



FCM

Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Ciclo Licenciatura en Enfermería

TEMA:

**IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PRE-QUIRÚRGICA
IMPARTIDA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA A
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR**

AUTORAS: Carol, Andrea
Gómez, Stella Maris
Pereyra, Silvia Estela

Mendoza, diciembre 2012

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores.”

TRABAJO APROBADO POR:

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Trabajo Aprobado el:/...../.....

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis, primeramente a Dios, por habernos dado la fuerza y la paciencia para continuar y no morir en el intento.

A nuestros padres, por habernos dado la vida, sus consejos, sus valores, que nos permitieron llegar a ser personas de bien.

A nuestro hijos, que han sido y serán la motivación para nunca rendirnos y poder llegar a ser ejemplos para ellos.

A nuestros esposos, que de una manera u otra han estado a nuestro lado, acompañándonos y haciéndose cargo de nuestras tareas mientras nosotras estudiábamos.

A nuestros profesores, quienes nos han brindado sus conocimientos y recursos necesarios para cumplir con los objetivos como estudiantes y realizarnos profesionalmente.

Y a todos aquellos, quienes estuvieron en nuestra trayectoria de aprendizaje y conocimientos.

“Si caes, es para levantarte. Si te levantas, es para seguir. Y si llegas, es para saber que lo mejor está por venir.”

E.M.

PRÓLOGO

La presente producción surge de la necesidad de demostrar la importancia que implica el acompañamiento al paciente que va a ser sometido a cirugía cardíaca, sobre todo teniendo en cuenta la particularidad de los cuidados inmediatos y mediatos que influyen en la recuperación de dicha intervención.

Considerando que es la enfermera quien está presente constantemente durante la hospitalización del individuo, con quien establece mayor empatía y comunicación, que es en quien confía y a quien acude cuando le surgen dudas e inquietudes referentes a su situación, creemos que es nuestra la responsabilidad de brindar al paciente la educación e información sobre cuáles serán los pasos a seguir luego de la cirugía con respecto a su auto cuidado y a la participación del grupo familiar en esta etapa por la que le toca transitar.

En la presente obra queda de manifiesto la importancia de la educación al paciente como así también la presencia de su entorno familiar y de todo el equipo asistencial para la óptima recuperación del individuo intervenido.

INDICE GENERAL

Carátula.....	I
Advertencia.....	II
Aprobación.....	III
Dedicatoria	IV
Prólogo.....	V
Índice general.....	VI-VII
Índice de tablas y gráficos.....	VIII-IX

CAPITULO I. PLANTEO DEL PROBLEMA

Introducción.....	1
Tema.....	2
Descripción del problema.....	3-5
Formulación del problema.....	6
Objetivos generales.....	7
Justificación.....	8-9
MARCO TEÓRICO	
Parte 1. Historia del cuidado enfermero.....	10-11
Parte 2. Modelos de cuidados.....	12-22
Parte 3. Antecedentes de investigación de pacientes cardíacos.....	23-28
Parte 4. Proceso de atención de enfermería.....	29-31
Parte 5. Educación y cuidados pre quirúrgicos.....	32-37
Definición de términos.....	38-39

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio.....	40
Área de estudio.....	40
Universo y muestras.....	40
VARIABLES.....	41
Hipótesis.....	42

Operacionalización de variables.....	43-48
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	49
Procesamientos y presentación de datos:	50-76

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y PROPUESTAS DE ACCIÓN

Conclusión.....	77
Propuestas de acción.....	78
Bibliografía.....	79-80

ANEXOS

Anexo I. Encuesta al personal de enfermería.....	81-83
Anexo II. Encuesta a pacientes sometidos a cirugía cardiovascular.....	84-85
Anexo III. Codificación de variables.....	86-89
Anexo IV. Tabla matriz de datos del personal de enfermería.....	90
Anexo V. Tabla matriz de datos de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular.....	91-92

INDICE DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS

PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

PERSONAL DE ENFERMERÍA

Tabla 1. Gráfico 1. Sexo.....	50
Tabla 2. Gráfico 2. Edad.....	51
Tabla 3. Gráfico 3. Nivel académico.....	52
Tabla 4. Gráfico 4. Educación pre quirúrgica brindada por personal de enfermería.....	53
Tabla 5. Gráfico 5. Capacitación del personal.....	54
Tabla 6. Gráfico 6. Ámbito de capacitación.....	55
Tabla 7. Gráfico 7. Uso de analgésicos.....	56
Tabla 8. Gráfico 8. Destete de ARM.....	57
Tabla 9. Gráfico 9. Incentivación de la movilización.....	58
Tabla 10. Gráfico 10. Realización de la movilización.....	59
Tabla 11. Gráfico 11. Estadía post quirúrgica.....	60

PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Tabla 12. Gráfico 12. Sexo.....	61
Tabla 13. Gráfico 13. Edad.....	62
Tabla 14. Gráfico 14. Nivel de instrucción.....	63
Tabla 15. Gráfico 15. Estadía pre quirúrgica.....	64
Tabla 16. Gráfico 16. Contención familiar.....	65
Tabla 17. Gráfico 17. Educación pre quirúrgica.....	66
Tabla 18. Gráfico 18. Quién brinda educación.....	67
Tabla 19. Gráfico 19. Educación brindada favoreció en recuperación.....	68
Tabla 20. Gráfico 20. Ejercicios respiratorios.....	69
Tabla 21. Gráfico 21. Ejercicios motores.....	70
Tabla 22. Gráfico 22. Técnica del abrazo.....	71

TABLAS DE BIVARIADOS

Personal de enfermería

Tabla 23. Gráfico 23. Edad- Sexo..... 72

Tabla 24. Gráfico 24. Incentivo de la movilización- Estadía pre-quirúrgica..... 73

Pacientes sometidos a cirugía cardiovascular

Tabla 25. Gráfico 25. Edad-Sexo..... 74

Tabla 26. Gráfico 26. Educación pre quirúrgica recibida- Estadía pre quirúrgica..... 75

Tabla 27. Gráfico 27. Educación pre quirúrgica- Técnica del abrazo..... 76

CAPÍTULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene el propósito de presentar el impacto que causa la educación pre quirúrgica brindada por el personal de enfermería a los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular.

Es de saberse que el sometimiento a una cirugía provoca en los pacientes miedo, estrés, incertidumbres, etc.; por ello es de vital importancia la educación y contención de los mismos.

De lo anterior descrito surge la problemática de que el nosocomio en estudio cuenta con un Servicio de Psicopatología, el cual no se enfoca en la contención a los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardíaca. Por este motivo, el personal de enfermería es quien guía y educa a los pacientes.

El objetivo central es conocer si la educación recibida favorece la recuperación de los pacientes post quirúrgicos.

Para ello se consultó bibliografías de diferentes autores, cuyos conceptos guiaron a las autoras en el abordaje teórico de la investigación en estudio.

Pretendemos que este trabajo sirva de guía para nuestros colegas en el devenir de la tarea tan noble que es la de educar.

TEMA:

❖ Impacto de la educación pre-quirúrgica impartida por personal de enfermería a pacientes sometidos a cirugía cardiovascular.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

El Servicio de Cirugía Cardiovascular, se encuentra en el 4to.piso del corredor este del Hospital Central. En él se practican cirugías tanto programadas como de urgencia. Consta de dos áreas bien delimitadas: el de Cirugía Cardiovascular (CC), con pacientes pre-quirúrgicos; y el de Recuperación de Cirugía Cardiovascular (RCCV), con pacientes post-quirúrgicos inmediatos y mediatos, el que cuenta con acceso directo a la sala de quirófano.

Una vez concluida la intervención quirúrgica y tan pronto se haya colocado al paciente en la unidad de pos-operatorio inmediato, se debe continuar con un cuidado especializado. Se evalúan los signos vitales cada cierto tiempo de acuerdo a las condiciones del paciente y a su estado cardiovascular antes del proceso. Se debe verificar permeabilidad y entrada de líquidos de todos los catéteres centrales, periféricos y arteriales. Controlar la pérdida de líquidos y sangre por las vías de salida, apósitos, drenajes y sondas. Control de diuresis horaria. Además de la valoración de la función respiratoria y hemodinámica, así como también vigilar el estado de conciencia.

Debido a ello, los pacientes que deben someterse a procedimientos cardio-quirúrgicos se enfrentan tanto a reacciones fisiológicas como psicológicas, las cuales influyen de manera considerable en el proceso de su recuperación.

Es en estas circunstancias cuando la conducta del enfermo presenta un alto grado de ansiedad afectando la respuesta a las drogas anestésicas, la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, además de

insomnio, agresividad, problemas en sus relaciones con el médico y personal de enfermería. Se observa un uso excesivo de analgésicos para controlar el dolor y las actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia recuperación.

La presencia de ruidos como las alarmas, teléfono, conversaciones del personal, los controles de signos vitales en horario de descanso, aislamiento físico y social, restricciones de movimientos, todos ellos estímulos sensoriales extraños que pueden afectar al paciente de un modo negativo.

La intervención cardíaca se realiza con una incisión importante en la zona torácica lo que implica una postura de abrazo cada vez que el paciente requiera un cambio postural como tos, estornudo, levantarse o acostarse, etc., observándose una falta de colaboración en el auto cuidado.

Además el nosocomio cuenta con un Servicio de Psicopatología pero éste no enfoca en el área de educación previa a la cirugía, sólo lo asisten al paciente cuando se solicita interconsulta por una patología ya instaurada.

El hecho de no existir un plan sobre educación pre-quirúrgica, parte del personal de enfermería, motivado por las necesidades que surgen diariamente en los pacientes, se encargan de realizar esta educación, brindando en algunas oportunidades escasa información, lo cual conlleva a confusiones en los pacientes y su entorno familiar demorando su recuperación y retrasando la decisión del alta médica.

Finalmente, aplicando los medicamentos establecidos en la orden médica, en las dosis y tiempo estipulados, siendo copartícipes en la recuperación del paciente.

Todas estas responsabilidades recaen sobre el personal de enfermería, por lo que debe ser un personal con vocación.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿La educación pre-quirúrgica que brinda el personal de enfermería a pacientes sometidos a cirugía cardiovascular favorece su evolución en el Servicio de Recuperación de Cirugía Cardiovascular del Hospital Central durante el período setiembre a noviembre del 2012?

OBJETIVOS GENERALES

- ❖ Conocer si la educación pre-quirúrgica brindada por el personal de enfermería favorece la evolución de los pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar sobre educación pre-quirúrgica.
- Caracterizar a los pacientes y familiares.
- Identificar los aspectos principales de la educación pre-quirúrgica que brinda enfermería.
- Medir el grado de aplicación de los conocimientos recibidos.

JUSTIFICACIÓN

En la Argentina, en el año 2009, las enfermedades cardiovasculares representaron la primera causa de hospitalización y muerte, con un 29%. Se observa, además, que es la primera causa de mortalidad en el grupo entre 45 y 65 años, según el Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Si bien la medicina y las técnicas quirúrgicas han avanzado, el hecho de que el paciente se someta a una hospitalización e intervención cardíaca sin duda representa un evento de estrés y ansiedad muy intenso, haciendo más lenta y complicada la recuperación pos operatoria.

Cuando se prepara psicológicamente a un paciente para una intervención quirúrgica, brindándole información, enseñando técnicas de relajación, escuchándole, atenuando sus miedos, la ansiedad disminuye, el individuo se encuentra en un estado de bienestar y control.

Ya que el paciente necesita estar “a salvo”, es en este momento cuando el personal de enfermería es de vital importancia. En él recae la responsabilidad de ayudar y educar al paciente y familiares; es quien está cerca, escucha, dilata dudas, acompaña a transitar la etapa de la rehabilitación, el proceso del dolor, y también la muerte.

La atención de enfermería se centra en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua proporcionando una asistencia de alta calidad profesional dialogando con él y su familia, para que todo quede bien en claro, sentando responsabilidades a cumplir en las etapas de la recuperación y también para que la familia pueda brindarle la atención debida en su casa.

Se debe poner énfasis en estimular la confianza en el equipo asistencial y participación en el proceso de su recuperación para minimizar sus miedos, ayudarlo a tomar conciencia de ellos y así manejarlos de la manera más adecuada. Del mismo modo, incentivarlo estableciendo comunicación para esclarecer dudas y preguntas, brindando información adecuada y realista de su proceso. De esta manera el paciente tendrá seguridad y su calidad de vida mejorará siendo una persona productiva en cualquiera que fuera el área donde se desarrolló previo a su enfermedad.

MARCO TEÓRICO

PARTE 1. HISTORIA DEL CUIDADO ENFERMERO

Según las autoras Catalina García Martín y María Luisa Martínez, el cuidado se divide a lo largo de la historia en cuatro etapas: doméstica, vocacional, técnica y profesional.

En la **doméstica**, presente desde el comienzo de la civilización, la mujer era la encargada de asegurar la vida aplicando remedios y hierbas, cuyos conocimientos fueron transmitidos de madres a hijas. Se consideró a la salud-enfermedad como un premio o castigo de los dioses por lo que luego el cuidado era la responsabilidad de una figura a quien se le atribuían poderes divinos.

En la **etapa vocacional** el concepto de cuidar aparece con el comienzo del cristianismo, donde se utiliza este concepto como vehículo de salvación propia y la comunicación con Dios. Colliere llama “mujer consagrada” a quien ejercía este cuidado abocándose solamente a la oración y consejos morales de enfermos y moribundos. Es en esta etapa que se incrementa el número de personas dedicada al cuidado debido también a la construcción de hospitales, monasterios rurales y casa de caridad. La enfermería no requería una formación, los cuidados se limitaban a la alimentación y técnicas muy rudimentarias. Solamente su vocación era la caridad, sumisión y obediencia.

La evolución del desarrollo tecnológico y científico marcó la **etapa técnica**, siglo XIX, donde se buscó las causas de la enfermedad y su tratamiento. Desempeñada por lo que Colliere denominó “mujer enfermera-auxiliar del médico”, iniciando así el camino de la profesionalización.

Con la llegada de Florence Nightingale, se insistió en que la formación de las enfermeras era fundamental para ofrecer unos buenos cuidados al paciente e impulsó la creación de las primeras escuelas en Inglaterra.

En la **etapa de la profesionalización**, la atención de la salud integra un equipo multidisciplinar tanto a nivel colectivo como individual. Surgen paralelamente profesiones como la medicina y la enfermería que, adoptan para sí investigaciones centradas en su accionar, empleando métodos científicos y

sustituyendo a los empíricos, incorporando enseñanzas que son incluidos en la actualidad en niveles terciarios y universitarios.

A mediados del siglo XX, el cuidado de la salud, desde la perspectiva enfermera, se enfoca partiendo de una visión global del hombre, considerando aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, que están presentes en todas y cada una de las personas, “enfoque holístico”.

La enfermería es la única disciplina que estudia a las personas de manera global, de manera que el desequilibrio en una de las partes origina el desequilibrio en todo el sistema del hombre. De modo, que para lograr el mantenimiento de la salud, debe hacerse en las tres áreas.(1)

PARTE 2: MODELOS DE CUIDADOS

Las necesidades son aquellas sensaciones de carencia, propia de los seres humanos que se encuentran estrechamente ligadas al deseo de satisfacción de las mismas. De allí que las necesidades fisiológicas son los requisitos básicos de los humanos para mantener la estabilidad y la vida

Para la mayoría de los adultos la imposibilidad de resolver por sí solos las necesidades, crea sentimientos de incapacidad, por lo tanto la/el enfermera/o pueda ayudar a cubrir las necesidades del paciente. Algunas de éstas son:

- Necesidad de aire (oxígeno): el ser humano no puede sobrevivir sin éste, es vital porque todas las células llevan a cabo el metabolismo que produce energía.
- Necesidad de agua: el agua es el transporte de todos los nutrientes, las personas sanas lo obtienen bebiendo.
- Necesidad de alimentación: la buena nutrición es importante para un crecimiento y desarrollo normal.
- Necesidad de eliminación: para que el organismo funcione eficazmente, los residuos de la alimentación y los gases deben ser eliminados.
- Necesidad de descanso: (sueño) sin las horas suficientes de descanso disminuye la concentración mental y la memoria. La persona se vuelve irritable y hay que ayudar al paciente a dormir.
- Necesidad de evitar el dolor: es el síntoma más común de la enfermedad, el objetivo suele ser disminuirlo y facilitar comodidad, descanso y sueño.
- Necesidad de regulación de la temperatura: la piel es el órgano responsable del mantenimiento de la temperatura y nivel óptimo. Hay dos mecanismos de regulación: la evaporación y la respiración.
- Necesidad de actividad: la actividad física estimula el físico y la mente.
- Necesidades sexuales: Es esencial para la supervivencia de la especie humana. Esta necesidad va más allá de una función reproductora.

- Necesidad de seguridad: son las que protegen a uno mismo del daño en el espacio físico y le proporciona una adecuada estabilidad emocional evitando cualquier tipo de ansiedad.

Por ello, el personal de enfermería debe conocer las circunstancias en que los pacientes pueden lesionarse y para evitarlo hay que explicarles y tomar las medidas adecuadas de protección.

- Necesidad de afecto: El afecto no solo es un sentimiento subjetivo (una emoción) sino una serie de actos por los que una persona transmite a otra el interés que siente por ella y por su bienestar.

- Necesidad de pertenencia a un grupo: Puede proporcionar un reconocimiento social mayor al que el individuo logra personalmente.

- Necesidad de estima: consta de dos componentes:

- Autoestima: se denomina auto-respeto, auto-aprobación, depende de otras necesidades como el amor y la seguridad. Si estas no cubren correctamente se ve amenazada por sentimientos de dependencia e independencia.

- Estima de los demás: Reconocimiento de los demás por su persona o actividades.

- Necesidad de auto-realización: supone el desarrollo total de la persona. El individuo que logra este nivel ha alcanzado todo su potencial, es autónomo. Cuando se produce el ingreso hospitalario esto se ve disminuido y toma una posición de dependencia, el paciente necesita saber que se reconoce sus necesidades y problemas.

TEORÍAS

Según Abraham Maslow.

El estudio de la satisfacción de las necesidades humanas ha dado lugar a la

elaboración de diferentes teorías, Maslow (1908-1970) fue el máximo exponente de ellas. Abraham Maslow cree que el hombre es un ser cuyas necesidades crecen y cambian a lo largo de toda su vida.

Plantea que el ser humano está compuesto por un cuerpo físico, cuerpo sociológico y cuerpo espiritual, que cualquier problema que ocurre en cualquiera de éstos repercute automáticamente sobre el resto de los cuerpos de la estructura. Por esto Maslow propone dentro de su teoría el concepto de jerarquía, para así darle orden a las necesidades a nivel del cuerpo físico, sociológico y espiritual.

La escala de necesidades de Maslow se describe como una pirámide que consta de :

Son las fisiológicas básicas para mantener la homeostasis:

- Necesidad de respirar, beber agua y alimentarse.
- Necesidad de mantener el equilibrio del paciente y la temperatura corporal.
- Necesidad de dormir, descansar y eliminar desechos.
- Necesidad de evitar el dolor.
- Necesidad de amar y ser amado.
- Necesidad de seguridad y protección. Son las necesidades de sentirse seguro y protegido:
 - Seguridad física y de salud.
 - Seguridad de empleo.
 - Seguridad moral, familiar y propiedad privada.
- Necesidad de afiliación y afecto. Son las relacionadas con el desarrollo afectivo del individuo.
 - Asociación
 - Participación
 - Aceptación.

El ser humano por naturaleza siente la necesidad de relacionarse, ser parte de una comunidad, de agrupación en familias, con amistades o en organizaciones sociales.

- Necesidades de estima: describe dos tipos de necesidades de estima, una alta y otra baja.

La estima alta concierne a la necesidad del respeto a uno mismo e incluye sentimientos tales como la confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.

La estima baja concierne el respeto de las demás personas, la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria e incluso dominio.

La disminución de estas necesidades se refleja en una baja de autoestima y el complejo de inferioridad.

- Necesidad de autorrealización o auto actualización: Es diferente y Maslow utilizó varios términos para denominarlo: motivación de crecimiento, necesidad de ser y autorrealización. Son las más elevadas y a través de ellas, se encuentra un sentido a la vida. Se llegará a ésta cuando las anteriores hayan sido alcanzadas y completadas.

Según el Modelo de Virginia Henderson

Establece una visión acerca de los cuidados de enfermería.

Para ello determina los postulados, los conceptos y los valores.

❖ Postulados:

En los postulados establece que el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y cuyo rol de la enfermera consiste en ayudar a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Los principales conceptos se explican de la siguiente manera:

- ✓ Necesidad fundamental: Es toda aquella necesidad vital, esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Para Henderson

un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo.

- ✓ Independencia: Es la satisfacción que realiza el ser humano de una o de las necesidades, a través de acciones adecuadas que realiza o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según normas y criterios de salud establecidos.
- ✓ Dependencia: Es la no satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por acciones inadecuadas o tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- ✓ Problema de dependencia: Es el cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental.
- ✓ Manifestación: Son los signos observables en el individuo que permiten identificar la dependencia o independencia en la satisfacción de sus necesidades.
- ✓ Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir las causas de una dependencia. Se identifican tres fuentes de dificultad:
 - Fuerza: No es solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
 - Conocimientos: los relativos a cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
 - Voluntad: Es el compromiso en una decisión adecuada, ejecución y mantenimiento de las acciones para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.

- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

❖ **Valores:**

Los valores reflejan las creencias a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

- ✓ Afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.
- ✓ Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función.
- ✓ La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

❖ **Conceptos:**

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:

- 1.- Necesidad de respirar.
- 2.- Necesidad de beber y comer.
- 3.- Necesidad de eliminar.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de dormir y descansar.

- 6.- Necesidad de vestirse y desvestirse.
- 7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros.
- 10.- Necesidad de comunicarse.
- 11.- Necesidad según sus creencias y sus valores.
- 12.- Necesidad de ocuparse para realizarse.
- 13.- Necesidad de recrearse.
- 14.- Necesidad de aprender.

El individuo debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos.

Intervenciones: A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el individuo. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: Son el cumplimiento del objetivo, o sea, la independencia del individuo en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Henderson ansiaba la delimitación y definición de la función de la enfermera.

El meta paradigma comprende cuatro elementos:

a) Salud: Estado de bienestar físico, mental y social.

- La salud es una cualidad de la vida.
- La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona: Es un individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales:

- -Debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- -La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- -El paciente requiere ayuda para ser independiente.
- -El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería:” La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades, que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda

si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a lograr independencia a la mayor brevedad posible” (2).

Modelo de Dorothea Orem:

Considera que su teoría general está constituida por tres teorías relacionadas entre sí:

- ❖ Teoría del Auto-cuidado
- ❖ Teoría del déficit de Auto-cuidado.
- ❖ Teoría de los Sistemas de Enfermería.

❖ Teoría del Auto-cuidado:

Es una actividad aprendida por el individuo y orientada a un objetivo. Una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular factores que afecten a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida, salud o bienestar.

Requisitos del auto cuidado:

- Universales: Comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación de aire, agua, alimentos, eliminación, actividad, descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos.
- Relativos al desarrollo: Promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen circunstancias perjudiciales para esa maduración: niñez, adolescencia, adulto, vejez.
- Alteraciones de la salud: La enfermedad no solo afecta a estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino también al funcionamiento humano integrado.

❖ Teoría del Déficit de auto cuidado:

Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ellos, no pueden asumir el auto-cuidado o cuidado dependiente. Determina

cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

❖ **Teoría de los Sistemas de Enfermería:**

Explican los modos en que las enfermeras atienden a los individuos identificando 3 (tres) tipos de sistemas:

- -Sistema de enfermería totalmente compensadora: cuando la enfermera supe al individuo. En caso de enfermos inconscientes.
- -Sistema de enfermería parcialmente compensadora: cuando la enfermera proporciona cuidados. Por ejemplo: aplica el tratamiento médico.
- -Sistema de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa para que sean capaces de realizar actividades de autocuidado. Trata de promover un ambiente favorable para el desarrollo personal.

Orem define: “el objeto de la enfermería, como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”.(3)

Afirma que la enfermera utiliza 5 métodos de ayuda:

- Actuar compensando déficit.
- Guiar
- Enseñar
- Apoyar
- Proporcionar entorno para el desarrollo.

El concepto de auto-cuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones.

Define conceptos como:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional, y pensante. Es todo complejo, sometido a fuerzas de la naturaleza que lo hace cambiante.

Salud: Es un estado, significa integridad física, estructural y funcional, desarrollo progresivo e integrado del ser humano acercándose a niveles mayores de integración.

Enfermería: Es proporcionar a la personas y/o grupos asistencia directa en sus auto-cuidados, debido a incapacidades sufridas por situaciones personales.

Los cuidados se definen cómo ayudar al individuo a llevar a cabo acciones de auto-cuidado para conservar la salud y la vida.

PARTE 3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN DE PACIENTES

CARDÍACOS

Si bien la evolución del desarrollo tecnológico de la medicina ha logrado avances importantes, la Organización Mundial de la Salud (OMS), hoy en día continúa reconociendo que la enfermedad coronaria sigue siendo en muchos países y sobre todo en Argentina la principal causa de muerte.

Durante muchos años factores psicológicos y fisiológicos, como hipertensión, colesterol, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidad, etc. Se relacionaron con enfermedades cardiovasculares pero desde hace cuatro décadas las investigaciones se centraron en los factores psicosociales los cuales fueron ganando terreno e la vida de las personas con enfermedades coronarias.

Los cardiólogos Friedman y Roseman, en 1959, en sus investigaciones elaboraron **el patrón de conducta Tipo A**, caracterizado por la activación del Sistema Simpático Adrenal, resultante de la interacción del medio ambiente y algunos rasgos de la personalidad presentando características como hostilidad, impaciencia, competitividad, alta necesidad de control e indefensión.(4)

Dembroski, en las décadas de '70 y '80, establece que la hostilidad es un rasgo de la personalidad, donde los individuos son más propensos a desarrollar enfermedades cardíacas, además las situaciones de ira desencadenan en episodios agudos.

Un nuevo tipo de personalidad, Tipo D, a finales de la década del '90 fue definido por Denollet y Brusart como la interacción de una afectividad negativa y la inhibición social. En esta conducta tiende a reprimir y contener el distrés emocional, volviendo al organismo más vulnerable a la enfermedad.(5)

Otros estudios sobre la tríada emocional negativa, destacan la ira, la depresión y la ansiedad como factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardíacas.

La psicología positiva, desde la década del '70 hasta principios del XXI estudió las emociones positivas en el mejoramiento de las estrategias de afrontamiento del estrés.

Permanentemente, la persona está expuesta a estresores cotidianos, los cuales deben ser sorteados con un mínimo de esfuerzo y cuando se produce una acumulación de los mismos se incrementa la actividad fisiológica y suelen transformarse en factores de riesgo.

“El estrés social, el estrés laboral, la interacción con otros y en general los cambios sociales impactan en la salud cardíaca”(6), destacándose los niveles socioeconómicos y la situación laboral.

En cuanto al nivel económico, se puede relacionar que a menor ingreso mayor es el riesgo de enfermar, relacionando una pobre nutrición y un mínimo cuidado médico. En lo que respecta a la situación laboral existe una presión derivada del avance tecnológico, donde se produce sin duda una mayor estimulación psicológica, donde el individuo debe afrontar con su capacidad intelectual las demandas profesionales, produciéndole efectos fisiológicos como tensión muscular, preocupación en la toma de decisiones, y efectos motores, como el tartamudeo, el hablar rápido.(7)

Todo esto, trae aparejado la adquisición de hábitos nocivos para la salud, sobre todo un riesgo coronario como ser el tabaco, alcohol, desórdenes alimenticios, sedentarismo, respondiendo éstos a alivios momentáneos de ciertas situaciones.

FACTORES PSICOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD CORONARIA:

Todas las personas cuando enferman experimentan una serie de reacciones emocionales y en la medida que la enfermedad sea crónica y consecuencia de un estilo de vida insalubre, habrá que tener en cuenta los factores psicológicos.

El estrés, la ansiedad y la depresión son esos factores que inciden de manera significativa en la enfermedad coronaria.

La ansiedad se caracteriza por miedos, preocupaciones de la vida cotidiana, preocupación en la toma de decisiones diarias, falta de concentración, etc.(8). Lazarus define al estrés como “cualquier evento en el cual las demandas externas y/o internas agotan o exceden los recursos adaptativos de un sujeto”.(9)

Los procesos adaptativos en particular, las emociones en general ejercen una influencia en la salud a través de distintos modos y momentos de la enfermedad, volviendo al organismo más vulnerable, constituyendo no sólo un riesgo para la salud, sino que también afecta la calidad de vida, agravando enfermedades bajo episodios agudos y distorsionando la conducta de los enfermos.

Múltiples son las causas que generan estrés en los individuos, pero los diferentes modos de interpretar esas situaciones estresantes derivan en distintos perfiles psicológicos llamados Patrones de Conducta, definido como integrador de rasgos de personalidad, creencias, actitudes, conductas y determinada activación fisiológica.

Encontramos tres tipos de patrones de conducta.

Patrón de conducta Tipo A, caracterizado porque la persona tiene expresión manual, facial, en el habla, sensación de estar bajo presión, polifacética, destacándose un varias esferas como la profesional, deportiva, social. Manifestando una fuerte preocupación por el tiempo, extrema competitividad, apresuramiento, agresividad contenida algunas veces con esfuerzo y con el desafío de la responsabilidad, respondiendo con hostilidad ante la frustración del objetivo propuesto (10). El individuo es menos consciente de reconocer la fatiga o el dolor cuando está inmerso en una tarea que le ocupa toda su atención. Administra sus recursos físicos hasta el agotamiento. Si la percepción de la situación es incontrolable, la persona lo absorbe como impotencia, indefensión, tomado éste como un efecto indeseable de la pérdida de la salud o sentimiento de desamparo, maltrato y ansiedad, baja autoestima y depresión, y muchas veces a un aislamiento social e inmersión al trabajo.

Esta conducta provoca los siguientes síntomas en su asociación al tabaquismo, sedentarismo y falta de ejercicio, un aumento en los niveles de colesterol, efectos en la viscosidad sanguínea, aumento en la frecuencia cardíaca, aumento en el consumo de oxígeno, arritmias. Todo esto conlleva a asociar este tipo de conducta a las enfermedades cardiovasculares.

Además debe tenerse en cuenta los factores de riesgo tradicionales, llamados también vitales como ser la historia familiar, matrimonio, cambio de trabajo, de domicilio, muerte de un ser querido, etc. que también explican el 50% del desencadenamiento de la enfermedad coronaria.

El Patrón de Conducta Tipo B nos presenta sujetos con menos probabilidades de desencadenantes cardíacos, menos actividad motora que los de tipo A, y menor reacción fisiológica al estrés. No necesitan del éxito permanente. (11)

El Patrón de conducta tipo C, definido por los investigadores Morris y Greerm en 1980, como un comportamiento caracterizado por la supresión de emociones ante situaciones de estrés. Eysenack los presenta como individuos sumamente cooperativos, evitadores de conflictos, pasivos con tendencia a suprimir emociones como la ansiedad y la ira. Utilizan la represión como mecanismo de afrontamiento y mayor predisposición a la desesperanza y depresión. El individuo según Bleiker utiliza la razón y la lógica para evitar emociones negativas, velando por el equilibrio en las relaciones interpersonales. Relacionaron este tipo de conducta con enfermedades crónica. (12).

En cuanto al patrón tipo D, Denollet y su grupo de investigadores en la universidad de Amberes, Bélgica en 1996, han sugerido que esta personalidad puede ser una influencia importante en el desarrollo de la patología cardiovascular, donde el individuo presenta un malestar psicológico y una falta de apoyo social. Sus características serían la afectividad negativa y la inhibición social.(13) La afectividad negativa sería la tendencia a preocuparse y mantener una visión pesimista de las cosas y de sí mismos, acompañada de

sentimientos infelices, con síntomas depresivos, tensión crónica, y un bajo nivel de bienestar subjetivo, mostrándose incapaces de enfrentar los estresores de la vida. La inhibición social es la tendencia a mantenerse distanciado de los demás por inhibir la expresión de las emociones y conductas en la interacción social y bajo nivel de soporte social percibido.(14)

El tratamiento médico y terapias de rehabilitación son evadidos en su mayoría, aún más cuando el individuo presenta conductas nocivas como el tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo los cuales incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad. Por ello, Denollet asocia esta personalidad a aquellos que han sufrido un infarto de miocardio con mayor riesgo a sufrir isquemia, arritmias ventriculares y un segundo episodio llegando a ser fatal.

LAS EMOCIONES Y LA ENFERMEDAD CORONARIA.

Cabe destacar que las emociones como ira, hostilidad y agresión influyen en mayor medida sobre la incidencia de enfermedades coronarias.

La ira considerada con una intensidad variada surgida como consecuencia de la percepción de maltrato o la provocación del entorno.

La agresión es la conducta consecuente de esta emoción, con acciones de ataque al entorno con la finalidad de causar daño y destrucción.

La hostilidad relacionada con el cinismo, estar siempre a la defensiva, creación de ambiente de tensión, lucha para alcanzar objetivos permaneciendo en estado de hipervigilancia. Esta emoción se la ha relacionado en forma directa con la enfermedad coronaria determinando que produce un mayor incremento de la presión sanguínea, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de los niveles de norepinefrina provocando trastornos en las arterias coronarias. La disminución del soporte social lleva a un aumento de la hostilidad.(15)

ESTRÉS, ENFERMEDAD Y SUS MECANISMOS.

Los estresantes provocan un estado de estrés. Este estado inicia a su vez una serie de respuestas a los que Selye, en 1939, llamó **Síndrome General de Adaptación**. De una forma más sencilla, el estado de estrés pone en marcha el mecanismo de respuesta. Afirmaba, por ejemplo que gracias a algunas señales de alarma desconocidas, el estrés actuaba a través de la base del cerebro (probablemente el hipotálamo) y estimulaba el sistema nervioso simpático y la hipófisis.

En ciertas personas, una determinada cantidad de estrés puede provocar respuestas que mantiene la salud, e incluso la aumentan, en otras, esa misma cantidad de estrés puede provocar enfermedad. El estrés depende más de las respuestas del propio cuerpo que de la gravedad de los estresores que lo provocan.

Selye pensaba que las respuestas al estrés permiten que el cuerpo se adapte con éxito a los numerosos estresantes poniendo en marcha mecanismos fisiológicos para responder al desafío y cuando éstos fracasaban producían “enfermedades de adaptación”. Los estresantes producen respuestas objetivas y subjetivas. Las subjetivas se caracterizan por una sensación de ansiedad, cólera, odio, depresión, temor, culpa. En las objetivas predomina la inquietud, mentira, llanto, agitación. En respuesta al estrés fisiológico se produce una aceleración de la frecuencia cardíaca y aumento de la presión arterial sistólica. (16).

PARTE 4: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Existen otras teorías, todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas. Es decir, conseguir la calidad en los cuidados y la calidad de vida.

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas. Se distinguen cinco etapas:

- ❖ **Valoración:** esta fase incluye la recopilación de datos de la persona- sus necesidades y problemas- y las respuestas humanas- limitaciones, incapacidades, etc.- que se producen ante ellos.
 - ❖ **Diagnóstico:** Se produce la identificación de los problemas interdependientes y de los Diagnósticos de enfermería.
 - ❖ **Planificación:** Aquí se elabora el plan de cuidados adecuado a la situación.
 - ❖ **Ejecución:** es la puesta en práctica del Plan de cuidados.
 - ❖ **Evaluación:** las actividades determinan el progreso del paciente hacia los objetivos. Es el mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso.
-
- ❖ **VALORACIÓN:**

Es la base de todas las etapas siguientes. Su objetivo es recoger datos sobre el estado de salud del paciente, estos datos han de ser confirmados y

organizados antes de identificar los problemas clínicos y/o diagnósticos de enfermería.

La valoración incluye diferentes acciones: obtención de la información, su interpretación y posterior organización de toda la información obtenida.

❖ DIAGNÓSTICO:

Un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que las enfermeras pueden tratar para conseguir una independencia.

Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende.

El diagnóstico comprende acciones:

- Análisis de datos: Después de ser clasificados en manifestaciones de independencia y de dependencia y en fuentes de dificultad, los datos son comparados entre ellos.
- A partir de estas manifestaciones de dependencia se proponen hipótesis diagnósticas.
- Validación: se acude a la definición del diagnóstico para cerciorarse de que se adapta al problema.
- Valorar: el porcentaje de las manifestaciones, con lo que se consigue obtener el problema fundamental del paciente. Este problema hace que las 14 necesidades no estén satisfechas.

❖ PLANIFICACIÓN:

Supone hacer que el plan responda a las necesidades del individuo, actualizarlo. En su opinión un buen plan integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud.

- Fijación de prioridades: consiste en colocar el orden en el que se va a resolver el problema, esto se hará según:

- Amenaza de muerte.

- La persona.
- El impacto del problema (el que más influye en las 14 necesidades).

Establecimiento de los objetivos: estos pueden ser a corto o a largo plazo.

La enfermera y el paciente siempre están luchando por la consecución de un objetivo, ya sea la independencia o la muerte. El fomento de la salud es otro objetivo importante para la enfermera.

Determinación de las actividades de enfermería:

Las actividades surgen de la causa que genera esas manifestaciones de dependencia.

Los modos de intervención o suplencia son clave para las actividades de los diagnósticos de enfermería.

❖ EJECUCIÓN:

La enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte pacífica. Las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

❖ EVALUACIÓN:

En este nivel es cuando la enfermera, compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.

Henderson evaluaría al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente.

PARTE 5: EDUCACIÓN Y CUIDADOS PRE QUIRÚRGICOS

La cirugía mayor, y en particular las intervenciones cardiovasculares son una fuente potencial de estrés y ansiedad en el paciente, ya que el corazón es un órgano al que se le atribuye un carácter de primacía en relación con los otros, por lo que existe un gran número de respuestas emocionales ante cualquier padecimiento relacionado con el mismo.

Consideramos de gran importancia el acercamiento de la enfermera al paciente que va a ser sometido a este tipo de intervención a través de la educación pre- operatoria con el fin de obtener un adecuado afrontamiento y recuperación de la cirugía.

Cabe mencionar también la importancia en la receptividad del paciente durante la educación pre-quirúrgica, traducida luego en gratitud, satisfacción y colaboración en su propio auto-cuidado demostrados durante la interacción enfermera-paciente en el post-operatorio inmediato y mediato.

Es en esta etapa cuando la enfermera tiene la función de involucrar a la familia del paciente en este proceso a través de la educación e instrucción sobre el procedimiento que se llevara a cabo con el objetivo de obtener resultados satisfactorios y condiciones óptimas del paciente antes, durante y después de la cirugía. (17).

TIPOS DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

La cirugía cardíaca puede ocurrir bajo tres circunstancias:

- **Cirugía cardíaca de urgencia:** el problema cardiovascular del paciente pone en peligro su vida, por lo que es imperiosa la realización de cirugía cardíaca.

- **Cirugía cardíaca programada:** el paciente ingresa al hospital con su problema cardíaco agudizado, una vez estable y con estudios completos se decide la realización de cirugía cardíaca.

➤ **Cirugía cardíaca a través de la consulta externa programada:** Son pacientes que se encuentran clínicamente estables, la programación y revisión preoperatorio se hace a través de la consulta externa y se hospitalizan 24 horas antes del procedimiento.

FASES DE LA CIRUGÍA

➤ Fase pre-operatoria: Comienza con la decisión de efectuar la intervención y termina con el paciente en el quirófano.

➤ Fase intra-operatoria: Desde el momento en que se recibe al paciente en el quirófano hasta que pasa a la sala de recuperación.

➤ Fase post-operatoria: Comienza con la transferencia del operado al área de recuperación y termina con la valoración seriada en la clínica o el hogar.

(18)

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

✓ Revisar la historia clínica y los antecedentes del paciente a su ingreso al servicio de hospitalización.

✓ Valorar al paciente para la cirugía cardíaca con especial atención y orientación en:

- Problema cardíaco principal que origina la cirugía.

- Condiciones que incrementan el riesgo de la cirugía: enfermedades crónicas degenerativas, problema cardíaco combinado, afecciones renales, pulmonares, gastrointestinales, problemas inmunitarios o afecciones hematológicas.

- Estilo de vida del paciente: alimentación, ejercicio, toxicomanías, uso de fármacos, apoyo familiar y social.

- Estado nutricional: obesidad, desnutrición o deficiencias alimentarias.

- Nivel de ansiedad por situaciones tales como: alteración en la dinámica familiar, pérdida de la función orgánica y reincorporación a su vida laboral y sexual.

- Temores relacionados con la cirugía.
- Prácticas culturales y creencias religiosas.

✓ Corroborar la prescripción médica y preparar al paciente para pruebas diagnósticas previas a su cirugía:

✓ Serie cardíaca.

✓ Toma de muestras sanguíneas para laboratorio; gasometría, hemograma completo y enzimas cardíacas, pruebas de coagulación, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, grupo sanguíneo, factor RH y exámenes microbiológicos.

✓ Electrocardiograma.

✓ Preparar al paciente para estudios de gabinete necesarios como: ecocardiograma, medicina nuclear, cateterismo cardíaco, resonancia magnética y tomografía axial computada.

✓ Explicar al paciente y familiares durante la estancia hospitalaria con palabras sencillas en qué consiste su enfermedad y terapéutica quirúrgica.

✓ Procedimientos preoperatorios: visitas de cirujanos, anesthesiólogos, enfermeras quirúrgicas y perfusionistas. Información técnica: tipo de cirugía prevista, ingreso a la sala de operaciones, localización de cánulas, catéteres, drenajes, dispositivos de apoyo (ventiladores, monitores, bombas de infusión, etc.) y las incisiones que tendrá el paciente al despertar de la anestesia, tiempo estimado de estancia en la unidad de cuidados críticos, inicio y tipo de alimentación posquirúrgica, limitaciones físicas después de la cirugía, manejo del dolor.

✓ Realizar los siguientes procedimientos para limitar el riesgo de infección:

✓ Al ingreso del paciente, examen general de orina, urocultivo, exudado nasal y faríngeo.

✓ Semana previa a la cirugía verifica que exista valoración y alta de ORL, odontología y ginecología (si la paciente es mujer), para evaluar que no existan focos sépticos.

✓ Revisión de los exámenes de laboratorio, principalmente BH, recuento de leucocitos y resultados de pruebas microbiológicas.

- ✓ Instruir al paciente con respecto:
 - Al uso del inspirómetro incentivo.
 - Técnica para respirar.
 - Toser, eliminar secreciones.
 - Actividad física posterior a la cirugía.

- ✓ Asegurar de la suspensión de los anticoagulantes y del control de tiempos de coagulación posteriores:
 - Acenocumarina: 3 días previos a la cirugía.
 - Ácido acetilsalicílico: 5 días previos a la cirugía.
 - Heparinas de bajo peso molecular: 12 a 24 horas antes de la cirugía.
 - Heparina convencional: 12 horas antes de la cirugía.
- ✓ Establecer empatía con el paciente para alentarlo a que exprese sus preocupaciones y temores acerca de la cirugía y se las resuelve.
- ✓ Enseñar técnicas de relajación que disminuyen la ansiedad en el preoperatorio y el control del dolor con analgésico durante el postoperatorio.
- ✓ Permitir el acercamiento familiar para el trámite de asuntos legales como trámite de testamento y disposición de bienes.
- ✓ Favorecer las condiciones para la práctica de creencias culturales y religiosas de su preferencia.

EL DÍA PREVIO A LA CIRUGÍA

- ✓ Asegurarse que el paciente tenga las uñas de manos y pies cortas, limpias y sin esmalte; si el paciente lo autoriza, se lleva a cabo el rasurado de barba y/o bigote, 2 horas antes de la cirugía se realizará un baño completo con clorhexidina.
- ✓ Verificar que el paciente cuente con todos los estudios preoperatorios necesarios y se encuentren dentro de los límites óptimos para la realización del procedimiento y no tengan más de una semana de haberse tomado, incluyendo pruebas cruzadas.
- ✓ Informar al paciente y familiares hora en la que está programada la cirugía, duración aproximada del procedimiento, actividades postoperatorias

habituales, lugares de espera para familiares durante la cirugía y el lugar donde recibirán informes sobre el resultado del procedimiento.

- ✓ Verificar que esté firmado el consentimiento informado para el procedimiento quirúrgico y se encuentre en el expediente clínico.
- ✓ Iniciar el ayuno 12 horas antes del procedimiento.
- ✓ Administrar bajo indicación médica el fármaco pre-anestésico.

EL DÍA DE LA CIRUGÍA

- ✓ Realizar 2 horas antes de la cirugía el rasurado de la zona quirúrgica y los posibles sitios de punción para accesos venosos centrales, periféricos y arteriales, luego otro baño que incluye la cabeza, con el mismo antiséptico.

- ✓ Cambiar la ropa de cama y colocarle al paciente Kit de ropa estéril descartable que incluye camisolín, botas y gorro

- ✓ Administrar dosis de sedante utilizado como pre-anestésico si se encuentra prescripto.

- ✓ Verificar que se realice lavado dental y colutorios con antiséptico bucofaríngeo.

- ✓ Si el paciente tiene algún tipo de prótesis, lentes, anteojos, dentadura o bisoñé retirarlos y entregarlos a los familiares.

- ✓ La instrucción debe ser adecuada, tranquila y pausada hasta que el paciente haya logrado comprender lo que le ocurrirá; se refuerzan las actividades que puede realizar el paciente en el postoperatorio para facilitar su recuperación.

- ✓ La atención de enfermería que se brinda en el preoperatorio varía de acuerdo al tipo de cirugía cardíaca que se elija para cada paciente, en los casos de cirugía de urgencia no se podrá dar la instrucción de forma pausada y en espera de que todo sea comprendido, por lo que es importante destacar el punto de prioridad hacia el paciente y sus familiares. En el caso de los pacientes de vía rápida recibirán la mayor parte de la instrucción en la consulta

externa, pero es labor imperiosa del personal de enfermería a cargo del paciente verificar que éste se encuentre educado para el procedimiento quirúrgico en el momento que es hospitalizado. (19)

Basadas en todo lo expuesto y teniendo en cuenta que somos las enfermeras quienes establecemos mayor empatía y comunicación con los pacientes y su entorno familiar, consideramos imprescindible seguir paso a paso y de manera minuciosa todas y cada una de las actividades y técnicas que incumben a la recuperación del individuo intervenido de cirugía cardiovascular, hacemos hincapié en la educación previa a la cirugía ya que es de vital importancia para la óptima recuperación.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Cuidado enfermero: Se refiere a las atenciones que la enfermera brinda al paciente, orientadas a controlar su salud dependiendo éstas de la gravedad del individuo.

Educación pre-quirúrgica: Consiste en la información y consignas brindadas al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente con respecto a su cirugía. (19).

Enfermedad coronaria: Enfermedad cardíaca que provoca un suministro inadecuado de sangre al músculo cardíaco. Afectación potencialmente perjudicial.

Enfoque holístico: Hace referencia a tomar en cuenta al individuo íntegramente, es decir, interrelacionando todos los aspectos bio-psico-sociales entre sí.

Estabilidad emocional: Se considera así a la capacidad de controlar las emociones y reacciones frente a las diversas situaciones que se presentan en la vida del ser humano.

Estrés: Es la reacción fisiológica del organismo para afrontar cualquier situación que se advierte como amenazante o que requiere mayor demanda. (20)

Factores de riesgo: Características presentes en un individuo que aumentan la probabilidad de contraer algún daño, enfermedad o complicación en su salud.

Proceso de atención de enfermería: Es el conjunto de procedimientos y técnicas fundamentadas científicamente y organizadas de manera que el

personal de enfermería pueda garantizar al paciente los cuidados sanitarios más adecuados.

Programación quirúrgica: procedimientos administrativos que deben llevarse a cabo antes de la realización de una cirugía.

Recuperación post-quirúrgica: involucra todas las condiciones que deberán ser restablecidas luego de haber sido afectadas por una cirugía.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Cuantitativo: Se intentará recolectar datos en forma sistemática con valores numéricos, midiendo las variables en estudio. Se analizará al personal de enfermería y pacientes sometidos a cirugía cardíaca, en cuanto a la educación brindada por el personal y si ésta influye o no en la recuperación de los pacientes intervenidos.

Descriptivo: Tratará sobre reconocer los factores que intervienen en la educación pre-quirúrgica.

Transversal: Se realizará un corte transversal en la realidad y el tiempo de la investigación, durante el período comprendido entre los meses de setiembre a noviembre de 2012. Según su finalidad, es aplicada porque da soluciones a los problemas.

ÁREA DE ESTUDIO:

Se realizará en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Central.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Todo el personal de enfermería del Servicio de Cirugía Cardiovascular y pacientes sometidos a cirugía cardiovascular entre el período setiembre-noviembre del año 2012.

UNIVERSO Y MUESTRA:

Se estudiará a todo el personal de enfermería que se desempeña en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Central con un total de 22 enfermeras en el año 2012. Al ser el universo pequeño se trabajará con el 100% de la población.

Además se trabajará con los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular durante los meses de setiembre a noviembre de 2012.

HIPÓTESIS

➤ La educación pre quirúrgica brindada a los pacientes, favorece notablemente su recuperación post quirúrgica.

VARIABLES

Conocimientos
Pre quirúrgicos

personal de enfermería

pacientes sometidos a
cirugía

Independiente----- Interviniente-----Dependiente

Variable teórica: Pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

Variable empírica (indicadores): Percepción, demostración, colaboración,
orientación.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

- Conocimientos pre quirúrgicos impartidos.
- Personal de enfermería.
- Pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

➤ CONOCIMIENTOS PREQUIRURGICOS BRINDADO A PACIENTES

Dimensiones:	Indicadores	
Manejo del dolor	según requerimiento de analgésico	
	Cada 4 hs	
	Cada 6 hs	
	Cada 8 hs	
	Más de 8 hs	
	Técnicas de distracción	
Ejercicios respiratorios	Respiraciones profundas	
	De acuerdo al tiempo de destete de ARM luego de cirugía	
	Insuflar jeringas	1 vez al día
		2 veces al día
		Nunca.
	Respiraciones profundas	1 vez al día
	2 veces al día	
	Nunca	

Ejercicios motores	Toser abrazándose	1 vez al día
		2 veces al día
		Nunca
Movilización	Rotación externa e interna (MMSS)	1 vez al día
		2 veces al día
		Nunca
	Flexión y extensión (MMII)	1 vez al día
		2 veces al día
		Nunca

➤ **PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Dimensiones	Indicadores	
Sexo	Masculino	
	Femenino	
Nivel de competencia	Licenciado en enfermería	
	Enfermero profesional	
	Auxiliar de enfermería	
Edad	20 a 29 años	
	30 a 39 años	
	40 a 49 años	
	50 a 59 años	
	60 ó más	
Educación para la salud	Preparación de elementos de higiene	Siempre
Impartida para pacientes		Casi siempre
Y familiares		A veces
		Nunca
	Capacitación continúa	Siempre
		Casi siempre
		A veces
		Nunca

Ámbito de capacitación

Académico

Laboral

Uso de analgésico

Cuando el paciente lo solicita

Según indicación médica

Tiempo de destete

- de 1 h

1 a 6hs

6 a 12hs

Más de 12 hs

Incentivo de movilización

Siempre

Casi siempre

A veces

Nunca

Movilización del paciente

a las 24 hs

A las 48 hs

A las 72hs

Estadía post quirúrgica

1 semana

Hasta 2 semanas

Más de 2 semanas

➤ **PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**

Dimensiones:	Indicadores			
Sexo	Masculino			
	Femenino			
Edad	35 a 39 años			
	40 a 44 años			
	45 a 49 años			
	50 a 54 años			
	55 a 59 años			
	Más de 60 años			
Nivel educativo	Primaria	completa	si	no
		Incompleta	si	no
	Secundaria	completa	si	no
		Incompleta	si	no
	Terciario	completo	si	no
		Incompleto	si	no
Contención familiar			Muy buena	
			Buena	
			Regular	
			Ausente	

Tiempo de hospitalización
Pre quirúrgico

Hasta 1 semana

Hasta 2 semanas

Más de 2 semanas

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Realización de encuestas al personal de enfermería del Servicio de Cirugía Cardiovascular y a pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. Luego se volcarán los datos obtenidos en su respectiva tabla matriz para la realización de tablas y gráficos.

Fuentes de información:

Primarias: Por medio de la recolección directa de las encuestas realizadas al personal de enfermería y pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

Secundarias: Por medio de revisión bibliográfica de investigaciones realizadas con anterioridad.

Procedimiento de la información:

Una vez recolectada la información se procederá a la decodificación de la misma y se llevará a una matriz de datos, luego se procederá a la tabulación comparando variables y obteniendo Fr y Fac.

La información se presentará en gráficos para una mejor y clara interpretación.

PROCESAMIENTO

Y

PRESENTACIÓN

DE

DATOS

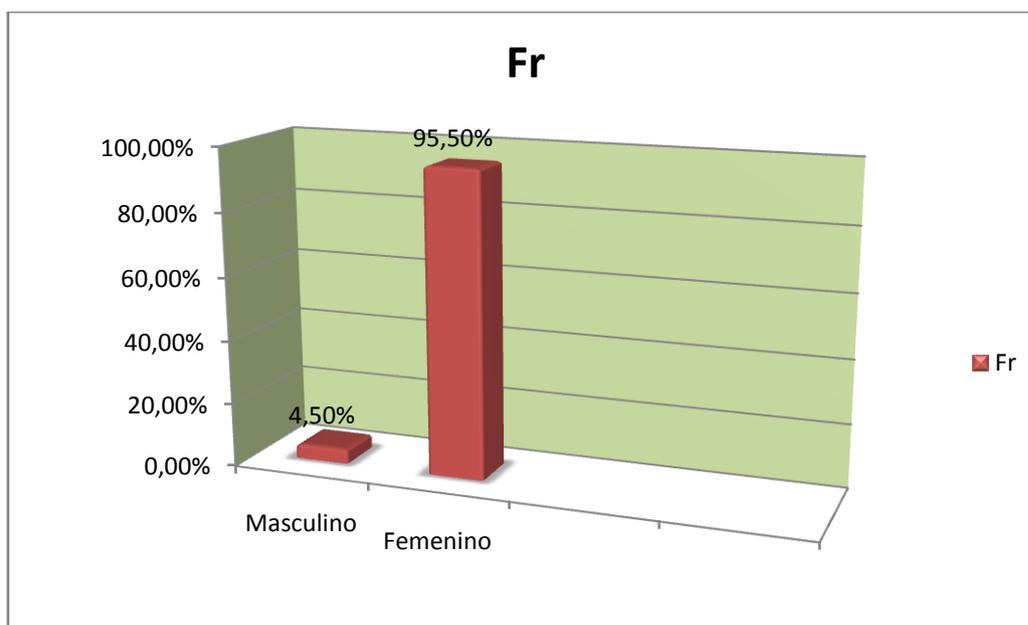
PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS: TABLAS Y GRÁFICOS

PERSONAL DE ENFERMERÍA

Tabla 1 Gráfico 1: Distribución del universo según sexo

Sexo	Fi	Fr	F%	F ac
Masculino	1	4,5%	0,0455	1
Femenino	21	95,5%	0,9545	22
Total	22	100%	1	22

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

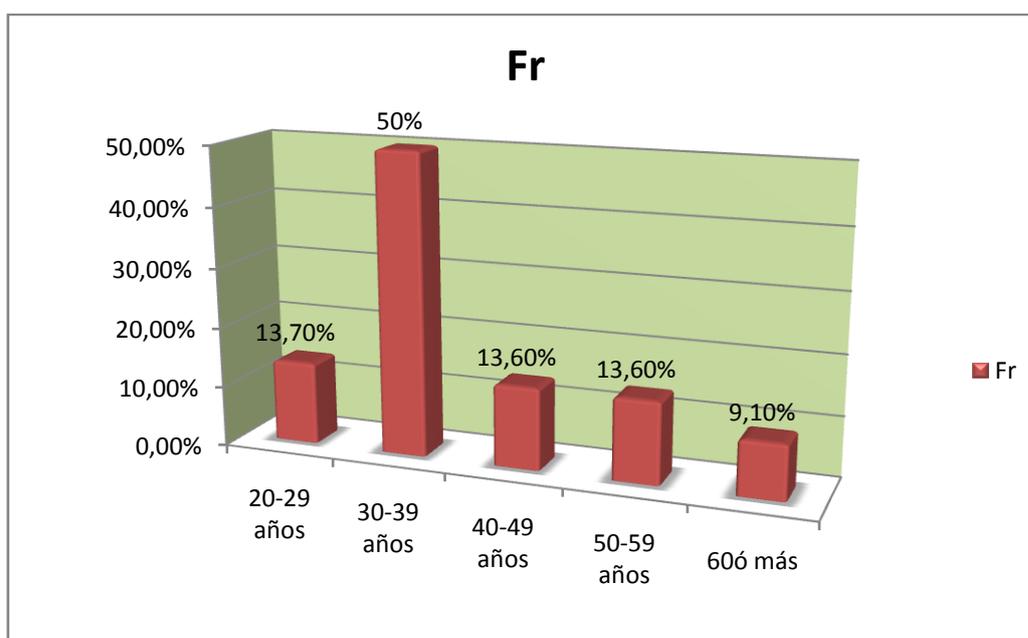


Comentario: El presente gráfico indica que la población tiene un alto porcentaje de sexo femenino correspondiente al 95,5% y el sexo masculino presenta un porcentaje del 4,5 %.

Tabla 2 Gráfico 2. Distribución del universo según edad.

Edad	Fi	Fr	F%	F ac
20-29	3	13,7%	0,1365	3
30-39	11	50%	0,5	14
40-49	3	13,6%	0,1363	17
50-59	3	13,6%	0,1363	20
60 ó más	2	9,1%	0,0909	22
Total	22	100%	1	22

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

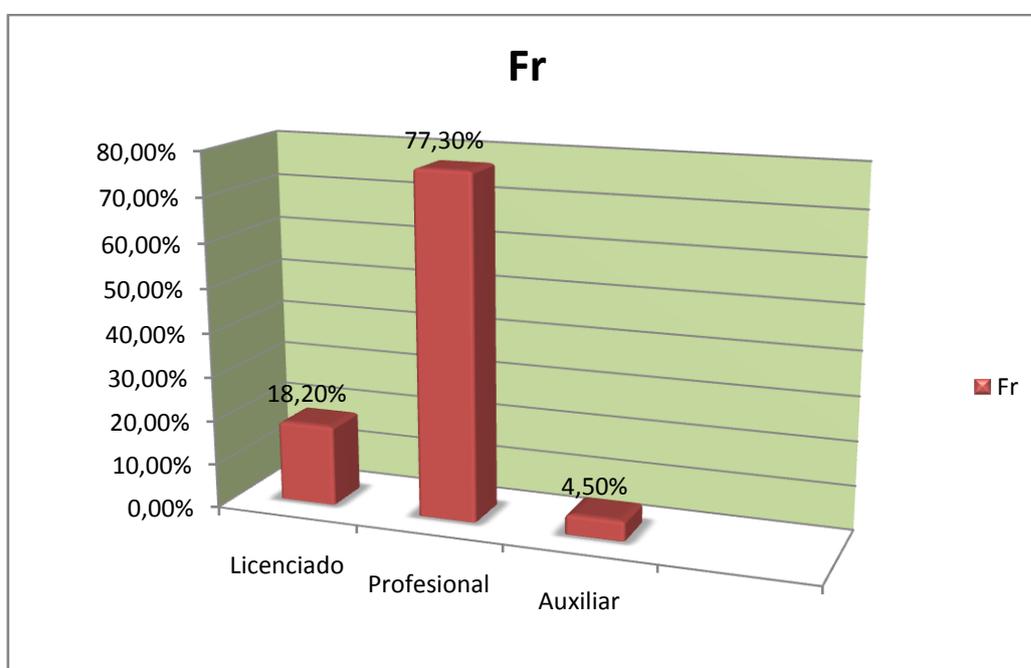


Comentario: El gráfico indica que el grupo de 30 a 39 años presenta el mayor porcentaje siendo de 50%. Continúa el grupo de 20-29 años presentando el 13,7%, los grupos de 40 a 49 años y 50 a 59 años ambos con un valor de 13,6% y el de menor porcentaje lo presenta el grupo de 60 ó más.

Tabla 3 Gráfico 3. Distribución del universo según nivel académico

Nivel académico	Fi	Fr	F%	F ac
Licenciado	4	18,2%	0,1818	4
Profesional	17	77,3%	0,7727	21
Auxiliar	1	4,5%	0,0455	22
Total	22	100%	1	22

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

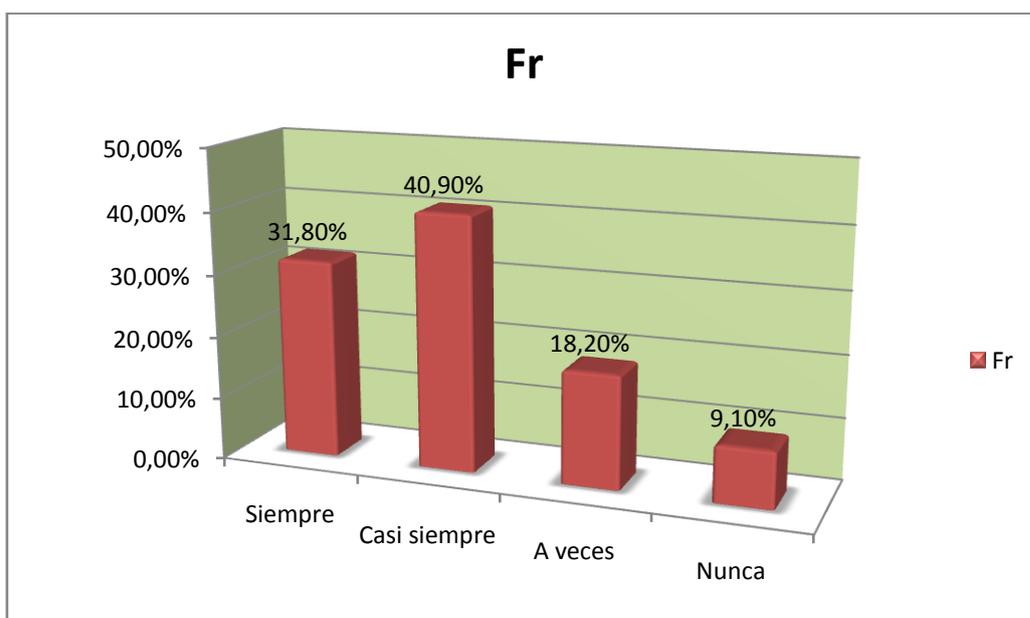


Comentario: El presente gráfico indica que el porcentaje de mayor valor lo presenta el grupo de profesionales correspondiéndole el 77,3%, siendo el de menor valor el grupo de auxiliares con 4,5%.

Tabla 4 Gráfico 4. Distribución del universo según educación pre quirúrgica brindada por el personal de enfermería.

Educación Pre quirur	Fi	Fr	F%	F ac
Siempre	7	31,8%	0,3182	7
Casi siempre	9	40,9%	0,4090	16
A veces	4	18,2%	0,1818	20
Nunca	2	9,1%	0,091	22
Total	22	100%	1	22

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

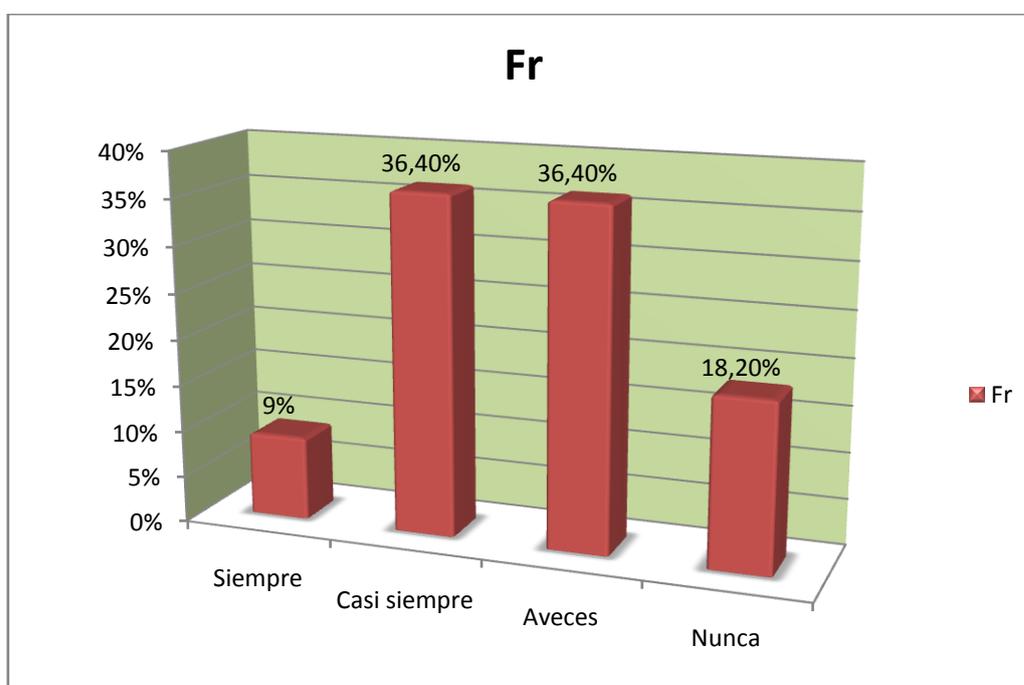


Comentario: El gráfico muestra que la población brinda educación pre quirúrgica Casi siempre en un valor de 40,90%, y que el 9,1%, de menor valor, Nunca brinda educación.

Tabla 5 Gráfico 5. Distribución del universo según capacitación del personal.

Capacitación	Fi	Fr	F%	F ac
Siempre	2	9%	0,091	2
Casi siempre	8	36,4%	0,3636	10
A veces	8	36,4%	0,3636	18
Nunca	4	18,2%	0,1818	22
Total	22	100%	1	22

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.

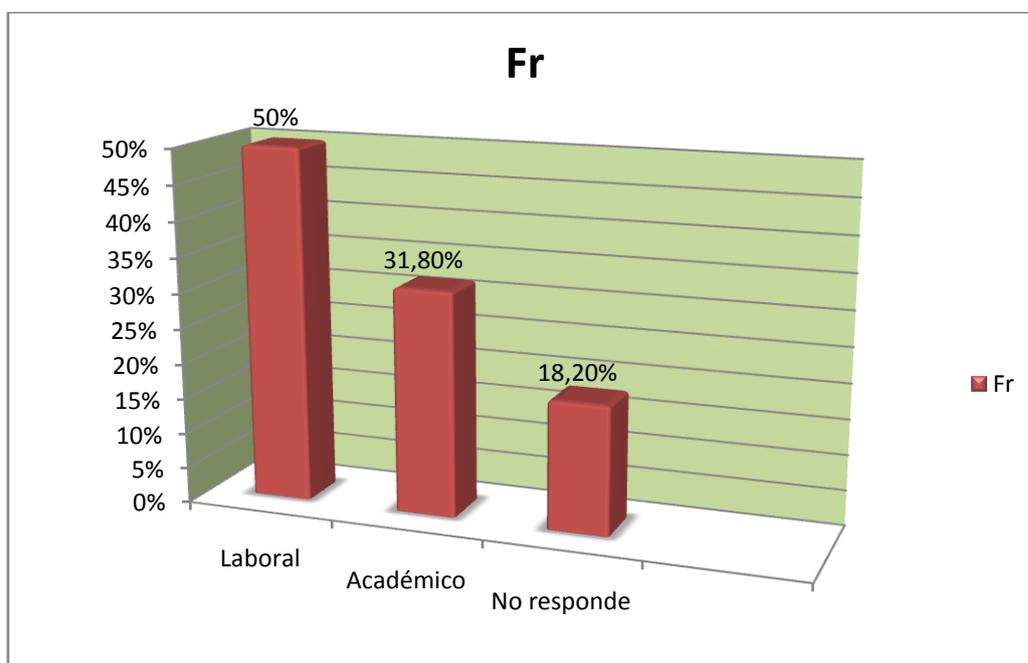


Comentario: El gráfico indica que la población recibe capacitación Casi siempre y A veces en un porcentaje igual de 36,4%. Mientras que el grupo de siempre presenta el menor valor de 9%.

Tabla 6 Gráfico 6. Distribución del universo según el ámbito de la capacitación

Ámbito Capacit	Fi	Fr	F%	F ac
Laboral	11	50%	0,5	11
Académico	7	31,8%	0,3182	18
No responde	4	18,2%	0,1818	22
Total	22	100%	1	22

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

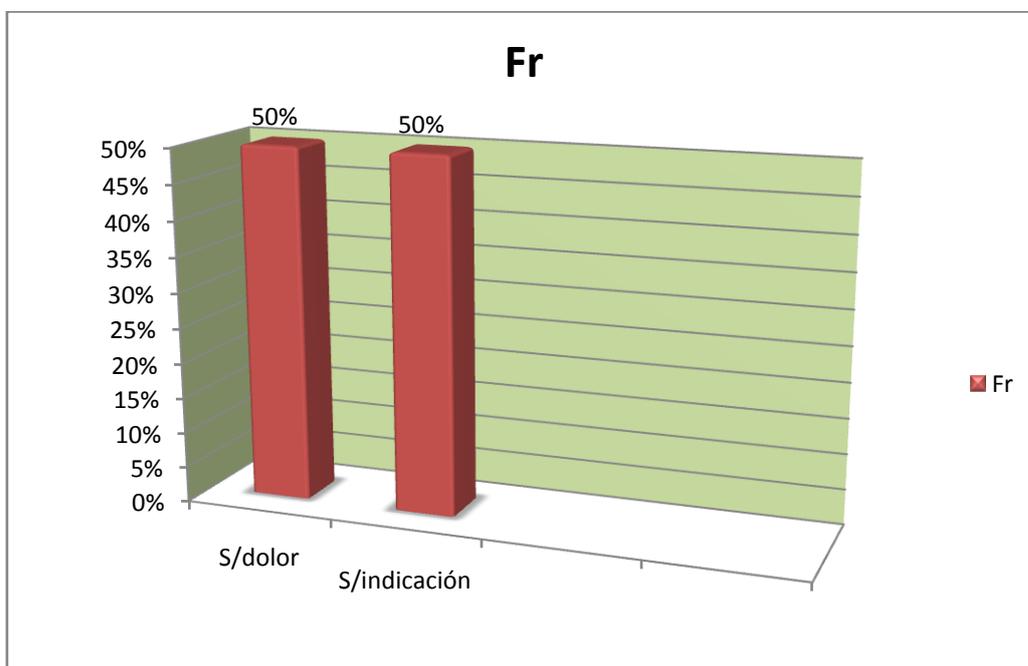


Comentario: El gráfico indica que la población recibe capacitación en el ámbito laboral en un porcentaje de 50%, mientras que el 31,8% la recibe en el ámbito académico. El grupo de 18,2% corresponde a la población que no respondió a la capacitación.

Tabla 7 Gráfico 7. Distribución del universo según uso de analgésicos.

Analgésicos	Fi	Fr	F%	F ac
Según dolor	11	50%	0,5	11
Según indicación	11	50%	0,5	22
Total	22	100%	1	22

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

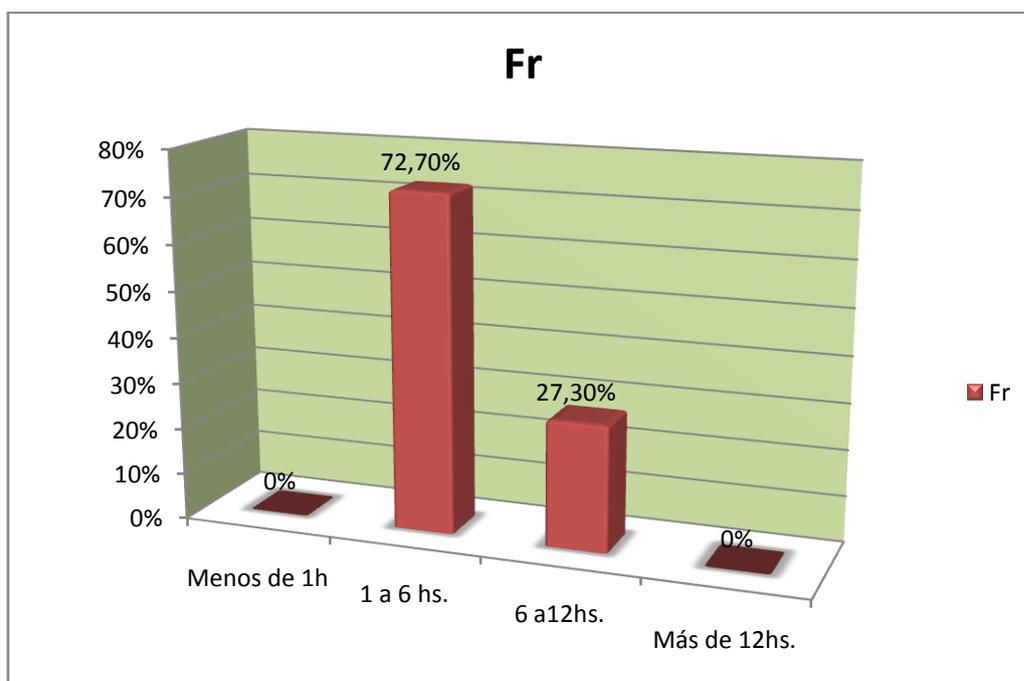


Comentario: El presente gráfico muestra que la población realiza el uso de analgésicos según indicación médica y según dolor, ambos con un porcentaje igual a 50%.

Tabla 8 Gráfico 8. Distribución del universo según tiempo de destete de ARM

Tiempo destete	Fi	Fr	F%	F ac
Menos de 1h	0	0%	0	0
1 a 6 hs.	16	72,7%	0,7273	16
6 a 12 hs.	6	27,3%	0,2727	22
+ de 12hs	0	0%	0	22
Total	22	100%	1	22

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

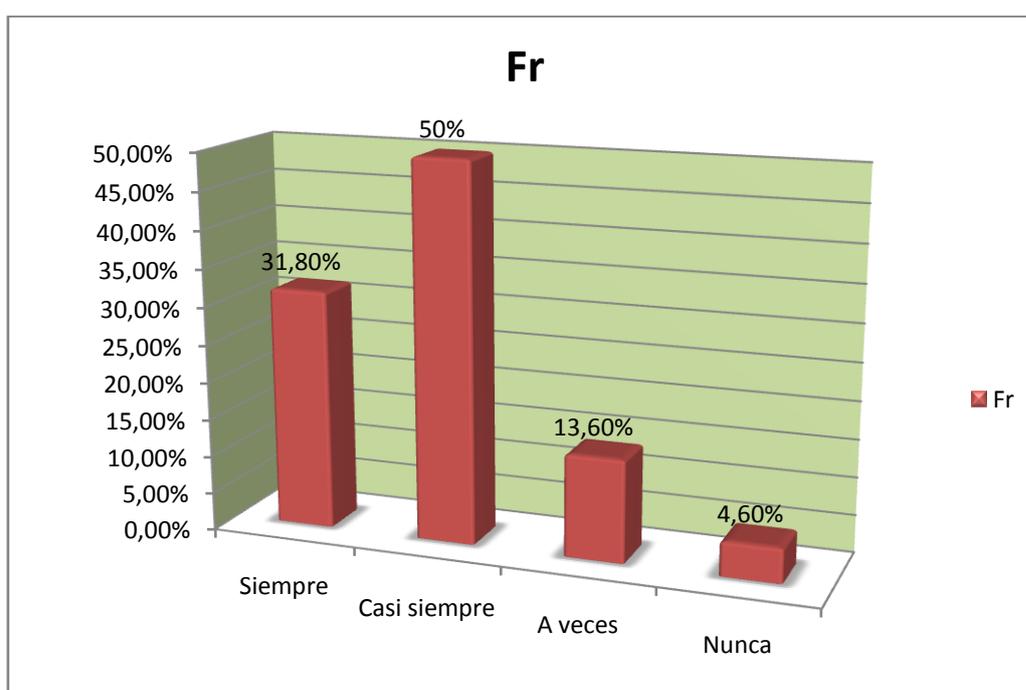


Comentario: El presente gráfico indica que el tiempo de destete de los pacientes post operados se realiza en el lapso de 1 a 6hs siendo el porcentaje de 72,70%. Le continúa el grupo de 6 a 12 hs. con un valor de 27,30% y con un valor de 0% lo presentan los grupos Menos de 1 h y Más de 12 hs.

Tabla 9 Gráfico 9. Distribución del universo según incentivación de la movilización del paciente.

Incentivo moviliz	Fi	Fr	F%	F ac
Siempre	7	31.,8%	0,3181	7
Casi siempre	11	50%	0,5	18
A veces	3	13,6%	0,1363	21
Nunca	1	4,6%	0,0456	22
Total	22	100%	1	22

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

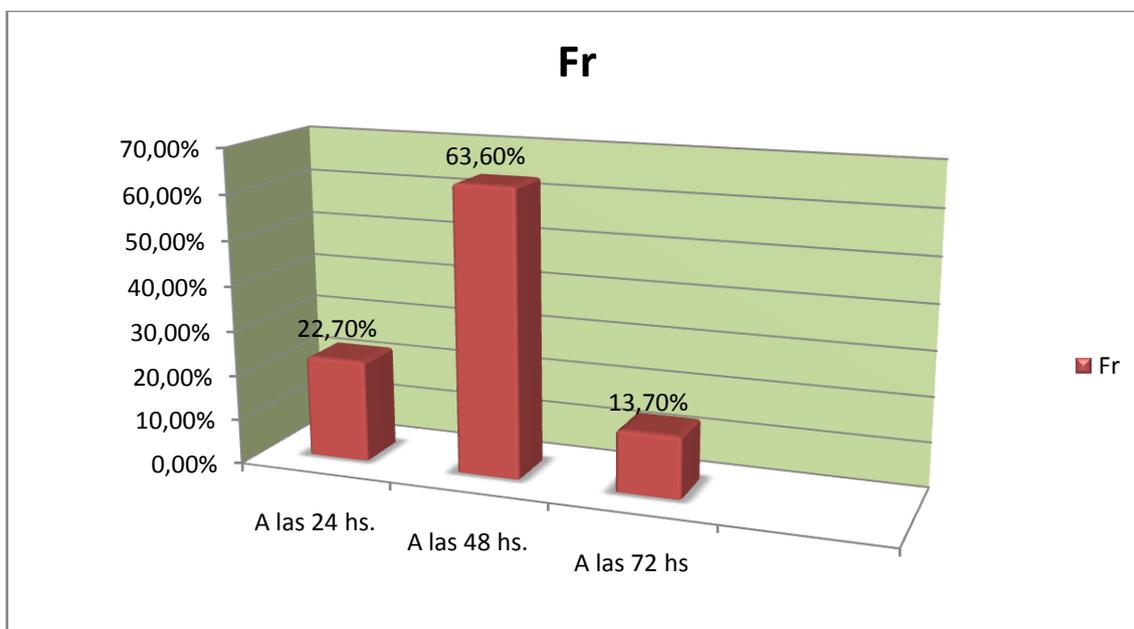


Comentario: El gráfico indica que la población realiza el incentivo para la movilización del paciente Casi siempre en un 50%, mientras que en un 4,6% nunca se realiza. El 31,8% siempre se realiza, y en el grupo de 13,6% se realiza A veces.

Tabla 10 Gráfico 10. Distribución del universo según tiempo de realización de la movilización.

Movilización	Fi	Fr	F%	F ac
A las 24 hs.	5	22,7%	0,2272	5
A las 48 hs.	14	63,6%	0,6364	19
A las 72 hs.	3	13,7%	0,1364	22
Total	22	100%	1	22

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

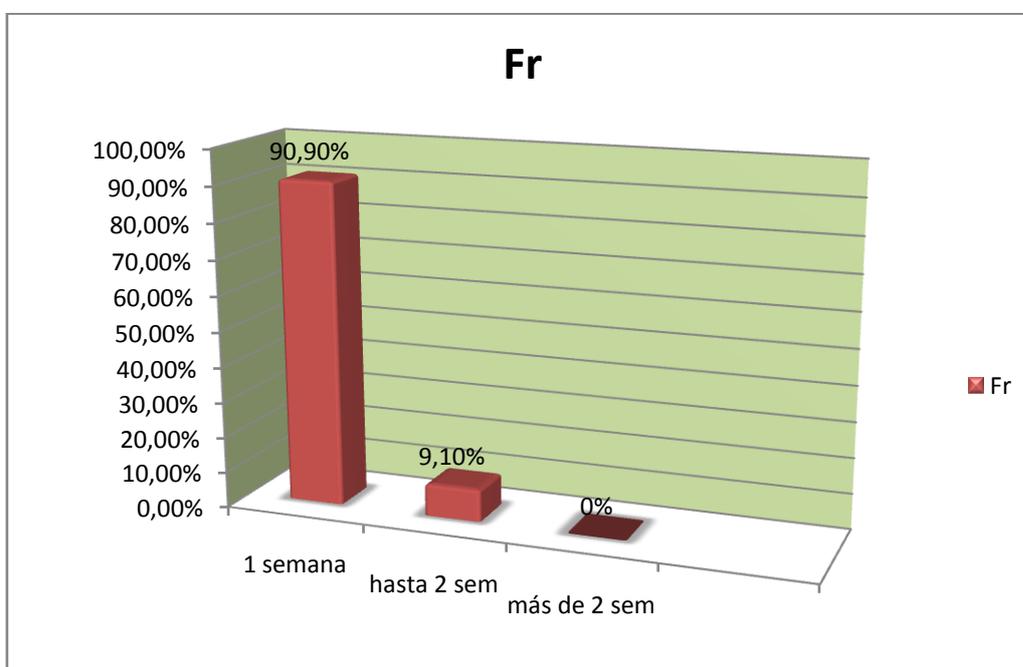


Comentario: El gráfico muestra que el tiempo de realización de la movilización se realiza a las 48 hs. con un porcentaje de 63,60%, mientras el 22,70% se realiza dentro de las 24 hs. Luego de las 72 hs. está indicado con un porcentaje menor de 13,70%.

Tabla 11 Gráfico 11. Distribución del universo según estadía post- quirúrgica.

Estadía Post quirur	Fi	Fr	F%	F ac
1 semana	20	90,9%	0,909	20
Hasta 2 semanas	2	9,1%	0,091	22
Más de 2 semanas	0	0%	0	22
Total	22	100%	1	22

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*



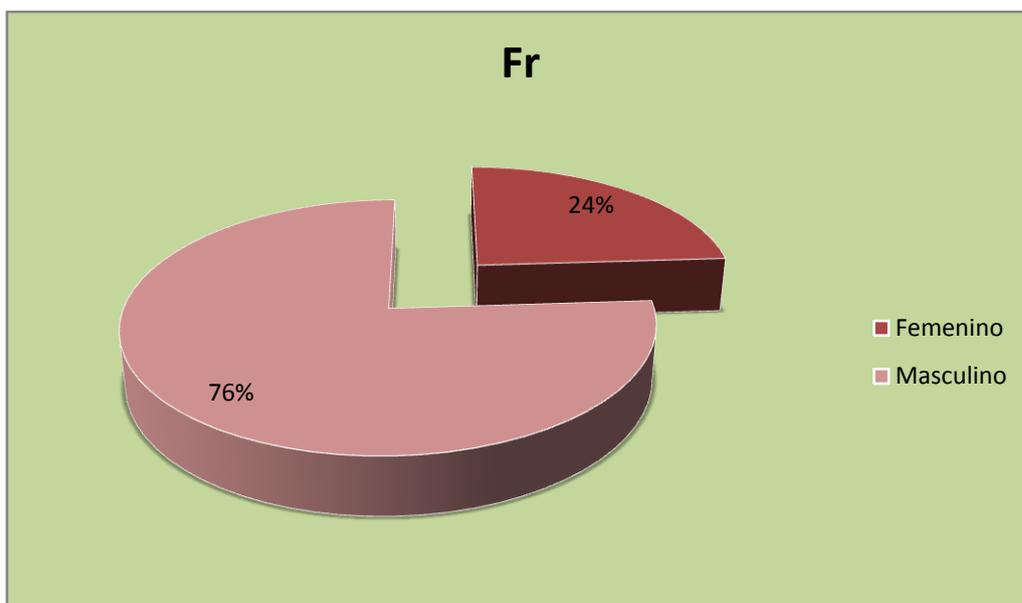
Comentario: El gráfico indica que el 90,90% de la estadía post quirúrgica corresponde a un período de 1 semana, mientras el 9,10% corresponde hasta 2 semanas. Siendo de 0% la estadía mayor de 2 semanas.

**PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS DE:
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**

Tabla 12 Gráfico 12: Distribución del universo según sexo.

Sexo	Fi	Fr	F%	F ac
Femenino	8	24%	0,2353	8
Masculino	26	76%	0,7647	34
Total	34	100%	1	34

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

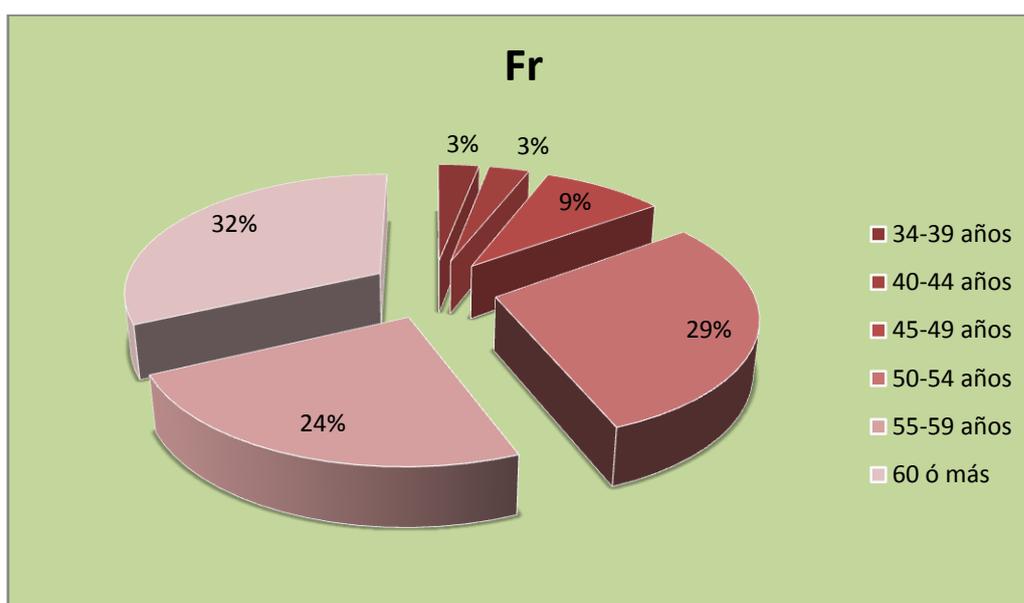


Comentario: El gráfico muestra una fuerte tendencia de pacientes masculinos del 76%, mientras que sexo femenino se presenta en un 24%.

Tabla 13 Gráfico 13: Distribución del universo según edad.

Edad	Fi	Fr	F%	F ac
34-39	1	3%	0,0294	1
40-44	1	3%	0,0294	2
45-49	3	9%	0,0882	5
50-54	10	29%	0,2941	15
55-59	8	24%	0,2353	23
60 o más	11	32%	0,3236	34
Total	34	100%	1	34

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

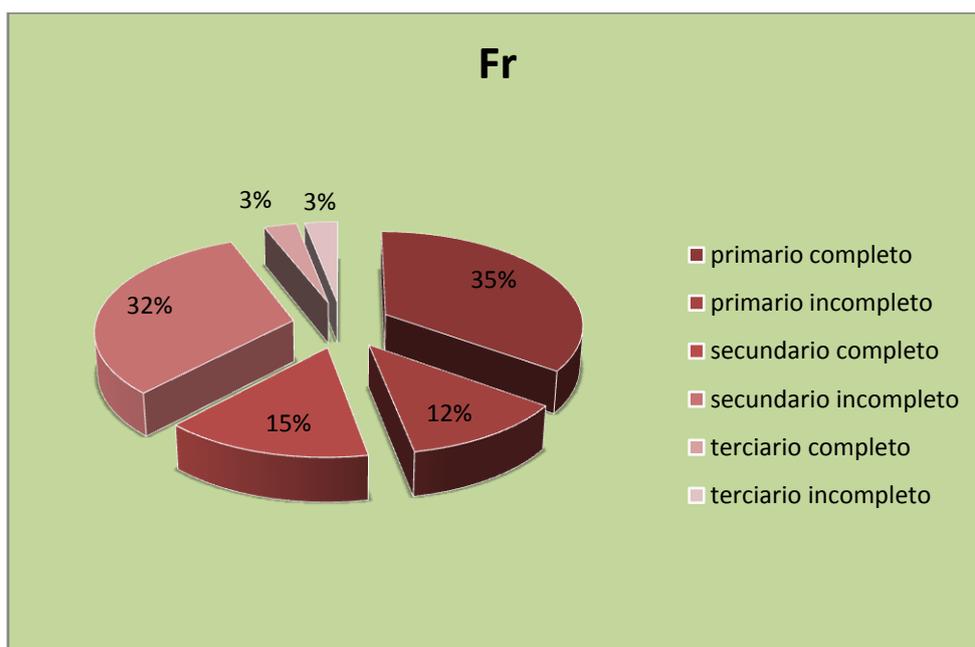


Comentario: El presente gráfico indica que la población de mayor porcentaje pertenece al grupo de más de 60 años, siguiéndole los grupos de 50 a 54 años con 29%, el grupo de 55 a 59 años con el 24%, y en menor proporción 34 a 39 años, y 40 a 44 años con el 3% respectivamente.

Tabla 14 Gráfico 14. Distribución del universo según nivel de instrucción

Nivel instrucción		Fi	Fr	F%	F ac
Primario Completo	Si	12	35%	0,3529	12
	No	4	12%	0,1177	16
Secundario Completo	Si	5	15%	0,1470	21
	No	11	32%	0,3236	32
Terciario Completo	Si	1	3%	0,0294	33
	No	1	3%	0,0294	1
Total		34	100%	1	34

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

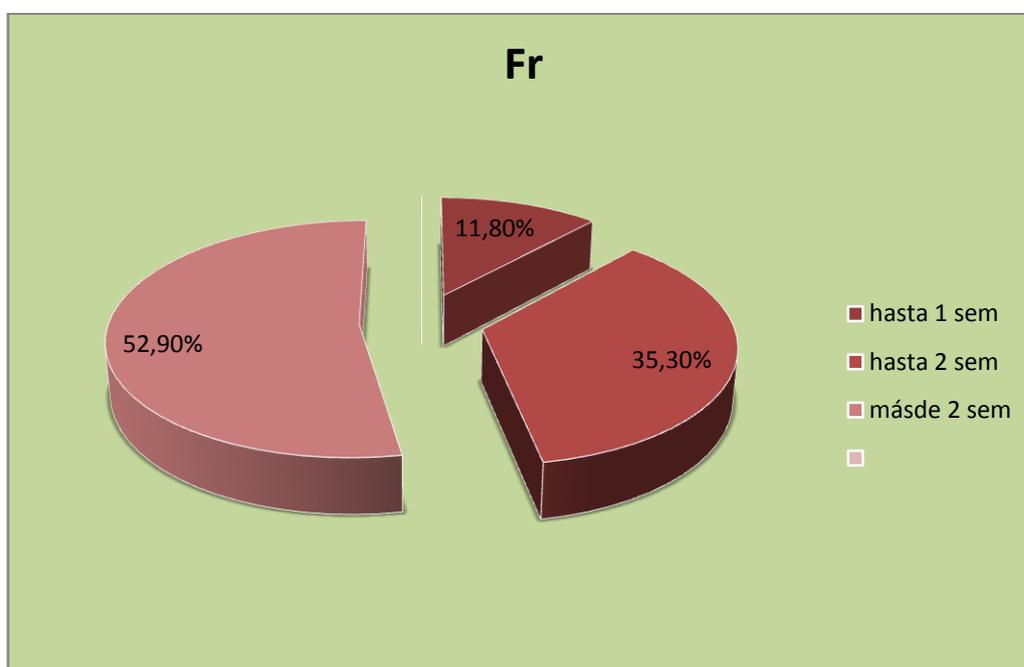


Comentario: El presente gráfico indica que sólo el 35% de la población refiere haber completado el nivel educativo primario, mientras el 32% refiere no haber completado el nivel secundario. Los grupos de terciario completo e incompleto presentan un igual porcentaje del 3% .

Tabla 15 Gráfico 15. Distribución del universo según estadía pre-quirúrgica.

Estadía pre-quir.	Fi	Fr	F%	F ac
Hasta 1 semana	4	11,8%	0,1177	4
Hasta 2 semana	12	35,3%	0,3529	16
Más de 2 semana	18	52,9%	0,5294	34
Total	34	100%	1	34

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

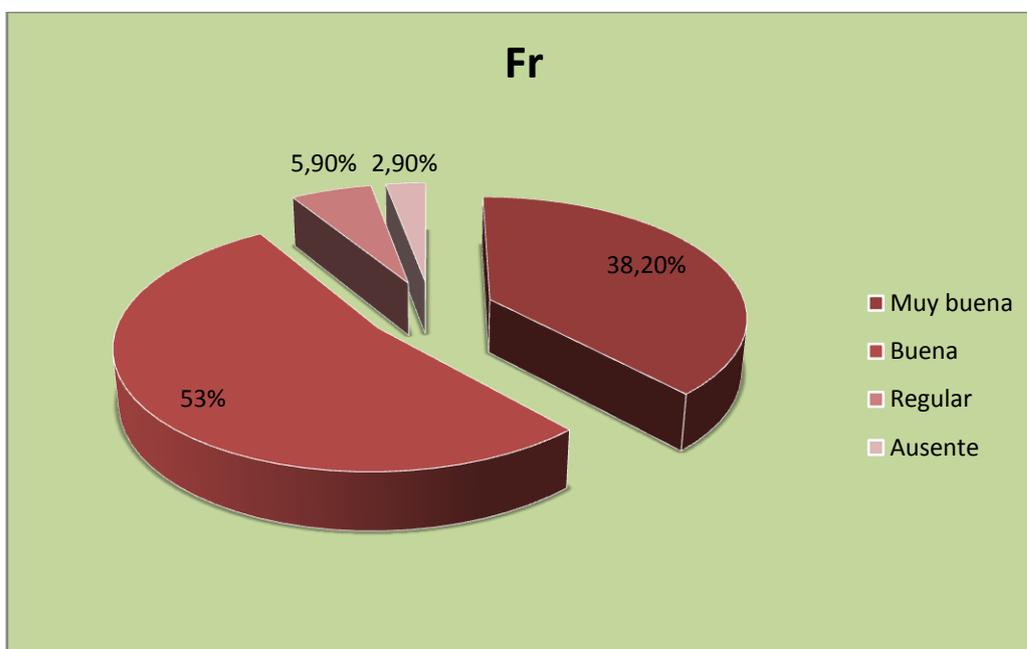


Comentario: El gráfico indica que la población presenta un mayor porcentaje de estadía pre quirúrgica de más de 2 semanas del 52,90%, mientras el 35,50% pertenece a una estadía de hasta 2 semanas. Sólo el 11,80% refiere estar hasta una semana.

Tabla 16 Gráfico 16. Distribución del universo según contención familiar.

Contenciónfamiliar	Fi	Fr	F%	F ac
Muy buena	13	38,2%	0,3823	13
Buena	18	53%	0,5294	31
Regular	2	5,9%	0,0588	33
Ausente	1	2,9%	0,0294	34
Total	34	100%	1	34

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

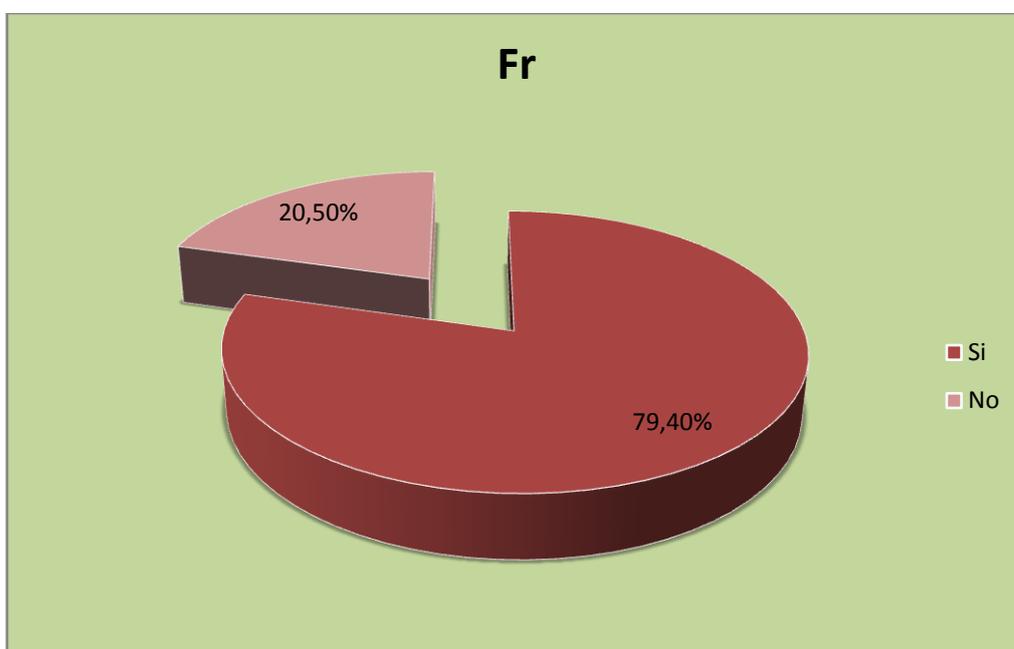


Comentario: El gráfico indica que la población presenta Muy buena contención familiar en un 38,20%. Le sigue Buena con un 53%, y en menor proporción Regular con un 5,90% y Ausente con un 2,90%.

Tabla 17 Gráfico 17. Distribución del universo según educación pre-quirúrgica.

Educación prequirúr	Fi	Fr	F%	F ac
Si	27	79,4%	0,7941	27
No	7	20,6%	0,2059	34
Total	34	100%	1	34

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

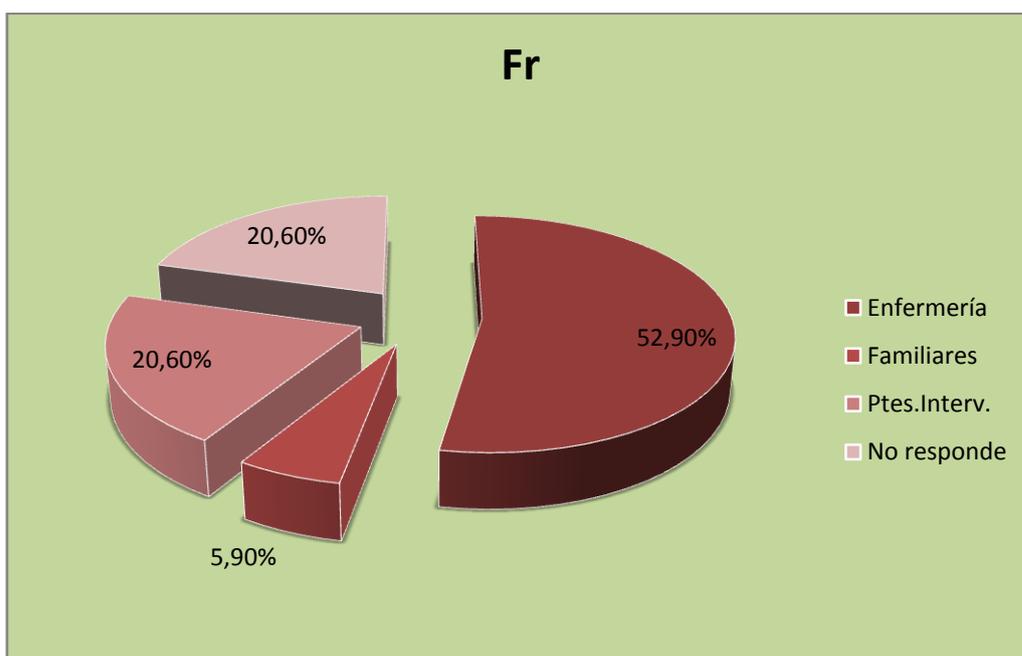


Comentario: El gráfico muestra que la población recibe educación pre-quirúrgica en un 79,40%, mientras que un 20.50% no la recibe.

Tabla 18 Gráfico 18. Distribución del universo según por quien le fue brindada la educación.

Ayuda brindada	Fi	Fr	F%	F ac
Enfermería	18	52,9%	0,5294	18
Familiares	2	5,9%	0,0588	20
Pacientes interv.	7	20,6%	0,2059	27
No responde	7	20,6%	0,2059	34
Total	34	100%	1	34

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

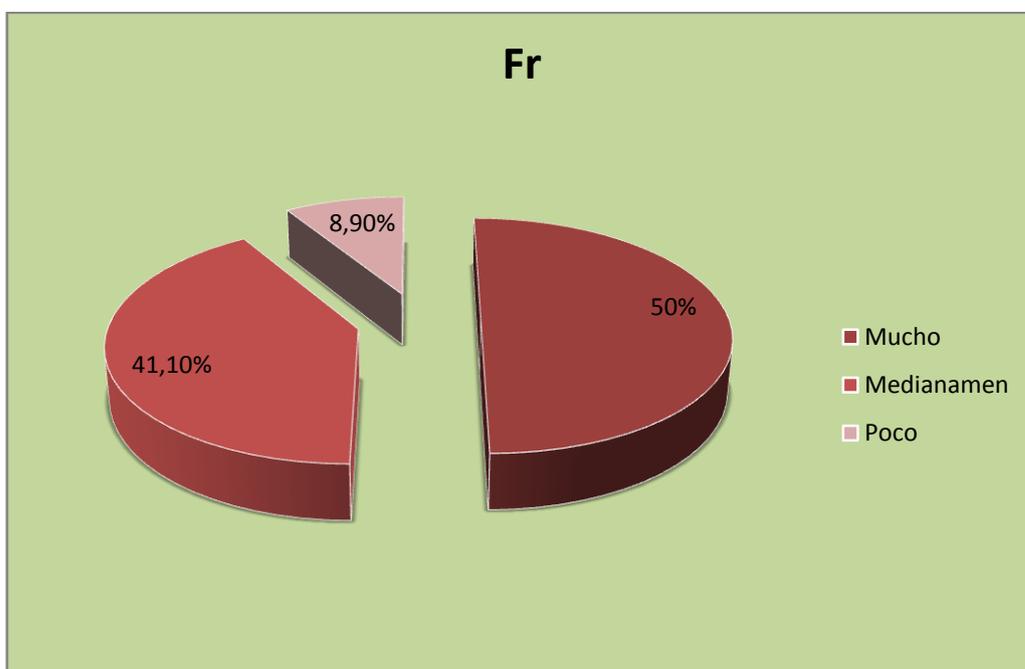


Comentario: El gráfico indica que la población recibe educación a través de personal de enfermería en 52,90%, mientras el 5,90% es a través de familiares y en un 20,60% de parte de pacientes ya intervenidos quirúrgicamente.

Tabla 19 Gráfico 19. Distribución del universo según si la educación brindada favoreció en la recuperación.

Educac. brindada	Fi	Fr	F%	F ac
Mucho	17	50%	0,5	17
Medianamente	14	41,1%	0,4118	31
Poco	3	8,9%	0,0882	34
Total	34	100%	1	34

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

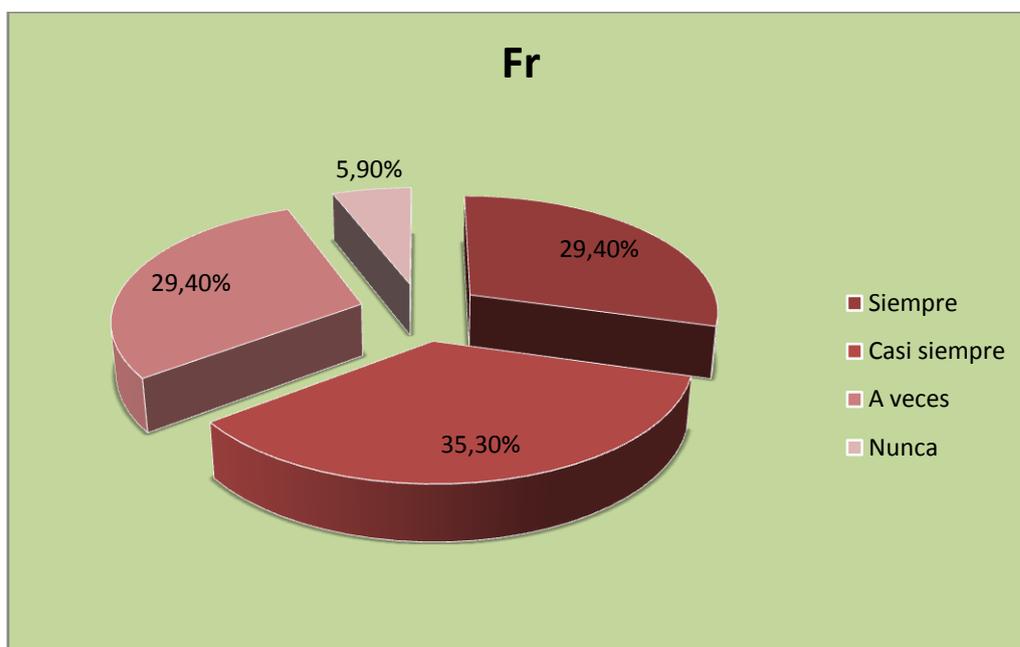


Comentario: El gráfico indica que la población refiere que la educación brindada favoreció mucho en su recuperación en un porcentaje de 50%, y en menor valor favoreció poco en 8,90%.

Tabla 20 Gráfico 20. Distribución del universo según ejercicios respiratorios.

Ejercicios Respirat.	Fi	Fr	F%	F ac
Siempre	10	29,4%	0,2941	10
Casi siempre	12	35,3%	0,3529	22
A veces	10	29,4%	0,2941	32
Nunca	2	5,9%	0,0589	34
Total	34	100%	1	34

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

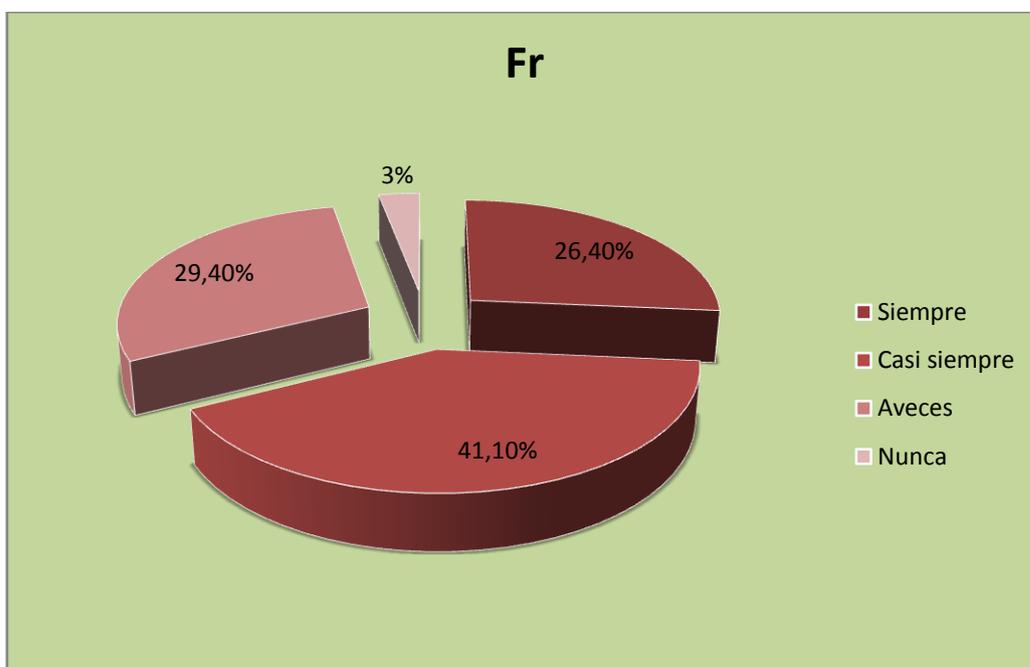


Comentario: El gráfico muestra que la población realiza los ejercicios respiratorios Casi siempre en un 35,30%, mientras que en un 29,40% lo realiza Siempre y A veces. Un 5,90% Nunca realiza ejercicios.

Tabla 21 Gráfico 21. Distribución del universo según ejercicios motores

Ejercicios motores	Fi	Fr	F%	F ac
Siempre	9	26,4	0,2647	9
Casi siempre	14	41,1	0,4118	23
A veces	10	29,4	0,2941	33
Nunca	1	3	0,0294	1
Total	34	100	1	34

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

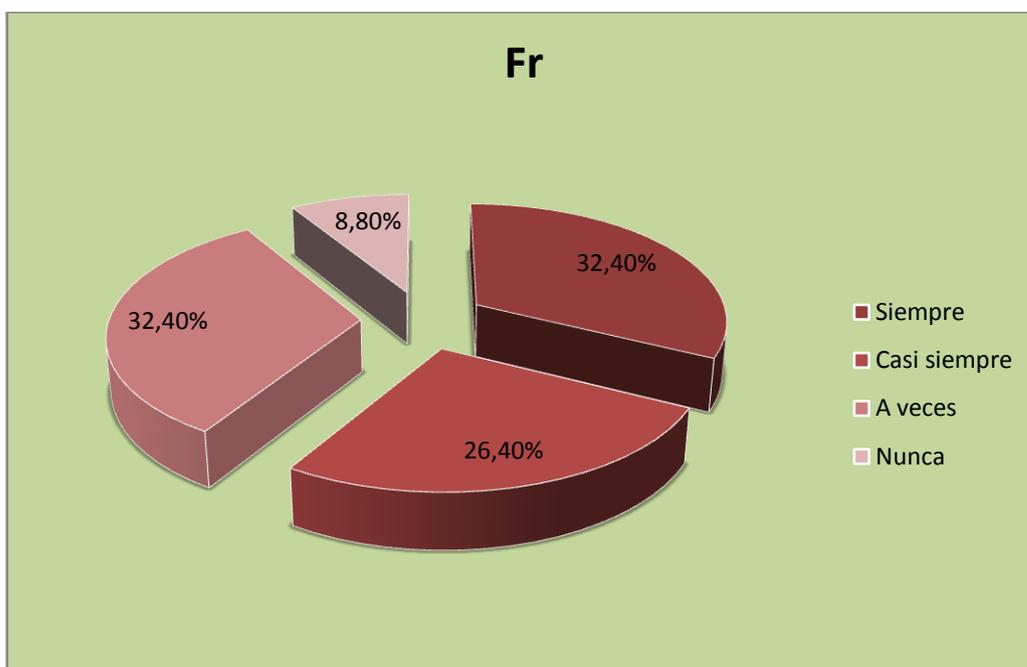


Comentario: El gráfico indica que la población realiza los ejercicios motores enseñados Casi siempre en una proporción de 41,10%. Mientras que el 3% Nunca lo realizan.

Tabla 22 Gráfico 22. Distribución del universo según técnica del abrazo

Técnica abrazo	Fi	Fr	F%	F ac
Siempre	11	32,4	0,3236	11
Casi siempre	9	26,4	0,2646	20
A veces	11	32,4	0,3236	31
Nunca	3	8,8	0,0882	34
Total	34	100	1	34

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*



Comentario: El gráfico muestra que la población realiza la técnica del abrazo al movimiento Siempre y Casi siempre en un 32,40% respectivamente. En cambio un 8,80% pertenece a Nunca se realiza.

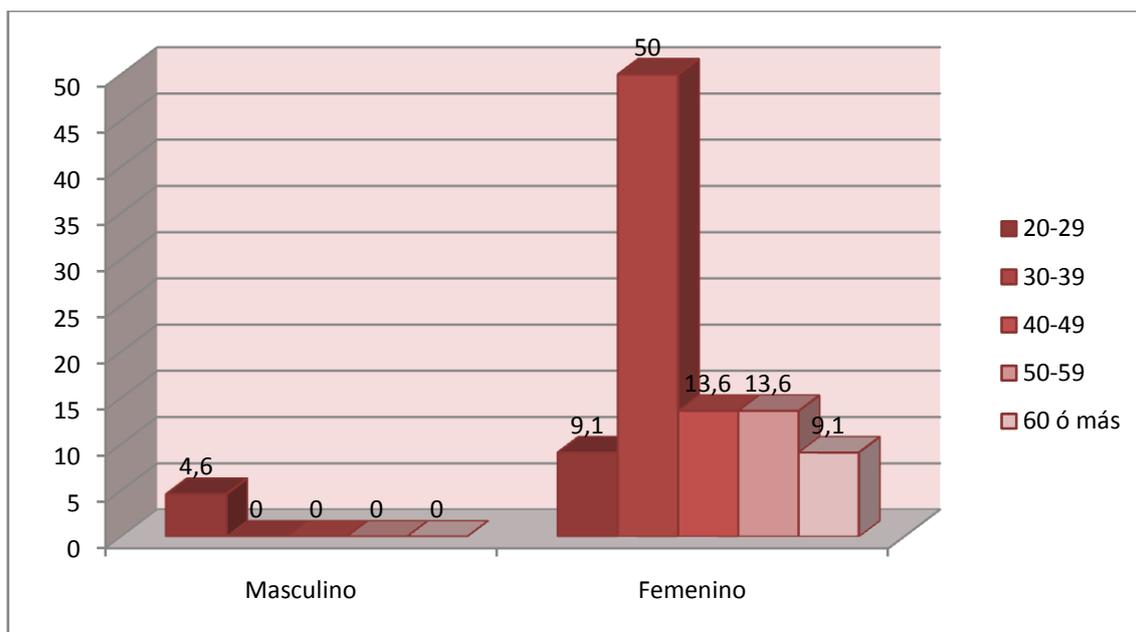
PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE TABLAS DE BIVARIADOS

Personal de enfermería

Tabla 23 Gráfico 23. Distribución del universo según edad y sexo en estudio

Sexo/edad	20-29	30-39	40-49	50-59	60 ó más	Fr
Masculino	4,6%	0%	0%	0%	0%	4,6%
Femenino	9,1%	50%	13,6%	13,6%	9,1%	95,4%
Total	13,7%	50%	13,6%	13,6%	9,1%	100%

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.*

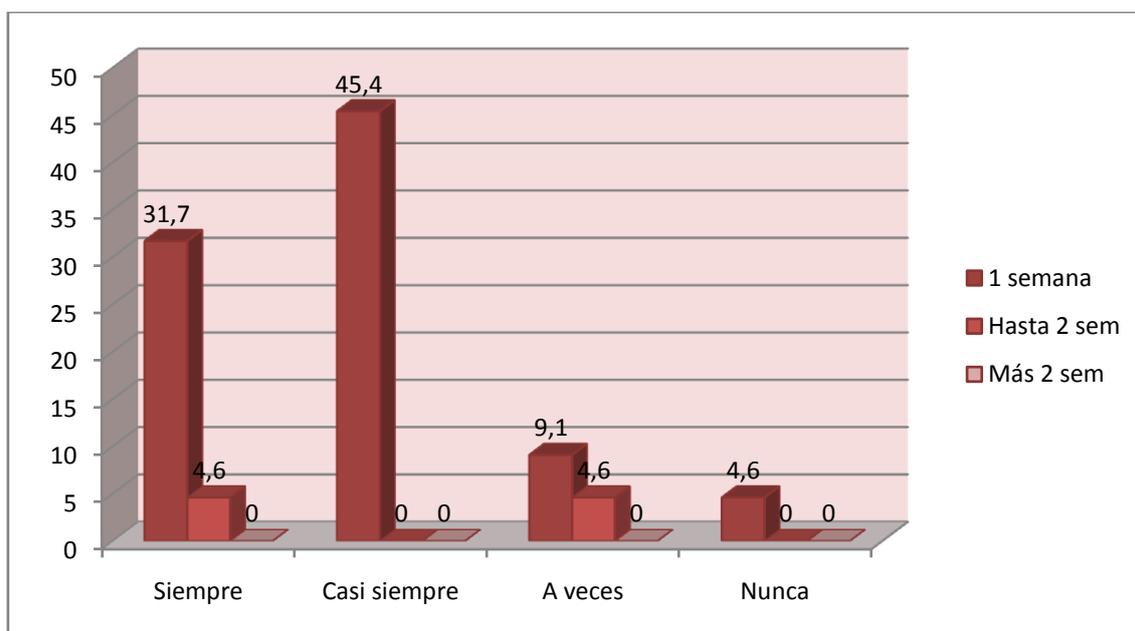


Comentario: El presente gráfico muestra una marcada diferencia del grupo femenino sobre el masculino. El porcentaje de 50% corresponde al grupo femenino entre las edades de 30-39 años. Y sólo el 4.5% corresponde al grupo masculino entre las edades de 20-29 años.

Tabla 24 Gráfico 24. Distribución del universo según el incentivo de la movilización en relación con estadía post quirúrgica.

Incentivo/Estadía	1 semana	Hasta 2 sem	Más 2 sem	Fr
Siempre	31,7%	4,6%	0%	36,3%
Casi siempre	45,4%	0%	0%	45,4%
A veces	9,1%	4,6%	0%	13,7%
Nunca	4,6%	0%	0%	4,6%
Total	90,8%	9,2%	0%	100%

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.



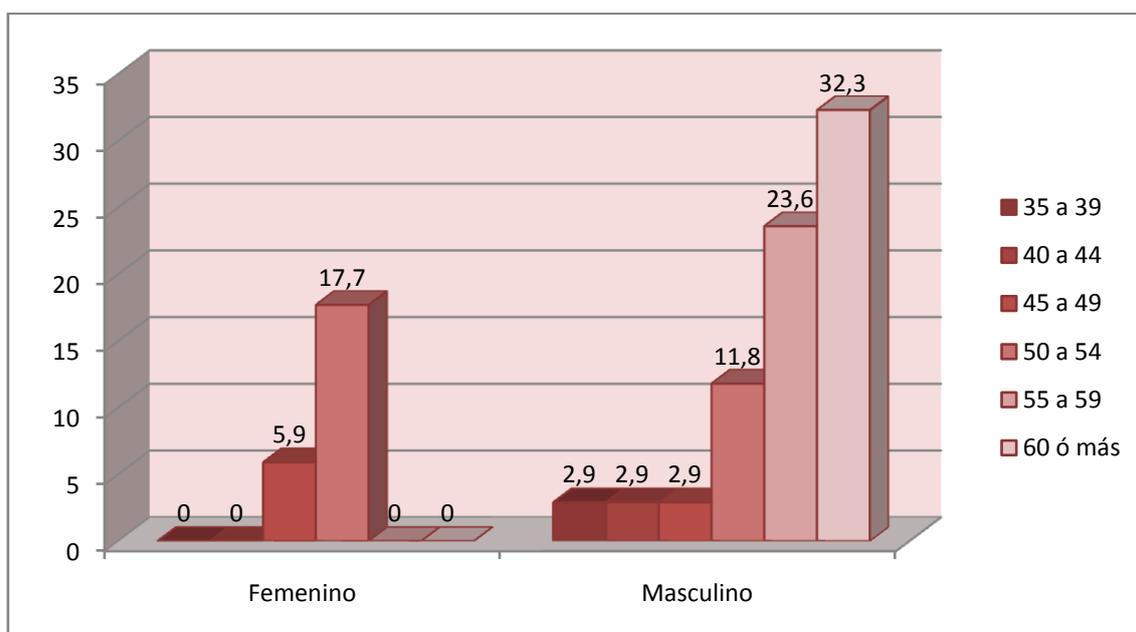
Comentario: El presente gráfico indica que el personal de enfermería que “Casi siempre” que incentiva la movilización del paciente, presenta un porcentaje del 45,4% de estadía del paciente post quirúrgica de 1 semana. Mientras que en todos los grupos de incentivos de la movilización, la relación de más de 2 semanas de estadías son nulas.

Pacientes sometidos a cirugía cardiovascular

Tabla 25 Gráfico 25. Distribución del universo según edad y sexo en estudio

Sexo/Edad	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 ó +	Total
Femenino	0%	0%	5,9%	17,7%	0%	0%	23,6%
Masculino	2,9%	2,9%	2,9%	11,8%	23,6%	32,3%	76,4%
total	2,9%	2,9%	8,8%	29,5%	23,6%	32,3%	100%

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.

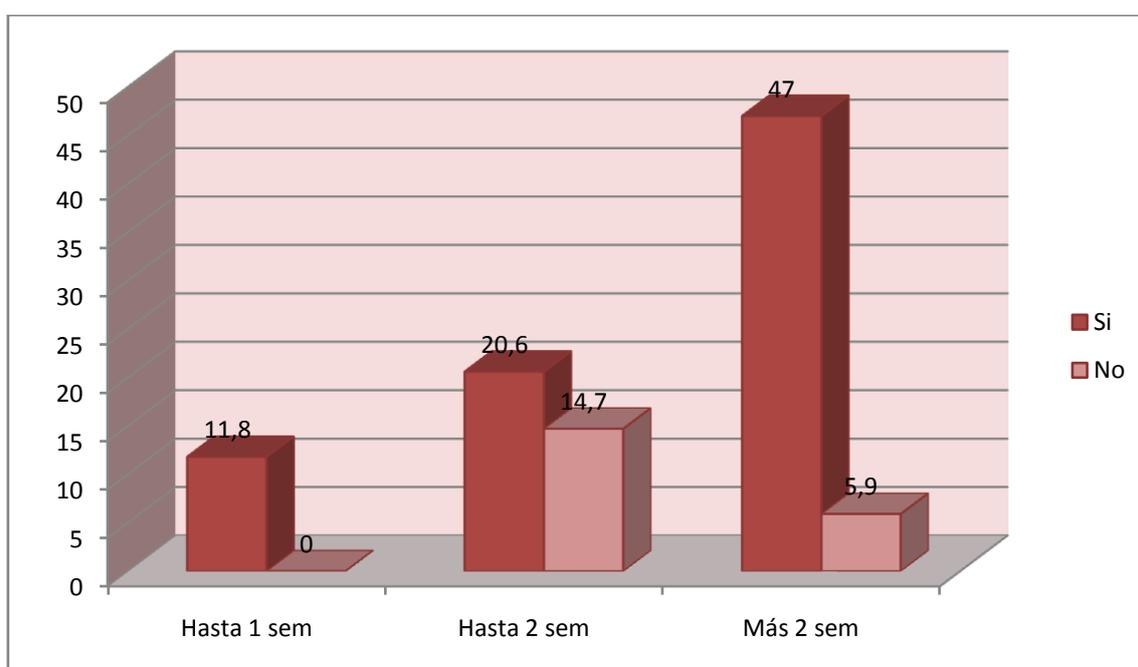


Comentario: El gráfico muestra una diferencia de género. Prevalciendo el género masculino sobre el femenino. Los grupos masculinos que más se destacan son los de 60 ó más con un 32,3%, y de 55 a 59 años con un 23,6%. El grupo femenino que más prevalece es el de 50 a 54 años, con un porcentaje de 17,7%.

Tabla 26 Gráfico 26. Distribución del universo según la educación pre quirúrgica recibida en relación con la estadía pre quirúrgica.

Estadía/Educación	Si	No	Fr
Hasta 1 semana	11,8%	0%	11,8%
Hasta 2 semanas	20,6%	14,7%	35,3%
Más de 2 semanas	47%	5,9%	52,9%
Total	79,4%	20,6%	100%

Fuente: *Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular*



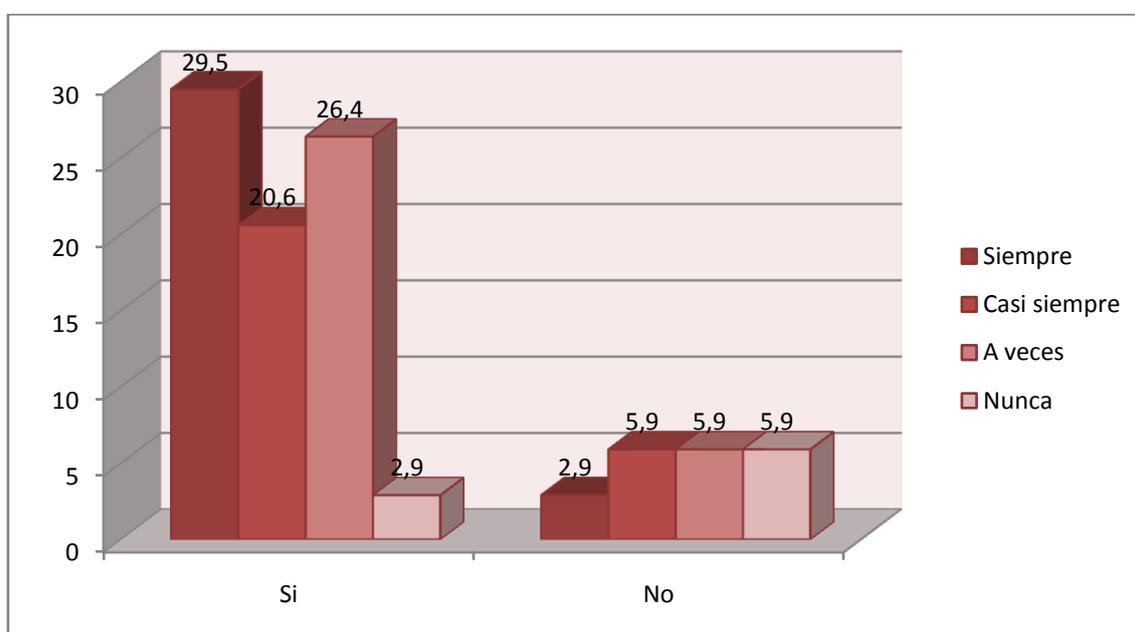
Comentario: El gráfico muestra que los pacientes que presentan una estadía pre quirúrgica de más de 2 semanas reciben el 47% de educación pre quirúrgica.

En cambio, los pacientes que tienen una estadía de hasta 1 semana reciben el 11,8% de educación.

Tabla 27 Gráfico 27. Distribución del universo según la educación pre quirúrgica en relación con la realización de técnica del abrazo.

Educac/Téc abrazo	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	Total
Si	29,5%	20,6%	26,4%	2,9%	79,4%
No	2,9%	5,9%	5,9%	5,9%	20,6%
Total	32,4%	26,5%	32,3%	8,8%	100%

Fuente: Datos recolectados por las propias autoras durante los meses de setiembre a noviembre 2012, mediante encuesta, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular



Comentario: El presente gráfico indica que los pacientes que “sí” recibieron educación pre quirúrgica realizaron una marcada diferencia en la realización de la técnica del abrazo, prevaleciendo el grupo de “siempre” y el de “A veces”. En cambio, los pacientes que no recibieron educación la proporción fue notablemente menor.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y PROPUESTAS DE ACCIÓN

CONCLUSIÓN

Finalmente podemos dar a conocer que el 76% de los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular es de sexo masculino, en su mayoría la edad que mayor predomina en estos pacientes es de mayor a 60 años con un 32%.

También se observó que el 52,9% tuvo una estadía mayor a 2(dos) semanas, recibiendo educación pre quirúrgica el 79,40% de los pacientes. Esta misma fue brindada en el 52,90% por parte del personal de enfermería.

Otro punto a destacar es que el 50% de los pacientes refirió que la educación recibida ayudó en la recuperación post quirúrgica.

En cuanto al personal de enfermería el 77,3% son enfermeros profesionales y el 50% tienen entre 30 a 39 años.

El 40,90% de ellos casi siempre brindan educación, de estos el 36,40% refieren recibir capacitación.

El tiempo de destete de asistencia respiratoria mecánica en el 72,70% de los casos se logra en el lapso de 1 a 6 hs del post operatorio inmediato.

Además el personal de enfermería incentiva la movilización casi siempre en un 50%, logrando la misma dentro de las primeras 48 hs en un 63,60% de los casos.

Para finalizar, la estadía post quirúrgica de los pacientes en el servicio es de 1 semana con el 90,90%.

Por todo lo anterior cabe destacar que la educación pre quirúrgica favoreció a los pacientes en la recuperación post quirúrgica.

PROPUESTAS DE ACCIÓN

La educación pre quirúrgica esencial para la temprana y favorable recuperación de los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular por lo cual recomendamos:

- ❖ Que el equipo de enfermería en consenso con el plantel médico, elaboren un protocolo de educación pre quirúrgica que contemple una mirada holística del paciente.
- ❖ Asimismo sería conveniente implementarla desde el momento en que el paciente ingresa al nosocomio. La misma sería brindada por el personal de enfermería.
- ❖ Para ello es vital brindar las herramientas para realizar tal labor, por lo cual el/la enfermero/a jefe debería proponer al Comité de Docencia del nosocomio, la creación de cursos en cuanto a esta área específica.
- ❖ Creemos que todas estas acciones aplicadas conjuntamente son la clave para llevar a cabo la tarea de manera exitosa.

BIBLIOGRAFIA

- (1) GARCIA MARTIN-CARO, Catalina; MARTINEZ MARTIN, María Luisa. **Evolución histórica del cuidado Enfermero.** Historia de la Enfermería. Ediciones Harcourt S.A. Madrid. España. 2001
- (2) DU GAS, Beverly Witter. Tratado de enfermería práctica. "**el proceso de enfermería**" Cap. 6. Pág. 57-82, Ottawa, Canadá.
- (3) DU GAS, Beverly Witter. Tratado de enfermería práctica. "**satisfacción de las necesidades básicas**". Cap. 3. Pág. 173-175. Ottawa, Canadá.
- (4) LAHAM, Mirta. *Psicocardiología:* "**su importancia en la prevención y la rehabilitación coronaria**". Suma Psicológica. V15 n.1 Bogotá mar 2008.
- (5) LAHAM, Mirta. *Psicocardiología: su importancia en la prevención y la rehabilitación coronaria.* Suma Psicológica. V15 n.1 Bogotá mar 2008.
- (6). LAHAM, Mirta. *Psicocardiología:* "**su importancia en la prevención y la rehabilitación coronaria**". Suma Psicológica. V15 n.1 Bogotá mar 2008.
- (7). CORREDOR PULIDO, Marcela Edit.: MONROY FONSECA, Jenny Paola. "**Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario**". Hacia la promoción de la Salud. Vol.14.Nº1. Enero-junio 2009.
- (8). GELDER; MAYOU; GEDDES. *Trastornos de ansiedad.* Wikipedia.or.
- (9). LAHAM, Mirta. *Psicocardiología:* "**su importancia en la prevención y la rehabilitación coronaria**". Suma Psicológica. V15 n.1 Bogotá mar 2008
- (10). MELO FLORIAN, Alejandro. "**Estrés y personalidad del paciente con enfermedad coronaria**". Artículo de Psiquiatría y Psicología.

- (11). CORREDOR PULIDO, Marcela Edit.: MONROY FONSECA, Jenny Paola. **“Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario”**. Hacia la promoción de la Salud. Vol.14.Nº1. Enero-junio 2009.
- (12). VINACCIA, Stefano.Psicól.” **“El Patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas”**. Revista colombiana de Psiquiatría. Vol. 32. Nº 2. Bogotá. Abril-junio 2003.
- (13). SANCHEZ, Roberto. Lic.Psicol. **“Personalidad Tipo D y riesgo cardiovascular”**. UN Plata. 2007.
- (14). LAHAM, Mirta. *Psicocardiología:” **su importancia en la prevención y la rehabilitación coronaria”***. Suma Psicológica. V15 n.1 Bogotá mar 2008.
- (15). LAHAM, Mirta. *Psicocardiología: “**su importancia en la prevención y la rehabilitación coronaria”***. Suma Psicológica. V15 n.1 Bogotá mar 2008.
- (16). THIBODEAU, Gary A.; PATTON, Kevin T. **“Estrés, enfermedad y sus mecanismos”**. Anatomía y fisiología. Editorial Mosby. 2º edición.1995
- (17). YALILIS, Castellero Amador. Avances en psicología. **“intervención psicológica en cirugía cardíaca”** vol.25.pag52-63. Bogotá, Colombia.2007.
- (18). Lic. En enfermería AZYADET. Parra Basurto. Revista Mexicana de enfermería cardiológica. **“cuidados de enfermería en el preoperatorio de cirugía cardíaca”**. Vol. 15. Pág. 24-27. Enero-Abril.2007.
- (19). AUTOR. Editorial MC GRAW- HILL. Respuesta a una experiencia quirúrgica .Cap. 5.**“educación pre-quirúrgica”**. 2011.
- (20).GARY A.THIBODEAU, KEVIN T. PATTON. **“Anatomía y fisiología”**. Estructura y función del cuerpo humano. pág. 567. Editorial Mosby. 2da edición.1995.

ANEXOS

Anexo I

ENCUESTA

La presente es de carácter anónimo y será realizada por estudiantes de la carrera de licenciatura en enfermería de la escuela de enfermería perteneciente a la Universidad Nacional de Cuyo.

A)- Para ser respondido por el personal de enfermería del servicio de Cirugía Cardiovascular

1)-SEXO

a- Masculino b- Femenino

2)-EDAD

a- 20 a 29 años b- 30 a 39 años c- 40 a 49 años
d- 50 a 59 años e- 60 años o más

3) NIVEL ACADÉMICO

a- Licenciado en enfermería
b- Enfermero profesional
c- Auxiliar de enfermería

4)- ¿BRINDA USTED EDUCACIÓN PARA LA SALUD A LOS PACIENTES Y/O FAMILIARES?

a- Siempre b- Casi siempre
c- A veces d- Nunca

5)-¿RECIBE USTED CAPACITACIÓN?

- a- Siempre b- Casi siempre
c- A veces c- Nunca

5.1- SI RESPONDIÓ CASI SIEMPRE O A VECES. ¿EN QUE ÁMBITO?

- a- Laboral b- Académico

6)-¿CÓMO MANEJA EL USO DE ANALGÉSICOS EN LOS PACIENTES POST-QUIRÚRGICOS?

- a- Cuando el paciente lo solicita b- Según indicación médica

7)- GENERALMENTE. ¿Cuánto ES EL TIEMPO DE DESTETE DE ARM LUEGO DE LA CIRUGÍA?

- a- Menos de 1 hs b- 1 a 6 hs
c- 6 a 12 hs d- + de 12 hs

8)-HABITUALMENTE ¿USTED INCENTIVA LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE POS-QUIRÚRGICO?

- a- Siempre b- Casi siempre
c- A veces b-Nunca

9)-LA MOVILIZACIÓN LA REALIZA A:

- a- Las 24 hs b- Las 48 hs. c- Las 72 hs

10)-GENERALMENTE ¿CUÁL ES LA ESTADÍA POST-QUIRÚRGICA DE LOS
PACIENTES?

a- 1 semana b- Hasta 2 semanas c- Más de 2 semanas

- MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN-

Anexo II

ENCUESTA

La presente es de carácter anónimo y será realizada por estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería perteneciente a la Universidad Nacional de Cuyo.

B)- Para ser respondido por los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular

1)- SEXO

a- Femenino b- Masculino

2) EDAD

a- 35 a 39 años b- 40 a 44 años c- 45 a 49 años

d- 50 a 54 años e- 55 a 59 años f- 60 o más

3) NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Primario completo a- Si b- No

Secundario completo c- Si d- No

Terciario completo e- Si f- No

4)-¿CUÁL FUE SU ESTADÍA EN EL HOSPITAL ANTES DE LA CIRUGÍA?

a- Hasta 1 semana b- Hasta 2 semanas c- Más de 2 semanas

5) ¿CÓMO CONSIDERA USTED SU CONTENCIÓN FAMILIAR?

a- Muy buena b- Buena

c- Regular d- Ausente

6) ¿RECIBIÓ USTED EDUCACIÓN ANTES DE LA CIRUGÍA?

a- Si

b- No

6.1-SI RESPONDIÓ SI, ¿POR QUIEN?

a- Personal de enfermería

b- Familiares

c- Pacientes ya intervenidos

7) ¿CONSIDERA QUE LA EDUCACIÓN RECIBIDA FAVORECIÓ EN SU RECUPERACIÓN?

a- Mucho

b- Medianamente

c- Poco

8) ¿HAREALIZADO LOS EJERCICIOS RESPIRATORIOS ENSEÑADOS?

a- Siempre

b- Casi siempre

c- A veces

c- Nunca

9) ¿REALIZA LOS EJERCICIOS MOTORES ENSEÑADOS?

a- Siempre

b- Casi siempre

c- A veces

d- Nunca

10)- PARA MOVILIZARSE,¿REALIZA LA TÉCNICA DEL ABRAZO?

a- Siempre

b- Casi siempre

c- A veces

d- Nunca

-GRACIAS POR SU COLABORACIÓN-

Anexo III

CODIFICACIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

Personal de enfermería:

1. Sexo:

a- Masculino.

b- Femenino.

2. Edad:

a- 20 a 29 años.

b- 30 a 39 años.

c- 40 a 49 años.

d- 50 a 59 años.

e- 60 años o más.

3. Nivel académico:

a- Licenciado en enfermería.

b- Enfermero Profesional.

c- Auxiliar en enfermería.

4. Educación para la salud.

a- Siempre.

b- Casi siempre

c- A veces.

d- Nunca.

5. Capacitación recibida.

a- Siempre.

b- Casi siempre.

c- A veces.

d- Nunca

5.1. Ámbito de capacitación.

a- laboral.

b- Académico.

6- Uso de analgésicos.

a- Cuando el paciente lo solicita.

b- Según indicación médica.

7- Tiempo de destete.

a- menos de 1 hs.

b- 1 a 6 hs.

c- 6 a 12 hs.

d- más de 12 hs.

8- Incentivo de la movilización.

a- Siempre.

b- Casi siempre.

c- A veces.

d- Nunca.

9- Movilización del paciente.

a- A las 24 hs.

b- A las 48 hs.

c- A las 72 hs.

10- Estadía post- quirúrgica.

a- 1 semana.

b- Hasta 2 semanas.

c- Más de 2 semanas.

6- Educación pre-quirúrgica.

a- Si.

b- No.

6.1. Quién realizó la educación.

a- Personal de enfermería.

b- Familiares.

c- Pacientes ya intervenidos.

7- Educación recibida durante la recuperación.

a- Mucho.

b- Medianamente.

c- Poco.

8- Realización de ejercicios respiratorios.

a- Siempre.

b- Casi siempre.

c- Nunca.

9- Realización de ejercicios motores.

a- Siempre.

b- Casi siempre.

c- A veces.

d- Nunca.

10- Técnica del abrazo a la movilización.

a- Siempre.

b- Casi siempre.

c- A veces.

d- Nunca.