



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad de Enfermería Clínica Avanzada Con Énfasis en
Cuidado Quirúrgico

TESINA

Proceso de cuidado enfermero: intervención enseñanza
prequirúrgica (5610) para disminuir la ansiedad en paciente
pediátrico programado para cirugía

P R E S E N T A

Licenciada en enfermería

Abigail Adame García

Para obtener el nivel de Especialistas en Enfermería Clínica
Avanzada con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

DIRECTORA DE TESINA

Dra. Josefina Gallegos Martínez

San Luis Potosí, S.L.P. Marzo, 2022



Proceso de cuidado enfermero: intervención enseñanza prequirúrgica (5610) para disminuir la ansiedad en paciente pediátrico programado para cirugía por Abigail Adame García se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



Título

Proceso de cuidado enfermero: intervención enseñanza prequirúrgica (5610) para disminuir la ansiedad en paciente pediátrico programado para cirugía

Tesina

Para obtener el grado de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

Presenta

L.E. Abigail Adame García

Directora de tesina

Dra. Josefina Gallegos Martínez

San Luis Potosí, S.L.P. Marzo, 2022



Proceso de cuidado enfermero: intervención enseñanza prequirúrgica (5610) para disminuir la ansiedad en paciente pediátrico programado para cirugía por Abigail Adame García se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



Título

Proceso de cuidado enfermero: intervención enseñanza prequirúrgica (5610) para disminuir la ansiedad en paciente pediátrico programado para cirugía

Tesina

Para obtener el grado de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

Presenta

L.E. Abigail Adame García

Sinodales

Dra. Candelaria Betancourt Esparza

Presidenta

Firma

Dra. Antonieta de Jesús Banda Pérez

Secretaria

Firma

Dra. Josefina Gallegos Martínez

Vocal

Firma

San Luis Potosí, S.L.P. Marzo, 2022



Proceso de cuidado enfermero: intervención enseñanza prequirúrgica (5610) para disminuir la ansiedad en paciente pediátrico programado para cirugía por Abigail Adame García se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Agradezco

A CONACYT

Por otorgarme los medios para poder llevar a cabo y concluir esta parte de mi formación profesional

A mis padres

Por brindarme apoyo y sostén moral, emocional y económico en cada uno de mis proyectos.

A mis hermanos y amigos

Por ser escucha permanente en este año lejos de ustedes, por el tiempo que no les entregue y que no recuperare jamás.

A mi directora de Tesina Dra. Josefina

Por su tiempo, conocimiento y dedicación invertidos en mi proceso formativo



Proceso de cuidado enfermero: intervención enseñanza prequirúrgica (5610) para disminuir la ansiedad en paciente pediátrico programado para cirugía por Abigail Adame García se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Dedico

Este trabajo a la memoria de mi Abuelita Lilia, que durante este camino formativo Dios decidió llamarla a la vida eterna.

Te prometo que seguirás ahí, en el hueco que te mereces en mi pasado, en mi presente, en mi vida. Seguirás siendo un pilar en el que apoyarme cuando la vida mas apriete y, lo juro, jamás dejare que te pierdas en mi memoria.



Proceso de cuidado enfermero: intervención enseñanza prequirúrgica (5610) para disminuir la ansiedad en paciente pediátrico programado para cirugía por Abigail Adame García se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

“La ansiedad no es necesariamente mala, porque también puede llevar a la persona al conocimiento de su propio ser”

Filósofos del Siglo XX

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Objetivo general	4
	2.1 Objetivos específicos	4
III.	Planteamiento del problema	5
IV.	Justificación	8
V.	Metodología	12
VI.	Marco teórico	15
	6.1 Etapa de la Adolescencia	15
	6.1.1 Definición de paciente pediátrico	15
	6.1.2 Definición de adolescencia	16
	6.1.3 Crecimiento y desarrollo	16
	6.1.4 Subetapas y características de la adolescencia	17
	6.1.5 Atención medica al adolescente	20
	6.2 Ansiedad	22
	6.2.1 Definición de ansiedad	22
	6.2.2 Tipos de ansiedad	23
	6.2.3 Ansiedad prequirúrgica	24
	6.2.4 Teorías psicológicas de la ansiedad	25
	6.2.5 Neurobiología de la ansiedad	26
	6.2.6 Signos y síntomas de la ansiedad	27
	6.2.7 Estrategias farmacológicas para disminuir la ansiedad	28
	6.2.8 Estrategias no farmacológicas para disminuir la ansiedad	29
	6.3 Proceso de cuidado enfermero	30
	6.4 Etapas del proceso de cuidado enfermero	31
	6.4.1 Valoración	31
	6.4.2 Diagnóstico	33
	6.4.3 Planeación	34

6.4.4	Ejecución	35
6.4.5	Evaluación	36
6.5	Taxonomía NANDA-NIC-NOC	36
6.5.1	NANDA	37
6.5.2	NOC	37
6.5.3	NIC	38
6.6	Enfermería perioperatoria y su importancia	38
6.7	Etapa perioperatoria	40
6.7.1	Fases del proceso perioperatorio	40
VII.	Resultados- Proceso de Cuidado Enfermero	42
7.1	Valoración	42
7.1.1	Caso clínico	42
7.1.2	Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon	43
7.2	Diagnóstico	49
7.2.1	Razonamientos diagnósticos de enfermería	49
7.2.3	Diagnósticos de enfermería	53
7.3	Planeación	55
7.3.1	Priorización de diagnósticos por valores profesionales	55
7.4	Ejecución y evaluación	56
7.4.1	Planes de cuidado	56
7.4.2	Desarrollo de la intervención 5610 Enseñanza Prequirúrgica	59
XIII.	Discusión	61
IX.	Conclusiones	63
X.	Sugerencia de recomendación metodológica	65
XI.	Referencias	66
XII.	Anexos	74
	Anexo A. Instrumento STAI	74
	Anexo B. Instrumento APAIS	77

Anexo C. Escala Bristol	78
Anexo D. Escala EVA	79
Anexo E. Escala Daniels	80
Anexo F. Escala Karnofsky	81
Anexo G. Escala Glasgow	82
Anexo H. Consentimiento informado	83

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La ansiedad prequirúrgica presentada en pacientes pediátricos programados a cirugía, dando mayor enfoque a la subetapa de la adolescencia e intervención 5610 enseñanza prequirúrgica. **JUSTIFICACIÓN:** Entre el 40 y 60% de población pediátrica que se somete a procesos quirúrgicos experimenta altos niveles de estrés y ansiedad. La necesidad de tener programas específicos para aliviar la ansiedad cobra especial interés si se cuentan los efectos adversos que se asocian a una elevada ansiedad preoperatoria, principalmente en el posoperatorio. **OBJETIVO:** Implementar un proceso de cuidado con diagnósticos de enfermería de ansiedad y conocimientos deficientes enfocándose en la NIC (5610) enseñanza prequirúrgica que sirva como herramienta para disminuir la ansiedad en paciente pediátrico programado a cirugía enfocándose en la subetapa de la adolescencia a partir de un caso clínico. **METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica sistemática, implementación de valoración e instrumento STAI y APAIS para valorar la ansiedad en un paciente adolescente prequirúrgico y aplicación de NIC 5610. **RESULTADOS:** Tras valoración, los patrones funcionales más alterados; adaptación tolerancia al estrés, rol-relaciones y sueño-descanso. Desarrollo de proceso de cuidado enfermero priorizando los diagnósticos: ansiedad y conocimientos deficientes, tras la aplicación de actividades de la NIC 5610 se obtienen resultados bajos en comparación de los iniciales en ambos instrumentos. **DISCUSIÓN:** La ansiedad prequirúrgica asociada con factores sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad, residencia, aumento del dolor posoperatorio y complicaciones postoperatorias. Las intervenciones de enfermería priorizan la visita prequirúrgica, comunicación y enseñanza. **CONCLUSIÓN:** Las actividades de enfermería de la NIC 5610 benefician la disminución de la ansiedad prequirúrgica.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Pre-surgical anxiety presented in pediatric patients scheduled for surgery, giving greater focus to the sub-stage of adolescence and intervention 5610 pre-surgical teaching. **JUSTIFICATION:** Between 40 and 60% of the pediatric population undergoing surgical procedures experience high levels of stress and anxiety. The need to have specific programs to alleviate anxiety is of special interest considering the adverse effects associated with high preoperative anxiety, mainly in the postoperative period. **OBJECTIVE:** To implement a process of care with nursing diagnoses of anxiety and deficient knowledge focusing on the NIC (5610) preoperative teaching that serves as a tool to reduce anxiety in pediatric patients scheduled for surgery focusing on the sub-stage of adolescence from a clinical case. **METHODOLOGY:** Systematic literature review, implementation of assessment and STAI and APAIS instruments to assess anxiety in an adolescent pre-surgical patient and application of NIC 5610. **RESULTS:** After assessment, the most altered functional patterns; adaptation, stress tolerance, role-relationships and sleep-rest. Development of the nursing care process prioritizing the diagnoses: anxiety and deficient knowledge, after the application of NIC 5610 activities, low results were obtained compared to the initial results in both instruments. **DISCUSSION:** Preoperative anxiety associated with sociodemographic factors such as age, sex, schooling, residence, increased postoperative pain and postoperative complications. Nursing interventions prioritize preoperative visit, communication and teaching. **CONCLUSION:** Nursing activities of NIC 5610 benefit the decrease of preoperative anxiety.

I. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se realiza un análisis sistemático sobre la ansiedad prequirúrgica presentada en los pacientes pediátricos, enfocándose a la subetapa de la adolescencia; a partir de un caso clínico. Ya es conocido en la bibliografía que el paciente que se somete a un procedimiento quirúrgico se ve involucrado en una experiencia desconocida o poco habitual y añadiendo a esto el estar en un ambiente diferente al común, le provoca ansiedad y angustia ante dicho proceso.

La Academia Americana de Pediatría ha explicado y reafirmado que la responsabilidad de la pediatría llega habitualmente hasta los 21 años. Grandes hospitales y universidades de EE. UU., Australia y Europa (Francia, España e Inglaterra) han incorporado progresivamente la atención del adolescente a sus servicios pediátricos, estableciendo los 18-21 años como la edad de transferencia a los servicios de adultos¹. La definición operativa hasta ahora más utilizada en el ámbito de Chile y Latinoamérica es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que consideran adolescencia al período comprendido entre los 10 y 19 años².

La adolescencia es un periodo de transiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas; una etapa transitoria desde las experiencias emocionales y las menos desarrolladas de la niñez y las más equilibradas de la adultez, que representan un ideal. Desde la perspectiva biológica, el hincapié está en el comienzo y el final de la pubertad y desde el aspecto legal, se determina a partir de los diferentes grupos de edad establecidos por la ley. Entre quienes integran el Grupo Etario, la adquisición de habilidades, tales como: asumir la responsabilidad de sus propios actos y tomar sus propias

decisiones, suele considerarse un aspecto importante que está más relacionado con la distinción entre la adultez y la adolescencia³.

Se define la ansiedad como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Es normal ante determinadas situaciones que la persona percibe como amenazantes y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes, es adaptativa en medida que da paso a conductas de seguridad, resolutivas y de adaptación⁴.

El objetivo general es presentar un plan estandarizado de cuidados de enfermería a partir de un caso clínico, para valorar el grado de ansiedad que puede presentar el paciente adolescente ante el estímulo de un procedimiento quirúrgico. Se implementó el método de valoración de Marjory Gordon por patrones funcionales y se desarrolló bajo la taxonomía NANDA-NOC-NIC, se enfocó en la intervención 5610 Enseñanza prequirúrgica como herramienta para disminución de la ansiedad en el paciente prequirúrgico.

A través de la revisión epidemiológica, estadística y bibliográfica se da origen al planteamiento y justificación del problema. Se destaca que hay bibliografía existente que maneja que los procesos quirúrgicos desencadenan en los pacientes reacciones antes, durante y después del procedimiento, varias de estas reacciones relacionadas con la ansiedad que el paciente puede sentir frente a la intervención quirúrgica y que puede generar respuestas que puedan llegar a influir desfavorablemente en el proceso de recuperación.

En el marco teórico, se desarrollan diferentes subtemas relacionados con la temática “Proceso de cuidado enfermero: intervención enseñanza prequirúrgica (5610) para disminuir la ansiedad en paciente pediátrico programado para cirugía”. Esto bajo la revisión sistemática y analítica de

diversa literatura encontrada tanto de forma física como digital. En primera instancia se revisa las características del grupo etario de la adolescencia, seguidamente de la profundización sobre la reacción de la ansiedad ante el procedimiento quirúrgico y posteriormente el abordaje metodológico que el personal de enfermería puede proporcionar a través de un proceso de cuidado enfermero a través de la taxonomía internacional NANDA-NOC-NIC.

La metodología implicó un diseño basado en una revisión sistemática, a través de búsqueda de información en diferentes fuentes, la implementación de una valoración y dos instrumentos para valorar el grado de ansiedad en un paciente adolescente prequirúrgico. El diseño incluyó el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería, enfocándose en el Nursing Interventions Classification (NIC) siendo la herramienta que permite tener un lenguaje completo y estandarizado para describir los tratamientos que el personal de enfermería puede brindar para el cuidado de los pacientes, el cual permite agrupar todas aquellas actividades de enfermería que se pueden proporcionar en el proceso de atención de enfermería.

En el área de quirófano a través de esta herramienta se pueden aplicar aquellas actividades que se faciliten al paciente antes del procedimiento quirúrgico y que ayuden a disminuir el grado de ansiedad que en él se genera por la intervención y de esta forma ayudar a que la respuesta adaptativa sea positiva para el proceso postoperatorio.

Este trabajo pretende brindar información al personal de enfermería de las áreas quirúrgicas sobre la importancia de la implementación de actividades específicas para la disminución de la ansiedad en los pacientes adolescentes, con el objetivo de tener mejores resultados en la recuperación postquirúrgica de este sector poblacional, así como favorecer la experiencia quirúrgica percibida por este sector etario.

II. OBJETIVO GENERAL

Implementar un proceso de cuidado con diagnósticos de enfermería de ansiedad y conocimientos deficientes enfocándose en la NIC (5610) enseñanza prequirúrgica que sirva como herramienta para disminuir la ansiedad en el paciente pediátrico programado a cirugía enfocándose en la subetapa de la adolescencia a partir de un caso clínico.

2.1 Objetivos específicos

- Elaborar un marco teórico que ayude al plan de cuidado de enfermería en el paciente adolescente con ansiedad prequirúrgica.
- Identificar y desarrollar los diagnósticos de enfermería ansiedad y conocimientos deficientes de acuerdo con la taxonomía NANDA-NOC-NIC para el paciente adolescente con ansiedad prequirúrgica.
- Desarrollar la intervención (5610) enseñanza prequirúrgica utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC en el paciente quirúrgico adolescente.
- Implementar y evaluar el proceso de cuidado en un paciente quirúrgico adolescente.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los procesos quirúrgicos son procedimientos que se llevan a cabo día con día en los hospitales de segundo y de tercer nivel. Este tipo de procedimientos suelen ser de alto grado de importancia ya que influye en varios procesos del paciente, como lo son interrumpir la integridad cutánea ya sea con fines terapéuticos, diagnósticos, restaurativos o paliativos. Este tipo de procesos suelen actuar de una forma agresiva que va a generar en el paciente reacciones emocionales dentro de las cuales principalmente se puede destacar un aumento del grado de ansiedad ante el proceso quirúrgico que puede influir en gran medida en la recuperación del paciente.

La ansiedad es una reacción emocional y neurofisiológica normal ante la percepción de una amenaza externa o interna; sus funciones van desde el alertamiento hasta la llamada reacción de lucha o huida que se presenta ante una situación de peligro inminente, esto como parte de un mecanismo adaptativo de índole evolutiva, teniendo la ansiedad *per se* cualidades protectoras del individuo, es decir, una función de preservación de la vida⁵.

Anteriormente era escaso el interés que se reflejaba sobre la valoración de la ansiedad en el paciente pediátrico, ya que se tenía la percepción de que este tipo de paciente era incapaz de dimensionar y razonar los eventos atribuibles a su estado de salud y por esta razón no era posible que somatizara ciertas reacciones debido a esto, y en caso de que se presentarían se atribuían a que el niño o joven querían llamar la atención de los padres.

Posteriormente diversos estudios demuestran que al menos 10% de la población pediátrica es afectada por trastornos de ansiedad y hasta 15% si se incluye a los adolescentes⁶. Estas cifras permiten enfocar en la importancia de

valorar las reacciones emocionales que los pacientes pediátricos pueden manifestar ante estímulos que afecten su salud.

En todo el mundo, millones de niños son intervenidos quirúrgicamente cada año y se debe de tener en cuenta que el 60% de niños que van a hacer intervenidos presentan ansiedad perioperatoria importante, que será manifestada de manera diversa⁶. La atención en salud en la población pediátrica va a requerir de paciencia, flexibilidad y sensibilidad debido a las características propias que delimitan esta etapa. Incluyendo la atención proporcionada en el área de quirófano.

Enfocándose al proceso perioperatorio del paciente pediátrico; la ansiedad preoperatoria en niños es una pieza de un gran problema de ansiedad asociado con ambientes médicos. Una cirugía en un paciente pediátrico frecuentemente es un evento memorable y significativo en la vida de la familia pero especialmente en la historia personal del paciente y tiene implicaciones psicológicas desencadenadas por la separación del entorno familiar, su trasladado a un área desconocida y la realidad de que está rodeado de personas ajenas a su entorno diario, por lo tanto no es de sorprender que el 65% de pacientes pediátricos hayan experimentado ansiedad preoperatoria significativa⁷. Con frecuencia, en la literatura se evalúa el fenómeno de la ansiedad perioperatoria del paciente pediátrico desde la perspectiva de su prevalencia, la que se encuentra entre 42- 70%⁸.

Hay estudios que describen sobre miedos infantiles e integran las preocupaciones quirúrgicas, se obtiene que no disminuyen con la edad y el grado de preocupación es similar en los niños con y sin experiencia quirúrgica⁷. Esto permite generar una mirada global acerca de que el personal de salud concientice sobre la importancia de valorar las reacciones emocionales que se generan en este tipo de pacientes, siendo estos una población más vulnerable

y que el proceso de brindar atención y cuidados debe conllevar características particulares.

El mejorar las intervenciones por parte del personal de salud en las áreas de quirófano con el objetivo de disminuir la ansiedad preoperatoria especialmente en los pacientes pediátricos va a permitir que se disminuyan signos y síntomas desfavorables relacionados con aumento en el nivel de ansiedad. Este aumento puede afectar en los tres periodos quirúrgicos, desde el preoperatorio donde se pueden encontrar cambios hemodinámicos y sensaciones displacenteras, en el transoperatorio afectando la inducción de la anestesia y en el postoperatorio generándose retrasos en la recuperación postquirúrgico a través de conductas regresivas y que incluso se relaciona que un mal manejo de la ansiedad desencadena mayor dolor posoperatorio, presencia de pesadillas, trastornos alimenticios y de conducta.

Las intervenciones de enfermería enfocadas a disminuir la ansiedad de los pacientes prequirúrgicos entran dentro del cuidado transpersonal que es una forma singular que aborda el enfermero es “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica⁹.

Recordando y enfatizando la teoría de Cuidado Humanizado de Jean Watson el atender no solamente la parte fisiológica de los pacientes si no buscar la armonía del paciente entre su cuerpo, mente y alma va a acarrear consigo efectos más positivos y beneficiosos para el paciente que si solamente se enfocase en la parte fisiológica de este.

IV. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se enfocará en plantear y abordar la ansiedad que se genera en el paciente quirúrgico pediátrico enfocándose más específicamente en la subetapa de la adolescencia y en el papel que enfermería puede llegar a desempeñar en beneficio de una disminución de la ansiedad. Con el propósito de mejorar los resultados de la cirugía. La ansiedad cumple una función adaptativa en el sujeto frente a procesos nuevos o desconocidos para las personas, pero en algunas ocasiones la respuesta supera las capacidades que tiene el sujeto para adaptarse a las situaciones, generando de esta manera una secuencia de respuestas negativas frente al estímulo.

El rasgo central de la ansiedad es el malestar mental, los sentimientos que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. Se pueden presentar síntomas somáticos como aumento de la tensión muscular, mareos, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones en la presión arterial, palpitaciones, midriasis, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, urgencia urinaria y diarrea. Así como síntomas psíquicos que incluye intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control y sensación de muerte inminente⁴.

Es conocido el hecho que en el proceso de atención de salud se descuida o se deja de lado la parte de la salud mental del paciente y se ve fácilmente referido al escaso personal en el área clínica con interés en el tema o que está destinado a esta área como lo pueden ser terapeutas, psiquiatras y psicólogos. Un ejemplo de esto también se puede percibir en los escasos diagnósticos de enfermería registrados en los expedientes clínicos donde se enfoque en cuidar, tratar o preservar la salud mental del paciente.

Otra perspectiva la podemos encontrar a nivel mundial con la propuesta por parte de la OMS donde se estipula que del gasto total de salud el 10% debe estar enfocado en la salud mental y que en México cerca del 2% se destina a la salud mental y de esta cifra el 1.2% se destina a las adicciones y solamente el 0.8% al fomento de la salud mental¹⁰. Generando que el gasto destinado a la prevención y/o tratamiento de problemas derivados de la salud mental como lo es la ansiedad, sea realmente minoritario.

La ansiedad y/o los trastornos de ansiedad pertenece a las patologías que se pueden ver integradas dentro de la salud mental. Se estima que 260 millones de personas en el mundo padecen algún trastorno de ansiedad (OMS). En artículos encontrados en la revista biomédica de la Universidad Autónoma de Yucatán se manejan datos sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en México, indican que estos padecimientos son los trastornos mentales más comunes; en la población mexicana alrededor de 14-15% de los individuos presentan algún tipo de trastornos de ansiedad, y esta prevalencia llega hasta el 18% en la población infantil.

La ansiedad preoperatoria se tiene que ver relacionada con estas estadísticas ya que tanto la frecuencia de personas que ya padecen un trastorno de ansiedad diagnosticado son parte de la población que llegan a ser intervenidos quirúrgicamente, ya sea por cirugías con objetivo reparativo, constructivo, paliativo, etcétera. En el personal de salud que va a tener contacto con estos pacientes en el periodo perioperatorio se tiene que fomentar la conciencia sobre intervenciones que favorezcan en el paciente una disminución del grado de ansiedad generado y que de no favorecer una disminución de la ansiedad el proceso de adaptación frente al estímulo va a repercutir en su proceso postoperatorio de una forma mayor.

En un estudio realizado en el Hospital Nacional Materno Infantil en la ciudad de México en 2014, se evaluó la presencia de ansiedad en las pacientes que

iban a ser sometidas a un procedimiento quirúrgico, aplicando las encuestas a 75 pacientes programadas a cirugía electiva con estado físico ASA I y II, entre 14 y 65 años. Dentro de los resultados que obtuvieron fueron la presencia de ansiedad en 28% de la muestra y que guardaba relación a que si las pacientes ya hubieran tenido contacto de un evento quirúrgico previo⁵.

La mayoría de los trabajos realizados con distintas muestras de pacientes parece coincidir en que los niveles de ansiedad se elevan antes de la cirugía, desencadenando en el organismo una respuesta que se englobaría dentro de la reacción general al estrés, con descarga de catecolaminas, hiperactividad simpática, hipermetabolismo, cambios neuroendocrinos, alteraciones hidroelectrolíticas y modificaciones inmunológicas disminuyendo después a lo largo del periodo posquirúrgico⁴.

Entre el 40 y el 60% de la población pediátrica que se somete a un proceso quirúrgico experimenta altos niveles de estrés y ansiedad. La necesidad de tener programas específicos para aliviar la ansiedad de los pacientes pediátricos cobra especial interés si tenemos en cuenta los efectos adversos que se asocian a una elevada ansiedad preoperatoria¹¹.

La falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. La atención quirúrgica ha sido un componente esencial de los sistemas de salud de todo el mundo durante más de un siglo. Aunque ha habido importantes mejoras en los últimos decenios, la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica han sido desalentadoramente variables en todo el mundo. En respuesta a esto el personal de enfermería propone a través de los Planes estandarizados contribuir a la homogenización del conocimiento, garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de enfermería como una línea de acción¹². Por lo que resulta importante describir las intervenciones y actividades que el personal de enfermería puede realizar dentro del área de quirófano al paciente

pediátrico que será sometido a un procedimiento quirúrgico con el fin de disminuir su grado de ansiedad.

El presente trabajo permitirá analizar esta área y ofrecer una mirada más integral en la atención del paciente adolescente quirúrgico desde el área de la enfermería quirúrgica, fomentando el cambio de paradigmas que se tiene de la enfermera quirúrgica donde la mayoría de las veces se escucha incluso en el propio gremio la frase que cataloga como “la instrumentista”, donde se ha generado la idea que es la única función que realiza la enfermera quirúrgica, dejando de lado la implementación del proceso de atención de enfermería que se debe implementar durante el proceso transoperatorio de los pacientes.

V. METODOLOGÍA

El presente trabajo es una implementación de un caso clínico por medio del Proceso de Cuidado de Enfermería a través de la taxonomía NANDA-NOC-NIC, enfocado a la disminución de la ansiedad prequirúrgica a través de la NIC 5610 Enseñanza prequirúrgica. Se desarrolló durante el curso de la Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con énfasis en cuidado quirúrgico (EECA), como parte del proceso de competencia académicas para obtener el grado de especialista.

En primer lugar, se dio la propuesta del tema al consejo académico de la unidad de posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, quienes revisaron y aprobaron el tema y se realizó la asignación del director de tesina.

Se llevó a cabo por medio de la recolección detallada de material bibliográfico tanto por medios físicos y electrónicos, haciendo la elección de acuerdo con los que cuenten con mayor semejanza y utilidad con la temática en mención. La búsqueda es llevada a cabo a través de las plataformas de bases de datos como: Scielo, Elsevier, Clinical Key, Ebsco, plataforma de Recursos Académicos Informáticos virtuales Creativa de la UASLP y uso del acervo bibliográfico de la biblioteca centro de información en ciencias biomédicas, estableciendo límite de 10 años de antigüedad del material en un periodo de tiempo a partir de marzo 2021 hasta enero 2022, con el fin de la creación del marco teórico del trabajo.

Posteriormente se realizó el planteamiento y organización de la intervención de enfermería a realizar en conjunta con la directora de tesina, quien valida la intervención y autorizó el uso de dos instrumentos para valorar la ansiedad prequirúrgica para su posterior aplicación.

La elección de dos instrumentos se realizó a razón de que uno permitía valorar la presencia de ansiedad relacionada con cualquier evento que pueda generarla y el segundo valora la ansiedad preoperatoria y la relación que en esta se genera por la falta de conocimientos sobre el proceso operatorio.

El primer instrumento es el *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*, creado en 1966 por Spielberg, Gorsuch y Lushene, en California EUA. El cuestionario de ansiedad estado-rasgo ha sido utilizado en población infantil y adulta y validado en más de 60 idiomas, la adaptación al español se realizó en población adolescente y adulta en la Universidad Complutense de Madrid, en el 2006, realizada por los autores del instrumento, en Cuba ha sido utilizada en pacientes sometidos a cirugía¹³⁻¹⁴. El cuestionario este compuesto por 40 ítems diseñados para evaluar la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (tendencia ansiosa relativamente estable). Con un sistema de respuesta Likert de 4 puntos según la intensidad, la puntuación total oscila entre 0 a 60 puntos.

El segundo instrumento The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS), creada en 1996 por Nelly Moerman y cols. Es un auto cuestionario de 6 preguntas desarrollado y validado en una muestra de 320 pacientes sometidos a diferentes procedimientos quirúrgicos de cirugía menor, intermedia y mayor para determinar la ansiedad preoperatoria, las propiedades psicométricas de la escala demostraron una consistencia interna aceptables con un valor Alfa de Cronbach $>0,70$ ¹⁴. La escala se divide en dos subescalas que exploran tres dimensiones, relacionando la ansiedad con la cirugía, la anestesia y la necesidad de información. Cada una de las preguntas se evalúa con una escala Likert de 0 a 5 puntos, siendo 1 el valor más bajo y el 5 el más alto.

Se realizó la selección de un paciente que cumpliera con los criterios de inclusión como; la edad que estuviera comprendida dentro del periodo adolescente, que fuera paciente preoperatorio y que accediera a participar por

medio de la firma del consentimiento informado y teniendo como criterios de exclusión pacientes que no accedieran a firmar el consentimiento informado.

La selección del paciente y aplicación de la intervención se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía durante el periodo de prácticas designado por la UASLP como parte del mapa curricular de la EECA. Se obtuvieron los permisos pertinentes por parte de la jefatura de enseñanza de enfermería, asesora de prácticas y jefa del servicio de neurocirugía.

Las consideraciones ético-legales que se cuidaron durante la elaboración de este trabajo de investigación de tipo tesina son encaminadas al reconocimiento de los autores e información consultada, mediante la cita de cada artículo, libro u capítulo, evitando así la invención, falsificación, manipulación de datos, plagio y/o autoría ficticia. También se toma en cuenta la Ley de los Derechos de los Pacientes que de acuerdo con el artículo 3° se solicita el consentimiento informado para llevar a cabo la valoración de enfermería y la implementación de la intervención.

VI. MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se presentan las bases teóricas para el desarrollo de la temática del presente trabajo. Comenzando por desarrollar la etapa de la adolescencia, siendo este el grupo etario de estudio, describiendo sus características fisiológicas, psicológicas, estructurales y sociales. Posteriormente se abordó el desarrollo de la ansiedad desde sus bases psicológicas y neurobiológicas describiendo tipos, sintomatología, y estrategias para la disminución de la ansiedad. Consecutivamente se integró el proceso de cuidado de enfermero como herramienta de implementación para mejora y estandarización de los cuidados, en este caso en el paciente adolescente para la disminución de la ansiedad prequirúrgica. Por lo que fue importante recordar y reconocer la importancia de la enfermera quirúrgica. Y finalmente se desarrolló la taxonomía NANDA-NOC-NIC como parte de la importancia de homologar el lenguaje enfermero a niveles internacionales.

6.1 Etapa de la Adolescencia

6.1.1 Definición de paciente pediátrico

La edad pediátrica comprende desde el nacimiento hasta los 14 o 18 años, según bibliografía existente, otras extienden la última etapa incluso hasta 20 años o más, de esta manera abarca un margen de edad desde el neonato pretérmino hasta el adolescente cada uno con características particulares.

El niño como cualquier ser vivo debe adquirir todas las capacidades necesarias para sobrevivir en el medio lo más rápidamente posible. En esta adquisición hay dos procesos determinantes, el crecimiento (aumento de tamaño corporal) y el desarrollo (aumento de complejidad funcional), ambos serán muy importantes en el primer año de vida¹⁵.

6.1.2 Definición de adolescencia

La adolescencia es el período de transición entre la niñez y la adultez. Incluye algunos cambios, tanto fisiológicos como psicosociales³.

La cantidad de cambios físicos, sexuales, cognitivos, sociales y emocionales que ocurren en esta época pueden causar expectativas y ansiedad tanto al adolescente como a sus familias. Entender qué se puede esperar en las distintas etapas puede promover un desarrollo saludable durante toda la adolescencia y a principios de la adultez¹⁶. Podemos encontrar diversas opiniones de autores sobre el inicio y fin de esta etapa, que consideran que el inicio puede darse a partir de los 10 o 12 años y el fin de esta etapa hay autores que consideran que se da a los 18 años y otros consideran que se puede extender incluso hasta los 20 años.

La adolescencia es un periodo de transiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas; una etapa transitoria desde las experiencias emocionales y las menos desarrolladas de la niñez y las más equilibradas de la adultez, que representan un ideal. Aunque hay suficientes publicaciones en las que se analiza este periodo, existe poco acuerdo sobre el comienzo y el final de la adolescencia y sobre los límites de esta determinación. Desde la perspectiva biológica, el hincapié está en el comienzo y el final de la pubertad y desde el aspecto legal, se determina a partir de los diferentes grupos de edad establecidos por la ley. Entre quienes integran el grupo etario, la adquisición de habilidades, tales como: asumir la responsabilidad de sus propios actos y tomar sus propias decisiones, suele considerarse un aspecto importante que está más relacionado con la distinción entre la adultez y la adolescencia³.

6.1.3 Crecimiento y desarrollo

Se entiende por crecimiento y desarrollo es esta etapa a la secuencia fenomenológica de un proceso de maduración que da termino al crecimiento

longitudinal, visceral y orgánico integral, de acuerdo con las características antropológicas, raciales, regionales y familiares del individuo¹⁷.

El crecimiento está dado por la participación genética, neuroendocrina y ambiental. El adolescente varón, en el primer año crece en promedio 7 cm, en el segundo 9 cm, en el tercero 7 cm, en el cuarto 3 cm, para aumentar 2 cm al final del crecimiento. La mujer crece 6 cm el primer año, 8 cm en el segundo y 6 cm en el tercer año, restando todavía de 1 a 2 cm al final del crecimiento.

6.1.4 Subetapas y características de la adolescencia

La adolescencia puede abarcar desde los 10 años o más, la mayoría de los profesionales en ciencias sociales reconocen que, debido al importante crecimiento psicológico y social que se produce en esa década, tiene más sentido considerar los años de la adolescencia como una serie de fases y no como una etapa uniforme³.

Para fines de este trabajo se va a basar en la bibliografía donde se divide esta etapa en tres subetapas que son la adolescencia temprana, media y tardía y en cada una de estas se analizaron las cuatro áreas que se establecen durante el desarrollo del niño y del adolescente las cuales son: psicomotora, cognoscitiva, afectiva y social. Y es por medio de estas que se van a desarrollar las características fisiológicas, estructurales, psicológicas y sociales del adolescente.

- Adolescencia temprana (entre 10 a 13 años).

-Área psicomotora

El adolescente de esta edad se nota inquieto, ansioso, buscando de manera constante nuevas experiencias hasta agotar su energía; es interesante observar los continuos cambios de posturas y su necesidad de actividad física. Las percepciones que tiene su cuerpo se contraponen con las normas idealizadas de su apariencia física y destreza. Para la joven, la menstruación

puede representar temor, incertidumbre, aunque para la mayoría es un símbolo de madurez sexual. Para los varones la erección, y los derrames nocturnos pueden representar preocupación, mientras que otros pueden sentirse orgullosos de su capacidad de erección, como símbolo de virilidad¹⁷.

-Área cognoscitiva

Hay una nueva percepción de sí mismo y del ambiente, el adolescente desarrolla capacidad del pensamiento crítico, experimenta sus procesos internos como únicos y reafirma su identidad¹⁷.

-Área afectiva

Aparece un aumento cualitativo de la presión instintiva, este impulso sexual aun no cuenta con un objeto sexual. La tensión sexual se libera por medio de fantasías, sueños y proyecciones. Gradualmente se inicia la separación con los padres¹⁷.

-Área social

La separación emocional con los padres busca una autoafirmación, la identificación con personas fuera del hogar y remplazar así las figuras familiares, de manera gradual se va integrando al grupo de amigos de la misma edad. Es más disciplinado en la escuela que en la casa y en las tareas escolares se mantiene concentrado¹⁷.

- Adolescencia media (entre 14 y 17 años).

-Área psicomotora

Su cuerpo va alcanzando forma adulta; con cierta frecuencia se observa al hombre admirando su cuerpo o perfil, mientras que la mujer pasa horas maquillándose, peinándose o probándose ropa, lo cual refleja el egocentrismo característico de esta edad. Se observa una sistematización de su práctica deportiva, le agrada y logra cierta gratificación en el contacto con la naturaleza,

en esta etapa sucede la manifestación máxima de su creatividad y expresión artística¹⁷.

-Área cognoscitiva

La discrepancia entre lo real y lo posible puede ser un factor importante que lo convierta en un sujeto inconforme, al darse cuenta de que las cosas no son como el adulto las considera. Esto genera crítica a los sistemas sociales, políticos y religiosos. El pensamiento puede parecer egocéntrico por el interés que ellos ponen en los cambios, al manifestar su crítica, lo cual supone que los adultos evidencien sus fallas. Hay una experiencia a la fantasía que le permite una experiencia emocional¹⁷.

-Área afectiva

La conducta se orienta a la heterosexualidad, aunque no de manera forzosa se concreta; es la época de la idealización con el amor perfecto y el objeto amoroso. Sufre fáciles cambios de humor y se torna irónico en sus comentarios. Sus manifestaciones emocionales, como frustración, celos, envidia, pueden generar actitudes antisociales¹⁷.

-Área social

Los padres fueron desvalorados y en el adolescente surge la arrogancia y existe una resistencia a las figuras de autoridad, se da una búsqueda de estatus frente a los mayores, surge una lucha por su espacio y tiempo; tienen conflictos en el hogar. Su comportamiento social se complica por sus prejuicios, escrúpulos, actitudes reactivas y defensas obsesivas. Con los amigos las relaciones son más afables, con apego a la palabra empeñada, en ocasiones llega a aceptar códigos de honor y lealtad¹⁷.

- Adolescencia tardía (entre 18 y 20 años).

-Área psicomotora

El crecimiento se ha estabilizado y se logra cierto equilibrio entre lo físico y el resto de las áreas, está en condiciones de hacer una selección de las actividades para las cuales se encuentra capacitado trata de desarrollarse con la mayor eficiencia¹⁷.

-Área cognoscitiva

Se alcanza una estabilidad del “yo”, se logra una constancia de identidad; la solidez entre las diversas estructuras mentales (yo, ello y superyó) respaldan esta identidad. Se logra una apropiada capacidad para pensar, crear y descubrir, alcanzando así una consolidación del pensamiento científico. La capacidad intelectual para evitar experiencias de afecto o sensoriales, puede ser un mecanismo de defensa¹⁷.

-Área afectiva

El equilibrio de las funciones mentales permite cierta armonía emocional. El impulso sexual, que durante el desarrollo presenta diversas dificultades, por fin encuentra su objeto (la pareja sexual); la sexualidad como una expresión de comunicación íntima va integrado con el amor una vivencia completa¹⁷.

-Área social

Después de los conflictos de autoridad ya vividos, hay un retorno del adolescente al hogar y una reconciliación con los padres, una recomposición y estabilidad de las relaciones familiares, con un tono de autonomía y respeto, adoptando de manera gradual el nuevo rol del adulto que en unos años desempeñará, integrándose a la sociedad, con una actitud crítica frente a los problemas que afectan al ser humano y participando con compromiso social y solidario¹⁷.

6.1.5 Atención médica al adolescente

En los servicios de salud tradicionales el adolescente no tenía un espacio particular debido a tres razones fundamentales:

1. La estructuración de las especialidades los separa en pediatría (menores de 15 años) o en medicina interna (mayores de 15 años).
2. El grupo adolescentes tiene una mortalidad más baja que otros grupos de edad.
3. Los adolescentes tienen una demanda menor de consulta y hospitalización por enfermedades generales. Teniendo los problemas de mayor gravedad que son manejados en áreas quirúrgicas por accidentes o violencia¹⁷.

En las últimas décadas se ha visto la necesidad de proporcionare espacios específicos de atención médica para los adolescentes e implementar políticas en salud propias para ello, que permitan brindar una atención más enfocada y holística de acuerdo con los cambios de crecimiento y desarrollo antes mencionados.

La Asociación para la Atención del Salud del Niño en EUA hizo la Declaración de políticas sobre la Atención de Adolescentes y Familias en un ambiente de salud que señala:

1. Todas las instituciones de atención al servicio del adolescente deberán:
 - a) Ofrecer un tratamiento integral al paciente adolescente.
 - b) Tener normas y filosofías que reconozcan sus necesidades especiales.
2. A todo paciente adolescente:
 - a) Se le reconocerán los derechos de información confidencialidad y consentimiento.
 - b) Se le destinaran programas educativos para fomentar la comprensión y dominio de su cuerpo y enfermedad.
 - c) Se le solucionarán sus necesidades educativas.
 - d) Se le reconocerán sus necesidades sociales, emocionales y de recreación como adolescente enfermo.
 - e) Se le brindará asesoría para el autocuidado y su propia toma de decisiones.

- f) Se le respetaran sus mecanismos de adaptación.

Dadas sus particularidades, los adolescentes requieren espacios de consulta diferentes a la de los adultos y en los que se deben de cuidar ciertos aspectos esenciales como: privacidad, confidencialidad, credibilidad, interés, continuidad, accesibilidad y costeable¹⁷.

6.2 Ansiedad

La ansiedad, conocida en sus inicios como neurosis, es introducida a la práctica clínica por el psiquiatra escocés William Cullen en 1769 en su *Synopsis nosologiae methodicae*, donde se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano y que comprometía «los sentimientos» y «el movimiento». Las investigaciones clínicas y psicopatológicas de grandes pensadores del tema como Pierre Janet, S. Freud, H. Ey y J.J. López Ibor o J. Lacan, entre tantos otros, contribuyeron a conceptualizar esa presentación del acontecer humano que gira en torno a la experiencia de la angustia⁵.

En la actualidad la ansiedad se ha asociado a varias respuestas fisiopatológicas, como la hipertensión y las arritmias, que pueden aumentar la morbilidad en el perioperatorio. Esta alteración psíquica caracterizada por un sentimiento de temor y de aprehensión que puede ser componente de enfermedad psiquiátrica o un desorden de ansiedad independiente y estar acompañado de componentes somáticos, alteraciones psíquicas e hiperactividad simpática. Su presencia en el periodo preoperatorio es variable en cada paciente y depende de varios factores: edad, sexo, estado socioeconómico, ocupación, estado físico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario y calidad de la atención médica¹².

6.2.1 Definición

La ansiedad es una reacción emocional y neurofisiológica normal ante la percepción de una amenaza externa o interna, teniendo cualidades

protectoras de preservación de la vida. Alerta a la persona para que ponga en marcha mecanismos que eviten el peligro. Sin embargo, cuando sobrepasan los recursos de afrontamiento llega a producir alteraciones graduales de la percepción de la realidad, incompatibles con el funcionamiento personal, laboral y social¹⁸. Es normal ante determinadas situaciones que la persona percibe como amenazantes y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes, es adaptativa en medida que da paso a conductas de seguridad, resolutivas y de adaptación⁴.

6.2.2 Tipos de ansiedad

Para fines de este trabajo se clasificó la ansiedad en dos subtipos:

-Ansiedad patológica:

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia es inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad de la persona⁴.

Aquí se pueden ver incluidos los trastornos de ansiedad que de acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) en su quinta edición contempla la clasificación de los trastornos de ansiedad, como a continuación se enlista:

- Trastorno de ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo.
- Fobia específica.
- Trastorno de pánico.
- Agorafobia.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ afección médica.

-Ansiedad no patológica

Que es el sentimiento vago y desagradable de miedo, aprensión, caracterizado por tensión o malestar derivado de anticipación de peligro o de algo desconocido¹⁹. Pero que la persona logra controlar buscando medidas adaptativas y resolutivas, tras la eliminación del agente causal el sentimiento desaparece.

6.2.3 Ansiedad prequirúrgica

Dentro de la categoría ansiedad no patológica podemos encontrar la ansiedad que se genera en los pacientes que serán sometidos a un procedimiento quirúrgico, que en diversa bibliografía se encuentra como ansiedad prequirúrgica.

Cualquier estado de ansiedad en el paciente en preoperatorio es preocupante, y en niveles moderado y grave, el impacto en la seguridad del paciente puede intensificarse y posibilitar eventos inesperados, impactando en el resultado quirúrgico, o en la posibilidad de suspensión de la cirugía. Además, puede generar sentimientos y actitudes irracionales respecto de varias situaciones y momentos relacionados con los procedimientos necesarios para el proceso anestésico-quirúrgico¹⁹. El acto quirúrgico no afecta sólo a nivel físico y psicológico, sino que también afecta a nivel social y espiritual si lo analizamos desde una perspectiva holística²⁰.

Son muchos los estudios que afirman que cuanto más intensa es la ansiedad antes de una intervención quirúrgica, más larga y difícil puede ser la convalecencia, aumentando la percepción del dolor postoperatorio y, consecuentemente, condicionando el bienestar de las personas²⁰.

En el período perioperatorio, la ansiedad pasa a ser reconocida como preocupante por el equipo de salud cuando se presenta en niveles por encima de lo normal, pues las reacciones pueden ser desproporcionadas en relación con el estímulo e interferir en la calidad de vida, en la comodidad emocional, y en el desempeño diario. El paciente se predispone a la dificultad de acceso

venoso, a la rigidez de la mandíbula en la inducción anestésica, a fluctuaciones autonómicas y hemodinámicas, necesitando mayores dosis de anestésicos y otros fármacos. En el período postoperatorio, la ansiedad se ha correlacionado con el dolor, las náuseas y los vómitos, el retraso en la recuperación y el consiguiente aumento del riesgo de infección¹⁹.

Esta situación se agrava por el hecho de estar inmerso en un entorno que puede considerarse hostil, debido a la estructura y organización del quirófano: un ambiente frío, aséptico y altamente tecnificado, rodeado de alarmas, aparatos sofisticados y potentes luces, coyuntura que se intensifica todavía más si el paciente es operado con anestesia regional. Todas estas circunstancias que rodean la intervención quirúrgica pueden ser percibidas por el paciente como una amenaza y producirle un sentimiento de ansiedad²⁰.

6.2.4 Teorías psicológicas de la ansiedad

La ansiedad forma parte del patrón de desarrollo normal del individuo, y son numerosos los autores que argumentan a favor de esta como parte importante de este. Para René Spitz, la ansiedad de separación en la infancia es necesaria para la organización de la mente; para Piaget es la base del pensamiento y la inteligencia en un proceso en que una experiencia nueva, produce un desequilibrio (ansiedad) en la mente de la persona, que mediante un nuevo conocimiento. Para la teoría psicoanalítica la ansiedad es la representación de la energía libidinal acumulada que busca su catexia mediante la realización de conductas placenteras que llevan como fin la preservación del individuo. Para la teoría conductista la angustia constituirá la respuesta condicionada para hacer frente a aspectos del medio ambiente que se asocian con el peligro, que posteriormente se generalizara a situaciones similares¹⁸.

6.2.5 Neurobiología de la ansiedad.

La neurobiología plantea que existe una anatomía de las emociones, que hay regiones del cerebro que tienen una función crucial en su experimentación. Se plantea, además, que todo proceso cognitivo y emocional comprende todo el cerebro. La localización de las emociones estaría en el sistema límbico, una región que comprende varias estructuras profundas del cerebro como el cíngulo, la amígdala, el hipotálamo, el hipocampo, y otras, estructuras todas ellas con conexiones con el tallo cerebral -médula oblongada, del cual sale el nervio Vago, nervio que inerva casi todos los órganos del tórax y del abdomen, entre ellos el corazón y el intestino¹⁸.

Por lo que este sistema neuronal, que se establece tempranamente en la filogenia, es el responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor²¹.

Los dos síntomas bases son la ansiedad y el temor unidos a un tipo de preocupación. Para ello la amígdala como parte central del sistema límbico y sus conexiones corticales recíprocas tienen la capacidad de inhibir la respuesta al miedo. También la conexión entre la amígdala y el sistema adrenérgico juegan un papel central en la neurobiología del miedo y del pánico. Así que cualquier situación que aumente la liberación, la expresión o la recaptura de la noradrenalina puede desencadenar una crisis de angustia¹⁸.

Otra hipótesis menciona la hiperactividad del sistema de serotonina (5-hidroxitriptamina; 5HT). Una tercera hipótesis incluye el sistema GABAérgico (inhibidor por excelencia). El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (H-Hi-A) juega un papel de activación ante una situación estresante (el hipotálamo libera al factor de la liberación de corticotrófina que a nivel de adenohipófisis libera la hormona corticotrófica actuando a nivel del sistema límbico, principalmente en el hipocampo, producirá un efecto de retroalimentación negativa cesando así

la activación del sistema de reacción al estrés); sin embargo, la activación continua y sostenida de una situación estresante podría llevar a una atrofia hipocampal que impedirá limitar la reacción al estrés¹⁸.

6.2.6 Signos y síntomas de ansiedad

-Motores

- Temblor, contracciones o sensación de agitación.
- Tensión o dolorimiento de los músculos.
- Inquietud.
- Fatigabilidad fácil.

-De hiperactividad vegetativa

- Dificultad para respirar o sensación de ahogo.
- Palpitaciones o taquicardia.
- Sudoración o manos frías y húmedas.
- Boca seca.
- Mareos o sensación de inestabilidad.
- Náuseas, diarrea u otras molestias abdominales.
- Sofocos o escalofríos.
- Micción frecuente.
- Dificultad para deglutir o sensación de "nudo en la garganta".

-De hipervigilancia

- Sensación de que va a suceder algo.
- Respuesta de alarma exagerada.
- Dificultad para concentrarse o "mente en blanco".
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Irritabilidad.

La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo⁴.

6.2.7 Estrategias farmacológicas para disminuir la ansiedad

En el tratamiento de la ansiedad, se emplean habitualmente dos tipos de fármacos: los ansiolíticos, y los antidepresivos. Los ansiolíticos más utilizados pertenecen al grupo de las benzodiazepinas de alta potencia (Alprazolam, Loracepam, Diacepam, Clonazepam). Producen un efecto tranquilizante. Actúan reduciendo los síntomas de ansiedad en cuestión de minutos y disminuyendo tanto la intensidad como la frecuencia de los episodios de angustia²².

Los antidepresivos comúnmente empleados hoy en día en el tratamiento de los trastornos de angustia son los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). Constituyen el tratamiento de elección primaria. Diversos estudios apuntan a la implicación de la serotonina como principal neurotransmisor involucrado en los trastornos de ansiedad, aunque hay otros. El grupo de los ISRS está constituido por la Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Citalopram y Escitalopram. Poseen una alta especificidad contra la ansiedad y escasos efectos colaterales (principalmente la ganancia de peso, somnolencia, y disfunción sexual). Apenas presentan interacciones con otros medicamentos y no crean dependencia²².

Dentro del área quirúrgica en diversas ocasiones es necesario la administración de estos fármacos previo a la intervención con el objetivo de un buen manejo de la ansiedad prequirúrgica y de esta manera favorecer el proceso anestésico.

6.2.8 Estrategias no farmacológicas para disminuir la ansiedad

La ansiedad preoperatoria está asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria y mayores niveles de dolor postoperatorio⁵.

Debido a esto se ha visto la necesidad de implementar intervenciones y actividades llevada a cabo en la atención de salud del paciente quirúrgico para disminuir el grado de ansiedad que en él se genera.

La psicoprofilaxis quirúrgica es un área dentro de la psicología que "...estudia el nivel psicológico de las relaciones que se establecen entre los distintos miembros de la situación quirúrgica y la situación en sí, con el fin de mejorar las condiciones psico sanitarias"²³.

Con la comunicación y el diálogo la enfermera estimula al paciente a verbalizar y temores, exponer sus sentimientos y a la vez que muestra su disposición escuchando con atención y respeto. De esta manera puede identificar las necesidades de la persona y percibir su angustia, sus dudas y temores, proporcionando ayuda y soporte durante todo el proceso quirúrgico. Es en este momento cuando el rol de la enfermera es más importante al brindar una atención directa y de buena calidad²⁰.

Ya en los años 60, un estudio de Egbert et al evidenció que la información para disminuir la ansiedad preoperatoria era mucho más efectiva que la medicación con sedación. Los trabajos de Chiriviches et al Aparcero et al y Orihuela-Pérez et al. confirman que los pacientes que han recibido información adicional sobre el proceso quirúrgico mediante una visita prequirúrgica estructurada presentan niveles de ansiedad estadísticamente inferiores estadísticamente significativos respecto a los que han recibido la información habitual²⁰.

Diversa bibliografía menciona diversas intervenciones y actividades que el profesional de enfermería puede implementar con el objetivo de disminuir la ansiedad del paciente durante el preoperatorio. Se hace mención del uso de videos cortos donde se explique el procedimiento quirúrgico a realizar,

musicoterapia, comunicación, *feedback*, enseñanza del área y rutinas del quirófano, conocer las expectativas quirúrgicas del paciente, describir las rutinas preoperatorias, la presentación del personal involucrado con el paciente, enseñar técnicas de relajación y afrontamiento, entre otros.

6.3 Proceso de cuidado enfermero

Enfermería es la profesión disciplinar encaminada a proporcionar cuidado en el paciente, grupo o comunidad con el objetivo de mantener o mejorar el estado de salud. A través de la historia de la profesión durante mucho tiempo se ha percibido una dependencia histórica de otras ciencias de la salud y es solo a través de la investigación y la enfermería basada en evidencia que se va proporcionado el conocimiento suficiente para delimitar el que hacer y que actuar propio de la profesión.

Con el paso del tiempo y gracias a la investigación y creación de conocimiento se cuenta con un propio Proceso de cuidado de Enfermería (PCE) que integra cinco etapas, que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Es mediante este PCE que se ha reconocido el objetivo principal de la disciplina que es valorar las respuestas humanas del paciente y dar respuesta a ellas en beneficio de la mejora de salud.

El PCE se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”²⁴.

Hall creó el término proceso de enfermería en 1955, y Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) fueron los primeros en usarlo para referirse a una serie de fases que describen la práctica de la enfermería. Desde entonces, varios profesionales de enfermería han descrito el PCE y organizado las fases de diferentes formas.

El objetivo del PCE es identificar el estado de salud del paciente y los problemas o necesidades reales o potenciales de la asistencia sanitaria para establecer planes dirigidos a las necesidades identificadas y realizar intervenciones de enfermería específicas que las resuelvan²⁵.

El PCE es un proceso de pensamiento crítico realizado en cinco fases, que utilizan los profesionales de enfermería para aplicar las mejores evidencias disponibles a sus cuidados y promover las funciones humanas y las respuestas a la salud y enfermedad.

El PCE se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales²⁴.

6.4 Etapas del proceso de cuidado enfermero

6.4.1 Valoración

La valoración consiste en un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente y de las respuestas humanas, a través de diferentes fuentes²⁶.

Podemos encontrar diversos tipos de valoración que se van a manejar de acuerdo con la función del momento y la finalidad que tenga esta. Encontrando:

- Valoración urgente: Se produce durante una situación fisiopatológica del paciente que no va a permitir demora en la atención y la realización de una valoración exhaustiva y el objetivo es identificar problemas peligrosos para la vida.
- Valoración focalizada o centrada en el problema: Orienta al problema o a la actuación de enfermería concreta
- Valoración y revaloración: Se refiere a la valoración inicial del paciente o la valoración continuada que son las posteriores a la inicial.
- La evaluación y reevaluación: proceso continuo y retrospectivo de valoración tras la ejecución del plan.

Esta etapa se lleva a cabo a través de cuatro pasos:

- 1) Recogida de datos: Para obtener datos podemos implementar diversos métodos como la entrevista, exploración física (que va a incluir inspección, palpación, percusión y auscultación), pruebas complementarias y uso de escalas de valoración.
- 2) Validación o verificación de datos: El objetivo es asegurarse que tenemos toda la información necesaria y que toda la información que tenemos es veraz.
- 3) Organización de la información: Se basa en la categorización de la información siguiendo un patrón o modelo para la organización, hay instrumentos ya diseñados que ayudan a la organización como pueden ser los patrones funcionales de Marjory Gordon, necesidades humanas fundamentales de Virginia Henderson, pirámide de necesidades de Abraham Maslow, entre otros.
- 4) Registro de datos: El objetivo es el registro de forma objetiva de la información obtenida y la puesta a disposición de todos los profesionales implicados en la atención del paciente²⁶. Debe de ser una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, tanto personales como familiares que se refieren a un

paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad o estado de salud actual²⁷.

6.4.2 Diagnóstico

En este paso los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las fortalezas y problemas del paciente.

El término diagnosticar se refiere al proceso de razonamiento, mientras que el término diagnóstico es una declaración o conclusión respecto a la naturaleza del fenómeno. Los nombres estandarizados de la NANDA para los diagnósticos se llaman etiquetas diagnósticas, y la declaración del problema del paciente, que consiste en la etiqueta diagnóstica más la etiología (relación causal entre un problema y sus factores relacionados o de riesgo), se llama diagnóstico de enfermería.

En 1990, la NANDA adoptó una definición funcional oficial del diagnóstico de enfermería: “un juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud/procesos vitales reales y potenciales”²⁸.

El profesional de enfermería está capacitado para generar distintos tipos de diagnósticos como pueden ser diagnósticos reales (actuales), diagnósticos de riesgo, diagnósticos de bienestar y diagnósticos posibles. Esto va a ser a partir de la situación en particular del paciente, los factores de riesgo asociados y la actitud particular del paciente a su proceso de salud-enfermedad.

El proceso de diagnóstico se va a dar por medio de tres pasos:

- 1) Análisis de los datos: Se realiza por medio de la comparación de los datos con estándares o normas establecidos, agrupación de pistas determinando si hay presencia de algún patrón e identificar lagunas o inconsistencias para asegurar que los datos sean completos y correctos.

- 2) Identificación de los problemas de salud, riesgos y fortalezas
- 3) Formulación de las declaraciones diagnósticas: La declaración básica del diagnóstico de enfermería en tres partes se denomina formato PES que comprende el problema (etiqueta NANDA), etiología (factores relacionados o de riesgo) y signos y síntomas (característica definitoria)²⁸.

Podemos encontrar diagnósticos enfermeros diferentes. Como, por ejemplo:

- Diagnóstico enfermero focalizado en el problema: juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/ proceso vital.
- Diagnóstico enfermero de riesgo: juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, grupo, familia o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/ proceso vital.
- Diagnóstico enfermero de promoción de la salud: juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano. Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier estado de salud. Las respuestas de promoción a la salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad²⁹.

6.4.3 Planeación

La planeación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. En la planeación, el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería

necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente³⁰.

El producto final de la fase de planeación es generar un plan de asistencia de enfermería informal (solo en la mente del personal de enfermería), formal (guía escrita formalizada), estandarizado (para grupos de pacientes con necesidades en común) o individualizado²⁸.

El proceso de planeación se lleva a cabo mediante cuatro pasos:

- 1) Establecimiento de prioridades: Es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería, para identificar que diagnósticos exigen primera atención, cuales segundo y así sucesivamente.
- 2) Fijación de objetivos/ resultados deseados del paciente: El profesional de enfermería y el paciente fijan los objetivos para cada diagnóstico de enfermería. Que describen lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería.
- 3) Selección de intervenciones y actividades de enfermería: Las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería. Se pueden implementar intervenciones independientes, dependientes y conjuntas.
- 4) Redacción de intervenciones de enfermería²⁸.

6.4.4 Ejecución

Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras: continuar con la recogida y valoración de datos, realizar las actividades de enfermería, anotar los cuidados de enfermería, dar los informes verbales de

enfermería, mantener el plan de cuidados actualizado, el profesional de enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada, de las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe destacar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas³⁰.

6.4.5 Evaluación

Evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es la quinta y última fase del PCE. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales sanitarios determinan: a) el progreso del paciente hacia la consecución de objetivos/resultados y b) la eficacia del plan de asistencia de enfermería.

Esta última fase se va a llevar a cabo mediante una serie de pasos que incluyen la recogida de datos, comparación de los datos con los resultados, relación de las actividades de enfermería con los resultados y extracción de conclusiones sobre el estado del problema²⁸.

6.5 Taxonomía NANDA-NOC-NIC

Desde hace más de 30 años en la literatura enfermera se discute la necesidad de unificar o estandarizar los lenguajes enfermeros. El uso de las taxonomías ayuda a mejorar el desarrollo de la enfermería favoreciendo la organización, homogeneización y los registros de los cuidados de enfermería³¹.

Actualmente enfermería cuenta con una taxonomía propia de la profesión comúnmente conocida por las tres N-N-N que hace referencia al NANDA-NOC-NIC. Dicha taxonomía ha permitido homologar el lenguaje propio de la profesión.

6.5.1 NANDA

El uso del lenguaje enfermero estandarizado comenzó durante la década de 1970 con el desarrollo de la clasificación diagnóstica de la NANDA. La NANDA se creó en el año 1973 cuando un grupo de profesionales de la enfermería se reunieron en St. Louis, Missouri, y organizaron el primer *National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnoses*³¹.

Un diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable» (NANDA International, 2005, pág. 277). Los elementos de un diagnóstico NANDA real son la etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados).

6.5.2 NOC

El año 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Johnson y Meridean Maas, en la *University of Iowa*, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, publicada por primera vez el año 1997³¹.

Los resultados son los instrumentos de medición del plan de cuidados, dirigen las intervenciones (NIC) y son elementos motivadores: el éxito del plan de cuidados se mide en relación con los objetivos conseguidos. Los resultados

NOC se reúnen en una taxonomía codificada que los organiza dentro de un marco conceptual para facilitar su localización. Se organizan en dominios y clases³¹.

6.5.3 NIC

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey y Gloria Bulechek en la *University of Iowa*. El equipo desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez el año 1992. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, donde éste es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado³¹.

Las actividades o intervenciones de enfermería «son las estrategias específicas diseñadas para un sujeto en concreto, con la finalidad de evitar complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual, y fomentar, conservar y restaurar la salud» (OMS). Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención, y una breve lista de referencias.

6.6 Enfermería perioperatoria y su importancia

Enfermería cuenta con un inmenso campo de práctica, muchas son las áreas en las que el profesional de enfermería se ve involucrado para brindar el cuidado al paciente. Una de estas áreas es la que corresponde al área quirúrgica, donde el cuidado está enfocado a responder las necesidades en el proceso preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio al paciente que será

sometido algún procedimiento quirúrgico. La organización mundial de la salud reconoce en específico al profesional de enfermería quirúrgica por ser los responsables de la seguridad del paciente quirúrgico.

La enfermera perioperatoria es la profesión que aporta cuidados complejos a pacientes en condiciones de gran dependencia. La asistencia incluye el tratamiento seguro y efectivo en colaboración con otros miembros del equipo de salud; la enfermera también salvaguarda la integridad del paciente al actuar como apoyo durante su experiencia perioperatoria. Por otra parte, explora estrategias para mejorar su práctica a través de la educación continua, la investigación y los hábitos del aprendizaje de por vida³².

El profesional de enfermería que trabaja en un quirófano debe conocer a la perfección el medio en el que se desenvuelve, y esto implica un conocimiento exhaustivo, tanto del material como del mobiliario y del aparataje, así como de la asepsia quirúrgica y los riesgos que implica el simple hecho de la cirugía. La cirugía es una ciencia, y al mismo tiempo un arte, cuya finalidad es el tratamiento de enfermedades, deformidades y lesiones mediante la incisión invasiva de tejidos corporales o la manipulación no invasiva de una estructura anatómica³³.

La enfermera perioperatoria se encuentra en una posición única y privilegiada puesto que asiste el procedimiento quirúrgico. Constituye la conciencia del paciente inconsciente. La enfermera perioperatoria mantiene la cualidad de persona del paciente al proveerle cuidados psicológicos y al convertir en ordinario el evento extraordinario de la cirugía. Diseña, coordina y aporta atención compuesta por conocimientos de enfermería y habilidades psicomotoras, que son una mezcla de pensamientos y acción, para cubrir las necesidades del paciente quirúrgico. Mientras que técnicas científicas de enfermería respaldan la práctica de la aplicación clínica de las ciencias biológicas, fisiológicas, conductuales y sociales³².

Desde el punto de vista legal, la enfermera de quirófano está obligada a brindar cuidado oportuno y razonable, por lo que es importante que para ejercer su profesión conozca las normas y reglas de los cuidados que proporciona, desarrollando una práctica documentada que le permita optimizar su desempeño con los pacientes que requieren de su servicio. Asimismo, dichos documentos servirán de apoyo para continuar con la investigación que redunde en una mejora de los cuidados que proporciona, definir la conducta que debe seguir respecto al tratamiento de cada paciente y tener una participación más activa en las políticas de salud³⁴.

6.7 Etapa perioperatoria

El proceso quirúrgico tiene por definición tres partes (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio), en las que las circunstancias del paciente y las actividades de enfermería son diferentes. Los profesionales de la enfermería quirúrgica deben conocer con detalle estas fases. Para garantizar la correcta asistencia en el proceso quirúrgico por parte de los profesionales de enfermería, se dispone de una formación profesional y una estandarización de los procesos a aplicar¹².

6.7.1 Fases del proceso perioperatorio:

- Preoperatorio: inicia desde el momento que el medico informa al paciente sobre la necesidad de la cirugía y termina en el momento que el paciente es ingresado al área quirúrgica que corresponda. En esta etapa enfermería en primer inicio tiene que verificar que el paciente entienda el procedimiento y el porqué del procedimiento, se tiene que asegurar que el paciente sepa cómo y dónde se va a llevar a cabo la preparación preoperatoria como exámenes y laboratorios. Una vez ingresado el paciente al área de admisión de quirófano es enfermería quien tiene que verificar la preparación del paciente y que cuente con todo lo necesario para que se pueda llevar la cirugía (laboratorios,

valoraciones, exámenes, disposición de paquetes globulares, consentimiento informado y documentación en orden) así como de asegurarse y proveer la preparación preoperatoria indicada de acuerdo con el procedimiento.

- **Transoperatorio:** inicia desde el momento que el paciente ingresa al área quirúrgica y termina con la entrega/ recepción del paciente al área de recuperación. En esta etapa enfermería cuenta con dos actividades en específico ya conocidas como enfermería circulante y enfermería instrumentista, previo a la cirugía ambas trabajan en conjunto para la preparación del paciente con la visita preoperatoria y con la preparación de la sala quirúrgica. Durante la cirugía tienen funciones específicas la circulante se integra al equipo quirúrgico no estéril desarrollando actividades como: verificación de la hoja de cirugía segura, realizar la asepsia, apoyar a la enfermera instrumentista con el pase del material y el conteo de textiles y manejar todo el equipo desde la parte distal no estéril. Y la instrumentista dentro del equipo quirúrgico estéril desarrollando funciones manejo del instrumental y material que será utilizado durante la cirugía, así como verificar su esterilidad, llevar el conteo de textiles y punzocortantes utilizados durante la cirugía.
- **Posoperatorio:** inicia con la recepción del paciente en área de recuperación y finaliza con el alta del paciente por parte del médico. Podemos dividirlo en tres etapas; como posoperatorio inmediato que aquí se integran las primeras 24 horas posteriores a la cirugía, posoperatorio mediato que integra desde el día uno al día siete posterior a la cirugía y el posoperatorio tardío que es a partir del día ocho posterior a la cirugía hasta el alta del paciente por parte del médico.

VII. RESULTADOS- PROCESO DE CUIDADO ENFERMERO

7.1 Valoración

7.1.1 Caso clínico

Paciente Femenina de 19 años que acude junto a sus padres al servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) de la CDMX, con hoja de referencia por parte de Neurocirujano de Culiacán, Sinaloa.

Inició con sintomatología desde hace más de un año con cefaleas episódicas intensas asociadas a náuseas y vómito; iniciando durante la madrugada y paulatinamente presentes durante todo el transcurso del día con aumento de intensidad y frecuencia, dolor que no cedía con analgesia vía oral.

Debido a ello acude con médico general que la refiere con médico internista que realiza una TAC de encéfalo, en la cual se evidencia lesión intraventricular por lo que la refiere con neurocirujano, quien inicia tratamiento con prednisona por lo que presente moderada mejoría de la sintomatología. Es referida al INNN por el medico en mención.

En abril del 2021 se agrega a la sintomatología diplopía binocular y visión borrosa asociada a cefalalgia y en ocasiones “visión en blanco”. Tras el reporte de la resonancia magnética de encéfalo en la cual se muestra una lesión intraventricular sobre el cuerpo del ventrículo izquierdo que sugiere un neurocitoma central vs. ependimoma. Por lo que se protocoliza por la consulta externa de neurocirugía y se decide su ingreso para resección de lesión.

Durante la consulta la paciente se mantiene con llanto continuo, los padres tratan de tranquilizarla. Se le proporciona un recorrido por el instituto por uno de los médicos residentes. Refiere querer regresar a su casa y no quedarse internada.

7.1.2 Valoración por patrones funcionales de Margory Gordon

Datos generales:

Paciente Femenina

Edad: 19 años

Diagnóstico Médico: Neurocitoma central izquierdo

Fecha de la valoración: 31-08-2021

I. Percepción/ manejo de la salud

Paciente femenina de 19 años, con fecha de nacimiento 29/10/2001, con diagnóstico médico de Neurocitoma central izquierdo. Se encuentra en hospitalización en el servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía desde 27-08-2021. Inicia padecimiento desde hace más de un año con cefaleas intensas esporádicas que fueron intensificando con el paso del tiempo, náuseas, vómitos y desde abril inicio con visión borrosa.

Es originaria y residente de Culiacán, Sinaloa. Vive con su madre y hermana, refiere que la casa es propia a interés social, se compone de dos habitaciones y los espacios de las áreas comunes como sala, comedor, cocina y patio. Cuenta con todos los servicios de urbanización como agua potable, drenaje, electricidad, internet, gas, recolección de basura, iluminación y ventilación natural. Niega convivencia con animales.

Niega alergias, consumo de alcohol, drogas y antecedentes quirúrgicos, transfusionales y hospitalarios. De los antecedentes heredofamiliares tanto la madre y el padre están aparentemente sanos. La paciente refiere que su esquema de vacunación está completo, pero no presenta la cartilla y que ha recibido la primera dosis de la vacuna contra el SARS COV2. No cuenta con

ningún tipo de servicio médico, por lo que ingresa como parte del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

Se encuentra en espera de tiempo quirúrgico para resección de la lesión localizada en encéfalo. Cuenta con una resonancia magnética con fecha de 29-04-21 en la cual se evidencia una lesión intraventricular sobre el cuerpo de ventrículo lateral izquierdo.

Refiere hábitos higiénicos al realizar baño diario, cepillado de dientes tres veces al día posterior a cada comida, tiene un año que no acude con el odontólogo para revisión bucodental.

Su tratamiento médico actual es:

-Acetazolamida 250 mg VO cada 12 hrs

-Corpotasin 1 tableta cada 24 hrs

-Paracetamol 1 gr VO cada 8 hrs

-Ketoprofeno 100 mg VO cada 12 hrs PRN

-Metoclopramida 10 mg VO cada 12 hrs en caso de náuseas o vómito.

-Sin soluciones parenterales al momento de la valoración.

II. Nutricional / Metabólico

Antes de la hospitalización refiere que comúnmente realizaba dos comidas diarias fuertes. El desayuno solía hacerlo alrededor de las 9 horas a base de huevo, frijoles y pan comúnmente, la comida realizada alrededor de las 15 horas a base de sopa, frijoles, carne o pollo, la cena en ocasiones era omitida o ingería algo muy sencillo como pan y leche. Refiere el consumo de alrededor de 2 litros de agua al día.

Se valoran piel y mucosas que se observan hidratadas e integrales, la dentadura esta completa y sin signos de problemas dentales. No hay presencia de algún

problema de deglución. Se mantiene con dieta prescrita por el departamento de nutrición con dieta normal de 1705 kcal y 87 gr de proteína por vía oral y con una clasificación de riesgo nutricional bajo. Refiere mantener su apetito normal y que algunas comidas del hospital no le han agradado del todo

Peso: 58 kg, estatura 1.66 m. IMC: 26.1 (normal) Temperatura: 36.2°C.

III. Eliminación

La paciente refiere hábitos urinarios e intestinales normales, dentro de su patrón urinario presenta aproximadamente 5 micciones al día de características normales y un patrón intestinal con una evacuación diaria con escala de Bristol tipo 3. La paciente identifica que en situaciones que le generan estrés suele presentar estreñimiento y en estas ocasiones hace uso de ayuda para la eliminación con uso de fibra en polvo.

Durante la hospitalización el patrón urinario continua igual, pero en el intestinal no refiere estreñimiento, pero presenta más dificultad para evacuar y escala Bristol es de tipo 2, se auscultan ruidos peristálticos de 5 por minuto.

IV. Actividad / Reposo

Antes de la hospitalización refiere que realizaba ejercicio físico una hora diaria por 5 días a la semana acudiendo al gimnasio, dejo de realizar esta actividad hace 6 meses debido a que las cefaleas si intensificaban ante el esfuerzo físico y al agacharse, por lo que por recomendación médica se suspendió. Actualmente hace uso de la lectura como actividad de ocio.

El inicio de la patología se manifestó por episodios de cefaleas que iniciaron por la madrugada con escala de EVA de 10 que causaban nauseas e incluso vomito y no cedían con analgésicos orales. Paulatinamente se empezaron a presentar durante todo el transcurso del día. Tras hospitalización refiere que el dolor se mantiene controlado.

Presenta signos vitales: T/A: 110/70mm/hg, FC: 76 lpm y FR: de 18 rpm. Ruidos cardiacos rítmicos y ruidos respiratorios con murmullo vesicular presente, no se observa disnea ni datos de hipoxia. Moviliza sus 4 extremidades con fuerza de 5/5 con escala Daniels y tono sin alteraciones. Mantiene la capacidad de realizar sus actividades diarias con un 90 de acuerdo con la escala de Karnofsky.

V. Sueño / Descanso

Refiere un patrón de 8 horas diarias de sueño, aproximadamente suele acostarse a las 22 horas y levantarse entre las 8 a 10 horas, refiere realizar máximo dos siestas por la tarde durante la semana. Necesita ruido para poder conciliar el sueño, por lo que comúnmente suele dormirse con la televisión encendida o con música reproducida desde su teléfono celular.

Durante la hospitalización refiere sentirse incomoda con su patrón de sueño, ya que está realizando más siestas la mayoría de los días que lleva hospitalizada y le incomoda las constantes interrupciones nocturnas por el personal de enfermería, pero cuando se dan refiere no tener dificultad en volver a conciliar el sueño.

VI. Cognitivo perceptual

Hace uso de lentes como auxiliares para la visión desde hace tres años, actualmente suspendidos por indicación médica, debido a que desde abril del 2021 comenzó con disminución de la agudeza visual bilateral, diplopía binocular y visión borrosa ya valorada por el departamento de oftalmología.

Su edad biológica corresponde a la cronológica, se mantiene consciente y orientada en sus tres esferas, con un Glasgow de 15 puntos. Presencia de un lenguaje fluido y comprensible, memoria a corto, mediano y largo plazo sin alteraciones, sin problemas auditivos presentes y mantiene la atención sin dificultad. Logra percibir olores del ambiente y sabores de la comida.

VII. Autopercepción / Autoconcepto

Se describe a sí misma como una persona seria, optimista y al verse al espejo le agrada lo que se refleja en él, refiere tener buena autoestima. Se siente conforme de cómo es su personalidad

Debido a cambios en el estado de salud, identifica cambios en su estado emocional presentando llanto diario y percepción de miedo por la cirugía. Presentando periodos de desmotivación y apatía.

Refiere que le está costando trabajado asimilar la situación y le genera discomfort el hecho de que las visitas por parte de sus familiares (padres) están restringidas a dos horas diarias. Por lo que se siente sola la mayor parte del tiempo. Menciona que extraña su casa y desea ya que pase la cirugía para poder regresar a la escuela y ver a su hermana y novio.

VIII. Rol / Relaciones

Familia monoparental debido al divorcio de sus padres hace 13 años por lo que vive con su madre y hermana de 15 años, su padre vive en la misma ciudad y mantiene contacto con él. Refiere sentir más afinidad con su madre para socializar sobre sus problemas. La madre es costurera y su padre electricista.

Su estado civil soltera con una relación de noviazgo desde hace dos años, con el que ha mantenido contacto en el tiempo que lleva hospitalizada. Hay ausencia de fuentes de apoyo de amigos ya que refiere “no tener amigos”. Detecta sus dos fuentes de apoyo principales como mamá y papá.

Cursaba el segundo año de la carrera de ingeniería lo que se vio interrumpido por la patología actual por lo que se vio en la necesidad de darse de baja temporalmente de la escuela. Niega pertenecer algún grupo social, religioso o deportivo.

IX. Sexualidad / Reproducción

Menarca a los 12 años, con ciclos regulares con duración de menstruación de 6 días con presencia de dismenorrea, con FUM del 28-08-2021. Niega embarazos, inicio de vida sexual activa a los 18 años y niega uso de método anticonceptivo fijo. Durante las relaciones sexuales hace uso del preservativo masculino.

X. Adaptación / Tolerancia al estrés

Detecta que desde la aparición del tumor es una situación que le genera estrés y ansiedad. Tras la hospitalización esto se ha intensificado debido a que nadie le ha explicado bien lo que va a pasar y que no tiene información del procedimiento, la única información que le ha sido proporcionada es que “le van a retirar el tumor”, le genera mucho miedo que tras la operación quede con alguna discapacidad visual o motriz. Se mantiene ansiosa e intranquila debido a que tampoco tiene información de cuándo será llevada a cabo su intervención. Sus métodos de afrontamiento actuales son el llanto y la comunicación con sus familiares y novio.

Se evalúa el grado de ansiedad por medio de dos instrumentos obteniendo:

-Inventario de ansiedad estado- rasgo (STAI):

- Ansiedad-estado: 47
- Ansiedad-rasgo: 23

-Escala APAIS: 16

XI. Valores y creencias

Refiere ser católica pero no suele darle mucha importancia a la religión, que es más por cuestión social y no suele darle mucha importancia a este aspecto. En muy pocas ocasiones reza.

7.2 Diagnóstico

7.2.1 Razonamientos diagnósticos de enfermería

Racimos	Patrón funcional alterado	Dominio	Clase	Etiqueta diagnóstica
-Estancia hospitalaria -Cambios en su rutina de ejercicio -Refiere “no tener amigos” -Interrupción escolar	Patrón 8: Rol/ relaciones	Dominio: 1 Promoción de la salud	Clase: 1 Conciencia acerca de la salud	00097- Disminución de participación en actividades de diversión
-Participación del paciente en la valoración	Patrón 1: Percepción-mantenimiento de la salud	Dominio: 1 Promoción de la salud	Clase: 2 Manejo de la salud	00293- Disponibilidad para mejorar la autogestión de la salud
-Dificultad para evacuar -Escala Bristol tipo 2 -Auscultan ruidos peristálticos de 5 por minuto	Patrón 3: Eliminación	Dominio: 3 Eliminación e intercambio	Clase: 2 Función gastrointestinal	00015- Riesgo de estreñimiento

-Refiere que las situaciones estresantes le provocan estreñimiento				
-Múltiples siestas diurnas -Incomodidad por las interrupciones nocturnas	Patrón 5: Sueño/ descanso	Dominio: 4 Actividad/ descanso	Clase 1: Dormir/ descansar	00198- Patrón de sueño perturbado
-Refiere que no sabe lo que va pasar y que no tiene información del procedimiento	Patrón 10: Adaptación/ tolerancia al estrés	Dominio: 5 Percepción/ cognición	Clase 4: Cognición	00126- Conocimientos deficientes
-Disposición para las actividades de enfermería	Patrón 10: Adaptación/ tolerancia al estrés	Dominio: 5 Percepción/ cognición	Clase 4: Cognición	00161- Disponibilidad para mejorar el conocimiento
-Estancia hospitalaria -Refiere solo mantener contacto con padres, hermana y novio -Desacuerdo con la duración de las visitas hospitalarias	Patrón 8: Rol/ relaciones	Dominio 7: Relación de roles	Clase 3: Desempeño de roles	00052- Interacción social deteriorada

<p>-Interrupción escolar</p> <p>-Refiere que la situación le genera estrés y ansiedad</p> <p>-Inventario de ansiedad estado: 47, rasgo 23.</p> <p>-Escala APAIS: 16</p> <p>-Llanto frecuente</p> <p>-Percepción de miedo por la cirugía</p> <p>-Miedo que tras la operación quede con alguna discapacidad visual o motriz</p>	<p>Patrón 10: Adaptación/ tolerancia al estrés</p>	<p>Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés</p>	<p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento</p>	<p>00146- Ansiedad</p>
<p>-Actitud ante la valoración y participación de las actividades de enfermería</p> <p>-Métodos de afrontamiento actuales llanto</p>	<p>Patrón 10: Adaptación/ tolerancia al estrés</p>	<p>Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés</p>	<p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento</p>	<p>00158- Disponibilidad para afrontar mejor la situación</p>

<p>Refiere ser católica pero no suele darle mucha importancia a la religión -Pocas veces reza</p>	<p>Patrón 11: Valores y creencias</p>	<p>Dominio 10: Principios de vida</p>	<p>Clase 3: Congruencia entre valores, creencias y acciones</p>	<p>00170- Riesgo de religiosidad deteriorada</p>
<p>-Episodios de dolor con EVA 10 -No cede dolor con analgesia oral -Cefaleas se intensificaban ante el esfuerzo físico</p>	<p>Patrón 4: Actividad/ejercicio</p>	<p>Dominio 12: Comodidad</p>	<p>Clase 1: Comodidad física</p>	<p>00133- Dolor crónico</p>

7.2.3 Diagnósticos de enfermería

- Disminución de la participación en actividades de diversión r/c el entorno actual no permite la participación en actividades, limitaciones ambientales, actividades disponibles inadecuadas, m/p expresa descontento con la situación, siestas frecuentes y aburrimiento.
- Disponibilidad para mejorar la autogestión de la salud m/p expresa el deseo de mejorar el compromiso con la atención de seguimiento, expresa el deseo de mejorar la inclusión con el régimen de tratamiento en la vida diaria.
- Riesgo de estreñimiento r/c rutina regular alterada, movilidad física deteriorada, privacidad insuficiente, estresores e ingreso hospitalario.
- Patrón de sueño perturbado r/c perturbaciones ambientales y privacidad m/p dificultad para mantener el sueño y despertar involuntario.
- Conocimientos deficientes r/c ansiedad, conocimiento inadecuado de los recursos, participación inadecuada en la planificación de la atención, y desinformación m/p declaraciones inexactas de un tema.
- Disponibilidad para mejorar el conocimiento m/p expresa el deseo de mejorar el aprendizaje.
- Interacción social deteriorada r/c limitaciones ambientales, habilidades sociales inadecuada y manifestaciones neuroconductuales m/p bajo nivel de actividades sociales y expresa dificultad para establecer relaciones recíprocas satisfactorias entre personas.
- Ansiedad r/c dolor, factores estresantes y situación desconocida m/p llanto, expresa angustia, expresa ansiedad por los cambios actuales, expresa inseguridad, nerviosismo, reporta ciclo de sueño-vigilia alterado, expresa tensión y expresa preocupación.

- Disponibilidad para afrontar mejor la situación m/p expresa el deseo de mejorar el conocimiento de las estrategias de manejo del estrés y expresa el deseo de mejorar la gestión de los factores estresantes.
- Riesgo de religiosidad deteriorada r/c ansiedad, barrera cultural para practicar la religión y ambiente sociocultural inadecuado.
- Dolor crónico r/c patología m/p capacidad alterada para continuar actividades, expresión facial de dolor, informa la intensidad usando una escala de dolor estandarizada e informa las características del dolor.

7.3 Planeación

7.3.1 Priorización de diagnósticos en base a valores profesionales

Valor profesional	Etiqueta diagnóstica
Prevención y alivio del sufrimiento	<ul style="list-style-type: none">• Ansiedad• Conocimientos deficientes• Dolor crónico• Riesgo de religiosidad deteriorada
Prevención y corrección de disfunciones	<ul style="list-style-type: none">• Patrón de sueño perturbado• Riesgo de estreñimiento• Disminución de la participación en actividades recreativas• Interacción social deteriorada
Búsqueda del bienestar	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad para mejorar el conocimiento• Disponibilidad para afrontar mejor la situación

7.4 Ejecución y evaluación

7.4.1 Planes de cuidado

Dominio:9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés	Clase: 2 Respuestas de afrontamiento	Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.		
Diagnóstico de enfermería NANDA		Resultado (NOC)	Indicadores	Escala de Medición
Etiqueta: 00146 Ansiedad		1211 Nivel de ansiedad Dominio: 3 Salud psicosocial Clase: M Bienestar psicosocial	-Desasosiego -Inquietud -Ansiedad verbalizada -Preocupación por los eventos vitales	Puntuación Diana
Factores relacionados: -Dolor -Factores estresantes -Situación desconocida				Ideal: 25
Características definitorias: -Llanto -Expresa angustia -Expresa ansiedad por los cambios actuales -Expresa inseguridad -Nerviosismo -Reporta ciclo de sueño- vigilia alterado -Expresa tensión -Expresa preocupación.				-Mantener a: 9
				-Aumentar a: 20
				Evaluación: 15

INTERVENCIÓN (NIC) 5610- Enseñanza prequirúrgica	
Actividades	Fundamentación
-Evaluar la ansiedad del paciente respecto a la cirugía (ansiedad estado- rasgo y ansiedad prequirúrgica). -Determinar las expectativas del paciente sobre la cirugía. -Corregir las expectativas poco realistas. -Comentar posibles medidas para control del dolor (medidas no farmacológicas). -Enseñar técnicas de afrontamiento (confrontación, planificación, autocontrol, aceptación de responsabilidad y reevaluación)	Son muchos los estudios que afirman que cuanto más intensa es la ansiedad y el estrés antes de una intervención quirúrgica, más larga y difícil puede ser la convalecencia, aumentando la percepción del dolor postoperatorio y, consecuentemente, condicionando el bienestar de las personas sometidas a un procedimiento quirúrgico. Son distintas y variadas en la repercusión fisiológica del individuo las

positiva), dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia. -Documentar la enseñanza, incluida la respuesta del paciente a la misma.	complicaciones generadas por las alteraciones emocionales, por ello hay que poner cierto grado de atención a ello ¹² .
--	---

Dominio:5 Percepción- cognición	Clase: 4 Cognición	Ausencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición			
Diagnóstico de enfermería NANDA		Resultado (NOC)	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Diana
Etiqueta: 00126 Conocimientos deficientes		Conocimiento: régimen terapéutico (1813) Dominio: IV conocimiento y conducta de la salud. Clase: S conocimientos sobre salud	-Proceso de la enfermedad -Beneficios del tratamiento -Técnicas de autocontrol - Procedimientos prescritos -Beneficios del control de la enfermedad	Ningún conocimiento: 1	Ideal: 25
Factores relacionados: -Ansiedad -Conocimiento inadecuado de los recursos -Participación inadecuada en la planificación de la atención -Desinformación				Conocimiento escaso: 2	-Mantener a: 12 -Aumentar a: 25
Características definitorias: -Declaraciones inexactas de un tema.				Conocimiento moderado : 3	
				Conocimiento sustancial 4	
				Conocimiento extenso: 5	Evaluación: 22

INTERVENCION (NIC) 5610- Enseñanza prequirúrgica	
Actividades	
-Informar al paciente sobre la duración de la cirugía. -Describir rutina preoperatoria (anestesia, dieta, laboratorios, preparación de la piel, terapia IV, vestimenta) -Describir medicación preoperatoria (efecto y fundamentación) -Informar acerca de lo que oír, olerá, verá, saboreará, o sentirá durante el proceso -Describir rutinas posoperatorias (medicamentos, catéteres, maquinas, medias	La educación prequirúrgica se define como las acciones de apoyo y educativas que proporciona un profesional enfermero a un paciente que va a ser intervenido, para fomentar su salud antes y después de la operación. Las necesidades de un paciente de asistencia enfermera abarcan las áreas de toma de decisiones, la adquisición de conocimientos y habilidades y los cambios de conducta.

<p>de compresión, vendajes, drenajes, visitas) explicando objetivo</p> <ul style="list-style-type: none">-Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente inquietudes-Adaptación al estilo de aprendizaje del paciente (estrategias holísticas, material educativo etc.)	<p>Estudios han demostrado que los pacientes que reciben una información estructurada respecto a las sensaciones que van a tener, lo que van a ver, oír, oler, además de todo lo que va a ocurrir, presentan menos ansiedad durante los procedimientos quirúrgicos¹².</p>
--	--

7.4.2 Desarrollo de la intervención 5610 Enseñanza- prequirúrgica.

La intervención fue llevada en cinco sesiones presenciales con la paciente, donde se desarrollaron las actividades de enfermería descritas de la NIC 5610 enseñanza prequirúrgica, divididas para no saturar ni cansar a la paciente. A continuación, se desarrolla lo realizado en cada uno de los contactos con la paciente:

- 1) Se lleva el primer contacto con la paciente donde se presentó con ella y se le comenta sobre la realización de dicho trabajo, los objetivos que se tenían y se pregunta si quería ser parte del trabajo y estaría dispuesta a colaborar. Una vez que la paciente accedió verbalmente se da el consentimiento informado para que lo leyera, comentara alguna duda que tuviera y posteriormente fuera firmado.
- 2) Se realiza y aplica la valoración por patrones funcionales basándose en el modelo de Marjory Gordon. Así como se aplican los instrumentos STAI y APAI con el objetivo de determinar la ansiedad preoperatoria, donde se obtienen los siguientes resultados:
 - Invitatorio de ansiedad estado- rasgo (STAI):
 - Ansiedad-estado: 47 (alto)
 - Ansiedad-rasgo: 23 (bajo)
 - Valores de referencia:³⁴
 - Ansiedad- estado: Bajo (≤ 30), Medio (30-44), Alto (≥ 45)
 - Ansiedad- rasgo: Bajo (≤ 30), Medio (30-44), Alto (≥ 45)
 - Escala APAIS: 16
 - Valores de referencia:³⁵
 - Una puntuación de ≥ 11 identifica pacientes ansiosos en la práctica clínica.
- 3) Se enfoca a las actividades desarrolladas para el diagnóstico de Ansiedad. Se realiza una actividad donde la paciente escribe las expectativas que tiene sobre la cirugía, donde se obtiene:

“Yo espero que esta cirugía mejore los dolores de cabeza fuertes que sufría y salir con una buena visión y una actividad motriz completa como hasta hoy.” Se comenta con la paciente actividades para mejorar afrontamiento como las respiraciones conscientes y controladas, la musicoterapia y externar sentimientos con fuentes de apoyo identificadas. Se brindan herramientas dentro de la enseñanza como las técnicas de afrontamiento como la de planificación, aceptación de responsabilidad y reevaluación positiva.

- 4) Se enfoca en las actividades desarrolladas para el diagnóstico de conocimientos deficientes, referente al procedimiento quirúrgico donde primero se evalúa los conocimientos previos que tenga la paciente, la cual externa algunas ideas erróneas que tenía, por lo que posteriormente se corrigen ideas erróneas que tuviera sobre el proceso quirúrgico, se explican todas las rutinas del periodo perioperatorio. La paciente refería muchas inquietudes acerca de la anestesia y de la cirugía por que se hizo uso de auxiliares de videos. Se permite el feedback para comentar dudas e inquietudes. Los conocimientos referentes a la patología se abordan como intervención interdependiente en conjunto con el personal médico.
- 5) Se aplica instrumentos para nuevamente valorar el nivel de ansiedad y poder evaluar la efectividad de las actividades de la NIC 5610 Enseñanza-prequirúrgica, obteniendo:
 - Inventario de ansiedad estado- rasgo (STAI):
 - Ansiedad-estado: 34 (bajo)
 - Escala APAIS: 9

Al término de la atención con la paciente ella refiere sentirse menos ansiosa y más tranquila al conocer más sobre los procedimientos que se están llevando a cabo y así como los que se llevaran a cabo. Externa un agradecimiento ya que refiere que nadie se había dado el tiempo de explicarle claramente.

VIII. DISCUSIÓN

Dando respuesta al objetivo del presente trabajo y llevando a cabo la exposición del caso clínico, se destaca el reafirmar la importancia del tratamiento de la ansiedad preoperatoria, aun mas contemplando las estadísticas que nos marcan que 1 de cada 25 personas se someten a procedimientos quirúrgicos mayores³⁵ y que en la mayoría de ellos se presentara ansiedad preoperatoria.

En diversa bibliografía se exponen que los niveles de ansiedad preoperatoria son variables y dependen de varios factores como características sociodemográficas (edad, sexo, nivel de educación) y psicosociales (nivel general de ansiedad, personalidad, sensibilidad al dolor, afrontamiento)³⁶. Como también los niveles de ansiedad preoperatoria van a variar de acuerdo con el nivel de preocupación que genera el procedimiento, el pronóstico, el miedo a la anestesia y el dolor posoperatorio, siendo este una de las principales complicaciones.

Estudios recientes han demostrado que, en la mayoría de los pacientes, la separación de su familia, al igual que el tiempo de espera durante el periodo preoperatorio son factores que incrementan la ansiedad³⁷. En el caso clínico expuesto se pueden ver relacionadas estas dos variables para el aumento de la ansiedad de la paciente, debido a la separación de sus padres en la mayoría del tiempo de internamiento y el largo periodo de espera para el tiempo quirúrgico.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto la importancia de la información preoperatoria como variable significativa en la reducción de la ansiedad del paciente quirúrgico. También se ha evidenciado los beneficios de la educación preoperatoria y la musicoterapia como intervenciones eficaces para disminuir la ansiedad preoperatoria¹⁴.

La importancia de proporcionar información al paciente y fomentar los conocimientos que él tenga sobre el proceso de enfermedad y el proceso quirúrgico, deben ser contemplados en el modelo de atención de los pacientes quirúrgicos. Se debe de contemplar que la información proporcionada a los pacientes debe ser proporcionada de acuerdo con factores propios de cada paciente como edad, grado de escolaridad, lugar de residencia entre otros. Es por esto por lo que la información debe de ser sencilla, fidedigna y adaptada a las necesidades del paciente.

La visita preoperatoria de enfermería se ha demostrado como uno de los medios más eficaces para administrar apoyo psicológico y educación sanitaria a los pacientes permitiendo optimizar el proceso de comunicación y confianza entre el personal de enfermería y el paciente, mejorando la adaptación del paciente al medio hospitalario, disminuyendo sus miedos y ansiedades¹⁴.

Las actividades de la NIC 5610 Enseñanza prequirúrgica, son un medio factible para proporcionar al paciente una información preoperatoria, una educación preoperatoria, enseñar medidas de afrontamiento o disminuir el estrés como lo es la musicoterapia y todo a través de una o varias visitas prequirúrgicas que pueda realizar el personal y que van a favorecer la disminución de la ansiedad.

IX. CONCLUSIÓN

Es importante la generación de bibliografía sobre la ansiedad presente en el paciente quirúrgico adolescente, donde muchas veces se menosprecia el sentimiento y actitud del adolescente ante la cirugía y la hospitalización. Se manifiesta el interés e importancia en esta temática por las complicaciones que esto puede acarrear durante el proceso perioperatorio.

Se debe favorecer y apoyar la creación bibliografía que actúen como autores propiamente el gremio enfermería, ya que la mayor parte de la bibliografía es realizada por otros integrantes del equipo de salud y el personal de enfermería cuenta con su propio PCE que por medio de la taxonomía NANDA-NOC-NIC, permite brindar un cuidado específico e individualizado y propio de la profesión, dando atención propiamente a las respuestas humanas del paciente.

Actualmente las intervenciones de enfermería llevadas a cabo en la práctica clínica distan realmente del cuidado emocional del paciente ya que generalmente el profesional de enfermería en las áreas quirúrgicas se dedica a la preparación física durante el preoperatorio, instrumentación durante el transoperatorio y a la administración de medicamentos y tratamiento del dolor durante el posoperatorio dejando de lado el lado emocional que se debe brindar al paciente en las tres etapas quirúrgicas.

De las intervenciones descritas en la bibliografía las actividades de enfermería que la NIC 5610 Enseñanza prequirúrgica beneficia a la disminución de la ansiedad.

La implementación de esta intervención por parte del especialista en enfermería quirúrgica es de vital importancia para brindar a los pacientes un

cuidado más holístico y de calidad, interviniendo también en el cuidado emocional del paciente adolescente en el proceso perioperatorio.

Es importante resaltar la importancia del uso de la taxonomía NANDA-NOC-NIC dentro de la práctica del área clínica, las herramientas brindadas por esta taxonomía son funcionales para brindar un cuidado de enfermería más humanizado y que nos hable de calidad en cada uno de los pacientes. El trabajar en que las autoridades competentes en cada uno de los hospitales y centros clínicos fomenten el conocimiento y profundización de la taxonomía para no derivar en la secuencia ya conocida que se genera en el gremio de enfermería en que solamente se usan los mismos diagnósticos, resultados NOC e intervenciones más frecuentemente utilizadas de una forma automatizada.

X. SUGERENCIA DE RECOMENDACIÓN METODOLOGICA

Al concluir el presente trabajo de investigación de tipo tesina se analizó la importancia y necesidad de que este tema y temas afines podrían verse más enriquecidos si se incluyeran desde una perspectiva de teorías de enfermería. Para este trabajo en particular se visualizó la Teoría del Cuidado Humano desarrollada por Jean Watson, que puede actuar como una herramienta que enriquezca grandemente este trabajo si se aborda desde un inicio bajo rasgos centrales que nos presenta esta teórica.

Jean Watson hace un señalamiento importante cuando plantea: la enfermera debe estar preparada ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos, y reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación no tiene por qué coincidir. Lo que Jean Watson nos convoca es a comprender la mutua relación entre pensamientos, emociones y comportamiento³⁸.

Las enfermeras en la práctica diaria realizan un gran número de actividades: recogen información de los pacientes, valoran sus problemas y la alteración de sus necesidades, establecen objetivos, planifican cuidados, realizan las intervenciones que responden a los objetivos y a la planificación de los cuidados, aplican tratamientos y, finalmente, evalúan la respuesta del paciente a las intervenciones de Enfermería y su evolución hacia la consecución de los objetivos establecidos y en todo este proceso se producen múltiples interacciones de sentimientos y de emociones³⁸.

XII. REFERENCIAS

¹ Gaete P, Henríquez P, Robledo H, Zubarew G, Peralta V, Funes D. Fundamentos para la extensión de la edad pediátrica hasta el término de la adolescencia a nivel de toda la red asistencial de salud. Recomendación del Comité de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría. Revista Chilena de Pediatría (internet). Octubre 2011 (citado en enero 2022); 82 (5). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000500011

²A New Approach to Classifying Adolescent Developmental Stages. En: Breinbauer C, Maddaleno M. Youth: Choices and Change, Washington, D.C.: Pan American Health Organization. Scientific and Technical Publication N°594, 2005: 257-68

³ NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años.

⁴ Córdova A, Santillana S, García M, González H, Hernández M, Ramírez P. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto (Internet). México, D.F: CENETEC; 2010 (citado en abril 2021). Disponible: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/eyr/IMSS-392-10.pdf>

⁵ Ham K, Pardo R. Ansiedad preoperatoria. Medigraphic (internet). Agosto 2014 (citado en mayo 2021); 6(2):79-84. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2014/imi142g.pdf>

⁶ Ramírez Z, Echeto C, Sánchez H. Efectos de una metáfora hipnótica para disminuir la ansiedad preoperatoria en pacientes pediátricos mexicanos. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica (internet). Marzo 2018 (citado en mayo 2021); 10(1). Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7324573>

⁷ Martínez Martínez. Salud y enfermedad del niño y del adolescente, Volumen 1. 8ª edición. México: Manual moderno; 2017.

⁸ Ruiz J, Rincón D. Prácticas de ansiólisis preoperatoria en pacientes pediátricos: prevalencia, limitantes y otros factores relacionados. Revista mexicana de anestesiología (internet). Marzo 2020 (citado en mayo 2021); 43 (1):34-40. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma201f.pdf>

⁹Guerrero R, Meneses L, De la Cruz R. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. LimaCallao, 2015 (citado en enero 2022). Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

¹⁰ CIEP (internet). CDMX, Mex. Gasto en salud mental; 2018 (consultado junio 2021). Disponible en: <https://ciep.mx/gasto-en-salud-mental/>

¹¹Jerez C, Lázaro J, Ullán A. Evaluación de las escalas empleadas para determinar la ansiedad y el comportamiento del niño durante la inducción de la anestesia: Revisión de la literatura. Revistas españolas de anestesiología y reanimación (internet). Julio 2015 (citado en junio 2021); 63 (2):101-107. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-evaluacion-escalas-empleadas-determinar-ansiedad-S0034935615001395>

¹² Sánchez Aguilar L. Proceso cuidado enfermero al adulto en etapa perioperatoria con diagnóstico estrés por sobrecarga y ansiedad (tesis especialidad). San Luis Potosí, Mex: UASLP;2018. Disponible: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4612/lucero.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹³ González M, Martín M, Grau J, Lorenzo A. Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de la ansiedad y la depresión. Universidad Cooperativa de Colombia. Enero 2007 (citado en octubre 2021); ECIMED, 165-

214. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/277011296_Extractos_del_capitulo_Instrumentos_de_evaluacion_psicologica_para_el_estudio_de_la_ansiedad_y_la_depresion

¹⁴ Vergara Romero Manuel. Validación de la versión española del Ámsterdam preoperative anxiety and information scale para la evaluación de la ansiedad preoperatoria (tesis doctoral). España: Universidad de Málaga; 2016. Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/16340>

¹⁵ García M, Munar F. Peculiaridades del paciente pediátrico. Hospital materno infantil Vall d'Hebron, 2012 (citado en junio 2021). Disponible en: http://www.scartd.org/arxiu/pedia1_2012.pdf

¹⁶ HealthyChildrens (internet). USA: American Academy of Pediatrics. Stages of Adolescence; March 2019 (citado en junio 2021). Disponible en: <https://www.healthychildren.org/english/ages-stages/teen/pages/stages-of-adolescence.aspx>

¹⁷ Martínez Martínez. Salud y enfermedad del niño y del adolescente, Volumen 2. 8ª edición. México: Manual moderno; 2017.

¹⁸ Martínez Martínez. Manual Salud y enfermedad del niño y del adolescente. México: Manual moderno; 2020

¹⁹ Melchior R, Barreto S, Prado A, Caetano A, Bezerra Q, Sousa V. Predictores de ansiedad preoperatoria moderada y grave en pacientes quirúrgicos hospitalizados. Enfermería Global (internet). 2018 (Citado en julio 2021); 17 (52):64.96. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412018000400064

²⁰ Bages C, Leixa M, Español C, Imbernón G, Munté N, Vázquez D. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. Enfermería

global (internet). 2015 (Citado en julio 2021); Vol. 14 (No. 39):29-40. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412015000300002

²¹ Benita Cedillo Ildfonso. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. Revista electrónica de psicología Iztacala (internet). 2017 (citado en julio 2021);20(1). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/58932>

²²Clínica de la ansiedad (internet). Barcelona España. Ansiedad y medicación: Tratamientos farmacológicos; (Citado en julio 2021). Disponible en: <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/tratamiento-de-la-ansiedad/ansiedad-y-medicacion-tratamientos-farmacologicos/>

²³ Rodriguez M, Dearmas A, Sauto S, Techera S, Perillo P, Suarez A, y otros. Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica. Revista pediátrica de Uruguay (internet). 2005 (citado en julio 2021);76 (1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492005000100006

²⁴Reina G, Nadia C. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Redalyc (internet). 2010 (citado en julio 2021); Vol. 17(1) 18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

²⁵ ELSEVIER (internet). Proceso de enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración; 2019 (citado en julio 2021). Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/proceso-de-enfermeria-en-cinco-pasos-pensamiento-critico-y-valoracion2>

²⁶ Rubio Sevilla Juan Carlos. Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico. Revista enfermería cardiológica (internet). 2016 (citado en julio 2021); 23(69):30-39. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69_02.pdf

²⁷ Ortiz O, Socorro M. El registro de enfermería como parte de cuidado. Revista Universidad del Cauca (internet). 2006 (citado en julio 2021); 8(2) Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/928/717>

²⁸ Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas. 8ª edición. España: Pearson; 2008.

²⁹ Heather T, Shigemi K, Takao C. NANDA International, diagnósticos de enfermería 2021-2023. 12ª edición. USA: Thieme Medical: 2021

³⁰Ministerio de salud pública y bienestar social. Proceso de atención de enfermería. Rev. Salud Publica de Paraguay (internet). 2013 (citado en julio 2021); 3(1). Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>

³¹ Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Mass M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. 2ª edición: España: Elsevier;2011.

³² Hamlin L, Richardson M, Davies M. Enfermería perioperatoria. USA: Manual Moderno; 2010.

³³ Gómez A, Serra I. Manual práctico de instrumentación quirúrgica en enfermería. España: Elsevier; 2010.

³⁴Rincón S, García M. Manual de enfermería quirúrgica. México: Mc Graw Hill; 2012

³⁵ Organization WH, others (internet). Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía: manual de aplicación: la cirugía segura salva vidas. 2008 (citado octubre 2021). Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70083>

³⁶ Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version. Pub Med

(internet). Febrero 2007 (citado en octubre 2021). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19742298/>

³⁷ Wilson C, Mitchelson A, Tzeng T, El-Othmani M, Saleh J, Vasdev S, y otros. Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. Pub med (internet). Julio de 2016 (citado en octubre de 2021). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26138522/>

³⁸ Izquierdo Machin Esther. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Revista cubana de enfermería (internet). 2015 (citado en febrero 2022); 31 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006

³⁹ Mejía Riveros Indira. Psicoprofilaxis quirúrgica: ¿realidad o utopía? Dialnet (internet). 2011; 8(1)81-83. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5568073>

⁴⁰Jerez C, Ullán M, Lázaro J, Moreno E, Guillén L, Fuster E, y otros. Evaluación enfermera de la ansiedad prequirúrgica pediátrica en una unidad de cirugía ambulatoria. CMA (internet). 2016;21(1). Disponible en: https://www.asecma.org/evaluacion-enfermera-de-la-ansiedad-prequirurgica-pediatica-en-una-unidad-de-cirugia-ambulatoria_133.aspx

⁴¹Martínez L, Piqueras A, Salvador C. Eficacia de las intervenciones basadas en la atención plena (mindfulness) para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes: una revisión sistemática. Dialnet (internet). 2017; 25 (3) 445-463. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6265550>

⁴²Jerez C, Lázaro J, Ullán M. Evaluación de las escalas empleadas para determinar la ansiedad y el comportamiento del niño durante la inducción de la anestesia. Revisión de la literatura. Revista española de anestesiología y

reanimación (internet). 2016; 63. (2):101-107. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6510454>

⁴³Astrid Sauñi Barrionuevo. Intervención de enfermería en la reducción de la ansiedad en el paciente quirúrgico según revisión bibliográfica (tesis de especialidad). Perú: USMP; 2019. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5367>

⁴⁴Alberto Vieco García. Valoración de la ansiedad perioperatoria en niños sometidos a cirugía mayor ambulatoria (tesis doctoral). España: Universidad Complutense de Madrid; 2018. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/50337/1/T40724.pdf>

⁴⁵Medical Criteria (internet). Guillermo Firman. Escala de información y ansiedad preoperatoria de Amsterdam- APAIS; Julio 2018 (consultado en octubre 2021). Disponible en: <https://medicalcriteria.com/web/es/amsterdam-apais/>

⁴⁶Rendón M, Peralta S, Muñoz N, Vargas M, Hernández V, Tirado L. Guía de valoración de enfermería según patrones funcionales de M.Gordon para la persona adulta. Universidad de Sonora (internet). 2015. Disponible en: <https://enfermeria.unison.mx/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-DE-VALORACION-DE-ENFERMERIA-250915.pdf>

⁴⁷Medical Media. ¿Qué es una craneotomía? (video). Centro de especialidades neurológicas; 2019. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=E_z_BW0MZFs&t=10s

⁴⁸ Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería- NOC. 5^{ta} edición. España: Elsevier; 2014.

⁴⁹ Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería- NIC. 6^{ta} edición. España: Elsevier; 2014

⁵⁰ Talabi A, Sowande O, Mosaku K, Owojuyigbe A, Amosu L, Adejuyigbe O. Effect of parental presence on anxiety during induction of anaesthesia in children undergoing elective day case surgery. Ann Pediatr Surg (internet). Diciembre de 2021;17(1):37. Disponible en: <https://aops.springeropen.com/track/pdf/10.1186/s43159-021-00106-7.pdf>

⁵¹ NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

⁵² Valverde V, Crespo L, Ring M. Estrategias de afrontamiento. 2007. Revista de psiquiatría (internet); 35 (1). Disponible en: http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225

XIII. ANEXOS

Anexo A. Instrumento State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Ansiedad- Estado

Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

Ansiedad-Rasgo

Instrucciones: a continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansado	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena, Sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13. Me siento seguro	0	1	2	3
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
16. Estoy satisfecho	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3

20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3
--	---	---	---	---

Valores de referencia:

-Ansiedad- estado: Bajo (≤ 30), Medio (30-44), Alto (≥ 45)

-Ansiedad- rasgo: Bajo (≤ 30), Medio (30-44), Alto (≥ 45)

Fuente: Rosa Isela Maldonado. STAI Cuestionario y hoja de respuestas. Scribd Inc. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/257993052/Stai-Cuestionario-y-Hoja-de-Respuesta>

Anexo B. The Amsterdam Preoperative Anxiety and information scale (APAIS)

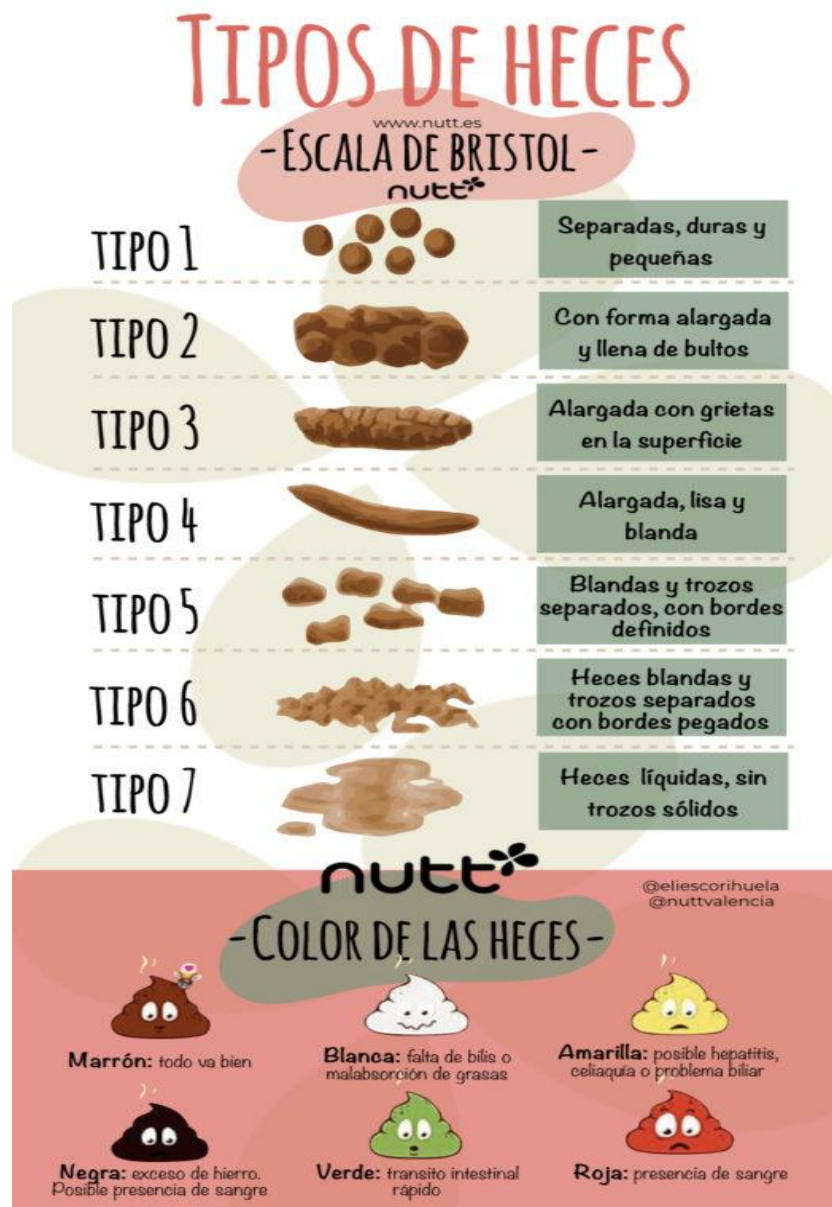
A continuación, le voy a leer unas afirmaciones. Por favor indíqueme en una escala de 1 a 5, la frecuencia en la que vive cada situación, en donde:

1 es nunca, 2 algunas veces, 3 frecuentemente, 4 casi siempre, 5 siempre.

	1	2	3	4	5
Estoy preocupado por la anestesia.					
La anestesia está en mi pensamiento constantemente					
Me gustaría saber más acerca de la anestesia.					
La cirugía está en mi pensamiento constantemente					
Me gustaría saber más acerca de la cirugía.					

Fuente: Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version. Pub Med (internet). Febrero 2007 (citado en octubre 2021). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19742298/>

Anexo C. Escala Bristol



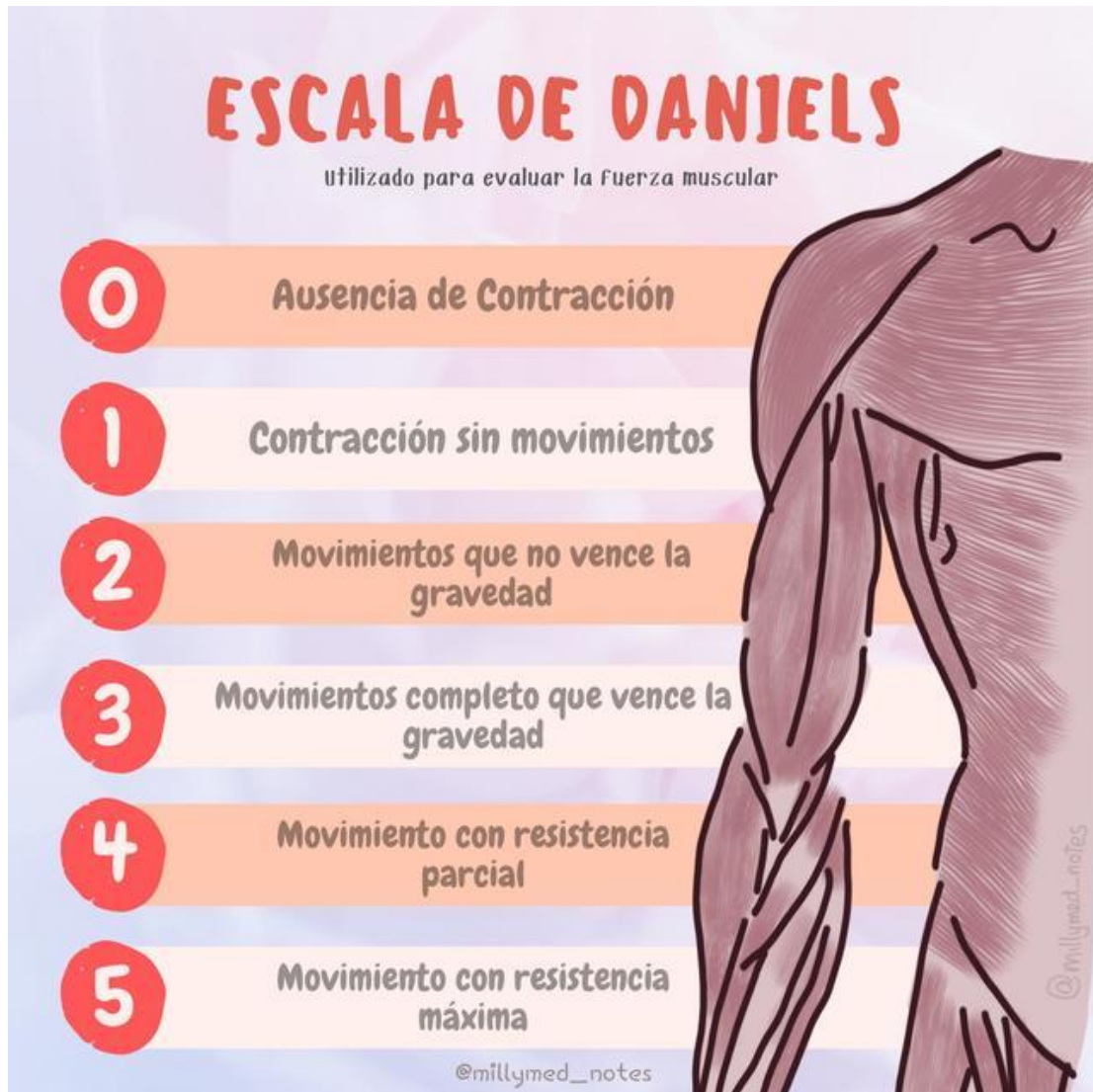
Fuente: Elisa Escorihuela. La forma de tus heces dice lo que te falta y lo que te sobra. ABC Blogs. Centro de nutrición Nutt. Disponible en: <https://abcblags.abc.es/aula-nutricion/otros-temas/la-forma-de-tus-heces-dice-lo-que-te-falta-y-lo-que-te-sobra.html>

Anexo D. Escala de Eva



Fuente: María del Carmen González. Escala del dolor utilizada en enfermería. Blog [Ulceras por presión](https://paraulcerasporpresion.com/cojines-antiescaras/escala-de-eva/). Disponible en: <https://paraulcerasporpresion.com/cojines-antiescaras/escala-de-eva/>

Anexo E. Escala Daniels



Fuente: Milly Timo. Test de Daniels. UDocz. Disponible en: <https://www.udocz.com/apuntes/256819/test-de-daniels>

Anexo F. Escala Karnofsky

Asintomático sin evidencia de enfermedad.	100
Capaz de realizar actividad normal Signos o síntomas menores de enfermedad	90
Actividad normal con esfuerzo Algunos síntomas o signos de enfermedad	80
Incapaz de realizar actividad normal o trabajar Se vale por si mismo	70
Asistencia ocasional. Se hace cargo de la mayoría de sus necesidades	60
Considerable asistencia, frecuentes cuidados médicos	50
Imposibilitado. Requiere cuidados especiales y asistencia	40
Gravemente imposibilitado. La hospitalización está indicada, aunque la muerte no es inminente.	30
Muy enfermo. Precisa hospitalización. Requiere tratamiento de soporte activo.	20
Moribundo	10
Éxitus	0

Fuente: Puiggros C, Lecha M, Rodriguez T, Perez B, Planas M. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. Madrid: 2009, 24 (2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200008

Anexo G. Escala de Glasgow.

Escala de Glasgow

Usado para medir el nivel de consciencia.
Por debajo de 7 puntos: Coma
Por debajo de 8 puntos: Intubación

15 Valor máximo
3 Valor mínimo

Respuesta ocular

Esontánea	Orden Verbal	Al dolor	Sin respuesta
			
4	3	2	1

Respuesta verbal

Orientado	Desorientado	Palabras inapropiadas	Sonidos Incomprensibles	Sin respuesta
				
5	4	3	2	1

Respuesta motora

Orden verbal	Localiza el dolor	Flexión/ retirada	Flexión anormal	Extensión	Sin respuesta
					
6	5	4	3	2	1

Fuente: Ramon Reyes. Escala de coma de Glasgow. EMS Solutions International. Febrero 2022. Disponible en: <http://emssolutionsint.blogspot.com/2011/12/glasgow-coma-scale-escala-de-coma-de.html>

Anexo H. Consentimiento informado



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía



CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE PROCESO DE CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE ADOLESCENTE CON ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA

Presentación. A partir del desarrollo del trabajo de tesina *Plan de cuidados intervención enseñanza prequirúrgica (5610) para disminuir la ansiedad en paciente pediátrico programado para cirugía*, para obtener el grado de Especialista en Enfermería Clínica con énfasis quirúrgico, por parte de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Teniendo como objetivo implementar un proceso de cuidado con diagnósticos de enfermería relacionados a ansiedad y conocimientos deficientes, enfocándose en la NIC 5610: Enseñanza prequirúrgica; y que sirva como herramienta para disminuir la ansiedad en el paciente pediátrico programado a cirugía enfocándose en la subetapa de la adolescencia. Se desarrolla un caso clínico donde se requiere la aplicación de dos instrumentos nombrados "Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)" y "Escala APAIS" los cuales serán de utilidad para medir la ansiedad preoperatoria.

Por lo anterior por medio de la presente se me solicita mi autorización para poder ser (a): participe en la realización de dicho trabajo. Me ha sido proporcionada información clara y suficiente acerca de la naturaleza y propósito del trabajo y los instrumento STAI y APAIS la razón específica sobre la manera que serán utilizados los resultados, los cuales no serán divulgados, solamente se utilizarán para elaborar el caso clínico basado en el cuidado de enfermería.

Cabe mencionar, que se me brindó el correo electrónico: A342230@alumnos.uaslp.mx perteneciente a la LE. Abigail Adame García, encargada y responsable del trabajo de tesina para cualquier duda o aclaración.

AUTORIZÓ

Nombre y firma

Fecha y lugar: Agosto 2021, Ciudad de México, México

Fuente: entrevista directa