

**EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL
CONTROL DEL TEMOR DEL PACIENTE PREQUIRÚRGICO**

**LIDA ESMERALDA LÓPEZ VALDIVIESO
ALBA FELISA ORTIZ HERNÁNDEZ
RUBBY RANGEL NAVIA
EUGENIA RUEDA NIEVES**

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

**EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL
CONTROL DEL TEMOR DEL PACIENTE PREQUIRÚRGICO**

**LIDA ESMERALDA LÓPEZ VALDIVIESO
ALBA FELISA ORTIZ HERNÁNDEZ
RUBBY RANGEL NAVIA
EUGENIA RUEDA NIEVES**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**Asesor:
Dr. LUÍS CARLOS OROZCO VARGAS**

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos la sabiduría y perseverancia para culminar con éxito nuestra meta.

A nuestra familia por su comprensión y apoyo durante el tiempo dedicado al Post Grado.

Al Dr. LUIS CARLOS OROZCO por su valiosa colaboración en la realización de la investigación.

A las clínicas Comuneros del Instituto de Seguro Social y Santa Teresa por creer en nosotros y abrir las puertas de su institución para la ejecución de este proyecto.

A las instituciones donde laboramos por su comprensión y apoyo en el desarrollo del Post Grado.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. OBJETIVO	14
2. MARCO TEÓRICO	15
2. MARCO TEÓRICO	15
3. HIPÓTESIS	24
4. DISEÑO METODOLÓGICO	25
4.1 TIPO DE ESTUDIO	25
4.2 VARIABLE DE SALIDA	25
4.3 UNIVERSO	26
4.4 MUESTRA	26
4.4.1 Criterios de inclusión	26
4.4.2. Criterios de exclusión.	27
4.4.3 Prueba piloto.	27
4.5 ASIGNACIÓN ALEATORIA	27
4.6 RESERVA DE LA ASIGNACIÓN	28
4.7 IMPLEMENTACIÓN	28
4.8 ENMASCARAMIENTO	28
4.9 MÉTODOS ESTADÍSTICOS	28
5. RESULTADOS	30
5.1 INTERVENCIÓN	30
5.2 RECLUTAMIENTO DE LA MUESTRA	30
5.3 COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS	31

5.4 LIMITES DE ACUERDO DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	33
5.5 COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES DE LAS EVALUACIONES DE LOS GRUPOS.	35
5.6 ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA INTERVENCIÓN EN EL CRE FINAL AJUSTADO POR EL CRE INICIAL. (ANÁLISIS DE COVARIANZA).	35
6. DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	42

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Gráfico 1. Flujograma de Reclutamiento de la Muestra.	31
Gráfica 2. Cambios en los Límites de Acuerdo de la Etiqueta Control del Temor.	33
Grafica 3. Cambios en los Límites de Acuerdo de la Etiqueta Conocimientos Procedimiento Terapéutico	34

RESUMEN

TÍTULO: EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DEL TEMOR PREQUIRÚRGICO. UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO*

AUTOR: Luís Carlos Orozco**, Rubby Rangel***, Lida Esmeralda López****, Eugenia Rueda***, Alba Felisa Ortiz ***

PALABRAS CLAVES: Temor, Ensayo Clínico Controlado, Proceso de Enfermería.

DESCRIPCIÓN: El temor esta presente en diversas situaciones de la vida cotidiana, los procedimientos quirúrgicos constituyen solo una de ellas, el temor permite al ser humano prepararse para defender su vida en caso de ser necesario, bien sea para huir o para luchar. El diagnóstico de enfermería “Temor” fue enunciado por primera vez en 1973 en la primera conferencia de diagnósticos de enfermería, en 1980 fue definido y contaba con una característica definitoria, luego en los años 1996 y 2000 fue revisado nuevamente y se definió como “la respuesta a la percepción de una amenaza que es reconocida conscientemente como peligro”, asignándosele 4 grupos de características definitorias para su identificación, Informes verbales, Cognitivas, conductuales y fisiológicas para un total de 31 características definitorias.

Objetivo. Determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería en personas que van a ser sometidas a un procedimiento quirúrgico.

Materiales y Métodos: Ensayo Clínico Controlado (ECC). La muestra fue de 50 personas (27 intervenidas y 23 de comparación). Se compararon los puntajes de las evaluaciones iniciales y finales obtenidas en las etiquetas “control del temor” y “conocimientos: procedimientos terapéuticos” por medio del análisis de covarianza (ANCOVA)

Resultados: Se encontró una diferencia en la etiqueta de control de temor de 0.84 y una diferencia en la etiqueta de conocimientos: procedimientos terapéutico de 0.38 estadísticamente significativos.

* Trabajo de Grado

**MD MSc Epidemiología. Profesor Asociado. Escuela de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga.

*** Enfermera Aspirante a título de Especialista en Cuidado Critico. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga.

**** Enfermera Aspirante a Título de Especialista en Quirófanos y Central de Esterilización. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga.

SUMMARY

TÍTULO: EFFECTIVENESS OF THE NURSE'S INTERVENTIONS IN THE CONTROL OF FEAR PREOPERATIVE. A CONTROLLED CLINICAL TRIAL *.

AUTOR: Luís Carlos Orozco**, Rubby Rangel***, Lida Esmeralda López****, Eugenia Rueda***, Alba Felisa Ortiz ***

KEY WORDS: fear, controlled clinical trial, nurse process.

DESCRIPTION: The fear this present in diverse situations of the daily life, the surgical process, constituyes alone one of them, the fear allows the human being to get ready to defend the life in the event of being necessary, well be to escape or to fight. He diagnoses of infirmary "fear" it was enunciated for the first time in 1993 in the first conference of diagnostic of infirmary, in 1980 it was defined and it had a characteristic definite, then in the years 196 and 2000 were revised again and he/she was defined as "the answer to the perception of a threat that is recognized mentality like dangerous or unsafe" (1) assignment 4 groups of characteristic definite for their identification, verbal reports, cognositives, behavioral and physiologic for a total of 31 characteristic defined.

OBJECTIVE

To determine the effectiveness of the nurse's interventions in people that will be effect to a surgical procedure.

MATERIALS AND METHODS

I rehearse clinical controlled, the sample belonged to fitty people (27 intervened and 23 of comparison) the score of the initial evaluations and ends were compared obtained in the labels "control of the fear" and "knowledge: therapeutic procedures. "by means of the analysis covariance (ANCOVA).

RESULTS

We were a difference in the label of control of the fear of 0.84 and a difference in the label of knowledge: therapeutic procedures of 0.38 statistically significant.

* Degree tesys.

** MD MSc associate professor of epidemiology. Nurse school. Healty faculty. Industrial of Santander college. Bucaramanga.

*** Nurse cotenders for the title of critical care especialista. Industrial of Santander college. Bucaramanga.

**** Nurse cotenders for the title of quirurgical room and sterilizacion head office. Industrial of Santander college. Bucaramanga

INTRODUCCIÓN

En la practica diaria de cualquier oficio o profesión se utilizan diversas herramientas que facilitan y estandarizan la ejecución del objetivo de sus profesiones. Anteriormente las enfermeras desarrollaban sus actividades siguiendo el método de solución de problemas, estos eran problemas propios del ejercicio de enfermería y no de diagnósticos médicos. Desde hace algunos años se vienen desarrollando diversos recursos técnicos como el proceso de enfermería, Clasificación y definición de los Diagnósticos de enfermería (Nanda), Clasificación de intervenciones de enfermería CIE (NIC sigla del ingles Nursing intervention clasification)¹, y la Clasificación de los resultados de Enfermería CRE (NOC sigla del ingles nursing outcomes clasifications)². El desarrollo de estas herramientas ha facilitado el uso de un lenguaje común entre enfermeras, estandarización de sus cuidados y la evaluación de los resultados sensibles a las intervenciones de enfermería.

El diagnostico de temor fue establecido como diagnostico de enfermería en 1973, modificado posteriormente en 1980 y revisado entre 1996 y 2000, definiéndolo como “ respuesta a la percepción de una amenaza que es reconocida concientemente como un peligro”³ otorgándosele 31 características definitorias para su identificación, tales como: cambios en la conducta manifestados por: aprehensión, inquietud, aumento de la tensión

¹ MCCLOSKEY, LC. Bulechek GM, editoras. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 2ª ed. Síntesis S.A. España. P. 431, 463, 537.

² JONSON, M. Maas M, Moorhead S, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ª ed. Madrid. 2000 p. 175, 201.

³ NORTH AMERICAN Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2001-2002. Madrid Harcourt. 194 p.

emocional y reducción de la seguridad en si mismo. Cambios fisiológicos como aumento de la tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, anorexia, náuseas, vómito, diarrea, palidez y sudoración. Sociales como: negativismo, conducta hostil, desconfianza y poca colaboración, entre otras⁴.

El temor según otro autor es definido como “ un estímulo lo suficientemente potente o biológicamente conducido a un estado de motivación, capaz de guiar los comportamientos ante una amenaza conocida, comenzando cuando el estímulo percibido es amenazante y tiene el potencial de intervenir con la supervivencia biológica”⁵ “es un componente esencial del patrimonio genético, y que hace parte de 5 emociones básicas (alegría, tristeza, rabia y asco)”⁶.

En el paciente prequirúrgico el temor se encuentra relacionado con el desconocimiento del proceso, tipo de cirugía , no despertar de la anestesia, complicaciones y dolor; esto produce cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y económicos generando consecuencias como la presencia de convalecencia prolongada, mal control del dolor con analgésicos, actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad y complicaciones orgánicas;⁷ por tal motivo se hace necesario la aplicación del Proceso de Enfermería en el manejo del temor con el fin de mejorar la recuperación biopsicosocial del individuo.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ SASSOROLY, S. Sassoroly R. Miedos y Fobias: Causas, características y terapia. España; Paidós Iberica S.A: 2000. 14 -15 p.

⁷ GIACOMONTE, E, Mejía A. Estrés Quirúrgico y Ansiedad Criterios para su Manejo Terapéutico. Paidós 1997 1-8 p.

En el hospital universitario Ramón González Valencia, el diagnóstico de enfermería Temor, obtuvo una prevalencia en adultos de varios servicios de 55% (n = 300)⁸ lo cual muestra que es uno de los diagnósticos más prevalentes en la práctica de enfermería.

En el medio internacional se encuentran investigaciones que evalúan la eficacia de algunas acciones de enfermería para controlar el temor, entre ellas se encuentra la utilización de un grupo de soporte o apoyo en el control de la ansiedad y el temor en pacientes quirúrgicos (Ribeiro V. Munari DB, Brasil 1998)⁹, efecto de una visita enfermera estructurada e individualizada para el control de la ansiedad prequirúrgica (Barrio AC, Legarre MJ España 1998)¹⁰, la eficacia de la distracción para el control del dolor y temor en niños que van a ser sometidos a venopunción periférica (Carlson KL, Broome M. USA 2000)¹¹. Una investigación en el campo de la odontología mostró la eficacia de la relajación y la terapia cognitiva para el control del temor dental (Berggren U et al 2000)¹².

A nivel nacional se cuenta con el primer estudio que utiliza la metodología del proceso de enfermería y las herramientas CIE y CRE para evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en el control del temor, en este

⁸ OROZCO, LC. Blanco A, Carvajal Y, Mantilla N, Martínez S, Sánchez B, Valbuena M. Prevalencia de Diagnósticos de Enfermería en el Adulto Hospitalizado. Escuela de Enfermería U.I.S. 2002. Sin publicar.

⁹ RIBEIRO, V. Munari DB. Saude mental em clientes cirúrgicos: o desenvolvimento de ações de enfermagem através do grupo de suporte/apoyo. Revista Brasileira de enfermagem 1998 jan-mar. Se consigue en URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/ih/online/#1>

¹⁰ BARRIO, AC. Legarre MJ, Ruiz J, Silveira JT, Caballero L, García F. Efecto de una Visita Enfermera Estructurada e Individualizada en la Ansiedad de los Pacientes Quirúrgicos. Ensayo Clínico Aleatorizado. Enfermería Clínica. 1998. 98-104 p.

¹¹ CARLSON, KL. Broome M, Vessey JA. Using Distraction to Reduce Reported Pain, Fear, and Behavioral Distress in Children and Adolescents: A Multisite Study 2000. 75-85 p.

¹² BERGGREN, U. Hakeberg M, Carlsson SG. Relaxation Vs Cognitively Oriented Therapies for Dental Fear. Revista de Investigación Dental. 2000. 1645-1651 p.

estudio se demostró que las personas intervenidas por la enfermera mejoraban en promedio 0.64 mas, en los puntajes de la etiqueta de resultado “control del temor” que los no intervenidos¹³.

El objetivo de la presente investigación fue determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería en el control del temor con el fin de aumentar la evidencia científica existente y mostrar la utilización de las metodologías propias de la profesión como el proceso de enfermería y sus recursos técnicos CIE y CRE.

¹³ OROZCO, LC. Cáceres f, Méndez b, Chaparro F, Rojas H, Bueno L, Gómez O. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico de Temor: Un Ensayo Clínico Controlado. 2003. Sin publicar.

1. OBJETIVO

Evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en el manejo del temor en el paciente prequirúrgico.

2. MARCO TEÓRICO

El temor es definido como una “Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro”¹⁴; el temor es una “Respuesta a un evento amenazante o a una situación peligrosa, cuándo la persona expresa excitación cardiaca, espanto o respuesta motora como lucha o defensa con un propósito adaptativo: Proteger su existencia a un ambiente adverso”.¹⁵

El temor aparece antes del dolor puesto que es producido por la anticipación de que se producirá un posible daño en un futuro inmediato aunque no se haya producido, prepara al organismo para afrontarlo de la mejor manera posible a fin de no perecer; se considera el temor como una emoción desagradable, sin embargo algunas veces la buscamos activamente porque conlleva a una descarga de adrenalina que nos hace sentir especialmente vivos¹⁶. A nivel neurológico las vías del temor se originan dentro del sistema límbico en la amígdala, implicados en el aprendizaje del temor y la conducción hasta niveles del preconscious. La expresión del temor es el resultado de la liberación de neurotransmisores, de la respuesta del sistema nervioso autónomo o de los comportamientos orgánicos ante una amenaza.¹⁷

¹⁴ NORTH AMERICAN Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2001-2002. Madrid Harcourt. 194 p.

¹⁵ BAY, EJ, Algase DL. Fear and Anxiety: A Simultaneous Concept Analysis. Nursing Diagnosis 1999; 104 -111 p.

¹⁶ SASSOROLY, S. Sassoroly R. Miedos y Fobias: Causas, características y terapia. España; Paidós Iberica S.A: 2000. 14 -15 p.

¹⁷ Op Cit..

En el diario vivir existen situaciones que a menudo generan temor en la persona; las intervenciones quirúrgicas es una de las fuentes de estrés psicológico porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican ciertos riesgos .

Los enfermos deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y la cirugía, e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía, el temor es un síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos.

En general, los enfermos con una adaptación preoperatoria normal (aquellos que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de temor frente al peligro objetivo de la cirugía) presentan una buena evolución postoperatoria. Por el contrario, los pacientes con una adaptación psicológica anormal en el preoperatorio a menudo también portadores de una personalidad previa con rasgos patológicos, presentan mayores dificultades en su evolución clínico-quirúrgica.

Estas dificultades pueden ser síntomas psíquicos (ansiedad, temor, insomnio o agresividad) o problemas en la rehabilitación o en la relación enfermera-paciente, convalecencia prolongada, mal control del dolor con analgésicos, actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad y, en ocasiones, complicaciones orgánicas.

Es decir que una adaptación emocional ineficaz frente al estrés preoperatorio determina un riesgo quirúrgico adicional, de origen psicológico y psiquiátrico, que debería ser siempre evaluado junto con los demás factores de riesgo.

En cirugía, la magnitud del temor que experimenta el paciente y su capacidad para tolerarlo y dominarlo, dependen de la interacción de varios factores:

1) La magnitud del factor traumático externo o real: es decir, la gravedad de la enfermedad orgánica, si se realizará una intervención de cirugía mayor o mutilante.

2) La duración del periodo preoperatorio: cuanto más urgente sea la necesidad de operar, menos tiempo tiene el paciente para reconocer y controlar sus temores. Ello condiciona un elevado nivel de temor, que con frecuencia adopta la forma de un estado de angustia con crisis emocionales y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas.

3) Los antecedentes personales y familiares en cuanto a cirugías: historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme se repitan, lo que puede transformarse en la principal fuente de temor.

4) La capacidad subjetiva del paciente para hacer frente al temor: es decir su natural tolerancia y capacidad para defenderse y controlar psicológicamente las situaciones estresantes. Es por eso que, en ocasiones, una intervención menor, que el cirujano no vacila en considerar "sin importancia", puede ser muy traumática para un enfermo con una personalidad débilmente

estructurado o que se encuentra en una situación emocional que lo torna vulnerable.¹⁸

Un aspecto importante es el abordaje del dolor; ya que existe relación directa entre el grado de temor preoperatorio y la intensidad del dolor postoperatorio, y en general puede comprobarse que la mayoría de los enfermos que presentan dolor intenso o difícil de controlar, son efectivamente quienes han tenido antes y después de la cirugía un mal manejo del temor. Todo lo anterior genera en la persona complicaciones orgánicas, psicológicas lo que lleva a realizar investigaciones aplicando el proceso de enfermería, sustentado por el estudio realizado en el Hospital Ramón González Valencia en el que el diagnóstico obtuvo una prevalencia del 55%.¹⁹

El Proceso de Enfermería es un método sistemático que permite recoger la información necesaria, analizarla y concretarla en intervenciones adecuadas y finalmente evaluar resultados para con ello retroalimentarlo. Es un instrumento que permite evaluar continuamente la calidad del cuidado prestado por las enfermeras, ahorra tiempo, energía, evita duplicaciones u omisiones, comparte el conocimiento y la experiencia en el manejo de las personas y estandariza el cuidado.²⁰ Consta de cinco pasos:

VALORACIÓN: Es el paso inicial del proceso a través del cual se reúne, analiza y valida datos acerca del individuo, la familia y la comunidad, es un proceso continuo que permite por medio de la observación, la entrevista y el

¹⁸ GIACOMONTE, E, Mejía A. Estrés Quirúrgico y Ansiedad Criterios para su Manejo Terapéutico. Paidós 1997 1-8 p

¹⁹ OROZCO, LC. Blanco A, Carvajal Y, Mantilla N, Martínez S, Sánchez B, Valbuena M. Prevalencia de Diagnósticos de Enfermería en el Adulto Hospitalizado. Escuela de Enfermería U.I.S. 2002. Sin publicar

²⁰ SARMIENTO, L. Ibáñez L. El Proceso de Enfermería. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Escuela de Enfermería. 2002. 30-114 p

examen físico determinar las necesidades cambiantes que tiene la persona de cuidados de enfermería. (VER ANEXO A).

DIAGNÓSTICO: Formular diagnóstico enfermeros requiere análisis, síntesis y exactitud al interpretar y dar un sentido a los complejos datos clínicos. Este proceso de pensamiento crítico permite a la enfermera tomar decisiones sobre los resultados que desea obtener y las intervenciones necesarias para lograrlos. No obstante, a menos que la enfermera pueda documentar su pensamiento de forma que puede ser interpretado por otras enfermeras y otros profesionales de la salud, este proceso de pensamiento es invisible. Nominar exactamente e informar de los resultados del pensamiento crítico de la enfermera ayuda a que otros cuidadores conozcan las necesidades de la persona cuidada y como estas serán satisfechas mediante el plan de cuidados. El uso de un lenguaje diagnóstico estandarizado para documentar el pensamiento enfermero es una forma efectiva de lograr el entendimiento interdisciplinario

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) desde 1973 viene realizando conferencias para unificar diagnósticos y su esfuerzo contribuye significativamente a la realización de esta tarea con la formulación de los diagnósticos.

En el mundo actual de los cuidados de salud donde múltiples sistemas deben comunicarse atravesando barreras de espacio, tiempo y tecnología, las enfermeras necesitan emplear un lenguaje estandarizado. Sin tal terminología para representar los diagnóstico , intervenciones y resultados enfermeros, las enfermeras no pueden mejorar su habilidad para articular su contribución a unos cuidados de calidad, eficaces y eficientes.²¹

²¹ NORTH AMERICAN Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2001-2002. Madrid Harcourt. 194 p.

PLANEACIÓN: Es la determinación de una serie de estrategias orientadas a prevenir, reducir o corregir los problemas detectados y expresados a través de los diagnósticos de enfermería. El planteamiento del cuidado esta fundamentado en los diagnósticos identificados, le da una característica de profesionalidad pues se trata de hacer propuestas de tratamiento con bases científicas y con la orientación de las metas de enfermería en su campo de acción independiente. A su vez, el registro de estos planes en los instrumentos apropiados provee un núcleo de información que se utilizará en investigaciones a cerca de los diagnósticos como los resultados esperados y las intervenciones que han sido efectivas en su manejo; También se utiliza como medio de comunicación entre todos los que están comprometidos en el cuidado del paciente²².

En el Plan de Cuidados se ejecutan intervenciones basados en el CIEN, el cual abarca las intervenciones realizadas por todos los profesionales de la enfermería con el propósito de lograr resultados clínicamente útiles. El CIEN fue desarrollado por un gran grupo de investigación de la Universidad de Iowa , basado en investigación, análisis de contenidos, revisión jerárquica estado multidimensional y prueba de campo en clínicas. Permite comparar y evaluar la efectividad de los cuidados suministrados a la persona.²³ (VER ANEXO B)

EJECUCIÓN: Es la puesta en práctica del Plan de Cuidados en donde se ejecuta las intervenciones que la enfermera desarrolla con, y para el paciente, con el fin de obtener los resultados esperados brindando cuidados seguros y eficientes que promuevan el bienestar de la persona cuidada.

²² SARMIENTO, L. Ibáñez L. El Proceso de Enfermería. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Escuela de Enfermería. 2002. 30-114 p.

²³ MCCLOSKEY, LC. Bulechek GM, editoras. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 2ª ed. Síntesis S.A. España. P. 431, 463, 537.

EVALUACIÓN: Determina el logro de los resultados esperados que se han previsto en la etapa de planeación teniendo en cuenta hacerla durante todo el proceso, se realiza con la utilización de la clasificación de resultados de enfermería (CRE)²⁴ el cual esta desarrollado a partir de los textos de enfermería, planes de cuidado, sistema de información clínica y contiene un lenguaje claro y útil procurando que los términos de los resultados CRE procedan de las intervenciones (CIEN) y diagnósticos de enfermería (NANDA). (VER ANEXO C)

En el campo Internacional se encontró pocas investigaciones que se han realizado sobre temor y utilización de instrumentos que permiten medir el control del temor en paciente prequirúrgico, encontrándose las siguientes:

En un estudio que se realizo en el Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro, hospital de referencia del área sexta de la comunidad autónoma de Madrid, durante los meses de octubre 1996 y marzo 1997 y octubre a diciembre de 1997, en el cual se evaluó el efecto de una visita de una enfermera preoperatoria para medir la ansiedad de los pacientes utilizando un diseño Clínico Aleatorizado en dos grupos uno sometido a una visita de la enfermera y otro que recibió la preparación habitual. Las conclusiones obtenidas fue que al grupo sometido a la visita de la enfermera presento 4.9 puntos menos ansiedad en el preoperatorio que el grupo control, con un intervalo de confianza de 95%. (0.6 –9.1) $p = 0.02$ concluyendo que la visita hecha por la enfermera reduce la ansiedad preoperatoria.²⁵

²⁴ JONSON, M. Maas M, Moorhead S, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ª ed. Madrid. 2000 p. 175, 201.

²⁵ BARRIO, AC. Legarre MJ, Ruiz J, Silveira JT, Caballero L, Garcia F. Efecto de una Visita Enfermera Estructurada e Individualizada en la Ansiedad de los Pacientes Quirúrgicos. Ensayo Clínico Aleatorizado. Enfermería Clínica. 1998. 98-104 p.

En la policlínica Miramar de Palma de Mallorca se valoró la eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, utilizando un diseño experimental, con asignación aleatoria a un grupo de intervención al que se ofreció la información estructurada (n = 39) y un grupo control de (n = 43) al que se le dio la información habitual, obteniéndose los siguientes resultados: La muestra obtenida por el grupo de intervención en el período postoperatorio fue significativamente menor que la de grupo control, apoyando la utilidad de ofrecer información estructurada antes de la intervención a estos pacientes.²⁶

En la Universidad de Goteborg Sweden Departamento de Diagnostico oral se realiza un estudio el cual se compararon los resultados de dos modelos de tratamiento como: La relajación y la Terapia Cognitiva para la fobia dental asociada al miedo (n = 112), se encontró que los dos métodos fueron efectivos en las reacciones fóbicas, las personas sometidas a relajación tuvieron una reducción más significativa del miedo dental y la ansiedad, y la terapia Cognitiva Orientada permitió a un alto número de pacientes finalizar el tratamiento oral.²⁷

A nivel nacional, en el Hospital Universitario Ramón González Valencia (HURGV) se realizó una investigación para identificar la prevalencia de diagnósticos de enfermería encontrándose para el diagnóstico de Temor una prevalencia del 55%²⁸ lo cual muestra la necesidad de abordarlo utilizando

²⁶ ALORDA, C., Gil M, Gonzáles D, Pomar A, Prieto J, Aloy C. Eficacia de la Información sobre el Estado Emocional Postoperatorio en Pacientes Sometidos a Cirugía Cardíaca. Revista de Enfermería Clínica. Mayo-Junio 1999. Volumen 9. Numero 3. 109-114 p

²⁷ BERGGREN, U. Hakeberg M, Carlsson SG. Relaxation Vs Cognitively Oriented Therapies for Dental Fear. Revista de Investigación Dental. 2000. 1645-1651 p.

²⁸ OROZCO, LC. Blanco A, Carvajal Y, Mantilla N, Martínez S, Sánchez B, Valbuena M. Prevalencia de Diagnósticos de Enfermería en el Adulto Hospitalizado. Escuela de Enfermería U.I.S. 2002. Sin publicar.

como herramienta el Proceso de Enfermería. En el año 2003 se realizó en el HURGV un Ensayo Clínico Controlado en el que se evaluó la eficacia de las intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico de temor encontrándose una diferencia en el cambio de la CRE final con respecto a la CRE Inicial para la etiqueta Control del Temor de 0.64, con relación a la etiqueta Procedimientos Terapéuticos la diferencia fue de 0.88, esto refuerza la importancia de la implementación del Proceso de Enfermería en el quehacer de la profesión de enfermería.

3. HIPÓTESIS

La diferencia de la etiqueta “CONTROL DEL TEMOR” según la clasificación de resultados de enfermería CRE (clasificación de 1-5) de las personas sometidas a intervención de enfermería y el grupo control es de 0.5.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

En este estudio, se realizó un ensayo clínico controlado (ECC).

4.2 VARIABLE DE SALIDA

La variable de salida son las etiquetas de resultado de la CRE “CONTROL DEL TEMOR” (con 9 indicadores) medidos por una escala tipo Likert donde se dan las equivalencias de: 1. Nunca manifestado, 2 Raramente manifestado, 3 ocasionalmente manifestado, 4 frecuentemente manifestado, 5 manifestado constantemente²⁹ y “CONOCIMIENTOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS” (con 3 indicadores) medidos por una escala tipo Likert donde 1 equivale a ningún conocimiento. 2 escaso , 3 moderado , 4 sustancial y 5 extenso³⁰. (VER ANEXO D)

Tanto las personas del grupo intervenido como las del grupo control fueron evaluadas en dos momentos así: inicialmente (CRE Inicial), una vez establecido el diagnostico, y un segundo momento (CRE Final), antes de ingresar a la sala de cirugía.

La evaluación fue realizada por dos personas, en forma simultánea e independiente de tal forma que cada participante del estudio recibió 2

²⁹ JONSON, M. Maas M, Moorhead S, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ª ed. Madrid. 2000 p. 175, 201

³⁰ Ibid.

evaluaciones en cada momento y el puntaje asignado fue el promedio de los 2 valores asignados por los evaluadores. (VER ANEXO E).

Para la evaluación de las etiquetas de resultado se modificó un instrumento validado en una investigación previa³¹. El nuevo formato fue operacionalizado por el grupo de investigadores.

4.3 UNIVERSO

La población de referencia fueron las personas sometidos a un procedimiento quirúrgico, electivo en las Clínicas Santa Teresa y Comuneros de la ciudad de Bucaramanga y que presentaron el diagnóstico de enfermería “Temor”.

4.4 MUESTRA

La muestra fue tomada de las personas que iban a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico electivo en las Clínicas Santa Teresa y Comuneros del I.S.S. durante el periodo comprendido entre octubre 21 a diciembre 19 del 2003 y que cumpliera con:

4.4.1 Criterios de inclusión.

- ❖ Personas comprendidas entre 15 - 75 años.
- ❖ Etiqueta resultado (control del temor) con un puntaje menor o igual a 3.5.

³¹ OROZCO, LC. Cáceres f, Méndez b, Chaparro F, Rojas H, Bueno L, Gómez O. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico de Temor: Un Ensayo Clínico Controlado. 2003. Sin publicar.

- ❖ Presentar el diagnóstico de enfermería temor, identificado con mínimo 2 características definitorias de las cuales una debe ser: “identifica la fuente de temor”.
- ❖ Personas que iban a ser sometidas a cirugía con anestesia general y regional.

4.4.2. Criterios de exclusión.

- ❖ Personas con alteraciones del estado de conciencia o mentales.
- ❖ Personas programados a un procedimiento quirúrgico con anestesia local o de urgencia.

4.4.3 Prueba piloto. Se realizó en la Clínica Comuneros con la participación de 20 personas aleatorizadas donde se aplicó los instrumentos permitiendo medir validez facial y calcular un tamaño de muestra de 60 personas, 30 para el grupo intervención y 30 para el grupo control o comparación, teniendo en cuenta: un poder de 0.9, Error Alfa: 0.05, Razón: 1:1, promedio CRE final para el grupo control: 3.5, promedio CRE final para el grupo intervenido 4.0, Delta: 0.5; Varianza: 0.8

4.5 ASIGNACIÓN ALEATORIA

Para la asignación de los participantes a los grupos se utilizó el método de aleatorización por bloques.³²

³² POLIT, D. Hungler B. Investigación Científica en las Ciencias de La Salud: Diseños de Investigación Para Estudios Cuantitativos. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores. 2000.p. 171-178.

4.6 RESERVA DE LA ASIGNACIÓN

Al identificar una persona que cumplía con los criterios de inclusión se llama telefónicamente a la central ubicada en el servicio de cirugía de la clínica FOSCAL, donde se encontraba la tabla de aleatorización que permitió determinar el grupo asignado (intervenido o control). Existió continuidad en la asignación de los pacientes hasta completar el tamaño de la muestra.

4.7 IMPLEMENTACIÓN

La asignación fue dada por una secretaria previamente entrenada por las investigadoras para la realización de la asignación por bloques , los registros estuvieron a cargo de las investigadoras donde anotaron los intervenidos y los controles . (VER ANEXO F)

4.8 ENMASCARAMIENTO

Las personas que fueron incluidas en el estudio tuvieron previo conocimiento de la investigación, (VER ANEXO G), los evaluadores no tuvieron conocimiento de la asignación aleatoria ni participaron en la intervención.

4.9 MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Una vez recolectada la información se creó una base de datos doble en el programa EPI-INFO 6.0 y fue confrontada en el subprograma validate.

Para determinar la reproducibilidad del formato de evaluación se utilizó los límites de acuerdo de Bland y Altman.³³

Para determinar la diferencia del cambio se utilizó el análisis de covarianza (ANCOVA).³⁴

³³ BLAND, JM. Altman DG. Statistical Methods for Assessing Agreement Between two Methods of Clinical Measurement. The Lancet. 1986.

³⁴ VICKERS, AJ. Altman DG. Analysing Controlled Trials with Baseline and Follow Up Measurements. British Medical Journal 2001. p. 1123-1124.

5. RESULTADOS

5.1 INTERVENCIÓN

Los participantes del grupo intervenido recibieron una sesión individual , la cual contenía actividades de 3 etiquetas de intervención presentes en la CIE para el diagnostico de enfermería Temor: Disminución del Temor con 8 actividades, Información Sensorial Preparatoria con 7 actividades, y Enseñanza Prequirúrgica con 6 actividades.³⁵ (VER ANEXO H).

Para el desarrollo de la sesión se contó con un rotafolio con fotos en el que se describe los procesos quirúrgicos a los cuales es sometido una persona, el ambiente quirúrgico y los elementos utilizados, además se entrego un cassette con una técnica de relajación (relajación muscular progresiva guiada y música terapia).

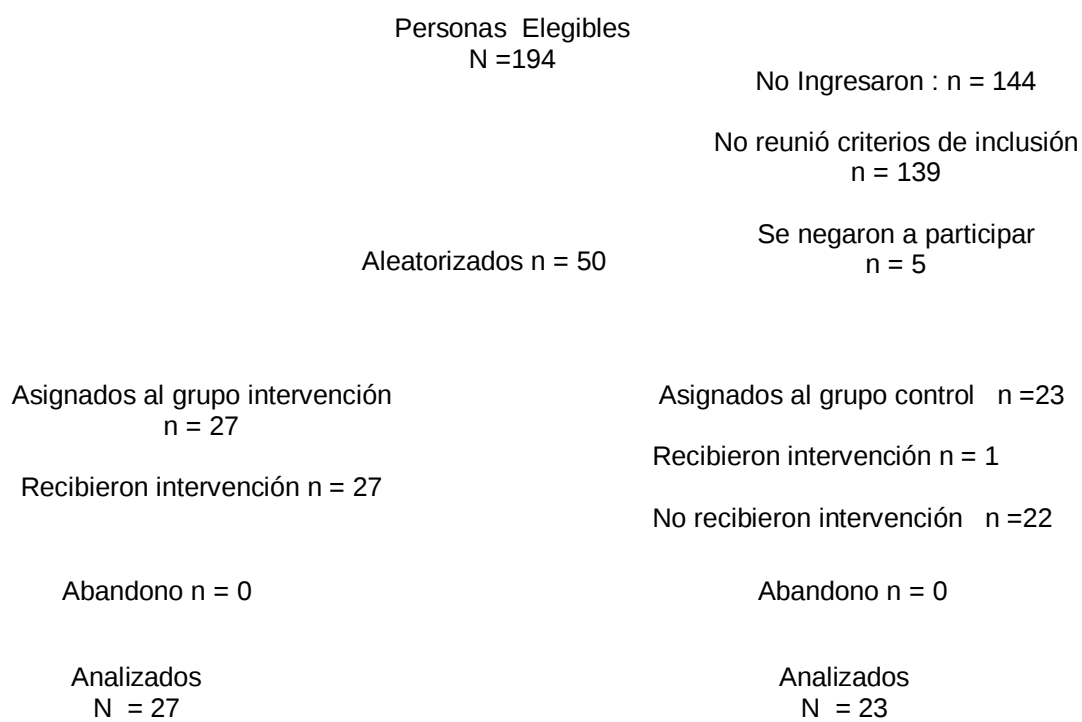
El grupo control recibió la atención que regularmente es ofrecida por parte del equipo de salud de la Clínica Santa Teresa y Comuneros (VER ANEXO I)

5.2 RECLUTAMIENTO DE LA MUESTRA

La muestra final fue de 50 personas (27 intervenidos y 23 controles) debido a disminución de las cirugías programadas a causa de las festividades de fin de año. El análisis se realizó por intención de tratamiento.

³⁵ MCCLOSKEY, LC. Bulechek GM, editoras. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 2ª ed. Síntesis S.A. España. P. 431, 463, 537.

Gráfico 1. Flujograma de Reclutamiento de la Muestra.



5.3 COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS

VARIABLE	GRUPO CONTROL N=23 Media o Frecuencia (DS)*	GRUPO INTERVENCIÓN N=27 Media o Frecuencia (DS)*
GENERO Femenino	60,87	88,89
EDAD	48,6 (15,63)	41,55 (13,06)
AÑOS CURSADOS	8,91 (4,99)	10,66 (5,29)
AFILIACIÓN AL SGSSS Contributivo	100	96.3

TIPO DE AFILIACIÓN Afiliado Beneficiario	60.87 39,13	59,26 37,04
PERSONAS A CARGO	2,087 (1,95)	1,66 (1.10)
APOYO FAMILIAR SI	91.3	96,3
APOYO ESPIRITUAL SI	86.96	92.59
CIRUGÍAS PREVIAS SI	69,57	62,96
ESPECIALIDAD Cx General Ginecología Ortopedia Otorrino Urología Neurología	52.1 8.6 13.04 8.6 17.3 0.0	22.2 37.0 18.5 14.8 0.0 7.4
TIPO DE ANESTESIA General Raquídea Peridural	100 0.0 0.0	92.59 3.7 3.7
OBJETO DE TEMOR Anestesia Resultado Cx Dolor Agujas	65.22 52.17 13.04 4.35	62.96 44.44 22.22 7.41

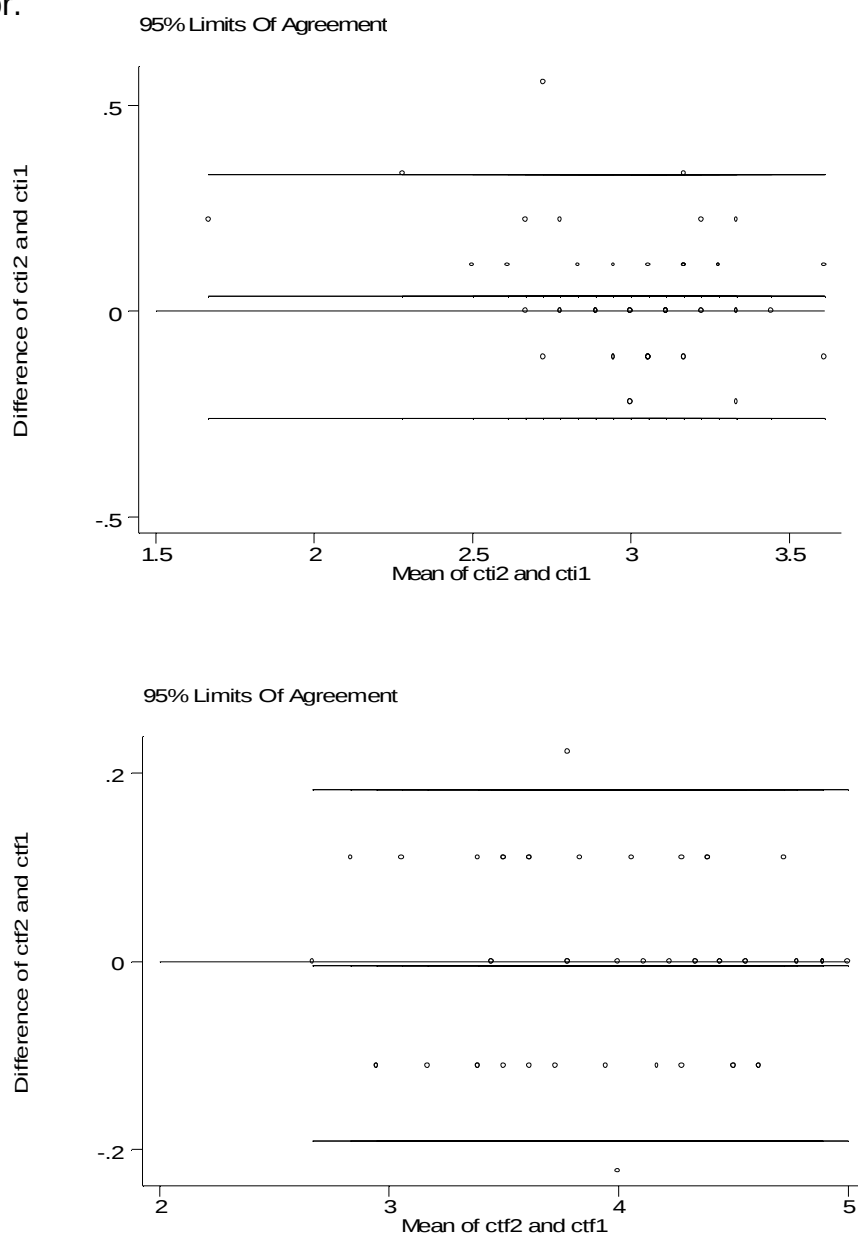
*= Desviación estándar

Como se puede observar las variables se repartieron equitativamente en los dos grupos .Al incluir la variable de género en el modelo de covarianza no cambio el efecto de la intervención en el CRE final.

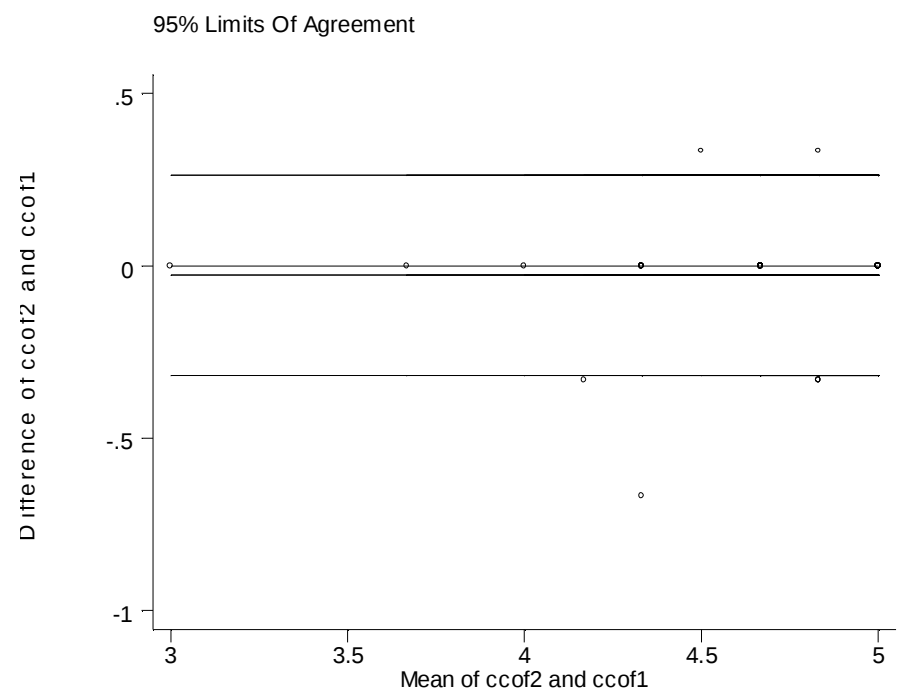
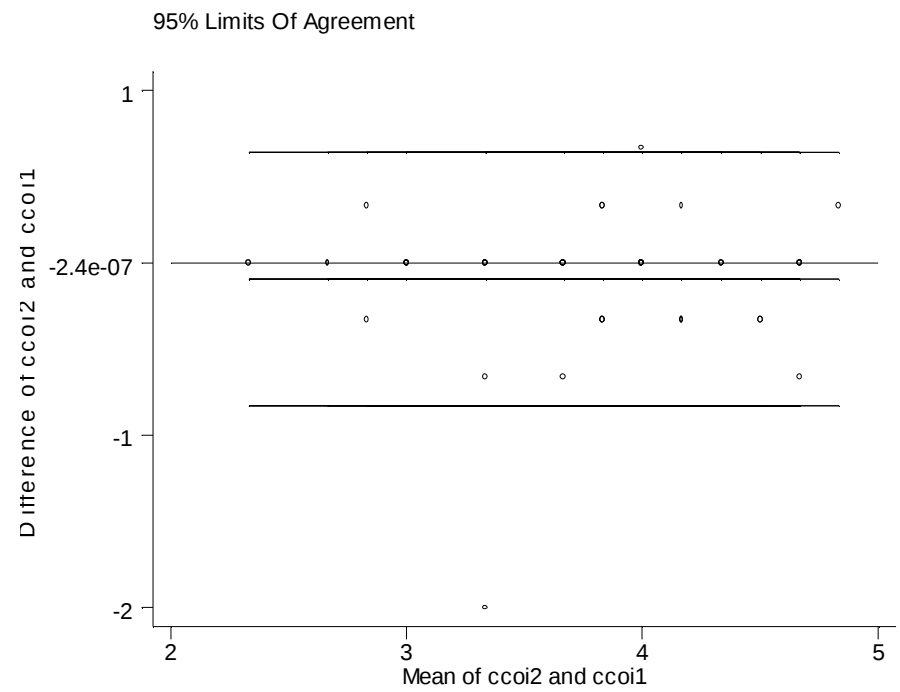
5.4 LIMITES DE ACUERDO DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Instrumento	Inicial		Final	
	Promedio	Limites	Promedio	limites
1.CRE "Control del temor"	0.036	-0.261 0.332	-0.004	-0.191 0.182
CRE "Conocimientos: procedimientos terapéuticos"	-0.093	-0.829 0.642	-0.027	-0.317 0.264

Gráfica 2. Cambios en los Limites de Acuerdo de la Etiqueta Control del Temor.



Grafica 3. Cambios en los Límites de Acuerdo de la Etiqueta Conocimientos
Procedimiento Terapéutico



5.5 COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES DE LAS EVALUACIONES DE LOS GRUPOS.

		GRUPO CONTROL N = 23 Media (DS)	GRUPO INTERVENCIÓN N = 27 Media (DS)	DIFERENCIA DE LAS MEDIAS DE LOS GRUPOS	INTERVALO DE CONFIANZA
CRE Inicial					
Control del		2.97	3.03	0.07	0.12 - 0.25
Temor		(0.38)	(0.26)		
CRE Final					
Control del		3.51	4.39	0.88	0.64 - 1.12
temor		(0.46)	(0.37)		
CRE Inicial					
Conocimientos		3.59	3.85	0.25	0.10 - 0.62
		(0.68)	(0.60)		
CRE Final					
Conocimientos		4.5	4.88	0.38	0.18 - 0.58
		(0.48)	(0.17)		

5.6 ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA INTERVENCIÓN EN EL CRE FINAL AJUSTADO POR EL CRE INICIAL.(ANÁLISIS DE COVARIANZA).

RESULTADO	Diferencia de cambio	P	Intervalo de Confianza del 95% de la diferencia
Control del temor	0.84	0.000	0.63 - 1.05
Conocimientos Procedimientos terapéuticos	0.38	0.000	0.18 - 0.59

Se observa una diferencia en el cambio de 0.84 y 0.38 de las etiquetas de resultado “Control del temor” y “conocimientos: procedimientos terapéuticos” respectivamente, estadísticamente significativos.

6. DISCUSIÓN

La enfermería es una disciplina basada en conocimientos científicos, en los últimos 50 años la investigación ha venido cobrando un papel muy importante para sustentar su práctica utilizando el proceso de enfermería, como herramienta de la profesión, además, propone modelos educativos a grupos específicos, cuenta con innovación y tecnología para el ejercicio profesional, es pilar en la solución de problemas de salud a través del trabajo y participación continua del equipo cuyo resultado es el aporte de conocimientos y tecnología; por tanto la calidad de la asistencia de la enfermería no puede mejorar hasta que la responsabilidad científica se convierta en parte integrante y activa de esta como lo es el humanitarismo, la ética, el respeto, la confidencialidad entre otras.³⁶

La investigación permite a los enfermeros responsables del cuidado integral de las personas, familia y comunidad, participar en la elaboración de lineamientos de políticas de salud, e innovar en ciencia y tecnología que permite proponer soluciones concretas a la problemática de salud del país, con el fin de mejorar sus niveles. Por tal motivo los enfermeros deben adquirir y difundir conocimientos que se aproximen a la realidad del contexto profesional, aplicables a las características socioculturales de las regiones, útiles en el quehacer diario que permitan reconocer las necesidades y problemas para la aplicación del cuidado.

En el campo internacional se han realizado investigaciones en donde se evalúa la eficacia de algunas actividades e intervenciones, que aunque no

³⁶ AUCCASI M. Importancia de la Investigación Científica en Enfermería. Enfermero Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1997-2000.

están enmarcadas directamente en la nomenclatura de la Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE), son utilizadas por los profesionales del cuidado para manejar el diagnóstico “temor”. En estos trabajos se muestra la eficacia de actividades como la información prequirúrgica⁽⁷⁾ (ECC n = 84) en pacientes prequirúrgicos de artroplastia total de cadera o rodilla, la utilización de un grupo de apoyo para pacientes prequirúrgicos⁽⁶⁾ (ECC n = 41), la relajación muscular progresiva y la terapia orientada cognitivamente³⁷ (ECC n=112).

En Colombia son pocas las investigaciones que se han realizado utilizando las etiquetas Diagnósticas NANDA, la CIE y la CRE³⁸ para el diagnóstico de temor se encontró el primer estudio realizado por la Universidad Industrial de Santander, Escuela de Enfermería y llevado a cabo en el Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga³⁹ El presente estudio es el tercero que utiliza el proceso de enfermería para evaluar la eficacia de las intervenciones en el control del temor y es el primer multicéntrico en tal sentido

En este estudio se observó que la diferencia de cambio de la etiqueta de resultado Control del Temor fue de 0.84 mas elevado que la diferencia encontrada en el estudio del HURGV que fue de 0.64. Este ultimo fue mas bajo probablemente debido a que fue el primero que se hizo y la intervención

³⁷ BARRIO, AC. Legarre MJ, Ruiz J, Silveira JT, Caballero L, Garcia F. Efecto de una Visita Enfermera Estructurada e Individualizada en la Ansiedad de los Pacientes Quirúrgicos. Ensayo Clínico Aleatorizado. Enfermería Clínica. 1998. 98-104 p.

³⁸ OROZCO, LC. Valdivieso M, Díaz M, Díaz Y, Gómez M, Gómez C, Sequeda L, Torres I. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería en Autoestima e Imagen Corporal en Mujeres Sometidas a Cirugía con Cáncer de Mama: Un Ensayo Clínico Cuasi-Experimental. Medicas Uis. Abril-Junio 2002. Volumen 16. Número 2. 57-63 p.

³⁹ OROZCO, LC. Cáceres f, Méndez b, Chaparro F, Rojas H, Bueno L, Gómez O. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico de Temor: Un Ensayo Clínico Controlado. 2003. Sin publicar.

fue ejecutada por estudiantes de enfermería de pregrado mientras que en esta investigación la intervención fue dada por enfermeras profesionales con formación de postgrado y con entrenamiento y experticia en el diagnóstico e intervenciones del temor. En lo referente a la etiqueta conocimientos: Procedimientos Terapéuticos en este estudio la diferencia fue de 0.38 mientras que para la investigación realizada en el HURGV fue de 0.88 debido a que la información de grupo control era suministrada por una trabajadora social quien oriento en trámites administrativos únicamente, mientras que en las Clínicas Santa Teresa y Comuneros ,se cuento con una auxiliar de enfermería con experiencia en el manejo del servicio que además de proveer información de carácter administrativo, oriento sobre cuidados pre y posquirúrgicos de manera individual.

Dentro de la investigación los limites de acuerdo mejoraron hacia las evaluaciones finales debido probablemente a la experiencia y habilidades adquiridas por los evaluadores en el manejo y diligenciamiento de los formatos, este comportamiento también se observo en la investigación previa. Al comparar los valores de los limites de acuerdo de las dos investigaciones se observa una mejor reproducibilidad en la primera, debido a que los mismos investigadores operacional izaron y evaluaron los indicadores de la etiqueta control del temor .

La presente investigación es otro aporte para demostrar que el proceso de enfermería establece las bases y lineamientos para hacer de la enfermería una disciplina independiente, autónoma, con herramientas como NANDA, CIE y CRE que le permiten la ejecución de procesos individuales, acordes a las necesidades de la persona o grupo, fortaleciendo el cuidado de la salud y la recuperación de la enfermedad.

La investigación permite a las enfermeras mostrar resultados soportados en evidencias científicas aportando identidad, veracidad , oportunidad , calidad y eficiencia entre otras a la practica de enfermería , por tal razón se hace de vital importancia que desde la academia se motive a las enfermeras a realizar investigaciones con el fin de lograr un reconocimiento social de la profesión logrando así salir del anonimato y subvaloración en la que se encuentra actualmente.

CONCLUSIONES

Con esta investigación se encontró una diferencia del cambio en el control del temor de 0.84 lo cual demuestra la eficacia del proceso de enfermería en el control del temor del paciente que va ser sometido a un procedimiento quirúrgico.

El presente estudio es la tercera investigación realizada en la ciudad de Bucaramanga y el primero multicéntrico donde se valoró el control del temor en el paciente prerquirúrgico, concordando los trabajos en la eficacia del proceso de enfermería como herramienta útil para el quehacer de la enfermera.

Con los resultados del estudio se logro demostrar que las intervenciones propuestas por la CIE y la CRE para el diagnóstico de temor, son eficaces y permite una atención centrada en las necesidades de la persona para una mayor optimización de los recursos disponibles.

La profesión de enfermería cuenta con instrumentos como: Diagnóstico de enfermeros: definición clasificación NANDA, clasificación de intervenciones de enfermería CIE, y clasificación de resultados de enfermería CRE , para su implementación se requiere la operacionalización por parte de las enfermeras del CRE, tal forma que se realice el proceso de enfermería acorde a las necesidades del individuo y/o comunidad permitiendo estandarizar el cuidado, pilar de la profesión.

La investigación generada por las enfermeras, les permite mantenerse a la vanguardia del conocimientos logrando implementar estrategias eficaces en el cuidado de tal forma que se pueda retroalimentar los procesos y así poder ser reconocidas social y económicamente.

BIBLIOGRAFÍA

ALORDA, C.. Gil M, Gonzáles D, Pomar A, Prieto J, Aloy C. Eficacia de la Información sobre el Estado Emocional Postoperatorio en Pacientes Sometidos a Cirugía Cardíaca. Revista de Enfermería Clínica. Mayo-Junio 1999. Volumen 9. Numero 3. 109-114 p.

AUCCASI, M. Importancia de la Investigación Científica en Enfermería. Enfermero Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1997-2000.

BARRIO, AC, LEGARRE, MJ., Ruiz J, Silveira JT, Caballero L, Garcia F. Efecto de una Visita Enfermera Estructurada e Individualizada en la ANSIEDAD DE los Pacientes Quirúrgicos. Ensayo Clínico Aleatorizado. Enfermería Clínica. 1998. 98-104 p.

BAY EJ, Algase DL. Fear and Anxiety: A Simultaneous Concept Analysis. Nursing Diagnosis 1999; 104 -111 p.

BERGGREN, U.. Hakeberg M, Carlsson SG. Relaxation Vs Cognitively Oriented Therapies for Dental Fear. Revista de Investigación Dental. 2000. 1645-1651 p.

BLAND, JM. Altman DG. Statistical Methods for Assessing Agreement Between two Methods of Clinical Measurement. The Lancet. 1986.

CARLSON, KL., Broome M, Vessey JA. Using Distraction to Reduce Reported Pain, Fear, and Behavioral Distress in Children and Adolescents: A Multisite Study 2000. 75-85 p.

GIACOMONTE, E., MEJÍA A. Estrés Quirúrgico y Ansiedad Criterios para su Manejo Terapéutico. Paidós 1997 1-8 p.

JONSON M, Maas M. Moorhead S, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ª ed. Madrid. 2000 p. 175, 201.

MCCLOSKEY LC, Bulechek GM, editoras. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 2ª ed. Síntesis S.A. España. P. 431, 463, 537.

NORTH AMERICAN Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2001-2002. Madrid Harcourt. 194 p.

OROZCO, LC. BLANCO, A, Carvajal Y, Mantilla N, Martínez S, Sánchez B, Valbuena M. Prevalencia de Diagnósticos de Enfermería en el Adulto Hospitalizado. Escuela de Enfermería U.I.S. 2002. Sin publicar.

OROZCO, LC.. Cáceres f, Méndez b, Chaparro F, Rojas H, Bueno L, Gómez O. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería para el Diagnóstico de Temor: Un Ensayo Clínico Controlado. 2003. Sin publicar.

OROZCO, LC. Valdivieso M, Díaz M, Díaz Y, Gómez M, Gómez C, Sequeda L, Torres I. Eficacia de las Intervenciones de Enfermería en Autoestima e Imagen Corporal en Mujeres Sometidas a Cirugía con Cáncer de Mama: Un Ensayo Clínico Cuasi-Experimental. Medicas Uis. Abril-Junio 2002. Volumen 16. Número 2. 57-63 p.

POLIT, D., Hungler B. Investigación Científica en las Ciencias de La Salud:Diseños de Investigación Para Estudios Cuantitativos. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores. 2000.p. 171-178.

RIBEIRO V. Munari DB. Saude mental em clientes cirúrgicos: o desenvolvimento de ações de enfermagem através do grupo de suporte/apoyo. Revista Brasileira de enfermagem 1998 jan-mar. Se consigue en URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/ih/online/#1>

SARMIENTO, L.. Ibáñez L. El Proceso de Enfermería. Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Escuela de Enfermería. 2002. 30-114 p.

SASSOROLY, S. SASSOROLY, R. Miedos y Fobias: Causas, características y terapia. España; Paidós Iberica S.A: 2000. 14 -15 p.

VICKERS, AJ., Alman DG. Analysing Controlled Trials with Baseline and Follow Up Measurements. British Medical Journal 2001. p. 1123-1124.

ANEXO A. FORMATO DE VALORACIÓN FOCALIZADA

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

I. INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre: _____ Apellidos: _____

Número de Historia Clínica: _____ Número de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes: _____ Años _____ Género: F _____ M _____

Años cursado y aprobados: _____

Afiliación al SGSSS: Contributivo: _____ Subsidiado: _____ Vinculado _____
Particular _____

Clase de afiliación: Afiliado _____ Beneficiario _____

Número de personas a cargo: _____

Cuenta con apoyo familiar: Si _____ No: _____

En los momentos difíciles busca apoyo espiritual: Sí _____ No : _____

Con anterioridad le han realizado procesos quirúrgicos en salas de cirugía:
Sí _____ No _____

Su experiencia fue: Buena _____ Regular _____ Mala _____.

Diagnóstico Médico: _____

Que intervención quirúrgica le van a realizar: _____

Fecha de la cirugía: Día _____ Mes: _____ Año: _____

Tipo de anestesia: Raquídea: _____ Peridural _____ General _____

VALORACIÓN

FISIOLOGICAS:

FC _____ por minuto FR _____ por minuto TA _____ mmHg

Dilatación pupilar: Si _____ No _____ Palidez: Sí _____ No: _____

Náuseas: Sí ____ NO: ____ Vómito: Sí ____ No: ____ Diarrea: Sí ____ No ____
Pérdida del apetito: Sí ____ No: ____ Manos sudorosas: Si ____ No ____
Sequedad Bucal: Si ____ No ____
Tensión muscular: Sí ____ No: ____ Fatiga: Sí ____ No: ____
Ha presentado insomnio: Sí ____ NO ____

COGNITIVAS:

Siente temor ante la realización del proceso quirúrgico: Si: ____ No ____
A que le teme? _____

COMPORTAMIENTO (Observación por parte de la Enfermera)

Expresa una idea persistente: Sí ____ No: ____
Muestra interés en el tema y sus respuestas son coherentes: Sí ____ No: ____
Durante el interrogatorio en paciente se observó : Aprensivo: ____ Inquieto: ____
Indiferente ____ Agresivo: ____

Teléfono: _____

ANEXO B. INTERVENCIÓN: ENSEÑANZA PREQUIRÚRGICA.

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

ACTIVIDADES:

Informar al paciente fecha, hora y lugar programado de la cirugía.

Conocer las experiencias quirúrgicas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.

Presentar al paciente al personal implicada en los cuidados de cirugía pre-postoperatorio.

Proporcionar información de lo que oirá, olerá, verá, gustará o sentirá durante el suceso.

Describir las rutinas - equipos postoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes, Deambulación dietas y visitas) explicar su objetivo.

Determinar las expectativas reales de la cirugía por parte del paciente y corregir las expectativas irreales.

INTERVENCIÓN: INFORMACIÓN SENSORIAL PREPARATORIA

DEFINICIÓN: Prescripción de las sensaciones subjetivas y objetivas asociadas con un procedimiento-tratamiento de cuidado de salud estresantes que se avecina.

ACTIVIDADES:

Identificar las sensaciones que rodean el procedimiento-tratamiento.

Describir las sensaciones en términos comprensibles.

Indicar la causa de la sensación dada.

Incluir información de las características espaciales del ambiente en la que tendrá lugar el procedimiento-tratamiento.

Utilizar términos no técnicos en la descripción de las sensaciones.

Dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas y clarificar mal entendidos.

Centrarse en las sensaciones que se van a experimentar, pero no olvidar incluir información sobre el procedimiento.

INTERVENCIÓN: DISMINUCIÓN DEL MIEDO.

DEFINICIÓN: Minimizar el temor relacionado con una fuente identificada de peligro.

ACTIVIDADES:

Utilizar un enfoque sereno que de seguridad mediante un espacio que ofrezca privacidad.

Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.

Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento

Escuchar con atención.

Crear un ambiente que facilita la confianza.

Animar las manifestaciones de sentimiento, percepciones y miedos.

Identificar los cambios en el nivel de miedo.

Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan el miedo

ANEXO C. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS

CONTROL DEL TEMOR

1. Antes de la cirugía busca información para reducir el temor?

1. No busca información.
2. Busca información de personas sin conocimientos.
3. Busca información de otras personas que han tenido la experiencia.
4. Busca información en libros.
5. Busca información en personal capacitado.

2. Presenta episodios de temor durante:

1. las 24 horas del día.
2. De 16-23 horas.
3. De 8-15 horas.
4. De 3-7 horas.
5. Menos de 3 horas.

3. Que actividades realiza para disminuir el temor? (caminar, escuchar música, comunicación).

1. No realiza ninguna actividad.
2. Realiza una actividad pero no logra disminuir su temor
3. Realiza una actividad disminuyendo el temor solamente mientras la realiza.

4. Realiza una actividad y disminuye el temor por 12 horas
5. Realiza una actividad que permite relajarse completamente durante todo el día.

4. Antes de la cirugía continúa realizando sus actividades normalmente (en la familia, trabajo, estudio, sociedad)

1. Descuida todas sus actividades.
2. Descuida tres de sus actividades.
3. Descuida dos de sus actividades.
4. Descuida una de sus actividades
5. No descuida ninguna de sus actividades.

5. Antes de la cirugía se interesa por compartir con las demás personas?

1. Se encierra en si mismo.
2. Solo mantiene relaciones con su familia.
3. Mantiene relaciones con la familia y amigos.
4. Mantiene relaciones con la familia, amigos y trabajo.
5. Mantiene todas sus relaciones sociales.

6. Mantiene la decisión de operarse a pesar del miedo.

1. Decide cancelar la cirugía.
2. Aplaza la cirugía.
3. Prefiere aclarar dudas antes de la cirugía.
4. Busca apoyo y orientación profesional y decide operarse.
5. Decide firmemente operarse.

7. Desde el momento que se entero de su cirugía y sintió miedo, su control ante las manifestaciones del miedo como sudoración, palpitaciones, inquietud, llanto, agresividad, temblor, palidez, hablar mucho e insomnio) fue:

1. Presenta todos los síntomas nombrados (100%).
2. Presenta siete a ocho síntomas nombrados (75%).
3. Presenta cinco o seis de los síntomas nombrados (50%).
4. Presenta dos a cuatro de las manifestaciones nombradas. (25%).
5. Presenta uno de las manifestaciones nombradas (0%).

8. El miedo a la cirugía a influido en sus labores cotidianas así:

1. No ha podido realizar el trabajo asignado.
2. Ha tenido dificultades graves para desempeñar su trabajo.
3. Ha tenido fallas pero su desempeño ha sido aceptable.
4. Ha tenido fallas pero considera que ha tenido un buen desempeño.
5. No ha tenido dificultad para desarrollar su trabajo.

9. Utiliza técnicas de relajación:

1. No las conoce , no las utiliza.
2. Las conoce pero no las utiliza.
3. Las conoce, las utiliza pero no funcionan.
4. Conoce una, funciona , pero no la utiliza siempre.
5. Utiliza una y siempre le funciona.

CONOCIMIENTOS TERAPÉUTICOS.

1. Conoce usted cual es el procedimiento que le van a realizar ?

1. Conoce el nombre de la cirugía- No responde.
2. Conoce en que consiste la cirugía - Responde 1.
3. Conoce el nombre de la enfermedad - Responde 2.
4. Conoce el recorrido a seguir hasta finalizar su proceso quirúrgico - Responde 3.
5. Responde todas.

2. Conoce los requisitos que debe cumplir antes de la cirugía?

1. Documentos que debe traer, No responde.
2. Valoración preanestésica, Responde a 1
3. Autorización de cirugía, Responde a 2
4. Implementos de uso personal, Responde a 3.
5. Responde a todas.

3. Conoce las precauciones que se deben tener antes de la cirugía?

1. Conoce el tiempo de ayuno - No responde.
2. Conoce la dieta anterior al procedimiento- Responde a 1.
3. Conoce la preparación física- Responde a 2.
4. Conoce la hora y sitio de llegada.- Responde a 3
5. Responde a todas.

ANEXO D. ESCALA LIKERT DE LA CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS

CONTROL DEL TEMOR

Dominio: Salud Psicosocial (III).

Clase: Autocontrol (0)

Escala: Nunca manifestado a manifestado constantemente(m).

Definición. Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable.

Control del temor	Nunca manifestado (1)	Raramente manifestado (2)	En ocasiones manifestado (3)	Con frecuencia manifestado (4)	Manifestado constantemente (5)
Busca información para reducir el temor	No busca información	Busca información de personas sin conocimiento	Busca información de otras personas que han tenido la experiencia	Busca información en libros	Busca información en personas capacitadas.
Disminución de la duración de los episodios	Las 24 horas del día	De 16 a 23 horas	De 8-15 horas	De 3-7horas	Menos de 3 horas
Utiliza estrategias de superación efectivas	No realiza ninguna actividad	Realiza una actividad pero no logra disminuir su temor	Realiza una actividad disminuyendo el temor solamente mientras la realiza	Realiza una actividad y disminuye el temor por doce horas	Realiza una actividad que permite relajarse completamente durante todo el día.
Mantiene la realización del rol	Descuida todas sus actividades	Descuida tres de sus actividades	Descuida dos de sus actividades	Descuida una de sus actividades	No descuida ninguna de sus actividades

Mantiene las relaciones sociales	Se encierra en si mismo	Sólo mantiene relaciones con su familia	Mantiene relaciones con la familia y amigos	Mantiene relaciones con la familia, amigos y trabajo	Mantiene todas sus relaciones sociales.
Mantiene el sentido del propósito a pesar del temor	Decide cancelar su cirugía	Aplaza la cirugía	Prefiere aclarar dudas antes de la cirugía	Busca apoyo y orientación profesional y decide operarse	Decide firmemente operarse.
Controla la respuesta al temor	Presenta todos los síntomas nombrados (100%)	Presenta 7-8 síntomas nombrados (75%).	Presenta 5-6 síntomas nombrados (50%).	Presenta 2-4 de las manifestaciones nombradas (25%).	Presenta una de las manifestaciones nombradas (0%).
Continúa siendo productivo	No ha podido realizar el trabajo asignado	Ha tenido dificultades graves para desempeñar su trabajo	Ha tenido fallas pero su desempeño ha sido aceptable	Ha tenido fallas pero se considera que tuvo buen desempeño	No ha tenido dificultad para desarrollar su trabajo
Utiliza técnicas de relajación para disminuir el miedo	No las conoce, no las utiliza.	Las conoce, pero no las utiliza	Las conoce, las utiliza pero no funcionan	Conoce una, funciona, pero no las utiliza siempre.	Utiliza una y siempre le funciona.

CONOCIMIENTOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

Dominio: Conocimiento y conducta en salud (IV).

Clase: Conocimiento sobre la salud (S)

Escala: Ninguno a extenso (i)

Definición: Grado de comprensión transmitida sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico.

Conocimiento: Procedimiento terapéutico.	Ninguno (1)	Escaso (2)	Moderado (3)	Sustancial (4)	Extenso (5)
Descripción del procedimiento terapéutico	Conoce el nombre de la cirugía No responde	Conoce en que consiste la cirugía y responde 1	Conoce el nombre de la enfermedad y responde 2	Conoce el recorrido a seguir hasta finalizar su proceso quirúrgico y responde 3	Conoce todo el proceso y responde a todas.
Descripción de los pasos del procedimiento	Documentos que debe traer No responde	Valoración preanestésica Responde 1	Autorización de la cirugía Responde 2	Implementos de uso personal. Responde 3	Responde a todas.
Descripción de las precauciones de la actividad	Conoce el tiempo de ayuno. No responde	Conoce la dieta anterior al procedimiento Responde a 1	Conoce la preparación física Responde a 2	Conoce la hora y sitio de llegada Responde a 3	Conoce todo y responde todo.

ANEXO E. FORMATO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

CONTROL DEL MIEDO

Fecha: DD _____ MM _____ AA _____

Número del paciente: _____

Institución : _____

Teléfono: _____

EVALUACIÓN					
INDICADORES	1	2	3	4	5
1. Busca información					
2. Duración de los episodios.					
3. Utiliza estrategias para disminuir el miedo.					
4 .Mantiene la realización del rol.					
5. .Mantiene relaciones sociales					
6. Mantiene el sentido del propósito.					
7. Controla la respuesta al miedo.					
8. Continúa siendo productivo.					
9. Utiliza técnicas de relajación.					

PUNTAJE DE EVALUACIÓN: _____

Nombre de la enfermera que realiza la evaluación: _____

CONOCIMIENTOS TERAPÉUTICOS

Fecha: DD _____ MM _____ AA _____

Número del paciente: _____

Institución : _____

de H CL: _____

Teléfono: _____

EVALUACION					
INDICADORES	1	2	3	4	5
Conoce procedimiento que le van a realizar					
Conoce los requisitos que debe cumplir antes de la cirugía					
Conoce las precauciones que debe tener en Cuenta antes de la cirugía.					

Le entregaron Cassette: Si _____ No _____

Cuantas Veces lo escucho: _____

PUNTAJE DE EVALUACION: _____

Nombre de la enfermera que realiza el CRE : _____

ANEXO F. FORMATO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES.

[illegible]

ANEXO G. CONSENTIMIENTO INFORMADO POR EL PACIENTE

DATOS PERSONALES:

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Residencia: _____ Teléfono: _____

de Historia Clínica: _____ Unidad o Servicio: _____

Tipo de Cirugía: _____ Tipo de Anestesia: _____

Tipo de Sangre: _____ Alergias: _____

DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

1. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de las intervenciones de enfermería en el manejo y control de temor prequirúrgicos. He recibido explicaciones a todas las dudas, así como las alternativas de tratamiento diferentes a las propuestas. Comprendo perfectamente que las intervenciones a seguir consisten en

_____ y que
será realizadas por el Grupo de Enfermeras Investigadoras de la Universidad Industrial de Santander.

2. Doy mi consentimiento para que me realicen las intervenciones de enfermería descritas anteriormente y las evaluaciones complementarias que sean necesarias o convenientes durante la realización de éste, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

1. En cualquier caso deseo que me respeten las siguientes condiciones

Si no hay condiciones, escríbase ninguna. Si no se aceptan algunos de los otros puntos hágase constatar

2. Entendido que en caso de no aceptar las intervenciones aquí propuestas, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

Firma del paciente
CC

Firma del Testigo
CC

Firma de la Enfermera Jefe del Servicio
CC

El presente Consentimiento Informado se fundamenta en los Artículos 15 y siguientes de la Ley 23 de 1.981, sobre Etica Médica, Decreto 1546/98, Sentencia T401/94, T 313/96, T 1390/00 y T 597/01 de la Honorable Corte Constitucional.

ANEXO H. INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LAS INTERVENCIONES

INTERVENCIÓN ENSEÑANZA PREQUIRÚRGICA.

ACTIVIDADES

1. Información al paciente la fecha, hora y lugar programado de la cirugía :

Arribo a la clínica ,admisión en cirugía ambulatoria : La persona debe presentarse con un acompañante dos horas antes de la hora programada para la cirugía en el servicio de admisiones con los siguientes documentos:

Autorización del procedimiento según SGSSS.

Historia clínica completa y cédula de ciudadanía.

Valoración preanestésica, esta valoración debe hacerse tres días antes de la cirugía. Esta consiste en un examen médico que permite establecer el estado físico general del paciente, el médico puede solicitarle algunos exámenes, estos deben ser presentados al momento de la cita lo que permitirá determinar si es apto para la intervención quirúrgica.

Exámenes de laboratorio ,rayos X, EKG.

En el caso que el médico cirujano le indique que requiere reserva de sangre para la cirugía , el paciente debe presentarse en el banco de sangre ubicado en el laboratorio de la clínica con sus donantes tres días antes de la cirugía.

Certificado de copagos.

El día de la cirugía debe presentarse previo baño general, uñas de pies y manos sin esmalte, ropa cómoda, zapatos planos y traer implementos de aseo personal.

Tomar los medicamentos formulados por el médico

Informar que el traslado posterior a la cirugía se realiza por cuenta propia

Una vez verificado los documentos y recomendaciones anteriores el paciente será admitido a la institución de salud y será trasladado al servicio de cirugía ambulatoria donde nuevamente le son verificados todos los documentos y recomendaciones dadas; encontrado todo en regla comienza la preparación del paciente para salas de cirugía que incluye los siguientes pasos: colocación de bata, retiro de maquillaje, verificación de ausencia de uñas pintadas, ayuno de seis horas, retiro de joyas, dinero y artículos de valor.

2. Conocer las experiencias quirúrgicas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.

En un sitio que ofrezca privacidad se realizará esta actividad utilizando el diálogo directo como metodología entre el investigador y la persona seleccionada, se explicará los objetivos de la investigación, se informará sobre el consentimiento informado y luego se preguntará acerca de experiencias quirúrgicas previas y se valorará el grado de conocimientos acerca de la cirugía actual.

3. Presentar al paciente el personal implicado en los cuidados de cirugía -pre y postoperatorio.

Esta actividad en el prequirúrgico será realizada por las investigadoras utilizando como metodología el rota folio, se colocarán fotografías del equipo de salud básico del servicio de cirugía y se explicará detalladamente las funciones que cada uno de los participantes desempeña, a medida que se va utilizando el instrumento se permitirá que el paciente manifieste sus dudas y temores.

4. Proporcionar información de lo que oirá, verá, gustará o sentirá durante el suceso.

Para cumplir con esta actividad se presentaran fotos en rota folio mediante el cual se mostrará la rutina y los equipos así:

Ubicación del paciente en el servicio de Transferencia: En esta foto se debe explicar a la persona que este es el ingreso al servicio de cirugía donde se realizarán los siguientes procesos: Colocación de líquidos endovenosos , administración de antibióticos endovenosos profilácticos, ubicación en camilla, interrogatorio encaminado a identificar antecedentes patológicos, alérgicos y tóxicos terminado estos procedimientos se espera para ser llevado a la sala de cirugía que le ha sido asignada.

Ingreso a sala de cirugía: En esta foto se muestra un quirófano con todo su equipo humano responsable , dotación de un quirófano con los siguientes elementos: mesa quirúrgica, máquina de anestesia , monitores de presión arterial, EKG, SAO2, lámparas cirúrgicas, mesas para la colocación de equipos, equipo de succión y electro bisturí.

Una vez en la sala se ubica el paciente en la mesa quirúrgica en la posición indicada por el cirujano, se inicia la monitorización de los signos vitales escuchándose las alarmas de los monitores al ser encendidos, colocación de placa lo que le ocasionará algo de frío, en algunos casos le colocarán sonda vesical y si van a administrar anestesia general le colocarán anestésicos endovenosos y luego el tubo orotraqueal, si por el contrario es anestesia regional o raquídea administrarán los anestésicos mediante la utilización de un catéter según lo indique el anesthesiólogo. Cuando se está administrando la anestesia podrá sentir algo de mareo, náuseas, vomito, pinchazo en el sitio de colocación de la anestesia regional, adormecimiento, pérdida de la sensibilidad y movilidad de los miembros inferiores.

Se realiza la limpieza del área quirúrgica, sintiendo frío por los líquidos que son utilizados para realizar la limpieza de la zona quirúrgica.

Ingreso del personal responsable del acto quirúrgico como cirujano, anesthesiólogo, enfermera, auxiliar de enfermería, instrumentadora.

Se inicia procedimiento anestésico, dependiendo del tipo de anestesia se realizarán las siguientes actividades:

General: Se administra por el suero y permite dormir completamente al paciente.

Regional: Permite la pérdida de la sensibilidad y motricidad de una parte del cuerpo pero no pérdida de la conciencia.

Se inicia procedimiento quirúrgico con los siguientes protocolos:

Cubrimiento del área operatoria con campos de mayo (paños estériles).

Realización de la herida quirúrgica cuyo tamaño depende del tipo de cirugía.

Terminado el acto quirúrgico, el paciente es trasladado a la sala de recuperación en compañía del equipo de salud a cargo, siendo recibido por la enfermera quien lo acompañará hasta que logre estabilidad de signos vitales y recuperación total de la anestesia. En esta etapa se retira el tubo oro-traqueal cuando fue con anestesia general, cuándo la anestesia fue regional se espera que recupere la sensibilidad y movimiento de las piernas.

En el postoperatorio inmediato puede sentir frío por lo cual se colocarán lámparas y mantas que permitirán aumentar la temperatura corporal recuperando el calor perdido.

Se le administrará oxígeno, se succionaran secreciones, se administrarán medicamentos para el dolor y antibióticos por vía venosa según orden médica.

Sentirá dolor en la garganta manifestado al pasar saliva esto es debido a la utilización del tubo oro-traqueal.

Si le han colocado sonda vesical y siente ganas de eliminar lo puede hacer ya que la orina será recolectada, si por el contrario esta es retirada precozmente la primera orina espontánea podrá estar acompañada de algo de dolor y ardor al orinar.

Una vez se recupere la conciencia, se encuentren estables los signos vitales, no haya sangrado de la herida y ausencia de dolor, se dispone por orden médica la salida del paciente de la sala de recuperación y su traslado al área de cirugía ambulatoria en la cual permanecerá unas horas en observación por parte del personal de la clínica hasta su recuperación, cuándo es dado de alta en compañía de un familiar adulto.

5. Describir las rutinas, equipos postoperatorios, medicamentos, tratamiento respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes, deambulación y dietas, explicar su objetivo.

Se darán las siguientes recomendaciones al paciente y persona cuidadora en el domicilio:

Al salir de la Clínica recuerde reclamar su historia clínica y radiografías.

Pregúntele a la enfermera la fecha y lugar del retiro de los puntos.

Solicite la cita de control con el cirujano que la opero, según las indicaciones de enfermería.

Guardar reposo relativo y siga las instrucciones dadas por el cirujano.

Ingiera alimentos livianos después de salir de la clínica, comenzando por líquidos claros.

Tome los analgésicos indicados por el médico, estos le ayudan a aliviar el dolor.

Los medicamentos suministrados para la anestesia pueden actuar en su organismo hasta por 24 horas o más, por lo tanto le recomendamos no conducir automóvil, no tomar decisiones importantes.

Para el ingreso y/o salida de la clínica y cuidados posteriores en su casa debe contar con el cuidado de un adulto responsable.

El traslado del paciente a su domicilio es por su propia cuenta.

Recuerde solicitar su incapacidad .

6.Determinar las experiencias reales de la cirugía por parte del paciente y corregir las expectativas irreales.

Para esta actividad se permitirá el dialogo de tal forma que la persona exprese sus dudas, inquietudes y la enfermera en un lenguaje sencillo le explicará .

INTERVENCIÓN: INFORMACIÓN SENSORIAL PREPARATORIA.

ACTIVIDADES.

1. Identificar las sensaciones que rodean el procedimiento- tratamiento.

En la medida que se exploran las experiencias reales de la cirugía por parte del paciente se identificarán sensaciones y se corregirán expectativas irreales.

2. Describir las sensaciones en términos comprensibles e indicar la causa.

Una vez identificadas las sensaciones que causan temor al paciente se describirán por parte del investigador sus posibles causas en términos comprensibles.

3. Incluir información de la características espaciales del ambiente en la que tendrá lugar el procedimiento-tratamiento.

Esta actividad se encuentra incluida en la actividad #4 de la intervención enseñanza prequirúrgica.

4. Se utilizarán términos no técnicos cuando se describan las sensaciones.

5. Dar la oportunidad al paciente de hacer preguntas y clarificar los malos entendidos.

Esta actividad que se encuentra incluida en la actividad # 4 de enseñanza prequirúrgica.

6. Sensaciones que se van a experimentar.

Esta actividad se encuentra incluida en la actividad # 4 de enseñanza prequirúrgica.

INTERVENCIÓN: DISMINUCIÓN DEL MIEDO .

ACTIVIDADES.

1. Enfoque sereno que de seguridad .

Una vez explicado el procedimiento quirúrgico se pedirá al paciente escuchar un casete que le será entregado conteniendo una terapia de relajación que puede ser utilizada cuantas veces sea necesario durante el día o la noche y que le permitirá relajarse, descansar y manejar mejor su intensidad de temor ante el procedimiento quirúrgico.

2. Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.

Se explicará al paciente en términos sencillos que la terapia de relajación no le quitará completamente el temor pero sí permitirá que se relaje y aunado a las explicaciones dadas en enseñanza prequirúrgica permitirá disminuir su intensidad de temor.

3. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

Esta actividad se encuentra incluida en la actividad # 4 de enseñanza prequirúrgica.

4. Escuchar con atención.

Se realizará durante toda la intervención, permitiendo a la persona expresar sus dudas.

5. Crear un ambiente que facilite la confianza.

Esta actividad se encuentra incluida en la actividad # 2 de enseñanza prequirúrgica.

6. Animar las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos.

Esta actividad se encuentra incluida en la intervención # 1 de la intervención información sensorial preparatoria.

7. Identificar los cambios a nivel del miedo.

Por medio del dialogo se permitirá que la persona exprese las fuentes de temor y mediante la valoración sus cambios una vez haya sido intervenido.

8. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan el miedo.

Esta actividad será realizada cuando se realice la actividad #4 de la Intervención enseñanza prequirúrgica.

ANEXO I. INFORMACIÓN SUMINISTRADA USUALMENTE POR LA CLÍNICA.

INDICACIONES

- Venir con ropa cómoda, no traer joyas, no uñas pintadas, zapatos de tacón bajito, traer dinero para devolverse cuando sea dado de alta.
 - Traer Historia clínica (hoja de referencia, hoja de evolución), exámenes de laboratorio, RX, electrocardiograma (sí se lo solicitaron), carné del seguro, copia del último recibo de pago y si es beneficiario recibo de COPAGO, traer la CC.
 - El día de la cirugía deberá realizarse un baño general enfatizando en el lavado del ombligo.
 - Deberá rasurarse el sitio donde se realizará la cirugía teniendo la precaución de no cortarse y traer dos (2) hojas de cuchilla Minora.
 - No debe ingerir ningún alimento el día de la cirugía, la noche anterior consume dieta liviana (líquida).
 - Deberá presentarse en la Clínica por Urgencias a:
-
- Si le solicitaron reserva de sangre debe realizarla tres (3) días antes en el Laboratorio Clínico que se encuentra en el segundo piso de la institución.
 - Deberá tomar los medicamentos que su anestesiólogo le autorice.
 - Si toma ASPIRINA u otro anticoagulante deberá suspenderlo cinco (5) días antes de la cirugía.