



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DE ADULTO Y ANCIANO

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO QUIRÚRGICO QUE POSEEN LOS USUARIOS EN EL PERÍODO PREOPERATORIO INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS DESDE EL 15/01/01 HASTA EL 15/02/01

AUTORES:

Br. Blanco, Ioana
Br. Krause, Mónica
Br. Pietrafesa, Claudia
Br. Uscudun, Lina

TUTORES:

Dr. Venegas, Jorge
Lic. Enf. Larrude, Silvana

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2001

TABLA DE CONTENIDO

	Página
AGRADECIMIENTOS	I
LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS	II
RESUMEN	III
SUMMARY	IV
1 <u>INTRODUCCIÓN</u>	1
2 <u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	2
2.1 PROBLEMA	2
2.2 JUSTIFICACIÓN	2
3 <u>OBJETIVOS</u>	3
3.1 OBJETIVO GENERAL	3
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
4 <u>MARCO TEÓRICO</u>	4
4.1 TEORÍA DE OREM	4
5 <u>MARCO CONCEPTUAL</u>	6
5.1 INFORMACIÓN	6
5.1.1 <u>Definición de información</u>	6
5.1.2 <u>Definición de comunicación</u>	6
5.1.2.1 Factores que la afectan	8
5.2 ASPECTOS ÉTICO-LEGALES	9
5.2.1 <u>Aspectos legales</u>	9
5.2.2 <u>Aspectos éticos</u>	10
5.2.2.1 Consentimiento informado	12
6 <u>MARCO REFERENCIAL</u>	13
6.1 PROCESO QUIRÚRGICO	13
6.2 INFORMACIÓN EN EL PREOPERATORIO	13
6.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	16
6.4 PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA	16
7 <u>MATERIALES Y MÉTODOS</u>	18
8 <u>RESULTADOS</u>	20
9 <u>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</u>	27
10 <u>CONCLUSIONES</u>	30
11 <u>SUGERENCIAS</u>	32
12 <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	33
13 <u>ANEXOS</u>	36

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a la División de Enfermería del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", por brindarnos la posibilidad de llevar a cabo esta investigación, y en especial a las Licenciadas en Enfermería Ana Eguía, Rosa Gutiérrez, Dora Caldarelli, Laura Camisa y Estela Gaso, por sus aportes desde su experiencia profesional y laboral.

Extendemos este agradecimiento a la Lic. Enf. Mary Farro por su valiosa colaboración y a la Dra. Carolina Forteza por brindarnos y orientarnos con los programas estadísticos.

Asimismo a los docentes Profesor Adjunto Dr. Jorge Venegas y Asistente Lic. Enf. Silvana Larrude, por sus observaciones y preguntas oportunas que nos han conducido a una mayor reflexión sobre la investigación.

Por sobre todo a los usuarios que aceptaron participar.

Finalmente, a nuestras familias, por sus palabras de apoyo y comprensión.

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

	Pág.
Gráfico N°1: Distribución de usuarios según la fuente de información del proceso quirúrgico.	22
Gráfico N°2: Distribución de usuarios según el nivel de información.	23
Gráfico N°3: Distribución de usuarios según su conocimiento sobre derechos y deberes.	23
Gráfico N°4: Distribución de usuarios según su manifestación de tener derecho a ser informados.	24
Tabla N°1: Nivel de información y conformidad con la información recibida.	24
Tabla N°2: Nivel de información y nivel de instrucción.	25
Tabla N°3: Nivel de información e identificación del personal de la sala.	25
Tabla N°4: Nivel de información y manifestación verbal de haber recibido información.	26

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar la información sobre el proceso quirúrgico que poseen los usuarios en la etapa preoperatoria del Hospital de Clínicas. El período estudiado fue desde el 15 de enero al 15 de febrero del 2001. Es un estudio descriptivo exploratorio, cuya fuente de datos fueron las entrevistas a los usuarios coordinados, realizadas 24 horas antes de la intervención quirúrgica. Se tomó toda la población comprendida en dicho período: 38 usuarios. El 92 % de la población estudiada afirma haber recibido información, sin embargo el 94 % de la misma se encuentra ubicada dentro de los niveles de baja y muy baja información. De las conclusiones se destaca la necesidad de la implementación de un programa de información a los usuarios quirúrgicos del Hospital de Clínicas.

SUMMARY

The objective of this study was to identify what information the patient possesses about the surgical process in the preoperative stage in Hospital de Clínicas. The period covered was from January 15 to February 15, 2001. It is an exploratory descriptive study, whose data base were interviews to the coordinated patients, done 24 hours before the surgical operation took place. All the population included in that period was taken into account: 38 patients. 92% of the people studied affirm to have received information. However, 94% of the above mentioned belong to the levels of low and very low information. From the conclusions, the need of implementing an information programme for surgical patients of Hospital de Clínicas stands out.

1. INTRODUCCION

El presente informe responde a la investigación realizada por estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, en el marco del trabajo final de pregrado. La misma se llevó a cabo en los Servicios quirúrgicos A, B y F del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", en el período del 15 de enero al 15 de febrero de 2001.

La finalidad de los investigadores es contribuir al desarrollo de la enfermería y de las bases del conocimiento de la disciplina a través de la identificación de la información que poseen los usuarios sobre el proceso quirúrgico y los factores que se relacionan con la misma.

La selección de esta área de estudio surgió de las experiencias prácticas realizadas a lo largo de la carrera, en las que se observó que el diagnóstico más frecuente fue el de "Riesgo de complicaciones postoperatorias relacionado al déficit de conocimiento sobre el proceso quirúrgico".

Los resultados obtenidos demuestran que los usuarios quirúrgicos carecen de información, lo cual presenta similitud con otros estudios, a pesar de haber manifestado estar conformes con la misma.

Esta investigación en cierto modo permite apreciar objetivamente la información que poseen los usuarios quirúrgicos del Hospital de Clínicas; por lo cual constituye un acercamiento preliminar que podría servir de base para estudios posteriores.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 PROBLEMA

¿Qué información poseen los usuarios del Hospital de Clínicas, en el período preoperatorio, sobre el proceso quirúrgico y quién se la brindó?

2.2 JUSTIFICACIÓN

Uno de los aspectos fundamentales de la responsabilidad de la enfermera profesional con relación al usuario es el mantenimiento y el restablecimiento de su autonomía personal. Esto obviamente implica que la enfermera ha de involucrar al usuario en el proceso de toma de decisiones sobre su salud y procurar que esté plenamente informado.

Estudios realizados por diversos autores demuestran la importancia de la información en la etapa del preoperatorio, para disminuir la ansiedad, el miedo y el dolor así como para aumentar la adherencia al tratamiento y el autocuidado durante el postoperatorio.

La información preoperatoria podría disminuir las complicaciones durante el postoperatorio, a saber, éxtasis circulatorio, limpieza ineficaz de la vía aérea, trastorno de la movilidad física, alto riesgo de infección, dolor. Asimismo, se ha comprobado que la información disminuye los días de internación y la necesidad del uso de analgésicos en los servicios.

Desde el punto de vista ético es esencial informar a los usuarios por respeto al principio de autonomía y para que así consigan tener un papel activo en la toma de decisiones relativas a su persona con la finalidad de sentirse preparados para elegir.

A partir de nuestra experiencia clínica en las áreas quirúrgicas se destacan por su frecuencia los diagnósticos de enfermería:

- *Riesgo de complicaciones postoperatorias relacionado al déficit de conocimiento sobre el proceso quirúrgico.*
- *Déficit de autocuidado relacionado a la falta de conocimientos sobre el proceso quirúrgico.*
- *Ansiedad y miedo relacionados a la falta de conocimientos sobre el proceso quirúrgico.*

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar la información sobre el proceso quirúrgico que posee el usuario en el período preoperatorio.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la población de usuarios coordinados para ser intervenidos quirúrgicamente.
- Conocer si el usuario identifica el personal de salud que trabaja en la sala.
- Conocer si el usuario y/o familia ha recibido información del proceso quirúrgico y quién se la ha brindado.
- Caracterizar la información que ha recibido el usuario.
- Conocer la expectativa del usuario con respecto a la información recibida.

4. MARCO TEORICO

4.1 TEORÍA DE OREM

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, apoyar, proporcionar un entorno para el desarrollo y enseñar.

Dentro de esta última categoría la enfermera debe ser una maestra. Este papel requiere que las propias enfermeras tengan conocimientos y habilidades y sean capaces de comunicárselos a otros. Específicamente, la enfermera debe ser capaz de describir y explicar al paciente sus propias demandas, los métodos y cursos de acción o tratamientos necesarios para satisfacer sus necesidades de autocuidado, y los métodos para compensar sus limitaciones en su habilidad para el autocuidado. (Cavanagh, S. 1993)

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. (Cavanagh, S. 1993)

Diversos estudios sobre las percepciones de los pacientes en el cuidado de su salud señalan que la mayoría de las carencias que éstos padecen tienen que ver con la falta de comunicación y de información. Otros estudios demuestran también los efectos beneficiosos de proporcionar una información adecuada a los pacientes: entre otros, la reducción del dolor y de la ansiedad. (Vilá, A. 1997)

El apoyo informativo, que consiste en dar información relacionada con la satisfacción de las necesidades básicas, de manera que se fomente la participación activa del paciente en su plan de cuidados. Como es lógico, esta información incluye aconsejarle, orientarle, proporcionarle datos sobre el entorno, el personal o los procedimientos y exploraciones a que va a ser sometido, etc. El resultado de la información al paciente puede aliviar los efectos de los llamados acontecimientos estresantes, entre los que los pacientes hospitalizados destacan el dolor, la incapacidad, el entorno hospitalario, los requerimientos del personal y ciertos procedimientos diagnósticos y de tratamiento. (Vilá, A. 1997)

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 INFORMACIÓN

5.1.1. Definición de información

Según el diccionario de la Lengua Española *información* significa "Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada".

5.1.2. Comunicación

Es el elemento principal de la interacción entre los seres humanos y permite a los individuos establecer, mantener y mejorar sus relaciones con los demás. La comunicación es un proceso complejo que conlleva comportamientos y relaciones.

Cada individuo es único, asocia cosas distintas con los mensajes y las interpreta de manera diferente a cualquier otro individuo. (Franklin, C.; McManemy, J. 1996)

Es la transferencia de información y la comprensión entre dos personas. Un punto importante de la comunicación es que en ella siempre intervienen dos individuos por lo menos: un emisor y un receptor. La comunicación es lo que el receptor entiende, no lo que el emisor dice.

Se requieren ocho pasos para que se dé el proceso de comunicación, sin importar si las dos partes hablan, usan señales manuales o se sirven de otro medio de comunicación.

- A. *Desarrollar una idea*: este paso es el más importante porque, si el mensaje no vale la pena, todos los demás pasos serán inútiles.
- B. *Codificación*: consiste en cifrar el mensaje en palabras, gráficas y otros símbolos adecuados para la transmisión.
- C. *Transmisión*: una vez desarrollado el mensaje, se transmite con el método escogido.
- D. *Recepción*: la transmisión permite a otra persona recibir un mensaje. Si el receptor no funciona bien, el mensaje se pierde.

- E. *Descifrado de codificación*: en este paso se decodifica el mensaje para que sea entendido. El emisor quiere que el receptor comprenda el mensaje en la forma en que fue transmitido. La comprensión puede ocurrir únicamente en la mente del receptor.
- F. *Aceptación*: una vez que los receptores han recibido y decodificado un mensaje, tienen la oportunidad de aceptarlo o rechazarlo. La aceptación depende de una decisión personal y admite grados.
- G. *Uso*: utilización de la información por parte del receptor. Se trata de un paso decisivo de acción, y en gran medida el receptor puede determinar qué hacer.
- H. *Retroalimentación*: cuando el receptor reconoce el mensaje y responde al emisor, la retroalimentación ha tenido lugar. Ésta completa el circuito de la comunicación, pues el mensaje fluye del emisor al receptor y de nuevo a aquél. El resultado de este paso es una situación de interacción constante en que el emisor puede (y debe) ajustar el siguiente mensaje para adaptarlo a las respuestas anteriores del receptor. Los emisores necesitan retroalimentación porque les indica si el mensaje fue recibido, si fue decodificado correctamente, si fue aceptado y empleado. (Peters, T. y Austin, N. 1991)

Problemas posibles: la disonancia cognoscitiva, es el conflicto interno y la ansiedad que ocurre cuando las personas reciben información incompatible con sus sistemas de valores, decisiones tomadas con anterioridad u otro tipo de información que puedan tener.

Barreras de la comunicación: personales, físicas y semánticas.

Personales: provienen de las emociones, los valores y los malos hábitos de escucha.

Físicas: son interferencias que provienen del ambiente donde se realiza la comunicación, por ejemplo el ruido.

Semánticas: surgen de las limitaciones de los símbolos a través de los cuales nos comunicamos. Casi toda comunicación es simbólica; es decir, se realiza por medio de símbolos (palabras, imágenes y acciones). (Peters, T. y Austin, N. 1991)

5.1.2.1 Factores que la afectan:

- *Percepciones*: son el punto de vista particular de un individuo sobre los acontecimientos que se producen en su entorno. Las percepciones están constituidas por los objetivos y las expectativas. La diferencia de percepciones puede obstaculizar la comunicación eficaz.
- *Escala de valores*: indica qué cosas considera un individuo importantes en la vida. Las diferencias en las experiencias y en las expectativas llevan a la formación de distintos valores.
- *Desarrollo*: la rapidez del desarrollo del habla es diferente en cada niño y depende de la capacidad neurológica y del desarrollo intelectual.
- *Espacio y territorialidad*: los individuos mantienen conscientemente una distancia entre ellos al interactuar socialmente. Cuando existe una amenaza para el espacio personal, los individuos responden a la defensiva y se comunican con menos eficacia.
- *Sexo*: los hombres y las mujeres tienen distintos estilos de comunicación. Hay que considerar las influencias culturales y étnicas que puedan afectar a la comunicación.
- *Emociones*: las emociones son sentimientos subjetivos acerca de los acontecimientos e influyen en la manera en que un individuo se comunica y se relaciona con los demás.
- *Trasfondo sociocultural*: la cultura conforma las generalizaciones e ideas preconcebidas de un individuo con respecto al mundo. El lenguaje, los gestos y las actitudes reflejan el origen cultural.
- *Conocimientos*: la existencia de diferentes grados de conocimiento dificulta la comunicación. Es imprescindible un lenguaje común.
- *Papeles y relaciones*: los individuos se comunican con los demás según un estilo que depende de los papeles y relaciones que hayan asumido con ellos. La comunicación eficaz es posible si los participantes son conscientes de sus papeles.
- *Entorno*: la comunicación es más eficaz en un entorno cómodo. Los ruidos o la falta de intimidad o espacio pueden originar confusión, tensión o incomodidad. (Franklin, C.; McManemy, J. 1996)

Para que una comunicación sea eficaz, el mensaje debe ser entendido y recordado, y muchos de los fallos en la comunicación son causados por simples fallos de comprensión y memoria. (García, J. et al 1995)

5.2 ASPECTOS ÉTICO - LEGALES

5.2.1 Aspectos Legales

El decreto del Poder Ejecutivo "Normas sobre conducta médica y derechos del paciente" N° 258/992 (Publicación del Diario Oficial de 19/6/92) en algunos de sus artículos establece:

Reglas de la conducta médica

Art. 5º El médico debe informar adecuadamente al enfermo respecto a cuanto éste le consulte, con veracidad y objetividad, atendiendo a las circunstancias del caso.

Al respecto, procurará obtener el "libre consentimiento informado" del enfermo o sus representantes legales...

Derechos del paciente

Art. 36º El paciente tiene derecho a recibir información completa sobre el diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico, expuesta de modo sencillo, inteligible y procurando no alterar el equilibrio psicosocial del mismo.

Art. 37º El paciente tiene derecho a recibir toda información necesaria para autorizar con conocimiento de causa, cualquier tratamiento o procedimiento que se le practique. En dicha información se debe mencionar los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento propuesto salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.

Art. 41º El paciente tiene derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento...

El Manual de trámites administrativos para el personal de enfermería del Hospital de Clínicas publicado en el año 2000, establece:

Dentro de los derechos fundamentales del paciente:

- Tener información al día, completa, de su médico acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que pueda comprender, así como el nombre del médico que se ocupa de su atención.

- Información del médico que le permita dar un consentimiento informado antes de iniciarse cualquier procedimiento o tratamiento, así como el nombre de la persona que lo habrá de administrar.

Para el personal de enfermería:

- Dentro de los límites fijados por el médico, se les informará al paciente y a su familia de su enfermedad, de modo que aquél pueda ayudarse a sí mismo y la familia pueda comprender su estado y ayudarlo.
- Con respecto a la familia determina que ésta debe de estar informada en todo momento de la situación del paciente, recibiendo información del médico y de enfermería.

5.2.2 Aspectos éticos

La ética médica clásica respetaba algunos derechos tales como el secreto profesional, pero los grandes cambios en el enfoque de la salud, la multiplicación y diversificación de los integrantes de los equipos de salud, la prestación de servicios en Instituciones cada vez más grandes y en cierto sentido "despersonalizadas", y, fundamentalmente, los cambios en las formas de pensar y sentir de las personas, ha llevado a que éstas reclamen mayor información para decidir con mayor propiedad ante actos médicos que se han convertido en sofisticados productos tecnológicos, más complejos y más potentes cada día. (Bespali, Y.; Domingo, P. 1994)

El Código de Ética del Colegio Internacional de Enfermeras determina la responsabilidad de Enfermería Profesional en el mantenimiento y recuperación de la salud, prevención de las enfermedades y alivio del sufrimiento (Oguisso, T. 1989)

En este sentido parece esencial informar a los pacientes por respeto al principio de Autonomía y para que así consigan tener un papel activo en la toma de decisiones relativas a su persona con la finalidad de sentirse preparados para elegir. (Vilá, A. 1997)

Otro derecho que se debe tener en cuenta es el derecho a la veracidad, que se define como actuar desde un punto de vista objetivo de la realidad. De él se deriva el derecho a la información veraz. El usuario tiene que conocer lo que nosotros sabemos de su estado para poder decidir. Actualmente se denomina consentimiento informado. La realidad del usuario que nosotros conocemos es siempre parcial; por lo tanto, la información tiene que relativizarse en consideración a la persona a la que se dirige. La enfermera debe concretar su aporte al consentimiento informado acerca del diagnóstico y tratamiento

médico, al tiempo que debe plantear cómo introducir el consentimiento para los cuidados de su competencia profesional. (Vilá, A. 1997)

En nuestro país existe un anteproyecto de ley de enfermería, presentado por el Colegio de Enfermeras del Uruguay en el año 1992 y nuevamente en esta legislatura, que establece la esencia del quehacer de enfermería. Actualmente se encuentra en la Comisión de Salud de Diputados y Senadores, por lo que no existe ningún tipo de legislación vigente en este sentido.¹

Con respecto a la información que debe proporcionarse a los usuarios, el Código de Ética del Colegio Internacional de Enfermería no hace mención a ella; sí el que rige en Cataluña, por lo cual es el más completo.

El Código Deontológico de Cataluña, recoge el tema de la información al usuario en el punto b) del capítulo II, "relación del profesional de enfermería/enfermo/usuario", dedicando los siguientes puntos:

Art. 18: El profesional de Enfermería deberá informar al enfermo/usuario de los cuidados que ha de prodigarle y también, desde el ámbito de sus competencias, de las exploraciones o tratamientos que se le vayan a realizar.

Art. 19: El profesional de Enfermería colaborará con el médico para que el paciente reciba la debida información por los medios y personas más adecuadas y pueda así tomar, con conocimiento de causa y libremente, las decisiones relativas a los cuidados necesarios y a las diversas posibilidades que se le ofrecen.

Art. 20: El profesional de Enfermería antes de ofrecer cualquier información o consejo al enfermo o familia, deberá poseer un conocimiento adecuado y suficiente de la situación y evitará en todo caso proporcionar informaciones indebidas, parciales y consejos contradictorios.

Art. 21: El profesional de Enfermería facilitará al máximo la comunicación abierta y continua del paciente con el personal sanitario para que pueda participar en las decisiones que le afecten.

¹ Comunicación personal con Lic. Enf. Mary Farro.
Comisión asesora del Colegio de Enfermeras del Uruguay.

Art. 22: El profesional de Enfermería deberá recordar que tiene la obligación de informar adecuadamente a los familiares durante todo el proceso de la enfermedad dentro de los límites de sus competencias y deseos del paciente. (Fabre, F. et al 1985)

5.2.2.1 El Consentimiento informado

Según Bepali, Y. y Domingo, P. 1994 en su libro "Yo paciente también tengo derechos" "...con la extensión de los derechos humanos, se ha reconocido explícita y extensamente a las personas, el derecho a decidir sobre los tratamientos médicos a qué someterse. Cada vez que otro realiza alguna acción destinada a cuidar nuestra salud, de hecho está ejerciendo nuestro derecho a la salud. Derecho que le hemos cedido a través del consentimiento o autorización para que actúe en nuestro beneficio, aplicando una terapéutica particular". El reconocimiento del derecho del paciente sobre su propio cuerpo, y por tanto su derecho a decidir la terapéutica a aplicar, al igual que el derecho a no ser tratado, la discusión de los límites que tales derechos tienen, y el reconocimiento del derecho a la salud constituyen un tema central para la sociedad.

Las condiciones que debe reunir el consentimiento para que sea válido son las siguientes:

- Libre y voluntario.
- Previo al acto médico.
- Tiene que ser expresado, en un formulario por escrito para las intervenciones quirúrgicas.
- Tiene que ser informado.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 PROCESO QUIRÚRGICO

Es el desarrollo espacio- temporal de la experiencia quirúrgica que abarca las fases pre, intra y postoperatorias y la constelación de vivencias que experimenta el usuario durante dicho proceso. Una intervención quirúrgica implica riesgos: amenaza a la vida misma, pérdida de partes o funciones importantes del cuerpo, peligro de invalidez crónica, dolor postoperatorio, postergación de planes importantes y complicaciones económicas. (Capezzuto, B. 1989)

Por lo tanto, al someterse a la intervención quirúrgica, el usuario se enfrenta a factores fisiológicos y psicológicos generadores de estrés. El trauma quirúrgico supone un incremento de las demandas físicas y la anestesia afecta la capacidad de adaptación a estas demandas. El anuncio de la operación produce temor y ansiedad, en muchos usuarios, que tienden a asociar cirugía y dolor, posible desfiguración, dependencia e incluso, pérdida de la vida. Los miembros de la familia pueden tener una alteración radical de sus vidas y experimentar una cierta sensación de impotencia que crece a medida que se acerca la intervención. Si el personal de enfermería y el médico facilita información acerca de los acontecimientos que rodean a la intervención, participarán más eficazmente en el plan de cuidados. (McGreevy, V. 1996)

6.2 INFORMACIÓN EN EL PREOPERATORIO

Diversas investigaciones realizadas demuestran la importancia de la visita de Enfermería a los usuarios quirúrgicos, comprobándose un efecto positivo de la información sobre el estado emocional del usuario. (Alorda, C. et al 1999)

El estudio pionero de Hayward en 1975 citado por Vilá A. 1997 analizó la relación existente entre información, ansiedad y sensación del dolor en pacientes quirúrgicos. Como resultado se destaca que los grupos que recibieron información detallada sobre el procedimiento y las sensaciones que experimentarían comunicaron menos dolor y una moral más alta de manera significativa en el postoperatorio y recibieron menos analgesia que los grupos control.

Devine y Cook en 1983 y Hathaway en 1986 citados por Mc Greevy, V. 1996 demostraron repetidas veces la utilidad de las instrucciones preoperatorias

impartidas de modo estructurado. La educación preoperatoria relativa al comportamiento postoperatorio previsto del paciente, facilitada en forma sistematizada y estructurada tiene una beneficiosa influencia sobre el período de convalecencia, a saber:

- *Función ventilatoria:* las instrucciones mejoran la capacidad para toser y respirar profundamente de forma eficaz.
- *Capacidad física funcional:* mejoría de las posibilidades de deambulación y de asumir en corto plazo las actividades cotidianas.
- *Sensación de bienestar:* los sujetos preparados para la intervención experimentan menos ansiedad y expresan una mayor sensación de bienestar psicofísico.
- *Duración de la hospitalización:* las instrucciones preoperatorias estructuradas pueden reducir la estancia del paciente en la clínica.

Es mejor empezar la educación preoperatoria más de un día antes de la cirugía programada. Si el profesional de enfermería puede educar al paciente en un momento en que su ansiedad sea menor, la posibilidad de aprendizaje es mayor. La ansiedad y el miedo son barreras importantes para la captación de ideas, y ambas emociones se intensifican a medida que la intervención se aproxima.

Las instrucciones preoperatorias deben contener la información precisa para que al paciente y su familia les resulte más fácil prepararse para la experiencia de la operación y para que puedan participar en el plan de cuidados.

Lo primero que debe hacer el profesional de enfermería es valorar su nivel de comprensión acerca de la cirugía y de los procedimientos perioperatorios. (Mc Greevy, V. 1996)

Informar a los pacientes sobre aspectos de su plan de cuidados resulta fundamental para establecer la relación terapéutica. Es útil además para fomentar su participación; se debería dar desde la perspectiva de su propia necesidad y petición del saber. Ocultar la información cuando nos la demandan genera desconfianza y ansiedad por parte del paciente. No obstante la enfermera debe reconocer sus propias limitaciones, bien sea por su falta de conocimiento sobre el tema o bien porque las cuestiones planteadas en la conversación excedan de sus competencias y rebasen su ámbito profesional. (Sobрино, M.; Hernández, M. 1993)

El médico debe informar sobre los siguientes aspectos: el motivo, la urgencia, el alcance, la gravedad, los riesgos, la modalidad, las consecuencias y posibles efectos secundarios de la intervención proyectada y las eventuales alternativas de tratamiento y sus costos. (Barreiro, A. 1990)

La información preoperatoria se define como las acciones de apoyo y educativas que la enfermera lleva a cabo para ayudar al paciente quirúrgico a fomentar su propia salud antes y después de la operación. Las necesidades que tiene el paciente de asistencia de enfermería residen en el área de toma de decisión, adquisición de conocimientos y técnicas y cambios de conducta. Deberá ser una combinación de apoyo emocional e información impartida. (Carpenito, L. 1994)

Estudios realizados han demostrado que los pacientes que reciben una información estructurada relativa a lo que sentirán, verán, oirán, olerán, además de sobre lo que pasará, expresan menos ansiedad durante las intervenciones quirúrgicas. (Carpenito, L. 1994)

La nueva tecnología docente y la reducción en el tiempo de permanencia exige a la enfermera utilizar una serie de estrategias para alcanzar los criterios de resultados. Se aumenta la retención de información cuando el proceso de enseñar-aprender implica varios sentidos. El aprendizaje aumenta también por la implicación activa del paciente e instrumental de práctica.

Muchas de estas estrategias pueden utilizarse en grupo. Las sesiones en grupo resultan rentables desde el punto de vista económico y de tiempo, permitiendo a la persona proporcionar información general a un grupo de pacientes que estén en situación similar. También dan la oportunidad a los pacientes y familiares de compartir sus preocupaciones. Muchas personas encuentran reconfortante saber que otros están pasando por una situación similar. (Carpenito, L. 1994)

Todos los pacientes que asisten a clases en grupos tienen que recibir información individualizada. Una enfermera que trabaje en el servicio del paciente puede reforzar la información dada y provocar preguntas por parte del paciente y familiares después de las sesiones de grupo.

Proporcionar a los pacientes información y oportunidades de practicar en el preoperatorio pueden mejorar su participación en los cuidados postoperatorios. Es más, los familiares implicados en las sesiones de información preoperatoria pueden, con posterioridad, ofrecerse a preparar al paciente en las medidas de cuidados postoperatorios necesarias, como toser y realizar respiraciones profundas. (Carpenito, L. 1994)

La falta de información adecuada junto con muchos otros factores que hacen referencia tanto a las características propias de la enfermedad, como al tratamiento y características personales del paciente hacen que sean muy pocos los pacientes que sigan las pautas de tratamiento de una manera adecuada. (Masián V.; Pascual M. 1996)

6.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

La ansiedad está considerada como una de las respuestas emocionales a la cirugía, aunque la intervención quirúrgica en sí misma no constituye el único estresor que genera ansiedad. Los miedos y preocupaciones del paciente referidos a la anestesia (miedo a no volver a despertar), el temor a despertar antes de que termine la intervención, el miedo a lo desconocido, el entorno extraño, la pérdida de independencia, la falta de autocontrol y la estancia hospitalaria conlleva en múltiples ocasiones alteraciones en la vida familiar y social de las personas que van a ser sometidas a cirugía. La ansiedad prequirúrgica se asocia de forma directa al estado emocional posquirúrgico y a medidas o variables de recuperación física en el postoperatorio, como por ejemplo dolor, necesidad de medicación, días de estancia hospitalaria, complicaciones y reajuste físico. (Alorda, C. et al. 1999)

En primer lugar la información relativa a procedimientos y exploraciones debe proporcionarse previo a la realización de los mismos. Segundo, debe incluir además de datos sobre el procedimiento en sentido estricto, explicaciones sobre las sensaciones que se experimentarán. De esta manera, el individuo puede prever qué pasará y, por tanto, presentará grados más bajos de ansiedad. Por lo anteriormente mencionado es importante que durante el preoperatorio la enfermera proporcione información objetiva sobre la intervención y sus consecuencias, así como de los cuidados que recibirá el paciente y que requerirán de su participación. De esta manera el paciente está en condiciones de afrontar correctamente la intervención quirúrgica y se favorece una adecuada evolución en el postoperatorio. (Vilá, A. 1997)

6.4 PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA

La enfermedad incide en la vida toda del individuo teniendo repercusiones en su situación familiar, social, laboral, etcétera. El enfermo no suele ser un individuo solitario, que no interesa a nadie o que no depende de otros. El paciente tiene un entorno familiar al cual se encuentra ligado íntimamente y que juega un papel importante en sus actividades, en sus sentimientos, en su salud.

Por lo tanto la actitud de la familia con respecto al enfermo tiene muchas veces una importancia capital dentro del curso de la enfermedad. Cuando la familia sabe comportarse bien ayuda al enfermo, dándole confianza y optimismo, consecuencia de la seguridad que comporta el saberse querido y apoyado. En este binomio enfermo y/o familia la enfermera tiene un papel que cumplir, pues de su relación con la familia dependerá en muchos casos la orientación necesaria para el buen actuar de ella. (Sarmiento, A.; Adeva, I.; Escos, J. 1977)

El otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico y que está fundamentalmente relacionado con el ocuparse "primariamente" del enfermo, forma parte de una actitud psicoprofiláctica que toma como sujeto de la intervención al paciente y su entorno. (Mardarás, E. 1990)

7. MATERIALES Y METODOS

La presente investigación se realizó sobre la base de un protocolo aprobado por los docentes tutores: Lic. Enf. Silvana Larrude y Dr. Jorge Venegas. (Anexo N° 1)

Para llevar a cabo la misma se solicitó autorización a la Lic. Enf. Ana Eguía, Directora del Departamento de Asistencia de la División de Enfermería Hospital de Clínicas.

Asimismo, se realizaron entrevistas a las Jefas de Enfermería de los Servicios Quirúrgicos: Lic. Enf. Dora Caldarelli, Lic. Enf. Laura Camisa y Lic. Enf. Rosa Gutiérrez, a la Lic. Enf. Ana Eguía y a la Jefa de Enfermería de Bloque Quirúrgico Lic. Enf. Estela Gaso, a fin de conocer su opinión con respecto al tema de estudio. (Anexo N° 3)

El estudio es de tipo descriptivo exploratorio.

La población está integrada por 38 usuarios coordinados para ser intervenidos de patologías polivalentes internados en las Clínicas quirúrgicas "A", "B" y "F".

Criterios de inclusión: usuarios de ambos sexos mayores de 14 años, coordinados para ser intervenidos quirúrgicamente de patologías polivalentes, que aceptan contestar la entrevista semiestructurada anónima.

Criterios de exclusión: fueron excluidos de este estudio las personas que presentan déficit intelectual y/o sensorial (sordera, discapacidad en la comunicación verbal).

Para la recolección de datos fue utilizado como instrumento de investigación un cuestionario semiestructurado, aplicado desde el 15 de enero al 15 de febrero del 2001. El mismo estaba formado por 13 preguntas, entre las que se indagaba sobre las características generales del usuario y otro apartado específico sobre la información que tenía el usuario sobre el proceso quirúrgico. (Anexo 2)

La aplicación del cuestionario se realizó por parte de una estudiante mediante una entrevista personal a cada usuario, 24 horas antes de la intervención quirúrgica, previa aceptación a participar en el estudio.

Los datos recabados se estudiaron mediante la estadística descriptiva, sobre la base de la representación de tablas de frecuencia, frecuencias porcentuales,

cruzamiento de variables, medidas de resumen (media, moda y mediana) y representaciones gráficas.

La base de datos se creó mediante el programa estadístico Epi-info 6 y posteriormente se analizaron con el SPSS for Windows.

Las variables que fueron estudiadas son las siguientes:

- *Variables generales:* edad, sexo, nivel de instrucción, residencia, ocupación y conocimiento de los deberes y derechos del usuario.
- *Variables relacionadas a la información:* identificación del personal de salud que trabaja en la Sala, información que posee el usuario sobre el proceso quirúrgico, recurso humano que brindó la información, participación de la familia y conformidad con la información recibida.

La variable compleja "*información del usuario sobre el proceso quirúrgico*", fue estudiada de acuerdo a puntajes y niveles.

- Nivel muy bajo (0-4 puntos)
- Nivel bajo (5-8 puntos)
- Nivel medio (9-12)
- Nivel alto (13-15)

Las categorías fueron construidas según los puntajes asignados a las diferentes dimensiones de la variable: aspectos generales de la intervención quirúrgica, preparación preoperatoria y aspectos del postoperatorio.

- Aspectos generales de la intervención quirúrgica (4 puntos): fecha (1 punto), de qué lo van a intervenir (1 punto), cirujano (1 punto), pronóstico y tiempo de rehabilitación (1 punto).
- Preparación preoperatoria (6 puntos): ayuno (1,5 puntos), higiene (1,5 puntos), alhajas, cosméticos, prótesis (0,5 puntos), procedimientos (1,5 puntos) y orientación a block quirúrgico (1 punto).
- Aspectos del postoperatorio (4 puntos): orientación a la sala de recuperación postanestésica y tiempo aproximado de estadía (1 punto), dispositivos y drenajes (1 punto), control del dolor y analgesia (1,5 puntos), y ejercicios respiratorios y musculares (0,5 puntos).

8. RESULTADOS

Del total de entrevistas realizadas (40) el 95% aceptó participar en la investigación.

La población estudio estuvo formada por 38 usuarios con un ligero predominio del sexo femenino sobre el masculino, es decir: 55,3% (21/38) y 44,7% (17/38) respectivamente. (Anexo N°4, Tabla N°5)

La media de edad se sitúa en 57 años con un desvío estándar de 20,5 en un rango que abarca desde los 16 a los 86 años. (Anexo N°4, Tabla N°5)

En cuanto al nivel de estudios: analfabeto 2,6% (1/38), primaria incompleta 34,2% (13/38), primaria completa 21,1% (8/38), secundaria incompleta 23,7% (9/38) y secundaria completa 18,4% (7/38). (Anexo N° 4, Tabla N°5)

En lo que refiere al lugar de residencia: Montevideo 57,9% (22/38) e Interior 42,1% (16/38). Estos resultados muestran que el hospital universitario es de referencia nacional dando cobertura tanto al interior del país como a la población de la capital. (Anexo N° 4, Tabla N°5)

El 84,2% (32/38) está integrado por quienes no poseen actividad laboral remunerada y jubilados, mientras que el 15,8% (6/38) manifiesta ser trabajador. (Anexo N° 4, Tabla N°5)

Al preguntar a los usuarios sobre la identificación del personal de la sala: el 86,7% (33/38) afirmó que identifica al Médico, a la Licenciada en Enfermería el 76,3% (29/38) y a la Auxiliar de Enfermería el 92,1% (35/38). (Anexo N° 4, Tabla N°6)

Con relación a la pregunta de si había recibido información, el 92,1% afirmó que sí (35/38) y el restante 7,9% (3/38) declaró no haber recibido información sobre su intervención quirúrgica. (Anexo N° 4, Tabla N°7)

La familia del usuario estaba presente cuando le brindaron información en el 52,6% (20/38), mientras que en el 47,4% (18/38) no lo estaba; sin embargo, de estos últimos, el 60% (11/18) manifestó que hubiese preferido la presencia de su familia. (Anexo N° 4, Tabla N°8)

Información que posee el usuario sobre el proceso quirúrgico:

Sobre los *aspectos generales* de su intervención quirúrgica:

- el 100% conocía cuándo sería la intervención
- el 94,7% (36/38) conocía de qué sería intervenido
- el 71,1% (27/38) identificó al cirujano que lo intervendría
- el pronóstico y tiempo de rehabilitación lo conocía solamente el 26,3% (10/38). (Anexo N° 4, Tabla N°10)

La fuente de información sobre estos aspectos fue la siguiente:

- Médico en el 82,2% (37/45)
- Licenciada en Enfermería en el 11,1% (5/45)
- Auxiliar de Enfermería en el 6,7% (3/45)

(Gráfico N°1)

(Anexo N°4, Tabla N°11)

Con respecto a la información que poseía el usuario de la *preparación quirúrgica*:

- el 44,7% (17/38) conocía la necesidad de la higiene de la piel antes de la intervención.
- el 76,3% (29/38) manifestó estar informado sobre el ayuno.
- el 15,8% (6/38) conocía sobre la necesidad de retiro de prótesis, alhajas y maquillaje.
- acerca de los procedimientos preoperatorios estaba informado el 5,3% (2/38).
- ningún usuario manifestó haber recibido orientación al block quirúrgico. (Anexo N°4, Tabla N°12)

El recurso humano que dio esta información fue:

- el Médico en un 50,0% (18/36).
- la Licenciada en Enfermería lo hizo en un 27,8% (10/36).
- el Auxiliar de Enfermería en un 22,2% (8/36).

(Gráfico N°1).

(Anexo N°4, Tabla N°13)

Se destaca que el 21% (8/38) de los usuarios no tenía información sobre aspectos de la preparación preoperatoria.

Resultados obtenidos sobre los aspectos del postoperatorio:

- el 7,9% (3/38) de los usuarios manifestó haber sido orientado a la sala de Recuperación post-anestésica y conocer el tiempo aproximado de estadía.
 - el 2,6% (1/38) tenía información sobre dispositivos y drenajes.
 - el 2,6% (1/38) conocía sobre control del dolor.
 - el 2,6% (1/38) sabía de ejercicios respiratorios y musculares.
- (Anexo N°4, Tabla N°14)

Esta información fue brindada:

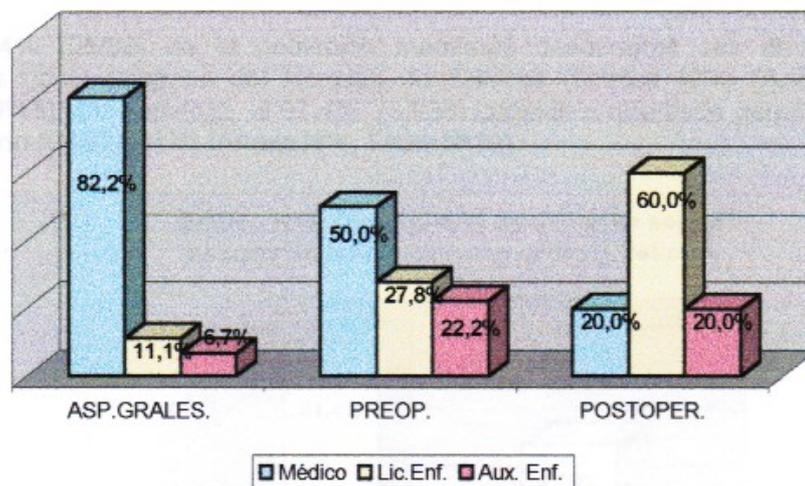
- en un 20% por el Médico (1/5).
- un 60% (3/5) por la Licenciada en Enfermería.
- 20 % (1/5) por la Auxiliar de Enfermería.

(Gráfico N°1).

(Anexo N°4, Tabla N°15)

No habiendo recibido ningún tipo de información el 86,8 % de los usuarios (33 usuarios).

Gráfico 1: Fuente de información a los usuarios sobre cada etapa del proceso quirúrgico



Fuente: entrevistas realizadas a los usuarios por los investigadores.

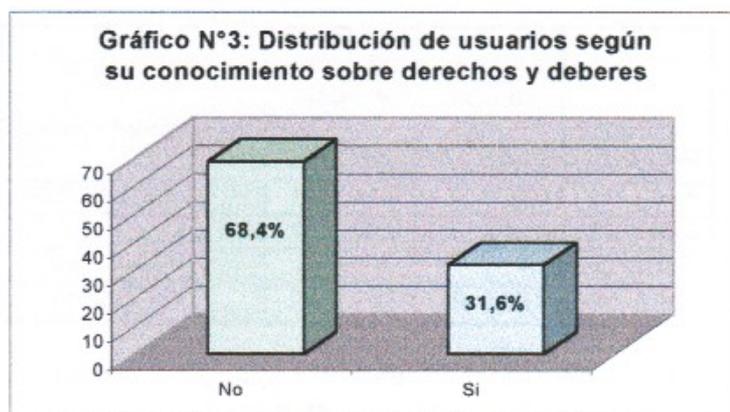
De los resultados obtenidos se desprende que el nivel de información que poseían los usuarios fue: muy bajo en el 39,5% de los casos (15/38), bajo en el 55,3% (21/38), medio en el 5,3% (2/38) y no se registraron usuarios con un nivel alto de información. (Gráfico N°2) (Anexo N°4, Tabla N°16)



Fuente: categorías elaboradas por los propios investigadores.

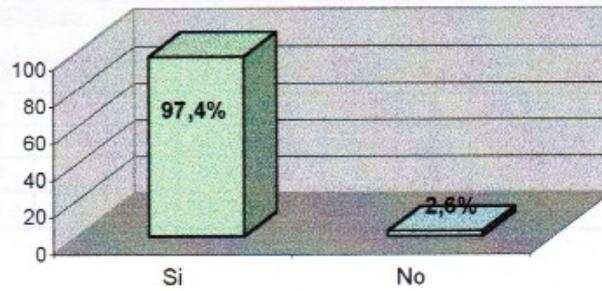
Del total de usuarios entrevistados, el 73,7% (28/38) se manifestó conforme con la información recibida. (Anexo N° 4, Tabla N°17)

Un 68,4% (26/38) de la población manifestó desconocer sus derechos y deberes como usuarios del Hospital de Clínicas (Gráfico N°3) (Anexo N°4, Tabla N°18); sin embargo, el 31,6% (12/38) considera que tiene derecho a ser informado (Gráfico N°4) (Anexo N°4, Tabla N°19)



Fuente: entrevistas realizadas a los usuarios por los investigadores.

Gráfico N°4: Distribución de usuarios según su manifestación de tener derecho a ser informados



Fuente: entrevistas realizadas a los usuarios por los investigadores.

Se construyeron tablas bivariadas con las siguientes variables: nivel de información con: conformidad con la información recibida (Tabla N°1), nivel de instrucción (Tabla N°2), identificación del personal de salud que trabaja en la sala (Tabla N°3) y si recibió información (Tabla N°4).

Tabla N°1: Nivel de información y conformidad con la información recibida.

Nivel de Información	Conformidad con la Información recibida				Total	
	Si		No			
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Muy bajo	12	42,9	3	30,0	15	39,5
Bajo	14	50,0	7	70,0	21	55,3
Medio	2	7,1	0	0	2	5,3
Total	28	73,7	10	26,3	38	100

Esta tabla muestra que los usuarios a pesar de tener escasa información sobre el proceso quirúrgico manifiestan estar conformes con la misma.

Tabla N° 2: Nivel de información y nivel de instrucción.

Nivel De Información	Nivel de Instrucción										Total	
	Analfabeto		Primaria Incomp.		Primaria comp.		Secundaria incomp.		Secundaria comp.			
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Muy bajo	0	0	5	38,5	4	50,0	3	33,3	3	42,9	15	39,5
Bajo	1	100	6	48,2	4	50,0	6	66,7	4	57,1	21	55,3
Medio	0	0	2	15,4	0	0	0	0	0	0	2	5,3
Total	1	2,6	13	34,2	8	21,1	9	23,7	7	18,4	38	100

De la lectura de la presente tabla se observa que el nivel de instrucción no tiene una incidencia directa sobre el nivel de información. Se esperaba que los usuarios con mayor nivel de instrucción tuvieran mayor nivel de información.

Tabla N° 3: Nivel de información e identificación del personal de la sala.

Identificación	Nivel de información						Total	
	Muy bajo		Bajo		Medio			
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Médico/Lic. Enf./Aux. Enf.	8	57,0	18	82,0	2	100	28	73,7
Médico/Lic. Enf.	0	0	1	4,5	0	0	1	2,6
Médico/Aux. Enf.	3	21,5	1	4,5	0	0	4	10,5
Médico	0	0	1	4,5	0	0	1	2,6
Aux. Enf.	3	21,5	0	0	0	0	3	8,0
No identifica	0	0	1	4,5	0	0	1	2,6
Total	14	37,0	22	58,0	2	5,0	38	100

Como se observa en el cuadro, no existe relación entre el nivel de información y la identificación del personal de la sala. El 37% de los usuarios entrevistados poseían nivel muy bajo de información, sin embargo el 57% de éstos identificó al Médico, Lic. Enf. y Aux. Enf.. Del 58% que tenía nivel bajo de información identificó en un 82% a los mismos integrantes del equipo.

Cabe destacar que, si bien el 100% de los usuarios con mejor nivel de información identificaban a los tres miembros del equipo, se considera que no es representativo debido al número reducido de usuarios en esta categoría.

Tabla Nº4: Nivel de información y manifestación verbal de haber recibido información.

Nivel de Información	Recibió Información				Total	
	Sí		No		FA	FR%
	FA	FR%	FA	FR%		
Muy bajo	12	34,3	3	100	15	39,5
Bajo	21	60,0	0	0	21	55,3
Medio	2	5,7	0	0	2	5,3
Total	35	92,1	3	7,9	38	100

Los usuarios que afirman haber recibido información poseen, no obstante, niveles muy bajo y bajo de información sobre el proceso quirúrgico.

9. ANALISIS Y DISCUSION

La población de estudio está formada por 38 usuarios con un ligero predominio del sexo femenino. La media de edad se sitúa en 57 años en un rango que abarca de los 16 a los 86 años.

En cuanto al nivel de estudios se destaca que sólo el 2,6% (1/38) no posee formación primaria.

En lo que refiere al lugar de residencia de los usuarios, el 57,9% es de Montevideo y el 42,1% restante del Interior.

Solamente el 15,8% de los usuarios manifestó ser trabajador activo.

Los resultados obtenidos muestran que el 92% de la población estudiada afirma haber recibido información; sin embargo el 94% de la misma se encuentra ubicada dentro de los niveles de baja y muy baja información. (Tabla N°4) Esta contradicción puede tener su origen, por un lado, en que el personal de la sala no brinda información suficiente y por otro en fallas en la comunicación (fallas de comprensión y/o memoria).

A pesar de esta situación, el 74% de los usuarios manifestó estar conforme con la información recibida (Tabla N°1), probablemente por su rol pasivo, que les lleva a no demandar información reproduciendo, de esa manera, el modelo paternalista de atención médica; o, tal vez, por considerar que al preguntar incomoda al personal de enfermería, todo ello a partir de la percepción de que aquél se desempeña con sobrecarga de trabajo.

En nuestro país, en una encuesta realizada por el Sindicato Médico del Uruguay en 1992, se concluyó que el 90% de los entrevistados dice conocer el derecho de ser informados de manera adecuada sobre diagnósticos, tratamientos y evolución; sin embargo el 30% dice que nunca o casi nunca se respeta el derecho a ser informado adecuadamente. Lo que coincide con el presente estudio donde el 97% manifestó tener derecho a ser informado y los bajos niveles de información encontrados.

Esta situación presenta similitud con un estudio de investigación realizado por Gutiérrez, J. 1997, del cual surge que la falta de información constituye el segundo motivo de reclamaciones.

Los resultados obtenidos de la tabla bivariada, nivel de instrucción y nivel de información (Tabla N°2), no concuerdan con el estudio de Sobrino, M. y Hernández, M. 1993, en el que demostraron que quienes desean saber más sobre su enfermedad son los que mayor nivel de estudio poseen.

En la tabla de contingencia, nivel de información e identificación del personal (Tabla N°3), no se observó la relación esperada: que a mayor nivel de información identificaran a todos los integrantes del personal de la sala.

En lo que refiere a los aspectos generales de la intervención quirúrgica, el 82% de la información fue brindada por el médico y el 18% por el personal de enfermería. Similares resultados fueron obtenidos por Macián, V. y Pascual, L. 1996.

Esta situación se corresponde con el marco teórico expuesto, en el cual se plantea que la información sobre los aspectos propios de la intervención quirúrgica debe ser brindada por el personal médico.

Asimismo, acerca de la información proporcionada con relación a los aspectos preoperatorios, el 50% de la misma fue brindada por el médico, mientras que igual porcentaje de información la proporcionó el personal de enfermería.

Probablemente el usuario recuerde más la información suministrada por el médico porque la considera de mayor importancia en la resolución de su problema.

Cabe destacar que con respecto al postoperatorio el 87% de los usuarios no recibió información sobre ningún aspecto del mismo.

Según Báez, T. 1993 la falta de programación en equipo con relación a la cantidad y calidad de información que el usuario debe poseer, incluso los tiempos de la misma y los responsables de entregársela, sería una posible causa de deficiencia en la información.

De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada sobre este tema surge que proporcionar información a los usuarios que van a ser sometidos a cirugía tiene un efecto sobre lo predecible y controlable de la situación quirúrgica, mediante la reducción del estrés y sus consecuencias negativas.

Sin lugar a dudas, corresponde informar de todos los procedimientos y cuidados que la enfermera realice al usuario y si se considera oportuno, informar también a la familia o personas significativas del usuario, sin olvidar su consentimiento al respecto.

También corresponde a la enfermera la información enmarcada dentro de las actividades de la educación sanitaria.

Aspectos generales: nombre de la enfermera de cada turno, horarios del servicio, normas..., orientar al usuario dónde puede tener las respuestas de todas las dudas en aspectos no sanitarios. La enfermera puede colaborar con

el médico del equipo reforzando la información recibida. También sería deseable que estuviera presente mientras el médico pide el consentimiento informado, ya que se puede actuar de enlace entre el usuario y médico, facilitando la comprensión de algunos aspectos que resulten difíciles para el usuario. (Valls, R. 1996)

Actualmente en el Hospital de Clínicas no se implementa el consentimiento informado, si bien estuvo vigente hasta hace aproximadamente cinco años, en que se dejó de usar debido a su carácter general. El mismo se encuentra en revisión en el Departamento Jurídico del Hospital.²

Por último, pese a que los resultados ofrecidos son sugerentes, se debe advertir de la provisionalidad de los mismos puesto que se trata de un estudio exploratorio. Ha de tenerse en cuenta, además, que el método empleado para evaluar las variables puede presentar deficiencias. Asimismo, no se tuvo en cuenta los usuarios con intervenciones quirúrgicas anteriores, lo cual podría afectar los resultados obtenidos.

² Comunicación personal con el Técnico en Registros Médicos Luis Martínez Loitey Director del Departamento de Registros Médicos del Hospital de Clínicas.

10. CONCLUSIONES

Esta investigación constituye un primer acercamiento a la identificación de la información sobre el proceso quirúrgico, que posee el usuario internado en las Clínicas Quirúrgicas "A", "B" y "F" del Hospital de Clínicas, en el período preoperatorio.

Las características generales de la población entrevistada coinciden con la asistida por el hospital universitario.

Se considera que los usuarios entrevistados poseían escasa información sobre el proceso quirúrgico debido a que el 95 % se encontraban en los niveles de información bajo y muy bajo.

De la información identificada, la gran mayoría conocía de los *aspectos generales de la intervención quirúrgica*: la fecha, identificaba al cirujano y el motivo de la misma y sólo un 26% conocía el pronóstico y el tiempo de rehabilitación. Esta información fue suministrada en el 82% por el médico, lo que es de su competencia profesional.

Sobre *la preparación preoperatoria* se destaca que el 21% de los usuarios no poseía información sobre ningún aspecto de la misma. El 24% declaró no haber sido informado sobre la necesidad de ayuno, un 55% no conocía el requisito de la higiene corporal, el 95% desconocía los procedimientos y el 100% no fue orientado a block quirúrgico.

De la información brindada un 50% fue ofrecida por el médico e igual porcentaje por el personal de enfermería.

En lo que refiere a la información sobre el *postoperatorio* el 87% de los usuarios declaró no haber sido informado.

La familia participó del proceso informativo en el 53% de los casos.

No se encontraron diferencias relevantes en cuanto a la identificación del personal de la sala por parte del usuario.

Por último, cabe destacar que sólo el 26% de los usuarios no se manifestó conforme con la información recibida.

Esta situación refleja una escasa participación en el proceso de información por parte del personal de enfermería profesional, ya que en los dos últimos aspectos mencionados, que son competencia propia de nuestra disciplina se encontró la mayor carencia de información. Lo que coincide en términos generales con lo expresado en la entrevista por la Lic. Enf. Estela Gaso Jefa de Block Quirúrgico, quien aduce que la carencia de Licenciadas en Enfermería en los pisos sería la causante de dicha problemática.

La falta de personal de enfermería profesional, es uno de los factores que influye en la información que posee el usuario, según las Licenciadas en Enfermería entrevistadas. Esta situación impide la asistencia directa a todos los usuarios, así como la realización de la visita conjunta, interfiriendo en el trabajo en equipo. Cabe destacar que se agrava más esta problemática al no existir horario fijo para la realización de la visita médica.

Uno de los aspectos fundamentales de la responsabilidad de la enfermera profesional con relación al usuario es el mantenimiento y el restablecimiento de su autonomía personal. Esto obviamente implica que la enfermera ha de involucrar al usuario en el proceso de toma de decisiones sobre su salud y procurar que esté plenamente informado.

De acuerdo a los resultados obtenidos, consideramos que el usuario no está en condiciones de afrontar correctamente la intervención quirúrgica. El incremento de la ansiedad y el miedo a causa de la escasa información compromete la realización del acto quirúrgico y la adecuada evolución en el período postoperatorio.

En cuanto al derecho del usuario a recibir información este estudio nos permite apreciar que no se cumple en su totalidad; situación que se agrava por la falta de implementación del consentimiento informado.

No se trata de informar por principio, de cualquier manera y cuanto más mejor, sino de medir previamente el grado de necesidad que el sujeto en cuestión tiene de recibir determinados datos así como elaborar una metodología y una estrategia para proporcionárselos. (Mardarás, E. 1990)

11. SUGERENCIAS

La inclusión de un programa de información estructurada como parte de las intervenciones de Enfermería puede ayudar a disminuir la ansiedad de los usuarios y a facilitar la comunicación entre él y el equipo asistencial. Además puede aumentar la calidad en la prestación de cuidados por parte del equipo interdisciplinario, ya que los diferentes profesionales sabrán lo que se explica al usuario evitando así la repetición y contradicción de la información.

La situación que se plantea en las conclusiones hace necesaria la implementación de un programa de información a los usuarios quirúrgicos que responda a los siguientes aspectos:

- ¿Por quién? Por un profesional de la salud. Las figuras más indicadas son el médico y la enfermera profesional trabajando en conjunto.
- ¿Cuándo? Se debe comenzar a informar en la consulta externa.
- ¿Cómo? A lo largo de un proceso continuo y de forma inteligible para el usuario, siguiendo un protocolo de información que debe implementarse en los usuarios quirúrgicos. La técnica de información grupal posee las siguientes ventajas: el grupo suele responder preguntas y ayudarse en las dificultades, generando un clima propicio para el esclarecimiento de dudas, además de economizar tiempo y energía. Sería deseable complementar el proceso informativo a través de la entrega de folletos conteniendo palabras y frases cortas así como consejos detallados, específicos y concretos.
- ¿Qué? La información que ha de dar la enfermera incluye, en primer término, la de carácter general, es decir, la relativa a cuestiones básicas del hospital, y específicamente debe informar acerca de los procedimientos y exploraciones relativos al diagnóstico y al tratamiento médico del usuario, así como el desarrollo y organización de los cuidados de enfermería.
- ¿A quién? Preferentemente al usuario y su familia.
- ¿Por qué? La información aporta un mínimo sentimiento de previsibilidad ante los acontecimientos, que incrementa la seguridad del usuario, le hace partícipe de su salud y contribuye a su bienestar físico y psicológico.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. ALORDA, C.; GILLI, M.; GONZALEZ, D.; POMAR, A.; PRIETO, J.; ALOY, C. 1999. Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. *Revista Clínica de Enfermería*. 9 (3): 109- 114.
2. BÁEZ, T. 1993. Enfermería en el consentimiento válido. *In* Jornada de prevención de la malpraxis médica, (I, 1992, Montevideo) Montevideo. Sindicato Médico del Uruguay. pp 103-106.
3. BARREIRO, A. 1990. La imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica. Madrid. Tecnos. pp 88 – 95.
4. BESPALI, Y. ; DOMINGO, P. 1994. Yo paciente; también tengo derechos. Montevideo, Rosebud pp 19- 33.
5. BUSQUETS, M. 1998. Ejercicio profesional: Responsabilidad ética y legal. *Enfermería Clínica*. 8(1): 29- 33.
6. CAPEZZUTO, B. 1989. Aspectos psicológicos de la intervención quirúrgica. Montevideo. Facultad de Medicina. 3 p.
7. CARLEVARO, P.V. 1985. El protocolo de la investigación. *Revista Médica del Uruguay*. 1(1): 26-33.
8. CARPENITO, L. 1994. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid, Mc. Graw- Hill Interamericana. pp 39- 40.
9. CAVANAGH, S. 1993. Modelo de Orem; Aplicación práctica. Barcelona, Masson- Salvat. pp 4- 29.
10. EGUÍA, A., MAGNANI, E.; PÉREZ, Y. 2000. Trámites administrativos para el personal de enfermería relacionados con el paciente. Montevideo. Hospital de Clínicas. pp 5-9.
11. FABRE, F.; ALBERDI, M.; CAMP, M.; GASULL, M. 1985. Código de ética de Enfermería. *Revista Nursing* 3(8): 8- 12.

12. FARRO, M. 1993. Implicancias éticas en el quehacer de enfermería. In Jornada de prevención de la malpraxis médica, (I, 1992, Montevideo) 1993. Montevideo. Sindicato Médico del Uruguay pp 107 – 109.
13. FRANKLIN, C.; McMANEMY, J. 1996. Comunicación. In Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. Potter, P.; Perry, A. Madrid, Mosby/Doyma Libros pp 209- 234.
14. GARCÍA, J.; CAMARA, F.; EZCURRA, A.; CASES, L. 1995. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica*. 5(3): 99- 104
15. GUTIERREZ, J.; JIMENEZ, M.; PEREZ, M.; GALLEGU, M.; LINARES, M. 1997. ¿Por qué reclaman los usuarios? *Revista de enfermería Rol*. (230): 12-16.
16. ICART, M.; CAJA, C. 1992. Protocolo de investigación. *Revista de Enfermería Rol* (152): 11- 16.
17. MACIÁN, V. ; PASCUAL, L. 1996. ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad?. *Revista de Enfermería Rol*.(220): 18-20.
18. MARDARÁS, E. 1990. Psicoprofilaxis quirúrgica; La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. 2ª Ed. España, Ediciones Rol. pp 71-77, pp 132-137.
19. McGREEVY, V. 1996. El paciente quirúrgico. In Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. Potter, P.;Perry, A. Madrid, Mosby/Doyma Libros pp 1086- 1134.
20. OGUISSO, T. 1989. La enfermera ante los derechos humanos. *Revista de Enfermería Rol*. (128):15- 17.
21. PARENTINI, M.1993. Responsabilidad profesional y malpraxis. In Jornada de prevención de la malpraxis médica (I,1992 Montevideo) 1993. Montevideo. Sindicato Médico del Uruguay. pp 99-102.
22. PETERS, T. Y AUSTIN, N. 1991. Administración de las comunicaciones. In El comportamiento humano en el trabajo: comportamiento organizacional. Davis, K.; Newstrom, J. México. Mc Graw-Hill. pp 82 – 110.

23. PINEDA, E.; DE ALVARADO, E.; DE CANALES, F. 1994. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª Ed. Washington, OPS. 225 p.
24. POLIT, D.; HUNGLER, B. 1995. Investigación científica. En ciencias de la salud. 5ª Ed. México. Mc Graw- Hill Interamericana. 701 p.
25. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 1984. Diccionario de la lengua española. Madrid. Espasa Calpe. V II 1416 p.
26. SARMIENTO, A.; ADEVA, I. ;ESCOS, J. 1977. Ética profesional de la enfermería. España, Eunsa. pp 251-253.
27. SOBRINO, M.; HERNANDEZ, M. 1993. Investigación acerca de la opinión de una comunidad rural a la información diagnóstica desfavorable. Enfermería Clínica 3(5): 20- 26.
28. URUGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. 1992. Normas sobre conducta médica y derechos del paciente. Decreto del Poder Ejecutivo Nº 258/992, Montevideo, Diario Oficial 13 p.
29. VALLS, R. 1996. Ética para enfermería. Un programa de formación. España, Rol S.A.. pp 61-74
30. VELEZ L. 1987. Ética médica. Colombia. Corporación para investigaciones biológicas. pp 135-139.
31. VILÁ, A. 1997. Aspectos éticos y profesionales de la información y la comunicación en los cuidados de enfermería. Enfermería Clínica.7(3):119-125.

13. ANEXOS

Anexo N°1	Protocolo de la investigación.
Anexo N°2	Instrumento de recolección de datos.
Anexo N°3	Entrevistas
Anexo N°4	Tabulación de datos.

ANEXO 1

Protocolo de la Investigación

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
Departamento de Atención de Enfermería
de Adulto y Anciano**

**Protocolo de la Investigación
*Estudio de la información sobre el proceso quirúrgico
que poseen los usuarios en el período preoperatorio internados
en el Hospital de Clínicas
desde el 15/01/01 hasta el 15/02/01***

Autoras:

Ioana Blanco	95031
Mónica Krause	95166
Claudia Pietrafesa	95167
Sylvia Rivero	95104
Lina Uscudun	95195

Tutores:

**Prof. Adj. Dr. Jorge Venegas
Asist. Lic. Enf. Silvana Larrude**

Montevideo, febrero del 2001

TABLA DE CONTENIDO

	Página
1 <u>INTRODUCCIÓN</u>	1
2 <u>MARCO TEÓRICO</u>	3
2.1 <u>INFORMACIÓN</u>	3
2.1.1 <u>Definición de información</u>	3
2.1.2 <u>Comunicación</u>	3
2.1.2.1 <u>Factores que la afectan</u>	4
2.2 <u>ASPECTOS ÉTICO-LEGALES</u>	4
2.2.1 <u>Aspectos legales</u>	4
2.2.2 <u>Aspectos éticos</u>	5
2.2.2.1 <u>El consentimiento informado</u>	6
2.3 <u>PROCESO QUIRÚRGICO</u>	6
2.3.1 <u>Definición de proceso quirúrgico</u>	6
2.4 <u>TEORÍA DE OREM</u>	7
3 <u>PROTOCOLO DE LA INVESTIGACIÓN</u>	8
3.1 <u>PROBLEMA</u>	8
3.2 <u>OBJETIVOS</u>	8
3.2.1 <u>Objetivo general</u>	8
3.2.2 <u>Objetivos específicos</u>	8
3.3 <u>ANTECEDENTES Y SIGNIFICANCIA DEL PROBLEMA</u>	8
3.3.1 <u>Experiencia práctica</u>	8
3.3.2 <u>Información en el preoperatorio</u>	9
3.3.3 <u>Aspectos psicológicos de la intervención quirúrgica</u>	10
4 <u>MATERIALES Y METODOS</u>	11
4.1 <u>TIPO DE ESTUDIO</u>	11
4.2 <u>UNIVERSO Y MUESTRA</u>	11
4.2.1 <u>Criterios de inclusión</u>	11
4.2.2 <u>Criterios de exclusión</u>	11
4.3 <u>INSTRUMENTO</u>	11
4.4 <u>DEFINICION DE VARIABLES</u>	12
4.5 <u>PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS</u>	14
4.6 <u>PLAN DE ACTIVIDADES</u>	16
4.7 <u>RECURSOS</u>	16
4.7.1 <u>Recursos humanos</u>	16
4.7.2 <u>Recursos materiales</u>	16
4.7.3 <u>Costo de la investigación</u>	16
4.8 <u>DIAGRAMA DE GANTT</u>	17
5 <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	18

1. INTRODUCCION

La presente investigación será realizada por estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, en el marco del trabajo final de pregrado. La misma será llevada a cabo en los Servicios quirúrgicos A, B y F del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

El diseño del estudio es descriptivo exploratorio. Se aplicará una entrevista semiestructurada a los usuarios coordinados para cirugía a los efectos de identificar la información que posee el mismo sobre el proceso quirúrgico.

La selección de esta área de estudio surge de las experiencias prácticas realizadas a lo largo de la carrera en las que se observó que, el diagnóstico más frecuente fue: "Alteración del mantenimiento de la salud relacionado al déficit de conocimiento sobre el proceso quirúrgico".

Estudios realizados por diversos autores demuestran la importancia de la información en la etapa del preoperatorio para disminuir la ansiedad, el miedo y el dolor así como para aumentar la adherencia al tratamiento y el autocuidado durante el posoperatorio.

Desde el punto de vista ético es esencial informar a los usuarios por respeto al principio de autonomía y para que así consigan tener un papel activo en la toma de decisiones relativas a su persona con la finalidad de sentirse preparados para elegir.

El *objetivo general* es identificar la información sobre el proceso quirúrgico que posee el usuario en el periodo preoperatorio.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la población de usuarios coordinados para ser intervenidos quirúrgicamente.
- Conocer si el usuario identifica el personal de salud que trabaja en la sala.
- Conocer si el usuario y/o familia ha recibido información del proceso quirúrgico y quién se la ha brindado.
- Caracterizar la información que ha recibido el usuario.
- Conocer la expectativa del usuario con respecto a la información recibida.

Los datos recabados serán analizados utilizando la estadística descriptiva, sobre la base de la representación en tablas de frecuencias, frecuencias porcentuales, cruzamiento de variables, medidas de resumen (media, moda y mediana), gráficas de barras y diagramas sectoriales. Consideramos que la presente investigación nos acercará a un conocimiento objetivo de la información que posee el usuario quirúrgico del Hospital de Clínicas. Asimismo, esta investigación constituirá un acercamiento preliminar que podrá servir de base para estudios posteriores.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INFORMACIÓN

2.1.1 Definición de información

Según el diccionario de la Lengua Española *información* significa "Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada".

2.1.2 Comunicación

Es el elemento principal de la interacción entre los seres humanos y permite a los individuos establecer, mantener y mejorar sus relaciones con los demás. La comunicación es un proceso complejo que conlleva comportamientos y relaciones.

Cada individuo es único, asocia cosas distintas con los mensajes y las interpreta de manera diferente a cualquier otro individuo. (Franklin, C.; McManemy, J. 1996). Es la transferencia de información y la comprensión entre dos personas.

Un punto importante de la comunicación es que en ella siempre intervienen dos individuos por lo menos: un emisor y un receptor. La comunicación es lo que el receptor entiende, no lo que el emisor dice.

Problemas posibles: la disonancia cognoscitiva, que es el conflicto interno y la ansiedad que ocurre cuando las personas reciben información incompatible con sus sistemas de valores, decisiones tomadas con anterioridad u otro tipo de información que puedan tener.

Barreras de la comunicación: pueden ser de tres tipos, personales, físicas y semánticas.

Personales: provienen de las emociones, los valores y los malos hábitos de escucha.

Físicas: son interferencias que provienen del ambiente donde se realiza la comunicación, por ejemplo el ruido.

Semánticas: surgen de las limitaciones de los símbolos a través de los cuales nos comunicamos. Casi toda comunicación es simbólica; es decir, se realiza por medio de símbolos (palabras, imágenes y acciones). (Peters, T. y Austin, N. 1991)

2.1.2.1 Factores que la afectan

- Percepciones: son el punto de vista particular de un individuo sobre los acontecimientos que se producen en su entorno. Las percepciones están constituidas por los objetivos y las expectativas. La diferencia de percepciones puede obstaculizar la comunicación eficaz.
- Escala de valores: indica que cosas considera un individuo importantes en la vida. Las diferencias en las experiencias y en las expectativas llevan a la formación de distintos valores.
- Desarrollo: la rapidez del desarrollo del habla es diferente en cada niño y depende de la capacidad neurológica y del desarrollo intelectual.
- Espacio y territorialidad: los individuos mantienen conscientemente una distancia entre ellos al interactuar socialmente. Cuando existe una amenaza para el espacio personal, los individuos responden a la defensiva y se comunican con menos eficacia.
- Sexo: los hombres y las mujeres tienen distintos estilos de comunicación. Hay que considerar las influencias culturales y étnicas que puedan afectar a la comunicación.
- Emociones: las emociones son sentimientos subjetivos acerca de los acontecimientos e influyen en la manera en que un individuo se comunica y se relaciona con los demás.
- Trasfondo sociocultural: la cultura conforma las generalizaciones e ideas preconcebidas de un individuo con respecto al mundo. El lenguaje, los gestos y las actitudes reflejan el origen cultural.
- Conocimientos: la existencia de diferentes grados de conocimiento dificulta la comunicación. Es imprescindible un lenguaje común.
- Papeles y relaciones: los individuos se comunican con los demás según un estilo que depende de los papeles y relaciones que hayan asumido con ellos. La comunicación eficaz es posible si los participantes son conscientes de sus papeles.
- Entorno: la comunicación es más eficaz en un entorno cómodo. Los ruidos o la falta de intimidad o espacio pueden originar confusión, tensión o incomodidad. (Franklin, C.; McManemy, J. 1996).

2.2 ASPECTOS ÉTICO - LEGALES

2.1.2.1 Aspectos Legales

El decreto del Poder Ejecutivo N° 258/992 (Pub D.O. de 19/6/92) en algunos de sus artículos establece el derecho del usuario "a recibir toda la información necesaria para autorizar con conocimiento de causa, cualquier tratamiento...".

...” el paciente tiene derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento...”.

Art. 36º el paciente tiene derecho a recibir información completa sobre el diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico, expuesta de modo sencillo, inteligible y procurando no alterar el equilibrio psico social del mismo.

Art. 37º el paciente tiene derecho a recibir toda información necesaria para autorizar con conocimiento de causa, cualquier tratamiento o procedimiento que la practique. En dicha información se debe mencionar los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento propuesto salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.

2.2.2 Aspectos éticos

La ética médica clásica respetaba algunos derechos tales como el secreto profesional, pero los grandes cambios en el enfoque de la salud, la multiplicación y diversificación de los integrantes de los equipos de salud, la prestación de servicios en Instituciones cada vez más grandes y en cierto sentido “despersonalizadas”, y, fundamentalmente, los cambios en las formas de pensar y sentir de las personas, ha llevado a que éstas reclamen mayor información para decidir con mayor propiedad ante actos médicos que se han convertido en sofisticados productos tecnológicos, más complejos y más potentes cada día. (Bespali, Y. y Domingo, P. 1994)

El Código de Ética del C.I.E. determina la responsabilidad de Enfermería Profesional en el mantenimiento y recuperación de la salud, prevención de las enfermedades y alivio del sufrimiento (Oguisso, T. 1989).

En este sentido parece esencial informar a los pacientes por respeto al principio de Autonomía y para que así consigan tener un papel activo en la toma de decisiones relativas a su persona con la finalidad de sentirse preparados para elegir (Vila, A. 1997).

Fabre et al, 1985 en su artículo publicado sobre el código de ética de enfermería establecen que el cuidado y promoción de la salud y el respeto a todos los derechos humanos y sociales del individuo, de la familia y comunidad ha de constituir la actitud ética fundamental de la conciencia profesional. Se debe tener en cuenta que el enfermo forma parte de una familia y una comunidad. Procurará en la medida de lo posible, integrar a los miembros más cercanos al usuario en el plan de cuidados con el previo consentimiento del mismo. Se deberá por parte del equipo de salud brindar toda la información para que pueda así tomar, con conocimiento de causa y libremente, las

decisiones relativas a los cuidados necesarios y a las diversas posibilidades que se le ofrecen. Asimismo, el profesional de enfermería tendrá la obligación de dar a conocer al usuario su nombre y responsabilidad dentro del equipo de salud.

2.2.2.1 El Consentimiento informado

Según Bespali, Y. y Domingo, P., 1994 en su libro "Yo paciente también tengo derechos" "...con la extensión de los derechos humanos, se ha reconocido explícita y extensamente a las personas, el derecho a decidir sobre los tratamientos médicos a que someterse. Cada vez que otro realiza alguna acción destinada a cuidar nuestra salud, de hecho está ejerciendo nuestro derecho a la salud. Derecho que le hemos cedido a través del consentimiento o autorización para que actúe en nuestro beneficio, aplicando una terapéutica particular". El reconocimiento del derecho del paciente sobre su propio cuerpo, y por tanto su derecho a decidir la terapéutica a aplicar, al igual que el derecho a no ser tratado, la discusión de los límites que tales derechos tienen, y el reconocimiento del derecho a la salud constituyen un tema central para la sociedad.

Las condiciones que debe reunir el consentimiento para que sea válido son las siguientes:

- Libre y voluntario.
- Previo al acto médico.
- Tiene que ser expresado, se hace en forma de un formulario por escrito para las intervenciones quirúrgicas.
- Tiene que ser informado.

2.3 PROCESO QUIRÚRGICO

2.3.1 Definición

Es el desarrollo espacio- temporal de la experiencia quirúrgica que abarca las fases pre, intra y postoperatorias y la constelación de vivencias que experimenta el usuario durante dicho proceso. Una intervención quirúrgica implica riesgos: amenaza a la vida misma, pérdida de partes o funciones importantes del cuerpo, peligro de invalidez crónica, dolor postoperatorio, postergación de planes importantes y complicaciones económicas. (Capezzuto, B. 1989).

Por lo tanto, al someterse a la intervención quirúrgica, el usuario se enfrenta a factores fisiológicos y psicológicos generadores de estrés. El trauma quirúrgico supone un incremento de las demandas físicas y la anestesia afecta la capacidad de adaptación a estas demandas. El anuncio de la operación produce temor y ansiedad, en muchos usuarios, que tienden a asociar cirugía y dolor, posible desfiguración, dependencia e, incluso, pérdida de la vida. Los miembros de la familia pueden tener una alteración radical de sus vidas y experimentar una cierta sensación de impotencia que crece a medida que se acerca la intervención. Si el personal de enfermería y el médico facilita información acerca de los acontecimientos que rodean a la intervención, participarán más eficazmente en el plan de cuidados. (McGreevy, V. 1996).

2.4 TEORÍA DE OREM

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. (Cavanagh, S. 1993).

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. (Cavanagh, S. 1993).

3. PROTOCOLO de INVESTIGACION

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué información posee el usuario del Hospital de Clínicas en el período preoperatorio sobre el proceso quirúrgico y quien se la brindó?

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo General

- Identificar la información sobre el proceso quirúrgico que posee el usuario en el período preoperatorio.

3.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la población de usuarios coordinados para ser intervenidos quirúrgicamente.
- Conocer si el usuario identifica el personal de salud que trabaja en la sala.
- Conocer si el usuario y/o familia ha recibido información del proceso quirúrgico y quién se la ha brindado.
- Caracterizar la información que ha recibido el usuario.
- Conocer la expectativa del usuario con respecto a la información recibida.

3.3 ANTECEDENTES Y SIGNIFICANCIA DEL PROBLEMA.

3.3.1 Experiencia práctica

A partir de nuestra experiencia clínica en las áreas quirúrgicas se destacan por su frecuencia los diagnósticos de enfermería:

- Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado al déficit de conocimientos sobre el proceso quirúrgico.
- Ansiedad y miedo relacionados a la falta de conocimientos sobre el proceso quirúrgico.

3.3.2 Información en el preoperatorio

Diversas publicaciones sobre estudios realizados demuestran la importancia de la visita de Enfermería a los usuarios quirúrgicos, comprobándose un efecto positivo de la información sobre el estado emocional del usuario. (Alorda, C. et al 1999).

El estudio pionero de Hayward en 1975 citado por Vila, 1997 analizó la relación existente entre información, ansiedad y sensación del dolor en pacientes quirúrgicos. Como resultado se destaca que los grupos que recibieron información detallada sobre el procedimiento y las sensaciones que experimentarían comunicaron menos dolor y una moral más alta de manera significativa en el postoperatorio y recibieron menos analgesia que los grupos control.

Devine y Cook en 1983 y Hathaway en 1986 citados por McGreevy, V. 1996 demostraron repetidas veces la utilidad de las instrucciones preoperatorias impartidas de modo estructurado. La educación preoperatoria relativa al comportamiento postoperatorio previsto del paciente, facilitada en forma sistematizada y estructurada tiene una beneficiosa influencia sobre el periodo de convalecencia, a saber:

- **Función ventilatoria.** Las instrucciones mejoran la capacidad para toser y respirar profundamente de forma eficaz.
- **Capacidad física funcional.** Mejoría de las posibilidades de deambulación y asumir pronto actividades de la vida cotidiana.
- **Sensación de bienestar.** Los sujetos preparados para la intervención experimentan menos ansiedad y expresan una mayor sensación de bienestar psicofísico.
- **Duración de la hospitalización.** Las instrucciones preoperatorias estructuradas pueden reducir la estancia del paciente en la clínica.

Es mejor empezar la educación preoperatoria más de un día antes de la cirugía programada. Si el profesional de enfermería puede educar al paciente en un momento en que su ansiedad sea menor, la posibilidad de aprendizaje es mayor. La ansiedad y el miedo son barreras importantes para la captación de ideas, y ambas emociones se intensifican a medida que la intervención se aproxima. (McGreevy, V. 1996).

Las instrucciones preoperatorias deben contener la información precisa para que al paciente y su familia les resulte más fácil prepararse para la experiencia de la operación y para que puedan participar en el plan de cuidados.

Lo primero que debe hacer el profesional de enfermería es valorar su nivel de comprensión acerca de la cirugía y de los procedimientos perioperatorios. (McGreevy, V. 1996).

Informar a los pacientes sobre aspectos de su plan de cuidados resulta fundamental para establecer la relación terapéutica. Es útil además para fomentar su participación; se debería dar desde la perspectiva de su propia necesidad y petición del saber. Ocultar la información cuando nos la demandan genera desconfianza y ansiedad por parte del paciente. No obstante la enfermera debe reconocer sus propias limitaciones, bien sea por su falta de conocimiento sobre el tema o bien porque las cuestiones planteadas en la conversación excedan de sus competencias y rebasen su ámbito profesional. (Sobriño, M.; Hernández, M. 1993).

El médico debe informar sobre los siguientes aspectos: el motivo, la urgencia, el alcance, la gravedad, los riesgos, la modalidad, las consecuencias y posibles efectos secundarios de la intervención proyectada y las eventuales alternativas de tratamiento y sus costos. (Barreiro, A. 1990).

3.3.3 Aspectos psicológicos de la intervención quirúrgica

La ansiedad está considerada como una de las respuestas emocionales a la cirugía, aunque la intervención quirúrgica en sí misma no constituye el único estresor que genera ansiedad. Los miedos y preocupaciones del paciente referidos a la anestesia (miedo a no volver a despertar), el temor a despertar antes de que termine la intervención, el miedo a lo desconocido, el entorno extraño, la pérdida de independencia, la falta de autocontrol y la estancia hospitalaria conlleva en múltiples ocasiones alteraciones en la vida familiar y social de las personas que van a ser sometidas a cirugía. La ansiedad prequirúrgica se asocia de forma directa al estado emocional posquirúrgico y a medidas o variables de recuperación física en el postoperatorio, como por ejemplo dolor, necesidad de medicación, días de estancia hospitalaria, complicaciones y reajuste físico. (Alorda, C. et al 1999)

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio descriptivo exploratorio

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA

La población de este estudio la constituyen los usuarios coordinados para ser intervenidos quirúrgicamente, internados en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela^o en los Servicios Quirúrgicos A, B y F que atienden patologías polivalentes (Piso 7, salas 4 y 6; Piso 9, salas 2 y 4 y Piso 10, salas 1 y 2) durante el período comprendido entre el 15 de Enero al 15 de Febrero de 2001.

4.2.1 Criterios de inclusión

Usuarios de ambos sexos mayores de 14 años, coordinados para ser intervenidos quirúrgicamente de patologías polivalentes que acepten contestar la entrevista semiestructurada anónima.

4.2.2 Criterios de exclusión

Serán excluidas de este estudio las personas que presenten déficit intelectual y/o sensorial (sordera, discapacidad en la comunicación verbal).

4.3 INSTRUMENTO

La recolección de datos será realizada mediante una entrevista semiestructurada a los usuarios. (anexo 2)
La participación en este estudio será voluntaria.

4.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Las variables a ser estudiadas en éste trabajo de investigación son las siguientes:

- *Variables generales:* edad, sexo, nivel de instrucción, residencia, ocupación, religión, tiempo de internación y conocimiento de los deberes y derechos del usuario.
 - *Variables relacionadas a la información:* identificación del personal de salud que trabaja en la Sala, información sobre el proceso quirúrgico, recurso humano que brindó la información, participación de la familia y conformidad con la información recibida.
- Edad: cantidad de años cumplidos al día de la fecha. (variable cuantitativa continua).
 - Sexo: caracteres sexuales secundarios. (variable cualitativa dicotómica).
 - Residencia: lugar donde habita el usuario. (variable cualitativa nominal).
 - Nivel de instrucción: estudios cursados curriculares que declara el usuario. (variable cualitativa ordinal).
 - Ocupación: actividad laboral remunerada. (variable cualitativa nominal)
 - Religión: conjunto de creencias hacia la divinidad.
 - Tiempo de internación: días transcurridos desde el ingreso hasta el momento en que se le realiza la entrevista.

Identificación del Personal de Salud que trabaja en la Sala: manifestación verbal del usuario que reconoce físicamente a los diferentes miembros del Equipo de Salud que trabajan en la Sala. (Variable cualitativa dicotómica)

Información sobre el proceso quirúrgico: Es la manifestación verbal del usuario acerca de la instrucción que recibió de parte del equipo de salud con respecto al proceso quirúrgico, variable cuantitativa que se medirá a través de las siguientes variables:

- Aspectos generales de la intervención quirúrgica (fecha de la intervención quirúrgica, de que va a ser intervenido, cirujano que realizará la intervención, pronóstico y tiempo de rehabilitación).
- Preparación preoperatoria (ayuno, higiene, alhajas, prótesis, cosméticos, procedimientos y orientación a block quirúrgico)
- Aspectos del postoperatorio (orientación a la sala de recuperación postanestésica y tiempo aproximado de estadía, dispositivos y drenajes, control del dolor y analgesia, ejercicios respiratorios y musculares)

Esta variable tomará las siguientes categorías: nivel muy bajo, bajo, medio y alto de información.

Recurso humano que brindó la información: Profesional del Equipo de Salud que le brindó información sobre el proceso quirúrgico.(Variable cualitativa)

Expectativa del usuario con la información recibida: manifestación verbal subjetiva del usuario en relación a la información recibida.(Variable cualitativa)

Participación de la familia: presencia de algún integrante de la familia durante las instancias en las que se le brindó información al usuario.(Variable cualitativa)

4.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos recabados serán analizados utilizando la estadística descriptiva, sobre la base de tablas de frecuencias, frecuencias porcentuales, cruzamiento de variables, medidas de resumen (media, moda y mediana), gráficas en barra y diagramas sectoriales.

Tablas de frecuencias absolutas y relativa porcentual para el total de la población de:

- Rango de edad.
- Sexo
- Nivel de Instrucción
- Residencia
- Actividad Laboral
- Religión
- Identificación del personal de Salud que trabaja en la Sala.
- Información sobre el proceso quirúrgico.
- Recurso humano que brindó la información.
- Participación de la familia.
- Conformidad del usuario sobre la información recibida.

Tabla bivariada, en el total de la población de:

- Nivel de información y conformidad del usuario.
- Nivel de instrucción y Nivel de información.
- Nivel de información e Identificación de los miembros del equipo.
- Nivel de información y manifestación verbal de haber recibido información.

Medidas de tendencia central: media , modo y mediana; medida de dispersión: desvío estándar para la Edad.

La variable: información sobre el proceso quirúrgico se estudiará de acuerdo a los siguientes niveles: nivel muy bajo (0-4 puntos), nivel bajo (5-8 puntos), nivel medio (9-12) y alto (13-15). Las categorías fueron construidas según los puntajes asignados a las diferentes dimensiones de las variables: aspectos generales de la intervención quirúrgica, preparación preoperatoria y aspectos del posoperatorio.

Aspectos generales de la intervención quirúrgica (4 puntos) :

- Fecha (1 punto)
- De que lo van a intervenir (1 punto)
- Cirujano (1 punto)
- Pronóstico y tiempo de rehabilitación (1 punto)

Preparación preoperatoria (6 puntos):

- Ayuno (1,5 puntos)
- Higiene (1,5 puntos)
- Alhajas, cosméticos, prótesis (0,5 puntos)
- Procedimientos (1,5 puntos)
- Orientación a Bloque Quirúrgico (1 punto)

Aspectos del posoperatorio (4 puntos)

- Orientación a la Sala de Recuperación posanestésica y tiempo aproximado de estancia (1 punto)
- Dispositivos y drenajes (1 punto)
- Control del dolor y analgesia (1,5 puntos)
- Ejercicios respiratorios y musculares (0,5 puntos)

4.6 PLAN DE ACTIVIDADES

- Revisión bibliográfica sobre el tema.
- Elaboración del protocolo de investigación.
- Solicitud de autorización al Departamento de Adulto y Anciano y División de Enfermería para llevar a cabo la recogida de datos.
- Recolección de datos.
- Análisis y tabulación de la información recabada.
- Elaboración y presentación del informe final

4.7 RECURSOS

4.7.1 Recursos Humanos

- Cinco estudiantes de Instituto Nacional de Enfermería
- Un médico y una Licenciada en Enfermería (Tutores)

4.7.2 Recursos Materiales

- 1 Computadora
- 1 Impresora
- Material de papelería.

4.7.3 Costo de la investigación

• Servicio técnico del P.C.	U\$S 15
• Cartucho de tinta negro x 2	U\$S 50
• Cartucho de tinta color	U\$S 30
• Búsqueda bibliográfica en Internet	U\$S 5
• Diskettes x 10	U\$S 5
• Hojas tamaño carta x 500	U\$S 5
• Carpetas y lapiceras	U\$S 5
• Acetatos	U\$S 20
• Fotocopias	U\$S 15
• Traslados (por día)	U\$S 10
• Viático (por semana)	U\$S 15
• Recurso Humano	U\$S 1.750*

* Se calcula sobre la base del sueldo Grado 1, 20 horas (becario) de la Universidad de la República: \$ 2.253.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. ALORDA, C.; GILLI, M.; GONZALEZ, D.; POMAR, A.; PRIETO, J.; ALOY, C. 1999. Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. *Revista Clínica de Enfermería*. 9 (3): 109- 114.
2. BARREIRO, A. 1990. La imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica. Madrid. Tecnos. pp 88 – 95.
3. BESPALI, Y. ; DOMINGO, P. 1994. Yo paciente; también tengo derechos. Montevideo, Rosebud pp 19- 33.
4. CAPEZZUTO, B. 1989. Aspectos psicológicos de la intervención quirúrgica. Montevideo. Facultad de Medicina. 3 p.
5. CARLEVARO, P.V. 1985. El protocolo de la investigación. *Revista Médica del Uruguay*. 1(1): 26-33.
6. CARPENITO, L. 1994. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid, Mc. Graw- Hill Interamericana. pp 39- 40.
7. CAVANAGH, S. 1993. Modelo de Orem; Aplicación práctica. Barcelona, Masson- Salvat. pp 4- 29.
8. FABRE, F.; ALBERDI, M.; CAMP, M.; GASULL, M. 1985. Código de ética de Enfermería. *Revista Nursing* 3(8): 8- 12.
9. FRANKLIN, C.; McMANEMY, J. 1996. Comunicación. *In* Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. Potter, P.; Perry, A. Madrid, Mosby/Doyma Libros pp 209- 234.
10. McGREEVY, V. 1996. El paciente quirúrgico. *In* Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. Potter, P.; Perry, A. Madrid, Mosby/Doyma Libros pp 1086- 1134.
11. OGUISSO, T. 1989. La enfermera ante los derechos humanos. *Revista de Enfermería Rol*. (128):15- 17.

12. PETERS, T. Y AUSTIN, N. 1991. Administración de las comunicaciones. In El comportamiento humano en el trabajo: comportamiento organizacional. Davis, K.; Newstrom, J. México. Mc Graw-Hill. pp 82 – 110.
13. PINEDA, E.; DE ALVARADO, E.; DE CANALES, F. 1994. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª Ed. Washington, OPS. 225 p.
14. POLIT, D.; HUNGLER, B. 1995. Investigación científica. En ciencias de la salud. 5ª Ed. México. Mc Graw- Hill Interamericana. 701 p.
15. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 1984. Diccionario de la lengua española. Madrid. Espasa Calpe. V II 1416 p.
16. SOBRINO, M.; HERNANDEZ, M. 1993. Investigación acerca de la opinión de una comunidad rural a la información diagnóstica desfavorable. *Enfermería Clínica* 3(5): 20- 26.
17. URUGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. 1992. Normas sobre conducta médica y derechos del paciente. Decreto del Poder Ejecutivo Nº 258/992, Montevideo, Diario Oficial 13 p.
18. VILÁ, A. 1997. Aspectos éticos y profesionales de la información y la comunicación en los cuidados de enfermería. *Enfermería Clínica*.7(3):119-125.

ANEXO 2

Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO A USUARIOS

Piso..... Sala..... N° Registro -
Fecha de ingreso - / / Fecha actual - / / Fecha de I.Q.
/ /

Intervención a la cual será sometido: _____

DATOS GENERALES DEL USUARIO

Edad - Sexo--

Nivel de instrucción -

- Analfabeto
- Primaria incompleta.
- Primaria completa.
- Secundaria incompleta.
- Secundaria completa.
- Estudios terciarios.

Residencia _ Montevideo..... Interior.....

Tiene actividad laboral? - Si - No

Profesa alguna religión: - Si Cuál? - No

1- Identifica Ud. al personal de salud que trabaja en esta sala:

- - al Médico que lo va a intervenir? Si__ No__
- - a la Licenciada en Enfermería de la sala? Si__ No__
- - al Auxiliar de Enfermería de la sala? Si__ No__
- - Otros profesionales -----

2 - ¿ Ha recibido información acerca de su intervención quirúrgica?

Si____ No____

3- ¿Conoce Ud.

- De qué va a ser intervenido?-----
- Cuándo será la intervención? -----
- Quién lo intervendrá quirúrgicamente? -----
- Pronóstico y tiempo de rehabilitación?-----

¿Quién le informó?

El médico----

Licenciada de Enfermería----

Auxiliar de Enfermería-----

Otros-----

4- ¿Qué conoce Ud. acerca de la preparación preoperatoria?

- Higiene
- Ayuno
- Prótesis, alhajas y maquillaje ...
- Procedimientos ...
- Orientación a Block Quirúrgico ...

¿Quién le informó?El médico ---

Licenciada de Enfermería ---

Auxiliar de Enfermería ---

Otros ---

5- ¿Qué conoce Ud. acerca de los aspectos posoperatorios?

- Orientación a la sala R.P.A. y tiempo de estadía.....
- Dispositivos y drenajes ...
- Control del dolor y analgesia ...
- Ejercicios respiratorios y musculares ...

¿Quién le informó? El médico ---

Licenciada de Enfermería --

Auxiliar de Enfermería --

Otros ---

6- Si el usuario tiene familia:

Su/s familiar/es se encontraban presente cuando le brindaron información.

Si ----

No---- Le hubiese gustado que estuvieran presente, junto a usted.....

7- ¿Está Ud. conforme con la información recibida?

Si No ¿Por qué?

8- ¿ Conoce Ud. los derechos y deberes que tiene como usuario?

Si__ Parcialmente__ No__

9- ¿ Considera Ud. que como usuario tiene derecho a ser informado?

Acepto participar en el presente estudio de investigación en forma voluntaria.

Firma _____

ANEXO 3

Entrevistas

**ENTREVISTA A LA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE
ASISTENCIA DE LA DIVISI3N DE ENFERMERIA
LIC. ENF. ANA EGUIA**

- *¿Cree Ud. que el usuario quirúrgico (pre-operatorio) del Hospital de Clínicas está informado sobre su intervención?*

- "Sí".

- *¿Cómo se implementa el consentimiento informado en el Hospital de Clínicas?*

- "Antes cuando el paciente ingresaba firmaba un documento en que accedía a todos los tratamientos médicos y quirúrgicos..."

- *¿Se ha trabajado el tema de los derechos del usuario en el Hospital de Clínicas? ¿Ha participado enfermería?*

"...Hay actualmente un manual donde se encuentran todos los derechos y deberes del paciente y familiares del Hospital de Clínicas. Se van a realizar carteleras grandes donde se van a colocar los deberes y derechos del paciente, en todos los pisos del Hospital de Clínicas."

- *¿Se ha trabajado el tema de información al usuario quirúrgico desde el ámbito de competencia de enfermería?*

- "Sí, se da en el ingreso de todos los funcionarios y en todos los cursos de auxiliares de enfermería, auxiliares de servicio y Licenciadas en Enfermería. El contenido se refiere a: los derechos, deberes, posturas, la responsabilidad, el trato humano la doctrina y la división..."

- "No hay un estudio que diga si se aplica..."

- *¿Qué información debe proporcionar enfermería profesional al usuario quirúrgico?*

- "Las instancias de información son cuando tú te acercas al paciente. En el Hospital de Clínicas el personal es poco, andan corriendo pero enfermería da

información aclarando sobretodo términos médicos, ya que estos muchas veces no son claros con el usuario...”

- *¿Qué piensa Ud. de la falta de identificación y presentación del personal de enfermería y especialmente de la Licenciada a los usuarios?*

- “Lo que identifica el personal de licenciada en enfermería es la postura frente al usuario.

El personal todos la gran mayoría trabajan por rutina. Aquí cuando entran todo el mundo sabe que tiene que identificarse. Habría que hacer un corte un día para saber como reciben los ingresos.

Lo que corresponde es que el Jefe de piso supervise y trabaje con su personal pero en la actualidad por falta de RRHH se encuentra trabajando en sala y en División de Enfermería como supervisora.”

- *¿Cuál es su opinión sobre la visita conjunta del médico y de la Licenciada en Enfermería al usuario?*

- “Sería lo ideal. Lo que dificulta en el HC es la desorganización de los grados médicos que pasa visita a horas diferente de la mañana.

En emergencia se planificó pasar visita todos junto a la hora 8, pero los médicos no vienen.”

- *¿Cree Ud. que la falta de trabajo en equipo condiciona la información que posee el usuario?*

- “Sí. Si pasas visita con el médico la información o aclaración que vas a dar va ser igual a la del médico...”

- *¿De su experiencia profesional cree Ud. que existen diferencias en el nivel de información que poseen los usuarios asistidos en instituciones privadas?*

- “La información médica es diferente porque te atiendes con tú médico y te explica más. En el Hospital de Clínicas los médicos son de todos, es diferente. La enfermería es mas operativa te evalúa, te pregunta como te sientes pero no te informa.”

ENTREVISTA A LA JEFA DE BLOCK QUIRÚRGICO **LIC. ENF. ESTELA GASO**

- *¿Cree Ud. que el usuario quirúrgico (pre-operatorio) del Hospital de Clínicas está informado sobre su intervención?*

- "Con respecto al tema de que información posee el usuario cuando llega al block quirúrgico sólo el 50% posee toda la información, es decir: diagnóstico médico, a que tipo de procedimiento quirúrgico será sometido, pronóstico y limitaciones y como será su post-operatorio. Muchas veces el cirujano decide por el paciente, le da al paciente la información que él quiere, asumiendo el menor compromiso. Esta situación se agudiza cuando el usuario está solo..."

- "Cabe destacar que el 50% de los usuarios no conoce al cirujano ni de qué será intervenido."

- "Si comparamos los cirujanos generales y de las especialidades, los primeros brindan menor información al paciente, mientras que en las especialidades se habla más con el usuario y con una mayor participación de la familia (por ejemplo en Otorrinolaringología brinda mayor información)."

- *¿Cuáles son los problemas más frecuentes relacionados a la falta de información del usuario?*

- "Con relación a la preparación del pre-operatorio observamos malas condiciones de higiene de los usuarios, así como la falta de orientación al block y explicación sobre el ayuno. Esta situación es consecuencia de una carencia de recursos humanos, muy poco personal de enfermería profesional en los pisos.

No se puede exigir al personal, existen turnos descubiertos de Licenciadas en Enfermería en los pisos.

Asimismo creo que en algunos casos existe una falta de apoyo psicológico al usuario ya que existen casos donde en sala se decide una amputación cuando no es posible realizar un by pass y el usuario no fue informado por el cirujano de esta posibilidad, lo que resulta extremadamente traumático."

- *¿Qué información debe proporcionar enfermería profesional al usuario quirúrgico?*

- "Considero que la información que debe ser suministrada en el piso por la Licenciada en Enfermería debe abarcar en el pre-operatorio: higiene corporal (baño) y ayuno, como debe subir a block (sin pertenencias las cuales debe quedar a recaudo de un familiar o en custodia en admisión), sin maquillaje, sin uñas pintadas, con prótesis dental ya que ésta se saca después de ser intubado. Así como también se le debe orientar a lo que va a ver en el block (vestimenta, condiciones de asepsia, características físicas del sector)."

ENTREVISTA A LA JEFA DE ENFERMERÍA DE PISO 7
LIC. ENF. ROSA GUTIERREZ

- *¿Cree Ud. que el usuario quirúrgico (pre-operatorio) del Hospital de Clínicas está informado sobre su intervención?*

- "No todos, depende por donde ingrese. Si ingresa por policlínica y también del médico que lo trate..."

"...No tiene información de todo el proceso quirúrgico..."

- *¿Cómo se implementa el consentimiento informado en el Hospital de Clínicas?*

- "Actualmente no se implementa el consentimiento informado en el Hospital..."

- *¿Se ha trabajado el tema de los derechos del usuario en el Hospital de Clínicas? ¿Ha participado enfermería?*

- "En este momento hay un manual de enfermería donde se expresan los derechos del usuario..."

"... Considero que el usuario desconoce sus derechos..."

- *¿Se ha trabajado el tema de información al usuario quirúrgico desde el ámbito de competencia de enfermería?*

- "Sí, se está trabajando con los estudiantes del Internado del Instituto Nacional de Enfermería y el personal del Servicio apoya y brinda información, pero no hay nada..."

- *¿Qué información debe proporcionar enfermería profesional al usuario quirúrgico?*

- "Información sobre los cuidados del preoperatorio (cuidados y preparación), intraoperatorio (¿qué le van hacer en el block quirúrgico?) y del postoperatorio (ejercicios respiratorios y musculares).

- *¿Qué piensa Ud. de la falta de identificación y presentación del personal de enfermería y especialmente de la Licenciada a los usuarios?*

- "La postura debería identificar a la Licenciada, pero al no haber una profesional por Sala el usuario no diferencia la Auxiliar de Enfermería de la Licenciada..."

..."La ausencia de diferencias en los uniformes no facilita la distinción..."

- *¿Cuál es su opinión sobre la visita conjunta del médico y de la Licenciada en Enfermería al usuario?*

- "Es fundamental, en este momento no se hace la visita conjunta..."

- *¿Cree Ud. que la falta de trabajo en equipo condiciona la información que posee el usuario?*

- "Si, porque mediante el trabajo en equipo se aprende del usuario y de la participación de cada uno de los profesionales..."

..."Se debería buscar una forma de recuperación de la disciplina médica que pase visita en una hora determinada integrando al Jefe médico de Block Quirúrgico y a todo el personal de la Sala..."

- *¿A partir de su experiencia profesional cree Ud. que existen diferencias en el nivel de información que poseen los usuarios asistidos en instituciones privadas?*

- "Ingresan con más información proporcionada por el médico tratante..."

- "Durante la internación no reciben información por parte de enfermería..."

ENTREVISTA A LA JEFA DE ENFERMERÍA DE PISO 9
LIC. ENF. DORA CALDARELLI

- *¿Cree Ud. que el usuario quirúrgico (pre-operatorio) del Hospital de Clínicas está informado sobre su intervención?*
 - "Si. Y no le puedes dar mas información de lo que le da el médico."

- *¿Cómo se implementa el consentimiento informado en el Hospital de Clínicas?*
 - "Hace cinco años existía una hoja donde el paciente autorizaba a ser estudiado y recibir el tratamiento indicado por el médico. Actualmente no existe ningún documento que paciente firme autorizando el tratamiento o intervención que será sometido."

- *¿Se ha trabajado el tema de los derechos del usuario en el Hospital de Clínicas? ¿Ha participado enfermería?*
 - "Se ha trabajado en talleres hace dos años. Se están revisando los manuales de enfermería donde hay publicaciones de derechos y deberes de los usuarios. No se le informa a todos los pacientes al ingreso, en algunos casos en que el paciente pregunta o en pacientes problemáticos se le han leído los derechos y deberes."

- *¿Se ha trabajado el tema de información al usuario quirúrgico desde el ámbito de competencia de enfermería?*
 - "Sobre la información que enfermería debe dar no hay nada protocolizado, se da la información por experiencia de trabajo, vas valorando la situación y ves que puedes decir y lo que no puedes. La auxiliar de enfermería no informa para sacarse responsabilidad de encima."

- *¿La familia se integra con el usuario al informe?*
 - "A veces si el familiar se encuentra a la hora de visita médica y depende de la insistencia del familiar."

- *¿Qué información debe proporcionar enfermería profesional al usuario quirúrgico?*

- "Orientación al servicio.

En el día de la intervención:

1. Ayuno donde se debe prestar mas atención, se ha suspendido intervenciones por el paciente comer caramelo o chicle.
2. Preparación de la piel según el tipo de cirugía.
3. Enema.
4. Baños.
5. Controles.
6. Ejercicios a realizarse en el post-operatorio.
7. Información de la recuperación al paciente y al familiar.
8. Horarios de visita a sala de recuperación al familiar y al paciente, en caso de que el mismo no baje en el día de la intervención al piso."

- *¿Qué piensa Ud. de la falta de identificación y presentación del personal de enfermería y especialmente de la Licenciada a los usuarios?*

- "Si bien la postura es lo que debe de identificar a la Licenciada la toca ayudaría a identificar."

- *¿Cuál es su opinión sobre la visita conjunta del médico y de la Licenciada en Enfermería al usuario?*

- "La visita conjunta sería lo ideal y es muy importante. Pero no puedes pasar visita con ellos porque te pasarías toda la mañana."

- *¿Cree Ud. que la falta de trabajo en equipo condiciona la información que posee el usuario?*

- "Si. Si se trabajara como equipo interdisciplinario aumentaría la comunicación y habría de existir mejor información."

- *¿De su experiencia profesional cree Ud. que existen diferencias en el nivel de información que poseen los usuarios asistidos en instituciones privadas?*
- "En el mutualismo tú médico te da mas información que en el Hospital de Clínicas. Enfermería no te da nada..."

ENTREVISTA A LA JEFA DE ENFERMERÍA DEL PISO 10 LIC. ENF. LAURA CAMISA

- *¿Cree Ud. que el usuario quirúrgico (pre-operatorio) del Hospital de Clínicas está informado sobre su intervención?*

- "No sé los usuarios del Hospital de Clínicas en general pero los usuarios internados en el piso 10 reciben información sobre su intervención quirúrgica..."

"...La información es un derecho del usuario y debe darla la persona que corresponda..."

"... El usuario que está internado acá en piso 10, sí tiene información. La información la brinda el equipo según lo que le corresponde a cada miembro..."

- *¿Cómo se implementa el consentimiento informado en el Hospital de Clínicas?*

- " Hay una hoja que se le da al usuario y ahí firma el consentimiento que luego se adjunta a la Historia Clínica..."

"... Antes de ir a Block Quirúrgico el usuario debe firmar la hoja de consentimiento..."

"... La hoja no contiene información sobre el acto quirúrgico. Firma una autorización para que el Cirujano realice la intervención que considere necesaria según su criterio en el momento... Consiente a que según la situación el Cirujano proceda..."

- *¿Se ha trabajado el tema de los derechos del usuario en el Hospital de Clínicas? ¿Ha participado enfermería?*

- " Se ha trabajado, se han difundido repartiendo manuales... Ahora no hay impresos sobre el tema por lo que lo trabaja el personal de Enfermería, que generalmente informan al usuario los derechos según la situación..."

"... Existe el diseño de los folletos sólo que no han distribuido más porque no hay impresos..."

"... El nuevo funcionario que ingresa a piso recibe información acerca de sus derechos y obligaciones según el cargo y también recibe información sobre los derechos y deberes de los usuarios porque es el encargado de ver que se

cumplan los derechos y obligaciones en la sala en la que se desempeña... El funcionario debe orientar al usuario..."

- *¿Se ha trabajado el tema de información al usuario quirúrgico desde el ámbito de competencia de enfermería?*

- "Sí, se ha trabajado con el personal sobre esta temática en reiteradas oportunidades..."

- *¿Qué información debe proporcionar enfermería profesional al usuario quirúrgico?*

- "Información concreta, concisa y comprensible para el usuario..., en un lenguaje que el usuario maneje..."

..." Sobre lo que no debe dar información es de la patología y de los procedimientos médicos, porque eso le compete al Médico..."

..." Si el usuario tiene que hacerse un estudio, sí es obligación de enfermería realizar la preparación e informarle. Y si el usuario pregunta sobre los riesgos también debe informarle... También se debe informar sobre los cuidados antes y después del estudio..."

..." La Historia Clínica no es un secreto para el paciente, es un documento, no puede salir de la Institución pero el paciente puede pedirla para verla... Se puede sacar para fotocopiar con indicación médica y se debe dejar la Cédula de Identidad..."

- *¿Qué piensa Ud. de la falta de identificación y presentación del personal de enfermería y especialmente de la Licenciada a los usuarios?*

- " Acá cuando el usuario llega al servicio lo recibe la Nurse o el Auxiliar y entonces se presentan... Así yo también durante la recorrida me presento con nombre y cargo e informo a los usuarios donde y en que horario me pueden ubicar..."

..." Todo el personal del Equipo se identifica frente al paciente..."

- *¿Cuál es su opinión sobre la visita conjunta del médico y de la Licenciada en Enfermería al usuario?*

- " Es un pilar. En el servicio ha decaído mucho porque no tenemos tanto personal ni auxiliar ni profesional para poder realizarla..."

..." Tenemos 2 Licenciadas para las 5 salas y el personal auxiliar es uno por sala por lo tanto los tiempos no dan ya que se dejaría de realizar procedimientos y atención directa..."

..." Es importante la visita pero a veces lleva una o dos horas..."

..." En el área quirúrgica no pasan visita todos los cirujanos juntos por lo que no se puede tener personal pendiente cada ½ hora de pasar visita con el médico que viene..."

..." Si pudiéramos tener una Licenciada y dos Auxiliares por sala se podría realizar la visita en conjunto con el médico..."

..." La visita es algo que hemos perdido en los últimos tiempos por falta de personal..."

..." Nos enteramos de los pacientes por lo que el médico nos dice o por la Historia Clínica..."

- *¿Cree Ud. que la falta de trabajo en equipo condiciona la información que posee el usuario?*

- " Si, porque si pasáramos visita y trabajamos en conjunto sabríamos bien como vuelca la información uno y otro..."

..." Hay todo tipo de usuarios, aquel que quiere información y el que no. Entonces si no estamos durante la visita donde el médico da información y oímos lo que él le dice no sabemos que información brindar..."

- *¿A partir de su experiencia profesional cree Ud. que existen diferencias en el nivel de información que poseen los usuarios asistidos en instituciones privadas?*

- "No conozco las áreas privadas ya que trabajo solo acá... . Quizás en el área privada la información sea más reticente..."

ANEXO 4

Tabulación de datos

Tabla N° 5: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según las variables generales estudiadas.

Variables generales		FA	FR%
Sexo	Femenino	21	55,3
	Masculino	17	44,7
Edad (años) Media = 57 Desvío = 20,3 Rango = 16 - 86	16 - 27	3	7,9
	28 - 39	7	18,4
	40 - 51	5	13,2
	52 - 63	6	15,8
	64 - 75	9	23,7
	76 - 87	8	21,1
Nivel de instrucción	Analfabeto	1	2,6
	Primaria incom.	13	34,2
	Primaria comp.	8	21,1
	Secundaria incom.	9	23,7
	Secundaria comp.	7	18,4
Lugar de residencia	Montevideo	22	57,9
	Interior	16	42,1
Ocupación	Actividad laboral remunerada		
	Si	6	15,8
	No	32	84,2
Conocimiento de derechos y deberes	Si	12	31,6
	No	26	68,4
	N	38	100

Tabla N° 6: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según la identificación del personal de la Sala.

		FA	FR%
Médico	Si	33	86,8
	No	5	13,2
Lic. Enf.	Si	29	76,3
	No	9	23,7
Aux. Enf.	Si	35	92,1
	No	3	7,9

N= 38

Tabla N° 7: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según su manifestación verbal de haber recibido información respecto al proceso quirúrgico.

Recibió información	FA	FR%
Si	35	92,1
No	3	7,9
Total	38	100

Tabla N° 8: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según la presencia de la familia mientras le brindaban información respecto al proceso quirúrgico.

Presencia de la familia	FA	FR%
Si	20	52,6
No	18	47,4
Total	38	100

Tabla N° 9: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según la preferencia de que la familia estuviese presente mientras le brindaban información respecto al proceso quirúrgico.

Preferencia sobre la presencia de la familia	FA	FA%
Si	11	61,1
No	7	38,9
Total	18	100

Tabla N° 10: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según la información que poseen sobre aspectos generales de la intervención quirúrgica.

Conoce sobre		FA	FA%
Fecha	Si	38	100
	No	0	0
Motivo	Si	36	94,7
	No	2	5,3
Cirujano	Si	27	71,1
	No	11	28,9
Pronóstico y tiempo de Rehabilitación	Si	10	26,3
	No	28	73,7

N= 38

Tabla N° 11: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según la fuente de información sobre aspectos generales de la intervención quirúrgica.

	FA	FA%
Médico	37	94,7
Lic. Enf.	5	10,5
Aux. Enf.	3	7,9

N= 38

Tabla Nº 12: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según la información que poseen sobre la preparación preoperatoria.

Conoce sobre		F.A.	F.R. %
Higiene	Si	17	44,7
	No	21	55,3
Ayuno	Si	29	76,3
	No	9	23,7
Prótesis, alhajas, etc.	Si	6	15,8
	No	32	84,2
Procedimientos	Si	2	5,3
	No	36	94,7
Orientación al B.Q.	Si	0	0
	No	38	100

N= 38

Tabla Nº 13: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según la fuente de información sobre la preparación preoperatoria.

	F.A.	F.R. %
Médico	18	60
Lic. Enf.	10	33,3
Aux. Enf.	8	26,7

N= 30

Tabla Nº 14: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según la información que poseen sobre aspectos del postoperatorio.

Conoce sobre		F.A.	F.R. %
Orientación a la Sala de R.P.A.	Si	3	7,9
	No	35	92,1
Dispositivos y drenajes	Si	1	2,6
	No	37	97,4
Control del dolor y analgesia	Si	1	2,6
	No	37	97,4
Ejercicios resp. y musculares	Si	1	2,6
	No	37	97,4

N= 38

Tabla N° 15: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según la fuente de información sobre aspectos postoperatorios.

	FA	FR%
Médico	1	20
Lic. Enf.	3	60
Aux. Enf.	1	20

N= 5

Tabla N° 16: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según el nivel de información.

	FA	FR%
Muy bajo	15	39,5
Bajo	21	55,3
Medio	2	5,3
Total	38	100

Tabla N° 17 : Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según la conformidad con la información recibida sobre el proceso quirúrgico.

Conformidad con la información	FA	FR%
Si	28	73,7
No	10	26,3
Total	38	100

Tabla N° 18: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según la manifestación conocer sus derechos y deberes como usuario del Hospital.

Derechos y deberes	FA	FR%
Si	12	31,8
No	26	68,4
Total	38	100

Tabla N° 19: Distribución de usuarios quirúrgicos internados en el Hospital de Clínicas en el período del 15 de enero al 15 de febrero del 2001 según la manifestación de tener derecho a ser informado sobre el proceso quirúrgico.

Derecho a la información	FA	FR%
Si	37	97,4
No	1	2,6
Total	38	100