



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
INTRAOPERATORIO DE CIRUGÍA DE CATARATA MEDIANTE
FACOEMLSIFICACIÓN ULTRASÓNICA EN EL ÁREA DE CIRUGÍA
AMBULATORIA DEL CENTRO MÉDICO DOCENTE
LA TRINIDAD EN 2010.**

(Trabajo Especial de Grado presentado para optar al título de Licenciada en
Enfermería)

**Tutor
Prof. Edgar Barreto**

**Autoras
TSE. Dayana Leal
CI: 17.557.854
TSE Paola Povarchik
CI: 18.712.456**

Caracas, abril de 2010

**ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
INTRAOPERATORIO DE CIRUGÍA DE CATARATA MEDIANTE
FACOEMULSIFICACIÓN ULTRASÓNICA EN EL ÁREA DE CIRUGÍA
AMBULATORIA DEL CENTRO MÉDICO DOCENTE
LA TRINIDAD EN 2010.**

DEDICATORIA

¿Quién pensaría al comienzo de nuestras carreras que este momento llegaría? En medio del orgullo cuevita esto parecía un sueño, un sueño lejano que hoy se vuelve realidad, decirle hasta luego a la escuela que nos lleno muchos momentos dichosos y momentos difíciles, que nos puso personas maravillosas en el camino, aprendimos tanto en ella y nos encamino al aula magna. Hoy emprendemos este camino nuevamente como licenciadas.

Por esto queremos dedicar este trabajo especial de grado a Dios quien nos ha guiado en nuestro camino espiritual hacia la meta dándonos fortaleza para sobrellevar los momentos duros que vivimos y compartiendo los momentos alegrías a lo largo de nuestras vidas estos años.

A nuestros padres Magby Sandoval, Williams Povarchik. Miguel Leal y Nelis Rodríguez a quienes amamos y dedicamos este trabajo por su confianza y fe en nosotras, por apoyarnos en todo momento dándonos aliento para lograrlo una vez más...!!

Las autoras

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de este camino, duro de andar, tuvimos y también encontramos personas maravillosas que lo caminaron junto a nosotras y es por esto que les queremos agradecer haber estado allí a nuestro lado sin dejarnos caer.

A Dios y la virgen que nos guiaron, nos iluminaron el camino y nos dieron las fuerzas que necesitábamos en los momentos que pensamos caer, para seguir adelante y lograrlo.

A la Universidad Central de Venezuela por darnos la oportunidad de realizar nuestros estudios bajo su techo.

A Nelis y Leonardo por todos esos desayunos y café después de todos los tramos que compartieron con nosotras. A Magby por llevar a Paola a todos lados siempre temprano. A Willy por estar ahí y correr con nosotras siempre a última hora para todo. Padres estamos eternamente agradecidas por siempre darnos ánimo por nunca perder la fe y la confianza en que lo íbamos a lograr de nuevo. Sin ustedes no lo hubiéramos logrado, esto es para ustedes.

A nuestro tutor académico Lcdo. Edgar Barreto quien nos dio aliento, ánimo, nos ayudó incansablemente para poder alcanzar la meta.

Igualmente queremos agradecer a nuestras GAPAS por estar allí como las hermanas que son siempre apoyándonos, queriéndonos, enseñándonos las unas a las otras y ayudándonos en todo a lo largo de estos años de carrera y de amistad.

Especial agradecimiento a nuestra abuela nena por todo ese cariño que nos da, todas esas comidas ricas q nos hizo después de largas noches. Por hacernos parte de su familia y adoptarnos como nietas.

Yo, Dayana te agradezco a ti Paola por estar conmigo en todo momento, por apoyarme cuando más te necesitaba y no dejarme caer, por ese apoyo ¡lo logramos!

Yo Paola te agradezco a ti Dayana por no abandonarme cuando me sentí derrotada y ayudarme a levantarme, sin tu apoyo no estaría aquí.

A todos sinceramente GRACIAS por todo ese amor y por todos los momentos que vivimos este logro es compartido con ustedes.

Las autoras

APROBACION DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado titulado: **ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL INTRAOPERATORIO DE CIRUGÍA DE CATARATA MEDIANTE FACOEMULSIFICACIÓN ULTRASÓNICA EN EL ÁREA DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL CENTRO MÉDICO DOCENTE LA TRINIDAD EN 2010**, presentado por las **T.S.U: Dayana Leal CI: 17.557.854 y Paola Povarchik CI: 18.712.456**, siendo este un requisito parcial para optar por el título de **Licenciada en Enfermería**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los _____ días del mes de _____ del año_____.

Lcdo. Edgar Barreto

CI: 6.057.311

INDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Aprobación de Tutor.....	vi
Lista de Cuadros.....	viii
Lista de Gráficos.....	ix
Resumen.....	x
Introducción.....	1
Capítulo I: El Problema	
Planteamiento del Problema.....	5
Objetivos de la Investigación.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	9
Justificación.....	10
Capítulo II: Marco Teórico	
Antecedentes de la Investigación.....	12
Bases Teóricas.....	18
Bases legales	32
Sistema de Variable.....	36
Operacionalización de Variable.....	37
Capítulo III: Marco Metodológico	
Diseño de la Investigación.....	43
Tipo de estudio.....	44
Población y Muestra.....	45
Método e Instrumento para la recolección de datos.....	45
Validez.....	46
Confiabilidad.....	46
Procedimiento para la recolección de datos.....	47
Técnicas de análisis.....	48
Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados	
Resultados de la Investigación.....	49
Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones.....	
Conclusiones.....	64
Recomendaciones.....	66
Referencias Bibliográficas.....	68
Anexos	
A. Instrumento aplicado	
B. Certificado de Validez del instrumento	

LISTA DE CUADROS

Nº		Pág.
1	Distribución de las frecuencias y porcentajes correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: Inicio de la intervención . Subindicador: Test del equipo .	50
2	Distribución de las frecuencias y porcentajes correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: Inicio de la intervención . Subindicador: Instrumental de oftalmología .	53
3	Distribución de las frecuencias y porcentajes correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: Durante la intervención .	57

- 4 Distribución de las frecuencias y porcentajes 61
correspondientes a la actuación del profesional de
enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata
mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de
cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad.
2010. Indicador: **Después de la intervención.**

LISTA DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
1	Distribución de las frecuencias y porcentajes correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: Inicio de la intervención . Subindicador: Test del equipo .	52
2	Distribución de las frecuencias y porcentajes correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: Inicio de la intervención . Subindicador: Instrumental de oftalmología .	55
2-A	Distribución de las frecuencias y porcentajes correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: Inicio de la intervención . Subindicador: Instrumental de oftalmología .	56

- 3 Distribución de las frecuencias y porcentajes 59 correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: **Durante la intervención.**
- 3-A Distribución de las frecuencias y porcentajes 60 correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: **Durante la intervención.**
- 4 Distribución de las frecuencias y porcentajes 63 correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: **Después de la intervención.**



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
INTRAOPERATORIO DE CIRUGÍA DE CATARATA MEDIANTE
FACOEMULSIFICACIÓN ULTRASÓNICA EN EL ÁREA DE CIRUGÍA
AMBULATORIA DEL CENTRO MÉDICO DOCENTE LA TRINIDAD EN
2010.**

Autoras
TSE. Dayana Leal
CI: 17.557.854
TSE Paola Povarchik
CI: 18.712.456
Tutor
Prof. Edgar Barreto
Caracas 2010

RESUMEN

La siguiente investigación se realizó en el servicio de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente la Trinidad en el mes de Noviembre de 2010. El objetivo general fue determinar la actuación del profesional de enfermería en la instrumentación de cataratas por medio de la técnica de facoemulsificación. El marco metodológico estuvo determinado en un diseño de campo, tipo de estudio descriptivo, una población de 20 profesionales de enfermería de los cuales se tomó como muestra el 100%, la técnica de recolección de datos que se utilizó fue la observación, y se llevó a cabo mediante una guía de observación compuesta por treinta (30) preguntas de respuestas dicotómicas SI-NO. Este instrumento fue validado por tres (3) expertos y se determinó su confiabilidad mediante la unificación de criterios de las observadoras. Los resultados fueron analizados de manera porcentual y se realizaron cuadros y gráficos estadísticos para la descripción de cada indicador de la variable. Los resultados obtenidos fueron que: el 83.33% de los profesionales de enfermería realizan el test del equipo, mientras que el 82% conoce el instrumental de oftalmología al inicio de la intervención, el 87.22% realiza las actividades correspondientes durante la intervención, así mismo el 60% de los profesionales la realizan después de la intervención.

Descriptor: actuación, enfermería, instrumentación de catarata.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del ojo bien han sido documentados a lo largo de la historia. Las principales causas de ceguera son los trastornos de la retina, glaucoma, traumatismos, y por último catarata, siendo esta enfermedad una de las principales causas de ceguera a nivel mundial. Aunque no existe un sistema sustitutivo para la visión en el ojo, que es uno de los órganos más intrincados de cuerpo, las técnicas oftálmicas modernas pueden mejorarla de forma importante. Los trastornos oculares pueden ser manifestaciones iniciales de una enfermedad sistémica.

La catarata es la opacificación del el cristalino que es la capa del ojo encargada de enfocar los objetos durante el proceso de la visión. La corrección de los problemas de catarata es netamente quirúrgica. La cirugía de cataratas ha evolucionado a lo largo de los años, al principio se trataba de una cirugía complicada y que requería mucha preparación y bastante cuidado por parte del paciente. En la actualidad, la cirugía de cataratas es una intervención denominada microcirugía ocular, es meticulosa y a la vez rápida, ambulatoria y para la cual el paciente no presenta mayores complicaciones referentes a su recuperación.

Existen diferentes técnicas para realizar esta cirugía, la extracción extracapsular que consiste en exponer el cristalino a través de una incisión en la cornea conservando la cámara, a diferencia de la técnica utilizada en la antigüedad llamada extracción intracapsular que consistía en eliminar la catarata incluyendo la cámara que la recubre.

Existe una técnica revolucionaria llamada facoemulsificación ultrasónica surge en el panorama dicha técnica consiste en penetrar el ojo con una incisión corneal milimétrica para fragmentar el cristalino dentro de la cámara por medio de golpes ultrasónicos y así aspirar y eliminar la catarata, siendo esta técnica la que posee mayores beneficios para los pacientes al brindar una mejor y más rápida recuperación y reincorporación del paciente a su vida cotidiana.

Debido a lo novedoso y delicado de la técnica y el instrumental empleado en este tipo de cirugía es necesario que los profesionales de enfermería que se encuentran en el quirófano al momento de realizar la misma, sea el más apto para que de esta manera evitar cualquier complicación y lograr el objetivo en menor tiempo y con mayor eficacia; ya que esta técnica es relativamente nueva muy poco personal se encuentra en total conocimiento de la misma y solo una cantidad reducida está verdaderamente adiestrada para instrumentar las cirugías por medio de esta técnica.

Es por esta razón que surge el presente proyecto de investigación, para conocer si profesional de enfermería que labora en los quirófanos del Centro Médico Docente La Trinidad y que se encuentra encargado de instrumentar las cirugías de catarata por medio de la facoemulsificación está preparado para llevar a término la cirugía de manera satisfactoria. El título que se le dio al presente proyecto de investigación es: “Actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad en 2010”.

El presente Trabajo de investigación está estructurado en cinco (5) capítulos:

En el capítulo I se plantea y se formula la problemática que fundamenta la investigación, los objetivos y la justificación.

En el capítulo II se presenta el marco teórico donde se exponen los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, el sistema de variables y su Operacionalización.

En el capítulo III se especifica el diseño de investigación, el tipo de estudio, la población del estudio, la muestra, la técnica, instrumento y el

procedimiento para la recolección de los datos, la validez y confiabilidad del instrumento y la técnica de tabulación y análisis de resultados.

En el capítulo IV se muestra el modo de presentación y análisis de los datos.

Capítulo V se plantean las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

El hecho de formar parte de un ambiente que exige continuamente reacciones para sobrevivir da preponderancia a la función de los órganos sensoriales. Los sentidos nos proporcionan la información vital que nos permite relacionarnos con el mundo que nos rodea de manera segura e independiente, esto por medio de los receptores sensoriales que son los encargados de procesar todos los estímulos que recibe el cuerpo: luz, sonidos, sabores, frío o calor, dolor, olores, incluso otras sensaciones.

Uno de los sentidos más importantes es el de la visión debido a que permite a las personas observar el ambiente que las rodea y de esta manera relacionarse mejor con él; el órgano encargado del funcionamiento es el ojo.

El ojo es un órgano de forma esférica que comprende el sentido de la visión.

Según Rouviere, H. y Delmas, A. (2006) refiere que:

“El ojo está compuesto por tres capas: la externa que contempla la cornea que es la capa más superficial del ojo, la esclerótica que es la pared ocular y por último la

membrana limbar esclerocorneal, inmediatamente después de la cornea esta la cámara anterior donde se encuentra el humor acuoso, el iris y el cristalino. Luego para finalizar está, la cámara posterior que la comprenden la retina y el humor vítreo". (Pag.370).

Las principales causas de ceguera son los trastornos de la retina, glaucoma, cataratas y traumatismo. Una de las patologías más comunes es la catarata, esta se produce cuando el cristalino pierde su transparencia natural y se vuelve opaco; puede ocurrir por el paso de los años, pero también puede ocurrir por traumatismos, sobre exposición a los rayos ultravioleta, por la administración de ciertos medicamentos o como complicaciones de algunas enfermedades.

El tratamiento de la catarata es fundamentalmente quirúrgico. Anteriormente la cirugía de catarata era considerada de alto riesgo, requería hospitalización prolongada y se postergaba lo más posible; hoy en día es una cirugía ambulatoria que dura no más de media hora. A través del tiempo se han presentado varias técnicas para la operación de cataratas como son: extracción intracapsular, extracción extracapsular y la mayormente utilizada actualmente es la facoemulsificación.

La extracción intracapsular es una técnica muy antigua que consiste en la extracción del cristalino incluyendo su envoltura la cápsula, la incisión debe ser lo suficientemente grande y es mayor el tiempo de recuperación.

Con este método no se puede implantar un cristalino nuevo debido a que no hay capsula para sostenerlo y por esto deben usarse después de la cirugía lentes de contacto o anteojos que permitan al paciente enfocar.

La extracción extracapsular es una técnica que consiste en la extracción completa del cristalino pero no de la capsula y de esta manera se puede implantar una lente intraocular que sustituya al cristalino. Esta técnica también tiene un proceso de recuperación un poco lento.

La técnica más novedosa para el tratamiento de las cataratas y en la que se va a orientar esta investigación es la facoemulsificación que permite la extracción del cristalino y la implantación de un lente intraocular que lo reemplace, todo esto a través de una abertura de aproximadamente 3mm la cual no necesita sutura y por eso el procedimiento se realiza de manera ambulatoria y la recuperación es mucho más rápida que con las técnicas anteriores.

En el Centro Médico Docente la Trinidad se realizan en promedio 1.500 cirugías de cataratas al año, Estadísticas Especialidades Medicas Oftalmológicas 16 de noviembre de 2009, lo que indica que mensualmente se realizan ciento veinticinco (125) cirugías de extracción de cataratas y diariamente aproximadamente quince (15) intervenciones de cataratas al día

en el servicio de cirugía ambulatoria en el horario comprendido entre las 7 am a las 7 pm de lunes a viernes.

Este servicio cuenta con una cantidad de profesionales de enfermería de veinte (20), divididos en dos turnos, de los cuales, por previa observación, arrojo que todos los profesionales que allí laboran conocen el procedimiento para instrumentar cirugía de cataratas por medio de facoemulsificación lo realizan en la práctica diaria; la inquietud surge al observar que se emplean diversos estilos al instrumentar mediante esta técnica, lo que quiere decir que no existe un patrón a seguir cuando se instrumentan estas cirugías, lo cual puede afectar de manera negativa el desenvolvimiento de la cirugía en cuestiones de tiempo y eficacia; por esta razón se considera importante identificar y describir la actuación de los profesionales en la instrumentación de esta cirugía antes, durante y después y de esta manera por los puntos expuestos anteriormente, surgen varias preguntas para las investigadoras, entre las cuales destacan:

¿Conocen los profesionales de enfermería la técnica de instrumentación por facoemulsificación ultrasónica?

¿Qué información tienen acerca de esta técnica?

¿Conocen el equipo y la manera de utilizarlo?

Estas interrogantes conducen a formular el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la actuación de los Profesionales de Enfermería en el intraoperatorio de cirugía de cataratas por medio de la técnica de facoemulsificación ultrasónica, en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente la Trinidad en 2010?

Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Determinar la actuación del profesional de enfermería en la instrumentación de cataratas por medio de la técnica de facoemulsificación, en el servicio de cirugía Ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad.

Objetivos específicos

- ✓ Identificar la actuación de los profesionales de enfermería en el rol de instrumentista antes de la cirugía de cataratas por medio de la facoemulsificación ultrasónica.
- ✓ Identificar la actuación de los profesionales de enfermería en el rol de instrumentista durante la cirugía de cataratas por medio de la facoemulsificación ultrasónica.
- ✓ Identificar la actuación de los profesionales de enfermería en el rol de instrumentista después de la cirugía de cataratas por medio de la facoemulsificación ultrasónica.

Justificación

En áreas críticas como es el área quirúrgica se requiere un personal entrenado y altamente capacitado que conozca acerca del área y sobre los procedimientos más comunes que se realizan en dicha área diariamente. En el caso del servicio de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente la Trinidad, la mayor parte de las cirugías que allí se realizan son de la especialidad de oftalmología, específicamente cataratas, por ser este centro especialista en cirugía refractiva: por lo tanto los profesionales de enfermería que laboran en esta área deben conocer y manejar adecuadamente los procedimientos realizados en el área, en su mayoría las cirugías de cataratas se realizan mediante la técnica de facoemulsificación ultrasónica.

Es importante mencionar que debido a que esta técnica es nueva en el campo de la cirugía refractiva, no todo el personal de enfermería conoce el instrumental y maneja los pasos que deben llevarse a cabo para poder hacer un trabajo de equipo interdisciplinario y obtener los resultados esperados.

El estudio que se plantea se basa en la descripción de la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata por medio de la facoemulsificación ultrasónica en el servicio cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad; debido a que en este centro oftalmológico se realizan anualmente un promedio de 1500 cirugías por medio de facoemulsificación es importante que el personal esté en pleno

conocimiento de las técnicas y procedimientos necesarios para ejecutar estas cirugías, ya que es un proceso minucioso.

Al poner en práctica el estudio acerca de la descripción de la actuación de los profesionales de enfermería durante el intraoperatorio de la cirugía de catarata por medio de facoemulsificación se ven beneficiados la institución y el servicio de cirugía ambulatoria como tal, el profesional de enfermería y las investigadoras; ya que al realizar esta observación y posterior descripción se puede proponer la implementación de técnicas para el mejoramiento profesional basándose en los resultados obtenidos y así lograr que el trabajo fluya con mayor rapidez y eficiencia dentro del quirófano. Asimismo hay ventajas para el resto del equipo como son médicos, anestesiólogos y finalmente y los mas importante los pacientes.

Un aspecto muy importante para los Profesionales de Enfermería es el hecho de que se desarrolle más una especialidad como lo es la instrumentación especializada de cirugías oftalmológicas, en este caso la de cataratas. Además, sería un paso importante hacia la evolución de la profesión de enfermería, el tener profesionales especializados y con credenciales para la instrumentación de cirugía oftalmológica.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

El capítulo que a continuación se describe hace referencia al problema de investigación planteado, esta constituido por antecedentes relacionados al tema, bases teóricas que sustentan el estudio, sistema y Operacionalización de la variable considerada y definición de términos básicos.

Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Cabezas-León, M., Gracia-San Román, J., García-Caballero, J. y Morente-Matas, P. (2005) realizaron un estudio en España titulado “Calidad de vida en pacientes intervenidos de catarata” cuyo objetivo es la medición del impacto de la cirugía de catarata en la calidad de vida. Métodos: Medición de la calidad de vida en pacientes intervenidos de Catarata de sesenta a ochenta años de edad, de ambos géneros y con un nivel intelectual que les permitiera comprender el cuestionario de calidad de vida (SF-36). Se utiliza el SF-36 para medir las diferencias en calidad de vida pre y postcirugía, de tal manera que se completa el cuestionario ANTES del

acto quirúrgico y SEIS MESES después. Resultados: Se realizaron 75 cuestionarios. La edad media fue de 73,88 años D.E. 5,27 años.

Se ha encontrado una mejora significativa tanto de la función física ($p=0,001$), cómo de la limitación de roles por problemas físicos ($p=0,007$) así como de la función social ($p=0,003$). Las dimensiones dolor corporal, limitación de roles debido a problemas emocionales, vitalidad, energía ó fatiga, percepción de la salud general y salud comparada con la de hace un mes, mejoraron en el periodo postcirugía, si bien no se encontraron diferencias significativas entre ambos periodos. El estudio concluyo que la facoemulsificación e implante de lente intraocular ha demostrado que es un método efectivo para mejorar la calidad de vida, sobre todo en los aspectos físicos. La disminución de la limitación de roles debido a problemas de salud físicos tras la cirugía es concordante con la mejora física. La mejora en las relaciones sociales confirma la importancia de la medición de aspectos de calidad de vida en los resultados de cualquier intervención médica.

Se toma este estudio para basar la investigación ya que describe el tema de la catarata como enfermedad y limitaciones que ocasiona en el paciente, la facoemulsificación como terapia quirúrgica efectiva en el mejoramiento de calidad de vida de los pacientes que la padecen. Asimismo la atención de enfermería en lo que respecta a observar el mejoramiento de

la calidad de vida en dichos pacientes. Por esto se considera un antecedente importante con respecto a la investigación realizada.

Antecedentes Nacionales

Mendoza, M. (2008) realizó una investigación: “Guía de actuación para enfermería para el cuidado a los pacientes que se les realiza intervención de vertebroplastia. Unidad de radiología intervencionista. Institución de salud privada”. En resumen, la investigación realizada esta formulada para la unidad de radiología intervencionista de una institución de salud privada. El objetivo principal es la creación de una guía de actuación para enfermería para el cuidado a los pacientes que se les realiza la intervención de vertebroplastia. Sus bases teóricas se complementan en la descripción de la participación de los miembros del equipo de enfermería en rol de instrumentista y de circulante que laboran en la unidad e intervienen en los 3 periodos operatorios. El diseño metodológico está compuesto por sus fases descriptiva, documental y exploratorio; como un proyecto factible que es. La población está formada por 3 miembros del equipo de enfermería que laboran en la unidad de radiología intervencionista. La recolección de datos se llevo a cabo por observación, para ello se diseño una lista de cotejo de 144 ítems, subdividido en 12 subindicadores; con la cual se aplico a los miembros del equipo de enfermería de la unidad. Además se utilizo la técnica de la encuesta por medio del cuestionario el cual se aplico a todas las gerencias involucradas con la incorporación de la guía de actuación. Los

resultados de la investigación comprobaron que es necesaria la implementación de una guía de actuación para los miembros del equipo de enfermería, con el objetivo de lograr la unificación de criterios y establecer una pauta de trabajo para el paciente durante el periodo perioperatorio de la intervención de vertebroplastia.

Por otro lado, Lau, G. (2010) realizó un estudio titulado “Efecto de la incisión corneal en cirugía de facoemulsificación con lente pseudo acomodativo Restor”; dicho estudio se realizó en el Centro Médico Docente La Trinidad. Su objetivo: Evaluar el efecto que se produce con la incisión corneal 3mm sobre el astigmatismo en cirugía de facoemulsificación con lente pseudo acomodativo Restor. materiales y métodos: 200 casos de pacientes con catarata Grado I,II y/o cristalino claro, se les realizó facoemulsificación con lente intraocular pseudo acomodativo Restor, realizando una incisión corneal de 3mm a nivel del meridiano de lectura queratométrica mas alta o mas curva , en pacientes con astigmatismo menor a 1.25 D. La agudeza visual lejana sin corrección (AV-SC) preoperatoria fue 20/400, la media del astigmatismo por queratometría fue 0.63 D (DS 0.25D), rango 0.25 a 1.25 D.

Resultados: La media de la AV-SC postoperatoria a los 6 meses fue 20/25, la media del astigmatismo por queratometría fue 0.54 D (DS 0.18 D), rango 0.25 a 1.00 D. Conclusiones: El 99 % de los pacientes lograron una

agudeza visual sin corrección de lejos igual o mejor a 20/25, en el 90% hubo reducción de astigmatismo por queratometría mayor o igual a 0.50 D, 10% no hubo cambio en el valor del astigmatismo por queratometría. La inducción del astigmatismo por queratometría en este grupo de pacientes no fue estadísticamente significativa.

Jiménez, A. y Garabito Z. (2009), elaboraron una investigación que llevo por título: "Evaluación de la agudeza visual en pacientes sometidos a cirugía de catarata en la consulta de segmento anterior" cuyo objetivo es evaluar la agudeza visual en pacientes sometidos a cirugía de catarata en la consulta de segmento anterior del Centro Oftalmológico Regional de Aragua Filippo Sindoni durante los meses de Octubre-Diciembre 2009. Método: Se evaluaron 116 pacientes a quienes se les realizó cirugía de catarata por técnica de facoemulsificación y extracción extracapsular determinándose agudeza visual pre y post operatoria. Resultados: 54% masculino, 65% con edad mayor a 60 años, de los cuales 78% se realiza cirugía por técnica de facoemulsificación y 22% por técnica extracapsular. Se determina la agudeza visual preoperatoria 12% 0/20-20/40; 22% 20/50-20/70 14% 20/80-20/100; 16% 20/150-20/400; 35% Cd-PL; posterior a la cirugía la agudeza visual reportó: 63% 20/20-20/40; 15% 20/50-20/70; 6% 20/80-20/100; 7% 20/150-20/400; 9% Cd-PL. En relación a las complicaciones éstas ocurrieron en un 9% siendo la catarata secundaria la de mayor incidencia con un 4%. Discusión: Las cataratas se encuentran entre las principales causas de

ceguera prevenible en el mundo y su detección y tratamiento tiene vital importancia ya que éstas interfieren con las actividades normales del paciente. La cirugía de catarata por técnica de facoemulsificación y extracción extracapsular permitió una mejoría de la agudeza visual y por ende de su calidad de vida.

Díaz, V. y Guerrero, E. (2005) elaboraron una investigación titulada "Propuesta de guía de actuación del profesional de enfermería durante el periodo perioperatorio de la angioplastia transluminal percutánea, en la unidad de radiología intervencionista de la policlínica metropolitana, segundo semestre de 2005". La presente investigación se desarrolla dentro del contexto de la enfermería clínica, teniendo como objetivo principal la elaboración de una guía de actuación de enfermería durante el periodo perioperatorio de la ATP; para el personal que labora en la Unidad de Radiología Intervencionista de la Policlínica Metropolitana, en Caracas. Las bases teóricas se sustentan en la actuación general y particular de los profesionales de enfermería durante cada etapa y subetapa del perioperatorio de la ATP, las definiciones fundamentales de las guías de actuación y de las enfermedades cardiovasculares y sus soluciones terapéuticas (ATP). El diseño de la investigación se fundamenta en un proyecto factible con su fase descriptiva respectiva y tanto la población como la muestra estuvo conformada por 06 individuos en condición de profesional de enfermería que laboran en la unidad de radiología intervencionista de la

institución en cuestión. Para la recolección de datos se realizó una guía de observación de 121 ítems, subdivididos en 06 bloques correspondientes a cada subindicador. Los resultados obtenidos evidenciaron la necesidad de unificar criterios y de establecer un orden lógico en las acciones a ejecutar por el profesional de enfermería en una ATP, por lo que se realizó la propuesta de la guía de actuación y se recomendó el estudio de su factibilidad y su posterior implementación.

Dicho antecedente se relaciona con la investigación que se realiza ya que su objetivo principal es el planteamiento de una guía de actuación de enfermería en el periodo perioperatorio, asimismo en este estudio se busca describir la actuación de enfermería en una fase del perioperatorio, igualmente se relacionan al ambos ser proyectos factibles, tener una población con características parecidas, igualmente, se utiliza la misma técnica e instrumento de recolección de datos que son la observación y una lista de cotejo u observación respectivamente, por lo cual dicho estudio sirve para fundamentar la investigación presente.

Bases teóricas

Las bases teóricas en este estudio representan el marco referencial del problema de investigación. Las mismas están constituidas por un conjunto de conocimientos teóricos sobre Enfermería, Enfermera(o) Profesional, Enfermera(o) Quirúrgica(o) y Principios de la Técnica Estéril

Aséptica, constituida por la variable a medir. Basados en principios científicos, los cuales se utilizan para prevenir la contaminación en los procedimientos que puedan generar infección. Las técnicas a realizar en quirófano siempre deben ser estrictamente para prevenir, las asépticas controlan el ambiente, las estériles previenen la transmisión de microorganismos patógenos hacia los tejidos corporales, el tejido seccionado o traumatizado.

Las intervenciones quirúrgicas en el Centro Médico Docente La Trinidad se llevan a cabo en condiciones estériles, tratándose de evitar la contaminación con microorganismos patógenos para mantener la esterilidad durante todo el procedimiento, por esta razón se colocan campos estériles alrededor de la zona de incisión de los tejidos o zona de introducción de instrumentos estériles en el interior del organismo y a la inversa al terminar la intervención se descontaminan y se esteriliza todo el material médico quirúrgico, asumiendo que todo paciente es una fuente potencial de infección para otros pacientes. Es fundamental que todos los miembros del equipo quirúrgico conozcan los métodos de asepsia y antisepsia, más habituales en la sala de operaciones y las vías de transmisión hasta el campo estéril y la herida quirúrgica.

Todo el personal de quirófano es responsable de que la técnica sea estéril, cualquier contaminación debe solucionarse de inmediato. El paciente

es el centro del campo estéril que lo incluye al mismo, la mesa de operaciones y los restantes dispositivos cubiertas con campos estériles, así como el personal autorizado debe tener indumentaria estéril.

Hay que cumplir estrictamente las normas de esterilidad para la seguridad del paciente, esta conducta refleja la profesionalidad del personal de enfermería, es necesario reconocer y tener presente que todo tejido vivo al ser seccionado se expone a la infección, por lo tanto las técnicas asépticas no se pueden disociar de la cirugía, porque ella es la más importante del área quirúrgica.

Actuación de los Profesionales de Enfermería Quirúrgica en la cirugía de catarata.

La Enfermería es una profesión dinámica y su práctica cambia constantemente, actualmente la praxis de Enfermería es externa y global, incluye medidas curativas, profilácticas, rehabilitación y apoyo, para que el individuo recupere y conserve sus capacidades para que el individuo recupere y conserve sus capacidades para desempeñar las actividades de la vida diaria, en la mejor forma posible, proporcionando un servicio directo, fundamentado en brindar calidad asistencial al enfermo, familia y comunidad.

Al respecto Fortunato, N. (2005) afirma que:

“La profesión de Enfermería prepara a las enfermeras a traducir el arte y la ciencia de enfermería a conocimientos y habilidades relevantes. Está construida sobre una base sólida de educación general de artes liberales, humanidades y ciencias naturales y del conocimiento.” (Pág. 17).

Esta disciplina es de gran importancia para las ciencias sociales, siendo la figura más relevante la enfermera(o) pues cumple con el fomento de la salud óptima para el ente biopsicosocial, Fortunato, N. (2005) sostiene que: “la enfermera profesional se dedica a la promoción de la salud a todos los seres humanos en sus distintos ambientes” (Pág. 17).

Tal responsabilidad implica el cumplimiento de los principios de la técnica estéril, como garantía del restablecimiento de la salud del enfermo y por ende la demostración de una práctica de óptima calidad. Especialmente la Enfermera(o) quirúrgica(o) que cumple su práctica profesional con los enfermos quirúrgicos en la fase del transoperatorio

Los profesionales de enfermería que laboran en las Unidades Quirúrgicas, que por la variedad de sus funciones es denominados por muchos autores como Enfermera(o) Quirúrgica(o) o Enfermera(o) Perioperatoria(o).

Al respecto Fortunato, N. (2005) sostiene que:

“La seguridad y el bienestar del paciente se confían a la enfermera perioperatoria (quirófano) desde el momento de su llegada al ambiente perioperatorio hasta la salida y la transferencia de responsabilidad a otro miembro del equipo profesional de la salud. (...) se hace legalmente responsable de los cuidados a los pacientes en el perioperatorio, incluyendo las intervenciones que asisten al paciente en un estado consciente o inconsciente.” (Pág. 17)

La enfermera (o) quirúrgica(o) comparte una experiencia con el equipo de salud y los pacientes quirúrgicos, donde el trabajo interdisciplinario es esencial, al igual que las condiciones en el que trabajo se realice. Fortunato, N. (2005) considera que: “La enfermera perioperatoria es la que se encarga personalmente del plan asistencial o supervisa a otros que desarrollan el plan con habilidad, seguridad, eficacia y efectividad”. (Pág. 19). En relación al texto anterior el autor refiere que la función de los profesionales de enfermería en cirugía se cumple en tres fases: fase preoperatoria, fase intraoperatoria o transoperatoria y fase postoperatoria. Cabe destacar que en este estudio sólo se tomará en cuenta la participación de los profesionales de enfermería en la fase intraoperatoria o transoperatoria que según Fortunato, N. (2005) la explica como: “...se inicia con la colocación del paciente en la mesa de operaciones y continúa hasta que es admitido en el área posquirúrgica.”(Pág. 19), otros autores lo definen como la fase que se inicia con la incisión quirúrgica para luego trasladar al paciente al área de

recuperación, es la fase más compleja de la función perioperatoria de la enfermera(o) quirúrgica(o).

Fase intraoperatoria o transoperatoria

En esta fase los profesionales de enfermería perioperatorios en quirófano cumplen una variedad de actividades, entre las cuales se encuentran: preparar y organizar el quirófano, antes, con la finalidad de contribuir acertadamente en el éxito de la intervención quirúrgica, previniendo contratiempos, ahorrando tiempo y recursos. Esta preparación del ambiente quirúrgico se realiza considerando cada uno de los elementos que cumplen los principios de la técnica estéril y aséptica.

En lo que respecta a la actuación de la enfermera(o) quirúrgica(o) en quirófano es necesario considerar varios elementos referidos por Fuller, J. (2008) en relación a la conciencia quirúrgica: “la motivación profesional y ética que regula el comportamiento aséptico”. Es cuidado, disciplina y técnica, la asistencia óptima de los pacientes requiere tener conciencia quirúrgica correspondiente, así como autodisciplina y la aplicación de los principios de asepsia y técnica estéril, todos están inseparablemente relacionados. La conciencia quirúrgica es una voz interior que pide una práctica consciente de la asepsia y el uso, en todo momento de la técnica estéril.

Inicio de la intervención antes de la cirugía de cataratas

Al respecto se deduce que la aplicación de los procedimientos que cumple con los principios del principio estéril lleva implícito un compromiso moral garante de la seguridad del enfermo quirúrgico a fin de prevenir infecciones.

Así mismo expresa que el objetivo para que las intervenciones quirúrgicas se lleven a cabo bajo condiciones estériles, debe considerarse al paciente como el centro del campo estéril, de igual forma la mesa de operaciones y los otros dispositivos cubiertos con campos estériles, así como el profesional de enfermería en el rol de asistente de cirugía como lo define Fortunato, N. (2005):

“La enfermera circulante es un técnico quirúrgico, es vital para la facilitación de los hechos antes, durante y después de la intervención quirúrgica. La función de la circulante como abogado y protector del paciente es importante y se lleva a cabo durante todo el proceso perioperatorio. Depende de la circulante para monitorizar y coordinar todas las actividades dentro de la sala y manejar los cuidados necesarios para cada paciente. Estar inmediatamente disponible.”(Pág. 52)

Es necesario que la enfermera(o) asistente deba estar inmediatamente disponible para asistir ininterrumpidamente a la enfermera(o) en el rol instrumentista y puede dejar el quirófano por períodos cortos pero

debe regresar inmediatamente para suministrar lo que se requiera en la intervención quirúrgica y demuestra el sentido de conciencia quirúrgica.

Las funciones que debe realizar la enfermera(o) instrumentista quirúrgico durante la cirugía de catarata son básicamente preparar el quirófano antes de la cirugía, lo que incluye revisar que el material necesario este completo, organización de los equipos para la intervención, es decir, la colocación de las pinzas en la mesa de mayo, conexión de los equipos, incluyendo el microscopio, la asepsia y preparación de la zona a intervenir, colocación de los campos quirúrgicos estériles, mantener la permeabilidad del ojo colocando solución salina balanceada periódicamente, tener especial cuidado con el instrumental antes, durante y después de la intervención, esto incluye el lavado, organización y esterilización del material médico quirúrgico y llevar a cabo la instrumentación quirúrgica de la manera más satisfactoria posible.

Cabe señalar que el objetivo de la cirugía oftalmológica, es recuperar la visión perdida por enfermedad, lesión o defectos congénitos y obtener un buen efecto estético. Al respecto Fuller, J. (2008) señala: “Los procedimientos oculares son delicados y precisos.” (Pág. 655). El paciente que va ser sometido a cirugía ocular quizá necesite mayor contención y apoyo emocional si se presenta ceguera parcial, este apoyo lo realizan los profesionales de enfermería instrumentista y los asistentes. Como la mayoría

de los procedimientos oculares se practican con anestesia local, la comodidad física del paciente cobra gran importancia y por tal razón el instrumentista y el asistente deben prestar mucha atención a la posición del paciente en la mesa de operaciones para asegurarse de que no se moverá por molestias durante el procedimiento.

Puede incluirse a lo antes expuesto la necesidad de profesionales de enfermería especializados en cirugía oftalmológica con ciertas características intelectuales, un conjunto de conocimientos, educación especializada y un pensamiento crítico, creativo que le permite interactuar con los usuarios en forma eficaz y eficiente, elevando con ello el prestigio que la enfermería debe sustentar como profesional. Las principales causas de la ceguera son los trastornos de la retina, glaucoma, cataratas y traumatismo. Según Fortunato, N. (2005) dice que: “Aunque no existe un sistema sustitutivo para la visión en el ojo, uno de los órganos más intrincados del cuerpo, las técnicas oftálmicas modernas pueden curar o mejorar, de forma importante, numerosos tipos de alteraciones de la visión.” (Pág. 815).

Actualmente y en la mayoría de los casos la cirugía oftalmológica es de régimen ambulatorio, mientras que se reserva la hospitalización para los enfermos no aptos para la cirugía ambulatoria, en este sentido referido por Broto. y Delor, S. (2006) señala que: “Por esto se debe diseñar un sistema adaptado a la deambulacion de los pacientes con requerimiento de medios

de visualización y la gran cantidad de equipamiento necesario para la cirugía ocular.” (Pág. 67)

De acuerdo a lo señalado por el autor esto implica que los quirófanos de oftalmología no pueden ni deben utilizarse para otro tipo de intervención, es esencial que los profesionales de enfermería de la unidad de cirugía de cataratas velen por el desenvolvimiento correcto del área.

Los procedimientos quirúrgicos sobre el ojo son extremadamente delicados y requieren un instrumental de precisión, mano firme y un ambiente tranquilo. El microscopio operatorio, todo el equipamiento accesorio y los microinstrumentos deben prepararse y comprobarse por el instrumentista y la asistente antes de la intervención quirúrgica. De igual manera refiere Fortunato, N. (2005) “El resultado del procedimiento dependerá del estado de los instrumentos. Deben protegerse y manejarse con extremo cuidado antes, durante y después o posteriormente a su utilización.” (Pág.818).

Los profesionales de enfermería quirúrgicos, instrumentista y asistente entran al quirófano inspeccionándolo y realizando la limpieza de las mesas, lámparas, microscopio para ser usado durante la intervención quirúrgica. Para las cirugías oftalmológicas se utilizan diferentes equipos de alta tecnología. Dentro del quirófano de cirugía oftalmológica son indispensables los siguientes equipos: Cauterio bipolar, diatermia, criocoagulador, equipo de

rayo láser, vitreótomo y facoemulsificador. Se inspecciona el quirófano con la instrumentista y asistente, para luego pasar a la mesa circular o mesa cuadrada: bulto de oftalmología, guantes estériles, gasas con raitex, compresas, aplicadores, inyectoras de 3 ml, instrumental o materiales de microcirugía para oftalmología (blefaróstato, cuchillete de 3.2 o bisturí de diamante 3.2, cuchillete de 15°, cuchillete de 4.1 mm, compás, pinza de utrata, micromanipulador para faco acodado o curvó, pieza de mano del facoemulsificador, cánulas de irrigación y aspiración bimanual o monomanual, pinza 0.12, pinza de kelman, pinza Mac pherson, portaagujas, tijera de wescott, tijera de stiller, pinzas para plegar e introducir el lente intraocular e inyector de lente intraocular opcional), cartucho para inyección del lente intraocular, el lente intraocular, sutura nailon monofilamento 10-0 con aguja de corte lateral, Ringer lactato, sustancias viscoelásticas, solución salina balanceada y solución antiséptica.

Durante la intervención de cataratas

En este sentido para realizar la cirugía de cataratas se utilizan dos métodos los cuales son definidos por Fuller, J. (2008) como: “La extracción intracapsular de cataratas y la extracción extracapsular de cataratas.”(Pág. 679). La extracción intracapsular requiere una gran incisión a través de la cual se extrae todo el cristalino, generalmente con aspiración, una criosonda y muchos puntos de sutura. La extracción extracapsular de cataratas, suele realizarse con un facoemulsificador.

Broto. y Delor, S. (2006) reseña al facoemulsificador como: “el equipo empleado para la disolución o emulsificación del cristalino, aspira las partículas generales y al mismo tiempo irriga” (Pág. 69), esto se realiza con la finalidad de reponer el líquido extraído y el que se pierde a través de la herida. De igual manera Fuller, J. (2008) reseña que la facoemulsificación es: “la fragmentación del tejido mediante vibración ultrasónica.” (Pág. 679). La tecnología actual permite ajustar el facoemulsificador a la frecuencia que destruye sólo el tejido; una vez que el tejido ha sido fragmentado y emulsificado, se aspira o succiona con un sistema de aspiración.

En referencia a los autores citados la enfermera(o) quirúrgica(o) en quirófano como miembro del equipo con indumentaria estéril debe cumplir durante el desarrollo de la intervención quirúrgica con los principios de asepsia y antisepsia expuesto, cualquier contacto innecesario con una persona, material o equipo no estéril, puede ser fuente de contaminación. El cumplimiento de los principios a través de los procedimientos referidos tiene como finalidad minimizar cualquier posibilidad de contaminación del material estéril que será utilizado durante la intervención, es indispensable por parte de la enfermera(o) quirúrgica(o) y la asistente quirúrgica(o) el cumplimiento de este principio de la norma estéril y aséptica.

Después de la cirugía de cataratas

Una vez finalizada la cirugía de cataratas se procede conjuntamente la enfermera(o) quirúrgica(o) a realizar la limpieza del material usado durante la cirugía, al respecto según lo referido por Fuller, J. (2008) dice: “La vida del instrumental de oftalmología depende casi exclusivamente de su buen uso y cuidado.” (Pág. 69). Inmediatamente después de su empleo el profesional de enfermería perioperatorio, lava con agua destilada y solución de limpieza el instrumental, lo seca en forma minuciosa y lubrica el material médico quirúrgico; sus puntas deben estar protegidas o cubiertas y las cánulas deben enjuagarse en su luz con agua destilada y secarse para luego ser envueltas por el asistente de cirugía.

En la realización de cualquier procedimiento quirúrgico se debe tener especial cuidado con la integridad del empaque que contiene los instrumentos que se van a esterilizar, estos deben estar sellados completamente sujeto con cinta testigo y deben estar libres de perforaciones, de partículas de polvo y humedad. Los profesionales de enfermería del área quirúrgica deben verificar el empaque, su esterilidad para garantizar al paciente el mas mínimo riesgo de contaminación y en consecuencia la aparición de infección.

La esterilización del material o instrumentos oftalmológicos, tiene una breve duración debido al procedimiento ya mencionado, por ello es indispensable reducir al menor tiempo posible el ciclo limpieza esterilización

del instrumental. El quirófano de cirugía oftalmológica cuenta con un equipo de esterilización eficaz y rápido llamado *stating*, al respecto Fuller, J. (2008) dice que: “El ciclo esteriliza a 135°C en un tiempo mínimo de 6 minutos. Las cajas son colocadas abiertas y una vez terminado se llevan al quirófano” (Pág. 71). Luego se prepara la siguiente cirugía.

En relación con la teoría de Enfermería que fundamenta esta investigación, se considera que los postulados de Florence Nightingale. Expone que el principal problema sanitario es la higiene, para ella la enfermedad es un proceso reparativo y que la limpieza contribuirá a este proceso reparador.

Phillips, N. (2005) especifica en su teoría que:

“el desarrollo ambiental de los cuidados al paciente sobre la cual se basan los principios de los cuidados perioperatorios. La enfermera es responsable de crear y mantener las mejores condiciones ambientales posibles. Enfatizó la necesidad de la prevención a través de la educación y el trabajo en equipo. Así la asistencia perioperatoria se basaba en el control del ambiente y la limpieza de los aparatos e instrumentos de esa área.” (Pág.14).

Los postulados de Florence Nightingale se relacionan con la investigación ya que la actuación de los profesionales de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de cataratas por facoemulsificación requiere el cumplimiento de las normas de asepsia y los principios de la técnica estéril antes, durante y después por parte de las enfermeras(os) quirúrgicas(os) y

asistentes de cirugía. Deben ser consistentes en mantener siempre presente que la conciencia quirúrgica es el juez que la juzga constantemente.

Bases Legales

Desde un enfoque legal y deontológico esta investigación se fundamenta en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000) y del Código Deontológico de Enfermería (1999) que encierra un conjunto de deberes, derechos, normas éticas y morales que fueron creadas para proteger a los individuos y a la sociedad en pro de la salud e integridad física y mental.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000), específica en el capítulo V De los Derechos Sociales y de las Familias donde señala:

Artículo 83.- “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”.(Pág. 30)

Artículo 84.- “Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud”. (Pág. 30-31)

El Código Deontológico de Enfermería (1999) dentro de los Deberes Generales de las Enfermeras (os) Título II Capítulo I reseña lo siguiente:

Artículo 2.- La máxima defensa de la enfermera (o) es el bienestar social, implícito en el fomento y la preservación de la salud, en el respeto a la vida y a la integridad del ser humano. (Pág.4)

Artículo 3.- La Enfermera(o) tendrá como norte en sus actos, prestar sus servicios profesionales al individuo, familia y comunidad, con

responsabilidad, eficiencia, capacidad, mística y verdadera vocación. (Pág. 4).

En el Capítulo II de los Deberes Esenciales de la Enfermera(o) señala:

Artículo 10.- La relación Enfermera-Paciente estará fundamentada en el respeto a la dignidad humana, responsabilidad y secreto profesional como lo estipulan las normas y condiciones morales que acompañan la acción de la Enfermera (o). (Pág. 5)

Artículo 11.- La Enfermera (o) debe manejar con libertad normas y criterios científicos que le permitan precisar la atención adecuada al estado del enfermo. (Pág. 6).

En el Capítulo V Deberes de la Enfermera (o) hacia los Usuarios. Los Deberes de los Usuarios dice:

Artículo 30.- Al proporcionar los cuidados del usuario, el profesional de Enfermería deberá contemplarlo, en sus dimensiones biológica, psíquica, social, religiosa e ideológica. (Pág. 11).

Artículo 36.- El enfermo tiene derecho a:

1. Ser tratado con respeto y dignidad; el ambiente de su ubicación debe reunir comodidad, higiene y confort.

2. Ser visitado por cualquier orden religiosa, de acuerdo a sus creencias.
3. Recibir una atención de elevada calidad profesional de la Enfermera (o) y el equipo de salud.
4. Ser informado de cualquier procedimiento sobre diagnóstico.
5. Dar consentimiento previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.
6. Que sean respetadas las confidencias acerca de su estado de salud y estadía en el centro asistencial.
7. Solicitar explicación sobre los honorarios a pagar, y exigir montos adecuados ante la ley.
8. Rechazar cualquier procedimiento de investigación con seres humanos, en que a él se le quiera involucrar provocando regulaciones y limitaciones personales. (Pág. 12).

Sistema de variable

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2003) refieren que una variable:

“Es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirla. La variable se aplica a un grupo de personas y objetos los cuales pueden adquirir diversos valores respecto a la variable, por ejemplo la inteligencia, porque no todas las personas poseen el mismo nivel de inteligencia”. (Pág. 75).

Variable: Actuación del Profesional de Enfermería en el Intraoperatorio de Cirugía de catarata por medio de Facoemulsificación ultrasónica.

Definición Conceptual: Fuller, J. (2008) “Son todas aquellas acciones que la enfermera quirúrgica ejecuta para preservar las técnicas asépticas y de esterilidad, para evitar la contaminación del paciente quirúrgico”. (Pág. 7).

Definición Operacional: Se refiere a la actuación de la enfermera(o) quirúrgica(o) en las intervenciones de cirugía de cataratas por medio de facoemulsificación ultrasónica en el Centro médico Docente La Trinidad, en el manejo y cumplimiento de las técnicas asépticas y estériles antes, durante y después de la cirugía oftalmológica.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: Actuación del Profesional de Enfermería en cirugía de catarata por facoemulsificación ultrasónica.

Definición Operacional: Son las actividades referidas a la práctica de enfermería en intervenciones de catarata por medio de facoemulsificación ultrasónica.

Dimensión	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p>Práctica de enfermería en Intervenciones de catarata por medio d facoemulsificación ultrasónica: Se refiere a las actividades que realiza el Profesional de Enfermería en su rol de Instrumentista con respecto al inicio, durante y después del procedimiento de cirugías oftalmológicas por medio de facoemulsificación ultrasónica.</p>	<p>Inicio de la Intervención: Se refiere a las actividades observadas que cumple el profesional de enfermería instrumentista de cirugía oftalmológica con respecto al inicio de la cirugía.</p>	<p>Test del Equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Encendido del equipo Llenado de las líneas del sistema Colocación del cartucho Pieza de mano Cuchilletes o bisturí de diamante Sustancia viscoelástica <p>Instrumental de oftalmología:</p> <ul style="list-style-type: none"> Blefaróstato Compás Pinza de Utrata Pinza 0.12 Pinza de Mac Pherson Portaagujas Pinza para plegar e introducir lente Tijera de Wescott y Stiller Jeringa de 3 ml con cánula Lente Intraocular 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

Dimensión	Indicadores	Subindicadores	Ítems
	<p>Durante la Intervención: Se refiere a las actividades observadas que cumple el profesional de enfermería instrumentista de cirugía oftalmológica con respecto a durante la cirugía..</p>	<p>Antisepsia de la zona a operar Colocación de campos estériles Colocación de batas al cirujano Colocación de guantes al cirujano Instalación de pieza de mano Conexión de irrigación y aspiración Montaje del cartucho del lente Sutura Cura operatoria</p>	<p>17 18 19 20 21 22 23 24 25</p>

Dimensión	Indicadores	Subindicadores	Ítems
	<p>Después la Intervención: Se refiere a las actividades observadas que cumple el profesional de enfermería instrumentista de cirugía oftalmológica con respecto a lo que ocurre después de la cirugía.</p>	<p>Desmontaje del equipo Limpieza del material Secado del material Preparación del material Esterilización del material</p>	<p>26 27 28 29 30</p>

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Actuación: Modo de desempeñar la labor atendiendo a ciertos parámetros dentro de la enfermería.

Antisepsia: Prevención de sepsis por exclusión, destrucción o inhibición del crecimiento o multiplicación de microorganismos patógenos, de los tejidos y líquidos del cuerpo.

Asepsia: La ausencia de microorganismos que producen enfermedad, ausencia de infección, exclusión de microorganismos. Adjetivo, aséptico, sin infección.

Barrera: Material que se utiliza para reducir o inhibir la migración o transmisión de microorganismos en el ambiente. Las barreras abarcan el atuendo personal, cubiertas sobre mobiliario y paciente, el empaque de suministros y los filtros en los sistemas de ventilación.

Campo estéril: La zona que circunda el sitio de la incisión en los tejidos o de cualquier instrumento en un orificio corporal, que ha sido preparado para usar instrumentos o equipo estéril. Esta zona incluye todo el mobiliario cubierto con ropa quirúrgica estéril y el personal está propiamente vestido.

Conciencia quirúrgica: Es la base de la integridad y honestidad en la práctica clínica del quirófano. Conciencia que se desarrolla a partir del conocimiento básico, de la importancia de la fidelidad estricta a los principios de asepsia y técnicas estériles.

Enfermería: Es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud.

Enfermería quirúrgica: Es la rama de la enfermería que se encarga de valorar al individuo e identificar las necesidades del paciente de origen fisiológico, psicológico y social basándose en el conocimiento científico con el fin de establecer o conservar la salud y bienestar del paciente antes, durante y después de la cirugía.

Estéril: Que no tiene microorganismos, incluidas las esporas.

Esterilización: Procedimiento por medio del cual se destruyen todos los microorganismos patógenos y no patógenos. Es un término absoluto que sólo se refiere al procedimiento capaz de destruir todas las formas de vida microbiana incluida las esporas.

Incisión: Corte intencional a través del tejido intacto. Sinónimo, incisión quirúrgica.

Intervención quirúrgica: Proceso terapéutico para restaurar o mantener la salud, por ejemplo, recuperar una función.

Intraoperatorio: Fase en la cual se realiza el acto quirúrgico.

Facoemulsificador: es el equipo empleado para la disolución o emulsificación del cristalino, aspira las partículas generales y al mismo tiempo irriga.

Facoemulsificación: es la fragmentación del tejido mediante vibración ultrasónica

Procedimientos: Es el trabajo que deberá llevarse a cabo para cumplir con las normas.

Quirófano: Es una estructura independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención y de sus consecuencias que tienen lugar en general en el exterior del quirófano.

Teoría de enfermería: Las teorías son una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Pueden empezar como una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifique y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva. Las teorías son verificadas y validadas a través de la investigación y proporcionan una orientación para esa investigación.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

El siguiente capítulo comprende la descripción del diseño de la investigación así como también se describe el tipo de estudio, la población y muestra seleccionada. De la misma forma se destaca el método e instrumento para la recolección de los datos, procedimientos para recolectar la información, así como la validez y confiabilidad del instrumento, recolección de datos y finalmente el plan de tabulación y técnicas de análisis.

Diseño de la Investigación

Este estudio está enmarcado en un diseño de investigación de campo definido por Hurtado, J. (2010) lo define como: “aquel en el que el investigador obtiene la información relacionada con su estudio a partir de fuentes vivas, o materiales, en su contexto natural o habitual, las fuentes vivas pueden ser personas, plantas, animales”. (Pág. 694).

Este estudio fue de campo ya que las investigadoras se trasladaron al lugar donde ocurrieron los hechos para obtener la información.

Tipo de Estudio

La presente investigación tiene características que corresponden con un estudio descriptivo. Al respecto Pineda, E. y Alvarado, E de (2008) afirman que los estudios descriptivos son: “Aquellos que están dirigidos a determinar como es ó como está la situación de las variables que se estudian en una población” (Pág.82).

En el mismo orden de ideas Hurtado, J. (2007) plantea que: ...”el propósito es exponer el evento estudiado, haciendo una enumeración detallada de sus características” (Pág.101). En concordancia con el autor, en este estudio se describió una situación observada en la Unidad Quirúrgica del Centro Médico Docente La Trinidad que permitió determinar la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio antes, durante y después de cirugías de cataratas por medio de facoemulsificación ultrasónica.

Igualmente, según el periodo y secuencia del estudio se considera transversal que según Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003) refieren: “Recolecta datos de un solo momento, en un tiempo único” (Pág.270). De allí, que los datos de esta investigación fueron recolectados en el tiempo determinado.

Población

Según Pineda, E. y Alvarado. E de (2008) al tratar el tema de la población señala: “es el conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer en una investigación que presentan características comunes” (Pág.120). La población objeto de estudio estuvo conformada por 20 profesionales de Enfermería que laboran en la Unidad Quirúrgica del Centro Médico Docente La Trinidad.

Muestra

Según Pineda, E. y Alvarado. E de (2008) refiere que la muestra: “Es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación con el fin posterior de generalizar los hallazgos al todo”(Pág.121). En efecto, la muestra de esta investigación estuvo conformada por el 100% de los profesionales de Enfermería que trabajan en la Unidad Quirúrgica del Centro Médico Docente La Trinidad.

Método e Instrumento de recolección de datos

Polit, D. y Hungler, B. (2000) definen método como: “... los pasos, procedimientos y estrategias de recolección y análisis de los datos de una investigación” (Pág. 673). Por ello, en esta investigación se utilizó como técnica la observación.

Para ello se elaboro como instrumento una guía de observación con 30 ítems, que Hurtado, J. (2010) define la guía de observación como “Un instrumento que precisa los aspectos a observar, pero de forma general” (Pág. 841). En esta guía de observación se observan los aspectos sobre los cuales se va centrar la atención, pero más abierto, puesto que se tiene que hacer un registro de tres observaciones. Esta guía de observación permitió recabar y organizar los datos necesarios de acuerdo con los indicadores establecidos en la operacionalización de la variable, estuvo conformada por treinta (30) ítems con respuestas dicotómicas de SI o NO. Esta guía de observación fue aplicada en tres ocasiones a cada uno de los profesionales de enfermería que conformaron la muestra.

Validación y Confiabilidad del instrumento

Para la validez de contenido del instrumento fue sometido a un proceso de revisión a través del criterio de juicio de expertos, para lo cual fueron seleccionados tres especialistas en el área de estudio, quienes expresaron su opinión en relación a la coherencia, claridad, pertinencia y el número de ítems que conforman el instrumento. Una vez que los expertos emitieron su opinión sobre el instrumento se procedió a realizar la elaboración definitiva del mismo.

La opinión emitida por los expertos, fue de utilidad para verificar la congruencia entre los ítems que integra la guía de observación.

Para determinar la confiabilidad de la guía de observación se envió comunicación a la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de Caracas de esta localidad para solicitar autorización de aplicar una prueba piloto a seis profesionales de Enfermería de la Unidad Quirúrgica que laboran en el quirófano de Oftalmología que poseen las mismas características similares de la unidad muestral a investigar. A tal efecto, se aplicó la medida de confiabilidad Tally, obteniéndose un coeficiente del 70%. Al respecto Tamayo, M. (2005) señala que: “esta prueba nos permite ver las deficiencias existentes en torno al diseño metodológico y nos lleva a la realización de los ajustes y se pondrán de manifiesto las ventajas de la investigación” (Pág. 846). En referencia por lo citado por el autor la prueba piloto permitió ver las deficiencias existentes en torno al diseño metodológico y al ajuste necesarios e igualmente las ventajas de la investigación.

Procedimiento para la Recolección de la Información.

Para la recolección de la información se procedió a realizar las correlativas actividades en el orden siguiente:

- ✓ Se envió comunicación escrita al Director y Enfermera Jefe del Centro Médico Docente La Trinidad, dándoles a conocer el interés y solicitud de permiso para aplicar el instrumento a los profesionales de Enfermería para obtener información sobre la actuación de los mismos.

- ✓ En la comunicación enviada se solicita a su vez autorización para realizar la observación no participante al personal de enfermería adscrito al área de quirófano del Centro Médico Docente La Trinidad.

- ✓ Se procedió a notificar y solicitar consentimiento a cada uno de los profesionales de Enfermería para ser observados durante su desempeño laboral.

Técnicas y Análisis de los Datos

Una vez realizada la observación no participante a través de la guía de observación diseñada, se procedió a realizar el plan de tabulación manual. Al obtener los datos se procedió a realizar el análisis a través de la estimación de frecuencias absolutas, los datos se presentaron en cuadros traducidas en porcentaje y promedio y se ilustran por medio de gráficos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Presentación y Análisis de los resultados.

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de la observación realizada mediante una guía de observación donde los datos se agrupan atendiendo los indicadores y Subindicadores de la variable considerada en el estudio.

Los resultados obtenidos a través de la observación, se presentan en cuadros y gráficos. Una vez recolectada la información mediante la guía de observación se utiliza la estadística descriptiva, media aritmética, específicamente el promedio. Los datos se presentan de manera individual considerando los indicadores de la variable. En cada cuadro se expone un análisis de los resultados con ilustración de su respectivo gráfico.

CUADRO Nº 1

Distribución de las frecuencias y porcentajes correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: **Inicio de la intervención**. Subindicador: **Test del equipo**.

Nº	ÍTEMS	Total promedio (Tres observaciones)				Total	
		SI		NO		F	%
		F	%	F	%		
1	¿Realiza el encendido del equipo?	20	100	0	0	20	100
2	¿Hace el llenado del sistema?	17	85	03	15	20	100
3	¿Coloca el cartucho del lente?	20	100	00	00	20	100
4	¿Coloca la pieza de mano?	10	50	10	50	20	100
5	¿Coloca los cuchilletes o el bisturí punta de diamante?	18	90	02	10	20	100
6	¿Coloca la sustancia viscoelástica?	15	75	05	25	20	100

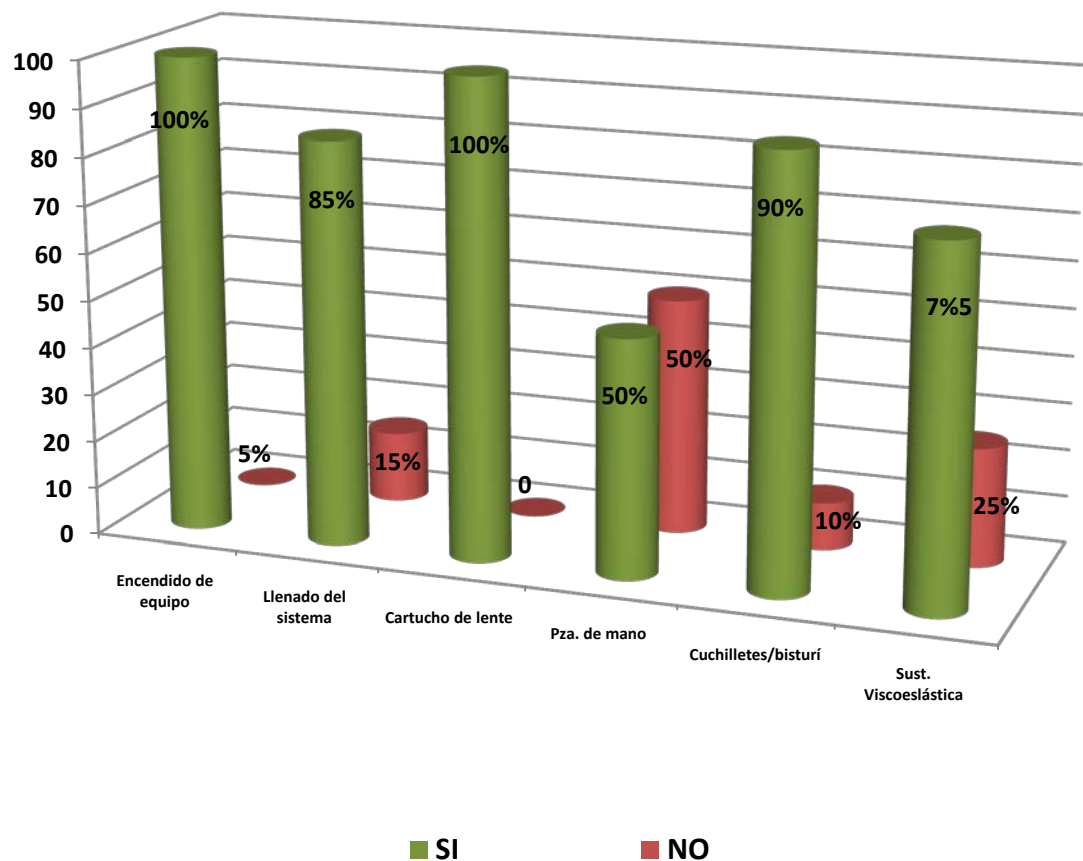
Fuente: Guía de Observación

Análisis

En el cuadro N° 1 se pueden observar los resultados correspondientes a la actuación de los profesionales de enfermería al inicio del proceso de la cirugía de catarata, etapa que denominamos test del equipo donde se fragmenta la catarata, estos resultados indican que todos los profesionales en cada observación realizan el encendido del equipo, observando un 100% de respuestas positivas; un 85% de los instrumentistas hace el llenado del sistema; el 100% de los profesionales colocan el cartucho del lente; un 50% de la población no colocan la pieza de mano; el 90% coloca los cuchilletos o el bisturí punta de diamante; y por último, el 25% de los instrumentistas no colocan la sustancia viscoelástica.

GRÁFICO N° 1

Distribución porcentual correspondiente a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: Inicio de la intervención. Subindicador: Test del equipo.



Fuente: Cuadro N° 1

CUADRO N° 2

Distribución de las frecuencias y porcentajes correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: **Inicio de la intervención**. Subindicador: **Instrumental de oftalmología**.

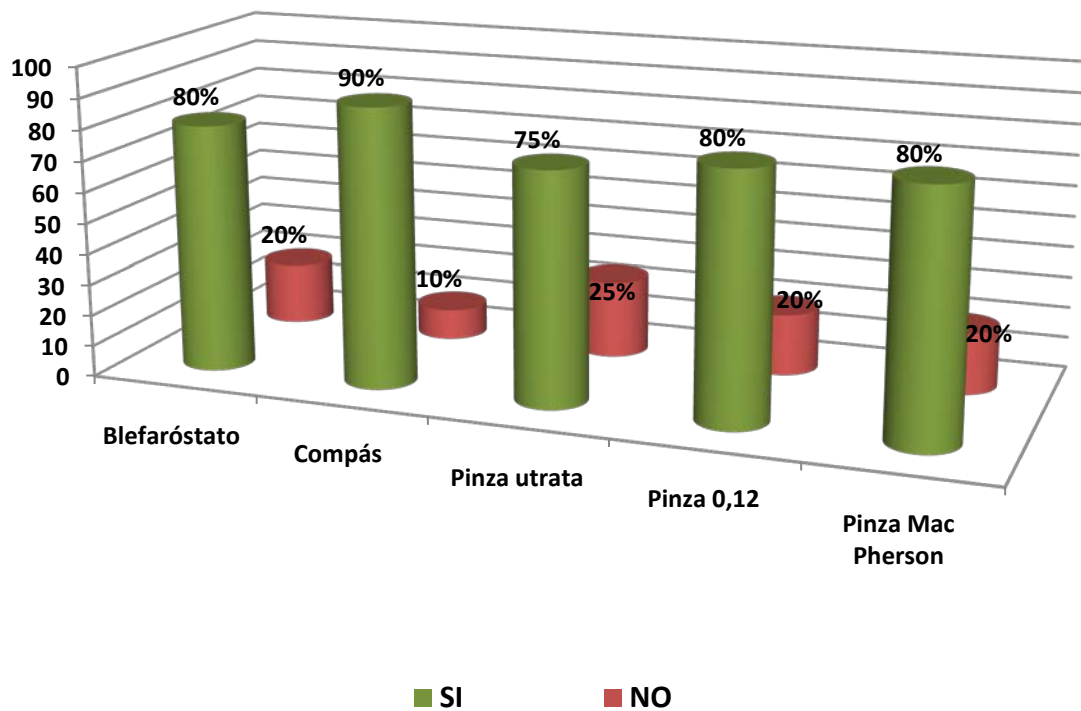
Nº	ÍTEMS	Total promedio (Tres observaciones)				Total	
		SI		NO		F	%
		F	%	F	%		
7	¿Coloca el blefaróstato?	16	80	04	20	20	100
8	¿Coloca el compás?	18	90	02	10	20	100
9	¿Coloca la pinza utrata?	15	75	05	25	20	100
10	¿Coloca la pinza 0.12?	16	80	04	20	20	100
11	¿Coloca la pinza Mac Pherson?	16	80	04	20	20	100
12	¿Coloca el portaagujas?	15	75	05	25	20	100
13	¿Coloca pinza para plegar e introducir el lente?	20	100	0	0	20	100
14	¿Coloca la tijera de Wescott y Stiller?	12	60	08	40	20	100
15	¿Coloca la jeringa de 3 ml con cánula?	16	80	04	20	20	100
16	¿Coloca el lente intraocular?	20	100	0	0	20	100

Fuente: Guía de Observación

En la cuadro N° 2 se presentan los resultados de la actuación de los profesionales de enfermería al inicio del proceso quirúrgico. La observación de estos eventos arrojó como resultado que un 80% de los profesionales de enfermería colocan el blefaróstato; por su parte, un 90% de los instrumentistas colocan el compás; un 75% coloca la pinza utrata; un 80% coloca la pinza 0.12, así como la pinza de Mac Pherson; así mismo se observó que los instrumentistas, objeto de estudio, el 75% colocan el portaagujas; el 100% coloca pinza para plegar e introducir el lente; 60% coloca la tijera de Wescott y Stiller; también se evidenció que el 80% de los profesionales, colocan la jeringa de 3 ml con cánula, finalmente, el 100% coloca el lente intraocular.

GRÁFICO N° 2

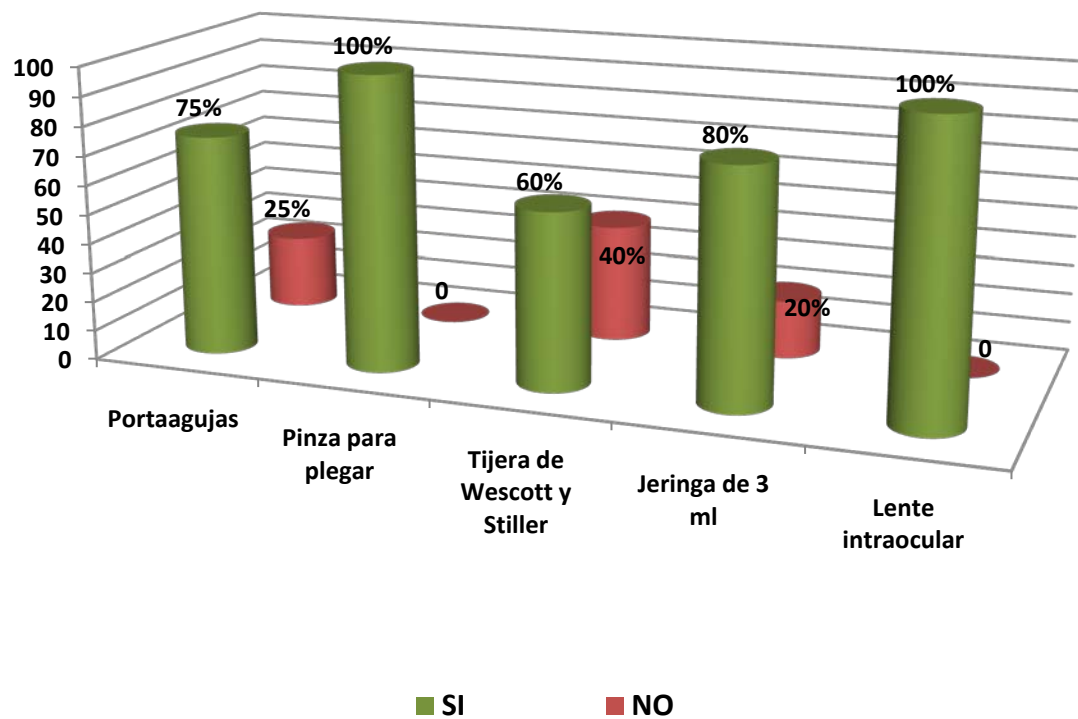
Distribución porcentual correspondiente a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: Inicio de la intervención. Subindicador: Instrumental de oftalmología.



Fuente: Cuadro N° 2

GRÁFICO N° 2-A

Distribución porcentual correspondiente a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: Inicio de la intervención. Subindicador: Instrumental de oftalmología.



Fuente: Cuadro N° 2

CUADRO N° 3

Distribución de las frecuencias y porcentajes correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: **Durante la intervención.**

Nº	ÍTEMS	Total promedio (Tres observaciones)				Total	
		SI		NO		F	%
		F	%	F	%		
17	¿Realiza la antisepsia de la zona a operar?	20	100	0	0	20	100
18	¿Realiza la colocación de campos estériles?	18	90	02	10	20	100
19	¿Realiza la colocación de batas al cirujano?	15	75	05	25	20	100
20	¿Realiza la colocación de guantes al cirujano?	15	75	05	25	20	100
21	¿Realiza la instalación de la pieza de mano?	12	60	08	40	20	100
22	¿Realiza la conexión de irrigación y aspiración?	20	100	0	0	20	100
23	¿Realiza el montaje del cartucho del lente?	17	85	03	15	20	100
24	¿Realiza el montaje de la sutura?	20	100	0	0	20	100
25	¿Realiza la cura operatoria?	20	100	0	0	20	100

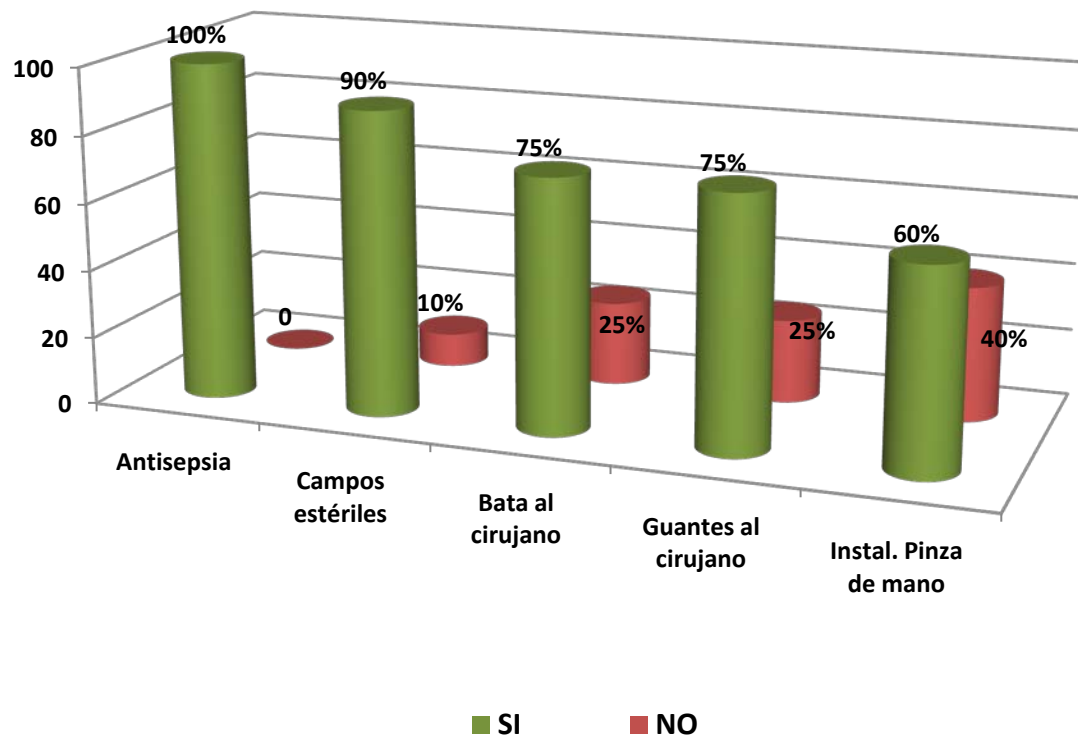
Fuente: Guía de Observación

Análisis

En el cuadro N° 3 se presentan los resultados obtenidos al observar la actuación de los profesionales de enfermería durante la cirugía por facoemulsificación, el montaje del lente. Los resultados obtenidos fueron: el 100% de los profesionales realizan la antisepsia de la zona a operar; a pesar de lo anterior, el 90% de los profesionales de enfermería colocan campos estériles, mientras que la colocación de batas y guantes al cirujano, sólo el 75% lo realiza, el 60% de los profesionales instalan la pieza de mano; sin embargo, el 100% de los instrumentistas realizan la conexión de irrigación y aspiración; el 75% realiza el montaje cartucho del lente, y por último, el 100% realiza el montaje de la sutura y la cura operatoria.

GRÁFICO N° 3

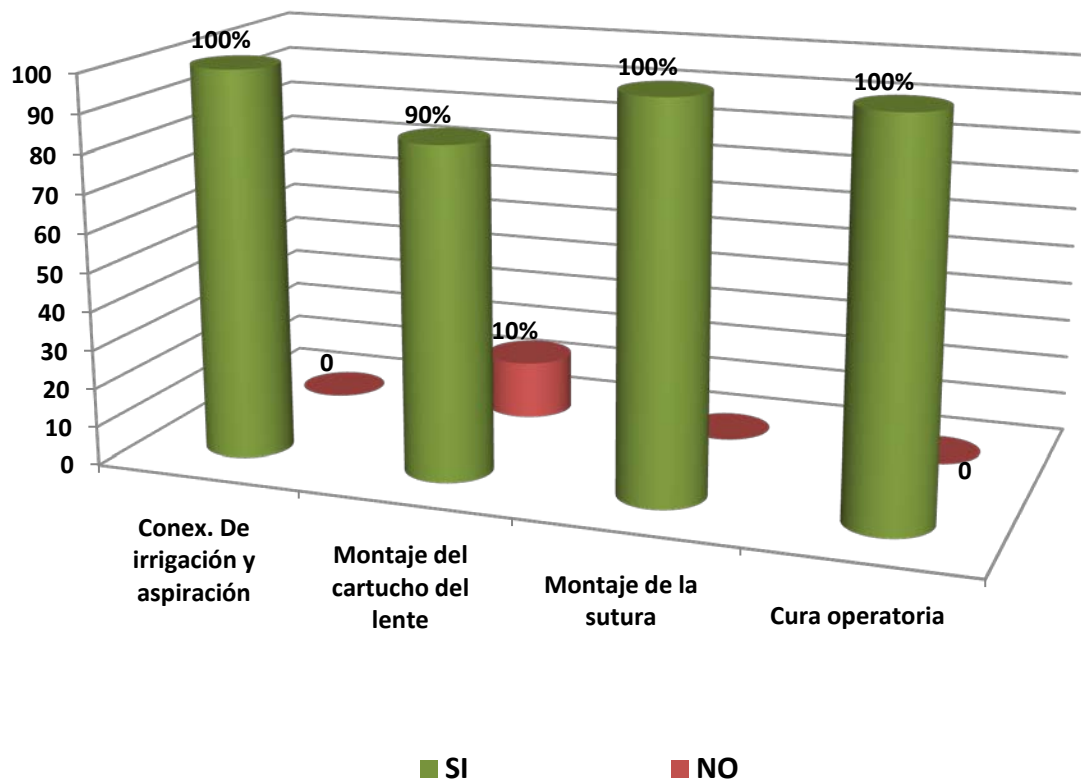
Distribución porcentual correspondiente a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: Durante la intervención.



Fuente: Cuadro N° 3

GRÁFICO N° 3-A

Distribución porcentual correspondiente a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: Durante la intervención.



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO N° 4

Distribución de las frecuencias y porcentajes correspondientes a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: **Después de la intervención.**

Nº	ÍTEMS	Total promedio (Tres observaciones)				Total	
		SI		NO		F	%
		F	%	F	%		
26	¿Realizan el desmontaje del equipo?	15	75	05	25	20	100
27	¿Realizan la limpieza del material?	15	75	05	25	20	100
28	¿Realizan el secado del material?	15	75	05	25	20	100
29	¿Realizan la preparación del material?	15	75	05	25	20	100
30	¿Realizan la esterilización del material?	0	0	20	100	20	100

Fuente: Guía de Observación

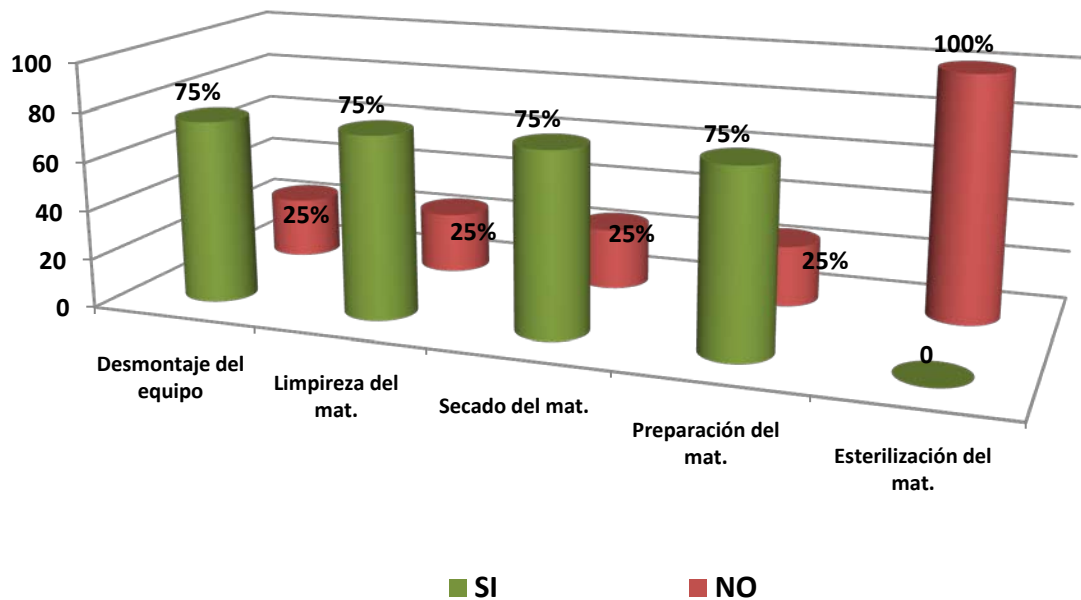
Análisis

En el cuadro N° 4 se presentan los resultados obtenidos al observar la actuación de los profesionales de enfermería después de la cirugía por facoemulsificación, al evidenciar que el 75% realiza el desmontaje del

equipo; limpieza, secado y preparación del material, finalmente el 100% no realiza la esterilización del material.

GRÁFICO N° 4

Distribución porcentual correspondiente a la actuación del profesional de enfermería en el intraoperatorio de cirugía de catarata mediante facoemulsificación ultrasónica en el área de cirugía ambulatoria del Centro Médico Docente La Trinidad. 2010. Indicador: Después de la intervención.



Fuente: Cuadro N° 4

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Conclusiones

Atendiendo al análisis de los resultados obtenidos a través de la técnica de observación con la utilización de una guía de observación, se puede concluir que:

En el cuadro N° 1, se pudo observar que un 83.33% de los profesionales de enfermería realizan el test del equipo; solo un 16.67% de los instrumentistas no lo realizan.

Por esto se puede decir, que los profesionales de enfermería, al inicio de la intervención, tienen el conocimiento para realizar las actividades; pero presentan ciertas debilidades lo cual puede afectar la intervención, ya que alarga el tiempo de cirugía y eso puede causar retrasos en el plan quirúrgico.

En el cuadro N° 2 durante la evaluación al inicio de la intervención, instrumental de oftalmología, se reconoció que un mayor porcentaje (82%) de los profesionales de enfermería que instrumentan catarata, conocen y efectúan de manera correcta las actividades relacionadas con ésta, es decir, conocen el instrumental necesario en este tipo de la cirugía y lo entregan en el tiempo preciso lo cual agiliza el proceso y evita complicaciones intraoperatorias.

En el cuadro N° 3 los resultados obtenidos fueron: un 87.22% de los profesionales realizan las actividades correspondientes durante la intervención, sólo el 12.78% no lo realiza.

En el cuadro N° 4 se observó que después de realizada la intervención el 75% realiza el desmontaje del equipo, la limpieza, secado y preparación del material, mientras que el 100% no realiza la esterilización del material, lo que ocasiona retrasos para la siguiente intervención.

Basándose en el proceso de observación y los resultados obtenidos, se concluye que los profesionales tienen el conocimiento y las destrezas para instrumentar cirugía de catarata así como sus debilidades, las mismas son gracias al entrenamiento por ensayo y error que se realizan a los profesionales al entrar en este servicio.

Recomendaciones

En correspondencia con los resultados obtenidos y las conclusiones expresadas se recomienda:

En virtud de que los profesionales de Enfermería en su rol de instrumentista y asistente suponen retos complejos en el que ellos se desempeñan, es indispensable mantener actualizados los conocimientos referidos a las técnicas y procedimientos que contribuyan al beneficio de todo el equipo proyectado al enfermo, de modo que la actuación de los profesionales se vea comprometida.

Presentar resultados de esta investigación objeto de estudio a la Dirección de Enfermería del Centro Médico Docente La Trinidad con el propósito de conocer la realidad de los Profesionales de Enfermería y se establezcan estrategias para favorecer la actuación y donde se enfatice sobre las técnicas de asepsia y antisepsia, a fin de estimular las habilidades cognoscitivas y técnicas que incrementan la eficiencia en la práctica y desempeño de la enfermería que enfatice una atención integral y la calidad al inicio, durante y después de la intervención.

Tomando en cuenta el compromiso que estos profesionales mantienen con la sociedad y con ellos mismos, se debe estimular el aprendizaje y uso

de mejores técnicas, hábitos en el trabajo y la aplicación de nuevas tecnologías específicamente, en el área quirúrgica.

Proponer al gerente de la Unidad Quirúrgica, se establezcan diálogos que generen cambios con relación a la actuación de los profesionales de Enfermería en su rol de instrumentistas y asistentes.

Realizar este mismo tipo de investigación a otros centros de salud para prestar la orientación y actuación de los profesionales de Enfermería en función de los hallazgos.

Estimular la práctica de la comunicación afectiva hacia el enfermo como persona y no como un conjunto de técnicas y procedimientos, entendiendo que la misma representa una relación terapéutica significativa.

Orientar al personal de enfermería quirúrgica en el uso de prácticas recomendadas para obtener el cumplimiento de las normas, la dedicación individual, conciencia profesional y el medio en que se ejerce la profesión, un nivel óptimo del servicio prestado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALESTRINI, Miriam. (2002) ***Cómo se elabora un proyecto de investigación.*** Sexta edición. Consultores asociados, Servicio Editorial. Caracas, Venezuela.
- FORTUNATO, Nancymarie (2005) ***Técnicas de Quirófano.*** Decima Edición. Editorial Elsevier. Madrid. España.
- BOBROW, Joseph (2009) ***Catarata y Cristalino.*** Edición en español. Editorial Elsevier. Madrid - España.
- BROTO, Mónica y DELLOR, Stella (2006). ***Instrumentación Quirúrgica. Técnicas por especialidades.*** Volumen 1 y 2. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España.
- BRUNNER, L., SMELTZER, S., y SUDDARTH, D. (2002) ***Enfermería Médicoquirúrgica.*** Novena edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México. D.F.
- CABEZAS-LEON, M; GRACIA-SAN ROMAN, J; GARCIA-CABALLERO, J y MORENTE-MATAS, P. (2005) ***Calidad de vida en pacientes intervenidos de catarata.*** Madrid – España.
- CASTRO, J., PEREZ, O. y SOLORZANO, G. (2009). ***Estándar de proceso para el cuidado del paciente quemado, atendido en la unidad de quemados, del servicio de cirugía plástica, hospital de niños J.M. de los Ríos. Distrito Capital- Caracas, en el segundo trimestre de 2009.*** Caracas – Venezuela.

Centro Médico Docente la Trinidad. **Servicios médicos**. Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas- Venezuela. [2009] (<http://www.cmdlt.edu.ve/01-servicios/especial/oftalmo.html>) consultado el 16-11-2009.

Código Deontológico de Enfermería de Venezuela. (1999) Federación del Colegio de Enfermería de Venezuela. Comité Ejecutivo. Caracas-Venezuela.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000) Gaceta Oficial N° 5453 Extraordinario Viernes 24 de Marzo de 2000. Editorial Eduven Caracas. Venezuela.

DIAZ, Víctor (2006). **Metodología de la investigación científica y bioestadística**. Primera edición. RIL editores. Santiago de Chile. Chile.

DIAZ, V. y GUERRERO, E. (2005). **Propuesta de guía de actuación del profesional de enfermería durante el periodo perioperatorio de la angioplastia transluminal percutánea, en la unidad de radiología intervencionista de la Policlínica Metropolitana**. Caracas. Venezuela.

FERNÁNDEZ de SILVA, Inés Otilia (2007). **Diccionario de investigación. Una comprensión Holística**. Segunda Edición. Ediciones Quirón. Fundación Sypal. Caracas. Venezuela.

FULLER, Joanna (2003). **Instrumentación Quirúrgica, Principios y Práctica**. Tercera Edición. Editorial Panamericana. México. D.F.

FULLER, Joanna (2008). **Instrumentación Quirúrgica, teoría, técnica y procedimientos**. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana. México. D.F.

HAMPTON, R. y LARRY, B. (2009). ***Técnicas Quirúrgicas en Oftalmología***. Versión en español. Primera edición. Editorial Elsevier. Madrid. España.

HERNANDEZ, J., PADILLA C., RAMOS, M. y otros. (2001) ***Resultados quirúrgicos de la facoemulsificación por técnica pre chop, Hospital oftalmológico Docente “Ramón Pando Ferrer”***. Aragua. Venezuela.

HERNANDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar (2003). ***Metodología de la investigación***. Tercera Edición. Editorial McGraw-Hill. Interamericana Editores. México. Distrito Federal.

HURTADO, Jacqueline de Barrera (2010) ***Metodología de la Investigación. Guía para la comprensión holística de la ciencia***. Cuarta Edición. Ediciones Quirón. Fundación Ciega y Sypal. Bogotá-Caracas.

HURTADO, Jacqueline de Barrera (2008) ***Cómo formular objetivos de investigación. Una comparación holística***. Segunda Edición. Ediciones Quirón. Fundación Sypal. Caracas. Venezuela.

HURTADO, Jacqueline de Barrera (2008). ***El proyecto de investigación. Comprensión holística de la metodología de la investigación***. Sexta Edición. Ediciones Quirón. Fundación Ciega y Sypal. Caracas, Venezuela.

JIMENEZ, A., y GARABITO, Z., (2009). ***Evaluación de la agudeza visual en pacientes sometidos a cirugía de catarata en la consulta de segmento anterior***. Centro Oftalmológico Regional de Aragua. Aragua- Venezuela.

KANSKI, Jack (2009) ***Oftalmología Clínica***. Sexta Edición. Editorial Elsevier. Madrid. España.

KOZIER, B.; ERB, G.; BLAIS, K. y WILKINSON, J. (1999). **Fundamentos de enfermería**. Quinta Edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. España.

LAROCHE L.; LEBUISSON D. y MONTARD M. (2000) **Cirugía de la Catarata**. Edición en español. Editorial Masson. Madrid. España.

LAU, Gloria., (2010). **Efecto de la incisión corneal en cirugía de facoemulsificación con lente pseudo acomodativo Restor**". Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas. Venezuela.

LOPEZ, C., RIU, M. y Forner, M. (2004). **Cuidados enfermeros**. Editorial Masson. Madrid. España.

Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales (200&). FEDUPEL. Cuarta Edición. Caracas, Venezuela.

MARRINER, Ann y RAILE, Martha (2003) **Modelos y teorías en enfermería**. Quinta Edición. Editorial Mosby. España

MENDOZA, Mariely (2008) **Guía de actuación para enfermería para el cuidado a los pacientes que se les realiza intervención de vertebroplastia. Unidad de radiología intervencionista. Institución de salud privada**. Caracas. Venezuela.

MONTES, N., QUIÑONES, M., RENGEL, S., LIENDO K., RAMIREZ, Wendy, y MORANTES, M. (2010). **Curso de instrumentistas**. X Congreso Venezolano de Oftalmología. Caracas. Venezuela.

RAPUANO, C., LUCHS, J., y KIM, T. (2001). **Segmento anterior los requisitos en oftalmología.** Edición en español de ediciones Harcourt. España.

ROUVIERE, H. y DELMAS, A. (2006). **Anatomía Humana. Topográfica, Descriptiva y Funcional.** Undécima edición. Editorial Elsevier. Madrid-España.

TAMAYO Y TAMAYO, Mario. (1998). **El proceso de la investigación científica.** Tercera Edición. Editorial Limusa, S.A. México. Distrito Federal.

TAMAYO y TAMAYO, Mario. (2009). **El proceso de la investigación científica.** Quinta edición. Editorial Limusa, S.A. México. Distrito Federal.

PINEDA, Elia y LUZ de ALVARADO, Eva (2008) **Metodología de la investigación.** Tercera Edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington. D.C.

YOUNG, Matt. **“The Evolution of Phaco”**. Cataract Surgery (2010). Vol. I. April. Primer fascículo, Pág. 55. Eyeworld Editors. New York. USA.

TORTORA, Gerard. y GRABOWKI, S. (2002). **Principios de anatomía y fisiología.** Novena Edición. Editorial Oxford. México, Distrito Federal.

ANEXOS

GUÍA DE OBSERVACIÓN

N°	ÍTEMS	1ra. Obsrv.		2da. Observ.		3ra. Observ.	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
Inicio o antes de la cirugía ocular el instrumentista y el asistente:							
1	¿Realiza el encendido del equipo?						
2	¿Hace el llenado del sistema?						
3	¿Coloca el cartucho del lente?						
4	¿Coloca la pieza de mano?						
5	¿Coloca los cuchilletes o el bisturí punta de diamante?						
6	¿Coloca la sustancia viscoelástica?						
7	¿Coloca el blefaróstato?						
8	¿Coloca el compás?						
9	¿Coloca la pinza utrata?						
10	¿Coloca la pinza 0.12?						
11	¿Coloca la pinza Mac Pherson?						
12	¿Coloca el portaagujas?						
13	¿Coloca Pinza para plegar e introducir el lente?						
14	¿Coloca la Tijera de Wescott y Stiller?						
15	¿Coloca la Jeringa de 3 ml con cánula?						
16	¿Coloca el Lente Intraocular?						

GUÍA DE OBSERVACIÓN

N°	ÍTEMS	1ra. Obsrv.		2da. Observ.		3ra. Observ.	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Durante la cirugía ocular el instrumentista:						
17	¿Realiza la antisepsia de la zona a operar?						
18	¿Realiza la colocación de campos estériles?						
19	¿Realiza la colocación de batas al cirujano?						
20	¿Realiza la colocación de guantes al cirujano?						
21	¿Realiza la instalación de la pieza de mano?						
22	¿Realiza la conexión de irrigación y aspiración?						
23	¿Realiza el montaje del cartucho del lente?						
24	¿Realiza el montaje de la sutura?						
25	¿Realiza la cura operatoria?						

GUÍA DE OBSERVACIÓN

N°	ÍTEMS	1ra. Obsrv.		2da. Observ.		3ra. Observ.	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Después la cirugía ocular el instrumentista y el asistente:						
26	¿Realizan el desmontaje del equipo?						
27	¿Realizan la limpieza del material?						
28	¿Realizan el secado del material?						
29	¿Realizan la preparación del material?						
30	¿Realizan la esterilización del material?						