

**FCM**

Facultad de Ciencias Médicas

**Escuela de Enfermería**  
**Ciclo de Licenciatura**



*Universidad Nacional de Cuyo*

## **Tesis Final**

**Tema:**

**“ROL DEL ENFERMERO EN LA EDUCACIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS**

**A**

**CIRUGÍA CARDIOVASCULAR “**

**Autora Aragón Hernández Pamela**

**Mendoza, Agosto 2013.**

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, y la misma no podrá ser publicada en toda, en parte o resumirse sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/o autoras del trabajo.

**Integrantes del Tribunal Examinador:**

.....

.....

.....

**Mendoza .....de .....de 201**

## INDICE GENERAL.

Temas	Pág.
• Índice	IV
• Prologo	V
• Agradecimientos	VI
• Introducción	1
• Tema	2
• Descripción del problema	3 - 4
• Delimitación del problema	5
• Justificación	6 - 7
• Objetivo general	8
• Marco teórico	9 - 53
• Diseño metodológico	54
• Operacionalización de la variable	55 - 56
• Propuesta	90
• Conclusión	91
• Bibliografía	92
• Anexos	93 - 98

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS.

• Tablas y gráficos simples	58 - 79
• Tablas bi variadas	80 - 82
• Tabla matriz	83 - 84
• Códigos tabla matriz	85 - 86
• Interpretación de los datos	87 – 89.

## **PROLOGO.**

El presente trabajo se realizo con el objetivo de investigar si el personal de enfermería del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza conoce la importancia de su rol de educador dentro de los cuidados brindados al paciente.

La enfermeria como profesion dentro de sus actividades tiene como proposito brindar cuidados a la persona ya sea enferma o sana y uno de los cuidados independientes que puede brindar enfermeria es educar a la persona ya sea para mantener su salud o para adaptarse a su nueva situacion como por ejemplo luego de una cirugía cardiovascular, ya que parte importante de la recuperacion luego de esta cirugía depende de los cuidados que tenga el paciente por lo cual es muy importante saber educarlo acerca de sus cuidados tanto a el como a su familia para lograr una pronta recuperacion y evitar complicaciones que lo lleven a reingresar al hospital.

Es por esto que se cree que el personal de enfermeria del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital italiano de mendoza debe estar consciente de cual es su rol en la educacion del paciente y su familia y cuales son las herramientas que posee para llevar a cabo dicha educacion.

Para esto se realizo una entrevista a todo el personal de enfermería entre junio a noviembre de 2011, el cual colaboro con buena predisposición para contestar la entrevista. A su vez se pudo observar en terreno la importante tarea que realiza el enfermero de cirugía cardiovascular en la atención al paciente tanto en el pre quirúrgico como en el post quirúrgico.

## **AGRADECIMIENTOS**

En agradecimiento a mi Papi Miguel y a mis Padres pilares fundamentales en mi vida que hicieron posible que llegara a ser la profesional que soy ya que siempre me apoyaron y creyeron en mi.

A mis docentes que me guiaron durante estos cinco años y me enseñaron a valorar y querer mas a esta noble profesión .

## INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo pretende averiguar si el enfermero del servicio de cirugía cardiovascular conoce su rol de educador y con esto determinar las características del cuidado de enfermería, en los hombres y mujeres que atraviesan por una cirugía de corazón a cielo abierto. Para ello nos fundamentamos en las teorías de Marie Françoise Colliere , quien cita : “ Que la naturaliza de los cuidados dependerá de la finalidad que se propongan asegurar, según lo que sea necesario despertar y desarrollar de las capacidades físicas, afectivas mentales y sociales del individuo para asegurar la continuidad de la vida. Se puede vivir sin tratamientos pero no se puede vivir sin cuidados”. A partir de este concepto nos proponemos definir un rol tan específico, mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal

En la última década, la enfermería ha avanzado de manera rápida y significativa. Se ha expresado y cuestionado nociones e ideas generales, a la vez se han adquirido nuevos conocimientos científicos que se han aplicado a los cuidados que las enfermeras dan a los pacientes. Durante toda esta evolución y ampliación de la información, los campos de la práctica de la enfermería se han hecho más finitos, separados y adecuados a las necesidades e intereses de los pacientes.

Siendo la atención de enfermería una actividad de gran importancia en el proceso antes y después que conlleva a la cirugía cardíaca, en cualquiera de sus tipos (revascularización, valvular o trasplante cardíaco)

Como profesionales de enfermería tenemos la inquietud de prestar los mejores cuidados. La búsqueda de la excelencia en el desempeño de nuestra profesión.

Profundizar en el concepto de cuidar y educar como así también definir nuestro rol de educadores, resulta imprescindible para aplicar los mejores cuidados, y buscar herramientas que nos ayuden a poner en práctica las intervenciones de cuidar, es uno de los pilares para el desarrollo de nuestra profesión.

## **TEMA**

**“Rol del Enfermero en la educación de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular “**



## **DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

Se observa que la educación al paciente sometido a cirugía cardíaca, es una de las partes más importantes en la recuperación del mismo. Es por ello que debe ser prioritario para el enfermero, brindar una enseñanza de calidad que ayude y guíe al paciente a retomar su nivel funcional óptimo. El grado de complejidad que demanda el paciente después de la cirugía amerita un recurso humano especializado para este servicio debido a que este paciente después de la cirugía pasa a ser dependiente en su totalidad, Durante los primeros 5 días, es fundamental la guía educadora constante del enfermero, para que el paciente pueda llegar a un alta satisfactoria y a su vez evitar complicaciones en el postoperatorio prolongado, que lo lleven a nuevos reingresos hospitalarios.

El problema surge al observar que en el servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Italiano si bien se brinda parte de la educación para el alta del paciente, no se hace un seguimiento profundo e individualizado durante la estadía de este en el servicio para ver si los cuidados explicados fueron entendidos y son aplicados por los pacientes y su familia y al no realizarse este seguimiento no se puede saber el éxito de los cuidados en el hogar del paciente.

Por otro lado cuando se observa que el paciente no aplica los cuidados explicados no se profundiza en saber si el paciente no lo realiza porque no quiere, no puede o no sabe como hacerlo.

Por esto se considera que a esta educación al paciente en algunas ocasiones no se le da la importancia que se merece y a raíz de esto se considero que es importante investigar si el personal de enfermería del servicio de cirugía cardiovascular conoce el rol que cumple dentro de la educación del paciente sometido a cirugía y su familia.

Al focalizar la problemática, de los cuidados enfermeros en el escenario del desempeño profesional de las enfermeras cuya formación inicial o en servicio es heterogénea, se observa que se van adaptando al cuidado del paciente en post-operatorio de cirugía cardíaca, sin actualizar sus conocimientos, resolviendo los problemas más por el sentido común que por su fundamentación científico-académico.

Se detecta que la mayoría de los entes formadores han mantenido una currícula de carácter normativo y la enseñanza se ha centrado fuertemente en lo procedimental complementando con el modelo de Virginia Henderson, quien hace hincapié en los conceptos de globalidad y de satisfacción de las necesidades de independencia de las personas.

Otro factor importante es saber que no existen antecedentes de investigación sobre esta temática en el hospital y resulta viable ya que no nos insumirá erogaciones económicas de magnitud.

## **Delimitación del Problema.**

¿ Los enfermeros realizan actividades educativas que denoten la importancia del rol educador en la atención de pacientes quirúrgicos cardiovasculares en el Hospital Italiano de Mendoza de Junio a Noviembre de 2011?

## **Justificación.**

Este tema se eligió con el objetivo de determinar la importancia del rol de educador en la especialidad del enfermero de cirugía cardiovascular y cuales son las herramientas pedagógicas que brinda el enfermero al paciente que se somete a este tipo de cirugías.

Este estudio es de fundamental importancia ante la necesidad de una enfermería especializada en cirugía cardiovascular debido a que los avances en tecnología son cada vez mayores y a raíz de esto se pierde el concepto cuidado holístico hacia el paciente. Frente a esta situación es imprescindible tener herramientas pedagógicas para ayudar al paciente a lograr su independencia y así un Nivel Funcional Optimo que le permita su pronta inserción en la sociedad .

Se estima que no solo es necesario ofrecer nuestras habilidades como meros profesionales técnicos, sino también es necesario mostrar nuestras destrezas como educador y a través de esta enseñanzas lograr el autocuidado del paciente.

Además hay que tener en claro que un enfermero educador es aquel enfermero titulado que ha avanzado en la educación, incluyendo la instrucción clínica avanzada en una especialidad de asistencia médica.

Por otro lado, el enfermero educador es aquel que ayuda al paciente a promover la salud mediante la enseñanza de actividades que promueven la salud, enfermedades o condiciones y/o tratamientos.

Los enfermeros educadores deben explicar todo tratamiento y/o procedimiento de los cuales ellos son responsables. Cualquier pregunta que haga el paciente, el enfermero debe ser capaz de contestarlo y evaluar el proceso del cliente hacia la salud.

El marco teórico o conceptual de la enfermería es el armazón que sostiene y delimita la existencia de una determinada forma de actuar. Trata de guiar la acción profesional en la función de asistencia, docencia, administración y de investigación.

En consecuencia, es necesario trabajar mas en el desarrollo de habilidades pedagógicas en cuanto a lo antes dicho respecta que ayuden al enfermero a brindar cuidados de calidad.

En definitiva se quiere lograr con esta investigación mostrar la importancia que tiene nuestro rol de educador dentro de la practica profesional de enfermería. Por otro lado esto permitirá profundizar nuestro rol como profesión en el advenimiento de la medicina moderna

## **Objetivo General**

Determinar la importancia del rol de educador en la atención de pacientes con cirugía cardiovascular.

### **Objetivos Específicos.**

Determinar las características de los cuidados que los enfermeros prestan a los pacientes que se someten a una cirugía cardíaca.

Definir el perfil de educador del enfermero de cirugía cardiovascular.

Establecer si los enfermeros conocen su rol de educador en la atención de pacientes con cirugía cardiovascular.

Identificar y describir cuidados específicos de enfermería en cirugía cardiovascular .

***MARCO***

***TEORICO.***

## **MARCO TEORICO.**

### **ROL DEL ENFERMERO COMO EDUCADOR.**

#### **Rol**

Para comenzar a hablar sobre este tema se debe tener en claro que significa la palabra Rol su definición es “ Función que alguien o algo cumple”.

Para los sociólogos Berger y Luckman,<sup>1</sup> hablar de rol es referirse a la “ tipificación de comportamientos objetivizados socialmente en el acto”, y cuando esta tipificación aparece en el contexto de un cúmulo de conocimientos objetivizados, común a una colectividad de actores, se puede empezar a hablar de roles.

Al desempeñar roles, los individuos participan en un mundo social; al internalizar esos roles ese mismo mundo se transforma en realidad para ellos, subjetivamente.

En el desempeño de roles existen normas que son accesibles a todos los miembros de una sociedad, o por lo menos a aquellos que potencialmente lo desempeñan. Todo comportamiento institucionalizado involucra roles.

Hay diferentes tipos de roles el Rol Prescrito que consiste en el sistema de expectativas que existen en el mundo social que rodea al ocupante de una posición , expectativas referentes a su comportamiento hacia los ocupantes de otras posiciones.

El Rol Subjetivo que consiste en aquellas expectativas específicas que el ocupante de una posición percibe como aplicables a su propio comportamiento cuando interactúa con los ocupantes de otra posición.

1 Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad 17 ed. Buenos Aires Amorrortu, 2001 p 97 98



El Rol desempeñado que consiste en los comportamientos manifiestos, específicos de los ocupantes de una posición, cuando interactúan con los ocupantes de otra posición.

Los roles, vistos en esta perspectiva, son mecanismos a través de los cuales los individuos están integrados al “sistema”, y varían según el sistema en que participen. El rol tiene permanencia y va más allá de los individuos que lo desempeñan. La importancia de esto radica en considerar la conducta de los actores no como actos individuales y aislados, sino repetitivos y constantes, lo que favorece el proceso de interacción. Esto es importante por cuanto en lo curricular se espera que el estudiante adopte este comportamiento y lo proyecte en su trabajo.

Luego de leer y entender estas definiciones queda mas claro que es un rol y se puede visualizar mas fácilmente cual es el rol de enfermería.

## **ROL DE ENFERMERIA.**

La enfermería ha experimentado cambios importantes en su formación, relacionados con el acelerado avance tecnológico de los servicios de salud. Hoy día constituye un factor imprescindible para el mantenimiento o recuperación de la salud de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida en el proceso salud – enfermedad por su participación como integrante activo del equipo interdisciplinario de salud.

Esta participación está determinada según los roles profesionales que asume según su posición dentro de la estructura organizacional: proveedor y gestor de cuidados, **educador para la salud** o investigador de su practica. Todos estos roles tienen como eje el Proceso de atención de enfermería, a través de intervenciones generales y específicas que son determinadas por el nivel de dominio con el que se actúa.

El nivel de dominio se deriva del grado de conocimientos, del juicio critico y de las competencias que se adquieren según el avance en la formación y del cultivo de los valores éticos, aspectos que requieren considerarse para determinar los limites de la responsabilidad que debe asumir cada integrante

como garantía tanto de seguridad como de calidad para quien recibe los servicios.

Para Colliere el **rol** representa una línea de conducta, un conjunto de aptitudes necesarias para **cuidar**.

Es la manera de actuar, de vivir de volver a sentir lo que se hace al ejercer una función, *“no es la función, es la expresión de la función”*

Dentro de las funciones que lleva a cabo la enfermera esta la de educar al paciente, ya sea para prevenir enfermedades o adaptarse a la nueva situación de vida como por ejemplo maternidad, alta hospitalaria, etc. Esto es muy importante porque hay que recordar que una de las prioridades de enfermería es buscar la pronta independencia del paciente y un nivel funcional óptimo acorde a su nueva situación.

Dentro de los roles de enfermería se ha mencionado el rol de cuidar y el de educar entre otros a continuación se trataran estos dos aspectos del rol.

## **CUIDAR.**

Si tomáramos la concepción de Virginia Henderson, diríamos que los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. “estas personas podrían llevar a cabo sus estas actividades sin ayuda, si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.” El objetivo de las profesión enfermera se centra entonces en conservar y reestablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por si mismo sus necesidades fundamentales.

Teniendo en cuenta esta concepción de cuidado se puede decir que la educación brindada a la persona por parte de enfermería es muy importante, ya que le brinda los conocimientos necesarios para mantener o alcanzar un nivel de salud óptimo.

Para la escritora Françoise Collière:<sup>2</sup>

"Cada uno de nosotros, en algún momento de nuestra vida, pasa por alguna de las grandes etapas: estar cuidado, cuidarse, cuidar. Esto se da en todas las sociedades, si bien la forma de vivirlas y el momento en que empieza cada una no sea la misma para todos, y esto es lo que hay que descubrir. Y es que CUIDAR es desarrollar las capacidades de vivir, sin las cuales no es posible existir (los cuidados son dados con el fin de despertar la vida, desarrollarla)".

Según la enfermera francesa quienes ejercen esta bella profesión tienen como función acompañar y descubrir lo que los hombres y las mujeres no pueden hacer por sí mismos debido a que no han desarrollado tal capacidad. De alguna manera, somos los que ayudamos a pasar un trance en situaciones difíciles.

Collière apunta también a en cierta forma, hemos olvidado que la salud representa todo aquello que hay en nosotros de capacidad de vivir. Lo que supone que cuidar es movilizar las capacidades existentes o que quedan de la vida.

Según Collière cuidar supone permitir que estas capacidades se sigan desarrollando en función de la edad y que contribuyan a limitar la enfermedad y a compensar los efectos nocivos de la misma. "Cuidar no es tratar".

Cuanta mayor carencia de cuidados hay, más tratamiento se proporciona. Sin embargo, en la enfermedad hay una mayor necesidad de cuidados y estos no pueden ser en ningún momento reemplazados por los tratamientos. Al abordar la naturaleza de los cuidados Collière afirma que hay que volver a los que se dan en torno al nacimiento, pues marcan la pauta de los de la muerte (y no se puede hablar del cuidado de la vida sin hablar del de la muerte).

Afirma también la teórica, que es importante discernir la naturaleza de los cuidados a ejercer, es decir, los elementos sobre los que habrá necesidad de compensar apaciguar...

En el caso de que no haya enfermedad, eso se lleva a cabo alrededor de cómo se manifiestan las preocupaciones en el otro, y esto sólo se puede hacer buscando juntos.

<sup>2</sup> Collière Marie Françoise, "Promover la vida". Editorial Mc Graw – Hill Interamericana de España 1993.

Cuando hay enfermedad habrá que ver cuáles son las dificultades que conlleva la enfermedad, así como saber a quién le está ocurriendo, su edad... y su relación con el medio. Collière apunta que todo ello permitirá valorar los efectos de estos cuidados, así como su valor económico y financiero.

La acción de la enfermera se centra por una parte en todo aquello que mejora las condiciones que favorecen el desarrollo de la salud para prevenir y limitar la enfermedad, y por otra, en todo aquello que revitaliza al ser humano cuando está enfermo.

Collière también hace referencia a que “el campo de competencias de los cuidados de enfermería se ha dejado desbordar, invadir, y mas tarde absorber por el campo de la practica medica”.

Haciendo referencia a esto se puede decir que el rol de educador que tiene el enfermero es importante, ya que permite una participación un tanto mas independiente de parte del personal de enfermería dentro de los cuidados brindados a las personas.

### **EDUCAR<sup>3</sup>**

Ahora es importante saber que significa **educar** y su definición es: Dirigir, encaminar, doctrinar.

La acción de educar al paciente esta inserto en el perfil de enfermería definido por la Comisión Interinstitucional de enfermería el cual establece:

- La función docente, se refiere principalmente a las actividades de educación para la salud y las relaciones con la educación continua o formación de los nuevos recursos.

<sup>3</sup> Cortez Valenzuela Elizabeth, Una nueva forma de enseñar en enfermeria. Diplomado Universidad catolica de Chile.

La **educación** es un proceso continuo que acompaña y atraviesa toda la vida del hombre, dando así lugar a la profesión educadora cuya razón de ser es la formación del hombre, donde el maestro ayuda al alumno a que se haga a sí mismo, por lo tanto la labor educadora es social con un alcance distinto y más radical porque a través de ella se va construyendo la sociedad y delineando su forma del ser.

Esta concepción de la educación exige del ejecutor del proceso educativo un gran compromiso, que exige una entrega sin límites prefijados al trabajo que se requiera, en una actitud dictada por la fe y el amor y la responsabilidad social. Solo una relación basada en el amor y responsabilidad social se convertirá en un extraordinario vínculo de relación pedagógica, por eso quien no sepa vivir con amor a sus semejantes puede sentirse fracasado como educador.

Entonces solo un compromiso total que abarque la vida del sujeto como ser social es garantía de un adecuado desempeño en la función docente.

Según esto se puede decir que la Enfermería es una disciplina que nació con el hombre porque siempre las necesidades humanas estaban sujeto a cuidados preventivo promocionales y recuperativos; lógicamente Enfermería al igual otras ciencias en forma progresiva iba modelando su práctica y ciencia hasta constituirse es una disciplina científica que se preocupa por el bien fundamental de la humanidad basada en una práctica social y ética. La entrada en este nuevo milenio; enmarcado por la globalización, la cultura de la calidad y la rápida obsolescencia del conocimiento, representa para Enfermería un gran reto en la práctica como en la docencia generar una renovación constante en función a los cambios tecno-científicos, la bioingeniería, la biomecánica y la cibernética.

Para poder educar de forma correcta el educador enfermero debe tener ciertas características personales como: Poseer una personalidad equilibrada, abierta, sensible y extrovertida que le permita actuar con criterio humano siendo comprensivo, optimista y amable, teniendo en cuenta que su sujeto de atención es la otra persona la cual esta viviendo diferentes situaciones.

Poseer autocontrol sobre sus propias reacciones, en lo que se conoce como inteligencia emocional que le permita desarrollar simpatía y empatía hacia las personas con los que trabaja y a las que asiste, ya que es muy importante ponerse en el lugar del otro para poderlo entender de forma mas completa.

Tener un adecuado autoconcepto y autoestima y que le dé confianza en sí mismo y sea capaz de desarrollar relaciones constructivas con los demás.

Tener coherencia y claridad definida de los principios, creencias y valores que informa y orienta su propia vida; es decir debe ser auténtico y coherente entre lo que dice y hace; tener una escala de valores y defenderla ya que no podrá orientar quien no tiene definido sus propios valores y demuestre respeto hacia los valores de los demás. Debe recordar que no hay educación neutra ya que siempre se impregna de los valores de quien la imparte.

Debe ser flexible y a la vez firme de sus propios criterios respetando al educando en este caso el paciente en su posicionamiento, cuya personalidad debe respetar y estimularla hacia su afirmación y nunca anular o suplantarla, teniendo en cuenta que su misión es la de formar seres autónomos.

Es muy importante que el enfermero al momento de educar sea una persona en quien se pueda confiar generando un clima de confianza con el paciente, convirtiéndose en un apoyo para él.

Debe tener un alto sentido de realismo reconociéndose como un ser humano con cualidades y capacidades pero también con limitaciones e imperfecciones, para lo cual debe automatizarse objetivamente.

Además el enfermero para educar debe poseer tres tipos de habilidades:

- Carisma o el poder de una personalidad magnética,
- Conocimiento de la materia que imparte,
- Capacidad pedagógica.

Para desarrollar estas tres habilidades es muy importante la formación que posee el enfermero y los cuidados de enfermería que desarrolla diariamente.

Poseer solvencia técnica que le permita actuar con seguridad en la atención de los pacientes, transmitiéndole esa seguridad.

Conocer al paciente averiguando que conocimientos traen, cuales son sus intereses, sus estilos de aprendizaje, sus hábitos, actitudes y valores para así brindar una educación acorde a cada persona y situación ya que cada persona es diferente y tienen distintas necesidades.

Debe ser un generadores de climas de transformación, optimización, mejora y cambio sustantivo promoviendo actitudes de independencia y realización del paciente.

Ser un impulsador crítico y asesor comprometido con la tarea educadora constituyendo conocimiento y acciones coherentes con los principios didácticos y metodológicos innovadores que faciliten el proceso Enseñanza- Aprendizaje, lo cual exige una capacitación permanente.

Por otro lado el enfermero que educa debe desarrollar habilidades como comunicador de los mensajes y estimulador de la oportunidad de realización hacia mayores logros. Apertura, flexibilidad y compromiso para asumir la experiencia como un aspecto de mejora de la profesión .

## **TEORIAS DE ENFERMERIAS RELACIONADAS CON EL ROL DEL ENFERMERO COMO EDUCADOR.**

Como se ha mencionado anteriormente es muy importante que el enfermero le brinde educación a las personas tanto sanas como enfermas. Es por esto que el tema ha sido tratado por distintas teóricas a continuación veremos parte de las teorías de Virginia Henderson y Dorotea Orem .

### **Teoría de las Necesidades- Virginia Henderson.<sup>4</sup>**

Define a la enfermería en términos funcionales como: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación y una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Los elementos mas importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades básicas que componen “los cuidados enfermeros”
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, a la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto- actualización.

<sup>4</sup> Apuntes de Catedra Bases del cuidar enfermero 1 Autora lic en enfermería Gamboni Silvia, Escuela de enfermería.Fcm UNCuyo año 2012



Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos del organismo
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
5. Descansar y dormir
6. Seleccionar vestimenta adecuada
7. mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a dios, acorde con la religión
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a u desarrollo normal de la salud.

Estas necesidades pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por las personas cuando tienen el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causa de tipo físico, psicológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio que todos los seres humanos satisfacen dichas necesidades cuando están sanos y tienen los suficientes conocimientos para ello.

Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos .Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- Permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultura, capacidad física.
- Variables: Estados patológicos.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir no ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería, los cuales se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera- paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas

### **Dorotea Orem:**

Define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

- 1- **TEORIA DEL AUTO-CUIDADO:** En la que explica el concepto de auto-cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.
- 2- **TEORIA DEL DÉFICIT DEL AUTO-CUIDADO:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto-cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera-

3- **TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA:** En la que se explican los modos en que las enfermeras/ os pueden atender a los individuos , identificando tres tipos de sistemas:

- Sistema de Enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo-
- Sistema de Enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona auto-cuidados.
- Sistema de Enfermería de apoyo-educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto-cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Dorotea Orem, define el objetivo de la enfermería como: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto-cuidado, para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de la enfermedad”. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar, compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de auto-cuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsable de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de auto-cuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el auto-cuidado etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.

2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento medico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Es una persona con capacidad para conocerse<sup>4</sup>, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de auto-cuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

## ***Departamento de Cirugía Cardiovascular: Diagnostico Situacional***

El servicio de recuperación cardiovascular esta inserto en el Hospital Italiano de Mendoza, se trata de un servicio tercerizado por lo tanto totalmente independiente de la organización central del hospital.

Cuenta con:

Una sala de cuidados intensivos provista:

- de 4 camas electrónicas
- monitores multiparamétricos
- 4 monitores volumétricos
- 5 respiradores artificiales

Dos salas de cuidados intermedio con 2 camas cada una equipadas de la misma manera que la sala de cuidados intensivos

Cuatro salas con 2 camas cada una estas poseen circuito cerrado de televisión para el control permanente de los pacientes desde la enfermería. También posee telemetría portátil con monitoreo cardiaco durante las 24 horas mientras dure la internación.

### **Recursos humanos**

El servicio cuenta con 20 enfermeros siendo el ideal 21 enfermeros (según cálculo por fórmula de personal de enfermería según clasificación del servicio, res ministerial 194/95 año 2004 Ministerio de Salud de la Nación).

Según las normas de Atención de Calidad el nivel de enfermería es un servicio muy bueno. , ya que el plantel de enfermería posee el siguiente nivel de formación.

- ☛ Licenciados: 9
- ☛ Universitarios/ profesionales: 10
- ☛ Auxiliares: 1

La jornada de trabajo es de 6 horas diarias en el turno vespertino en la Unidad de recuperación intensiva (con francos según calendario mensual) y de 12 horas por 24 de descanso, mas francos según calendario. En la sala de cuidados intermedios la jornada laboral es de 8 hs.

Los objetivos propuestos por la institución se cumplen gracias al nivel técnico y humanitario del personal y se trabaja bajo políticas tácitamente establecidas sin estar documentadas y /o protocolizada.

**Fortaleza:** se destaca es el gran compromiso asumido por el personal de enfermería a pesar de la desmotivación que existe por la imagen social de la profesión, salarios bajos, que entre otras cosa componen también la problemática de enfermería en la provincia. Otra fortaleza es el nivel de formación de los enfermeros y la experiencia en la especialidad en el 50 % de los enfermeros (mas de 10 años trabajando exclusivamente en la especialidad).

**La debilidad** del servicio es la no documentación de cuidados estandarizados y / o normas de procedimientos pre-establecidas que puedan orientar el funcionamiento del mismo. Otra debilidad marcada es el insuficiente recurso, dado por la escasez de formación de enfermeros entre otras cosas.

**La oportunidad:** del servicio es la gran predisposición tanto económica como institucional, por quienes dirigen la organización sanitaria, cuyo principal objetivo es prestar cuidados de calidad.

**La amenaza:** es la escasez del recurso humano de enfermería, problemática mundial con grandes repercusiones en el todos los sistemas, influyendo de esta manera, significativamente a la hora de prestar cuidados de calidad.

## ***Cirugía Cardíaca: Generalidades Y Cuidados De Enfermería***

La cirugía cardíaca ha experimentado un enorme desarrollo en los últimos 30 años, lo que permite en la actualidad la resolución quirúrgica de casi todas las anomalías adquiridas o congénitas. Este espectacular avance se ha cimentado fundamentalmente en:

- Permanente mejora de la técnica quirúrgica
- Diseño y construcción de prótesis valvulares muy avanzadas
- Aplicación de eficientes técnicas de circulación extracorpórea
- Importantísimos progresos en la protección del miocardio ante la isquemia provocada durante la circulación extracorpórea
- Uso de técnicas futuristas en la exploración y diagnóstico de las patologías cardíacas
- Grandes progresos en el cuidado postoperatorio de estos pacientes; en unidades de cuidados intensivos con personal cualificado y aparatos preparados para detectar, precozmente, y registrar cualquier posible alteración.

La cirugía del corazón también adquiere su importancia en base a que la cardiopatía - fundamentalmente la patología coronaria - es la causa aislada más importante de muerte en los países desarrollados.

Aunque hay varias patologías que pueden justificar la intervención quirúrgica, nosotros vamos a centrarnos en la patología valvular y la coronaria y al trasplante cardíaco ya que son, con mucho, las más frecuentes en nuestro servicio.

### **PATOLOGÍA CORONARIA**

La red vascular coronaria abastece de oxígeno y nutrientes a las células cardíacas y está preparada para realizarlo así durante toda la vida. Sin embargo hay ocasiones en que el paso de sangre a su través es dificultado y, a veces, obstruido por diversas causas. El corazón se puede resentir gravemente, e incluso sobrevenir la muerte. Este proceso patológico (obstrucción parcial o completa más enfermedad cardíaca) recibe el nombre de cardiopatía isquémica. El factor que más frecuentemente la desencadena es la

aterosclerosis. Según la OMS es una "combinación variable de modificaciones en la capa íntima de las arterias (diferenciándolas de las arteriolas), que consiste en la acumulación focal de lípidos, hidratos de carbonos complejos, sangre y productos sanguíneos, tejido fibroso y depósitos de calcio, asociada a alteraciones en la capa media". No es un sinónimo de arteriosclerosis porque éste es un término más inespecífico que hace alusión al endurecimiento de las arterias y arteriolas. La aterosclerosis viene propiciada por una serie de factores:

- Tabaco
- Hiperlipemias
- HTA
- Stress
- Sedentarismo
- Diabetes
- Obesidad

En algunas ocasiones hay causas ajenas a la aterosclerosis que precipitan una cardiopatía isquémica. Son:

- Anomalías congénitas
- Emigración de émbolos provenientes de AI o VI
- Aortitis sífilítica
- Aneurisma disecante
- Poliarteritis
- Espasmo arterial coronario

Cuando tras una angina de pecho rebelde al tratamiento médico subyace una estenosis coronaria de un 50 - 70% (según la arteria afectada), debe plantearse:

- Dilatar la estenosis mediante cateterismo o disolver el trombo "in situ" con fibrinolíticos del tipo estreptoquinasa
- Realizar un by-pass

Antes de intervenir es necesario realizar al paciente una coronariografía para identificar escrupulosamente las zonas y el grado de isquemia que presentan todas las arterias cardiacas. Con esta información ya se puede decidir qué tipo



de intervención se va a realizar. La mortalidad de esta prueba está entre el 0.1 % y el 0.5 %.

## **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

La cirugía cardíaca tiene un patrón particular que la caracteriza de cualquier otra y es la necesidad de "parar" el corazón durante un tiempo determinado. Esto conllevaría la anulación de la circulación sistémica y la oxigenación pulmonar. Para evitarlo disponemos de una bomba de perfusión y oxigenación que se comporta como el corazón y los pulmones del paciente. El circuito sanguíneo que se establece sale de las venas cavas a su entrada en la AD y vuelve, tras oxigenarse en la "bomba", al organismo a la altura de la raíz aórtica. Este circuito externo de la sangre, característico de la cirugía cardíaca, recibe el nombre de circulación extracorpórea. Una vez derivada la circulación al exterior se interviene el corazón. Éste duraría poco tiempo en anoxia, y no sería posible realizar la operación, si no le aplicáramos un tratamiento especial. Éste consiste en someterlo a hipotermia con una solución especial a unos, 4-6 °C, que se perfunde intermitentemente a través de las coronarias. Con ello se consigue mantener el corazón vivo durante varias horas.

También se disminuyen los requerimientos energéticos del resto del organismo mediante una reducción de la temperatura corporal de unos 10 ó 15 °C; lo que se logra mediante el enfriamiento de la sangre cuando se encuentra en el circuito extracorpóreo. La sangre se hepariniza a su llegada a la bomba de perfusión y, sólo cuando se va a terminar la intervención, se le va inyectando protamina para neutralizarla.

La asistolia del corazón se logra mediante la inyección a través de las coronarias de una solución especial rica en potasio. La recuperación del ritmo se produce en la mayoría de los casos cuando se elimina esta solución, mediante lavado coronario, y se desclampan los grandes vasos comenzando a llegar la sangre a las cavidades cardíacas. Cuando esto no es suficiente, se hace precisa una o varias descargas con el desfibrilador.

Hay dos hechos en el circuito de extracorpórea que significan un gran cambio respecto al normal funcionamiento de la circulación sanguínea, y que pueden causar desarreglos importantes. Son:

1.-La sangre es bombeada al organismo de forma continua, no pulsátil.

2.-La circulación menor o pulmonar no se produce.

Los problemas que se pueden derivar de la circulación extracorpórea son, entre otros, hemólisis, alteraciones renales y "pulmón de perfusión" (alteraciones a nivel de microcirculación y de las membranas alveolares como consecuencia de la paralización sanguínea en el circuito de oxigenación pulmonar).

## **CIRUGÍA VALVULAR**

La prótesis valvular puede ser de dos tipos:

**-Mecánica.**-Es artificial. Presenta un mecanismo de apertura y cierre según las presiones en cavidad cardiaca. No sufren desgaste por lo que, en ausencia de complicaciones, no precisan ser cambiadas. Tiene un inconveniente menor: el "click" del cierre valvular se escucha en cada latido (hay personas que se obsesionan con él); y otro mayor: su tendencia a formar trombos obliga al paciente a anticoagularse durante toda la vida, con los inconvenientes que ello conlleva.

**-Biológica.**-Es natural y su procedencia, generalmente porcina. Funciona igual que la válvula humana pero tiene una vida limitada de unos 10 a 15 años, al cabo de los cuales hay que reintervenir al paciente para cambiarla. La anticoagulación está recomendada durante los tres primeros meses tras la intervención quirúrgica. Después se abandona salvo si presenta FA, trombos en AI o cavidades grandes o hipomóviles, en cuyo caso deberá continuar toda la vida por causa del carácter embolígeno de estas patologías, no por la válvula. A la hora de elegir una u otra se valoran, entre otros datos

-Edad

-Antecedentes de hemorragia

-Tipo de vida

## **REVASCULARIZACIÓN CORONARIA**

### **By-pass**

Cuando la Angioplastia transluminal percutánea no es posible o no es efectiva se recurre al puente aortocoronario.

Consiste en asegurar el flujo sanguíneo mediante la colocación de un segundo vaso que "puentea" la estenosis localizada en el primero. Para ello es necesario acceder al corazón mediante la disección del esternón y el pericardio. El by-pass puede ser simple o múltiple según el número de vasos dañados.

La mortalidad media de esta cirugía es del 2%, siempre que no exista deterioro del VI. Hoy en día está aumentado debido a que se intervienen patologías que antes no era posible.

En la actualidad son fundamentalmente dos los tipos de injertos implantados: la vena safena interna y la arteria mamaria interna. En ocasiones, y ante la indisponibilidad de la safena interna se usa la safena externa.

## **TRANSPLANTE CARDIACO**

Una vez la cardiopatía ha evolucionado de forma desfavorable, en algunos casos el único tratamiento que se puede realizar es el trasplante cardiaco, que se ha convertido en los últimos años en una clara opción terapéutica para el manejo de los pacientes afectados de miocardiopatía en fase terminal.

Los avances en el campo de la inmunosupresión, el control de las complicaciones infecciosas y la adecuada selección tanto del donante como del receptor, han permitido mejorar la eficacia de esta terapia

### **Indicaciones Del Trasplante Cardiaco**

El paciente debe encontrarse en Insuficiencia Cardíaca grave irreversible, y con una expectativa de vida inferior a un año.

Cuando se han agotado todas las medidas terapéuticas posibles, incluyendo el tratamiento agresivo en la unidad coronaria y/o la revascularización coronaria quirúrgica.

En los pacientes ingresados para la estabilización de su IC, si no se mantiene la mejoría a pesar de tratamiento optimizado y la situación hemodinámica es inestable el paciente debe ser incluido en programa de trasplante si no hay ninguna contraindicación

- \* Angina refractaria no revascularizable.
- \* El límite de edad suele ser de 65 años.
- \* Cuando la calidad de vida y/o pronóstico es inaceptable.
- \* Cuando se han excluido todos los factores etiológicos corregibles.
- \* Debe haber un buen nivel de estabilidad emocional y disciplina en la medicación
- \* En general los candidatos al TC serán pacientes que podrán mejorar mucho tras el trasplante y que tendrán una aceptable expectativa y calidad de vida

### **Contraindicaciones**

Las contraindicaciones han ido evolucionando a lo largo del tiempo y muchas veces la separación entre contraindicaciones absolutas y relativas depende del estado del paciente.

#### **Contraindicaciones relativas:**

Hipertensión arterial pulmonar entre 3 y 5 unidades Woods después del tratamiento farmacológico.

- Creatinina entre 1,5 y 2 mg/dl o aclaramiento de la creatinina entre 30 y 40 cc/m.
- Aneurisma abdominal mayor de 5 cm.
- Enfermedad carotídea significativa asintomática
- Obesidad menor del 12,5 % del peso ideal.

#### **Contraindicaciones absolutas:**

- Hipertensión pulmonar superior a 5 unidades Woods después de pruebas farmacológicas.
- Creatinina mayor de 3 mg/dl o aclaramiento de creatinina menor de 30 cc/m.
- Enfermedades sistémicas.
- Infección activa. Afecciones tumorales

- Adicción a drogas o falta de soporte familiar.
- Alteraciones psiquiátricas o retardo mental con coeficiente intelectual < 50%.
- Obesidad superior al 12,5 % del peso ideal.

### **Estudio Pretrasplante Cardíaco**

Ante un posible trasplante, los pacientes deben ser sometidos a un estudio multidisciplinario para revisar la indicación del TC, excluir la presencia de contraindicaciones y recoger datos importantes para el control postoperatorio.

### **Evaluación Preoperatoria**

Historia clínica

Edad del paciente. En los mayores se incrementa la mortalidad y sobre todo la morbilidad de la medicación inmunosupresora.

Valorar la situación actual de la disnea, corroborando su estadio avanzado y la imposibilidad de mejoría con otras pautas de tratamiento farmacológico

Presencia de enfermedades sistémicas (patología neurológica, neuromuscular, hemocromatosis.

Enfermedad vascular periférica severa.

Existencia de factores de riesgo cardiovascular y hábitos tóxicos.

Antecedentes de intervención torácica para prever la duración de la intervención y coordinar la extracción.

Número de transfusiones realizadas. La positividad a los anticuerpos citotóxicos, que depende fundamentalmente del número de transfusiones, puede plantear problemas para encontrar donante adecuado. Historia de enfermedades del aparato locomotor, fundamentalmente osteoporosis.

Después del Trasplante se produce una pérdida importante de masa ósea por el tratamiento con corticoides.

Estado intelectual, grado de colaboración y apoyo familiar. Este es un punto importante de contraindicación del Trasplante.

### **Examen físico**

- Peso, talla y perímetro torácico. Importante para la selección del donante.

- Presencia de insuficiencia cardiaca avanzada, que corrobora la indicación quirúrgica.
- Estado de nutrición y obesidad: la caquexia empeora el pronóstico y la obesidad aumenta la mortalidad y morbilidad. Tras el TC suele haber una ganancia de peso por mejoría del paciente, incremento del apetito y tratamiento corticoides.
- Edad biológica, a la que hay que dar más importancia que la real.
- Fondo de ojo, importante en caso de diabetes de larga evolución y si existen otros factores de riesgo cardiovascular, aporta información directa del estado vascular.
- Adenopatías. En caso de encontrarlas habrá que hacer punción aspiración o biopsia para tipificarlas y descartar enfermedades.
- Pulsos fácilmente palpables a todos los niveles para descartar afectación vascular arteriosclerótica severa.

#### **Analítica general**

- Hemograma.
- Glucemia: Para el control de diabetes. Tras el TC, debido al tratamiento con corticoides, muchos pacientes con diabetes "silente" la desarrollan y los previamente diabéticos sufren descompensaciones importantes.
- Ácido úrico: Tras el TC se eleva por la acción de la ciclosporina, es conveniente su control y tratamiento en caso de hiperuricemias importantes.
- Perfil lipídico: Después del TC existe tendencia a la hipercolesterolemia (ciclosporina y corticoides) y a la hipertrigliceridemia (corticoides).
- Grupo sanguíneo: Es imprescindible para tipificar a pacientes, ya que el corazón implantado debe ser compatible.

#### **Análisis de la función cardiaca y grado de hipertensión pulmonar.**

ECG:

Rx tórax:

Eco-Doppler: Para valorar el grado de disfunción sistólica

Cateterismo derecho: Se deben determinar las presiones y resistencias pulmonares, gasto cardíaco y presión capilar pulmonar. En caso de estar muy elevadas puede ser motivo de contraindicación del Trasplante. Se debe

determinar si la hipertensión pulmonar es reversible o no mediante fármacos vasodilatadores.

Cateterismo izquierdo: Imprescindible en pacientes con cardiopatía isquémica., permite descartar la posibilidad de llevar a cabo una revascularización coronaria que mejorará el pronóstico del enfermo.

Prueba de esfuerzo: Objetiva la situación funcional.

### **Análisis de la función respiratoria**

Rx tórax:

Pruebas funcionales respiratorias:

Gasometría arterial:

### **Análisis de la función renal**

Rx de abdomen

Creatinina plasmática y aclaramiento de creatinina

Estudio del sedimento urinario:

Ecografía renal:

### **Valoración del riesgo infeccioso**

Bucal: Todos los pacientes deben realizarse ortopantografía oral y corregir los posibles focos sépticos bucales antes del Trasplante.

VIH, marcadores de hepatitis B y C:

Mantoux:

Anticuerpos frente a toxoplasma y citomegalovirus.

### **Análisis de la función hepática**

Ecografía.

Fosfatasa alcalina, g-GT, bilirrubina total:

Coagulación:

Albúmina:

### **Valoración psiquiátrica y/o psicológica**

Esta es un punto importante porque la inestabilidad emocional tiene gran trascendencia tras el Trasplante

### **Tipaje HLA y anticuerpos citotóxicos**

La tipificación de los antígenos del sistema mayor de histocompatibilidad en el trasplante cardíaco sólo

Se realiza con fines de investigación. Los anticuerpos citotóxicos son una prueba imprescindible en pacientes sometidos a transfusiones repetidas, ya que condicionan el donante adecuado para evitar rechazos hiperagudos.

### **Descarte de enfermedades neoplásicas**

Pruebas vasculares

### **Cuidados De Enfermería En El Pretrasplante**

Desde el inicio hasta nuestros días la preparación del paciente la preparación del paciente que va a ser sometido a un trasplante cardíaco a variado, especialmente en la terapia de inducción a la inmunosupresión.

Debemos diferenciar entre el paciente que ingresa procedente de su domicilio y el que está ingresado en el centro hospitalario. El paciente que está en su domicilio, recibe una llamada en la que le notifican que existe un posible donante y que debe acudir al hospital; en ayunas, rasurado y duchado. A su ingreso se le informará de los pasos a seguir y se intentará que exprese sus dudas para intentar tranquilizarlo, ya que suelen acudir con mucha ansiedad.

Se sigue un protocolo que incluye:

Comprobar que el paciente este en ayunas, rasurado y realizada le higiene.

Anotar peso y talla.

Colocación de vía venosa periférica (abbot o venocat).

Cursar analítica: Hemoglobina, coagulación glicemia, urea, creatinina, sodio, potasio y ALT.

Pedir al banco de sangre 8 concentrados de hematíes, 20 unidades de plaquetas y 4 unidades de plasma.

Guardar 10 cm. de sangre en un tubo de coagulación y otro tubo de hemograma para el cardiólogo coordinador, antes de administrar la medicación.

Realizar placa de tórax, electrocardiograma y constantes vitales,



Administrar la pauta de inducción a la inmunosupresión.

Administrar nitroprusiato y/o dobutamina en perfusión en caso necesario.

En los pacientes hospitalizados se procederá a realizar el rasurado quirúrgico al igual que la higiene según el protocolo existente en el centro. Se dejará en ayunas desde el momento en que se comunique la posible intervención. Se cursara la analítica y la petición al banco de sangre al igual que en el paciente que acude desde su domicilio.

## **EVOLUCIÓN – PRONÓSTICO**

Esto es general para la cirugía de by pass, valvular y trasplante.

La evolución postoperatoria va a depender del tipo de cirugía cardíaca. Por lo general suele ser satisfactoria en un elevado porcentaje, y su estancia en RCV no se dilata más allá de los cuatro o cinco días excepto en el trasplante donde la estancia suele ser de 15 días. No son infrecuentes las complicaciones aunque, en general, se resuelven sin secuelas. Raras veces, la precaria situación previa y las complicaciones perioperatorias, pueden entorpecer la recuperación de forma considerable e incluso determinar el fallecimiento. Es básico, en la evolución y el pronóstico, la situación previa del paciente: el grado de deterioro del corazón y la circulación pulmonar, y la patología asociada.

La evolución postoperatoria tras la cirugía de by-pass coronario es igualmente satisfactoria en un alto porcentaje. Su tiempo de estancia no difiere del de la cirugía valvular o del trasplante cardíaco

Tampoco son infrecuentes las complicaciones pero su resolución, en no pocos casos, sí dejan algún tipo de secuelas (a veces asintomáticas), sobre todo cuando hablamos del infarto perioperatorio. Como es lógico tanto su evolución como su pronóstico están en relación directa con el estado previo del enfermo y con el número de coronarias afectadas.

## COMPLICACIONES

Hay una mayoría de complicaciones que afecta a la cirugía cardíaca en general, sin discriminar entre valvulares y coronarias; y trasplante cardíaco y otras que se presentan más acusadamente en unos que en otros. El postoperatorio de cirugía cardiovascular debe ser extremadamente vigilado por el personal de enfermería.

Hay una serie de signos clínicos y de datos de la monitorización que deben ponernos alerta en la prevención de las graves complicaciones posquirúrgicas.

**LAS PRIMERAS 24 h** debemos prestar especial atención a:

**-Hipotensión.**-Puede provocar el colapso de un injerto coronario. Generalmente obedece a hipovolemia -normalmente por un sangrado importante- y, en menor medida, a un fallo del corazón como bomba o al efecto no deseado de alguna medicación. Cuando no responde adecuadamente al tratamiento es necesario realizar un estudio de la dinámica cardíaca, para lo que es muy útil la ecocardiografía y el cateterismo cardíaco derecho (Swan-Ganz).

**-Hipertermia superior a 38 °C.**-Aunque se prescribe un tratamiento antibiótico profiláctico, aparece en algunas ocasiones. Es muy útil identificar el foco causante y tomar una muestra para solicitar cultivo y antibiograma. En cualquier caso es práctica habitual la extracción de sangre para hemocultivos.

La fiebre debe ser controlada con antitérmicos y medios físicos porque aumenta el consumo de oxígeno por parte de los tejidos y dificulta la evolución del paciente.

**-Taquiarritmia.**-Con relativa frecuencia los enfermos presentan alteraciones del ritmo que cursan con aumento de la frecuencia cardíaca.

**-Bradicardia severa.**-Generalmente está en relación con algún grado de bloqueo o con intoxicación de digital.

**-Sangrado importante.**-Se evidencia fundamentalmente a través de los tubos de drenaje. Puede ser debida a una defectuosa hemostasia quirúrgica o a alteraciones de la coagulación. En este último caso el sangrado suele objetivarse también por los puntos de sutura de la herida, por el lugar de punción del catéter venoso y arterial, etc. Si el sangrado se detiene bruscamente hay que sospechar obstrucción por coágulos, en cuyo caso hay que intentar disgregarlo o, en última instancia, "ordeñar" los tubos.

**DURANTE EL TOTAL DE SU ESTANCIA en RCV puede presentar las siguientes complicaciones:**

**-Insuficiencia cardiaca** posquirúrgica, Derecha, izquierda o global. Puede deberse a varias causas, generalmente en relación con el motivo de la intervención, pero todas tienen de común que provocan una incapacidad del corazón en su función de bomba.

**-Infarto perioperatorio.** En el transcurso de la cirugía o en las primeras horas del postoperatorio. Está en relación fundamentalmente con la cirugía de revascularización coronaria (by-pass).

**-Taponamiento.** Cuando el sangrado no es evacuado hacia el exterior por el sistema de drenaje y forma coágulos dentro del pericardio, el corazón no tiene espacio para latir y comienza a disminuir el gasto cardíaco hasta que, finalmente, se produce la asistolia. Es una emergencia del postoperatorio de este tipo de cirugía.

Antes de llegar a la parada cardiaca se produce una elevación progresiva de la presión venosa central, una disminución de la presión arterial y un aumento de la frecuencia cardiaca. La reanimación cardiopulmonar de este paciente precisa la evacuación urgente de la sangre acumulada, por lo que se interviene al enfermo en la unidad de cuidados intensivos.

**-Dehiscencia esternal.** Ocurre cuando el esternón no cicatriza adecuadamente y se produce una separación de sus bordes. Son factores coadyuvantes la obesidad y la osteoporosis.

Al presionar a ambos lados de la sutura se siente crujir el esternón.

**-Mediastinitis.** Inflamación-infección del mediastino que obstaculiza la cicatrización esternal y además complica la evolución con el riesgo de una sepsis.

Se detecta por la aparición de fiebre y supuración por algunos puntos de la esternotomía. Su tratamiento eficaz pasa por realizar una limpieza quirúrgica del mediastino dejando un lavado interno (regulado desde el exterior) con un antiséptico

**-Sepsis.** La intervención quirúrgica en sí más la gran cantidad de puertas de entrada para los gérmenes (catéteres venoso y arterial, tubo endotraqueal, sonda uretral, drenaje torácico) hacen que sea un cuadro más común de lo deseado.

**-Atelectasia.** Hipoventilación de campos pulmonares. Con frecuencia se deben a:

\*Desplazamiento del tubo endotraqueal hacia uno de los bronquios (generalmente el derecho) dejando hipoventilado el otro. Se soluciona retirándolo un poco.

\*Tapones mucosos que obstruyen el paso del aire. Se previenen con fisioterapia respiratoria. Una vez que se presentan, puede ser precisa una fibrobroncoscopia para su eliminación. A veces bloquean totalmente el tubo endotraqueal en los enfermos con respiración asistida. En este caso se intentará desobstruir con un mucolítico insuflado a presión mediante un ambu y, si no es posible, se retirará el tubo y se ventilará con mascarilla hasta que se pueda intubar de nuevo.

**-Neumonía nosocomial.** El tubo O-T es una vía de entrada de gérmenes. Resulta trascendental el extremar las medidas de asepsia en la manipulación del circuito de ventilación del paciente, sobre todo al aspirar las secreciones. En cuanto se detecta su presencia es conveniente cursar un cultivo de aspirado bronquial.

**-Insuficiencia renal.** Se detecta por oliguria y aumento de creatinina y urea en sangre. Puede sobrevenir por una situación mantenida de bajo gasto cardíaco. También es una complicación de la circulación extracorpórea.

**-Disfunción cerebral.** Se atribuye a microembolias o a una disregulación de la circulación cerebral. Suele cursar con desorientación temporoespacial. A veces el paciente tiene dificultad para "despertar" de la anestesia. En ocasiones se expresa con agitación psicomotriz.

**A LARGO PLAZO**, ya fuera del hospital, las complicaciones más importantes están en relación con la patología intervenida. Son:

VALVULARES.-Se presentan, fundamentalmente en las prótesis mecánicas:

- Dehiscencias -Embolismos
- Hemorragias -Endocarditis

Las bioprótesis no suelen tener demasiadas complicaciones pero sí el gran inconveniente de su vida media corta.

CORONARIOS.- Su gran complicación es la reestenosis de la luz arterial. Su incidencia es sensiblemente mayor en los injertos de vena safena que en los de mamaria.

## **INGRESO EN R.C.V**

### **1.-PREPARACIÓN DEL INGRESO**

Ante la notificación de que un paciente entra en quirófano para someterse a una intervención de cirugía cardíaca, comienzan los preparativos preoperatorios.

#### **1.1.-Información sobre el paciente y la intervención**

Antes de finalizar la operación se debe recabar información sobre las características físicas del enfermo, su patología previa, el tipo de cirugía al que se le está sometiendo, la evolución que está teniendo en el quirófano y la

necesidad o no de un soporte de drogas (¿cuáles y a qué dosis?) para mantener sus constantes vitales.

## **1.2.-Disponibilidad de los recursos necesarios**

### **1.2.1.-Humanos.-**

El número ideal de enfermeros para atender un ingreso de cirugía extracorpórea es de tres. Dos se sitúan a los lados de la cama y el tercero a los pies, anotando datos en la gráfica. El médico de cuidados intensivos debe estar localizado para ser avisado en cuanto ingrese el enfermo en la unidad.

En el momento del ingreso, y hasta que no se constate en los distintos monitores la estabilidad del paciente, también estarán presentes el anestesista, el cirujano y el diplomado de quirófano.

**1.2.2.-Materiales.-**El postoperatorio inmediato de la cirugía vascular requiere un amplio y sofisticado aparataje. Dispondremos de:

- Respirador artificial con los parámetros habituales en IPPV. Debe ser comprobado su correcto funcionamiento
- Bolsa de ventilación (ambu)
- Alargadera y bote humidificador de oxígeno
- conexiones de pared. Oxígeno, vacío y aire comprimido
- Sistemas de aspiración de alto y bajo vacío, conectados a la pared
- Sondas de aspiración de varios calibres
- Pulsioxímetro
- Capnómetro
- Monitor apto para el registro electrocardiográfico de:
  - \*respiraciones
  - \*presiones varias. Adaptado para recibir las de P.V.C y la arterial
  - \*gasto cardíaco
  - \*temperatura
- Generador externo de marcapasos con batería en buen estado

- Electrocardiógrafo
- Bombas de infusión
- Sistema de sueros conectado a un banco de llaves paralelas (llave de tres vías, reguladores de flujo)
- Sistema de medición de PVC
- Sistema de medición cruenta de presiones. Suele venir desde el quirófano
- Material de extracción de sangre
- Urinómetro
- Carro de curaciones
- Desfibrilador
- Carro de parada con todo el material revisado
- Gráfica de UCI

## **2.-INGRESO**

### **2.1.- ¿Cómo llega el paciente?**

Durante el traslado desde el quirófano es ventilado con ambu conectado a toma de oxígeno portátil. Está monitorizado y trae todas las perfusiones intravenosas conectadas. Al ingresar en la R.C.V suele presentar:

- Grado de sedación 5-6 en la escala de Ramsey
- Generalmente, hipotermia central y periférica
- Intubación endotraqueal
- Esternotomía cubierta por un apósito
- Herida quirúrgica en la pierna donante (sólo en los by-pass de safena) cubierta con un apósito y con una venda elástica
- Algunas veces, catéter de Swan-Ganz
- Excepcionalmente, balón de contrapulsación
- Catéter venoso central de 2 ó 3 luces, yugular interna o en subclavia
- Cánula venosa corta, tipo abbocath, en miembros superiores
- Catéter arterial radial o femoral, conectado a una cápsula de presiones

- Catéter percutáneo hasta AI, también conectado a una cápsula de presiones
- Equipo de evacuación compuesto por un tubo de drenaje introducido en mediastino, y un segundo tubo que puede estar también en mediastino o en pleura. Ambos vienen unidos por una conexión en Y conectados a un sistema compacto de aspiración del tipo *Pleur-evac*. En ocasiones presenta un tercer tubo de drenaje, en pleura o mediastino, conectado al mismo sistema de aspiración o a otro. Todos los tubos torácicos vienen pinzados
- Cable bipolar percutáneo hasta superficie cardiaca para conexión del generador de marcapasos
- Sonda uretral, pinzada
- Sensor para pulsioximetría, colocado en una falange de los miembros superiores

## **2.2.-Recepción del enfermo**

Tras cursar aviso al médico de cuidados intensivos, el personal de enfermería se distribuirá uno a cada lado de la cama y otro a los pies controlando al equipo y anotando los datos en la gráfica.

### **2.2.1.-Atenciones prioritarias.**

- 1.-Conectar el paciente al respirador y comprobar que ventilan ambos campos pulmonares. Los parámetros los fijará el anestesista. En su defecto, serán los habituales; para una persona adulta: FIO<sub>2</sub>-60%, FR-12rpm, VT-700cc.
- 2.-Conectar los electrodos del monitor de UCI para el registro electrocardiográfico y desconectar el monitor usado en el traslado
- 3.-Conectar las cápsulas de presiones a los módulos del monitor, y calibrarlas
- 4.-Conectar el equipo compacto de aspiración, que trae el enfermo, al manómetro de bajo vacío de la pared, despinzar los tubos y abrir la presión negativa hasta que la columna de agua de la cámara de control de succión burbujee suavemente



5.-Conectar el banco de llaves ( **Manifold** ) al catéter venoso central del paciente, vigilando no alterar el curso de las drogas que se le estuvieran perfundiendo

6.-Conectar el cable de marcapasos al cable bipolar situado junto a la esternotomía y averiguar el umbral de excitación cardíaca. Posteriormente se colocará al doble de intensidad y se dejará en posición de sincrónico, es decir "a demanda", para que intervenga si es necesario

### **7. Anotar en gráfica:**

\*Identificación del paciente.

\*Control de constantes vitales. Se realiza cada 10-15 minutos, o menos si fuera preciso. Se valorarán:

-ritmo y frecuencia cardíaca -presión de AI

-frecuencia respiratoria -PVC -presiones pulmonares (Swan-Ganz) - presión arterial S/D

-saturación de oxígeno -débito de los drenajes

\*Parámetros en vigor de la ventilación mecánica

8.-Conectar la sonda uretral al urinómetro. La medición es horaria

9.-Realizar ECG

10.-Extraer muestras sanguíneas para hemograma, GUI, gasometría arterial, estudio de coagulación y CPK más CK-MB

11.-Petición de radiografía de tórax

### **2.2.2.-Atenciones secundarias.**

1.-Asegurar todas las conexiones del sistema de aspiración

**2.-**Observar el estado de los apósitos (de heridas quirúrgicas y de cateterizaciones ) y cura de los que estuvieran manchados o despegados

**3.-**Exploración del estado general del enfermo. Dentro de ésta:

-Temperatura y coloración de miembros. Se abrigará en el caso, frecuentísimo, de que venga hipotérmico

-Grado de sedación Ramsey

1. Ansioso, agitado
2. Cooperador, orientado, tranquilo
3. Dormido pero con respuesta a las órdenes
4. Respuesta a luz y sonidos fuertes
5. Respuesta únicamente al dolor
6. No respuesta

-Presencia de otras lesiones (por ej. decúbitos)

**4.-**Consultar los antecedentes en la historia clínica y anotarlos en gráfica:

1. Alergias
2. Limitaciones psicofísicas
3. Enfermedades infecto-contagiosas

**5.-**Permanente alerta para detectar cualquier complicación propia del postoperatorio cardíaco.

## ESTANCIA EN R.C.V

### 1.-Valoración psicológica

Para los enfermos ingresados tiene unas connotaciones especiales:

-Desconexión de las **familias**

-**Miedo** y angustia inherente al postoperatorio de una cirugía con alto riesgo

-Vivencia de la UCI como una "**sala de torturas**" donde con más frecuencia de la que ellos querrían se les causa molestia y/o dolor

-Pérdida casi total de su **intimidad** (deposiciones a menos de tres metros de sus compañeros de unidad, baños con ayuda, etc.)

-Vivencia directa y traumática de las complicaciones, a veces de los **fallecimientos**, de otros pacientes de la unidad

Nosotros debemos intentar paliarlas ganándonos su confianza y respeto, para que puedan expresarnos sus temores.

De la misma forma les explicaremos cada actuación que vayamos a realizar en ellos, sobre todo si es especialmente molesta o dolorosa.

Vigilaremos, finalmente, por si fuera precisa una atención psicológica especializada.

### 2.-Evolución en UCI

#### 2.1.-Día 1º

**El paciente estará sedado** durante las primeras horas. Generalmente, a las 3 ó 4 comienza a despertarse aunque sin fuerza muscular suficiente. Desde este momento, y en varias ocasiones hasta que se despierte completamente, debemos explicarle someramente la situación. Básicamente le diremos que ya está intervenido, que está despertándose de la anestesia, que el tubo "de la boca" se lo vamos a retirar pronto y que, tras ello, podrá hablar otra vez igual

que antes. También le diremos que su familia entrará a verlo en un corto espacio de tiempo.

**Tubo en T.** Cuando comprobamos que obedece órdenes y tiene fuerza muscular suficiente (podemos pedirle que levante la cabeza o que nos apriete la mano), le desconectamos del respirador y le colocamos un tubo en T, que es un adaptador de plástico con tres bocas que se conecta al tubo endotraqueal y permite que el enfermo pueda ventilar, por sí mismo, un aire enriquecido de oxígeno.

**Procederemos a la extubación:**

-No presenta *sangrado* importante

-Está hemodinámicamente *estable*

-No tiene necesidad de volver a *quirófano*

-No hay problemas de *oxigenación*. Esto lo valoramos mediante:

- Pulsioximetría. En su defecto gasometría
- Ausencia clínica de obnubilación, agitación, cianosis, taquipnea, taquicardia, sudoración

La **extubación** la ejecutaremos de la siguiente forma:

1.-Aspiramos la orofaringe del enfermo para eliminar fluidos que puedan pasar a tráquea al deshinchar el balón

2.-Retiramos la venda de sujeción

3.-Deshinchamos el balón

4.-Aspiramos, con técnica estéril, por el interior del tubo endotraqueal

5.-Extubamos al enfermo

Durante las primeras horas tras la extubación hay que vigilar que el enfermo ventile adecuadamente. También hay que estar alerta para detectar la posible aparición de un edema de glotis.

Generalmente se facilita la oxigenación con una mascarilla al 35% o al 40%.

**Distanciaremos los controles en gráfica.** Se tiene la de realizarlo cada 60 min, hasta que se hayan retirado los tubos de drenaje, es decir en las primeras 24 horas del post-operatorio inmediato Si se mantiene estable pasaremos a controles cada 2 horas hasta cumplidas 48 horas del ingreso. Si sigue estabilizado lo tomaremos cada dos horas.

**La primera toma de agua** la realizará a las dos horas de haber sido extubado. Se repite varias veces durante unas dos horas y, después, se le pasa a una dieta líquida progresiva con manzanilla, zumos, leche.

**Estará en decúbito supino**, más o menos incorporado, sin lateralizarse porque se fuerzan las suturas del esternón y puede producirse una dehiscencia. El cambio de ropa de la cama se hará "de arriba abajo".

**Realizaremos fisioterapia respiratoria** completa cada 8 horas para evitar que se acumulen las secreciones. Incluye humidificación, clapping, ejercicios respiratorios (con o sin aparatos), drenaje postural, tos propia o asistida y, si fuera preciso, aspiración endotraqueal. Se realizará, si el estado del paciente lo permite, a partir de la 10 hora tras su extubación.

## **2.2.-Día 2º**

### **Tolera una dieta blanda-normal**

**Le retiramos el catéter de arteria**, salvo que lo necesite por estar hemodinámicamente inestable. Haremos compresión hasta que deje de sangrar.

**Se levantan los apósitos quirúrgicos** y se observa el estado de las heridas. Algunos autores recomiendan no descubrir la cura quirúrgica en los tres primeros días si no está manchada o despegada. La cura de las heridas

quirúrgicas es "a priori" plana, porque está limpia y suturada. La técnica debe realizarse con estricta asepsia, lo que incluye el uso de bata, mascarilla y guantes.

Si la herida presenta *buen aspecto* -es lo habitual- se lava con suero fisiológico y se aplica betadine, cubriéndola con gasas y esparadrapo. Se repetirán las curas cada 24 horas o antes si fuera preciso.

La herida puede presentar *aspecto de infección*, con enrojecimiento y supuración. Si tenemos dudas, aprisionamos manualmente en los lados de la sutura y observamos si segrega algún líquido. En caso afirmativo se anota la cantidad, aspecto y color, y se comunica al médico. Si es purulento se cursa un cultivo antibiograma. Tal vez sea preciso retirar algún punto conflictivo y colocar un drenaje pasivo. Cuando la infección avanza hacia una mediastinitis es necesario reabrir la sutura y limpiar en profundidad. Se suele dejar un lavado mediastínico con una solución de betadine u otro antibiótico que indique el médico en suero fisiológico.

**La herida de la pierna dadora**, en los by-pass de safena tiene el mismo tratamiento que la esternotomía pero con una particularidad; lleva una venda elástica que comienza a colocarse por las falanges y termina en la mitad del muslo. La compresión debe ser suave pero firme. Su función es facilitar el retorno venoso. Esta pierna deberá elevarse cuando el enfermo se siente. La venda se retirará cuando comience a deambular; algunos autores aconsejan dejarla un mes.

**Colocaremos una sujeción cruzada sobre el pecho** con una venda elástica adhesiva o una faja torácica, con el fin de proteger la cicatrización esternal, cuando el enfermo presente:

- edad avanzada -cirugía de by-pass coronario con mamaria
- gran corpulencia -historia de descalcificación ósea
- agitación -sutura esternal con problemas en quirófano

**La desorientación** de algunos enfermos requiere que se les sitúe continuamente en el lugar y fecha reales. A veces se agitan y precisan

sedación farmacológica. En otros casos es la propia sedación la que provoca el cuadro de desorientación. En no pocas ocasiones se hace necesario sujetarlos a las camas con vendas y barandas para evitar que se tiren de ellas. Se supera en pocos días.

### **2.3.-Día 3º**

**El catéter de central:** suele retirarse a las 24-48 horas (bajo prescripción médica). Se ejecuta traccionando con suavidad pero con firmeza, evitando que pueda entrar aire. Si hay una importante resistencia a la extracción -puede haber quedado aprisionado por los alambres del esternón- hay que comunicarlo y, en última instancia, vendría a retirarlo el cirujano.

Antes de realizar la extracción debemos marcar en el *Pleur-evac* la cantidad de sangre drenada hasta ese momento, para advertir si hay un aumento significativo al sacar el catéter.

**Los drenajes torácicos pueden retirarse:** a las 2-3 horas de hacer lo propio con el catéter de aurícula, siempre que la evolución del enfermo lo permita.

Tienen, a su entrada en piel, una sutura en "bolsa de tabaco" que permite cerrar el orificio al retirar el tubo. Aún así, prepararemos gasas con vaselina para taponar la posible entrada de aire. Previamente se pinta la zona de inserción de los drenajes con betadine. Llevaremos pinzas de Kotcher por si la retirada de los tubos no es conjunta. En ese caso se pinzará primero el último en ser extraído. Posteriormente se pinza también el otro (ya fuera del paciente). Después se libera el segundo tubo y se extrae. El equipo retirado no se vacía antes de tirarlo sino que se deposita verticalmente en los contenedores de productos biocontaminados.

Si el enfermo se va a anticoagular, tras retirar los drenajes se cursa a hematología una hoja de control de heparina o sintrón (acenocumarol)

**La sonda vesical será retirada** siempre que el enfermo evolucione adecuadamente y no haya contraindicación específica

**La cánula venosa corta se retirará** si el enfermo está estable y no precisa transfusiones de sangre.

**El paciente se sentará** en sillón una vez retirados los drenajes.

**El generador de marcapasos se desconectará** del cable bipolar del enfermo si éste no presenta alteraciones del ritmo que puedan necesitarlo.

El cable no se retira en la UCI sino en la planta, mediante una tracción suave, pero firme, tras cortar la sutura que lo fija a piel.

A partir del tercer día, inclusive, el enfermo puede marcharse de alta, aunque suele ser al día siguiente cuando esto ocurre.

En muchas ocasiones, con el informe médico de alta, se adjunta la orden de retirar la vía central.

## **ALTA A PLANTA**

### **1.-Preparación del paciente**

En el momento de marcharse se le retiran los electrodos del monitor.

Si conserva el catéter venoso, se retira el banco de llaves (manifold) y se conecta directamente el sistema individual de suero al catéter, a través de una llave de tres pasos.

Si conserva la sonda uretral, se desconectará el urinómetro y se colocará una bolsa simple de recogida de orina.

**2.-Nuestro informe de alta** está protocolizado y en él se debe reflejar:

1-Capacidad para alimentarse sin ayuda

2-Capacidad para asearse sin ayuda

3-¿Qué aparataje lleva y desde cuándo? Aquí incluimos catéteres, drenajes, marcapasos, sondas, etc.

4-Necesidad o no de fisioterapia respiratoria

5-¿Qué heridas precisan cura? y ¿qué clase de cura se les hace?



**6-**¿Se ha sentado? ¿Deambula? ¿Cómo lo tolera?

**7-**¿Qué tratamiento es el último que se le ha administrado? y ¿a qué hora le corresponde el próximo?

**8-**Un apartado de observaciones en el que indicar cualquier eventualidad del postoperatorio que pueda tener influencia en la planta

**9-**Firma del diplomado de enfermería

## **Estadía en planta o sala de terapia intermedia.**

### **Primer día en sala intermedia**

Generalmente es el tercer día luego de la cirugía el paciente llega a la sala con:

- Telemetría cardiaca portátil que muestra el registro ECG del corazón conectada a los monitores de la enfermería
- Vía venosa central de doble lumen cada una con sus respectivos sueros que suelen ser dextrosa al 5% con agregados y sin agregados y en algunas ocasiones inotrópicos positivos o negativos controlados por una bomba de infusión continua
- Vía periférica para la administración de medicación endovenosa
- Administración de oxígeno a través de máscara

Al llegar a la sala la enfermera encargada del paciente debe controlar signos vitales y ordenar la unidad de manera adecuada.

En la estadía en sala el paciente debe estar acompañado en forma permanente de un familiar el cual estará a cargo de algunos cuidados del paciente, por esto es en esta instancia que la enfermera entrega una guía escrita de cuidados que debe tener en cuenta tanto el paciente como el familiar. En esta se explica la forma de protección esternal del paciente, los cuidados que debe tener este y el familiar al moverse y al toser, la forma de vestirse y los ejercicios respiratorios a realizar cada una hora. También se puede empezar a explicar los cuidados que deberá tener en su hogar y la forma de curar la herida torácica y de la safenectomía si la tuviere.

En el transcurso de ese día y si el paciente esta estable hemodinámicamente, se lo sentara al borde de la cama en los horarios de comida para empezar a prepararlo para la deambulacion.

### **Segundo día en sala**

En el cuarto día luego de la cirugía en la mañana se le realizara al paciente.

- ECG diario de control
- Curación plana de las heridas
- Control de signos vitales.

En esta jornada en horas de la mañana el paciente es levantado con ayuda del enfermero y el familiar y es sentado en una silla. Luego del desayuno es llevado a Rx para una placa de tórax de frente y perfil. Al volver a la habitación el paciente permanece sentado en la silla en compañía del familiar y si se encuentra hemodinámicamente estable y luego de la evaluación medica se comienzan a bajar las dosis de los inotrópicos .

En horas del mediodía y tras la indicación medica se retira el catéter venoso central y la vía periférica, se controlan signos vitales del paciente y se le deja descansar.

En la tarde se levanta al paciente y se le hace deambular por el servicio siempre acompañado del familiar y se le explica la importancia de que se mantenga levantado y con una actividad moderada y no tanto tiempo en cama. Luego de la cena se procede a acostar al paciente para que este descanse.

### **Tercer día en la sala.**

Al quinto día de la cirugía el paciente si a estado estable hemodinámicamente, presenta buena ingesta de alimentos y se moviliza sin dificultad ya esta apto para el alta hospitalaria.

Se le realiza:

- ECG
- Curación plana de heridas
- Control de signos vitales
- Evaluación de las heridas por cirujano el cual retirara los cables para marcapaso si los hubiere y dará el alta quirúrgica del paciente.
- Evaluación por parte del medico cardiólogo del servicio el cual dara el alta definitiva del servicio al paciente.

Luego de recibir la indicación por parte del medico de que el paciente esta de alta la enfermera debe.

- Retirar la telemetría portátil.
- Explicar los cuidados que debe tener en la casa el paciente sobre todo en los movimientos que no debe realizar con los miembros superiores, para evitar la dehiscencia esternal
- Volver a enseñarle al familiar la forma de curar las heridas explicándolo como y con que material realizarla y con que frecuencia.
- Guiar al paciente sobre la dieta que debe mantener durante la recuperación
- Insistir en evitar el consumo excesivo de líquidos para evitar complicaciones como el edema agudo de pulmón.
- Se le explican cuales son los signos y síntomas de alarma, tras los cuales debe acudir al hospital para consultar al medico.
- Se le aclaran dudas acerca de los horarios de la administración de los medicamentos recetados, y se le explica la importancia de que respete los horarios señalados, sobre todo si requiere de inotrópicos por vía oral.

## **DISEÑO METODOLOGICO.**

La investigación, se centrará en un grupo de personas conformado por los enfermeros / as del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Italiano de Mendoza.

El estudio seleccionado fue:

- Observacional: Por que no hay intervención del investigador
- Descriptiva: Por que busca determinar la situación de la variable tal como se presenta al momento del estudio.
- Transversal: Se indagara en un periodo de tiempo Junio a Octubre de 2011.
- Universo: La población en estudio serán los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital italiano. Total 20 enfermeros.
- Técnica: Entrevista
- Instrumento: Encuesta.

## **OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE**

**Variable** → Rol de educador.

**Operacionalización** → Conocimiento por parte del enfermero de su rol de Educador.

### **Factores que influyen en la construcción del rol de educador:**

- Vocación Mucho
- Formación académica Poco
- Experiencia laboral Nada
- Actividades que realiza

### **Influencia de la formación académica.**

- Brinda mejores herramientas para educar Muy suficiente
- Es suficiente para educar al paciente Suficiente  
Poco Suficiente

### **Consideración del rol profesional en el servicio de cirugía cardiovascular.**

- Cumplir ordenes delegadas de los integrantes del equipo de salud
  - a) Siempre
  - b) A veces
  - c) Nunca
- Guiar a los pacientes en los cuidados post quirúrgicos
  - a) Siempre
  - b) A veces
  - c) Nunca
- Educa al paciente y a su familia
  - a) para el alta
  - b) Para su estadía en el hospital
  - c) Para adaptarse a la nueva situación.
- Educa hasta el alta a través de:
  - a) Guías verbales
  - b) Guías escritas

- c) Guías verbales y escritas
- Realiza una actividad sólo existencialista
  - a) Siempre
  - b) Generalmente
  - c) Nunca
- Cuida y ayuda al paciente en aquellas necesidades que no puede satisfacer por si solo
  - a) Siempre
  - b) Generalmente
  - c) Nunca

### **Educar para el alta**

- Educar para lograr una pronta y rápida recuperación
  - a) Siempre
  - b) A veces
  - c) Nunca
- La educación favorece la recuperación del paciente
  - a) Siempre
  - b) A veces
  - c) Nunca
- La educación depende del grado de entendimiento del paciente
  - a) Siempre
  - b) A veces
  - c) Nunca
- Considera que se da la importancia y el tiempo necesario a la educación del paciente
- El carácter y la predisposición del enfermero influye sobre la forma de brindar la educación para el alta
  - a) Siempre
  - b) A veces
  - c) Nunca

***TABLAS***

***Y***

***GRAFICOS.***

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

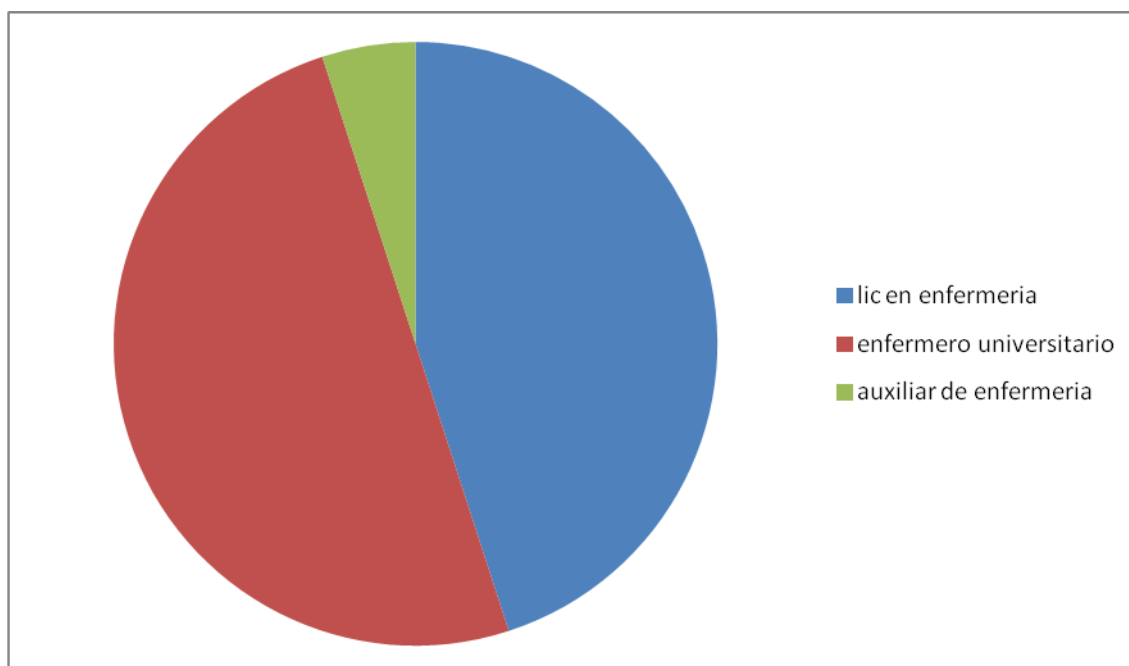
Tabla nº 1.

Nivel de formación de los profesionales de enfermería Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011.

X	Fr	F %
Licenciados	9	45%
Enfermeros universitario/ profesional	10	50%
Auxiliar de enfermería	1	5%
Total	20	100 %

Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.

Grafico nº 1.



Comentario: En el gráfico se puede observar que un 50 % del personal que trabaja en el servicio de cirugía cardiovascular del Hospital italiano tiene el título de enfermero universitario o profesional, un 45 % el título de licenciado en enfermería y solo un 5% el de auxiliar de enfermería.



## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

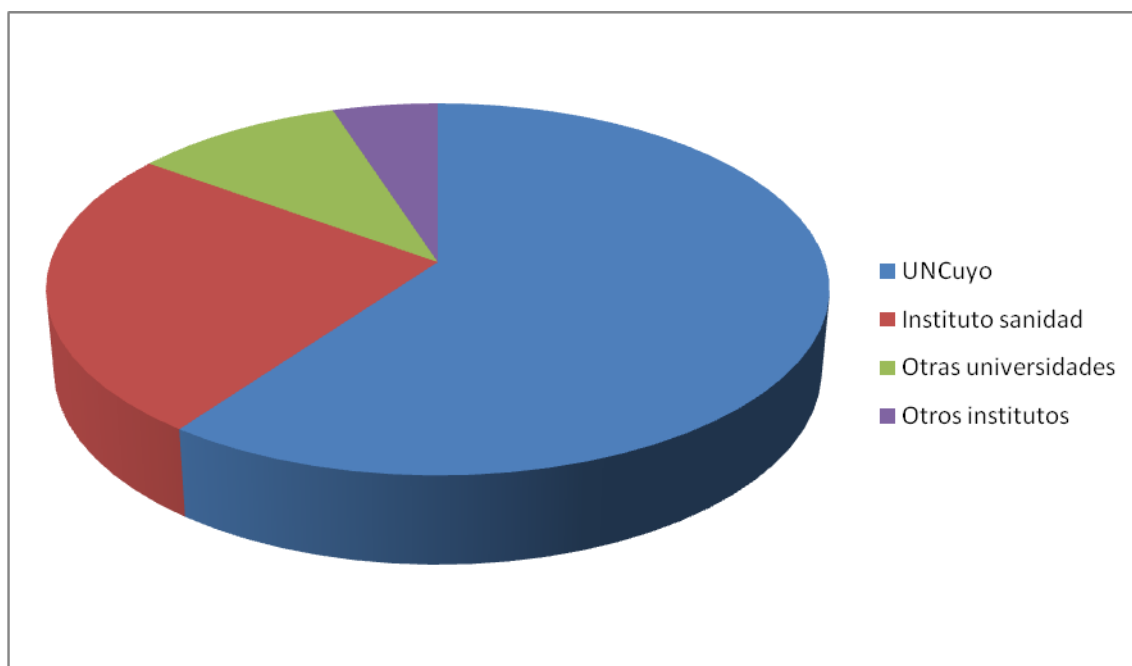
Tabla nº 2

Lugar de egreso de el personal de enfermería del Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011.

X	Fr	F %
UNCuyo	12	60 %
Instituto Sanidad	5	25 %
Otras universidades	2	10 %
Otros institutos	1	5 %
Total	20	100 %

Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.

Grafico nº 2



Comentario: En este grafico se puede observar que un 60 % del personal esta formado en la UNCuyo ya sea como licenciados o enfermeros, un 25 % en el instituto de la sanidad y el resto del personal en otras instituciones, con esto se sigue observando que el grado de formación del personal es muy bueno y se busca una formación especializada.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

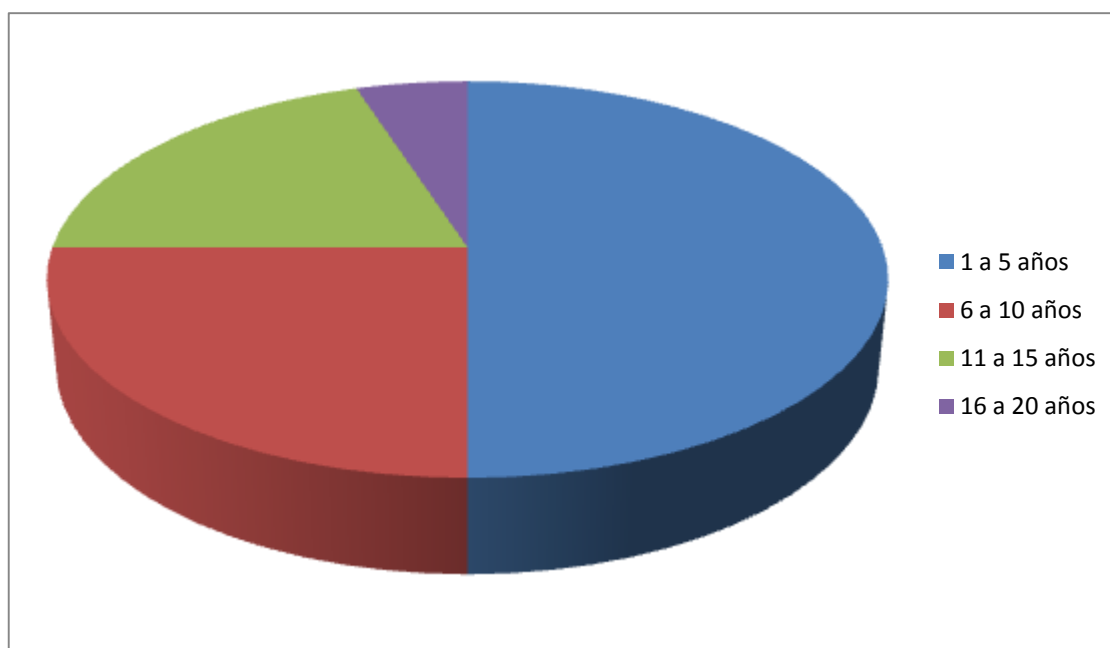
**Tabla nº 3.**

**Años de antigüedad laboral q tiene el personal de enfermería del Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular  
Noviembre de 2011.**

X	Fr	F %
1 a 5 años	10	50 %
6 a 10 años	5	25 %
11 a 15 años	4	20 %
16 a 20 años	1	5 %
Total	20	100 %

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

**Grafico nº 3**



Comentario: En este grafico se puede observar que un 50% del personal lleva entre 1 a 5 años trabajando en el servicio y un 20 % entre 11 a 15 años lo cual muestra que gran parte del personal lleva muchos años trabajando en el servicio lo cual lo hace mucho mas especializado en la tarea que realiza.

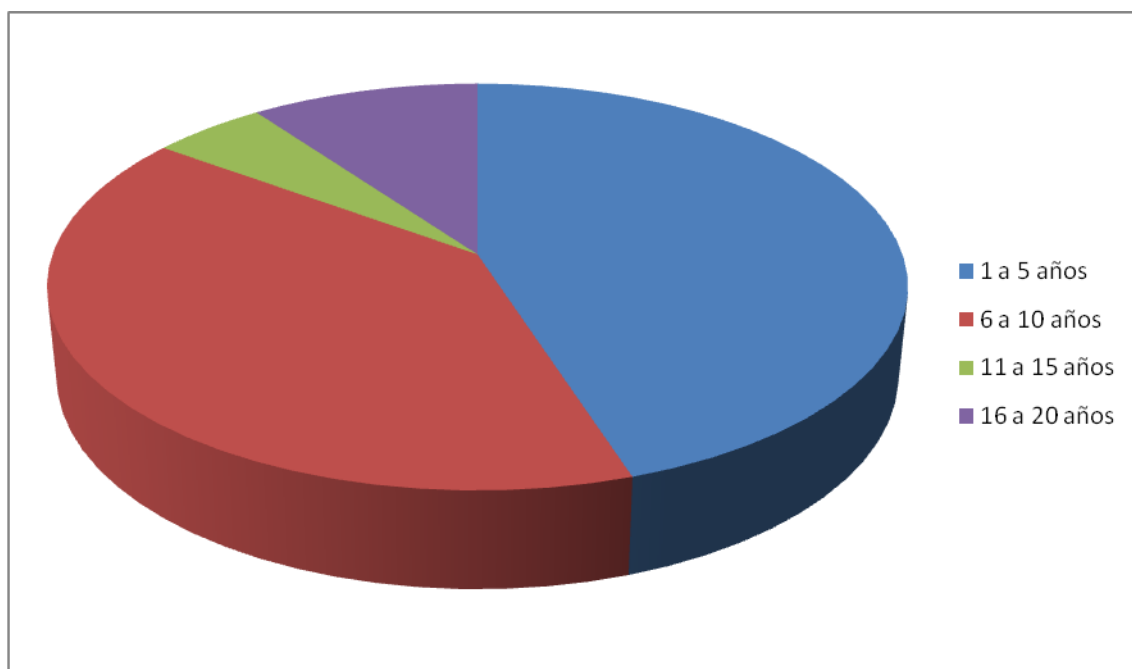
## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

Tabla nº 4

**Años de egresos del personal de enfermería del Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011**

X	Fr	F %
1 a 5 años	9	45 %
6 a 10 años	8	40 %
11 a 15 años	1	5 %
16 a 20 años	2	10 %
Total	20	100 %

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*



Comentario: En el gráfico se puede observar que el 45% de personal egreso de la carrera de enfermería hace 1 a 5 años, un 40% hace 6 a 10 años, lo cual refleja el grado de experiencia laboral del personal, un 5% entre 11 a 15 años y un 10% entre 16 a 20 años.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

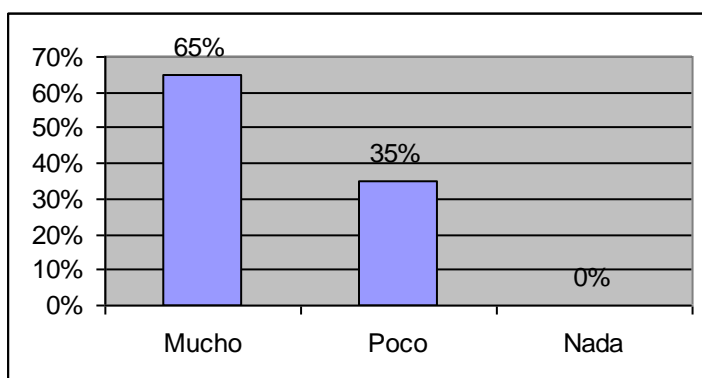
Tabla nº 5

Numero de enfermeros según influencia de la *vocación* en la construcción del rol de educador, hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011

X	Fr	F%
Mucho	13	65%
Poco	7	35 %
Nada	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

Grafico nº5



Comentario: en este grafico se observa que el 65% de los enfermeros de cirugía cardiovascular del hospital italiano cree que la vocación influye mucho sobre la formación del rol y el 35 % restante cree que influye poco. Esta opinión tiene que ver con las razones que han tenido las personas entrevistadas para estudiar enfermería.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

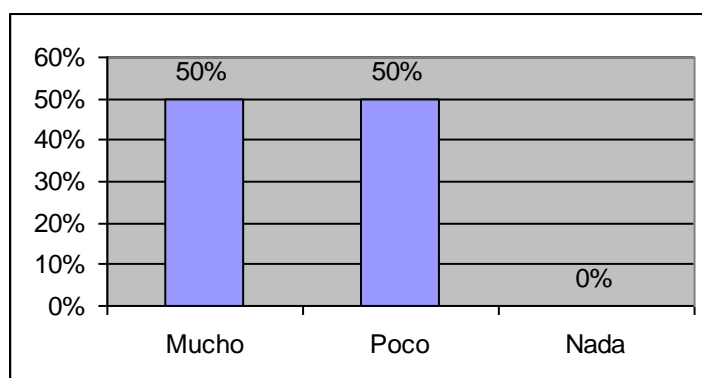
Tabla nº 6

Numero de enfermeros sobre la influencia de la *formación académica* en la construcción del rol de educador. Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011

X	Fr	F %
Mucho	10	50 %
Poco	10	50%
Nada	0	0 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

Grafico nº 6



Comentario: En Este grafico se puede observar que el 50% del personal de enfermería de cirugía cardiovascular opina que la formación académica influye mucho en la construcción del rol y el 50 % restante opina que influye poco. Esto es de acuerdo al nivel de formación y lugar de formación del personal de enfermería.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

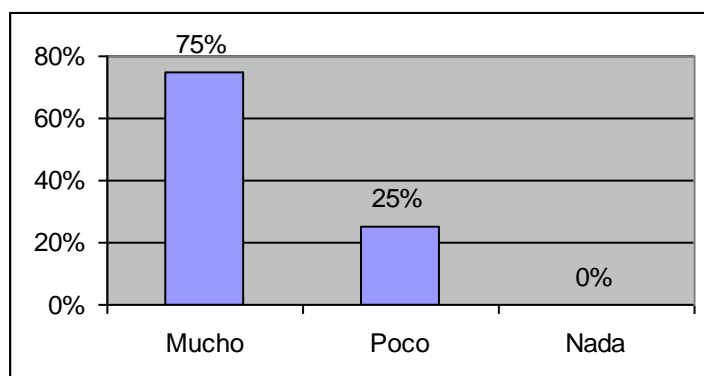
Tabla nº 7

Numero de enfermeros sobre la influencia de la *experiencia laboral* en la construcción del rol de educador hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011.

X	Fr	F %
Mucho	15	75 %
Poco	5	25 %
Nada	0	0 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.

Grafico nº 7



Comentario: En este grafico se puede observar que el 75 % del personal de enfermería de cirugía cardiovascular del Hospital Italiano opina que la experiencia laboral influye mucho sobre la construcción del rol de educador y el 25 % opina que influye poco la formación académica.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

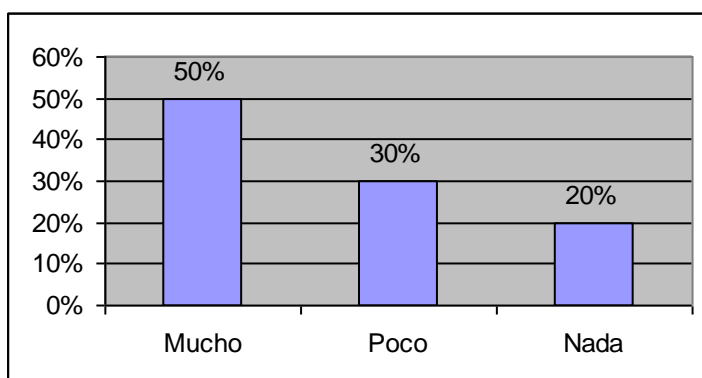
Tabla n° 8

Numero de enfermeros sobre la influencia de las *actividades que realiza* en la construcción del rol de educador Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011

X	Fr	F %
Mucho	10	50 %
Poco	6	30 %
Nada	4	20 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

Grafico n ° 8



Comentario: En este grafico se observa que del personal de enfermería de cirugía cardiovascular el 50 % opina que las actividades que realiza influyen mucho sobre la formación del rol de educador, el 30 % que influye poco y el 20 % restante que no influye nada.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

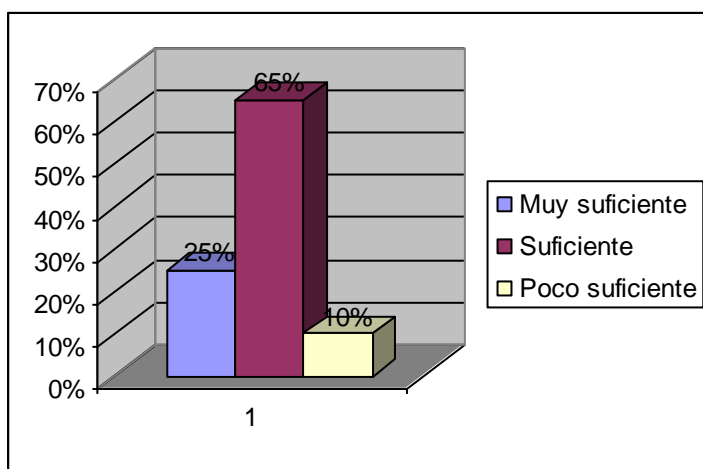
Tabla n° 9

Numero de enfermeros sobre si la formación académica que se recibe en la carrera de enfermero universitario/ profesional y Licenciado brinda mejores herramientas para educar al paciente Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011

X	Fr	F %
Muy suficiente	5	25 %
Suficiente	13	65%
Poco suficiente	2	10 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.

Grafico n° 9



Comentario: En este grafico se puede observar que el 65 % de los enfermeros opina que la formación académica que se recibe durante la carrera es suficiente para brindar herramientas para la educación del paciente, el 25 % opina que es muy suficiente, y el 10 % opina que es poco suficiente.



## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

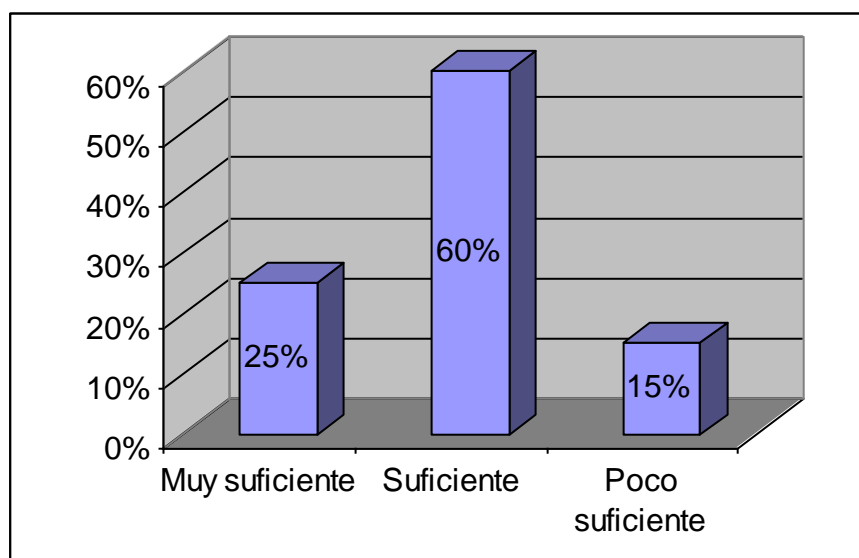
Tabla nº 10

Numero de enfermeros sobre si la *formación académica* recibida es suficiente para educar al paciente Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011

X	Fr	F %
Muy suficiente	5	25 %
Suficiente	12	60 %
Poco suficiente	3	15 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.

Grafico nº 10



Comentario: En este gráfico se observa que el 60% de los enfermeros cree que la formación académica recibida es suficiente para educar al paciente, el 25% opina que es muy suficiente y el 15% que es poco suficiente.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

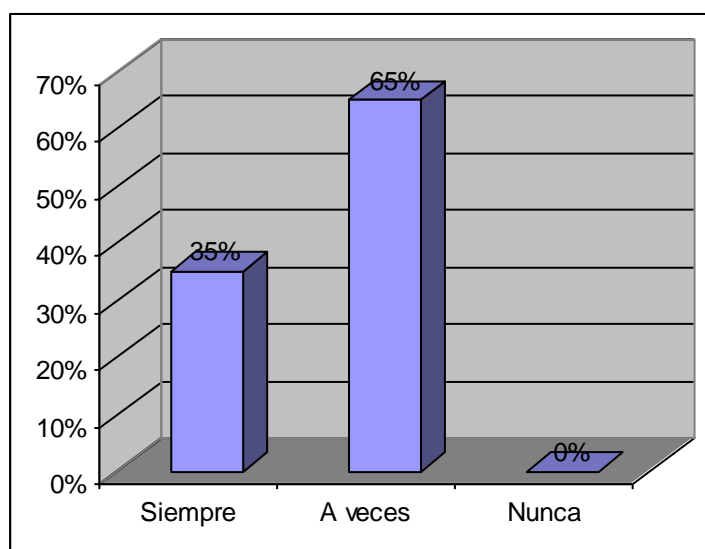
Tabla nº 11

Numero de enfermeros acerca de si considera que su rol es *Cumplir ordenes delegadas de los integrantes del equipo de salud Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular* Noviembre de 2011

X	Fr	F %
Siempre	7	35 %
A veces	13	65 %
Nunca	0	0 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.

Grafico nº 11



Comentario: En este gráfico se observa que el 65 % de los enfermeros opina que a veces su rol es cumplir órdenes de los integrantes del equipo de salud, el 35 % opina que siempre cumple órdenes de los integrantes del equipo de salud.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

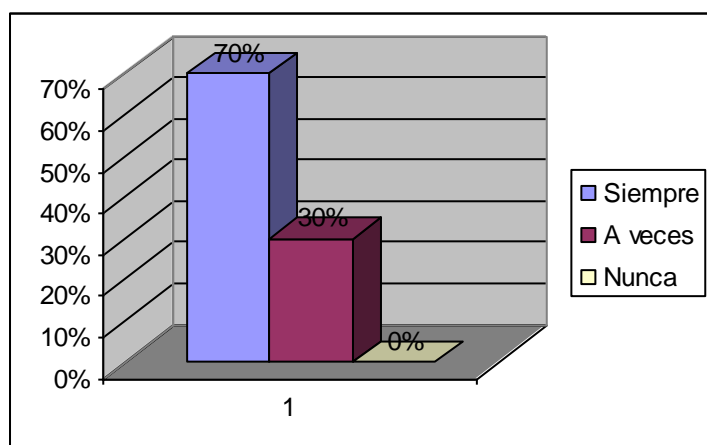
Tabla nº 12

Numero de enfermeros acerca de si considera que su rol es *Guiar a lo pacientes en los cuidados post quirúrgico* Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011.

X	Fr	F %
Siempre	14	70 %
A veces	6	30 %
Nunca	0	0 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.

Gráfico nº 12



Comentario: en este gráfico se puede observar que el 70% del personal de enfermería opina que siempre su rol es guiar a los pacientes en los cuidados post quirúrgicos.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

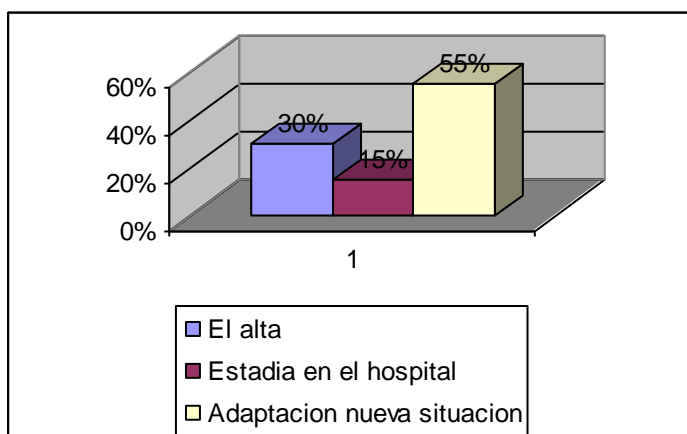
Tabla nº 13

Numero de enfermeros acerca de si considera que su rol es *educar al paciente y su familia para:* Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011

X	Fr	F %
El alta	6	30 %
Su estadia en el hospital	3	15 %
Adaptación a la nueva situación	11	55 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.

Grafico nº 13



Comentario: En este grafico se observa que el 55 % de los enfermeros opina que su rol es educar al paciente y la familia para la adaptación a la nueva situación, el 30 % para el alta y el 15 % para su estadía en el hospital.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

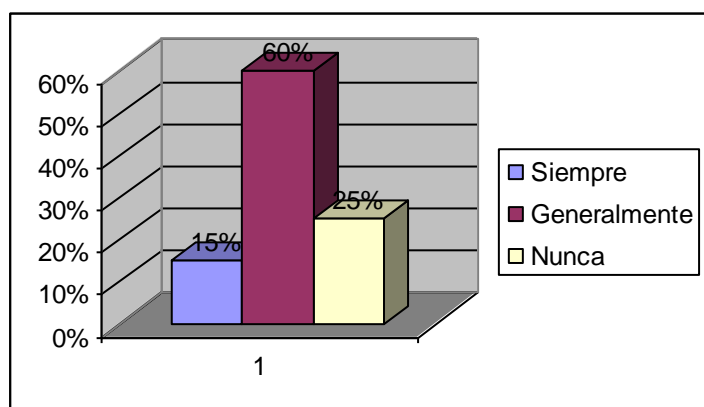
Tabla nº 14

Numero de enfermeros acerca de si considera que su rol es *realizar una actividad solo asistencialista*. Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011

X	Fr	F %
Siempre	3	15 %
Generalmente	12	60 %
Nunca	5	25 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.

Grafico nº 14



Comentarios: En este grafico se observa que el 60 % de los enfermeros opina que su rol es generalmente es realizar una actividad solo asistencialista, el 25 % opina que nunca y el 15 % opina que siempre.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

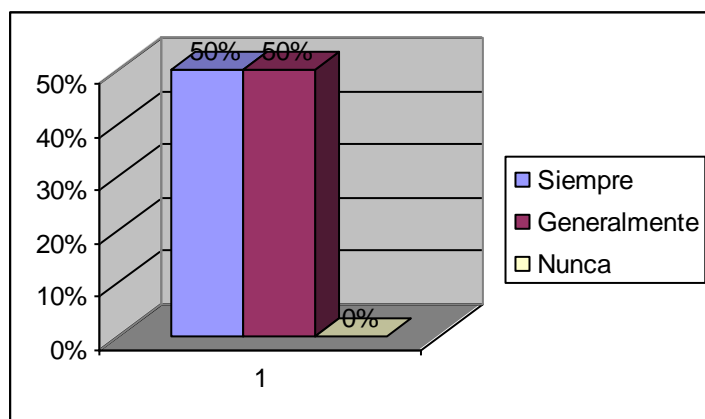
Tabla nº 15

Numero de enfermeros acerca de si considera que su *rol es cuidar y ayudar al paciente en aquellas necesidades que no puede satisfacer por si solo*: Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011.

X	Fr	F %
Siempre	10	50 %
Generalmente	10	50 %
Nunca	0	0 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.

Grafico nº 15



Comentario : en este grafico se observa que el 50 % de los enfermeros opina que su rol es siempre cuidar y ayudar al paciente en aquellas necesidades que no puede satisfacer por si solo y el 50 % restante opina que generalmente esto es así.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

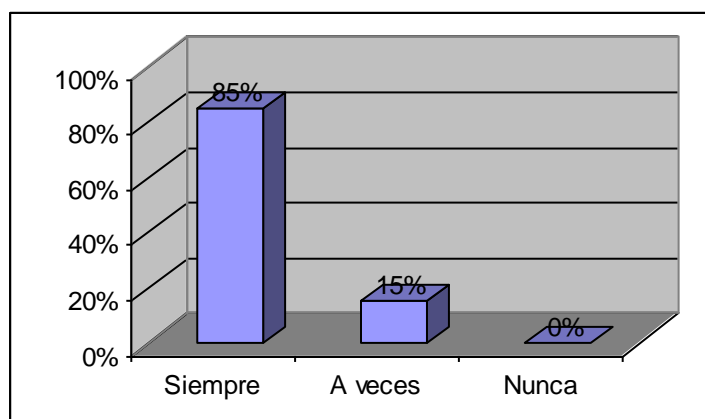
Tabla nº 16

Numero de enfermeros acerca de si es importante educar continuamente al paciente. Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011

X	Fr	F%
Siempre	17	85 %
A veces	3	15 %
Nunca	0	0 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

Grafico nº 16



Comentario: En este grafico se puede observar que el 85% de los enfermeros cree que es importante educar continuamente al paciente y el 15 % opina que solo a veces es importante.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

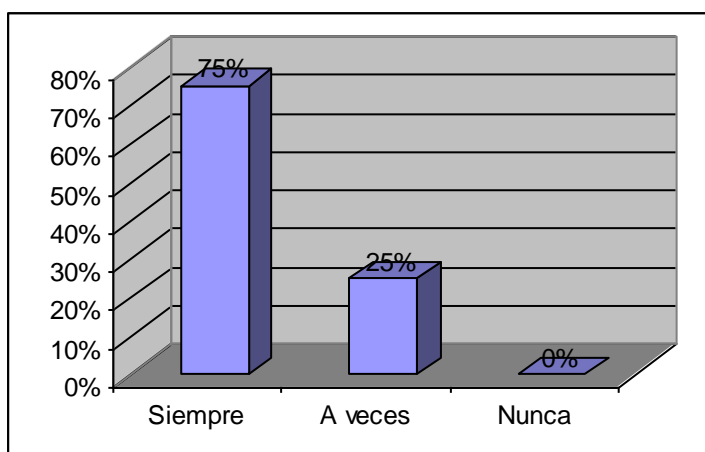
Tabla nº 17

Numero de enfermeros acerca de si uno de los objetivos de educar para el alta es lograr una pronta y rápida recuperación. Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular noviembre de 2011.

X	Fr	F%
Siempre	15	75%
A veces	5	25 %
Nunca	0	0 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

Grafico nº 17.



Comentario: En este grafico se puede observar que el 75 % de los enfermeros opina que siempre uno de los objetivos de educar para el alta es lograr una pronta y rápida recuperación y el 25 % restante opina que solo a veces es ese el objetivo.



## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

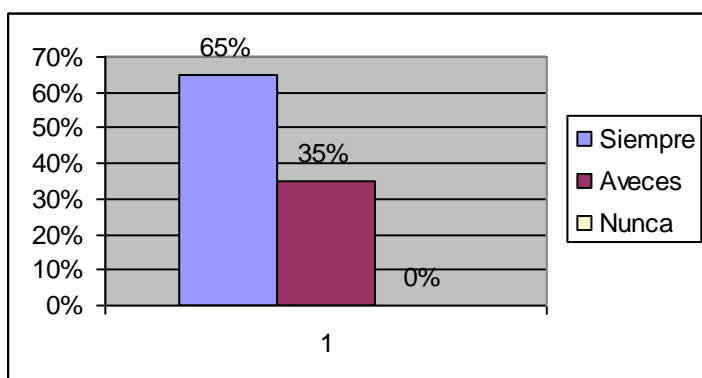
Tabla nº 18

Numero de enfermeros acerca de si considera que la educación brindada al paciente favorece su recuperación. Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011.

X	Fr	F%
Siempre	13	65%
A veces	7	35 %
Nunca	0	0 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

Grafico nº 18



Comentario: En este grafico se puede observar que el 65 % de los enfermeros que la educación brindada al paciente favorece siempre su recuperación y el 35 % a veces.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

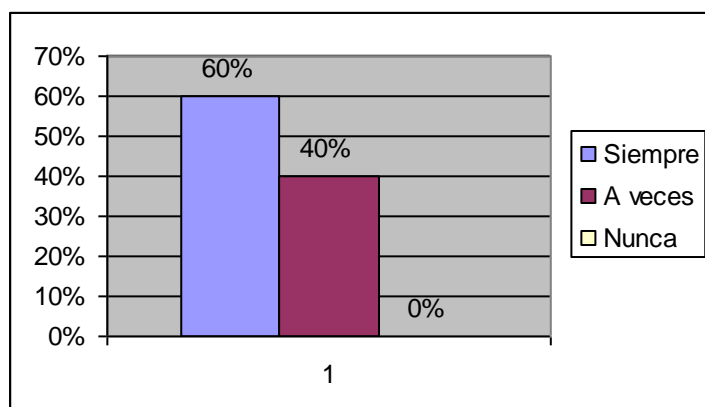
Tabla nº 19

Numero de enfermeros de cirugía cardiovascular acerca de si la aplicación y utilización de la educación brindada depende del grado de entendimiento del paciente. Hospital italiano de Mendoza servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011.

X	Fr	F%
Siempre	12	60%
A veces	8	40 %
Nunca	0	0 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

Grafico nº 19



Comentario: En este grafico se observa que el 60% del personal de enfermería opina que siempre la aplicación y utilización de la educación brindada depende del grado de entendimiento del paciente y el 40 % opina que a veces depende.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

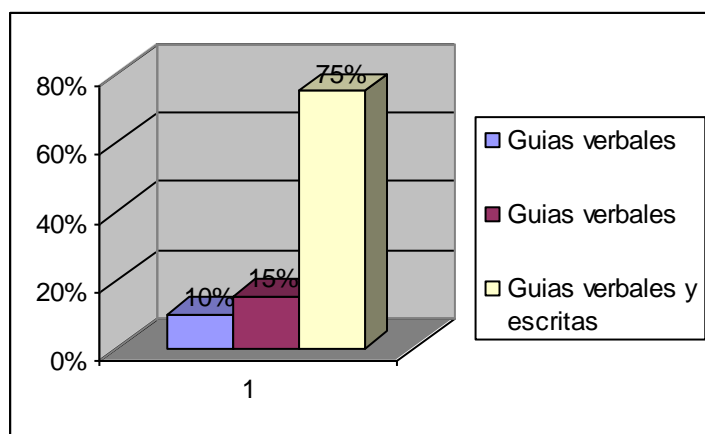
Tabla nº 20

Numero de enfermeros de cirugía cardiovascular acerca de que método resulta mas acertado para educar al paciente hasta el alta a través de: en hospital italiano de Mendoza Servicio de cirugía cardiovascular en Noviembre de 2012.

X	Fr	F
Guías verbales	2	10 %
Guías escritas	3	15 %
Guías verbales y escritas	15	75 %
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

Grafico nº 20



Comentario: En este gráfico se observa que el 75% de los enfermeros cree que las guías verbales y escritas son el método más acertado para educar al paciente hasta el alta, el 15% guías escritas y el 10% guías verbales.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

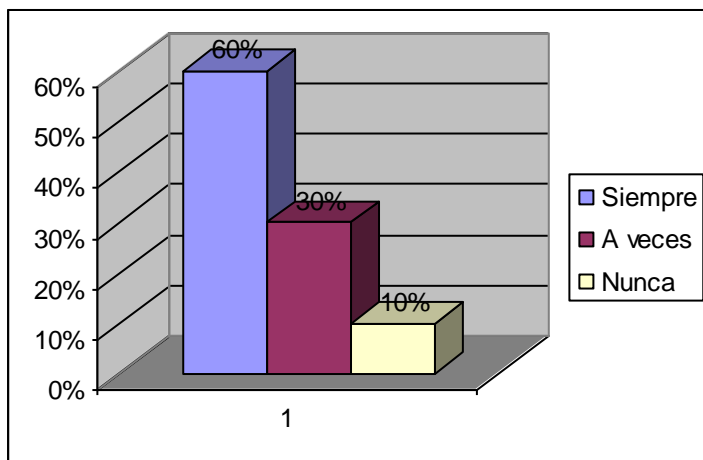
Tabla nº 21

Numero de enfermeros de cirugía cardiovascular acerca de si considera que el carácter y la predisposición del enfermero influye sobre la forma de brindar la educación al paciente. Hospital italiano de Mendoza Servicio de cirugía cardiovascular Noviembre de 2011

X	Fr	F%
Siempre	12	60%
A veces	6	30 %
Nunca	2	10%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.

Grafico nº 21



Comentario: En el grafico se observa que el 60% del personal de enfermería considera que siempre el carácter y la predisposición del enfermero influye sobre la forma de brindar la educación al paciente, el 30% que a veces influye y el 10 % que nunca influye.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

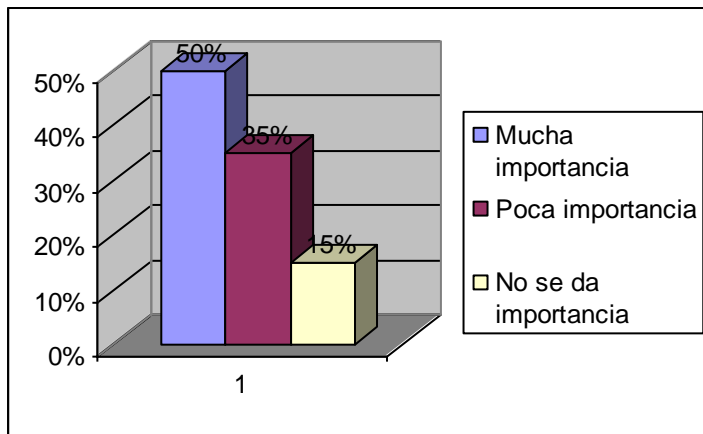
Tabla nº 22

Numero de enfermeros de cirugía cardiovascular acerca de si considera que se da importancia y tiempo necesario a la educación del paciente.  
Hospital italiano de Mendoza Servicio de cirugía cardiovascular  
noviembre de 2011

X	Fr	F %
Mucha importancia	10	50 %
Poca importancia	7	35 %
No se da importancia	3	15%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

Grafico nº 22



Comentario: En el gráfico se observa que el 50% del personal de enfermería considera que se da mucha importancia y tiempo necesario a la educación del paciente, el 35% poca importancia y el 15% restante que no se da importancia.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR.

Tabla Bi variada nº 1:

Numero de enfermeros que considera que se da importancia y tiempo necesario a la educación del paciente, según su titulo profesional  
Hospital italiano de Mendoza Servicio de cirugía cardiovascular  
noviembre de 2011

<b>Titulo del profesional</b>	<b>Considera que se da importancia y tiempo necesario a la educación del paciente</b>	<b>Mucho</b>	<b>Poco</b>	<b>Nada</b>	<b>Total</b>
<b>Enfermero universitario / profesional</b>		5	3	2	10
<b>Licenciado en enfermería</b>		5	3	1	9
<b>Auxiliar de enfermería</b>		0	1	0	1
<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>20</b>

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

Comentario: En esta tabla se puede observar que la mayoría (10 personas) del personal de enfermería del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital italiano de Mendoza considera que se da mucha importancia y tiempo necesario a la Educación del paciente esta opinión tiene que ver con el grado de formación del personal y solo 3 personas considera que no se da nada de importancia y tiempo a la educación del paciente..

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR

Tabla Bi variada nº 2:

Numero de enfermeros que considera que la formación académica recibida es suficiente para educar al paciente, según su título profesional  
Hospital italiano de Mendoza Servicio de cirugía cardiovascular  
noviembre de 2011

<b>Título profesional.</b>	<b>Considera que la formación académica recibida es suficiente para educar al paciente.</b>	<b>Muy suficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Poco Suficiente</b>	<b>Total</b>
<b>Enfermero universitario/ Profesional</b>		3	6	1	10
<b>Licenciado en enfermería.</b>		2	5	2	9
<b>Auxiliar de enfermería</b>			1	0	1
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>20</b>

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

Comentario. En esta tabla se puede observar según el grado de formación académica que posee el personal de enfermería 6 enfermeros universitarios / profesionales y 5 licenciados en enfermería consideran que la formación académica recibida es suficiente para educar al paciente; 3 enfermeros y 2 licenciados creen que la formación académica es muy suficiente y solo 3 personas creen que es poco suficiente. También se puede ver que el único auxiliar de enfermería que trabaja en el servicio considera que su formación académica es suficiente para educar al paciente ya que esta persona con los años fue realizando cursos de capacitación.

## CONOCIMIENTO DEL ROL DE EDUCADOR

### Tabla Bi variada nº3

Numero de enfermeros que cree que es importante educar continuamente al paciente Hospital italiano de Mendoza Servicio de cirugía cardiovascular noviembre de 2011

<b>Titulo profesional</b>	<b>Cree que es importante educar continuamente al paciente.</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>	<b>Total</b>
<b>Enfermero universitario/ profesional</b>		8	2	0	<b>10</b>
<b>Licenciado en enfermería</b>		7	2	0	<b>9</b>
<b>Auxiliar de enfermería</b>		1	0	0	<b>1</b>
<b>Total</b>		<b>16</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>20</b>

*Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.*

Comentario: En esta tabla se puede observar que la mayoría del personal de enfermería del servicio de cirugía cardiovascular según su distinto grado de formación considera que siempre es importante educar continuamente al paciente; 4 personas que a veces es importante y ninguno considera que nunca es importante educar al paciente. Esto es importante ya que se puede apreciar que el personal esta interesado y considera importante la educación al paciente durante la estadía del paciente en el hospital.



**TABLA MATRIZ ENCUESTA A PERSONAL DE ENFERMERIA DE CIRUGIA  
CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA.**

**TABLA MAESTRA.**

Nº	1			2				3				4				5			5.2.			5.3			5.4			6			7				
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	H	I	J	K	L	M	N	L	M	N	L	M	N	L	M	N	O	P	Q	O	P	Q		
1	X				X					X				X		X			X			X					X			X					
2	X				X			X			X				X			X			X						X		X						
3		X		X				X			X				X			X				X			X			X			X				
4		X		X				X			X				X			X				X			X		X				X				
5		x		X					X				X		X			X			X			X				X			X				
6	X					X				X		X			X			X			X			X			X		X		X				
7	X			X				X			X				X			X			X			X			X			X		X			
8	X			X					X		X				X			X			X			X			X			X					
9		X		X					X				X		X				X		X			X			X			X		X			
10			X				X				X			X	X				X			X			X			X			X				
11	X				X				X				X			X			X			X			X				X		X				
12		X		X					X					X				X			X					X	X			X					
13		X		X				X			X				X			X			X			X			X			X					
14	X				X				X				X			X			X			X			X			X			X				
15		X				X		X			X				X			X			X			X			X						X		
16	X			X					X				X					X			X			X			X			X			X		
17	X			X				X			X				X			X			X						X		X		X				
18		X		X				X			X				X			X			X						X	X			X				
19	X				X				X				X			X			X			X					X		X					X	
20		x			X			X			X				X			X			X			X			X			X			X		
	10	9	1	11	6	2	1	9	8	1	2	10	5	4	1	13	7	0	10	10	0	15	5	0	10	6	4	5	13	2	6	12	3		

Fuente: Datos obtenidos a través de encuesta realizada por la autora de la investigación a los enfermeros del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza.





## **Codigos tabla matriz.**

### **Preguntas**

- 1 Titulo
- 2 Lugar de egreso
- 3 Año de egreso
- 4 Años trabajando en el servicio de cirugía cardiovascular del Hospital italiano de mendoza
- 5 ¿Cuánto cree usted que influyen en la construcción del rol de educador la...
- 6 ¿ Considera Usted que la formación académica que se recibe a lo largo de la carrera de Enfermero universitario/ profesional y Licenciados en enfermería Brinda mejores herramientas para educar al paciente en forma?
- 7 ¿considera que la formación académica que usted recibió es suficiente para educar al paciente?
- 8 ¿Usted considera que su rol es.....
  - 8.1 cumplir ordenes delegadas del equipo de salud
  - 8.2 Guiar a los pacientes en los cuidados post quirúrgicos
  - 8.3 Educar a los pacientes y su familia para.....
  - 8.4 Realizar actividades solo asistencialista
  - 8.5 Cuidar y ayudar al paciente en aquellas necesidades que no puede satisfacer por si solo
- 9 ¿Cree usted que es importante educar continuamente al paciente?
- 10 Uno de los objetivos de educar para el alta es lograr una pronta y rápida recuperación?
- 11 ¿Considera que la educación brindada al paciente favorece su recuperación?
- 12 ¿La aplicación y/o utilización de la educación brindada depende del grado de entendimiento del paciente?
- 13 ¿Qué método resulta mas acertado para educar al paciente hasta el alta?
- 14 ¿Considera que el carácter y la predisposición del enfermero influye sobre la forma de brindar la educación al paciente?
- 15 ¿Considera que se da la importancia y el tiempo necesario a la educación del paciente?

## **Respuestas.**

- A** Enfermero universitario / profesional
- B** Licenciado en enfermería
- C** Auxiliar de enfermería
- D** UNCuyo
- E** Instituto de la sanidad
- F** Otras universidades
- G** Otros
- H** 1-5 años
- I** 6- 10 años
- J** 11 – 15 años
- K** 16 o mas años
- L** Mucho
- M** poco
- N** nada
- O** Muy suficiente
- P** Suficiente
- Q** poco suficiente
- R** siempre
- S** a veces
- T** nunca
- U** Para el alta
- V** Para la estadía en el hospital
- W** Para la nueva situación
- Y** generalmente
- 13.1** Guías verbales
- 13.2** Guías escritas
- 13.3** Guías verbales y escritas
- 15.1** Mucha importancia
- 15.2** Poca importancia
- 15.3** No se da importancia.

## ***INTERPRETACION DE LOS DATOS.***

Luego de realizar las entrevistas a el personal de enfermería de enfermería del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza se llega a la conclusión de que la mayoría del personal un 88% esta interesado en brindar educación al paciente luego de su cirugía, esta educación es valida tanto para su estadía en el servicio como para el momento del alta y los cuidados que deberá tener en su hogar.

El 65% del personal de enfermería considera que la vocación que se tiene al elegir esta carrera influye mucho sobre la formación del rol de educador ya que consideran que el tener la vocación de servicio que implica la enfermería ayuda a tener un mayor interés en la pronta recuperación del paciente y la educación a este es un punto muy importante dentro de su optima recuperación.

Con respecto a la formación académica de los enfermeros se pudo notar que la mayoría del personal son licenciados de enfermería por lo tanto poseen una mayor formación con mas conocimientos para brindar mejor atención al paciente, sin embargo el 50% de ellos considera que la formación académica influye mucho sobre la formación del rol de educador y 50% restante opina que la formación académica influye poco sobre la formación del rol de educador. Por otro lado el 75% del personal entrevistado opina que la experiencia laboral es muy importante en la formación del rol de educador y al momento de brindar la educación al paciente.

También se pudo observar que el 65% cree que la formación académica recibida en los años de estudios es suficiente para poder brindar educación practica y efectiva al paciente.

Con respecto a si es importante la educación al paciente un 70% del personal opina que dentro de su rol de educador esta guiar a los pacientes y a sus familias en los cuidados post quirúrgicos , por lo tanto podemos observar que el personal de enfermería tiene muy en claro que la educación al paciente y su familia es un pilar importante dentro de la función que este realiza, es por esto que un 85% del personal considera que es importante educar

continuamente al paciente y solo un 15% opina que poco importante esta formación continua, se pudo observar que esta opinión depende de el grado de formación académica que tenga el personal que lo manifiesta.

Otro aspecto importante que se tubo en cuenta es la formación y el grado de entendimiento que posee el paciente, el 60% del personal de enfermería opina que esto siempre influye sobre la aplicación y la utilización de la información brindada y un 40% opina que solo a veces influye. Por otro lado un 75% de los enfermeros considera que se deben utilizar guías verbales y escritas para educar al paciente y su familia, un 15% solo guías escritas y un 10% solo guías verbales. Estos dos aspectos están relacionados ya que hay que observar el grado de entendimiento de el paciente y su familia para ver que guía ya sea la verbal o la escrita la mas entendible para ellos, y en el caso de ambas utilizar un lenguaje entendible el cual sea de fácil comprensión para las personas para asi lograr que entiendan su contenido y lo puedan aplicar de manera correcta.

Acerca de si se da la importancia y el tiempo necesario a la educación del paciente el 50% del personal refirió que se da mucha importancia, el 35% opina que se da poca importancia y el 15% restante considera que no se da importancia, este aspecto se podría mejorar si se contara con un numero mayor de personal en el servicio pues se podrían repartir mejor las tareas y dedicarse mas tiempo exclusivamente a la educación al paciente. Con respecto a esto también se puede agregar que la falta de personal hace que el personal existente trabaje mas y este mas cansado es por esto que se pregunto si el carácter y la predisposición del enfermero influye sobre la educación brindada al paciente a lo cual el personal en un 60% contesto que siempre influye, un 30% piensa que a veces y un 10% piensa que esto nunca influye, el que un porcentaje alto piense que esto influye es importante ya que se puede apreciar que el personal es consciente de que de su carácter y predisposición depende que el paciente entienda o no los cuidados que debe tener para su pronta recuperación.

Se aprovecho la entrevista para preguntar al personal sobre si dentro del rol de enfermería es cumplir ordenes delegadas de los integrantes del equipo de salud a lo cual un 65% manifestó que solo a veces es este su rol y un 35%



manifestó que siempre es su rol, se pudo apreciar que esta opinión es de acuerdo al grado de formación académica que tiene el profesional ya que la mayoría que considera que a veces es nuestra función son los licenciados y parte de los enfermeros universitarios del servicio, los cuales están conscientes de que el rol de la enfermería no es solo cumplir las ordenes del equipo de salud, si no también que puede realizar acciones independientes de enfermería que son muy importantes para la pronta recuperación del paciente, como lo es la educación ya que no se necesita que el medico indique como o cuando educar al paciente esto se puede realizar según el criterio y lo que observa enfermería al momento de atender al paciente. Conjuntamente con esto se pregunto si el rol de enfermería es solo realizar una actividad asistencialista a lo cual el 60% de los enfermeros respondió que generalmente es asistencialista, esto debido a que la cantidad de tiempo que se dedica al cuidado del paciente se utiliza en actividades meramente asistencialistas.

## **PROPUESTA.**

La propuesta esta orientada a optimizar las herramientas que posee el personal de enfermería del servicio de cirugía cardiovascular del hospital italiano de Mendoza a través de cursos de capacitación para brindar mejores técnicas de educación al paciente realizando talleres de educación a los enfermeros en los cuales se les enseñen diversas técnicas de educación tanto verbales como escritas.

Tratar de lograr un seguimiento continuo del paciente luego del alta sobre todo los primeros 20 días luego de la cirugía, esto se podría conseguir si el personal participara en los controles post quirúrgicos que le realiza el cirujano al paciente, se podría realizar una entrevista de 10 o 15 minutos a solas con el paciente y su familia, para ver si esta aplicando de manera correcta en su hogar las técnicas de cuidado que le fueron enseñadas.

Se sugiere seguir incluyendo y fomentando la importancia del rol de educador del enfermero dentro de la enseñanza que se realiza en la escuela de enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo, ya que esto le da mejores herramientas a los enfermeros para educar a los pacientes, fomentar la educación continua del personal, que siga estudiando y especializándose luego de haber obtenido su título de grado, todo esto para lograr brindar una mejor atención integral a la comunidad.

## **CONCLUSION**

Como conclusión se puede decir que el personal de enfermería esta consciente de su rol de educador dentro de los cuidados brindados a los pacientes lo cual es muy importante ya que así el personal brinda una educación continua al paciente y no necesita que se le indique que haga esto si no que lo realiza de una forma independiente.

También se pudo apreciar que a pesar de que el personal de enfermería esta consciente de su rol de educador, este no lo puede llevar a cabo de forma satisfactoria por falta de tiempo y que tampoco sigue un control del cumplimiento de la educación brindada al paciente luego del alta lo cual seria muy importante poder conocer para ver si el paciente y su familia fueron capaces de aplicar en su hogar la enseñanza dada.

Por lo tanto es muy importante incluir dentro de la curricular de estudios herramientas que ayuden a mejorar las formas de educar al paciente y que creen un criterio adecuado que ayude a que el enfermero identifique cual es el mejor método de enseñanza a utilizar.

## **BIBLIOGRAFIA.**

- Apuntes de cátedra de Bases del cuidar enfermero autora Lic en enfermería Gamboni Silvia. Escuela de Enfermería FCM UNCuyo Año 2012
- Apuntes de cátedra “investigación en enfermería” Lic. en Enfermería María Rosa Reyes. Escuela de Enfermería FCM UNCuyo año 2010.
- Promover la vida / Marie Françoise Colliere Editorial Mc Graw – Hill/ Interamericana de España. Año 1993.
- Berger P. Luckmann T. La construcción social de la realidad 17 ed. Buenos Aires. Amorroutu; Año 2001.
- Manual Bioestadística, V. Sentin, H. Pardell, E. Cobo, J. Canela; Editorial Masson Sa ,2ª edición año 1995
- Cortez Valenzuela Elizabeth Una nueva forma de enseñar enfermería” ,Diplomado Universidad Católica de Chile.[http://docencia](http://docencia.enfermeria.blogspot.com/2008/08) en [enfermeria.blogspot.com/2008/08](http://enfermeria.blogspot.com/2008/08)
- Enrique Torné Pérez. “Enfermería y Cirugía Cardíaca”. Diplomado en Enfermería. Publicado en Septiembre de 1997. E-mail: [enrique@enferpro.com](mailto:enrique@enferpro.com)
- [www.uninet.edu](http://www.uninet.edu) cardiología.

## ***ANEXOS.***

**ENCUESTA AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE CIRUGIA  
CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL ITALIANO SOBRE LA IMPORTANCIA  
DEL ROL DE EDUCADOR DEL ENFERMERO .**

**Nombre.:**

**Título:**

**Lugar y año de egreso:**

**Años trabajando en el servicio:**

- 1- Cuanto cree usted que influyen en la construcción del rol de educador los siguientes factores. Marque con una cruz
- |                           |          |         |         |
|---------------------------|----------|---------|---------|
| - Vocación                | a) Mucho | b) Poco | c) Nada |
| - Formación académica     | a) Mucho | b) Poco | c) Nada |
| - Experiencia laboral     | a) Mucho | b) Poco | c) Nada |
| - Actividades que realiza | a) Mucho | b) Poco | c) Nada |
- 2- Considera Usted que la formación académica que se recibe a lo largo de la carrera de Enfermero universitario/ profesional y Licenciados en enfermería Brinda mejores herramientas para educar al paciente en forma:
- a)Muy suficiente    b)Suficiente    c)Poco suficiente
- 3- Dentro del mismo tema considera que la formación académica que usted recibió es suficiente para educar al paciente:
- a) Muy suficiente    b)Suficiente    c)Poco suficiente
- 4- Dentro del rol profesional del enfermero en el servicio de cirugía cardiovascular, usted considera que su rol es:
4. 1. Cumplir ordenes delegadas de los integrantes del equipo de salud
- a) Siempre    b) A veces    c) Nunca
4. 2. Guiar a los pacientes en los cuidados post quirúrgicos
- a) Siempre    b) A veces    c) Nunca
4. 3. Educar al paciente y a su familia
- a) Para el alta

- b) Para su estadía en el hospital
- c) Para adaptarse a la nueva situación

4.4. Realizar una actividad solo asistencialista.

- a) Siempre
- b) Generalmente
- c) Nunca

4.5. Cuidar y ayudar al paciente en aquellas necesidades que no puede satisfacer por si solo

- a) Siempre
- b) Generalmente
- c) Nunca

5- ¿ Cree usted que es importante educar continuamente al paciente?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

6- Uno de los objetivos de educar para el alta es lograr una pronta y rápida recuperación

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

7- ¿ Usted como enfermero considera que la educación brindada al paciente favorece su recuperación?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

8- ¿ La aplicación y/o utilización de la educación brindada depende del grado de entendimiento del paciente?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

9 ¿ Que método resulta mas acertado para educar al paciente hasta el alta a través de .

- a) Guías verbales
- b) Guías escritas
- c) Guías verbales y escritas.

10 - ¿Considera que el carácter y la predisposición del enfermero influye sobre la forma de brindar la educación al paciente?

- a) Siempre      b) A veces      c) Nunca

11- ¿ Considera que se da la importancia y el tiempo necesario a la educación del paciente?

- a) Mucha importancia      b) Poca importancia      c) No se da importancia

Opinión personal sobre el tema.



## **Guía de cuidados que se deberán tener en cuenta en el postoperatorio de una cirugía cardíaca a cielo abierto.**

El paciente que ha sido sometido a una cirugía cardíaca a cielo abierto (es aquella en la que se entra en el tórax por medio de la apertura del esternón), deberá tener especial cuidado con su herida operatoria durante un periodo de 45 días, durante los cuales deberá proteger su herida cruzando ambos antebrazos sobre ella, dirigiendo sus manos hacia los hombros y haciendo presión con los antebrazos sobre el esternón (a lo cual deberán ayudar sus familiares colocando una mano sobre la espalda y la otra sobre los antebrazos del paciente y hacer presión, esto cuando se encuentre sentado, cuando este acostado solo realizar una presión sobre los antebrazos cruzados), para realizar cualquier tipo de los esfuerzos de los permitidos (pararse o sentarse, acostarse o levantarse) deben hacerlo con ayuda de un familiar especialmente especialmente si el paciente es de gran tamaño u obeso, estornudar, vomitar y especialmente toser, recordando que es fundamental hacer ejercicios respiratorios durante los 45 días. Dichos ejercicios consistirán en efectuar 6-7 respiraciones profundas utilizando el diafragma y los músculos intercostales (del pecho), continuando con 6-7 inspiraciones profundas seguidas cada una de dos golpes de tos abdominal efectiva, para movilizar la flema de su árbol bronquial y si llega a la boca deben expectorarla sobre papeles descartables que comprara la familia para tal fin. La importancia de estos ejercicios radica en que en este tipo de cirugía es fundamental la rehabilitación del aparato respiratorio especialmente en aquellos pacientes con antecedentes de haber sido fumadores, asmáticos o bronquíticos crónicos o de padecer cualquier patología respiratoria previa a la cirugía, lo que puede en algunos casos determinar la suspensión de la cirugía hasta que el paciente haya sido mejorado de su afección respiratoria por medio del tratamiento indicado por un especialista en aparato respiratorio (neumólogo).

La importancia de la recuperación pulmonar radica en que si no se hace adecuadamente, se juntara flema en la vía aérea que determinara que el paciente comience a tener mas tos y sobre todo nocturna, lo que hace que no se pueda descansar, que la herida corra mayor riesgo de romperse, que aumente la posibilidad de atelectasias (se tapa un bronquio con el moco y el pulmón que es ventilado por este bronquio queda sin aire y se compacta), lo que puede producir temperatura, aumentar el riesgo de infección del pulmón, puede dar sensación de falta de aire y además favorecer la acumulación de liquido en la cavidad pleural), pudiendo ser necesario reinternar al paciente para colocarle un tubo de drenaje en el tórax para evacuar dicho liquido.

Todos los problemas se podrán evitar con una adecuada rehabilitación respiratoria, o sea respirar correctamente como se les enseña y mantener limpios los bronquios de moco mediante una tos adecuada y efectiva.

El paciente no deberá separa los brazos del cuerpo durante el periodo que dure su recuperación, pudiendo el mismo lavarse la cara, afeitarse, lavarse los dientes después de cada comida, alimentarse, pero NO podrá peinarse, acomodarse la ropa detrás del pantalón, higienizarse después de defecar, ni utilizar ropa cerrada tipo remera ni pullovers, sino que deberá ser abierta adelante, el paciente se parara dejando sus brazos colgando y un familiar le colocara la camisa o saco de atrás.

La herida deberá ser curada diariamente, pudiendo hacerlo el familiar a cargo, ya que la misma es muy simple, consistiendo en el cambio de gasa que la cubren por otras gasas estériles. Habitualmente no es necesario emplear ningún tipo de antiséptico salvo que el cirujano lo indique en el momento del alta. Siempre hay que observar las gasas, ya que verán que mientras la herida este sana las gasas no se mancharan. Si el familiar ve que una gasa se mancha la cambiara inmediatamente por una limpia, y si esto lo debe repetir mas de 3 veces en 24 hs, deberá avisar por teléfono o acudir para el control de las heridas.

La ruptura de la herida es una complicación grave ya que se acompaña de un alto porcentaje de casos de infección de la misma, siendo necesario re intervenir al paciente para limpiar la herida.

Para bañar al paciente deberán pasar 10 días desde la cirugía. La herida debe ser cubierta con un plástico colocando tela adhesiva alrededor como si fuera un sobre .El paciente debe sentarse en una silla o banco y el familiar lo bañara y lavara la cabeza. Al finalizar deberán secarlo bien, luego sacar las gasas de la herida y sise ha humedecido se secan con una toalla limpia tocándolas suavemente, no refregar, luego se colocaran nuevamente gasas estériles y tela adhesiva.