



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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE
COMPLICACIONES CARDIOPULMONARES DURANTE LA FASE
POSTOPERATORIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA
DOCENTE “LOS JARALES”, SEGUNDO SEMESTRE DE 2012**
(Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de Licenciado
en Enfermería).

Tutor:
Prof. Edgar Barreto

Autores:
Mendoza, José
Narváez, Rosmerling

Caracas, Mayo 2013

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE
COMPLICACIONES CARDIOPULMONARES DURANTE LA FASE
POSTOPERATORIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA
DOCENTE “LOS JARALES”, SEGUNDO SEMESTRE DE 2012**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado titulado: **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CARDIOPULMONARES DURANTE LA FASE POSTOPERATORIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA DOCENTE “LOS JARALES”, SEGUNDO SEMESTRE DE 2012**, presentado por los Técnicos Superiores en Enfermería: Mendoza, José y Narváez, Rosmerling, para optar al título de Licenciados en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y meritos 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 de 2013.

Lcdo. Edgar Barreto

ÍNDICE

Acta de Grado.....	III
Lista de cuadros.....	V
Lista de gráficos.....	VII
Resumen.....	IX
Introducción.....	1
Capítulo I: El Problema	
Planteamiento del Problema.....	4
Objetivos de la Investigación.....	11
Objetivo General.....	11
Objetivos Específicos.....	11
Justificación.....	12
Capítulo II: Marco Teórico	
Antecedentes de la Investigación.....	15
Bases Teóricas.....	19
Sistema de Variable.....	51
Operacionalización de Variable.....	52
Definición de términos.....	53
Capítulo III: Marco Metodológico	
Diseño de Investigación.....	57
Tipo de Investigación.....	58
Población y Muestra.....	59
Método e instrumento de recolección de datos.....	61
Validez.....	61
Confiabilidad.....	64
Procedimiento para la recolección de datos.....	65
Técnica de análisis de los datos.....	65
Capítulo IV: Análisis e Interpretación de los Resultados	
Resultados de La Investigación.....	66
Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones	
Conclusiones.....	82
Recomendaciones.....	84
Referencias Bibliográficas.....	85
Anexos	
Anexo A.- Instrumento aplicado	
Anexo B.-Validez del instrumento	
Anexo C.- Confiabilidad	

LISTA DE CUADROS

Nº		Pág.
1	Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). Subindicador: Evaluación inicial del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”	67
2	Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). Subindicador: Respiración del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”	70
3	Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). Subindicador: Posición y movilización del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”	73
4	Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). Subindicador: Posición y movilización del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”	76
5	Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). Subindicador: Cardiovascular del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”	79



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES CARDIOPULMONARES DURANTE LA FASE POSTOPERATORIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA DOCENTE “LOS JARALES”, SEGUNDO SEMESTRE DE 2012

Autores:
Mendoza, José
Narváez, Rosmerling

Tutor:
Lcdo. Edgar Barreto

Año: 2013

RESUMEN

El objetivo de la investigación buscó determinar el cuidado de los enfermeros(as) en la prevención de complicaciones cardiorespiratorias durante la fase postoperatoria inmediata en la clínica Docente “Los Jarales”, San Diego, Valencia – Edo. Carabobo, segundo semestre de 2012. La investigación metodológicamente es de tipo descriptiva y ameritó el uso de un cuestionario tipo lickert de 36 preguntas, previamente validado y buscada la confiabilidad por medio de una prueba piloto cuyo resultado fue de 0.89 que conduce al desarrollo de la investigación. Los resultados obtenidos demostraron que los profesionales de enfermería adscritos al área quirúrgica, brindan un cuidado hacia la prevención de complicaciones cardiorespiratorias durante el postoperatorio con una mayor incidencia en cumplir alguna vez con los cuidados inmediatos exigidos a favor de garantizar la prevención a complicaciones cardiorespiratorias.

Palabra clave: Cuidados preventivos a complicaciones cardiorespiratorias en la fase postoperatoria.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, urge la necesidad de contar con profesionales de enfermería con conocimientos sólidos sobre los procedimientos de los cuidados que se les proporciona al enfermo quirúrgico en el postoperatorio inmediato, tomando en cuenta que cada uno de estos cuidados de enfermería están enmarcados al restablecimiento del equilibrio fisiológico, alivio del dolor y prevención de complicaciones durante la estadía en la unidad de cuidados postoperatorio, la valoración cuidadosa e intervención inmediata del profesional de enfermería en los cuidados aplicados al enfermo postoperado ayudará a planear la restauración del estado general del organismo interferido por efectos de anestesia y cirugía aplicada, manteniendo total dominio de sus cuidados basados en la confianza que les proporciona sus conocimientos en todas las especialidades quirúrgica y en especial los cuidados proporcionados en enfermos quirúrgicos de diferentes edades.

De igual manera, el profesional de enfermería debe poseer profundos conocimientos sobre los anestésicos y analgésicos y de sus acciones clínicas en el postoperatorio inmediato, en la intervención de posibles complicaciones cardiopulmonares. Los cuidados de enfermería son necesarios en la consecución de atención al paciente en postoperatorio inmediato de acuerdo a la elaboración de planes de cuidados adaptados a sus necesidades.

En el postoperatorio inmediato existen factores de riesgos que pueden desencadenar en los pacientes complicaciones de diferentes índoles, entre ellas, respiratorias, tales como: Obstrucción de la vía aérea, obstrucción faríngea, laringo-espasmo, bronco-espasmo, baja O_2 inspiratoria, atelectasia, hipoventilación, entre otras y cardiaca: Hipertensión, arritmias, agitación, dolor, infarto al miocardio, fibrilación aurícula-ventricular. De tal manera, los cuidados de enfermería en la fase postoperatoria es fundamental ya que a través de ellos se puede detectar las complicaciones, brindar el cuidado preventivo, oportuno y garantizar bienestar del paciente.

En ese sentido, se desarrolla la investigación en la Clínica Docente “Los Jarales” Unidad Quirúrgica, San Diego – Edo. Carabobo, a fin de determinar los cuidados de enfermería en la prevención de complicaciones cardiorespiratorias durante la fase postoperatoria.

La investigación realizada se fundamenta en cinco capítulos:

El capítulo I. El problema. Planteamiento del problema, objetivo general, objetivos específicos y justificación.

El capítulo II. Marco Teórico. Antecedentes de la investigación, bases teóricas, sistema de variables y su operacionalización y definición de términos.

El capítulo III. Diseño Metodológico. Diseño de la investigación, tipo de estudio, población y muestra, métodos e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad, procedimientos para la recolección de información y técnicas de análisis.

El capítulo IV. Resultados de la investigación, presentación, análisis e interpretación de los resultados.

El capítulo V. conclusiones y recomendaciones.

Por último las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La enfermería es una disciplina basada en conocimientos científicos, en los últimos 50 años ha venido alcanzando un rol importante en el equipo de salud, para sustentar su práctica enmarcada en contenidos y pericias como herramienta reguladora de la profesión, además propone modelos asistenciales a grupos específicos, cuenta con renovación y tecnología para el ejercicio profesional, es pilar en la eliminación de problemas de salud a través de trabajos y participación continua del equipo de enfermería, cuyo principio práctico es sustentado en el aporte de conocimientos y tecnologías científicamente avaladas.

Al respecto, Piña, E. y Monsalve, B. (1992) señalan:

El enfermero(a) está capacitado para ejercer el liderazgo del equipo y la toma de decisiones en cualquiera de las áreas de desempeño profesional: Asistencial, Administrativo, Docente, Investigación y Gremial. Promueve acciones y toma de decisiones. Es responsable, comunicativo, autogestor y cogestor” (p.12)

De acuerdo a la referencia, para enfermería implica un proceso de aprendizaje continuo y habilidades, así como la incorporación de una modalidad adecuada a funciones específicas.

De tal manera que la visión de las prácticas de enfermería debe estar orientada hacia un compromiso por hacer de la profesión una disciplina y

ocupación que exprese el liderazgo en la reales necesidades del usuario, ya que la enfermería es una organización profesional sólida, con un cuerpo de conocimientos propios, una autonomía y métodos de trabajo que le identifican dentro del equipo dedicado a los cuidados del paciente/cliente, familia y comunidad.

Desde esta perspectiva, hay que clarificar y hacer visible el rol, reforzando la profesión como parte fundamental de los sistemas médico-asistencial.

Dentro de ese marco operacional, el desarrollo de actividades constituye un importante proceso terapéutico e interpersonal, el cual funciona en cooperación en todas las áreas asistenciales de especialidades y sub-especialidades clínicas como por ejemplo el área quirúrgica.

En este contexto, es un profesional que se desempeña con eficiencia en las cirugías y en las áreas de recuperación, administra el departamento quirúrgico y colabora con el equipo de salud en la resolución de problemas del paciente. El objetivo común en las enfermeras(os) es proporcionar un oportuno cuidado al paciente, manteniendo las medidas necesarias al equilibrio biofísico del paciente antes, durante y después del acto quirúrgico (preoperatorio, operatorio y postoperatorio), en el caso específico se hará énfasis al área del postoperatorio que corresponde a una de las fases del acto quirúrgico al cual es sometido el paciente y comienza cuando finaliza la

intervención, este es un período crítico para el usuario lo cual implica y exige una observación constante por parte del profesional de enfermería.

El período postoperatorio inmediato que comprende las primeras 24-48 horas. La atención al paciente en la etapa postquirúrgica se lleva a efecto una vez que ha sido trasladado a la sala de recuperación post-anestésica. Su ubicación es dentro de las instalaciones del quirófano, o bien con acceso directo a la misma. En la etapa postquirúrgica la atención del enfermero(a) se centra en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua. Con el propósito de brindar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno. La valoración cuidadosa y la intervención inmediata ayudarán al paciente a recuperar su función normal con la mayor rapidez, seguridad y comodidad posible.

En ese sentido, se produce el medio necesario para el implemento de medidas preventivas contra cualquier evento o complicaciones que pueden evidenciar con frecuencia en la fase postquirúrgica, son situaciones de riesgos que pudieran presentarse de manera inesperada.

Hecho que sustenta una vez más la importancia de la valoración y vigilancia de signos y síntomas como parte de las medidas preventivas contra las complicaciones postoperatorias inmediatas, destacando en ella la cardiopulmonar (respiratorias).

Según Beare, P. y Myers, J. (1993) Las complicaciones cardiopulmonar (respiratorias) varían ampliamente en el postoperatorio en

todo tipo de cirugías, la presencia de estas complicaciones en el postoperatorio involucra un aumento de la morbi-mortalidad, con consecuencias que pueden ser: La hipoventilación alveolar con hipoxemia e hipercapnia (p.434) El autor señala sobre otra complicación que puede ser producida por la obstrucción de la vía aérea superior por las estructuras blandas de la faringe y la lengua, originando un cuadro de obstrucción respiratoria alta con la consecuente insuficiencia respiratoria. La macro o microrespiración puede ser producida como consecuencia de la pérdida o disminución de los mecanismos defensivos de cierre glótico y tos.

En cuanto a las complicaciones cardiovasculares más frecuentes en el período postoperatorio inmediato podrían señalarse: Hipertensión, arritmias cardíacas, embolia pulmonar, angina de pecho e infarto al miocardio. Un mínimo desbalance en sus funciones podría provocar el fallecimiento del paciente en pocas horas o minutos si no es identificado y corregido a tiempo por el personal médico y de enfermería, el control y monitorización de este sistema es vital en cada momento.

Por lo tanto, se requiere de un profesional de enfermería que tiene como objeto la atención del paciente quirúrgico en el postoperatorio inmediato, el cual puede ser de complejidad y requerir de controles y cuidados especiales relacionados con el tipo de cirugía al que fue sometido y tipo de anestesia empleada, generando en el mismo una evolución variada, sin embargo, su período comprende hasta cuarenta y ocho (48) horas, tiempo en el cual, indica Beare, P. y Myers, J. (op.cit).

Los cuidados de los profesionales de enfermería en el postoperatorio deben estar dirigidos hacia la identificación y resolución de las complicaciones potenciales. Las enfermeras(os) se convierten en este contexto en un profesional clave en la atención a estos pacientes. El conocimiento adquirido por el personal de enfermería en cuanto a los incidentes que han ocurrido durante la cirugía, le permiten anticipar las necesidades especiales que el paciente pueda presentar. Así mismo el problema particular del paciente y la técnica correctiva llevada a cabo, nos sugerirán necesidades específicas que se deben conocer para ser capaces de cubrir.

En ese orden, García, R. (1998) sustenta: “El enfermero(a) de la unidad de recuperación, es un profesional humano, dinámico, amable, analítico, eficiente, responsable, en permanente actualización y gestor de cambios, que ha adquirido competencias científico-técnicas para brindar cuidado postoperatorio inmediato y ayuda al paciente quirúrgico” (p.135)

De acuerdo a la referencia, durante la recuperación del paciente, la coordinación del quipo es fundamental para la estabilización del usuario en el menor tiempo posible. Por tanto, el postoperatorio, los cuidados de enfermería adquieren una doble vertiente: Valoración y detección precoz de posibles complicaciones, y la cobertura de necesidades básicas. La valoración constante o monitorización continua toma especial protagonismo en el cuidado de estos pacientes siendo imprescindible para la detección precoz de complicaciones y para la administración y evaluación de unos

cuidados fundamentales y oportunos como principio fundamental en la prevención de complicaciones cardiopulmonares.

En Venezuela según normas de distribución de enfermeras(os) por pacientes en la asistencia postoperatoria por parte del Ministerio del Poder popular para la Salud (MPPS) (2001) corresponden 01 enfermera(o) por 03 pacientes con el propósito de garantizar el período de recuperación oportuno de la fase inmediata (recuperación de la anestesia (p.82).

Resulta evidente la imposición de mecanismos externos de regulación o control por parte de los entes de salud (fijar límites de comportamiento) en garantía de la prevención de complicaciones postoperatorias inmediatas, sin embargo, según estadísticas del MPPS (2008) expresan un 46% de complicaciones cardiopulmonares en el postoperatorio inmediatos, muchas veces motivados a los antecedentes clínicos previo a la intervención quirúrgica y otros en menor proporción (4%) por carencia de una sistematización del cuidado postoperatorio (p.7). A ello se suma la ciudad de Valencia – Edo. Carabobo de manera específica, la clínica Docente “Los Jarales”, institución privada que ofrece servicios hospitalarios integrales de especialidades y sub-especialidades clínicas.

En lo correspondiente al profesional de enfermería cuenta con 14 enfermeras, adscritas al área de Recuperación, divididos equitativamente en dos (2) turnos mañana y tarde incluyendo al supervisor y coordinador de la unidad. El personal de Salud antes mencionado brinda asistencia inmediata a los post-intervenidos, allí diariamente son intervenidos un promedio de seis

(6) personas durante el periodo diurno. De acuerdo a lo observado por parte de los investigadores se identifican problemas comunes en la atención de enfermería referida a los cuidados como lo son: (brindar alivio al dolor, brindar seguridad emocional y disminución de la ansiedad) en estos pacientes a veces la atención es retardada, situación que genera un ambiente de intranquilidad en el área, aumentando de esa manera el riesgo al padecimiento de complicaciones cardiorrespiratoria en estos pacientes o cardiacos.

Sobre todo al considerar que el postoperatorio requiere de la identificación y resolución inmediata de complicaciones cardiovasculares más frecuente en el período postoperatorio inmediato señalado por Beare, P. y Myers, J. (1993). Hipertensión arritmias cardíaca, embolia pulmonar, angina de pecho e infarto al miocardio (p.433). El autor continúa señalando que un mínimo desbalance en las funciones podría provocar el fallecimiento del paciente en horas o minutos sino es identificado y corregido a tiempo. En consideración que es el profesional de enfermería quien da la atención directa a estos pacientes.

Es de vital importancia para la práctica profesional, la comprensión y cognición que defina en gran medida una forma de actuar de manera oportuna y eficaz en garantía de la recuperación del paciente y evitar riesgos a complicaciones cardiorrespiratorios, se considera de gran relevancia el cuidado que proporcionan estos profesionales.

De acuerdo a ello, se plantean las siguientes interrogantes de investigación:

¿Cómo los enfermeros (as) del área quirúrgica brindan los cuidados en el postoperatorio inmediato?

En repuestas a las interrogantes, surge el problema de investigación.

¿Cuál es el cuidado de los enfermeros(as) en la prevención de complicaciones cardiorespiratorias durante la fase postoperatoria inmediata en pacientes adultos hospitalizados en la Clínica Docente “Los Jarales”, segundo semestre de 2012?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar el cuidado de los enfermeros(as) en la prevención de complicaciones cardiorespiratorias durante la fase postoperatoria inmediata en pacientes adultos hospitalizados en la Clínica Docente “Los Jarales”, segundo semestre de 2012

Objetivos específicos

- Identificar cómo los enfermeros(as) del área quirúrgica brindan el cuidado en el postoperatorio inmediato en la prevención de complicaciones cardiorespiratorias.

- Determinar cómo los enfermeros(as) del área quirúrgica brindan el cuidado en el postoperatorio inmediato en la prevención de complicaciones cardiorespiratorias.

Justificación

El presente trabajo investigativo tiene como finalidad determinar los cuidados de enfermeros (as) en la prevención de complicaciones cardiopulmonares durante la fase postoperatoria inmediata, desde el momento en que ingresa a la unidad hasta ser dado de alta o transferido a otra área según sea el caso.

Los resultados de la investigación generaría el fomento y el desarrollo de conocimientos de enfermería en los sistemas de atención de salud; propuestas dirigidas a la capacitación y actualización de los profesionales de enfermería en relación a los cuidados inmediatos, la prevención de complicaciones respiratorias y cardiovasculares, lo que fortalecerá la práctica de enfermería y la calidad de atención al paciente quirúrgico. Así mismo dichos resultados podrían orientar la implementación de políticas de salud sobre la prevención de complicaciones respiratorias y cardiovasculares durante el postoperatorio inmediato para de esta forma proporcionar asistencia para la definición de las normas de enfermería, a fin de lograr cuidados de salud de calidad dentro de un marco de cobertura de la población.

La investigación es relevante desde el punto de vista teórico, porque va a permitir conocer las necesidades de información evidenciadas por los profesionales que laboran en la unidad de recuperación y diseñar estrategias que fortalezcan los conocimientos adquiridos durante sus estudios, además de dar paso a la seguridad de enfrentar con dinamismo las actividades diarias y dar solución aplicando las técnicas con bases científicas, cuando los resultados de la investigación en salud para modificar las prácticas para el beneficio de los pacientes. Haciendo posible la capacitación en investigación a los enfermeros(as) para que les permitan incorporar el proceso de investigación en su práctica y responsabilidades de enseñanza.

Entre unos de los objetivos de los enfermeros(as), se encuentra el proporcionar cuidados al enfermo en la fase postoperatoria inmediata, sin dejar a un lado a su familia y comunidad, por lo tanto, el brindar atención especializada al paciente durante su estadía en la unidad permitirá crear un impacto positivo en él, disminuyendo el período de hospitalización al que puede verse sometido y evitando posibles complicaciones, esto influye en su familia de manera positiva permitiendo su pronta recuperación y reintegro a su entorno familiar y a la sociedad.

En ese sentido, se justifica el desarrollo de la investigación ya que busca mejorar la asistencia directa al paciente a favor de la prevención de complicaciones cardiovasculares.

Así mismo, el trabajo investigativo posee gran relevancia institucional debido a que a través de este, se promoverán actividades que permitirán la

capacitación teórico-científico y desarrollo integral del enfermero(a) quien brinda los cuidados a pacientes en la recuperación total o parcial del usuario a corto plazo. Por otra parte, se valorará en todos los niveles de la realidad social y de servicios por medio de un método multidisciplinario e integrado.

Además se considera que los hallazgos que se obtendrán de esta investigación poseen interés educativo, ya que podrán ser utilizados como antecedentes y marco de referencia de futuras investigaciones pudiendo hacer llegar los resultados de la investigación a otros profesionales a través de las publicaciones u otras vías.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El contenido de este capítulo corresponde a los antecedentes, bases teóricas, sistema de variables con su operacionalización, lo cual sustenta la investigación pautada.

Antecedentes

Internacionales

Matos, M. (1997) efectuó un trabajo titulado: “La enfermería dando cuidados durante el postoperatorio con un enfoque de ciudadanía”. El objetivo del trabajo fue investigar los cuidados por enfermería con personas sometidas a cirugías en la fase de recuperación del postoperado. Metodológicamente el estudio fue desarrollado en 20 pacientes del área de postanestesia de un Hospital Público de Fortaleza. Brasil. La colecta de los datos constó de observación participante hecha por el autor, las observaciones se vinculan a los cuidados inmediatos de enfermería con los postoperados en función de una asistencia de calidad.

En la presentación y análisis de los resultados, se verificó que el 80% de los enfermos estudiados mostraron el aporte de un cuidado con mayor

eficiencia durante el cuidado inmediato, otro problema observado fue la apatía durante el cuidado.

Según las conclusiones del autor, enfermería no debe considerar el cuidado inmediato en el postoperatorio como acciones netamente médico-asistencial, sino complementarlo con aspectos psico-afectivo y comunicacional.

La investigación se relaciona con la variable ya que trata sobre la asistencia de enfermería en la recuperación del paciente postoperado.

Metodológicamente, las características de los cuidados de enfermería como postoperatoria. La investigación es descriptiva con un diseño de campo. Los resultados más significativos fue el haber evaluado con el test zung a los 10 enfermos en la fase pre y postoperatoria y de esta forma establecer que dichos profesionales en la fase postoperatoria se debía principalmente a la recuperación del paciente con la inclusión del grupo familiar de los mismos.

Este estudio es de relevancia para la investigación en curso ya que muestra o indica cómo tratar un paciente en la fase inmediata y es de vital importancia a nivel teórico ya que se necesario que el enfermero(a) conozca y maneje información para que a través de sus técnicas y métodos le brinde el apoyo al paciente y familiares para enfrentar la fase pre como la postoperatoria inmediata en la prevención a riesgo por complicaciones cardiopulmonar.

Nacionales

Canache, M; Madrid, B. y Reyes, W. (2004), realizaron un trabajo titulado: “Cuidados del profesional de enfermería al enfermo quirúrgico en el postoperatorio inmediato en la unidad de cuidados postanestésicos del Hospital “Dr. Luis Razetti”, Barcelona – Edo. Anzoátegui, el objetivo principal era determinar los cuidados del profesional de enfermería al enfermo quirúrgico en el postoperatorio inmediato en la unidad de cuidados postanestésicos,

Metodológicamente se trata de un estudio prospectivo, transversal y descriptivo. La muestra estuvo constituida por catorce (14) profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA), los cuidados revelan que los profesionales de enfermería no realizan los cuidados pertinentes a la atención del enfermo quirúrgico en el postoperatorio inmediato.

El autor concluye, que la ineficacia en el desempeño de las funciones del enfermero(a) quirúrgico en relación a la atención y cuidado del paciente postoperado en la fase postoperatoria pudiera dirigirse al número de pacientes asignados lo podría desencadenar un retardo en la asistencia que influye en la estadía en la unidad de recuperación de los pacientes.

La investigación se relaciona con la variable en estudio ya que trata de los cuidados aportados por enfermería con pacientes en el postoperatorio inmediato.

De Stefano, A. (1999) realizó una investigación en el Hospital Central de Maracay – Edo. Aragua, y tuvo como objetivo hacer una propuesta en la fase inmediata del postanestésico.

Metodológicamente, el diseño de la investigación se catalogó como proyecto factible, encuadrado como un estudio descriptivo y de campo. En la fase diagnóstica del problema, la población estudiada estuvo compuesta por 21 profesionales de enfermería de diferentes turnos y por considerarlo conveniente se escogieron para el estudio la totalidad de los enfermeros(as), estableciéndose como objetivo de esta fase. Se planteó el determinar la información que posee el enfermero(a) sobre la valuación de la recuperación postoperatoria inmediata de los pacientes adultos intervenidos quirúrgicamente.

Los resultados que se obtuvieron, señalan que los enfermeros(as) no poseen los conocimientos requeridos referentes a la valoración del postoperatorio inmediato del adulto, concluyendo la necesidad de la propuesta consistente en el programa instruccional dirigido a dicho personal.

El autor concluye, sobre la necesidad del desarrollo del programa como una estrategia para mejorar la asistencia directa de enfermería.

De lo antes expuesto, se deduce la relación que guarda con la investigación propuesta tomando en cuenta la importancia de los cuidados al enfermo quirúrgico en el postoperatorio inmediato, partiendo de la valoración en cada uno de los sistemas que permita realizar un plan de enfermería

efectivo en el logro de una recuperación oportuna del postoperatorio inmediato.

Cabrera, E. (1999) realizó una investigación sobre la práctica de enfermería en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente en el postoperatorio mediano en la Unidad Clínica de cirugía del Hospital Militar “D. Carlos Arvelo” de Caracas.

Metodológicamente, presentó un diseño de tipo descriptivo, prospectivo y de campo, con una población de 75 pacientes y una muestra de 20% de la población. En los resultados obtenidos concluyó el autor que no están cubiertas todas las necesidades básicas del paciente postoperado, recomendando optimizar la práctica de enfermería mediante la aplicación de un sistema individualizado, como el proceso de atención de enfermería que permita garantizar y satisfacer las necesidades básicas del paciente postoperado.

La referencia anterior tiene pertinencia con el tema de investigación por estar relacionado con las necesidades del paciente postoperado donde la prevención de complicaciones respiratorias y cardiovasculares representa la satisfacción de la necesidad básica de la respiración y circulación adecuada.

Bases teóricas

El contenido de este segmento corresponde al marco referencial y conceptual que sustenta la variable en estudio.

Enfermero(a) área quirúrgica

Expresan concepto sobre el perfil de la enfermera, debe en primera instancia conducirlo dentro de perspectivas filosóficas y de los criterios necesarios para la práctica profesional. Pepper, J. (1992) considera a la filosofía de los enfermeros(as) dentro de un sistema de creencias que incluye un gran medida la búsqueda de conocimientos (p.21). La misma referencia destaca que el sistema de creencias y la comprensión presente en estos profesionales van a determinar su forma de pensar sobre un fenómeno o situación, y la forma de pensar define en gran medida su manera de actuar.

En el mismo orden de ideas, Beare/Myers (2003) señalan: “Enfermería como profesión tiene un cuerpo de conocimientos que crece en forma constante y mejora su técnica y pedagogía mediante la aplicación del método científico (p.68).

La adhesión a estos criterios requiere autodisciplina, por parte del profesional, es decir, la profesionalidad sitúa a el enfermero(a) como la persona que ocupa una posición central en la profesión. Styler citado por Beare/Myers (op.cit) considera que una de las principales preocupaciones de la enfermera debe consistir en las características individuales que aporta la disciplina (p.68). Lo que expresa dentro de la profesionalidad un profesionalismo que requiere de un carácter interactivo con una relación del “yo” que permita aceptar las cuestiones propias de su actividad e identificar los problemas asistenciales como pertenecientes a las personas, grupos y familiares que reciben sus acciones.

En consecuencia, la profesión de enfermería se enmarca dentro de principios filosóficos requeridos para la práctica de enfermería y que sirven de base para la profesión.

Dice Leddy, S. y Pepper, J. (1992):

En términos generales se acepta que la filosofía abarca tres aspectos: 1) preocupación por el conocimiento, 2) valores, y el ser, o las creencias que tiene la persona sobre la existencia en todos estos aspectos, la filosofía emplea como método los procesos intelectuales. El conocimiento es importante porque esta es una ciencia y su proceso se basa en la lógica y en el método científico. La importancia concedida a los valores es esencial para la enfermería porque las enfermeras efectúan de manera constante declaración de actitud, preferencia y valores conforme se comprometen en la relación que existe entre estas enfermeras con los usuarios. (p.22).

De acuerdo a la referencia, la filosofía de la profesión de enfermería abarca tres grandes áreas que a continuación se menciona:

- Conocimiento
- Valores
- Existencia

Conocimiento

Corresponde a la búsqueda por comprender el procedimiento correcto del razonamiento, certeza de la verdad, comprensión de la realidad y de la verdad absoluta acerca de los seres humanos y del mundo. Pepper, M. (op.cit) “ello representa en los seres humanos la forma correcta de vivir”

(p.27). Todos estos aspectos la autora de la referencia considera que la enfermería puede relacionarse directamente en torno a la lógica, ontología, , psicología, filosofía y ética o filosofía moral.

En ese orden, la lógica continúa destacando Pepper, M. (op.cit) ayuda a enfermería a comprender el procedimiento del razonamiento. La función o acto del razonamiento constituye el elemento crítico de la mente, que se considera como la fuente de capacidad que tienen los seres humanos para aprender (p.29). De acuerdo a la referencia la lógica se expresa por medio de la mente y permite el razonamiento mediante habilidades para atender, abstraer, juzgar e inferir.

El razonamiento es representado en el acto de enseñar las cosas, de crear ideas que pueden ser expresados por medio de conversación y de hechos.

El conocimiento en el campo de la profesión de enfermería destaca la importancia de las definiciones claras y de las clasificaciones exactas de un conjunto infinito de ideas, conceptos y contenidos a juicio de procesos intelectuales que pudieran expresar acuerdos y desacuerdos con la realidad.

El razonamiento es como signo del conocimiento en el profesional de enfermería requiere de juicios de antecedentes, consecuencias y conclusiones, las reglas exigen que este razonamiento debe poseer una definición clara y una categorización que sea congruente con la realidad.

En consecuencia, el conocimiento como parte del comportamiento filosófico del profesional de enfermería debe comprender el razonamiento,

generar respuesta a la profesión y desarrollar conceptos dentro del cual es posible integrar conocimientos con habilidades y destrezas, significa ser real, verdadero, lógico y ser potencial.

Para ser real se requiere fundamentalmente aceptar la realidad cosas o existencia denominado por Leddy, S. (1992) "su ontológico que cuenta con categoría del ser, el concepto de ser y llegar a ser, causa y efecto" (p.29), ser real significa la capacidad para razonar en función de la verdad expresada por medio del conocimiento.

Por tanto, enfermería, la idea de cambio tiene un carácter como entre el ser verdadero y el ser potencial, que convergen con un propósito fundamental en ayudar a los ser humanos a alcanzar niveles más altos de salud, es decir, de manera real, mejorar condiciones de calidad y alcanzar el período de vida.

Ser verdadero y su relación al componente filosófico (conocimiento) es la comprensión de la realidad que existe. Ejemplo: un enfermero(a) con razonamiento científico como principio de cada acción o actividad que realiza. Su propósito fundamental consiste alcanzar el aporte de una atención de calidad acorde a la realidad presente en el usuario y/o grupos.

Ser lógico: en este segmento el enfermero(a) requiere del dominio técnico-científico de lo que representa la práctica de enfermería con el paciente, las obligaciones conducen a la capacidad de que es un prestador de servicio y es un aspecto que le otorga a la relación profesional su cualidad de altruista o moral. E la oferta de las acciones debe estar implícito el

mensaje de que el profesional posee el conocimiento dirigido según la necesidad de salud presente.

Su potencial: es saber que se debe actuar en función de disminución los hechos que conllevan a una situación que pudiera afectar o comprometer la vida del paciente. Ejemplo: la enfermera(o) reconoce que puede existir algún riesgo y que si no actúa a tiempo pudiera comprometer la recuperación el paciente (alivios del dolor, etc.).

Desde esas perspectivas, el conocimiento afirma la existente capacidad de percibir relaciones entre los conocimientos y ordenamiento del pensamiento.

Valores

El componente valor y su relación con los aspectos filosóficos de la enfermería corresponden a las creencias sobre los elementos esenciales de la enfermería. En este contexto, hay que considerar un conjunto de factores y su relación con el medio (lo social, la salud y la relación enfermeros y enfermeras).

Toda esta serie determinan como se valora y se aceptan determinados comportamientos y los compromisos, las expresiones y constituyen la base de las relaciones que cada persona pueda realizar en la vida. En ese sentido, Bes, G. (2005) señala:

Las creencias determinan como se valora lo que sucede y expresan el dominio personal con una particular importancia sobre las respuestas emocionales y la potencial capacidad

para manejarse. Estas creencias pueden dar capacidad y dominio en situaciones que tengan un afecto penetrante sobre la salud y el bienestar en su conjunto. (p.17).

Aunado a lo expuesto en la atención referida por el autor Bes, G. (op.cit) considera que el componente creencia es un valor presente en personas/grupos que comprenden una visión de las metas d la vida y le comunica un sentido o un propósito. (p.17).

Las creencias pueden relacionarse con grupos sociales (religiones, hábitos, procedencias, etc.), que en su conjunto comprenden una de las metas de la vida y comunica con un sentido y propósito que pude ser expresado en positivo o negativo en los comportamientos de las personas.

Relacionando el componente creencias con los profesionales de enfermería, hay que recordar que ello lo conforma la sociedad humana constituida por seres individuales, familia y un sistema de valores. Todos estos elementos así como los propios grupos sociales al que pertenecen los profesionales de enfermería donde viven, el medio y de esa forma expresan un comportamiento específico.

En ese orden las creencias son valores que se comunican en todas las personas para los cuales enfermería como proceso tiene que comprender los juicios y actos dirigidos por usuarios/grupos como parte del sistema humano, sus influencias y la relación de ellos con las condiciones de salud.

Estos papeles sobre el componente creencia debe contar con la capacidad de comprensión y cognición que defina el valor creencia en el

usuario, para asignar desde la perspectiva del cuidado el empleo del conocimiento como parte de la filosofía en la profesión.

Todos estos conceptos al ser relacionados con la enfermera(o) del área quirúrgica, se deben hacer una selección de pautas de manejo y de las diversas respuestas emocionales, biológicas y conductuales que nutre al profesional. En ese orden sugiere el componente filosófico.

Según Pepper, J. (op.cit) los aspectos que a continuación se mencionan:

- Una definición exacta del término del cuidado requerido del cuidado.
- Una relación entre enfermera(o) y usuario desde un punto de vista terapéutico y analítico.
- Dominio en las herramientas y procedimientos, desde una perspectiva de los principios del conocimiento que en lo posible guíen su utilización.
- Tener cuestionamiento crítico relacionado con el bienestar del usuario.
- Aceptar la responsabilidad de las decisiones que corresponden al cuidado del paciente.

Estos términos dan esa visión de iniciar y arte que supone la enfermera(o) quirúrgico cuyo perfil se mueve hacia las actividades a desarrollar funciones y especialidades dentro del sistema terapéutico.

¿Qué es el sistema terapéutico?

El sistema terapéutico o servicio de salud se encuentra en un período de transición representado por el cambio de la orientación del sistema de la enfermedad a la salud. En el sistema terapéutico por enfermería en su

calidad de agente de cambios, es donde las enfermeras(os) trabajan con el usuario/paciente para identificar agentes de cambios los inesperados y cotidianos.

Esto representa un método de organización de distintas ideas y conceptos filosóficos que une la teoría a la práctica por medio de la utilización del enfoque de sistema.

Al respecto, Beare/Myers (2003) consideran lo siguiente:

Utilizando un enfoque de sistema, el autoconcepto se considera un sistema abierto compuesto por dos subsistemas interrelacionados de identidad personal y autoperspectiva. La identidad personal está compuesta por el Yo intelectual, el Yo físico, el Yo moral/ético. El autoconcepto se ve como proceso bidimensional que evoluciona a partir de la interacción entre identidad personal y autoperspectiva (p.355).

Aunado a lo expuesto, Beare/Myers (op.cit) consideran que cada uno de los subsistemas con sus partes componentes interaccionan para comprender y afectar el todo. En ese orden, el sistema puede cambiar y luego adaptarse a través de retroalimentación y transferencia de energía y así ser capaz de alcanzar las energías negativas (entropía) con las fuerzas positivas (mega entropía) dentro del sistema y de esa manera la enfermera(o) por medio de sus factores positivos (autoconcepto-autoestima) puede configurar y mejorar conocimientos, habilidades y destrezas. Lo que significa entender el perfil de un profesional que se ocupa de los procedimientos de un área especializada para dar atención directa a paciente o servicio asistencial intrahospitalario, en ello corresponde marcar como

tarea primaria la atención al paciente durante los períodos: preoperatorio, intraoperatorio y el postoperatorio, durante cada una de estas fases (agudas y recuperación o rehabilitación), en este caso corresponde la atención a estos grupos desde la admisión, planea, coordina y supervisa la asistencia del paciente. También actúa con otros miembros del equipo de salud y actúa como equipo con el propio profesional de enfermería.

En este contexto, el profesional de enfermería aportará el cuidado según las exigencias asistenciales, los planes establecidos. En el caso específico tratará el cuidado de enfermería en el postoperatorio.

Cuidado de enfermería

El rol del cuidado ha incluido tradicionalmente aquellas actividades que preservan la actividad del individuo. El cuidado implica conocimiento y sensibilidad respecto a lo que es importante para el cliente.

Leininger, M. (1984) citado por Kosier, B; Erb, G. K. Blais (1999), afirman: “el cuidado es la ciencia de la práctica de la enfermería, así como su rasgo dominante distintivo y unificador” (p.467). El cuidado es central en la mayoría de las actuaciones de enfermería, es decir, engloba las actuaciones de ayuda, apoyo y mediación dirigida a otras personas o grupos que tienen necesidades evidentes o previstas.

En el mismo orden de ideas, Millar citado por Kosier, B; Erb, G. K. Blais (op.cit), precisa que el cuidado es: “Una acción mencionada con otra

persona o grupo de personas” (p.467). El cuidado sirve para mejorar o aliviar los trastornos, es esencial para el desarrollo, el crecimiento y la supervivencia de los seres humanos.

Reafirmando lo antes expuesto sobre el cuidado, Pepper J. Mae (1992) definen cuidado como: “La acción encaminada a hacer por una persona lo que no puede hacer por sí misma con respecto a sus necesidades básicas, la explicación de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar” (p.207). Lo que expresa un sentido de acción que busca mejorar las condiciones del paciente.

A su vez, Morse, A. citado en el Grupo de Cuidados (OMS) (1998) define el cuidado de diferentes maneras como un rasgo humano, imperativo moral, afecto o una interacción personal o terapéutica” (p.126), en todo caso, el objeto de estudio de la profesión de la enfermería, en su origen está rodeado de su quehacer desde la perspectiva intuitiva y amorosa, por cuanto que el acto de cuidar es también una forma de amar, expresión y de sentimientos volcados en un hacer, así se afirma, que cuidar es un arte y una ciencia.

En consecuencia se puede afirmar que enfermería es un arte que merece ser respaldado con el conocimiento propio.

Así el cuidado de enfermería en área quirúrgica trasciende y se transforma, porque obliga al replanteamiento del pensamiento y de las estrategias de planes asistenciales para garantizar el cuidado de calidad. Por

tanto, los resultados del cuidado son variados, el cuidado puede promover la realización y desarrollo personal, preservar la dignidad y el valor del ser humano, favorecer la autocuración y aliviar la angustia. Por otra parte, hay ocasiones en las que el “cuidado” no desencadena un resultado tangible, no es un medio por conseguir un objeto sino un fin de sí mismo. La virtud de la ayuda a menudo se encuentra en el proceso propiamente dicho, es decir, en el compromiso y la conexión.

En este sentido, Henderson, V. citado por Riopelle, L; Grondin, L. Phaneuf, M. Ñ (1993) expresan que: “El rol fundamental de la enfermera(o) consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que se puedan cumplir las tareas. (p.2). El modelo conceptual de esta teoría busca el logro de la calidad de los cuidados a fin de obtener la recuperación de la salud del paciente satisfactoriamente, a través de la estandarización de los cuidados, sea cual sea la situación que viva él.

A su vez, Jaime, R. (2000) contempla el cuidado de enfermería como: “las acciones intrínsecas que ejerce el personal como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, íntegro o independiente debido a sus fallas de fortaleza física” (p.20).

En tal sentido, la enfermera(o) establece una relación y un clima de curación, moviliza la esperanza de sí misma e interpreta y comprende la situación del usuario, es decir, ayuda al cliente a encontrar el apoyo social emocional y espiritual y conducirlo dentro de un marco de seguridad que en

lo posible trate sobre la prevención a complicaciones cardiopulmonar en el postoperado.

Prevención

El componente prevención corresponde a un conjunto de acciones establecidas por medio de programas socio-sanitarios que abarcan: curación y/o rehabilitación, promoción para la salud y la protección específica, incluyendo el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

Las medidas de prevención buscan por intermedio el uso de recursos (humanos, materiales y físicos) desarrollan un medio asistencial físico y humano de tal forma que funcionan los niveles de atención hospitalarias y ambulatorias hasta la más alta complejidad médico-asistencial.

Señala Kroeger, A. (1998) “La prevención en el contexto sanitario implica el uso de servicios básicos, partiendo de los centros dispensadores e salud hacia los comunidades con participación conjunto de usuarios, equipo de salud y a la población en general” (p.7).

El enfoque preventivo, es una disciplina fundamentalmente sanitaria, que se ocupa primordialmente de mejorar las condiciones de vida de la persona sana y enferma con miras a una pronta y oportuna recuperación, es decir: prevención primaria (promoción de la salud y protección específica), prevención secundaria: (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) y la prevención terciaria (rehabilitación), estas tres grandes disciplinas en

diferentes unidades de tiempo, en diferentes lugares y entre diferentes tipos de personas, definen y marcan las pautas asistenciales.

Por tanto, las medidas preventivas tienen como objetivo aumentar la esperanza de vida, disminuir las tasas de morbi-mortalidad la población en general y mejorar la cobertura de servicio de salud.

Relacionando el componente prevención con la investigación, ello corresponde a las medidas conducentes a la prevención de complicaciones cardiopulmonar en pacientes post-intervenidos quirúrgicamente hospitalizados en el área de recuperación. Por tanto, se tomará los componentes que corresponden a la prevención secundaria (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) y la prevención terciaria (recuperación).

Basados en estas dos grandes disciplinas la enfermera(o) del área de hospitalización (recuperación del postoperado adulto) tendrá un ámbito de actuación que debe estar presente tanto en la administración del cuidado de enfermería como en los servicios clínicos multidisciplinarios para:

- Identificar los problemas de salud sobre la base de los estudios clínicos y los sistemas de vigilancia de atención directa (enfermera(o)-paciente).
- Evaluar las intervenciones previas al paciente a través de los propios sistemas (revista clínica, revista enfermería) estudios de laboratorio.

En los cuidados clínicos para:

- Reconocimiento de las condiciones del paciente (evaluación física) y evaluación del tratamiento.

- Conocimiento de la evolución del paciente postoperado en la búsqueda del potencial al riesgo a la ocurrencia de compilación cardiopulmonar. (antecedentes clínicos).
- Evaluación y registro del funcionamiento bio-físico del paciente (historia clínica de los cuidados de enfermería al paciente).
- Identificación de las medidas subjetivos y objetivos del paciente.
- Establecer los cuidados acerca de las condiciones del paciente sobre la base de una asociación de datos detectados y las condiciones del paciente en vía hacia la recuperación.

Los contenidos antes señalados son parte de los cuidados hacia una intervención preventiva y centra su atención en los resultados de la asistencia directa propiciada por enfermería durante cada turno laboral (7 a.m. a 1 p.m. / 1 p.m. a 7 p.m.).

Dentro de estos cuidados para la prevención de complicaciones cardiopulmonares muestra singular importancia la “observación” en lo cual enfermería debe ser observadora tanto sistemáticamente como en la introducción de poder actuar fomentando medidas preventivas contra factores externos de exposición, con el fin de garantizar la recuperación del postoperado.

- **Prevención Primaria:** Actos de observación van dirigidos tanto al paciente como al medio físico (habitación, cama, lencerías y artefactos para recuperación en caso de emergencia), se trata de garantizar la eficacia y

eficiencia de los recursos materiales, organizarlos en función de un servicio básico para la atención inmediata con acceso a los servicios esenciales.

Desde ese marco operacional, los autores del estudio, determinan en parte la eficacia de cuidados preventivos por enfermería con el postoperado. Otros cuidados para la prevención en lo secundario y en lo terciario, según los autores la clave se centra en lo que a continuación se hará mención:

Prevención secundaria: La principal contribución a la prevención secundaria debe ser alcanzada por medio de la interacción con los otros (enfermos, equipo de salud, familia) requiere del uso de conocimientos y del rol.

Al respecto Cherry, B. citado por Beare/Myers (2003):

El rol se establece para interpretar las acciones voluntarias y al ser asumidos reflejan las ideas y los sentimientos que una persona tiene de sí mismo. De ese modo, la interacción con los otros que crea y modifica los distintos roles de una persona tiene un impacto significativo sobre el auto-concepto. (p.355).

Esta identidad personal, permite el ajuste por parte de enfermería con el paciente postoperado a incorporando diferentes roles según los cuidados y su relación para el reconocimiento temprano de un potencial a compilación (CR) y actuar de manera oportuna.

En ello se incluyeron las transiciones del desarrollo situacional del paciente (salud-enfermedad) para los cuales los cuidados en la prevención terciaria son para incorporar satisfactoriamente al postoperado a una pronta y oportuna recuperación.

Basado en los principios de la prevención secundaria y la prevención terciaria se aplicarán los cuidados inmediatos.

Cuidados Postoperatorios Inmediatos

Período postoperatorio inmediato se da inicio con los procesos fisiológicos hacia la recuperación de la anestesia, se dan 48 horas después de la anestesia general antes de que la función cognoscitiva y la actividad motora recuperen los niveles pre-anestésicos. Señala Mateus, L. (2002):

Los efectos más pronunciados de la anestesia suelen dispararse antes que el paciente sea trasladado del ((PACU) al área de recuperación. La mayoría de los pacientes permanecen entre 30 minutos y varias horas en seta unidad. Es durante este tiempo que el enfermo se establezca y surgen los efectos anestésicos residuales. (p.133).

Aunado a lo expuesto en la referencia Mateus, L. (op.cit), hace mención): a los diferentes tipos de anestesia y su relación con la atención.

Otros tipos de anestesia son: regional y raquídea.

Según Mateus, L. (op.cit): Valoración de la anestesia regional:

La valoración incluye la posición fisiológica segura de los miembros afectados hasta que retorne la sensibilidad y la función. El control del área afectada se hace por el retorno de la sensibilidad y la función. Cuando desaparece el bloqueo regional el paciente puede experimentar dolor y requiere la administración de analgésico. El paciente debe ser evaluado para detectar toxicidad del anestésico local si se han administrado grandes cantidades de drogas. (p.136).

Entonces en primera instancia del cuidado es lograr asegurar la posición fisiológica de acuerdo al tipo de anestesia recibida por el paciente.

En lo correspondiente a la anestesia raquídea o epidural, Mateus, L. (op.ct) señala:

Puede producir bloqueo de la función autonomía, puede afectar los músculos respiratorios con el posible compromiso de la función respiratoria. Es necesario realizar un control cuidadoso de la presión sanguínea, pulso y respiración puede haber riesgo de dolor de cabeza. (p.137).

En ese orden se producen los cuidados inmediatos sobre los objetivos primarios de gran relevancia relacionados en primera instancia con el efecto postanestésico como parte de los cuidados inmediatos para el período postoperatorio inmediato durante las primeras 48 horas.

En ese orden, Veliz c. (1996), refiere que el cuidado inmediato el postoperatorio comienza una vez que se ha completado el proceso quirúrgico y el paciente es ingresado al área postoperatoria o postanestésica, cuya duración variará en función de la situación del enfermo” (p.237).

Continuando con el mismo orden de ideas sobre la definición de cuidados inmediatos en el postoperado. Brunner (1994): “el cuidado inmediato en estos grupos se lleva a cabo habitualmente en un área específica el hospital, clínica o sala de cuidados (recuperación) postanestésica” (p.543).

Significa la oferta sostenida del manejo del paciente durante el período postoperatorio, para lo cual al ser transferido el paciente a la sala de recuperación en forma directa acompañará enfermería conjuntamente con el anesthesiólogo, así como también por un miembro del equipo de cirugía, luego el paciente es recibido por los enfermeros(as) el área de postanestesia o

postoperatorio acompañado de la historia clínica e informe de los profesionales acompañantes del paciente. En ese sentido, da la enfermera(o) da inicio al cuidado inmediato una vez admitido el paciente.

Beare/Myers (2003)

La enfermera(o) el postoperatorio recibe al paciente y da inicio a cumplir de manera particular evaluar los puntos siguientes: 1) El estado preoperatorio del paciente y las observaciones preoperatorias relevantes. 2) La técnica de anestesia utilizada 3) Las drogas administradas en la sala de operaciones (incluso drogas anestésicas). 4) El procedimiento quirúrgico realizado y el tiempo requerido. 5) Las pérdidas estimadas de líquidos y sangre y lo administrado durante la cirugía. 6) Complicaciones o riesgos inusuales. 7) Localización de catéter, tubos de drenaje y vendaje. 8) Diseño del plan e atención de enfermería postoperatoria.

Todos estos 8 puntos mencionados en la referencia es parte del cuidado inmediato necesario a cumplir por enfermería al ser admitido el paciente al área de hospitalización para su recuperación.

Acompañado de un sistema el registro de control y registro en la historia del paciente. En este caso el cuidado evaluado por enfermería ejerciendo los cuidados inmediatos exige cumplir los siguientes puntos:

- Mantener una vía aérea permeable respiratoria
- Reconocer y mejorar las complicaciones
- Promover la seguridad del paciente
- Estabilizar los signos vitales
- Disipar la anestesia residual
- Brindar seguridad (emocional)

Vía aérea permeable: Adecuación de las vías aéreas y de sus reflejos (nerviosos, tusivo y deglución). En ese sentido, enfermería debe revisar y constatar la adecuación de la vía aérea colocada. También debe considerar el tipo de vía aérea colocada (si se usa vía aérea artificial) verificar la permeabilidad e la misma.

Respiración: Verificar frecuencia y calidad de la respiración el paciente. En ello, es meritorio evaluar frecuencia y calidad de la respiración, ruidos respiratorios (roncos, silbidos, etc.) incluyendo la capacidad que muestra el paciente para toser y respirar profundamente cuando se encuentra despierto. En caso de que el paciente reciba oxígeno, se debe llevar control de la cantidad de oxígeno administrado, método de administración y hora de inicio acorde la administración del oxígeno. En este caso el oxígeno es administrado a aquellos pacientes que presentan hipoventilación y no mantiene saturación de O_2 adecuado. . ¿Cuándo administrar O_2 a los pacientes? Según Brunner, S. (1994) "cuando haya una importante hipoxia" (p.117). Implica llevar el control de la cantidad de oxígeno administrado, así como también el método utilizado.

En este caso, como ya ha sido planteado en otros párrafos la enfermera(o) debe contar con las habilidades y pericias en el reconocimiento de algún signo o síntoma de alarma. Según Brunner (1994) "identificar las características de la respiración y naturaleza de los ruidos respiratorios amerita reconocer la permeabilidad de las vías aéreas, características de la respiración y naturaleza de los ruidos respiratorios" (p.106)

Al reconocer las características respiratorias se debe constatar: la profundidad, frecuencia y ruidos, con respecto a la profundidad Brunner (op.cit): refiere que: durante el postoperatorio inmediato es común que el paciente presente lentitud en la profundidad y frecuencia respiratoria, hecho motivado a causa del analgésico” (p.470). La misma referencia señala sobre la respiración superficial y rápida las cuales pueden originarse por dolor, apósito constrictivo, distensión gástrica y obesidad.

Ser vigilante en el proceso respiratorio del postoperado durante el período inmediato, ello requiere de una evaluación frecuente muchas vías, hasta que se estabilicen o despierten. De allí la actuación fundamental de enfermería cuenta con la capacidad cognitiva suficiente para cumplir con el puntaje postanestésico.

Señala Beare/Myers (2003) citando a Kroulif

El sistema de puntaje para documentar el estado del paciente postanestésico denominado Alderete evalúa al paciente en relación con las actividades respiración, circulación, el nivel de conciencia y el color (temperatura). Actividad (extremidades) respiración (capaz de respirar profundamente y toser sin dificultad). Disnea (con respiración superficial o limitada). Apnea, circulación P5: 20 mm de nivel preanestésico, P5 preoperatorio= 20 a50 mm de nivel preanestésico. Conciencia totalmente despierto, se despierta al llamado, no responde). Color (normal, pálido, oscuro, moteado, otros: cianótico, icterico” (p.154).

El valor por puntaje se indica la recuperación del paciente. En ese orden, el criterio para dar de alta al período postanestésico es representado por un puntaje de 10, más signos estables, es decir, el sistema de puntaje

establece por el tiempo de recuperación, el sistema de puntaje define los parámetros que a continuación son señalados:

Puntaje de recuperación	Principio	15"	30"	45"	Horas	Final
Actividad						
4-extremidades	2	2	2	2	2	2
7-extremidades	1	1	1	0	1	1
0-extremidades	0	0	0	1	0	0
Respiración:						
- Capaz de respirar	2	2	2	2	2	2
- Disnea con respiración artificial o limitada	1	1	1	1	1	1
- apnea	0	0	0	0	0	0
Circulación:						
- P5= 20 mm de nivel preanestésico	2	2	2	2	2	2
- P5= 50 mm de nivel perianestésico	0	0	0	0	0	0
Conciencia:						
- Totalmente despierto	2	2	2	2	2	2
- Se despierta al llamado	1	1	1	1	1	1
- No responde	0	0	0	0	0	0
Color:						
- Normal	2	2	2	2	2	2
- Pálido oscuro	1	1	1	1	1	1
-Moteado, icterico, cianótico	0	0	0	0	0	0

Fuente: Beare/Myers

Cumplir de manera directa con el sistema de puntaje postanestésico, su duda representa una parte importante el cuidado inmediato a favor de la prevención a complicaciones cardiorespiratoria, complementado de manera paulatina con otras acciones señaladas a continuación:

- **Posición y movilización:** Por lo general, la posición parte del tipo de anestesia, según Brunner (1995) "Generalmente en decúbito dorsal con el cuello hiper-extendido y la cabeza hacia un lado" (p.1848). La misma referencia señala que dicha posición de utilidad para prevenir la aspiración de posibles vómitos.

Por otra parte, Beare/Myers (op.cit) señala:

Por lo general, la posición óptima son la semipronación y el decúbito lateral cuando el paciente llega a la sala de recuperación. Estas posiciones promueven el mantenimiento de una vía de aire permeable en el paciente anestesiado, disminuye el riesgo de aspiración y promueve la ventilación de los lóbulos pulmonares inferiores. Se necesita el cambio frecuente de posición para reducir evitar la atelectasia y la posición de un lateral al otro hasta que los pacientes despierten.

De acuerdo a la referencia, enfermería debe cumplir con los cambios de posición de un lateral a otro mientras el paciente todavía no haya despertado de la anestesia de manera total o parcial, lo cual durante el acto de movilización se debe ir alentando el movimiento y al cambio de posición con frecuencia.

Es importante cumplir con la movilización durante el cuidado inmediato (contracción y relajación) de los músculos), a fin de promover la circulación y mejorar la función cardiaca, es decir, dar cuidado en función de la prevención a las complicaciones cardiorespiratorias (actuar e identificar potenciales al riesgo).

No obstante, enfermería debe tener cuidado para evitar tensión o decoloración de vendaje, tubos de drenajes o catéteres.

Aunado a las medidas del cuidado del paciente de sus condiciones respiratorias, también incluyen otros cuidados que requiere de las actividades siguientes: auscultación pulmonar, movilización y fisioterapia respiratoria.

En relación a la auscultación pulmonar, este aspecto según Brunner, S. (1994), sirve de fundamento para identificar los ruidos respiratorios que indiquen una alteración respiratoria refiriendo que: “las respiraciones ruidosas pueden derivarse de obstrucciones por secreciones o por la lengua” (p.470). Mediante la colección de la cánula de mayo, valoración de las vías aéreas y la permeabilidad de las mismas, se evitará en gran parte las complicaciones respiratorias, ya que según Mosby (1995): la insuficiencia respiratoria ventilatoria: “es debido a la retención de secreciones pulmonares que aumenta la resistencia respiratoria, por lo que existe capacidad de los pulmones para mantener el intercambio gaseoso”(p.734). Lo cual requiere el uso de parámetros que a continuación se mencionan:

Parámetros	Valores normales
Auscultación	Norma: Igual en los dos lados
Frecuencia respiratoria	10-30 minutos
Patrón respiratorio	Regular
PCO Arterial	20 segundos. 30 mmhg
PO” Arterial	Al menos mmhg respirando aire ambiente

Fuente: Aldrete, J. 1996. Anestesiología

En ese sentido, cada paciente debe contar con el registro de las funciones respiratorias como evidencia de las condiciones del paciente.

En otra dimensión que mide la variable en la investigación cuidados cardiacos, son las acciones específicas para prevenir complicaciones cardiovasculares, las cuales se caracterizan por las acciones o cuidados que realizan los enfermeros(as) mediante técnica que contribuyen al tratamiento profiláctico de las mismas. Siendo uno de los indicadores principales la valoración del estado general del paciente que según L.UZ. (1996) se “valora y registra lo que incluye si el color de la piel es normal o cianótica, si está fría o sudorosa” (p.117).

El enfermero(a) deberá valorar las extremidades del paciente en busca de edema, el cual es un signo que indica una complicación cardiovascular de tipo tromboembólica que se presenta en el postoperatorio inmediato que Curtis, P. (1985) la define como: “una complicación debido a la coagulación intravenosa y sus efectos que se presentan a menudo en las extremidades inferiores y en la pelvis” (p.579).

Al respecto Brunner, S. (1994) señala que dicha complicación se produce debido a lesiones de la vena por torniquete apretado o bandanas sujetadoras de las piernas, al momento de la operación, presión de una manta enrollada sobre las rodillas concentración de la sangre, pérdida de líquidos o deshidratación” (p.493). De igual forma el mismo autor, refiere que los pacientes con mayor riesgos son: “Los de cirugía urológica (prostatectomía vesical en ancianos), los de cirugía general mayores de 40 años, obesos con neoplasia o antecedentes de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar” (p, 493).

Por otra parte el estado de la piel, contribuye a identificar la diaforesis que el mismo autor señala que es: “indicativo de una vasoconstricción con aumento de la resistencia arterial y apunta a un shock hipovolémico” (p.493).

El shock hipovolémico es un estado clínico que se produce debido a una disminución del volumen circulante efectivo en la relación de la capacidad vascular total y caracterizada por una reducción de los valores de presión y volumen diastólico y llenado. Durante el shock hipovolémico existe un disturbio agudo en la circulación que lleva un desbalance entre el suministro y la demanda de oxígeno de los tejidos, cansado por una caída en el volumen sanguíneo circulante, se desarrolla un déficit de oxígeno de los tejidos, causado por una caída en el volumen sanguíneo circulante, se desarrolla un déficit de oxígeno cuando la captación no iguala más a la demanda de oxígeno y lleva a isquemia celular y finalmente a la muerte celular. El estado de shock se caracteriza por la reducción tisular electiva que conduce a un daño celular, primero reversible (hipoxemia isquemia) y luego en función de la magnitud y tiempo del estado de hipoperfusión a una fase irreversible (hipoxia). Contreras (1997).

Es importante que la enfermera(o) dentro de la valoración del estado general: “verifique el llenado capilar para cerciorarse del estado de “perfusión tisular”. Veliz C. (1996) (p.338) Considera que una perfusión tisular alterada es secundaria a la hipovolemia, estancamiento de la sangre periférica y vasoconstricción” (p.471). La misma referencia indica que la perfusión tisular efectiva tiene que ver con una reducción global de la perfusión tisular (gasto

cardiaco). El enfermero(a) deberá presionar la zona inguinal, observando el tiempo de llenado capilar.

En lo que concierne el control de la frecuencia cardíaca y presión arterial, cada institución tiene un protocolo específico para medir estos parámetros durante la fase postoperatoria inmediata. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) expresa que: “la frecuencia cardíaca y la presión arterial se registran cada 15 minutos las primeras dos horas y cada 30 minutos las siguientes dos horas. Después se mide con menor frecuencia si permanece estable” (p.470).

La frecuencia cardíaca es definida como el número de contracciones ventriculares por unidad e tiempo. Considerando la existencia de taquicardia cuando la frecuencia cardíaca es mayor a 100 latidos por minutos y bradicardia cuando es inferior a 60 latidos por minutos. La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de las arterias, el nivel de la tensión arterial es el producto del gasto cardíaco por la resistencia vascular sistémica, sus cifras suelen alterarse en situaciones como: hipervolemia, hipovolemia, y con la administración de diferentes fármacos (Mosby, 1995).

En control de estos parámetros puede orientar una complicación cardiovascular como es el shock hipovolémico, cuyo signo más frecuente son: hipotensión arterial, pulso débil, taquicardia. También se puede mencionar el paro cardíaco que Brunner, S. (1994) define como: “la interrupción repentina inesperada del latido y circulación eficaz, siendo el

signo más fiable la desaparición del pulso carótido” (p.744). En el edema agudo de pulmón las venas periféricas suelen estar ingurgitadas, la presión arterial y frecuencia cardíaca están elevadas y el pulso puede ser fuerte y lleno o débil y fino. (Mosby 1995) (p.433).

Para proporcionar cuidados de enfermería también es necesario tener presente ciertos parámetros normales referidos al sistema circulatorio.

Al respecto, Aldrete, J. (1996) señala lo siguiente:

Los parámetros que se usan para valorar la función cardiovascular en la unidad de recuperación

Parámetros	Valores normales
Frecuencia cardíaca	50-100 Ppm
Presión arterial	90/50 – 160/100 mmhg
Presión venosa central	2-8 mmhg
Gasto cardíaco	5 litros/minutos
Índice cardíaco	5.5 – 3.5 litros/minutos7Mts.2

El balance hídrico es otro indicador de la investigación, que Maried, J. (1987) define como: “la relación entre el volumen de líquido que recibe el organismo y el eliminado por el mismo” (p.107). La enfermera(o) para valorar este aspecto deberá verificar la velocidad de infusión de la hidratación y medir la cantidad de líquidos ingeridos y eliminados”. La pérdida de líquido durante el acto quirúrgico se verifica a través de la hemorragia y pérdidas insensibles de la piel que se pierde por los pulmones y que pueden causar pérdidas de sodio y potasio durante el catabolismo o metabolismo.

Durante las primeras 24 horas posteriores a las cirugías el organismo retiene líquido a causa de la secreción de la hormona anti diurética vasopresina que va a formar parte a la reacción del estrés al traumatismo quirúrgico y anestesia. Mosby (1995) refiere que:

El control del balance hídrico en el paciente postoperado es importante porque la reposición exagerada de líquidos lleva a la hiperhidratación especialmente en los ancianos produciendo edema pulmonar para lo cual deberá medir la velocidad de infusión y notificar de inmediato. El edema pulmonar se caracteriza por la acumulación de líquido extravascular en el tejido pulmonar y los alveolos, provocado con mayor frecuencia por la ICC, donde el líquido de los capilares pulmonares pasa hacia los alveolos, penetra en los bronquios y bronquiolos

De acuerdo a la referencia, expresa que para realizar un control adecuado del balance hídrico, es necesario: elaborar un esquema de hidratación de modo que el suministro se distribuya a lo largo de las 24 horas.

Es fundamental que la enfermera(o) tenga presente las necesidades mínimas de agua para mantener el balance hídrico que según Claibornel, W. (1990) refiere que: "Puede circularse a partir de la suma de la excreción urinaria precisa para eliminar la carga diaria de solutos 500ml al día y las pérdidas insensibles de agua por evaporación a través de la piel" (p.64), de igual forma el autor señala que: las pérdidas insensibles suman el promedio 500-1000ml al día y dependiendo de la frecuencia y la temperatura del organismo el déficit de agua aumenta de 100 a 150ml al día pro cada grado de temperatura corporal por encima de los 37 grados" (p.65).

Por lo que es de suma importancia el control de signos vitales (presión arterial, pulso, respiración), esto implica valorar la permeabilidad de las vías aéreas, a fin de descartar cualquier tipo de obstrucción. Paralelamente enfermería debe observar la aparición de hemorragias tanto interna como externa (evidenciados por el aumento del sangrado a través del drenaje o de la herida operatoria o como hematemesis, enterroquia, hematoria) todos estos cuidados es la acción preventiva para un diagnóstico precoz para actuar pronto y oportuno o preservar el pulso y valores tensionales. En ese sentido, la respuesta diurética inicial permitirá obtener información adicional sobre el estado hemodinámico, hidratación y la eventual presencia de un riesgo renal.

Durante este período la agresión postquirúrgica determina la presencia de íleo paralítico que hace desaconsejable utilizar la vía enteral para cubrir las necesidades hidroelectrolíticas y calóricas. El plan de hidratación parenteral debe ser confeccionado mediante la estimación de las necesidades metabólicas y las pérdidas al exterior, Las pérdidas hidroelectrolíticas dependen de la diuresis y las pérdidas insensibles. Conociendo la existencia de un estado antidiurético postoperatorio deberá evitarse estimaciones excesivas de este volumen que puede oscilar entre los 700-1400ml. Las pérdidas insensibles son en condiciones normales alrededor de 600 a 1000ml a las que deberá adicionarse las pérdidas hídricas que pueden ocurrir por otras vías (sondas nasogástricas, drenajes, etc.). Los requerimientos electrolíticos, sino existen déficit previo, deben

contemplar la reposición de sodio y de potasio, fundamentalmente. Las necesidades diarias de sodio son de 75 a 100 meq. La reposición de potasio implica suministrar una cantidad equivalente a los ingresos de una dieta normal (60 a 100 meq/24 Hs). La educación de la reposición de sodio y potasio debe ser hecha de acuerdo a los niveles séricos y al control de los egresos, de acuerdo a cantidad y calidad de las pérdidas.

Dentro del plan de hidratación parental debe contemplarse la corrección de los eventuales trastornos del equilibrio ácido-base. Puede darse la presencia de una alteración ácido-base vinculada al traumatismo quirúrgico y sin una causa que la perpetúe, o por el contrario, el enfermo puede venir del quirófano equilibrado y puede presentar una patología que en las próximas horas de evolución determine un trastorno ácido-base, tales como alteraciones respiratorias o metabólicas vinculadas a trastornos de perfusión o hipoxemia. Otra posibilidad de desequilibrio puede ser debida a una pérdida digestiva de H^+ o COH_3^- , que provocará una alcalosis o acidosis metabólica, que podremos evitar mediante una reposición ácida o alcalina acorde al ritmo de las pérdidas.

Moore (op.cit) hace mención a la fase que continúa.

2ª Fase: Cesación de la actividad corticoidea. Aproximadamente al 4º día (dura 2 a 3 días). -Se mueve con más libertad. -Cambia indiferencia por interés. -Se regulariza pulso y temperatura. -Recupera función intestinal. -Disminuye excreción urinaria de 17 HO corticoides. -balance (+) de Nitrógeno.

3ª Fase: Fase anabólica (7º al 10º día). -Anabolismo espontaneo. – Balance (+) de Nitrógeno. –Recuperación de la potencia muscular. –Hábitos intestinales se normalizan.

4ª Fase: De reposición. -Aumento de peso debido a la acumulación de grasas. –Vigor normal. –Balance nitrogenado = cero. –Balance (+) de carbono.

Todos los contenidos sobre el balance hídrico y los que a continuación se mencionan, forman parte de los cuidados inmediatos que debe cumplir enfermería en favor de una asistencia oportuna para la prevención a complicaciones cardiorespiratorias que pongan en peligro la vida del paciente.

Transporte: a) Sala de recuperación postanestésicos: Pulso. T.A, Respiración. (Obstrucciones). b) Sala de terapia intensiva: Monitoreo. Gases en sangre, control P.V.C. Respiración asistida. c) Sala habitación: Fleboclisis. Hidratación por vía oral a las 6, 8, 24 o 48 Hs.

Posición: Flower. Trendelemburg. Trendelemburg invertido: depende de: Anestesia, Intervención, estado del paciente.

Tacos de Finochietto

Respiración: Normal. Asistida. Carpa de Oxígeno. Respiradores.

Dolor: Conspira contra el reposo psíquico.

Impide una buena ventilación.

Se deben usar analgésicos.

Sueño: Hipnóticos.

Sistema de Variables

Variable

Cuidados de enfermería en la prevención de complicaciones cardiorespiratorias en pacientes fase postoperatoria inmediata.

Definición conceptual

Según Curtis (1980) “Las complicaciones cardiopulmonares son producto de los efectos anestésicos durante el período postoperatorio, siendo más frecuentes los respiratorios, lo que amerita cuidados inmediatos por parte del enfermero(a) quirúrgica” (p.506).

Definición operacional

Son los cuidados que realizan los profesionales de enfermería una vez terminada la intervención quirúrgica. Estos cuidados se refieren al postoperatorio inmediato.

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable: Cuidados de enfermería en la prevención de complicaciones cardiopulmonares en pacientes en fase postoperatoria inmediata.

Definición operacional: Son los cuidados que realizan los profesionales de enfermería una vez terminada la intervención quirúrgica. Estos cuidados se refieren al postoperatorio inmediato.

Dimensión	Indicadores	Subindicadores
<p>Cuidados preventivos: se refiere a la atención brindada por enfermería en la disminución al riesgo de complicaciones cardiorrespiratorias en pacientes en la fase postoperatoria inmediata.</p>	<p>Cuidados inmediatos: Se refiere a la atención directa de enfermería con el postoperado que da inicio a la recuperación postanestésica y requiere ser asistido contra factores coadyuvantes cardiorrespiratorias.</p>	<p>Evaluación inicial paciente. Medición de Contar Vitales Revisión de las v respiratorias Posición y Movilización Cardiovascular.</p>

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- ✓ **Adiestramiento:** Proceso continuo, sistemático y organizado que permite desarrollar en el individuo los conocimientos, habilidades y destrezas requeridas para desempeñar eficientemente el puesto de trabajo.
- ✓ **Aldrete:** Escala que permite valorar la recuperación anestésica del paciente. **Fuente:** Aldrete, J. 1996. Anestesiología
- ✓ **Asa:** Es la valoración según el estado físico del paciente de acuerdo a la asociación americana de anestesia. Permite valorar al paciente en su estado termodinámico, estabilizar funciones vitales y evitar complicaciones post-anestésicas y quirúrgicas, su nomenclatura va de I al VI.
- ✓ **Aparato Respiratorio:** Es el responsable de aportar oxígeno a la sangre y expulsar los gases de desecho, de los que el dióxido de carbono es el principal contribuyente del cuerpo.
- ✓ **Arritmias:** Alteración de la frecuencia cardíaca, tanto porque se acelere, disminuya o se torne irregular, que ocurre cuando se presentan anomalías en el sistema de conducción eléctrica del corazón.
- ✓ **Broncoaspiración:** Complicación post-operatoria inmediata que se puede presentar en los pacientes, es el paso de la luz bronquial de material procedente del tubo digestivo debido a la alteración de la deglución.
- ✓ **Broncoespasmo:** Disminución del diámetro interno del bronquio, producido por inflamación de la mucosa interna o por contracción del músculo externo del bronquio.

- ✓ **Cardiovascular:** Sistema compuesto por el corazón y los vasos sanguíneos a través del cual circula la sangre por el cuerpo.
- ✓ **Complicaciones:** Fenómeno que aparece en el curso de una enfermedad, empeorando la evolución de la misma, específicamente a los pacientes quirúrgicos.
- ✓ **Cuidados:** Brindar atención especializada.
- ✓ **Diaforesis:** Sudoración profusa de la piel que pueden presentar los pacientes en postoperatorio inmediato y alterar los líquidos y electrolitos.
- ✓ **Gases Arteriales:** Prueban que determina la capacidad de los pulmones para transferir oxígeno y dióxido de carbono.
- ✓ **Hipercapnia:** Aumento del dióxido de carbono (CO₂) disuelto en el plasma sanguíneo, obedece a una disminución de la ventilación pulmonar.
- ✓ **Hipervolemia:** Trastorno hidroelectrolítico consistente en un aumento anormal del volumen de plasma en el organismo. La hipervolemia puede traer consigo variaciones en la concentración del plasma (trastorno de osmolaridad), como la hipernatremia o la hiponatremia.
- ✓ **Hipotensión:** Condición anormal en que la presión sanguínea de una persona es mucho más baja de lo usual, lo que puede provocar síntomas como vértigo o mareo.
- ✓ **Hipovolemia:** Disminución del volumen circulante de sangre debido a múltiples factores como hemorragias, deshidratación, quemaduras, entre otros.

- ✓ **Hipoventilación:** Disminución de la cantidad de aire inspirado que entra por minuto en los alveolos pulmonares y que no basta para el consumo de oxígeno, del individuo. Puede obedecer a una alteración de los centros de las vías nerviosas o de los músculos respiratorios o a una alteración de la caja torácica, de las pleuras o de los pulmones.
- ✓ **Hipoxemia:** Déficit anormal de oxígeno en sangre arterial de un organismo.
- ✓ **Hipoxia:** Tensión reducida e inadecuada del oxígeno arterial, que se caracteriza por cianosis, taquicardia, hipertensión, vasoconstricción periférica, vértigos y confusión mental.
- ✓ **Posoperatorio Inmediato:** Lograr una observación muy estrecha y un cuidado adecuado del paciente hasta la recuperación de los efectos anestésicos.
- ✓ **Posición:** Cualquiera de las numerosas posturas del organismo, como la posición anatómica, la posición decúbito lateral, entre otras.
- ✓ **Diuresis:** Eliminación urinaria en su conjunto, bien trate de la cantidad de orina o de su composición.
- ✓ **Pleurovac:** Es un instrumento médico que se utiliza para drenar aire (neumotórax) o líquido (derrame pleural) de la cavidad pleural y que se conecta a un aspirador para mejorar la función pulmonar y existen indicaciones precisas para utilizarlo.
- ✓ **Espirómetro:** Es un producto sanitario usado en medicina para medir los volúmenes y capacidades del pulmón.

- ✓ **Hemodinámica:** La hemodinamia es el estudio de la sangre en movimiento. Este procedimiento consiste en visualizar toda la parte bascula (arterias, venas, corazón) por medio de un medio de contraste lodado (pudiendo ser iónico o no iónico).
- ✓ **Gasto Cardíaco:** Cantidad de sangre expulsada por cada ventrículo. Se obtiene este gasto cardíaco por la multiplicación del volumen sistólico por la frecuencia cardíaca. El volumen sistólico es de 70ml y la frecuencia cardíaca oscila entre 70 y 75 c/min, que recibe el nombre la latidos.
- ✓ **Hiperventilación:** Se caracteriza por un aumento de la frecuencia y/o profundidad de los movimientos respiratorios, con exceso de eliminación de anhídrido carbónico por el pulmón y trastorno consiguiente del equilibrio acido-base, conocido como alcalosis respiratoria.
- ✓ **Reflejos:** El término reflejos se define como la respuesta automático e involuntaria que realiza un ser vivo ante la presencia de un determinado estímulo. La respuesta refleja implica generalmente un movimiento, aunque puede consistir también en la activación de la secreción de una glándula.
- ✓ **Método:** Se refiere al medio utilizado para llegar a un fin. Su significado original señala el camino que conduce a un lugar.
- ✓ **Técnicas:** Son un conjunto de saberes prácticos o procedimientos para obtener el resultado deseado. Una técnica puede ser aplicada en cualquier ámbito humano, ciencias, artes, educación, etc.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación hace explícito los aspectos operativos de la misma, si el tipo de investigación se define con base en el objetivo, el diseño de investigación se define con base en el procedimiento y alude a las decisiones que se toman en cuanto al proceso de recolección de datos, que permite al investigador lograr la validez y obtener un alto grado de confianza de que sus conclusiones no son erradas.

El diseño de investigación es el no experimental, de campo. Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2003) definen la investigación no experimental como: “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, se trata de investigación donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (p.267), y hurtado, J. (2007) dice que en la de campo: “las fuentes son vivas y la información se recoge en su ambiente natural” (p.145).

Polit, D. y Hungler, B. (2000) señalan que: “las investigaciones en donde se obtienen en su entorno natural, donde el individuo pueda desarrollarse dentro de sus costumbres y hábitos cotidianos, es decir, grupos inmersos en la vida real son conocidas como de campo” (p.127).

Estas definiciones guardan relación con las características de la investigación presente, puesto que los datos serán recolectados de las fuentes vivas, es decir, los profesionales de enfermería adscritos al área quirúrgica clínica Docente “Los Jarales”, Valencia - Edo. Carabobo, y así precisar la información necesaria, como son los cuidados que aplican al postoperado, por lo cual se concluye que es una investigación de campo.

Tipo de estudio

La presente investigación, en base a la variable planteada, busca recolectar los datos en un tiempo y momento único, en relación a los cuidados que aplican los profesionales de enfermería al postoperado, por lo que se dice que esta investigación es retrospectiva y transversal.

Según Canales, F; Alvarado, E. y Pineda, E. (2009) señalan que la investigación retrospectiva: “Son aquellos en los que el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado” (p.135); Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2003) dicen que en la investigación transversal: “Se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (o describir fotografía de algo que sucede...” (p.270) en el caso de la investigación, esta se desarrollará en el segundo semestre de 2012.

Además, en base a los objetivos planteados, es descriptiva ya que busca describir los cuidados que aplican los profesionales de enfermería en

el postoperatorio inmediato en la prevención de complicaciones cardiorespiratorias.

Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2006) mencionan que: “la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (p.103).

En el mismo orden de ideas, Hurtado, J. (2007) plantea que:

Tiene como objetivo la descripción precisa del evento en estudio. Este tipo de investigación se asocia al diagnóstico. En la investigación descriptiva el propósito es exponer el evento estudiado, haciendo una enumeración detallada de sus características, de modo tal que en los resultados se puedan obtener dos niveles, dependiendo del fenómeno y del propósito del investigador un nivel más elemental, en el cual se logra una clasificación de la información de función de características comunes y un nivel más sofisticado en el cual se ponen en relación los elementos observados, a fin de obtener una descripción más detallada (p.101).

Es decir, se pretende describir los elementos que representan la variable en estudio.

Población

La población es un conjunto delimitado por el problema y los objetivos del estudio a analizar con características comunes para lo cual serán extensivas las conclusiones de la investigación.

Según Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2006) y Selltiz (1980) definen población como: “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p.238).

Reafirmando lo expuesto, Tamayo y Tamayo, M. (2005) refiere que:

La población es la totalidad de un fenómeno de estudio, incluyendo la totalidad de unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno y que deben cuantificarse para su determinado estudio integrando un conjunto N de entidades que participan de una determinada característica y se le denomina población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a un estudio o investigación (p.176)

En el desarrollo de este estudio la población estará conformada por un total de (14) profesionales de enfermería del área quirúrgica incluyendo supervisor y coordinador, cabe destacar, que ello representa el 100% de la población de los turnos 7 a.m. a 1 p.m. / 1 p.m. a 7 p.m. Clínica docente “Los Jarales”, Valencia – Edo. Carabobo.

Muestra

Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2006), es un subgrupo de la población de interés (sobre el cual se recolectarán datos, y que tienen que definirse o delimitarse de antemano con precisión), este deberá ser representativo de la población. (p.236).

Hurtado, J. (2007) menciona que la muestra es: “una porción de la población para que esta disminuya su tamaño y facilite la labor del investigador, evitando así los excesos de tiempo y estudios” (p.140).

En relación a la investigación, la muestra en esta investigación fue el 100% de la población que son todos los profesionales de enfermería de los turnos 7 a.m. a 1 p.m. / 1 p.m. a 7 p.m.

Métodos e instrumentos de recolección de datos

La técnica para recoger la información fue la encuesta, definida por Canales, F; Alvarado, E. y Pineda, E. (2009) como: “la obtención de información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos, actitudes y sugerencias” (p.163) y el instrumento que se aplicará corresponde a un cuestionario tipo lickert con característica lista de cotejo, según el mismo autor, es el método que utiliza la técnica de observación destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigador utilizará la técnica de observación (p.165).

Así mismo, Hurtado, J. (2007) refiere que el cuestionario: Consiste en un conjunto de preguntas relacionadas con el evento en estudio. Su característica es que tales preguntas de selección, abiertas tipo escala o tipo ensayo. Un mismo cuestionario puede albergar la información pertinente acerca del evento de estudio (p.157).

De acuerdo con lo citado en la presente investigación, se elaboró un cuestionario con repuesta: Siempre, algunas veces y nunca, que miden la variable cuidados para la prevención de complicaciones cardiorrespiratorias, distribuido y organizado según dimensión cuidados preventivos de salud, indicadores y subindicadores de la operacionalización de la variable.

Validez

La validez es el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir, Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2006) afirman que: la validez se refiere al grado en que un instrumento

refleja un dominio específico del contenido (validez de contenido), una comparación con algún criterio externo (validez de criterio) y una correlación teórica-empírica (validez de constructo)” (p.278).

A través de la validez de contenido se trata de determinar hasta donde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir. Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2006) refieren que: “es el grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido que se mide, que normalmente es definido o establecido por la literatura (estudios y antecedentes)” (p.279)

Para evaluar la validez de contenido del instrumento utilizado, se tomará como punto de referencia las bibliografías utilizadas en el desarrollo de la investigación, tales como la teoría de Beare/Myers, cuidados de enfermería en pacientes postoperados.

La validez de criterio se establece al comparar un instrumento de medición con algún criterio externo que pretende medir el mismo, según lo señalado por Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2006) este criterio externo: “es una medida estándar de validación realizada por el juicio de expertos en la materia” (p.280) como por ejemplo: Licenciadas en Enfermería especialistas en el área quirúrgica, así como especialistas en metodología de la investigación, esto con el objeto de obtener recomendaciones y sugerencias para presentar un instrumento de contenido

claro. Cuanto más se relacione los resultados del instrumento de medición con el criterio presentado por expertos, la validez será mayor.

Para estudiar la validez de constructo de un instrumento es necesario que exista una conceptualización clara de la variable en estudio, con base en una operacionalización determinada, es decir, determinar la relación entre la conceptualización teórica del instrumento y su estructura factorial, a través del análisis de sus dimensiones.

Esto es posible estableciendo la relación entre los conceptos contemplados en el marco teórico, luego se analizan cuidadosamente y finalmente se confrontan con la evidencia obtenida con las vivencias observadas en el área de investigación Clínica Docente “Los Jarales”, Valencia – Edo. Carabobo.

Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2006) indican que: “Cuanto más elaborada y comprobada se encuentre la teoría que apoya la hipótesis, la validación del contenido arrojará mayor luz sobre la validez general del instrumento de medición” (p.282) a mayor correlación entre la teoría, la operacionalización de las variables y la evidencia empírica, mayor validez del constructo.

Para comprobar la validez del instrumento, se solicitará revisión del mismo por parte de un experto en metodología (Lcda. Rosmaira Narváez), un experto en quirúrgica (Lcdo. Raúl Meneses) para que emitan sus opiniones y sugerencias en cuanto a la cantidad, sencillez, redacción de cada pregunta del cuestionario.

Confiabilidad

Una vez que se cumpla con la selección del instrumento – cuestionario y de haber definido el estudio, se procederá a establecer la confiabilidad mediante el análisis de las dimensiones e indicadores para medir el riesgo de estabilidad del cuestionario en su aplicación.

En este sentido, Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2006) sostienen que: “la confiabilidad de un cuestionario de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados” (p.242). Para determinar la confiabilidad se aplicará una prueba piloto a siete (7) representantes de la población en condiciones similares que no forman parte de la muestra.

Para efectuar el cálculo de la confiabilidad de un cuestionario existe infinidad de fórmulas que generan coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, siendo “0” una confiabilidad nula y 1 una confiabilidad máxima, mientras más se acerca el valor a uno (1), más factible es el error a medición.

Al efecto de esta investigación se utilizará la técnica de Observación para establecer la confiabilidad según el resultado arrojado por el cuestionario con escala de lickert (siempre, algunas veces y nunca), administración de única prueba el cual emplea información fácil de obtener y cuya fórmula es: $N = \frac{p1 + p2}{p1}$

Procedimiento para la recolección de la información

Para efectos de la aplicación del instrumento y la recolección de datos del mismo, se envió una comunicación a la coordinadora del área quirúrgica de la clínica docente “Los Jarales”, San Diego, Valencia. Edo. Carabobo, para solicitar su aprobación.

Obtenida su aprobación se procederá a visitar el área de recuperación quirúrgica en los turnos: mañana y tarde para contactar a la población cumpliendo con los cuidados en los postoperados.

Es importante destacar, que para la recolección de información cuenta con los investigadores para recolectar la información en los tiempos postoperatorios inmediatos, aclarándoles preguntas al respecto. Se agradeció colaboración de las autoridades de la clínica Docente “Los Jarales”, San diego, Valencia – Edo. Carabobo.

Técnicas de análisis de los datos

Una vez recolectada toda la información se llevará a cabo la organización de los mismos, mediante la elaboración de una matriz de doble entrada en el programa computarizado Excel. Se procederá al análisis de los datos, según frecuencia, porcentajes y con estos datos se elaborarán cuadros y gráficos estadísticos para la sustentación de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El contenido de este capítulo hace referencia a los gráficos que expresan los resultados de la investigación y sus análisis.

A continuación se expresan los resultados de la investigación por medio de cuadros y gráficos enmarcados por frecuencias y porcentajes, a fin de facilitar la comprensión de estos resultados.

CUADRO Nº 1

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). **Subindicador:** Evaluación inicial del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”, San diego, Valencia – Edo. Carabobo. Segundo semestre de 2012.

Nº	ÍTEMS Cuidados inmediatos	Observaciones							
		Siempre		Algunas veces		Nunca		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
1	Al recibir al postoperado, da inicio a la valoración del paciente de manera individual.	03	21	08	58	03	21	14	100
2	Identifica las observaciones preoperatorias relevantes por pacientes (cardiorespiratorias)	03	21	06	43	05	36	14	100
3	Identifica la técnica de anestesia utilizada.	05	36	06	43	03	21	14	100
4	Identifica el procedimiento quirúrgico utilizado aplicado y el tiempo requerido.	02	15	09	64	03	21	14	100
5	Identifica las pérdidas estimadas de líquidos y sangre.	03	21	07	50	04	29	14	100

Fuente: guía de observación

Análisis

Los resultados del subindicador evaluación inicial señalan lo siguiente: para la pregunta N° 1 Al recibir al postoperado, da inicio a la valoración del paciente de manera individual, el 21% para la categoría siempre; el 58% para la categoría algunas veces y el 21% para la categoría nunca.

En el ítem N° 2 Identifica las observaciones preoperatorias relevantes por pacientes (cardiorespiratorias) el 21% correspondió a la categoría siempre, el 43% a la categoría algunas veces y 36% nunca.

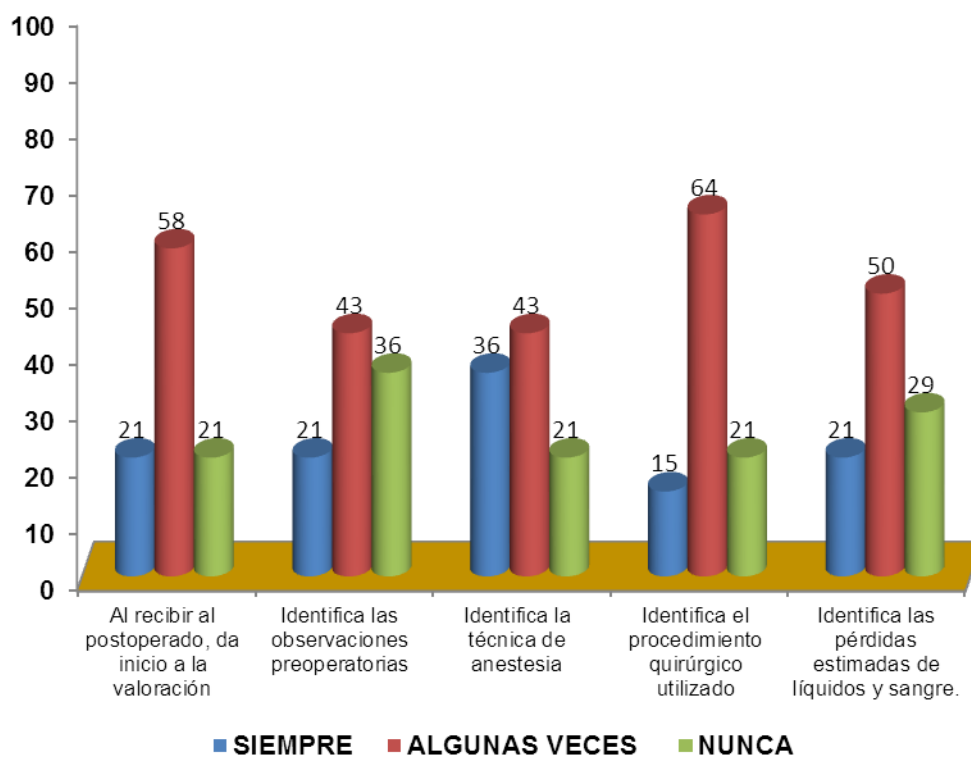
Para la pregunta Identifica la técnica de anestesia utilizada, el 36% correspondió a la categoría siempre; el 43% algunas veces y 21% nunca.

Para la pregunta Identifica el procedimiento quirúrgico utilizado aplicado y el tiempo requerido el 15% correspondió a la categoría siempre; el 64% algunas veces y 21% nunca.

Para la pregunta Identifica las pérdidas estimadas de líquidos y sangre, el 21% correspondió a la categoría siempre; el 50% algunas veces y 29% nunca.

GRÁFICO N° 1

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). **Subindicador:** Evaluación inicial del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”, San diego, Valencia – Edo. Carabobo. Segundo semestre de 2012.



Fuente: cuadro N° 1

CUADRO Nº 2

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). **Subindicador:** Revisión de vías del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”, San diego, Valencia – Edo. Carabobo. Segundo semestre de 2012.

Nº	ITEMS Cuidados inmediatos	Observaciones							
		Siempre		Algunas veces		Nunca		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
6	Revisa localización del catéter.	09	64	05	36	0	0	14	100
7	Revisa tubos de drenajes y vendajes.	06	42	08	58	0	0	14	100
8	Garantiza una vía aérea permeable.	09	64	05	36	0	0	14	100
9	Adecúa las vías en garantía de los reflejos nauseosos/tusido y deglución.	08	58	06	42	0	0	14	100

Fuente: guía de observación

Análisis

Los resultados del subindicador revisión de vías señalan lo siguiente: para la pregunta Revisa localización del catéter. El 64% correspondió a la categoría siempre y el 36% algunas veces.

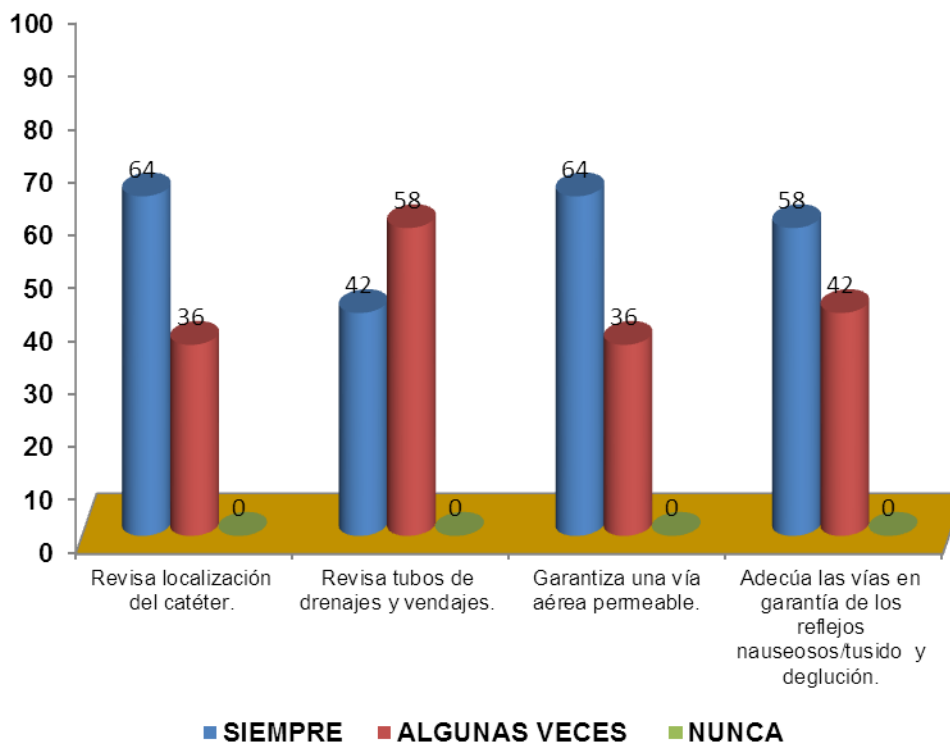
Para la pregunta Revisa tubos de drenajes y vendajes, el 42% correspondió a la categoría siempre y el 58% algunas veces.

Para la pregunta Garantiza una vía aérea permeable, el 64% correspondió a la categoría siempre y el 36% algunas veces.

Para la pregunta Adecúa las vías en garantía de los reflejos nauseosos/tusido y deglución, el 58% correspondió a la categoría siempre y el 42% algunas veces.

GRÁFICO N° 2

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). **Subindicador:** Revisión de vías del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”, San diego, Valencia – Edo. Carabobo. Segundo semestre de 2012.



Fuente: cuadro N° 2

CUADRO Nº 3

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). **Subindicador:** Respiración del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”, San diego, Valencia – Edo. Carabobo. Segundo semestre de 2012.

Nº	ITEMS Cuidados inmediatos	Observaciones							
		Siempre		Algunas veces		Nunca		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
10	Reconoce las características respiratorias del paciente.	05	35	08	58	01	7	14	100
11	Verifica frecuencia y calidad de respiración	09	64	05	36	0	0	14	100
12	Identifica los ruidos respiratorios	09	64	05	36	0	0	14	100
13	En caso de que el paciente reciba oxígeno lleva control de la cantidad de O ₂	03	21	11	79	0	0	14	100
14	Busca signos de alarma en la respiración	05	35	08	58	01	7	14	100
15	Utiliza el sistema de puntaje pro-anestésico al paciente	03	21	07	50	04	29	14	100

Fuente: guía de observación

Análisis

Los resultados del subindicador respiración del paciente señalan lo siguiente:

Para la pregunta Reconoce las características respiratorias del paciente, el 35% correspondió a la categoría siempre, el 58% algunas veces y el 7% nunca.

Para la pregunta Verifica frecuencia y calidad de respiración, el 64% correspondió a la categoría siempre y el 36% a algunas veces.

Para la pregunta Identifica los ruidos respiratorios, el 64% correspondió a la categoría siempre y el 36% algunas veces.

Para la pregunta En caso de que el paciente reciba oxígeno lleva control de la cantidad de O_2 el 21% correspondió a la categoría siempre y el 79% algunas veces.

Para la pregunta Busca signos de alarma en la respiración, el 35% correspondió a la categoría siempre, 58% algunas veces y el 7% nunca.

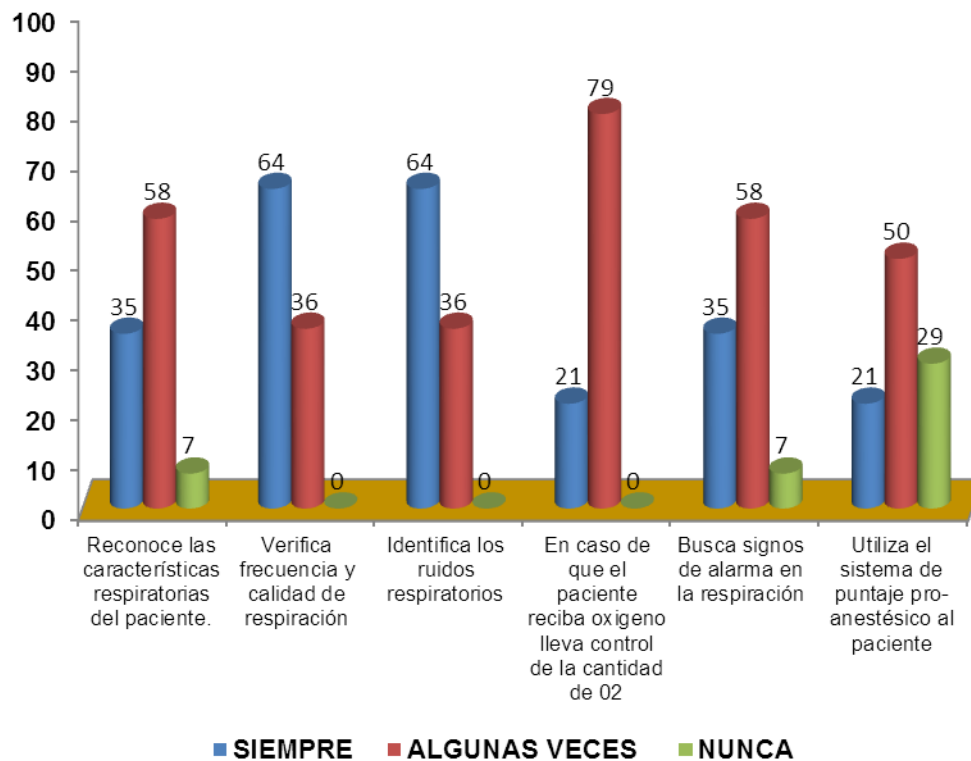
Para la pregunta Utiliza el sistema de puntaje pro- anestésico al paciente, el 21% correspondió a la categoría siempre, el 50% algunas veces y el 29% nunca

GRÁFICO N° 3

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as)

Subindicador: Respiración del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias.

Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”, San diego, Valencia – Edo. Carabobo. Segundo semestre de 2012.



Fuente: cuadro N° 3

CUADRO Nº 4

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). **Subindicador:** Posición y movilización del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”, San diego, Valencia – Edo. Carabobo. Segundo semestre de 2012.

Nº	ÍTEMS Cuidados inmediatos	Observaciones							
		Siempre		Algunas veces		Nunca		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
16	Relaciona la posición del paciente con el tipo de anestesia recibida.	08	58	03	21	03	21	14	100
17	Utiliza colocar al paciente semipronación	06	43	07	50	01	7	14	100
18	Utiliza colocar al paciente de cúbito lateral	08	58	03	21	03	21	14	100
19	Demuestra confianza facilitando la posición del paciente promoviendo el mantenimiento de una vía de aire permeable.	11	79	02	14	01	7	14	100
20	Cumple con los cambios de posición del paciente mientras todavía no haya despertado.	03	21	08	58	03	21	14	100
21	Durante los cambios de posición ausculta al paciente.	04	29	07	50	03	21	14	100

Fuente: guía de observación

Análisis

Los resultados del subindicador posición y movilización del paciente señalan lo siguiente:

Para la pregunta Relaciona la posición del paciente con el tipo de anestesia recibida, el 58% correspondió a la categoría siempre y el 21% para las categorías algunas veces y nunca, respectivamente.

Para la pregunta Utiliza colocar al paciente semipronación el 43% correspondió a la categoría siempre, el 50% a algunas veces y el 7% nunca.

Para la pregunta Utiliza colocar al paciente de cúbito lateral el 58% correspondió a la categoría siempre y el 21% a las categorías algunas veces y nunca, respectivamente.

Para la pregunta Demuestra confianza facilitando la posición del paciente promoviendo el mantenimiento de una vía de aire permeable, el 79% correspondió a la categoría siempre, el 14% algunas veces y el 7% nunca.

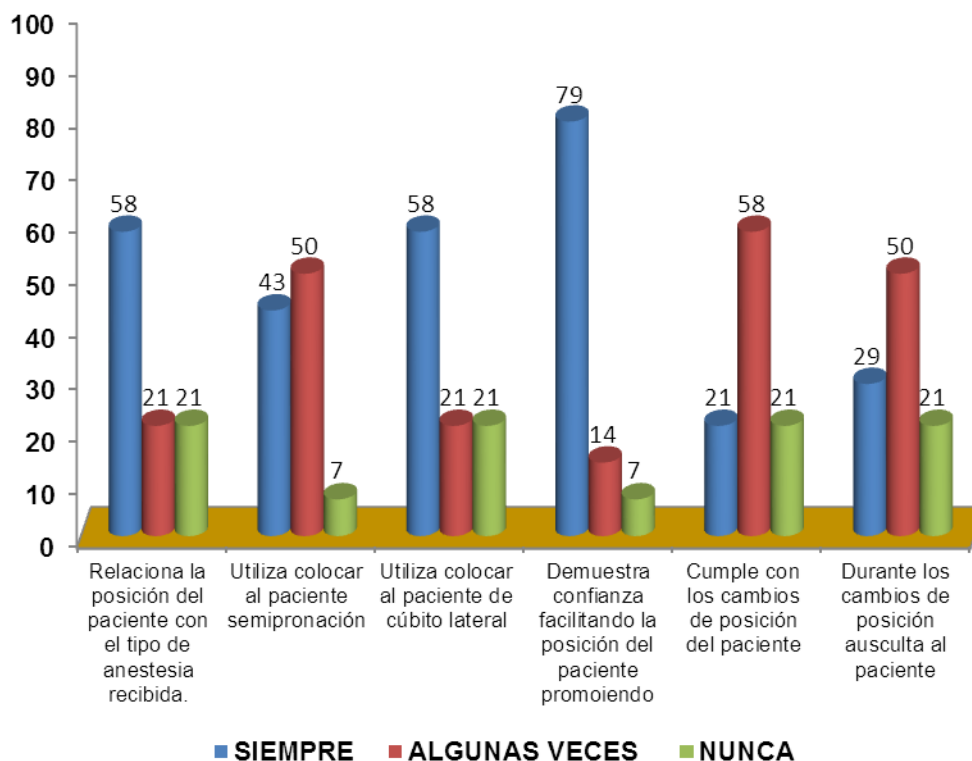
Para la pregunta Cumple con los cambios de posición del paciente mientras todavía no haya despertado, el 21% correspondió a la categoría siempre, 58% algunas veces y el 21% nunca.

Para la pregunta Durante los cambios de posición ausculta al paciente, el 29% correspondió a la categoría siempre, el 50% algunas veces y el 21% nunca.

GRÁFICO N° 4

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as)

Subindicador: Posición y movilización del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”, San diego, Valencia – Edo. Carabobo. Segundo semestre de 2012.



Fuente: cuadro N° 4

CUADRO Nº 5

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). **Subindicador:** Cardiovascular del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”, San diego, Valencia – Edo. Carabobo. Segundo semestre de 2012.

Nº	ÍTEMS Cuidados inmediatos	Observaciones									
		Siempre		Algunas veces		Nunca		Total			
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%		
22	Cuando realiza la evaluación cardiovascular, identifica y registra los valores cardiacos.	06	43	07	50	01	7	14	100		
23	Los parámetros a evaluar son F. Cardiaca, presión arterial, presión venosa, gasto cardiaco e índice cardiaco.	06	42.5	06	42.5	02	15	14	100		
24	Lleva control adecuado del balance hídrico.	11	79	03	21	0	0	14	100		

Fuente: guía de observación

Análisis

Los resultados del subindicador cardiovascular del paciente señalan lo siguiente:

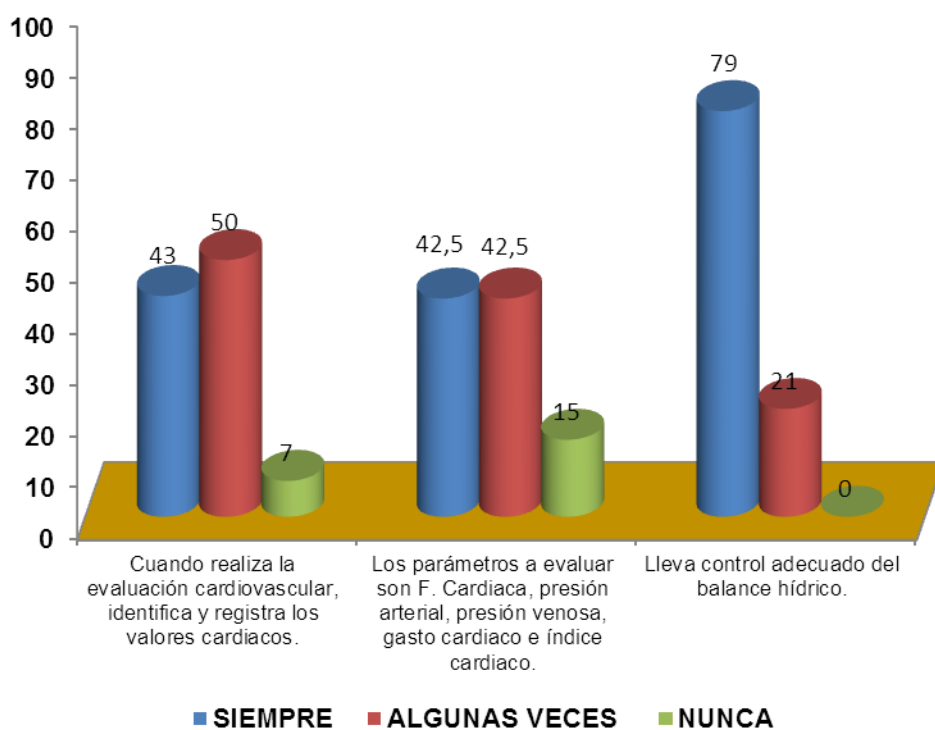
Para la pregunta Cuando realiza la evaluación cardiovascular, identifica y registra los valores cardiacos, el 43% correspondió a la categoría siempre, el 50% algunas veces y el 7% nunca.

Para la pregunta Los parámetros a evaluar son F. Cardiaca, presión arterial, presión venosa, gasto cardiaco e índice cardiaco, el 42.5% correspondió a la categoría siempre, el 42.5%a algunas veces y el 15% nunca.

Para la pregunta Lleva control adecuado del balance hídrico, el 79% correspondió a la categoría siempre y el 21% algunas veces.

GRÁFICO N° 5

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los enfermeros(as). Subindicador: Cardiovascular del paciente postoperado como parte del cuidado inmediato para la prevención de complicaciones cardiorespiratorias. Unidad de recuperación área quirúrgica adulto. Clínica Docente “Los Jarales”, San diego, Valencia – Edo. Carabobo. Segundo semestre de 2012.



Fuente: cuadro N° 5

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se expresan las conclusiones y recomendaciones a que dio lugar de acuerdo a los objetivos de investigación.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería adscritos al área quirúrgica (14) 100% de los turnos de 7 a.m. a 1 p.m. / 1 p.m. a 7 p.m., durante los cuidados aportados en el postoperatorio inmediato en función de la prevención de complicaciones cardiorespiratorias, el 46% de la población siempre brindó el cuidado en función de la prevención de complicaciones cardiorespiratorias del postoperado; el 43% algunas veces y el 11% nunca lo hace.

Así mismo el 43% de los cuidados inmediatos de los profesionales de enfermería evidenciado por la técnica de observación aplicada en el postoperatorio tales como: Técnica de anestesia, ruidos respiratorios, vigilancia y revisión de tubos, drenajes y vendajes, obtuvo los índices más altos en cuanto a la valoración de los mismos. Cabe destacar la importancia en la revisión continua y detallada, acciones pertinentes y valoración para la prevención de múltiples factores que pueden intensificar complicaciones que agravarían el estado de salud del paciente postoperado, ya que dichas

complicaciones pueden cambiar el estado fisiológico y hemodinámico en su recuperación. Se evidencia que gran parte del Personal de Enfermería observados en el área evaluada no realizan de la manera habitual estas labores, las cuales son indispensables para reducir el riesgo y el índice de morbimortalidad entre las que podemos mencionar: Técnica para disipar la anestesia aplicada en el operatorio, estas nos conducen al manejo adecuado en el paciente en cuanto a la valoración neurológica y movimientos osteomusculares realizadas por los pacientes.

Con respecto a la valoración cardiorrespiratoria podemos observar, evaluar y diagnosticar a través de implementos y técnicas, fallo en la expansión toraco-abdominal, disminución o alteración de ruidos respiratorios (Roncus, sibilantes, crepitantes), ruidos hidroaereos (Cuantificación de Drenaje), lo que a no ser manejado adecuadamente esto suele llevar a una parada respiratoria del paciente. Finalmente los resultados obtenidos, determinan que un 46% de los profesionales de enfermería, acuden a brindar un manejo adecuado en cuanto a cuidados preventivos en complicaciones cardiorrespiratorias.

De igual manera, debe señalarse que existe un 11 % del personal de enfermería evaluado que no realiza las actividades que le corresponden al momento de brindar cuidados postoperatorios en la prevención de complicaciones cardiorrespiratorias, lo que significaría una disminución lenta pero progresiva en la calidad del cuidado aplicado al paciente que se encuentra en etapa dependiente.

Recomendaciones

- Dar a conocer los resultados a la coordinadora de enfermería y personal de servicio.
- Promover la educación en servicio como incentivo para conducir dentro de la unidad cuidados preventivos en el postoperatorio inmediato a favor de la prevención a complicaciones cardiorespiratorias.
- Promover la educación en servicio como incentivo para mejorar los cuidados preventivos contra las complicaciones cardiorespiratorias durante el postoperatorio.
- Publicar manual (cartelera) sobre la importancia de los cuidados preventivos por enfermería contra las complicaciones cardiorespiratorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alphash, W. (1989) **Cuidados intensivos en el adulto**. Editorial Interamericana. México.
- Álvarez Mazarrasa. (2006). **La Prevención**. Mac. Hill. Segunda edición España.
- Balestrini, A.M. (1997). **Cómo se elabora el proyecto de investigación?** Servicio Editorial Caracas. Venezuela:.
- Bárbara C. Long. (2004) **Enfermería Médico Quirúrgica I** Ed. McGraw-Interamericana.
- Beare, P, y Meyers, J. (1993) **Enfermería Principios y Práctica**. Editorial Médica Panamericana. España.
- Beare/Myers (2003). **Complicaciones postoperatorias**: Editorial Médica panamericana. Madrid – España.
- Beare/Myers. (2003) **Profesión de Enfermería** Editorial Médica panamericana. Madrid – España.
- Beare/Myers. (2003). **Enfoque de Sistema** Editorial Médica panamericana. Madrid – España.
- Beare/Yers. (2003). **Enfermería** Editorial Médica panamericana. Madrid – España.
- Berri, Konh (1988) **Técnicas de quirófano**. Editorial Harcourt Vrace. España Madrid
- Bes Germán (2005). **Componente Creencias**. Mc. Grill. Segunda edición. Madrid – España.
- Bruner, S. (1994) **Enfermería médico quirúrgica**. Editorial interamericana. México
- Cabrera, E (1996) **Práctica de la enfermería en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente postoperado**. Trabajo Especial de Grado. Escuela de Enfermería UCV.

- Canache M. Madrid B. Reyes Q. (2004) **“Cuidados del profesional de enfermería al enfermo quirúrgico en el postoperatorio inmediato en la unidad de cuidados postanestésicos del hospital Dr. Luis Razetti Barcelona Estado Anzoátegui”**. Trabajo Especial de Grado, Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela Caracas – Venezuela.
- Claiborle W. (1990) **Manual de terapéutica médica**; Editorial Salvat. Barcelona - España
- Contreras, F. (1997). **Fisiopatología**. Editorial interamericana. Editorial interamericana. México.
- Curtis, P. (1985) **Complicaciones y cirugía y su tratamiento**.
- De Stefano, A. (1999) **Programa instruccional de valoración postoperatoria inmediata del adulto, dirigidos a los enfermeros/as de la unidad de recuperación postanestésicas Hospital Militar Coronel “Elbano Paredes Vivas” de Maracay**. Trabajo Especial de Grado para optar el título de Licenciado de Enfermería, Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina U.C.V. Caracas.
- Diccionario de Medicina **Editorial Océano** Edición Español.
- Figuera, E. (1996) **Módulo de enfermería integral II** Caracas Universidad Central de Venezuela.
- García, R. (1998) **Bioética del Cuidado**. Universidad de Barcelona. España.
- García, R. (1998). **Enfermería Quirúrgica**.
- Grupo de cuidados (1998) **Dimensiones de cuidados**. Universidad Nacional de Colombia Santa fe Bogotá.
- Jaimes, R. (2000) **Modelos de cuidados en enfermería** (Documento online) [Http://www.enfermeria21.com](http://www.enfermeria21.com).
- Jeddy Susan; Pepper, J Mae (1992). **Filosofía de Enfermería**. Primera edición en español. J.B. Company Filadelfia.
- Koizer, B. Erb, G.K, Blais (1996). **Conceptos y temas en la práctica de enfermería**. Mc Graw Hill interamericana. México D.F.

- Krogger Alex. (1998). **La Prevención**. McGraw Hill. Primera edición.
- L. Riopelle, L. Groundin, M. Phaneuf, (1993). **Cuidados de Enfermería**. Primera edición. Mc Graw Hill. Interamericana de España.
- Larousse (1994). **Diccionario enciclopedia de la enfermería**. Editorial Larousse planeta. España – Barcelona
- Maried, J. (1987). **Diccionario de la medicina**. Editorial Marín. Barcelona – España:
- Maticos Puente Luis. (2002). **Efecto Anestesia**. www.paginacientifica.com
- Matos, M. (1997) “**La enfermería en la recuperación postoperatoria con un toque de ciudadanía**” Trabajo Especial de Grado, Hospital Público de Fortaleza. Brasil.
- Matos, M. (1997). **Enfermería y la asistencia durante el periodo postoperatorio**. Brasil Publicación.
- Mosby (1995) **Diccionario de la medicina**. Editorial Océano. España
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) (2001). **Norma de No. de enfermera por No. de paciente**. Primera edición. Caracas – Venezuela.
- N. Ande. (2003). **Aspecto filosófico de enfermería**.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS – OMS; (1999). **Enfermería en la Región de las Américas**. Washington: (Publicación Científica; No.571).
- Páez (1992). **Sistema Terapéutico**. Primera edición Lippineolt company Filadelfia.
- Palacios S. Sánchez, P. (2002) “**Cuidados de la enfermera al paciente postoperado inmediato bajo anestesia general en la unidad de anestesia del Hospital Héctor Novel Joubberth de Cuidad Bolívar**”. Trabajo Especial de Grado para optar el título de Licenciado de Enfermería Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina U.C.V. Caracas.

- Pepper, J. Mae (1992). **Aspecto filosófico de enfermería**. Primera edición en español J.B. Company Filadelfia.
- Phaneuf, M. (1993). **El proceso de atención de enfermería**. Editorial interamericana.
- Piña, E. (1995). **Concentración Clínica de Enfermería en Áreas Críticas**. Módulo Universidad Central de Venezuela. E.E.E.
- Piña, E. Monsalve B. (1992). **Situación Actual de la Práctica de enfermería en Venezuela, América Latina y el Mundo**. Escuela Experimental de Enfermería U.C.V. Caracas.
- Piña, E. y Monsalve (1992). **Liderazgo en Enfermería**. Publicación U.C.V. Caracas – Venezuela.
- Unden, L. (1998). **Cuidados intensivos en Enfermería**. Editorial Hancourt Brace. España
- Véliz, C. (1996). **Módulo de Enfermería Médico Quirúrgico II**. Editorial Fundada CULTCA. Venezuela
- Zahr L. K. Hypoplastic left heart syndrome repair. Preventing complications. *Dimens Crit Care Nurs.* (1990), Mar – Apr. 9(29): 88 – 96.

ANEXOS

ANEXO A**MODELO DEL CUESTIONARIO**

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



**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE CUIDADOS DE
ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES
CARDIOPULMONARES DURANTE LA FASE POSTOPERATORIA EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA DOCENTE "LOS
JARALES", SEGUNDO SEMESTRE DE 2012**

Autores:
Mendoza, José
Narváez, Rosmerling

Caracas, 2012

Nº	Ítems Cuidados inmediatos	Siempre	Algunas veces	Nunca
1	Al recibir al postoperado, da inicio a la valoración del paciente de manera individual.			
2	Identifica las observaciones preoperatorias relevantes por pacientes (cardiorespiratorias)			
3	Identifica la técnica de anestesia utilizada.			
4	Identifica el procedimiento quirúrgico utilizado aplicado y el tiempo requerido.			
5	Identifica las pérdidas estimadas de líquidos y sangre.			
6	Revisa localización del catéter.			
7	Revisa tubos de drenajes y vendajes.			
8	Garantiza una vía aérea permeable.			
9	Adecúa las vías en garantía de los reflejos nauseosos/tusido y deglución.			
10	Reconoce las características respiratorias del paciente.			
11	Verifica frecuencia y calidad de respiración			

12	Identifica los ruidos respiratorios			
13	En caso de que el paciente reciba oxígeno lleva control de la cantidad de O ₂			
14	Busca signos de alarma en la respiración			
15	Utiliza el sistema de puntaje pro-anestésico al paciente.			
16	Relaciona la posición del paciente con el tipo de anestesia recibida.			
17	Utiliza colocar al paciente semipronación			
18	Utiliza colocar al paciente de cúbito lateral			
19	Demuestra confianza facilitando la posición del paciente promoviendo el mantenimiento de una vía de aire permeable.			
20	Cumple con los cambios de posición del paciente mientras todavía no haya despertado.			
21	Durante los cambios de posición ausculta al paciente.			

22	Cuando realiza la evaluación cardiovascular, identifica y registra los valores cardiacos.			
23	Los parámetros a evaluar son F. Cardíaca, presión arterial, presión venosa, gasto cardíaco e índice cardíaco.			
24	Lleva control adecuado del balance hídrico.			

ANEXO B
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO C

CÁLCULO COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD (Prueba Piloto)

Índice de Confiabilidad (Alfa de Cronbach) Prueba Piloto

Variable: Cuidados de enfermería en la prevención de complicaciones cardiopulmonares de pacientes, fase postoperatoria.

Sujeto / Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
4	2	2	2	3	1	1	2	1	1	2	2	2
5	3	3	3	2	2	1	2	1	1	2	1	1
6	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	2	2
7	3	3	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1
8	2	2	2	3	3	1	2	1	1	1	1	1
9	3	3	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1
10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
11	2	3	1	1	2	1	2	2	1	3	1	1
12	1	1	3	2	3	1	1	1	2	2	1	1
13	2	2	2	2	3	1	2	2	1	2	1	1
14	2	3	3	3	1	2	1	1	1	2	1	2
Sumatoria	28	30	26	29	29	19	22	19	20	24	19	19
Media	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1
Desv / Est	0,679	0,770	0,770	0,616	0,730	0,497	0,514	0,497	0,514	0,611	0,497	0,497
Varianza	0,872	0,756	0,756	0,958	0,806	0,126	1,105	0,126	0,118	0,964	0,126	0,126

Índice de Confiabilidad (Alfa de Cronbach) Prueba Piloto

Variable: Cuidados de enfermería en la prevención de complicaciones cardiopulmonares de pacientes, fase postoperatoria.

Sujeto / Item	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
3	2	2	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1
4	2	3	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2
5	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1
6	1	1	3	1	2	1	1	1	2	3	2	2
7	3	3	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1
8	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
9	2	2	2	3	1	1	2	1	2	2	2	1
10	2	1	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2
11	2	2	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1
12	2	2	2	3	1	3	1	1	2	2	1	1
13	2	1	3	1	2	3	2	2	1	2	1	1
14	2	2	3	1	2	3	1	1	1	2	1	2
Sumatoria	27	26	29	23	23	23	22	19	20	26	19	19
Media	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1
Desv / Est	0,475	0,663	0,730	0,842	0,633	0,842	0,514	0,497	0,514	0,663	0,497	0,497
Varianza	1,163	0,894	0,806	0,012	0,934	0,012	1,105	0,126	0,118	0,894	0,126	0,126

Índice de Confiabilidad (Alfa de Cronbach) Prueba Piloto

Variable: Cuidados de enfermería en la prevención de complicaciones cardiopulmonares de pacientes, fase postoperatoria.

Sujeto / Item	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
3	2	2	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1
4	2	3	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2
5	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1
6	1	1	3	1	2	1	1	1	2	3	2	2
7	3	3	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1
8	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
9	1	2	2	3	1	1	2	1	2	2	2	1
10	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2
11	1	2	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1
12	2	2	2	3	1	3	1	1	2	2	1	1
13	2	1	3	1	2	3	2	2	1	2	1	1
14	2	2	3	1	2	3	1	1	1	2	1	2
Sumatoria	23	26	29	25	23	23	22	19	20	26	19	18
Media	2	2	2	1,5	2	1	2	1	1	2	1	1
Desv / Est	0,633	0,663	0,730	0,893	0,633	0,842	0,514	0,497	0,514	0,663	0,497	0,469
Varianza	0,934	0,894	0,806	0,184	0,934	0,012	1,105	0,126	0,118	0,894	0,126	0,141