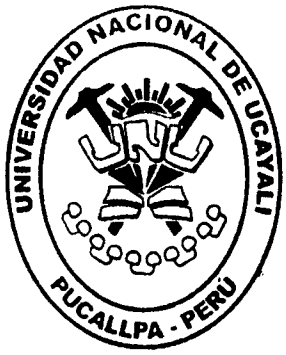
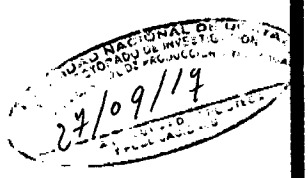
UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DELA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA E INTERDISCIPLINARIAS





TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS DE PACIENTES QUIRÚRGICOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL II ESSALUD , PUCALLPA 2016 - 2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

MENCIÓN EN :

"CUIDADOS QUIRÚRGICOS"

AUTORES : Lic. Enf. LUZ AMELIA TUESTA OLAYA
Lic. Enf. WALTER ALFREDO HERQUINIO CUADRADO

ASESORA : Mg. ROSA DEL CARMEN DELGADO SORIA

PUCALLPA - PERÚ
2017

La presente tesis titulada: "**NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS CUIDADOS POST-OPERATORIOS DE PACIENTES QUIRÚRGICOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL II ESSALUD, PUCALLPA 2016 – 2017**", fue aprobada por los miembros del Jurado Evaluador, conformado por:

Dra. Otilia Hernández Panduro
Presidenta

Dra. Nelly Graciela Tafur Flores
Miembro

Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas
Miembro

DEDICATORIA

A Dios que me bendice cada día,
A mi familia, esposo e hijos que son mi motivación e inspiración para continuar en este trayecto intelectual que no se termina mientras siga en el ejercicio de la enfermería.

Luz Amelia

A Dios que me da las oportunidades en la vida como persona, como profesional y como padre.
A mi familia por su amor, comprensión y apoyo para alcanzar la meta.

Walter

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Ucayali – Facultad Ciencias de la Salud, por la nueva oportunidad de abrirnos sus puertas para seguir capacitándonos a través del Programa de Segunda Especialidad.

A los pacientes quirúrgicos que acudieron al Servicio de Cirugía del Hospital II Essalud Hospital y participaron en el presente estudio, confiándonos sus apreciaciones y permitirnos aplicar las encuestas para obtener los datos necesarios y poder desarrollar el estudio.

A los Jurados Evaluadores, que realizaron las observaciones oportunas para un mejor desarrollo del estudio.

A la Mg. Rosa del Carmen Delgado Soria, asesora de la presente investigación, por sus consejos, orientaciones y motivación continua para lograr la culminación de la tesis.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimientos acerca de los cuidados post-operatorios de pacientes quirúrgicos en el servicio de cirugía, Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2016-2017. Metodología: El estudio es no experimental cuantitativo, de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. El muestreo fue no probabilístico, intencionado y la muestra estuvo conformada por 122 pacientes quirúrgicos que acudieron al hospital entre los meses de diciembre 2016 y enero 1017 que cumplieron con los criterios de inclusión. La técnica fue la encuesta mediante la entrevista, siendo el instrumento un cuestionario con 25 preguntas que contenía las cuatro dimensiones: conocimiento sobre los efectos anestésicos en el post-operatorio, medidas para el alivio del dolor, cuidados sobre restricciones en la alimentación y cuidados de la herida operatoria. Fue validado por juicios de expertos y sometido al análisis estadístico para confiabilidad (Formula 20 de Kuder-Richardson) con un valor = 0.74. Resultados: El 63.1% de pacientes fue de sexo femenino, edad mínima 18 y máxima 78 años, edad media 48.6 años y DE± =13.4, los diagnósticos médicos pre-operatorios más frecuentes fueron: enfermedades de las vías biliares (39.3%), afecciones del aparato genital femenino (30.3%) y hernia inguinal (13.9%). El nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de los efectos anestésicos en el post-operatorio fue medio (60.7%), en las medidas para el alivio del dolor, en el régimen de alimentación y cuidados de la herida en el post-operatorio el nivel fue bajo en el 83.6 %, 53.3% y 41% respectivamente. Conclusiones: El nivel de conocimientos acerca de los cuidados post-operatorios de pacientes quirúrgicos en el servicio de cirugía, Hospital II ESSALUD, Pucallpa es bajo en mayor porcentaje.

Palabras clave: Paciente quirúrgico, nivel de conocimientos, cuidados post-operatorios

ABSTRACT

The aim of the study was to determine the level of knowledge it brings over of the elegant post-operatory ones of surgical patients in the service of surgery, Hospital the IInd ESSALUD, Pucallpa 2016-2017. Methodology: The study is not experimental quantitatively, of descriptive, transverse type. The sampling was not probabilístico, meaningful and the sample was shaped by 122 surgical patients who came to the hospital between December, 2016 and January, 1017 that they fulfilled with the criteria of incorporation. The technology was the survey by means of the interview, being the instrument a questionnaire with 25 questions that it was containing four dimensions: knowledge on the anesthesic effects in the post-operatory one, measures for the relief of the pain, taken care on restrictions in the supply and taken care of the operative wound. It was validated by experts' judgments and submitted to the statistical analysis for reliability (It Formulates 20 of Kuder-Richardson) with a value = 0.74. Results: 63.1 % of patients was of feminine sex, minimal age 18 and maxim 78 years, middle ages 48.6 years and GIVE ± =13.4, the medical diagnoses the most frequent pre-operatorios were: diseases of the biliary routes (39.3 %), affections of the genital feminine device (30.3 %) and inguinal hernia (13.9 %). The level of knowledge of the surgical patients brings over of the anesthesic effects in the post-operatory one it was average (60.7 %), in the measures for the relief of the pain, in the regime of supply and taken care of the wound in the post-operatory one the level was low in 84 %, 53 % and 41 % respectively. Conclusions: The level of knowledge brings over of the elegant post-operatory ones of surgical patients in the service of surgery, Hospital the IInd ESSALUD, Pucallpa is low in major percentage.

Key words: Surgical patient, level of knowledge, taken care post-operatory

INDICE

	Pg.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INDICE	vii
INDICE DE TABLAS	viii
INDICE DE FIGURAS	ix
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I: MARCO TEORICO	14
1.1. ANTECEDENTES:	
1.1.1. Internacionales	14
1.1.2. Nacionales	16
1.1.3. Local	19
1.2. BASES TEÓRICAS	20
• Paciente quirúrgico	20
• Intervención quirúrgica y periodos	20
1.2.1. Definición	20
1.2.2. Tipos	21
1.2.3. Periodos	22
- Pre-operatorio	22
- Trans-operatorio	23
- Post-operatorio	23
1.2.4. Alteraciones en el post-operatorio	27
1.2.5. Conocimiento	29
1.2.6. Conocimiento sobre los cuidados post-operatorios que debe saber el paciente quirúrgico.	30
- Manejo de la ansiedad	32
- Manejo del dolor	32
- Cuidados de la herida quirúrgica en el post-operatorio	33

- Temperatura 34
- Sobre los efectos anestésicos 34
- Alimentación en el post-operatorio 35

1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS 37

CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO 38
2.1. AMBITO 38
2.2. POBLACION 39
2.3. MUESTRA 39
2.4. DISEÑO Y METODOLOGÍA 39
2.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS 40
2.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS 41
2.7. TABULACION Y ANALISIS DE DATOS 41

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 42

CONCLUSIONES 58
RECOMENDACIONES 59

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 60

ANEXOS 63

INDICE DE TABLAS

Pg.

Tabla 1: Edad y sexo de pacientes quirúrgicos, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017. 43

Tabla 2: Diagnóstico pre-operatorio de pacientes quirúrgicos, según sexo, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017. 44

Tabla 3: Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos, acerca de los efectos anestésicos en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017. 46

Tabla 4: Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos, acerca de las medidas para el alivio del dolor en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017. 48

Tabla 5: Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos, acerca del régimen de alimentación en el post-operatorio, Servicio de Cirugía, Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017. 50

Tabla 6: Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos, acerca de los cuidados de la herida en el post-operatorio, Servicio de Cirugía, Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017. 52

Tabla 7: Nivel de conocimientos acerca de los cuidados post-operatorios de pacientes quirúrgicos, según dimensiones, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017. 54

INDICE DE FIGURAS

Pg.

Figura 1: Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos, acerca de los efectos anestésicos en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II II ESSALUD, Pucallpa 2017. 47

Figura 2: Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos, acerca de las medidas para el alivio del dolor en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017. 49

Figura 3: Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos, acerca del régimen de alimentación en el post-operatorio, Servicio de Cirugía, Hospital II Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017. 51

Figura 4: Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos, acerca de los cuidados de la herida en el post-operatorio, Servicio de Cirugía, Hospital II Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017. 53

Figura 5: Nivel de conocimientos acerca de los cuidados post-operatorios de pacientes quirúrgicos, según dimensiones, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017. 55

Figura 6: Nivel de conocimientos acerca de los cuidados post-operatorios de pacientes quirúrgicos, Servicio de Cirugía, Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017. 56

INTRODUCCIÓN

La información médica es un elemento fundamental de la actividad sanitaria moderna, y se considera que todos los enfermos tienen derecho a que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares, información completa y continuada sobre su enfermedad, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Una de las razones fundamentales de los profesionales de salud para no informar a los pacientes es la idea de que ello puede generar ansiedad, a pesar de que las investigaciones han demostrado que esta información puede ser beneficiosa. Si ello es así, al menos teóricamente, pudiera disminuir el estrés quirúrgico, lo que tiene potenciales beneficios.[1]

El paciente puede hacer mucho por su salud si es adecuadamente orientado acerca de cómo controlar factores de riesgos identificados (ej. déficit nutricional, hábito de fumar, hiperglucemia, ingestión de bebidas alcohólicas), por ello una actitud preventivista favorecería mucho durante el tratamiento y la recuperación del paciente; sin embargo cuando los profesionales de salud no tienen una actitud preventivista exponen a sus pacientes a peligros potenciales, con lo cual violan el fundamento de la moralidad en el ejercicio médico que establece primum non nocere ('primero no hacer daño'), lo que es contrario a la razón ética fundamental de la medicina: promoción, recuperación y conservación de la salud.[1]

Por tanto, toda intervención quirúrgica representa para el paciente una agresión física, con su consecuente dolor, y el desconocimiento de la causa y el significado que ese dolor le crea angustia y desasosiego, siendo necesario no sólo proporcionar cuidados físicos post-operatorios, sino que además es necesario enfatizar en el aspecto educativo, el mismo que favorecerá el incremento del nivel de información y ayudará a disminuir el estrés y alteraciones causadas por la intervención quirúrgica y la anestesia.

En tal sentido, es labor de los profesionales de enfermería educar al paciente sobre las recomendaciones a seguir en el post-operatorio como: los efectos de la anestesia (nauseas, dolor, cólicos, hipotensión, sed, molestias por la presencia de sondas), además de cómo afrontar el dolor de la herida operatoria así como saber sobre las restricciones en

su alimentación (dieta), los cuidados de la herida y los signos de alarma ante una posible infección de la herida, por todo estos aspectos que muchas veces se pasan por desapercibidos en el Hospital de ESSALUD – Pucallpa, se vio conveniente desarrollar el presente estudio de investigación y de acuerdo a los resultados obtenidos, recomendar o sugerir a la institución y los servicios que adopten medidas para incorporar la parte educativa en la atención de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, considerando también la difusión interna de los resultados de la investigación y lograr sensibilizar y motivar al personal de enfermería para realizar la educación sobre cuidados post-operatorios para una mejor participación del paciente en su autocuidado, evitando complicaciones derivadas de su falta de conocimiento.

Así mismo comprender que la cirugía constituye indudablemente un evento estresante, en el que existen preocupaciones sobre las condiciones físicas, el dolor, la supervivencia y la recuperación lenta, la separación de la familia y la propia hospitalización y el tiempo de estancia hospitalaria,[2] por eso, los resultados de esta investigación, sirven de sustento fehaciente para que en el servicio de cirugía se elaboren medios educativos que sirvan de referentes para dar cuidados integrales al paciente quirúrgico, considerando la importancia de dar cuidados integrales al paciente quirúrgico. Por todo lo expuesto, se planteó el siguiente problema de investigación ¿Cuál es el nivel de conocimientos acerca de los cuidados post-operatorios de pacientes quirúrgicos en el servicio de cirugía, Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2016 - 2017?

Siendo los objetivos:

General

- Determinar el nivel de conocimientos acerca de los cuidados post-operatorios de pacientes quirúrgicos en el servicio de cirugía, Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2016-2017.

Específicos

1.- Identificar nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de los efectos anestésicos en el post-operatorio en el servicio de cirugía, Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2016 - 2017.

2.- Identificar el nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de las medidas para el alivio del dolor en el post-operatorio en el servicio de cirugía, Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2016 - 2017.

3.- Identificar el nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca del régimen de la alimentación en el post-operatorio en el servicio de cirugía, Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2016 - 2017.

4.-Identificar el nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de los cuidados de la herida en el post-operatorio en el servicio de cirugía, Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2016 - 2017.

Así mismo comprende los siguientes capítulos:

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO, contiene los antecedentes de la investigación, la base teórica y definición de términos básicos.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO, comprende desde el ámbito del estudio hasta el análisis de datos.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Se presentan los resultados en tablas y gráficos, con la descripción y el análisis, luego la discusión comparando con otros investigadores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Se presentan las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los resultados del estudio.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES:

1.1.1. Internacionales

Machado J., et al., realizaron en Colombia una investigación titulada: Evaluación del manejo del dolor postquirúrgico en pacientes adultos de una clínica de tercer nivel de Pereira Colombia. El objetivo fue identificar el manejo del dolor posquirúrgico. Métodos: estudio de corte transversal en pacientes mayores de 18 años. Se valoró la intensidad del dolor en el postoperatorio a las 4 horas y a las 24 mediante Escala Visual Analógica (EVA). Se consideraron las variables sociodemográficas (edad, sexo, régimen de salud), clínicas (tipo de anestesia y cirugía que se clasificaron como de bajo, medio y alto riesgo) y farmacológicas (analgésicos prescritos a las 4 y 24 horas, asociaciones, dosis e intervalos). Resultados: el 51,1% de los pacientes no tenía controlado el dolor a las 4 horas y el 30,9% a las 24 horas. Las variables esquema analgésico con tramadol+dipirona, y aparición de nauseas se asociaron de manera estadísticamente significativa con la falta de control de dolor a las 4 horas, mientras que el uso previo de corticoides, sexo y nivel socioeconómico se asociaron con falta de control a las 24 horas. Conclusiones: la ineficacia de la analgesia empleada en el postquirúrgico se puede asociar a fallas en la selección del medicamento y de la pauta de dosificación, así como a la falta de medidas educativas paliativas del dolor agudo.[3]

Fernández D., Gordo F., Real J., Méndez H., López S., investigaron: Manejo de la analgesia postoperatoria en las primeras 24 horas en un Hospital de segundo nivel. El objetivo fue evaluar el cumplimiento y eficacia de la medicación analgésica no protocolizada y utilizada en un hospital de segundo nivel en las 24 h posteriores a cirugía, donde la intensidad del dolor está catalogada como moderada-severa. Método: Estudio prospectivo y observacional. Se incluyeron 119 pacientes mayores de 18 años, intervenidos de cirugía traumatológica: prótesis total de cadera, rodilla, artrodesis vertebral, cirugía de hombro y laparotomías. En planta de hospitalización los opiáceos prescritos fueron la meperidina por vía intramuscular y el tramadol endovenoso. Los opiáceos siempre se asociaron a analgésicos parenterales como metamizol, diclofenaco o paracetamol Se valoró la intensidad del dolor (VAS 0-100 mm y escala verbal EV 1-4) 24 h después de la cirugía (24) y se registró la máxima intensidad de dolor percibida en el primer día de postoperatorio (Max). Se consideró el porcentaje de pacientes con dolor no controlado (DNC): VAS >30 y EV >2 para los momentos 24 y Max. Se consignaron las dosis de fármacos analgésicos de base y rescate, prescritos y consumidos. Resultados: Intensidad de dolor 24: VAS 27.8 ± 22.6, EV 2; porcentaje de pacientes con DNC según VAS /EV: 36.1/ 42.8%, respectivamente. Max: VAS 58.4 ± 28.9, EV 4; DNC según VAS/EV : 79.8 / 82.3 %, respectivamente. Prescripción de opiáceos (N° pacientes, X ± DE) y GC (%): morfina: 28, 11.7 ± 12.6 mg/día, 100%; meperidina: 58, 333.4 ± 108.7 mg/día, 35.2%; tramadol: 13, 218.9 ± 80.2 mg/día, 59.3%. Consumo de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos. Conclusiones: Los resultados expuestos demuestran la ineficacia de la medicación analgésica empleada en el postoperatorio, debida a fallos en la prescripción y en el cumplimiento de la misma. La formación continuada la implicación de los anestesiólogos y del personal de enfermería y el compromiso institucional son elementos fundamentales para corregir los errores observados en el tratamiento del dolor postoperatorio.[4]

Salazar, M. ha estudiado en Colombia sobre el tema: Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria, con el objetivo de describir las estrategias de acción/interacción entre el equipo de enfermería - paciente, emergidas durante la investigación. Metodología: con herramientas de la teoría fundamentada se realizaron 47 entrevistas a 20 pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente y a 27 integrantes del equipo de

enfermería y una observación participante y no participante durante 7 meses, en dos hospitales de segundo nivel de atención en Medellín, Colombia. Resultados: las estrategias de acción e interacción que emergieron del esquema teórico fueron: Cumpliendo los rituales de enfermería relacionados con los procesos y procedimientos técnicos en el perioperatorio y Haciendo-me sentir como en casa: la tranquilidad, la confianza y la seguridad fueron objetivos permanentes del equipo de enfermería durante las interacciones con el paciente desde de la dimensión subjetiva del cuidado. Conclusiones: a través de la interacción los sentimientos cumplen una función particular e individual. Se precisan en el equipo de enfermería atributos como la sensibilidad humana, que busca respetar al otro como ser humano que tiene sentimientos y sensibilidad, y que junto con la charla y el humor buscan el bienestar y tranquilidad del paciente para hacerlo sentir como en casa.[5]

1.1.2. Nacional

Patiño E.G. desarrolló un estudio de investigación titulado: Nivel de conocimientos acerca de los cuidados postoperatorios de las pacientes adolescentes que serán cesareadas por primera vez en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2005. El objetivo fue: Determinar el nivel de conocimientos acerca de los cuidados postoperatorios de las pacientes adolescentes cesareadas por primera vez en el Servicio de Centro Quirúrgico del INMP 2005. Material y método: Estudio prospectivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por las pacientes adolescentes cesareadas por primera vez en el Instituto Nacional Materno Perinatal, procedentes del Servicio de Adolescencia, en el periodo de tiempo comprendido de Julio a Diciembre del 2005. Resultados: Del total 14 (70%) tienen entre 16 y 17 años, en su mayoría de estado civil solteras, y con grado de instrucción secundaria completa. En cuanto a la orientación, la mayoría no la recibió. Conclusión. La mayoría de las adolescentes cesareadas por primera vez tienen un nivel de conocimiento medio y bajo en relación a los cuidados postoperatorios que deben realizar; sin embargo se encuentra un significativo nivel alto de conocimiento. De igual modo en las dimensiones referidas a los efectos anestésicos y al manejo del útero, solo en el manejo de la herida operatoria se observó un mayor porcentaje de nivel de conocimiento alto.[2]

Quijano, S. en su estudio titulado: Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo –

2013, tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del HNDM – 2013. Material y método: El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes en el preoperatorio. La técnica fue la encuesta y el instrumento la Escala de Valoración de la Ansiedad de Spielberger (IDARE). Resultados: Del 100% (30), 70% (21) refiere que el nivel de ansiedad es medio, seguido de 17% (05) alto y 13% (04) es bajo; en la dimensión síntomas negativos 80% (24) es medio, 13% (04) bajo y 7% (02) alto, y en la dimensión síntomas positivos 50% (15) es medio, 27% (08) bajo y 23% (07) bajo. Conclusiones: El nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del HNDM, el mayor porcentaje manifiesta que es medio; según los síntomas negativos referido a que se sienten algo alterados, preocupados por posibles desgracias futuras, están poco nerviosos, tristes, aturdidos y sobre excitados, y según los síntomas positivos referido a que se sienten algo seguros y confortados.[6]

Llatas J., Hurtado Y. y Frisancho O., investigaron en la ciudad de Lima: Coledocolitiasis en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2010-2011: Incidencia, Factores de Riesgo, Aspectos Diagnósticos y Terapéuticos. Objetivo: Determinar la incidencia, frecuencia de factores de riesgo, aspectos diagnóstico (clínicos, bioquímica, imágenes) y terapéuticos de la coledocolitiasis. Métodos: Análisis descriptivo y prospectivo de 51 pacientes con colangiopancreatografía retrograda endoscópica. Resultados: 36 (70.6%) se confirma coledocolitiasis por CPRE. Su incidencia fue de 10.4%. Edad promedio de 63.75 años, IMC promedio de 25.59 Kg/m2 y 55.6% fueron mujeres. La dolorabilidad se presentó en el 94.4% de los pacientes con coledocolitiasis. El promedio de BT (bilirrubina total) en el grupo de coledocolitiasis fue de 5.8 mg/dl al ingreso y 4.2 mg/dl en hospitalización. 11.1% debutaron con pancreatitis y 30.6% con colangitis. En el 68.7% de los pacientes con colangitis se confirmó coledocolitiasis. Conclusiones: La coledocolitiasis afecta a personas mayores, sexo femenino y con sobrepeso, con una incidencia de 10.4%. La dolorabilidad fue el síntoma más frecuente. La bilirrubina total fue mayor a 4mg/dl en pacientes con coledocolitiasis. Las complicaciones de coledocolitiasis (pancreatitis y colangitis) fueron más frecuentes que la reportada en la literatura. Las complicaciones de CPRE fueron levemente mayores que la reportada en la literatura.[7]

Calderón Y., Requejo O., Teodora D., Tam E., investigaron en Lima: Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes. El objetivo fue determinar la influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio. Material y Métodos: Estudio cuasi-experimental con pre y post evaluación, realizado en hospital nacional durante los meses enero-junio/2007, la muestra fue probabilística utilizando fórmula de proporción poblacional, constituida por 86 adolescentes, conforme criterios de inclusión: ser puérpera inmediata, alfabetizada, idioma castellano y participación voluntaria. Se recolectaron los datos a través de la entrevista, el cuestionario fue autoaplicado de 24 preguntas (dimensiones: higiene, alimentación, cuidado de mamas, actividad sexual, actividad física y reposo) previamente validado. La 1ra. recolección de datos se realizó en las visitas hospitalarias, seguido de una intervención educativa personalizada, a través de exposición–diálogo y demostraciones, conforme necesidades identificadas, entregándose al finalizar un tríptico. La 2da. recolección fue al séptimo día en Consultorio de Neonatología. El análisis de variables dependientes se utilizó la prueba de Wilcoxon, considerando un á=0,05 mediante Programa SPSS v.10. Resultados: el 73,3% de las adolescentes tenía entre 18-19 años de edad y un hijo (60,5%). Antes de la intervención predominó un nivel medio (52,3%) de conocimiento con proporciones mayores a 46,5% en cada dimensión y puntaje mínimo en cada rango, con una media global de 24,5±10,4; después de la intervención predominó el nivel alto en el 100% de la población, con una media global de 94,5±1,2. Conclusiones: la intervención personalizada influyó significativamente en el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre las prácticas de autocuidado en el puerperio.[8]

Espinoza M., realizó un estudio titulado: Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, tuvo como objetivo: Identificar los conocimientos y las prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. El método que se utilizó fue el descriptivo transversal. La población estuvo constituida por 60 pacientes. El

instrumento que se utilizó fue un formulario tipo cuestionario y la técnica utilizada fue la entrevista. Conclusiones: el 80% de pacientes colostomizados conocen y 20 % no conocen sobre el autocuidado, y el 70% de pacientes colostomizados realizan prácticas adecuadas y 30 % realizan prácticas inadecuadas en el autocuidado.[9]

1.1.3. Local

No se ha encontrado antecedentes de estudios relacionados a la investigación que se ha desarrollado.

1.2. BASES TEÓRICAS:

- **Paciente quirúrgico**

  La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido al paciente como la persona que recibe atención sanitaria, y a la atención sanitaria como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Se utiliza el término paciente en lugar de cliente, residente o consumidor, si bien se admite que es posible que muchos receptores de atención sanitaria, como una embarazada sana o un niño al que se vacuna, no sean considerados pacientes o no se vean a sí mismos como tales.[10]

  Paciente quirúrgico, es aquella persona que luego del diagnóstico médico, es programado para resolver un problema de salud que requiere una intervención quirúrgica con fines de reparación, diagnóstica o exploratoria o reconstructiva dependiendo del origen de los síntomas o la extensión de una lesión o enfermedad.

- **Intervención quirúrgica – Periodos**

1.2.1. Definición

Intervención quirúrgica es una práctica médica específica que permite actuar sobre un órgano interno o externo. El paciente ha recibido anestesia local o general para que el cirujano pueda realizar una incisión más o menos importante para hacer pasar los instrumentos de trabajo. Una intervención quirúrgica se realiza en un quirófano estéril, es decir, libre de todo tipo de gérmenes que puedan infectar al paciente.
El propósito es la corrección de deformidades, mitigación del sufrimiento y prolongación de la vida, según Berry y Khon (citado por Ayora M.).[11]

Toda intervención supone una amenaza para el paciente, generándole un estrés tanto físico como psicológico. La respuesta física del paciente ante la intervención depende del estado físico, de la edad y de la magnitud de la intervención. La manera en que afronte psicológicamente dependerá del conocimiento previo, experiencias quirúrgicas y de la forma que resuelva situaciones estresantes.

El paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente atraviesa por tres fases integradas que implican un aprendizaje psicofisiológico. Para él la primera fase está enfocada a la valoración pre-operatoria y preparación para la cirugía; la segunda, comprende el procedimiento operatorio propiamente dicho y la tercera es la recuperación post-operatoria. La presencia de ansiedad en el periodo pre-operatorio es variable en cada paciente y depende de varios factores: edad, sexo, estado socioeconómico, ocupación, estado físico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario y calidad de la atención.[11]

1.2.2. Tipos

Según el tiempo:

- Emergencia: las que se realizan inmediatamente para salvar la vida del paciente.
- Urgente u obligadas: las que deben realizarse dentro de un lapso de 24 hrs.
- Electivas: las que pueden esperar tomando en cuenta la conveniencia del cirujano y del enfermo o circunstancia institucionales.

Según sus efectos:

- Curativo: extirpar o detener el proceso patológico eliminando la causa.
- Paliativas: aliviar los síntomas.
- Diagnóstica o exploratoria: para determinar el origen de los síntomas o la extensión de una lesión o enfermedad.
- Reconstructiva: Reparar tejidos u órganos afectados

Según el grado:

- Mayor: cirugía cardiovascular.
- Menor: extirpación de quiste sebáceo.

Según su complejidad:

- General
- Especializada

Según la evidencia:

- Interna y externa

Según la implicación orgánica:

- Reconstructiva.
- Constructiva

1.2.3. Periodos

Incluye tres fases o periodos:

a) Pre-operatorio

El período pre-operatorio se inicia cuando el paciente decide que se realice la intervención quirúrgica y termina cuando el paciente es trasladado al quirófano. Esta etapa a su vez se divide en pre-operatorio mediato e inmediato.

En el pre-operatorio los cuidados deben orientarse a mejorar el estado general del paciente, corregir el déficit, mantener y/o recuperar el estado nutricional, prevenir la infección y planear la indicación quirúrgica correcta a través del examen médico, anamnesis y estudios complementarios de rutina y especiales.

Pre-operatorio mediato.

El preoperatorio mediato comienza desde que se decide el acto quirúrgico hasta 24-48 horas antes de su realización, este tiempo varía en las distintas cirugías. Se examina la historia clínica a fin de valorar a través del examen el estado general del paciente. Se completa con la investigación de una serie de pruebas de laboratorio y otros estudios de acuerdo a las distintas patologías.

Existen sin embargo algunos estudios de laboratorio que son básicos para las cirugías de tipo standard.

Se realiza la valoración general al paciente además de los factores dependientes de la enfermedad.

Enseñanza pre-operatoria

Es en este periodo o fase que se brinda la enseñanza pre-operatoria que tiene por finalidad preparar al paciente y su familia para los acontecimientos que se avecinan. A fin de prevenir complicaciones respiratorias se enseñará al paciente a realizar respiraciones profundas, a toser en forma eficaz u otro ejercicio que la cirugía exija. Los ejercicios pasivos y activos de miembros inferiores mejoran la circulación y previenen el éxtasis venoso.[12]

La instrucción pre-operatoria favorece la recuperación, disminuye las complicaciones y el período de hospitalización.
Luego se precede con la preparación física (baño, aplicación de enema evacuante, control de signos vitales y registros, medicación pre-operatoria).

b) Trans-operatorio

Información previa a la intervención (NIC 5610). Incluye información sobre preparación quirúrgica, procedimiento quirúrgico y anestésico, tiempos, horarios, rutinas perioperatorias, áreas de espera, medicación, control del dolor.

El traslado al quirófano se hará de acuerdo a la rutina de cada servicio.
En algunos se establece que el paciente esté en quirófano 20 minutos antes del acto quirúrgico.

Mientras se realiza el acto quirúrgico la enfermera preparará la cama post-operatoria y la unidad del paciente con los equipos y elementos necesarios para la atención posquirúrgica inmediata. No debe olvidarse en este período el apoyo emocional a la familia del paciente.

c) Post-operatorio

Se entiende por post-operatorio al período que transcurre desde que termina la cirugía, etapa de síntesis, hasta que se reanudan espontáneamente las funciones fisiológicas normales: alimentación, ruidos intestinales, micción, defecación, deambulación, todo ello acompañado de sensación de bienestar.

La duración de este periodo, depende de varias circunstancias que pueden cambiar radicalmente su duración, siendo entre ellas: el tipo de cirugía, la enfermedad que la condicionó, la edad del paciente, su estado general, las enfermedades asociadas y las complicaciones post-operatorias si es que las hubo.

El periodo post-operatorio se divide en inmediato que comprende las primeras 24-48 horas después de la operación y mediato que se extiende hasta la recuperación del paciente.

Los objetivos de la atención de enfermería en el post-operatorio estarán dirigidos a establecer el equilibrio fisiológico del paciente y la prevención de complicaciones. La valoración cuidadosa y la intervención inmediata ayudarán al paciente a recuperar su función normal con tanta rapidez, seguridad y comodidad como sea posible.[13]

Post-operatorio inmediato

Sala de recuperación:

El objetivo de la sala de recuperación es lograr una observación muy estrecha y un cuidado adecuado del paciente hasta la recuperación de los efectos de la anestesia. La sala de recuperación, está provista de equipos de urgencias, disponible para efectuar intubación traqueal, desfibrilación, tratar un paro cardíaco, ventilación mecánica, transfusiones de sangre, etc.

El paciente puede ser trasladado a su unidad cuando ha recuperado la función respiratoria y se ha podido extraer el tubo laringotraqueal usado durante la anestesia. Además sus signos vitales son estables y está presente el reflejo de deglución.[14]

Post-operatorio mediato

Valoración del estado post-operatorio:

- ✓ Sistema neurológico: valoración del nivel de conciencia

  El paciente, al despertar de la anestesia el primer sentido que recupera es la audición y luego la orientación temporo-espacial, por lo que se debe tener cuidado con lo que dice aunque parezca semiconsciente.

- ✓ Control de la temperatura: Debe ser controlada frecuentemente. En el post-operatorio inmediato el paciente presenta hipotermia en el 80% de los casos.

- ✓ Tensión arterial: Pueda que se produzca hipotensión. La hipotensión post-operatoria puede deberse al uso de agentes anestésicos, a una dosis excesiva post-operatoria de algún medicamento, ventilación pulmonar insuficiente, cambios bruscos de posición, dolor, pérdida de sangre o líquidos. Sin embargo, la intervención quirúrgica produce por sí misma vasoconstricción simpática.

- ✓ Presión venosa central: Su valor normal es de 8-12 cm de agua. Es importante para el control de reposición líquida. Su descenso (hemorragia o deshidratación) o elevación (falla central) se hacen rápidamente evidentes.

- ✓ Respiración: Este parámetro revela alteraciones como atelectasia, obstrucciones bronquiales, tromboembolismo, depresión respiratoria post-anestésica o medicamentosa. Asegúrese que la vía aérea esté permeable. Aspire si es necesario. Fluidifique las secreciones.

- ✓ Facies, mucosa y piel: Observe el estado y color de la piel, lechos ungueales y labios, estos reflejan el grado de perfusión hística.

- ✓ Drenajes: Obtenga de la historia clínica o del cirujano información sobre características de la operación, qué tipos de drenajes se dejaron, fármacos administrados e indicados, si hubo alguna complicación (hemorragia, paro respiratorio, etc.). Localice e identifique todos los sistemas de drenajes.

- ✓ Aparato digestivo: Valore ruidos intestinales, y la desaparición o ausencia de meteorismo son los mejores indicios de que el peristaltismo intestinal se ha reanudado y por consiguiente es de esperar una buena tolerancia. El primer día debe ser líquida: caldo, té, agua mineral y aguas de frutas azucaradas cocidas.[15]
  Se evitan los cítricos exprimidos por la posibilidad que produzcan meteorismo. Se administran líquidos siempre que haya un buen

peristaltismo (ausencia de vómitos, ruidos intestinales, abdomen agudo, evacuación intestinal). Al día siguiente se puede agregar sopas, puré y frutas hervidas y así sucesivamente. El peristaltismo se reanuda al 2º o 3º día, si vuelve a desaparecer con nuevo silencio abdominal sospechar la dehiscencia.

- ✓ Aparato genitourinario: Observe y palpe el abdomen en busca de distensión vesical consecutiva a retención urinaria. Tanto la anestesia como el traumatismo de la manipulación quirúrgica pueden causar retención urinaria. Para prevenir una sobrecarga de líquidos controle su diuresis. La diuresis normal es de 800 a 1500 cc, pero el límite inferior desciende cuando hace calor y se transpira. Una orina escasa, concentrada e hipercoloreada es característica de aporte líquido insuficiente. Por el contrario, la poliuria con orina clara y transparente es típica de la sobrehidratación. Si el paciente lleva colocada una sonda de Foley y la diuresis es menor de 30 cc por hora, debe informar.

- ✓ Balance hidroelectrolítico: Pueden ocurrir desequilibrios de líquidos y electrolitos. En el post-operatorio, en general, no reciben nada por vía oral. A través de la aspiración nasogástrica pueden perder Na, K, cloruro y agua. El acto quirúrgico desencadena, además, la producción de aldosterona, la cual al conservar el sodio en la sangre, favorece la retención hídrica.

- ✓ Administración parenteral de líquidos y electrolitos: En las operaciones de cirugía mayor, el enfermo por lo general no ingiere líquidos o alimentos por boca durante 24 a 72 horas. En este período es necesario administrar líquidos, electrolitos y calorías para mantener el equilibrio del medio interno.

- ✓ Agua: las pérdidas de agua obligatorias son las que se eliminan con la orina y con las heces y a través de los pulmones y la piel. En un adulto de 70 kg son aproximadamente de 2500 ml en 24 horas.
- ✓ Administración del tratamiento indicado: (analgésicos, ATB, soluciones parenterales, etc.). Para el paciente, el problema post-operatorio más importante es el dolor. Los analgésicos, las medidas

de higiene, la posición adecuada, un buen apoyo y vendaje alivian el dolor.

- ✓ Movilización del enfermo: Debe intentarse lo más precozmente posible. Desde que el paciente ha pasado el período de recuperación anestésica conviene invitarlo a movilizarse ya que es el mejor profiláctico de las complicaciones pulmonares y de la flebitis.
  También disminuye el período de dolor post-operatorio, contrarresta la astenia y permite ir al baño.

  La ambulación precoz favorece el retorno de las actividades fisiológicas normales, reduce las complicaciones respiratorias y circulatorias, mejora el tono muscular y la recuperación del peristaltismo. Además ejerce un efecto sicológico beneficioso para el paciente.

  La posición de semifowler facilita el descenso diafragmático. Al día siguiente de la operación la mayor parte de los pacientes deben levantarse, caminar algunos pasos y sentarse en una silla. Los pacientes sometidos a cirugía mediana pueden deambular desde el mismo día de la operación. Es conveniente que se levanten acompañados por la eventual posibilidad de una lipotimia.[4]

  Post-operatorio mediato:
  En este período se normalizan las funciones fisiológicas: alimentación, defecación, micción y deambulación acompañada de sensación de bienestar.

1.2.4. Alteraciones en el post-operatorio

El post-operatorio no está exento de algunas alteraciones que producen diversas molestias, cuya exteriorización está íntimamente ligada a la sensibilidad del paciente.
Entre las más frecuentes se encuentran: [4,13,16]

Dolor: es intenso en las primeras horas cuando ha desaparecido el efecto de la anestesia; suele ser tolerable en los primeros días que siguen a la operación. Después de las 48-72 horas el dolor disminuye. El dolor intenso de las primeras horas y el primer día obliga a disminuir el movimiento de los músculos abdominales, lo que limita la profundidad de la respiración y disminuye el reflejo de la tos.

El dolor debe ser tratado con analgésicos inyectables por vía I.M. o I.V. A veces conviene reforzar su efecto en la asociación de ansiolíticos. En lo posible se evitará el empleo de los derivados de la morfina, disminuyendo notablemente cuando el paciente comienza a movilizarse.

Es frecuente que el paciente exprese dolor o molestias en la garganta producidas por la intubación durante la anestesia general. El paciente puede experimentar dolores articulares y musculares debido a la posición en la mesa quirúrgica. Otras medidas para aliviar el dolor son el apoyo psicológico, la información, las técnicas de relajación y respiración controlada.

Vómitos: hay enfermos que vomitan más que otros en las primeras 24 horas, lo que parece deberse a una susceptibilidad personal a las drogas anestésicas o pre-anestésicas. Cuando persisten más de 24 horas y no han respondido al tratamiento con ansiolíticos y antieméticos debe sospecharse la presencia de un íleo paralítico y suele ser necesario colocar una sonda nasogástrica.

Meteorismo: todas las operaciones abdominales en que se ha abierto el peritoneo son seguidas de un grado variable de paresia intestinal que depende del tipo de operación, el manoseo y exteriorización de vísceras. Al examen el abdomen está agrandado, distendido y no hay ruidos intestinales. Si el meteorismo es importante y se agregan vómitos estamos ante un íleo paralítico. Normalmente a las 48-72 horas comienzan los ruidos intestinales.

Retención de orina: es frecuente la aparición de una distensión en el hipogastrio durante el post-operatorio, debido a retención urinaria. Diversos estudios afirman que la incidencia de retención urinaria puede

variar de 3 a 40%. En la fisiología de la retención urinaria, los opiáceos aumentan el tono e intensidad de la contracción del esfínter urinario y, por tanto, disminuyen las contracciones del uréter, dificultando de esta forma la micción espontánea. A pesar de que algunos pacientes sean asintomáticos, existen frecuentes manifestaciones como: incapacidad para orinar, dolor suprapúbico, distención abdominal, vejiga llena, inquietud, necesidad de orinar, escalofríos, temblores, sudor y cefalea.[17]

Las drogas anestésicas, el dolor en la herida quirúrgica y la imposibilidad de orinar normalmente producen la retención aguda que es frecuente después de la cirugía. La movilización y la micción en el sanitario suelen resolver este problema.[5]

1.2.5. Conocimiento

Mario Bunge define el conocimiento como: "El conjunto de idea, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados o inexactos, en base a ello tipifica al conocimiento en ordinario y científico." [18]

El conocimiento es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información ganada a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección (a priori). El conocimiento es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por si solos poseen menor valor cualitativo. [2]

Existen muchas definiciones de conocimiento, dependientes de la perspectiva que se tome al definirlo. En Ciencias de la Información, se acostumbra a definir un continuo progresivamente complejo, integrado por los datos, la información, el conocimiento y la sabiduría.

Ecu-Red, señala que: La definición de conocimiento ha sido trabajada por diferentes autores desde diferentes disciplinas, como por ejemplo la Filosofía, la Psicología, la Gestión empresarial y la Informática; por ejemplo, según Jorge Raúl Díaz Muñante, 2004:

«Conocimiento significa entonces apropiarnos de las propiedades y relaciones de las cosas, entender lo que son y lo que no son».

El conocimiento puede ser entendido, con relación a Datos e Información, como "información personalizada"; con relación al estado de la mente, como "estado de conocer y comprender"; puede ser definido también como "objetos que son almacenados y manipulados"; "proceso de aplicación de la experiencia"; "condición de acceso a la información y potencial que influye en la acción".

El Diccionario filosófico de Rosental &Iudin (1973), acorde al materialismo dialéctico, define al conocimiento como:

«el proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica». El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva".[18]

1.2.6. Conocimiento sobre los cuidados post-operatorios que debe saber el paciente quirúrgico

Uno de los grandes desafíos que enfrenta la enfermera en la actualidad es satisfacer las necesidades de enseñanza para el fomento a la salud del paciente. En este sentido, las enfermeras que despliegan los cuidados al paciente quirúrgico son cada vez más sensibles a su función docente y están cada vez más conscientes de ello, deben tener amplios conocimientos relacionados a los cuidados específicos, debiendo ser desplayados durante el periodo pre-operatorio.

La enseñanza para el fomento a la salud es un componente indispensable de la asistencia de enfermería, y se orienta a fomentar, conservar y restaurar la salud, así como a adaptarse a los efectos residuales de la enfermedad. [19]

La educación pre-operatoria es un rasgo común en la preparación de muchos procedimientos quirúrgicos, con el fin de disminuir el impacto o la crisis de la intervención quirúrgica. La educación comienza desde el instante en que el paciente ingresa al servicio. A partir de ese momento la enfermera puede comunicar e impartir educación informal

simultáneamente. Con la educación se pueden aclarar dudas, creencias erróneas, temores a lo desconocido, etc. Al verbalizar sus emociones y dudas respecto al procedimiento, se podrá mejorar la compresión y minimizar el estrés y, por ende, el dolor y otras complicaciones.[19]

Así tenemos los fundamentos teóricos de enfermería como el de Dorothea E. Orem. Esta teoría, está relacionada específicamente con las necesidades del ser humano con el "autocuidado", definiéndolo como: "acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frentes a sus efectos". Y sugiere tres sistemas de cuidados: el sistema de compensación total, donde el paciente no tiene ningún papel activo en la realización de los autocuidados; el sistema educativo de apoyo, donde el paciente es capaz de llevar a cabo o de aprender algunas medidas de autocuidados, pero que debe ser ayudado para poder hacerlo; y el sistema de compensación parcial, en el cual el paciente tanto como la enfermera, participan en los cuidados de higiene, o en otras técnicas necesarias.

Partiendo de este análisis, está claro que no sólo se ayuda a un paciente en la realización de las actividades de la vida cotidiana o en sus cuidados de salud cuando el paciente no es capaz de realizarlos debido a la enfermedad o al tratamiento, sino también cuando los pacientes no tienen los conocimientos necesarios o no tiene voluntad para realizarlos; por tanto, la necesidad de aprender es importante para conseguir que los pacientes posean la máxima independencia posible.[20]

Por tanto, la preparación pre-operatoria es un proceso integral de enfermería que comprende importantes aspectos de soporte emocional y psicológico, así como aquellos pertinentes a las condiciones físicas necesarias para el acto quirúrgico. A través de la evaluación, el enfermero descubrirá inquietudes o preocupaciones que puedan ejercer un impacto directo sobre la experiencia quirúrgica, por lo que una adecuada información particularmente referida a los procedimientos pre-quirúrgicos y a las sensaciones post-quirúrgicas mitigará la ansiedad, determinando qué tanto comprende el cómo se va a realizar la intervención quirúrgica.[21]

Así mismo, Viñoles J. (2007), refiere que es uno de los parámetros para el control de calidad es la "continuidad de la asistencia (...). Los pacientes deben mantener los mismos modelos de actuación en cuanto a seguridad y calidad en el domicilio sin los inconvenientes de estar ingresados en una institución. Este modelo incluye a la vigilancia y prevención de complicaciones, por ende la recuperación post-quirúrgica debe ser rápida, segura y desprovista de efectos secundarios, por tanto, el profesional de enfermería debe trazarse medidas educativas y de soporte dirigidas al paciente tales como:

El manejo de la ansiedad

Se plantea la necesidad de valorar y disminuir la ansiedad, en los pacientes que diariamente concurren a una situación potencialmente muy estresante como es la misma cirugía. La ansiedad pre-quirúrgica se asocia con una mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria, mayores niveles de dolor post-operatorio y lentitud en la recuperación.[22]

La evidencia está manifiesta que el paciente quirúrgico que ha recibido educación pero-peratoria programada respecto a los procedimientos quirúrgicos a los que será sometido, constituye un elemento clave para enfrentar situaciones nuevas durante el proceso de la cirugía, logrando disminuir el nivel de ansiedad.[15]

Manejo del dolor

El manejo inadecuado del dolor perioperatorio es causa de graves complicaciones médicas, estancia hospitalaria prolongada y sufrimiento innecesario; por esta razón, resulta importante aplicar las mejores estrategias de tratamiento y medidas para el alivio, así como la enseñanza de estas medidas al paciente quirúrgico. [11,22]

Algunos trabajos en los que se analiza la administración de analgésicos para el tratamiento del dolor, varios de ellos coinciden en que incluso en aquellos casos en los que estos están pautados por los médicos a intervalos regulares y con las dosis perfectamente definidas, un tercio de estas prescripciones o no se administran o se hacen a dosis inferiores a

las prescritas. Demostrando así la reticencia del personal de enfermería a administrar analgésicos "sólo si es estrictamente necesario" por considerar como "normal" un cierto grado de dolor principalmente si es secundario a una intervención quirúrgica; existiendo además miedo a la aparición de reacciones adversas a opiáceos, especialmente la dependencia.[13,23]

Fernández (2007), señala que es importante informar al paciente durante la visita pre-operatoria sobre la analgesia que se le administrará después de la operación, además de medidas de soporte como:

- Medidas psicosociales:
  Manejo del estrés, consejería y apoyo emocional (ansiedad, depresión, insomnio, introversión) relajación, hipnosis, refuerzo positivo.

- Medidas físicas:
  - ✓ Reducir estimulo doloroso siempre que se pueda ayudará a reducir el umbral doloroso: evitar movimiento innecesario, enseñarle a adoptar una posición cómoda o posturas antiál0067 icas, cansancio, abandono social, etc.
  - ✓ Fisioterapia, ejercicios respiratorios y terapia de frío/calor.
  - ✓ Distracción: ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, pasear, etc.
  - ✓ Utilizar el entorno en la terapia: proporcionar una atmósfera adecuada, prestando atención a los detalles (luz, temperatura, olores, ver fotografías.[4]

Cuidados de la herida quirúrgica en el post-operatorio

Explicar al paciente:

- ✓ No levantar el apósito de la herida quirúrgica durante las primeras 24-48 horas, siempre que sea posible.
- ✓ Si va de alta, es preciso enseñar que se realizará la curación de la herida solo con suero fisiológico. No aplicar otras soluciones.
- ✓ Después de 48 horas, no es necesario cubrir la herida.
- ✓ Que pueden ducharse a partir de las 48 horas tras la cirugía, limpiándose la herida con agua y jabón.

- ✓ Si hubiera signos de sangrado, comunicar al personal de salud inmediatamente.
- ✓ Sobre los posibles signos de infección de la herida quirúrgica (rubor o inflamación local, drenaje de líquido amarillo, fiebre).[15,24]

Temperatura:

La hipotermia, temperatura menor a los 36° C se presentan en el 60 al 80% de los pacientes post-operados. Los factores que contribuyen a la hipotermia son la exposición corporal en una sala de cirugía fría, los efectos de las soluciones frías y algunos anestésicos (por ejemplo: el Halotano), ver Anexo 2. Las respuestas corporales compensatorias al frío incluyen el temblor y la vasoconstricción. El gasto cardíaco disminuye conduciendo a hipotensión y se puede presentar arritmia cardiaca. Además, el aumento del consumo de oxígeno debido al temblor y a las deficiencias calóricas produce hipoxia tisular. En general, se debe explicar al paciente que experimentará incomodidad debido al frío, pero también indicarle que es un signo transitorio.[2]

Sobre los efectos anestésicos:

De acuerdo a las alteraciones derivadas del efecto de los anestésicos se darán las siguientes pautas: (Ver Anexo 2)

Respiratorios: Explicar que el problema respiratorio que presente se debe al efecto del anestésico y sedantes por lo que es necesario que se realice evaluaciones continuas e inicie con ligeros ejercicios de respiración hasta la recuperación del patrón normal de funcionamiento.

Circulatorios: Las arritmias cardiacas y la hipotensión, son las complicaciones cardiovasculares más comunes durante el periodo post-anestesico inmediato, sin embargo, en el periodo mediato estas ya fueron tratadas, por lo que se debe informar al paciente que es necesario una valoración frecuente de los signos vitales y debe comunicar a la enfermera sí presentara alguna alteración.

Digestivo: La presencia de gases o flatulencia es frecuente por el acto quirúrgico, por ello la movilización temprana en cama dentro de las primeras 12 horas y levantamiento precoz entre las 12 y 24 horas de la

intervención quirúrgica es elemental, siendo necesario que el paciente comprenda su participación y colaboración.[10,25]

Eliminación urinaria: La retención urinaria post-anestésica tiene una relación directa con el anestésico utilizado. La capacidad del paciente para miccionar será la mejor prueba de recuperación de las funciones motoras y simpática tras una anestesia epidural. Esto se debe a la pérdida del tono vesical que se recupera en 24 a 48 horas.[17]

Neurológicas: Cuando la paciente sufre los efectos residuales de los fármacos anestésicos. El nivel de conciencia puede medirse formulando al paciente preguntas simples o dándole órdenes sencillas. Se observarán variaciones en el nivel de conciencia que van desde el estado de alerta hasta la somnolencia. Se debe evaluar antes de la deambulación precoz al conversar con el paciente se puede determinar el nivel de conciencia.[26]

Alimentación en el post-operatorio:

Una vez programada la cirugía, al paciente se le indica mantener ayuno absoluto de líquidos y sólidos desde las ocho de la noche del día anterior al procedimiento, con el fin de disminuir el riesgo de bronco aspiración en el trans-operatorio.

En el post-operatorio inmediato, el objetivo de la intervención nutricional es prevenir o aliviar las náuseas o vómitos provocados por el efecto de la anestesia, mediante un adecuado reinicio de la vía oral y progresión de la dieta. Se recomienda en pacientes con algún tipo de cirugía abdominal iniciar la ingesta oral dentro de las primeras 24 horas después del procedimiento, siempre que puedan deglutir normalmente, con indicación escrita de inicio de la vía oral y que no tengan alteraciones en la función o integridad intestinal; ya que es efectivo para mejorar la evolución clínica en la etapa post-operatoria.[27]

Se recomienda en aquellos pacientes sometidos a hernioplastia, colecistectomía y apendicectomía, luego de tolerar la dieta líquidos claros

progresar a dieta blanda, ya que podría ser efectivo para evitar la malnutrición.[21]

Finalmente, monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas: Evaluar, documentar y registrar la evolución del paciente y la consecución de resultados.[28]

1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Anestesia.-** Es la sedación conseguida mediante la administración de fármacos (anestésicos) por el anestesiólogo antes y durante el acto quirúrgico.
- **Conocimiento acerca de los cuidados de la herida.-** Son los saberes de los pacientes en el periodo pre-quirúrgico acerca de la curación de la herida e higiene, conocimiento de los signos de alarma de infección.
- **Conocimiento acerca de las medidas para el alivio del dolor.-** Son los saberes de los pacientes en el periodo pre-quirúrgico acerca de las formas de la analgesia y medidas de soporte como las psicosociales y físicas para el control y alivio del dolor.
- **Conocimiento acerca del régimen de alimentación.-** Son los saberes de los pacientes en el periodo pre-quirúrgico acerca de la importancia del ayuno para prevenir o aliviar las náuseas o vómitos provocados por el efecto de la anestesia, así como del adecuado reinicio de la vía oral y progresión de la dieta.
- **Conocimiento de los efectos anestésicos.-** Son los saberes de los pacientes en el periodo pre-quirúrgico acerca de los efectos residuales derivados del anestésico.
- **Cuidados post-operatorios.-** conjunto de acciones que se debe realizar al paciente en función de los cambios que sucedan en su organismo producto de la intervención quirúrgica.
- **Herida quirúrgica.-** Es la herida realizada por el cirujano con fines terapéuticos, sea ésta electiva o ambulatoria.
- **Medidas de soporte para el alivio del dolor.-** Son aquellas que buscan reducir el estímulo doloroso como: evitar movimiento innecesario del paciente, adopción de posiciones adecuadas o antiálgicas, evitando tensiones musculares que disminuyan la percepción del dolor.
- **Nada por vía oral.-** Es la abstención del paciente al consumo de alimentos durante las primeras horas del periodo post-operatorio.
- **Post-operatorio.-** El periodo que se inicia una vez terminada la operación en el que el individuo se encuentra bajo los efectos residuales de la anestesia y de la misma intervención quirúrgica.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. AMBITO

Ubicación

El estudio se desarrolló en el Hospital II ESSALUD– Ucayali, ubicado en la Av. Lloque Yupanqui Nº 510 Coronel Portillo – Callería, Provincia de Coronel Portillo – Dpto. Ucayali.

Hospital II de EsSalud, tiene una amplia cobertura, brindando atención en promedio a 50,000 asegurados y por referencia según nivel de complejidad a toda la población asegurada de la Región Ucayali. Tiene una capacidad de atención diaria de 600 pacientes, cuenta con los servicios de hospitalización: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría Y Neonatología, siendo los consultorios externos de Medicina, Cirugía, Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Medicina Interna, Traumatología, Nefrología, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología.

El servicio de cirugía atiende un promedio de 25 pacientes al día, siendo programados a Sala de Operaciones en promedio de 6 a 7 pacientes en el 1er turno (mañanas). Los procedimientos quirúrgicos frecuentes son: apendicetomías, colecistectomías, hernioplastía, prostatectomía, histerectomías, amigdalectomias, etc.

2.2. POBLACIÓN

La población, estuvo comprendida por el 100% (250) de pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización de cirugía entre el mes de diciembre 2016 y enero 2017 para una intervención quirúrgica tras la programación por cirugía electiva.

2.3. MUESTRA

El muestreo fue no aleatorio por conveniencia, siendo considerados todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 18 años a más, que ingresaron al servicio de cirugía durante los meses de diciembre 2016 – enero 2017 que se encuentran en el periodo pre-operatorio.
- Pacientes que aceptaron participar en la investigación tras el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes del servicio de cirugía que se encontraron en periodo post-operatorio.
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes procedentes del servicio de emergencias (cirugía de emergencia)
- Pacientes que no aceptaron participar en la investigación tras el consentimiento informado.

Quedando conformada la muestra por 122 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.4. DISEÑO Y METODOLOGÍA

Por la naturaleza del problema y los objetivos trazados, se utilizó el diseño no experimental, cuantitativo, de tipo descriptivo, prospectivo y transversal.

Es no experimental, porque no se manipuló la variable en estudio.

Es cuantitativo porque la variable e indicadores son factibles de ser cuantificables y medidas.

Es prospectivo porque las variables fueron estudiadas en el presente.

Descriptivo porque se detalló las características de la variable en un espacio temporal y geográfico y es de corte transversal, porque los datos se recolectaron en un solo momento.

El diseño que corresponde del estudio, queda representado en el siguiente diagrama:

O ---------- M

O = Observación de la muestra

M = Muestra: Nivel de conocimientos acerca de los cuidados post-operatorio de los pacientes quirúrgicos.

2.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica que se utilizó en la presente investigación fue la encuesta. El instrumento fue un cuestionario elaborado por los investigadores, siendo estructurado en tres partes:

- Primera parte: Introducción
- Segunda parte: Datos generales del paciente (edad, estado civil, grado de estudios, procedencia, orientación recibida, diagnóstico de ingreso y egreso).
- Tercera parte: Comprende datos específicos:
  - Conocimiento sobre efectos de la anestesia en el periodo post-operatorio
  - Conocimiento sobre las medidas para el alivio del dolor
  - Conocimiento sobre las restricciones en la alimentación
  - Conocimiento sobre los cuidados de la herida quirúrgica

La calificación global, se dio de acuerdo a los puntajes acumulados de cada ítem, correspondiendo 1 punto a cada respuesta correcta y 0 a la incorrecta, la calificación final fue:

- Nivel alto: De 18 a 25 puntos
- Nivel medio: De 12 a 17 puntos
- Nivel bajo: Menor a 12 puntos

Sin embargo se realizó la calificación por cada dimensión (4 dimensiones) y así lograr cada objetivo de la presente investigación, también se trabajó con las medidas de tendencia central como la media o promedio para determinar el nivel de conocimiento de los pacientes quirúrgicos y llegar al resultado final.

Antes de aplicar el instrumento, se realizó la prueba de validez y confiabilidad del instrumento a través de juicios de expertos, contando para ello con la participación de cuatro licenciadas en enfermería de gran experiencia, 02 que laboran en el Servicio de Cirugía y 02 en sala de Recuperación del Hospital ESSALUD, luego

de la revisión y observaciones realizadas al instrumento - se corrigieron los ítems 3.2 b) y c), 3.3. a), 3.9.a) y c), además se utilizó el estadístico Formula 20 de Kuder-Richardson obteniendo un valor = 0.74, quedando el instrumento válido y confiable.

2.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos fueron recolectados en el Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD-Pucallpa durante los meses de diciembre 2016 y enero 2017 (desde la 3ra. semana de diciembre hasta 3ra. semana de enero), en los turnos de mañana y tarde, para ello se presentó al Director del Hospital una solicitud, adjuntando el proyecto de investigación que luego de la entrevista y explicar los objetivos del estudio nos concedió la autorización; también se realizó las coordinaciones con el Médico Jefe y la Enfermera Coordinadora del Servicio de Cirugía.

Se procedió a explicar a los pacientes los objetivos y la importancia de su participación en el estudio, luego de haber obtenido su consentimiento informado se procedió a aplicar la encuesta en un tiempo promedio de 30 minutos por paciente, durante las primeras horas del ingreso al servicio (pre-quirúrgico).

2.7. TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

Luego de recolectar la información, se elaboró una base de datos en el Programa estadístico SPSS Vs.22 para procesar toda la información. Una vez procesada la información, se presentó los resultados en tablas de frecuencia y porcentajes y fueron analizados e interpretados de acuerdo a los indicadores y variables del estudio. Así también se realizó la lectura e interpretación de los resultados mediante la estadística descriptiva (medidas de tendencia central: media, mediana, moda) inferencial, medidas de dispersión como la desviación estándar (DS) para identificar las diferencias de las edades y mostrar los resultados, además se vio necesario complementar con resultados que se muestran en sus respectivas tablas en los anexos. Finalmente se realizó la discusión de los resultados, estableciendo la comparación con los resultados obtenidos por otros investigadores arribando a las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Edad y sexo de pacientes quirúrgicos, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017.

Edad	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
De 18 a 59 años	27	22.1	63	51.6	90	73.8
De 60 a + años	18	14.8	14	11.5	32	26.2
TOTAL	45	36.9	77	63.1	122	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes servicio de Cirugía, Hospital EsSalud, diciembre 2016 - enero 2017.

n = 122

Edad mínima: 18 a. Edad máxima: 78 a. Moda: 61 a. DE:13.4

En la Tabla 1, se observa la edad y sexo de los pacientes quirúrgicos, encontrando que el mayor porcentaje (51.6%) correspondió al sexo femenino de 18 a 59 años de edad, edad mínima 18 años, máxima 78 años, con una Desviación Estándar (DE) =13.4, siendo la moda 61 años (valor que tiene mayor frecuencia absoluta).

Según datos estadísticos demográficos a nivel nacional publicados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2015), señalan que de 31'152,643 peruanos, 15 millones 605 mil 814 son hombres y 15 millones 545 mil 829 son mujeres, siendo la diferencia del 0.09% (59, 985 hombres) mostrando una pirámide poblacional joven; sin embargo son las mujeres con mayor morbilidad como encontramos en nuestros resultados, pese a que tiene mayor esperanza de vida al nacer (77.8) que el hombre (72.5).[29]

Al respecto Sánchez P., Oriolo M., Ruiz-Calderón I., Sosa R., Humarán L. (2005)[30], encontraron que más de la tercera parte (36%: 356) de los pacientes tenían entre 41 y 50 años al ser intervenidos quirúrgicamente. El sexo masculino predominó sobre el femenino en una proporción de 16 a 2.

Como vemos, los dos problemas de salud están asociados a la edad y al sexo de las personas o pacientes quirúrgicos del estudio.

A continuación se muestra en la Tabla 2, las patologías como diagnóstico médico en el pre-operatorio que ilustraran mejor estos resultados.

Tabla 2. Diagnóstico pre-operatorio de pacientes quirúrgicos, según sexo, Servicio de Cirugía Hospital II ESALUD, Pucallpa 2017.

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
Diagnóstico pre-operatorio	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cálculo vesicular, colecistitis, colelitiasis	18	14.8	30	24.6	48	39.3
Afecciones del aparato genital femenino (*)	0	0.0	37	30.3	37	30.3
Hernia inguinal	15	12.3	2	1.6	17	13.9
Afecciones del aparato genital masculino (**)	8	6.6	0	0.0	8	6.6
Alto riesgo reproductivo	0	0.0	3	2.5	3	2.5
Otros (***)	4	3.3	5	4.1	9	7.4
Total	45	36.9	77	63.1	122	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes servicio de Cirugía, Hospital Essalud, dic.2016-enero2017

(*) Prolapso genital, incontinencia urinaria, miomatósis uterina, displasia cervical, quiste ovárico

(**) Adenoma prostático, hiperplasia prostática, quiste prostático

(***) Adherencia peritoneal, síndrome doloroso, dolor pélvico, eventración, hidronefrosis, apendicitis. hemorroides, fibroadenoma mama, quiste renal derecho

En la tabla 2, se presenta los diagnósticos médicos en el preoperatorio de los pacientes quirúrgicos, así encontramos que de los 122 elementos de la muestra, el 39.3% correspondió a aquellos pacientes con afecciones de las vías biliares, destacando el sexo femenino con el 24.6% de los casos; así mismo en segundo lugar se encuentran las afecciones del aparato genital femenino con el 30.3% y en tercer lugar hernia inguinal con un 13.9% de las cuáles son los de sexo masculino en mayor frecuencia (12.3%).

En los estudios examinados en los antecedentes, Espinoza M., (2003)[9], encontró en su estudio que del 100% (60) de pacientes colostomizados, fue el sexo femenino que presentó el mayor número de casos (60%), también Llatas J., Hurtado Y. y Frisancho O. (2012)[7],

encontraron en el estudio desarrollado en la ciudad de Lima que la coledocolitiasis afecta a personas mayores, sexo femenino y con sobrepeso, con una incidencia de 10.4%.

Además se evidencia un alto porcentaje de afecciones del aparato genital femenino, siendo las más frecuentes el prolapso genital con incontinencia urinaria, si bien es cierto que las patologías de ingreso de los pacientes no forman parte de la variable en estudio; sin embargo es importante resaltar la incidencia de este problema de salud, según la literatura revisada (Braun H., Rojas I., González F., Fernández M., Andrés J)[31] se conoce que el prolapso genital está asociado a los trabajos de parto prolongados, mientras otros estudios recientes han demostrado que la episiotomía rutinaria aumenta la ocurrencia de desgarros severos con aumento del hiato genital y debilitamiento del piso pelviano; también factores congénitos y otros como la obesidad las neumopatías crónicas, el tabaquismo y las alteraciones en el eje del esqueleto axial, se han relacionado al desarrollo de prolapso genital por el aumento crónico de la presión intraabdominal.

Así mismo, se encontró un número representativo de pacientes con diagnóstico de hernia inguinal en regular porcentaje (13.9%), siendo insidioso en los pacientes de sexo masculino en un 12.3% por lo que se pone en evidencia que con frecuencia son intervenidos estos pacientes tanto en forma electiva como de urgencia. Los estudios epidemiológicos disponibles en la literatura utilizan la prevalencia de la cirugía herniaria para destacar la predominancia de esta patología en el ambiente quirúrgico.

Tabla 3. Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de los efectos anestésicos, Servicio de Cirugía Hospital II ESALUD, Pucallpa 2017.

Nivel de conocimientos: efectos anestésicos	Total	
	Nº	%
Alto	6	4.9
Medio	74	60.7
Bajo	42	34.4
Total	122	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes servicio de Cirugía, Hospital Essalud, dic.2016 enero 2017

La tabla 3, figura 1, muestran los resultados al evaluar sobre la dimensión efectos anestésicos en el postoperatorio, encontrando que de 122 (100%) pacientes quirúrgicos, el 60.7% alcanzó un nivel de conocimiento medio y solo el 4.9% alcanzo un nivel de conocimientos alto, siendo los ítems 3.3 (si ¿sabe el tipo de anestesia que le administrarán?), 3.8 (¿qué puede ocasionar en su cuerpo la anestesia general?) 3.11 (si ¿la anestesia tiene efectos en la eliminación de orina?) preguntas que respondieron correctamente en bajos porcentajes (ver tabla A en anexo 3) a diferencia de las preguntas que respondieron correctamente en mayor porcentaje tales como los ítems 3.2 (que entiende usted por anestesia?) , 3.4 (Cuando salga de sala de operaciones ¿debe hablar normalmente?), 3.6 (al salir de sala de operaciones usted sentirá estar adormecido y el cuerpo pesado, esto debido a los efectos de la anestesia), 3.7 (¿Qué puede ocasionar en los miembros inferiores la anestesia regional?) y la 3.10 (Que debe hacer si siente escalofríos y temblores?).

Al respecto, Patiño E.G.[2] al desarrollar su estudio sobre: Nivel de conocimientos acerca de los cuidados postoperatorios de las pacientes adolescentes que serán cesareadas por primera vez en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2005, encontró que la mayoría de las adolescentes, tuvieron un nivel de conocimiento medio y bajo en relación a los cuidados postoperatorios que deben realizar; sin embargo se encuentra un significativo nivel alto de conocimiento.

Del mismo modo, Espinoza M.[9], en su estudio titulado: "Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins", encontró que el 80% de pacientes colostomizados conocen y 20 % no conocen sobre el autocuidado, y el 70% de pacientes colostomizados realizan prácticas adecuadas y 30 % realizan prácticas inadecuadas en el autocuidado.

Estos resultados, nos permite concluir que el paciente quirúrgico no ha recibido las orientaciones completas por el profesional de enfermería sobre la necesidad de conocer cómo reaccionar frente a los efectos de la anestesia, así evitar o disminuir los temores frecuentes en el paciente que desconoce los cuidados o manera de afrontar en caso de presentar alguno de los efectos, por lo que no debemos de olvidar que el desconocimiento que tengan ellos aumentará la inseguridad y no les permitirá participar activamente en su autocuidado.

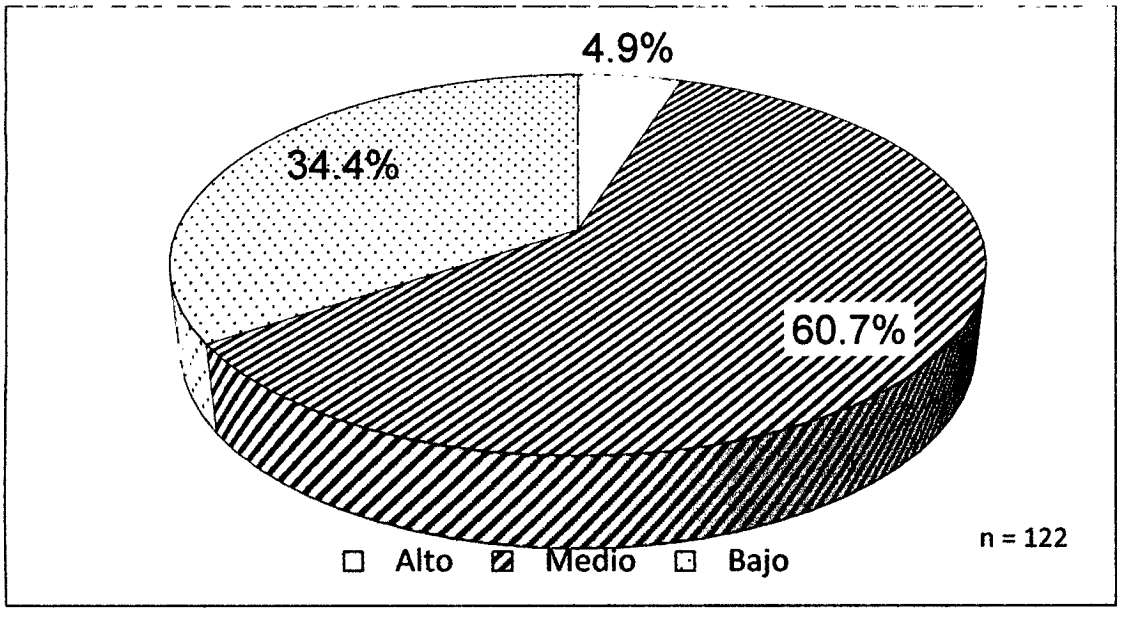


Figura 1. Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de los efectos anestésicos en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017.

Tabla 4. Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de las medidas para el alivio del dolor en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESALUD, Pucallpa 2017.

Nivel de conocimientos: Medidas para alivio del dolor	Total	
	Nº	%
Alto	4	3.3
Medio	16	13.1
Bajo	102	83.6
Total	122	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes servicio de Cirugía, Hospital Essalud, dic.2016 enero 2017

Los resultados que se observan en la tabla 4, figura 2, relacionados al nivel de conocimiento sobre la dimensión "alivio del dolor", encontrando que un alto porcentaje (83.6%) tuvo un nivel de conocimiento bajo versus el 3.3% que alcanzó un nivel alto.

Los ítems que respondieron incorrectamente fueron el ítems 3.13 (además de los medicamentos ¿sabe usted de otras medidas para aliviar el dolor?, 3.14 (mencione las medidas para aliviar el dolor) y el 3.15 (otras medidas que pueden aliviar su dolor). Ver tabla B en anexo 4.

Al respecto Sánchez-Sánchez R., Pernía J., Calatrava J.[12] manifiestan que si bien el profesional de enfermería debe verificar la respuesta al tratamiento analgésico o la necesidad de drogas coadyuvantes (sedantes o antidepresivos) que deben administrarse al paciente quirúrgico por prescripción médica, también ha de considerar otras medidas o alternativas para aliviar el dolor del paciente y que él las debe conocer, así como conocer el tipo de dolor (agudo, continuo, recurrente, etc.) cuando éste esté presente, buscando la participación del paciente en este proceso o crisis situacional.

Para Junin M.,[16] las terapias alternativas, especialmente cuando se usan en combinación con los medicamentos para el dolor, pueden mejorar el alivio del dolor con menos efectos secundarios, siendo entre ellos las más comunes las intervenciones psicosociales, emocionales (técnicas de relajación y respiración controlada, medidas de distracción,) estableciendo una comunicación adecuada con el paciente y familia proveyendo

información ya que una familia que conoce lo que está sucediendo y las medidas que se están adoptando es más eficaz en el apoyo al enfermo.

Por los aspectos mencionados, el profesional de enfermería tiene un periodo oportuno para enseñar al paciente sobre las medidas alternativas para aliviar el dolor considerando el tipo de cirugía al que fueron programados los pacientes, siendo en este caso cirugía electiva donde el paciente luego de la explicación del cirujano acepta ser sometido a la intervención quirúrgica y se hospitaliza un día antes de la intervención, además, el enfermero (a) ha de tomar en cuenta que, es el dolor intenso la molestia más recurrente en el periodo post-operatorio inmediato y mediato cuya exteriorización está íntimamente ligada a la sensibilidad del paciente.

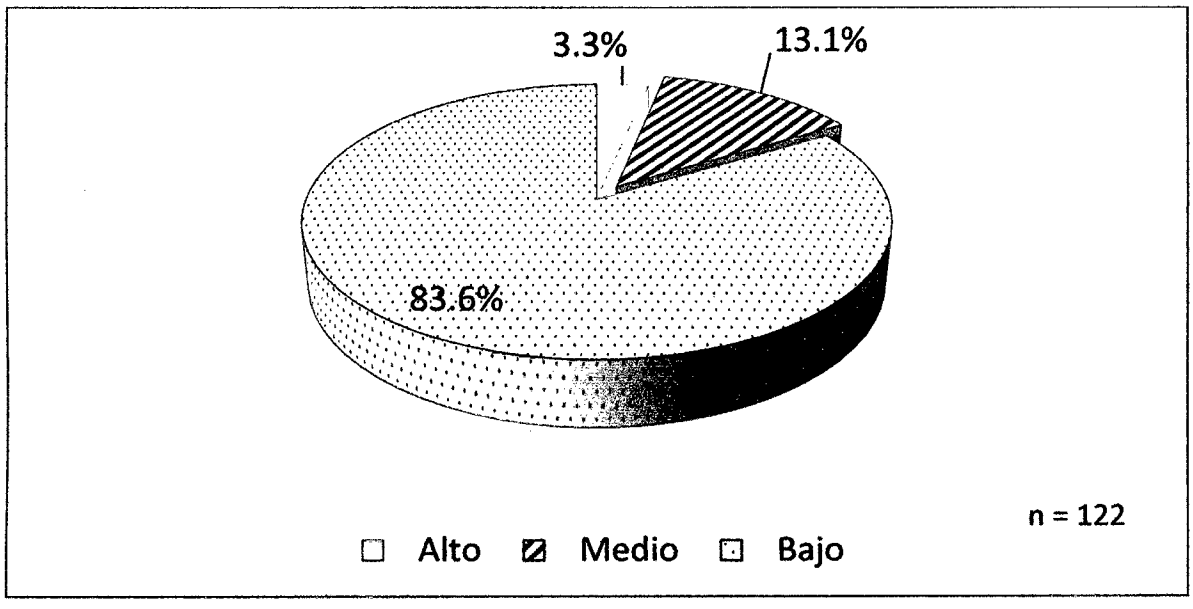


Figura 2. Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de las medidas para el alivio del dolor en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017.

Tabla Nº 5. Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca del régimen de alimentación en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESALUD, Pucallpa 2017.

Nivel de conocimientos: Régimen de alimentación	Total	
	Nº	%
Alto	10	8.2
Medio	47	38.5
Bajo	65	53.3
Total	122	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes servicio de Cirugía, Hospital EsSalud, dic.2016 enero 2017

Se observa en la tabla 5, figura 3, el nivel alcanzado por los pacientes quirúrgicos respecto a la dimensión restricciones en la alimentación, encontrando que el 53.3% tuvo nivel de conocimientos bajo, seguido por el nivel medio con un 38.5%. Los ítems que respondieron de manera correcta fueron el 3.16 (después de la operación ¿usted puede beber agua normalmente?) y el 3.18 (Al segundo día de la operación, usted podrá iniciar con su alimentación como dieta líquida y blanda?). Ver Tabla C en anexo 5.

Al respecto Salazar,[5] M. al estudiar sobre interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria, señala que entre los problemas o molestias más frecuentes que se presentan en las primeras 24 horas del postoperatorio son los vómitos y que están en relación a una susceptibilidad personal o a las drogas anestésicas o pre-anestésicas y que si persisten más de 24 horas y no han respondido al tratamiento con ansiolíticos y antieméticos debe sospecharse la presencia de un íleo paralítico y suele ser necesario colocar una sonda nasogástrica.

Por eso, ha de ser importante explicar al paciente en el pero-peratorio sobre las restricciones de alimentos y la necesidad de mantenerse en ayunas durante el tiempo indicado, así evitar las molestias o complicaciones post-operatorias.

Estos resultados, nos indican que faltó información a los pacientes en el pre-quirúrgico respecto a las horas de restricción de alimentos y sobre el tipo de alimentos que deben consumir para recuperar la pérdida sanguínea y evitar complicaciones que se deriven

(dehiscencia de herida operatoria, infecciones, procesos inflamatorios, etc.) debiendo explicar sobre los grupos de alimentos como los constructores, reguladores y los energéticos que favorecerán su pronta recuperación; así mismo hade tener en cuenta sobre los hábitos de alimentación, debiendo masticar bien los alimentos, evitando consumir aquellos que provocan gases o flatos, evitando también el consumo de bebidas carbonatadas, evitando conversar. (Espinoza M., 2003)[9].

La regurgitación y aspiración del contenido gástrico durante anestesia es una complicación desastrosa y de alta mortalidad que se debe tratar de evitar al máximo. Una de las principales medidas para evitarla, es el ayuno preoperatorio adecuado, con el fin de disminuir el volumen del contenido gástrico durante la inducción anestésica.

No debe pasar inadvertido que uno de los grandes desafíos que enfrenta la enfermera en la actualidad es satisfacer las necesidades de enseñanza para el fomento a la salud del paciente, entendiéndose que la enseñanza para el fomento a la salud es un componente indispensable de la asistencia de enfermería, y se orienta a fomentar, conservar y restaurar la salud, así como a adaptarse a los efectos residuales de la enfermedad. (Escorza B., 2015)[20].

En este sentido, las enfermeras que despliegan los cuidados al paciente quirúrgico son cada vez más sensibles a su función docente y están cada vez más conscientes de ello, deben tener amplios conocimientos relacionados a los cuidados específicos, debiendo ser desplayados durante el periodo preoperatorio.

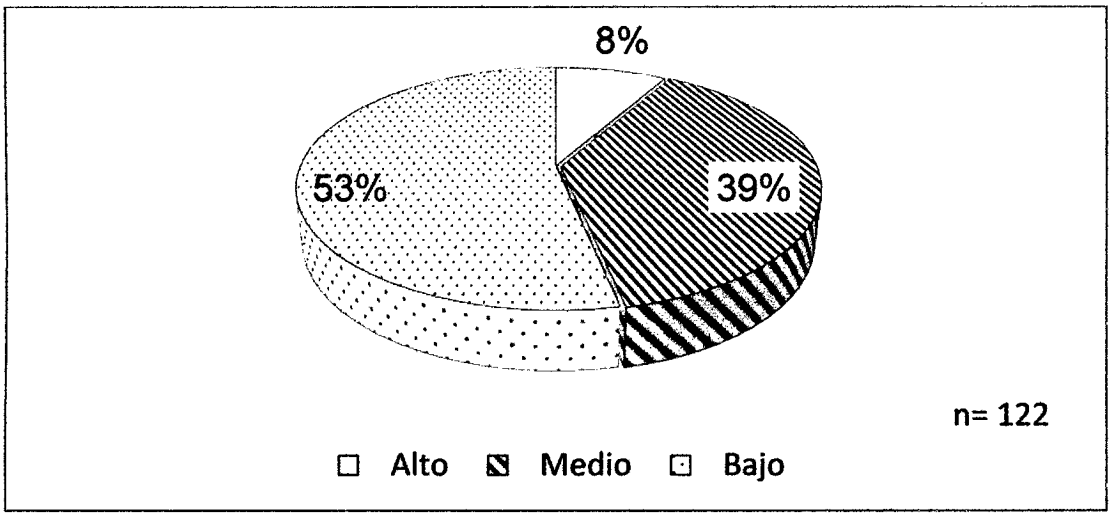


Figura 3. Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca del régimen de alimentación en el postoperatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017.

Tabla 6. Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de los cuidados de la herida en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESALUD, Pucallpa 2017.

Nivel de conocimientos: cuidados de la herida	Total	
	Nº	%
Alto	33	27.0
Medio	39	32.0
Bajo	50	41.0
Total	122	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes servicio de Cirugía, Hospital EsSalud, dic.2016 enero 2017

Los resultados que se evidencian en la tabla 6 figura 4, corresponden a la dimensión cuidados de la herida, estos revelan un mayor porcentaje (27%) de pacientes con nivel de conocimientos alto, siendo el 41% los que tuvieron nivel de conocimientos bajo y un 32% con nivel medio. De las preguntas formuladas, las que no respondieron correctamente fueron de los ítems 3.22 (¿qué debe hacer para evitar la infección de la herida operatoria?) y 3.24 (¿con que debe curarse la herida operatoria?). Ver la Tabla D en anexo 6.

Por tanto, será necesario explicar y lograr que el paciente quirúrgico conozca la importancia de las medidas para evitar la infección de la herida, así como saber con qué debe curarse la herida operatoria es vital, así permitirá evitar que el paciente reingrese al hospital por infección de la herida. Estas medidas comprende la enseñanza de la higiene de las manos, sobre todo antes y después de curarse la herida. Del mismo modo el saber que no debe usar soluciones antisépticas que no se hayan prescrito por el médico, siendo mucho más importante la práctica de la higiene corporal diaria como una de las medidas para la prevención de infección de la herida operatoria.

Para E. Orem, el "autocuidado", son "acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frentes a sus efectos". Y sugiere tres sistemas de cuidados: el sistema de compensación total, donde el paciente no tiene ningún papel activo en la realización de los autocuidados; el sistema educativo de apoyo, donde el paciente es capaz de llevar a cabo o de aprender algunas medidas de autocuidados,

pero que debe ser ayudado para poder hacerlo; y el sistema de compensación parcial, en el cual el paciente tanto como la enfermera, participan en los cuidados de higiene, o en otras técnicas necesarias[5].

Al respecto Escorza B.[20], refiere que "La educación comienza desde el instante en que el paciente ingresa al servicio. A partir de ese momento la enfermera puede comunicar e impartir educación informal simultáneamente. Con la educación se pueden aclarar dudas, creencias erróneas, temores a lo desconocido, etc. Al verbalizar sus emociones y dudas respecto al procedimiento, se podrá mejorar la compresión y minimizar el estrés y, por ende, el dolor y otras complicaciones".

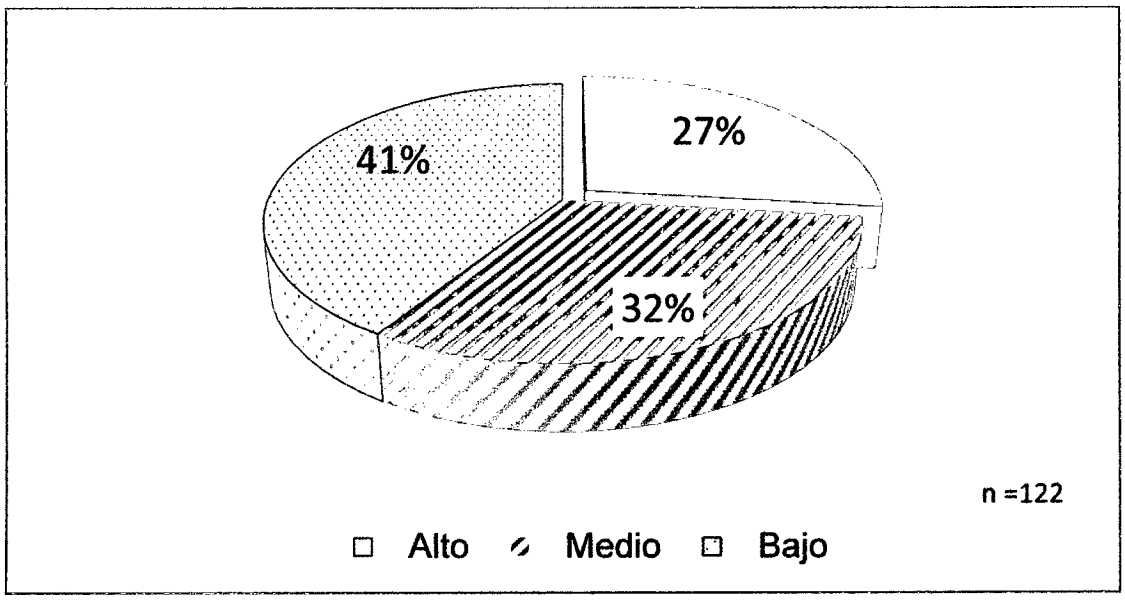


Figura 4. Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de los cuidados de la herida en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017.

Tabla 7. Nivel de conocimientos acerca de los cuidados post-operatorios de pacientes quirúrgicos, según dimensiones, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017

Conocimientos	Nivel							
	Alto		Medio		Bajo		TOTAL	
Dimensiones	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Efectos anestésicos	6	4.9	74	60.7	42	34.4	122	100
Medidas para el alivio del dolor	4	3.3	16	13.1	102	83.6	122	100
Restricciones en la alimentación	10	8.2	47	38.5	65	53.3	122	100
Cuidados de la herida	33	27.0	39	32.0	50	41.0	122	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes servicio de Cirugía, Hospital EsSalud, dic.2016 -enero 2017.

Medias: $\overline{X}$ nivel alto = 11 $\overline{X}$ nivel medio = 36 $\overline{X}$ nivel bajo = 53

En la tabla 7, figura 5 encontramos el consolidado de las cuatro dimensiones sobre el conocimiento acerca de los cuidados post-operatorios de pacientes quirúrgicos. Como se observa, el nivel de conocimientos es bajo principalmente en las dimensiones de medidas para el alivio del dolor y restricciones en la alimentación, siendo nivel medio los efectos anestésicos en un 60.7%. De otra parte, destaca el 27% de pacientes que lograron un nivel de conocimientos alto respecto a los cuidados de la herida operatoria; sin embargo no deja de preocupar que la diferencia de pacientes, tengan nivel de medio a bajo.

Como se evidencia en las cuatro dimensiones, se refleja la falta de participación del profesional de enfermería en la labor de enseñanza que debe cumplir, como ya se hizo mención en el análisis de las figuras anteriores, es claro que no sólo se ayuda a un paciente en la realización de las actividades de la vida cotidiana o en sus cuidados de salud cuando el paciente no es capaz de realizarlos debido a la enfermedad o al tratamiento, sino también cuando los pacientes no tienen los conocimientos necesarios o no tiene voluntad para realizarlos; por tanto, la necesidad de aprender es importante para conseguir que los pacientes posean la máxima independencia posible.(Escorza B.)[20].

Para Viñoles J.[22], la educación continua es uno de los parámetros para el control de calidad, la continuidad de la asistencia de enfermería a los pacientes deben mantener los mismos modelos de actuación en cuanto a seguridad y calidad en el domicilio sin los inconvenientes de mantenerse hospitalizados. Por eso recomienda que se debe vigilar y prevenir las complicaciones, por ende la recuperación post-quirúrgica debe ser rápida, segura y desprovista de efectos secundarios, siendo el profesional de enfermería quien debe trazarse medidas educativas y de soporte dirigidas al paciente.

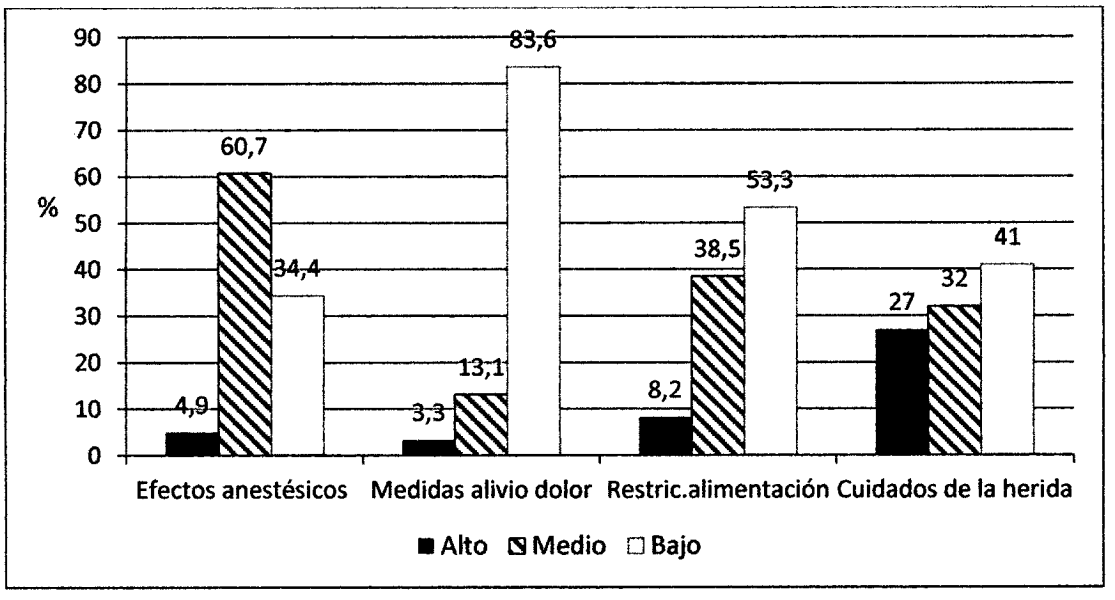


Figura 5. Nivel de conocimientos acerca de los cuidados post-operatorios de pacientes quirúrgicos, según dimensiones, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017

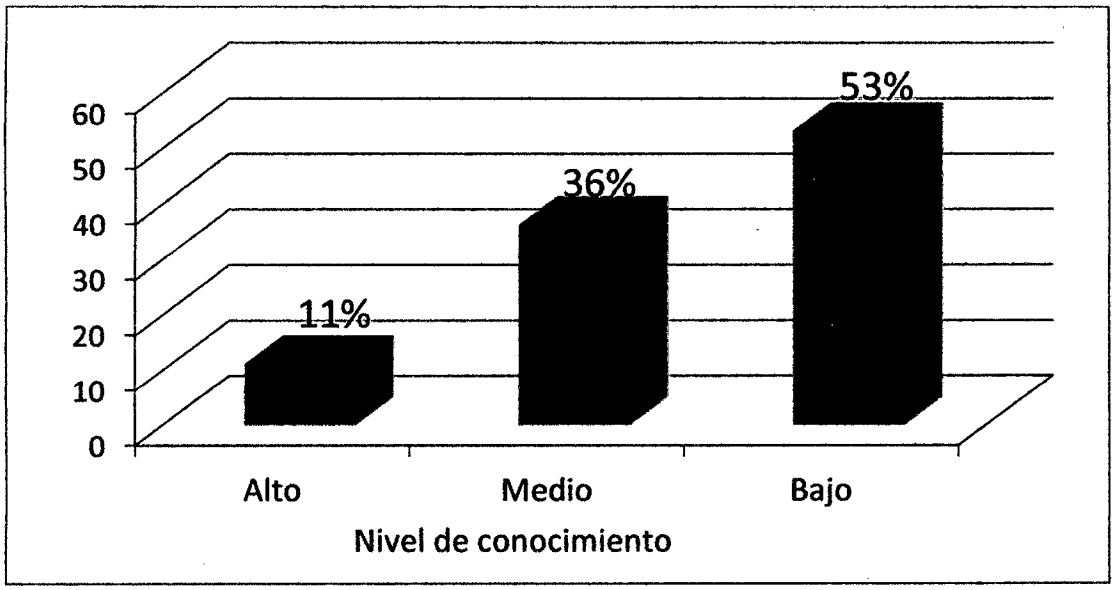


Figura 6. Nivel de conocimientos acerca de los cuidados post-operatorios de pacientes quirúrgicos, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017.

En la Figura 6, se presentan los resultados de manera global correspondiendo al objetivo general, para ello se estableció la media de los resultados de las cuatro dimensiones como se observa, encontrando que el 53% presentaron nivel de conocimientos bajo, seguido por el 36 % nivel medio y solo el 11 % nivel de conocimiento alto.

Al respecto, Calderón Y., Requejo O., Teodora D., Tam E.[8], al investigar en Lima: Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes, concluyeron que la intervención personalizada influyó significativamente en el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre las prácticas de autocuidado en el puerperio.

También Patiño E.G.[2] citando a Bastidas H. y Chumpillón M., afirma "Que las pacientes que reciben enseñanza impartida por la enfermera sobre el cuidado en el post-operatorio inmediato incrementan sus conocimientos", del mismo modo citando a Arenas A. y Contreras M. refiere "Que las madres que recibieron enseñanza educativa impartida por la enfermera sobre el autocuidado en el post-operatorio mediato, incrementaron sus conocimientos".

Incalla F., Zegarra V. T.[26] afirma que "el profesional de enfermería es quien asiste al paciente en la unidad de recuperación post-anestésica en el post-operatorio inmediato,

brinda cuidados con paciencia, comprensión y gran destreza, debe ser capaz de tomar juicios rápidos y adecuados haciendo uso de escalas de medición que evalúen el pre y post-operatorio, post-anestésico y dolor".

De otra parte, Guanche G. H.[1] señala enfáticamente que "cuando los profesionales de salud no tienen una actitud preventivista, exponen a sus pacientes a peligros potenciales, con lo cual violan el fundamento de la moralidad en el ejercicio médico que establece primum non nocere ('primero no hacer daño'), lo que es contrario a la razón ética fundamental de la medicina: promoción, recuperación y conservación de la salud.

Comprendiendo que éstas medidas van cimentadas en los sentimientos que despliegue el profesional de enfermería como concluye Salazar, M.[5], "a través de la interacción los sentimientos cumplen una función particular e individual. Se precisan en el equipo de enfermería atributos como la sensibilidad humana, que busca respetar al otro como ser humano que tiene sentimientos y sensibilidad, y que junto con la charla y el humor buscan el bienestar y tranquilidad del paciente para hacerlo sentir como en casa", pero además ha de tener en cuenta el nivel educativo de los pacientes como se observa en el anexo 7 – Tabla E, que a pesar que la gran mayoría tuvo grados de estudios de secundaria a superior, sin embargo no tuvo el nivel de conocimiento esperado, por eso es muy importante buscar espacios de empatía a través de la interacción enfermero (a)-paciente como lo explica Salazar M.[5]

De acuerdo a estos resultados, además, queda recomendar adoptar medidas correctivas para mejorar y proveer cuidados más integrales al paciente quirúrgico, toda vez que no solo el profesional de enfermería cumple funciones asistenciales, sino también administrativas, docencia e investigación, por lo que le corresponde cumplir sus funciones pese existan justificaciones como recarga laboral, ausencia de protocolos para los cuidados post-operatorios, así como falta de responsabilidad por parte del paciente para aprender a autocuidarse y no esperar recibir pasivamente los cuidados enfermeros.

Por lo tanto, respondiendo al problema general: ¿Cuál es el nivel de conocimientos acerca de los cuidados post-operatorios de pacientes quirúrgicos en el servicio de cirugía, Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2016?, se concluye que el nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos es bajo en mayor porcentaje (53%).

CONCLUSIONES

- Los pacientes quirúrgicos fueron en mayor porcentaje de sexo femenino y de 18 a 59 años de edad.

- Los diagnósticos médicos pero-peratorios de mayor frecuencia fueron: Cálculo vesicular, colecistitis y colelitiasis, seguido por las afecciones del aparato genital femenino y hernia inguinal.

- El nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de los efectos anestésicos en el post-operatorio fue medio.

- El nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de las medidas para el alivio del dolor en el post-operatorio fue bajo.

- El nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca del régimen de la alimentación en el post-operatorio fue bajo.

- El nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de los cuidados de la herida en el post-operatorio fue bajo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda las siguientes medidas:

1. A los profesionales de enfermería, cumplir con sus funciones de educar y enseñar en el servicio de cirugía al paciente quirúrgico y familia, sobre los cuidados post-operatorios y medidas de prevención de complicaciones, enfocadas principalmente en las medidas para el alivio del dolor, régimen de alimentación y cuidados de la herida, no olvidar que un paciente informado es un paciente que participa.

2. A los médicos cirujanos, implementar conjuntamente con los profesionales de enfermería los protocolos relacionados a los cuidados post-operatorios que permitan el mayor cumplimiento; así mismo involucrase en las actividades de enseñanza en el pre-quirúrgico como una de las estrategias de la educación en salud.

3. Al Director del Hospital II ESSALUD, programar visitas domiciliarias de seguimiento a los pacientes en el post-quirúrgico para reforzar las actividades de enseñanza impartidos por los profesionales de la salud, así evitar los reingresos de los pacientes por complicaciones relacionadas a la aplicación de medidas inadecuadas de los pacientes en el cuidado post-operatorio.

4. A los pacientes y familia que tomen conciencia de la responsabilidad en el cuidado y autocuidado de su salud, aprovechando todas las oportunidades de aprendizaje durante el periodo de hospitalización así lograr su pronta recuperación.

5. A la Universidad Nacional de Ucayali, Facultad Ciencias de la Salud, investigar sobre las formas más efectivas para lograr la participación del paciente quirúrgico y su familia en su autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Guanche G. H. Un análisis ético por la calidad de la atención médica quirúrgica. Hospital Docente Clinicoquirúrgico «Joaquín Albarrán», Cuba. Rev Cubana Cir 2007; 46 (3).
2. Patiño E.G. Nivel de conocimientos acerca de los cuidados postoperatorios de las pacientes adolescentes que serán cesareadas por primera vez en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2005, Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012.
3. Machado J., Quintero A., Mena F., Castaño C., López E., Marín D., Marulanda V. Mejía J. Evaluación del manejo del dolor postquirúrgico en pacientes adultos de una clínica de tercer nivel de Pereira Colombia. Investigaciones Andina. No. 25 Vol. 14 – 126
4. Fernández D, Gordo F, Real J, Méndez H, López S. Manejo de la analgesia postoperatoria en las primeras 24 horas en un Hospital de segundo nivel. Estudio observacional. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2006; 13:18–23
5. Salazar, M. Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Revista Cubana de Enfermería. 2012;28(4):495-508.
6. Quijano, S.C. Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2013. Tesis para optar el título de especialista en enfermería en centro quirúrgico. UNMSM. Lima, 2015.
7. Llatas J., Hurtado Y. y Frisancho O. (2012), investigaron en la ciudad de Lima: Coledocolitiasis en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2010-2011: Incidencia, Factores de Riesgo, Aspectos Diagnósticos y Terapéuticos.
8. Calderón Y., Requejo O., Teodora D., Tam E. Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes.
9. Espinoza M. Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.UNMSM.Lima.2003.
10. OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009.
11. Ayora M., Castilla C., Cuadrado R., Flores C. y Montilla F. Cuidados en el preoperatorio. Hospital Universitario "Reina Sofía". Abril, 2015.
12. Sánchez- Sánchez-Sánchez R., Pernía J., Calatrava J. Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería, disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bib VirtualData/Tesis /Salud/Camacho_M_M/t_completo.pdf.2005.
13. Chemes C. Enfermería quirúrgica. Tucumán-Argentina. Módulo I. 2008.

14. Begoña Z., Duran M. Manual de enfermería quirúrgica. Hospital de Galdakao.2005
15. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Cuidados postoperatorios en la unidad de hospitalización. Documentación de enfermería. CÓDIGO: PT-GEN-111. Madrid. 2012.
16. Junin Martha. Primer simposio virtual de dolor, medicina paliativa y avances en Farmacología del dolor. Rol de enfermería en cuidados paliativos. UBA. 2011
17. Barreto Barretto M.de Carvalho, Fernandes V., Vieira da Costa V., Saraiva R. Retención urinaria post-operatoria: evaluación de pacientes en tratamiento analgésico con opioides. Rev Latino-am Enfermagem 2007 março-abril; 15(2)
18. Bunge, Mario. "El Conocimiento Científico". Editorial Universo. 1975. 2da Edición pp. 200- 205.
19. Ecu-Red. El conocimiento – objeto del conocimiento – Fuentes del conocimiento. Ecuador, septiembre de 2016. 161 514 artículos
20. Escorza B. Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimiento del familiar sobre los cuidados postoperatorios en cirugía de catarata en el Instituto Nacional de Oftalmología. UNMSM.2015
21. Gil Reyes, N. Efectividad de un programa educativo de enfermería en el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes programados a trabeculectomía electiva en el instituto regional de oftalmología de Trujillo – 2013. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote.2015.
22. Viñoles J. Control de calidad postoperatoria en cirugía ambulatoria. Universitat de Valencia-España.2007
23. Jiménez M., Moore J., Quintero G., Lerma C. Nieto J. y Fajardo R. Guía para la prevención de la infección del sitio operatorio (ISO). http://ascolcirugia.org/guias cirugia/prevenciondelaiso.pdf 2009
24. Verona E., Reyes José. Cuidados de enfermería en el paciente con dolor. 2011. MedPal.Clinicas. http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/8501
25. Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin. Enfermería Centro Quirúrgico Unidad De Recuperación.2007.
26. Incalla F., Zegarra V. T. Conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor, en el servicio de recuperación del HNCASE Arequipa 2007. Hospital
27. Sánchez A., Del Río L., Méndez Y. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Área de Cirugía. Servicio de Nutrición. Costa Rica. 2011.
28. Organización Mundial de la Salud. Medicamentos Esenciales de la OMS. 2004

29. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Día mundial de la población. Lima – Perú. 2015
30. Sánchez P., Oriolo M., Ruiz-Calderón I., Sosa R., Humarán L. Hernia inguinal. Estudio de 2 años.Rev. Ciencias Médicas. abril 2005; 9(3)
31. Braun H., Rojas I., González F., Fernández M., Andrés J. Prolapso genital severo: consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. Rev. chil. obstet. ginecol. v.69 n.2 Santiago 2004.

ANEXOS

ANEXO Nº 1: Instrumento
UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA E INTERDISCIPLINARIA

CUESTIONARIO

Código:_____

I. INTRODUCCION

Buenos días señor (a): Somos Licenciados en Enfermería, egresados del Programa de Segunda Especialidad - Cuidados Quirúrgicos de la FCS – UNU. En esta oportunidad deseamos desarrollar un estudio sobre el nivel de conocimientos acerca de los cuidados posoperatorios que tienen los pacientes, con la finalidad de saber sobre los conocimientos que tienen antes de la intervención quirúrgica, solicitándole su colaboración al responder con sinceridad este cuestionario MARCANDO con X, la respuesta a cada pregunta. Los datos solo son con fines exclusivos de investigación. Se le agradece anticipadamente por su participación.

II. DATOS GENERALES:

A. EDAD: ..... De 18 a 59 años ( ) De 60 a más ( ) SEXO: M ( ) F ( )

B. ESTADO CIVIL: Casado (a) ( ) Conviviente ( ) Soltero(a) ( ) Viudo(a) ( )

C. GRADO DE INSTRUCCIÓN: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

D. PROCEDENCIA: Callería ( ) Yarinacocha ( ) Otros ( )

E. ORIENTACION RECIBIDA: SI ( ) NO ( )

En caso que sea SI, indicar quien informó: Médico ( ) Enfermera ( ) Tec. Enf. ( )

F. DIAGNOSTICO MEDICO DE INGRESO:

.....

G.DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO:

.....

III. INFORMACION ESPECÍFICA:

EFECTOS ANESTÉSICOS EN EL POST-OPERATORIO

3.1. ¿Sabe usted qué es el post-operatorio?

a) La preparación antes de una operación.
b) El momento de la operación.
c) Periodo después que la operación termina.

3.2. ¿Qué entiende usted por anestesia?

a) Un medicamento para los nervios.
b) Un medicamento que le adormecerá y reducirá los dolores.
c) Un medicamento más para la cesárea.

3.3. Sabe usted ¿Qué tipo de anestesia le van administrar para la intervención quirúrgica?

a) Epidural/raquídea
b) General
c) No sé

3.4. Cuando usted salga de sala de operaciones ¿debe hablar normalmente?

a) Si, porque no pasará nada.
b) Si, porque hay muchas preguntas que realizar.
c) No, porque se pueden acumular gases.

3.5. La dificultad para respirar en el post-operatorio puede deberse a:

a) La posición.
b) La nariz tupida, la boca y garganta seca por la anestesia.
c) El cansancio y los dolores.

3.6. Al salir de sala de operaciones usted se sentirá estar adormecida y el cuerpo pesado, esto es por:

a) Los efectos de la anestesia
b) El cansancio y los dolores
c) Porque no ha dormido

3.7. ¿Qué puede ocasionar en los miembros inferiores la anestesia epidural/raquidea?

a) Inmovilidad momentánea.
b) Inmovilidad total.
c) Ninguna.

3.8. ¿Qué puede ocasionar en su cuerpo la anestesia general?

a) Inmovilidad momentánea.
b) Inmovilidad total.
c) Ninguna.

3.9. ¿Por qué podría sentir usted escalofríos y temblores en el cuerpo?

a) Porque ha estado muy expuesta durante la operación.
b) Porque esta desabrigada.
c) Por efectos de la anestesia.

3.10. ¿Qué debe hacer si siente escalofríos y temblores?

a) Preocuparse porque no es normal sentir tanto frío.
b) Llorar y gritar.
c) Avisar a la enfermera.

3.11. ¿La anestesia tiene efectos en la eliminación de orina?

a) Si, causa dolor.
b) No
c) Si, causa dificultad para orinar

MEDIDAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR:

3.12. ¿Qué debe hacer usted si siente dolor?
a) Pedir un medicamento para el dolor.
b) Avisar a la enfermera.
c) Gritar.

3.13. Además de los medicamentos, ¿Sabe usted de otras medidas para aliviar el dolor?
a) Si
b) No
c) No recuerdo

3.14. De esta relación, mencione cuales son las medidas para aliviar el dolor.
a) Ejercicios respiratorios, técnicas de relajación
b) Aplicación de paños con agua helada sobre la herida
c) Control del estrés

3.15. Cree usted que también las siguientes medidas pueden aliviar su dolor?
a) Usando métodos de distracción: Lectura, ver TV., escuchar música, pasear, pintar
b) Posiciones cómodas al acostarse o al sentarse
c) Conversar con el ser querido que me alienta y da fortaleza

CUIDADOS SOBRE LAS RESTRICCIONES EN LA ALIMENTACION

3.16.¿Después de la operación usted puede beber agua normalmente?
a) Si porque tiene sed.
b) Si pero poquito.
c) No porque me producirá vómitos.

3.17.¿Después de la operación usted podrá tomar alimentos normalmente?
a) Si porque tendré apetito
b) Si pero comería un poco
c) No porque me producirá vómitos

3.18. Al segundo día de la operación, usted podrá iniciar con su alimentación como:
a) Dieta líquida solamente
b) Dieta líquida y blanda
c) Dieta completa (de todo)

3.19. Porque es importante una buena alimentación después de la operación?
a) Porque evitare una complicación
b) Porque durante la operación se pierde sangre y debemos recuperar la hemoglobina
c) Todas las anteriores

CUIDADOS DE LA HERIDA

3.20. ¿Qué debe hacer si la gasa de la herida operatoria esta manchada de sangre?
a) Retirarla
b) Avisar a la enfermera
c) Nada porque es normal

3.21. ¿Qué debe hacer para evitar se habrá la herida quirúrgica y tiene la necesidad de toser?
a) No toser
b) Toser pero sosteniendo con una toalla la zona de la herida quirúrgica
c) Pedir al médico que me recete un medicamento para evitar la tos

3.22. ¿Qué debe hacer para evitar la infección de la herida operatoria?
a) Lavarse las manos antes de curarse la herida
b) Cambiar la gasa diariamente
c) No tocar la herida.

3.23. ¿Cómo reconoce si su herida operatoria está infectada? (Signos de alarma)
a) Cuando está caliente y enrojecida y la gasa está húmeda
b) Cuando la herida arde y pica.
c) No lo sé

3.24. ¿Con qué debe curarse la herida operatoria?
a) Con agua oxigenada.
b) Con alcohol.
c) Solo es necesario el baño diario.

3.25. ¿Cree que es importante acudir a su control médico, después de la operación?
a) Si, porque es necesario saber sobre mi recuperación
b) No porque no deseo regresar
c) No lo sé

Encuestador: _____ FECHA:_____

ANEXO 2

TIPOS DE ANESTÉSICOS - EFECTOS

TIPOS DE ANESTÉSICOS	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	ACCIÓN/EFECTOS
Anestésicos generales y oxígeno: -Tiopental -Ketamina Agentes inhalados volátiles: -Éter - Halotano	Vía intravenosa	Se pueden administrar como agentes únicos para producir anestesia en procedimientos quirúrgicos de corta duración, pero con mayor frecuencia se usan sólo en la inducción. Efectos: elevación transitoria de la frecuencia cardíaca y la presión arterial con frecuencia, se han descrito arritmias; de manera ocasional, hipotensión y bradicardia
	Vía respiratoria En vaporizador en oxígeno o en oxígeno-óxido nitroso	Se deben administrar en la inducción cuando los agentes intravenosos están contraindicados y sobre todo cuando la intubación puede ser difícil. Efectos: arritmias; bradicardia; depresión respiratoria; alteración hepática.
Anestésicos locales: (o regional) -Bupicaina -Lidocaina	Anestesia Epidural	Se aplica en el espacio epidural. Consiste en la introducción de una aguja especial en el espacio epidural que hay entre dos vértebras de la región lumbar, que permite bloquear la conducción de los impulsos dolorosos que viajan por las raíces nerviosas. Efectos: algunas complicaciones ocasionales de la anestesia epidural son retención urinaria, incontinencia fecal, cefalea, dolor de espalda o pérdida de la sensación perineal.
	Anestesia Espinal Raquianestesia o intradural	Se introduce el anestésico dentro de la duramadre para conseguir un bloqueo sensitivo y motor de la zona inferior del cuerpo. El espacio intradural se localiza por la salida de líquido cefaloraquideo a través de la aguja. Se puede utilizar mucho en cirugía de abdomen y de extremidades inferiores.

Fuente: OMS. Medicamentos Esenciales de la OMS. 2004[28]

ANEXO 3

Tabla A. Calificación sobre conocimiento de los pacientes quirúrgicos acerca de los efectos anestésicos en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017.

Efectos anestésicos en el post-operatorio:	Calificación					
	Respuesta correcta		Respuesta Incorrecta		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ítems 3.1	55	45.1	67	54.9	122	100
Ítems 3.2	82	67.2	40	32.8	122	100
Ítems 3.3	44	36.1	78	63.9	122	100
Ítems 3.4	82	67.2	40	32.8	122	100
Ítems 3.5	70	57.4	52	42.6	122	100
Ítems 3.6	92	75.4	30	24.6	122	100
Ítems 3.7	89	73.0	33	27.0	122	100
Ítems 3.8	15	12.3	107	87.7	122	100
Ítems 3.9	75	61.5	47	38.5	122	100
Ítems 3.10	115	94.3	7	5.7	122	100
Ítems 3.11	32	26.2	90	73.8	122	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes servicio de Cirugía, Hospital Essalud, dic.2016 enero 2017.

Respuesta correcta	$\overline{X} = 68.3$	56%
Respuesta incorrecta	$\overline{X} = 53.7$	44%

ANEXO 4

Tabla B. Calificación sobre conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de las medidas para el alivio del dolor en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017.

Medidas para el alivio del dolor en el post-operatorio	Calificación					
	Respuesta correcta		Respuesta Incorrecta		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ítems 3.12	112	91.8	10	8.2	122	100
Ítems 3.13	19	15.6	103	84.4	122	100
Ítems 3.14	39	32.0	83	68.0	122	100
Ítems 3.15	25	20.5	97	79.5	122	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes servicio de Cirugía, Hospital Essalud, dic.2016 enero 2017.

Respuesta correcta	$\overline{X} = 49$	40%
Respuesta incorrecta	$\overline{X} = 73.3$	60%

ANEXO 5

Tabla C. Calificación sobre conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca del régimen de alimentación en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017.

Régimen de alimentación en el post-operatorio	Calificación					
	Respuesta correcta		Respuesta Incorrecta		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ítems 3.16	66	54.1	56	45.9	122	100
Ítems 3.17	55	45.1	67	54.9	122	100
Ítems 3.18	68	55.7	54	44.3	122	100
Ítems 3.19	46	37.7	76	62.3	122	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes servicio de Cirugía, Hospital Essalud, dic.2016 enero 2017.

Respuesta correcta	$\overline{X} = 58.8$	48%
Respuesta incorrecta	$\overline{X} = 63.2$	52%

ANEXO 6

Tabla D. Calificación sobre conocimientos de los pacientes quirúrgicos acerca de los cuidados de la herida en el post-operatorio, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017.

Cuidados de la herida en el postoperatorio	Calificación					
	Respuesta correcta		Respuesta Incorrecta		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ítems 3.20	112	91.8	10	8.2	122	100
Ítems 3.21	90	73.8	32	26.2	122	100
Ítems 3.22	48	39.3	74	60.7	122	100
Ítems 3.23	69	56.6	53	43.4	122	100
Ítems 3.24	27	22.1	95	77.9	122	100
Ítems 3.25	119	97.5	3	2.5	122	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes servicio de Cirugía, Hospital Essalud, dic.2016 enero 2017.

Respuesta correcta	$\overline{X} = 78$	64%
Respuesta incorrecta	$\overline{X} = 44.5$	36%

ANEXO 7

Tabla E. Nivel de conocimientos de los pacientes quirúrgicos, según grado de instrucción, Servicio de Cirugía Hospital II ESSALUD, Pucallpa 2017.

Grado de instrucción	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
Nivel de conocimiento	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	1	0.8	2	1.6	10	8.2	13	10.7
Medio	2	1.6	12	9.8	30	24.6	44	36.1
Bajo	4	3.3	18	14.8	43	35.2	65	53.3
Total	7	5.7	32	26.2	83	68.0	122	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes servicio de Cirugía, Hospital Essalud, diciembre 2016 -enero 2017