



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Articulos Originales



Demanda de informaciones de pacientes quirúrgicos hospitalizados: estudio descriptivo y prospectivo

Annecy Tojeiro Giordani¹, Debora Viviane Stadler¹, Gabriela Machado Ezaías Paulino², Renata Rodrigues Zanardo¹, Helena Megumi Sonobe³, Maria Aparecida Valerio⁴

1 Universidade Estadual do Norte do Paraná

2 Hospital Dr. Anísio Figueiredo de Londrina

3 Universidade de São Paulo

4 Setor de Engenharia e Desenvolvimento Agrário

RESUMEN

Objetivos: identificar las complicaciones pos operatorias presentadas por pacientes sometidos a los procedimientos quirúrgicos, en un hospital de media complejidad, las dificultades experimentadas en el autocuidado durante el período pos-operatorio y las orientaciones ofrecidas en el proceso de alta hospitalaria.

Métodos: estudio descriptivo, prospectivo cuantitativo, emprendido en pacientes que realizaron tratamientos quirúrgicos en un hospital de Paraná. **Resultados:** de 110 pacientes, 70 (64%) participaron, siendo que de estos, 57 (87%) presentaron algún tipo de complicaciones y 67 (95%) afirmaron haber recibido orientaciones para la alta hospitalaria. A pesar de 38 (54%) informar no haber tenido dudas cuanto al autocuidado, 26 (37%) relataron dudas cuanto a realizar el curativo, y seis (9%) sobre el uso correcto de la medicación. Cuanto al profesional orientador, 45 (64%) fueron orientados por enfermero, 40 (58%) por médico y cuatro (5%) por otros profesionales. **Conclusión:** se evidenció la necesidad de acciones educativas más eficientes por los profesionales de la salud en el peri operatorio.

Descriptor: Pacientes Quirúrgicos; Cuidados; Planificación.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización hace que el paciente cree expectativas que reflejan directamente en su recuperación, despertando sentimientos que son exacerbados cuando surge la necesidad de una intervención quirúrgica. Un procedimiento quirúrgico es un factor estresante, generador de innumerables incertidumbres traducidas por ansiedad, sentimientos de miedo, angustia e inseguridad. Este estado, en general, altera el autoestima del paciente, sus necesidades psicológicas y fisiológicas y, consecuentemente, el equilibrio físico y emocional. Cabe destacar que el miedo es el principal sentimiento experimentado por pacientes en el peri operatorio, posible de ser sanado por medio de orientaciones previas a la quirúrgica, lo que disminuye la ansiedad⁽¹⁾.

El acto quirúrgico es visto por el paciente como algo paradójico, pues al mismo tiempo en que aliviará los dolores y será eficaz en el tratamiento del problema, es también una agresión al organismo, que lo inducirá a desarrollar mecanismos de enfrentamiento. El estrés en pacientes quirúrgicos es inevitable, no obstante la evolución pos operatoria es más positiva en aquellos que desarrollan estrategias de enfrentamiento más adecuadas, y para eso es esencial un cuidado educacional⁽²⁾.

Por lo tanto, el cuidado es el objeto de acción del enfermero, siendo indispensable en el tratamiento y en las intervenciones educativas para pacientes y familiares, buscando promover la recuperación y el bienestar durante el período de internación, capacitando para el autocuidado después del alta hospitalaria. Por su vez, el autocuidado ocurre cuando el paciente desarrolla prácticas de cuidado en su propio beneficio, lo que es fundamental para su recuperación, pues lo ayudará a mejorar su actividad social y el retorno a su función fami-

liar, influenciando positivamente en la adhesión al tratamiento⁽³⁾.

Cuando el paciente es informado sobre la necesidad de un procedimiento quirúrgico, se inicia una caminata en la cual él y sus familiares necesitarán adaptarse a la nueva rutina de vida para el enfrentamiento de este desafío. Es imprescindible que sean transmitidas informaciones claras y precisas sobre el período de recuperación después del alta hospitalaria⁽³⁾.

Para tanto, se utiliza Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE), método que direcciona las acciones del enfermero en el día a día de la práctica profesional, llevándose en cuenta las necesidades individuales del paciente, de la familia y de la comunidad. La enfermería posee una taxonomía propia, que no involucra solamente la estandarización, sino también la necesidad de relacionar la asistencia con principios científicos y, así, ofrecer un cuidado de calidad para el paciente hospitalizado⁽⁴⁾.

El modelo asistencial denominado Sistematización de la Asistencia de Enfermería Peri operatoria (SAEP) permite una asistencia integral e individualizada, ayudando el paciente y su familia a asimilar el procedimiento al cual el paciente está sujeto, con la intención de aliviar su temor y disminuir los riesgos del proceso quirúrgico. La SAEP en 1979, cuando la enfermera Wanda de Aguiar Horta identificó la necesidad de una SAE específica para el Centro Quirúrgico (CC) que atendiera todas las necesidades asistenciales y de gerenciamiento. Con su implantación, es posible prestar una asistencia de enfermería planeada y organizada⁽⁵⁾.

Bajo el punto de vista del proceso educación-aprendizaje, la SAE objetiva disminuir el estrés quirúrgico, así como síntomas de ansiedad, sentimientos de inseguridad y miedo, además de posibilitar la comprensión sobre la cirugía por el paciente y su familia. Eso asegura la recuperación fisiológica y el

Giordani AT, Stadler DV, Paulino GME, Zanardo RR, Sonobe HM, Valerio MA. Demand of hospitalized surgical patients information: a descriptive and prospective study. Online braz j nurs [internet] 2016 Jun [cited year month day]; 15 (2):124-133. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5286>

alcance de la rehabilitación pos operatoria - que incluye la retomada de las actividades cotidianas más próximas al momento anterior a la enfermedad. Sin embargo, no siempre los profesionales de salud están habilitados a ofrecer informaciones que realmente atiendan las expectativas de los pacientes. Además de eso, el comportamiento cultural de aquel que recibe el cuidado refuerza y mantiene la actitud de estos profesionales. En general, hay un desconocimiento del derecho de recibir informaciones durante el proceso de hospitalización por la población, bien como de informaciones que garanticen una adecuada recuperación pos operatoria⁽⁶⁾.

La enfermería ejerce papel fundamental en el tratamiento y en las intervenciones educativas para el paciente y sus familiares. Muchas dudas podrán surgir sobre el proceso quirúrgico, una novedad para el paciente y su familia, cabiendo al enfermero evaluar e identificar las necesidades educacionales de esos individuos considerando sus creencias, valores, apoyo y autoconocimiento sobre su condición de salud⁽³⁾.

Mientras que para los enfermeros la calidad de la asistencia está basada en la ética y aspectos de competencia profesional, para los pacientes los atributos para una atención de calidad están relacionados a aspectos interpersonales, entre ellos la oferta de informaciones y el respeto a sus necesidades. A partir de este entendimiento, la asistencia de enfermería peri operatoria debe ser planeada por el enfermero para asegurar la individualidad y la demanda de necesidades del paciente, o sea, en unidades quirúrgicas, los profesionales deben estar preparados para desarrollar acciones educativas, que aseguren la recuperación del paciente con vistas a la práctica del autocuidado⁽⁷⁾.

El conocimiento de características sociodemográficas y condiciones clínicas del paciente quirúrgico posibilita el planeamiento

de la asistencia de enfermería peri operatoria focalizado en las necesidades del individuo, para asegurar la recuperación y la rehabilitación pos operatoria. Enfermeros pueden y tienen la oportunidad de individualizar el cuidado en sus actividades diarias, realizando técnicas, educación y aclaraciones a los pacientes y sus familiares, respetando sus límites y capacidades^(7, 8).

En el estudio anterior⁽⁹⁾, con muestra aleatoria con 110 prontuarios de pacientes sometidos a las cirugías en el primer semestre de 2013, hubo predominio del sexo femenino (61-55%), de cirugías (36/33%) tanto en pacientes con grupo etario debajo de 20 años y de adultos en el grupo etario entre 41 y 60 años de edad, respectivamente. Además de eso, 80 pacientes (73%) no presentaron comorbilidades, seguido de 16 registros (15%) aislados de hipertensión y cinco asociados a la diabetes mellitus y elevación de la tasa de colesterol. La antibioticoprofilaxia fue empleada en 80 pacientes (73%), siendo cirugía electiva (76-69%) y de emergencia (34-31%). Del total de 110 cirugías, fueron 27 (25%) cirugías ortopédicas, 26 (24%) cirugías generales, 25 (23%) cirugías vasculares y 32 (28%) de otras especialidades. En relación a la anestesia, la más utilizada fue la epidural (63-57%), seguida por la raquídea (36-33%), con tiempo de duración de 30 a 60 minutos en 48 cirugías (44%), de 61 a 90 minutos en 14 (13%) y de 91 a 120 minutos en 14 (13%), respectivamente.

Así, este estudio tuvo como objetivos identificar las complicaciones pos operatorias en pacientes sometidos a los procedimientos quirúrgicos de medio y pequeño portes en un hospital de media complejidad, así como las dificultades experimentadas en el autocuidado durante el período pos operatorio e informaciones ofrecidas en el proceso de alta hospitalaria.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, de abordaje cuantitativo, desarrollado en el período de enero a junio de 2014. Corresponde a la segunda fase de una investigación con duración de tres años realizada en un hospital de media complejidad en la ciudad de Londrina/PR, institución sin fines lucrativos y vinculada al Sistema Único de Salud (SUS).

El hospital poseía 117 camas activas para internación, distribuidas en los sectores de Urgencias, Internación para Clínica Médica y Quirúrgica, tanto para pacientes adultos como pediátricos, además de un Centro Quirúrgico destinado a la realización de cirugías electivas y de urgencia, de pequeño y medio portes.

Como criterio de inclusión para este estudio en la primera etapa⁽⁹⁾, fueron considerados los individuos sometidos a cirugías en el período de enero a junio de 2013 o sus familiares. Se excluyeron los que no tuvieron prontuario localizado en el período de la colecta de datos.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Norte de Paraná, bajo el Parecer de aprobación nº 459.623.

En esta segunda fase del estudio, la colecta de datos fue realizada con entrevistas por medio de contacto telefónico con el paciente o un familiar próximo, apto a ofrecer las informaciones necesarias para la investigación como procedencia, profesión/ocupación, renda familiar, período de estudio en años, complicaciones pos operatorias, orientaciones de alta hospitalaria, dudas o dificultades para el autocuidado en el domicilio y la identificación del profesional que realizó las orientaciones para alta hospitalaria.

Como criterios de inclusión, haber hecho parte de la muestra aleatoria de la primera fase de este estudio y el paciente o el familiar tener condiciones de ofrecer las informacio-

nes solicitadas. Se excluyeron aquellos que no fueron localizados después de tres intentos de contactos telefónicos en diferentes horarios y días de la semana. Fueron realizadas llamadas telefónicas a los 110 pacientes de la muestra aleatoria de la primera etapa^(n-REUOL), sin embargo solo fue posible contactar 70 individuos. Fueron excluidos 40 individuos debido a la no atención de las llamadas, número indisponible para recibir llamadas, inexistente o no perteneciente al paciente; ausencia del registro del teléfono para contacto en el archivo; familiares no aptos a ofrecer informaciones fidedignas sobre el paciente y no localización del paciente en el domicilio. El instrumento de colecta fue elaborado con base en la experiencia clínica de los autores y en las producciones científicas sobre la temática.

Los datos fueron codificados en un banco (planilla) en el aplicativo MS Excel XP, alimentado con doble digitación para garantizar la confianza de los datos colectados y, posteriormente, exportados y analizados en el *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versión 9.0. Para la descripción de los resultados, se utilizó distribución de frecuencia de las variables, los cuales son presentados en la Tabla 1.

RESULTADOS

Tabla 1 - Perfil sociodemográfico y clínico de los 70 pacientes quirúrgicos, participantes del estudio, atendidos en el hospital en el primer semestre de 2013. Londrina, 2015.

Abordaje	Pacientes	
	N	%
Procedencia		
Londrina	64	91
Otra	6	9
Ocupación		
Pensionado	12	17
Estudiantes y niños en guardería	24	34

Comerciante	8	11
Ama de casa	8	11
Servicios generales	6	9
Otros	12	17
Renda Familiar		
Hasta 1SM	8	12
1 SM a 3 SM	50	71
3 SM a 5 SM	12	17
Complicaciones Pos Operatorias		
Ninguna	9	13
Dolor	43	61
Fiebre	2	3
Nauseas	13	19
Edema	16	23
Dehiscencia	6	9
Sangrado	3	4
Infección	3	4
Otras	18	26
Orientaciones recibidas en el alta hospitalaria		
Uso de medicaciones	65	93
Cuidados con la herida/curativos	26	37
Retorno al servicio ambulatorio	49	70
Atención de urgencia	0	0
Encaminamientos para otras unidades	0	0
Ninguna orientación	3	4
Orientaciones ofrecidas por		
Médico	40	58
Enfermero	45	64
Otro	4	5
Dificultades en el autocuidado		
Ninguna	38	54
Curativo	26	37
Ingestión del Medicamento	6	9
Otras	6	9

SM: salario mínimo

Fuente: autoría propia

En la Tabla 1 están resumidos los datos levantados durante las entrevistas con los 70 pacientes contactados vía teléfono, destacándose el predominio de individuos residentes en el municipio de Londrina 64 (91%). Los demás son de otras ciudades de la región, visto que la institución de salud donde fue realizada la investigación se localiza en una regional de salud compuesta por 21 municipios, que encaminan para Londrina los pacientes para cirugías electivas y para atención clínica y quirúrgica de

urgencia. En lo que se refiere a la ocupación, hubo predominio de estudiantes y niños, que frecuentan guardería, con 24 pacientes (34%), seguidos por 12 (17%) individuos pensionados; cuanto a la renda familiar, 50 (71%) poseen una renda media entre uno y tres salarios mínimos. Ninguno de los pacientes afirmó que la renda familiar hubiera influenciado en la adhesión a los cuidados después del alta hospitalaria.

Cuando cuestionados sobre la ocurrencia de complicaciones pos operatorias, 57 pacientes (87%) afirmaron haber presentado algún tipo de complicación, destacándose el dolor por 43 individuos (61%), así como la presencia de edema por 16 (23%). La ocurrencia de fiebre y dehiscencia de la herida operatoria, a pesar de su baja incidencia en la muestra, puede representar complicaciones importantes, una vez que se destacan como criterios para diagnósticos de infección del sitio quirúrgico (ISC). En este estudio, tres pacientes (4%) afirmaron haber recibido el diagnóstico de ISC; en menor porcentaje aparecieron otras complicaciones, como varicosas, adormecimiento de miembro, dificultad de deglución y de deambulacion.

Entre los entrevistados, 67 (95%) refirieron haber recibido orientación de alta hospitalaria sobre uso de la medicación, y 49 individuos (70%) sobre el retorno al servicio ambulatorio. Apenas 26 (37%) recibieron informaciones sobre la realización del curativo, no siendo identificadas otras orientaciones de autocuidado en el período pos-operatorio. Entre los entrevistados, tres (4%) relataron no haber recibido ninguna orientación.

Un número representativo de pacientes negó la ocurrencia de dudas sobre el autocuidado (38 - 54%). Corroborando los datos relacionados a los cuidados con la herida operatoria, 26 pacientes (37%) refirieron dificultades en relación a la realización del curativo, limpieza y mantenimiento de la herida operatoria. Otros re-

lataron también dudas cuanto al tiempo de uso de media en el pos operatorio, indicada para varices y para minimizar el edema pos quirúrgico.

Frente a las orientaciones recibidas en el momento del alta, solamente seis sujetos (9%) refirieron dificultades en el uso de medicaciones, lo que demuestra la efectividad de las informaciones ofrecidas por el equipo de salud, aspecto más citado por los participantes del estudio.

También, 45 (64%) y 40 (58%) relataron haber recibido orientaciones del enfermero y del médico, respectivamente, siendo importante destacar que la mayoría de los pacientes no supo distinguir el profesional enfermero de otros miembros del equipo de enfermería (auxiliares y técnicos).

DISCUSIÓN

Se verificó que, del total de 70 individuos, 67 (95%) recibieron orientaciones sobre uso de la medicación, 49 (70%) del retorno al servicio ambulatorio y 26 (37%) de la realización del curativo; apenas 38 (54%) no relataron dificultades en el autocuidado. Además de eso, los 26 participantes (37%) que recibieron las orientaciones sobre el curativo, limpieza y mantenimiento de la herida operatoria relataron dificultades para realizar este autocuidado.

La ISC es la principal complicación pos operatoria en pacientes quirúrgicos, lo que puede elevar los índices de morbimortalidad, los costos terapéuticos, además de constituir un indicador de calidad del cuidado prestado⁽¹⁰⁾. Es responsable por 14-16% de todas las infecciones hospitalarias en pacientes internados, siendo considerada la más común entre los pacientes quirúrgicos. Puede ser prevenida por medidas de mantenimiento de ambiente biológicamente seguro en la realización de la cirugía y por la adhesión de los profesionales a las prácticas

asépticas. También, los costos directos e indirectos del tratamiento de la ISC son extremadamente elevados^(10,11).

La implementación de un protocolo de vigilancia de ISC es una herramienta que está disponible para unidades hospitalarias, siendo un elemento esencial a la hora de organizar el seguimiento de los pacientes con esa complicación en relación a la evaluación del profesional en las prácticas, reduciendo el número de casos⁽¹²⁾.

Los eventos de dolor merecen atención especial, pues contribuyen para un estado de incapacidad en el paciente que independe de la enfermedad base, trascendiendo lo físico y transmitiendo de lo espiritual a lo emocional, lo que puede resultar en un estado de postración, inquietud y agotamiento, agravando aún más el catabolismo en el pos-operatorio, de muchos pacientes, principalmente de ancianos y niños. De esta forma, se hace necesaria la utilización de recursos que minimicen la percepción sintomática del dolor, a partir de una asistencia multidisciplinar que utilice diferentes recursos y permita la sumatoria de múltiples saberes, para minimizar gasto energético desnecesario⁽¹³⁾.

Por otro lado, en el pos operatorio, sentir dolor no debería ser considerado un síntoma expectante o pasar desapercibida a los profesionales, cabiéndoles implementar las medidas de control.

En lo que respecta al pos operatorio inmediato y mediato, el enfermero debe desarrollar estrategias para evitar complicaciones, como prevenir o estancar sangrados por medio de la evaluación clínica y observación continua del local quirúrgico, además de administración de medicamentos, líquidos intravenosos o hemoderivados, conforme a prescripción médica⁽⁸⁾.

Además de los cuidados ofrecidos durante el período de internación, también es función del equipo de enfermería preparar el paciente para el alta hospitalaria, por medio de en-

señanza de cuidados domiciliarios. Por lo tanto, la enfermera debe realizar un planeamiento identificando las necesidades de los pacientes, utilizándose la SAE para planear un cuidado amplio e individualizado y sistematizado⁽⁸⁾. En este caso, en el alta hospitalaria deben ser contemplados aspectos como dolor, fiebre, edema, dehiscencia, sangrado e infección, para favorecer el autocuidado domiciliario.

Es fundamental comprender verdaderamente las dudas presentadas por el paciente o familiar, visto que el simple repase de informaciones, muchas veces, además de no aclarar dudas, puede maximizar la ansiedad. Entonces, de preferencia, en un ambiente calmo, el profesional de enfermería debe establecer diálogo con el paciente y sus familiares, de modo a direccionarles para una mejor recuperación y tratamiento⁽¹⁴⁾.

Comúnmente, el equipo de enfermería se preocupa más en repasar orientaciones sobre cuidados procedimentales básicos al paciente quirúrgico como realización de curativo, la administración de medicamentos y la higiene corporal. De este modo, acaba desconsiderando la complejidad de las necesidades y las expectativas del paciente, pues no le ofrece la atención que precisa y espera⁽⁷⁾.

Además de eso, fueron relatadas dudas cuanto al tiempo de uso de media en el pos-operatorio, indicada para varices y para minimizar el edema pos quirúrgico.

A pesar de un pequeño porcentual (3-4%) de pacientes investigadores haber afirmado el no recibimiento de cualquier orientación en este período, es necesario considerar, pues el ofrecimiento de informaciones adecuadas por profesionales de la salud es intervención básica en el planeamiento del alta hospitalaria y para la rehabilitación pos operatoria⁽⁷⁾. Profesionales de la salud utilizan lenguaje altamente técnico durante el proceso de orientación para alta, lo

que dificulta la comunicación con paciente/familiares⁽¹⁵⁾.

Se hace necesario para una comunicación eficaz que el enfermero comprenda la subjetividad del paciente, traduciendo lo que él siente y como enfrenta el proceso de hospitalización para el tratamiento quirúrgico. La percepción de las expresiones no verbalizadas de los pacientes, así como su decodificación, auxilia el enfermero en la implementación del cuidado efectivo y propicia el intercambio de informaciones⁽¹⁶⁾. Una buena comunicación ayuda en el proceso de enfermería, o sea, facilita la identificación de los diagnósticos y la elaboración de un plan de cuidado que asegura la continuidad del cuidado. Los cuidados pos operatorios son esenciales, tratándose del primer momento de adaptación del paciente a la retomada de las actividades cotidianas, después de la cirugía⁽⁴⁾.

Conocer las dudas del paciente es estar consciente de sus expectativas y particularidades verbalizadas o percibidas. Pero esto no basta. Es necesario saber el momento y la manera de ofrecer las informaciones sin causar ansiedad y dificultar la interpretación y el entendimiento del paciente. Una estrategia relevante en el acto de orientar en la ocasión que precede el alta es de un posible acompañamiento pos alta, en ambiente ambulatorial⁽¹⁴⁾.

El entendimiento de las informaciones es fundamental para la recuperación del paciente, y la manera de transmitir las es decisiva para la comprensión de las mismas, siendo importante identificar como el paciente podrá comprender mejor las orientaciones, pues serán indispensables para el alcance de su rehabilitación⁽¹⁴⁾.

Las recomendaciones pueden ser ofrecidas por folleto educativo, y no apenas verbalmente, pues estas, incluso para familias y pacientes que no poseen el hábito de lectura, que son escritas son de importante valor, pues ayudan a minimizar la inseguridad y el estrés,

posibilitando mayor tranquilidad en el cuidado domiciliario⁽¹⁷⁾.

El conocimiento del enfermero sobre los pacientes y sus necesidades posibilitará su participación activa de estos en el autocuidado pos alta hospitalaria. El planeamiento de la asistencia de enfermería al paciente quirúrgico debe englobar la implementación de intervenciones educativas considerando sus demandas físicas y psicosociales con base en la individualidad y contexto social, preparándolos para asumir, con mayor autonomía e independencia, el autocuidado para favorecer la recuperación y rehabilitación pos operatoria. Para tanto, es necesario conocer el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes quirúrgicos, así como las complicaciones pos operatorias y dificultades en el autocuidado domiciliario.

CONCLUSIÓN

En este estudio, participaron 70 individuos, siendo que 57 (87%) relataron algún tipo de complicación pos operatoria, destacándose el dolor en 43 (61%) pacientes, presencia de edema por 16 (23%) y tres (4%) recibieran el diagnóstico de ISC.

En relación a la orientación de alta hospitalaria, a pesar de 67 (95%) individuos afirmar haber recibido informaciones sobre uso de la medicación, 49 (70%) sobre retorno al servicio al ambulatorio y 26 (37%) sobre el curativo, 26 (37%) tuvieron dudas, en el domicilio, sobre los cuidados con la herida y seis (9%) con medicaciones. Apenas tres (4%) relataron no haber recibido ninguna orientación.

En relación a las dificultades experimentadas en el autocuidado, la mayoría de los entrevistados negó la ocurrencia de dudas 38 (54%), a pesar de 26 (37%) haber indicado dudas sobre los cuidados con la herida operatoria, el curativo y utilización de medicamentos.

Las fallas en el autocuidado resultan de la deficiencia de informaciones en el alta hospitalaria, cuya responsabilidad es del enfermero, principalmente en lo que se refiere al curativo, la correcta limpieza y mantenimiento de la herida operatoria. Tales fallas imposibilitan un cuidado domiciliario continuo y satisfactorio.

Los resultados de este estudio indican la necesidad de mayor inversión en la realización de las acciones educativas con estrategias más eficientes para la educación del autocuidado.

CITAS

1. Barbosa AC, de Souza Terra F, de Carvalho JBV. Humanization of medical and nursing assistance to perioperative patient at a university hospital. *Revista Enfermagem UERJ*. [internet] 2015 [cited 2015 aug 8];22(5):699-704. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.2605>.
2. Daian MR, Petroianu A, Alberti LR, Jeunon EE. Estresse em procedimentos cirúrgicos. *ABCD arq bras cir dig*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];25(2):118-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202012000200012>.
3. Romanzini AE, de Jesus APM, Sasaki VDM, Damiano VB, Gomes JJ. Orientações de enfermagem aos pacientes sobre o autocuidado e os sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico para a pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. *Revista Mineira de Enfermagem*. [internet] 2010 [cited 2015 aug 8];14(2):239-43. Available from: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622010000200014>.
4. Moreira RAN, Caetano JÁ, Barros LM, Galvão MTG. Nursing diagnoses, related factors and risk factors during the postoperative period following bariatric surgery. *Rev Esc Enferm USP*. [internet] 2013 [cited 2015 aug 8];47(1):168-75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100021>.
5. Adamy EK, Tosatti M. Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: visão da equipe de enfermagem. *Revista de*

- Enfermagem da UFSM. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];2(2):300-10. Available from:<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5054/3754>.
6. Costa Junior ÁL, Doca FNP, Araújo I, Martins L, Mundim L, Penatti T, et al. Psychological preparation in patients undergoing surgical procedures. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];29(2):271-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a13v29n2.pdf>.
 7. Razera APR, Braga EM. The importance of communication during the postoperative recovery period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [internet] 2011 [cited 2015 aug 8];45(3):632-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300012>.
 8. de Araújo Saldanha E, Lima FBB, de Sá JD, Fernandes MldCD, de Carvalho Lira ALB, de Oliveira Lopes MV. Defining characteristics present in patients receiving post-operative care after prostatectomy: a transversal study. *Online Braz J Nurs*. 2013 [cited 2015 aug 8];12(3):442-50. Available from:<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4072>.
 9. Giordani AT, Sonobe HM, Ezaias GM, Valério MA, Barra MR, STADLER DV. Profile of surgical patients treated in a public hospital. *Journal of Nursing UFPE*. 2014;9(1):54-61.
 10. Aguiar APL, Prado PRd, Optiz SP, Optiz SP, Faro ARMdC. Fatores associados à infecção de sítio cirúrgico em um hospital na Amazônia ocidental brasileira. *Rev SOBECC*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];17(3):60-70. Available from: [http://itpack31.itarget.com.br/uploads/snf/arquivos/Ano17_n3_%20jul_set2012_\(Fatores_associados_infeccao_de_sitio_cirurgico_em_um_hospital_na_amazonia_ocidental_brasileira\).pdf](http://itpack31.itarget.com.br/uploads/snf/arquivos/Ano17_n3_%20jul_set2012_(Fatores_associados_infeccao_de_sitio_cirurgico_em_um_hospital_na_amazonia_ocidental_brasileira).pdf).
 11. Junker T, Mujagic E, Hoffmann H, Rosenthal R, Misteli H, Zwahlen M, et al. Prevention and control of surgical site infections: review of the Basel Cohort Study. *Swiss Med Wkly*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];142:w13616. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22949137>.
 12. Mabit C, Marcheix P, Mounier M, Dijoux P, Pestourie N, Bonnevalle P, et al. Impact of a surgical site infection (SSI) surveillance program in orthopedics and traumatology. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2012 [cited 2015 aug 8];98(6):690-5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877056812001594>.
 13. Florentino D, de Sousa F, Maiworn AI, Carvalho AC, Silva KM. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];11(2). Available from:<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8942/6835>.
 14. Remonatto AR, Coutinho AOR, de Souza EN. Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós-alta hospitalar: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];2(1):39-48. Available from:<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3829>.
 15. de Lemos Negreiros P, de Oliveira Fernandes M, de Freitas Macedo-Costa KN, da Silva GRF. Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [internet] 2010 [cited 2015 aug 8];12(1). Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a15.htm>.
 16. Bax AMC, de Araujo STC A. Expressão não verbal do paciente no cuidado: percepção do enfermeiro em unidade cardiointensiva. *Esc Anna Nery*. 2012 [cited 2015 aug 8];16(4):728-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400012>.
 17. Santos DRFd, Silva FBL, Saldanha EdA, Lira ALBdC, Vitor AF. Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [internet] 2012 [cited 2015 aug 8];14(3):670-701. Available from: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/1/11716>.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 08/08/2015
Revisado: 18/04/2016
Aprobado: 27/04/2016