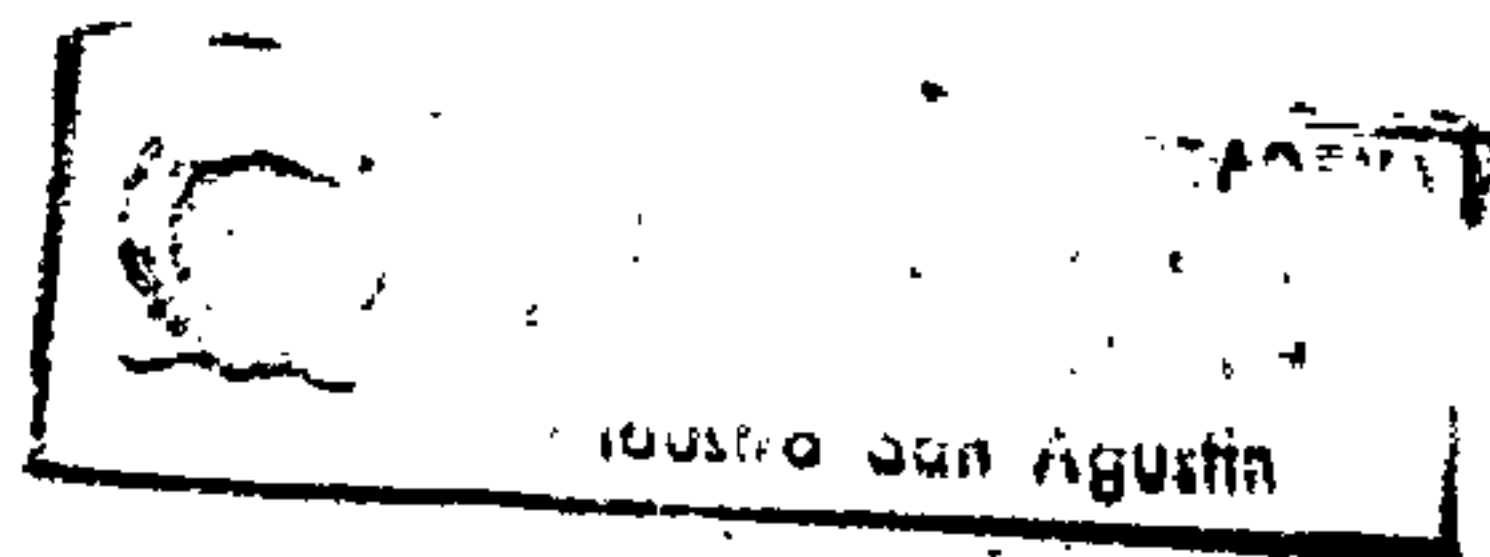


B. S.
TR61023677
6643

1

**Directrices de Atención Especializada de
Enfermería a Pacientes Adultos Sometidos
a Cirugía General Ambulatoria**

Rosario González de Cuesta



SCI B
00028927

**Cartagena
Universidad de Cartagena
Facultad de Enfermería
1993**

**DIRECTRICES DE ATENCION ESPECIALIZADA DE ENFERMERIA
A PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A
CIRUGIA GENERAL AMBULATORIA**

ROSARIO GONZALEZ DE CUESTA

Trabajo de grado presentado
como requisito parcial para
optar el título de
**Especialista en Médico -
Quirúrgica.**

Director : Nury Torres García
Enfermera M/S en Investigación
y Tecnología Educativa.

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA**

Cartagena, 1993

Nota de Aceptación :

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos

A la licenciada de enfermería Vivian López Verhlest,
especialista en Médico - Quirúrgica, por su valiosa asesoría y
orientación en la elaboración del proyecto de investigación.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron
en la realización del presente estudio.

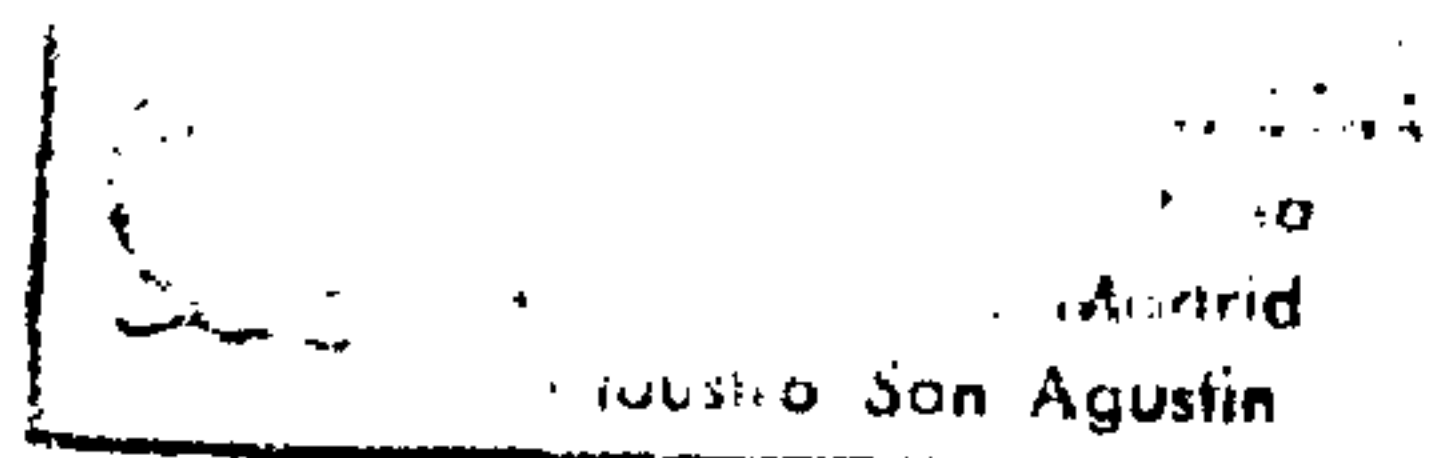


TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	1
METODOLOGIA	5
MARCO CONCEPTUAL	7
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS	14
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS	38

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Conocimientos de los dos grupos de pacientes adultos sometidos a cirugía general ambulatoria. H. U. de C., 1993	15
Tabla 2. Aplicabilidad de las directrices en los dos grupos de pacientes adultos de pacientes adultos que requieren cirugía general ambulatoria. H. U. de C., 1993	21
Tabla 3. Cobertura satisfacción de demanda en pacientes adultos sometidos a cirugía general ambulatoria. H. U. de C., 1993	27
Tabla 4. Complicaciones presentadas en el Trans y Post-operatorio de los dos grupos de pacientes adultos sometidos a cirugía general ambulatoria. H. U. de C., 1993	29
Tabla 5. Implicaciones de los factores intervinientes en función de las cirugías programadas en el desarrollo del estudio. H. U. de C., 1993	31

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
Anexo 1. Directrices de atención especializada de enfermería a pacientes adultos sometidos a cirugía general ambulatoria.	38
• Entrevista	39
• Historia clínica de enfermería	41
• Hojas de exámenes pre-quirúrgicos	42
• Plan guía de cuidados pre-quirúrgicos	43
• Plan de enseñanza al paciente adulto de cirugía general ambulatoria	44
• Plan de cuidados en el hogar	46
• Ficha de transferencia	47
Anexo 2. Evaluación Pre y Post quirúrgica del cirujano	48
Anexo 3. Evaluación Pre y Post quirúrgica del anesthesiólogo	49
Anexo 4. Lista de chequeo No. 1	50
Anexo 5. Lista de chequeo No. 2	51
Anexo 6. Lista de chequeo No. 3	52
Anexo 7. Lista de chequeo No. 4	53

RESUMEN

Para la enfermera es inquietante observar como día a día es menor la cobertura de cirugías ambulatorias entre los pacientes adultos, siendo numerosa la demanda de cirugías lo que tiene como consecuencias: aumento en los costos para el paciente y la institución y retardo en la solución del problema quirúrgico del paciente.

Teniendo en cuenta que la cirugía general ambulatoria es una cirugía de entrada por salida, que no requiere estancia hospitalaria y que por lo tanto significa menores costos para el paciente igualmente para la institución, no se justifica que por falta de orientación y preparación, la mayoría de la veces, los pacientes vean suspendidas sus cirugías, sin contar con los factores institucionales que puedan ocasionar suspensión de cirugías.

El objetivo del presente estudio fué establecer directrices de atención especializada de enfermería que permita ofrecer una orientación y preparación del paciente adulto, que va a ser sometido a cirugía general ambulatoria produciendo beneficio

—
Hospital San Agustín

tanto para el paciente, quien verá resuelto en poco tiempo y de la mejor manera su problema quirúrgico, como para la institución, aumentando la cobertura, disminuyendo la demanda, reduciendo los costos.

Para lograrse el objetivo trazado se planteó como hipótesis de trabajo la siguiente : La implementación de directrices especializadas de enfermería en pacientes adultos de cirugía general ambulatoria será la mejor estrategia para aumentar la cobertura de la intervenciones quirúrgicas, satisfacer la demanda, permitir una pronta integración a la familia y comunidad y reducir costos al paciente e institución.

El estudio tuvo un enfoque cuasi-experimental, donde se trabajó con pacientes adultos que iban a ser sometidos a cirugía general ambulatoria en el Hospital Universitario de Cartagena (HUC); se conformaron dos grupos de estudio: uno se denominó Experimental, que recibió tratamiento (X), y posteriormente se le midió el efecto (Y), o sea: se le aplicaron las directrices y luego se comprobó si la orientación pre-quirúrgica influía en la cobertura y demanda de pacientes que iban a ser sometidos a cirugía general ambulatoria. El otro grupo se denominó Control a quien no se le aplicó tratamiento, pero se le observó como influía el no contar con orientación pre-quirúrgica en la cobertura y demanda de pacientes que iban a ser sometidos a cirugía general ambulatoria.

El experimento consistió en poner a prueba las directrices; la población la constituyeron los pacientes adultos que fueron programados para cirugía general ambulatoria durante los meses de Junio y Julio de 1993.

Se trabajó con una muestra de pacientes que representó el 66.6% del total de 72 pacientes programados, con quienes se conformaron los dos grupos de trabajo, cada uno con 24 pacientes.

Para la recolección de los datos se utilizaron como instrumentos: entrevista, para valorar conocimientos del paciente sobre su cirugía y lista de chequeo para observación sistematizada de diferentes situaciones.

La recolección de la información que permitió la aceptación o rechazo de la hipótesis propuesta se hizo durante el período comprendido entre Junio y Julio de 1993 según programado.

Los resultados obtenidos se tabularon manualmente, la información se presentó en tablas y los datos se sometieron en su mayoría a prueba de comparaciones pareadas, utilizando T de Students demostrándose lo siguiente:

- El porcentaje de conocimientos teóricos es mayor en los pacientes a quienes se les aplicaron las directrices de

atención especializada de enfermería (87.8%) que la de los pacientes a quienes no se les aplicó dichas directrices (34.7%).

- El porcentaje de propósitos cumplidos sí, es mayor en los pacientes a quienes se les aplicaron las directrices especializadas de enfermería (100%), que el de los pacientes a quienes no se les aplicó (28.6%).
- La cobertura y satisfacción de la demanda fue positiva en el 66.6% y negativa en el 33.3% debido a factores intervinientes en el total cumplimiento de las cirugías programadas.
- El porcentaje de satisfacción en los pacientes a quienes se les aplicó las directrices fue el 100%, mientras que a los pacientes que no se les aplicó fue del 83.4%.

Estos resultados indicaron la aceptación de la hipótesis propuesta y ofrecen una alternativa para que la enfermera a través de la creación de directrices de atención especializada de enfermería permita a los pacientes que van a ser sometidos a cirugía general ambulatoria una orientación y preparación acorde a su cirugía, además de los beneficios que representa para los pacientes y la Institución el contar con conocimientos apropiados para cada situación quirúrgica.

SUMARY

To the nurse it is disturbing, to observe day by day, how deminish the covering of minor surgeries among adult patients, the petition of surgeries is increasing and as result, increase the charges for the patient and for the institution and a late solution of patient surgery problem.

Keeping in mind that minor general surgery is an entry to exit surgery, it is not needed hospital staying and it means less charges to the patient and to the institution, it is not fair that for a lack of information and organization most of times, patients surgeries are interrupted, without including the institutionals factors that result for the interruption or surgeries.

The objective of present study was to stablsh commands, of specialized atention of nursery that allow to offer information and preparation of adult patient who is going to minor general surgery whit benefits for patient, who will have solved in a short period of time and in the best way his surgery problem for the institution, increasing covering, deminishing petition reducing charges.


Clausiro San Agustín

To get the general objective it was planned as hypothesis of work the following: "Planning of specialized commands of nursery in adult patient of minor general surgery, will be the best strategy to increase the covering of surgery interventions, to satisfy petition, to allow a soon family integration and community integration, to reduce charges to patient and to the institution".

The study had a cuasi-experimental focus, we worked with adult patients who were going to be taken to minor general surgery at the University Hospital of Cartagena; it was conformed two study groups: one was called "Experimental" it got "x" treatment, and afterwards efect "y" was measured, what it means that the commands were applied and shortly after it was proved if presurgical orientation influence covering, and petition of patients who suffered minor general surgery. The other group was called "Control" it got no treatment, but it was observed how influence the fact of not to have pre-surgical orientation in the covering and patient petition who were going to have a minor general surgery.

The experiment consisted in proving the commands, the population was constituted by adult patients, who were programed for minor general surgery, during the months of June and July in 1993.

We worked with a sample of patient that represented 66.6% of the whole of 72 programed patients, who constituted two groups of working with 24 patients each.

To-collect data we use as instruments: interviews to measure patient knowledge on his surgery and checking list to observe systematized different situations.

The collection of information that permitted acceptance or rejection of hypothesis offered was made during June and July in 1993 as planned.

The results were tabulated manually, the information was showed in tables and data had a pair comparation test using Student "T" as follows:

- Percentage of theoretical knowledge is higher in patients to whom were applied the commands of specialized attention of nursery (87.8%), than patients who did not get the commands (34.7%).
- Percentage of porpouses done, is higher in patients who got the commands of specialized attention of nursery (100%) than patient who did not get the commands (28.6%).

Covering and satisfaction of petition was positive in 66.6%, and negative in 33.3% because of the whole factors of programed surgeries.

- Percentage of satisfaction in patient who got the commands was 100% patients who did not get the commands was 83.4%.

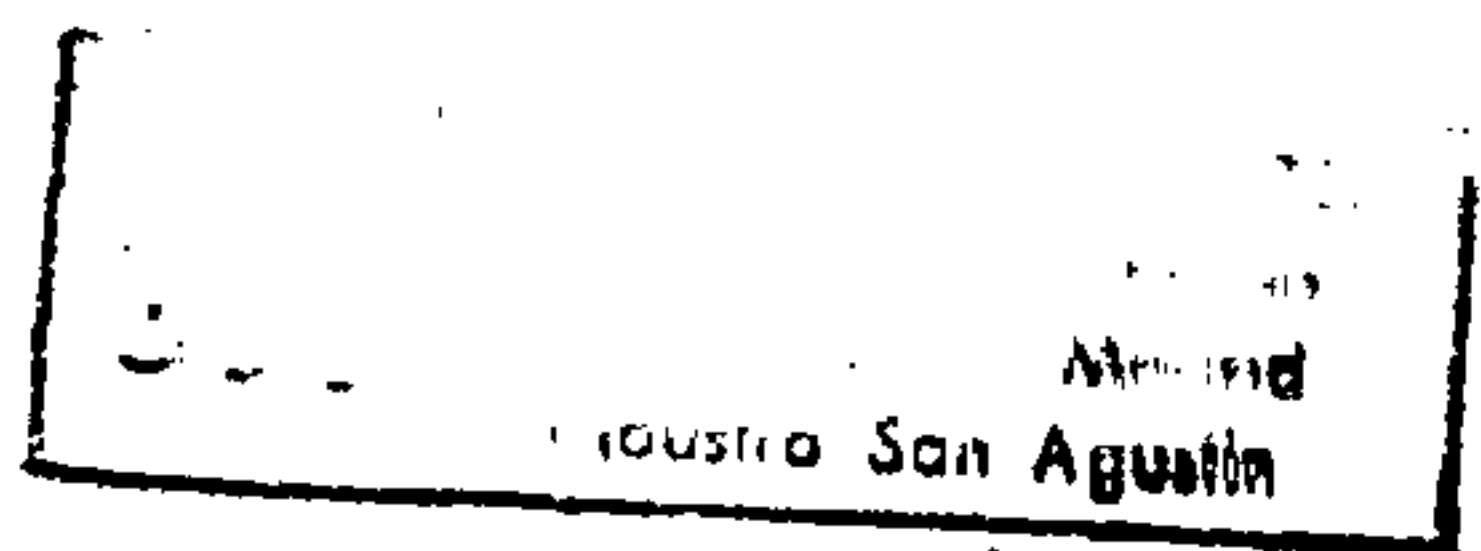
Results indicated acceptance of hypothesis offered and give an alternative to the nurse, through creation of commands of specialized attention of nursery, allow patients who are going to have a minor general surgery, an information and preparation adequate to surgery, and benefits for patients and for the institution, to have proper knowledge for each surgical situation.

1. INTRODUCCION

En el quehacer de sus actividades diarias la enfermera observa, analiza y se cuestiona acerca de situaciones que van surgiendo ante sus ojos que le inquietan, preocupan y la motivan a investigar y proponer soluciones para mejorar la calidad de atención que se ofrece a la comunidad. Es así como la enfermera observa que con frecuencia los pacientes que van a ser sometidos a cirugía general ambulatoria, en su mayoría, sus cirugías son aplazadas debido a la carencia o poca orientación acerca de su cirugía, medidas pre y post quirúrgicas y preparación, lo que trae como consecuencia tanto para el paciente, como para la institución: aumento de los costos, disminución en la cobertura de intervenciones quirúrgicas e insatisfacción en la demanda.

Esta situación motivó a la enfermera a investigar que pautas hay establecidas en la institución para el paciente adulto que va a ser sometido a cirugía general ambulatoria.

Para el desarrollo de la investigación se tomó como sitio de referencia la consulta externa en el segundo piso, y



quirófanos y recuperación del tercer piso, del Hospital Universitario de Cartagena (HUC); para el manejo de estos pacientes se cuenta con un equipo interdisciplinario, conformado por: cirujanos, residentes de cirugía general, anestesiólogos y residentes de anestesia, trabajadora social, enfermera de consulta externa y enfermeras de cirugía y recuperación, quienes tienen cada uno asignado una serie de actividades cuyo objetivo es el paciente adulto que va a ser sometido a cirugía general ambulatoria.

Sin embargo revisando lo que existe en el HUC, se encuentra que hay un programa de cirugía general ambulatoria y un equipo para que maneje el programa; pero este equipo no está organizado quizás debido a que nadie coordina su organización, o tal vez a que no ha habido disposición por parte del personal médico y de enfermería para organizar un sistema de cirugía general ambulatoria.

Teniendo en cuenta la experiencia de enfermería se tomó a la enfermera especialista como líder y eje de las actividades asistenciales y académicas en el manejo del programa de cirugía general ambulatoria y se logró el objetivo general que fue crear y establecer directrices de atención especializada de enfermería para el manejo del paciente adulto quirúrgico sometido a cirugía general ambulatoria.

Estas directrices establecidas fueron (Ver Anexo 1):

- Entrevista pre-quirúrgica
- Evaluación pre-operatoria
- Historia clínica de enfermería
- Plan de cuidados para pacientes y familia
- Plan de coordinación con enfermera de consulta externa

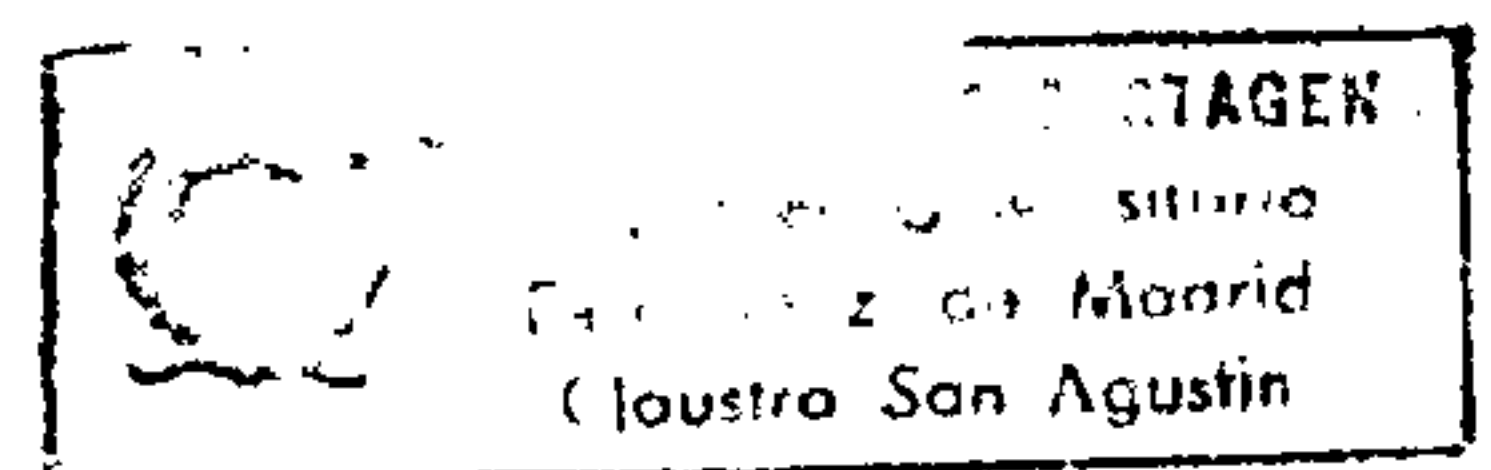
Para el logro del objetivo se realizó un estudio cuasi-experimental, donde se trabajó con pacientes entre los 15 y 50 años que requirieron cirugía general ambulatoria en el HUC, durante los meses de Junio y Julio de 1993. Se conformaron dos grupos de estudio, cada uno de 24 pacientes: Uno denominado **Experimental**, que recibió el tratamiento: aplicación de directrices que orientaron la atención especializada de enfermería y a quienes posteriormente se les midió el efecto del tratamiento; otro denominado **Control**: a quien no se le aplicó el tratamiento, pero se observó la atención que recibió al requerir de cirugía general ambulatoria.

Como hipótesis de trabajo se tuvo: La implementación de directrices de atención especializada de enfermería para el manejo de pacientes adultos de cirugía general ambulatoria, aumenta la cobertura de las intervenciones quirúrgicas, satisface la demanda, permite pronta integración del paciente a la familia y comunidad y reduce costos al paciente e Institución.

Las directrices de atención especializada de enfermería fué la variable independiente y el aumento en la cobertura de las intervenciones quirúrgicas, satisfacción de la demanda, pronta integración del paciente a la familia y comunidad y reducción de costos al paciente e institución fueron las variables dependientes.

Además se tuvo en cuenta como variables intervinientes: problemas internos de la Institución, tipo de cirugía y condiciones individuales de cada paciente, complicaciones quirúrgicas y post-quirúrgicas e incumplimientos en las citas.

El experimento consistió en poner a prueba las directrices. Para la recolección de datos se utilizarón entrevista y listas de chequeo. Los resultados obtenidos se tabularon manualmente, la información se presentó en tablas y los datos se sometieron en su mayoría a prueba de comparaciones pareadas utilizando T de Students, con lo cual se demostró que: las directrices de atención especializada de enfermería son la mejor alternativa para el manejo del paciente adulto que va a ser sometido a cirugía general ambulatoria, por que le ofrece orientación y preparación acorde a la intervención quirúrgica, además de reducir costos para el paciente y la institución.



2. METODOLOGIA

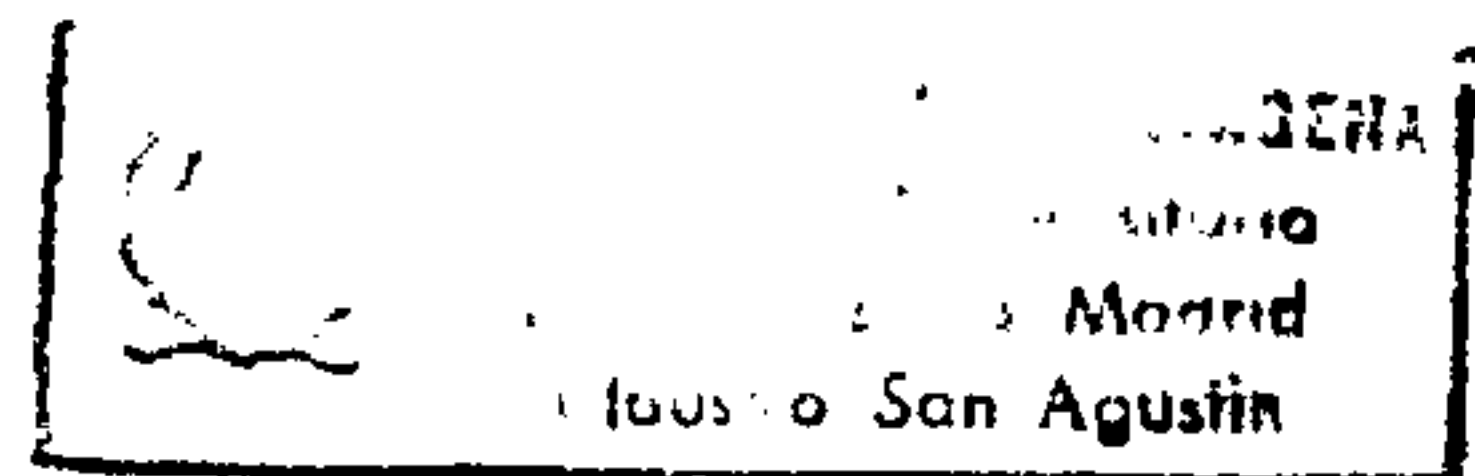
En el presente trabajo se realizó un estudio cuasi-experimental, donde la población la constituyeron todos los pacientes adultos de 15 a 50 años que requirieron cirugía general ambulatoria durante los meses de Junio y Julio de 1.993. El número de pacientes programados durante este tiempo fué de 72, de los cuales solo a 48 (66.6%) se les realizó la cirugía, lo que constituyó la muestra. Se conformaron dos grupos de estudios, cada uno de 24 pacientes, denominados: Experimental, que recibió tratamiento, aplicación de directrices y a quienes posteriormente se les midió el efecto del tratamiento; el otro, Control, a quien no se le aplicó tratamiento, pero se observó la atención que recibió al requerir de cirugía genaral ambulatoria.

Para la aplicación del tratamiento al grupo Experimental se le realizó : Entrevista pre-quirúrgica, Evaluación preoperatoria, Historia clínica de enfermería, Plan de cuidados pre y post quirúrgicos, durante el mes de Junio de 1993.

Al grupo Control, se realizó: Entrevista y demás instrumentos durante el mes de Julio de 1993.

Se aplicaron cuatro listas de chequeo a ambos grupos para establecer los beneficios que producía la creación de las directrices de atención especializada de enfermería en los pacientes que requerían cirugía general ambulatoria.

Los resultados se tabularon manualmente, la información se presentó en tablas, los datos se sometieron a pruebas de comparaciones pareadas utilizando T de Students con el fin de demostrar las diferencias de los resultados estadísticamente entre los dos grupos de estudio.



3. MARCO CONCEPTUAL

Teniendo en cuenta la importancia de la Enfermera Especialista dentro del equipo de salud en lo referente al manejo de pacientes adultos sometidos a cirugía general ambulatoria, se considera necesario crear directrices de atención especializada de Enfermería que permitan ofrecer un patrón quirúrgico integral que garantice un servicio de alta calidad, con beneficios para el paciente e institución, y a su vez la profesional de Enfermería identifique las pautas a seguir en el manejo de estos pacientes.

La cirugía ambulatoria se le denomina de muchas formas:

Cirugía sin estancia nocturna, cirugía de entrada por salida, cirugía de un día. Cualquiera que sea su nombre se trata de un tipo de cirugía sin complicaciones.

La cirugía ambulatoria es segura, siempre y cuando se observen las normas, las cuales se regirán por los siguientes criterios: Cada uno de los miembros del equipo quirúrgico da su aporte así: El cirujano que programe sus casos, es responsable de que sus pacientes programados reúnan los

criterios establecidos por el comité de cuidado quirúrgico ambulatorio. Los procedimientos quirúrgicos deben estar en la lista de los aprobados por el comité como seguros para efectuarse en pacientes no hospitalizados y que requieren no más de 8 horas para recuperarse, y dentro de los niveles I y II de la nueva clasificación quirúrgica de 4 niveles, según complejidad, establecido por Velez y González. Ejemplo: Nivel I, es una biopsia de mama; nivel II, es una herniorrafia; nivel III, una gastrectomía subtotal y nivel IV, una revascularización del corazón.

El anestesiólogo sólo acepta pacientes que estén en estado físico de clase I y II (Clase I: pacientes relativamente sanos, con padecimientos localizados. Clase II: pacientes que padecen una enfermedad sistémica bien controlada) de la clasificación realizada por la American Society of Anesthesiologists.

Las pruebas de laboratorio deben estar dentro de los límites aceptables y ser efectuados dentro de las 72 horas anteriores al procedimiento programado, por el laboratorio del hospital o por otro laboratorio acreditado.

La enfermera quirúrgica profesional cubre fases del cuidado pre-operatorio y post-operatorio que contribuyen a la continuidad y al enfoque de la asistencia total del paciente.

La instrucción pre-operatoria, responsabilidad principal de la enfermera, puede iniciar tan pronto como se hayan obtenido los datos básicos y el paciente sepa que se tiene que operar. Los aspectos básicos de la instrucción abarcan ansiedad, aclaramiento de refuerzos de la comprensión del paciente acerca de la operación y la anestesia, y esperanzas pre y post operatorias.

La Enfermera profesional comparte una experiencia especial con el paciente en el momento de gran tensión y necesidad.

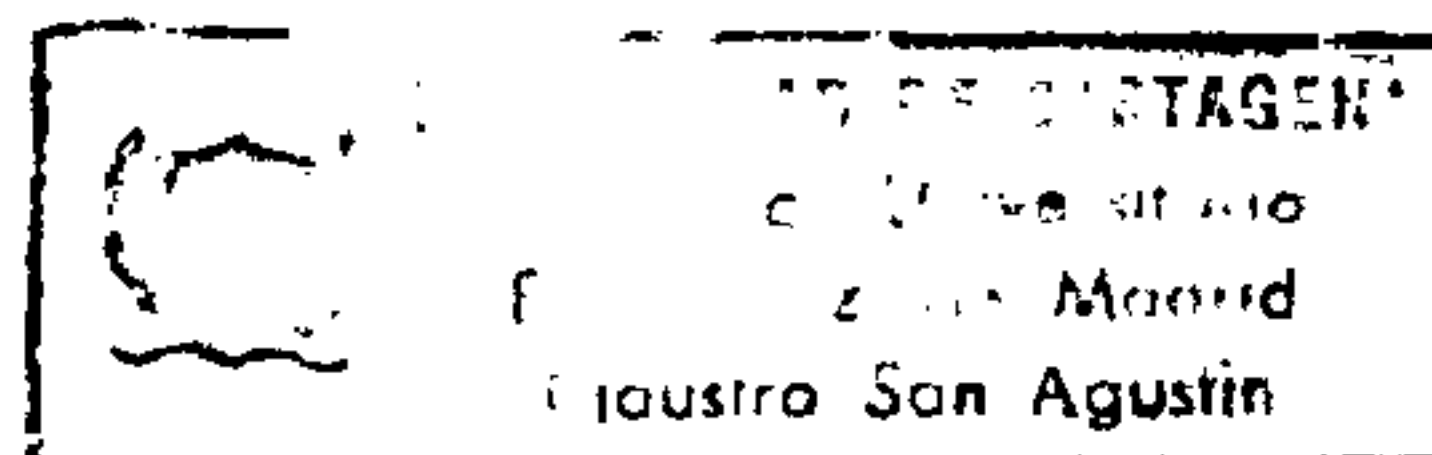
Su relación incluye sentimientos, actitudes y enfoque relacionado con el comportamiento; deben tener un sentido humano. El primer objetivo de la enfermera es promover y establecer una relación terapéutica significativa en forma tal que pueda administrarse una atención individualizada. No es tan importante el tiempo que la enfermera ocupa con el paciente sino la calidad de asociación afectiva, requiere un interés en la personalidad del paciente como de la enfermera.

Hay diversos miembros del personal que pueden participar en el proceso de instrucción del paciente: enfermeras, cirujano, anestesiólogo, personal residente; por lo tanto es esencial que las actividades estén coordinadas y que la información sea semejante, para prevenir información conflictiva y que el paciente se vea abrumado por el número de personas que estan tratando de explicarle las cosas.

La enfermera preguntará al paciente si tiene alguna duda, y responderá todo lo que refuerce las instrucciones ofrecidas previamente, en vez de repetirlas; y explicará al paciente en forma clara y sencilla la preparación higiénica corporal y de piel en el área a intervenir (rasurado); se le explicará la importancia de realizarse las pruebas diagnósticas ordenadas por el cirujano o anestesiólogo; se les notifica la hora, día y lugar donde deben presentarse el día de la intervención quirúrgica y además se les recalcará que deben acudir con un familiar o acompañante.

Con la entrevista pre-quirúrgica se valora el estado fisiológico, psicológico y socio-cultural del paciente; se aumenta la efectividad, eficiencia y seguridad de la asistencia proporcionada dentro del quirófano; ayuda al paciente y los miembros de la familia a dominar la ansiedad; complementa los papeles de los miembros del personal en la preparación del paciente para cirugía reforzando en esa forma las relaciones interdisciplinarias y mejorando la asistencia al paciente; proporciona medios por los cuales las enfermeras quirúrgicas pueden ampliar su papel y conocimiento propio, aumentando así su propio potencial.

El día de la intervención se recibe al paciente en el área de recuperación y se viste con ropa adecuada (gorro - bata - polainas) para ingresar al quirófano; se revisa la preparación



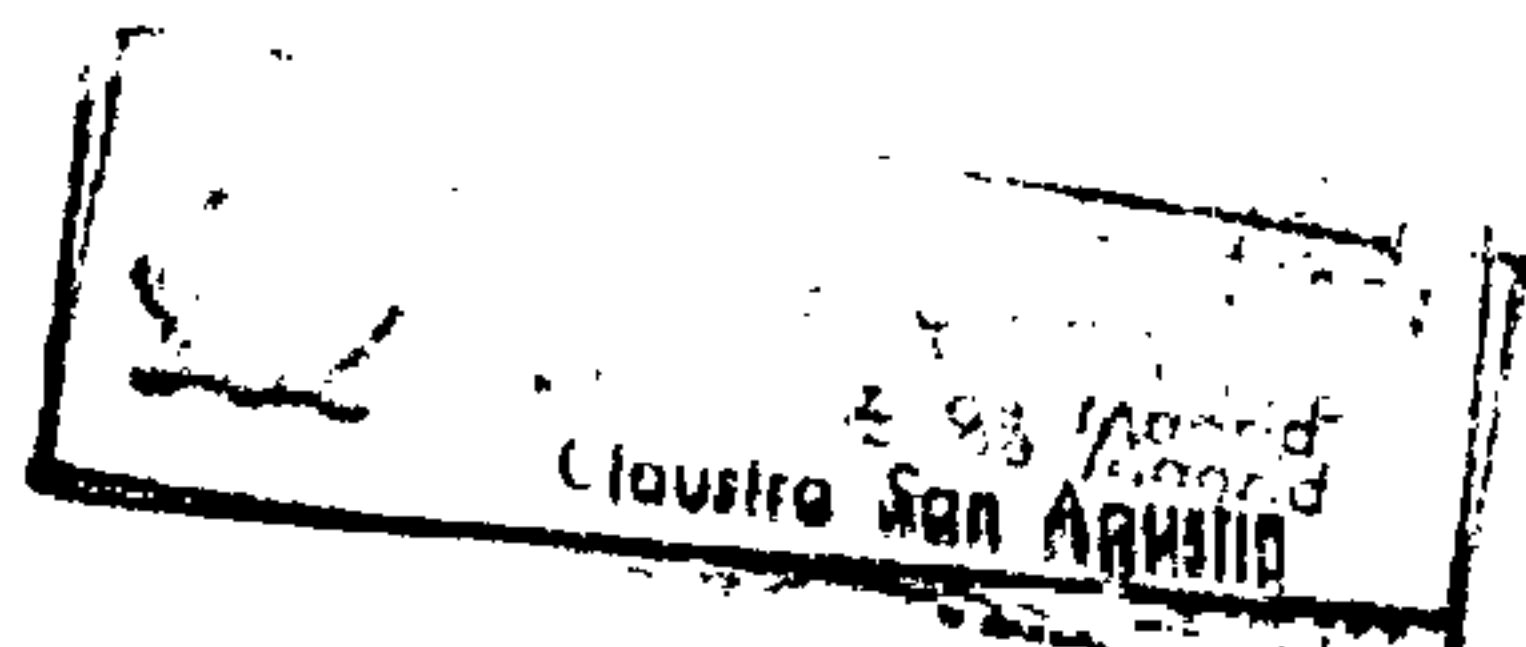
de la piel, de la cual debe haberse eliminado el pelo para hacer mínima la contaminación de la herida quirúrgica; se revisa el expediente del paciente para verificar si están incluidos los resultados de las pruebas diagnósticas; se verifica en el paciente los siguientes aspectos:

- a) Grado de ansiedad reducido e instrucción pre-quirúrgica reforzada.
- b) Se retiran dentadura, otras prótesis y artículos de joyería, si los tiene.
- c) Se elimina cosméticos y barniz de uñas, para permitir una verificación adecuada del color y perfusión de los tejidos.
- d) Los artículos de valor se le entregan al familiar o acompañante.
- e) Se toman los signos vitales y se notifica al cirujano y anestesiólogo la aparición de signos indeseables o falta de datos en el expediente.
- f) El paciente debe orinar, vaciar la vejiga para prevenir la incontinencia durante el acto quirúrgico.
- g) Se elevarán los barandales de la camilla para garantizar seguridad en el paciente.
- h) La enfermera hará una nota de enfermería que indique el estado general del paciente y acompañará éste al quirófano.

Después de la operación el paciente es transferido de la mesa de operaciones a la camilla y se transporta a la sala de recuperación, llega acompañado del anesthesiólogo o la enfermera anestesista y la enfermera circulante. La enfermera de la sala de recuperación, debe decir al paciente que ha terminado la operación, llamarlo por su nombre y ayudarlo a orientarse e iniciar de inmediato las valoraciones basales. Entre las prioridades estan valoración y asistencia de las vías respiratorias, la respiración, el estado circulatorio, el grado de conocimiento, el sitio operado y la seguridad. Una vez valoradas estas necesidades inmediatas la enfermera debe recibir informe del cirujano y anesthesiólogo.

La información pertinente está constituida por estado del paciente: tipo, detalles y observaciones de la operación, posibles complicaciones durante la intervención que podrían afectar la evaluación post-operatoria, una vez recibido el informe, se efectuan observaciones frecuentes, hasta que el paciente esté estable.

Una vez recuperado el paciente, la enfermera le dará enseñanza a él y a su familiar, sobre posibles molestias que se le pueden presentar en el hogar, como corregir las posibles complicaciones de acuerdo al tipo de cirugía, que cuidados debe tener y la importancia de continuar su control en el cumplimiento de la próxima cita a la entidad, si se le



presentara una complicación mayor, debe acudir al hospital para tomar las medidas pertinentes.

Las medidas terapéuticas y las intervenciones han sido eficaces si se obtienen los siguientes resultados: los signos vitales son estables y el paciente está alerta y orientado; tiene las vías respiratorias permeables, tose y respira profundamente, de manera adecuada; la circulación es suficiente a juzgar por la presencia de pulso y la característica del mismo; el color y temperatura de la piel, se conserva hidratación. La herida está limpia y el apósito se encuentra seco e intacto. El dolor es mínimo o se ha aliviado. Se conserva la seguridad ambiental. La ambulación es eficaz. Hay ausencia de signos de stress o estos son mínimos (paciente y sus familiares). El paciente y sus familiares demuestran verbalmente conocer el régimen terapéutico y los cuidados a seguir en el hogar.

Debido a que la atención que se brinda al paciente adulto de cirugía general ambulatoria es un plan integral dado por: cirujano, anestesiólogo y enfermera, se amplian los conceptos evaluativos del paciente, por parte del cirujano y anestesiólogo, en los anexos # 2 y 3 respectivamente.

4. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

La recolección de la información que permitió la aceptación o rechazo de la hipótesis se hizo durante el periodo comprendido entre los meses de Junio y Julio de 1993, según lo programado.

Los datos se recolectaron a través de la aplicación de una entrevista a los grupos: Experimental y de Control, para hacer una evaluación comparativa de los conocimientos de los pacientes ante el procedimiento quirúrgico a que iban a ser sometidos; listas de chequeo para observación sistematizada de la proporción de: Aplicabilidad de las directrices, Cobertura y satisfacción de la demanda, Complicaciones presentadas en el trans y post operatorio en los pacientes adultos sometidos a cirugía general ambulatoria e implicaciones de los factores intervinientes en el desarrollo del estudio.

Los resultados obtenidos se tabularon manualmente, la información se presentó en tablas, los datos se sometieron a pruebas de comparaciones pareadas, utilizando T de Students.

TABLA 1.

CONOCIMIENTOS DE LOS DOS GRUPOS DE PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A
CIRUGIA GENERAL AMBULATORIA - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA : 1993

INDICADORES	Grupo Experimental ‡				Grupo Control ‡			
	C		D		C		D	
	No	%	No	%	No	%	No	%
1. Sabe ud. que cirugía se le va a realizar ?	18	75.0	6	25.0	10	41.6	14	58.3
2. Como se llama su cirugía ?	18	75.0	6	25.0	10	41.6	14	58.3
3. Que le van a hacer ?	20	83.3	4	16.6	6	25.0	18	75.0
4. Cuanto tiempo demora su cirugía ?	20	83.3	4	16.6	5	20.8	19	79.1
5. Que actividades cree ud. deba realizar para prepararse para su cirugía ?	21	87.5	3	12.5	6	25.0	18	75.0
6. Desde cuando debe iniciar estas actividades ?	21	87.5	3	12.5	6	25.0	18	75.0
7. Sabe ud. que va recibir anestesia ?	24	100.0	0	0	15	62.5	9	37.5
8. Como cree ud. que sea recibir anestesia ?	18	75.0	6	25.0	5	20.8	19	79.1
9. A que hora debe presentarse a su cirugía ?	24	100.0	0	0	10	41.6	14	58.3
10. Que debe traer para su cirugía ?	24	100.0	0	0	10	41.6	14	58.3
11. Cuanto tiempo cree ud. que deba permanecer en recuperación ?	20	83.3	4	16.6	4	16.6	20	83.3
12. Al regresar a su casa que debe hacer ?	20	83.3	4	16.6	10	41.6	14	58.3
13. Como debe manejar su herida quirúrgica ?	20	83.3	4	16.6	8	33.3	16	66.6
14. Donde debe ir a retirarse los puntos ?	24	100.0	0	0	10	41.6	14	58.3
15. A los cuantos días de operado, cree ud. puede reintegrarse a sus labores diarias ?	24	100.0	0	0	10	41.6	14	58.3
T O T A L	316	87.8	44	12.2	125	34.7	235	65.3

‡ 24 Pacientes C : Conoce D : Desconoce

En la Tabla 1. se presentaron los resultados obtenidos por medio de la entrevista aplicada al grupo Control y Experimental, luego de ser aplicado el tratamiento.

(Ver Anexo 1 - Entrevista)

Conoce, cuando las respuestas eran totalmente correctas de acuerdo al patrón elaborado.

Desconoce, cuando las respuestas no estaban acorde con el patrón elaborado, o no se daba respuesta.

El número de respuestas dadas **Conoce** por el grupo experimental fué de 316, lo que corresponde al 87.8% de las respuestas; el número de respuestas dadas **Desconoce** por el mismo grupo fué de 44, lo que corresponde al 12.2% de las respuestas. Estos resultados indicaron un mayor porcentaje de conocimientos.

El número de respuestas dadas **Conoce** por el grupo Control fué de 125, lo que corresponde al 34.7% de las respuestas, y el número de respuestas dadas **Desconoce** fue de 235, lo que corresponde al 65.3% de las respuestas. Estos resultados indicaron un mayor porcentaje de desconocimiento.

Para comparar estos resultados y observar la diferencia, el análisis estadístico se fundamentó en una prueba de comparaciones pareadas, utilizando T de Students para muestras independientes.

Significación Estadística

Se estableció una hipótesis de nulidad (H_0), la cual indica que $P_1 = P_2$, o sea que no existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos por el grupo Experimental y los resultados obtenidos por el grupo Control; y una hipótesis alternativa (H_a), la cual afirma que $P_1 > P_2$, o sea que los conocimientos de los pacientes adultos que van a ser sometidos a cirugía general ambulatoria, después de aplicarseles las directrices de atención especializada de enfermería son mayores en proporción, comparados con los conocimientos con que cuentan los pacientes a quienes no se les aplicaron estas directrices, esto se representa así:

$$H_0 = P_1 = P_2$$

$$H_a = P_1 > P_2$$

Determinación del valor de T :

Esquematizándose el contenido de la Tabla 1. obtenemos :

GRUPO	CRITERIOS		TOTAL
	CONOCE	DESCONOCE	
EXPERIMENTAL	87.8% (P_1)	12.2% (q_1)	100 %
CONTROL	34.7% (P_2)	65.3% (q_2)	100 %

En donde :

P_1 : Proporción muestra experimental Conoce

q_1 : Proporción muestra experimental Desconoce

P_2 : Proporción muestra control Conoce

q_2 : Proporción muestra control Desconoce

N_1 : Tamaño de la muestra experimental

N_2 : Tamaño de la muestra control

Se determina el valor de T por medio de la siguiente fórmula :

$$T = \frac{\frac{P_1 - P_2}{\frac{P_1 q_1}{N_1} + \frac{P_2 q_2}{N_2}}}{\frac{0.878 - 0.347}{\frac{0.878 * 0.122}{24} + \frac{0.347 * 0.653}{24}}} = \frac{0.531}{0.0139043} =$$

$$T = 38.18$$

Determinación del Valor Crítico de la Tabla

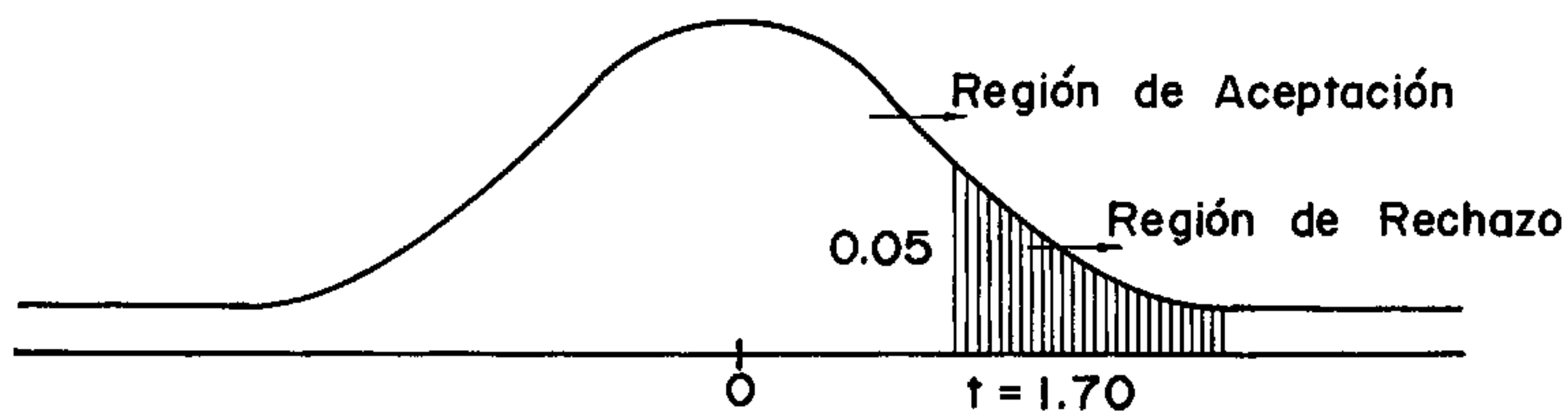
Se determina el grado de libertad (gl) según :

$$gl = N_1 + N_2 - 2 \quad \text{--->} \quad gl = 24 + 24 - 2 = 46$$

Siendo de 46 se utilizó como nivel de significación 5% o sea :

$$= 0.05 \text{ ó } 5\% \text{ y } T \text{ según tabla es : } T = 1.70$$

Esto se observó por una prueba unilateral de extremo derecho, que se representa en la siguiente figura



Decisión Estadística :

Como el valor de T mediante fórmula es mayor ($>$) que el valor crítico de la tabla ($T = 1.7$), es decir $P_1 > P_2$ ($38.18 > 1.7$) se debe rechazar la hipótesis de nulidad (H_0) y aceptar la hipótesis alternativa (H_a).

La proporción de conocimientos teóricos es mayor en el grupo experimental a quien se le aplicó las directrices de atención especializada de enfermería que la proporción de conocimientos del grupo Control, quienes no tuvieron igual oportunidad.

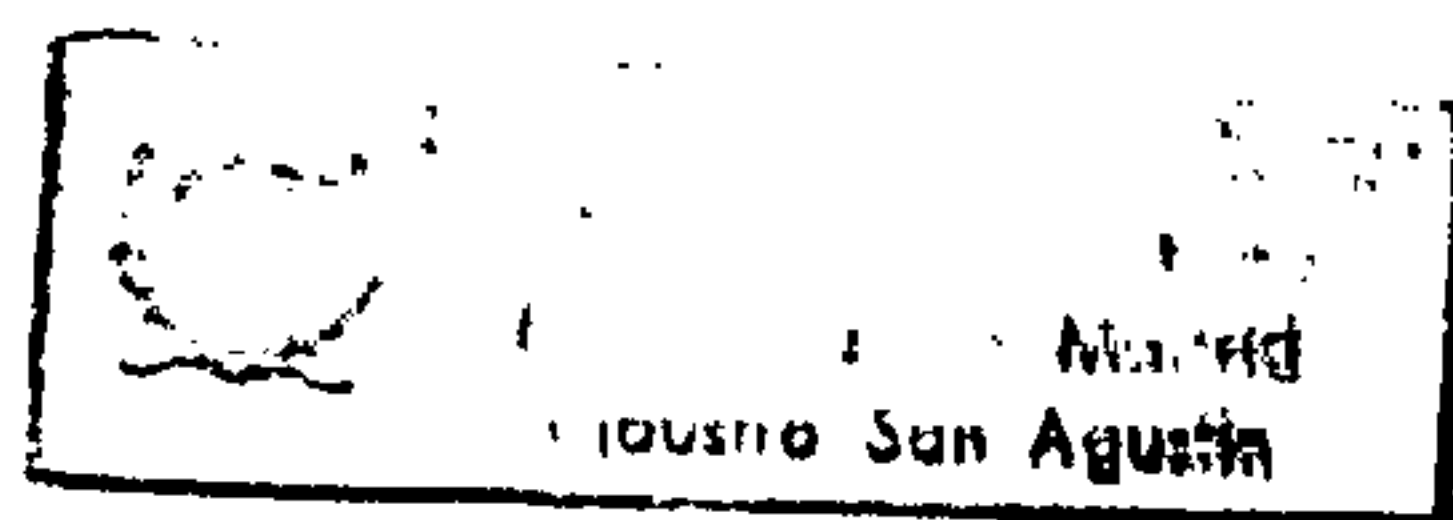


TABLA 2.

APLICABILIDAD DE LAS DIRECTRICES EN LOS DOS GRUPOS DE PACIENTES ADULTOS QUE
REQUIRIERON CIRUGIA GENERAL AMBULATORIA - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA : 1993

INDICADORES	Grupo Experimental				Grupo Control			
	SI		NO		SI		NO	
	No	%	No	%	No	%	No	%
1. Se le realiza la entrevista	24	100.	0	0	24	100.	0	0
2. Se le realiza historia clinica de enfermeria	24	100.	0	0	0	0	24	100.
3. Se evaluan los exámenes de laboratorio pre-quirúrgico	24	100.	0	0	24	100.	0	0
4. Se le elabora plan de cuidados pre-quirúrgicos	24	100.	0	0	0	0	24	100.
5. Se le elabora plan de enseñanza según cirugía	24	100.	0	0	0	0	24	100.
6. Recibe charlas de orientación sobre el procedimiento quirúrgico	24	100.	0	0	0	0	24	100.
7. Se le elabora plan de cuidados post-quirúrgicos para el hogar	24	100.	0	0	0	0	24	100.
T O T A L	168	100.	0	0	48	28.6	120	71.4

En la Tabla 2. se presentaron los resultados obtenidos por observación sistematizada por lista de chequeo aplicada al grupo Experimental y al grupo de Control, conformado por 24 pacientes cada grupo (Ver Anexo 4), quienes fueron sometidos a cirugía general ambulatoria.

Si, para cuando se cumplía con el proposito de acuerdo al patrón elaborado y se da en número de pacientes que se les aplicó el tratamiento y su porcentaje.

No, para cuando no se cumplía con el proposito de acuerdo al patrón elaborado y se da en número de pacientes a quienes no se les aplicó el tratamiento y su porcentaje.

El número de propósitos cumplidos Si por el grupo Experimental fué de 168, lo que corresponde al 100% de estos; el número de propósitos cumplidos No por el mismo grupo fué de cero, lo que corresponde al 0%. Estos resultados indican una total aplicabilidad de las directrices de atención especializada de enfermería a pacientes adultos sometidos a cirugía general ambulatoria.

El número de propósitos cumplidos Si por el grupo Control fué de 48, lo que corresponde al 28.6% de ellos; y el número de propósitos cumplidos No por el mismo grupo fué de 120, lo que corresponde al 71.4% de los propósitos. Estos resultados

indican un mayor porcentaje de propósitos cumplidos No, al no aplicarse las directrices de atención especializada de enfermería.

Para comparar estos resultados y observar la diferencia, el análisis estadístico se fundamentó en una prueba de comparaciones, utilizando T de Students para muestras independientes.

Significación Estadística :

Se estableció una hipótesis de nulidad (H_0), lo cual indica que $P_1 = P_2$, o sea, que no existe diferencia significativa entre los pacientes a quienes se les aplica las directrices de atención especializada de enfermería (Grupo Experimental) y los pacientes a quienes no se les aplica estas directrices (Grupo Control); y una hipótesis alternativa (H_a), la cual afirma que $P_1 > P_2$, o sea, que los propósitos cumplidos Si son mayores en el grupo Experimental a quien se les aplicó las directrices que en el grupo de Control a quienes no se les aplicó, lo cual se representa así :

$$H_0 = P_1 = P_2$$

$$H_a = P_1 > P_2$$

Determinación del Valor de T :

Esquematizándose el contenido de la Tabla 2. obtenemos :

GRUPO	CRITERIOS		TOTAL
	SI	NO	
EXPERIMENTAL	100.0% (P_1)	0.0% (q_1)	100%
CONTROL	28.6% (P_2)	71.4% (q_2)	100%

En donde :

P_1 : Proporción muestra experimental Si

q_1 : Proporción muestra experimental No

P_2 : Proporción muestra control Si

q_2 : Proporción muestra control No

N_1 : Tamaño de la muestra experimental

N_2 : Tamaño de la muestra control

Se determinó el valor de T por medio de la siguiente fórmula :

$$T = \frac{\frac{P_1 - P_2}{\frac{P_1 q_1}{N_1} + \frac{P_2 q_2}{N_2}}}{\frac{1.0 - 0.286}{24} + \frac{0.286 * 0.714}{24}} = \frac{0.714}{0.0085085} =$$

$$T = 83.91$$

Determinación del Valor Crítico de la Tabla

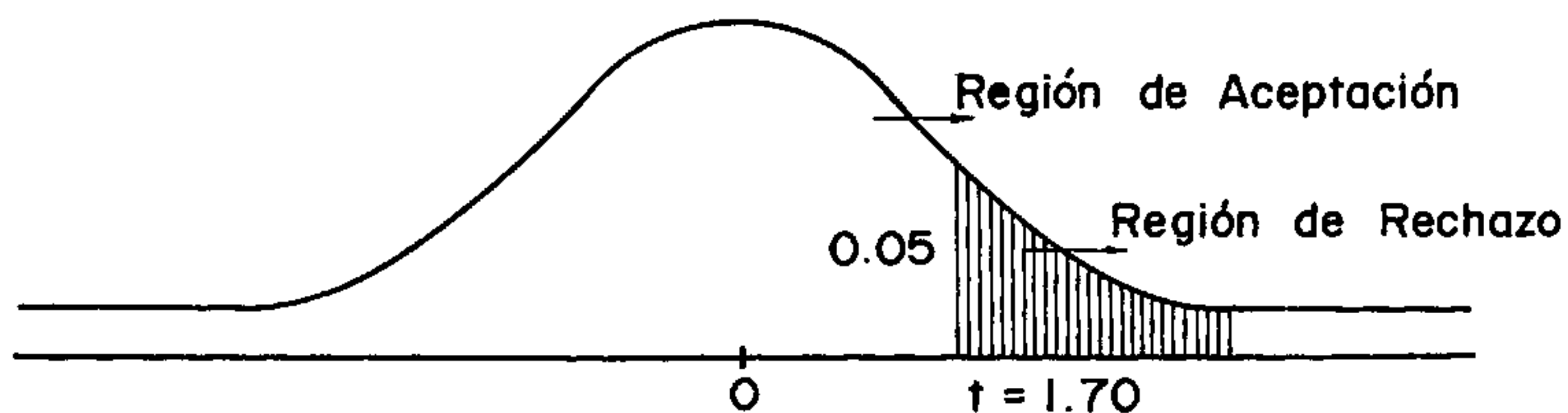
Se determina el grado de libertad (gl) según :

$$gl = N_1 + N_2 - 2 \quad \longrightarrow \quad gl = 24 + 24 - 2 = 46$$

Siendo de 46 se utilizó como nivel de significación 5% o sea :

$$= 0.05 \text{ ó } 5\% \text{ y } T \text{ según tabla es : } T = 1.70$$

Esto se observó por una prueba unilateral de extremo derecho, que se representa en la siguiente figura :



Decisión Estadística :

Como el valor de T mediante fórmula es mayor ($>$) que el valor crítico de la tabla ($T = 1.70$), es decir $P_1 > P_2$ ($83.91 > 1.70$) se debe rechazar la hipótesis de nulidad (H_0) y aceptar la hipótesis alternativa (H_a).

La proporción de propósitos cumplidos Si es mayor en los pacientes a quienes se les aplica las directrices de atención especializada de enfermería, que la de aquellos a quienes no se les aplica.

TABLA 3.

COBERTURA Y SATISFACCION DE LA DEMANDA EN PACIENTES ADULTOS
SOMETIDOS A CIRUGIA GENERAL AMBULATORIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA - 1993

INDICADORES	SI		NO	
	No	%	No	%
1. Cirugias Programadas	72	100.	0	0
2. Cirugias Realizadas	48	66.6	24	33.3
3. Pacientes dados de Alta inmediatamente	46	95.8	2	4.2
4. Pacientes hospitalizados por complicación quirúrgica o post quirúrgica	2	4.2	46	95.8
T O T A L	168	66.7	72	33.3

En la Tabla 3. se presentan los resultados obtenidos por observación sistematizada por lista de chequeo aplicada a todos los pacientes adultos programados para cirugía general ambulatoria durante los meses de Junio y Julio de 1993 (Ver Anexo 5). Fueron 72 cirugías programadas en total.

La cobertura y satisfacción de la demanda fue positiva en el 66.6% y negativa en el 33.3% debido a factores que intervinieron en el total cumplimiento de las cirugías programadas. (Ver Tabla 4)

De este 66.6% de cirugías realizadas, que corresponde a 48 cirugías, el 95.8% fueron dados de alta de inmediato sin complicaciones post quirúrgicas; mientras que el 4.2% (correspondiente a 2 pacientes) debieron ser hospitalizados por complicaciones post-quirúrgicas (Ver Tabla 4).

Estos resultados nos indican que sin tener en cuenta las implicaciones ajenas a las actividades cotidianas de una institución, como el Hospital Universitario de Cartagena, se puedan presentar e influir como factores intervinientes en un momento dado, el buen manejo y orientación de los pacientes hacia el procedimiento que se le va a realizar a través de directrices especializadas de enfermería, permite una mayor cobertura y satisfacción tanto para el paciente como para la institución.

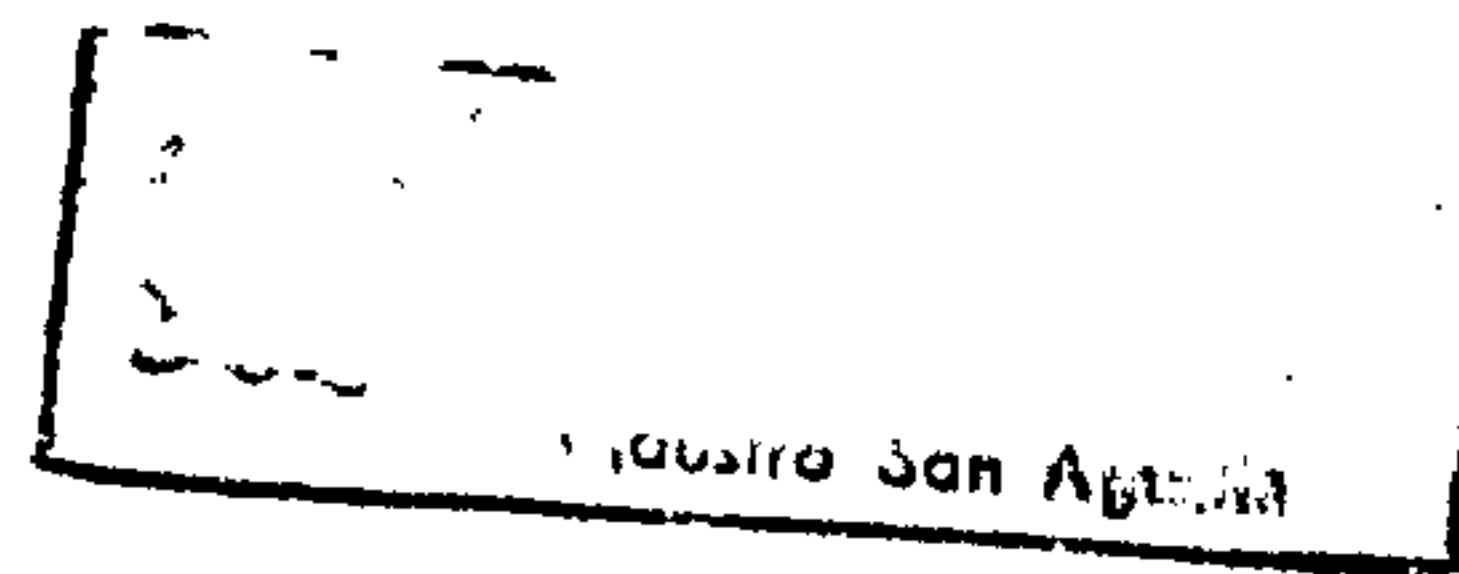


TABLA 4.

COMPLICACIONES PRESENTADAS EN EL TRANS Y POST OPERATORIO DE LOS DOS GRUPOS DE PACIENTES
 SOMETIDOS A CIRUGIA GENERAL AMBULATORIA - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA : 1993

INDICADORES	Grupo Experimental		Grupo Control	
	SI		NO	
	No	%	No	%
1. Complicaciones Trans-operatorias	0	0	24	100.
- Anestésicas				
- Quirúrgicas				
Total			24	100.
2. Complicaciones Post-operatorias	0	0	24	100.
- Respiratorias				
- Cardiacas				
- Circulatorias				
- Gastricas				
- Otras				
Total			24	100.

La Tabla 4. muestra las complicaciones presentadas en el trans y post operatorio de los pacientes adultos sometidos a cirugía general ambulatoria, estos resultados fueron obtenidos por observación sistematizada, por lista de chequeo (Ver Anexo 6), la cual por igual se le aplicó al grupo Experimental y al de Control.

Los resultados obtenidos indican que la aplicación de las directrices en el grupo Experimental permite una satisfacción del 100% en estos pacientes; mientras que en el grupo de Control donde no se aplicó directrices hubo un 8.4% de complicaciones en el Trans-operatorio y un 8.4% de complicaciones en el post-operatorio, debido a no contar con una historia clínica completa; no presentando complicaciones el 91.6%.

TABLA 5.

IMPLICACIONES DE LOS FACTORES INTERVINIENTES EN FUNCION DE LAS
CIRUGIAS PROGRAMADAS EN EL DESARROLLO DEL ESTUDIO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARTAGENA - 1993

INDICADORES	CRITERIOS	No	%
No. de cirugías programadas		72	100.
Factores que impiden llevar a cabo las Cirugías Programadas :			
- No aparece historia clínica		2	2.8
- Falta de energía o agua		3	4.1
- Deficiencia de ropa		4	5.5
- Incumplimiento en cita		2	2.8
- Disminución de horas quirúrgicas		8	11.2
- Inadecuada preparación quirúrgica		4	5.5
- Otros		1	1.4
T O T A L		24	33.3

La Tabla 5. muestra los resultados obtenidos de valorar proporcionalmente los factores que impiden llevar a cabo las cirugías mensualmente.

De 72 cirugías programadas durante los meses de Junio y Julio de 1993, no se realizaron 24, que corresponde al 33.3%, por diferentes causas (Ver Anexo 7)

El mayor porcentaje correspondió a la disminución de horas quirúrgicas, 11.2%, seguido por deficiencia de ropa e inadecuada preparación quirúrgica de los pacientes, 5.5% cada uno; falta de energía y/o agua 4.1%; no aparición de historia clínica e incumplimiento de la cita quirúrgica 2.8% cada uno y finalmente un 1.4% correspondió a otras causas no especificadas en la lista de chequeo.

Estos resultados indicaron que aparte del desconocimiento que puedan tener los pacientes de todo lo concerniente a su cirugía, existen numerosos factores que impiden se cumpla la programación quirúrgica en su totalidad.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo con el objetivo trazado: crear y establecer directrices de atención especializada de enfermería para el manejo del paciente adulto quirúrgico sometido a cirugía general ambulatoria, se logro dar solución al problema planteado, demostrándose la hipótesis.

Esto es corroborado por los resultados satisfactorios obtenidos con los pacientes del grupo experimental, a quienes se les manejó con las directrices de atención especializada de enfermería y se logró:

La proporción de conocimientos teóricos sobre la intervención quirúrgica es mayor (87.8%) en los pacientes del grupo Experimental a quienes se les aplicó las directrices, que la proporción de conocimientos (34.7%) del grupo Control, quienes no tuvieron igual oportunidad.

La proporción de propósitos cumplidos es mayor (100%) en los pacientes a quienes se les aplicó las directrices que la de aquellos que no se les aplicó (28.6%).

Realizar entrevista pre-quirúrgica, donde hubo oportunidad de observar el comportamiento del paciente y entablar relación con él antes de brindarle asistencia.

Hacer evaluación pre-operatoria de acuerdo a la intervención quirúrgica a efectuar.

Elaborar historia clínica de enfermería determinándose riesgos quirúrgicos y anestésicos, para elaborar plan de cuidados específicos.

Brindar enseñanza al paciente y familia, sobre: Procedimiento a realizar, Cuidados pre y post quirúrgicos, consulta postquirúrgica.

Manejo del paciente adulto quirúrgico con un patrón quirúrgico integral, aumentándose la cobertura de intervenciones quirúrgicas y satisfacción de la demanda, y no presentándose riesgos de complicaciones trans y post quirúrgicas.

Teniendo en cuenta la experiencia de enfermería y los resultados satisfactorios obtenidos, se considera que contando con la enfermera especialista como líder y eje de las actividades asistenciales y académicas en el manejo del programa de cirugía ambulatoria, se obtendrán beneficios para

el paciente, institución y profesión de enfermería, ya que se identifican las pautas a seguir en el manejo del paciente quirúrgico ambulatorio y se proporcionan medios por los cuales las enfermeras quirúrgicas pueden ampliar su papel y conocimiento propio, aumentándose así su propio potencial.

Finalmente y basándonos en los resultados obtenidos se recomienda:

- De la misma manera que existe una consulta evaluativa pre-quirúrgica por parte del cirujano y anestesiólogo, debe existir una consulta prequirúrgica de enfermería.
- Los patrones de evaluación pre-quirúrgica deben ser integral conformando un equipo interdisciplinario, para brindar la asistencia al paciente adulto de cirugía general ambulatoria
- Programas específicos de atención especializada de enfermería al paciente adulto de bajo riesgo.
- Para el cumplimiento a cabalidad de las directrices de atención especializada de enfermería al paciente adulto que requiere cirugía general ambulatoria es imprescindible, que estas sean aplicadas por la enfermera especialista.
- Continuar con la aplicación de las directrices de atención especializada de enfermería al paciente adulto quirúrgico, en el Hospital Universitario de Cartagena.

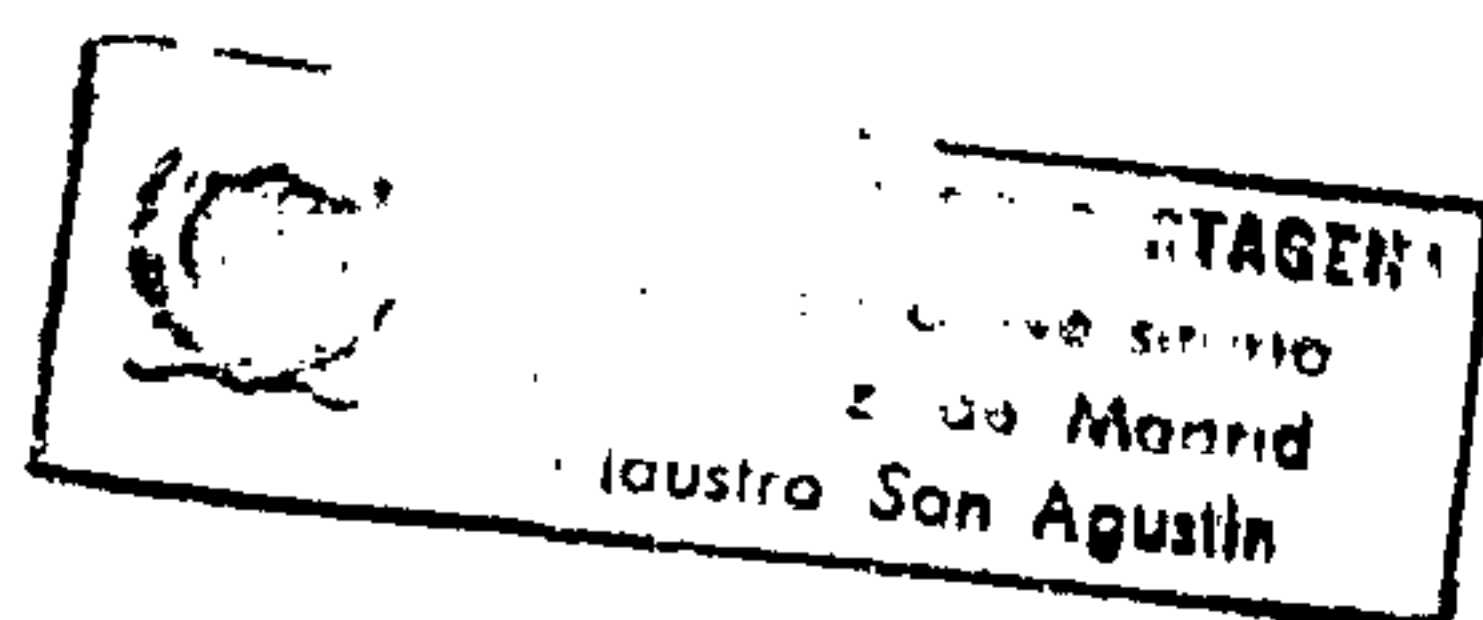
- Implementar estas directrices de atención especializada de enfermería en otras instituciones.

- Continuar esta línea de investigación con el fin de perfeccionar las directrices.

BIBLIOGRAFIA

1. ATKINSON, Lucy Jo y KHON Maria Louise. Técnicas de Quirófanos de Baerry y Khon, México D.F., 1987, Editorial Interamericana, Quinta Edición
2. BERRY, Edna Cornelia y KHON Maria Louise, Técnicas de Quirófanos, México, 1987 Editorial Interamericana, Cuarta Edición
3. BROWN BURNELL, R. Anestesia en el paciente externo, México D.F., 1988, Editorial Interamericana
4. FORRES A.P.M., Carter D. C. MACLEOD., Principios y Practica de Cirugía., México D.F., 1988, Editorial Interamericana
5. GONZALEZ, Armando y PEREZ Carlos. Manual de Funcionamiento de Salas de Operaciones, Cali (Colombia), 1981
6. POLIT, Denise F. y HUNGLER Bernadette P., Investigación Científica en Ciencias de la Salud, México, 1987, Editorial Interamericana, Segunda Edición
7. SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA. Revista Col. de Anestesiología, Colombia, 1982, Editorial Gente Nueva, Vol. 10
8. VELEZ GIL, Adolfo y PARDO DE VELEZ, Graciela. Investigación de Modelo de Atención en Cirugia, Cali-Colombia

ANEXOS



ANEXO 1

DIRECTRICES DE ATENCION ESPECIALIZADA DE ENFERMERIA A PACIENTE
ADULTO SOMETIDO A CIRUGIA GENERAL AMBULATORIA

- Entrevista pre-quirúrgica, donde hay oportunidad de observar el comportamiento del paciente y entablar relación con él, antes de brindarle asistencia.
- Evaluación pre-operatoria, de acuerdo a la intervención quirúrgica a efectuar, teniendo en cuenta: Historia clínica, exámenes de laboratorio, placas radiológicas y otros exámenes especiales.
- Elaborar historia clínica de enfermería
- Determinar riesgos quirúrgicos y anestésicos, para elaborar plan de cuidados específicos de acuerdo a la intervención quirúrgica.
- Enseñanza al paciente y familia sobre: El procedimiento a realizar, cuidados pre-quirúrgicos y post-quirúrgicos tales como: Cuidado con herida quirúrgica, dieta, tratamiento médico a continuar.
- Coordinar con la enfermera de Consulta externa, cita y consulta post-quirúrgica.

ENTREVISTA

Objetivo : Lograr entablar con el paciente relación efectiva,
antes de brindarle asistencia.

1. Sabe usted que cirugía se le va a realizar ? [Si] [No]
2. Como se llama su cirugía ?

3. Que le van a hacer ? _____
4. Cuanto tiempo demora su cirugía ? _____
5. Que actividades cree ud. debe realizar para prepararse para
su cirugía ? _____
6. Desde cuando debe iniciar estas actividades ? _____
7. Sabe ud. que va a recibir anestesia ? [Si] [No]
8. Como cree ud. que sea recibir anestesia ? _____
9. A que hora debe presentarse a su cirugía ? _____
10. Que debe traer para su cirugía ? _____

11. Cuanto tiempo cree ud. debe permanecer en recuperación ?

12. Al regresar a su casa, que debe hacer ? _____

13. Como debe ud. manejar su herida quirúrgica ? _____

14. Donde debe ir a retirarse los puntos ? _____

15. A los cuantos días de operado cree ud. puede reintegrarse
a sus labores diarias ? _____

Nota : Esta entrevista estará sujeta a cambios de acuerdo al
grado de escolaridad del paciente.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

Nombre completo _____ Edad _____

Sexo _____ Estado Civil _____ Ocupación _____

Procedente _____ Residente _____ Escolaridad _____

Motivo de consulta _____

Enfermedad actual _____

Antecedentes :

- Médicos _____
- Quirúrgicos _____
- Alérgicos _____
- Tóxicos _____
- Gineco-Obstetricos _____
- familiares _____

Patrones de :

- Sueño _____
- Apetito _____
- Hábito intestinal _____
- Eliminación urinaria _____

Apariencia general _____

S / V _____

Revisión por sistemas _____

Dx. Clínico _____

Dx. de Enfermería _____

HOJA DE EXAMENES PRE-QUIRURGICOS

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ Hora _____

Intervención quirúrgica _____

EXAMEN

VALOR OBTENIDO

VALOR NORMAL

Hemograma

Urianálisis

Coprológico

Glicemia

T. de Coagulación

Otros

OBSERVACIONES :

PLAN GUIA DE CUIDADOS PRE-QUIRURGICOS

Nombre del paciente _____

Edad _____ Sexo _____ Historia Clínica _____

Cirugía programada _____

Cirujano _____ Fecha ____ ____ Hora ____ ____

Cuidados que debo tener antes de operarme :

1. Baño general antes de salir para el hospital
2. Afeitarme o rasurarme el área que me van a operar
3. No aplicarme maquillaje
4. Limpiarme bien las uñas y retirarme el esmalte (pintauñas)
5. Estar en ayunas, no tomar agua
6. No tomar ningún medicamento diferente al ordenado por el médico, si tengo algún tratamiento informarlo, el médico indicará si lo debo tomar o no el día de la cirugía
7. No traer objetos de valor
8. Antes de entrar a cirugía, entregar pertenencias personales : prótesis, lentes de montura o de contacto, al acompañante.
9. Si trabajo en la noche, no hacerlo en la víspera de la cirugía
10. Traer ropa cómoda y zapatos planos, para cuando salga del procedimiento quirúrgico
11. Evitar fumar y tomar licor, 5 días antes de la cirugía
12. Venir con un acompañante adulto
13. Presentarme a la hora indicada al servicio de cirugía del tercer piso

PLAN DE ENSEÑANZA AL PACIENTE ADULTO DE
CIRUGIA GENERAL AMBULATORIA

Objetivo : Dar a conocer al paciente y sus familiares el procedimiento a realizar, con terminos de acuerdo a su nivel cultural, y ofrecerle un plan de cuidados de acuerdo a la intervención quirúrgica.

1. **Nombre de la cirugía :**
Biopsia de mama derecha

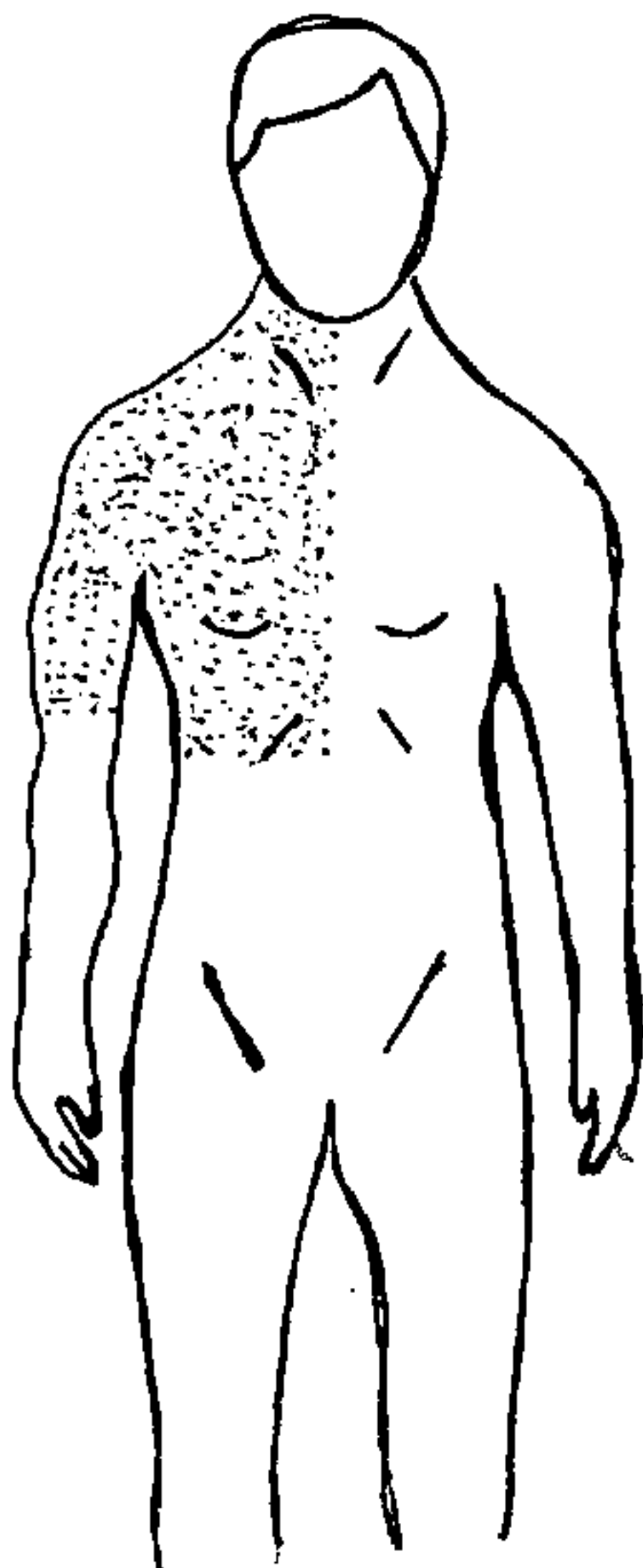
2. **Que es ?**
Extirpar o sacar masa de mama

3. **En que consiste el procedimiento quirúrgico :**
Bajo anestesia, se extrae toda o parte de la masa de mama, para ser enviada a estudio y así obtener un resultado o diagnostico.

4. **Que debe hacer el paciente antes de la cirugía :**

- **Día anterior :**

- Dieta ligera en la tarde
- Rasurado del área a operar
- Tomar medicamentos ordenados por el anestesiólogo.



- Día de la cirugía :

- No ingerir alimentos
- Realizarse un buen baño general
- Estar en la institución a la hora ordenada, con su acompañante

5. Que cuidados debe observar luego de la cirugía :

- Tener reposo en cama
- No ingerir alimentos, durante las primeras 4 horas siguientes a la cirugía
- Vigilar aparición de sangrado por la herida
- Tomar tratamiento ordenado
- Acudir al centro de salud cercano para curación de la herida y cortar puntos
- Proteger la herida de la humedad durante el baño
- Si se presenta complicación tardía como: inflamación, sangrado abundante, fiebre, acuda nuevamente al hospital
- Cumplir con cita de control

Nota : Este plan de enseñanza estará sujeto a modificaciones, de acuerdo a la intervención quirúrgica a realizar

PLAN DE CUIDADOS EN EL HOGAR

Paciente _____ Hist. Clínica _____

Edad _____ Sexo _____ Hora _____

Cirugía realizada _____

NECESIDAD	QUE DEBO HACER PARA SATISFACER MI NECESIDAD

TRATAMIENTO MEDICO

COMO CUMPLIRLO

Cita Post-operatoria : _____

Elaborado por _____

FICHA DE TRANSFERENCIA

Señores :

Fecha :

Apreciados señores.

Nos permitimos transferir a esa institución al paciente.

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____ Historia Clínica HUC _____

Con diagnóstico de _____

Enviamos a este paciente para su control y tratamiento en forma ambulatoria por parte de ese Centro de Salud. Sugerimos la siguiente conducta y tratamiento :

Informe médico : (Incluye brevisimo informe quirúrgico y Tto)

Firma y Código del Médico

Informe de enfermería : (Incluye observaciones de enfermería, condiciones del paciente y planes de enfermería)

Firma y Código de la Enfermera

Debe cumplir cita a :

Día :

Hora :

GRACIAS A USTEDES POR SU COLABORACION

ANEXO 2

EVALUACION PRE Y POST QUIRURGICA DEL CIRUJANO

- Cada paciente debe pasar por una evaluación pre-quirúrgica realizada por el cirujano de manera sistemática y se investiga sobre el paciente :
 - Aptitud a la anestesia
 - Alergias e hipersensibilidad
 - Experiencia operatorio y anestésica
 - Abuso de alcohol y otras sustancias
 - tabaquismo
- Las operaciones planeadas deben efectuarse en optimas condiciones, con preparación física y psicológica del paciente. La valoración física del paciente se realiza teniendo en cuenta :
 - Estado metabolico general
 - Hematología
 - Aparato cardiovascular
 - Aparato respiratorio
- El cirujano que realiza la evaluación pre-quirúrgica tiene la responsabilidad del acto quirúrgico. El día de la intervención realiza exploración final al paciente para confirmar los datos previos y garantizar que el procedimiento operatorio propuesto es el correcto.
- Despues de la intervención quirúrgica el cirujano vigila al paciente y decide la de alta domiciliaria, dando las recomendaciones pertinentes y tratamiento a seguir.

ANEXO 3

EVALUACION PRE Y POST QUIRURGICA DEL ANESTESIOLOGO

- La evaluación pre-anestésica precisa, es la parte mas importante de la administración de la anestesia. El anestesiólogo debe comprobar antes de proceder a administrar un anestésico, que se le ha practicado al paciente: Historia clínica completa :
 - Buen estado físico
 - Pruebas de laboratorio
- Para seleccionar el paciente debe tener en cuenta :
 - Duración menor de 90 min
- Sencillez del procedimiento
 - Sangrado previsto, minimo
 - Minimo de transtornos fisiológicos
- Baja o ninguna incidencia en complicaciones post-quirúrgicas
- Buen estado general
- Aceptabilidad del paciente hacia el procedimiento quirúrgico
- Cooperación del cirujano

El paciente reingresa a recuperación en compañía del anestesiólogo y es el responsable de dar de alta de recuperación teniendo en cuenta : Signos vitales estables, paciente alerta y orientado (En persona, sitio, tiempo)

El anestesiólogo no debe olvidar que: Podría haber cirugía menor, pero no hay anestesia menor.

ANEXO 4

LISTA DE CHEQUEO 1

PROGRAMA : Directrices de atención especializada de enfermería
a pacientes de cirugía general ambulatoria

OBJETIVOS : Observar la aplicabilidad de las directrices en
pacientes que requieren cirugía g/ral ambulatoria

Fecha : _____

	INDICADORES	CRITERIOS	
		SI	NO
1. Directrices de atención especializada	1. Se le realiza entrevista 2. Se le realiza historia clínica de enfermería 3. Se evalúan los exámenes de laboratorio Pre-quirúrgicos 4. Se le elabora plan de cuidados pre-quirúrgicos 5. Se le elabora plan de enseñanza según cirugía 6. Recibe charlas de orientación sobre procedimiento quirúrgico 7. Se le elabora plan de cuidados post-quirúrgicos para el hogar		

OBSERVACIONES _____

ANEXO 5

LISTA DE CHEQUEO 2

PROGRAMA : Directrices de atención especializada de enfermería a pacientes de cirugía general ambulatoria

OBJETIVOS : Observar la cobertura y satisfacción de la demanda en lo referente a la realización de cirugías generales e integración del paciente a su familia y comunidad

Fecha : _____

	INDICADORES	No
1. Cirugías generales ambulatorias	1. Cirugías Programadas 2. Cirugías Realizadas 3. Pacientes dados de alta inmediatamente 4. Pacientes hospitalizados por complicación quirúrgica o post-quirúrgicas	

OBSERVACIONES _____

ANEXO 6

LISTA DE CHEQUEO 3

PROGRAMA : Directrices de atención especializada de enfermería a pacientes de cirugía general ambulatoria

OBJETIVOS : Observar las posibles complicaciones presentadas en en el Trans y Post operatorio de los pacientes sometidos a cirugía general ambulatoria

Fecha : _____

	INDICADORES	SI	NO
1. Cirugía general ambulatoria	1. Se le practica cirugía programada 2. Complicaciones Trans-operatorias : - Anestésicas - Quirúrgicas 3. Complicaciones Post-operatorias : - Respiratorias - Cardíacas - Circulatorias - Gástricas - Otras		

OBSERVACIONES _____

ANEXO 7

LISTA DE CHEQUEO 4

PROGRAMA : Directrices de atención especializada de enfermería a pacientes de cirugía general ambulatoria

OBJETIVOS : Observar las implicaciones de los factores intervinientes en el desarrollo del estudio.

Fecha : _____

	INDICADORES	No
1. Cirugías generales ambulatorias	1. Factores que impiden llevar a cabo las cirugías programadas 1.1 No aparece historia clínica 1.2 Falta de energía 1.3 Deficiencia de ropa 1.4 Incumplimiento en cita 1.5 Disminución de horas quirúrgicas 1.6 Inadecuada preparación quirúrgica 1.7 Otros	

OBSERVACIONES _____

