



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE ENFERMERÍA DE SORIA



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado.

Educación para la Salud e intervención del profesional enfermero durante el proceso quirúrgico.

Estudiante: Andrea Rosa De Miguel.

Tutelado por: M^a Ángeles Ferrer Pascual.

Soria, 10 de Junio de 2015.

ÍNDICE

1. Resumen.	3
2. Introducción.	3
3. Marco conceptual.	4
3.1 Profesional enfermero: Enfermera perioperatoria.	5
3.2 Proceso quirúrgico:	
3.2.1 Fase y atención preoperatoria.	5
3.2.2 Fase y atención intraoperatoria.	6
3.2.3 Fase y atención postoperatoria.	7
3.3 El proceso enfermero en el paciente quirúrgico.	9
3.4 Educación para la Salud en el proceso quirúrgico.	11
4. Objetivos.	14
5. Material y métodos.	14
6. Resultados y discusión:	
6.1 Implicación de los profesionales de enfermería en la EpS del paciente quirúrgico en España.	15
6.2 Beneficios de la EpS en el paciente quirúrgico.	18
7. Conclusión.	22
8. Programa de Educación para la Salud en el paciente quirúrgico colostomizado.	23
8.1 El cáncer colorrectal: situación actual.	23
8.2 Justificación.	24
8.3 Características del grupo al que se dirige el programa.	25
8.4 Objetivos del programa.	25
8.5 Cronograma.	26
8.6 Organigrama.	26
8.7 Recursos materiales y humanos.	33
8.8 Evaluación.	33
9. Bibliografía.	36
10. Anexos.	41

1. RESUMEN

El paciente que se va a someter a una intervención quirúrgica, pasa por diferentes fases o etapas: fase preoperatoria, fase intraoperatoria y fase postoperatoria. El profesional enfermero que acompañará al paciente durante su proceso quirúrgico, deberá educar a este en cada una de las fases para favorecer la adaptación a su nueva situación de salud. La educación proporcionada por el profesional sanitario, ya sea individual o grupal, tiene efectos beneficiosos en el paciente, disminuyendo la ansiedad preoperatoria, el dolor postoperatorio y reduciendo la estancia hospitalaria del mismo. Los programas de Educación para la Salud (EpS), pueden ser una forma efectiva y adecuada de proporcionar educación a un determinado grupo de pacientes, que estén en una situación de salud parecida y que vayan a experimentar un proceso quirúrgico similar.

2. INTRODUCCIÓN

El trabajo que voy a desarrollar: “Educación para la Salud e intervención del profesional enfermero durante el proceso quirúrgico”, surge del interés personal por conocer y averiguar, el papel del profesional de enfermería y su importancia, en la atención y cuidado del paciente quirúrgico. Este trabajo, siempre me ha parecido interesante por un importante motivo; la función educativa y asistencial que el profesional enfermero realiza en este periodo, influyendo satisfactoriamente sobre la experiencia del paciente, disminuyendo o evitando las complicaciones preoperatorias y postoperatorias más frecuentes.

En esta pequeña experiencia profesional como alumno de enfermería, he podido comprobar que conocemos muy poco sobre el proceso quirúrgico y la atención profesional que se ofrece previamente y posteriormente al paciente que se somete a una intervención quirúrgica. Mi paso por la planta de cirugía y el servicio de reanimación del hospital Santa Bárbara de Soria, ha incrementado mi curiosidad sobre este tema y ha desviado mi atención hacia la EpS que el profesional de enfermería lleva a cabo en todas las etapas del proceso quirúrgico, no solo en el área quirúrgica propiamente dicha, sino en todos los contextos donde el paciente debe ser atendido.

Una de las estrategias utilizadas en la EpS, es la realización de programas. La enfermera mediante la realización de estos, podrá organizar su intervención educativa, evaluar los resultados y ayudar al paciente a adaptarse y participar de forma activa en su proceso quirúrgico y posterior recuperación. Para completar mi trabajo de fin de grado, decidí realizar un programa de EpS dirigido al paciente quirúrgico. Durante mis prácticas de enfermería, pude comprobar en primera persona, la dificultad de adaptación preoperatoria y postoperatoria, las inseguridades respecto a su problema de salud y las complicaciones postoperatorias que pueden tener estos pacientes.

A continuación, se contextualiza el tema a abordar, se analiza la situación actual del mismo mediante la revisión bibliográfica y se hace una propuesta de EpS dirigida al paciente colostomizado y su familia, con el fin de prepararle y ayudar a otros profesionales sanitarios que quieran proporcionar EpS en este periodo.

3. MARCO CONCEPTUAL

Cada año, se realizan en España innumerables procedimientos quirúrgicos, como tratamiento de un problema de salud o una técnica diagnóstica. En el pasado, la cirugía se dividía en intervenciones mayores y menores, pero para el paciente no hay cirugía menor ya que debemos tener en cuenta, que cada intervención quirúrgica da lugar a una importante alteración fisiológica y emocional por parte de quien la sufre.

La cirugía puede realizarse por diferentes razones y suele clasificarse en función de su intención u objetivo. En función de la necesidad de la persona a intervenir, la cirugía puede tener finalidad diagnóstica o exploratoria, curativa si el fin es curar o reparar tejidos, paliativa si se pretende retrasar el desarrollo de una enfermedad o estética si se pretende conseguir un aspecto físico deseado. Una intervención quirúrgica, también se clasifica teniendo en cuenta el grado de urgencia de su realización, siendo programada cuando la vida de la persona no corre ningún peligro, urgente cuando la vitalidad de la persona puede verse comprometida y de emergencia, cuando es necesario realizar la cirugía lo más rápido posible para salvar la vida del paciente ¹.

3.1. Profesional enfermero: Enfermera perioperatoria

El profesional enfermero, responsable de los cuidados del paciente en las áreas donde se lleva a cabo la intervención quirúrgica, se denomina profesional enfermero peri-operatorio. Según la Association of perioperative registered nurses (AORN) ², las enfermeras perioperatorias trabajan como miembros integrales del equipo quirúrgico, junto con otros profesionales de la medicina, como el cirujano y el anestesiólogo.

Por consiguiente, podríamos decir que la enfermera perioperatoria o enfermera quirúrgica, es el profesional que desempeña la función enfermera antes, durante y después de la intervención, dentro del área quirúrgica, anestesia o reanimación.

3.2. Proceso quirúrgico

La actuación de enfermería con los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica, exige conocer las diferentes fases del proceso quirúrgico. Candel Parra E. en su artículo el proceso quirúrgico, denomina procedimiento o proceso quirúrgico a: *“las diferentes etapas por las que pasa una persona que va a ser intervenida quirúrgicamente”* ³.

3.2.1. Fase y Atención preoperatoria

El periodo o fase preoperatoria se inicia con la decisión de llevar a cabo una intervención quirúrgica y prosigue durante el traslado del paciente hasta el quirófano.

Es importante realizar una atención preoperatoria única e individualizada para cada persona; la cirugía es una amenaza real o potencial para la integridad del organismo e interfiere en su normal funcionamiento, por ello debemos planear, identificar y proporcionar asistencia que cubra todas las necesidades del paciente quirúrgico¹. Una adecuada valoración de las necesidades, tratamiento del riesgo e instrucción adecuada por parte del profesional enfermero, permite una evolución operatoria y posterior recuperación más fácil para el paciente.

Las principales responsabilidades del personal de enfermería durante este periodo, se centran en la recogida de datos, la preparación tanto física como emocional del paciente, su educación y la de su familia para afrontar con éxito todo el proceso. Es necesario que el profesional enfermero realice una completa valoración del paciente quirúrgico, recogiendo datos basales tales como, la talla, el peso, las constantes vitales, el estado neurológico y los posibles signos de alarma preoperatoria (deshidratación, erupciones, inflamaciones, lesiones cutáneas...). También deberá valorar el nivel de consciencia, la orientación, la capacidad para cumplir órdenes, su estado anímico y con qué recursos emocionales y del entorno cuenta para afrontar la intervención. Es muy importante tener en cuenta las experiencias quirúrgicas previas del paciente, su medicación habitual y sus antecedentes personales (algunas enfermedades aumentan el riesgo de la cirugía y anestesia, contribuyendo a los problemas perioperatorios) ⁴.

Una vez establecido el diagnóstico médico y decidido el acto quirúrgico, tras comprobar la ausencia de contraindicaciones, es necesario y muy importante desarrollar la preparación física y psicológica del paciente. La enfermera participa en la preparación preoperatoria mediante la aplicación de los procedimientos preoperatorios, acogiendo al paciente en la unidad de hospitalización y enseñándole cómo afrontar sus miedos y de qué manera debe contribuir a su propio autocuidado.

La mayor parte de hospitales cuentan con un área de recepción preoperatoria (área de reanimación). En esta área, se llevan a cabo las preparaciones finales y se hace una revisión final de la historia clínica con el fin de garantizar que la documentación esté completa ¹.

3.2.2. Fase y atención intraoperatoria

Entre el periodo preoperatorio y postoperatorio, se encuentra el periodo intraoperatorio, que comienza cuando el paciente es trasladado a quirófano y termina cuando regresa a la unidad de reanimación.

Habitualmente, el bloque quirúrgico se suele ubicar en una zona tranquila, aislada, de poco tránsito y con buena comunicación con el resto del

hospital y áreas específicas (unidad de cuidados intensivos, urgencias, esterilización, unidad de hospitalización quirúrgica...). Es importante que el profesional de enfermería tenga en cuenta el tipo de cirugía que se va a realizar, así como la técnica anestésica de elección; de esta forma podrá anticiparse al equipo médico, proceder a la correcta colocación del paciente y brindar a este, la comodidad y seguridad necesaria ⁵.

La función del equipo de enfermería en quirófano, no solo se centrará en el acto quirúrgico, si no en la persona como principal sujeto de intervención; si no está bien preparado, es probable que el paciente entre a quirófano nervioso y asustado, tenga dudas sobre el acto anestésico y reacciones que pueden no ser propias de él; es papel de la enfermera tranquilizarle, estar con él durante la intervención, cubrir sus necesidades, detectar signos y síntomas que puedan interferir en el adecuado transcurso de la intervención y brindarle apoyo emocional.

La enfermera circulante, deberá acompañar al paciente durante la intervención (si se encuentra consciente), preocuparse por su comodidad, estar pendiente de sus constantes vitales, detectar signos y síntomas de alarma y acompañar al paciente a la unidad de reanimación cuando finalice la intervención. A su llegada a la unidad de reanimación, la enfermera circulante deberá asegurarse de que sea otra enfermera la que se encargue de la recepción del paciente y de que esta conozca la información relevante durante el acto quirúrgico.

3.2.3. Fase y atención postoperatoria

La última etapa del proceso quirúrgico es la fase postoperatoria, esta se divide a su vez en dos fases: postoperatorio inmediato y postoperatorio tardío.

Postoperatorio inmediato.

Se inicia en el momento que finaliza la cirugía y abarca el periodo en el que el paciente recupera las funciones vitales afectadas por el acto anestésico y en el que se incluyen una serie de actividades encaminadas a suplir las necesidades físicas y psíquicas del enfermo. La atención enfermera durante

este proceso es esencial, ya que es la persona que estará en contacto directo con el paciente. Una atención adecuada es necesaria para lograr la pronta recuperación y satisfacción del paciente quirúrgico. La recuperación postquirúrgica, que en la mayor parte de los casos es rutinaria y sin complicaciones, se inicia en el momento en el que finaliza la intervención y la anestesia.

En cuanto el paciente llega a la unidad de reanimación, el profesional de enfermería procede a su monitorización, control del despertar y administración de analgesia ⁶. Algunas de las posibles complicaciones más frecuentes y que requieren vigilancia por parte de la enfermera encargada de la atención del paciente en el postoperatorio inmediato son: obstrucción de vías respiratorias, hipoxemia e hipoventilación, hipotensión, agitación, dolor, náuseas y vómitos, oliguria, hemorragia...las cuales deberán tratarse con suministro de oxígeno, ventilación mecánica, cambio de posición del paciente, fluidoterapia, antieméticos, analgesia... ^{7,8}.

Una vez asentado el paciente en reanimación, es importante notificar esta circunstancia a los familiares, informándoles brevemente del estado del paciente y del trascurso de la intervención. Todos los pacientes, permanecerán en este área el tiempo preciso, hasta que consigan la estabilidad hemodinámica y el control del dolor postoperatorio.

Postoperatorio tardío.

Después del alta de la unidad de reanimación, el paciente entrará en el postoperatorio tardío; será en este momento donde se resuelvan las alteraciones fisiológicas y psicológicas del paciente, los desequilibrios asociados a la cirugía y la oportunidad del paciente de poner en práctica todo lo aprendido en el preoperatorio.

El profesional enfermero durante esta fase, deberá controlar las constantes vitales del paciente, vigilar los signos y síntomas de alarma, preparar y administrar la medicación oral e intravenosa, controlar las dietas, realizar curas diarias de la herida quirúrgica y proporcionar EpS al paciente y a su familia.

La valoración postoperatoria, también permitirá al profesional de enfermería encargado del cuidado de los pacientes en la unidad de hospitalización, seguir la recuperación postoperatoria de estos e identificar el desarrollo de complicaciones reales o potenciales. Es esencial hacer una valoración completa de todas las necesidades del paciente, prestando especial atención a la función respiratoria y cardiovascular, a la comodidad y seguridad y a las necesidades psicosociales⁹. Es necesario también, educar al paciente en aquellas circunstancias que le ayuden a mantener la salud y a prevenir riesgos.

Al alta del paciente de la planta de hospitalización, se le facilitará el informe médico y de enfermería sobre la intervención y las actuaciones realizadas. Es importante hacer un seguimiento del paciente después del alta hospitalaria y programar visitas periódicas, mediante consultas programadas en el hospital o a través de la enfermera de referencia de su centro de salud⁵.

3.3. El proceso enfermero en el paciente quirúrgico

La enfermería como profesión, ha ido perdurando en las diferentes épocas de la historia, por la asunción de distintas responsabilidades y roles, aunque teniendo siempre como punto de referencia los cuidados de salud de las personas y de los grupos. En la actualidad, podemos afirmar que el ejercicio profesional de la enfermería requiere de un instrumento metodológico que nos ayude a llevar a cabo el proceso de cuidar, ordenando y cohesionando las acciones que dicho proceso comporta, a la vez que nos permite dejar constancia de las acciones realizadas.

El término proceso de enfermería, recoge la forma de pensar y la forma de hacer de sus profesionales. Se trata de: *“una forma ordenada y sistemática de determinar los problemas de un individuo, formulando y realizando los planes para resolverlos, llevarlos a cabo y evaluar hasta qué punto estos planes resultan eficaces para solucionar los problemas identificados”*⁹.

Valoración preoperatoria y postoperatoria.

La valoración preoperatoria y postoperatoria física, mental y psicosocial del paciente, puede indicar al profesional de enfermería los sistemas de apoyo necesarios para ayudar al paciente en su proceso quirúrgico. Un profesional de enfermería no apresurado y comprensivo invitará a la confianza y será capaz de conocer las percepciones del paciente respecto a la cirugía, su concentración y atención, su actitud y motivación y los posibles diagnósticos enfermeros que presente.

Diagnósticos enfermeros.

Un diagnóstico enfermero es un: *“juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/problemas vitales reales o potenciales”*¹⁰. El diagnóstico enfermero, proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

Planificación y ejecución.

La enfermera como profesional de la salud, debe realizar las actuaciones y valoraciones necesarias para identificar estos diagnósticos y poder realizar intervenciones de calidad que permitan a la persona abordar todo el proceso quirúrgico de la manera más cómoda y segura. Los diagnósticos enfermeros que predominan en la fase preoperatoria, suelen estar relacionados con el temor, la ansiedad y los conocimientos deficientes¹¹, los más comunes en la fase postoperatoria, suelen estar relacionados con las percepciones y vivencias que el paciente experimenta en esta fase y con sus necesidades específicas (dolor crónico, ansiedad, problemas de sueño, problemas de movilidad, déficit de autocuidado...).

Las complicaciones potenciales más comunes en el postoperatorio son la hemorragia, la infección local, las complicaciones anestésicas y la retención urinaria. El profesional de enfermería debe encargarse de programar las medidas de control y vigilancia en lo relativo a la evolución, planificar los

cuidados que se deriven de los tratamientos prescritos y determinar qué actividades preventivas se pueden llevar a cabo ¹².

Resolución y evaluación.

Para poder intervenir sobre estos diagnósticos, la enfermera debe asignar unas intervenciones a cada uno de ellos y analizar los resultados después de cada intervención, valorando la idoneidad y la eficacia de esas actividades. La EpS que desarrolla la enfermera es una de las intervenciones clave en esta etapa, ya que le permite implicar al paciente en el proceso quirúrgico y cuidado de su salud.

3.4. Educación para la Salud en el proceso quirúrgico

Como ya se ha mencionado, una de las funciones propias y más importantes de la enfermería, es la función docente. La enfermera no solo se encargará de proporcionar cuidados físicos, si no que se ocupará de la educación del paciente durante el proceso quirúrgico y del aprendizaje por parte del mismo de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para afrontar su nueva situación de salud.

El periodo previo a cualquier intervención quirúrgica, provoca ansiedad en la mayoría de las personas, por eso es importante brindar una información adecuada, en un espacio físico acorde a la situación y en un clima de confianza sincero. Mediante el establecimiento de una buena relación de ayuda, conseguiremos que el paciente aumente su autoestima y motivación, plantee sus dudas y sus miedos, que se cree una relación de confianza enfermera-paciente y que este tenga la oportunidad de analizar y expresar las emociones que le produzca la intervención ¹³.

Para proporcionar una educación adecuada y completa, al paciente quirúrgico se le debe educar sobre la medicación y sus posibles modificaciones, sobre la higiene y preparación cutánea y sobre los objetos de valor y documentación de posibles prótesis. También es muy importante, la coordinación y el trabajo en equipo de todos los profesionales sanitarios que intervienen durante su proceso quirúrgico ⁶.

Una vez aclaradas las dudas de la persona que va a ser intervenida y realizada la petición de cirugía programada, es necesario realizar un seguimiento completo del paciente, para poder acompañar, educar y asesorar a la persona desde que conoce su intervención. La enfermera de la consulta de cirugía, sería uno de los profesionales más adecuados para encargarse de desarrollar la educación preoperatoria y postoperatoria que prepare al paciente quirúrgico y le permita adaptarse a su nueva situación. El aprendizaje, le permitirá conocer los pasos que tiene que seguir y lo que tiene que realizar en cada una de las fases, así como las medidas de prevención que le permitan evitar complicaciones ¹³.

La EpS será primordial para aumentar los conocimientos del paciente sobre su proceso, aumentar su capacidad de afrontamiento, reducir su estancia hospitalaria y prevenir su reingreso en la unidad. El profesional de enfermería, debe ser capaz de establecer una relación empática con el paciente y conseguir la total independencia de este al alta hospitalaria. Denominamos EpS a: *“aquellas oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, la mejora del conocimiento de la población en relación a la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”* ¹⁴.

Para la enfermera, el preoperatorio y postoperatorio, será un buen momento para desarrollar EpS, por la receptividad del paciente quirúrgico. El profesional enfermero, actuará como agente, mediador y educador, cuyo objetivo será que el paciente quirúrgico conozca su proceso y sea capaz de llevar a cabo su autocuidado ¹³. Es importante informar sin prisas, con un lenguaje claro y adecuado al nivel de comprensión del paciente, aclarar las dudas de la persona a intervenir y asegurarse que el mensaje ha sido recibido y entendido ⁶. Las habilidades que debe poseer una enfermera para que la comunicación sea eficaz son la empatía, la asertividad y la escucha activa ¹⁵.

Uno de los instrumentos con los que cuenta la enfermera para poner en práctica estas habilidades es la entrevista sanitaria. Esta, permite establecer una situación de interacción dinámica mediante el lenguaje entre dos o más

personas, durante la cual ha de existir un intercambio de opiniones, ideas y conceptos. El objetivo final es establecer una relación de confianza con el paciente, recoger los datos necesarios para realizar posteriormente una buena EpS, evaluar mediante esta, los logros obtenidos una vez terminada la educación y obtener información completa sobre las necesidades del paciente para poder modificar las conductas que sean consideradas inapropiadas para él ¹⁶. La entrevista puede llevarse a cabo también con los familiares del paciente quirúrgico; de esta forma, la familia y cuidadores, se verán involucrados en el proceso de cuidado de la persona intervenida.

Independientemente de la realización o no de la entrevista, el profesional deberá ser el encargado de elegir los momentos más apropiados durante el preoperatorio y postoperatorio, para proporcionar EpS individual al paciente quirúrgico. Uno de los momentos utilizados por la enfermera podrá ser la visita preoperatoria. Las intervenciones llevadas a cabo son muy semejantes y consisten básicamente en aportar información y que el paciente aumente sus conocimientos sobre el entorno y la situación que va a vivir ¹⁷. La visita pre quirúrgica, constituye una piedra angular en la relación enfermera-paciente, estableciendo una adecuada comunicación interpersonal brindándole un manejo perioperatorio de calidad orientado a dar mayor seguridad al paciente.

En algunas ocasiones, la explicación del consentimiento informado, es la única información que obtienen los pacientes sobre su proceso quirúrgico, lo que crea desconfianza, falta de información relevante y educación preoperatoria escasa ¹⁸.

La educación individual, puede proporcionarse por el profesional de enfermería como ya hemos visto; los profesionales sanitarios tienen también la posibilidad de realizar EpS grupal, reuniendo en un espacio temporal y físico a pacientes que coincidan en un momento de vida parecido, en el que su proceso quirúrgico requiera una educación similar. La educación grupal permitirá a los pacientes trabajar en grupo, prestarse apoyo mutuo y nutrirse de las experiencias de otros compañeros.

4. OBJETIVOS

Al comenzar este trabajo, me planteé algunas cuestiones relacionadas con la EpS en el proceso quirúrgico. Mi idea inicial, estaba relacionada con la necesidad de prestar educación por parte del profesional sanitario al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente, por ese motivo, y para conocer la realidad actual, se plantea hacer una revisión bibliográfica sobre estos aspectos. Para ello se proponen los siguientes objetivos:

- Analizar si se realiza y cómo se realiza la EpS por parte de los profesionales de enfermería en el paciente quirúrgico en España.
- Identificar los beneficios de la EpS en el paciente quirúrgico.
- Proponer un programa de EpS en el preoperatorio, dirigido a los pacientes quirúrgicos colostomizados y sus cuidadores, que apoye y ayude a los profesionales de las distintas unidades quirúrgicas.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Para analizar los objetivos anteriormente indicados, se realiza una revisión bibliográfica. Para la elección de los artículos se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: *Cuiden*, *Pubmed*, *Scielo España*, *Cochrane Plus*, *Enfispo*, *Google académico* y *Lilacs*. Utilizando las siguientes palabras clave: *Proceso quirúrgico*, *Preoperatorio*, *Postoperatorio*, *Paciente quirúrgico*, *Educación para la Salud*, *Visita preoperatoria*, *Familia*, *Educación preoperatoria/postoperatoria* y *Enfermera quirúrgica*. Además, se ha consultado documentación en aquellas sociedades científicas relacionadas con el tema.

El total de artículos encontrados, fueron 41. Después de la lectura exhaustiva de los mismos, teniendo en cuenta el contenido, los criterios de inclusión y la relación con el tema a desarrollar, se seleccionaron un total de 18 (*Anexo 1*).

Los criterios de inclusión que se han tenido en cuenta a la hora de elegir los artículos, han sido los siguientes: artículos originales, revisiones sistemáticas o estudios experimentales relacionados con la necesidad a

analizar; artículos con menos de 10 años de antigüedad, y guías y protocolos basados en evidencia científica.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1. Implicación de los profesionales de enfermería en la EpS del paciente quirúrgico en España

Tras el análisis de los artículos encontrados, se ha observado que el estado actual de la EpS en el paciente que va a ser intervenido en España, aún tiene que mejorar en algunos aspectos relacionados con el momento utilizado por el profesional para educar al paciente, los métodos que utiliza para llevar a cabo esa educación y la persona sanitaria encargada de llevar a cabo la misma. Tras la revisión bibliográfica, he obtenido datos específicos de algunos lugares de España, donde se realiza EpS. En estos, la preparación física y psicológica y la educación brindada por el profesional de enfermería no siguen un guion predeterminado; por lo que mediante esta revisión, pretendo analizar que métodos son los que prevalecen, en qué momento se desarrolla más esa educación y quien la desarrolla.

En todos los pacientes quirúrgicos, la preparación general para la cirugía debe comprender tanto aspectos psicológicos como físicos. Dentro de la preparación psicológica, es fundamental el papel del profesional de enfermería; este será el encargado de educar al paciente sobre el procedimiento quirúrgico y sus posibles resultados. El objetivo de la enfermera durante el proceso quirúrgico, será educar y estandarizar sus actuaciones en los diferentes grupos de pacientes.

Tras la revisión bibliográfica, he comprobado que uno de los momentos más utilizados por el profesional sanitario para proporcionar EpS en España es la visita pre-quirúrgica. El estado actual de la visita quirúrgica (VC) y su grado de implantación en los diferentes hospitales del territorio español, permite poner en marcha aquellas intervenciones que facilitan las labores educativas de los profesionales enfermeros. La mayoría de los artículos analizados, coinciden en que este método, aumenta el bienestar y la satisfacción de los pacientes en el postoperatorio y que su éxito depende en gran medida, de la

cooperación del equipo quirúrgico y del cumplimiento de todas sus fases ^{11, 19, 20}.

El cumplimiento de la visita pre-quirúrgica, está íntimamente relacionado con la satisfacción del paciente quirúrgico. En un estudio realizado por Aparcero Bernet et al; llevado a cabo en el hospital de Valme (Sevilla) ²⁰, se indica que el 94% de los pacientes entrevistados acerca de la necesidad de la visita pre-quirúrgica refieren que es necesaria, el 91% que se encuentran muy satisfechos o satisfechos con esta, el 88% que se sintieron tranquilos o muy tranquilos y el 77,8% de los pacientes sometidos a la visita pre-quirúrgica presentaban un estado favorable de ausencia de ansiedad después de esta.

En otro estudio realizado en el Hospital Universitario la Paz de Madrid ¹¹, se desarrolla una visita pre-quirúrgica a los pacientes, el día previo a la intervención. Los profesionales en esta visita, pretenden educar al paciente mediante la entrega de un folleto informativo y el cumplimiento de un cuestionario, que permita al paciente y sus familiares, conocer el proceso quirúrgico y las actividades preoperatorias propias del profesional enfermero. Los profesionales sanitarios, pretenden que el paciente les conozca, que aumente la calidad percibida por él y sus allegados, buscan conocer los antecedentes del mismo, refinar su diagnóstico, conocer los temores y miedos de este y proporcionar EpS.

El Hospital Universitario de Granada, también llevó a cabo un estudio ¹⁷, en el que se incluyeron a 580 pacientes a los que se les realizó una visita pre-quirúrgica estructurada. Con este estudio, se pretendió dar información adecuada y personalizada al paciente quirúrgico y valorar los contenidos específicos de las intervenciones realizadas y la efectividad de la visita en los resultados postoperatorios.

Un artículo de revisión analizado, que describe la correcta implementación de la visita pre-quirúrgica, determina que entre el 20 y 30% de las visitas quirúrgicas se llevan a cabo junto con el paciente, que cada profesional le imprime su propia versión, que aún quedan aspectos a mejorar en lo referente al tiempo, el ruido del área asistencial, la falta de privacidad, el

cambio frecuente de los miembros del equipo y el énfasis exagerado de cumplir con el trabajo asistencial ²¹.

La información proporcionada tanto al paciente como a la familia, debe ser sencilla y estar adaptada a los niveles de comprensión de cada persona. Un estudio realizado en el hospital Virgen del Rocío (Sevilla) ²², relacionado con la información post-quirúrgica a la familia, analiza y cuantifica la retención de información por parte de los familiares. Este estudio demuestra que muchos de los familiares no captan la mayor parte de la información proporcionada por el médico, por la dificultad de comprensión, el estado de nerviosismo del momento y el lugar inadecuado donde se trasmite. En el estudio se comparan dos grupos; el grupo informado por el médico según su costumbre y el grupo informado por la enfermera empleando una plantilla, redactada de manera sencilla y simple. Únicamente el 6% de los familiares, retuvieron toda la educación proporcionada por ambos profesionales sanitarios. Por lo tanto, fueron pocos los familiares que consiguieron captar todos los conceptos en ambos grupos, lo que nos indica que hay que tener en cuenta el momento de información y el lenguaje empleado.

El profesional enfermero, puede aprovechar los momentos en los que se entrevista con el paciente y le realiza EpS, para utilizar protocolos y folletos informativos que le ayuden y guíen a la hora de proporcionar esta. La implantación de protocolos, ayuda a las enfermeras a seguir una línea de actuación y a los pacientes a sentirse más satisfechos con la atención brindada. Con estos se consigue la estandarización de los cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios, las recomendaciones de enfermería en relación a intervención quirúrgica, las hojas de tratamiento médico y el listado de verificación quirúrgica ^{23, 24}.

Los protocolos de actuación perioperatorios en España están en pleno desarrollo. En el hospital Clínico de Valencia, se ha desarrollado un protocolo de rehabilitación multimodal (RMM) en el paciente intervenido de cirugía colorrectal ²³. La RMM, consiste en la combinación de varios métodos para el manejo del paciente quirúrgico, dirigidos a disminuir la respuesta al estrés quirúrgico y una recuperación más cómoda y precoz. Uno de esos métodos de

RMM fue realizar una consulta preoperatoria de enfermería, en la que se proporcionaba información oral y escrita al paciente y su acompañante sobre las recomendaciones y actuaciones que se realizarían en el postoperatorio. Este artículo afirma que el seguimiento de un protocolo de actuación, permite una recuperación más rápida de los pacientes operados, sin aumentar las complicaciones y permitiendo un alta hospitalaria precoz.

En otro artículo desarrollado en el Hospital Universitario de Asturias ²⁴, se aplica y evalúa un protocolo de actuación perioperatoria en cirugía plástica mamaria, con el fin de estandarizar la atención y garantizar la seguridad de las pacientes. Una vez implantado este, los resultados mostraron que el 90% de las pacientes manifestaba un alto grado de satisfacción con la educación recibida, que el 100% de las mismas conocían a su equipo médico y que la educación recibida les parecía clara y completa.

La incorporación de folletos de autoayuda en algunos de los pacientes quirúrgicos, también podría ser una herramienta sencilla y efectiva para reforzar la educación que se proporciona al paciente al alta, facilitando que alcancen los conocimientos necesarios para su pronta recuperación y autocuidado ²⁵.

6.2. Beneficios de la Educación para la Salud en el paciente quirúrgico

Durante la revisión bibliográfica, se han encontrado artículos que corroboran y analizan cómo la EpS en el proceso quirúrgico es beneficiosa para el paciente y su recuperación postoperatoria ^{26, 27, 28}.

El dolor, la ansiedad y el temor, siguen representando en la actualidad un problema muy frecuente en el postoperatorio, precisando medidas para su corrección. El control del dolor y la ansiedad postoperatoria es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico. La ansiedad en pacientes que se tienen que someter a una operación quirúrgica, conlleva un estado emocional negativo y genera una activación fisiológica en la preparación del organismo para afrontar el peligro percibido ^{27, 28}.

Beneficios para el dolor postoperatorio.

La mayor parte de los estudios analizados a continuación, coinciden en que la educación proporcionada por el profesional sanitario sobre el tratamiento y la información general del procedimiento quirúrgico, está directamente relacionada con la satisfacción del paciente y la reducción del dolor en la fase postoperatoria ^{27, 28, 29}.

Según un estudio realizado en el hospital Juan Ramón Jiménez en Huelva, en el que se incluían a 388 pacientes quirúrgicos de diferentes especialidades; el 97,2% refirieron haber experimentado dolor en algún momento durante su estancia hospitalaria y el 96,9% refirieron dolor en las últimas 24 horas previas al alta. El nivel de satisfacción de los pacientes con el tratamiento analgésico y con la educación por parte del profesional enfermero fue del 40,7%, lo que indica que la administración de analgesia, el trato humano y la educación recibida no fue suficientemente adecuada ²⁷.

Otro estudio observacional sobre el dolor postoperatorio, realizado por Vidal MP, et al. ²⁸, refleja que la formación de los profesionales sanitarios sobre el dolor postoperatorio (DPO) y la información general que tiene el paciente sobre este, son aspectos clave en la satisfacción del paciente quirúrgico frente al dolor. En este estudio, se analiza la información que proporciona el profesional enfermero sobre el tratamiento del dolor postoperatorio en algunos centros sanitarios de España. Únicamente un 22,2% de los pacientes intervenidos en estos centros, recibían la información de forma sistemática sobre el DPO, proporcionándosela en casos específicos o difíciles en un 27,4% de los casos. Llama la atención que un 34% de pacientes intervenidos no recibieron ningún tipo de información pre-quirúrgica sobre el DPO. Únicamente se informó al paciente sobre la vía de administración de la analgesia y la intensidad y alivio del dolor en un 13% de los casos. La información sobre el DPO resultó insatisfactoria en estos pacientes.

En un artículo desarrollado en el Hospital de Sabadell (Barcelona) ²⁹, se midieron los conocimientos y actitudes del profesional de enfermería y de los pacientes en relación con el tema del dolor postoperatorio. Coincide con el

anterior estudio en que la falta de actualización del personal sanitario en el tema del DPO perpetúa conceptos y conductas erróneas que perjudican la recuperación del paciente. Por lo tanto, a mayor manejo por parte del profesional enfermero sobre el dolor postoperatorio, mejor será la respuesta del paciente frente al dolor. Es necesario informar al paciente durante la visita preoperatoria, sobre la analgesia que se le administrará después de la operación.

La preparación preoperatoria del paciente es un factor que tiene gran influencia sobre el dolor postoperatorio, ya que, dicha información le permite participar en su propio proceso asistencial. La creación de un tríptico multicultural del tratamiento del dolor³⁰, permitió en un hospital universitario en Cádiz, reforzar la información oral sobre el mismo y facilitar la colaboración del paciente y su familia, minimizando el estrés de dichos pacientes. En otro estudio realizado por A. Font Calafell y cols.³¹, la intervención educativa de enfermería, con la entrega de material gráfico, también consiguió reducir la percepción del dolor agudo postoperatorio y el porcentaje de pacientes con problemas para caminar y moverse; además de mejorar la adhesión al tratamiento de los mismos.

Beneficios en la ansiedad postoperatoria.

Según un estudio realizado por Gómez y Fernández Crehuet²⁶, en el que midieron y observaron a través de diferentes pruebas el nivel de ansiedad de los pacientes en el momento en el que el profesional médico les proporcionaba información sobre la intervención quirúrgica; se demostró que el 82,3% de los pacientes informaron no haber tenido ansiedad durante esta, que el 87,7% prefirió en todo momento conocer lo que le pasaba y que el 91,3% de los pacientes que puntuaron alto en estas encuestas no habían recibido ningún tipo de educación sobre la intervención.

En otros dos estudios nombrados anteriormente^{17,20}, se demuestra también, que la coordinación total de los integrantes del equipo sanitario y la visita realizada por la enfermera consigue paliar las lagunas de los pacientes quirúrgicos respecto a su proceso quirúrgico. Los resultados muestran que, la

entrevista llevada a cabo por la enfermera, aumenta el grado de satisfacción y confort del paciente y familia, disminuye la ansiedad del mismo y facilita a la enfermera poner en marcha estas actuaciones. Los pacientes informados de forma correcta en la visita pre-quirúrgica, son capaces de reducir su ansiedad, percibir una mayor calidad del servicio y trato individualizado.

En otro de los estudios analizados realizado en los hospitales de Alto Deba y Mendaro (Vizcaya y Guipúzcoa) ³², se evaluó la efectividad de una entrevista pre-quirúrgica llevada a cabo por las enfermeras de quirófano, una hora antes de la intervención, sobre el control de la ansiedad en los pacientes quirúrgicos. El resultado muestra que entre los 355 individuos distribuidos en el grupo control y el grupo a intervenir no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la reducción del nivel de ansiedad, siendo 20,3% y 18,96% respectivamente. El motivo de este resultado puede ser la realización de la visita pre-quirúrgica en un espacio de tiempo tan próximo a la intervención. El preoperatorio inmediato puede no ser el mejor momento para realizar esta, ya que se ha comprobado en este estudio que no es efectiva ni disminuye la ansiedad de los pacientes.

Otros estudios relacionan el dolor y la ansiedad de una forma directa. En un estudio prospectivo cuasi-experimental realizado en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza ³³, se evalúa la ansiedad y el dolor de 100 paciente intervenidos de patología urológica mediante la escala HAD y la escala analógica visual (EVA), y se comprueba un mayor nivel de ansiedad y dolor en los 51 pacientes pertenecientes al grupo control, a los cuales no se les había proporcionado EpS respecto a su proceso quirúrgico. En el grupo control un 30,6% de los pacientes presentaron ansiedad en el preoperatorio y un 4% en el postoperatorio. En el grupo intervención un 21% presentaron ansiedad en el preoperatorio y un 0% en el postoperatorio.

Beneficios en la estancia hospitalaria.

Actualmente unos de los objetivos de la planificación sanitaria es mejorar la eficiencia del sistema y reducir la estancia hospitalaria del paciente asegurando igual calidad asistencial. Sobre la base de esta filosofía, existe una

tendencia creciente al desarrollo de unidades de corta estancia o ambulatorias para pacientes quirúrgicos.

Cereijo Garea C. et al, en su trabajo sobre la repercusión de las actividades de enfermería sobre la reducción de la estancia hospitalaria ³⁴, comprueba mediante un estudio retrospectivo realizado en A Coruña, que la realización e implantación de un protocolo de actuación sobre los cuidados postoperatorios por parte del profesional de enfermería hacia pacientes intervenidos de patología urológica, está relacionado directamente con la reducción de la estancia hospitalaria de los mismos (2,01 días de estancia media). Los datos de este estudio, demuestran que la labor de enfermería está relacionada con la disminución de costes y el aumento de la satisfacción del paciente. Según el autor, es necesario seguir indagando sobre la relación de la EpS, la protocolización y evaluación de cuidados y la reducción de la estancia hospitalaria.

7. CONCLUSIÓN.

A modo de conclusión se puede indicar que...:

- Es el profesional enfermero el que proporciona la mayor parte de la educación preoperatoria y postoperatoria al paciente quirúrgico y a su familia.
- A mayor cantidad de educación proporcionada por parte del enfermero, mayor satisfacción del paciente quirúrgico.
- La satisfacción de los pacientes está relacionada con la claridad del lenguaje y el espacio físico empleado por el profesional enfermero en la educación sanitaria.
- Se realiza educación individual de forma mayoritaria; esta podría ir acompañada de educación grupal que ayudase al profesional enfermero a proporcionar educación a un mayor número de pacientes.
- Los beneficios derivados de la educación en relación con la disminución del dolor postoperatorio, la ansiedad, la estancia hospitalaria y las complicaciones quirúrgicas están relacionados también con la educación.

- Los pacientes que han sido educados de forma correcta tienen menor dificultad de adaptación, la posibilidad de participar en su proceso de salud y su proceso quirúrgico resulta menos dificultoso.

8. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO COLOSTMIZADO

A continuación, se desarrolla el programa de Educación para la Salud: Educación preoperatoria y postoperatoria en el paciente colostomizado. Este, está dirigido al paciente que va a ser intervenido de cáncer colorrectal (CCR), con él, el profesional enfermero podrá educar al paciente y a su familia antes de la intervención, con la finalidad de minimizar los riesgos físicos y emocionales que supone la realización de una intervención quirúrgica y la colocación de una colostomía.

Mediante la realización de este programa, pretendo aportar un modelo que sirva de ayuda a otros profesionales sanitarios que quieran proporcionar EpS en el periodo preoperatorio y que estén concienciados y seguros, de que una buena educación tiene beneficios para el paciente quirúrgico.

8.1. El cáncer colorrectal: Situación actual

El cáncer colorrectal, es muy frecuente en sociedades occidentales, ocupando el segundo lugar de incidencia (número de casos nuevos por 1000000 habitantes/año)³⁵. Resulta difícil separar las consideraciones epidemiológicas del cáncer de recto de las del cáncer de colon ya que, en la mayoría de estudios epidemiológicos, se consideran un único tipo de cáncer ³⁶.

El cáncer colorrectal, supone aproximadamente el 10-15% de todos los tipos de carcinomas de la población a nivel mundial. La edad aparece como factor de riesgo a partir de los 50 años y se incrementa de 1,5-2 veces más cada década. El 92.5% de los casos se producen a partir de los 50 años ubicándose la mayoría entre 60-80 años ³⁷.

En el 2014, la incidencia en España del CCR en ambos sexos fue de 15% y la mortalidad del 14,3%, únicamente superada por el cáncer de pulmón 20,6% y cáncer inespecífico 33,7%. La predicción de la sociedad de oncología

médica, establece para el 2015 un número de 227.076 nuevos casos de cáncer en España, con un crecimiento en la franja poblacional $>$ o igual a 65 años ³⁸.

El tratamiento por excelencia en este tipo de cáncer es la cirugía; la realización de una resección quirúrgica, la resección del tumor o colocación de una ostomía ³⁷. La realización de una ostomía a la altura del colon y recto se denomina colostomía y se define como *“la exteriorización del colón a la pared abdominal, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal”* ³⁹.

El proceso quirúrgico es una preparación dificultosa en la mayoría de las intervenciones digestivas y supone un desconcierto para el paciente, cuando no es informado ni educado de forma correcta por el profesional sanitario. Para el paciente que va a ser colostomizado, este proceso debe servir de concienciación e inicio de adaptación preoperatoria, ya que su situación personal, su imagen corporal y algunas actividades de la vida diaria a las que está acostumbrado, se verán modificadas.

8.2. Justificación del programa

Dada la importancia de lo expuesto anteriormente, sería adecuado que se desarrollasen programas de EpS dirigidos a las personas que van a ser intervenidas de CCR. Estos programas, ayudarán al profesional sanitario a proporcionar educación al paciente colostomizado sobre el proceso quirúrgico, sus diferentes fases y algunos de los cuidados postoperatorios necesarios para su adaptación y autonomía postquirúrgica.

La realización de programas de EpS grupales, son muy necesarios; los pacientes que trabajan en grupo, aprenden a relacionarse con los demás, son capaces de prestarse apoyo mutuo y nutrirse de las experiencias de otros participantes del programa que estén en su misma situación. El desarrollo del programa EpS en el paciente quirúrgico colostomizado, nace de la necesidad de promover la salud, mejorar la calidad de vida y modificar estilos de vida perjudiciales en el mismo.

Los profesionales de enfermería que atienden a los pacientes en la etapa preoperatoria (consulta de cirugía, consulta de anestesia...), pueden ser los más adecuados para captar a estos y responsabilizarse de impartir los

conocimientos y habilidades necesarias e imprescindibles, que sirvan de ayuda a los pacientes durante su proceso quirúrgico. Los programas de EpS en atención especializada, están orientados a investigar las conductas en relación a la enfermedad, los recursos disponibles del paciente enfermo, identificar los signos y síntomas de complicaciones y enseñar el manejo eficaz del problema a la población enferma^{40, 41}.

Es importante que los participantes del programa sepan que el profesional enfermero, les acompañará durante todo su proceso quirúrgico y posterior recuperación, y que una vez en el domicilio, pueden acudir a su centro de salud donde la enfermera de referencia resolverá las dudas y problemas que les surjan. La enfermera debe animar al paciente a colaborar y realizar su autocuidado. La realización de una colostomía crea en algunos pacientes sentimientos de rechazo y falta de autoestima; es importante reforzar la confianza del enfermo, su independencia y aquellas actividades positivas de salud, eliminando o corrigiendo las negativas.

8.3 Características del grupo al que se dirige el programa

✓ Pacientes:

El programa de EpS, va dirigido a pacientes con cirugía digestiva (realización de colostomía) programada, que vayan a ser intervenidos en un periodo máximo de dos meses. El número de pacientes del programa de salud, no excederá los 10-15 miembros.

✓ Características demográficas, sociales y culturales:

El profesional de enfermería debe proporcionar educación adecuada a las características personales de cada uno de los miembros del programa, por ello, tendrá que tener en cuenta algunos aspectos culturales, sociales y educativos (lugar de residencia habitual, estructura familiar, redes de apoyo, nivel de estudios, experiencias quirúrgicas previas, religión y costumbres, capacidad de afrontamiento y capacidad de adaptación).

8.4 Objetivos generales del programa

Al finalizar el programa, los pacientes que participan en este:

- Disminuirán en un 90% el nivel de estrés y ansiedad frente a la cirugía y colocación de una colostomía.
- Participarán de forma activa en su proceso quirúrgico y en las distintas fases del mismo.
- Verbalizarán que están interesados en realizar hábitos de vida saludables con el fin de evitar complicaciones preoperatorias y postoperatorias.

8.5 Cronograma

El programa de EpS, podrá impartirse en una sala de usos múltiples disponible en el hospital donde se imparta el programa. Este, constará de tres unidades y seis sesiones repartidas en cada una de ellas. El horario del programa, estará consensuado entre la enfermera y los participantes del mismo. La estructura del cronograma, viene reflejada en la tabla del (*Anexo 2*).

8.6 Organigrama

Unidad I: Preoperatorio.

Primera sesión: Iniciación y presentación (60 minutos).

➤ Objetivos:

Los pacientes que participan en el programa...:

- Expresarán sus preocupaciones frente a la cirugía durante la sesión. **(Actitudinal)**.
- Mostrarán una actitud motivadora y participativa durante el programa, que les permita llevar a cabo las sesiones relacionadas con su proceso quirúrgico y posterior recuperación **(Actitudinal)**.

➤ Contenidos:

En esta primera sesión, la enfermera trabajará con los participantes del programa la motivación, las preocupaciones y los miedos que estos puedan tener respecto a la intervención quirúrgica y la realización de una colostomía.

➤ *Metodología:*

El ovillo de lana (20 minutos).

La enfermera realizará una **dinámica de presentación (metodología directa bidireccional)** que favorezca la integración de los participantes del programa. El profesional de enfermería, le pedirá a cada uno de los pacientes que escriba en un folio su nombre, edad, ocupación, sus principales apoyos en la vida diaria y sus miedos y preocupaciones frente a la cirugía y realización de una colostomía.

A continuación, la enfermera junto con los pacientes del programa, se pondrán de pie y realizarán un círculo. La enfermera, rodeará el círculo con un ovillo de lana y se lo entregará a uno de los miembros del grupo; el paciente que tenga el ovillo de lana, debe empezar a hablar de lo anteriormente redactado en el folio, cada uno de ellos tendrá dos minutos para presentarse, será escuchado por sus compañeros de forma activa y sin interrupciones. Una vez terminada su explicación, lanzará el ovillo de lana a alguno de sus compañeros, que realizará durante otros dos minutos su propia presentación.

La dinámica terminará cuando todos se hayan presentado y en el medio se forme una telaraña de lana, que recoja todos los miedos y preocupaciones del grupo. La enfermera, explicará a los pacientes como combatir esos temores y hablará de la importancia de la EpS, durante todo el proceso quirúrgico.

Testimonio real (40 minutos).

La segunda dinámica de la sesión, estará relacionada con la motivación. Los participantes del programa podrán escuchar el **testimonio** de un paciente colostomizado y realizarle las preguntas necesarias posteriormente **(metodología directa bidireccional)**. Un paciente colostomizado, que haya estado en su misma situación, ofrecerá a los participantes del programa su propio testimonio, vivencias y sentimientos antes y después de la intervención; posteriormente hablará de su situación actual y de cómo ha cambiado su vida desde entonces. Al finalizar la sesión se abrirá una ronda de preguntas donde los pacientes puedan aclarar sus dudas e inquietudes respecto al proceso quirúrgico y posterior recuperación de una persona colostomizada.

Segunda sesión: Cuidados en el preoperatorio (75 minutos).

➤ *Objetivo:*

- Los pacientes que participan en el programa, describirán durante la sesión las actividades propias de la preparación quirúrgica a la que van a ser sometidos (**Cognitivo**).

➤ *Contenidos:*

Durante esta sesión se tratarán los siguientes aspectos: preparación mecánica del colón, preparación e higiene de la zona a intervenir (rasurado), preparación anestésica (pruebas complementarias), preparación emocional, recepción en la unidad de hospitalización, profilaxis antibiótica y profilaxis antitrombótica.

➤ *Metodología*

¡Prepárate! (35 minutos).

La primera metodología empleada en esta sesión, es una **charla (método directo bidireccional)**, que impartirá el profesional enfermero con ayuda de un soporte digital presentación **power point (método indirecto mixto)**. El profesional enfermero explicará a los pacientes cada uno de los cuidados y las diferentes actividades que tendrán que realizar con ayuda del profesional enfermero para una correcta preparación preoperatoria. La enfermera, también explicará al grupo, como participar y colaborar en estas actividades. Al finalizar la sesión, habrá una ronda de preguntas que permitirá a los participantes del programa expresar las dudas que tengan respecto a la misma.

¡Desarrolla una actividad! (40 minutos).

Al finalizar la sesión la enfermera realizará **un taller (metodología directa bidireccional)** con los participantes del programa. La enfermera realizará cinco grupos y le repartirá a cada uno de ellos, una cartulina y rotuladores de colores. Después realizará tarjetas con cada una de las actividades propias del preoperatorio explicadas anteriormente. Los pacientes deberán elegir una de las tarjetas, desarrollar y compartir con el resto de los grupos, la actividad correspondiente. Al terminar la sesión, el profesional

enfermero realizará una ronda de preguntas en las que englobe todo lo aprendido durante la actividad.

Unidad II: Intraoperatorio.

Sesión única (60 minutos).

➤ *Objetivos:*

Al finalizar la sesión, los participantes del programa:

- Realizarán un mural con los lugares y las actividades que va a experimentar el paciente durante el intraoperatorio (**Cognitivo**).
- Valorarán los sentimientos y emociones que puedan sentir en la fase intra-operatoria (**Actitudinal**).
- Demostrarán que son capaces de realizar las técnicas de relajación aprendidas durante la sesión (**Aptitudinal**).

➤ *Contenidos:*

Los contenidos de esta unidad están relacionados con la fase intra-operatoria. En esta sesión, la enfermera explicará a los pacientes, los pasos que este sigue desde el abandono de la unidad de hospitalización hasta la llegada de nuevo a la misma. La explicación de la enfermera se centrará en la acogida y estancia del paciente en reanimación, en el traslado a quirófano y en el desarrollo de la operación quirúrgica (haciendo hincapié en aquellos aspectos relevantes para el enfermo; tipo de anestesia, colocación en la mesa de operaciones, toma de constantes...). Al finalizar la sesión, la enfermera también les enseñará algunas técnicas de relajación que les sirvan de ayuda en el momento previo a la intervención.

➤ *Metodología:*

¡Realiza un mural! (30 minutos).

En esta sesión, la enfermera empleará una **charla (metodología directa bidireccional)**, para explicar los contenidos de la unidad. Durante la explicación se apoyará en un **video (método indirecto visual)** en el que aparezcan las diferentes áreas intra-operatorias. La enfermera trabajará con los participantes del programa la etapa intra-operatoria. En grupos de dos y tres

personas, realizarán un mural en el que aparezcan fotos de las diferentes áreas intra-operatorias, reanimación y área de quirófanos. Durante el desarrollo del mural, la enfermera irá explicándoles la atención enfermera que recibirán en cada una de las áreas y respondiendo cada una de las dudas de los pacientes.

¡Los círculos de colores! (20 minutos).

La siguiente metodología es una **técnica grupal de comunicación (metodología directa bidireccional)** y consiste en:

La enfermera le pedirá a cada uno de los participantes del programa que se ponga de pie y realice una fila de forma que estén unos al lado de los otros. El profesional de enfermería asignará a cada uno de los pacientes tres círculos de colores, cada uno de ellos correspondiente a una emoción. Los participantes de forma ordenada y breve, deberán hablar de esas emociones, que les produce cada una de ellas, si alguna vez en su vida las han experimentado, si creen que durante la fase intra-operatoria las experimentarán y como creen que podrán controlarlas si eso sucede. Después de la explicación de cada paciente la enfermera pedirá la opinión del resto de los participantes sobre esos sentimientos.

¡Relájate! (10 minutos).

La siguiente metodología está relacionada con las técnicas de relajación, es un **taller (método directo bidireccional)**. La enfermera enseñará a los pacientes dos técnicas de relajación útiles en la fase intra-operatoria. Los participantes del programa, deberán tumbarse boca arriba en unas colchonetas, dejando sus extremidades extendidas y relajadas. La enfermera propiciará un ambiente tranquilo y les explicará las dos técnicas, de forma que estas, les lleven a un estado de tranquilidad y sosiego profundo, el cual podrán aplicar en un momento de tensión o nerviosismo.

Al finalizar la sesión, el profesional enfermero les entregará un **folleto (metodología indirecta visual)**, donde aparezcan otras técnicas de relajación diferentes a las aprendidas; de esta forma por participantes, tendrán más alternativas y conocerán otro tipo de técnicas.

Unidad III: Postoperatorio.

Primera sesión: Cuidados en el postoperatorio (45 minutos).

➤ *Objetivo:*

- Los participantes del programa, explicarán los cuidados postoperatorios que van a recibir en esta fase, al terminar la sesión (**Cognitivo**).

➤ *Contenidos:*

Los contenidos que el profesional enfermero impartirá durante esta sesión son el cuidado de las heridas, el sondaje vesical y nasogástrico, la alimentación, la higiene, el descanso, los ejercicios respiratorios y la movilización del paciente colostomizado durante la fase postoperatoria.

➤ *Metodología:*

¡Cuídame! (30 minutos).

El profesional enfermero realizará una **charla (metodología directa bidireccional)**, para explicar los contenidos de la unidad. Durante la explicación se apoyará en un **power point (método indirecto visual)** en el que se reflejen los diferentes cuidados realizados por la enfermera y el paciente quirúrgico colostomizado en esta fase. Al finalizar la sesión, la enfermera abrirá una ronda de preguntas donde los participantes del programa puedan aclarar sus dudas respecto a los cuidados postoperatorios en el paciente colostomizado.

Segunda sesión: Cuidados de las colostomías (60 minutos).

➤ *Objetivo:*

- Los participantes del programa, realizarán la higiene y colocación de las bolsas de colostomía de forma correcta en la maqueta al finalizar la sesión (**Aptitudinal**).

➤ *Contenidos:*

Los contenidos de esta sesión son: las ostomías y los diferentes tipos, su higiene, las posibles complicaciones del estoma y los diferentes dispositivos de recolección fecal. La explicación previa de estos conceptos, ayudará al

paciente a disminuir sus miedos y a adaptarse de forma más rápida al estoma y los diferentes dispositivos de recogida.

➤ *Metodología:*

Ostomías: Tipos y complicaciones (30 minutos).

La enfermera en esta sesión explicará mediante una **charla (metodología directa bidireccional)** los conceptos relacionados con las ostomías y las posibles complicaciones del estoma, esta se ayudará de un video del hospital San Juan de Dios de Aljarafe (**video: metodología indirecta mixta**), para impartir la charla.

Higiene del estoma y bolsas de colostomía (30 minutos).

Posteriormente, la enfermera realizará un **taller (metodología directa bidireccional)**, que consistirá en: el profesional enfermero, demostrará sobre dos maquetas, como se realiza la higiene de la ostomía y la colocación de las diferentes bolsas de recolección fecal (una, dos y tres piezas). Finalizada la sesión, los miembros del programa se dividirán en dos grupos y realizarán la misma actividad sobre las maquetas. La enfermera mediante observación directa, comprobará si los participantes del programa son capaces de realizar la misma actividad (higiene y colocación de las bolsas de colostomía).

Tercera sesión: Adaptación a la vida diaria (45 minutos)

➤ *Objetivo:*

Los participantes del programa...:

- Identificarán las modificaciones que se producen en algunas actividades de la vida diaria, como consecuencia de la realización de una colostomía al finalizar la sesión (**Cognitivo**).
- Verbalizarán conocer los conocimientos y habilidades relacionadas con las modificaciones en la vida diaria, necesarias para adaptarse a su posterior forma de vida (**Aptitudinal**).

➤ *Contenidos:*

En esta sesión, se abordarán los cambios que se producen en algunas actividades de la vida diaria (alimentación, ejercicio, sexualidad...) como consecuencia de la realización de una colostomía.

➤ *Metodología:*

¡Lluvia de ideas! (20 minutos)

El profesional enfermero y los participantes del programa, realizarán un Brain Storming o lluvia de ideas (**técnica grupal: metodología directa bidireccional**). Cada uno de los miembros del programa deberá reflexionar y hablar de los posibles cambios que cree que la realización de una colostomía va a suponer en su vida diaria (alimentación, sexualidad, higiene y actividades recreativas). La enfermera será la moderadora del grupo.

¡Caso práctico! (15 minutos)

Al finalizar esta metodología, los participantes realizarán de forma grupal la resolución de un caso (**técnica de casos: metodología directa unidireccional**), propuesto por el profesional enfermero (*Anexo 3*). La enfermera le asignará a cada uno de los grupos una de las actividades del caso y comprobará al terminar la unidad, si los participantes del programa han entendido y asimilado los conceptos teóricos impartidos durante la sesión.

Al finalizar la sesión, la enfermera realizará una **mesa redonda (técnica grupal: metodología directa bidireccional)** que consistirá en: la enfermera durante esta sesión colocará a los pacientes alrededor de una mesa y utilizará esta metodología para conocer los sentimientos y las emociones que los posibles cambios en la vida diaria de un paciente colostomizado, supondrán para ellos. El profesional enfermero también averiguará las expectativas, miedos y temores que tengan los pacientes respecto a la cirugía y reforzará la autoestima y la confianza de los mismos.

8.7. Recursos humanos y materiales

Los recursos humanos y materiales, empleados en las diferentes sesiones del programa de educación preoperatoria y postoperatoria en el paciente colostomizado, vienen reflejados en los anexos (*Anexo 4*).

8.8. Evaluación

Evaluación previa.

Con el fin de identificar a los pacientes susceptibles de inclusión en el programa, la enfermera de la consulta de cirugía deberá pasar una encuesta

(instrumento de evaluación cuantitativo) a todos los posibles participantes del mismo, para evaluar los conocimientos previos y las actitudes frente a la cirugía (*Anexo 5*).

Evaluación continuada (formativa).

Durante el programa de salud, la enfermera realizará las evaluaciones de los objetivos de cada una de las sesiones, con el fin de medir la adquisición de los conocimientos y habilidades planteados. Para ello utilizará varios instrumentos que se describen a continuación.

Unidad I. Primera sesión:

Antes de realizar la primera actividad, los participantes del programa deberán reflejar en un **cuaderno personal (instrumento de evaluación cualitativo)**, las preocupaciones y temores que les produce la cercanía de una intervención quirúrgica y realización de una colostomía. Una vez terminada la sesión, la enfermera le pedirá a cada uno de ellos que diariamente reflejen de forma breve su estado de ánimo y los cambios que experimenten respecto a su motivación, satisfacción con el programa, ganas de participar en él...La enfermera irá revisando los cuadernos personales en cada una de las sesiones para comprobar la evolución de cada participante y su actitud frente al programa e intervención quirúrgica. El profesional enfermero de esta forma, podrá trabajar individualmente con aquellos participantes que presenten más problemas de motivación e interés.

Unidad I. Segunda sesión / Unidad II / Unidad III. Primera Sesión:

La enfermera utilizará la **observación directa (instrumento de evaluación cualitativo)**, para comprobar durante la unidad I, si la explicación de las actividades propias del preoperatorio se realiza de forma correcta en todos los grupos. En la unidad II y la primera sesión de la unidad III, la enfermera mediante una **guía de observación (instrumento de evaluación cualitativo)** (*Anexo 6*), comprobará si los participantes conocen los pasos intraoperatorios y cuidados postoperatorios que un paciente que va a ser colostomizado debe realizar junto con la enfermera.

Unidad III: Segunda y Tercera sesión.

La enfermera mediante **observación directa**, realizará un **registro (instrumento de evaluación cualitativo)** en el que reflejará si los participantes del programa, han adquirido las habilidades y los conocimientos teóricos necesarios para realizar de forma correcta, la higiene del estoma y el cambio de las bolsas de colostomía (*Anexo 7*). Al finalizar la metodología del Brain Storming o lluvia de idea (tercera sesión), la enfermera hará grupos de tres pacientes y le entregará a cada uno de ellos, un caso práctico relacionado con los conceptos tratados en la sesión. La enfermera mediante la utilización de los instrumentos de evaluación nombrados anteriormente, observará si los participantes del programa han sabido resolver correctamente o no el caso.

Evaluación de los resultados.

Para conocer la consecución de los objetivos generales propuestos al iniciar el programa, el profesional de enfermería realizará una **entrevista grupal (instrumento de evaluación cualitativo)** y un **test de medición de la ansiedad (instrumento de evaluación cuantitativo)** a todos los participantes del mismo (*Anexo 8, Anexo 9*).

Con la realización del test de ansiedad y dolor hospitalario, el enfermero comprobará si los pacientes han disminuido sus niveles de estrés y ansiedad, y mediante la entrevista grupal, comprobará si los pacientes pretenden participar de forma activa en su proceso quirúrgico y adaptarse a las modificaciones de su vida diaria.

Evaluación de la estructura.

Al finalizar la última sesión del programa, los participantes del mismo rellenarán una **encuesta (método de evaluación cuantitativo)**, con el fin de comprobar si el contenido, la metodología y los objetivos propuestos son eficaces y se han cumplido de forma satisfactoria (*Anexo 10*).

9. Bibliografía

-
- ¹ McEwen Donna R. Asistencia de enfermería preoperatoria. En: Gauntlett Beare P, Myers JL. Enfermería médico-quirúrgica. Volumen I. 3º ed. Madrid: Mosby; 1999.p. 200-217.
- ² Association of perioperative registered nurses (AORN) [sede Web]*. Denver: AORN Inc.; 1954 [2015; 3 de abril de 2015]. Disponible en: <https://www.aorn.org/>
- ³ Candel Parra E. El paciente quirúrgico: preoperatorio. En: De la Fuente Ramos M. Enfermería 21; Enfermería médico-quirúrgica. Madrid: Difusión avances de enfermería (DAE); 2001.p.195-208.
- ⁴ McEwen Donna R. Asistencia de enfermería postoperatoria. En: Gauntlett Beare P, Myers JL. Enfermería médico-quirúrgica. Volumen I. 3º ed. Madrid: Mosby; 1999.p.234-249.
- ⁵ Candel Parra E. El paciente quirúrgico: intra operatorio. En: De la Fuente Ramos M. Enfermería 21; Enfermería médico-quirúrgica. Madrid: Difusión avances de enfermería (DAE); 2001.p.209-226.
- ⁶ González Aller C, Mendiola Goitia Cortina L, Sánchez Quiroga P. Cuidados pre quirúrgicos y postquirúrgicos. En: Oltra Rodríguez E. Suturas y cirugía menor para profesionales de enfermería. 2º ed. Madrid: Panamericana; 2006: 75-80.
- ⁷ Candel Parra E. El paciente quirúrgico: post operatorio. En: De la Fuente Ramos M. Enfermería 21; Enfermería médico-quirúrgica. Madrid: Difusión avances de enfermería (DAE); 2001.p.227-239.
- ⁸ Unidad de recuperación postoperatoria. Cuidados y diagnósticos de enfermería. Unidad 10. En: Sanidad. Cuidados enfermeros en quirófano. Publicaciones Vértice S.L. 5º ed. Málaga; 2012.p.393-431.
- ⁹ Benavent Garcés MA, Francisco del Rey C, Ferrer Ferrandis E. El proceso de cuidar y su instrumento metodológico. En: Benavent Garcés MA, Francisco del Rey C, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería. Enfermería 21. 2º ed. Madrid: DAE; 2003.p.217-238.

-
- ¹⁰ Aentde.com. Asociación española de nomenclatura, taxonomía y diagnósticos de enfermería [sede Web]*. Barcelona: aentde.com; 1996- [actualizada el 12 de mayo de 2015; acceso 13 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.aentde.com/>
- ¹¹ Ciércoles Prado J, et al. Proyecto de visita preoperatoria de enfermería. Bloque quirúrgico de Traumatología y cirugía plástica. Hospital universitario la Paz. Madrid (2012): 1-14.
- ¹² Pérez Zarza A, Rubio Gil FJ. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal. Taxonomía NANDA/NIC/NOC. Rev Soc Esp Enferm Nefrol (Salamanca). 2008; 11(2): 144-149.
- ¹³ Darías Curvo S. Educación para la Salud: evolución histórica y conceptos básicos. En: García Rojas R. Enfermería 21; Enfermería comunitaria. 2ª ed. Madrid: Difusión avances de enfermería (DAE); 2009.p.600-604.
- ¹⁴ Ramos Morcillo AJ, Fernández Salazar S, Carraza Miranda EV. Educación para la Salud. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Manual práctico de enfermería comunitaria. Asociación de enfermería comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2014.p.199-203.
- ¹⁵ Preparación quirúrgica del paciente: Cuidados pre-operatorios y diagnósticos de enfermería. Unidad 4. En: Sanidad. Cuidados enfermeros en quirófano. Publicaciones Vértice S.L. 5ª ed. Málaga; 2012.p.95-133.
- ¹⁶ Arias Hernández MM. Métodos y medios de Educación para la Salud. En: García Rojas R. Enfermería 21; Enfermería comunitaria. 2ª ed. Madrid: Difusión avances de enfermería (DAE); 2009.p.610-619.
- ¹⁷ Sánchez Alonso RI., Prieto del Amo G. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. Enferm. Clin. 2011; 21(4): 230-231.
- ¹⁸ Fuertes Rodrigo C., Pérez Álvarez C., Babiano Castellano B., Galbe Sánchez-Ventura J. Consentimiento informado: algo más que una firma.Rev. Pediatr. Aten. Primaria. 2012; 14:331-334.
- ¹⁹ Torres Jiménez D, Priego Álvarez H. Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica. HORIZONTE SANITARIO. Enero-Abril 2008; 7(1): 21-28.

-
- ²⁰ Aparcero Bernet L et al. La visita entrevista pre-quirúrgica: Intervención de enfermería e instrumento para la calidad. *Enfuro*. Octubre/Noviembre/Diciembre 2003; 88: 9-13.
- ²¹ Sanabria A., Vega V., Domínguez LC., Osorio C., Espitia E., Serna A. La visita quirúrgica ideal: elementos para su correcta implementación. *Rev. Colomb. Cir.* 2013; 28: 136-144.
- ²² Argüelles E, Ortega C, San Juan A, Congregado CB, Campoy P, Medina RA. Información post-quirúrgica a la familia: un área de mejora. Estudio prospectivo tras cirugía urológica. *Actas Urol Esp.* 2010; 34 (9): 758-763.
- ²³ García Botello S, et al. Implantación de un protocolo de rehabilitación multimodal perioperatoria en cirugía colorrectal electiva. Estudio prospectivo, aleatorizado y controlado. *CIR ESP* 2011; 89 (3): 159-166.
- ²⁴ Díaz ML, Caragol Urguellés L, Solé Magdalena A, Fueyo Lorente A, Sopena Zubiria LA, Camporro Fernández D. Desarrollo e implantación de un protocolo peri-operatorio de enfermería en cirugía plástica mamaria ambulatoria. *Cir. Plást. Iberolatinoam.* Enero/Febrero/Marzo 2014; 40(1): 21-28.
- ²⁵ Vázquez Calatayud M, et al. Elaboración de un folleto de autoayuda para pacientes sometidos a cirugía cardíaca. *Enferm Cardiol.* 2012; 55-56: 22-26.
- ²⁶ Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* Mayo 2004; 11 (4): 35-40.
- ²⁷ Gordillo León F., Arana Martínez JM., Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes pre quirúrgicos. *REV CLIN MED FAM (Madrid)*. 2011; 4 (3): 228-233.
- ²⁸ Vidal MA, Torres LM, De Andrés JA, Moreno-Azcoitia M. Estudio observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. *PATHOS. Rev.Soc.Esp.Dolor.* 2007; 8: 550-567.
- ²⁹ Fernández-Galinski DL, DEAA, Gordo F, López-Galera S, Pulido C, Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Rev.Soc.Esp.Dolor.* 2007; 1: 3-8.

³⁰ González Forte MJ, Cobacho de Alba JJ, Ortega García JL, Neira Reina F. Tríptico informativo multicultural del tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Rev.Soc.Esp.Dolor. 2012; 19(5): 252-258.

³¹ Font A, Prat I, Arnau A et al. Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria. Enferm Clin. 2011; 21(5): 248-255.

³² Díez-Álvarez E, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Enferm Clin. 2012; 22(1): 18-26.

³³ Miguel Romeo MC., Valoración de la ansiedad y el dolor peri y postoperatorio en pacientes intervenidos de patología urológica. Trabajo Fin de Máster. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud: Zaragoza (2011-2012).p.2-29.

³⁴ Cereijo Garea C, Pueyo González B, Bazarra Martín A, Fuente Moreno C, Gavín Bouso H, Vieito Estraviz C. Repercusión de las actividades de enfermería sobre la reducción de la estancia hospitalaria. Enfuro. Octubre/Noviembre/Diciembre 2004; 92: 30-32.

³⁵ Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Información sobre tipos de cáncer: Digestivos: cáncer de colon y recto [sede Web*]. Madrid. [fecha de actualización 11 de marzo de 2013; acceso 18 marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/digestivo/colon-recto>.

³⁶ Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de recto: Tratamiento [sede Web*]. [actualizado el 13 marzo 2015; acceso el 18 marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdg/tratamiento/recto/HealthProfessional>.

³⁷ Casado Moratalla C. Plan de cuidados. Cáncer de recto: paciente colostomizado. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie de trabajos fin de grado. 2012; 4 (1): 563-596.

³⁸ Sociedad Española de oncología médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2014. Disponible en: www.seom.org

³⁹ García Sosa Romero E, Rodríguez Ramos M. Estomas digestivos: Técnicas, indicaciones y cuidados. Servicio de publicaciones de la universidad de Cádiz. Cádiz; 2011.

⁴⁰ Salleras L, Prat A, Garrido P. Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y bases científicas de la modificación de comportamientos. En: Piédrola Gil G, et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 2001. p. 221-232.

⁴¹ Salleras L, Prat A, Garrido P, Fuentes M. Educación sanitaria en el ámbito clínico asistencial. Consejo médico (counseling). En: Piédrola Gil G, et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 11ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 2008. p. 286-292.

10. Anexos

Anexo 1: Clasificación de artículos según palabras clave

Palabras clave	Scielo	Cochrane Plus	PUBMED*	Cuiden	Enfispo	Lilacs	Escogidos total
Información [and] pre quirúrgica. *(Access to information [and] preoperative period).	2/0	24/1	3/2	16/2	1/1	10/0	6
Información [and] postoperatorio. *(Access to information [and] postoperative period).	2/1	0	1/0	55/0	1/0	7/0	1
Información [and] preoperatoria. *(Access to information [and] preoperative period).	8/0	20/1	3/0	25/1	1/0	48/0	2
Visita [and] preoperatorio. *(Clinic visit [and] preoperative period).	1/0	2/0	0	30/1	0	7/0	1
Información [and] enfermería [and] cirugía. *(Access to information [and] nursing [and] surgery).	7/0	82	10/1	40/0	0	47/0	1
Cuidados [and] enfermería [and] operación. *(Nursing care [and] surgery).	0	5/1	1228	58/0	0	62/0	1
Información [and] operación [and] familia. *(Access to information [and] surgery [and] family).	1/1	18/0	10/1	15/0	0	5/0	2
Información [and] post-quirúrgica [and] familia. *(Access to information [and] postoperative period [and] family).	1/1	0	0	0	0	0	1
Ansiedad [and] cirugía. *(Anxiety [and] surgical procedure.)	15/2	1579	212	115	5/0	173	2

Educación para la Salud e intervención del profesional enfermero durante el proceso quirúrgico.

Información [and] enfermera [and] cirugía. *(Access to information [and] nursing [and] surgery).	3/1	53/1	0	45/0	0	9/0	2
Operación [and] ansiedad. *(Surgical anxiety).	1/1	32/1	9254	17/1	0	27/0	3
Educación [and] operación. *(Education research nursing [and] surgery).	4/1	24/0	1/0	72	0	129	1
Educación [and] sanitaria [and] quirúrgica. *(Education [and] sanitary [and] surgery).	3/1	31/0	0	13/0	0	9/1	2
Educación [and] sanitaria [and] preoperatoria. *(Education [and] sanitary [and] preoperative period).	1/1	2/0	0	1/0	0	4/1	2
Educación [and] paciente [and] quirúrgico. *(Education [and] sanitary [and] surgical patient.)	7/1	39/1	0	36/2	0	66/2	6
Educación [and] postoperatorio. *(Education [and] sanitary [and] postoperative period).	0	12/1	0	0	1/0	45/2	3
Educación [and] preoperatorio. *(Education [and] sanitary [and] preoperative period).	2/1	6/0	0	8/0	0	14/1	2
Educación sanitaria [and] cirugía. *(Education [and] sanitary [and] surgery).	1/1	59/0	0	0	8/2	14/0	3
Documentos encontrados	13	7	4	7	3	7	41
Documentos seleccionados.	8	3	2	2	1	2	18

Anexo 2: Cronograma del Programa de Educación para la Salud

FECHAS					ACTIVIDADES	
MES	SESIÓN/HORA		LUGAR	DURACIÓN	PACIENTES CON CCR	
					UNIDADES	TEMÁTICA
MES	1	19-20h.	<u>Sala de usos múltiples.</u>	1º día.	Unidad I	Iniciación y presentación
	2	19-20'15.		2º día.	<u>Preoperatorio</u>	Cuidados del preoperatorio.
	3	19-20.		3º día.	Unidad II <u>Intraoperatorio</u>	Fase intraoperatoria.
	4	19-19'45h.		4º día.	Unidad II <u>Postoperatorio</u>	Cuidados del postoperatorio.
	5	19-20h.		5º día.		Cuidados de las colostomías.
	6	19-19'45h.		6º día.		Adaptación a la vida diaria.

Anexo 3: Díptico ¿Y ahora qué?

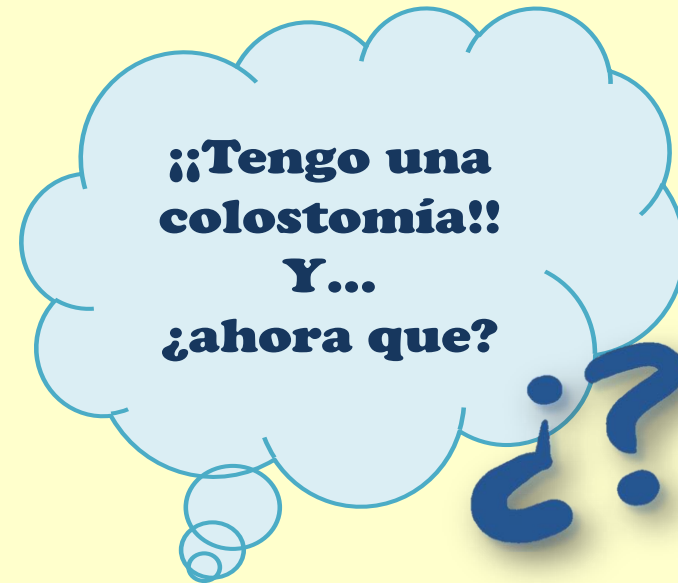
Educación preoperatoria y postoperatoria en el paciente colostomizado.

La enfermera responsable del programa:

Les agradece su asistencia y colaboración en el programa de educación para la salud.



Avd. Madrid nº 2 34005 --- Soria/España.
Tel. +34 02 15 87 5 / 608 13 85 74.
arosa_30@hotmail.com



- ¿Qué es una colostomía?

Una colostomía es una ostomía digestiva, en la que se exterioriza el colon a través de la pared abdominal.



Dependiendo de la porción de colon exteriorizada, las heces tendrán una consistencia líquida, semilíquida o sólida.

¡¡Elige!!



Bolsas cerradas



Bolsas abiertas

Higiene del estoma y piel perilesional.

1. Eliminar los resto de efluente con un pañuelo de papel.
2. Limpiar la piel y el estoma con agua y jabón neutro (realizando suavemente movimientos circulares).
3. Secar el estoma con una toalla a toquitos.
4. Secar la piel y aplicar el nuevo dispositivo.

Anexo 4: Caso práctico Unidad III

Carmen es una mujer de 65 años que ha sido intervenida de cirugía digestiva programada. En la intervención quirúrgica, se le realiza una colostomía debido a su patología médica. La paciente es una mujer sin estudios, que vive sola en el medio rural y que apenas tiene la posibilidad de acudir a su centro de salud o a su hospital de referencia. Explica y desarrolla cada uno de los siguientes supuestos:

1. Actividad: Higiene y aseo.



Carmen va a acudir a una revisión médica en el hospital de la capital. Antes de salir de casa, debe lavarse el estoma, cambiarse la bolsa de colostomía y prepararse una bolsa de aseo. ¿Cómo debe realizar la higiene del estoma y el cambio de bolsa? ¿Qué cosas crees que Carmen deberá llevarse en la bolsa de aseo? Explica porque.

2. Actividad: Alimentación



Carmen tiene una celebración importante poco después de ser intervenida. Su familia se reúne para comer y charlar. Cuando empiezan a comer, el camarero le ofrece de primero paella, de segundo cordero y para beber una bebida con gas. ¿Crees que este menú es el más indicado para Carmen? ¿Por qué? ¿Cuántas veces debe comer al día? ¿Qué alimento debería cambiar de los que le ofrece el camarero? ¿Por cuál?

3. Actividad: Ejercicio físico.



Carmen antes de la intervención quirúrgica andaba todos los días e iba con sus amigas al centro del pueblo a jugar a los bolos y a las cartas. ¿Debe seguir haciendo ejercicio físico con sus amigas? ¿Debe tener alguna precaución a la hora de agacharse y levantarse al jugar a los bolos?

Anexo 5: Recursos humanos y materiales del programa de EPS.

Recursos.	Recursos comunes a todas las sesiones.	Primera unidad.	Segunda unidad.	Tercera unidad.
Humanos.	<ul style="list-style-type: none"> Personal de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente colostomizado 	-----	-----
Materiales.	<ul style="list-style-type: none"> Sala de usos múltiples. Sillas y mesas. Folios y bolígrafos. Proyector. Ordenador. Altavoces. Cuadernos. 	<ul style="list-style-type: none"> Ovillo de lana Cartulinas y pinturas. 	<ul style="list-style-type: none"> Cartulinas y rotuladores. Folleto técnicas de relajación. CD relajación. Reproductor MP3. Colchonetas. Hojas caso práctico. 	<ul style="list-style-type: none"> Toallitas. Maquetas de colostomías. Esponjas. Bolsas de colostomía. Vídeo explicativo. Díptico: ¿Y ahora qué? Encuesta de evaluación.

Anexo 6: Encuesta de evaluación previa.

✘ ¿Se ha sometido anteriormente a alguna intervención quirúrgica?

- Sí.
- No.

Si la respuesta es afirmativa indique el tipo de intervención:

✘ ¿Cómo va a afrontar su nueva situación de salud?

- Solo.
- Con ayuda de mis familiares.
- Con ayuda de mis amistades.
- Otras: _____

✘ Señale su nivel de preocupación respecto a la cirugía digestiva:

(Siendo 1: Nada preocupado; 5: Muy preocupado).

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

✘ ¿Conoce los cuidados que tiene que llevar a cabo antes de la operación un paciente que va a ser colostomizado?.

- Sí
- No
- NS/NC.

✘ ¿Conoce los cuidados postoperatorios llevados a cabo por la enfermera en la planta de hospitalización?

- Sí
- No
- NS/NC.

✘ ¿Considera usted importante el apoyo y las explicaciones de la enfermera en este periodo, por qué?

Sí

No

✘ ¿Sabe lo que es una ostomía? ¿Conoce algún tipo?

Sí

No

Tipo de ostomía: _____

✘ ¿Conoce a alguna persona colostomizada?

Sí

No

✘ ¿Ha oído hablar alguna vez de los dispositivos de recogida (bolsas de colostomía), su colocación, la higiene y cuidados del estoma?

Sí

No

NS/NC.

Gracias por su colaboración.

Anexo 7: Guías de observación.

El/La participante del programa de salud.	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca
Responde a las preguntas de forma correcta.				
Sus respuestas son coherentes y ordenadas.				
Ha entendido el concepto por el que se le pregunta.				
Presta interés al profesional de enfermería.				
Se interesa por conocer la respuesta correcta cuando falla la pregunta.				

Anexo 8: Hoja de registro (higiene y colocación de bolsa de colostomía)

	Higiene del estoma	Cambio de la bolsa de colostomía	Reconoce los diferentes tipos de bolsas de colostomía.
Paciente			
1:			
2:			
3:			
4:			
5:			
6:			
7:			
8:			
9:			
10:			

Anexo 9: Entrevista grupal (evaluación de los resultados)

- ✘ ¿Siente que su nivel de ansiedad y estrés ha disminuido a lo largo del programa?

- ✘ ¿Considera que el programa y las explicaciones del profesional enfermero le han ayudado en esa disminución?

- ✘ ¿Cree que podrá controlar sus emociones durante su proceso quirúrgico?

- ✘ ¿Se considera capaz de participar activamente en los cuidados que requieran su ayuda durante todo el proceso quirúrgico?

- ✘ ¿Considera que está preparado para afrontar y adaptarse a los cambios que se producirán en su vida?

- ✘ ¿Conoce las estrategias o actividades que le ayudarán en esa adaptación?

Gracias por su colaboración.

Anexo 10: Escala HAD (Hospital, ansiedad y depresión).

<p><u>A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:</u></p> <ol style="list-style-type: none">3. Casi todo el día2. Gran parte del día1. De vez en cuando0. Nunca
<p><u>D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:</u></p> <ol style="list-style-type: none">0. Ciertamente, igual que antes1. No tanto como antes2. Solamente un poco3. Ya no disfruto con nada
<p><u>A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:</u></p> <ol style="list-style-type: none">3. Sí, y muy intenso2. Sí, pero no muy intenso1. Sí, pero no me preocupa0. No siento nada de eso
<p><u>D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:</u></p> <ol style="list-style-type: none">0. Igual que siempre1. Actualmente, algo menos2. Actualmente, mucho menos3. Actualmente, en absoluto
<p><u>A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:</u></p> <ol style="list-style-type: none">3. Casi todo el día2. Gran parte del día1. De vez en cuando0. Nunca
<p><u>D.3. Me siento alegre:</u></p> <ol style="list-style-type: none">3. Nunca2. Muy pocas veces1. En algunas ocasiones0. Gran parte del día
<p><u>A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:</u></p> <ol style="list-style-type: none">0. Siempre1. A menudo2. Raras veces3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuido como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. Nunca

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca.

Puntuación: [0-7] No hay caso [8-10] Caso dudoso [>10] Caso.

Anexo 11: Encuesta (evaluación de la estructura).

✘ Nombre (opcional):

✘ ¿Qué le ha parecido el programa?

- Nada útil.
- Poco útil.
- Útil.
- Muy útil.

✘ ¿Cree que los contenidos teóricos están adaptados y son suficientes?

- Sí
- No

✘ ¿Cree que los contenidos prácticos están bien planteados?

- Sí
- No

✘ ¿Cree que los recursos aportados y entregados (díptico, vídeos, imágenes...) han sido prácticos y suficientes?

- Sí
- No

✘ ¿Recomendaría este programa a otros pacientes que estén en una situación parecida?

- Sí
- No

✘ ¿Cambiaría o mejoraría algo del programa? Propuestas de mejora.

Gracias por su colaboración.