



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**EFFECTIVIDAD DE LA VISITA PREQUIRURGICA DE ENFERMERIA
EN LA COMODIDAD DEL CLIENTE PROSTATECTOMIZADO
DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:
ENFERMERIA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**PRESENTADO POR:
ALVARO VIVAS MUÑOZ**

**ASESOR:
DRA. MAGDALENA TALLA LINDERMAN**

**CHINCHA- ICA -PERÚ
2017**

PRESENTACIÓN

Sra.: Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica
Señores miembros del jurado.

En cumplimiento de las disposiciones establecidas por el reglamento de Grados y Títulos vigente en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica Para Optar el Título profesional de Segunda Especialización de Enfermería en Centro Quirúrgico, pongo a vuestra consideración el presente proyecto de investigación **“EFECTIVIDAD DE LA VISITA PREQUIRURGICA DE ENFERMERIA EN LA COMODIDAD DEL CLIENTE PROSTATECTOMIZADO DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO”** en el Hospital Militar Central 2017; el mismo que tiene como propósito, aplicar el proceso de Atención de Enfermería, utilizando los dominios de la Taxonomía NANDA, a fin de elevar el nivel de profesional y garantizar una atención de calidad en el paciente a nuestro cuidados.

Esperando que el presente, permita contribuir en la mejora de registros del ejercicio profesional obtención del título de la segunda especialidad y pueda servir como elemento de consulta para estudiantes y profesionales de Enfermería.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	4
CAPITULO I EL PROBLEMA	
1.1 Planeamiento del problema	5
1.2 Justificación del estudio	7
1.3 Formulación del problema	7
CAPITULO II PROPOSITO Y OBJETIVOS	
2.1 Propósito	8
2.2 Objetivos	8
2.2.1 Objetivos General	8
2.2.2 Objetivos Específicos	8
CAPITULO III MARCO TEORICO	
3.1 Antecedentes	9
3.2 Base teórica	13
CAPITULO IV HIPOTESIS Y VARIABLES	
4.1 Hipótesis	19
4.2 Variables	19
4.3 Operacionalización de las variables	20
CAPITULO V MATERIAL Y METODO	
5.1 Tipo de estudio	24
5.2 Área del Estudio	24
5.3 Población y Muestra	24
5.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos	25
5.5 Tabulación de datos y análisis de datos	26
CAPITULO VI CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS	
6.1.1 Consideraciones Éticas	27
6.1.2 Consideraciones Administrativas	27
6.1.2.1 Cronograma de actividades	28
6.6.2.2 Presupuesto	29
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	30-32
ANEXOS	33-39

INTRODUCCIÓN

Los clientes quirúrgicos tienen necesidades reales de información, sobre sus procedimientos quirúrgicos y también acerca del circuito que seguirán durante su estancia en el hospital; las cuales están orientadas a mejorar su bienestar y comodidad en el postoperatorio inmediato. (Griffin 1)

Cuando una persona requiere de una intervención quirúrgica se convierte en dependiente del cuidado profesional, debido a que esa experiencia de salud condiciona la aparición de reacciones de ansiedad, angustia y temor, porque no sabe cómo se recuperará, a esto se suma la separación del ambiente familiar y el entorno desconocido que representa el hospital, necesitando de atención e información especializada que influye en el proceso quirúrgico y estrategias de afrontamiento. (2,3)

De ser posible, el cliente deberá llegar a la intervención quirúrgica conociendo los hechos que le sucederán; provistos del estado de ánimo y de una ansiedad controlada que le permitan canalizar su energía hacia una actitud de colaboración y participación activa durante el proceso quirúrgico y de recuperación post operatorio inmediato . (3)

El presente estudio incluirá clientes que están programados para una cirugía de prostatectomía, teniendo en cuenta que el cáncer de próstata constituye el segundo más común en los hombres, se pretende conocer los beneficios de la aplicación de un modelo de visita pre quirúrgica estructurada a clientes programados para prostatectomía, considerando esta necesaria en los centros hospitalarios del país favoreciendo la recuperación post operatoria y la disminución la estancia hospitalaria.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La cirugía implica la alteración deliberada y planeada del organismo y la vida de una persona a fin de detener, aliviar o eliminar el proceso patológico que enfrenta.

La expresión máxima de cirugía está representada por el acto quirúrgico, que constituye una agresión física al organismo, con efectos negativos en la capacidad para satisfacer las necesidades básicas, físicas y emocionales. (4)

Situación que demanda que la enfermera valore cuidadosamente al cliente en la etapa prequirúrgica considerando sus dimensiones bio-psico-sociales, para que durante el postoperatorio inmediato participa activamente en su recuperación, evitando o reduciendo las complicaciones recurrentes de la cirugía y, especialmente, la ansiedad que puede afectar seriamente su bienestar en la etapa de recuperación impactando en el periodo de estancia hospitalaria. (5)

Dowd T., citando a KOLCABA, destaca el carácter holístico de la comodidad en los seres humanos, considerando que los individuos tienen componente mental, espiritual, emocional y de vida, que están íntimamente conectados con sus cuerpos físicos.(6)

Por lo general los clientes programados para una intervención quirúrgica se encuentran en situación altamente estresante, la cual se agudiza si previamente el cliente no tuvo contacto con el medio hospitalario y/o quirúrgico, desconociendo toda la rutina que acompaña la etapa pre y la postquirúrgico. (2,8)

En España, desde hace varios años los profesionales en enfermería que laboran en quirófano, conscientes de las necesidades de los clientes quirúrgicos, realizan una visita previa a la intervención, con el objetivo de disminuir la ansiedad y proporcionar información sobre la intervención quirúrgica que seguirá el cliente, actualmente esta

actividad se encuentra protocolizada para un mayor desarrollo de la misma, respetando las particularidades de cada institución. (8)

Esta situación puede llegar a repercutir negativamente en la evolución del cliente en la fase del postoperatorio inmediato, tornándose poco colaborador y temeroso de los cuidados que demandan. En el caso particular, los clientes programados para prostatectomía se enfrentaran a diversas situaciones propias del postoperatorio inmediato de dicha patología, con efectos secundarios de anestesia, limitaciones al hablar, al movimiento, con la presencia de sonda Foley, irrigación vesical, drenajes, sensación urgente de micción, tenesmo vesical y observa la presencia de la irrigación vesical con retorno de características hematóricas. Por tal motivo el desconocimiento que el cliente presente influye en la participación colaborativa del post operatorio del cliente prostatectomizado pueda no ser la más asertiva y la comodidad no tenga los resultados esperados. (9,10)

I.2 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La motivación para realizar este estudio surgió al observar que el cliente intervenido quirúrgicamente de prostatectomía adopta incomodidad en la etapa postoperatoria inmediata que afecta su recuperación. Esta situación replantea la necesidad de preparar adecuadamente al cliente en la etapa preoperatorio, garantizando así una recuperación postoperatoria más tranquila y menos lesivo recudiendo las complicaciones y especialmente disminuyendo la ansiedad y el dolor, aspectos que redundan en su bienestar y comodidad favoreciendo la comodidad y una estancia hospitalaria menor.

Este estudio tiene como objetivo evaluar en qué medida la visita prequirúrgica por enfermería contribuirá a la comodidad del cliente prostatectomizado durante el postoperatorio inmediato, cuyos resultados permitirán demostrar la necesidad de implantar una visita prequirúrgica de enfermería en el preoperatorio.

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

Frente a esta realidad surge la necesidad de buscar algunas estrategias que ayuden a los clientes a tener mayor conciencia de colaboración al proceso quirúrgico y mayor control de su estado de salud-enfermedad; así, se plantea la siguiente pregunta

¿ES EFECTIVA LA VISITA PREQUIRURGICA DE ENFERMERIA A LA COMODIDAD DEL CLIENTE SOMETIDO A PROSTATECTOMIA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL JUNIO-AGOSTO 2017?

CAPITULO II

PROPOSITO Y OBJETIVOS

2.1. PROPOSITO

El presente trabajo a través de sus resultados intenta contribuir a establecer con mayor especificidad cuál es la necesidad que el paciente presenta cuando tiene que afrontar una intervención quirúrgica y el beneficio de una intervención oportuna que favorezca la colaboración y recuperación del cliente prostatectomizado.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad de la visita prequirúrgica de enfermería en el nivel de la comodidad del cliente prostatectomizado, durante el postoperatorio inmediato

2.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el nivel de comodidad que presenta el cliente que va ser prostatectomizado mediante la visita pre quirúrgica (identificando el/los diagnóstico de enfermería según el NANDA, y realizando la intervención educativa durante la etapa pre operatoria.
- Determinar el nivel de comodidad que presenta el cliente prostatectomizado en la etapa pre operatoria.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES

Castro CR: Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos sobre los efectos post operatorios inmediatos a los clientes quirúrgicos.

Este estudio también fue cuasi-experimental realizado en las unidades de cirugía general en el hospital militar central, con el objeto de determinar la efectividad del programa educativo en el incremento de conocimiento sobre los efectos post operatorio inmediatos a los clientes quirúrgicos, concluyendo que el programa educativo fue significativamente efectivo en el incremento del nivel de conocimiento. (11)

Núñez GA., Ramos FM, Aparceros BL., Galisteos DR., López RL, Barea MA et al. Valoración de un programa estandarizado de visita preoperatorio de enfermería en anestesia-reanimación y terapia del dolor.

Estudio experimental realizado, en el Servicio de anestesia y reanimación pos analgésica del Hospital Universitario Acapulco Sevilla; con el objetivo de valorar la efectividad de un programa sobre la actitud y conocimientos de los clientes sobre niveles de ansiedad y control del dolor postoperatorio; siendo que grupo experimental recibió un programa estandarizado de visita preoperatoria de Enfermería. Sus resultados muestran que el grupo control presento menos dolor, sobre todo a las 24 horas de la intervención quirúrgica. Con relación al grado de satisfacción este grupo valora que la intervención de enfermería fue buena (21.4%) y muy satisfactorias (78.6%), concluyéndose que se alcanza menores puntuaciones del dolor y consumo de medicación analgésica, mejor control del nerviosismo y manejo adecuado del dolor. Destacándose que el cliente conoce el proceso quirúrgico e identifica a los profesionales que le atienden y con alto grado de satisfacción del usuario y la familia. (12)

López CN. Intervención de enfermería en la valoración prevención de complicaciones respiratoria en el postoperatorio inmediato de cirugía abdominal.

Se trata de un estudio cuasiexperimental realizado en el Servicio de Cirugía y Sala de Recuperación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, teniendo como

objetivo planificar y brindar atención directa en la etapa pre y pos-operatoria a los clientes. La población estuvo conformada por 56 clientes. La autora concluye que la atención directa planificada y programada de la enfermera en la etapa preoperatoria influye de manera importante en el post operatorio inmediato del cliente, quien participa de forma activa, lo que favorece su recuperación y prevenir las posibles complicaciones, generalmente las de tipo respiratorio.(13)

Yalta VL; Efectos de la atención de enfermería preoperatorio a clientes con cirugía abdominal.

Finalmente el estudio experimental realizado en los servicios de Emergencia y Cirugía "B" del Hospital Nacional Cayetano Heredia, con el objetivo de conocer los aspectos necesarios para favorecer un post operatorio en forma más satisfactoria posible y evaluar el nivel de aprendizaje de los clientes intervenidos con y sin intervención educativa. Los autores concluyen que los clientes del grupo experimental se recuperan mejor y mas rápidamente, observándose una conducta positiva; mientras que los del grupo control debido al temor y la sensación de mucho dolor tuvieron más molestias y su conducta fue negativa.(14)

3.2 BASE TEORICA

La Visita pre quirúrgica de enfermería es un programa estandarizado que consiste en la realización de una visita al cliente y familia un día antes de su intervención quirúrgica con el objetivo de valorar la actitud, sobre niveles de ansiedad preoperatorio, además de saber cuanto saben sobre el control del dolor postoperatorio y su patología o cirugía propiamente dicha .(12)

Shudam refiere que es difícil hablar de visita prequirúrgica como un todo, pero sí de visita prequirúrgica en clientes que van a ser intervenidos de algo concreto, requiriendo preparación física, educativa y psicológica determinada. Es decir, que la visita prequirúrgica es específica y selectiva; de la misma manera especifica algunas de las condiciones en las cuales la educación prequirúrgica es efectiva, el estilo de la interacción con el cliente, los contenidos de la enseñanza, el momento de la educación y la estructura de la educación preoperatorio.(15)

La estructura de los planes de cuidado individualizado mediante la visita prequirúrgica de enfermería permite a la enfermería cubrir las necesidades de los clientes y profundizar en la necesidad de comunicarse. También se facilita a los clientes afrontar de manera progresiva los cambios y las crisis que desencadenan los actos quirúrgicos, potenciando sus recursos y fomentando su autonomía, canalizando su energía hacia una actitud de participación y colaboración activa en el proceso quirúrgico. (3)

Se parte del supuesto de que esta visita favorecerá a todos estos clientes, independientemente de la patología que padezcan y del tipo de intervención a que se sometan, ya que la intervención quirúrgica para un cliente y su familia, es una situación altamente estresante, no solo por la hospitalización, adaptación al medio y sometimiento a la anestesia, si no por que genera alteración bio-psico-social en la persona; situación que se hace mas tensa cuando es la primera vez que la persona este en contacto con el medio hospitalario y/o quirúrgico, desconociendo toda la rutina que acompaña tanto a la etapa pre y postoperatorio inmediata.(8)

En este trabajo de investigación se incluirá clientes que están programados para una cirugía de prostatectomía, teniendo en cuenta que el cáncer de próstata constituye el segundo más común en los hombres y es la segunda causa principal de muerte después del cáncer de pulmón. Reconociendo que este tipo de cáncer se presenta en varones adultos, dados los cambios fisiológicos presentes en esta población, es común que a los 60 años se diagnostique hipertrofia prostática benigna.(10)

Este tipo de cáncer crece lentamente y en su estadio inicial puede no producir signos ni síntomas, según avanza el crecimiento del tumor comienzan a aparecer algunos síntomas como, por ejemplo, goteo al final de la micción, sangre en la orina, disminución de la fuerza del chorro de orina. (10,16)

Según estadísticas la tasa de supervivencia es de un 85% para aquellos clientes cuyo cáncer se descubre en una etapa precoz, rara vez este tipo de cáncer aparece antes de los 55 años, en su gran mayoría los hombres diagnosticados tienen 65 años o más, a pesar de que este cáncer se está volviendo más frecuente, posiblemente por el aumento en la esperanza de vida. (10)

Otros, como la quimioterapia, suelen ser poco efectivos en el tratamiento de este tipo de cáncer en etapas más avanzadas. Es de gran importancia el diagnóstico precoz en el cáncer de próstata. Las medidas para lograr la detección temprana del tumor son dos:

- El tacto rectal y la determinación del antígeno prostático específico (PSA), una proteína cuya alta concentración en sangre puede indicar la presencia de alteraciones en la próstata.

(10)

Entre los tipos principales de cirugía de prostatectomía se encuentran: resección transuretral de la próstata y adenectomía prostática que es la extirpación del adenoma o extirpación de toda la glándula prostática y en caso de existir un carcinoma se realiza una resección radical de la próstata. (9)

Una de las posibles complicaciones en una intervención prostática sería la hemorragia, debiendo valorarse la diuresis por medio de la irrigación vesical pudiéndose tomar de hematúrico claro a hematuria franca, las primeras 24 horas.

Puede presentarse también hiponatremia dilucional, desequilibrio electrolito grave para esto se tendrá en cuenta el control del nivel de electrolitos en sangre del cliente. En caso de que los resultados de bioquímica en sangre, refleja una hiponatremia se comunicará de inmediato al médico tratante teniendo en cuenta los síntomas de: agitación, confusión, náusea, pulso lento y un aumento de la presión arterial esto se origina al inicio; si el trastorno evoluciona y la presión arterial desciende puede llegar a complicarse con un edema pulmonar, insuficiencia renal, coma y muerte. (9)

Las consideraciones sobre las sondas deben ser lo suficientemente de un calibre mayor (22, 24, 26); como para permitir que pasen los coágulos de sangre. Se deberá comprobar la permeabilidad cada 20 minutos durante las dos primeras horas del post operatorio; cada 30 minutos durante las dos horas siguientes y luego cada hora durante las 24 horas siguientes.

Explorar la vejiga para determinar si esta distendida por la presencia de algún coágulo; si hubiera en este caso se procederá a ordeñarse luego irrigar con suero salino. La irrigación será continua con una sonda de 3 vías a través de un tubo en Y. Para calcular el flujo urinario se resta la cantidad de solución de irrigación que se ha introducido de la que quede en la bolsa de drenaje. Si los coágulos son demasiados grandes para extraerlos únicamente

será con la solución de irrigación y si esto no fuera efectivo se necesitará de una irrigación manual esta técnica solo se debe efectuarse por indicación médica. (9)

Los espasmos de la vejiga son dolores agudos y repentinos que se acompañan de sensación de defecar y de miccionar, al mismo de tiempo esto se puede agravar si se tracciona el catéter. A menudo existe drenaje sanguinolento que procede del meato, en general ocasionado por los espasmos sí existe una fuga alrededor de la sonda, acompañándose de intensos deseos de defecar; evidenciando la posible obstrucción de la sonda. (9)

Dada esta realidad la comodidad se encuentra totalmente alterada .En ausencia de la comodidad el cliente experimenta una sensación desagradable el cual le impide concentrarse en algo definido, ya que para realizar una actividad el ser humano debe ignorar el ambiente y así lograr la comodidad. Siendo la responsabilidad de la enfermera promover la comodidad en estas personas (17)

Cuando un cliente va a ser sometido a una intervención quirúrgica, lo primero que ronda por su mente es todo lo referente a la operación, surgen muchos otros relacionados con el ingreso hospitalario, las actividades a desarrollar dentro del hospital, el curso del postoperatorio y el posible retorno a la vida laboral. (6)

En el periodo postoperatorio LA COMODIDAD comprende el concepto de analgesia, evidenciándose por la ausencia de náuseas, vómitos, depresión respiratoria, la conservación o restauración completa del estado de conciencia, la ausencia de ansiedad y estrés motivada por la operación quirúrgica realizada o por el futuro que espera el cliente tras la misma. (18)

El presente estudio se enfatiza el tema de la comodidad en el postoperatorio de los clientes pos operados de próstata ya que es base fundamental para que el cliente se tome con una actitud de colaboración proactiva durante el proceso quirúrgico y en su recuperación, es por ello que a continuación KOLKABA reafirma el carácter holístico de la comodidad.

Dowd T, citando a Kolcaba, reafirma que la comodidad tiene carácter holístico en los seres humanos, considerando que los individuos tienen expresión mental, espiritual, emocional de vida y que están íntimamente conectados con sus cuerpos físicos. Las define también como la comodidad inmediata del estado del cliente, esta se refuerza por tener las

necesidades humanas para el socorro, la facilidad y la trascendencia (tipo de comodidad) dirigida a lo físico, psicoespiritual, socio cultural y del medio ambiente (6).

Estas definiciones hacen hincapié en el cuidado holístico del ser humano, resaltando la esencia mental y espiritual. Reconociendo que las enfermeras en el Perú pueden no cumplir integralmente las necesidades de comodidad de todos los clientes, haciendo todo lo posible por aliviar el dolor, la angustia y la soledad, siendo necesario buscar nuevas formas y maneras de cuidado. (6)

Kolcaba identifica, tres tipos de comodidad, El primer tipo de socorro, es el estado de tener un malestar aliviado en el postoperatorio; alguno de los malestares comunes a los que se refiere, es el dolor, las náuseas, el frío o la ansiedad. El segundo tipo de comodidad se refiere a un estado de satisfacción para el cliente, esto puede referirse a la comodidad de las necesidades derivadas de su experiencia anterior con una necesidad particular relacionada con el diagnóstico, por ejemplo, los clientes con incertidumbre en cuanto a su diagnóstico pueden necesitar apoyo emocional para lograr la Comodidad en este ámbito, las enfermeras pueden prevenir o reducir al mínimo estas necesidades. El tercer tipo de comodidad es la trascendencia. Que abarca la necesidad de inspiración, el fortalecimiento y la motivación y psico espiritual a menudo las enfermeras se centran en satisfacer plenamente los otros tipos de necesidades de comodidad para sus clientes, ejemplo, podrían ayudar a los clientes en la distracción y relajación para respirar durante el dolor y la ansiedad, aún cuando las náuseas y vómitos persistan a pesar del tratamiento con antieméticos. (6).

Dowd T a partir de Kolcaba refuerza las definiciones del holismo reafirmando los contextos en los que se experimentan la comodidad a partir de la revisión bibliográfica lo defino:1)Físico Pertenece a las sensaciones corporales.2)Psicoespiritual hace referencia al conocimiento interno de la identidad, incluidos la autoestima, el auto concepto, la sexualidad y el significado de la vida; además de la relación de una persona con un orden superior 3),Ambiental Pertenece al entorno, las condiciones y las influencias externas de lo cotidiano,4)Sociocultural se refiere a las relaciones interpersonales, familiares, sociales y su medio cultural. (6)

Por lo general los clientes con enfermedad prostática son clientes adultos mayores por ello, Friedman refiere que la salud en ellos se ve afectada por enfermedades requiriendo muchas veces tratamiento quirúrgico, como única alternativa de curación. Así una

intervención quirúrgica puede ser considerada importante para el cliente, dado que cada persona percibe la cirugía en forma diferente, observándose una amplia gama de respuestas, destacándose la ansiedad, frustración, enfado, incapacidad de adaptación y dificultad para tomar decisiones. (21)

Según Evans y Bruner, la Ansiedad es una respuesta normal a los estados de alarma y amenaza. Es una reacción emocional a la percepción de peligro, real o imaginario con repercusiones fisiológicas, psicológicas y en la conducta. Ansiedad y temor pueden usarse como sinónimos, sin embargo, el temor se refiere a una amenaza específica y la ansiedad a una no específica y puede manifestarse a través de diversos síntomas y signos, los cuales se circunscriben dentro de tres formas de expresión: fisiológicos, psíquicos y conductuales. (4,19)

En las manifestaciones Fisiológicas van de acuerdo a la reacción del cliente ante los cambios de tensión. La excitación fisiológica y las manifestaciones conductuales que contribuyen a la desagradable sensación del estado de ansiedad incluyen palpitaciones cardíacas (Taquicardia), alteraciones en la respiración, sudor, inquietud, temblores y estremecimientos, náusea y vértigo. (20)

Seguido de las manifestaciones Psicológicas: se dividen en dos: emotivo y cognitivo, el emotivo se caracteriza por la anticipación desagradable de algún peligro o predicción; refiriéndose a la experiencia de sentimientos de miedo, peligro o amenaza inminente. Y el cognitivo anuncia las manifestaciones o alteraciones de las actividades psicológicas como la atención, memoria y lenguaje. (20)

Finalmente en las manifestaciones Conductuales: la ansiedad se presenta de forma paralela, abarcando los tres modos subjetivos: cognitivo-emocional, fisiológico y conductuales refiriéndose a conductas que son comunes en los clientes ansiosos, como agitación, pánico, tendencia a aislarse, afabilidad excesiva, agresividad o desconfianza exagerada. (20)

El cliente hospitalizado va a tener un cambio drástico quizás por primera vez, además evidencia la interferencia en sus relaciones, por las reglas y normas institucionales sustituyendo las suyas, también por su nueva habitación cama, ropa, tratamiento médico higiene corporal y horario de visitas.

En el posquirúrgico, el dolor es una sensación común entre los clientes, siendo uno de los peores tratados, pudiendo durar horas o días, provocando ansiedad y angustia. Tradicionalmente el tratamiento del dolor es limitado y carente, siendo que en muchas ocasiones se le considera normal. La deficiencia o ausencia de analgesia produce efectos deletéreos en el cliente a nivel respiratorio, cardiovascular y sistema neuroendocrino. (22)

El dolor, posquirúrgico, causa una respuesta endocrina que incrementa la secreción de cortisol, catecolamina y otras hormonas del estrés. Presentándose también taquicardia, hipertensión, disminución del flujo sanguíneo regional, alteraciones de la respuesta inmune, hiperglicemia lo cual es determinante en la morbi-mortalidad durante el periodo postoperatorio. (23)

Existe dos tipos de dolor: nociceptivo o sensorial, que constituye el dolor inflamatorio debido al estímulo químico, mecánico o térmico en los nociceptores (nervios que responden a un estímulo doloroso). Y el dolor neuropático que es el resultado de una lesión, además de una alteración en la transmisión de la información nociceptiva a nivel del sistema nervioso central o periférico. Este dolor se caracteriza por la presencia de alodinia, que significa experimentar sensación de dolor ante estímulos que habitualmente no son dolorosos.

El dolor postoperatorio se genera por dos mecanismos, los Mecanismos directos tras la sección de las terminaciones nerviosas a nivel de las diferentes estructuras afectadas por la agresión quirúrgica y los Mecanismos indirectos tras la liberación de sustancias alógenas capaces de activar y/o sensibilizar los receptores encargados de procesar la sensación nociceptiva (24) . A través de ellos se originan una serie de impulsos nociceptivos en el sistema nervioso central desencadenándose una reacción en cascada, afectando a diferentes sistemas: respiratorio, cardio-circulatorio, digestivo endocrino y metabólico. Esta respuesta al estrés quirúrgico va a aumentar la morbilidad postoperatoria, prolongando así la estancia hospitalaria y el costo. (23, 24)

En el postoperatorio inmediato existen muchas escalas para medir el dolor. La Escala Visual Analógica (EVA) mide la intensidad del dolor que describe el cliente. En una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. La ausencia o menor intensidad y la mayor intensidad. Se solicita al cliente

que marque el punto que indique la intensidad y se mide con una regla la intensidad que se expresa en centímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

Otra forma de medición es la Escala numérica (EN) que es un conjunto de números categorizados de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al cliente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es un método más sencillo de interpretar y el más utilizado. (7,25)

Existe también la escala categórica (EC), que se utiliza cuando el cliente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresado en categorías, dando un equivalente numérico: no hay nada de dolor (0), poco dolor (4), bastante dolor (6) y mucho dolor (10).

En el caso de dolor infantil, la medición del dolor es diferente existiendo escalas de medición específicas para infantes y otras para neonatos. (25)

En la cirugía radical de próstata, el manejo del dolor postoperatorio se realiza a través de la analgesia epidural, que es una técnica muy útil de manejo rápido y puede utilizarse como analgesia de rescate en casos de dolor intenso. (7)

El dolor postoperatorio tiene cuatro causas principales: 1) la ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor por parte del personal sanitario; 2) la falta de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad del dolor y de la eficacia de los tratamientos utilizados; 3) la carencia de información/educación del cliente sobre las consecuencias del dolor no tratado de forma adecuada, y sobre las posibilidades de analgesia en el periodo postoperatorio; 4) la falta de estructuras organizativas que gestionen el proceso del dolor a lo largo de todo el recorrido quirúrgico, en las que participen todos los estamentos implicados en la asistencia al cliente, y que se adapten a las características del centro sanitario donde se apliquen.

Durante el postoperatorio, la enfermera especialista en el área brinda los cuidados de enfermería, deben de estar principalmente dirigidos hacia la identificación y resolución de las complicaciones potenciales. La enfermería, en su condición de cuidadora se convierte en este contexto en un profesional clave en la atención del cliente prostatectomizado en el postoperatorio inmediato.

CAPITULO IV

HIPOTESIS Y VARIABLES

4.1 HIPOTESIS

-La visita prequirúrgica en el cliente programado para prostatectomía contribuye a mejorar la comodidad en el postoperatorio inmediato

4.2 VARIABLES

4.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Visita pre quirúrgico de enfermería

4.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

Comodidad del cliente prostatectomizado.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Visita Prequirúrgica de enfermería</p>	<p>Programa educativo estandarizado que consiste en una visita al cliente un día antes de su cirugía programada que orienta que facilita la dación de conocimientos Preoperatorios.</p>	<p>Identificación de los Diagnósticos de enfermería según la taxonomía Nanda, se establecen resultados según taxonomía NOC, y se proponen intervenciones según taxonomía NIC.</p> <p>Programa educativo impartido al cliente prostatectomizado.</p>	<p>Evaluación pre quirúrgica de enfermería que identifica las necesidades, intervención y resultados esperados en el cliente prostatectomizado.</p> <p>Conocimiento impartido sobre aspectos básicos en pacientes que será sometidos a un acto quirúrgico: prostatectomía: Contenido teórico sobre: -Prostatectomía – generalidades</p>	<p>Diagnósticos prevalentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento deficiente: Etapa prequirúrgica y post quirúrgica r/a poca familiarización con los recursos para detener la información, mala interpretación de la información. • Ansiedad r/a cambios en el estado de salud y desconocimiento de las rutinas. • Dolor r/a procedimiento quirúrgico <p>Escala de medida de la escala de Likert</p> <p>1-ninguno 2-escaso 3-moderado 4-sustancial 5-extenso</p>

			<p>Presencia de sonda, drenes entre otros.</p> <p>-Manifestaciones de la anestesia</p> <p>-Tratamiento.</p> <p>Participación colaborativa del cliente</p>	<p>Solicita asistencia personal al profesional de enfermería manteniendo una actitud participativa colaborativa:</p> <p>No se agita ,no grita</p> <p>-Funciones vitales en parámetros adecuados al cliente.</p>
--	--	--	--	---

VARIABLE DEPENDIENTE				
Comodidad del cliente prostatectomizado	Sensación de bienestar que acompaña al cliente.	<p>Primer tipo de comodidad de socorro</p> <p>Segundo tipo de socorro un estado de satisfacción del cliente</p>	<p>-Estado de tener un malestar aliviado en el post operatorio del cliente prostatectomizado, Manejo de las sensaciones corporales como dolor nauseas, vómitos, frio, ansiedad y limitación del movimiento.</p> <p>Es la comodidad de las necesidades derivadas de la experiencia anterior gracias a su conocimiento Contenido teórico sobre:</p> <p>-Prostatectomía – generalidades Presencia de sonda, drenes entre otros. -Manifestaciones de la anestesia -Tratamiento.</p>	<p>Estabilización de las sensaciones corporales: Náuseas, vómitos, frio, limitación de movimiento.</p> <p>Escala de estaninos</p> <p>Niveles de comodidad :</p> <p>-comodidad bajo. -comodidad medio. -comodidad alto</p> <p>Manifiesta confianza de recuperación Escala de medida de la escala de Likert</p> <p>1-ninguno 2-escaso 3-moderado 4-sustancial 5-extenso</p>

			<p>Es la respuesta que el cliente manifiesta mediante el control de la ansiedad, temor.</p>	
		<p>Tercer tipo de comodidad trascendencia</p>	<p>Comodidad que abarca el fortalecimiento de la inspiración y la motivación psicoespiritual a los clientes, prostatectomizados ayudando en la distracción y la Relajación para respirar durante el dolor y la ansiedad.</p>	

CAPITULO V

MATERIAL Y METODO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es cuantitativo, cuasi-experimental, de corte longitudinal

5.2 AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizara en el Hospital Militar Central; en las unidades de Cirugía General; y la unidad de recuperación Post. Anestesia.

5.3- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estará conformado por 93 clientes programados para la intervención quirúrgica de prostatectomía en un trimestre.

La muestra será seleccionada a partir de aplicación de los criterios de inclusión y exclusión y su tamaño se determinara mediante; la aplicación de la formula muestral.

FORMULA MUESTRAL

N= pacientes de un trimestre. = 93

P= proporción de pacientes con nivel de bienestar bajo.

P= 0.5 (se desconoce), Q=0.5

E= 5% (0.05) error de estimación

Z= 1.96 (95% de confianza)

$$n = \frac{Z^2 * P * Q}{E^2} = \frac{1.96 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = 385$$

N=93

$$nf = \frac{n}{1 + n / N} = 75$$

Se trabajara con 76 pacientes durante el trimestre, formándose 2 grupos: el grupo control y el grupo experimental.

Criterios de inclusión:

Cientes varones programados para prostatectomía.

Cientes adultos mayores cuyas edades varían de 45 a >

Cientes consientes.

Cientes con anestesia regional.

Cientes programados para intervención quirúrgica electiva, primera vez.

Criterios de exclusión:

Cientes con enfermedades mentales y alteración de sensorio.

Cientes que ingresen de emergencia.

Cientes con grado de dependencia III.

Cientes con alteraciones sensoriales.

Cientes operados por segunda vez a más.

5.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar la información, en este caso el nivel de comodidad se hará uso de un instrumento elaborado por las investigadoras: una guía de observación la que se aplicara durante el post operatorio y precisara el cambio operado a partir de la intervención educativa, precisando el diagnostico del pre operatorio y los resultados esperados en el post operatorio,

Considerando que la visita pre quirúrgica es una técnica que hace uso del Programa de Atención de Enfermería (PAE), en la etapa preoperatoria se evaluara y determinara la comodidad del paciente mediante los diagnósticos de enfermería.

Luego se procederá a intervenir para en un segundo momento realizar en el post operatorio la segunda evaluación que identificara el nivel de comodidad post intervención.

Para la ejecución del estudio se solicitara el permiso correspondiente a la Dirección del Hospital Militar así como a las jefaturas médicas y de enfermería de los servicios en los que se ejecutara el estudio.

Para recolección de la información se hará en un primer momento en la habitación del cliente la tarde antes de su intervención programada, haciendo uso de la visita pre quirúrgica, se entrevista al cliente haciendo una valoración que permitirá identificar sus

necesidades y establecer los diagnósticos de enfermería según NANDA, para luego iniciar la intervención educativa de una duración aproximada de 30 minutos.

En un segundo momento en la unidad de recuperación a las 6 horas del postoperatorio inmediato se aplicará una guía de observación al cliente para evidenciar los niveles de comodidad, relacionadas a las respuestas de colaboración participativa del cliente,

5.5 TABULACION DE DATOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos serán codificados e ingresados a una base de datos creada en el programa estadístico SPSS v15.0 (Programa estadístico para las ciencias sociales) para su análisis.

Para medir el nivel de comodidad, en el grupo control (sin visita prequirúrgica) y en el grupo experimental (con visita prequirúrgica) se aplicará la escala de estatinos, y se obtendrán tablas de distribución de frecuencia según niveles de comodidad (Bajo, Medio y Alto).

Para determinar la efectividad de la visita prequirúrgica, se comparan los puntajes promedios de comodidad obtenidos en ambos grupos. Para seleccionar la prueba estadística, se evaluará la distribución de los puntajes de comodidad, de seguir distribución normal, se aplicara la prueba t para muestras independientes, de lo contrario se aplicara la prueba de Mann Whitney. Se concluirá en efectividad de la visita prequirúrgica cuando se obtenga un p valor inferior a 0.05.

Los resultados serán presentados en cuadros y gráficos.

CAPITULO VI

6.1 CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS

6.1.1 CONSIDERACIONES ETICAS

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

En el presente estudio se considerara el respeto a la dignidad de la persona teniendo en cuenta sus creencias, su integridad física su intimidad y su libertad para decidir su libre participación para integrar el estudio firmando el consentimiento informado. Lo cual implica dar toda la información relevante, con lenguaje comprensible, escuchar y entender durante la entrevista, adoptar una actitud empática, procurar respetar las preferencias del cliente en lo que respecta a su enfermedad. También proporcionar información veraz respetando la confidencialidad de la información.

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

La decisión de su participación tendrá que ser tomada por el propio cliente, previa orientación de los beneficios de salud que obtendrá recibiendo enseñanzas en el preoperatorio que le ayudaran a enfrentar un mejor preoperatorio y postoperatorio.

PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA

La responsabilidad de los investigadores será dedicar a cada cliente el tiempo que necesite así reducir el riesgo de errores mejorando la comunicación. El cliente, al poder expresar todo lo que le preocupa, se siente tratado como persona digna.

6.1.2 CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS

Dentro de esta consideración tenemos el cronograma de actividades que se planteó desde que se inició el proyecto hasta la culminación de la misma, luego el presupuesto del proyecto.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES					
ELABORACION PROYECTO:	ABRIL	MAYO	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
PLANTEAMIENTO PROBLEMA	➤	➤				
JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	➤	➤				
OBJETIVOS		➤	➤			
MARCO TEORICO	➤	➤	➤	➤	➤	
MATERIAL Y METODO				➤	➤	
ELAB. INSTRUMENTOS				➤	➤	
PRUEBA DE EXPERTO					➤	
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO					➤	➤

PRESUPUESTO

Materiales y Recursos	Cantidad	Costo individual	Costo total
A-.Recursos Humanos ENFERMERA	01	-	-
B-.Costo de Materiales			
-Papel Bond A4	250 hojas	0.10	5.00
-Cuadernillos de papel cuadriculado	50 hojas	1	6.00
-Lapiceros	03	1.00	3.00
-lápiz	01	0.50	0.50
-Tipeo	200	0.50	100.00
-Impresiones	200	0.50	100.00
-USB	01	20.00	20.00
C-.RECURSOS ECONOMICOS			
-Pasajes	80	1.20	96.00
-Internet	80	1.50	120.00
-fotocopia	500	0.10	50
Costo total			500,50 soles

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Griffin MJ, Brennan L, Meshare M. Preparative Education and aut come of patient controled analgesia. Canadian Journal of Anesthesiology 1998; 45 (10): 943 – 48.
2. Hurtado VJ, Espino VM. Disminución de la ansiedad del paciente quirúrgico a través de la intervención de enfermería, Marzo 2004; 12 (2): 1.
3. Chirveches C, Arnau A, Soley M, Rossell F, Clotet G, Rousa P, et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería peri operatoria sobre la ansiedad y el dolor. Enfermería Clínica 2006; 16 (1): 3-10.
4. Brunner L, Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgico. 6ta. Ed. México: Editorial Interamericana; 1989.
5. Dugas BW. Tratado de Enfermería Práctica. 5ta. Ed. México: Editorial Interamericana, 1986.
6. Dowd T. La teoría del confort: Tomy AM, Alligood RA. Modelos y Teoría en enfermería. 5ta. Ed. España Elsevier; 2005.p.431-442.
7. García F, Leida I., Larraiza R, Macito T, De La Torre R. 1er Documento de Consenso en el Dolor Post Operatorio en España Julio 2005; 2: 1 – 15.
8. Estepa OM. ¿Cuál es la mejor forma de realizar en nuestro medio la visita pre – quirúrgica para obtener resultados en términos de satisfacción del paciente y reducción del nivel de ansiedad 2. Evidente 2006; 203 (8): 1697 – 638.
9. Manual de la Enfermería. 6ta Ed. España: Grupo Editorial Océano; 1997. P. 385 – 89.
10. Asociación Española de Enfermería en Urología. Atención de Enfermería a paciente prostatectomizados. Enfuro España 2006; 9.
11. Castro CR. Hospital Militar central: Efectividad de un programa educativo en el incremento del nivel de conocimiento acerca de los efectos postoperatorios inmediatos de los clientes quirúrgicos. Tesis Licenciada. Lima: Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos: 2005.
12. Núñez GA, Raos FM, Aparceros BL, Galileos DR, López RL, Barca MA, etal. Valoración de un programa estandarizado de visita preoperatoria de Enfermería en anestesia – reanimación y terapia del dolor 2006.
13. López CN. Hospital Nacional Cayetano Heredia: Intervención de la enfermería en la valoración y prevención de complicaciones respiratorias en el post – operatorio inmediato de cirugía abdominal. Tesis Licenciada. Lima: Lima Perú Universidad Cayetano Heredia; 1996.

14. Yalta VL. Hospital Nacional Cayetano Heredia: Efectos de la atención de Enfermería preoperatorio a clientes con cirugía abdominal. Tesis Licenciada. Lima : Perú Universidad Cayetano Heredia; 1994.
15. Shudam CM “preoperative education Int Nurs Stud. 1999,36:179-87.
16. July LM Potman Publishing Group. Nacional Camer Institute 2004; 2 : 8 – 10.
17. Wikipedia enciclopedia Libre <http://es.Wikipedia.org/wiki/confort>.
18. Torres LM, Aragón F, Marhrez E. Andgesia Vs Confort Postoperatorio. Sociedad Española del dolor. Año; vol : pág.
19. Evans I. “Psicología para un mundo cambiante. 5ta. Ed. México: Editorial Limosa, 1983:
20. Whittaker, J “Psicología. 3ra. Ed. México: Editorial Interamericana 2002.
21. Friedman LC. Anxiety in medical Situations and chemothemaphy – Relate problems Anong Cancer Pahent. Journal Of. Cancer education 1994.
22. Manejo del Dolor Postoperatorio. Hosp. Italiano Buenos aires Octubre 2003:
23. Ministerio de Salud Chile. “Programa Nacional y Cuidados paliativos a clientes con cancer” Ed marzo 1999: 19 – 40.
24. Saralegui J, Valverde M, Bathista W, Amante G, Lagomerciano A, Bounous A. “Atención del paciente en el dolor agudo postoperatorio. Revista médica Uruguay 2006.

ANEXOS

**PROGRAMA DE VISITA PREQUIRURGICA DE ENFERMERIA
A CLIENTES PROGRAMADOS PARA PROSTATECTOMIA**

I. OBJETIVOS:

Preparar psíquicamente al paciente con el propósito de disminuir el grado de ansiedad y temor con respecto a su intervención.

II. ORGANIZACIÓN

TEMPORIZACION

La Visita Pre quirúrgica se realizara en un primer momento en el preoperatorio mediano entre las 14.00 hrs. y las 18.00 hrs. del día anterior a la intervención y concluirá con la evaluación en la unidad de recuperación postanestésica a las 6 horas del pos operatorio inmediato, cuando el paciente se encuentre despierto

PERSONAL A INTERVENIR

La Visita Pre quirúrgica en su segundo momento presenta la intervención educativa a cargo de dos enfermeras de Centro Quirúrgico (recuperación post anestésica).

MATERIALES DE AYUDA

Trípticos informativos, rota folios

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPA PREOPERATORIA	ACTIVIDAD	LUGAR
PRIMERA SESION	INTERVENCION EDUCATIVA	SALA DE HOSPITALIZACION
SEGUNDA SESION	EVALUACION DE LA COMODIDAD (APLICACIÓN DE LA FICHA DE OBSERVACION)	SALA DE RECUPERACION

III. DESARROLLO

1. Identificación de los pacientes que serán sometidos a prostatectomía.
2. Identificar y solicitar autorización del cliente.
3. Realizar una entrevista que permita valorar e identificar las necesidades del cliente, las que serán presentadas mediante un diagnóstico de enfermería.
4. Iniciar la sesión de intervención educativa.

FICHA DE EVALUACION

MARCAR CON UN ASPA EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA QUE PRESENTA EL CLIENTE EN LA ETAPA PREOPERATORIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	PREOPERAT.	POSTOPERAT.
Conocimientos deficientes: Etapa pre quirúrgica y post quirúrgica r/a poca familiarización con los recursos para detener la información, mala interpretación de la información.		
Ansiedad r/con cambios en el estado de salud y desconocimiento de las rutinas.		

FICHA DE OBSERVACION EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

COMODIDAD PSICOLOGICA CONTROL DE LA ANSIEDAD	. SI	NO
Ausencia de manifestación de una conducta de ansiedad:		
A-Tensión muscular ,temblores		
B-Sensación de falta de aire, respiración rápida y superficial		
C-Latidos cardiacos acelerados.		
D-Presión arterial alta.		
E-Mareos nauseas.		
F-Inquietud, agobio.		
Cliente busca información para reducir su ansiedad		
A-Solicita información a la enfermera		
B-Solicita información al medico		
C- Solicita información a otro personal de salud		
Utiliza Técnicas de relajación para reducir la ansiedad		
A-Utiliza técnicas de respiración		
B-Se le observa con ojos cerrados, actitud tranquila.		
C-Solicita al personal si es posible escucha Música		

COMODIDAD FISICA CONTROL DEL DOLOR	SI	NO
Utiliza los signos de alerta para solicitar ayuda al personal de salud		
A- Calidad: ¿Cómo es el dolor?(quemante, punzante)		
B-Intensidad: ¿Cuánto duele? (escala de EVA)		
C-Localización: ¿Dónde duele?		
D-Temporalidad: ¿Cuándo duele?.		
Ausencia de manifestaciones de dolor		
A-Excitación, Irritabilidad, inquietud		
B-Quejidos, llanto, gritos.		
C-Inmovilidad, Aumento de la rigidez.		
D-Expresión facial de dolor.		
E-Aumento de la frecuencia cardiaca.		
F-Aumento de la presión arterial.		
Utiliza medidas de alivio no analgésicas		
A-Utiliza Técnicas de respiración.		
B-Solicita o realiza colocarse en posición antalgica.		

EVALUACION DE RESULTADOS DE JUICIO DE EXPERTOS

PRUEBA BINOMIAL

N°	CRITERIOS	JUECES										ACUERDOS	P
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de la investigación?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
3	¿El instrumento de recolección de datos facilitará el logro de los objetivos de la investigación?	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	09	0.011
4	¿El instrumento de recolección de datos se relaciona con la variable de estudio?	A	A	A	D	A	D	A	A	A	A	08	0.055
5	¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	09	0.011
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?	A	A	A	D	D	A	A	A	A	A	08	0.055
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de los datos?	A	A	A	D	D	A	A	A	A	A	08	0.055
8	¿En el instrumento de recolección de datos Ud. Eliminaría algún ítem?	D	D	D	A	A	D	D	D	D	D	08	0.055
9	¿En el instrumento de recolección de datos Ud. Agregaría algún ítem?	D	D	D	D	A	A	D	D	D	D	08	0.055
10	¿El instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	10	0.001
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	A	A	A	D	D	D	A	A	A	A	07	0.172
TOTAL												0.472	

Existe validez del instrumento: 0.0472 (p<0.05).