

**POSGRADO DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA
GENERACIÓN 2016-2018**

TESINA:

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA**

Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la carga emocional negativa
y dolor post-quirúrgico en pacientes de histerectomía del Hospital
General Acapulco 2017.

PRESENTAN:

Josué Camacho Cruz
Sofía Mabel Sánchez Guadarrama
María de la Luz Romero Avellaneda

DIRECTOR INTERNO: L.E.O. M.A.I.S Crisantema Leyva Alvarado.

DIRECTOR EXTERNO: M.C.E. Elsa Álvarez Bolaños.

C.A:125: Educación y Gestión en Enfermería.

L.G.A.C: Calidad de los procesos del cuidado de Enfermería
Médico Quirúrgico.

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Enfermería No. 2 y a la Coordinación de Posgrados de la Universidad Autónoma de Guerrero (UAGro) que hicieron posible la apertura de la Especialidad de Enfermería Médico Quirúrgica en el Estado de Guerrero.

A los profesores por su paciencia, enseñanza y dedicación para formarnos como especialistas en Enfermería Médico Quirúrgica.

Al Hospital General de Acapulco por brindarnos las facilidades para realizar el trabajo de investigación de grado.

A las pacientes que aceptaron participar en la investigación, sin su cooperación no hubiera sido posible realizar el estudio.

A nuestra directora de tesina la LEO. MAIS. Crisantema Leyva Alvarado por el tiempo dedicado a guiarnos para la construcción del trabajo de investigación.

Josué Camacho Cruz.

Sofía Mabel Sánchez Guadarrama.

María de la Luz Romero Avellaneda.

RESUMEN

Introducción: La visita pre quirúrgica es el proceso de personalización de los cuidados entre la enfermera de quirófano y el paciente, previa a una intervención quirúrgica programada, tiene el objetivo de proporcionar información para disminuir la carga emocional negativa que provoca el entorno quirúrgico así como disminuir la percepción del dolor en el postoperatorio, además permite obtener información sobre el paciente con la debida antelación para el proceso quirúrgico (resultados de laboratorio y gabinete, alergias, antecedentes quirúrgicos), así como la valoración física (higiene corporal, vena permeable, signos vitales etc.) y la ejecución de las indicaciones médicas (pre-medicación, ayuno, colocación de catéter y sonda vesical, disponibilidad de sangre etc.). **Objetivo:** Determinar la efectividad de la visita prequirúrgica sobre la carga emocional negativa y dolor post-quirúrgico en pacientes de histerectomía del Hospital General Acapulco en 2017". **Metodología:** El diseño del estudio fue transversal, cualitativo y cuasi-experimental, los criterios de inclusión fueron las pacientes programadas para histerectomía (47), el criterio de exclusión elimino a las pacientes sometidas a varios procedimientos quirúrgicos, oncológicas y con deterioro cognitivo (7) y a quienes no aceptaron participar en el estudio (10), haciendo un total de 30 pacientes estudiadas, 15 con visita pre-quirúrgica y 15 sin visita pre-quirúrgica durante el periodo de septiembre, octubre y noviembre 2017, la recolección de datos se realizó a través de un instrumento el cual se estructuro en tres apartados: en el primero se encuentran 4 variables dirigidas a indagar el perfil sociodemográfico de las encuestadas (edad, estado civil, escolaridad y ocupación) 3 variables que de acuerdo a estudios realizados con antelación, tienen influencia en la carga emocional negativa en el pre-quirúrgico (hijos menores de 15 años, cirugías previas y experiencia en cirugías previas) y 1 variable para caracterizar el tipo de histerectomía realizada, en el segundo apartado se encuentra la escala PANAS para medir la carga emocional negativa, 1 día y 1 hora antes de la cirugía, esta escala evalúa 10 emociones negativas y 10 positivas las cuales se miden a través de una escala de Likert (nada=0, muy poco=2, algo=3, bastante= 4 y mucho=5), y en el tercer apartado se encuentran 3 variable que evalúan el dolor a través de la escala visual análoga del dolor (EVA), 1 hora, 12 horas y 24 horas

después de la cirugía, el instrumento realizado se aplicó al grupo con visita pre-quirúrgica y sin visita pre-quirúrgica, para determinar la efectividad de la visita pre-quirúrgica. Para el análisis de datos se utilizó en paquete estadístico SPSS versión 23. **Resultados:** En la prueba de Shapiro Wilks, rechaza la hipótesis de normalidad con un nivel de significancia 0.05 (Gráficas 21, 22, 23 y 24). El test no paramétrico de Mann Whitney, lo cual se muestra en la tabla 23, obtuvo un p-valor de 0.000, esto indica que la carga emocional negativa un día y una hora antes de la cirugía difieren entre el grupo control y no control, siendo significativa la diferencia con un nivel de significancia de 0.05. El grupo con visita pre-quirúrgica presento en rango promedio 8.70 de carga emocional negativa 1 día antes de la intervención y el grupo sin visita pre-quirúrgica 22.30, respecto a la carga emocional negativa 1 hora antes de la intervención, el grupo con visita pre-quirúrgica presento un rango de 8.00 y el grupo sin visita 23.00, en relación al dolor 1 hora posterior a la cirugía en sala de recuperación el grupo con visita pre-quirúrgica registro 40% en dolor moderado y 60% en dolor severo, el grupo sin visita pre-quirúrgica en dolor moderado tuvo un porcentaje de 6.7% y 93.3% en dolor severo, en el nivel de dolor 12 horas posteriores a la cirugía el grupo con visita pre-quirúrgica tuvo 93.3% de dolor moderado y solo 6.7% de dolor severo. Con respecto a la clasificación del dolor a las 24 horas posteriores a la cirugía, se encontró que el grupo no control, el 100% de los pacientes del grupo no control tuvieron dolor moderado. En el grupo control solo se encontró un 53.3% de los pacientes que presentaron dolor moderado y el 46.7% sintió dolor leve, tal como se muestra en la tabla 26. **Conclusión:** La intervención de enfermería si fue efectiva de acuerdo a las pruebas estadísticas realizadas. **Sugerencias:** Realizar la visita pre-quirúrgica en pacientes programadas para histerectomía e instalar como parte de la rutina pre-operatoria la visita pre-quirúrgico de enfermería para coadyuvar al bienestar de las pacientes.

Palabras Clave: Efectividad, visita pre-quirúrgica, carga emocional negativa, dolor.

SUMMARY

Introduction: The pre-surgical visit is the process of personalization of care between the operating room nurse and the patient, prior to a scheduled surgical intervention, with the aim of providing information to decrease the negative emotional burden caused by the surgical environment as well as to reduce the perception of pain in the postoperative period, also allows to obtain information about the patient in advance for the surgical process (laboratory and cabinet results, allergies, surgical history), as well as physical assessment (body hygiene, permeable vein, vital signs) etc.) and the execution of medical indications (pre-medication, fasting, catheter placement and bladder catheter, blood supply, etc.).

Objective: To determine the effectiveness of the presurgical visit on the negative emotional load and post-surgical pain in hysterectomy patients of the Acapulco General Hospital in 2017. **Methodology:** The design of the study was cross-sectional, qualitative and quasi-experimental, the inclusion criteria were the patients scheduled for hysterectomy (47), the exclusion criteria eliminated patients undergoing various surgical procedures, oncological and with cognitive impairment (7) and those who did not agree to participate in the study (10), making a total of 30 patients studied, 15 with a pre-surgical visit and 15 without a pre-surgical visit during the period of September, October and November 2017, data collection carried out through an instrument which is structured in three sections: the first is 4 variables aimed at investigating the sociodemographic profile of the respondents (age, marital status, schooling and occupation) 3 variables that according to studies made in advance , have influence on the negative emotional burden in the pre-surgical (children under 15 years, previous surgeries and experience in previous surgeries) and 1 variable to characterize the type of hysterectomy performed, in the second section is the PANAS scale to measure the negative emotional load, 1 day and 1 hour before surgery, this scale evaluates 10 negative emotions and 10 positive emotions. which are measured through a Likert scale (nothing = 0, very little = 2, something = 3, enough = 4 and much = 5), and in the third section there are 3 variables that assess pain through the analogous visual

pain scale (EVA), 1 hour, 12 hours and 24 hours after surgery, the instrument was applied to the group with pre-surgical visit and without pre-surgical visit, to determine the effectiveness of the pre-surgical visit . For the analysis of data, the statistical package SPSS version 23 was used. **Results:** In the Shapiro Wilks test, reject the normality hypothesis with a level of significance 0.05 (Charts 21, 22, 23 and 24). The nonparametric Mann Whitney test, which is shown in Table 23, obtained a p-value of 0.000, this indicates that the negative emotional charge one day and one hour before surgery differ between the control and non-control group, being significant the difference with a level of significance of 0.05. The group with a pre-surgical visit presented an average of 8.70 negative emotional load 1 day before the intervention and the group without a pre-surgical visit 22.30, regarding the negative emotional load 1 hour before the intervention, the group with a pre-surgical visit. -surgery presented a range of 8.00 and the group without visit 23.00, in relation to pain 1 hour after surgery in recovery room the group with pre-surgical visit record 40% in moderate pain and 60% in severe pain, the group without pre-surgical visit in moderate pain had a percentage of 6.7% and 93.3% in severe pain, in the level of pain 12 hours after surgery the group with pre-surgical visit had 93.3% of moderate pain and only 6.7% of severe pain With regard to the classification of pain at 24 hours after surgery, it was found that the non-control group, 100% of the patients in the non-control group had moderate pain. In the control group, only 53.3% of patients with moderate pain were found and 46.7% experienced mild pain, as shown in table 26. **Conclusion:** Nursing intervention was effective according to the statistical tests performed. **Suggestions:** Perform the pre-surgical visit in patients scheduled for hysterectomy and install as a part of the pre-operative routine the pre-surgical nursing visit to contribute to the well-being of the patients.

Keywords: Effectiveness, pre-surgical visit, negative emotional charge, pain.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	i
RESUMEN	ii
SUMMARY	iv
ÍNDICE GENERAL.....	vi
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2.- JUSTIFICACIÓN.....	5
3.- OBJETIVOS.....	8
3.1.- Objetivo General.....	8
3.2.- Objetivos Específicos.....	8
4.- HIPÓTESIS.....	9
5.- MARCO TEÓRICO	10
6.- METODOLOGÍA	18
Tipo y diseño de estudio	18
Universo de estudio	18
Unidad de análisis y observación.....	18
Criterios de selección.....	18
Variables de estudio:	19
Instrumento de recolección de datos y niveles de medición.....	19
Procedimiento de recolección de datos.	20
Plan de análisis de resultados	20
Aspectos éticos.....	21
7.- RESULTADOS.....	23
7.1.- Perfil demográfico de pacientes intervenidas de histerectomía en el Hospital General de Acapulco.....	23
7.2.- Resultados comparativos de la carga emocional negativa y el dolor postquirúrgico entre el grupo control (con visita pre-quirúrgica) y no control (sin visita pre-quirúrgica), para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica..	31
8.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	51
9.- BIBLIOGRAFÍA.....	52

ANEXOS	55
A) Carta de consentimiento informado	56
B) Instrumento de recolección de información	57
C) Guía de visita prequirúrgica	61
D) Carta descriptiva de la temática a realizar durante la visita prequirúrgica	65
E) Instrumentos utilizados para realizar la visita prequirúrgica	66

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad son innegables los avances de la cirugía moderna, la introducción de tecnología sofisticada y vanguardista, técnicas laparoscópicas y quirófanos mejor equipados, han permitido mejorar la atención al paciente quirúrgico, pero cabe destacar que existen factores que afectan la recuperación postquirúrgica que no tienen relación con el proceso técnico, sino con el estado psicológico prequirúrgico ya que la cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, generando en el paciente una carga de emociones negativas, sobre todo cuando el paciente no ha tenido previamente contacto con el medio quirúrgico y desconoce totalmente las etapas del acto, estudios revelan que este estado psicológico puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como mayor necesidad de analgésicos por nivel del dolor severo, retraso en la recuperación postquirúrgica y estancias prolongadas. (Diez, E., Arróspide, A., Mar, J., Álvarez, U., Beláustegui, A., Lizaur, B., Larrañaga, A. y Arana, J. 2012). (Castro, T. 2015).

Cabe resaltar que la intensidad de la carga emocional negativa frente a una intervención quirúrgica está determinada por diversos factores, el primero es la magnitud del agente traumático externo o real, es decir la gravedad de la enfermedad, otro factor a tener en cuenta es la duración del periodo preoperatorio cuando mayor sea la urgencia de la operación menor será el tiempo que tendrá el enfermo para adaptarse emocionalmente, es importante mencionar que la carga emocional negativa impide que el paciente pueda comprender adecuada objetiva y razonadamente las instrucciones y descripciones sobre su enfermedad, es decir la carga emocional negativa provoca problemas de comunicación que afectan aún más el estado psicológico del paciente. (Barrillero, J. A. 2012).

El paciente quirúrgico presente una mayor carga emocional negativa por el temor a fallecer en la operación por más mínima que esta sea, es frecuente que el paciente aplase la cirugía (no acude el día programado para la cirugía, o refiere

enfermedades de vías respiratorias o digestivas) porque evita el ambiente hospitalario y el dolor postquirúrgico, esto condicionan el estado de salud del paciente y ocasiona complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente quirúrgico. (Pueyo, C. 2012).

La carga emocional negativa produce ciertas manifestaciones no verbales tales como; temblor, sudoración, expresión de la cara, y algunos cambios psicológicos como cambios en la tensión arterial o en la frecuencia cardiaca y pueden afectar después a las drogas anestésicas, los síntomas que alertan de una carga emocional negativa mayor son: insomnio, pesadillas, cefaleas tensionales, náuseas, dispepsias, sensación de disnea u opresión precordial atípica. Además se ha comprobado que la alta carga emocional negativa origina que los pacientes programados eviten o posterguen la cirugía pretextando que están enfermos o no se presentan el día programado para la cirugía. (Gordillo F. et. al 2012)

A nivel mundial se han realizado diversos estudios que muestran la carga emocional que experimentan el individuo que será sometido a una intervención quirúrgica y como está afecta no solo el estado psicológico sino también el estado fisiológico, en un estudio realizado en Perú en el 2016 se mostró que en el prequirúrgico el 45% de los pacientes presentan carga emocional negativa de nivel marcado, el 35% presentan nivel intenso y el 20% nivel mínimo. (Delgadillo G. L., 2016)

En México en un estudio realizado en Villahermosa Tabasco demuestran que los sujetos que van ser sometidos a cirugía presentan emociones negativas por lo menos una semana antes de su admisión hospitalaria. (Torres D. y Priego H. 2013).

En Guerrero a pesar de la extensa revisión realizada no se encontraron estudios que se hayan realizado específicamente en el estado o el municipio de Acapulco,

pero es común dentro de todas las instituciones hospitalarias observar alta carga emocional negativa en el paciente quirúrgico.

En el Hospital General de Acapulco se ha considerado como un estado habitual la alta carga emocional negativa en pacientes prequirúrgicos, esta se presenta desde una noche anterior a la cirugía y se acentúa unas horas antes de la intervención quirúrgica, ocasionando alteraciones psicosomáticas que en ocasiones llevan a la suspensión de la cirugía, en el periodo de septiembre, octubre y noviembre se suspendieron 30 cirugías de histerectomía de las cuales 36.6% (11) de las pacientes no se presentaron, 16.6% (5) fue por indicación médica ya que las pacientes presentaron alteraciones en signos vitales (taquicardia, hipertensión, hiperventilación), 3.3% (1) ingirió alimentos antes de la cirugía por desconocimiento del ayuno necesario antes de la intervención, 3.3% de las pacientes refirió que se encontraban enfermas de vías respiratorias y no podían ser operadas, 26.6% (8) de las cirugías fueron suspendidas por falta de material y 16.6% (5) por falta de tiempo quirúrgico.

Es importante mencionar que las pacientes previo al acto quirúrgico no reciben la información necesaria para mejorar el afrontamiento a la cirugía, esta preparación emocional debe iniciar desde la consulta externa pero en la mayoría de los casos se omite, cabe destacar que la visita prequirúrgica es parte de las actividades de la enfermera (o) quirúrgica (o) pero esta ha ido desapareciendo lentamente llegando hasta la omisión total, coadyuvando a la suspensión de cirugías relacionadas con un inadecuado afrontamiento al acto quirúrgico.

La carga emocional negativa que experimentan los pacientes quirúrgicos, es en gran medida por desinformación y desconocimiento, estas emociones negativas se pueden canalizar mediante la visita prequirúrgica estructurada, ya que diferentes revisiones de literatura han demostrado que la visita prequirúrgica tiene beneficios en el paciente quirúrgico, que van desde la disminución del dolor, mayor satisfacción del paciente, disminución del nivel de ansiedad y disminución

de la estancia hospitalaria, sin lugar a duda el personal de enfermería adquiere el protagonismo en la visita prequirúrgica porque a través de ella se ofrece atención individualizada, especializada con la finalidad de brindar al paciente la información necesaria para mejorar su afrontamiento al acto quirúrgico y favorecer la recuperación postquirúrgica. (Diez, E., Arróspide, A., Mar, J., Álvarez, U., Beláustegui, A., Lizaur, B., Larrañaga, A. y Arana, J., 2012).

Es importante mencionar que a pesar de los múltiples beneficios que ofrece la visita prequirúrgica de enfermería en algunas instituciones hospitalarias no se lleva a cabo, o bien al pasar el tiempo esta actividad se omite dentro del rol del profesional de enfermería quirúrgico. (Rojas M. J, y Azevedo D. 2013)

A partir de la problemática antes presentada surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad de la visita prequirúrgica sobre la carga emocional negativa y dolor post-quirúrgico en pacientes de histerectomía del Hospital General Acapulco 2017?

2.- JUSTIFICACIÓN

El estudio se justifica porque cuando un individuo entra a formar parte de un sistema nuevo, desconocido, se provoca en él, en mayor o menor grado, una serie de reacciones y manifestaciones como respuestas ante la adaptación, tales como inseguridad, miedo, ansiedad, nerviosismo, etc. Estas respuestas se pueden interpretar como las lógicas ante situaciones nuevas no previstas frente a las que no se sabe cómo enfrentarse. Estas reacciones, se producen comúnmente ante situaciones de la vida diaria, se exacerban o se presentan con mayor intensidad en el caso de que la situación a afrontar sea el ingreso en un centro hospitalario y el proceso sea una intervención quirúrgica. (Guillen J. 2014).

La cirugía favorece la aparición de diferentes emociones negativas, tanto en el paciente como en sus familiares. Estas sensaciones irán en aumento si no existe una buena información por parte del equipo que lo atiende, referente a las técnicas anestésicas, quirúrgicas, consecuencias, efectos secundarios, los pacientes necesitan información general sobre el procedimiento, ya que esta información disipa las dudas y minimiza la carga emocional negativa, por ello es muy importante realizar la visita pre-quirúrgica para mejorar el conocimiento de los pacientes y familiares e indirectamente disminuir los miedos, temores y mejorar el afrontamiento del paciente hacia el entorno quirúrgico. (Ciercoles, J. 2012) (Guillen J. 2014).

Por otra parte, el dolor es una manifestación no deseada de muchos de los procesos médicos y en los procesos quirúrgicos presentan niveles que van de moderado a severo comúnmente se conoce como dolor agudo postquirúrgico, diversos estudios han demostrado que las emociones negativas tienen influencia en los niveles de dolor, a mayor carga emocional negativa mayor será el nivel de dolor, por ello una vez más se resalta la importancia de informar al paciente durante la visita pre quirúrgica sobre las sensaciones desagradables que experimentara en el postquirúrgico y cómo manejar estas sensaciones a través de

diferentes técnicas (respiración profunda, meditación y visualización, manejo de la postura etc). (Pueyo, C., 2014).

El estudio ofrece beneficios directos al paciente ya que al informar al paciente en la visita prequirúrgica ampliamente sobre el proceso quirúrgico y las sensaciones que va a experimentar equilibra las características estresantes de la cirugía disminuyendo la carga emocional negativa, además de que mejoran las condiciones preoperatorias (patrón de sueño, comunicación), transoperatorias ya que es menor el riesgo de que presente alteración en las variables fisiológicas (frecuencia cardiaca, respiración etc.) y mejora la respuesta ante los fármacos anestésicos, cabe destacar que también mejora el postoperatorio ya que el paciente tiene mejor respuesta a antibióticos y menor tiempo de recuperación. (León F. G. et. al. 2012).

Es importante destacar que también ofrece beneficios a la institución ya que la información brindada durante la visita prequirúrgica tendrá una influencia positiva en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica y se evitara estancias prolongadas, suspensión de cirugías (retrasos excusados por el paciente para el día de la operación casi siempre relacionados con problemas de origen somático, alergias refriados etc. o presenta inestabilidad en las variables fisiológicas) y mayor necesidad de analgésicos, esto conlleva a una reducción de costos importante para la institución.(Rojas M. J. y Azevedo D. 2013).

En el campo de enfermería, ratificara la importancia de realizar la visita prequirúrgica y resaltara los beneficios que conlleva informar ampliamente al paciente sobre el proceso desde que ingresa hasta su egreso, además se comprobara la importancia del rol educativo como parte de las actividades de enfermería ya que diversos teóricos de enfermería hacen énfasis en el componente educativo de la profesión de enfermería, consideran que es parte sustancial de la naturaleza de la profesión y un elemento central de la misma. (León, M. C. 2017).

En el campo de la investigación generara nuevos conocimientos ya que la carga emocional negativa es un término poco estudiado del cual se carecen estudios, ya que un gran número de investigaciones se centran en el estudio de la ansiedad, pero el detonante de la ansiedad son todas las emociones negativas mal manejadas en el paciente quirúrgico.

3.- OBJETIVOS

3.1.- Objetivo General.

- Determinar la efectividad de la visita prequirúrgica sobre la carga emocional negativa y dolor post-quirúrgico en pacientes de histerectomía del Hospital General Acapulco en 2017.

3.2.- Objetivos Específicos.

- Evaluar la carga emocional negativa antes de la cirugía y el dolor postquirúrgico en pacientes del grupo al que SI se realizó visita prequirúrgica y al que NO se realizó visita prequirúrgica.
- Comparar entre los dos grupos de estudio para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica.

4.- HIPÓTESIS

La visita pre-quirúrgica sobre la carga emocional negativa y el dolor post-quirúrgico en el Hospital General Acapulco es efectiva.

5.- MARCO TEÓRICO

La visita pre quirúrgica es el proceso de personalización de los cuidados entre la enfermera de Quirófano, el paciente y/o familia, previa a una intervención quirúrgica programada, mediante una entrevista personalizada. Los objetivos de la visita prequirúrgica son: Aumentar los conocimientos del paciente y familia sobre los procesos quirúrgicos, disminuir la carga emocional negativa ante una cirugía, obtener información sobre el paciente con la debida antelación para el proceso quirúrgico (resultados de laboratorio y gabinete, alergias, antecedentes quirúrgicos), así como la valoración física (higiene corporal, vena permeable, signos vitales etc.) y la ejecución de las indicaciones médicas (premedicación, ayuno, colocación de catéter y sonda vesical, disponibilidad de sangre etc.) (Ciercoles, J. 2012).

Se recomienda realizar la visita prequirúrgica a pacientes de cirugía programada con un nivel cognitivo adecuado, los resultados son mejores cuando se realiza sobre pacientes seleccionados con características comunes, el lugar ideal para realizarla es un lugar tranquilo que permita un diálogo distendido y le permita al paciente consultar sus dudas. La visita prequirúrgica se clasifica en tipo I informativa, tipo II terapéutica y de tipo III ansiolítica. (González, J. M. 2014).

La revisión bibliografía demuestra que la educación preoperatoria y el suministro de información tiene múltiples efectos beneficiosos en los pacientes prequirúrgicos, se ha demostrado que los pacientes que reciben este tipo de intervención en forma de visita pre quirúrgica tienen niveles más bajos en las emociones negativas y un mejor control del dolor en el postoperatorio, disminuyen su estancia hospitalaria, perciben una mayor calidad asistencial y refieren mayor satisfacción. (Castro, T. 2015).

La visita prequirúrgica es parte fundamental del proceso enfermero ya que a través de ella se realiza la valoración del paciente quirúrgico, se detectan las

alteraciones del individuo ya sean de índole físicas o psicológicas y se formulan los diagnósticos enfermeros el más común en el paciente prequirúrgico es temor R/C conocimientos deficientes sobre el procedimiento quirúrgico M/P inquietud, una vez formulados los diagnósticos se realiza la planeación del cuidado planteando el objetivo a alcanzar y estableciendo actividades enfermeras, en el paciente prequirúrgico el problema es el desconocimiento, por ello la visita prequirúrgica debe ser de tipo informativa explicando de forma generalizada el proceso que seguirá el paciente quirúrgico desde la noche anterior al procedimiento hasta su egreso.

La educación del paciente sobre el proceso quirúrgico es prioridad en la visita prequirúrgica, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1983 la Educación para la Salud (EpS) como cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la gente desee vivir sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerse en salud y busque ayuda cuando la necesite. (Pueyo, C., 2012).

Educar es más que informar, pues no se trata sólo de aportar conocimientos que, aunque son útiles a la educación, no lo son todo. Cada persona dispone de sus propios recursos, en el área del conocimiento, y en las áreas emocionales y de las habilidades. La Educación para la Salud, mediante el aprendizaje significativo permite que la persona aprenda desde sus vivencias y conocimientos previos y, así, podrán desarrollar capacidades que les permitan modificar los comportamientos propuestos. (Pueyo, C., 2012).

Es importante destacar que el éxito de la visita pre-quirúrgico depende en gran parte de la cooperación del equipo quirúrgico, quienes al conocer el plan terapéutico basado en la historia clínica del paciente, deben ofrecer al mismo información, orientación adecuada, mantener una buena relación enfermera-paciente y el trato humano para brindarle un manejo perioperatorio de calidad,

orientado a dar mayor seguridad de acuerdo al caso que se trate. (Torres D. y Priego H. 2012).

La comunicación es un proceso por el cual una persona transmite a otros pensamientos, sentimientos e ideas; sin embargo existe situaciones en donde la misma se obstaculiza o bien no se logra. Siendo la enfermería una profesión cuya función es ayudar al individuo enfermo o sano con el fin de restablecer y/o mantener su bienestar, la comunicación se convierte en una herramienta esencial, ya que permite establecer la relación enfermera-cliente, para así identificar la necesidad del enfermo, percibe su angustia, dudas, temores, incomodidades, conformidad con los procedimientos que le son realizados y especialmente proporciona ayuda ante experiencias en el proceso de preparación en un acto quirúrgico. (Torres D. y Priego H, 2012).

El acto quirúrgico supone una agresión y afecta en los niveles, bio-psico-social, la visita pre-quirúrgico le da a la enfermera(o) tiempo para aprender sobre el paciente, observar directamente su conducta y hacer una planeación apropiada antes de asumir la responsabilidad de la atención del paciente. Independientemente de la instalación física donde se realice un procedimiento invasivo, los pacientes deben de ser preparados de forma adecuada para el impacto, esto conlleva a una preparación tanto física como emocional. (Torres D. y Priego H. 2012).

En una intervención quirúrgica se producen en distinta medida algunas emociones negativas, si lo hacen en grado medio se potencia un estado de alerta positivo que actúa como activador y motivador de la acción pero si se sobrepasa el umbral desencadena aspectos negativos que repercuten en la evolución y repercusión en el postoperatorio. (Guillen J. F, 2014).

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican

peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). (Piqueras J. A., 2012).

Estas reacciones tienen una función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, por lo que se consideran respuestas eminentemente adaptativas para el individuo. Sin embargo, en ocasiones encontramos que algunas de ellas pueden transformarse en patológicas en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc. (Piqueras J. A., 2012).

Las emociones han sido estudiadas desde mediados de la década de los ochenta, Watson y Tellegen indicaron que existe un consenso entre los teóricos del afecto en torno a dos dimensiones básicas, las cuales los autores denominan afecto positivo y afecto negativo. El afecto positivo representa la dimensión de emocionalidad placentera, manifestada a través de motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito. En contraste, el afecto negativo representa la dimensión de emocionalidad displacentera y el malestar, manifestada por miedos, inhibiciones, inseguridades y frustración, las emociones negativas se relacionan con la sensibilidad temperamental ante estímulos negativos, labilidad vegetativa, estresores (intervención quirúrgica) y ambientes desfavorables (entorno hospitalario). (Moral, L. 2012).

Moral, L. (2012) menciona que en la actualidad existen varias medidas para evaluar estas dos dimensiones del afecto, pero entre ellas destaca la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), la cual cuenta con validación en países de diversas culturas y constituye uno de los instrumentos más utilizados y recomendados por la literatura especializada para examinar emociones positivas y negativas.

Algunas de las emociones negativas que experimenta específicamente el paciente prequirúrgico son las siguientes:

Temor: (del latín *timor*) lleva a un sujeto a tratar de escapar de aquello que considera arriesgado, peligroso o dañoso para su persona. El temor, por lo tanto, es una presunción, una sospecha o el recelo de un daño futuro, se utiliza como sinónimo de miedo, la emoción angustiosa por un riesgo imaginario o real, se trata de una sensación desagradable que surge por la aversión natural a las amenazas.

Tensión: Se utiliza como sinónimo de nerviosismo, estrés o ansiedad. La noción además puede aludir al estado de alteración de una persona Así como ocurre con los cuerpos en la física, la tensión se resuelve con la relajación.

Irritabilidad: Del latín *irritabilitas*, la irritabilidad es la propensión a irritarse (sentir ira o una excitación morbosa en un órgano o parte del cuerpo). Puede definirse como la capacidad que posee un organismo vivo de reaccionar o responder de manera no lineal frente a un estímulo, La irritabilidad, por lo tanto, permite que un organismo identifique un cambio negativo en el medio ambiente y reaccione ante dicha alteración, esta respuesta puede tener efectos patológicos o fisiológicos.

Nerviosismo: El término nerviosismo hace referencia a un estado psíquico próximo a la ansiedad. El nerviosismo se caracteriza por un estado de excitación, no siempre se puede detectar: a veces es un estado interior, puede ser provocado por una tensión psicológica o por un elemento exterior como un medicamento o una droga. El nerviosismo está ligado a un estado de nervios cuyo origen no siempre es conocido. Puede acompañarse de una respiración rápida o entrecortada.

Intranquilidad: Ausencia de tranquilidad, sensación de ansiedad o preocupación. (Diccionario de la Lengua Real Española, 2017)

Es importante destacar que estas emociones son transitorias y son detonadas por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo pueden variar con el tiempo y fluctuar en intensidad esto dependerá de la capacidad de afrontamiento de cada individuo ante la intervención quirúrgica, otro punto a destacar es que la ansiedad es el término más estudiado en el paciente quirúrgico existe un gran número de investigaciones realizadas en todos los ámbitos, pero lo que detona la ansiedad son las emociones antes mencionadas a mayor carga negativa mayor será el riesgo de que el paciente quirúrgico presente ansiedad. (Guillen, J.F., 2014).

Se debe puntualizar en el hecho de que no solo la ansiedad afecta la recuperación del paciente, también las emociones negativas el mecanismo es el siguiente; El organismo responde a la agresión quirúrgica con un aumento del tono simpático, cambio en el patrón de secreción de numerosas hormonas y con alteraciones inmunológicas y homeostasis, al activarse estos mecanismos directamente afectan la recuperación postquirúrgica ya que aumentan los niveles de cortisol y retrasa la curación de la herida. (Guillen, J.F., 2014).

El dolor postoperatorio es otra de las causas involucradas en la respuesta endocrino metabólica del organismo a la agresión quirúrgica, esta respuesta incluye la activación del sistema simpático y la estimulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, es el resultado de la estimulación nociceptiva directa vehiculizada por las fibras nerviosas correspondientes, además, la liberación de mediadores por los tejidos dañados y los macrófagos causa la estimulación de sustancias hormonales, asociadas con la inflamación provocada por la lesión quirúrgica.(Archundia A. 2015).

Es importante mencionar que la emoción negativa del temor se relaciona directamente con el dolor que experimentara el paciente en el postquirúrgico, el fenómeno doloroso puede contemplarse como una experiencia fundamentalmente emocional e integrada por dos componentes: un componente físico cuyas

características están definidas por el tipo y la sensación experimentada y un componente psicológico integrado por factores de índole cognitivo y emocional. (Guillen, J.F., 2014).

Se ha demostrado que a mayor carga emocional negativa mayor dolor la relación no está clara ya que hay muchos factores susceptibles de modificar dicha relación: la personalidad del individuo, las características del proceso por el que tiene que pasar, el grado de conocimiento y comprensión del proceso, la confianza en los recursos, la capacidad y habilidad para manejar el dolor, el grado de serenidad con que se afronte la intervención quirúrgica, el recuerdo de experiencias manifestadas por familiares, experiencias propias negativas de cirugías previas, su estado físico y anímico, etc. (Guillen, J.F., 2014).

El dolor agudo de gran intensidad y usualmente de corta duración, tiene una gran repercusión psicológica y orgánica de carácter general, lo que provoca efectos perjudiciales si persiste sin el abordaje adecuado, en el tratamiento del dolor agudo relacionado con las intervenciones quirúrgicas resulta muy importante la preparación preoperatoria, se deben valorar las experiencias previas dolorosas, desarrollar conjuntamente con el individuo un programa para evaluar el dolor de tal modo que antes de la intervención la conozca y se familiarice con ella. (Guerrero A. I., 2012).

El profesional de enfermería tiene el reto y la obligación, junto con otros profesionales, en la puesta en marcha de todas las medidas para su alivio y mejora, lo que implícitamente supone ofrecer confort, ello supone que reconozcamos al individuo y su sufrimiento pero también que utilicemos todos los medios a nuestro alcance que puedan ser útiles para conseguir la desaparición o el alivio. El alivio del dolor no es solo un objetivo humano sino también un derecho terapéutico, el dolor es ante todo una causa de sufrimiento, las personas piden ayuda cuando sienten dolor y quienes les cuidan o acompañan que cese cuanto antes. (Guerrero A. I., 2012).

Algunos estudios evidencian que la información y la comunicación tienen grandes beneficios para el paciente Gordillo F. et. al (2012) menciona que en un estudio realizado en sujetos que se les realizaría rinoplastia por primera vez se les pregunto por el momento del proceso quirúrgico en el que sintieron mayor ansiedad, e informa que los efectos de la ansiedad podían ser atenuados en la fase preoperatoria mediante una información detallada de la operación que les sería realizada, de igual manera la visita prequirúrgica estructurada de enfermería en la que el paciente recibía información adicional sobre el proceso quirúrgico produjo una disminución de la carga emocional negativa.

Vargas R. y Herrera C. (2013) realizaron un estudio en Costa Rica donde mostraron que los pacientes sometidos a intervención quirúrgica y sus familiares manifestaron diferentes niveles de ansiedad ya que desde que reciben la noticia de que necesitan ser intervenidos quirúrgicamente surge una vasta cantidad de dudas e inquietudes además la propia separación momentánea de los familiares durante la cirugía, el desconocimiento del lugar en donde serán intervenidos, las personas ajenas a los pacientes que lo atenderán, son factores que influyen negativamente ante la recuperación postoperatoria.

6.- METODOLOGÍA

Tipo y diseño de estudio

El tipo de estudio fue transversal porque se delimito en un periodo de tiempo, cualitativo, debido a que todas las observaciones fueron cualificadas. El diseño del estudio fue cuasi-experimental, debido a que se tuvo un grupo control y otro grupo no control, teniendo un alcance comparativo.

Universo de estudio

Todas las pacientes programadas para histerectomía en el periodo de septiembre-noviembre del 2017 (47), al aplicar los criterios de exclusión y eliminación se estudiaron 30 pacientes divididas en el grupo con visita pre-quirúrgico y el grupo sin visita.

Unidad de análisis y observación

La unidad de análisis fueron las respuestas humanas de las pacientes de histerectomía ante la carga emocional negativa y el dolor.

Criterios de selección

- **Inclusión:** Pacientes programadas para histerectomía que se encuentren hospitalizadas en el periodo de recolección y acepten participar en el estudio
- **Exclusión:** Pacientes sometidas a varios procedimientos quirúrgicos, oncológicas y con deterioro cognitivo.
- **Eliminación:** Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Variables de estudio:

- **Independiente:** Visita pre-quirúrgica.
- **Dependiente:** Carga emocional negativa y dolor postquirúrgico.

Instrumento de recolección de datos y niveles de medición

Para la recolección de información se utilizó un instrumento estructurado en tres apartados, el primer apartado corresponde a los datos sociodemográficos de las pacientes post-operadas de histerectomía, se indagaron las siguientes variables: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, hijos menores de 15 años, cirugías previas, experiencia de las cirugías realizadas previamente y tipo de histerectomía.

En el segundo apartado se encuentra la escala de afectividad (PANAS) de Watson y Clark, esta escala se compone de 20 reactivos que describen 10 emociones de carácter positivo y 10 emociones negativas. Cada reactivo es contestado mediante una escala con formato ordinal tipo Likert con 5 opciones de respuesta (nada 1, muy poco 2, algo 3, bastante 4, mucho 5). El puntaje más bajo que se puede obtener es 20 y el más alto es 100. La escala se compone de dos sub-escalas cada una referente al tipo de emociones (Escala de Afecto positivo y Escala de Afecto Negativo), en dónde altas puntuaciones en cada una de las sub-escalas sugieren alta presencia de emociones positivas o negativas en el sujeto, respectivamente, esta escala será aplicada un día y 1 hora antes de la cirugía para determinar la carga emocional negativa ante la intervención quirúrgica.

En el tercer apartado se encuentra la escala visual análoga (EVA) para medir la intensidad del dolor consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. La valoración será: 0 ausencia

de dolor, 1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3. 2, Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7. 3, Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8, esta escala se aplicara al salir el paciente de la intervención en la sala de recuperación, 12 y 24 horas posteriores a la cirugía.

Procedimiento de recolección de datos.

El procedimiento de recolección de datos se realizó en dos etapas:

1er etapa; Se verifico el listado de pacientes programados para intervención quirúrgica de histerectomía, se aplicó el instrumento de recolección antes descrito a las pacientes que aceptaron participar en el estudio (ambos grupos, intervención y no intervención). Se realizó la visita prequirúrgica mediante una guía, al grupo intervención y en el grupo no intervención, no se realizó ningún tipo de acción e intervención.

2da etapa; En el postoperatorio se aplicó la escala visual análoga del dolor (EVA) en la sala de recuperación, posteriormente a las 12 y 24 horas, en ambos grupos de estudio.

Plan de análisis de resultados

Concluida la etapa de recolección de datos se realizó el siguiente proceso:

1. Revisión de cada uno de los cuestionarios aplicados.
2. Asignación de número de folio del 1 al 15 para el grupo control del 16 al 30 para el grupo no control.
3. Elaboración de una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 23.

4. Captura de la información de cada uno de los cuestionarios en la base de datos realizada.
5. Elaboración de tablas y gráficos con frecuencia y porcentaje.
6. Se realizaron pruebas estadísticas para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica. Se utilizaron las prueba de Mc Whitney, Mc Nemar y chi cuadrado para alcanzar el objetivo de esta investigación.

Aspectos éticos.

La investigación se realizó bajo los criterios asentados en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, a continuación se especifican los artículos que fueron tomados en cuenta:

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

7.- RESULTADOS

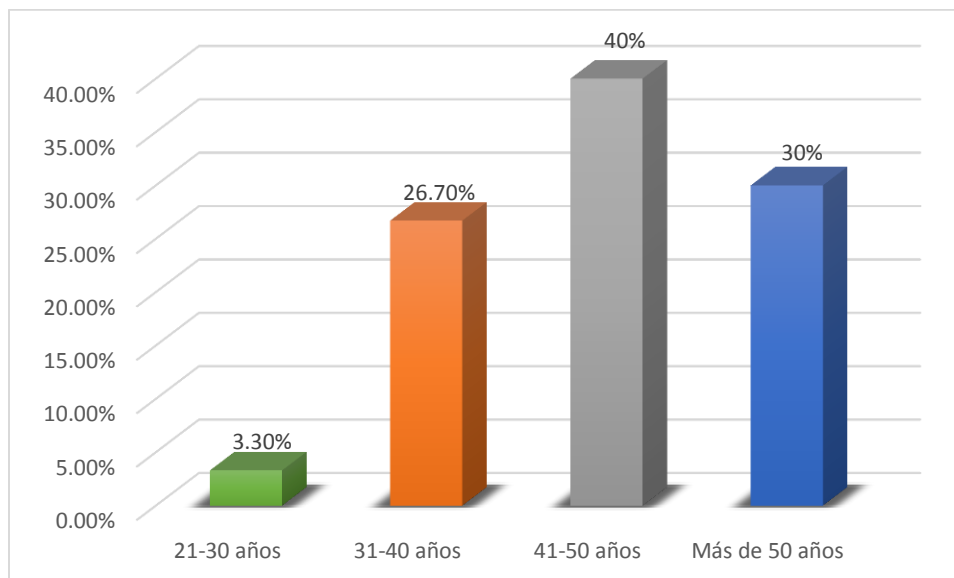
7.1.- Perfil demográfico de pacientes intervenidas de histerectomía en el Hospital General de Acapulco.

En la tabla y gráfica 1 se muestra el resultado para la variable edad se observa que el mayor porcentaje lo obtuvo el grupo de edad de 41-50 años con el 40% el menor porcentaje lo obtuvo el grupo de edad de 21-30 años con un 3.3%.

Tabla 1. Edad

	Frecuencia	Porcentaje
21-30 años	1	3.3
31-40 años	8	26.7
41-50 años	12	40.0
Más de 50 años	9	30.0
Total	30	100.0

Gráfica 1. Edad



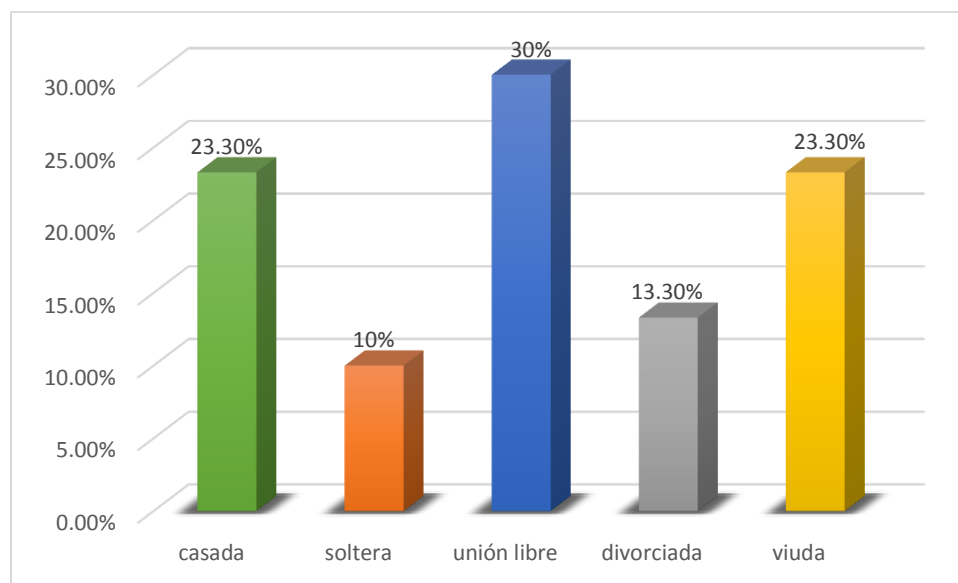
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 2 se observa el resultado del estado civil de las pacientes estudiadas, el grupo que obtuvo el mayor porcentaje fueron las mujeres en unión libre con un 30%, y el menor porcentaje lo obtuvo el grupo de solteras con el 10.0%.

Tabla 2. Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Casada	7	23.3
Soltera	3	10.0
Unión Libre	9	30.0
Divorciada	4	13.3
Viuda	7	23.3
Total	30	100.0

Gráfica 2. Estado civil



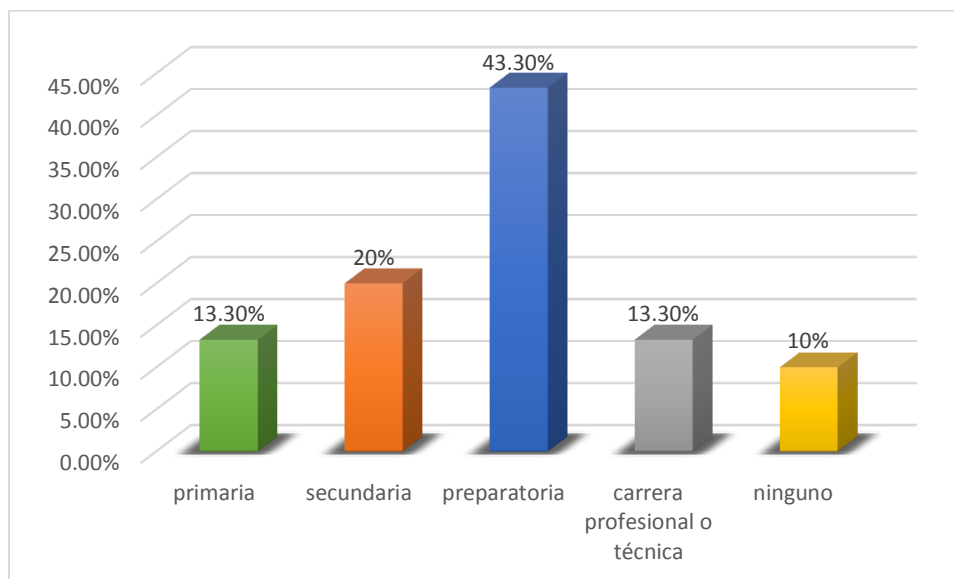
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 3 se muestra el resultado sobre la escolaridad de las pacientes estudiadas se observa que el 43.3% tienen nivel preparatoria y el menor porcentaje lo obtuvo la escolaridad primaria y profesional ambos con un 13.3%.

Tabla 3. Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	4	13.3
Secundaria	6	20.0
Preparatoria	13	43.3
Carrera Profesional O Técnica	4	13.3
Ninguno	3	10.0
Total	30	100.0

Gráfica 3. Escolaridad



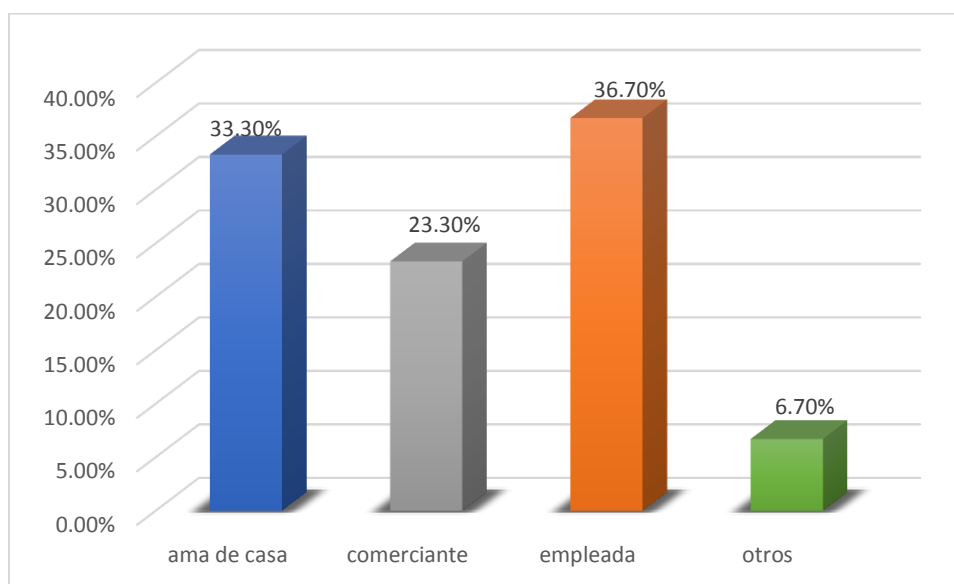
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 4 se muestra el resultado de la ocupación de las pacientes estudiadas se observa que el mayor porcentaje lo obtuvo el grupo de empleadas con un 36.7% y el menor porcentaje otros con un 6.7%.

Tabla 4. Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Ama De Casa	10	33.3
Comerciante	7	23.3
Empleada	11	36.7
Otros	2	6.7
Total	30	100.0

Gráfica 4. Ocupación



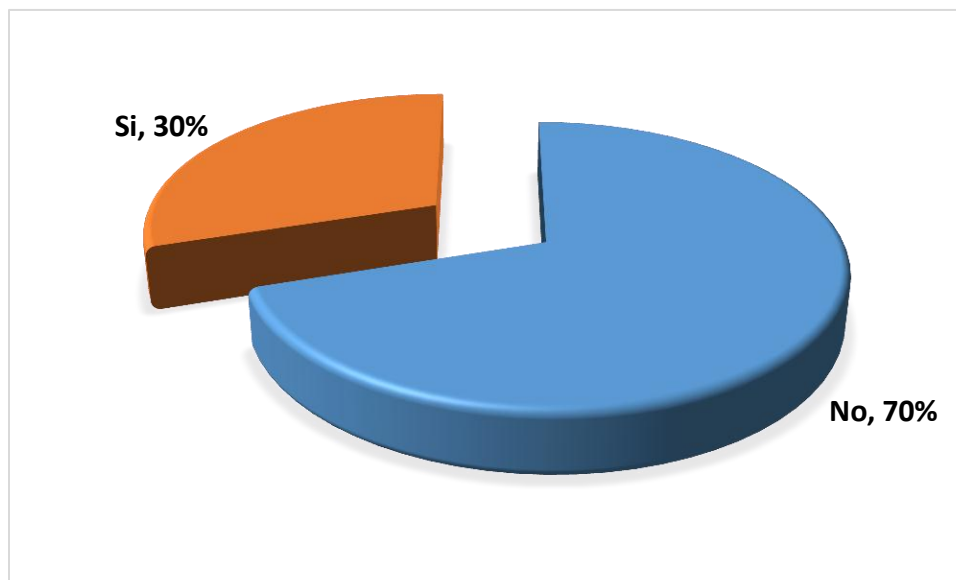
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 5 se muestra si las pacientes tenían hijos menores de 15 años el 70% refirió que no y el 30% dijo que si, cabe resaltar que estudios revelan que la carga emocional negativa aumenta en pacientes con hijos menores de 15 años ya que aún tienen dependencia hacia la madre.

Tabla 5. Hijos menores de 15 años

	Frecuencia	Porcentaje
No	21	70.0
Si	9	30.0
Total	30	100.0

Gráfica 5. Hijos menores de 15 años



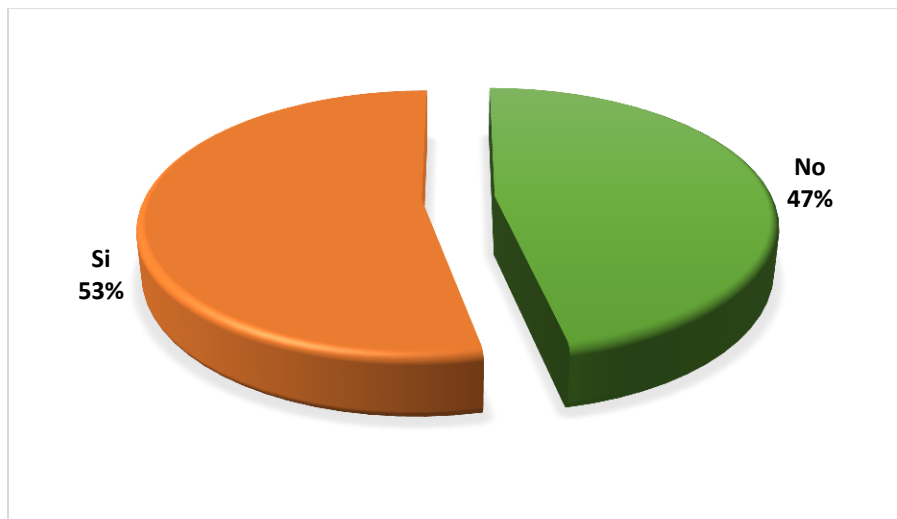
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 6 se muestra el resultado para cirugías previas se observa que el 53.3% de las pacientes si tenían cirugías previas y el 46.7% no, es importante mencionar que de acuerdo a estudios realizados las pacientes con cirugías previas tienen una menor carga emocional negativa ya que, se encuentran familiarizadas con el entorno quirúrgico.

Tabla 6. Cirugías previas

	Frecuencia	Porcentaje
No	14	46.7
Si	16	53.3
Total	30	100.0

Gráfica 6. Cirugías previas



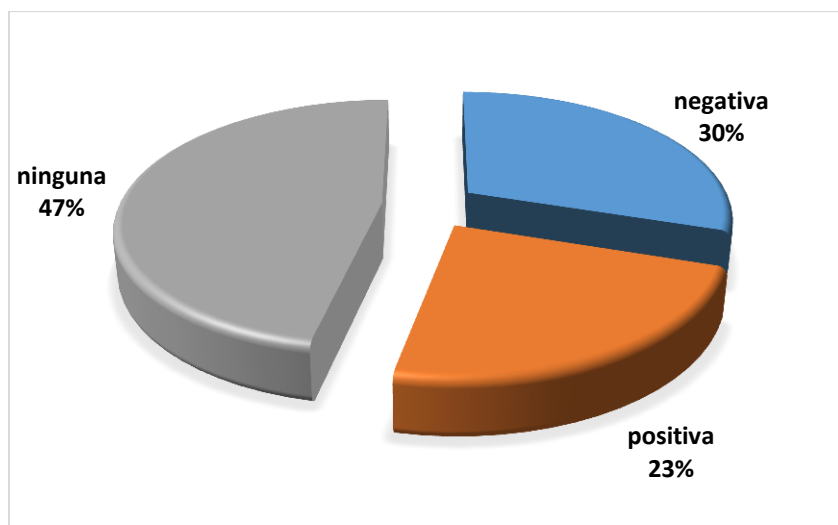
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

La tabla y gráfica 7 muestra el resultado sobre la experiencia en la cirugía previa el 30.0% contestó que positiva y el 23.3% negativa, es importante mencionar que se ha comprobado en investigaciones realizadas que los pacientes que experimentaron una cirugía previa positiva tienen una carga emocional negativa menor, pero quienes experimentaron una cirugía previa negativa, su carga emocional negativa es mayor.

Tabla 7. Si la respuesta fue si ¿cuál fue su experiencia con la cirugía previa?

	Frecuencia	Porcentaje
Negativa	9	30.0
Positiva	7	23.3
Ninguna	14	46.7
Total	30	100.0

Gráfica 7. Si la respuesta fue si ¿cuál fue su experiencia con la cirugía previa?



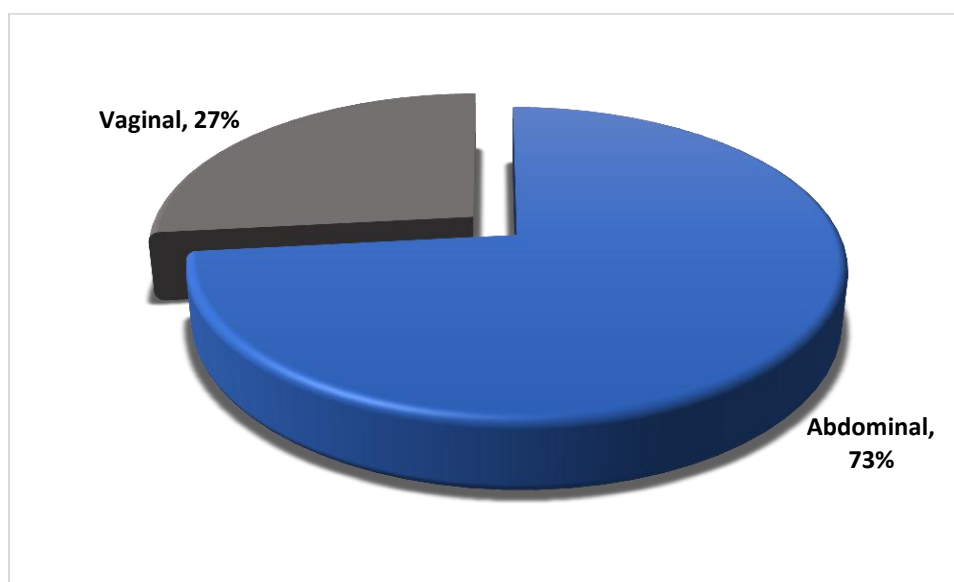
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 8 se muestra el resultado para tipo de histerectomía, se observa que el 73.3% fueron de tipo abdominal y el 26.7% de tipo vaginal, cabe destacar que se observó que la histerectomía abdominal se realizó en el grupo de edad de más de 50 años.

Tabla 8. Tipo de histerectomía que le realizaran

	Frecuencia	Porcentaje
Abdominal	22	73.3
Vaginal	8	26.7
Total	30	100.0

Gráfica 8. Tipo de histerectomía que le realizaran



Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

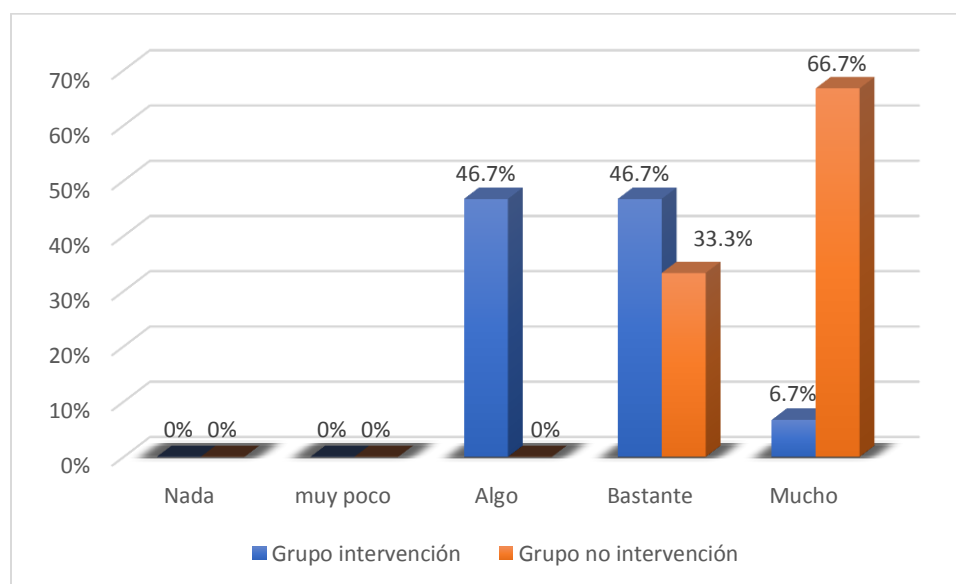
7.2.- Resultados comparativos de la carga emocional negativa y el dolor postquirúrgico entre el grupo control (con visita pre-quirúrgica) y no control (sin visita pre-quirúrgica), para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica.

En la tabla y gráfica 9 se muestra el resultado del temor un día antes de la cirugía, se observa que en el grupo control solo el 6.7% refirió tener mucho temor y en el grupo no control el 66.7%, con esta diferencia significativa entre ambos grupos se comprueba que la orientación brindada en la visita prequirúrgica sobre la dinámica del proceso quirúrgico y el entorno quirúrgico disminuyó el temor de las pacientes del grupo intervención.

Tabla 9. Carga emocional negativa “Temor un día antes de la cirugía”

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0	0	0
muy poco	0	0	0	0
Algo	7	46.7	0	0
Bastante	7	46.7	5	33.3
Mucho	1	6.7	10	66.7
Total	15	100	15	100

Tabla 9. Carga emocional negativa “Temor un día antes de la cirugía”

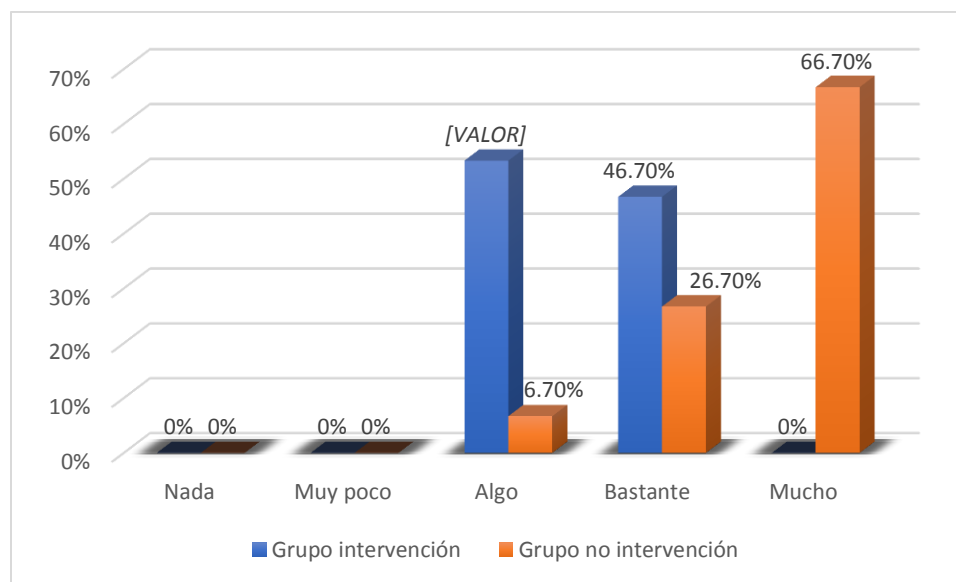


En la tabla y gráfica 10 se muestra el resultado para tensión un día antes, se observa que el 0% del grupo control respondió que sentía mucha tensión, pero en el grupo no control el 66.7% dio esta respuesta, con esta diferencia significativa de más del 50% se comprueba que las técnicas de relajación (respiración profunda, masaje) mostradas al paciente durante la visita prequirúrgica fueron efectivas ya que lograron disminuir los niveles de tensión.

Tabla 10. Carga emocional negativa “Tensión un día antes de la cirugía”

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0	0	0
muy poco	0	0	0	0
Algo	8	53.3	1	6.7
Bastante	7	46.7	4	26.7
Mucho	0	0	10	66.7
Total	15	100	15	100

Gráfica 10. Carga emocional negativa “Tensión un día antes de la cirugía”



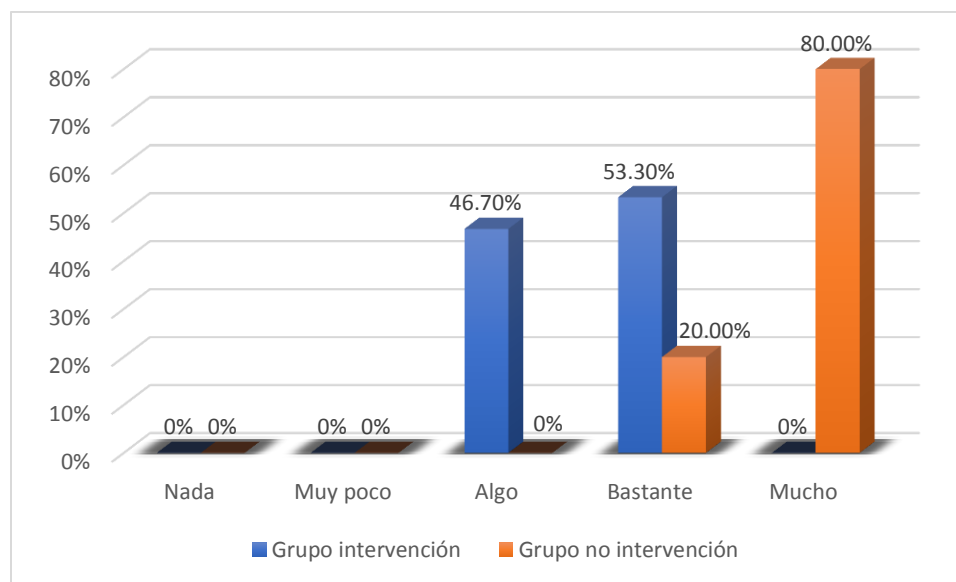
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 11 se muestra el resultado de nerviosismo un día antes de la cirugía, se observa que un 0% del grupo control dio la respuesta mucho, y en grupo no control el 80% dio la misma respuesta, las pacientes refirieron estar muy nerviosas, con esta diferencia significativa se comprueba que la orientación brindada en la visita prequirúrgica sobre el procedimiento en general disminuyó el nerviosismo en las pacientes.

Tabla 11. Carga emocional negativa “Nerviosismo un día antes de la cirugía”

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0	0	0
muy poco	0	0	0	0
Algo	7	46.7	0	0
Bastante	8	53.3	3	20.0
Mucho	0	0	12	80.0
Total	15	100	15	100

Gráfica 11. Carga emocional negativa “Nerviosismo un día antes de la cirugía”



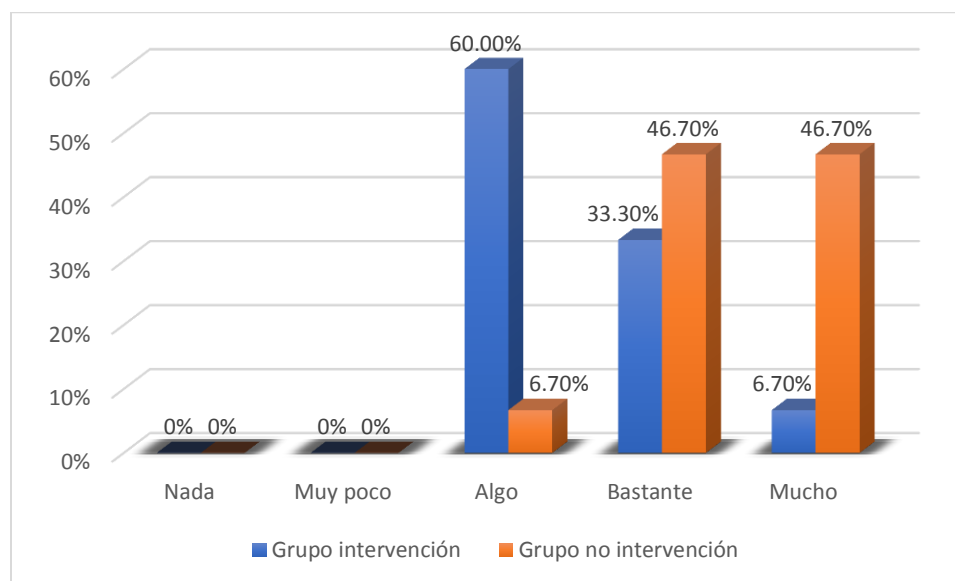
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 12 se muestra el resultado para intranquilidad un día antes de la cirugía, se observa que el 6.7% del grupo control respondió estar muy intranquila, en el grupo no control el 46.7% también dio esta respuesta, con esta diferencia significativa se comprueba que la confianza que se brindó a las pacientes en la visita prequirúrgica sobre el profesionalismo del personal del quirófano y su alta capacidad resolutiva ante alguna complicación les dio mayor tranquilidad.

Tabla 12. Carga emocional negativa “Intranquilidad un día antes de la cirugía”

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0	0	0
muy poco	0	0	0	0
Algo	9	60.0	1	6.7
Bastante	5	33.3	7	46.7
Mucho	1	6.7	7	46.7
Total	15	100	15	100

Gráfica 12. Carga emocional negativa “Intranquilidad un día antes de la cirugía”



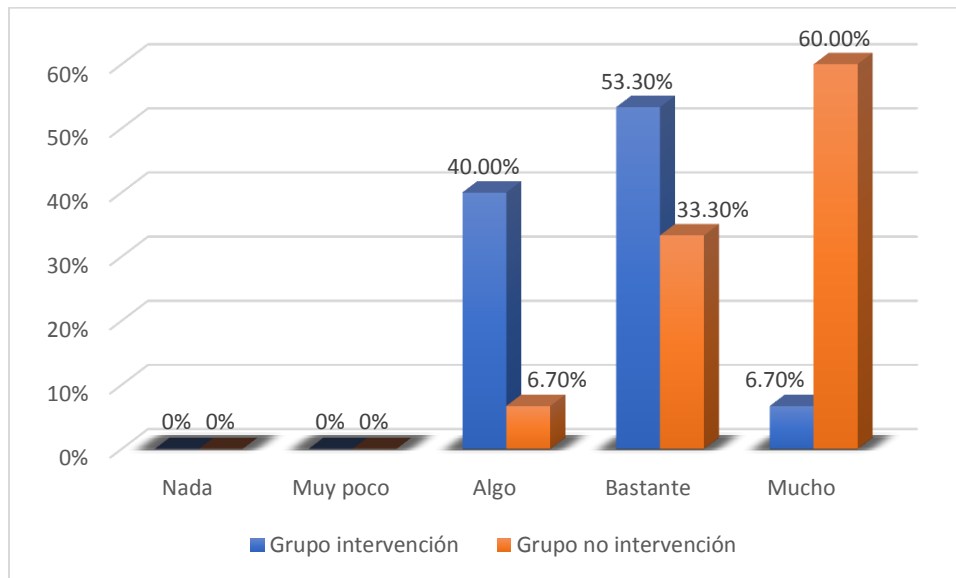
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 13 se muestra el resultado de asustada un día antes de la cirugía, se observa en el grupo control que solo el 6.7% respondió mucho y en el grupo no control el 60.0% también refirió sentirse muy asustada ante el procedimiento quirúrgico.

Tabla 13. Carga emocional negativa “Asustada un día antes de la cirugía”

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0	0	0
muy poco	0	0	0	0
Algo	6	40.0	1	6.7
Bastante	8	53.3	5	33.3
Mucho	1	6.7	9	60.0
Total	15	100	15	100

Gráfica 13. Carga emocional negativa “Asustada un día antes de la cirugía”



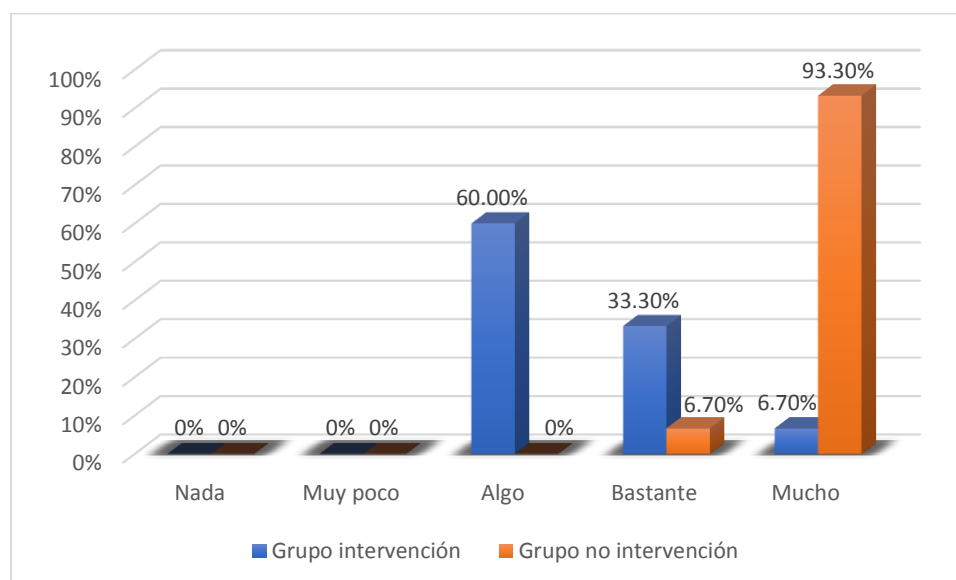
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 14 se muestra el temor 1 hora antes de la cirugía, cabe resaltar que investigaciones revelan que la carga emocional negativa es mayor 1 hora antes del procedimiento, pero en el grupo control se observa que solo el 6.7% respondió tener mucho temor y en el grupo no control el 93.3% dio esta respuesta. Con esta diferencia significativa entre ambos grupos se comprueba que la orientación brindada en la visita prequirúrgica sobre la dinámica del proceso quirúrgico y el entorno quirúrgico disminuyó el temor de las pacientes del grupo intervención.

Tabla 14. Carga emocional negativa “Temor 1 hora antes de la cirugía”

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0	0	0
muy poco	0	0	0	0
Algo	9	60.0	0	0
Bastante	5	33.3	1	6.7
Mucho	1	6.7	14	93.3
Total	15	100	15	100

Gráfica 14. Carga emocional negativa “Temor 1 hora antes de la cirugía”



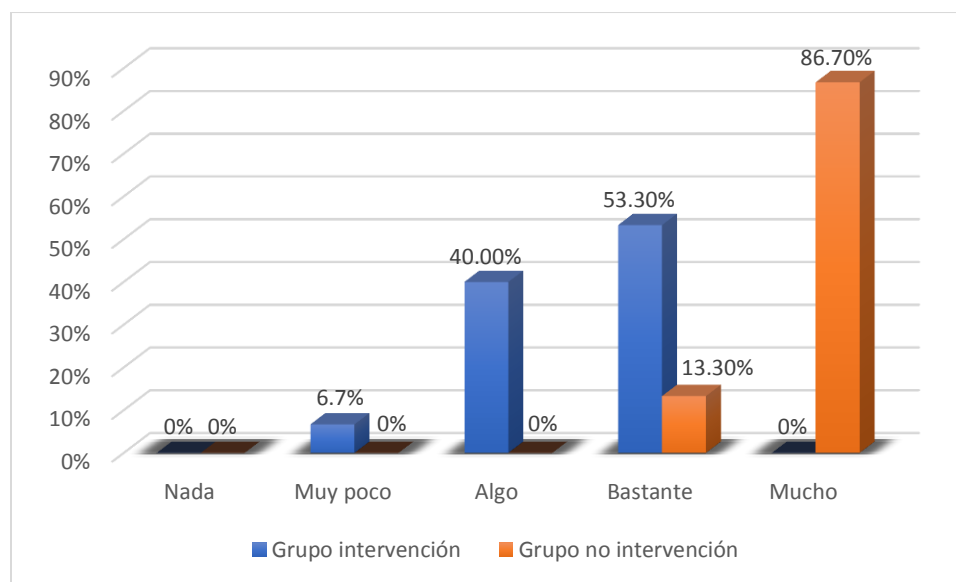
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 15 se muestra el resultado para tensión 1 hora antes de la cirugía, se observa que el 0% del grupo control respondió tener mucha tensión y el 86.7% del grupo no control dio también esta respuesta, se comprueba que las técnicas de relajación (respiración profunda, masaje) mostradas a las pacientes del grupo intervención durante la visita prequirúrgica fueron efectivas ya que lograron disminuir los niveles de tensión.

Tabla 15. Carga emocional negativa “Tensión 1 hora antes de la cirugía”

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0	0	0
muy poco	1	6.7	0	0
Algo	6	40.0	0	0
Bastante	8	53.3	2	13.3
Mucho	0	0	13	86.7
Total	15	100	15	100

Gráfica 15. Carga emocional negativa “Tensión 1 hora antes de la cirugía”



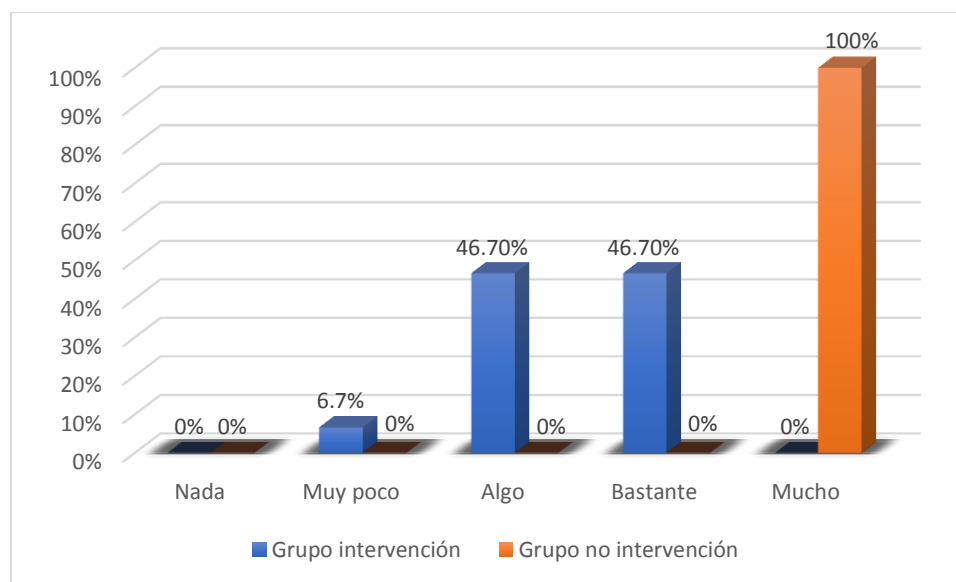
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 16 se muestra el resultado para nerviosismo 1 hora antes de la cirugía, se observa que el 0% del grupo control respondió sentir mucho nerviosismo, y el 100% del grupo no control también refirió sentirse muy nerviosas, con esta diferencia significativa se comprueba que la orientación brindada en la visita prequirúrgica sobre el procedimiento en general disminuyó el nerviosismo en las pacientes.

Tabla 16. Carga emocional negativa “Nerviosismo 1 hora antes de la cirugía”

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0	0	0
muy poco	1	6.7	0	0
Algo	7	46.7	0	0
Bastante	7	46.7	0	0
Mucho	0	0	15	100.0
Total	15	100	15	100

Tabla 16. Carga emocional negativa “Nerviosismo 1 hora antes de la cirugía”



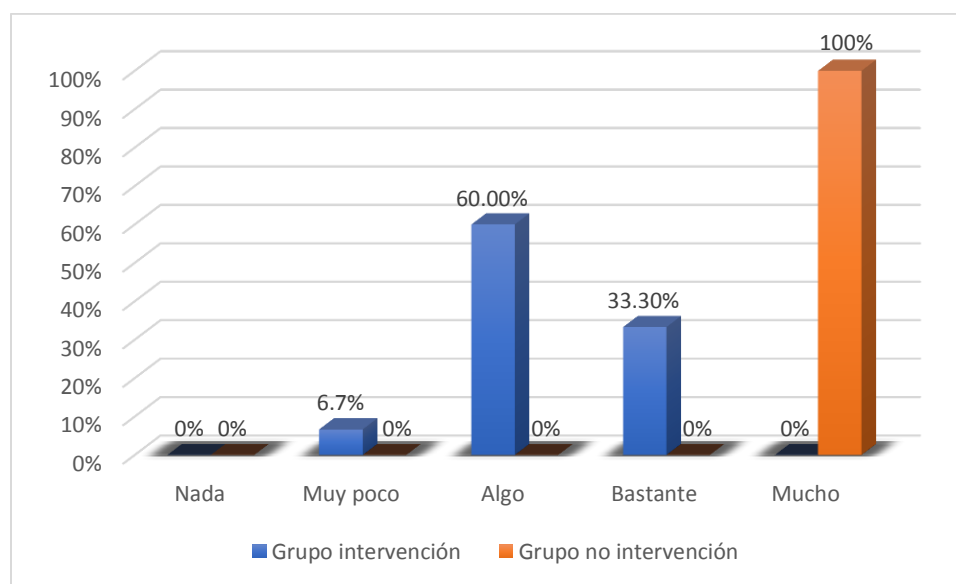
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 16 intranquilidad 1 hora antes de la cirugía se observa que el 0% del grupo control contestó que sentía mucha intranquilidad y en el grupo no control el 100% también dio esta respuesta, con esta diferencia significativa se comprueba que la confianza que se brindó a las pacientes en la visita prequirúrgica sobre el profesionalismo del personal del quirófano y su alta capacidad resolutiva ante alguna complicación les dio mayor tranquilidad.

Tabla 16. Carga emocional negativa “Intranquilidad 1 hora antes de la cirugía”

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0	0	0
muy poco	1	6.7	0	0
Algo	9	60.0	0	0
Bastante	5	33.3	0	0
Mucho	0	0	15	100.0
Total	15	100	15	100

Gráfica 16. Carga emocional negativa “Intranquilidad 1 hora antes de la cirugía”



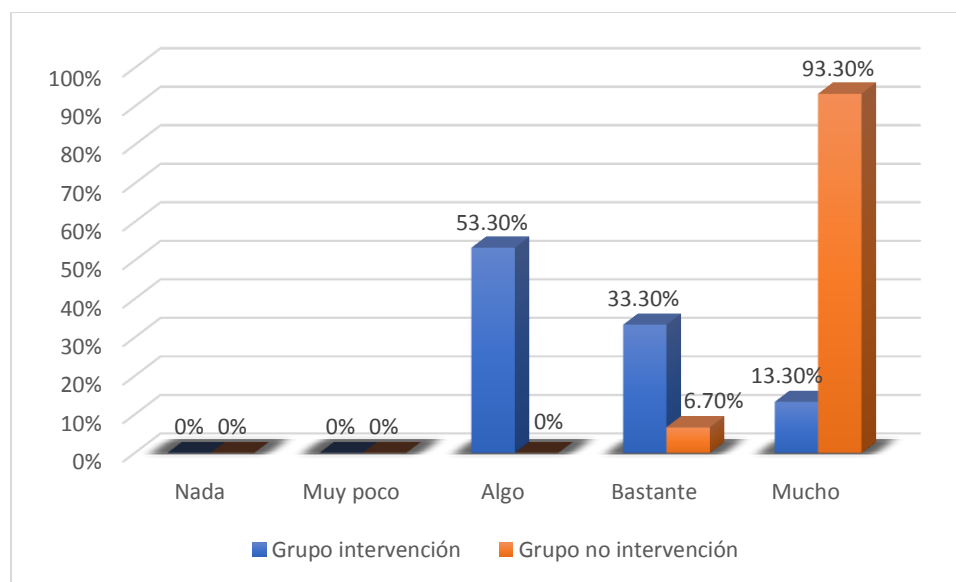
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 17 se muestra el resultado para asustada 1 hora antes de la cirugía, se observa que en el grupo control el 13.3% respondió mucho y en el grupo no control el 93.3% dio la misma respuesta. Cabe destacar que casi el 95% del grupo no intervención contestó mucho y en el grupo intervención el porcentaje que dio esta respuesta fue mínimo, por lo que existe una diferencia significativa entre ambos grupos de estudio.

Tabla 17. Carga emocional negativa “Asustada 1 hora antes de la cirugía”

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0	0	0
muy poco	0	0	0	0
Algo	8	53.3	0	0
Bastante	5	33.3	1	6.7
Mucho	2	13.3	14	93.3
Total	15	100	15	100

Tabla 17. Carga emocional negativa “Asustada 1 hora antes de la cirugía”



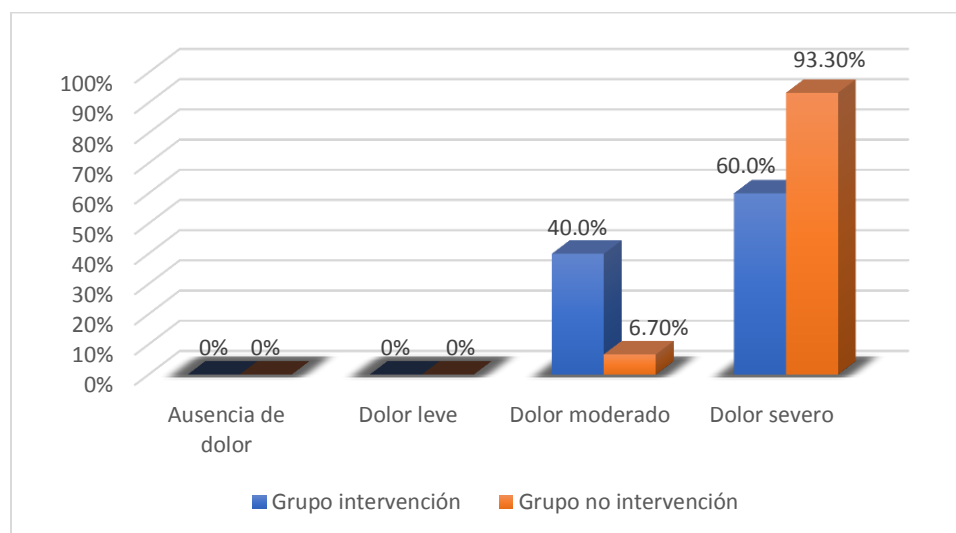
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 2 se observa el nivel del dolor posterior a la cirugía 1 hora en la sala de recuperación, el 60.0% del grupo control presento dolor severo al igual que el 93.3 del grupo no control, entre ambos grupos hubo una diferencia porcentual de 33.3%, cabe destacar que el dolor se evaluó 1 hora después de la salida del quirófano considerando que pasaran los efectos de analgesia y anestesia.

Tabla 18. Dolor posterior a la cirugía 1 hora en la sala de recuperación

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de dolor	0	0	0	0
Dolor leve	0	0	0	0
Dolor moderado	6	40.0	1	6.7
Dolor severo	9	60.0	14	93.3
Total	15	5	15	100

Gráfica 18. Dolor posterior a la cirugía 1 hora en la sala de recuperación



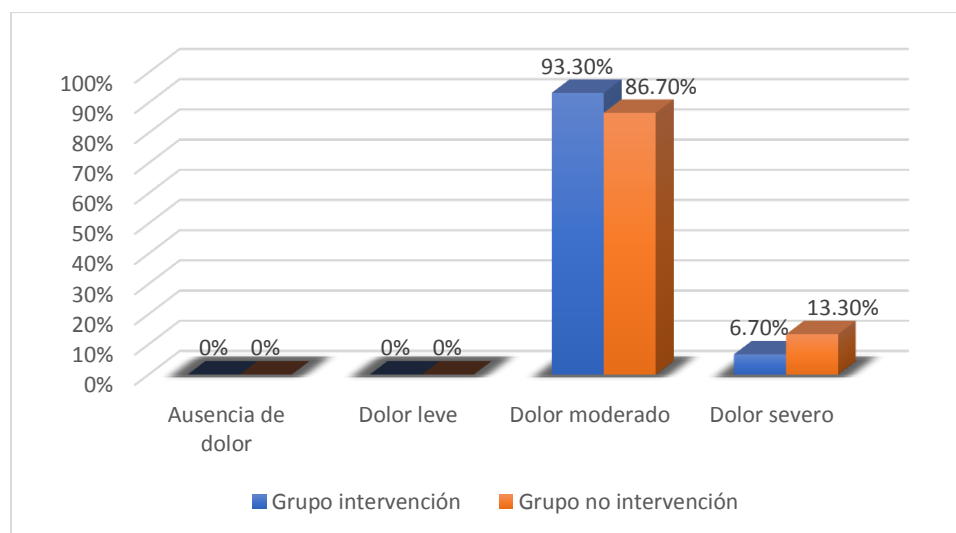
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 19 se muestra el resultado del nivel del dolor 12 horas posteriores a la cirugía, en el grupo control el 6.7% presentó dolor severo y en el grupo no control el 13.7% con una diferencia porcentual entre ambos grupos de 6.6%

Tabla 19. Dolor a las 12 horas posteriores a la cirugía

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de dolor	0	0	0	0
Dolor leve	0	0	0	0
Dolor moderado	14	93.3%	13	86.7
Dolor severo	1	6.7%	2	13.3
Total	15	100%	15	100

Gráfica 19. Dolor a las 12 horas posteriores a la cirugía



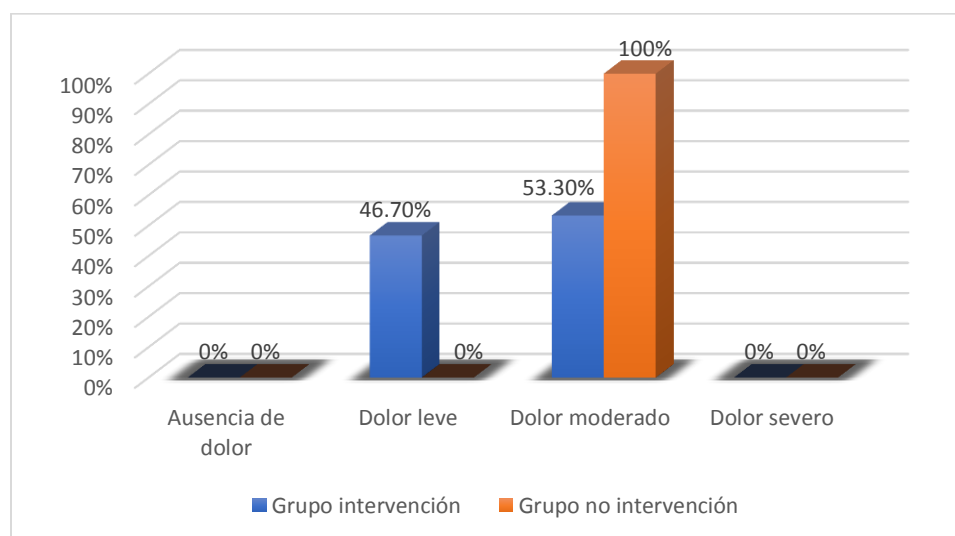
Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

En la tabla y gráfica 20 se muestra el resultado del nivel del dolor a las 24 horas posteriores a la cirugía, es importante resaltar que el 46.7% del grupo control refirió tener dolor leve, pero el 100 del grupo no control aun presentaban dolor moderado, al observar esta diferencia entre un grupo y otro se comprueba la efectividad de la visita prequirúrgica ya que al disminuir la carga emocional negativa también disminuyó el nivel del dolor en los pacientes del grupo intervención.

Tabla 20. Dolor a las 24 horas posteriores a la cirugía

	Grupo control		Grupo no control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de dolor	0	0	0	0
Dolor leve	7	46.7%	0	0
Dolor moderado	8	53.3%	15	100.0
Dolor severo	0	0	0	0
Total	15	100%	15	100

Gráfica 20. Dolor a las 24 horas posteriores a la cirugía



Fuente: Cuestionario para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica aplicado a pacientes de histerectomía en el Hospital General de Acapulco en el 2017.

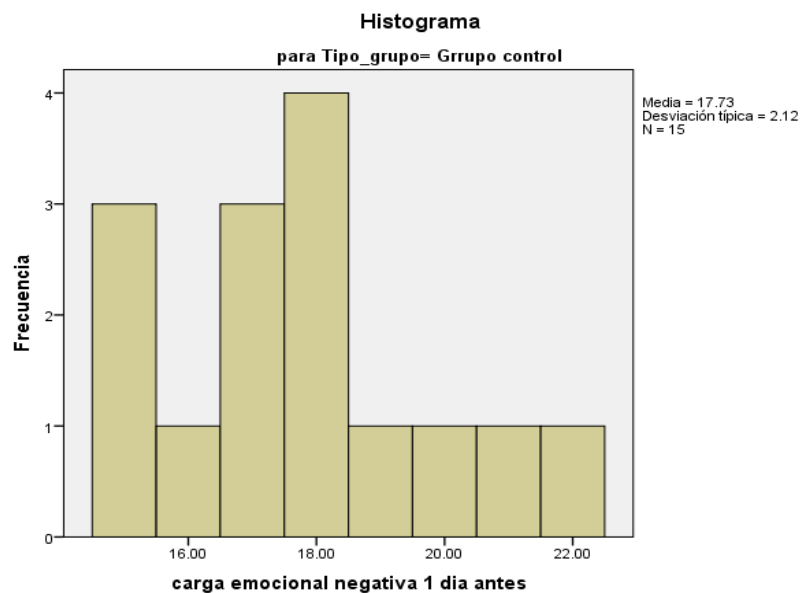
En la tabla 21 se muestra la prueba de normalidad mediante la prueba de Shapiro Wilks, se encontró que la carga emocional negativa un día antes en el grupo control y la carga emocional negativa una hora antes en el grupo control no presentaron normalidad, debido a que se rechaza la hipótesis de normalidad con un nivel de significancia 0.05 (Gráficas 21, 22, 23 y 24).

Tabla 21. Pruebas de normalidad

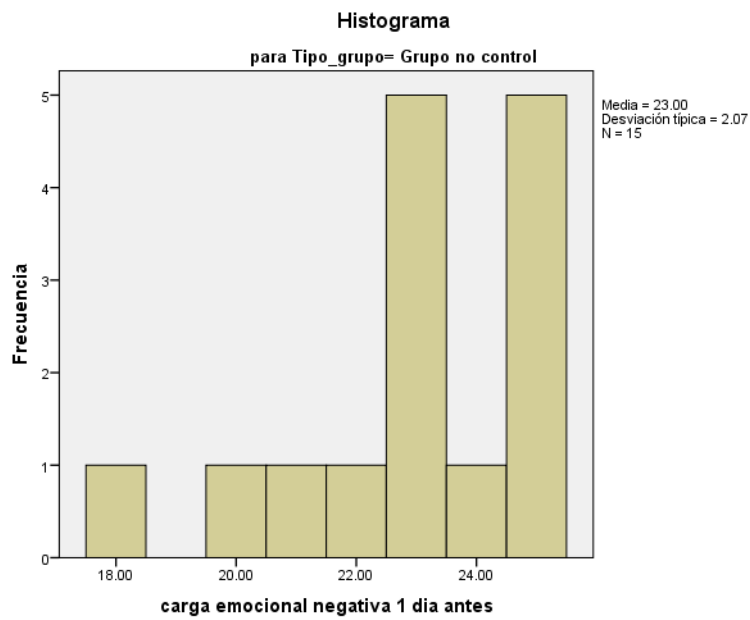
	Tipo de grupo	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Carga emocional negativa 1 día antes	Grupo control	0.934	15	0.31
	Grupo no control	0.859	15	0.023
Carga emocional negativa 1 hora antes	Grupo control	0.902	15	0.102
	Grupo no control	0.525	15	0

a. Corrección de la significación de Lilliefors

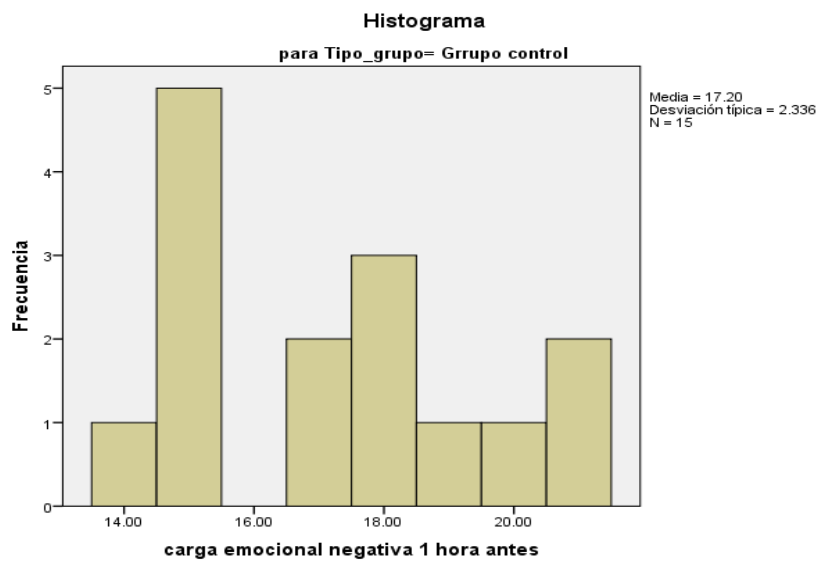
Gráfica 21. Histograma grupo control carga emocional negativa 1 día antes de la cirugía.



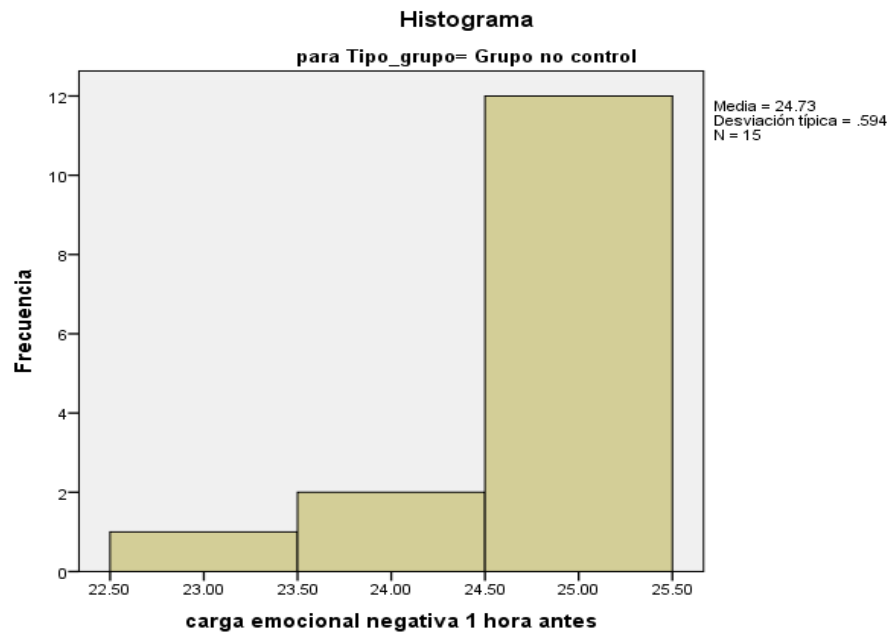
Gráfica 22. Histograma grupo no control carga emocional negativa 1 día antes de la cirugía.



Gráfica 23. Histograma grupo control carga emocional negativa 1 hora antes de la cirugía.



Gráfica 24. Histograma grupo no control carga emocional negativa 1 hora antes de la cirugía



La tabla 22 muestra los rangos promedios de la prueba Mann Whitney, lo cual se observa que el grupo control obtuvo menor puntuación sobre la carga negativa un día antes. También el grupo control obtuvo menor rango promedio en la carga emocional negativa una hora antes de la cirugía.

Tabla 22. Prueba de rangos

Rangos				
	Tipo de grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
carga emocional negativa 1 día antes	Grupo control	15	8.70	130.50
	Grupo control no	15	22.30	334.50
	Total	30		
carga emocional negativa 1 hora antes	Grupo control	15	8.00	120.00
	Grupo control no	15	23.00	345.00
	Total	30		

La prueba de Mann Whitney, lo cual se muestra en la tabla 23, se obtuvo un p-valor de 0.000, esto indica que la carga emocional negativa un día y una hora antes de la cirugía difieren entre el grupo control y no control, siendo significativa la diferencia con un nivel de significancia de 0.05

Tabla 23. Prueba de Mann-Whitney

Estadísticos de contraste^a		
	carga emocional negativa 1 día antes	carga emocional negativa 1 hora antes
U de Mann-Whitney	10.500	.000
W de Wilcoxon	130.500	120.000
Z	-4.265	-4.838
Sig. asintót. (bilateral)	.000	.000
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	.000 ^b	.000 ^b

a. Variable de agrupación: Tipo de grupo

b. No corregidos para los empates.

En la tabla 24 se muestra la clasificación del dolor posterior a la cirugía del grupo control y no control, se encontró que el grupo control el 40% de los pacientes posterior a la cirugía presentó dolor moderado y un 60% presentó dolor severo. En el grupo no control, después de la cirugía solo el 6.7% presentó dolor moderado, pero el 93.3% presentó dolor severo.

Tabla 24. Tabla de clasificación del dolor 1 hora posterior en sala de recuperación

Tabla de contingencia					
			Dolor una hora posterior a la cirugía en la sala de recuperación		Total
			dolor moderado	dolor severo	
Tipo de grupo	Grupo control	Recuento	6	9	15
		% dentro de Tipo de grupo	40.0%	60.0%	100.0%
	Grupo no control	Recuento	1	14	15
		% dentro de Tipo de grupo	6.7%	93.3%	100.0%
Total		Recuento	7	23	30
		% dentro de Tipo de grupo	23.3%	76.7%	100.0%

Con respecto a la clasificación del dolor 12 horas posterior a la operación, se encontró que solo el 6.7% de los pacientes presentaron dolor severo. En pacientes del grupo no control, el 13.3% presentó dolor severo, siendo un porcentaje mayor en pacientes no intervenidos educativamente que en pacientes del grupo control.

Tabla 25. Tabla de clasificación del dolor a las 12 horas posteriores a la cirugía

Tabla de contingencia					
			Dolor a las 12 horas posteriores a la cirugía		Total
			dolor moderado	dolor severo	
Tipo de grupo	Grupo control	Recuento	14	1	15
		% dentro de Tipo de grupo	93.3%	6.7%	100.0%
	Grupo no control	Recuento	13	2	15
		% dentro de Tipo de grupo	86.7%	13.3%	100.0%
Total		Recuento	27	3	30
		% dentro de Tipo de grupo	90.0%	10.0%	100.0%

Con respecto a la clasificación del dolor a las 24 horas posteriores a la cirugía, se encontró que el grupo no control, el 100% de los pacientes del grupo no control tuvieron dolor moderado. En el grupo control solo se encontró un 53.3% de los pacientes que presentaron dolor moderado y el 46.7% sintió dolor leve, tal como se muestra en la tabla 26.

Tabla 26. Tabla de clasificación del dolor a las 24 horas posteriores a la cirugía

Tabla de contingencia					
			Dolor a las 24 horas posteriores a la cirugía		Total
			dolor leve	dolor moderado	
Tipo de grupo	Grupo control	Recuento	7	8	15
		% dentro de Tipo de grupo	46.7%	53.3%	100.0%
	Grupo no control	Recuento	0	15	15
		% dentro de Tipo de grupo	0.0%	100.0%	100.0%
Total		Recuento	7	23	30
		% dentro de Tipo de grupo	23.3%	76.7%	100.0%

Con respecto a la carga emocional negativo 24 horas antes de la cirugía, se encontró un 80% de pacientes intervenidos que tuvieron algo de negatividad. En pacientes no intervenidos, se encontró un 60% de pacientes con bastante negatividad y un 33.3% obtuvo mucha negatividad, así se observa en la tabla 27.

Tabla 27. Tabla de clasificación de la carga negativa 24 antes

		carga emocional negativa 24 horas antes			Total
		Algo de negatividad	Bastante de negatividad	Mucha negatividad	
intervención	Recuento	12	3	0	15
	% dentro de tipo	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%
no intervención	Recuento	1	9	5	15
	% dentro de tipo	6.7%	60.0%	33.3%	100.0%
Total	Recuento	13	12	5	30
	% dentro de tipo	43.3%	40.0%	16.7%	100.0%

En la tabla 28 se muestra que el grupo intervención el 73.3% de los pacientes tuvo algo de negatividad una hora antes. El grupo no intervención, el 80% de los pacientes tuvieron mucha negatividad.

Tabla 28. Tabla de clasificación de la carga negativa 1 hora antes

		carga emocional negativa 1 hora antes				Total
		Muy poca negatividad	Algo de negatividad	Bastante de negatividad	Mucha negatividad	
intervención	Recuento	1	11	3	0	15
	% dentro de tipo	6.7%	73.3%	20.0%	0.0%	100.0%
no intervención	Recuento	0	0	3	12	15
	% dentro de tipo	0.0%	0.0%	20.0%	80.0%	100.0%
Total	Recuento	1	11	6	12	30
	% dentro de tipo	3.3%	36.7%	20.0%	40.0%	100.0%

8.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo a la escala Likert se encontró que en el grupo control (con visita prequirúrgica) el 73.3% de los pacientes tuvieron algo de carga emocional negativa, el 80% de los pacientes alcanzaron mucha carga emocional negativa una hora antes de la cirugía. Después de 24 horas, el 80% de los pacientes del grupo control obtuvieron algo de carga emocional negativa y en el grupo no control (sin visita prequirúrgica) el 60% de los pacientes presentaron bastante carga emocional negativa.

Con respecto al dolor, en el grupo control el 60% de los pacientes presentaron dolor una hora posterior a la cirugía, pero en el grupo no control el 93.3% de los pacientes tuvieron dolor severo una hora posterior a la cirugía. 12 horas después el grupo control el 93.3% presentó dolor moderado, pero el grupo no control el 86.7% presentó dolor moderado.

Con respecto a la pregunta de investigación y la hipótesis se encontró que la intervención prequirúrgica sobre la carga emocional negativa y el dolor postquirúrgico en el hospital general Acapulco fue efectiva, por lo que se concluye que se ha alcanzado el objetivo propuesto, ya que se determinó la efectividad de la visita prequirúrgica sobre la carga emocional negativa y dolor post-quirúrgico en pacientes de histerectomía del hospital general Acapulco en 2017.

Sugerencias:

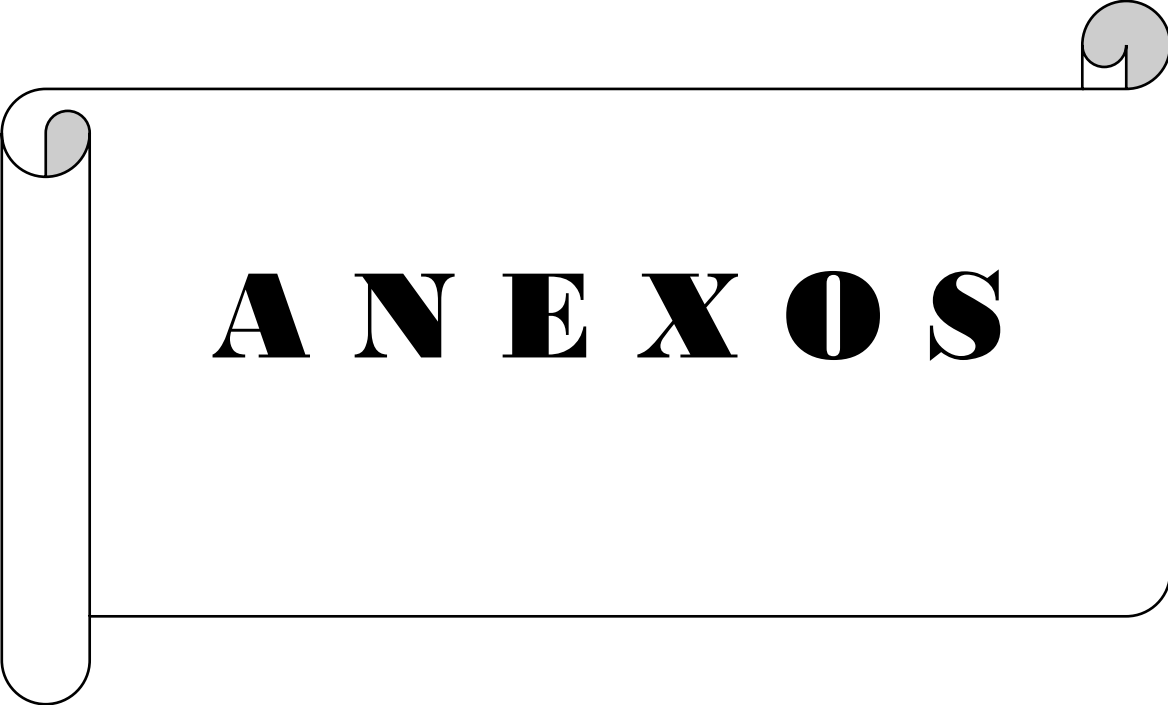
- Sensibilizar al personal de enfermería del área quirúrgica sobre la importancia de realizar la visita pre-quirúrgica y los múltiples beneficios que esta ofrece al paciente quirúrgico.
- Implementar una guía de visita pre-quirúrgica que le permita al profesional de enfermería seguir los pasos secuenciales de esta sin omisión alguna.
- Capacitar al personal del área quirúrgica en el manejo de emociones negativas en el paciente quirúrgico.

9.- BIBLIOGRAFÍA

- Archundia, A. (2015). *Respuesta metabólica al traumatismo quirúrgico*. Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1431§ionid=97876699>
- Barrillero J. A., Casero J. A., Cebrian F., Córdoba C. A., García F., González G., Martínez H., Pérez J. y Tebar F. J. (2012). *Ansiedad y cirugía repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada*. Disponible en: <https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>
- Castro T. (2015). *Ansiedad en el paciente prequirúrgico y visita prequirúrgica: Programa de enfermería para disminución de los niveles de ansiedad*. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/1179>
- Ciercoles J., Mur Nuria, Del hierro A., Moreno J., Montoya P., Pastor L., Rica A., Rodríguez M. T., Romero C. y Valero A. *Proyecto de visita preoperatoria de enfermería bloque quirúrgico de traumatología y cirugía plástica Hospital Universitario de la Paz*. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/DB2955BE-57F6-41F4-9C4F-F84B5BD6995F/cd89bcf7-4219-4d46-b222-d93d3d4e7316/cd89bcf7-4219-4d46-b222-d93d3d4e7316.pdf>
- Correa J. L. (2015). *Impacto de la histerectomía abdominal total y de la histerectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida. La satisfacción sexual. Estudio de cohortes Medellín, 2015*. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2977/0>
- Delgadillo G. L. (2016). *Nivel de ansiedad del paciente en el pre quirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho*. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5800/2/Delgadillo>
- Diez, E., Arróspide, A., Mar, J., Álvarez, U., Beláustegui, A., Lizaur, B., Larrañaga, A. y Arana, J. (2012). *Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos*. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-efectividad-una-intervencion-preoperatoria-enfermeria-S1130862111001896>
- Fortacin C. (2015). *Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar*. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/193721>

- Guerrero, A. I (2012). *Valoración del dolor en el paciente en el postoperatorio de la artroplastia de cadera.* Disponible en: http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/4197/3/TFM_Ana%20Isabel%20Guerrero%20Rodr%C3%ADguez.pdf
- González J. M. (2014). *Efectividad de una intervención enfermera para la adaptación quirúrgica del paciente hipertenso.* Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/89>
- González T. y Casal A. Ma. (2012). *Aspecto psicológicos en el paciente quirúrgico.* Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/89>
- Gordillo F., Arana J. M. y Mestas L. (2012). *Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos.* Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008
- Guillen J. F. (2012). *Información preoperatoria, ansiedad y capacidad de afrontamiento ante el proceso quirúrgico y evolución postoperatoria.* Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/23077037.pdf>
- Hernández A. I., López A. J. y Guzmán J. A. (2015). *Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía un estudio transversal descriptivo.* Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am161b.pdf>
- Jiménez G. A., Bermúdez Y., y Arango L. (2012) *Trabajos originales: Educación al paciente quirúrgico.* Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve181/educacion-paciente-quirurgico/>
- León M.C. (2017). *Visita prequirúrgica e información a familiares y pacientes.* Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/visita-prequirurgica-informacion-familiares-pacientes/>
- Martin M. J. (2016). *El proceso enfermero desde el preoperatorio y la visita prequirúrgica en urgencias en cesárea.* Disponible en: https://issuu.com/formacionaxarquia/docs/3ces_rea_2011._unidad_3._mar_a_jes_s_mart_n
- Moral L. (2012). *La escala de afecto positivo y negativo (panas) en parejas casadas mexicanas.* Disponible en: <file:///D:/Users/soportecnico/Downloads/Dialnet-LaEscalaDeAfectoPositivoYNegativoPANASEnParejasCas->

- Barbosa. (2014). *Memoria de solicitud de proyecto de investigación*. Disponible en: <http://www.eulate.net/forandalus/documentos/Documento8.pdf>
- Ojeda T. M. y Barbón O. G. (2012). *Principales temores preoperatorios en los pacientes de cirugía electiva. Lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica*. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v17n3/rcur03315.pdf>
- Ochoa L., Iruretagoyena M. (2012). *Efectividad de la visita prequirúrgica en la reducción de la ansiedad*. Disponible en: http://congreso enfermeria.es/libros/2015/salas/sala2/p_574.pdf
- Piqueras J. A. (2012). *Emociones negativas y su impacto en la salud mental*. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1342/134213131007/>
- Pueyo, C. (2012). *¿Cree que tiene la suficiente información como para entrar a un quirófano a ser intervenido quirúrgicamente de cáncer de mama?* Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/6124/PROYECTO%20CINTIA>.
- Real Academia Española. (2017). *Diccionario de la Real lengua española*. Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Rojas M. J. y Azevedo D. (2013). *Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumana Venezuela*. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=427739463006>
- Sandin B. (2009). *Escala Panas de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural*. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/229.pdf>
- Sierra J. C. (2012). *Ansiedad, Angustia y estrés tres aspectos a diferenciar*. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Torres D. y Priego H. (2012). *Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica*. Disponible en: [file:///C:/Users/Es1/Downloads/Dialnet-CalidadDeLaVisitaPreoperatoriaDeLaEnfermeraQuirurg-5305285%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Es1/Downloads/Dialnet-CalidadDeLaVisitaPreoperatoriaDeLaEnfermeraQuirurg-5305285%20(2).pdf)
- Vargas R. y Herrera C. (2012). *Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en caso de cirugía mayor y su relación con la ansiedad*. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/448/44823378010.pdf>



A) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en la investigación titulada: “Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la carga emocional negativa y dolor post-quirúrgico en pacientes de histerectomía del Hospital General Acapulco 2017”.

En una investigación sin riesgo en la que se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar una serie de preguntas referentes a mis datos sociodemográficos, y antes de entrar a mí cirugía medirán mi carga emocional y al salir de la cirugía medirán mi nivel de dolor.

Declaró que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: no existe riesgo para mi persona, inconveniente ni molestias,, el beneficio que se obtendrán de esta investigación: es elevar la calidad de atención a los pacientes quirúrgicos, mejorando la atención que proporciona el personal de enfermería, los investigadores se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Me han dado la seguridad de que se guardara el anonimato de mis respuestas y los datos relacionados con mi privacidad.

Iniciales de nombre y apellido: _____
Firma o huella digital _____
Fecha y lugar: _____

**POSGRADO DE ENFERMERÍA
 ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA
 GENERACIÓN 2016-2018**

B) INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

GRUPO: _____ **FOLIO:** _____

1. Datos sociodemográficos:

Subraye la opción deseada

<p align="center">1. ¿Qué edad tiene?</p> <p>1. Menor de 20 años 2. 21-30 años 3. 31-40 años 4. 41-50 años 5. Más de 50 años</p>	<p align="center">2. ¿Cuál es su estado civil?</p> <p>1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Divorciada 5. viuda</p>
<p align="center">3. ¿Qué estudios tiene?</p> <p>1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Carrera profesional o técnica 5. ninguno</p>	<p align="center">4. ¿A qué se dedica?</p> <p>1. Ama de casa 2. comerciante 3. Empleada 4. otros</p>
<p align="center">5. ¿Tiene hijos menores de 15 años?</p> <p>1. No 2. Si</p>	<p align="center">6. ¿Le han realizado cirugías antes?</p> <p>1. No 2. Si</p>
<p align="center">7. Si su respuesta fue si ¿cómo fue su experiencia con la cirugía realizada?</p>	<p align="center">8. ¿Qué tipo de histerectomía le realizaran?</p>
<p>1. Negativa 2. Positiva 3. ninguna</p>	<p>1. Abdominal 2. Vaginal</p>

2. Carga Emocional negativa

Escala PANAS un día antes de la cirugía

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y tacha la puntuación de 1 a 5 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento, no hay respuestas buenas ni malas, no emplee demasiado tiempo en cada frase.

¿Cómo me siento?		Nada	Muy poco	algo	Bastante	mucho
1	Interesado	1	2	3	4	5
2	Dispuesto	1	2	3	4	5
3	Animado	1	2	3	4	5
4	Disgustado/enfadado	1	2	3	4	5
5	Enérgico	1	2	3	4	5
6	Culpable	1	2	3	4	5
7	Temeroso	1	2	3	4	5
8	Enojado	1	2	3	4	5
9	Entusiasmado	1	2	3	4	5
10	Orgullosa	1	2	3	4	5
11	Irritado	1	2	3	4	5
12	Tenso	1	2	3	4	5
13	Avergonzado	1	2	3	4	5
14	inspirado	1	2	3	4	5
15	Nervioso	1	2	3	4	5
16	Decidido	1	2	3	4	5
17	Atento	1	2	3	4	5
18	intranquilo	1	2	3	4	5
19	Activo	1	2	3	4	5
20	asustado	1	2	3	4	5

Puntaje obtenido total _____

9. Puntaje de emociones negativas (temeroso, tenso, nervioso, intranquilo, asustado) _____

Escala PANAS 1 hora antes de la cirugía

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y tacha la puntuación de 1 a 5 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento, no hay respuestas buenas ni malas, no emplee demasiado tiempo en cada frase.

¿Cómo me siento?		Nada	Muy poco	algo	Bastante	mucho
1	Interesado	1	2	3	4	5
2	Dispuesto	1	2	3	4	5
3	Animado	1	2	3	4	5
4	Disgustado/enfadado	1	2	3	4	5
5	Enérgico	1	2	3	4	5
6	Culpable	1	2	3	4	5
7	Temeroso	1	2	3	4	5
8	Enojado	1	2	3	4	5
9	Entusiasmado	1	2	3	4	5
10	Orgullosa	1	2	3	4	5
11	Irritado	1	2	3	4	5
12	Tenso	1	2	3	4	5
13	Avergonzado	1	2	3	4	5
14	inspirado	1	2	3	4	5
15	Nervioso	1	2	3	4	5
16	Decidido	1	2	3	4	5
17	Atento	1	2	3	4	5
18	intranquilo	1	2	3	4	5
19	Activo	1	2	3	4	5
20	asustado	1	2	3	4	5

Puntaje obtenido total _____

10. Puntaje de emociones negativas (temeroso, tenso, nervioso, intranquilo, asustado) _____

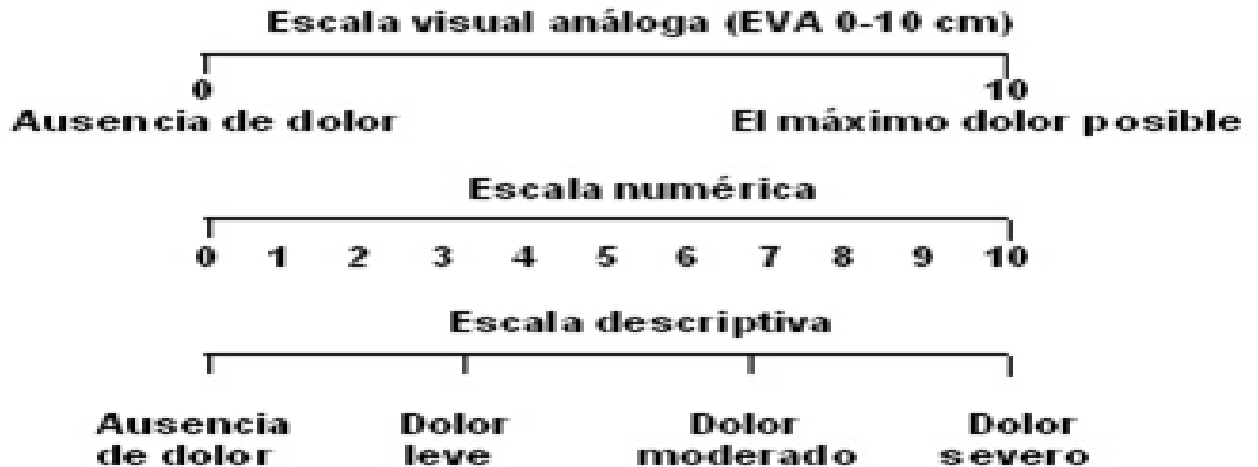
3. Valoración del dolor

De acuerdo a la Escala Visual Análoga del dolor señala el número que mejor describe tu nivel de dolor:

Posterior a la cirugía en sala de recuperación 1 hora después **X**

12 horas posteriores a la cirugía

24 horas posterior a la cirugía



11. ¿Qué puntaje de acuerdo a la escala de EVA presenta la paciente posterior a la cirugía en la sala de recuperación?

12. ¿Qué puntaje de acuerdo a la escala de EVA presenta la paciente a las 12 horas posteriores a la intervención quirúrgica?

13. ¿Qué puntaje de acuerdo a la escala de EVA presenta la paciente a las 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica?

C) GUÍA DE VISITA PREQUIRÚRGICA

FICHA DESCRIPTIVA DE LA VISITA PREQUIRÚRGICA	
Título	Guía de visita prequirúrgica.
Objetivo	Demostrar la eficacia de la visita prequirúrgica sobre la carga emocional negativa y el dolor postquirúrgico.
Área de conocimiento	Educación al paciente quirúrgico.
Modalidad	Presencial.
Sede	Servicio de cirugía y recuperación del Hospital General Acapulco.
Fecha	Del 1 de septiembre al 30 de noviembre del 2017.
Población	Pacientes programadas para histerectomía.
Horario	Matutino y vespertino
Recursos didácticos	Rotafolio y tríptico.
Recursos humanos	Josué Camacho Cruz. Sofía Mabel Sánchez Guadarrama. María de la Luz Romero Avellaneda. Alumnos de la especialidad de Enfermería Médico Quirúrgica de la Facultad de Enfermería No 2 de la UAGRO.

GUÍA DE VISITA PREQUIRÚRGICA

Objetivos Generales:

- Aumentar el conocimiento del paciente sobre el proceso quirúrgico.
- Disminuir la carga emocional negativa en el preoperatorio.
- Mejorar el nivel del dolor en el postquirúrgico.

Objetivos Específicos:

- Familiarizar al paciente y a su familia con el circuito prequirúrgico, transquirúrgico y postquirúrgico inmediato.
- Valorar los conocimientos del enfermo sobre los sistemas de analgesia.
- Aumentar el grado de conocimiento del sistema (descripción física visual), de los elementos utilizados, de las acciones que se pondrán en marcha y de los profesionales implicados en las mismas.
- Proporcionar información sobre las acciones que se pondrán en marcha a partir de su ingreso y justificación de las mismas.
- Dar a conocer al enfermo y la familia el circuito de información en el postoperatorio inmediato.
- Informar al paciente y a la familia sobre su derecho a no padecer dolor innecesariamente.
- Informar sobre los mecanismos para el control del dolor
- Dar la opción al enfermo y la familia de consultar dudas.

GUÍA DE VISITA PREQUIRÚRGICA

FASES	ACCIONES	DIMENSIÓN DE ANÁLISIS
<p style="text-align: center;">FASE I ASESORÍA AL PACIENTE</p>	<p>Presentarse con el paciente en su habitación invitándolo a participar en el estudio, explicándole los beneficios y posibles inconvenientes. Aplicar el instrumento de recolección de información. Informar ampliamente sobre el procedimiento quirúrgico que se le realizara (histerectomía). Informar posibles riesgos y complicaciones de la cirugía. Proporcionar información para reducir la carga emocional negativa del paciente sobre la fecha, hora y lugar para la cirugía, duración aproximada de la intervención quirúrgica. Da tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. Reforzar la confianza del paciente. Enseñanza previa del manejo del dolor y cuidados postoperatorios. Proporcionar apoyo psicológico.</p>	<p style="text-align: center;">Calidad humana</p>
<p style="text-align: center;">FASE II VERIFICACIÓN DEL HISTORIAL CLÍNICO</p>	<p>Verificar expediente clínico del paciente para: Obtener información acerca de su historia clínica, estado físico y psíquico. Verificar antecedentes quirúrgicos previos. Verificar antecedentes anestésicos. Verificar pruebas de laboratorio necesarias actualizadas. Verificar antecedentes de alergias. Verificación de estudios de gabinete. Verifica antecedentes de transfusión. Verificación de solicitud de autorización quirúrgica debidamente firmado por el paciente si se encuentra en sus facultades y por el familiar responsable.</p>	<p style="text-align: center;">Calidad técnica</p>
<p style="text-align: center;">FASE III VALORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE</p>	<p>Verificar la higiene general del paciente (baño antes de la cirugía, bata limpia, tendido de cama, sábanas y cobertores). Verificar si la vena esta permeable. Verificar parámetros de signos vitales. Comprobar que el paciente vaya sin alhajas, prótesis, que las uñas no contengan esmalte. Verificar colocación de gorro si el cabello es largo se realiza una trenza. Verificación de la colocación de vendas elásticas en las extremidades inferiores.</p>	<p style="text-align: center;">Calidad técnica</p>
<p style="text-align: center;">FASE IV VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE INDICACIONES MEDICAS</p>	<p>Corroborar indicaciones pertinentes: Realización de tricotomía. Preparación intestinal. Premeditación. Corroborar ayuno de 80 horas. Colocación de catéter central y sonda Foley. Disponibilidad de sangre y derivados. Disponibilidad de material y medicamentos necesarios para la cirugía.</p>	<p style="text-align: center;">Calidad técnica</p>

Como elementos de apoyo en esta fase se emplean:

Rotafolio, conteniendo información adaptada al nivel sociocultural de las pacientes programadas para histerectomía, se incluyen información sobre la descripción del área física (sala de recuperación y quirófano), descripción del procedimiento, profesionales implicados en el proceso (Médico cirujano, anestesiólogo), técnicas de relajación y control del dolor. Etc.

Tríptico con información de retroalimentación.

Se acudirá nuevamente el día programado para la cirugía y se aplicara nuevamente 1 hora antes la escala PANAS para medir las emociones que experimenta el paciente en ese momento.

Al término de la cirugía se esperara 1 hora considerando el término del efecto de la anestesia y se aplicara la escala visual análoga (EVA) para medir el nivel de dolor.

Se acudirá a las 12 y 24 horas posteriores a la cirugía y se aplicara la escala de EVA para medir el nivel del dolor.

D) CARTA DESCRIPTIVA DE LA TEMÁTICA A REALIZAR DURANTE LA VISITA PREQUIRÚRGICA

TEMÁTICA	OBJETIVO	ESTRATEGIA DIDÁCTICA	PONENTE	
<p>Descriptiva del área física (Quirófano, sala de recuperación etc.)</p> <p>Profesionales que intervendrán en el procedimiento quirúrgico.</p> <p>Descripción de las acciones necesarias que se realizaran en el pre quirúrgico (tricotomía, enemas, instalación de catéter venoso periférico)</p> <p>Recomendaciones sobre dieta absoluta, retiradas de prótesis y otros objetos.</p> <p>Circuito de información.</p> <p>Entorno quirúrgico: uso de “cables, sueros, tubos” etc. como elementos necesarios y de control protocolarios.</p> <p>Sistemas de control del dolor operatorio y postoperatorio, incluyendo la medicación de rescate prevista.</p>	<p>Aumentar el nivel de conocimiento del paciente sobre el proceso quirúrgico.</p>	<p>Rotafolio</p>	<p>Josué Camacho Cruz Sofía Mabel Sánchez Guadarrama María de la Luz Romero Avellaneda</p> <p>Alumnos de la especialidad de Enfermería Médico quirúrgica de la Facultad de Enfermería No 2 de la UAGRO.</p>	
<p>Escala Analógica Visual (EVA) como elemento de medición de la sensación dolorosa.</p>				<p>Escala visual análoga (EVA)</p>
<p>Técnicas de relajación para disminuir la carga emocional negativa en el pre quirúrgico y el nivel del dolor en el postquirúrgico.</p>				<p>Taller (se mostraran técnicas de respiración).</p>

E) INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA REALIZAR LA VISITA PREQUIRÚRGICA

TRÍPTICO

Es importante que tenga conocimiento que durante su cirugía era atendido por profesionales, que están preparados para atender cualquier eventualidad que surja durante la cirugía.



Una vez revisados los aspectos necesarios de su cirugía será traslado al quirófano.

La temperatura es extremadamente fría, el olor que percibe es de los productos con los que se realizó la limpieza del quirófano.

Alrededor observara distintos aparatos, estos son necesarios para realizar algunos procedimientos.

El personal del quirófano se presentara con usted y dará inicio la cirugía.

Durante la cirugía se mantendrá informado a su familiar.

Cuando usted despierte sentirá dolor intenso debe guardar la calma se le aplicaran medicamentos para el dolor.



Es posible que experimente síntomas desagradables (nauseas, frio) pero estos pasaran, en cuanto terminen los efectos de la anestesia.

Respire tranquilamente, piense en cosas agradables, recuerde que ese momento será transitorio.

Permanecerá en la sala de recuperación hasta que se sienta mejor.

Después será ingresado nuevamente a hospitalización para su recuperación, hasta su alta.

Elaborado por:

Lic.Enf. Josué Camacho Cruz
Lic. Enf. Sofía Mabel Sánchez Guadarrama
Lic. Enf. María de la Luz Romero Avellaneda

Alumnos de la especialidad de Enfermería Médico quirúrgica de la Facultad de Enfermería No 2 de la UAGRO, Generación 2016-2018.



Universidad autónoma de guerrero
Facultad de enfermería No 2
Especialidad de Enfermería Médico
quirúrgica

“LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE SU CIRUGIA”



En las próximas horas usted será operado, es importante que conozca algunos aspectos de su cirugía que le darán tranquilidad y seguridad, lo invitamos a leer la siguiente información esperamos responda a sus dudas.

Es importante que usted sepa que es normal que las cirugías provoquen ciertas emociones que no podemos controlar, temor, nerviosismo, intranquilidad, tensión etc.



¿Sabía usted?

Que estas emociones pueden afectar su recuperación postquirúrgica, por ello es muy importante que usted se mantenga tranquilo.

Es importante que usted conozca lo siguiente:



Un día a la anterior a la cirugía se realizarán algunas medidas necesarias para su preparación para la cirugía:

- ✚ Se mantendrán en ayuno total (no alimentos ni agua) desde las 22 horas.
- ✚ Será necesario colocarse enemas para la limpieza del intestino.
- ✚ Tal vez se le realice la retirada del vello abdominal si fuera necesario.

- ✚ Se le realizará la instalación de un catéter periférico que es necesario para la aplicación de líquidos y medicamentos.
- ✚ Recuerde retirar prótesis, anillos, y verificar no tener uñas pintadas.
- ✚ Debe bañarse antes de dormir de preferencia con agua tibia para favorecer la relajación y el sueño
- ✚ Si usted tiene diabetes o hipertensión, alergias etc. No olvide recordárselo a su enfermera.

El día de la cirugía acudirá personal camillero para trasladarla al quirófano, usted estará segura ya que se tomarán todas las medidas de precaución durante el traslado.



Ingresará inicialmente a la sala de recuperación donde el personal verificará su nombre, procedimiento a realizar, el sitio donde se realizará su cirugía, alergias, usted debe responder y confirmar las preguntas que se realicen esto es solo para brindarle una cirugía segura.



El anestesiólogo se presentará con usted y le realizará algunas preguntas las cuales usted debe responder, además le explicará que es necesario firmar una carta de consentimiento informado.



El médico cirujano antes de su entrada realizará la revisión de su expediente confirmado procedimiento a realizar y otros aspectos necesarios.

Al llegar a la cama de cirugía el personal le indicará como debe posicionarse.

Le serán colocados algunos electrodos y cables esto para vigilar su función cardíaca y respiratoria durante la cirugía.

El personal de enfermería lo acompañará en todo momento si usted tiene alguna pregunta no dude en realizarla.

ROTA FOLIO

“LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE SU CIRUGIA”



Elaborado por:

Lic. Enf. Josué Camacho Cruz

Lic. Enf. Sofía Mabel Sánchez Guadarrama

Lic. Enf. María de la Luz Romero Avellaneda

DESCRIPCIÓN DEL AREA FISICA

LA SALA DE RECUPERACION



EL QUIROFANO



UN DIA ANTES

- ✦ Se mantendrán en ayuno total (no alimentos ni agua) desde las 22 horas.
- ✦ Será necesario colocarse enemas para la limpieza del intestino.
- ✦ Tal vez se le realice la retirada del vello abdominal si fuera necesario.
- ✦ Se le realizara la instalación de un catéter periférico que es necesario para la aplicación de líquidos y medicamentos.
- ✦ Recuerde retirar prótesis, anillos, y verificar no tener uñas pintadas.
- ✦ Debe bañarse antes de dormir de preferencia con agua tibia para favorecer la relajación y el sueño
- ✦ Si usted tiene diabetes o hipertensión, alergias etc. No olvide recordárselo a su enfermera.

Ilustración 1



CRONOGRAMA

Actividades	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	Semana				Semana				Semana				semana				semana				semana				semana				semana				semana							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración de protocolo con lineamientos OPS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																								
Presentación de protocolo en fórum para su autorización.													■																											
Gestión de los permisos correspondientes en la institución hospitalaria.													■	■																										
Recolección de la información en grupo no intervención														■	■																									
Recolección de la información en grupo intervención															■	■																								
Elaboración de base datos en programa SPSS.																■																								
Captura de cada una de las cédulas recolectadas.																	■																							
Elaboración de cuadros y gráficas.																		■	■																					
Interpretación de resultados																		■	■																					
Elaboración de conclusiones y sugerencias																									■															
Revisiones y correcciones por asesora.																													■	■	■	■	■	■	■	■				
Presentación de trabajo de investigación colectivo.																																								■

* Prácticas clínicas en la CD. de México.