

Efecto de un folheto educativo sobre cuidados postoperatorios después del alta hospitalaria: ensayo clínico

Efeito de uma cartilha educativa sobre cuidados pós-operatórios após alta hospitalar: ensaio clínico

Effect of an educational booklet on postoperative care after hospital discharge: a clinical trial

Maynara Lima de Carvalho¹ ; Lorrán Cipriano de Sousa¹ ; Laura Barbosa Nunes¹ ;
Eugênio Barbosa de Melo Júnior¹ ; Priscila Martins Mendes¹ ; Francisco Gilberto Fernandes Pereira¹ 

¹Universidade Federal do Piauí. Picos, PI, Brasil

RESUMEN

Objetivo: probar el efecto de un folheto sobre cuidados postoperatorios de cirugía general, sobre el conocimiento y la adherencia a los cuidados. **Método:** ensayo clínico controlado aleatorizado, con 42 participantes asignados a grupo control e intervención (1:1). La recolección se realizó entre enero y febrero de 2023, en dos momentos: durante el alta, el grupo control recibió el protocolo de la institución y el grupo intervención fue expuesto al folheto; después de siete días, ambos grupos respondieron preguntas sobre conocimiento y adherencia a los cuidados postoperatorios. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** el conocimiento del grupo experimental presentó mejoras en todos los ítems. El grupo control sólo recibió información sobre cuidados con la dieta ($p=0,032$) y los medicamentos ($p=0,000$). En cuanto a la adherencia, el grupo intervención asimiló más los cuidados. **Conclusión:** El folheto tuvo efectos positivos en el conocimiento y la adherencia de los pacientes a los cuidados postoperatorios.

Descriptores: Enfermería; Cuidados Posoperatorios; Tecnología Educacional; Ensayo Clínico Controlado Aleatorio.

RESUMO

Objetivo: testar o efeito de uma cartilha sobre cuidados pós-operatórios de cirurgias gerais, em relação ao conhecimento e adesão aos cuidados. **Método:** ensaio clínico randomizado controlado, com 42 participantes alocados em grupo controle e intervenção (1:1). A coleta ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2023, em dois momentos: durante a alta: o grupo controle recebeu o protocolo da instituição e o grupo intervenção foi exposto à cartilha; após sete dias - os dois grupos responderam às perguntas sobre conhecimento e adesão aos cuidados pós-operatórios. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** houve melhora no conhecimento no grupo experimental em todos os itens. No grupo controle apenas os cuidados com a dieta ($p=0,032$) e medicamentos ($p=0,000$). Sobre a adesão, os cuidados foram mais assimilados pelo grupo intervenção. **Conclusão:** A cartilha produziu efeitos positivos no conhecimento e adesão dos pacientes acerca dos cuidados pós-operatórios.

Descritores: Enfermagem; Cuidados Pós-Operatórios; Tecnologia Educacional; Ensaio Clínico Controlado Aleatório.

ABSTRACT

Objective: to assess the effect of an educational booklet on postoperative care for general surgeries, focusing on knowledge and adherence to care. **Method:** a randomized controlled clinical trial with 42 participants, allocated to a control group and an intervention group (1:1). Data collection occurred between January and February 2023, in two phases: at discharge, the control group received the institution's protocol, while the intervention group was exposed to the booklet. After seven days, both groups answered questions regarding knowledge and adherence to postoperative care. The research was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** there was an improvement in the experimental group's knowledge across all items. In the control group, improvement was observed only in care related to diet ($p=0.032$) and medication ($p=0.000$). Regarding adherence, the intervention group demonstrated better assimilation of the care. **Conclusion:** The educational booklet had a positive impact on patients' knowledge and adherence to postoperative care.

Descriptors: Nursing; Postoperative Care; Educational Technology; Randomized Controlled Trial.

INTRODUCCIÓN

El postoperatorio se caracteriza por ser una de las etapas más significativas para la evolución segura de un paciente intervenido quirúrgicamente, requiere cuidados generales y específicos y acciones dirigidas al autocuidado. Son varios los factores que influyen en las respuestas que genera el cuerpo y en la recuperación, como el tipo de procedimiento quirúrgico, el diagnóstico que provocó la necesidad de la cirugía, el ambiente en el que se realizó, el lugar de hospitalización, las enfermedades preexistentes, entre otros¹.

El alta del paciente del entorno hospitalario a su domicilio suele caracterizarse como una etapa posquirúrgica marcada por diversas incertidumbres e inseguridades, que requerirán atención especializada, realizada mediante un conjunto de técnicas aplicadas de manera holística, respetando las limitaciones del individuo. Dichas acciones deben

realizarse mediante la implementación de actividades que le garanticen mayor seguridad al paciente y a su familia, y es necesario que se mantengan después de que abandona el ambiente hospitalario, ese puede ser un momento lleno de tensión, inseguridad, miedo y fragilidad².

Por lo tanto, durante el proceso de cambio que involucra al paciente y el entorno donde se brindará el cuidado, los profesionales de la salud, incluido el enfermero, deben procurar desarrollar un plan de cuidados a seguir por el paciente y sus cuidadores en el hogar, con el fin de brindarle una mejor calidad de vida durante el postoperatorio³. Sin embargo, se observa que, en muchas situaciones, debido a la rutina estresante y a la demanda de los servicios, la transmisión de información de los profesionales a los pacientes/cuidadores es inadecuada, lo que dificulta la realización de los cuidados, además le genera un mayor riesgo de complicaciones al paciente debido a fallas en el diálogo⁴.

Las instrucciones que dan los profesionales sobre los cuidados postoperatorios se relacionan con acciones simples, pero que garantizan una recuperación más efectiva y rápida, e incluyen cuidados con los vendajes en el sitio de las incisiones quirúrgicas, se destacan la limpieza y frecuencia del cambio de los mismos, orientación sobre el baño, administración de medicamentos, entre otros. A pesar de ello, se observa que tanto el paciente como los responsables de los cuidados en el ámbito domiciliario tienen dudas⁵.

Por consiguiente, para reducir las lagunas que generan las dificultades en la transmisión de la información relativa al cuidado postoperatorio, surge el uso de tecnologías ligeras, que permiten una comprensión didáctica y complementaria de las instrucciones brindadas en las instituciones de salud⁶. Por ello, se analiza la aplicación y efectividad de un folleto educativo sobre cuidados domiciliarios en el postoperatorio de cirugía general, que consta de 16 páginas y está compuesto por figuras y lenguaje de fácil comprensión, con el fin de promover una correcta interpretación del contenido abordado.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo probar el efecto de un folleto educativo sobre los cuidados postoperatorios de cirugía general, sobre el conocimiento y la adherencia a los cuidados.

MÉTODO

Se trata de un Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado (ECCA), registrado en la plataforma de la Red Brasileña de Ensayos Clínicos (REBEC) n° 7cc397, que siguió las recomendaciones del CONSORT. El estudio se realizó en un hospital público de mediano porte de la ciudad de Picos, Piauí, entre enero y febrero de 2023.

Se utilizó un muestreo probabilístico en el que todos los individuos que cumplían con los criterios de inclusión tenían la misma probabilidad de participar en el estudio, y para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para comparar los dos grupos⁷: $n = (Z\alpha/2 + Z1 - \beta) \cdot (S)^2 / d$, donde $Z\alpha/2$ equivale al valor de error α , normalmente 1,96 (5%); $Z1 - \beta$ al valor de error β , 0,84 (20%); S es la desviación estándar de la diferencia entre pares, 3; y d es la media de la diferencia entre los pares, 2. El cálculo dio como resultado una muestra de 42 participantes, 42 personas, con una proporción entre grupos de 1:1 (21 en el grupo control y 21 en el grupo experimental).

Los criterios de inclusión fueron: pacientes en el postoperatorio inmediato de cirugía general, que se encontraban en la transición del hospital al domicilio, contaban con algún medio de comunicación viable (teléfono fijo o móvil) para realizar la entrevista luego de aplicar el folleto en el hospital, y tenían más de 18 años edad. Se excluyeron los participantes que no sabían leer, ya que para utilizar el folleto educativo el paciente debe estar alfabetizado, es decir, tener al menos la escuela primaria completa. Se determinaron los criterios de discontinuidad: dejar de participar en la investigación después de iniciada la recolección de datos, haber fallecido y no poder establecer contacto después del día previsto para la evaluación o en dos intentos en días y horarios diferentes después del período de siete días (8º día por la mañana y 9º día por la tarde).

La recolección de datos se dividió en dos etapas, la primera se realizó en el ambiente hospitalario y la segunda mediante llamadas telefónicas y/o mediante llamadas de operadora e intercambio de mensajes por *WhatsApp*® con el fin de verificar si la información transmitida fue aceptada y asimilada por el paciente. Todas las etapas fueron realizadas por la misma investigadora.

Operativamente, la identificación de los pacientes se realizó mediante contacto previo con la enfermera del sector que informaba las altas del día. Luego, la investigadora consultaba las historias clínicas para identificar el tipo de cirugía y si los participantes cumplían con los criterios de inclusión, para luego abordar al paciente.

La aleatorización se realizó mediante la asignación a los grupos, denominados Grupo Control (CG) y Grupo Experimental (GE). En el grupo experimental estaban los pacientes que fueron dados de alta hasta completar la muestra equivalente a ese grupo, para luego realizar la recolección con los pacientes del grupo control sometidos a los mismos criterios.

En el primer momento de la investigación, el grupo control, después de haber pasado por la rutina del alta de la institución (instrucciones verbales dadas por enfermeros y médicos), sólo recibió los cuestionarios sociodemográficos, de historia clínico-quirúrgica y de conocimiento sobre cuidados postoperatorios, es decir, no recibió la intervención con el material educativo. El grupo experimental, además de haber pasado por la rutina institucional y completar los mismos instrumentos, fue expuesto a la intervención con el folheto en la sala junto a la cama, con una duración promedio de veinte minutos. La Figura 1 presenta el diagrama de flujo antes mencionado.

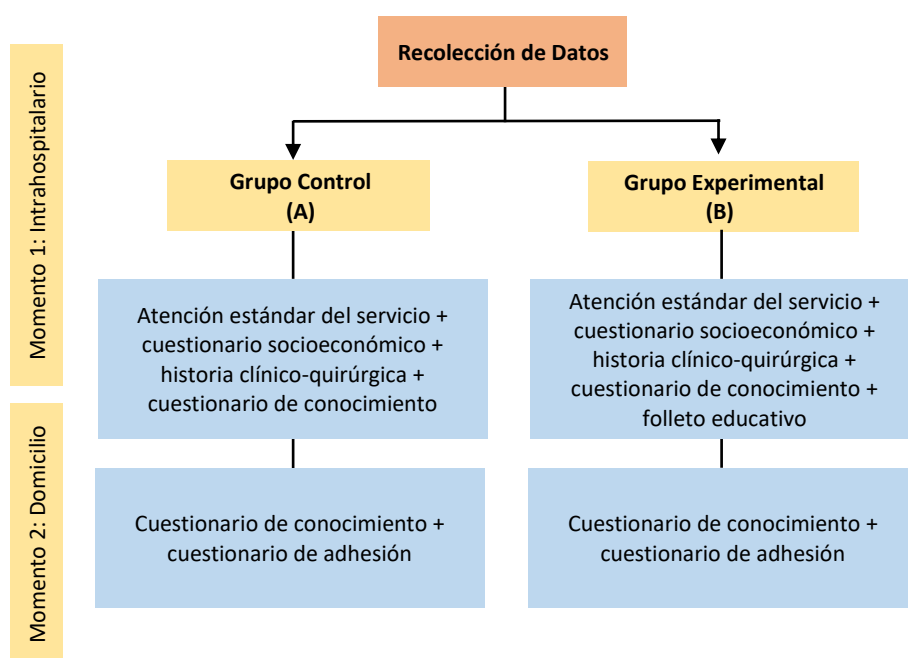


Figura 1: Diagrama de flujo de las etapas del ECCA. Picos, PI, Brasil, 2023.

Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: el cuestionario de caracterización sociodemográfica y clínica (edad, género, educación, ingreso familiar, ocupación actual, estado civil, raza y religión; y preguntas sobre los procedimientos, antecedentes personales y familiares, signos y síntomas, y uso previo de medicamentos); los cuestionarios sobre conocimiento y adherencia a los cuidados postoperatorios con siete preguntas objetivas cada uno, relacionadas con los cuidados presentados en el folheto. El participante podía responder “sí”, “no” y “parcialmente”, según el conocimiento que tenía y la adherencia sobre la pregunta.

Los datos obtenidos fueron organizados en una hoja de cálculo, en *Microsoft Excel*, y luego transferidos para ser analizados por el *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versión 26.0. El análisis de los datos se llevó a cabo en fases. En la fase exploratoria se utilizaron elementos de estadística descriptiva dependiendo del tipo de variable analizada. En cuanto a las variables numéricas, estas se utilizaron en los análisis con base en la media y la desviación estándar. En la fase categórica se realizaron cálculos de frecuencias simples y porcentuales. En la fase inferencial se realizaron análisis bivariados de homogeneidad y comparación entre los grupos (grupo control vs. grupo experimental). Para analizar los datos se utilizaron las pruebas de Wilcoxon, Chi-Cuadrado y Exacta de Fisher.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución involucrada y todos los participantes firmaron un consentimiento libre e informado.

RESULTADOS

El perfil de los participantes del GE estuvo compuesto mayoritariamente por personas del género femenino 12 (57,16%), con un promedio de 20,26(±17,55) años de edad y 11,44(±6,67) años de estudio. Tenían ingresos de hasta un salario mínimo (n=17; 81,0%), estaban desempleados (n=12; 57,2%), casados (n=11; 52,4%), se declararon blancos (n= 10; 46,6%), católicos (n=16; 76,2%). En cuanto a los datos clínico-quirúrgicos: la mayoría se sometía por primera vez a un procedimiento quirúrgico (33,3%); la mayoría (57,4%) eran cirugías de trauma; el promedio de días postoperatorios fue de 6,22 (±5,04) y en el 57,1% de los casos la cirugía fue electiva. Para el 71,4%, ningún familiar había sido sometido a una cirugía igual o similar a la del paciente y el 71,4% no recibió instrucciones al ser dado de alta, pero quienes recibieron informaron declararon que los profesionales que se las proporcionaron eran médicos (47,6%) y enfermeros (4,8%).

El GC estuvo compuesto por 15 individuos del género femenino (71,3%), con edad de 40,27($\pm$ 14,2) años y con 12,45($\pm$ 6,12) años de educación. La mayoría de los participantes tenía ingresos de hasta un salario mínimo (10; 47,6%), empleo informal (n=8; 37,8%), estaba soltero (n=10; 47,6%), era blanco (n=12; 57,1%) y católico (n=12; 57,1%). En cuanto al perfil clínico-quirúrgico, el 38,1% se sometió por primera vez a un procedimiento quirúrgico, el 47,7% de las cirugías eran de trauma, el promedio de días postoperatorios fue de 6,11 ($\pm$ 4,97) y, en el 52,2% de los casos, la cirugía fue electiva. Para el 71,4% ningún familiar había sido sometido a una cirugía igual o similar a la del paciente y el 57,1% no recibió instrucciones al ser dado de alta, pero quienes sí las recibieron informaron que los profesionales que la proporcionaron eran médicos (23,8%) y enfermeros (19,0%).

Cinco participantes del GE y nueve del GC fueron discontinuados por no contestar las llamadas luego del primer contacto en el hospital. Estos fueron rápidamente reemplazados por nuevos participantes en cada grupo.

La Tabla 1 presenta las frecuencias de respuestas “sí” a las preguntas sobre conocimiento sobre cuidados postoperatorios antes (hospital) y después (domicilio) de la aplicación de la intervención.

Tabla 1: Comparación intragrupo del conocimiento adquirido sobre cuidados postoperatorios en el domicilio. Picos, PI, Brasil, 2023.

Variables	Grupo Experimental (n=21)			Grupo Control (n=21)		
	Antes	Después	valor p*	Antes	Después	valor p*
Cuidados generales	17 (80,9%)	21 (100,0%)	0,040	18 (85,7%)	21 (90,4%)	0,310
Cuidados con la higiene	7 (33,3%)	21 (100,0%)	0,000	2 (9,5%)	6 (28,5%)	0,105
Cuidados con el sitio de la cirugía	7 (33,3%)	20 (95,2%)	0,001	2 (9,5%)	5 (23,8%)	0,110
Cuidados con el uso de medicamentos	3 (14,2%)	20 (95,2%)	0,000	2 (9,5%)	8 (38,0%)	0,000
Cuidados con la dieta	0 (0,0%)	19 (90,4%)	0,000	3 (14,2%)	7 (33,3%)	0,032
Cuidados con la circulación	0 (0,0%)	18 (85,7%)	0,000	1 (4,7%)	3 (14,2%)	0,231
Cuidados con la respiración	0 (0,0%)	19 (90,4%)	0,000	1 (4,7%)	2 (9,5%)	0,100

Nota: *Prueba de Wilcoxon.

Se puede observar que el folleto tuvo un efecto positivo en el conocimiento del grupo experimental en todos los ítems ($p < 0,05$), mientras que en el grupo control sólo los cuidados con la dieta ($p = 0,032$) y los medicamentos ($p = 0,000$) alcanzaron valores estadísticamente significativos. La comparación intergrupar de las respuestas sobre adherencia a los cuidados posoperatorios se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2: Comparación intergrupar de las respuestas sobre adherencia a los cuidados posoperatorios entre los participantes de los grupos control y experimentales. Picos, PI, Brasil, 2023.

Variables		Grupo Experimental (n=21)		Grupo Control (n=21)		valor p
¿En las primeras semanas después de la cirugía, evitó conducir vehículos, subir escalones y escaleras, levantar peso, tener relaciones sexuales y beber bebidas alcohólicas?	Sí	20		13		0,021*
	Parcialmente	01		04		
	No	00		04		
¿Se duchó diariamente, lavó el sitio de la cirugía con agua y jabón neutro y no utilizó toallas para secar el sitio de la cirugía?	Sí	20		13		0,010*
	Parcialmente	01		03		
	No	00		05		
¿Cuidó perfectamente el área donde se realizó la cirugía, por ejemplo, mantuvo el vendaje limpio y seco y lo cambió al menos una vez al día, protegiéndolo contra insectos?	Sí	20		11		0,002*
	Parcialmente	01		05		
	No	00		05		
¿Usó los medicamentos como lo prescribió el médico?	Sí	20		19		1,001*
	Parcialmente	01		01		
	No	00		01		
¿Comió al menos 3 veces al día e incluyó alimentos saludables en su dieta?	Sí	16		06		0,001*
	Parcialmente	05		12		
	No	00		03		
¿Realizó pequeños movimientos con las extremidades (brazos y piernas) para estimular el cuerpo y mantenerse activo?	Sí	12		05		0,034*
	Parcialmente	09		13		
	No	00		03		
¿Hizo ejercicios de respiración como inhalar aire lentamente por la nariz y soltarlo lentamente por la boca?	Sí	12		02		0,000**
	Parcialmente	06		04		
	No	03		15		

Nota: * Prueba Exacta de Fisher; ** Prueba de Chi-Cuadrado.

Se pudo comprobar que la adherencia a los cuidados postoperatorios como evitar la conducción de vehículos, subir escalones y escaleras, levantar peso, tener relaciones sexuales, consumir de bebidas alcohólicas, cuidados de higiene, cambio de vendajes, alimentación, ejercicios respiratorios y con el cuerpo, presentan significancia estadística ($p < 0,05$) respecto a la adherencia a los cuidados domiciliarios. La variable que no presentó significancia estadística fue el uso de medicamentos, donde $p = 1,001$.

DISCUSIÓN

El folheto mostró resultados prometedores tanto para la mejora del conocimiento de los pacientes como para la adherencia a los cuidados posoperatorios en el domicilio. Este hallazgo demuestra el efecto positivo que tiene el material educativo para promover mejores resultados de salud en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos.

El predominio del género femenino es una característica común en varios estudios realizados en Brasil. En un estudio prospectivo y analítico realizado en un hospital público de Minas Gerais, que analizó la demanda de enfermería en el postoperatorio, la muestra estuvo compuesta por 100 pacientes, de los cuales 67 eran mujeres⁸. Asimismo, un estudio descriptivo y retrospectivo analizó el perfil de 824 pacientes atendidos por intento de suicidio en un hospital general de Alagoas, y la muestra estuvo compuesta por 522 personas de género femenino⁹. En este caso, es importante resaltar que el último censo poblacional indicó que la población femenina brasileña supera a la población masculina por aproximadamente seis millones¹⁰.

En lo que respecta a las condiciones socioeconómicas, los resultados del presente estudio coinciden con la idea de que los usuarios de menor nivel económico dependen más del Sistema Único de Salud (SUS)¹¹. Por ende, también aumenta la demanda de los servicios de salud que presta el SUS, ya que carecen de los recursos financieros como para acudir a los servicios privados y el SUS brinda atención gratuita y resolutive.

En cuanto a la ocupación de las personas, los hallazgos concuerdan con lo destacado en la producción científica, que comprobó que las tasas de trabajo informal han crecido en las últimas décadas, alcanzando, en 2019, el 41,4% de toda la fuerza laboral. Este aumento se debe a que Brasil está catalogado como país en desarrollo y no hay condiciones de vida dignas si no hay trabajo, ya sea de forma autónoma o informal mediante contratación¹².

En relación al estado civil, un ensayo clínico aleatorizado encontró que el 62,6% de las mujeres entrevistadas en el GE y el 37,4% del grupo control no viven con su pareja¹³, a diferencia de lo observado en el presente estudio. En cuanto a la religión, predominó el catolicismo por sobre las demás religiones, lo que refuerza los resultados arrojados por el estudio de Eloia¹⁴, en el cual en los dos grupos estudiados la religión católica se destacó casi con unanimidad en detrimento de otras creencias.

En cuanto a la historia clínica quirúrgica, es evidente que se destacan las cirugías de trauma en el GE, mientras que en el GC no se registró esa diferenciación. Un estudio transversal, realizado en la ciudad de Rio Grande (RS), demostró que el 61,1% de las 1.791 cirugías traumato-ortopédicas realizadas en 2014 fueron por fracturas¹⁵, lo que coincide con los datos encontrados en esta investigación. Se observó similitud en el número de días preoperatorios en ambos grupos, con una diferencia de sólo un día entre ellos.

No hay diferencia entre la clasificación de las cirugías de los dos grupos, ya que hubo un mayor número de cirugías electivas. Sin embargo, se observó un perfil de clasificación similar¹⁶, en el que también predominaron las cirugías programadas, es decir, las electivas, con un porcentaje del 59,93% del total de la muestra, lo que permite correlacionarlos con los datos de este estudio.

Por último, se investigó las orientaciones que brindó el equipo sobre los cuidados que debían realizarse en el domicilio, y se observó en ambos grupos que la mayoría no recibió orientación sobre dichos cuidados, al igual que en el estudio de Paz¹⁷, quien durante la investigación notó la ausencia de profesionales del servicio en la preparación de la planificación del alta y de orientación para la realización de los cuidados en el domicilio. También cabe destacar que en la presente investigación científica una pequeña parte había recibido alguna orientación, y que el profesional médico tuvo mayor incidencia en el tema.

Al comparar el conocimiento en ambos grupos, se considera que el material educativo fue efectivo para mejorar la comprensión de los individuos sobre los cuidados postoperatorios en el domicilio, como lo demuestra un estudio¹⁸, que comparó el efecto de una intervención educativa en pacientes sometidos a prostatectomía radical con dos grupos y se observó una mejora en la comprensión del tema abordado, lo que demuestra la efectividad de la intervención educativa como instrumento de enseñanza en salud, al igual que en los análisis de este estudio.

Se evaluó la efectividad de un video educativo dirigido a pacientes sometidos a cirugía de estoma intestinal. El uso de tecnología educativa contribuyó a la mejora de las habilidades y destrezas necesarias para el autocuidado del estoma y del equipo recolector. Además, permitió contextualizar la información y las pautas fundamentales para continuar con los cuidados postoperatorios en el domicilio¹⁹.

Varios estudios confirman los resultados del presente estudio al destacar los beneficios del uso de materiales/intervenciones educativas para mejorar la comprensión de los cuidados relacionados con la salud de los pacientes, familiares y cuidadores²⁰⁻²².

También es importante resaltar los desafíos, así como los aspectos positivos y negativos del telemonitoreo de la adherencia a través de llamadas o mensajes de *WhatsApp*®. El uso del teléfono como estrategia para monitorear la adherencia a los cuidados es efectivo en términos de seguimiento. Sin embargo, existen limitaciones en la accesibilidad, tales como: teléfono fuera de área, número inexistente o incorrecto, entre otras cuestiones²³. Por lo tanto, si bien es una tecnología que facilita el acceso y seguimiento del paciente, aún tiene algunas barreras relacionadas con el dispositivo, como se ve en este estudio.

Limitaciones del estudio

La dificultad para establecer contacto telefónico con los pacientes después del alta hospitalaria se consideró una limitación para el avance de esta investigación científica, dado que varios de ellos cambiaron de número y no le avisaron al equipo de investigación. Además, son limitaciones: la falta de aleatoriedad y la exclusión de personas con discapacidad y analfabetas, la inclusión de personas que hayan tenido experiencia quirúrgica previa, así como el contexto y ubicación en el momento de la investigación.

CONCLUSIÓN

Se concluye que el folheto educativo tuvo efectos positivos para mejorar el conocimiento y la adherencia de los pacientes a los cuidados postoperatorios en el domicilio, al comparar el momento antes y después de la intervención con el grupo experimental, por lo que se lo considera un aliado en la planificación de los cuidados de enfermería para el alta de pacientes quirúrgicos.

REFERENCIAS

1. Cabral JVB, Chaves JSC. Cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca pediátrica: revisão integrativa. *Rev. Enf. Cont.* 2020 [cited 2024 Jan 12]; 9(1):118-26. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2597>.
2. Zamora-Carmona F, Sianes-Gallén M, Costa-Ventura H, Del-Pino-Zurita C, Agudo-Arcos C, Augé-Ruiz A. Impact of the Pre-Surgical Nurse Visit on the Well-Being of the Patient Before a Surgical Process. *Clin Case Rep Int.* 2023 [cited 2024 Nov 15]; 7:1485. Available from: <https://www.clinicalcasereportsint.com/open-access/impact-of-the-pre-surgical-nurse-visit-on-the-well-being-of-9681.pdf>.
3. Precce ML, Moraes JMMM, Pacheco STA, Silva LF, Conceição DS, Rodrigues EC. Educational demands of family members of children with special health care needs in the transition from hospital to home. *Rev. Bras. Enf.* 2020 [cited 2024 Jan 13]; 73(Suppl. 4):e20190156. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0156>.
4. Moreira LR, Souza JC, Oliveira MM, Melo NS, Cerqueira TF. Autocuidado com estomias: compreensão de pacientes hospitalizados acerca das orientações recebidas pela equipe. *Enf. Rev.* 2017 [cited 2024 Jan 18]; 20(2):116-34. Available from: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/16329>.
5. Lima MADS, Magalhaes AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. *Rev. Gaucha Enf.* 2018 [cited 2024 Jan 18]; 39:e20180119. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.
6. Gentil LLS, Silva RM, Benavente SBT, Costa ALS. Educational manual for the care of patients in the post-operative period of myocardial revascularization: a tool for patients and families. *Rev. Eletr. Enf.* 2017 [cited 2024 Feb 10]; 19:a38. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43068>.
7. Elmore JG, Jekel JF, Katz DL. *Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva*. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2005.
8. Donoso MTV, Aguiar FHS, Calhau GS, Sousa DPB, Casto e Silva RRC, Padovani FF. Pacientes em pós-operatório imediato: recepção na unidade clínico-cirúrgica. *Rev. enferm. UFPI.* 2023 [cited 2024 Feb 10]; 12:e3622. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v12i1.3622>.
9. Santos Júnior CJ, Santos IV, Silva JVS, Gomes VM, Ribeiro MC. Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um Hospital Geral de Emergências do estado de Alagoas, Brasil. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2019 [cited 2024 Feb 12]; 52(3):223-30. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i3p223-230>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Br). Censo 2022. Panorama. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2023 [cited 2024 Feb 12]. Available from: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal.
11. Palmenira NC, Moro JP, Getulio FA, Vieira YP, Soares Junior AO, Saes MO. Analysis of access to health services in Brazil according to sociodemographic profile: National Health Survey, 2019. *Epidemiol. Serv Saude.* 2022 [cited 2024 Feb 23]; 31(3):e2022966. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013>.

12. Souza MBCA, Lussi IAO. Juventude, trabalho informal e saúde mental. *Pol. Trab.* 2020 [cited 2024 Feb 23]; (51):126-44. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1517-5901.0v51n0.48293>.
13. Cavalcante EGF, Galvão MTG, Lima ICV, Almeida PC. Strategies for notifying sexual partners of people with sexually transmitted infections: a randomized clinical trial. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2020 [cited 2024 Feb 23]; 54:e03648. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019010103648>.
14. Eloia SM. Efeitos da prece sobre pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: ensaio clínico randomizado [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2019 [cited 2024 Feb 25]. Available from: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/50053>.
15. Cousin E, Dumith SC. Epidemiologia das cirurgias traumato-ortopédicas em dois hospitais do extremo sul do Brasil. *Rev Baiana Saude Publica.* 2020 [cited 2024 Mar 02]; 44(4):240-54. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n4.a3060>.
16. Pereima ML, Feijó R, Camacho JG, Tramontin MP. Análise das cirurgias realizadas no hospital infantil Joana de Gusmão, antes e após a pandemia do novo Coronavírus. *Arq. Catarin. Med.* 2021 [cited 2024 Mar 02]; 50(1):68-80. Available from: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/934>.
17. Paz VP, Mantovani MD, Silva ÂT, Paes RG, Costa MC. Conhecimento e letramento em saúde no pós-operatório tardio de revascularização do miocárdio. *New Trends Qual. Res.* 2022 [cited 2024 Mar 02]; 13:e666. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e666>.
18. Mata LRF, Azevedo C, Bernardes MFVG, Chianca TCM, Pereira MG, Carvalho EC. Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2019 [cited 2024 Mar 10]; 53:e03421. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012503421>.
19. Dalmolin A, Dallabrida GS, Gomes ES, Santos EB, Rossato GC, Girardon-Perlini NMO. Implementação de tecnologia educativa para alta hospitalar de paciente com estoma: relato de experiência. *Rev. Bras. Exten. Univ.* 2020 [cited 2024 Mar 10]; 11(3):389-96. DOI: <https://doi.org/10.36661/2358-0399.2020v11i3.11394>.
20. Sabino LMM, Ferreira AMV, Mendes ERR, Melo ESJ, Penha JC, Lima KF, et al. Educational interventions using a primer and motivational interviewing: randomized clinical trial. *Eur. J. Public Health.* 2021[cited 2024 Mar 10]; 31(5):985-90. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab021>.
21. Oliveira SC, Vasconcelos EMR, Ximenes LB, Leal LP, Cavalcanti AMTS, Lopes MVO. Effect of an educational intervention on pregnancy: a cluster-randomized clinical trial. *Acta Paul. Enferm.* 2018 [cited 2024 Mar 15]; 31:291-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800041>.
22. Lima ACMACC, Pinho SME, Lima SAFCC, Chaves AFL, Vasconcelos CMT, Oriá MOB. Booklet for knowledge and prevention of HIV mother-to-child transmission: a pilot study of a randomized clinical trial. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2022 [cited 2024 Mar 15]; 56:e20210560. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0560en>.
23. Freitas PS, Coradassi CE. Estratégia no monitoramento de pacientes suspeitos de Covid-19 em um município do sul do Brasil. *R. Saude Pub. Parana.* 2020 [cited 2024 Mar 15]; 3:(Suppl. 1):30-8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150857>.

Contribuciones de los autores

Concepción, M.L.C. y F.G.F.P.; metodología, M.L.C. y F.G.F.P.; análise formal, F.G.F.P.; investigação, M.L.C. y M.L.C.; curadoria de datos, F.G.F.P.; redacción – original preparación de borradores, M.L.C., L.C.S., L.B.N., E.B.M.J., P.M.M.M. y F.G.F.P.; revisión y edición, M.L.C.; L.C.S., L.B.N., E.B.M.J.; P.M.M.M. y F.G.F.P.; administración del proyecto, F.G.F.P. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.