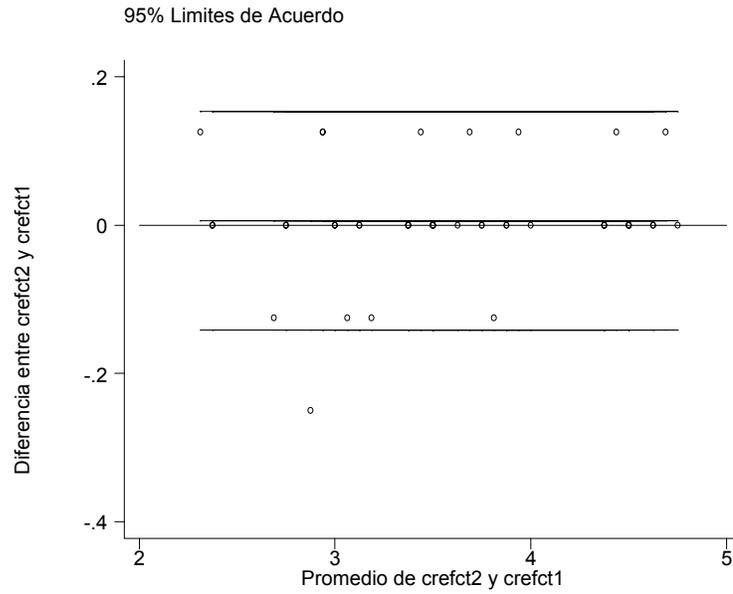


Figura 3. Limites de Acuerdo de Bland y Altman para la medición del CRE final “Control del Temor”, entre los dos evaluadores

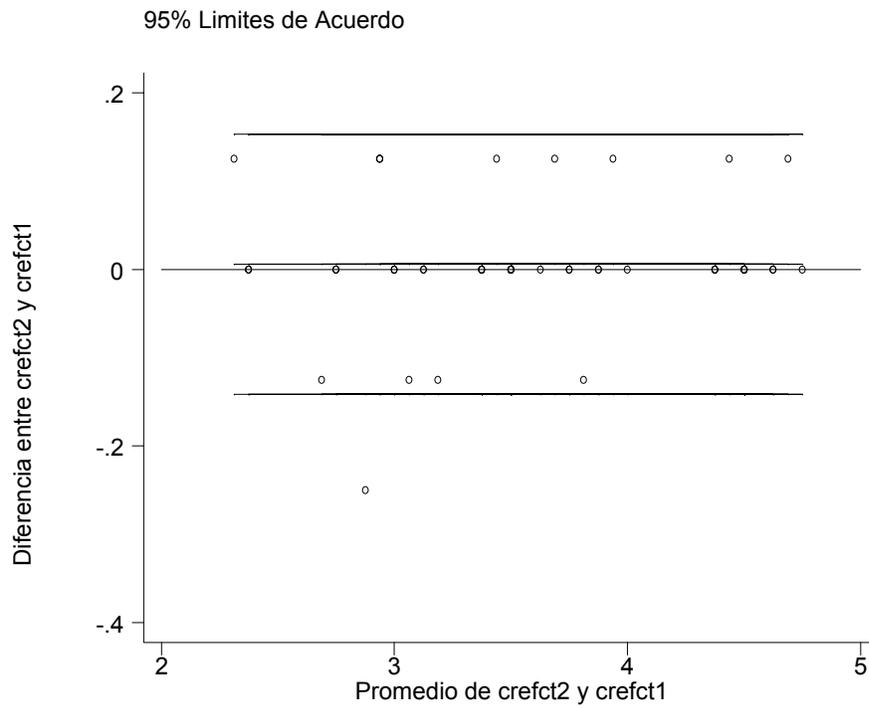


Figura 4. Límites de Acuerdo de Bland y Altman para la medición del CRE inicial “Conocimientos: Procedimientos Terapéuticos”, entre los dos evaluadores

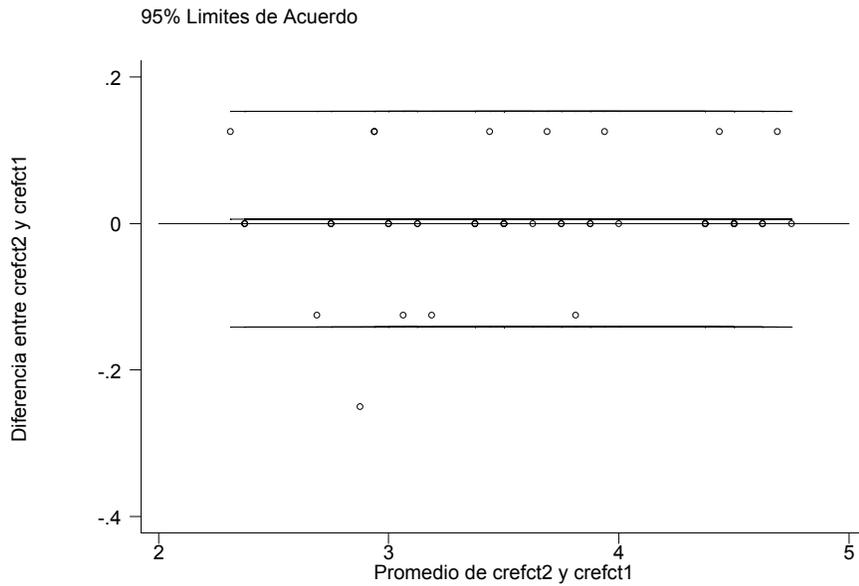


Figura 5. Límites de Acuerdo de Bland y Altman para la medición del CRE final “Conocimientos: Procedimientos Terapéuticos”, entre los dos evaluadores

En el análisis de Covarianza (ANCOVA) se obtuvieron los resultados de la tabla 4 y 5.

Tabla 4. Cambios en la etiqueta CRE final del control del temor según el grupo, controlado por CRE inicial, edad y género

Variable	Coeficiente	P	(IC 95%)
Intervención	1.09	0.000	0.82 – 1.36
CREn inicial	0.41	0.001	0.18 – 0.64
Género	0.01	0.949	-0.24 – 0.26
Edad	0.01	0.036	0.00 – 0.02

Tabla 5. Cambios en la etiqueta CRE final de Conocimientos: procedimientos Terapéuticos según el grupo, controlado por CRE inicial, edad y género

Variable	Coeficiente	P	(IC 95%)
Intervención	1.33	0.000	1.00 – 1.66
CRE inicial	0.12	0.404	-0.17 – 0.42
Género	0.08	0.609	-0.22 – 0.38
Edad	0.00	0.031	0.00 – 0.02

6. DISCUSIÓN

Este estudio permitió demostrar que las Intervenciones de Enfermería: Enseñanza Prequirúrgica y Disminución de la Ansiedad, son eficaces para controlar el temor de las personas programadas para cirugía. Se observó un buen nivel de consistencia interna y reproducibilidad de los formatos de evaluación. Igualmente los límites de acuerdo de Bland y Altman indican que es aceptable la concordancia de las mediciones entre los dos evaluadores.

Una de las fortalezas del presente estudio en ese aspecto, es que se contó con evaluadores que habían participado en un estudio previo, lo cual repercute en la obtención de mediciones más precisas.

En cuanto a las características de la línea de base de los participantes se pudo observar, que las variables se distribuyeron equitativamente.

En el análisis de Covarianza, los cambios observados tanto en la etiqueta de resultado “Control del Temor” (1.09) como en la etiqueta “Conocimientos: Procedimientos Terapéuticos” (1.33) son estadísticamente significativos.

Los resultados del presente estudio corroboran los hallazgos encontrados en un Ensayo Clínico Controlado, realizado en la ciudad de Bucaramanga, el

cual también evaluó la eficacia de las Intervenciones de Enfermería para el diagnóstico Temor²⁸. En el estudio mencionado el grupo intervenido recibió cuatro intervenciones de enfermería (Disminución de la Ansiedad, Enseñanza Prequirúrgica, Información Sensorial Preparatoria y Aumento del Afrontamiento), mientras en este estudio el grupo intervenido recibió dos intervenciones (Disminución de la Ansiedad y Enseñanza Prequirúrgica), sin embargo los resultados del presente estudio fueron más significativos.

La necesidad de tener intervenciones preoperatorias ha sido reconocida en otros estudios como el realizado en Málaga, España, sobre el impacto emocional de la información médica dada en pacientes quirúrgicos²⁹, donde 87.7% de los participantes prefería estar informado de su patología y del manejo quirúrgico. A su vez dar la información adecuada no aumentó la ansiedad. Igualmente en el estudio, Efecto de una “visita enfermera” estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos³⁰, se encontró que los pacientes que recibían la visita de enfermería tuvieron un resultado favorable. En estos estudios el término ansiedad fue usado como sinónimo de temor (de acuerdo a la definición dada por los investigadores) permitiendo hacer comparaciones con el presente estudio.

²⁸OROZCO, Eficacia de las Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico Temor, Op. cit.

²⁹RODRIGUEZ, Op. cit.

³⁰CUÑADO, Op. cit., p. 98-104.

Los resultados del estudio, Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca³¹, también confirman que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibió la información estructurada de enfermería comparado con aquel que no la recibió, un hallazgo que concuerda con los resultados expuestos antes.

Este ensayo clínico presentó algunas limitaciones como por ejemplo: dificultad para lograr que los pacientes asistan a varias citas antes de la cirugía, la programación quirúrgica la mayoría de veces no es realizada con suficiente anticipación, la no participación de las personas para el estudio por motivo de sus ocupaciones. Por lo tanto se hizo necesario desarrollar las sesiones de intervenciones, el día anterior a la cirugía aprovechando la cita de valoración preanestésica y la evaluación final, el mismo día de la cirugía.

³¹ ALORDA, Op. cit., p. 109-113.

7. CONCLUSIONES

Con el análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio, se confirma que las intervenciones de enfermería: Enseñanza Prequirúrgica y Disminución de la Ansiedad, sugeridas para el Control del Temor en el paciente programado para cirugía, tienen una alta aplicabilidad en el área quirúrgica.

Este estudio permitió demostrar que las personas programadas que recibieron las Intervenciones de Enfermería: Enseñanza Prequirúrgica y Disminución de la Ansiedad, desarrollaron un aumento significativo en el control del temor que aquellas personas que no las recibieron.

Es necesario continuar con esta línea de investigación, dado el impacto tangible que generan las Intervenciones de Enfermería en la población, mejorando física y emocionalmente sus condiciones en el proceso quirúrgico. De esta manera se podría sustentar ante las distintas EPS e IPS el beneficio concreto sobre los pacientes y sobre la calidad de la atención al implementar estas intervenciones.

Sería conveniente realizar en futuras investigaciones análisis de costos para mostrar con mayor contundencia el costo beneficio implicado en estas intervenciones de enfermería.

Es importante recordar que cada persona es única y sus respuestas ante el temor pueden variar notablemente, de ahí la ventaja de tener como herramienta el proceso de enfermería que permite dar una atención individualizada.

Los resultados y conclusiones de este estudio se obtuvieron en personas programadas para cirugía, mayores de 15 años, con diagnóstico de enfermería: Temor, sin problemas de retardo mental o limitaciones sensoriales para la comunicación.

BIBLIOGRAFIA

ALORDA C., y GILI, M. Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. En: Enfermería clínica. Barcelona. Vol. 9, no. 3 (jul. – sept. 1998).

BIASOTTI, A. Miedo al quirófano. En La Voz del Interior [en línea]. Córdoba (Argentina): La Voz del Interior, Suplementos Salud, 30 de julio de 2001. [Citado en 5 de agosto de 2002]. Disponible en Internet: <http://www.lavozdelinterior.com/2001/0730/suplementos/salud/nota46003_1.htm>.

BERRY, E. y KOHN, M. Técnicas de Quirófano. Séptima edición. México: Interamericana, 1994.

CARPENITO, L. Diagnósticos de Enfermería. Quinta edición. Madrid: Interamericana, 1995.

CARPENITO, L. Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Segunda edición. Madrid: Interamericana, 1994.

CUÑADO, A., LEGARRE, M. Efecto de una “visita enfermera” estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Ensayo clínico aleatorizado. En: Enfermería clínica. Barcelona. Vol. 9, no. 3 (jul. – sept. 1999).

GIACOMANTONE, E., y MEJÍA, A. Ansiedad. Un puente entre dos siglos [en línea]. [Argentina]: Gador S.A, 1998-2003 [citado en 8 de agosto de 2002]. Fascículo 2. Estrés quirúrgico y Ansiedad: Criterios para su manejo terapéutico. Disponible en Internet: <<http://www.gador.com.ar/iyd/ansie2/quiru.htm>>.

HERNÁNDEZ, M., GARRIDO, V. Ansiedad y Cirugía. En Ansiedad y Estrés [en línea]. Madrid [España]: Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, diciembre 1994, vol. 0, no. Monográfico doble: Psicología, Medicina y Salud [citado en 10 de agosto de 2002]. Disponible en Internet: <<http://www.zonaopen.com/cirugiahabitual/temasclave/tema1.htm>>. ISSN: 1134-7937.

JOHNSON, M., MAAS, M., y MOORHEAD, S. Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda edición. Madrid: Harcourt, 2001.

LEÓN, G. Epidemiology. Philadelphia: Saunders Company; 1996.

LOOKINLAND, S., POOL, M. Study on Effect of Methods of Preoperative Education in Women, En: AORN Journal. Denver. Vol. 67, no. 1 (ene. 1998).

LÓPEZ, S. Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide, 1993.

McCLOSKEY, J., BULECHEK, G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Tercera edición. Madrid: Harcourt; 2001.

NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Harcourt, 2001-2002.

MINISTERIO DE SALUD. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: MINSALUD, 1993. (Resolución 008430)

OROZCO, L., BLANCO, A., CARVAJAL, Y., MANTILLA, N., MARTÍNEZ, S., y SÁNCHEZ, B. Prevalencia de Diagnósticos de Enfermería en el Adulto Hospitalizado. Escuela de Enfermería U.I.S. Bucaramanga. 2002. Sin publicar.

OROZCO, L., CÁCERES, F., MÉNDEZ, B., CHAPARRO, F., CABALLERO, H., BUENO, L., y GÓMEZ, O. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico Temor. Escuela de Enfermería U.I.S. Bucaramanga. 2003. Sin publicar.

MARCO, J., BONDIA A., PERENA S., MARTINEZ, B. Estudio del malestar psicológico y del miedo preoperatorio en pacientes quirúrgicos. En : Revista Española de Anestesiología y Reanimación. Barcelona. Vol. 46, no. 5 (mayo 1999).

RODRÍGUEZ, J., GÓMEZ, E., FERNÁNDEZ-CREHUET, J. El Impacto Emocional de la Información Médica en Pacientes Quirúrgicos. Revista Cuadernos de Bioética [en línea]. Santiago [España]: Grupo de Investigación en Bioética de Galicia, septiembre-diciembre 2001, 3ª ed. vol. XII, no. 46. Disponible en Internet: <<http://www.aebioetica.org/rtf2/06RZNavarro.rtf>>. ISSN 1132-1989.

SARMIENTO, L., IBÁÑEZ, L., El Proceso de Enfermería. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2003.

MATTHEY, P., FINUCANE, B., FINEGAN, B. The attitude of the general public towards preoperative assessment and risks associated with general anesthesia. Canadian Journal of Anesthesia. Montreal. Vol. 48, no. 4 (abr. 2001).

Anexo A

Formato de valoración focalizada

FECHA: DD ____ MM ____ AA ____

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Código del paciente: _____

Número de Historia Clínica: _____

Genero: F ____ M ____

Edad: ____ años Peso: ____ Kg.

No. De personas a cargo: _____

Estrato socio económico: _____ nivel.

Años cursados aprobados: _____

Religión: _____ Practicante: Si ____ No ____

Ocupación laboral: _____

Estado civil: Soltero__ Casado__ Separado__ U. libre__ Viudo__

Acompañante: Si ____ No ____ Parentesco ____ Otro ____

Procedimientos previos en salas de cirugía: Si__ No__ Cuantos__

Diagnostico Médico: _____

Fecha de cirugía: DD ____ MM ____ AA ____

Intervención quirúrgica: _____

Anestesiás: Raquídea ____ Peridural ____ General ____

Realice la valoración de la persona y registre los siguientes datos:

Pulso : _____ por minuto

FR : _____ por minuto

T/A : _____ mmHg

Presencia de sequedad bucal: Si _____ No _____

Manos sudorosas: Si _____ No _____

Tensión muscular: Si _____ No _____

Dilatación pupilar: Si _____ No _____

Palidez cutánea: Si _____ No _____

Realice las siguientes preguntas al a persona:

1. ¿En estos momentos tiene temor? Si _____ No _____

2. ¿A qué le teme? _____

3. ¿Se siente inseguro? Si _____ No _____

4. ¿Se siente tensionado? Si _____ No _____

5. ¿Le inquieta algo en estos momentos? Si _____ No _____

6. ¿Siente pavor, terror, pánico o alarma? Si _____ No _____

7. Desde el momento que se enteró de la cirugía, ha presentado:

Nauseas: Si _____ No _____

Vómito: Si _____ No _____

Diarrea: Si _____ No _____

Fatiga: Si _____ No _____

Perdida del apetito: Si _____ No _____

Falta de aliento: Si _____ No _____

Realice la observación del comportamiento de la persona y registre los siguientes datos:

Insiste sobre una misma idea: Si _____ No _____

Tiene facilidad para concentrarse: Si _____ No _____

Encuentra salida a su situación: Si _____ No _____

Ante un intento de acercamiento, la persona responde con conductas de:

Evitación: Si _____ No _____

Ataque Si _____ No _____

Indiferencia: Si _____ No _____

Aumento del estado de alerta: Si _____ No _____

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Anexo B

FORMATO DE EVALUACION DE RESULTADOS

Fecha: DD _____ MM _____ AA _____

CODIGO PERSONA: _____

NÚMERO UNIDAD: _____

NÚMERO DE HISTORIA CLINICA: _____

EVALUACIÓN INICIAL "CONTROL DEL TEMOR"					
INDICADORES	NM 1	RM 2	OM 3	CFM 4	MC 5
- Monitorea la intensidad del temor.					
- Utiliza estrategia para afrontar el temor					
- Utiliza técnicas de relajación para reducir el temor.					
- Refiere disminución de la duración de los episodios.					
- Refiere aumento de la duración entre episodios.					
- Mantiene la realización del rol.					
- Mantiene las relaciones sociales.					
- Controla la respuesta de miedo.					

PUNTAJE EVALUACION INICIAL, "CONTROL DEL TEMOR": _____

Anexo C

FORMATO DE EVALUACION DE RESULTADOS

Fecha: DD _____ MM _____ AA _____

CODIGO PERSONA: _____

NÚMERO UNIDAD: _____

NÚMERO DE HISTORIA CLINICA: _____

EVALUCIÓN FINAL "CONTROL DEL TEMOR"					
INDICADORES	NM 1	RM 2	OM 3	CFM 4	MC 5
- Monitorea la intensidad del temor.					
- Utiliza estrategia para afrontar el temor					
- Utiliza técnicas de relajación para reducir el temor.					
- Refiere disminución de la duración de los episodios.					
- Refiere aumento de la duración entre episodios.					
- Mantiene la realización del rol.					
- Mantiene las relaciones sociales.					
- Controla la respuesta de miedo.					

PUNTAJE EVALUCIÓN FINAL, "CONTROL DEL TEMOR": _____

Anexo D

FORMATO DE EVALUACION DE RESULTADOS

Fecha: DD _____ MM _____ AA _____

CODIGO PERSONA: _____

NÚMERO UNIDAD: _____

NÚMERO DE HISTORIA CLINICA: _____

EVALUACIÓN INICIAL “CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS”					
INDICADORES	NG 1	ES 2	MD 3	ST 4	EXT 5
- Descripción del procedimiento terapéutico.					
- Explicación del propósito del procedimiento.					
- Descripción de los pasos del procedimiento.					
- Descripción de las precauciones del procedimiento.					
- Descripción de las restricciones relacionadas con el procedimiento.					
- Descripción de los posibles efectos indeseables.					

PUNTAJE EVALUACIÓN INICIAL “CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS”: _____

Anexo E

FORMATO DE EVALUACION DE RESULTADOS

Fecha: DD _____ MM _____ AA _____

CODIGO PERSONA: _____

NÚMERO UNIDAD: _____

NÚMERO DE HISTORIA CLINICA: _____

EVALUACIÓN FINAL “CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS”					
INDICADORES	NG 1	ES 2	MD 3	ST 4	EXT 5
- Descripción del procedimiento terapéutico.					
- Explicación del propósito del procedimiento.					
- Descripción de los pasos del procedimiento.					
- Descripción de las precauciones del procedimiento.					
- Descripción de las restricciones relacionadas con el procedimiento.					
- Descripción de los posibles efectos indeseables.					

PUNTAJE EVALUACIÓN FINAL “CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS”: _____

Anexo F

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

Objetivo:

Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

1. Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad al paciente.
2. Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
3. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
4. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
5. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
6. Permanecer con el paciente para dar confianza y reducir el miedo.
7. Proporcionar elementos que se usan en los procedimientos para brindar seguridad.
8. Fomentar la realización de actividades para facilitar el aprendizaje.

9. Mantener los elementos que puedan ocasionar estrés al paciente fuera de la vista.
10. Escuchar con atención.
11. Reforzar el comportamiento.
12. Crear un ambiente que facilite la confianza.
13. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
14. Identificar los cambios en el nivel de la ansiedad.
15. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
16. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
17. Controlar los estímulos, según las necesidades del paciente.
18. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
19. Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
20. Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
21. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
22. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

Anexo G

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: ENSEÑANZA PREQUIRÚRGICA

Objetivo:

Ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación postoperatorio.

Actividades:

1. Informar al paciente y a la familia sobre la fecha, hora y lugar de la cirugía.
2. Informar al paciente y a la familia acerca de la duración esperada de la operación.
3. Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.
4. Evaluar la ansiedad del paciente relacionada con la cirugía.
5. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
6. Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas de laboratorio, eliminación de orina, preparación de la

piel, terapia IV, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano).

7. Describir toda medicación preoperatoria, los efectos de la misma en el paciente y el fundamento de su utilización.
8. Informar al familiar sobre el sitio de espera mientras transcurre la cirugía.
9. Realizar una visita a la unidad postoperatoria y a la sala de espera.
10. Presentar el paciente al personal implicado en los cuidados de cirugía postoperatorios.
11. Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado.
12. Proporcionar información a cerca de lo que oirá, olerá, verá, gustará o sentirá durante el procedimiento.
13. Discutir las posibles medidas de control del dolor.
14. Explicar el propósito de las valoraciones postoperatorias.
15. Describir las rutinas y equipos utilizados (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas familiares) y explicar su objetivo.
16. Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama.
17. Instruir al paciente a cerca de la técnica de la tos y la respiración profunda.
18. Instruir al paciente sobre la técnica de ejercicios de piernas.

19. Destacar la importancia de la deambulación precoz y los cuidados pulmonares.
20. Enseñar al paciente cómo puede ayudarse en la recuperación.
21. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de salud.
22. Determinar la expectativa del paciente a cerca de la cirugía.
23. Corregir las expectativas irreales respecto a la cirugía.
24. Dar tiempo al paciente para que practique ejercicios y se prepare para la cirugía y la recuperación.
25. Enseñar al paciente a utilizar técnicas de resolución de problemas dirigidas a controlar los aspectos específicos de la experiencia (relajación e imaginación).
26. Incluir a la familia.

Anexo H

SESIÓN 1

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Brindar información preoperatoria estructurada al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente sobre las diferentes experiencias a las cuales se va a ver enfrentado, motivándolo a la comprensión y preparación mental para la cirugía y el periodo de recuperación post operatoria.

1.2 ESPECIFICOS

- Indagar y aclarar los conocimientos que posee el paciente acerca del procedimiento quirúrgico próximo a realizársele.
- Brindar información básica sobre las sensaciones, precauciones, restricciones, efectos indeseables, equipo humano y material del cual estará rodeado durante el periodo preoperatorio.
- Facilitar la comunicación entre el paciente y el equipo asistencial.
- Lograr la disminución del temor corrigiendo conceptos erróneos acerca del procedimiento quirúrgico a realizarse.

2. CONTENIDO

El temor es un estado en el que el individuo experimenta una sensación de trastorno fisiológico o emocional, en una fuente identificable que la persona percibe como peligrosa. El temor en los pacientes quirúrgicos está relacionado con la llegada a un entorno extraño, el miedo a no despertar de la anestesia a la pérdida de una función, a sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos previos a la intervención. Además, la hospitalización puede afectar la relación familiar, social, situación laboral y económica.

Estudios previos han demostrado que la enseñanza preoperatoria puede aplicarse con el fin de controlar el temor de los pacientes, establecer una mejor relación terapéutica con él y su familia, desarrollar conductas de autocontrol y auto cuidado, e informar acerca de la intervención quirúrgica a través de la comunicación y humanización.

A través de esta sesión el profesional de enfermería establecerá una relación terapéutica con el paciente y su familia informándole la naturaleza de la intervención a la que se someterá, como se realiza, quien la realiza, aplicación de la anestesia, traslado a la sala de recuperación, preparación de la piel, sueroterapia y demás cuidados de enfermería, en definitiva, todo lo

que ocurre durante el proceso pre, intra, y postoperatorio. Además evaluará e identificará el temor del paciente escuchándolo atentamente y motivándolo a aprender a controlarlo, proporcionará información sobre la modificación de estilos de vida hacia pautas más saludables que mejoren su calidad de vida.

3. INTERVENCIÓN: ENSEÑANZA PREQUIRURGICA

Actividades:

- Evaluar el temor del paciente relacionado con la cirugía.
- Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente, el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía y sus expectativas respecto de la misma.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Informar al paciente sobre la fecha, hora, documentos, exámenes de laboratorio, medios diagnósticos y premedicación.
- Dar información descriptiva sobre la patología, tipo de cirugía y su propósito, tipo de anestesia a utilizar y sensaciones relacionadas con la misma.
- Describir rutinas perioperatorias, como: llegada a tiempo, elementos de uso personal que debe llevar, preparación física, dieta, higiene y zona de espera de la familia.

- Identificar la presencia de eventos y describir el entorno asociado con el procedimiento.
- Describir rutinas postoperatorias, como: técnica para levantarse de la cama, técnica de tos y de respiración profunda, técnica de ejercicio de piernas, deambulación y dieta, al tiempo que se explicara su objeto.
- Describir toda medicación preoperatoria, los efectos de la misma y el fundamento de su utilización.
- Evaluar la capacidad del paciente para mostrar al cuidador: como levantarse de la cama, como toser y respirar profundamente, como realizar los ejercicios de piernas, y alimentación adecuada, posterior a la cirugía.
- Informar al paciente sobre: sitio donde sus familiares deben esperar los resultados de la cirugía, como y cuando reiniciar actividades de la vida diaria (A.V.D.).
- Importancia de consumir solo los medicamentos prescritos por el médico, posibles efectos indeseables de la cirugía, como: dolor, temor, a reiniciar A.V.D., efectos de la anestesia, alteraciones en la piel relacionadas con la herida quirúrgica y efectos de los medicamentos.
- Explicar el propósito de las continuas valoraciones postoperatorias.
- Reforzar el propósito de las continuas valoraciones postoperatorias.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.

4. METODOLOGIA

La sesión iniciara con la aplicación de la escala análoga visual para el temor para valorar el nivel actual del temor.

La sesión continuara con una entrevista al paciente que contendrá las siguientes preguntas:

- ¿Ha sido operado anteriormente? ¿De qué fue operado?
- ¿Cómo le fue en esa cirugía?
- ¿Conoce en qué consiste la cirugía actual? Por favor descríbala.
- ¿Conoce cuáles son los cuidados a tener después de la cirugía, para su rápida recuperación? Enúncielos.
- ¿Conoce la fecha, hora, documentos, premedicación y exámenes concernientes a la cirugía?

Para la información que se suministrara al paciente, se utilizaran fotos, carteles, esquemas (dibujos) y se le dará un folleto sobre la rutina perioperatoria de la clínica, además se explicará los procedimientos de la cirugía y la anestesia para la cual se le enseñaran los elementos utilizados

(mascarilla y balón de anestesia, equipo de venoclisis, bránula, sondas, cistoflo, equipo de oxigenoterapia y ropa quirúrgica).

La información que reciba el paciente contendrá:

- Rutinas perioperatorias.
- Proceso de enfermedad.
- Procedimiento quirúrgico: precauciones, cuidados postoperatorios, anestesia y sensaciones.

Anexo I

INFORMACIÓN PARA PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA AMBULATORIA

INFORMACION PARA PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGIA AMBULATORIA CLINICA BUCARAMANGA	PREPARACION PARA LA CIRUGIA	RECORRIDO DURANTE SU ESTANCIA EN LA CLINICA
	<p>1. DIA ANTERIOR A LA CIRUGÍA:</p> <p>Asistir a la valoración preanestésica a la 10 AM, trayendo consigo:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Autorización del procedimiento quirúrgico espedida por la empresa a la que esta afiliado, con la orden del cirujano para verificar.➤ Cédula de ciudadanía y carné de asegurado.➤ Historia clínica, exámenes de laboratorio, radiografías u otros estudios.➤ Cotización del procedimiento, si se requiere.➤ Diligenciar el formato de valoración preanestésica <p>DIETA:</p> <p>Almuerzo: Preparaciones blandas sin grasas y sin condimento.</p> <p>Comida: Caldo sin papa ni tostado, jugos sin leche o agua de panela, galletas de soda y gelatina.</p> <p>ASEO:</p> <p>Baño general la noche anterior a la cirugía o temprano el mismo día de la cirugía.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Presentarse en el segundo piso en cirugía ambulatoria para la valoración preanestésica y hacer los trámites correspondientes en el primer piso en recepción, liquidación y laboratorio si es el caso.2. El día y hora programada para su cirugía llegara al primer piso a recepción y luego pasara al segundo piso a cirugía ambulatoria con la documentación completa, será trasladado por un auxiliar de enfermería en camilla o silla de ruedas hacia el servicio de cirugía ubicado en el mismo piso, allí será recibido por un auxiliar de cirugía, quien lo ubicará en la sala de cirugía correspondiente.3. Finalizada la cirugía, lo trasladaran a la sala de recuperación en donde permanecerá hasta que desaparezcan parcialmente los efectos de la anestesia. Luego será trasladado nuevamente a cirugía ambulatoria en camilla o en silla de ruedas para su recuperación total.4. Una vez superados los

	<p>Arreglo de uñas: Quitar el esmalte. No usar maquillaje ni joyas. No rasurar la zona de la cirugía.</p> <p>2. DIA DE LA CIRUGIA:</p> <p>Presentarse en ayunas dos horas antes de la cirugía. Venir acompañado de un adulto. Tomar los medicamentos formulados por el medico.</p> <p>TRAER</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Una máquina de afeitar desechable. ➤ Ropa sencilla fácil de cambiar y zapatos suaves. ➤ En un maletín o bolsa, los implementos de aseo y de uso personal (cepillo de dientes, crema dental, pijamas o sudaderas, sandalias). ➤ Documentos traídos el día de la valoración preanestésica. ➤ Dos fotocopias de la autorización de cirugía. ➤ Recibos de copago si es el caso. ➤ Registro de recepción. 	<p>efectos de la anestesia, se dará de alta con las indicaciones respectivas.</p> <p style="text-align: center;">CUIDADOS PARA DESPUES DE LA CIRUGIA</p> <p>1. PRIMER DIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dieta líquida en la tarde: Caldo sin papa ni tostado, jugo sin leche o agua de panela, gelatina y galletas. Si presenta náuseas o vómito por efecto de la anestesia se recomienda tomar solo líquidos (agua, jugos, caldos claros), en poca cantidad e ir aumentando progresivamente. ➤ Tomar los medicamentos según las indicaciones del médico. ➤ Permanecer en reposo el primer día, evitar realizar movimientos fuertes. <p>2. SEGUNDO DIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta corriente. • Baño en ducha y curación según indicaciones del médico. <p><i>NOTA: Debe asistir a control a la hora y fecha programadas con el médico tratante.</i></p>
--	--	--

Anexo J

INFORMACIÓN PARA PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA

<p style="text-align: center;">INFORMACION PARA PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGIA</p> <p style="text-align: center;">CLINICA BUCARAMANGA</p>	<p style="text-align: center;">PREPARACION PARA LA CIRUGIA</p> <p>1. DIA ANTERIOR A LA CIRUGÍA:</p> <p>Asistir a la valoración preanestésica a la 10 AM, trayendo consigo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorización del procedimiento quirúrgico expedida por la empresa a la que esta afiliado, con la orden del cirujano para verificar. ➤ Cédula de ciudadanía y carné de asegurado. ➤ Historia clínica, exámenes de laboratorio, radiografías u otros estudios. ➤ Cotización del procedimiento, si se requiere. ➤ Diligenciar el formato de valoración preanestésica <p>DIETA:</p> <p>Almuerzo: Preparaciones blandas sin grasas y sin condimento.</p> <p>Comida: Caldo sin papa ni tostado, jugos sin leche o agua de panela, galletas de soda y gelatina.</p> <p>ASEO:</p> <p>Baño general la noche anterior a la cirugía o temprano el mismo día de la cirugía.</p>	<p style="text-align: center;">RECORRIDO DURANTE SU ESTANCIA EN LA CLINICA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentarse en el segundo piso en cirugía ambulatoria para la valoración preanestésica y hacer los trámites correspondientes en el primer piso en recepción, liquidación y laboratorio si es el caso. 2. El día y hora programada para su cirugía llegara al primer piso a recepción y luego pasara al segundo piso a cirugía ambulatoria con la documentación completa, será trasladado por un auxiliar de enfermería en camilla o silla de ruedas hacia el servicio de cirugía ubicado en el mismo piso, allí será recibido por un auxiliar de cirugía, quien lo ubicará en la sala de cirugía correspondiente. Su familiar o acompañante escara en la sala de espera. 3. Finalizada la cirugía, lo trasladaran a la sala de recuperación en donde permanecerá hasta que desaparezcan parcialmente los efectos de la anestesia. Luego será trasladado en camilla a la habitación asignada, para su recuperación total.
---	--	---

	<p>Arreglo de uñas: Quitar el esmalte. No usar maquillaje ni joyas. No rasurar la zona de la cirugía.</p> <p>2. DIA DE LA CIRUGIA:</p> <p>Presentarse en ayunas dos horas antes de la cirugía. Venir acompañado de un adulto. Tomar los medicamentos formulados por el medico.</p> <p>TRAER</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Una máquina de afeitar desechable.➤ Ropa sencilla fácil de cambiar y zapatos suaves.➤ En un maletín o bolsa, los implementos de aseo y de uso personal (cepillo de dientes, crema dental, pijamas o sudaderas, sandalias).➤ Documentos traídos el día de la valoración preanestésica.➤ Dos fotocopias de la autorización de cirugía.➤ Recibos de copago si es el caso.➤ Registro de recepción.	
--	--	--

Anexo K

SESIÓN 2

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Reconocer la respuesta ante el temor del individuo y explicar mecanismos de afrontamiento para controlarlo.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar la respuesta ante el temor y evaluar el impacto sobre la cotidianidad.
- Dar a conocer estrategias para el control del temor.

2. CONTENIDO

Las técnicas para controlar el temor en la preparación de los pacientes para las intervenciones quirúrgicas serán explicadas en esta sesión.

INTERVENCIONES CONDUCTUALES

Los métodos de preparación conductual proporcionan al paciente instrucciones sobre conductas específicas a realizar de manera que faciliten su recuperación física.

Estas instrucciones conductuales son proporcionadas normalmente por las enfermeras y variarán en función del tipo de intervención, incluyen típicamente ejercicios de respiración profunda o abdominal que estimulan la respuesta de relajación, el movimiento de extremidades, la forma adecuada de toser y la deambulaci3n.

Ejercicios respiratorios: empiece en un lugar callado. Anime a que los pacientes se pongan c3modos vaciando la vejiga y cambiando su posici3n, la respiraci3n profunda o abdominal es usualmente la primera intervenci3n. Dígale al paciente que respire a trav3s de la nariz y llene los pulmones para que empuje el diafragma hacia abajo y el abdomen hacia afuera. Exhale a trav3s de la boca, mientras sube el diafragma y el abdomen entra. Muchas personas son respiradores superficiales y solo usan la parte superior del t3rax. Lo cual significa que solo mueven sus hombros de arriba abajo. Debe animarse al paciente a concentrarse en la inspiraci3n y exhalaci3n, se le puede decir “respire con calma, exhale el temor o la ansiedad”. Se recomienda dos clases de respiraci3n; la c3clica (con la boca cerrada, inspire y exhale sin pausa al principio o final de cada respiraci3n) o contener la

respiración (tome una respiración profunda y sosténgala hasta la cuenta de tres y entonces suelte el aire despacio, dígase a si mismo, relájese) pruebe varias de estas técnicas para determinar cuales trabajan mejor con los pacientes. No se olvide del ejercicio como un medio excelente para disminuir la ansiedad o el temor.

Imaginación guiada: después de 5 a 10 minutos de respiración profunda se pide a los pacientes cerrar sus ojos e imaginar una escena agradable. También piense sobre cualquier evento que pueda ser aprensivo y ponga en marcha el ejercicio. Por ejemplo haga que el paciente imagine que la cirugía tuvo éxito y ha terminado y él o ella esta bien. Ver protocolo (Anexo L).

La oración y la meditación son maneras potentes de disminuir la ansiedad y el temor. El paciente puede repetir silenciosamente una oración corta, un texto de la escritura sagrada o una palabra como paz.

INTERVENCIÓN DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO

Estas técnicas consisten fundamentalmente en ayudar al paciente a identificar sus miedos y preocupaciones referidas a la cirugía e intentar eliminarlos o modularlos. Esta técnica pretende modificar la apreciación de la situación quirúrgica en el paciente y su tipo de afrontamiento desadaptado para así disminuir el estrés y sus efectos indeseables.

Entrenamiento para hablar positivamente de uno mismo: La enfermera ayuda a que el paciente identifique las afirmaciones negativas de si mismo (“Yo nunca podré manejar esta ansiedad”), a que reconozca el papel que estas tienen en el incremento del temor y la desesperación y a reemplazar estas afirmaciones por otras positivas que ayuden al paciente a enfrentar los altos niveles de temor (“La ansiedad no me matara...yo puedo hacer cada cosa en su momento. Ahora mismo yo necesito respirar y estirarme...yo no tengo que ser perfecto.”). Se entrega hoja de afirmación diaria.

Tranquilidad: decirle a un paciente que simplemente se relaje o que ellos no tienen nada de que preocuparse no es útil. Sin embargo, en una situación en que los miedos de un paciente son conocidos por la enfermera podrían ser ciertamente infundados, la tranquilidad por medio del pronóstico y el apoyo es la intervención de primera opción.

INTERVENCIÓN SENSORIAL

Musicoterapia: La música tiene una serie de efectos fisiológicos, incluye sobre el ritmo respiratorio, la presión arterial, las contracciones estomacales y los niveles hormonales. Los ritmos cardiacos se aceleran o se vuelven más lentos de forma tal que se sincronizan con los ritmos musicales. El sonido puede ser un gran sanador ejerciendo un efecto positivo sobre el sistema

nervioso. La música puede actuar distrayéndonos y apartando nuestra atención de eventos desagradables, también tiene la capacidad de evocar sentimientos y estados de ánimo que puede ser de gran ayuda para controlar no solo el dolor sino el temor y la ansiedad. Se entrega CD de música de relajación.

INTERVENCION: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

Actividades

En esta sesión se realizaran las siguientes actividades:

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten el temor.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Instruir al paciente sobre técnicas o estrategias de relajación.

- Identificar cuando el nivel de temor cambia.

Metodología

La segunda sesión consistirá en una charla de retroalimentación entre la enfermera y la persona del estudio, además se darán a conocer las técnicas para enfrentar el temor. Esta sesión constara de dos etapas así:

I Etapa

Se realizarán preguntas abiertas que busquen indagar sobre aspectos relacionados con la respuesta de la persona ante el temor, el impacto en su vida cotidiana, características del temor, estrategias utilizadas anteriormente por el paciente y perspectivas de la persona sobre la situación motivo del temor, las siguientes son las preguntas que se realizarán:

- ¿Cómo se siente frente a la cirugía?
- Realice una descripción concreta de lo que implica para usted ser intervenido quirúrgicamente.
- ¿Cómo ha afectado su vida cotidiana? (relaciones interpersonales y roles).

- ¿Considera usted que su comportamiento ante las situaciones estresantes o temerosas ha sido adecuado o inadecuado?
- ¿Cómo ha afrontado situaciones similares?

Características del temor

- Aplicar la escala análoga visual para el nivel del temor.
- ¿Cómo ha observado su temor? ¿Cree que ha aumentado o ha disminuido?
- ¿Qué situaciones o circunstancias cree usted ha motivado ese aumento o disminución?

Sistemas de apoyo:

- ¿Considera que ha recibido apoyo de parte de familiares, amigos, conocidos, vecinos, etc.?
- El apoyo recibido le ha servido para encarar la situación ¿Por qué?

II Etapa

Se instruirá al paciente sobre algunas técnicas de afrontamiento (conductual, cognitivo y sensorial).

Conductuales:

- Ejercicio de respiración.
- Imaginación guiada.

Cognitivas:

- Entrenamiento para hablar positivamente de si mismo.

Sensoriales:

- Musicoterapia.

Al finalizar esta sesión se fijaran metas de utilización de las técnicas aprendidas y se entregara un protocolo de imaginación guiada, un CD de música de relajación y una hoja con pensamientos de afirmación diaria con el fin de que el paciente pueda continuar la preparación prequirúrgica en su casa.

ANEXO L

IMAGINACIÓN GUIADA

Los procedimientos quirúrgicos pueden generar ansiedad si no se ven desde el punto de vista que pueden mejorar la calidad de vida, las técnicas de relajación son muy importantes en la vida cotidiana y sobre todo si se enfrenta a situaciones estresantes que pueden descompensar su ciclo normal. La respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica que se generan en nuestro cuerpo por no tener un control voluntario de la ansiedad.

A continuación encontrará un protocolo que usted puede realizar múltiples veces antes de su procedimiento quirúrgico teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones mínimas:

- Un ambiente tranquilo, sin ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbadores.
- Temperatura adecuada; la habitación o el sitio tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación.

- Luz moderada; es importante que se mantenga la habitación o el sitio con luz tenue.
- La posición de relajación puede ser de dos tipos: Acostado sobre una cama con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo. Un sillón cómodo y con brazos, en este caso es conveniente que utilice apoyos para la nuca y los pies.

Durante las sesiones de relajación se recomienda que las prendas de vestir no sean ajustadas pues interfieren en el proceso, convirtiéndose en una tensión extra. Es importante durante la relajación no usar zapatos, lentes de contacto, gafas, etc. Inicie colocando la música que se le ha entregado, escuche la primera canción y trate de concentrarse en los sonidos del agua. Una vez realice este preámbulo tome la posición que mejor crea conveniente, cierre los ojos e inicie una respiración así:

Tome aire profundo por la nariz sintiendo que ha llenado sus pulmones y arrójelo lentamente por la boca, no olvide concentrarse en la música, usted está en la capacidad de sentir la tranquilidad del agua y los sonetos que se mezclan con ella, conserve esta respiración alrededor de cinco minutos ahora puede sentir su cuerpo mas relajado a tal punto que aun no quiere terminar la sesión, inicie recordando a sus seres más queridos y en su

imaginación cree un ambiente de armonía y tranquilidad no desperdicie esta oportunidad para sentirlos, abráselos y manifieste su amor a través del contacto, (NO OLVIDE MANTENER LA RESPIRACIÓN TOMAR AIRE PROFUNDO POR LA NARIZ Y EXPULSARLO LENTAMENTE POR LA BOCA) imagine que les esta transmitiendo la decisión de su médico en realizar un procedimiento, (recuerde siempre que es para mejorar su calidad de vida), y sienta como ellos lo apoyan y le dan su respaldo, ahora invítelos a que lo acompañen a la clínica para la intervención, encomiende a Dios a los médicos, enfermeras, auxiliares y todo el personal clínico que lo va a atender, y recomiende en su imaginación a su familia que hagan lo mismo, despídase de su familia pues es hora de pasar al quirófano y recuerde que en pocas horas estará nuevamente con ellos. Visualice que el procedimiento esta trascurriendo normal en la sala de cirugía y que usted esta en un sueño muy profundo y encuéntrese con usted mismo, piense en sus metas por concluir y en su proyecto de vida, simbolice que todo esta bien y de gracias a Dios porque tiene la posibilidad de restaurar su salud física y psíquica, (NO OLVIDE MANTENER LA RESPIRACIÓN TOMAR AIRE PROFUNDO POR LA NARIZ Y EXPULSARLO LENTAMENTE POR LA BOCA) ahora ha concluido el procedimiento y fue todo un éxito nuevamente se encuentra con su familia que lo reciben con gran agrado porque todo salió bien, lo instalan nuevamente en su casa y su recuperación es satisfactoria, siga con los ojos cerrados y respirando lentamente y controlado, abra los ojos y mantenga la respiración por cinco minutos

aproximadamente. Una vez termine esta relajación se sentirá mas tranquilo y seguro de su procedimiento y los resultados.

Si practica repetidas veces esta técnica antes del procedimiento le permitirá alcanzar un estado de intensa relajación y concentración, en el que su mente se despega momentáneamente de las preocupaciones y asuntos cotidianos, puede disminuir las molestias inmediatas posteriores a la intervención, promueve la rehabilitación: usted puede adoptar una mejor actitud para colaborar activamente en su recuperación.

Si su mente esta serena, podrá enfrentar todas las circunstancias de la vida... las buenas y las menos buenas... cuando estamos asustados o enojados, nuestra respiración es entrecortada, superficial, irregular, pero cuando se esta relajado, sumido en sus pensamientos, la respiración se torna lenta, calmada, profunda y evita episodios incómodos de ansiedad que traen malestares físicos y psicológicos.

Anexo M

AFIRMACIÓN DIARIA

A partir de hoy dormiré, la energía emocional que hay dentro de mí. No acepto que me gobiernen los pensamientos de enfermedad, de fracaso, de indecisión o cualquier otro pensamiento negativo.

Rechazo las sugerencias obstructivas y dañosas de los demás. Soy fuerte, enérgico, valeroso y capaz. Mi poder de voluntad aumenta cada día, me enfrento a la tarea de hoy con fe en mi mismo y confianza en la suprema ley de evolución del espíritu: hoy somos lo que ayer no éramos; mañana seremos lo que hoy no somos... Esta meditación silenciosa sobre mi yo real, me sostiene equilibrado, sereno y no hago caso de cuanto ocurre en mi mundo exterior con empeño de hacer cambiar mi pensamiento, mi intención recta.

Soy mas importante que cualquier acontecimiento, dueño de las circunstancias, porque estoy convencido que los hechos no nos afecta en la vida por lo que son en si mismos si no por lo que pensamos acerca de ellos. No me acobardan los problemas cotidianos... tengo inmensurable fuerza y poder. Nunca me desaliento.

Reconozco que el secreto del triunfo no consiste en no caer, si no en no permanecer caídos. Que la felicidad es un estado mental que no depende de los demás, si no de si mismos... Que ser sereno concientemente es sabio de las cosas del mundo y de la naturaleza...

Anexo N

ESCALA ANÁLOGA VISUAL PARA EL TEMOR

EXPLIQUE AL PACIENTE

Considere esta línea como un termómetro o medidor de temor, la parte inicial hace referencia a la ausencia de temor y la parte final al temor más espantoso, horroroso, incontenible, o como el peor de todos los temores que ha sentido.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones marque con una línea (corte o cruce con su línea, la que ya está marcada) en donde usted cree esta la intensidad de su temor actualmente.

Nota: Utilice palabras como: mucho, regular, bastante para explicar lo que significa "Intensidad de terror".

ENTREVISTADOR

Tome una reglilla y mida desde el inicio de la línea hasta donde el paciente marco su nivel de temor y registre este valor, compárelo con el cuadro de

intensidad del temor y con otras mediciones de temor hechas al paciente.

Realice con el paciente el análisis de los cambios en el nivel del temor.

MEDICIÓN	NIVEL DEL TEMOR
De 0 a 1.0	Sin Temor
De 1.1 a 4.0	Temor Leve
De 4.1 a 7.0	Temor Moderado
De 7.1 a 9.0	Temor Alto
De 9.1 a 10.0	Pánico

Anexo Ñ

EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____ Habitación: _____ Fecha: _____

RESPONDA				SI	NO		
1. Es alérgico a una droga							
2. Toma medicamentos de rutina u ocasionalmente							
3. Fuma o ha fumado, con qué frecuencia							
4. Toma bebidas alcohólicas							
5. Tiene prótesis dental fija o removible							
TIENE O HA TENIDO	SI	NO	Comentari os	TIENE O HA TENIDO	SI	NO	Comentari os
6. Problemas cardíacos:				10. Problemas Músculo-esquelético:			
- Presión Arterial Alta				- Artritis			
- Presión Arterial Baja				- Fracturas			
- Ataque Cardíaco – Infarto				- Dificultad para abrir boca			
- Fiebre Reumática				- Limitación para mover articulaciones			
- Dolor en el pecho				- Debilidad muscular			
- Soplos				11. Problemas Neurológicos:			
- Palpitaciones				- Convulsiones			
- Practica Deportes				- Trauma Craneano o columna			
7. Problemas Pulmonares:				- Dolor Cabeza			
- Asma			- Desmayos o mareos				
- Bronquitis			- Trastornos de conciencia				
- Neumonía			- Parálisis				
- Tos-expectoración			12. Problemas Metabólicos:				
- Tuberculosis			- Diabetes				
8. Problemas Urinarios:			- Enfermedad de Tiroides				
- Infección Urinaria			- Otros				
- Cálculos			13. Problemas Sanguíneos:				
9. Problemas Digestivos:			- Tendencia a Hemorragia				

- Ulcera				- Anemia			
- Dolor de estomago- Gastritis				- Transfusión de Sangre			
- Colitis				- Historia Hemorragia en a familia			
- Diarrea Crónica				14. Problemas emocionales:			
- Hepatitis – Ictericia				- Ansiedad, Depresión			
- Pancreatitis				- Adicción a drogas			
- Hernia hiatal				15. Esta usted embarazada?			
16. Ha recibido Anestesia – especifique:							
Mes - Año	OPERACIÓN	Tipo de Anestesia			Local: Sitio de Cirugía. Regional: Bloqueo Nervioso, Raquídeo o Peridural. General: cuando lo duermen.		
		Local	Regional	General			
17. Ha tenido problemas con Anestesia							
18. En la familia alguien tuvo problemas con Anestesia							

Observaciones: (Únicamente para el médico)

Autorizo Procedimiento

Anestesiólogo

Firma Paciente

Firma Doctor

EXAMEN FISICO PRE-ANESTESICO

Operación Propuesta:		Diagnostico:			Programada	
					Urgencia	
Cirujano			Anestesiólogo:			
SIGNOS VITALES	P.A.	F.C.	Pulso	F.R.	T	Peso: Talla:
CABEZA (boca, cuello)						
CARDIOVASCULAR						
PULMONAR						
ABDOMEN						

NEUROLOGO

PARACLINICOS

Hb.	Hto.	Leucocitos	Glicemia	Creatinina	BUN	GRUPO SANGUINEO
Plaquetas	PTT	PT	Na+	K+	OTROS	
Rx Tórax				P. de O.		
Hallazgos Importantes:						

Estado Físico	ASA	1	2	3	4	Riesgo C.V.	GOLDMAN	I	II
5	U					III	IV		

PLAN ANESTESICO

MPA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnicas Anestésicas	Acepta Anestesia:	Monitorización
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		General Regional	
			Reserva Sangre:	
			Si	
			No	
Observaciones:				

Evaluación efectuada por:	Firma:	Fecha:
Hora:		

Anexo O

INSTRUCTIVO USUAL DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Siga las siguientes recomendaciones, son para el éxito de su cirugía:

- Báñese con agua y jabón todo el cuerpo, especialmente el área quirúrgica.
- El día anterior a la cirugía, no tome ni coma nada después de las 8 PM.
- Use ropa limpia y cómoda teniendo en cuenta la cirugía.
- No se aplique maquillaje, el esmalte de uñas debe ser retirado.
- No traiga a la clínica joyas ni objetos de valor.
- Debe retirar la prótesis dental y lentes de contacto.
- Llegue a tiempo dos horas antes de la intervención.
- No olvide los exámenes de laboratorio y/o radiografías.
- Hágase acompañar de un adulto responsable.
- Preséntese en la recepción o conmutador para registrar sus datos personales.
- Traer bolsa o maletín para guardar su ropa.
- Presente las respectivas órdenes de autorización de servicios clínicos y en horarios médicos de la entidad a la cual pertenece.

Si usted es paciente particular no olvide realizar el respectivo depósito.

Nota: Si tiene algún problema como fiebre, gripa, tos o cualquier otro síntoma, o no puede asistir a su cita por favor avise a su médico o comuníquese con el departamento de cirugía de nuestra institución al teléfono 6432324.

Anexo P

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA: CONTROL DEL MIEDO (1404)

Dominio: salud psicosocial (III).

Clase: autocontrol (O).

Escala: nunca manifestado ha manifestado constantemente (m).

Definición: acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable.		Nunca manifestado 1	Raramen te manifestado 2	En ocasiones manifestado 3	Con frecuencia manifestado 4	Manifestad o constantem ente 5
Control del miedo						
Indicadores						
140401	Supervisa la intensidad del miedo.	1	2	3	4	5
140402	Elimina los factores precursores del miedo.	1	2	3	4	5
140403	Busca información para reducir el miedo.	1	2	3	4	5
140404	Evita fuentes de miedo cuando es posible.	1	2	3	4	5
140405	Planea estrategias para superar las situaciones temibles.	1	2	3	4	5
140406	Utiliza estrategias de superación efectivas.	1	2	3	4	5
140407	Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.	1	2	3	4	5
140408	Refiere disminución de la duración de los episodios.	1	2	3	4	5
140409	Refiere aumento de la duración entre episodios.	1	2	3	4	5
140410	Mantiene la realización del rol.	1	2	3	4	5
140411	Mantiene las relaciones sociales.	1	2	3	4	5
140412	Mantiene la concentración.	1	2	3	4	5

140413	Mantiene el control sobre su vida.	1	2	3	4	5
140414	Mantiene el funcionamiento físico.	1	2	3	4	5
140415	Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo.	1	2	3	4	5
140416	Continúa siendo productivo.	1	2	3	4	5
140417	Controla la respuesta de miedo.	1	2	3	4	5
140118	Otros	1	2	3	4	5
	_____ (especificar)					

Anexo Q

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA: CONOCIMIENTO

RÉGIMEN TERAPÉUTICO (1813)

Dominio: conocimiento y conducta en salud (IVI).

Clase: conocimiento sobre la salud (S).

Escala: ninguno a extenso (i).

Definición: grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.						
		Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancia	Extenso
Conocimiento régimen terapéutico.		1	2	3	1 3	5
Indicadores						
181301	Descripción de la justificación de régimen terapéutico.	1	2	3	4	5
181302	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.	1	2	3	4	5
181303	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia.	1	2	3	4	5
181304	Descripción de los efectos esperados del tratamiento.	1	2	3	4	5
181305	Descripción de la dieta prescrita.	1	2	3	4	5
181306	Descripción de la medicación prescrita.	1	2	3	4	5
181307	Descripción de la actividad prescrita.	1	2	3	4	5
181308	Descripción del ejercicio prescrito.	1	2	3	4	5
181309	Descripción de los procedimientos prescritos.	1	2	3	4	5

181310	Descripción del proceso de la enfermedad.	1	2	3	4	5
181311	Ejecución de las técnicas de auto monitorización.	1	2	3	4	5
181312	Ejecución del procedimiento terapéutico.	1	2	3	4	5
181313	Selección de comidas recomendadas en la dieta.	1	2	3	4	5
181314	Otros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Anexo R

OPERACIONALIZACIÓN DE LA ESCALA “CONTROL DEL MIEDO”

INDICADOR	NUNCA MANIFESTADO 1	RARAMENTE MANIFESTADO 2	EN OCASIONES MANIFESTADO 3	CON FRECUENCIA MANIFESTADO 4	CONSTANTEMENTE MANIFESTADO 5
UTILIZA ESTRATEGIAS DE SUPERACION EFECTIVAS	No lo hace	Indaga y no utiliza	Utiliza una sin resultado favorable	Utiliza varias sin resultado favorable	Utiliza una con resultado favorable
REFIERE DISMINUCIÓN DE LA DURACIÓN DE LOS EPISODIOS	Temor las 24 horas	Temor 6 veces al día	Temor 4 veces al día	Temor 2 veces al día	Temor 1 vez al día
MANTIENE LA REALIZACIÓN DEL ROL	No realiza ninguno de sus roles	Tiene dificultad para realizar la mayoría de sus roles	Tiene dificultad para realizar dos de sus roles	Tiene dificultad para realizar un rol	Mantiene todos los roles
MANTIENE LAS RELACIONES SOCIALES	Se aísla de su entorno	Mantiene relaciones solo con familia	Mantiene relaciones con familia y amigos	Relaciones con familia, amigos y laboral	Relaciones con todo su entorno
CONTROLA LA RESPUESTA DEL MIEDO	Presencia de llanto, agresividad, logorrea, voz entrecortada, silencio, insomnio etc.	7 a 8 manifestaciones	5 a 6 manifestaciones	2 a 4 manifestaciones	1 manifestación

Anexo S

OPERACIONALIZACIÓN DE LA ESCALA CONOCIMIENTO:

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

INDICADOR	NINGUNO 1	ESCASO 2	MODERADO 3	SUSTANCIAL 4	EXTENSO 5
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO	No responde ninguna pregunta	Responde una pregunta	Responde 2 o 3 preguntas	Responde 4 preguntas	Responde las 5 preguntas
EXPLICACIÓN DEL PROPÓSITO DEL PROCEDIMIENTO	No sabe porque realizan el procedimiento	Enuncia el propósito pero no lo comprende	Enuncia el propósito y solicita aclarar dudas	Explica el propósito y lo comprende	Explica el propósito del procedimiento, lo comprende y reconoce las ventajas
DESCRIPCIÓN DE LOS PASOS DEL PROCEDIMIENTO	No describe los pasos del procedimiento	Describe un paso del procedimiento	Describe 2 o 3 pasos del procedimiento	Describe 4 pasos	Describe los 5 pasos
DESCRIPCIÓN DE LAS PRECAUCIONES DE LA ACTIVIDAD	No describe las precauciones de la actividad	Describe una precaución	Describe 2 o 3 precauciones	Describe 4 precauciones	Describe todas las precauciones
DESCRIPCIÓN DE RESTRICCIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO	No describe ninguna restricción	Describe 1 restricción	Describe 2 restricciones	Describe más de 2 restricciones	Describe todas las restricciones relacionadas con la cirugía
DESCRIPCIÓN DE LOS POSIBLES EFECTOS INDESEABLES	No describe los efectos indeseables	Describe algún síntoma	Describe 2 síntomas	Describe 3 síntomas	Describe todos los efectos indeseables