Rol del enfermero en la educación a pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas

Rocio Yael Dafonte

Carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad Abierta Interamericana,

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud,

Sede Buenos Aires

M3-17-40 - Taller de trabajo final II

Cesar Hugo Navarro

26 de septiembre de 2022

Índice

Resumen 7

Introducción 8

Problema científico 11

Problema General 11

Problemas Secundarios 11

Relevancia 12

Relevancia teórica 12

Relevancia práctica 12

Justificación de conveniencia y relevancia social 13

Hipótesis 14

Contextualización 15

Antecedentes 15

Marco legal y normativo 19

Contexto local 20

Marco Teórico 22

Modelos Y Teorías De Enfermería 24

Modelo Naturalista 24

Modelo De Interrelación 25

Información Prequirúrgica 26

Definición 26
Cuidado Enfermero 28
Definición 28
Historia del cuidado 29
Rol De Enfermería 32
Educación 34
Etapas Del Proceso Quirúrgico 36
Preoperatorio 36
Intraoperatorio 39
Postoperatorio 41
Factores Que Influyen En Las Fases Operatorias 43
Comunicación 44
Adultos Mayores Jóvenes 46
Objetivos 48
Objetivo General 48
Objetivos Específicos 48
Diseño Metodológico 49
Tipo de Diseño 49
Unidad de Análisis 49
Población de Estudio 50
Criterios de Inclusión 50
Criterios de Exclusión 50
Muestra 50

Fuentes de Información..... 51

Matriz de datos 52

Explicación del valor de las dimensiones 59

Presentación y análisis de datos 61

Tabla 1 61

Gráfico 1 62

Tabla 2 63

Gráfico 2 63

Análisis de las tablas 1 y 2..... 64

Tabla 3 65

Gráfico 3 65

Tabla 4 66

Gráfico 4 66

Tabla 5 67

Gráfico 5 67

Tabla 6 68

Gráfico 6 68

Tabla 7 69

Gráfico 7 69

Análisis de las tablas 3,4,5,6 y 7..... 70

Tabla 8 71

Gráfico 8 72

Tabla 9 73

Gráfico 9 73

Tabla 10 74

Gráfico 10 74

Tabla 11 75

Gráfico 11 75

Tabla 12 76

Gráfico 12 76

Tabla 13 77

Gráfico 13 77

Tabla 14 78

Gráfico 14 78

Tabla 15 79

Gráfico 15 79

Análisis de las tablas 8,9,10,11,12,13,14 y 15 80

Tabla 16 82

Gráfico 16 82

Tabla 17 83

Gráfico 17 83

Tabla 18 84

Gráfico 18 84

Análisis de las tablas 16,17 y 18 85

Tabla 19 86

Gráfico 19 86

Tabla 20 87

Gráfico 20 87

Tabla 21 88

Gráfico 21 88

Análisis de las tablas 19,20 y 21. 89

Tabla 22 90

Gráfico 22 90

Tabla 23 91

Gráfico 23 91

Tabla 24 92

Gráfico 24 92

Tabla 25 93

Gráfico 25 93

Tabla 26 94

Gráfico 26 94

Análisis de las tablas 22,23,24,25 y 26 95

Discusión 96

Conclusión 100

Recomendaciones 101

Anexo 102

Anexo 1. Encuesta 102

Anexo 2. Tabla de Valores de los Indicadores 110

Referencias 115

Resumen

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de analizar el impacto de la información en la etapa prequirúrgica, que brinda el personal de enfermería, a los pacientes entre 60 y 75 años, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de mayo a julio de 2022. El tipo de estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con una muestra de 65 pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, y el instrumento de la investigación fue la realización de 65 encuestas a este grupo en particular mediante canales digitales. En relación a la información brindada en el prequirúrgico como factor relevante se demostró que si bien es suficiente, la misma sólo se brindó oralmente y consideraron que fue escasa la cantidad de información y en el mismo día de la intervención tuvieron un primer contacto con el enfermero, marcando esta relación terapéutica poco empática; la cita prequirúrgica tiene que ser comprensible, clara y completa para otorgar más comprensión y mayor seguridad a la hora de afrontar la intervención, esto representa una herramienta fundamental para el paciente para comprender el proceso quirúrgico al cual se someterán.

Palabras clave: Información prequirúrgica, enfermería, educación, adultos mayores

Introducción

La palabra intervención quirúrgica supone un acontecimiento estresante desde el momento en que es escuchada por un paciente. Se desencadena una catarata de incertidumbre y preocupaciones ante todo el proceso desconocido que se llevará a cabo, tanto por la autonomía, dolor, separación de la familia, supervivencia y recuperación. Agregando todo el valor emocional ante la cirugía, que sí es muy intenso, repercutirá en el intra y post operatorio.

A pesar de todo esto, el paciente se entrega a los profesionales de salud y acepta intervenirse quirúrgicamente, sin quizás tomar conciencia de todos los eventos que pueden ocurrir; el estado emocional, anímico, el entendimiento de lo que le sucederá jugará un papel sumamente importante.

Si se quieren conseguir buenos resultados ante un proceso quirúrgico, cobra gran importancia la existencia de un equipo interdisciplinario en todos los niveles asistenciales, en estos niveles el papel de enfermería es primordial, siendo adecuado, integral e individualizado dependiendo a la intervención a la cual se somete y la personalidad de los pacientes también influirá (Guevara, 2014).

El cuidado debe ser organizado, ya que la forma de abordar al paciente en su fase preoperatoria contribuirá en la manera de enfrentarse a la intervención; los profesionales de enfermería tienen la oportunidad de ofrecer una atención al paciente que se basa en fundamentos científicos y de esta forma intervenir con acciones concretas para colaborar con el paciente, disminuyendo así grados de ansiedad.

Ya desde finales del S.XIX, Florence Nightingale mencionaba la importancia de la relación del enfermo con su entorno, haciendo hincapié en que mientras más tranquilo y contenedor sea el mismo más beneficioso sería para su recuperación,

Una muestra evidente del papel tan crucial que tienen los enfermeros en el preoperatorio se puede observar en las siguientes investigaciones, R. Navarro, P. Rabadán, D. Pérez. 2021. Aplicación de protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) en pacientes cistectomizados: el camino hacia la estandarización. España. El aumento del grado de cumplimiento del protocolo ERAS en cirugía, disminuye el estrés quirúrgico y acelera la recuperación funcional.

Aragón Hernández, Pamela. 2013. Rol del enfermero en la educación de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. URL del informe: https://bdigital.uncu.edu.ar/10082. La educación al paciente sometido a cirugía cardíaca es una de las partes más importantes en la recuperación de este. Es por ello, por lo que debe ser prioritario para el enfermero, brindar una enseñanza de calidad que ayude y guíe al paciente a retomar su nivel funcional óptimo.

El enfermero educador es aquel que ayuda al paciente a promover la salud mediante la enseñanza de actividades que facilitan el entendimiento, comprensión de enfermedades o condiciones y/o tratamientos. Es prioritario para el enfermero brindar una atención de calidad que ayude y guíe al paciente en el proceso anterior a la fase quirúrgica.

La ley 24.004 que reglamenta sobre el ejercicio profesional de enfermería decreta en su Artículo 2, que “Asimismo será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería” (Régimen Legal del ejercicio de la Enfermería,1991, p.1).

De lo anterior descrito surge la problemática de que no se enfoca en la contención a los pacientes que van a ser sometidos a cirugía. Por este motivo, el personal de enfermería es quien guía y educa a los pacientes.

Se propone la revisión de datos estadísticos orientados exclusivamente al rol del enfermero en educación a pacientes en la etapa prequirúrgica. Esta investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo, retrospectivo de corte transversal, y el método de recolección de datos se tomará a partir de encuestas anónimas realizadas en muestras no probabilístico, aleatorio simple, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo conocer el impacto de las acciones realizadas por los enfermeros en su rol de educador a pacientes en la fase prequirúrgica.

Problema científico

El problema de investigación surge de ver la importancia que tiene el paciente cuando este es correctamente informado, el estado afectivo previo a la intervención quirúrgica está marcado principalmente por la ansiedad que se desencadena por múltiples causas, siendo el grado de conocimiento una de las más destacadas. “El objetivo de Enfermería no es solamente asistir al paciente, sino que abarca un conjunto de necesidades biopsicosociales del paciente, de su familia y de la comunidad” (Gasco R. Acerca de la ética y el ejercicio de la enfermería. Bs. As.: Ed. El Uapití; 2008). El rol del enfermero en la visita prequirúrgica es determinante para diversos beneficios intra y postoperatorios.

Problema General

¿Cómo impacta la información en la etapa prequirúrgica, que brinda el personal de enfermería, a los pacientes entre 60 y 75 años, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de mayo a julio de 2022?

Problemas Secundarios

1. ¿Qué información les dieron a los pacientes en el prequirúrgico sobre el procedimiento?
2. ¿Comprendió la información que le brindaron en el prequirúrgico?
3. ¿Cómo fue la comunicación?
4. ¿Le sirvió la información brindada, lo tranquilizó?
5. ¿Vio reflejado algún beneficio postquirúrgico?

Relevancia

La relevancia de esta investigación tiene como punto de inicio la mirada holística hacia los pacientes, no solo es el cuidado, hay diversas funciones que tienen los profesionales de enfermería, una de ellas es su rol como educador, y en este caso en la etapa prequirúrgica; por lo tanto, se abordan sus ejes centrales que podrán ser analizados para obtener posteriormente una reflexión significativa para replantear el accionar de los enfermeros.

Relevancia teórica

Los resultados de la presente investigación, aportará nuevos conocimientos sobre el tema, los cuales pueden ser utilizados para nuevas investigaciones y para desarrollar nuevas estrategias para mejorar el rol educador.

La descripción y el posterior análisis serán de gran utilidad para reflexionar y repensar sobre la propia práctica, su utilidad, sus fortalezas y debilidades, aprovechando las oportunidades brindadas por el contexto y teniendo en cuenta las posibles amenazas.

Relevancia práctica

Los nuevos conocimientos, permitirán desarrollar nuevas estrategias, protocolos, para mejorar el rol del enfermero en educación. Un personal bien informado y preparado, mejora las actividades del profesional, aportando una atención de calidad y humana. Disminuir los miedos y ansiedades de los pacientes en estas instancias como lo es una cirugía, evitará efectos negativos que estos provocan (hipertensión, etc.), que podría ser causas de suspensión de la intervención.

Justificación de conveniencia y relevancia social

La información y la empatía de cómo cumpla el rol educador el profesional de enfermería, permitirá al sujeto de atención, transitar un momento tan estresante, en una forma positiva provocando la buena predisposición del mismo en colaborar en estas instancias. El cual transmitirá esta vivencia a su familia y allegados.

Hipótesis

La educación enfermera prequirúrgica brindada a los pacientes entre 60 y 75 años, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de mayo a julio de 2022, esta es deficiente, ya que hay varios factores que intervienen en este proceso, y la información ofrecida en la fase prequirúrgica es escasa y/o no bien comprendida por los pacientes.

Contextualización

Antecedentes

En general, la información reduce el nivel de ansiedad del paciente durante el proceso quirúrgico, pero siempre en la medida en que el paciente quiera conocer todo el proceso por el que pasará antes y después de la operación. En este sentido, si el paciente no quiere recibir información, entonces no se debe exagerar, pero si, por el contrario, quiere conocer todas las fases que sucederán, se deben despejar todas sus dudas al respecto, como sea posible.

Varias investigaciones intentaron abordar esta problemática. Entre los últimos antecedentes se encuentran:

1. Pejerrey Guerrero (2020) realizó una investigación publicada en Perú, titulada impacto de la comunicación terapéutica de enfermería en el nivel de ansiedad del paciente prequirúrgico del Hospital Santiago Apóstol, que tuvo como objetivo determinar el impacto que produce la comunicación terapéutica de los profesionales de enfermería sobre la ansiedad del paciente prequirúrgico del hospital Santiago Apóstol. Se contó con una muestra censal de 40 pacientes programados. Los resultados mostraron que previo a la comunicación terapéutica de los profesionales de enfermería los niveles de ansiedad de los sujetos de estudio eran mayoritariamente moderados representados con un 95 % y 5 % ubicados en el nivel leve y posterior a la comunicación terapéutica brindada por los profesionales de enfermería estos porcentajes se redujeron significativamente en el nivel moderado (33%), y se incrementaron en el nivel leve (67%). Estos hallazgos permitieron concluir afirmando que la comunicación terapéutica que brindan los profesionales de enfermería impacta significativamente y de manera positiva en la ansiedad de los pacientes programados a cirugía en el Hospital Santiago Apóstol de Utcubamba.

2. Barbero Mielgo (2020) en España se ha llevado a cabo un protocolo, Resultados de la implementación de un protocolo eras en cirugía colorrectal en un hospital de tercer nivel, satisfactoriamente, consiguiendo disminuir riesgos intra y postoperatorios. El protocolo ERAS se basa en múltiples recomendaciones, diseñado para optimizar los resultados en cirugía: consejería preoperatoria, evitar preparación intestinal, no premedicar, antibióticos administrados antes de la cirugía, limitar ayuno preoperatorio con aporte de líquidos claros enriquecidos en carbohidratos (hasta 2 horas antes de la cirugía), entre otras.

Se incluyeron 410 pacientes (97 en el grupo control y 313 en el grupo ERAS). Con la implementación del protocolo ERAS, se observó una reducción del estrés quirúrgico significativa, así como una aceleración de la recuperación funcional significativa (alcanzan los criterios de alta el 5º día el 51,9% de los pacientes vs 22,7% en el grupo control). Disminuyeron las complicaciones postoperatorias y las IRAS, tanto en general como en cada uno de sus tipos. La estancia hospitalaria disminuye 2 días en el grupo ERAS 6 [5; 11] días vs. 8 [7; 11], $p<0,001$).

Se ejecutan en diferentes hospitales, cada vez más protocolos donde se pueden mejorar los resultados quirúrgicos incidiendo sobre los cuidados perioperatorios.

3. Perez Taipe (2020) Según una investigación realizada en Lima, Perú, con el título de Factores que influyen en el nivel de ansiedad del adulto en fase preoperatoria del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. La población fue de 90 pacientes preoperatorios, obteniendo una muestra de 77 pacientes elegidos por muestreo probabilístico aleatorio simple. El nivel de ansiedad en el 61% de los pacientes fue leve, el 24,7% ansiedad moderada y el 14,3% ansiedad intensa. Respecto al nivel de ansiedad y su relación con los factores personales como la edad los

adultos mayores presentaron un 54,5% ansiedad intensa, adultez temprana un 31,6% ansiedad moderada y en adultez media un 48,9% ansiedad leve, sobre el sexo se observó que ambos; mujeres 11,7% y los varones 3,6% presentan ansiedad intensa.

Analizó los factores que intervienen en la personalidad, en la cirugía y de la información que influyen en el nivel de ansiedad en pacientes prequirúrgicos.

El afrontamiento quirúrgico e información sensorial influyen en el nivel de ansiedad, siendo esta alta en los pacientes prequirúrgicos.

4. López (2017) también señaló en un artículo que publicó en una revista de investigación enfermera en Madrid, España, titulada Calidad de la visita preoperatoria de enfermería, donde la muestra fue de 24 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario tanto a pacientes como al personal de enfermería

Más de la mitad de los pacientes no fueron llamados por su nombre de forma constante (n=48, 60%). La información sobre los cuidados a realizar no fue brindada en el 53,8% de los pacientes. Se evidenció la toma de signos vitales al ingreso del paciente como una práctica habitual (n=23, 95.8%).

Se evidenció una atención de enfermería en cierta medida rutinaria, que no brindó la información necesaria a los pacientes con relación a su condición quirúrgica. La visita preoperatoria presentó dificultades en cuanto a la relación enfermero-paciente.

La visita prequirúrgica refuerza la relación enfermero-paciente, ayuda al paciente en la preparación físico y psicosocial para su intervención.

5. Ortiz, et al. (2014) publicaron otro artículo de relevancia el de Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? realizado en Brasil, la muestra se hizo con una población en la cual el 58% eran hombres y el 42% mujeres, con una edad promedio de 51 años.

Se desarrollo un folleto explicativo, en donde se informaba todo lo que iba a pasarle al paciente desde el momento en que llegaba el día de la cirugía. Se llevó a cabo la investigación. El grupo de pacientes que terminó la investigación después de leer el folleto relató una satisfacción significativamente mayor con el entendimiento del tipo de anestesia que recibiría (preguntas 2: 4,15 vs. 4,45; p = 0,0028). Además, ese grupo quedó significativamente más satisfecho con la comprensión de sus opciones para el control del dolor después de la cirugía (pregunta 3: 3,98 vs. 4,33; p = 0,0027) y con lo que debían hacer el día de la cirugía (pregunta 4: 4,19 vs. 4,52; p = 0,0004). El segundo grupo de pacientes le atribuyó una puntuación más alta a la cantidad de información recibida sobre el plan anestésico que los pacientes que no recibieron el folleto (pregunta 10: 4,31 vs. 4,60; p = 0,0038).

El objetivo de la investigación fue obtener datos preliminares sobre el conocimiento de los pacientes después de poner en uso los folletos. Las preguntas fueron hechas por el Dr. Ortiz y el Dr. Tolpin, con el fin de abordar potenciales áreas de debilidad.

Uno de los objetivos de la visita del equipo de salud en el preoperatorio es tranquilizar al paciente y reducir la ansiedad. La falta de conocimiento de los pacientes sobre la anestesia y el papel del anestesista en sus cuidados puede contribuir a esos miedos y ansiedades.

6. Carol, et al. (2012) investigaron sobre un importante estudio llamado, Impacto de la educación prequirúrgica impartida por personal de enfermería a pacientes sometidos a cirugía

cardiovascular, realizado en la ciudad de Mendoza, Argentina, con una población que tiene un alto porcentaje de sexo femenino enfermero correspondiente al 95,5% y el sexo masculino enfermero presenta un porcentaje del 4,5 %. La población brinda educación prequirúrgica Casi siempre en un valor de 40,90%, y que el 9,1%, de menor valor, nunca brinda educación.

Tiene como objetivo conocer si la educación recibida en los pacientes, su impacto favorece el posquirúrgico.

Si bien esta investigación se basa en cirugías cardíacas, se pueden tomar como referencia el efecto que recibió la información, educación brindada por los enfermeros en la etapa prequirúrgica.

Marco legal y normativo

El rol educador en enfermería es uno de los problemas que afectan al personal de las instituciones de atención médica, así como a los propios enfermeros.

La falta de identificación de este rol dificulta el cuidado de la persona que necesita cuidado y su familia. La situación económica y laboral en salud nos muestra la realidad. Las mismas actividades son realizadas por enfermeros que han completado sólo cursos de formación de nueve meses para promover la higiene y el confort en el sujeto de atención, así como por las que han cumplido de dos y medio a cuatro años.

Investigaciones actuales, como la de Wairmenan (1998) muestran la descalificación que sufre enfermería, no sólo en el ámbito económico sino también ante la diversidad de planes de formación (Auxiliar, Enfermería Profesional y Licenciatura en Enfermería). Es de destacar que esta profesión está siendo descalificada no solo por su situación laboral y económica y su nivel de educación, sino también porque su rol en el ámbito del sistema educativo no está claro.

En la actualidad, la ley vigente 24.004 (que deroga el artículo 58.961 de la ley 17.132), reglamentada por el decreto 2497/93, plantea que el ejercicio de enfermería comprende dos roles diferenciados: por un lado, asistencial, que comprende las funciones de formación, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de enfermedades; y, por otro lado, el papel igualmente importante como el anterior, relativo a la docencia, investigación y asesoramiento en

temas que le conciernen, y nuevamente la gestión de servicios que reconocen dos niveles:

Profesional: que abarca enfermeros profesionales y licenciados en enfermería y No profesional: que comprende a los auxiliares.

El análisis de los planes de estudio de las escuelas de enfermería (que, por su historia, se basan en el modelo biologista) muestra el objetivo enfatizado por Florence Nightingale de capacitar al personal para satisfacer las necesidades institucionales en lugar de brindar asistencia y cuidados. Sugirió que debe basarse en el entorno, las necesidades y la observación del paciente, defendiendo la relación enfermera-paciente, separando la enfermería de la medicina y señalando las direcciones que debe tomar la educación. Pero lamentablemente esta definición fue olvidada y la evolución de la enfermería cambió sus pautas y la subordinó a la medicina, sin identidad propia.

Contexto local

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), también Capital Federal, por ser sede del gobierno nacional, es la capital y ciudad más poblada de la República Argentina. Esta metrópolis es una ciudad autónoma que constituye uno de los 24 distritos, o jurisdicciones de primer orden, que conforman el país.

Está situada en la región centro-este del país, sobre la orilla sur del Río de la Plata, en la región pampeana. La Ciudad de Buenos Aires fue cedida en 1880 por la Provincia de Buenos Aires para que fuera la capital federal del país. En virtud de la reforma constitucional de 1994 goza de un régimen de autonomía.

La ciudad se encuentra dividida en 15 comunas que agrupan a 48 barrios.

La población estimada de la ciudad es de 3.075.646 habitantes.

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con 35 hospitales públicos que brindan asistencia a la salud en clínica médica, pediatría, traumatología, cardiología, dermatología, ginecología, obstetricia, cirugía y otras especialidades. Además, realizan estudios complementarios (radiología, mamografías, tomografía, laboratorio, ecografías y otros estudios de diagnóstico y prevención de enfermedades).

Brindan asistencia a la salud en clínica médica, pediatría, traumatología, cardiología, dermatología, ginecología, obstetricia, cirugía, especialidades y guardia las 24 hs. los 365 días del año. Se los agrupa en:

. Hospitales Generales de Agudos

. Hospitales Generales de Niños

. Hospitales Especializados

Los hospitales generales de agudos y especializados pueden abocarse a su función específica: la atención de pacientes que requieran prestaciones de un mayor nivel de complejidad, cuando los controles de prevención son realizados en los Centros de Salud y Centros Médicos Barriales. Los controles de prevención incluyen controles clínicos, pediátricos, ginecológicos, obstétricos, psicológicos y psicopedagogos, nutricionales, fonoaudiológicos y odontológicos (s.f. URL: https://www.buenosaires.gob.ar/)

Marco Teórico

En la etapa prequirúrgica se realiza un proceso de personalización de los cuidados entre el enfermero y el paciente; esta visita tiene como objetivo, además de todos los chequeos físicos pertinentes, proporcionar información para disminuir toda la carga emocional negativa que provoca el entorno quirúrgico. Por lo tanto, es de suma importancia el rol que cumple el enfermero en este proceso ya que, como dé esa información, como se desenvuelva el enfermero en su función de educador, si es claro, concreto, si utiliza palabras acordes al entendimiento de los pacientes o no y como esta impacte en el paciente, va a repercutir positiva o negativamente en el intraquirúrgico, y se logrará o no beneficios o complicaciones en el postquirúrgico.

En cada una de las distintas etapas de la experiencia quirúrgica, desde el momento en que se indica la cirugía hasta cada alternativa de procedimiento, se produce un efecto de dificultad. Por ejemplo, los principales temores surgen en torno a: la anestesia general, a no despertar, a la pérdida del control consciente de la situación, a la sensación de indefensión; la vivencia de pasividad y dependencia; a la herida que marca el cuerpo; a la pérdida del órgano; a la irrupción de la intimidad; al dolor; a “no quedar como antes”; a no ser aceptado. Otras preocupaciones también son fuente de ansiedad preoperatoria y están relacionadas con la aceptación de la realidad del cuerpo percibido como vulnerable y mortal; así como la posibilidad de dañar la imagen corporal por la cicatriz generada.

Si bien como se ha mencionado anteriormente gran parte de la tarea del enfermero es relevante, el estado psicológico del paciente al recibir y tratar de entender y captar esa información brindada por el enfermero también lo es. Procesar internamente información que en su gran mayoría no es agradable, y en cierta medida es delicada, es un trabajo difícil.

Por eso, se ponen en juego los dos papeles tanto del enfermero como del paciente, y como se logre esa relación es en gran parte el resultado de todo el proceso quirúrgico.

Entre los factores que más influyen a la hora de interpretar una situación como estresante y afrontarla, se encuentra la valoración que la persona tiene de sus recursos para afrontar la situación. En este sentido, encontramos grandes diferencias de una persona a otra. Estas diferencias tienen que ver con síntomas experimentales, estados emocionales, apoyo social percibido, historia previa de trastornos de salud, rasgos de personalidad, valores y creencias de salud, expectativas, información disponible, etc.

Para comprender este proceso hay que tener en claro que el objetivo básico y prioritario, es preparar al futuro un profesional enfermero capaz de poder brindar información, cuidado, apoyo, contención, basándose en su rol de educador para poder asistir al sujeto de atención en forma holística, brindando todas las herramientas para que el paciente pueda tener los mejores beneficios durante su estadía en el hospital y que puedan llevarlas a cabo solos en el regreso a su hogar (Camacho Reyes A., DUE, Oncología. Hospital Universitario.2017. La Paz, Madrid).

El diseño del estudio fue cuantitativo, transversal y descriptivo. Tomando como muestra a 60 pacientes, como método de recolección de datos se utilizó el instrumento de la encuesta.

Esta investigación tiene como objetivo determinar el impacto de la información en la etapa prequirúrgica, que brinda el personal de enfermería, a los pacientes entre 60 y 75 años, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de mayo a julio de 2022.

Modelos Y Teorías De Enfermería

Modelo Naturalista

Su principal representante es Florence Nightingale. En 1859 trata de definir la naturaleza de los cuidados de enfermería: "Se tiene la tendencia a creer que la medicina cura. Nada es menos cierto, la medicina es la cirugía de las funciones como la verdadera cirugía es la cirugía de los órganos, ni una ni la otra curan, sólo la naturaleza puede curar. Lo que hacen los cuidados de enfermería en los dos casos es poner al enfermo en su obra" (F. Nightingale. Notas de enfermería.1859).

Su teoría sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años.

También incluyó los conceptos de temperatura, silencio y dieta en su teoría del entorno. Por lo que elaboró un sistema para medir la temperatura corporal con el paciente palpando las extremidades, con la finalidad de calcular la pérdida de calor. Se enseñaba a la enfermera a manipular continuamente el entorno para mantener la ventilación y la temperatura del paciente calefaccionando el lugar, abriendo las ventanas y colocando al paciente de modo adecuado en la habitación.

La enfermera también debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo. Otro elemento de su teoría fue la definición del control de los detalles más pequeños. La enfermera controlaba el entorno física y administrativamente. Además, controlaba el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que

perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. Nightingale reconoció que la visita de pequeños animales domésticos podría beneficiar al paciente.

Ya desde aquellos tiempos se pensaba que el entorno, los pensamientos del paciente, su bienestar psicológico, ambiente tranquilo, acompañamiento de familiares o contención de los mismos iban a influir en la pronta y mejor recuperación.

Modelo De Interrelación

Hildegarde Peplau (1909-1999).

La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere atención de salud, y un enfermero educado especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda permitiendo al enfermero alejarse de la orientación hacia la enfermedad y centrarse en el significado psicológico. Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación entre enfermero y paciente: orientación, identificación, aprovechamiento, y resolución. Peplau reconoce la ciencia de enfermería como una ciencia humana, que centra el cuidado en la relación interpersonal.

En la relación enfermero–paciente, Peplau describe cuatro fases:

1ª Orientación: La persona genera una necesidad en busca de ayuda del profesional enfermero, quien le ayudará a reconocer su problema determinando su necesidad de cuidado.

2ª Identificación: El enfermero facilita la exploración de los sentimientos para ayudar a la persona a sobrellevar su enfermedad.

3ª Explotación: La persona intenta sacar el mayor beneficio de lo que se le ofrece a través de la relación y el enfermero se propone nuevas metas.

4ª Resolución: Se deben resolver las necesidades de dependencia del paciente, liberándose de la identificación con el enfermero y creándose relaciones de apoyo.

(Raile Alligood; Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Ed:2014.)

Información Prequirúrgica

Definición

La fase preoperatoria es el primer paso por el que tienen que pasar los pacientes que se someten a intervenciones o procedimientos quirúrgicos; en este proceso se tiene contacto con profesionales de salud y técnicos que, conforme a sus responsabilidades, ofrecen información, aclaran dudas clínicas o administrativas, realizando una revisión detallada de la documentación requerida y de la historia clínica previa. Garantizándose así que la intervención es llevada a cabo de manera exitosa. En esta etapa es fundamental la obtención del consentimiento informado, la confirmación de la identidad del paciente, del lugar anatómico de la intervención quirúrgica y del procedimiento que ha de realizarse.

La incertidumbre valorada como una amenaza, activa mecanismos de afrontamiento que pueden generar un impacto emocional de ansiedad capaz de modular la posterior recuperación, ya que los pacientes con incertidumbre negativa en el preoperatorio son pacientes con ansiedad elevada, es decir a más incertidumbre, más ansiedad y mayor impacto en los resultados del acto quirúrgico (Torrents. 2013).

En cirugía todos estos rituales son importantes, es sólo a través de una atención rigurosa al detalle y a la comunicación efectiva como se mantiene la seguridad durante un período extremadamente vulnerable para el paciente, cirugía es una unidad cerrada, de riesgo y repleta de normas. Su complejidad, justificada por los muchos procedimientos quirúrgicos y anestésicos

que allí se realizan, también se debe al estrés que genera, razón por la que el equipo de enfermería requiere, además del conocimiento científico, responsabilidad y habilidad técnica, estabilidad emocional y excelentes relaciones humanas.

Con ello se busca que el paciente esté en las mejores condiciones y seguro de que no se le causará ningún daño.

los innumerables rituales durante esta etapa del cuidado propician las interacciones verbales y no verbales entre el equipo de enfermería y el paciente, que pretenden, según éste, expresar sus expectativas, pensamientos, temores, y ansiedades; pero también, es un momento oportuno para la información y educación del paciente sobre el proceso perioperatorio, intervenciones que permiten hacerlo sentir como en casa.

La tranquilidad, la confianza y la seguridad deben ser objetivos permanentes del equipo de enfermería durante las interacciones con el paciente, durante esta fase del cuidado, a través de: Siendo y sintiendo calor humano, dimensión subjetiva del cuidado por parte del equipo de enfermería que tiene un impacto sobre su relación con el paciente.

Establecer una adecuada relación es por tanto relevante para un cuidado humano, para conocer las características de la persona que va a ser atendida y aumentar la posibilidad del vínculo. Las dimensiones subjetivas del equipo de enfermería se constituyen en facetas importantes, y el conjunto de ellas determina la relación con el paciente. Esta tarea implica considerar al otro como un ser integral, como dice Quintero: "En realidad, para intervenir holísticamente se requiere recuperar la visión integral, hay que ir en contracorriente de la mentalidad contemporánea, que va por el camino de la fragmentación y la súper especialización".

Cuidado Enfermero

Definición

El cuidado del paciente es la esencia de la profesión de enfermería, que se puede definir como: una actividad que requiere valor personal y profesional, basado en el mantenimiento, restauración y autosuficiencia de la vida, y en la relación terapéutica enfermero-paciente.

Sin embargo, existen situaciones que afectan el trabajo del enfermero, olvidando a veces que se trata esencialmente del respeto por la vida y el cuidado profesional de la persona. Por ello, surge la necesidad de reflexionar sobre la importancia del cuidado ya que tiene impacto y es parte de la producción de servicios de salud que se consideran imprescindibles para lograr algunos resultados finales como el alta, satisfacción y estancias hospitalarias más cortas, mayor productividad, eficiencia y eficacia del personal especializado y mantenimiento de la calidad de la atención, entre otras cosas.

Se sabe que el cuidar es una actividad esencial para la supervivencia, ya que el cuidar ha sido relevante desde la existencia humana y tiene una función primordial en la promoción y desarrollo de todas aquellas actividades que dan vida a las personas y grupos.

El cuidado del paciente es una serie de actos de la vida, cuyo propósito y función es mantener vivo y sano al hombre con el fin de reproducirse y sostener la vida, de esta manera el cuidado es preservación de la misma al asegurar la satisfacción de necesidades para la persona (individual, familiar, grupal y comunitaria) que está en constante interacción con su entorno.

Con el tiempo y con el avance de conocimientos biomédicos sobre el origen de la vida humana, se han ido perfeccionando técnicas, se han producido avances científicos y tecnológicos que inciden en el trabajo del personal de enfermería, olvidando en ocasiones que la esencia de

este es el respeto por la vida y el cuidado profesional de la persona. Actualmente, el cuidador puede actuar con un sentido de obligación o responsabilidad hacia un paciente.

Sin embargo, puede ser erróneo decir que cuidó al paciente cuando consideramos que el valor del cuidado y la preocupación humana implica un nivel superior: la integridad de la persona y la calidad de la atención. El cuidado de cada persona requiere un compromiso científico, filosófico y moral con la protección de su dignidad y la preservación de su vida.

Una mirada retrospectiva a la enfermería nos lleva a considerar que las enfermeras necesitan una reforma humanística que les permita afinar adecuadamente los servicios que se pueden ofrecer a una nueva y diferente clase de profesionales de la salud.

Para comprender la importancia del cuidado y tomar conciencia, es necesario identificar el origen y la conceptualización del cuidado.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en los enfermeros creativos cuyo ser es trascendente.

Todo paciente tiene como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y, por tanto, se debe respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos.

Historia del cuidado

La historia del cuidado se clasifica en cuatro etapas, cada una de ellas corresponde a un periodo histórico: la doméstica, la vocacional, la técnica y la profesional. (C. García/M. L. Martínez 2001).

Etapa Domestica. Desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano. El concepto de salud es igual al de supervivencia, al mantenimiento de la vida. El papel de la mujer era exclusivamente cuidar de la casa y de los suyos. Lo que hoy día se conoce como cuidados básicos. Se transmitía el conocimiento de madres a hijas, de generación en generación.

Etapa Vocacional. Se inicia con la creencia de que la salud tiene un valor religioso, esta etapa comprende desde el principio del cristianismo hasta la edad moderna. La Salud y la enfermedad son designios de Dios, por lo que, durante los primeros siglos del cristianismo, es muy importante esta tarea de la mujer como sanadora y cuidadora.

Como se rechazaba todo contacto corporal, la atención se centraba en la oración y en los consejos morales. La práctica Enfermera no requería ningún tipo de preparación, sólo la preparación religiosa. Los cuidados tenían fines caritativos, una buena atención es igual a ser una buena cristiana. La tradición es servir y la salvación eterna vendrá dada a través de los cuidados a los más necesitados.

Las personas que cuidaban tenían un gran sentido de la religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

Etapa Oscura De La Enfermería (Etapa Entre Vocacional y Técnica). En la edad media y hasta el renacimiento surge la etapa oscura de la enfermería. Esta etapa se caracteriza por una salud pública nefasta, constantes guerras y numerosas pandemias con el consecuente aumento de la mortalidad.

La mujer queda excluida totalmente de la vida social y relegada en casa. La iglesia crea el concepto de que todo lo relacionado con el sexo femenino es pecado. De aquí surge la caza de

brujas, dirigida a todas las mujeres que practicaban técnicas sanadoras. Se pierden también los conocimientos de los libros (la mayoría fueron quemados).

Etapa Técnica. Iniciada a mediados del siglo XIX con la separación de los poderes político y religioso, la enfermería se ha profesionalizado. La salud se entiende como ausencia de enfermedad. Se centra en la atención al paciente y prevención de las enfermedades.

Hay un cambio en la condición de la mujer y una expansión de su campo de trabajo. Los movimientos feministas comenzaron a emerger con fuerza para reivindicar los derechos de las mujeres. Hay un desarrollo científico y tecnológico. Estos avances requieren la aparición de personal especializado y la necesidad de que la enfermera sea asistente del médico. La enfermería se profesionaliza con Florence Nightingale (1820). Para ella, la enfermera debía ser "la que ofreciera al médico la obediencia absoluta, la virtud de una buena esposa, y al paciente la abnegada devoción de una madre, mientras ejercía la suave y firme disciplina de un ama de casa en el hospital de menores, personal acostumbrado a dirigir a los sirvientes ” (A. Martínez Hernández / JM Comelles 1998) y este es considerado el fundador de la enfermería moderna, es decir que la enfermera representaba la imagen ideal de la mujer adinerada en ese momento.

En ese momento, la enfermería tenía mala fama y era una forma de ennoblecerla. Sigue siendo una cosa de mujeres, porque así lo ha determinado el modelo cultural. Ahí es cuando comienza a tener una enfermería que se enfoca en trabajo social, enfermedad y técnica.

Etapa Profesional. En esta etapa, la profesión se desarrolla en las universidades y la atención al paciente incluye una serie de actividades para su bienestar físico y adaptación a su entorno. La salud es el equilibrio entre el individuo y su entorno, se centra en el concepto holístico del ser humano. El cuidado incluye la intervención de diversos profesionales (equipo multidisciplinario). El rol de la mujer ha ido evolucionando con las demandas de la sociedad, la mujer trabaja dentro y fuera del hogar. Después de todo, tiene "los mismos" derechos que los hombres y puede ejercer cualquier profesión.

Las enfermeras han cambiado de campo de actividad, ya no solo a la cabecera de la cama, sino que han integrado una serie de actividades que aseguran un mayor bienestar físico y una mejor adaptación del individuo al entorno. La enfermería ya no es solo asistencia sanitaria, sino también docencia, investigación y gestión. La enfermería tiene un enfoque teórico-científico y una identidad profesional y disciplinar.

La enfermería es un servicio público, profesional, realizado por profesionales, controla la actividad, tiene formación específica, es autónoma, asume responsabilidades y es altruista.

(C. García. M Luisa Martínez. Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid.2001)

Rol De Enfermería

El rol de enfermería es fundamental para mantener la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad del paciente mejorando así su calidad de vida.

El objetivo de la enfermería no es sólo ayudar al sujeto de atención, sino que también abarca una gama de necesidades biopsicosociales que necesitan ser tratadas holísticamente.

La enfermería tiene un rol muy importante en toda la etapa prequirúrgica del paciente, controlando, conteniendo, aclarando dudas, guiando y facilitando las muchas acciones que los pacientes tienen que realizar en este tramo. Así como detectando factores de riesgo y avisando a los otros profesionales del equipo de atención para que sean atendidos, además comprende los siguientes roles:

. Prestador de cuidados:

- Proporcionar un ambiente tranquilo para reducir la ansiedad.

- Proporcionar confianza a través de un diálogo y escucha adecuados.

- Satisfacer las necesidades básicas del paciente manteniendo funciones corporales básicas: descanso, sueño, higiene, alimentación.

- Valorar adecuadamente para identificar si el apoyo emocional beneficia el éxito en el posoperatorio.

- Restablecer su estado emocional y así evitar complicaciones

. Defensor

El enfermero es responsable de definir, defender y promover los derechos de los pacientes. Debe tener en cuenta el bien superior del mismo, entendiendo que es un sujeto de derecho, la mirada y la atención es en su totalidad hacia un ser biopsicosocial.

. Colaborador

El enfermero puede y debe trabajar efectivamente con los otros miembros del equipo de salud para hacerse cargo de los problemas asistenciales del paciente (médicos, psicólogos, etc.).

El enfermero de Consultorio Pre-Quirúrgico colabora con el personal médico joven que, rota en el sector, ayudándolo en algunos aspectos administrativos, lo guía y lo informa.

. Administrador

Proporcionar atención de calidad en el complejo sistema de salud requiere conocimiento y aptitudes para la administración, el enfermero con rol jerárquico debe valorar las necesidades generales del paciente, organizar la asignación de los pacientes, delegar el trabajo y evaluar la efectividad, organizar la distribución de los recursos humanos.

. Investigador

La investigación de Enfermería proporciona un fundamento teórico para la práctica, promueve su progreso y el bienestar de aquellos que reciben asistencia de enfermería.

. Instructor

El rol del enfermero es instruir al paciente y a la familia en aspectos del autocuidado para mejorar la calidad de vida. Este rol requiere de destreza para valorar las necesidades de aprendizaje del paciente y su familia y su grado de aptitud para realizar y diseñar su plan de enseñanza que comprende sus necesidades culturales, socioeconómicas y personales. Lo más importante de este rol es la evaluación.

Educación

La educación es la transmisión de conocimientos a una persona para que esta adquiera habilidades, valores, hábitos, etc.

La educación del paciente se define como una experiencia de aprendizaje utilizando una combinación de métodos como la enseñanza, asesoramiento, técnicas de modificación de conductas que influyen en el conocimiento de los pacientes. Se dice que es un proceso interactivo que permite a los pacientes participar activamente en el cuidado de la salud, entregándoles información acerca sobre los servicios disponibles y su uso.

Se reconoce que los enfermeros tienen las habilidades para instruir sobre la salud en las intervenciones de enfermería y más aún, aplicar los conocimientos de diversos modos de docencia y aprendizaje con las personas, las familias y las comunidades; evaluando constantemente el aprendizaje y la comprensión de las prácticas de salud.

Quintero (2017) Ha afirmado lo siguiente:

Que la enfermera escuche al paciente en todo momento, con empatía identificando las fuentes de preocupación para proporcionar información adecuada que le ayude a aliviar su angustia, donde debe haber una combinación de apoyo emocional y psicológico que permita potenciar de manera positiva el afrontamiento previo a la cirugía. (p. 115)

La educación del paciente es un aspecto fundamental de la atención de salud y cada vez es más reconocido como una función esencial en la práctica de enfermería.

Se considera como un proceso dinámico y continuo que incluye comportamientos de autocuidado, cumplimiento con la asistencia sanitaria, recomendaciones, satisfacción en el cuidado de la salud, ajustes en la calidad de su vida y reducción de los niveles de angustia de los pacientes, la educación se considera una parte integral de la atención de enfermería de alta calidad. Consejo internacional de enfermeras (CIE) 2003 Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Informe del proceso de elaboración y de las consultas [Internet] URL: http://www.icn.ch/es/publications/publications/)

Sin embargo, son muchas las barreras relacionadas con la capacidad de los enfermeros para proporcionar educación. Para educar a los pacientes de manera eficaz es indispensable una adherencia estricta a los principios educativos, por lo que todas las variables que tienen un impacto en el proceso de enseñanza-aprendizaje juegan un papel importante.

Etapas Del Proceso Quirúrgico

Estas etapas comprenden las actividades centradas en el paciente con una indicación quirúrgica, destinadas a la resolución integral del procedimiento indicado. Se inicia con una indicación médica que se genera a nivel de los servicios de urgencia o nivel de complejidad secundaria o terciaria, y finaliza con el traslado del paciente al destino final indicado o deseado.

Por su parte los enfermeros deben desarrollar su labor como expertos en procesos quirúrgicos durante el pre, intra y postoperatorio, haciendo una valoración del paciente, diagnóstico de necesidades, estableciendo un plan de cuidados y acompañando al paciente en todo su proceso y haciendo un registro de todo ello.

El proceso quirúrgico puede ser:

. Urgente: Depende la vida del paciente.

. No inmediato: Cuando se puede programar la cirugía.

. Opcional: El paciente decide si prefiere operarse o recibir un tratamiento médico.

A su vez, este proceso quirúrgico, se divide en 3 etapas.

Preoperatorio

Comprende el periodo previo a la intervención. El paciente debe prepararse física y psicológicamente para la intervención quirúrgica que va a llevarse a cabo.

Se inicia con la recepción de interconsulta del paciente que requiere atención por especialidad quirúrgica. Para ingresar a esta fase, el paciente debe tener completo el proceso diagnóstico de la patología a operar (según protocolo diagnóstico dependiente de cada especialidad) y la indicación quirúrgica ya generada por el especialista o equipo quirúrgico a cargo de la cirugía.

Una vez que el paciente ha sido estudiado en la Unidad Pre-Quirúrgica y definido como programable, se realiza la solicitud de internación, ingresando el usuario a la lista de espera quirúrgica. El paciente es incluido en la programación de la unidad y traslado al quirófano. Finalizando, el periodo preoperatorio cuando se inicia la anestesia.

A su vez, esta fase se divide en 3 momentos.

Preoperatorio Remoto. Se inicia en el primer contacto con el paciente. Se realiza con la conversación, la historia clínica, consentimiento informado, hoja de anestesia.

Preoperatorio Mediato. 8 a 12 horas antes de la cirugía. En esta etapa consiste en los cuidados que se proporcionan al paciente desde el momento que ingresa a hospitalización hasta los 45 minutos antes de que sea trasladado al quirófano.

Cuidados de enfermería en este momento:

. Presentarse al paciente en su habitación procurando su comodidad para que responda a las preguntas que le hará el personal.

. Verificar la historia clínica del paciente para obtener información.

. Determinar las consultas y pruebas de laboratorio pertinentes.

. Reducir la ansiedad del paciente y facilitar su recuperación mediante enseñanza acerca de las diferentes técnicas de cuidados preoperatorios y manejo del dolor.

. Anotar en la HC (historia clínica), las indicaciones como: Ayuno, premedicación, catéteres y examen hematológico.

. Obtener el consentimiento informado, ya sea por el paciente si este se encuentra en condiciones o por el tutor, familiar o padre de familia.

. Verificar la higiene general del paciente.

. Colocar la bata al paciente y si está indicado canalizarlo.

. Comprobar que, en la HC, esté indicada la solicitud de CIRUGÍA.

. Cuantificación de signos vitales y se anotará en las hojas correspondientes.

. Verificar que el paciente no haya consumido alimentos.

. Comprobar que el paciente no tenga alhajas y que no lleve ningún tipo de esmalte en las uñas.

. Realizar preparación intestinal (enema).

. Rasurar la zona que será operada, en caso indicado.

. Se trasladará al paciente en silla de ruedas o camilla al quirófano.

Preoperatorio Inmediato. Consiste en los cuidados que se proporcionará al paciente que van a ser intervenidos quirúrgicamente, desde que llega al área de preanestesia y que son llevados a quirófano.

Cuidados de enfermería en este momento:

. Corroborar el estado de higiene del paciente llevar a cabo el interrogatorio para conocer alguna anomalía (ayuno, medicamentos de uso crónico, condiciones físicas y estado general de conciencia).

. Verificar de nuevo que no tenga prótesis puestas, uñas pintadas, joyas, ropa interior.

. Comprobar que la HC, esté completa (solicitud de cirugía; hoja de consentimiento debidamente firmado tanto de la cirugía como la de anestesia), solicitud de sangre.

. Estudios de laboratorio recientes.

. Comprobar que la venoclisis sea permeable.

. Se trasladará al paciente del área de transferencia al área de preanestesia.

. Se tomarán signos vitales y se anotará en la hoja de enfermería de la unidad quirúrgica.

. Cada paciente será entregado en el área preoperatoria con su HC y se informará a la enfermera circulante si existe alguna eventualidad.

Intraoperatorio

Se inicia con la recepción del paciente en el quirófano en el día y hora definidos previamente. Termina con la indicación médica de traslado al destino postoperatorio (sala de recuperación), una vez realizada la intervención quirúrgica.

Cuidados de enfermería quirúrgicos:

. Verificar que el paciente llegue en correctas condiciones al área quirúrgica (vestuario, higiene corporal, rasurado y asepsia, ausencia de joyas y otros objetos de uso personal, cabello completamente cubierto con gorro).

. Preparación de la piel bien realizada y comprobada.

. Signos vitales registrados-Premedicación dada y registrada

. Otras medicaciones dadas.

. Consentimiento para la intervención firmado.

. Historia clínica completa con las pruebas preoperatorias.

. Verificar profilaxis de protección antibiótica y en su defecto aplicar si procede.

. Con el fin de evitar retrasos que puedan aumentar la duración del acto quirúrgico, con el consiguiente mayor riesgo de infección para el paciente, antes de comenzar la intervención es necesario comprobar que el instrumental quirúrgico y todo el material necesario se encuentra en un lugar de fácil acceso, en cantidad suficiente y en condiciones de uso, constatando su esterilidad.

. Retirar el camisón del paciente antes de entrar en el quirófano y cubrirlo con una sábana o ropa limpia.

. Una vez concluida la inducción anestésica, separar el área de anestesia del campo quirúrgico, y preparar la zona operatoria aplicando povidona yodada, en caso de alergia, clorhexidina.

. Delimitar posteriormente el campo quirúrgico para crear una zona estéril alrededor del área de intervención.

. Mantener las condiciones de esterilidad y asepsia durante la intervención e informar sobre cualquier transgresión de las mismas.

. Respetar estrictamente los protocolos de control de infección (atuendo, lavado, limpieza del quirófano e instrumental, controles de esterilización, envasado y conservación del material estéril y circuitos de limpio y sucio del área quirúrgica).

. Procurar que durante la intervención las puertas del quirófano estén cerradas y evitar la entrada de personas innecesarias. Es importante que quien se encuentre en el quirófano se mueva lo menos posible.

. Antes de que el cirujano proceda al cierre de la incisión, realizar el recuento de compresas, gasas, agujas y demás instrumental para comprobar que no falten piezas.

. Finalizada la intervención, limpiar la incisión y orificios de drenaje con solución salina, aplicando povidona yodada o clorhexidina, protegiendo después con apósito estéril.

Postoperatorio

Comienza con la indicación médica de traslado al destino postoperatorio (sala de recuperación) y finaliza con el traslado del paciente al destino final indicado: sala de hospitalización para cuidados críticos, medios o básicos o directamente al domicilio como alta.

Cuidados de enfermería inmediatos en la sala de postanestesia:

. Registrar las constantes vitales cada media hora durante las primeras horas.

. Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias y la necesidad de aspiración.

. Observar el estado de la piel en cuanto a temperatura y color.

. Valorar el apósito quirúrgico, y los drenajes si los hay.

. Realizar una valoración neurológica, para comprobar las respuestas sensoriales y motoras y el nivel de consciencia.

. Controlar las pérdidas de líquidos por cualquiera de las vías de salida, apósitos, drenajes y sondas.

. Controlar la diuresis, al menos cada media hora. valorar y paliar la presencia de dolor, náuseas y vómitos.

. Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite la ventilación.

. Mantener informada a la familia.

Cuidados de enfermería mediatos en la sala de postanestesia:

Este se inicia cuando el paciente se ha recuperado del todo de su anestesia y, en general, se prolonga durante el tiempo que el paciente permanece internado.

El paciente debe recuperar todas sus funciones básicas. Se deben tener los mismos cuidados generales que en la fase inmediata para prevenir futuras complicaciones.

. Acompañar al paciente a su habitación.

. Valorar el estado general del paciente: Nivel de consciencia; Respiración: comprobar la permeabilidad de las vías aéreas; Coloración de piel y mucosas.

. Acomodar al paciente en la posición más adecuada, según el tipo de intervención quirúrgica.

. Proporcionar intimidad al paciente.

. Medir y registrar los signos vitales.

. Valorar según circunstancias: El apósito de la herida quirúrgica, que debe de estar limpio y bien adherido. Si hubiera signos de sangrado, marcar el área del apósito que esté impregnada de sangre, para posteriormente cambiarlos.

. Drenajes: tipo (de vacío, bolsa), permeabilidad, fijación y cantidad y aspecto del líquido drenado.

. Dispositivos intravenosos: permeabilidad, tipo, calibre, localización y fijación.

. Catéter epidural: permeabilidad y fijación.

. Aplicar oxigenoterapia: dispositivo, porcentaje y litros.

. Sondas: tipo (vesicales, nasogástricas), permeabilidad, correcta colocación, fijación, cantidad y aspecto del drenado.

. Vendajes: tipo (compresivo, oclusivo), color y temperatura de las zonas distales y si es correcta la compresión.

. Evaluar el grado de malestar (dolor, ansiedad, náuseas y vómitos)

. Tranquilizar al paciente.

. Evitar ruidos.

. Proporcionar una iluminación adecuada.

. Conocer la historia clínica: Tipo de intervención y hora de finalización de esta, Tipo de anestesia (epidural, raquídea, general, local), Órdenes de tratamiento, Hoja de registro (signos vitales, analgesia administrada).

. Anotar los datos y cuidados relacionados con las necesidades alteradas, en la hoja del plan de cuidados y el resto de las incidencias en la hoja de observaciones de enfermería.

. Administrar fármacos para el tratamiento prescrito.

Factores Que Influyen En Las Fases Operatorias

El estrés quirúrgico representa una agresión real para el paciente, que el organismo reproduce en forma de cambios bioquímicos, funcionales y morfológicos que se expresan de forma sistemática general y/o particular.

La admisión al hospital puede inducir sentimientos de estrés y ansiedad en muchos pacientes, especialmente aquellos que se someten a una cirugía mayor.

Uno de los factores que más influye a la hora de interpretar y afrontar una situación como estresante es la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. Encontramos que

los principales factores de influencia son: la gravedad de los síntomas, los estados afectivos, el apoyo social, la historia. Los rasgos de personalidad de la persona, los valores y las creencias sobre la salud, las expectativas y la información disponible.

Teniendo en cuenta que para tener una salud optima, el equilibrio se basa en lo físico, psicológico y emocional. Según Latorre J. (1995) "Las reacciones que puedan exhibir los pacientes durante la hospitalización, sobre todo de un paciente que amerita ser sometido a una intervención quirúrgica, quien, puede experimentar situaciones de estrés, ansiedad, que de manera consciente o no, las percibe como amenazadoras". (p. 67)

Algunas investigaciones han demostrado que ciertos rasgos de personalidad influyen en la forma en que cada persona se enfrenta a la cirugía. En nuestra práctica clínica, vemos que hay personas que son tan positivas ante las situaciones que nos sorprende su integridad y disposición mientras que otras colapsan ante el mismo revés. La explicación podría estar en cómo cada persona tiene que procesar la información y, por tanto, en su rasgo de personalidad.

Comunicación

Las palabras son las mediadoras por excelencia en nuestra vida de relación. El peso y el valor de estas son enormes por los efectos que pueden producir, tanto por el que las emite como por el que las recibe. El paciente debe verbalizar con los enfermeros en el preoperatorio todo lo referente a su patología, así como sus propios temores ante el evento, originados desde su propia esfera psicológica, sus creencias religiosas y el de todo su entorno familiar. Y los profesionales de la salud deben lograr transmitir información altamente calificada a un ser humano que no siempre está en condiciones de procesar el mensaje.

Esta transferencia de información se vehiculiza no solo a través de las palabras que utilizamos (comunicación verbal), sino también a través del tono y énfasis empleado en el discurso (comunicación paraverbal), y de nuestras expresiones faciales, contacto ocular, gesticulación y postura corporal (comunicación no verbal). Incluso el mensaje enviado por estos canales no verbales podría predominar sobre el mensaje verbal, creando conflicto con lo que pretendemos transmitir. Pero, además, el enfermero debe lograr una comunicación efectiva dentro de su ámbito, para facilitar la relación interpersonal, mantener la cohesión interna, coordinar secuencialmente las tareas y los pasos a seguir, y permitir el enriquecimiento de las relaciones intercambiando información del caso con otros profesionales de la salud.

El logro de una comunicación efectiva entre el paciente y el equipo interdisciplinario es un objetivo recomendable en un medio de trabajo altamente demandante como lo es el área quirúrgica. Múltiples factores interaccionan para dificultar la comunicación entre un paciente sufriente y un equipo médico que involucra múltiples especialidades, múltiples recursos, desafíos de tipo médico (la complejidad del caso clínico, instrumental de precisión, logística de soporte), con desafíos de tipo no médico (agendas quirúrgicas sobrecargadas, falta de personal, relación tensa entre los miembros del equipo).

Según la OMS (2004) Identificó a la comunicación como un área de riesgo dentro del hospital, determinando seis acciones básicas denominadas metas internacionales para la seguridad del paciente, siendo la segunda meta internacional mejorar la comunicación efectiva tanto los profesionales con los pacientes, como entre profesionales, determinándola en todo el proceso de hospitalización y promoviendo mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente.

La comunicación interpersonal es probablemente uno de los principales desafíos, a fin de lograr la interacción coordinada entre cada miembro del equipo durante el intercambio de información referente al caso. El error inadvertido en la entrega de cuidado médico de calidad es reconocido como una de las causas más importantes de morbimortalidad del paciente, y una porción importante de las causas del error médico (70- 80%) se generan en fallas de la comunicación (To err is human. Building a Safer Health System. Washington DC. Committee on Quality of HealthCare in America. Institute of Medicine.National Academy Press 2000; 26-48).

La comunicación tiene un rol primordial en la relación enfermero-paciente. No solo la comunicación verbal, sino también la no verbal cobran relevancia a los fines terapéuticos. El confort preoperatorio puede ser aumentado con un abordaje cordial y adecuado a cada paciente. La comunicación de los pormenores de la cirugía, así como los requerimientos intra y postoperatorios ayudan a mejorar la seguridad del acto quirúrgico.

Adultos Mayores Jóvenes

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una variedad de daños o deterioros a lo largo del tiempo, lo que lleva a una disminución gradual de las capacidades físicas y mentales, un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, la muerte.

Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su relación con la edad de una persona en años es relativa. Mientras que algunas personas de setenta años gozan de excelente salud y bienestar, otras son frágiles y necesitan una ayuda significativa.

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también se asocia con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a un hogar más apropiado y la muerte de

amigos y socios. Al formular una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante considerar no sólo los elementos que pueden amortiguar las pérdidas relacionadas con la edad, sino también aquellos que pueden promover la recuperación, el ajuste y el crecimiento psicosocial.

Objetivos

Objetivo General

Analizar el impacto de la información en la etapa prequirúrgica, que brinda el personal de enfermería, a los pacientes entre 60 y 75 años, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de mayo a julio de 2022.

Objetivos Específicos

1. Identificar qué información les dieron a los pacientes en el prequirúrgico sobre el procedimiento.
2. Examinar si comprendió la información que le brindaron en el prequirúrgico.
3. Identificar cómo fue la comunicación.
4. Averiguar si le sirvió la información brindada.
5. Medir si vio reflejado algún beneficio postquirúrgico.

Diseño Metodológico

Tipo de Diseño

Cuantitativo: Se recolectarán datos en forma sistemática con valores numéricos, midiendo las variables en estudio. Se analizará a los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, en cuanto a la educación brindada por el personal y si ésta influye o no en la recuperación de los pacientes intervenidos.

Descriptivo: Tratará sobre reconocer los factores que intervienen en la educación pre-quirúrgica. Especificando las características en la etapa preoperatoria, como así también explicando cómo fue la información y la comunicación brindada.

Retrospectivo: Según el tiempo de ocurrencia y el registro de la información.

Transversal: Se realizará un corte transversal en la realidad y el tiempo de la investigación, durante el período comprendido entre los meses de Julio a Diciembre de 2021. Según su finalidad, es aplicada porque da soluciones a los problemas.

Unidad de Análisis

Cada uno de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, entre 60 y 75 años, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, comprendidos entre el periodo de Julio a Diciembre de 2021 que respondan la encuesta dada.

Población de Estudio

Los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Criterios de Inclusión

. Pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas.

. Adultos que tengan entre 60 y 75 años.

. Pacientes que hayan asistido a la evaluación prequirúrgica.

. Personas que residan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Criterios de Exclusión

. Pacientes que ingresan a quirófano por una emergencia quirúrgica.

. Personas con dificultad de comunicación.

. Personas con alteraciones mentales y/ o físicas que afecten la esfera cognitiva.

Muestra

Se tomará una muestra de 65 pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, de 60 a 75 años, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Es un tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple, en el cual todos los miembros de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados para formar parte de la muestra.

Fuentes de Información

Primarias: Por medio de la recolección directa de las encuestas realizadas a los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas.

Secundarias: Por medio de revisión bibliográfica de investigaciones realizadas con anterioridad.

Matriz de datos

VARIABLE	V V	DIMENSIÓN	VD	INDICADOR	CATEGORIA
Demográfica		Edad		1- Años	a) 60 a 65 años b) 66 a 70 años c) 71 a 75 años
		Género		2- Sexo	a) Femenino b) Masculino c) Otro
		Educación		3- Nivel Alcanzado de estudios	a) Primario b) Secundario c) Terciario d) Universitario e) Sin estudios
		Internaciones		4- ¿Estuvo internado/a alguna vez?	a) 1 vez b) 2 veces o mas c) Nunca
Impacto de la información en la etapa prequirúrgica que brinda el personal de enfermería		Información brindada en el prequirúrgico	Suficiente 3 (15-21) Med. Sufic. 2 (8-14) Insuficiente 1 (1-7)	5- ¿De qué trataba la información que le dieron en el prequirúrgico?	a) Sobre la patología y el procedimiento a realizarse b) Sobre las indicaciones y la preparación física para la intervención

					c) Sobre los beneficios postquirúrgicos d) Otro e) No le dieron información f) A, b y c.
				6- ¿Qué tipo de cirugía se realizó?	a) Baja complejidad b) Mediana complejidad c) Alta complejidad
				7- ¿En algún momento de la etapa prequirúrgica dialogó con un/a enfermero/a?	a) Si b) No
				8- Si la respuesta anterior fue Si. ¿En qué momento de la etapa prequirúrgica dialogó?	a) Cuando se realizó los exámenes prequirúrgicos b) En la recepción de ingreso a quirófano c) En la sala de preanestesia d) En la habitación antes de que

					lo lleven a quirófano e) Otro
				9- ¿Le explicaron que cirugía se iba a realizar?	a) Si b) No
				10- ¿Le explicaron las posibles complicaciones que podía tener en la cirugía?	a) Si b) No
				11- ¿Cómo clasificaría usted la cantidad de información brindada?	a) Poca b) Buena c) Excelente
		Comprensión de la información brindada en el prequirúrgico	Bueno 3 (19-27) Regular 2 (10-18) Malo 1 (1-9)	12- ¿En qué medida usted quedo satisfecho en su comprensión?	a) Poco satisfecho b) Satisfecho c) Insatisfecho
				13- ¿Algún otro miembro del equipo de salud le ha	a) Cirujano b) Anestesiólogo c) Medico

				brindado información?	d) Otro
				14- ¿Se encontraba nervioso el día del prequirúrgico?	a) Poco nervioso b) Nervioso c) Muy nervioso
				15- ¿Cuál era su mayor preocupación?	a) Cirugía b) Anestesia c) Dolor d) Otros
				16- ¿Se pudo sacar las dudas que tenía?	a) Siempre b) Casi Siempre c) Nunca
				17- ¿Le brindaron materiales para su comprensión?	a) Audiovisual b) Folleto c) Solo fue oralmente
				18- ¿Se encontraba acompañado por algún familiar o amigo en el momento que le brindaron la información?	a) Si b) No
				19- Si la respuesta anterior fue Si.	a) Si b) No

				¿Su familiar o amigo comprendió lo mismo que usted?	c) Parcialmente
				20- ¿Su familiar o amigo añadió o explicó algo más que usted no había entendido?	a) Si b) No
		Comunicación	Adecuada 3 (7-9) Med. Adecuada 2 (4-6) Inadecuada 1 (1-3)	21- ¿Cómo fue la comunicación verbal?	a) Muy clara b) Poco clara c) Nada clara
				22- ¿Cómo fue la comunicación en su tratamiento?	a) Fluida b) Poco fluida c) Nada fluida
				23- ¿La información comunicada fue dada en forma empática?	a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca
		Utilidad de la información brindada	Correcto 3	24- ¿Le fue útil la información	a) Muy útil

			(5-6) Med. Correcto 2 (3-4) Incorrecto 1 (1-2)	recibida en el prequirúrgico? 25- Esa información recibida ¿Lo ayudo al momento de entrar al quirófano?	b) Medianamente útil c) Escasamente útil a) Totalmente b) Parcialmente c) Escasamente
		Beneficios postquirúrgicos	Satisfactorio 3 (13-18) Med. Satisfactorio 2 (7-12) Insatisfactorio 1 (1-6)	26- ¿Sintió dolor 24 hs. posterior a la cirugía? 27- ¿Se encontraba tranquilo posterior a la cirugía? 28- ¿Cuándo recibió el alta hospitalaria?	a) Ausencia de dolor b) Dolor leve c) Dolor moderado d) Dolor severo a) Muy tranquilo b) Medianamente tranquilo c) Intranquilo a) 1 día después de la cirugía b) 2 o 3 días después de la cirugía c) 4 o más días después de la cirugía

				29- ¿Estaba ansioso por regresar a su casa?	a) Escasamente ansioso b) Medianamente Ansioso c) Muy ansioso
				30- ¿Tuvo complicaciones postoperatorias?	a) Si b) No
				31- ¿Tuvo reingreso hospitalario postoperatorio?	a) Si b) No

Explicación del valor de las dimensiones

1- Dimensión: Determinar qué información les dieron a los pacientes en el prequirúrgico sobre el procedimiento – Indicadores: 5,6,7, 8, 9, 10 y 11.

Suficiente 3 3 x 7 indicadores = 21

(15-21)

Med. Suficiente 2 2 x 7 indicadores = 14

(8-14)

Insuficiente 1 1 x 7 indicadores = 7

(1-7)

2- Dimensión: Averiguar si comprendió la información que le brindaron en el prequirúrgico – Indicadores: 12,13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20.

Bueno 3 3 x 9 indicadores = 27

(19-27)

Regular 2 2 x 9 indicadores = 18

(10-18)

Malo 1 1 x 9 indicadores = 9

(1-9)

3- Dimensión: Determinar cómo fue la comunicación – Indicadores: 21, 22 y 23.

Adecuado 3 3 x 3 indicadores = 9

(7-9)

Med. Adecuado 2 2 x 3 indicadores = 6

(4-6)

Inadecuado 1 1 x 3 indicadores = 3

(1-3)

4- Dimensión: Averiguar si le sirvió la información brindada – Indicadores: 24 y 25.

Correcto 3 3 x 2 indicadores = 6

(5-6)

Med. Correcto 2 2 x 2 indicadores = 4

(3-4)

Incorrecto 1 1 x 2 indicadores = 2

(1-2)

5- Dimensión: Determinar si vio reflejado algún beneficio postquirúrgico – Indicadores: 26, 27, 28, 29, 30 y 31.

Satisfactorio 3 3 x 6 indicadores = 18

(13-18)

Med. Satisfactorio 2 2 x 6 indicadores = 12

(7-12)

Insatisfactorio 1 1 x 6 indicadores = 6

(1-6)

Presentación y análisis de datos

Tabla 1

Datos demográficos: Nivel educativo según el género y la edad.

Edad y Género	**Educación**				
	Primario	***Secundario***	***Terciario***	***Universitario***	***Total general***
60-65 años	**1.54%**	**7.69%**	**29.23%**	**44.62%**	**83.08%**
Femenino	1.54%	7.69%	24.62%	32.31%	66.15%
Masculino	0.00%	0.00%	4.62%	10.77%	15.38%
No binario	0.00%	0.00%	0.00%	1.54%	1.54%
66-70 años	**1.54%**	**1.54%**	**1.54%**	**7.69%**	**12.31%**
Femenino	0.00%	0.00%	1.54%	7.69%	9.23%
Masculino	1.54%	1.54%	0.00%	0.00%	3.08%
71-75 años	**0.00%**	**1.54%**	**1.54%**	**1.54%**	**4.62%**
Femenino	0.00%	0.00%	1.54%	1.54%	3.08%
Masculino	0.00%	1.54%	0.00%	0.00%	1.54%
Total general	**3.08%**	**10.77%**	**32.31%**	**53.85%**	**100.00%**

Nota. La tabla muestra el nivel educativo de los adultos mayores con respecto a la edad y sexo.

Gráfico 1

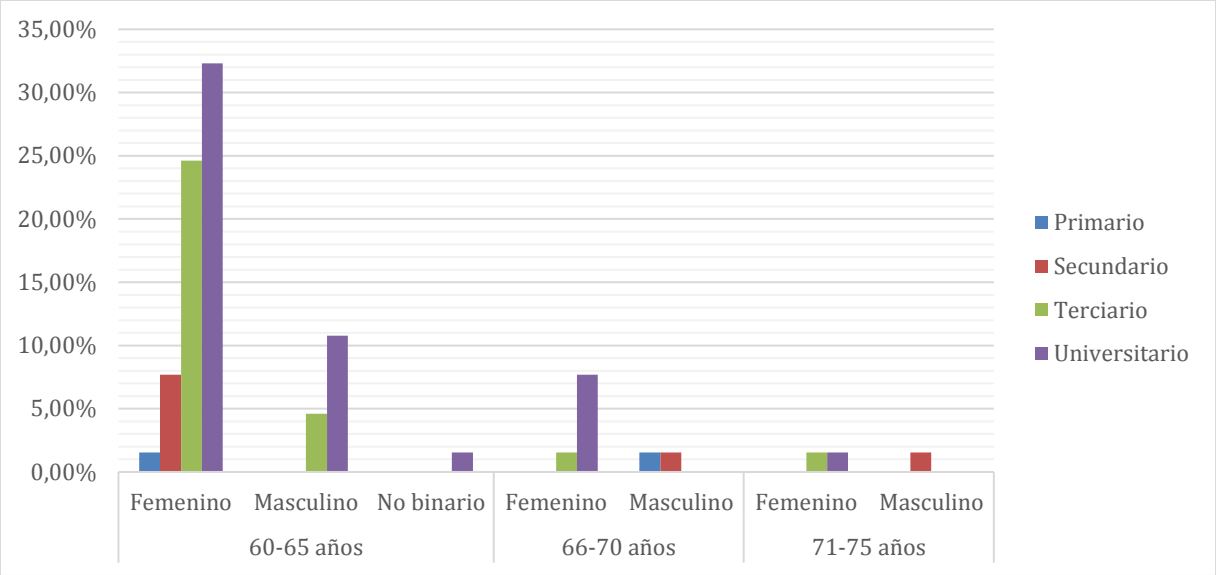

35,00%
30,00%
25,00%
20,00%
15,00%
10,00%
5,00%
0,00%
Femenino
Masculino
No binario
Femenino
Masculino
Femenino
Masculino
60-65 años
66-70 años
71-75 años
Primario
Secundario
Terciario
Universitario

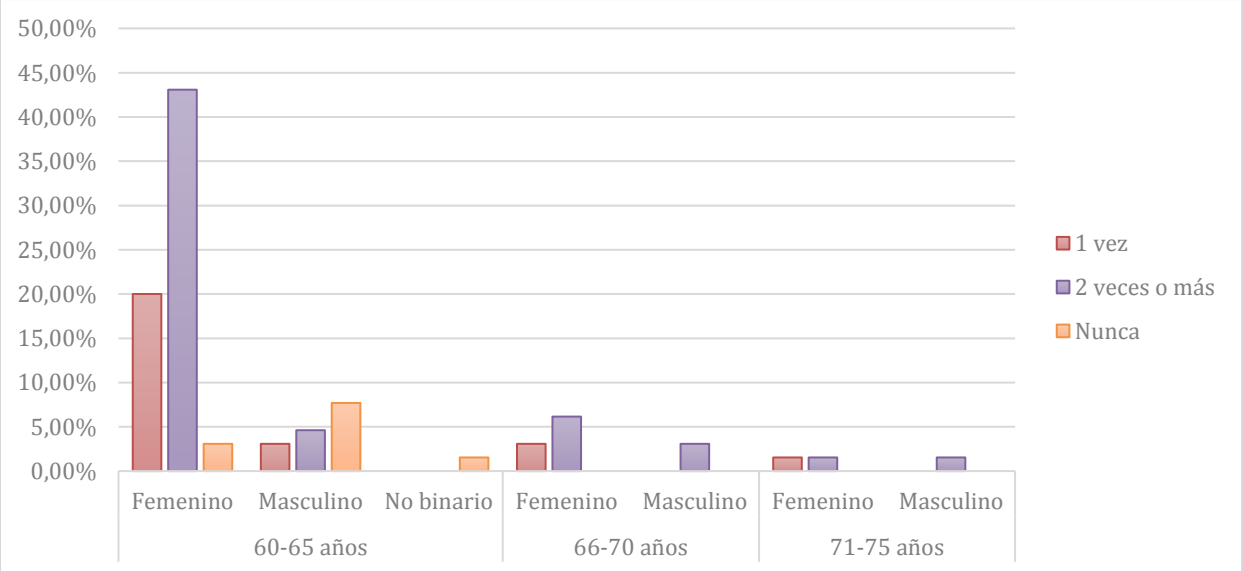
Tabla 2

Internaciones según el género y la edad.

Edad y Género	Internaciones			
	1 vez	**2 veces o más**	**Nunca**	**Total general**
60-65 años	**23.08%**	**47.69%**	**12.31%**	**83.08%**
Femenino	20.00%	43.08%	3.08%	66.15%
Masculino	3.08%	4.62%	7.69%	15.38%
No binario	0.00%	0.00%	1.54%	1.54%
66-70 años	**3.08%**	**9.23%**	**0.00%**	**12.31%**
Femenino	3.08%	6.15%	0.00%	9.23%
Masculino	0.00%	3.08%	0.00%	3.08%
71-75 años	**1.54%**	**3.08%**	**0.00%**	**4.62%**
Femenino	1.54%	1.54%	0.00%	3.08%
Masculino	0.00%	1.54%	0.00%	1.54%
Total general	**27.69%**	**60.00%**	**12.31%**	**100.00%**

Nota. La tabla muestra la cantidad de internaciones con respecto a la edad y el género

Gráfico 2



Análisis de las tablas 1 y 2

En la tabla 1 se puede observar que, de las 65 personas encuestadas, el 78.46% pertenecen al sexo femenino, el 20% al sexo masculino y el 1.54% al género no binario.

El 83,08% tienen entre 60-65 años, teniendo un mayor predominio el nivel educativo universitario con un 32.31% femenino, un 10.77% masculino y un 1.54% no binario. Luego le sigue con un nivel terciario un 24.62% femenino, 4.62% masculino. Con nivel secundario 7.69% femenino y con nivel primario 1.54% también femenino.

El 12.31% tienen entre 66-70 años, de los cuales con nivel universitario es el 7.69% y 1.54% nivel terciario femeninos, con nivel secundario y primario 1.54% masculino respectivamente.

De 71-75 años hay un 4.62%, de los cuales el 1.54% son mujeres con nivel universitario y lo mismo para nivel terciario y el 1.54% de varones con nivel secundario.

En la tabla 2 se puede analizar que, de los adultos mayores, el 60% estuvo dos veces o más internado en un hospital.

Tabla 3

Información brindada en el prequirúrgico.

Edad y Género	Información brindada en el Prequirúrgico			
	Insuficiente	**Med. Insuficiente**	**Suficiente**	**Total general**
Femenino	**7.69%**	**35.38%**	**35.38%**	**78.46%**
60-65 años	4.62%	26.15%	35.38%	66.15%
66-70 años	3.08%	6.15%	0.00%	9.23%
71-75 años	0.00%	3.08%	0.00%	3.08%
Masculino	**0.00%**	**9.23%**	**10.77%**	**20.00%**
60-65 años	0.00%	7.69%	7.69%	15.38%
66-70 años	0.00%	1.54%	1.54%	3.08%
71-75 años	0.00%	0.00%	1.54%	1.54%
No binario	**0.00%**	**0.00%**	**1.54%**	**1.54%**
60-65 años	0.00%	0.00%	1.54%	1.54%
Total general	**7.69%**	**44.62%**	**47.69%**	**100.00%**

Nota. La tabla muestra la cantidad de información brindada en el prequirúrgico a los adultos mayores entre 60 a 75 años en relación con la edad y el género.

Gráfico 3

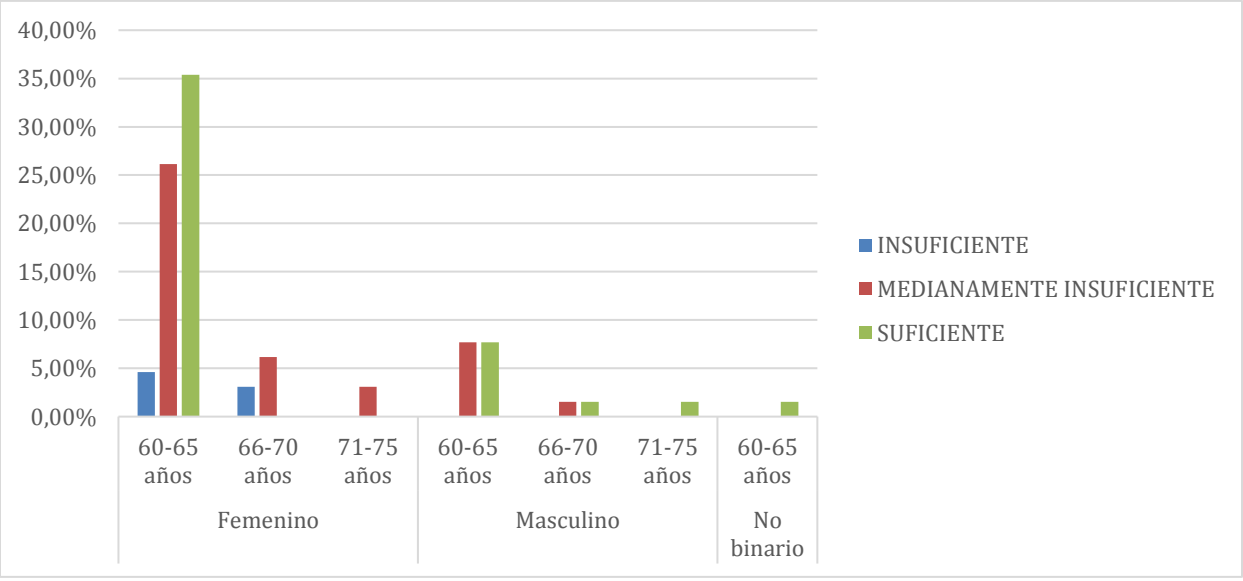


Tabla 4

Contenido de la información en el prequirúrgico.

¿De qué trataba la información que le dieron en el prequirúrgico?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Las primeras tres respuestas son correctas	33.85%
No le dieron información en el prequirúrgico	13.85%
Otro	1.54%
Sobre la patología y el procedimiento a realizarse	18.46%
Sobre las indicaciones y preparación física para la intervención	27.69%
Sobre los beneficios postquirurgicos	4.62%
Total general	**100.00%**

Nota. Esta tabla muestra el contenido de la información que recibieron los adultos mayores en el prequirúrgico.

Gráfico 4

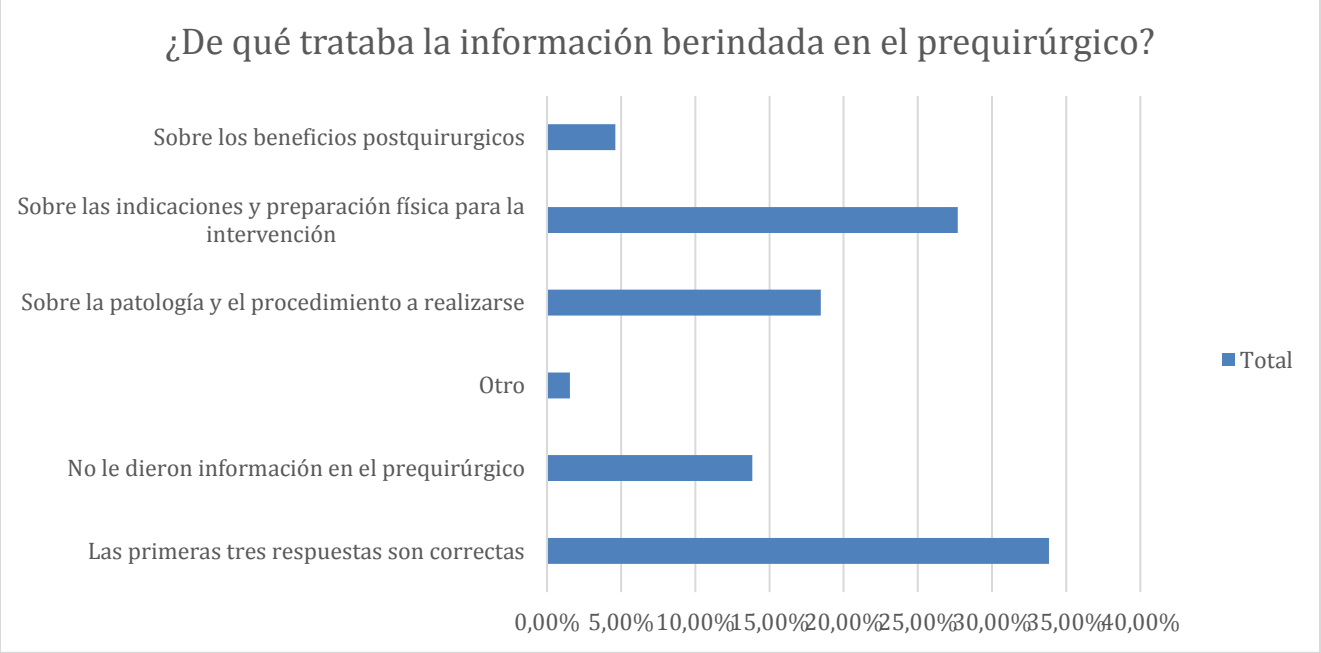


Tabla 5

Adultos mayores que dialogaron con un enfermero en la etapa prequirúrgica.

¿En algún momento de la etapa prequirúrgica dialogó con un enfermero?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
No	26.15%
Sí	73.85%
Total general	**100.00%**

Nota. Esta tabla muestra si en algún momento del prequirúrgico los adultos mayores dialogaron con un enfermero.

Gráfico 5

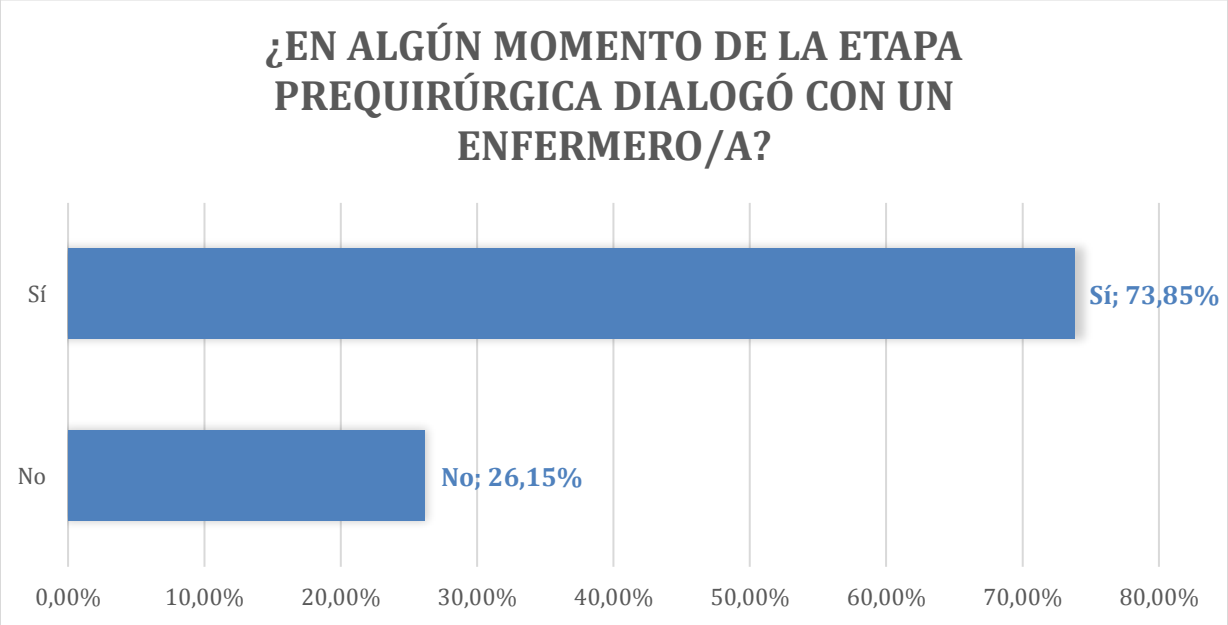


Tabla 6

Momento en que los adultos mayores dialogaron con un enfermero.

¿En qué momento de la etapa prequirúrgica dialogó con el enfermero?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Cuando se realizó los exámenes prequirúrgicos	10.00%
En la habitación antes de que lo lleven a quirófano	48.00%
En la recepción de ingreso a quirófano	30.00%
En la sala de preanestesia	6.00%
Otro	6.00%
Total general	**100.00%**

Nota. Se observa en la tabla en qué momento de la etapa prequirúrgica los adultos mayores entre 60 y 75 años dialogaron con un enfermero.

Gráfico 6

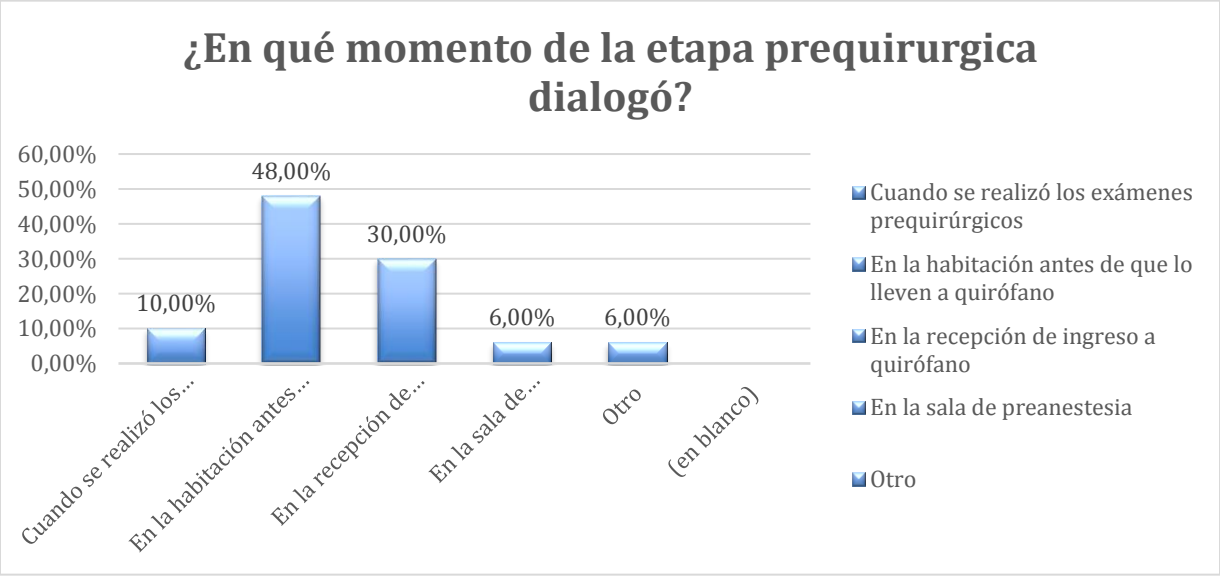


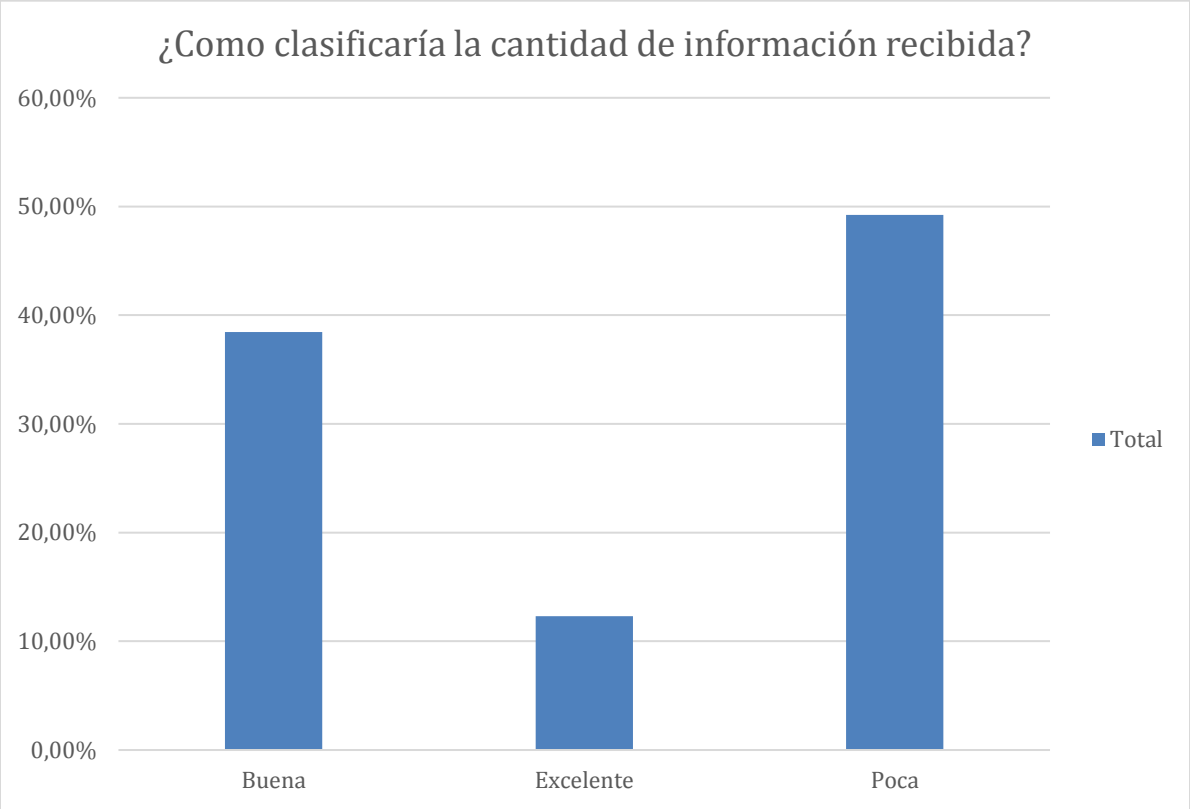
Tabla 7

Clasificación de la información recibida.

¿Cómo clasificaría la cantidad de información recibida?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Buena	38.46%
Excelente	12.31%
Poca	49.23%
Total general	**100.00%**

Nota. La tabla muestra como los adultos entre 60 y 75 años clasificaron la cantidad de información recibida por el enfermero en la etapa prequirúrgica.

Gráfico 7



Análisis de las tablas 3,4,5,6 y 7.

En la tabla 3 se puede analizar que de los 65 encuestados, el 78.46% son mujeres con mayor predominio de 60 a 70 años, a las cuales el 35.38% la información brindada en el prequirúrgico le pareció medianamente suficiente y suficiente respectivamente.

Por el lado de los hombres con un 10%, con mayor porcentaje de 60 a 65 años, les pareció suficiente y medianamente suficiente la información brindada en el prequirúrgico con un 7.69% respectivamente.

Solo del género no binario de 60 a 65 años, 1.54%, le pareció suficiente la información brindada en el prequirúrgico.

En la tabla 4, con un 33.85%, se puede observar que la información brindada en el prequirúrgico trataba sobre la patología y el procedimiento a realizarse, sobre las indicaciones y preparación física para la intervención y sobre los beneficios postquirúrgicos. Solo el 13.85% no recibió información de ningún tipo.

Como se puede observar en la tabla 5, el 78.85% de los encuestados dice haber dialogado con un enfermero en algún momento de la etapa prequirúrgica.

Según se analiza en la tabla 6 de ese 78.85% que dialogó con un enfermero, solo el 48% lo hizo en la habitación antes de que lo lleven a quirófano, el 30% dialogó en la recepción de ingreso a quirófano, el 10% cuando se realizó los exámenes prequirúrgicos y el 6% en la sala de preanestesia u otro lugar respectivamente.

Como se observa en la tabla 7 el 49,23% clasificaría poca cantidad de información recibida, 38.46% como buena cantidad de información recibida y solo el 12,31% como excelente cantidad de información recibida en el prequirúrgico.

Tabla 8

Comprensión de la información brindada en el prequirúrgico según la edad y la educación.

Edad y Educación	Comprensión de la información brindada en el prequirúrgico			
	Bueno	**Malo**	**Regular**	**Total general**
Primario	**0.00%**	**0.00%**	**3.08%**	**3.08%**
60-65 años	0.00%	0.00%	1.54%	1.54%
66-70 años	0.00%	0.00%	1.54%	1.54%
Secundario	**3.08%**	**1.54%**	**6.15%**	**10.77%**
60-65 años	3.08%	0.00%	4.62%	7.69%
66-70 años	0.00%	1.54%	0.00%	1.54%
71-75 años	0.00%	0.00%	1.54%	1.54%
Terciario	**4.62%**	**7.69%**	**20.00%**	**32.31%**
60-65 años	3.08%	7.69%	18.46%	29.23%
66-70 años	0.00%	0.00%	1.54%	1.54%
71-75 años	1.54%	0.00%	0.00%	1.54%
Universitario	**7.69%**	**3.08%**	**43.08%**	**53.85%**
60-65 años	7.69%	3.08%	33.85%	44.62%
66-70 años	0.00%	0.00%	7.69%	7.69%
71-75 años	0.00%	0.00%	1.54%	1.54%
Total general	**15.38%**	**12.31%**	**72.31%**	**100.00%**

Nota. Esta tabla muestra la comprensión de la información brindada en el prequirúrgico que tienen los adultos en relación con la edad y educación.

Gráfico 8

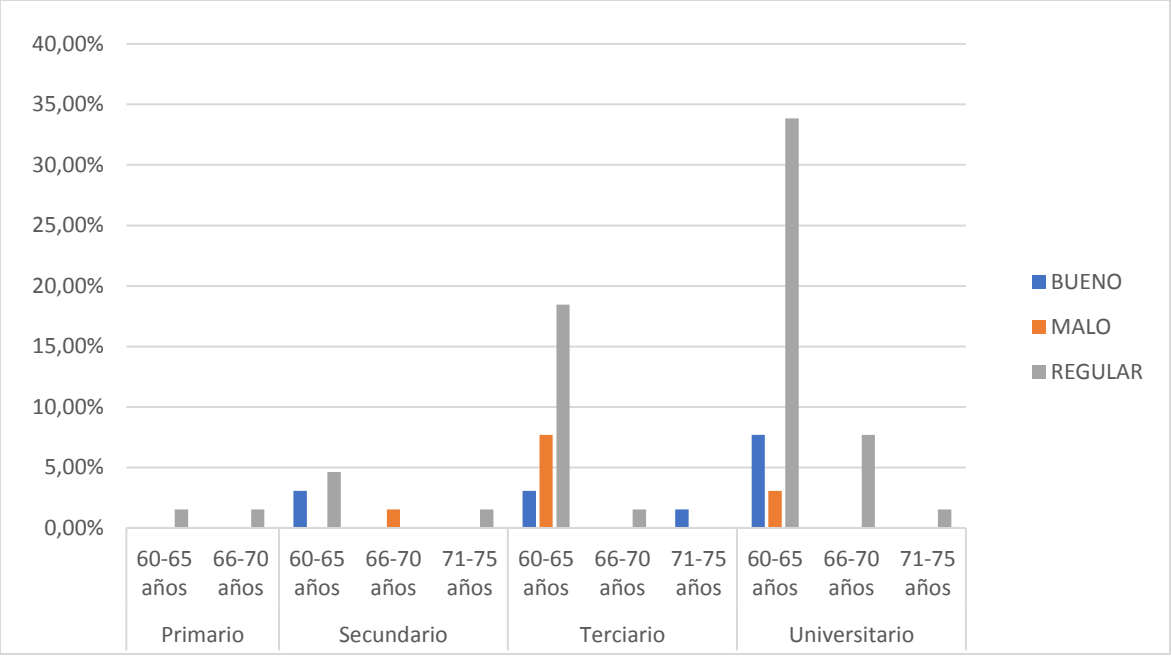

40,00%
35,00%
30,00%
25,00%
20,00%
15,00%
10,00%
5,00%
0,00%
60-65 años
66-70 años
60-65 años
66-70 años
71-75 años
60-65 años
66-70 años
71-75 años
60-65 años
66-70 años
71-75 años
Primario
Secundario
Terciario
Universitario
BUENO
MALO
REGULAR

Tabla 9

Grado de nerviosismo el día del prequirúrgico.

¿Se encontraba nervioso el día del prequirúrgico?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Muy Nervioso	27.69%
Nervioso	41.54%
Poco nervioso	30.77%
Total general	**100.00%**

Nota. La tabla muestra el grado de nerviosismo que tenían los adultos mayores el día del prequirúrgico.

Gráfico 9

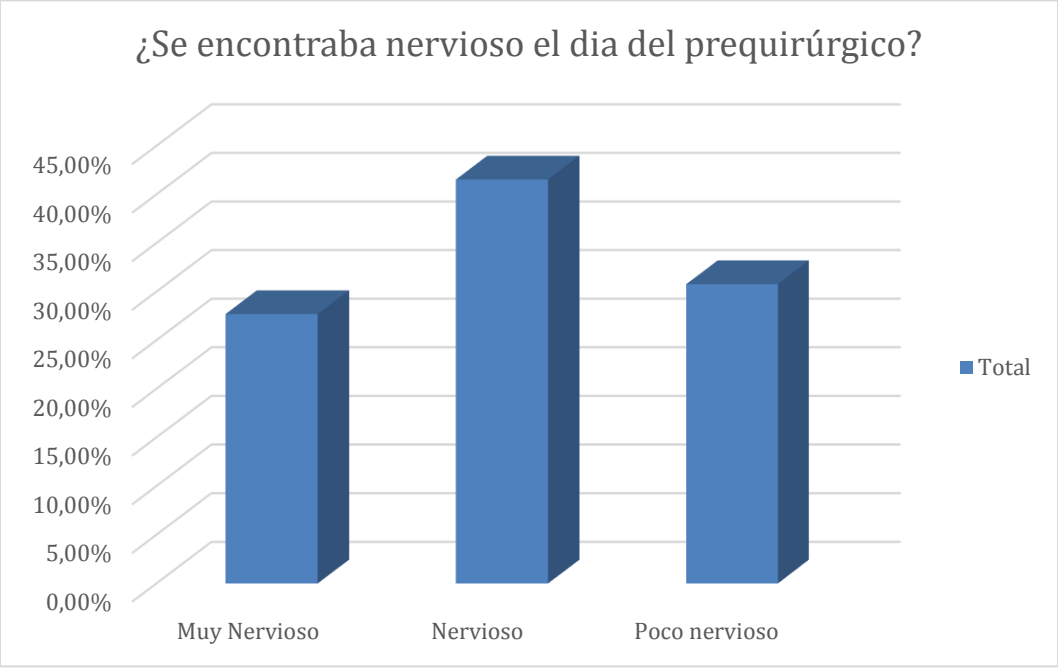


Tabla 10

La mayor preocupación que presentaban.

¿Cuál era su mayor preocupación?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Anestesia	27.69%
Cirugía	30.77%
Dolor	27.69%
Otros	13.85%
Total general	**100.00%**

Nota. La tabla muestra la mayor preocupación que presentaban los adultos mayores entre 60 y 75 años el día del prequirúrgico.

Gráfico 10

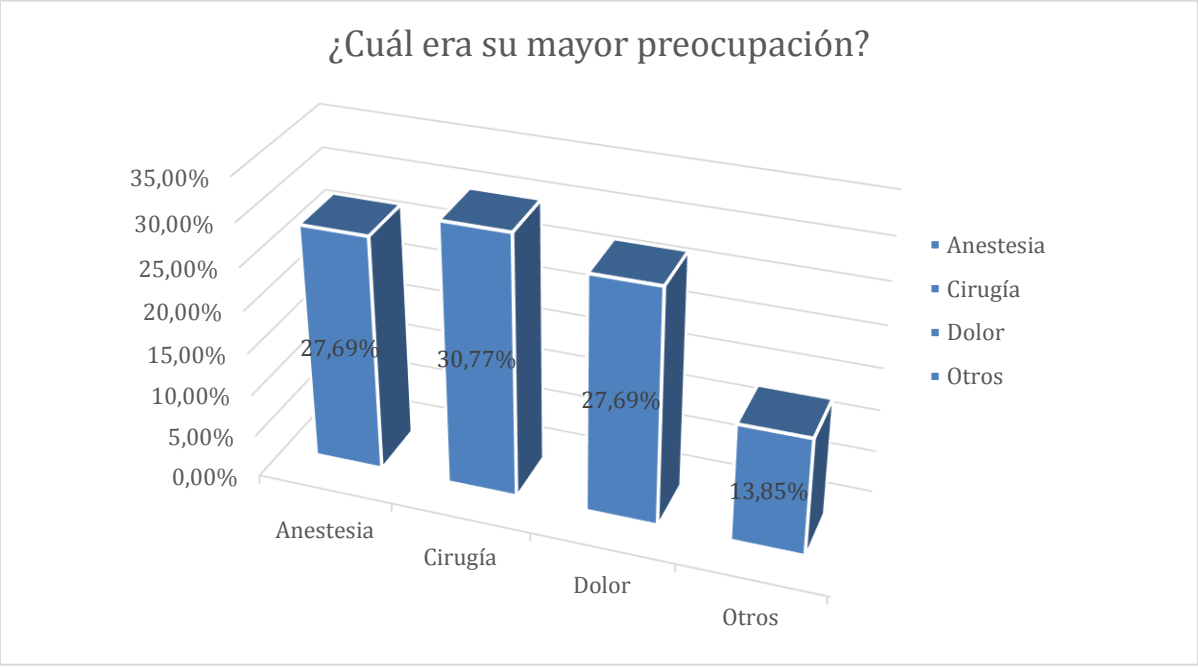


Tabla 11

Evacuación de dudas.

¿Se pudo sacar las dudas que tenía?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Casi siempre	58.46%
Nunca	15.38%
Siempre	26.15%
Total general	**100.00%**

Nota. La tabla muestra si los adultos mayores pudieron o no evacuar sus dudas.

Gráfico 11

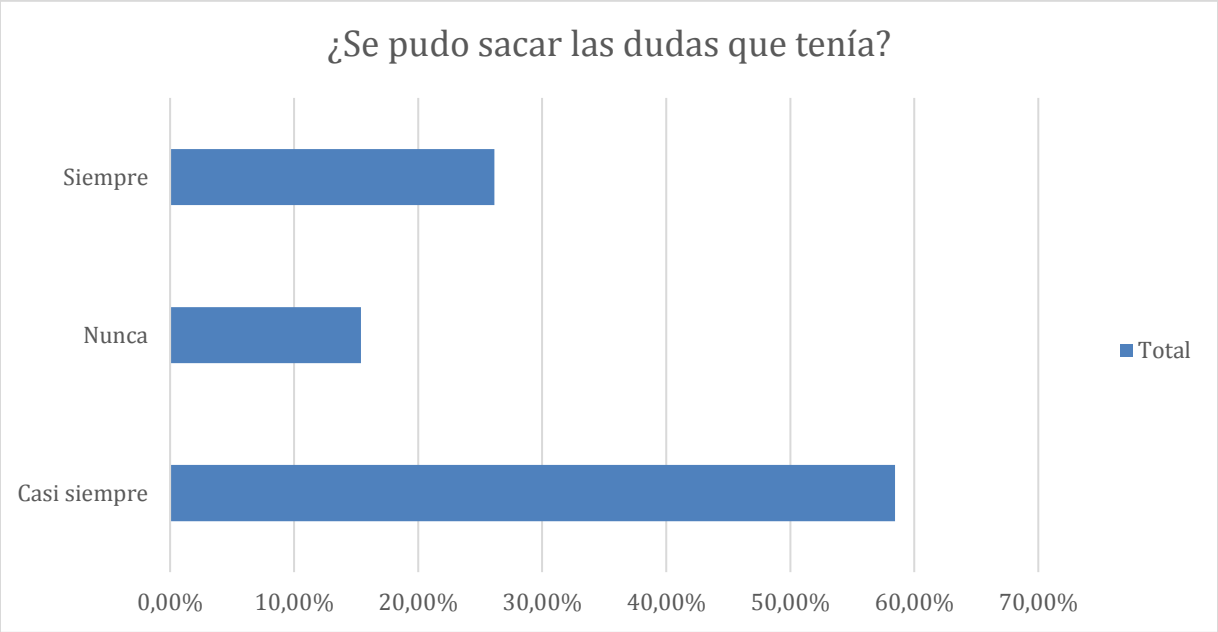


Tabla 12

Materiales que les brindaron para una mayor comprensión.

¿Le brindaron materiales para su comprensión?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Folleto	7.69%
Sólo fue oralmente	92.31%
Total general	**100.00%**

Nota. Esta tabla muestra los materiales que les brindaron a los adultos de 60 a 75 años para una mayor comprensión.

Gráfico 12

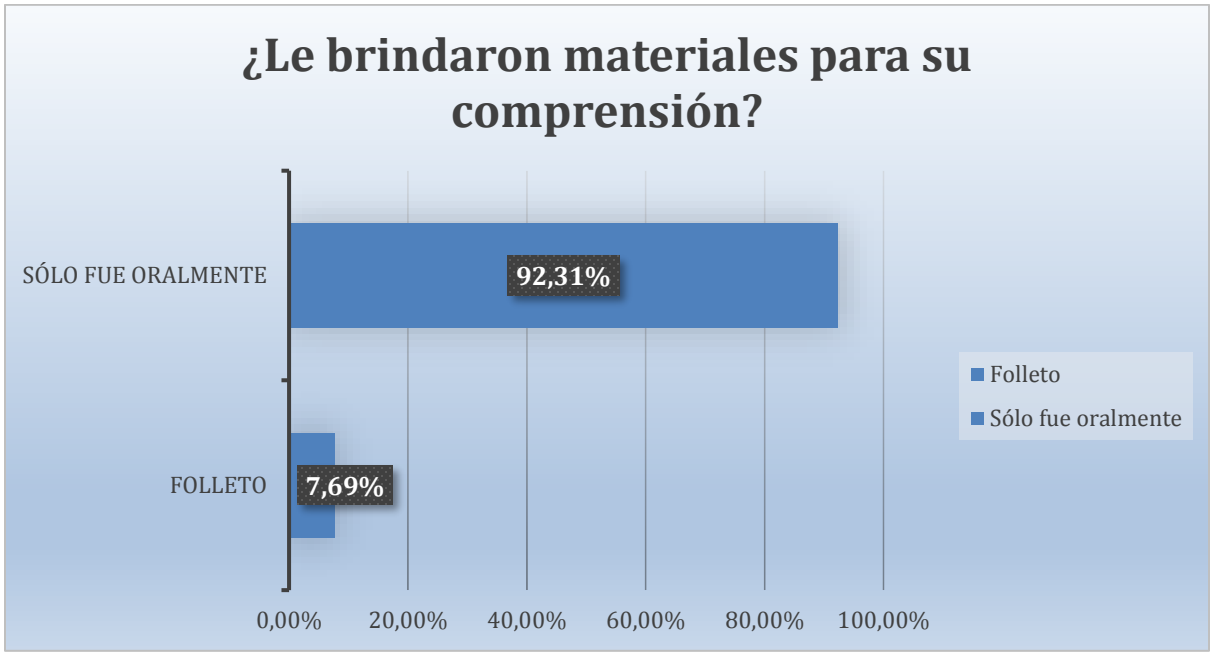


Tabla 13

Acompañamiento de familiar o amigo.

¿Se encontraba acompañado por algún familiar o amigo	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
No	49.23%
Sí	50.77%
Total general	**100.00%**

Nota. Esta tabla muestra si los adultos mayores se encontraban acompañados o no por un familiar o amigo el día del prequirúrgico.

Gráfico 13

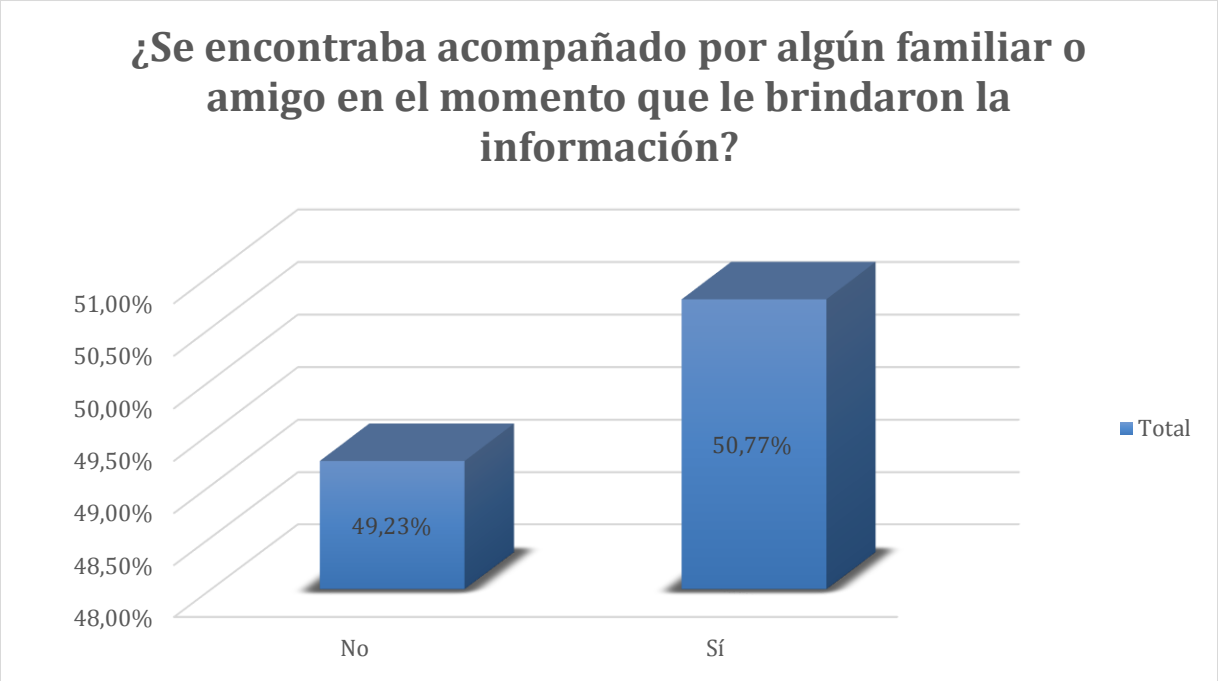


Tabla 14

Comprensión del familiar o amigo.

¿Su familiar o amigo comprendió lo mismo que usted?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
No	16.22%
Sí	83.78%
Total general	**100.00%**

Nota. La tabla muestra si el familiar o amigo del adulto mayor tuvo la misma comprensión o no.

Gráfico 14

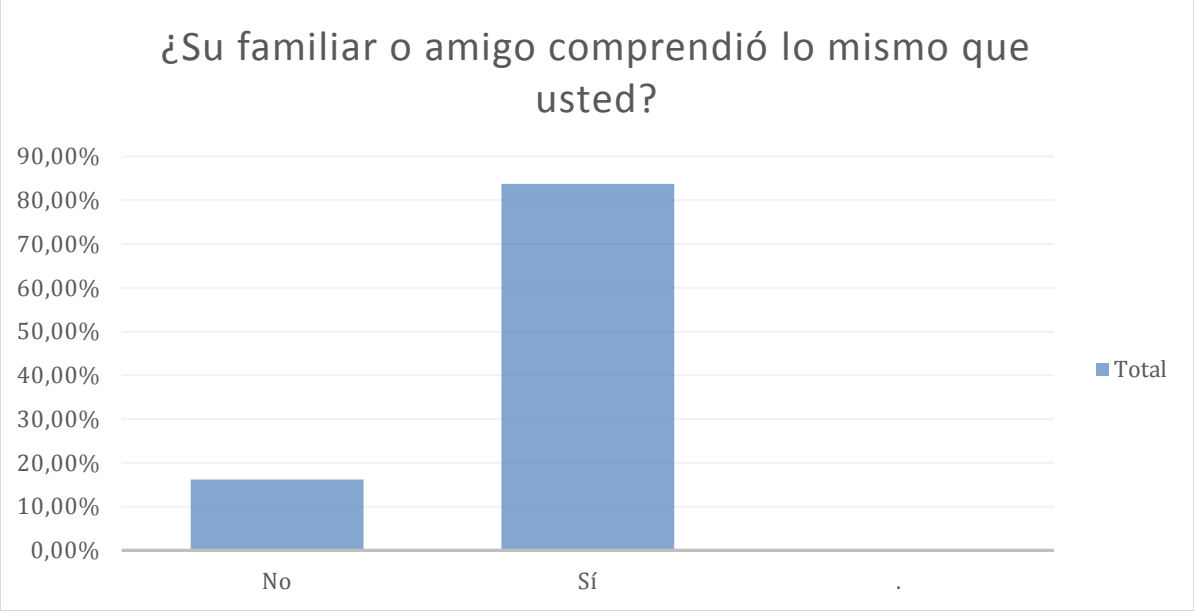


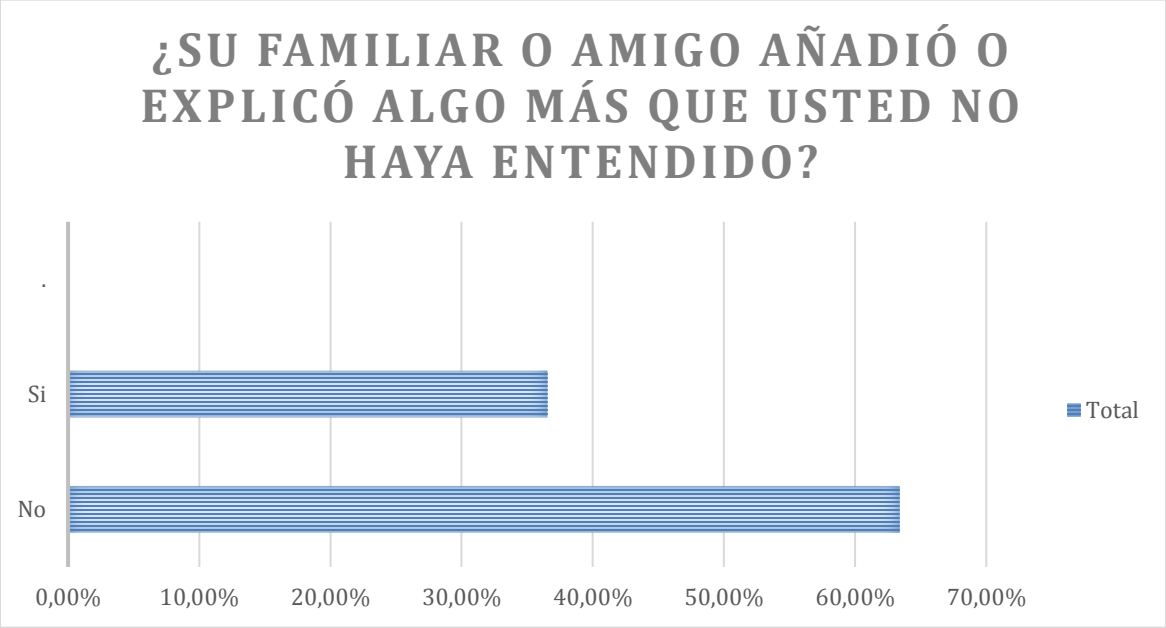
Tabla 15

Explicación del familiar.

¿Su familiar o amigo le explicó algo más?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
No	**63.41%**
Si	36.59%
Total general	**100.00%**

Nota. La tabla muestra si el familiar o amigo del adulto mayor le explico algo más que no pudo entender.

Gráfico 15



Análisis de las tablas 8,9,10,11,12,13,14 y 15

En la tabla 8 se puede analizar que el 53,85% de los encuestados son universitarios con un predominio del 44,62% con 60 a 65 años y 7,69% de 66 a 70 años y 1,54% de 71 a 75 años. El 43,08% informó que fue regular la comprensión de la información brindada, el 7,69% que fue buena la comprensión y el 3,08% que fue mala la comprensión de la información brindada en el prequirúrgico.

El 32,31% posee estudios terciarios, un 20% del mismo reconoce que fue regular el grado de comprensión de la información brindada y un 7,69% dice que fue malo el grado de comprensión de la información brindad en el prequirúrgico.

El 10,77% que solo tiene hasta el secundario terminad, el 6,15%le pareció también regular la comprensión y el 3,08% de 60 a 65 años con primario solamente realizado también le pareció regular el grado de comprensión de la información en el prequirúrgico.

La tabla 9 muestra que el 41,54% estaba nervioso el día del prequirúrgico y no así el 30,77%.

En la tabla 10 se observa que la mayor preocupación era por la cirugía con un 30,77%, y por el dolor y la anestesia un 27,69% respectivamente.

En la tabla 11, el 58,64% casi siempre se pudo sacar las dudas que tenía, el 26% siempre se puso a sacar las dudas y el 15,38% nunca pudo evacuar las dudas que tenía.

En la tabla 12, el 7,61% reconoce que se le brindo un folleto como material complementario en el prequirúrgico, y el 92,31% dice que solo fue oralmente el dialogo con el enfermero.

Se puede observar en la tabla 13, que la mitad, el 50.77% estaba acompañado por un familiar o amigo el día del prequirúrgico.

Se puede analizar en la tabla 14 que el 83,78% comprendió lo mismo que el familiar o amigo que lo acompañó y solo el 36,59% como muestra la tabla 15 tuvieron que explicarle algo que no llegó a comprender en el prequirúrgico.

Tabla 16

Comunicación en relación a la edad y el género.

Edad y Género	Comunicación			
	Adecuado	**Inadecuado**	**Med. Adecuado**	**Total general**
60-65 años	**58.46%**	**1.54%**	**23.08%**	**83.08%**
Femenino	41.54%	1.54%	23.08%	66.15%
Masculino	15.38%	0.00%	0.00%	15.38%
No binario	1.54%	0.00%	0.00%	1.54%
66-70 años	**7.69%**	**0.00%**	**4.62%**	**12.31%**
Femenino	7.69%	0.00%	1.54%	9.23%
Masculino	0.00%	0.00%	3.08%	3.08%
71-75 años	**3.08%**	**0.00%**	**1.54%**	**4.62%**
Femenino	1.54%	0.00%	1.54%	3.08%
Masculino	1.54%	0.00%	0.00%	1.54%
Total general	**69.23%**	**1.54%**	**29.23%**	**100.00%**

Nota. Esta tabla muestra la comunicación que tuvieron para con los adultos mayores según la edad y el género.

Gráfico 16

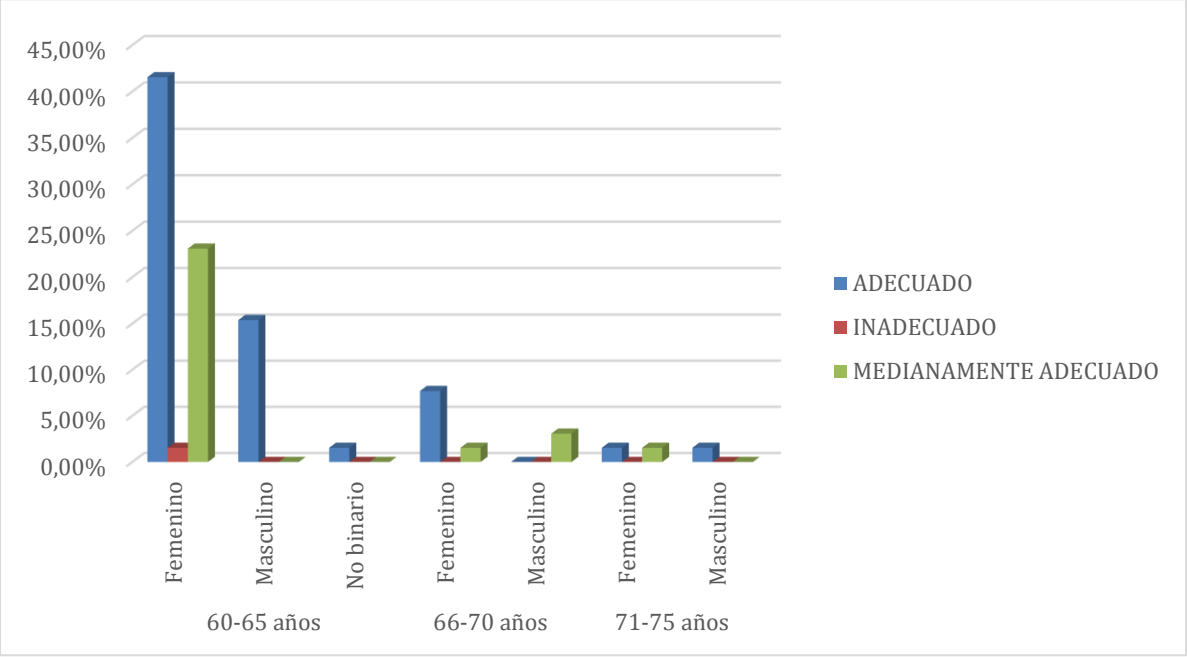


Tabla 17

Calidad de la comunicación.

¿Como fue la comunicación?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Muy clara	55.38%
Nada clara	3.08%
Poco clara	41.54%
Total general	**100.00%**

Nota. Esta tabla muestra la calidad de la comunicación que tuvieron con los adultos entre 60 y 75 años.

Gráfico 17

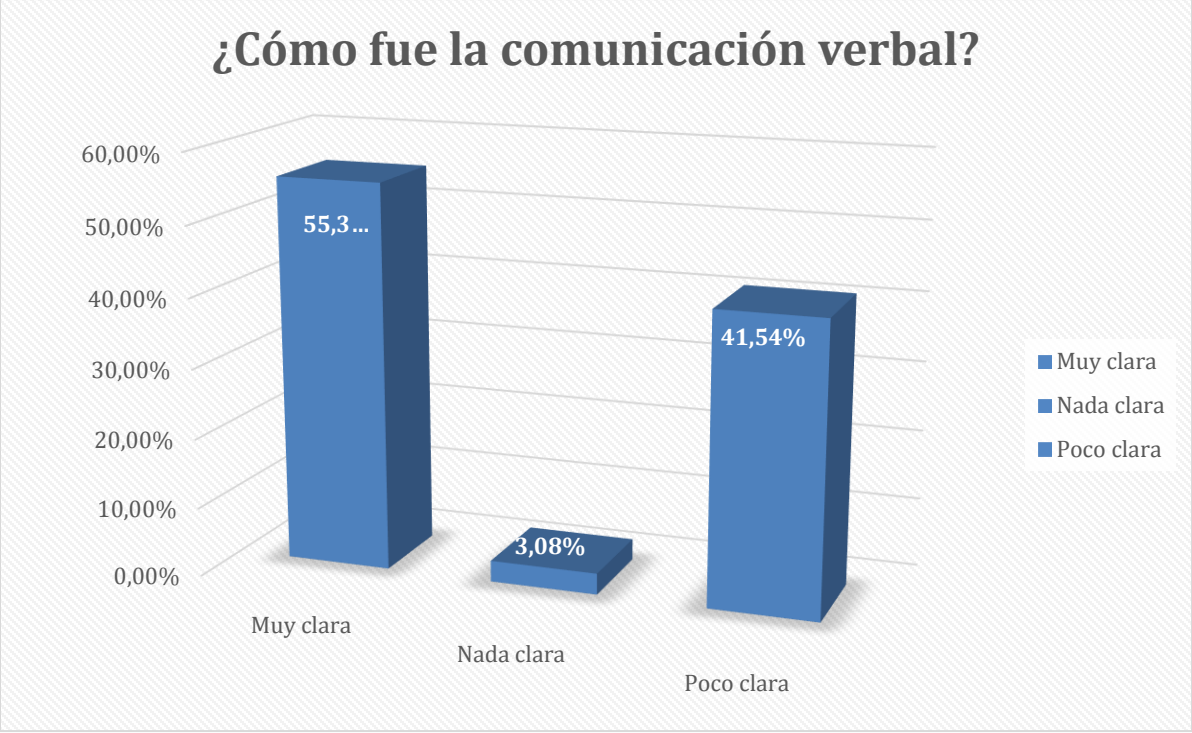


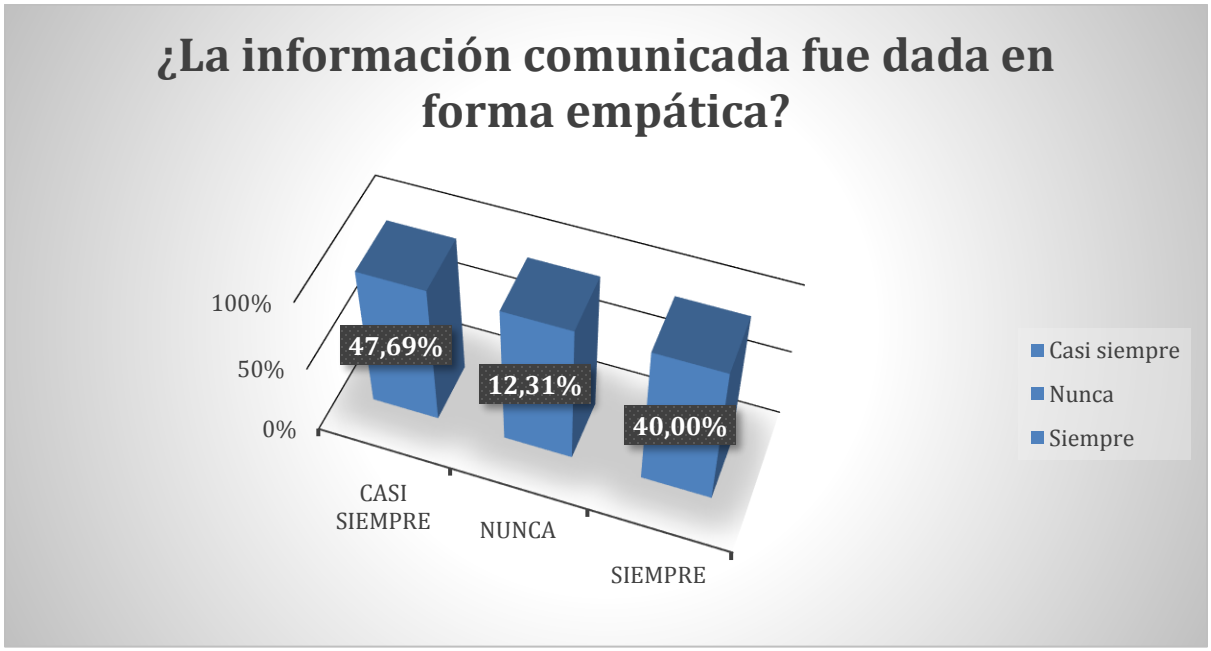
Tabla 18

Forma de comunicación.

¿La información comunicada fue dada en forma empática?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Casi siempre	47.69%
Nunca	12.31%
Siempre	40.00%
Total **general**	100.00%

Nota. La tabla muestra la forma en que fue brindada la información en el prequirúrgico a los adultos mayores.

Gráfico 18



Análisis de las tablas 16,17 y 18

Según se observa en la tabla 16, el 83% de rango de edad de 60 a 65 años, presentó una comunicación mayormente adecuada con los enfermeros. En el grupo femenino el 41,54% adecuado, el 23,08% medianamente adecuado y el 1,54% inadecuado.

En el grupo masculino el 15,38% la comunicación fue adecuada.

En el rango de edad de 66 a 70 años, el 7,69% de las mujeres la comunicación fue adecuada y de 71 a 75 años en los dos grupos, tanto femenino como masculino con un 1,54% fue adecuada también.

En la tabla 17 se observa que para el 55,38% la comunicación verbal fue muy clara, poco clara el 41,54% y nada clara el 3,08%.

En la tabla 18 se puede analizar que la comunicación fue dada en forma empática casi siempre para el 47.69% de los encuestados, siempre 40% y nunca para el 12.31%.

Tabla 19

Utilidad de la información brindada en el prequirúrgico según el género y las internaciones.

Género e Internaciones	Utilidad de la información brindada			
	Correcto	**Incorrecto**	**Med. Correcto**	**Total general**
Femenino	**24.62%**	**10.77%**	**43.08%**	**78.46%**
1 vez	6.15%	4.62%	13.85%	24.62%
2 veces o más	18.46%	6.15%	26.15%	50.77%
Nunca	0.00%	0.00%	3.08%	3.08%
Masculino	**10.77%**	**6.15%**	**3.08%**	**20.00%**
1 vez	3.08%	0.00%	0.00%	3.08%
2 veces o más	3.08%	4.62%	1.54%	9.23%
Nunca	4.62%	1.54%	1.54%	7.69%
No binario	**1.54%**	**0.00%**	**0.00%**	**1.54%**
Nunca	1.54%	0.00%	0.00%	1.54%
Total general	**36.92%**	**16.92%**	**46.15%**	**100.00%**

Nota. La tabla muestra la utilidad de la información brindada en el prequirúrgico a los adultos mayores con relación al género y la cantidad de internaciones previas.

Gráfico 19

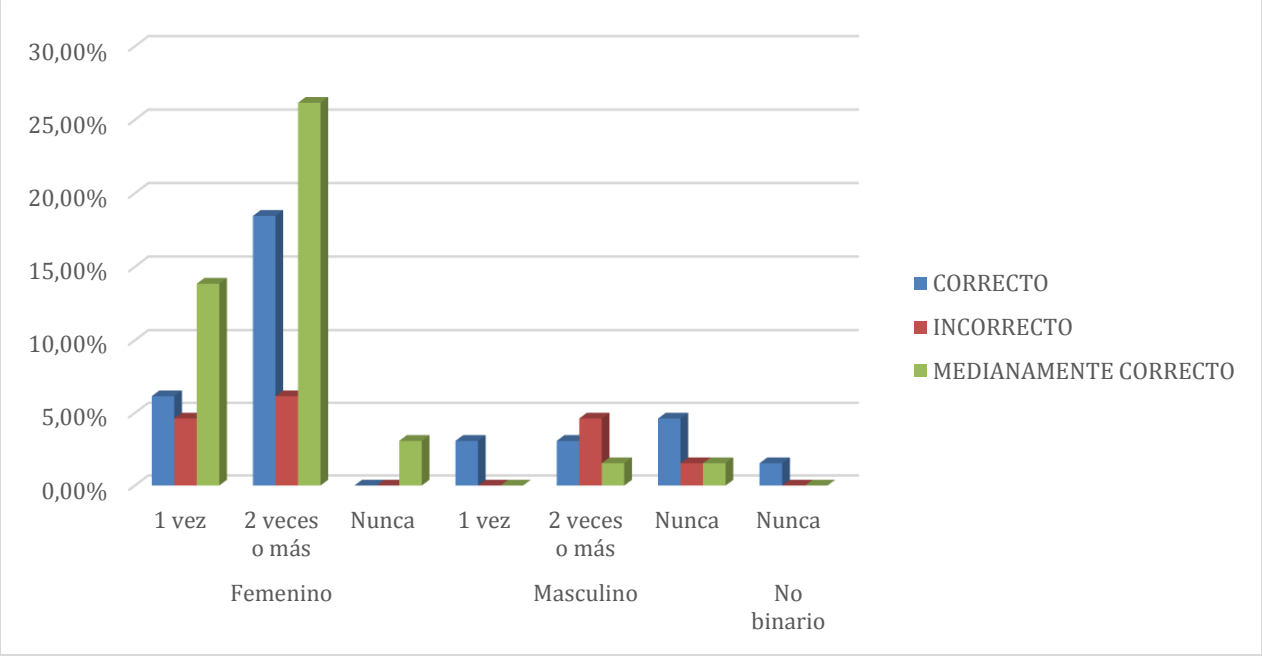


Tabla 20

Utilidad de la información recibida.

¿Le fué útil la información recibida?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Escasamente útil	20.00%
Medianamente útil	49.23%
Muy útil	30.77%
Total general	**100.00%**

Nota. Esta tabla muestra si le fue útil o no la información recibida en el prequirúrgico a los adultos mayores.

Gráfico 20

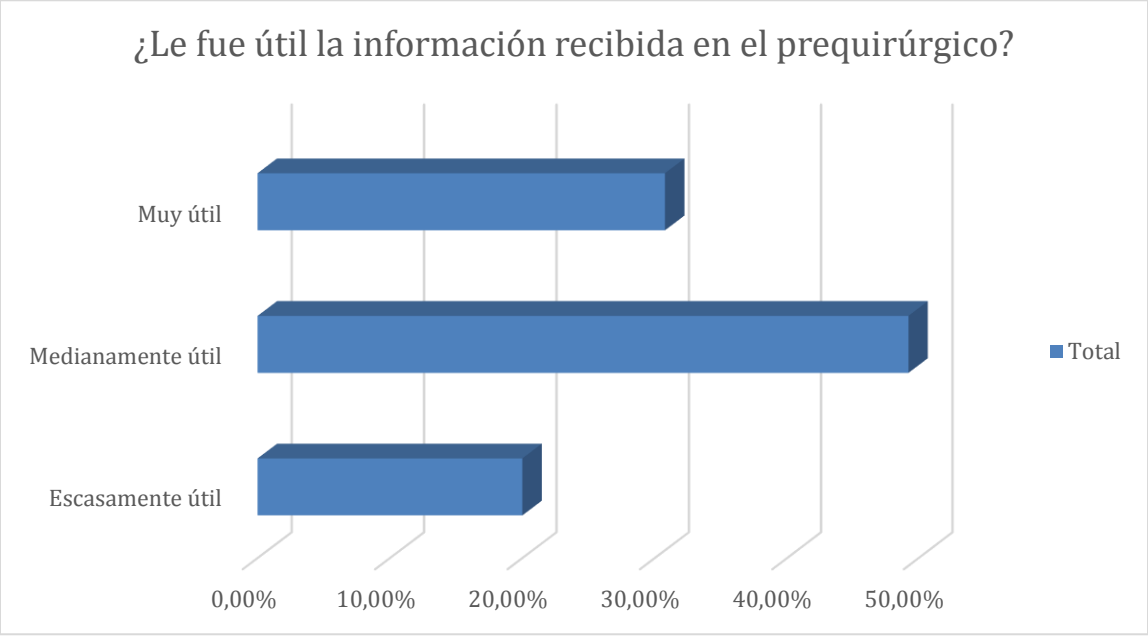


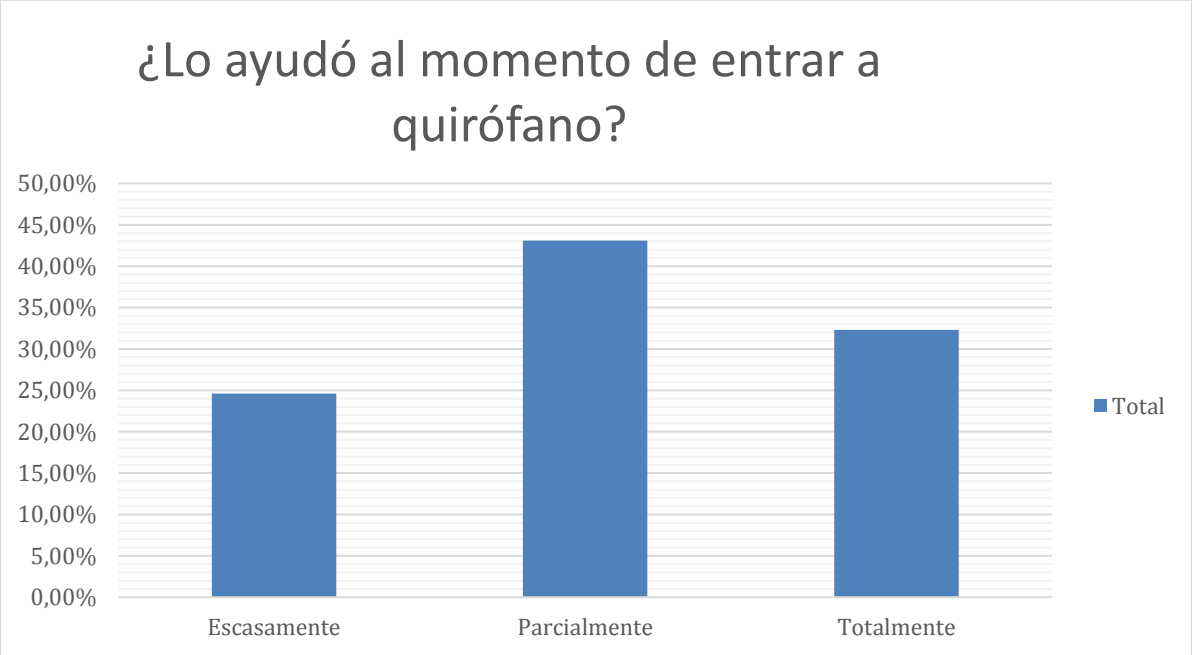
Tabla 21

Colaboración de la información al momento de entrar a quirófano.

¿Lo ayudó al momento de entrar al quirófano?	
Escasamente	24.62%
Parcialmente	43.08%
Totalmente	32.31%
Total general	**100.00%**

Nota. Esta tabla muestra el grado de ayuda de la información brindada al adulto mayor en el momento de entrar al quirófano.

Gráfico 21



Análisis de las tablas 19,20 y 21.

En la tabla 19 se puede analizar que, en el grupo femenino con una internación previa el 43,08% la utilidad de la información brindad en el prequirúrgico fue medianamente correcta, 24,62% correcta y 10,77% incorrecta.

Con dos o más internaciones previas, el 26,15% medianamente correcto, 18,46% correcto y 6,15% incorrecto.

En el grupo masculino, la utilidad de la información brindada en el prequirúrgico con una internación previa fue correcta para el 3,08%.

Con dos o más internaciones, 4,62% incorrecta, 3,08% correcta y 1,54% medianamente correcto.

Para el género no binario que no tuvo nunca una internación previa 1,54% es correcta la utilidad de la información brindada en el prequirúrgico.

En la tabla 20 se puede observar que para el 49,23% de los encuestados fue medianamente útil la información recibida, 30,77% muy útil y escasamente útil sólo para el 20%.

En la tabla 21, el 43,08% lo ayudó parcialmente la información recibida al entrar al quirófano, 32,31% totalmente y 24,62% escasamente.

Tabla 22

Beneficios postquirúrgicos según la edad y el género.

Edad y Género	Beneficios Postquirúrgicos			
	Insatisfactorio	Med. Satisfactorio	Satisfactorio	Total general
60-65 años	**1.54%**	**30.77%**	**50.77%**	**83.08%**
Femenino	1.54%	26.15%	38.46%	66.15%
Masculino	0.00%	4.62%	10.77%	15.38%
No binario	0.00%	0.00%	1.54%	1.54%
66-70 años	**1.54%**	**3.08%**	**7.69%**	**12.31%**
Femenino	0.00%	1.54%	7.69%	9.23%
Masculino	1.54%	1.54%	0.00%	3.08%
71-75 años	**0.00%**	**3.08%**	**1.54%**	**4.62%**
Femenino	0.00%	1.54%	1.54%	3.08%
Masculino	0.00%	1.54%	0.00%	1.54%
Total general	**3.08%**	**36.92%**	**60.00%**	**100.00%**

Nota. La tabla muestra los beneficios o no que tuvieron los adultos mayores en el postquirúrgico.

Gráfico 22

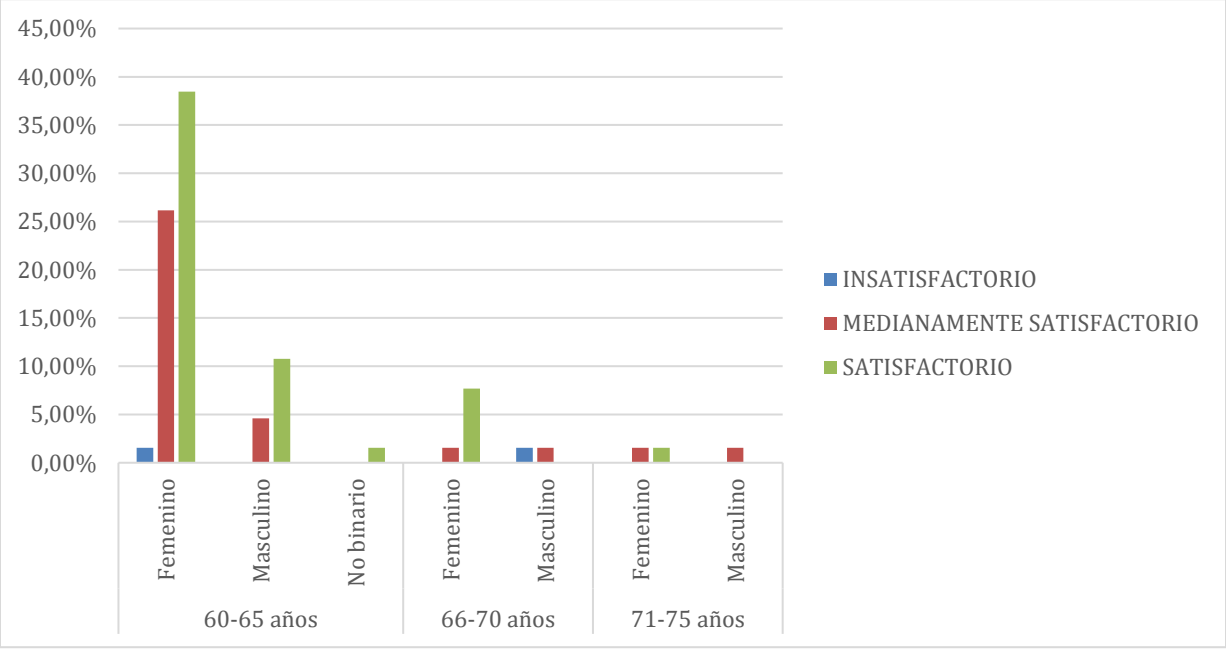


Tabla 23

Dolor postquirúrgico.

¿Sintió dolor posterior a la cirugía?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Ausencia de dolor	7.69%
Dolor leve	26.15%
Dolor moderado	49.23%
Dolor severo	16.92%
Total general	**100.00%**

Nota. La tabla muestra el grado de dolor que tuvieron los adultos entre 60 y 75 años en el postquirúrgico.

Gráfico 23

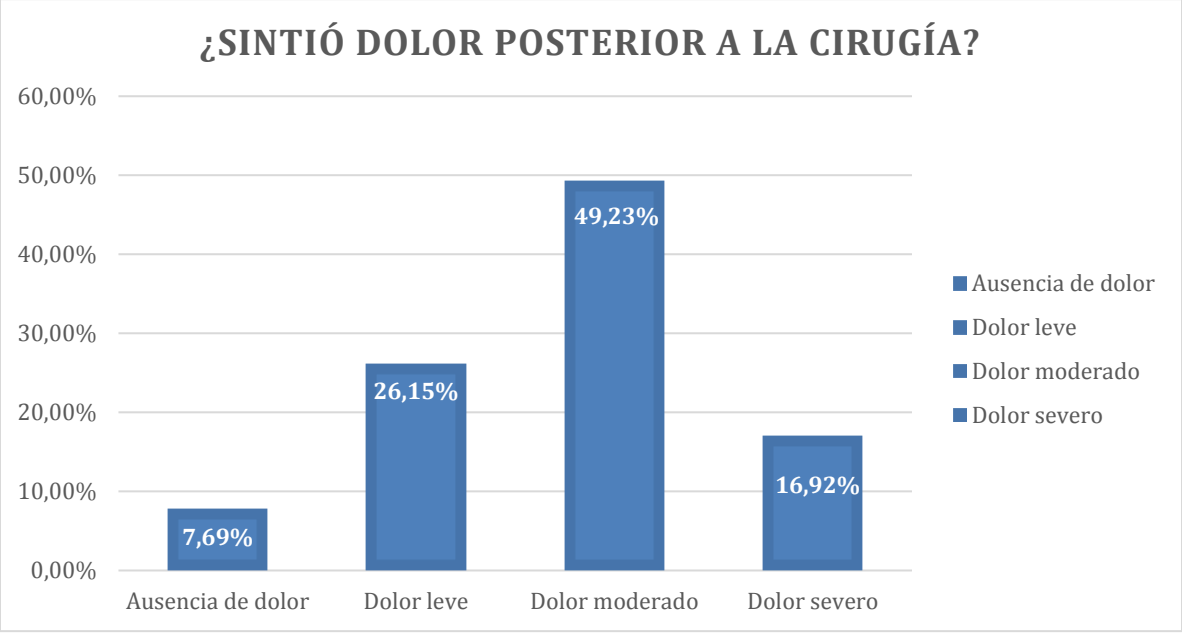


Tabla 24

Tranquilidad posterior a la cirugía.

¿Se encontraba tranquilo posterior a la cirugía?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Intranquilo	12.31%
Medianamente tranquilo	61.54%
Muy tranquilo	26.15%
Total general	**100.00%**

Nota. La tabla muestra el grado de tranquilidad que tenían los adultos mayores posterior a la cirugía.

Gráfico 24

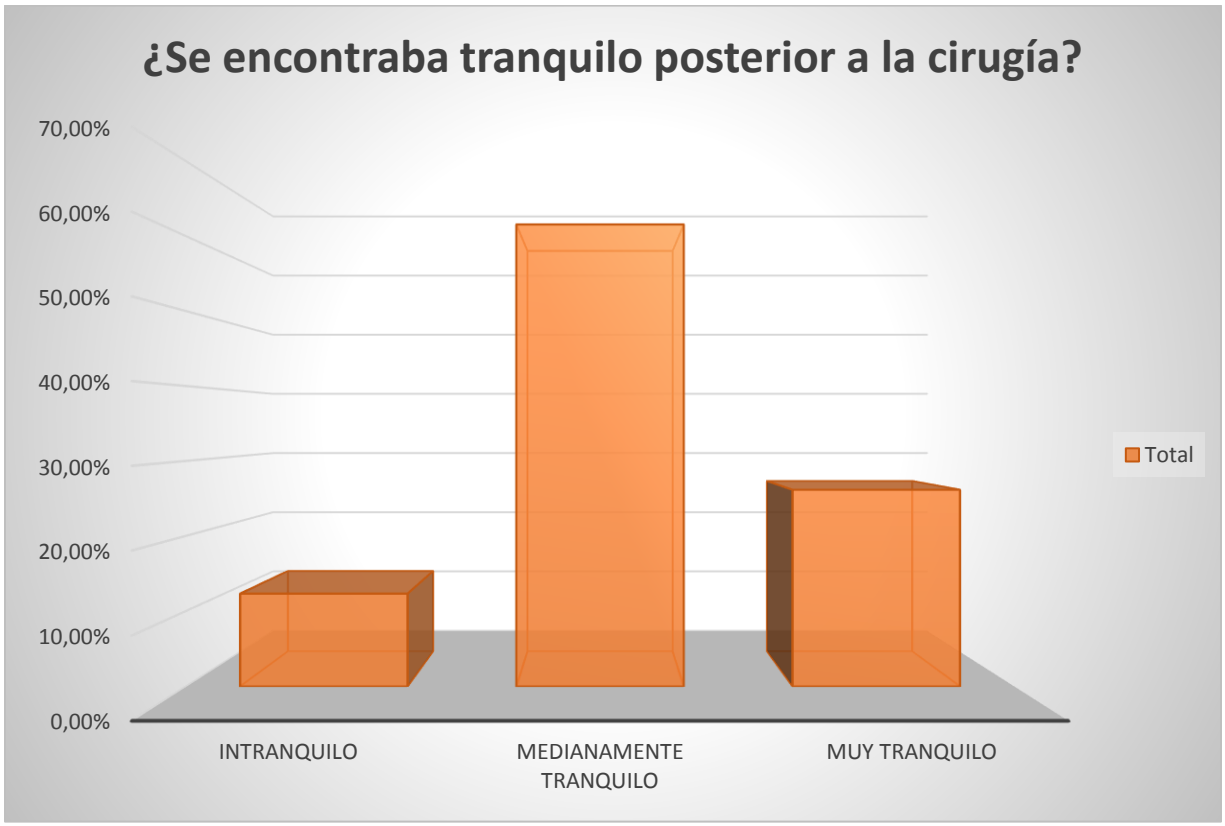


Tabla 25

Ansiedad por regresar a la casa.

¿Estaba ansioso por regresar a su casa?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
Escasamente ansioso	20.00%
Medianamente ansioso	35.38%
Muy ansioso	44.62%
Total general	**100.00%**

Nota. La tabla muestra el grado de ansiedad que tenían los adultos entre 60 y 75 años por regresar a su casa.

Gráfico 25

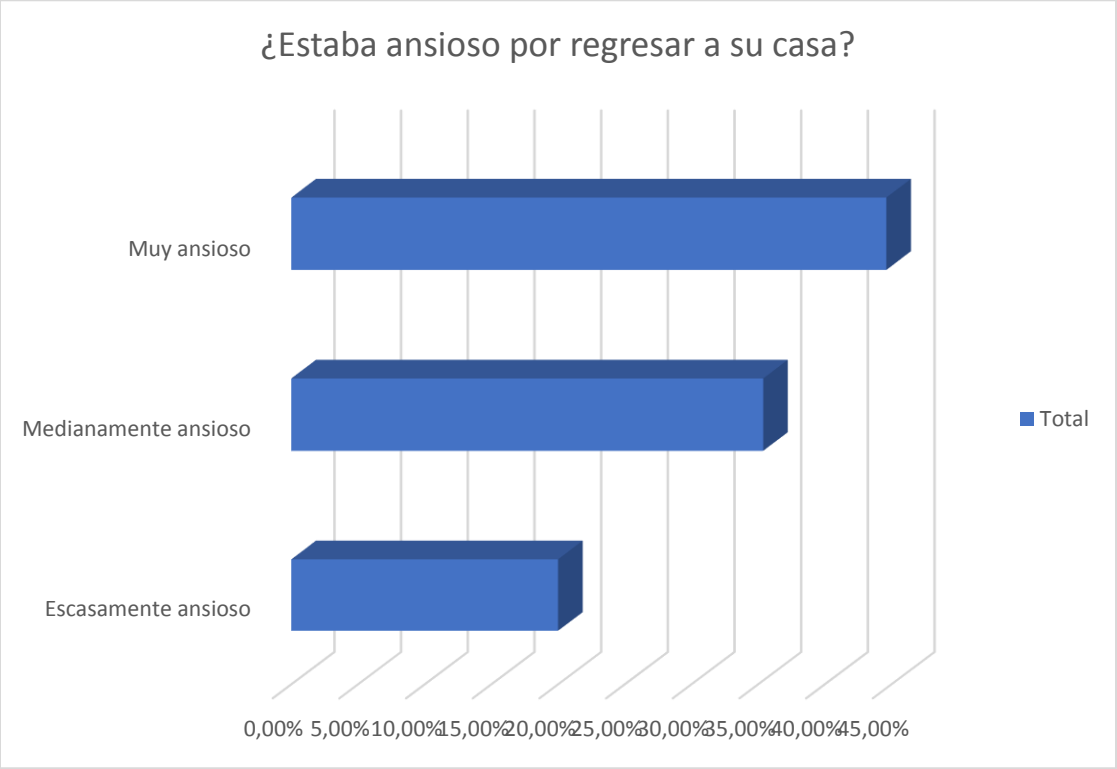


Tabla 26

Reingreso hospitalario.

¿Tuvo reingreso hospitalario?	
Respuestas	**Cantidad de Encuestados (%)**
No	90.77%
Si	9.23%
Total general	**100.00%**

Nota. La tabla muestra si tuvieron los adultos mayores reingreso hospitalario o no.

Gráfico 26



Análisis de las tablas 22,23,24,25 y 26

Como data en la tabla 22, de la cual se pretende observar los beneficios postquirúrgicos, se destaca que, en el grupo femenino de 60 a 65 años, el 50,77% fue satisfactorio, el 30,77% medianamente satisfactorio y el 1,54% insatisfactorio. En el rango de 66 a 70 años, para el 7,69% fue satisfactorio y el 3,08 fue medianamente satisfactorio. Por último, en el rango de 71 a 75 años, exactamente igual con 1,54% para satisfactorio y medianamente satisfactorio respectivamente. En el grupo masculino, entre los 60 a 65 años, mayoritariamente con un 10,77% fue satisfactorio y un 4,62% medianamente satisfactorio. De 66 a 70 años con 1,54% medianamente satisfactorio y 1,54% insatisfactorio. Y de 71 a 75 años con 1,54% medianamente satisfactorio. Del género no binario de 60 a 65 años, se puede decir que 1,54% fue satisfactorio el beneficio postquirúrgico.

En la tabla 23, se evidencia que el 49,23% sintió dolor moderado posterior a la cirugía, un 16,92% dolor severo, un 26,15% dolor leve y con ausencia de dolor el 7,69%.

En la tabla 24 se observa que la mayoría de los encuestados con un 61,54% estaba medianamente tranquilo posterior a la cirugía, un 26,15% muy tranquilo, y un 12,31% intranquilo.

En la tabla 25 se puede analizar que de los 65 encuestados, el 44,62% estaba muy ansioso por regresar a su casa, el 33,38% medianamente ansioso y el 20% escasamente ansioso.

Para finalizar, tal como arroja la tabla 26, en la cual se investigó sobre si los encuestados tuvieron reingreso hospitalario, el 90,77% dijo que no y el 9,23% dijo que sí.

Discusión

Una de los propósitos de este trabajo de investigación fue analizar qué información recibieron los pacientes en el prequirúrgico sobre el procedimiento, esto fue crucial para demostrar que del 100% de los encuestados, el 33.85% afirma que la información brindada en el prequirúrgico trataba sobre la patología y el procedimiento a realizarse, sobre las indicaciones y preparación física y también sobre los beneficios postquirúrgicos, contrariamente el 13.85% no recibió información y el resto de los encuestados recibió solo una de las opciones anteriormente dichas (47,7%).

Contraponiéndose con los hallazgos de López (2017) donde la información sobre los cuidados a realizar no fue brindada y/o satisfecha en el 53,8% de los pacientes, evidenciándose solo la toma de signos vitales al ingreso del paciente como una práctica habitual (95.8%).

Tal como afirma el Comité Internacional de Enfermería (CIE, 2003), “la educación se considera una parte integral de la atención de enfermería de alta calidad”.

Por otro lado, fue imprescindible averiguar si comprendió la información que le brindaron en el prequirúrgico, donde el 72,31% sostuvo que dicha comprensión fue regular, el 15,38% fue buena y el 12,31% fue mala.

Evaluando como punto dentro de esta dimensión que el 41.54% estaba nervioso el día del prequirúrgico y no así el 30.77%.

Guardando relación con lo que exponen Perez Taipe (2020) en su investigación donde concluyen que respecto al nivel de ansiedad y su relación con los factores personales como la edad los adultos mayores presentaron un 54,5% ansiedad intensa, adultez temprana un 31,6% ansiedad moderada y en adultez media un 48,9% ansiedad leve.

Como detalla Latorre (1995) el ser humano para lograr una salud plena requiere del equilibrio físico, psicológico y emocional como parte esencial del bienestar mismo. Esta acepción precisa el reconocimiento de las reacciones que puedan exhibir los pacientes durante la hospitalización, más aún, si se trata de un paciente que amerita ser sometido a una intervención quirúrgica, quien, puede experimentar situaciones de estrés, ansiedad, que de manera consciente o no, las percibe como amenazadoras.

Otro dato para resaltar es que el 92.31% recibió la información necesaria de forma oral, mientras que el 7.69% recibió además como apoyo para la comprensión un folleto explicativo.

Uniendo estos resultados con los descubrimientos de Ortiz et al. (2014) quienes desarrollaron un folleto explicativo, en donde se informaba todo lo que iba a pasarle al paciente desde el momento en que llegaba el día de la cirugía. Se llevó a cabo la investigación, dando como resultado que el grupo de pacientes después de leer el folleto relató una satisfacción significativamente mayor con el entendimiento del tipo de anestesia que recibiría.

Es por este motivo como afirma Quintero (2017) que la enfermera escuche al paciente en todo momento, con empatía identificando las fuentes de preocupación para proporcionar información adecuada que le ayude a aliviar su angustia, donde debe haber una combinación de apoyo emocional y psicológico que permita potenciar de manera positiva el afrontamiento previo a la cirugía.

También determinar cómo fue la comunicación fue importante en esta investigación ya que, el 69.23% refirió que la comunicación fue adecuada, el 29.23% medianamente adecuada y el 1,54% inadecuada.

Del mismo modo la investigación de Pejerrey Guerrero (2020) refleja que previo a la comunicación terapéutica de los profesionales de enfermería los niveles de ansiedad de los

sujetos de estudio eran mayoritariamente moderados representados con un 95 % y 5 % ubicados en el nivel leve y posterior a la comunicación terapéutica brindada por los profesionales de enfermería estos porcentajes se redujeron significativamente en el nivel moderado (33%), y se incrementaron en el nivel leve (67%).

Asimismo como sustenta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) se identificó a la comunicación como un área de riesgo dentro del hospital, determinando seis acciones básicas denominadas metas internacionales para la seguridad del paciente, siendo la segunda meta internacional mejorar la comunicación efectiva tanto los profesionales con los pacientes, como entre profesionales, determinándola en todo el proceso de hospitalización y promoviendo mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente.

Otro de los factores considerados fue averiguar si le sirvió la información brindada en el prequirúrgico, obteniendo como resultados que la utilidad de la información brindada en el prequirúrgico fue medianamente correcta para el 46,15%, correcta para el 36,92% y 16,92% incorrecta.

Siendo comparada con la investigación de Perez Taipe (2020) quien analizó los factores que intervienen en la personalidad, en la cirugía y de la información que influyen en el nivel de ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Concluyendo que el afrontamiento quirúrgico e información sensorial recibida reducen el nivel de ansiedad.

Tomando en cuenta lo que dice Torrents:

> La incertidumbre valorada como una amenaza, activa mecanismos de afrontamiento que pueden generar un impacto emocional de ansiedad capaz de modular la posterior recuperación, ya que los pacientes con incertidumbre negativa en el preoperatorio son

> pacientes con ansiedad elevada, es decir a más incertidumbre, más ansiedad y mayor impacto en los resultados del acto quirúrgico. (2013, p.65)

Por lo tanto, es muy útil la información que se brinda, ya que los pacientes saben que les ocurrirá en todo el proceso quirúrgico.

Acerca de determinar si se vio reflejado algún beneficio postquirúrgico, se demostró fehacientemente que el 60% de los adultos mayores jóvenes tuvieron satisfactoriamente beneficios postquirúrgicos, el 36.92% medianamente satisfactorio y el 3.08% insatisfactorio.

Guardando semejanza con lo expuesto por Carol et al. (2012) donde la población brinda educación prequirúrgica casi siempre en un valor de 40,90%, y que el 9,1%, de menor valor, nunca brinda educación. Se conoció que la educación recibida en los pacientes tuvo un impacto que favorece el posquirúrgico. Si bien esta investigación se basa en cirugías cardíacas, se pueden tomar como referencia el efecto que recibió la información, educación brindada por los enfermeros en la etapa prequirúrgica.

Finalmente, la investigación apuntó a determinar el impacto de la información en la etapa prequirúrgica, que brinda el personal de enfermería, a los pacientes entre 60 y 75 años, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de julio a diciembre de 2021, demostrando que la información que los enfermeros brindan en el prequirúrgico a los adultos mayores en un 47,69% fue suficiente, un 44,62% medianamente suficiente y un 7,69% insuficiente.

Conclusión

En este trabajo se analizó el impacto de la información en la etapa prequirúrgica, que brinda el personal de enfermería, a los pacientes entre 60 y 75 años, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de mayo a julio de 2022.

La hipótesis de la investigación resulta refutada porque los adultos mayores jóvenes consideraron que la información recibida por los enfermeros, en la etapa previa a una intervención, fue suficiente y clara; y fue de gran ayuda para afrontar satisfactoriamente el proceso quirúrgico, por otro lado, señalan que la intervención del personal de enfermería ha sido de calidad y utilidad.

Para abordar las conclusiones de la investigación fue determinante analizar el contenido de la información brindada en las entrevistas prequirúrgicas. Gran parte de los pacientes observaron que dicha información fue adecuada; puesto que trata sobre las indicaciones y preparación física que se debe tener, por otro lado, se brinda información sobre la patología y el procedimiento a realizarse, y sobre los riesgos y beneficios postquirúrgicos que obtendrían una vez realizada la misma. Sin embargo, la mitad de los encuestados apreció que fue insuficiente la cantidad de información. Brindar información adecuada forma parte de un pilar importante en la enfermería, que es la educación a pacientes. La misma es fundamental para una hospitalización exitosa, y el rol del enfermero, en este aspecto, colabora notoriamente para que el paciente adquiera herramientas en el transcurso de la intervención.

La dificultad que se encontró para el cumplimiento del objetivo fue que, la comunicación del enfermero es casi exclusivamente en forma oral, no se evidencia el uso de material visual, y otros soportes, tales como folletería o videos en donde los pacientes cuenten con otros recursos, más allá de la explicación oral del profesional de la salud.

Por otro lado, se observó que la comunicación entre los encuestados y los enfermeros resultó ser poco empática. La relación terapéutica debe ser centrada en el paciente, asertiva, con escucha activa y, sobre todo, siendo comprensivo del proceso que está atravesando el paciente.

Recomendaciones

Para que la calidad de la atención sea aún mejor, se propone, una o varias citas previas con el personal de enfermería para que el contacto con el paciente no sea sólo en el momento de entrar a quirófano, sino que el paciente pueda tener mayor vínculo con el profesional a fin de que la comunicación sea más asertiva y redunde en mejores resultados postoperatorios. Así, también se podría brindar información en otros soportes, tales como folletos o material audiovisual con el objetivo de diversificar los canales de información para que cada paciente pueda tener acceso a distintas fuentes de información, aumentando las posibilidades de comprensión de la intervención a realizar.

Anexo

Anexo 1. Encuesta

El presente trabajo de investigación es realizado por Rocio Yael Dafonte, para la obtención del título de grado de la carrera Licenciatura en Enfermería en la Universidad Abierta Interamericana, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de mayo a julio de 2022.

La información aquí brindada por su participación es anónima, voluntaria y confidencial, solo con fines académicos.

El objetivo del estudio es determinar el impacto de la información en la etapa prequirúrgica, que brinda el personal de enfermería, a los pacientes entre 60 y 75 años.

Si tiene alguna duda o consulta sobre el estudio, puede realizarlas sin ningún inconveniente.

Lea atentamente las preguntas y marque solo una respuesta.

Muchas gracias por su participación.

1- Años

a) 60 a 65 años

b) 66 a 70 años

c) 71 a 75 años

2- Sexo

a) Femenino

b) Masculino

c) No binario

3- Nivel Alcanzado

a) Primario

b) Secundario

c) Terciario

d) Universitario

e) Otros

4- ¿Estuvo internado alguna vez?

a) 1 vez

b) 2 veces o mas

c) Nunca

5- ¿Qué información le dieron en el prequirúrgico?

a) Sobre la patología y el procedimiento a realizarse

b) Sobre las indicaciones y la preparación física para el procedimiento

c) Sobre los beneficios postquirúrgicos

d) Otro

e) No le dieron información

f) A, b y c.

6- ¿Qué tipo de cirugía se realizó?

a) Baja complejidad

b) Mediana complejidad

c) Alta complejidad

7- ¿En algún momento de la etapa prequirúrgica dialogó con un/a enfermero/a?

a) Si

b) No

8- Si la respuesta anterior fue Si. ¿En qué momento de la etapa prequirúrgica dialogó?

a) Cuando se realizó los exámenes prequirúrgicos

b) En la recepción de ingreso a quirófano

c) En la sala de preanestesia

d) En la habitación antes de que lo lleven a quirófano

e) Otro

9- ¿Le explicaron en qué consistía la cirugía que se iba a realizar?

a) Si

b) No

10- ¿Le explicaron las posibles complicaciones que podía tener en la cirugía?

a) Si

b) No

11- ¿Cómo clasificaría usted la cantidad de información brindada?

a) Poca

b) Buena

c) Excelente

12- ¿En qué medida usted quedo satisfecho en su comprensión?

a) Poco satisfecho

b) Satisfecho

c) Insatisfecho

13- ¿Algún otro miembro del equipo de salud le ha brindado información?

a) Cirujano

b) Anestesiólogo

c) Medico

d) Otro

14- ¿Se encontraba nervioso o preocupado el día del prequirúrgico?

a) Poco preocupado

b) Preocupado

c) Medianamente preocupado

15- ¿Cuál era su mayor preocupación?

a) Cirugía

b) Anestesia

c) Dolor

d) Otros

16- ¿Se pudo sacar las dudas que tenía?

a) Siempre

b) Casi Siempre

c) Nunca

17- ¿Le brindaron materiales para su comprensión?

a) Audiovisual

b) Folleto

c) Solo fue oralmente

18- ¿Se encontraba acompañado por algún familiar o amigo en el momento que le brindaron la información?

a) Si

b) No

19- Si la respuesta anterior fue Si. ¿Su familiar o amigo comprendió lo mismo que usted?

a) Si

b) No

c) Parcialmente

20- ¿Su familiar o amigo añadió o explicó algo más que usted no había entendido?

a) Si

b) No

21- ¿Como fue la comunicación verbal?

a) Muy clara

b) Poco clara

c) Nada clara

22- ¿Como fue la comunicación en su tratamiento?

a) Fluida

b) Poco fluida

c) Nada fluida

23- ¿La información comunicada fue dada en forma empática?

a) Siempre

b) Casi siempre

c) Nunca

24- ¿Le fue útil la información recibida en el prequirúrgico?

a) Muy útil

b) Medianamente útil

c) Escasamente útil

25- Esa información recibida ¿Lo ayudo al momento de entrar al quirófano?

a) Totalmente

b) Parcialmente

c) Escasamente

26- ¿Sintió dolor 24 hs. posterior a la cirugía?

a) Ausencia de dolor

b) Dolor leve

c) Dolor moderado

d) Dolor severo

27- ¿Se encontraba tranquilo posterior a la cirugía?

a) Muy tranquilo

b) Medianamente tranquilo

c) Intranquilo

28- ¿Cuándo recibió el alta hospitalaria?

a) 1 día después de la cirugía

b) 2 o 3 días después de la cirugía

c) 4 o más días después de la cirugía

29- ¿Estaba ansioso por regresar a su casa?

a) Escasamente ansioso

b) Medianamente Ansioso

c) Muy ansioso

30- ¿Tuvo complicaciones postoperatorias?

a) Si

b) No

31- ¿Tuvo reingreso hospitalario postoperatorio?

a) Si

b) No

Anexo 2. Tabla de Valores de los Indicadores

Indicador	Categoría	Valor
5- ¿Qué información le dieron en el prequirúrgico?	a) Sobre la patología y el procedimiento a realizarse	2
	b) Sobre las indicaciones y la preparación física para la intervención	2
	c) Sobre los beneficios postquirúrgicos	2
	d) Otro	2
	e) No le dieron información	1
	f) A, b y c.	3
6- ¿Qué tipo de cirugía se realizó?	a) Baja complejidad	1
	b) Mediana complejidad	1
	c) Alta complejidad	1
7- ¿En algún momento de la etapa prequirúrgica dialogó con un/a enfermero/a?	a) Si	3
	b) No	1
8- Si la respuesta anterior fue Si. ¿En qué momento de la etapa prequirúrgica dialogó?	a) Cuando se realizó los exámenes prequirúrgicos	3
	b) En la recepción de ingreso a quirófano.	2
	c) En la sala de preanestesia	2
	d) En la habitación antes de que lo lleven a quirófano	2

	e) Otro	1
9- ¿Le explicaron que cirugía se iba a realizar?	a) Si b) No	3 1
10- ¿Le explicaron las posibles complicaciones que podía tener en la cirugía?	a) Si b) No	3 1
11- ¿Cómo usted clasificaría la cantidad de información brindada?	a) Poca b) Buena c) Excelente	1 2 3
12- ¿En qué medida usted quedo satisfecho en su comprensión?	a) Poco satisfecho b) Satisfecho c) Insatisfecho	2 3 1
13- ¿Algún otro miembro del equipo de salud le ha brindado información?	a) Cirujano b) Anestesiólogo c) Medico d) Otro	1 1 1 1
14- ¿Se encontraba nervioso el día del prequirúrgico?	a) Poco nervioso b) Nervioso c) Muy nervioso	3 2 1
15- ¿Cuál era su mayor preocupación?	a) Cirugía b) Anestesia c) Dolor d) Otros	1 1 1 1

16- ¿Se pudo sacar las dudas que tenía?	a) Siempre b) Casi Siempre c) Nunca	3 2 1
17- ¿Le brindaron materiales para su comprensión?	a) Audiovisual b) Folleto c) Solo fue oralmente	3 2 1
18- ¿Se encontraba acompañado por algún familiar o amigo en el momento que le brindaron la información?	a) Si b) No	3 1
19- Si la respuesta anterior fue Si. ¿Su familiar o amigo comprendió lo mismo que usted?	a) Si b) No c) Parcialmente	3 1 2
20- ¿Su familiar o amigo añadió o explicó algo más que usted no había entendido?	a) Si b) No	1 3
21- ¿Como fue la comunicación verbal?	a) Muy clara b) Poco clara c) Nada clara	3 2 1
22- ¿Como fue la comunicación en su tratamiento?	a) Fluida b) Poco fluida c) Nada fluida	3 2 1
23- ¿La información comunicada fue dada en forma empática?	a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca	3 2 1

24- ¿Le fue útil la información recibida en el prequirúrgico?	a) Muy útil b) Medianamente útil c) Escasamente útil	3 2 1
25- Esa información recibida ¿Lo ayudo al momento de entrar al quirófano?	a) Totalmente b) Parcialmente c) Escasamente	3 2 1
26- ¿Sintió dolor 24 hs. posterior a la cirugía?	a) Ausencia de dolor b) Dolor leve c) Dolor moderado d) Dolor severo	3 3 2 1
27- ¿Se encontraba tranquilo posterior a la cirugía?	a) Muy tranquilo b) Medianamente tranquilo c) Intranquilo	3 2 1
28- ¿Cuándo recibió el alta hospitalaria?	a) 1 día después de la cirugía b) 2 o 3 días después de la cirugía c) 4 o más días después de la cirugía	1 1 1
29- ¿Estaba ansioso por regresar a su casa?	a) Escasamente ansioso b) Medianamente Ansioso c) Muy ansioso	3 2 1
30- ¿Tuvo complicaciones postoperatorias?	a) Si b) No	1 3
31- ¿Tuvo reingreso hospitalario postoperatorio?	a) Si	1

	b) No	3

Referencias

Anxiety. M. *Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel*

Barbero Mielgo, M. (2020). Resultado de la implementación de un protocolo ERAS en cirugía colorrectal en un hospital de tercer nivel. *Tesis de Investigación.* Madrid, España . Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=284919

Barba, M. C. (2008). *Plan de Cuidados para Pacientes que van a ser Intervenidos Quirúrgicamente.*

Buitrago, S. (2019). *Intervención de enfermería para modular el nivel de incertidumbre de pacientes prequirúrgicos.* Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/10/1292334/proyecto-incertidumbre-nuevo.pdf

Camacho Cruz, J. (2017). *Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la carga emocional negativa y dolor postquirúrgico en pacientes de histerectomía del Hospital General Acapulco*

Obtenido de http://ri.uagro.mx/handle/uagro/310

Carol, A., Gomez, S., & Pereyra, S. (2012). *Impacto de la educación prequirurgica impartida por personal de enfermeria a pacientes sometidos a cirugia cardiovascular.* Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Ferrel, S. (2019). *Ansiedad preoperatoria en pacientes del servicio de cirugía del hospital de Huaycan.* Obtenido de https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/942/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gomez, C., Pereyra, S. (2012). *Impacto de la educación prequirúrgica impartida por el personal de enfermería a pacientes sometidos a cirugía cardiovascular.* Obtenido de https://bdigital.uncu.edu.ar/10666

Hernandez Pons, A. (2015). *El papel de la comunicación en la relación terapéutica enfermero-paciente en el periodo preoperatorio.* Obtenido de https://uvadoc.uva.es/handle/10324/24659

Laguado J., Gómez Díaz, M. (2014). *Teoría del manejo de síntomas desagradables para el cuidado de enfermería en cirugía*

Latorre, J. (1995). *Estrés: significado, impacto y recursos. En Ciencias Psico-sociales Aplicadas II.* España: Sintesis S.A.

Ley Regimen Legal del ejercicio de la Enfermeria. (1991, 26 de septiembre). Obtenido de https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files/Leyes%20Nacionales/Ley%2024004.pdf

López, J. L. (2017). Calidad de la visita preoperatoria de enfermería. *Enfermería Investiga*, 64-67. Obtenido de https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/785

Maguiña Duran, P., Sullca Condori, S., Verde Rivera, C. (2018). *Factores que influyen en el nivel de ansiedad en el adulto en fase preoperatoria en un hospital nacional.* Obtenido de http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4247

Medina-Mandujano, G. (2006) *Relación de percepción del paciente y calidad de la interacción según la teoría de Peplau: Hospital Dos de Mayo.* Obtenido de https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/552

Molina Risco, C. (2019) *Comunicación enfermero-paciente en el posquirúrgico del servicio de centro quirúrgico de una clínica privada.* Obtenido de https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/4482

Ortiz, J., Suwei, W., MacArthur, E., & Tolpin, D. (2014). Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? *Bras Anestesiología*, 7. Obtenido de https://www.scielo.br/j/rba/a/RYGMkTKdbsqkVxCygqWQr6Q/?lang=es&format=pdf

Pejerrey Guerrero, M. (2020). Impacto de la comunicación terapéutica de enfermería en el nivel de ansiedad en el paciente prequirúrgico. *Tesis de Maestría.* Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.

Perez Taipe, C. (2020). Factores que influyen en el nivel de ansiedad del adulto en fase preoperatoria del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. *Tesis de grado.* Lima, Peru. Obtenido de http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4247

Quintero, A. (2017). *Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos.* Colombia.

Rentería D., Contento Fierro B. (2018). *Ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora.* Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6538730

Solenish, M., Julca Chilcon, R. (2020, 14 de junio) *Interacción enfermera-paciente para el éxito del proceso quirúrgico.* Revista Cubana de Enfermería.38 (2)

Tlalolini, V., & Montiel-Levaro, J. A. (2021) *Proceso enfermero en el nivel de ansiedad del paciente en el periodo preoperatorio.* Obtenido de http://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/cmsj/article/view/775

Torrents, R. (2013). Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enfermería*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100013