

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**REPERCUSIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES POS OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA - HOSPITAL
SAN JUAN BAUTISTA – HUARAL 2015/2017**

**TRABAJO ACADEMICO
PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN ENFERMERIA EN CUIDADOS QUIRURGICOS**

ANA BERTHA RAMIREZ CHANGANA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Bertha Ramirez Changana', is positioned to the right of the printed name.

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. ANGELICA DIAZ TINOCO : PRESIDENTE
- Dra. ANA LUCY SICCHA MACASSI : SECRETARIA
- Dr. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA : VOCAL
- Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA : SUPLENTE

ASESORA : Dra. ANA YAMUNAQUE MORALES

Nº DE LIBRO : 05

Nº DE ACTA : 156 - 2018

Fecha de Aprobación del Informe Laboral: 05 de Marzo del 2018

Resolución de Decanato Nº 675-2018-D/FCS de fecha 26 de Febrero de 2018 de designación del Jurado Examinador del Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

INDICE

INTRODUCCION	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la situación problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEORICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco conceptual o referencial o teórico	12
2.3 Definición de términos	48
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	54
3.1 Recolección de datos	54
3.2 Experiencia profesional	54
3.3 Procesos realizados	56
IV. RESULTADOS	57
V. CONCLUSIONES	66
VI. RECOMENDACIONES	67
VII. REFERENCIALES	68
ANEXOS	70

INTRODUCCION

En todas las épocas históricas el proporcionar cuidado es una actividad **tan antigua como la humanidad, la evolución del cuidado de Enfermería** ha estado condicionada por la manera en que la sociedad satisface sus necesidades de manera individual y colectivamente

El mayor grado de desarrollo profesional de la Enfermería se ha logrado cuando el ejercicio enfermero ha estado regido por principios **profesionales, enseñado por los propios enfermeros y gestionado con** autonomía y en hoyen día el cuidado es la esencia de Enfermería y estos **están formados por acciones transpersonales de calidad basado en el** conocimiento, habilidad profesional, calidez, razonamientos acertados y aplicación de juicios, demostrando responsabilidad en su labor con el fin **de satisfacer de forma holística las necesidades del usuario. Por lo que; la** satisfacción de las necesidades emocionales y físicas juega un papel **relevante en el bienestar del paciente, además influye en el grado de** colaboración de este en su proceso de curación y tratamiento por lo que la finalidad de los cuidados de calidad se fundamenta en salud y **satisfacción, la cual no se logra si no se cumplen las expectativas de los** pacientes.

El presente trabajo describe y detalla la experiencia laboral mediante conocimientos y experiencias en la atención a pacientes en la parte **asistencial. En la cual se trata de plasmar las mejoras al paciente, mostrar** destrezas adquiridas durante la experiencia laboral y capacidad resolutive

para enfrentar diversas emergencias o eventos que se puedan presentar **y dar solución a los problemas.**

Además se aborda la problemática de la práctica de enfermería y **experiencia laboral que se vive identificando los problemas del servicio** como recursos humanos insuficientes insuficiencia de insumos y falta de **motivación del personal por la excesiva** lo que no permite trabajar en condiciones óptimas para el bienestar del paciente.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El presente informe denominado REPERCUSION DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTES POS OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGIA HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA-HUARÁL-2015-2017. Tiene como objetivo explicar el trabajo **profesional de las enfermeras en el servicio de cirugía-hospitalización.**

El concepto de la calidad de los cuidados se ha definido **tradicionalmente por los profesionales, pero cada vez toma mayor importancia el punto de vista del paciente en su formalización.** En **líneas generales, los pacientes pueden parecer poco sensibles a la calidad de la atención que se les brinda, quizás por conformismo o por Ignorancia, u otros factores.** Incluso, un paciente puede encontrarse **globalmente Satisfecho con el sistema hospitalario en general, pero cuando se tienen en cuenta cuestiones concretas como la amabilidad en la atención, el trato, y la relación con el personal de salud, con todo lo que ello implica, pueden aparecer críticas importantes o relevantes que deben ser tomadas en cuenta.**

Enfermería es una profesión que ha adquirido competencia científica y **técnica para dar cuidado y ayuda al individuo, familia y comunidad**, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad **legal y dentro del equipo de salud el personal de Enfermería** mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello **adquiere gran importancia su participación en los objetivos propuestos** sobre calidad de atención. Hoy en día un gran número de enfermeras **están comprometidas con una práctica profesional al lado de** personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las **personas ante diversas experiencias de salud**. De manera general podemos decir, el centro de interés de la disciplina de enfermería **indica aquello que se orienta a la práctica de la enfermera, sobre lo** que dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales. "La práctica **se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad)** que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud" (Kérouac, 1996). Por lo tanto, " la práctica de **enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias**, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones **y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las** necesidades particulares de la persona" (Diers, 1986). La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado,

la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la **integración de habilidades específicas.**

1.2 Objetivo

Explicar la repercusión de la Calidad del Cuidado de Enfermería en Pacientes Pos operados del Servicio de Cirugía del Hospital San Juan Bautista-Huaral 2015-2017.

1.3 Justificación

Resaltar las responsabilidades que se tienen con la calidad del cuidado del paciente en el posoperatorio brindando un trato humano e identificando con el bienestar del paciente.

La calidad de la atención en los servicios de salud es responsabilidad **de los diferentes grupos que laboran en un hospital; sin embargo, el papel de la enfermera es de particular importancia, ya que es quien brinda atención directa y está en contacto por más tiempo con el paciente, convirtiéndose en el personal que mejor transmite la imagen y el espíritu de una institución de salud. Por tanto, obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.**

Los resultados del estudio permitirán que el personal profesional de enfermería que planifica los cuidados en ese servicio, reflexione acerca de los comportamientos percibidos por el usuario como de mayor importancia. Esta reflexión favorecerá el condicionamiento de estrategias orientadas al mejoramiento de la atención, para dar respuesta a las expectativas que tienen los usuarios en ese servicio que serán referenciales para los otros servicios del hospital.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

A Nivel Internacional

SAN JOSÉ, C. (2014) *Cuidados de enfermería en el paciente post operado de vitrectomía por desprendimiento de retina*. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid 2014

En el campo de la oftalmología, el desprendimiento de retina es una patología con la que el personal de enfermería se puede encontrar de manera frecuente, y de la que debe conocer tanto sus signos, síntomas y tratamientos, como complicaciones potenciales.

En el transcurso de esta patología la labor del personal de enfermería es muy importante para poder anticiparse en el tiempo y así evitar posibles empeoramientos y complicaciones.

Esta labor no solo involucra cuidados al paciente, si no también educación al paciente, que el caso de esta patología, resulta vital para evitar tales empeoramientos y complicaciones.

En este trabajo se reúnen los aspectos clínicos del desprendimiento de retina, su tratamiento, haciendo hincapié en el tratamiento quirúrgico mediante vitrectomí pars plana, y especificando de manera extensa los cuidados pre y postoperatorios que enfermería debe aplicar sobre los pacientes que se someten a esta intervención

A Nivel Nacional

ALTAMIRANO N y CHÁVEZ Jc, en el estudio Calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción del usuario adulto mayor. Servicio de hospitalización medicina. Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Agosto- Diciembre 2011, Peru-2012.

La investigación fue de tipo cuantitativo, con un enfoque cualitativo, de diseño descriptivo. Se realizó con el objetivo de determinar la relación que existe entre la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción del usuario adulto mayor. Servicio de Hospitalización Medicina. Hospital II-2 MINSA

Tarapoto, con una población de 7 profesionales de enfermería y 20 usuarios adultos mayores, para el estudio se empleó como instrumento la lista de cotejo y el cuestionario. El nivel de calidad del cuidado de enfermería en el Servicio de Hospitalización Medicina del Hospital II-2 MINSA Tarapoto es alto (29,2857). El nivel de satisfacción del usuario adulto mayor es alto (55,55) respecto al cuidado de enfermería que recibe en el Servicio de Hospitalización Medicina. Hospital II-2 MINSA Tarapoto. La dimensión del cuidado de enfermería que con mayor satisfacción percibe el usuario adulto mayor del Área de Hospitalización Medicina. Hospital II-2 MINSA Tarapoto es la dimensión científico técnico (6,17%). Existe una relación directa entre la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción del usuario adulto mayor, es decir a mayor calidad

del cuidado de enfermería mayor será la satisfacción de los usuarios **adultos mayores en el Servicio de Medicina**

RAMÍREZ, M. & ZUTA, A. (2014). Calidad de atención de enfermería **percibida por el paciente en la unidad de recuperación post anestésica del Hospital Alberto Sabogal Sologuren. ESSALUD, Callao, Perú, 2014.**

La calidad lo es todo: Calidad de vida, calidad en las relaciones **humanas, calidad en la educación, calidad en los servicios de salud,** calidad en los productos que las personas producen, calidad en los **servicios que nos prestan, calidad en nuestro trabajo, calidad en las** materias primas, etc. Calidad es la capacidad que tiene el ser humano para hacer bien las cosas (Alcalde, 2009). El interés en **relación a la importancia de la calidad como componente esencial en** todo sistema de salud, es cada vez más creciente en las **instituciones de salud. La calidad es una condición compleja, en** donde los diferentes componentes y agentes productores de servicios de salud brindan su aporte significativo a un resultado que **está por obtenerse y que se puede perfeccionar para dar mayor** satisfacción a los que necesitan de ese servicio.

PALACIOS, M. (2014). **Cuidado de enfermería posoperatorio** inmediato a pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico del **servicio de cirugía especialidades y quirófano del Hospital Manuel** Núñez Butrón – Puno 2014

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar el **cuidado de enfermería posoperatorio inmediato a pacientes adultos** con traumatismo craneoencefálico del servicio de **Cirugía Especialidades y Quirófano del hospital Manuel Núñez Butrón – Puno 2014**”. La muestra de estudio estuvo conformada por 10 profesionales de enfermería que realizan el cuidado a pacientes en **fase posoperatorio inmediato en los servicios de Cirugía Especialidades y Quirófano del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno**. El estudio fue de tipo **descriptivo transversal**. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de la observación directa y como instrumento dos guías de observación. Para el análisis de la **información se utilizó la estadística porcentual**. Los resultados obtenidos revelaron que el 60 % de los observados en el servicio de **cirugía especialidades cumplen medianamente con el cuidado posoperatorio inmediato** en pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico, mientras que el 100 % cumplen en el servicio de quirófano. Del análisis de los resultados se concluye que un grupo considerable de profesionales de Enfermería del Hospital Regional **Manuel Núñez Butrón – Puno cumplen medianamente con el cuidado**. Debido a que, existen actividades que estarían realizando **de forma incorrecta y sin fundamento científico, aumentando el riesgo de experimentar alguna complicación posoperatoria e incluso exponiendo la supervivencia del paciente**

EPIFANIA. R. & VASQUEZ M. (2016). Percepción de la calidad del **cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes prequirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino, 2016**

Objetivo: Determinar la relación entre la percepción de la calidad del **cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue-El Agustino, 2016. Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, correlacional de corte transversal. La muestra fue probabilística y estuvo conformado por 122 pacientes en la fase pre-quirúrgica. **Para el estudio se utilizó el instrumento en escala de ansiedad de Hamilton y el cuestionario de calidad de cuidado de enfermería. Resultados:** La prueba estadística Tau b de Kendall evidencia que no existe relación significativa entre el nivel de ansiedad y la calidad del cuidado de enfermería en los pacientes pre-quirúrgicos con un valor p de 0,553. **Conclusión:** No existe relación entre ambas variables.

2.2 Marco conceptual

TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO

DOROTEA OREM

- Teoría del auto cuidado: en la que explica el concepto de auto **cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "el auto cuidado es una actividad aprendida por los**

individuos, orientada hacia un objetivo. es una conducta que **existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar**".

Define además tres requisitos de auto cuidado, entendiendo por **tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado:**

- **Requisitos de auto cuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.**
- **Requisitos de auto cuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.**
- **Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.**
- **Teoría del déficit de auto cuidado: en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con**

ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

- **Teoría de los sistemas de enfermería: en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:**
 - **Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera sule al individuo.**
 - **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona auto cuidado.**
 - **Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.**

Orem define el objetivo de la enfermería como: "ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que **la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.**

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de

procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y **enseñar. para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación:** sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente **compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la** voluntad de la persona.

La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente **y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la** voluntad de comprometerse y de llevar a cabo auto cuidados que **son de tres tipos: los auto cuidados universales, los auto cuidados** asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los auto cuidados unidos a desviaciones de salud, la salud se define **según esta autora como un estado de integridad de los componentes** del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, **simbólico y social del ser humano por último, el entorno representa** todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los auto cuidados o sobre su capacidad para **ejercerlos (Orem, 1993).**

MADELEINE LEININGER

Madeleine Leininger nació en Sutton, Nebraska, el 13 de junio de 1995 e inició su carrera profesional después de diplomarse en la **Escuela de Enfermería de St Anthony, en Denver. Es la fundadora** de la Enfermería Transcultural fue la primera enfermera profesional

con preparación universitaria en enfermería, obtuvo un Doctorado en **Antropología Cultural y Social**.

En 1950 obtuvo el título de Ciencias Biológicas y realizó estudios **complementarios en Filosofía y Humanismo**.

Trabajó como instructora, enfermera de plantilla y enfermera jefe en **la unidad médico-quirúrgica y abrió una nueva unidad de psiquiatría** como directora de servicio en enfermería del Hospital de Omaha. **Durante ese tiempo avanzó en el estudio, la administración, la enseñanza, el diseño de planes de estudio de enfermería, realizó las comprobaciones y medidas en la Universidad de Creighton de Omaha.**

Inició y dirigió el primer programa de enfermería especializada en **psiquiatría en la Universidad de Cincinnati**.

En 1955 durante su ejercicio profesional, en el área de Psiquiatría **Infantil observó que el personal sanitario no conocía suficientemente los factores culturales que influían para su asistencia; a partir de esta experiencia nace la inquietud de construir un modelo que considere una visión transcultural del cuidado para el individuo.**

Durante esta época escribió uno de sus primeros textos básicos en enfermería psiquiátrica, junto a C Hofling, titulado Basic Psychiatric Nursing Concepts en 1960, que ha sido editado en once lenguas y se utiliza en todo el mundo. Entre los años 1950 y 1960 señaló la existencia de varias áreas comunes de conocimiento y de interés

científico-teórico entre la enfermería y la antropología, formuló diversos conceptos, teorías, prácticas y principios de la enfermería transcultural.

Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend, fue su primer libro publicado sobre enfermería transcultural, que sentó las bases del desarrollo de este campo del conocimiento, de su propia teoría y de la asistencia sanitaria basada en las diferencias culturales.

Su libro titulado **Enfermería Transcultural: Conceptos, Teorías, Investigación y prácticas** en 1978, definió los principales conceptos, nociones teóricas y procedimientos prácticos de la enfermería transcultural. Trabajo como directora del primer programa científico de enfermería de los Estados Unidos. En 1969 fue nombrada decana y profesora de enfermería y conferencista de Antropología por la Universidad de Washington.

Su carrera académica incluye casi 600 conferencias, comunicaciones, talleres y servicios de asesoría en los Estados Unidos, Canadá, Europa, Isla del Pacífico, Asia, África, Australia y los países Escandinavos. En 1974 fundó la organización denominada **National Transcultural Nursing Society** de la que ha sido una actividad dirigente desde sus inicios. Fundó la **National Research Care Conference** en 1978.

Leininger ha adquirido un gran prestigio internacional en enfermería y otros campos asociados, debido a sus escritos sobre enfermería y

asistencia transcultural y a sus trabajos teóricos, de investigación, **consultas de comunicaciones dinámicas, imparte charlas a Antropólogos, Médicos, Asistentes sociales, Farmacéuticos y Profesores para participar en investigaciones con otros colegas.**

Leininger ha escrito o editado 27 libros, ha publicado más de 200 **artículos y 45 capítulos de libros, además de numerosas películas e informes de investigación centrados en enfermería transcultural, asistencia y fenómenos sanitarios, ha recibido numerosos premios y distinciones, figura con nombre propio en diferentes publicaciones.**

Ejercicio Profesional

Leininger señala que existen varios factores en relación con la lentitud a la hora de reconocer y valorar la importancia de los **factores culturales y de enfermería transcultural en el ámbito de la formación y el ejercicio profesional y estos son:**

La teoría se concretó en la década de 1950, cuando prácticamente ningún profesional de enfermería tenía una preparación en antropología y satisfacción de sus necesidades sociales o culturales.

Los artículos sobre enfermería transcultural eran rechazados por los **editores.**

El concepto cuidado tuvo un interés limitado para las enfermeras **hasta la década de 1970, Leininger fue la primera en hablar del cuidado.**

Las enfermeras habían asumido una posición demasiado **etnocéntrica y excesivamente próxima a los intereses y las directrices de la medicina.**

Enfermería se había mostrado lenta a la hora de impulsar avances sustanciales en el desarrollo de sus diversas áreas de conocimiento.

Los profesionales están comenzando a apreciar la importancia de la enfermería transcultural, de la noción de asistencia y del empleo de los métodos cualitativos.

Modelo del sol naciente

En 1970, Leininger elaboro el modelo de sol naciente el cual representa componentes esenciales de su teoría, este modo resulta **un instrumento valioso para estudiar los diversos elementos y componentes de su teoría y para realizar las valoraciones clínicas que sean lógicas en la cultura.**

La mitad superior del círculo representa los componentes de la **estructura social y los factores de la concepción del mundo que influye en los cuidados y salud por medio del lenguaje y el entorno. Estos factores influyen en los sistemas enfermeros que se encuentran en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud.**

Según esta teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros: **Presentación y mantenimiento de los cuidados culturales**; de adaptación y negociación de los cuidados culturales y **reorientación o reestructuración de los cuidados culturales**.

El modelo del sol naciente describe a los humanos como personas **que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno, esto viene siendo un principio fundamental de la teoría de Leininger.**

Fuentes Teóricas

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal **de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcioné una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.**

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace **uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables.** Leininger

declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera **que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones.** Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es **imprescindible para la formación y practica de enfermeras.**

Leininger define que, así como la enfermería es significativa para los **pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.**

- **Enfermería Transcultural:** Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor **desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.**
- **Enfermería Intercultural:** Se refiere a las enfermeras que usan **conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.**

Según Leininger, la enfermera transcultural es una enfermera **diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería transcultural creados por las enfermeras**

transculturales especialistas. Por otro lado, Leininger defiende y **promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería**, que normalmente se define como un conjunto de **conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas** que se puede probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, Leininger define la teoría **como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que no parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos.**

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los **cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales.** La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los **valores que las personas que influyen en sus decisiones y acciones.**

Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras **descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.**

No obstante Leininger anima a obtener el conocimiento del interior **de las personas o culturales, ya que este conocimiento tiene mayor**

credibilidad. La teoría no tiene que ser necesariamente intermedia ni **una gran teoría, aunque si debe interpretarse como una teoría holística o como una teoría de campos específicos de interés.**

Leininger ha estudiado varias culturas en profundidad y otras tantas en colaboración con estudiantes universitarios, licenciados y profesores por medio de métodos cualitativos de investigación, ha explicado 130 principios diferentes de los cuidados en cincuenta y seis culturas teniendo cada una diferentes significados, experiencias culturales y usos que hacen las personas de culturas parecidas o diversas.

Leininger afirmo que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura

CONCEPTOS SEGÚN LA TEORIA DE TRANSCULTURACIÓN

Salud: Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada.

Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos.

Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud.

Es universal a través de todas las culturas aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

Cuidados: Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Cuidados culturales: son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Persona: Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

Entorno: todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.

Etno enfermería: Se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la

asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o **subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a través de** las experiencias, las convicciones y el sistema de valores sobre **fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la** asistencia, la salud y los factores ambientales.

Diversidad de los cuidados culturales: Variación o diferencia que **existe en significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos** relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre **grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar** medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales: La similitud o **uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos** de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas **culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia, capacitación para** ayudar a las personas.

APLICACIÓN DE LA TEORÍA EN RELACION CON LA ENFERMERA-PACIENTE-FAMILIA.

Resulta esencial que el profesional de enfermería sepa responder de **manera integral a las necesidades de los pacientes.**

Es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda **eficaz, que el profesional de enfermería tenga la capacidad de**

identificar y dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado.

El profesional de enfermería tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del paciente y así haga uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

JEAN WATSON

Margaret Jean Harman Watson nació en el sur de Virginia en 1940 y creció durante la década de 1940 y 1950 en la pequeña ciudad de **Welch, Virginia Occidental, en los montes Apalaches. Es la menor de ocho hermanos, y siempre estuvo rodeada de un entorno familiar y comunitario muy numeroso.**

Watson fue a la escuela en Virginia Occidental. Más adelante fue a la escuela de enfermería **Lewis Gale en Roanoke, Virginia. Tras licenciarse en 1961, se casó con Douglas y se trasladaron hacia el oeste, a su estado natal, Colorado. Douglas fallece en 1998. Tuvieron dos hijas, Jennifer y Julie, y cinco nietos.**

Después de trasladarse a Colorado, siguió con su formación en enfermería y con los estudios de licenciatura en la universidad. Continúo sus estudios y obtuvo un bachillerato en ciencias de la enfermería en 1964 en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el Campus de Ciencias de la

Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en Boulder.

Ha sido presidenta y vicedecana de los programas universitarios, y **participó en la planificación y elaboración del programa de doctorado en enfermería en colorado, que se estableció en 1978. En 1981 y 1982 se tomó 2 años sabáticos y siguió estudios internacionales en Nueva Zelanda, Austria, India, Tailandia y Taiwán. Actualmente, es profesora de enfermería y ostenta el cargo de presidenta fundadora de la ciencia del cuidado en la escuela de enfermería de la universidad de colorado.**

Durante su carrera profesional Jean ha participado activamente en programas para la comunidad y ha iniciado numerosas colaboraciones con otros centros en el área del cuidado de la salud.

Ha recibido varios reconocimientos y premios federales en **investigación y educación avanzada y ha recibido otros universitarios y privados, fondos para su facultad, proyectos administrativos y becas para el cuidado humano.**

Sus publicaciones reflejan la evolución de su teoría del cuidado. **Todo lo que ha escrito va dirigido a los estudiantes de enfermería y les propone la base antológica, ética y epistemológica para su praxis, así como líneas de investigación. Confirma que el cuidado esta intrínsecamente relacionado con la curación. "La ética y la**

escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el **contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad**”.

ELABORACIÓN DE LA TEORÍA:

Conceptos:

1. **Interacción enfermera-paciente:** define al cuidado como un **proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal**, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y **compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.**

2. **Campo fenomenológico:** corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, **sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones.** Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo **tanto en el pasado, presente y futuro.**

3. **Relación transpersonal de cuidado:** para comprender dicho **proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:**
 - **Transpersonal:** ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la **promoción de la comodidad y la curación del paciente**

- **Cuidado transpersonal:** intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

4. **Momento de cuidado:** es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO:

Sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo

personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las **humanidades, las artes y las ciencias.**

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de **otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".**

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de **los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:**

- **El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.**
- **El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.**
- **El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.**
- **Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.**

- Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que **permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.**
- **El cuidado es más "salud-genético" que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.**
- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Factores curativos de la ciencia del cuidado:

- **Formación de un sistema humanístico – altruista de valores:** este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.
- **Inculcación de la fe-esperanza:** Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

- **Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás:** el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
- **Desarrollo de una relación de ayuda-confianza:** el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.
- **Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos:** el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
- **Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones:** el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se solución de

problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

- **Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal:** este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
- **Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual:** las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

- **Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas:** la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los **pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango** antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

- **Permisi3n de fuerzas existenciales – fenomenol3gicas:** la fenomenología describe a los datos de la situaci3n inmediata que ayudan a la gente a comprender los fen3menos en cuesti3n. **La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana** que utiliza los análisis fenomenol3gicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores **de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoci3n de la salud** mediante acciones preventivas de salud.

Los tres primeros factores del cuidado forman la base "filos3fica". Es una teorí3 filos3fica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". **La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu.** La persona se esfuerza en actualizar la relaci3n entre estos tres, **para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta.** Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relaci3n terapéutica básica entre los seres humanos; **es relacional, transpersonal e intersubjetivo.** Lo que le permitió la articulaci3n de sus premisas te3ricas, éstas son un reflejo **de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra,** reflejando la integraci3n de sus creencias y valores sobre la

vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

Premisa 1. "El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las **sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes**".

Premisa 2. "La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y **asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona**". El grado de comprensión es **definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol**".

Premisa 3. "El grado de **genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado**". **La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado**".

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la **salud como a la enfermedad y la experiencia humana**. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de **actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida**, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos metaparadigmáticos de la siguiente manera:

Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres **esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.**

Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de **que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante**. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, **creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)**

Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

Aplicaciones de la teoría

Utilizada como marco disciplinario en programas de enfermería de algunas universidades de Estados Unidos y a través del mundo.

La Facultad de Enfermería y Nutriología, seleccionó esta teoría para adecuar sus planes de estudio a esta realidad, y cumplir con los lineamientos establecidos por la Universidad Autónoma de Chihuahua.

Aportes a distintos campos

- **Docencia:** el objeto de la práctica profesional es la naturaleza de la vida, del ser humano. Incluye teorías filosóficas respecto de la salud, del cuidado y de la curación. Las áreas centrales de contenido son las humanidades, la ciencia socio-biomédica y

tanto el fondo como la forma del cuidado a los pacientes. Los **cursos deberían utilizar el arte, la música, la literatura, la poesía,** el teatro y el movimiento para facilitar el entendimiento de las **reacciones ante distintos estados de salud y ante nuevas** posibilidades de dispensación de cuidados y de curación que vayan surgiendo.

- **Práctica:** tiene por objetivo ayudar a las personas a alcanzar un mayor grado de armonía con la mente, el cuerpo y el alma, lo **que hace que tengan lugar procesos de autoconocimiento,** respeto propio, auto-curativos y de atención a uno mismo a la vez que aumenta la diversidad, que es el objetivo de la **aplicación de los diez factores.**
- **Investigación:** invita a las enfermeras a utilizar enfoques de **investigación innovadores.**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Es un proceso de interacción sujeto a sujeto dirigido a cuidar, Apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y **Recuperación de la salud mediante la realización de sus** Necesidades humanas fundamentales. Según Florencia Nightingale, **pionera en conceptualizar el proceso de cuidar desde una** perspectiva naturalista, entendiendo que la enfermedad es una respuesta de la naturaleza.

Desde su perspectiva: la base de los cuidados se centra en manejar **al medio ambiente para que el paciente se encuentre en las mejores condiciones idóneas**. Los cuidados se centran en la utilización de **elementos naturales como la luz, el ruido, la temperatura, la higiene** etc. que adquieren un carácter terapéutico.

Este marco teórico responde al contexto del pensamiento médico de **la época. Según Henderson V. en sus afirmaciones teóricas en la** relación enfermera- paciente identifica tres niveles que varía desde **una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente:** La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente, la enfermera como ayuda para el paciente y la enfermera como **compañera del paciente.**

Según Leininger (1984) El Cuidado es la esencia y el dominio **central, unificante y dominante que caracteriza a la enfermera.** El proceso de cuidar, se centra en los valores y la cultura de cada **persona, quien defendió la concepción de que el cuidado es una** necesidad humana esencial, y el cuidar como la esencia de

Enfermería, además es un modo de lograr salud, bienestar y la **conservación de las culturas y de la civilización que se sustenta en** una relación de interacción humana y social que caracteriza su **naturaleza como objeto. Entonces, se puede decir que el cuidado de** enfermería es un proceso de interacción sujeto -sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos en el logro, fomento y

recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades **humanas fundamentales.**

El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción **humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto.** La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su **naturaleza humana y social, y en la relación dialógica y de interacción recíproca** entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida **y de desarrollo humano distintos, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.** En esta **interacción con el sujeto cuidado, individuo y colectivos,** la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje **para desarrollarse y ser con otros, es decir, es un elemento fundamental del cuidado.** Por tanto, el término "cuidado" implica para **el profesional de enfermería el objetivo esencial de la profesión, la cual necesita para su ejercicio de conocimientos, técnicas y habilidades, así como de saber hacer uso de ellos, a partir de unas actitudes o virtudes morales que permitan enfocar el cuidado en la mejor dirección.**

CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

La calidad del cuidado es dar la respuesta más adecuada a las **necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud,**

con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel **de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al costo más razonable.**

El cuidado de enfermería, es el conjunto de funciones **fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico** interviene en una forma importante en la **Prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el Proceso salud-enfermedad,** razón por la cual su calidad cobra **Importancia y motiva hacia su búsqueda permanente.**

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

Restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, aliviar su dolor, **prevenir posibles complicaciones y enseñar los cuidados personales** que sean necesarios. Como se deduce depende de varias **circunstancias que pueden**

Cambiar radicalmente su duración, entre las que se puede **mencionar el tipo de cirugía, la enfermedad que la condicionó, la edad del paciente, su estado general, las enfermedades asociadas y las complicaciones postoperatorias si es que las hubo.**

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

Funciones de la enfermera en el pos-operatorio:

En la etapa pos-quirúrgico la atención de la enfermera(o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de cómplices potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez. Es indispensable que el personal del área de recuperación tenga contacto (comunicación) con el paciente y sus familiares de que el paciente ingrese a la sala de operaciones.

Cuidados de enfermería en el paciente posoperado. En la segunda fase del pos-operatorio se resolverán las alteraciones fisiológicas y psicológicas y los desequilibrios asociados a la cirugía, a la anestesia y a la curación. El papel de la enfermera aquí es fundamental. El control del dolor pos-operatorio, la prevención de las náuseas o del mareo, la vigilancia de la herida operatoria y la recuperación de la micción espontánea, así como la resolución de otras posibles alteraciones fisiológicas y emocionales asociadas como estreñimiento e insomnio, son claves para confirmar la recuperación antes del alta. Se controlan las constantes vitales cada

hora, se procede a iniciar el levantamiento y la ingesta, a retirar los fluidos intravenosos, todo ello en dependencia del tipo de anestesia utilizada. Entre las más frecuentes conviene señalar:

- **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. El dolor disminuye notablemente cuando el paciente comienza a movilizarse. Si el dolor en el posoperatorio exige dosis reiteradas de analgésicos, sobre todo después del primer día o nos encontramos frente a un pusilánime o frente a una complicación. Es frecuente que el paciente exprese dolor o molestias en la garganta producidas por la intubación durante la anestesia general (20). El paciente puede experimentar dolores articulares 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 parresia 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.**
- **Hipo:** Se debe a la **contracción espasmódica del diafragma.** Para su tratamiento se ha utilizado metoclopramida, ansiolíticos y **retención forzada de la respiración.**
- **Retención de orina:** Es frecuente la aparición de una distensión en el hipogastrio durante el posoperatorio, debido a **retención urinaria. 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.**

- **El estreñimiento y el insomnio** son factores a tener en cuenta **muy importantes**. El estreñimiento está relacionado con la inmovilidad, analgésicos opiáceos y otros fármacos, **deshidratación, falta de privacidad, herida en la musculatura abdominal** o manipulación de vísceras abdominales durante la cirugía. La enfermera debe conseguir que el paciente recupere su **patrón de defecación normal, lo cual podrá evidenciarse por: la reaparición de los ruidos intestinales dentro de las 48-72 h siguientes a la mayoría de las cirugías, ausencia de distensión abdominal** o de sensación de volumen, y eliminación de heces blandas bien formadas.

El insomnio está relacionado con la ansiedad del preoperatorio, estrés, y dolor, ruido y alteración del entorno en el pos-operatorio. Tras la intervención o el tratamiento, el paciente apenas debería experimentar ningún problema para conciliar el sueño, y ha de sentirse totalmente descansado.

En esta fase, además, los pacientes reanudan el contacto con sus familiares y se completa el proceso educacional que los pacientes y también sus cuidadores reciben, para conocer los cuidados a seguir, la pauta analgésica, el tipo de alimentación, los límites a la actividad física y los signos de alarma de posibles complicaciones. Este plan de cuidados con las instrucciones específicas según el caso, se le da también por escrito al paciente.

2.3. Definición de términos

a. Cirugía.

La cirugía es una especialidad dentro de la Medicina cuya misión **es curar las enfermedades o malformaciones, según corresponda, mediante intervenciones quirúrgicas.**

Tipos de cirugía

Según reza el diccionario de la Real Academia Española, se **entiende por "cirugía", aquella parte de la medicina que tiene por objeto curar las enfermedades por medio de operación.**

En el caso de la cirugía ortopédica o traumatológica, su fin es solucionar los problemas del aparato locomotor, es decir, de huesos y músculos –así como de las articulaciones que los unen– ya se trate de lesiones crónicas, recurrentes, agudas o traumáticas.

En la traumatología, los tipos de cirugía más comunes son:

- **Cirugía abierta: se trata de la cirugía tradicional. A través de un corte realizado en la piel y los tejidos, se accede a las estructuras sobre las que se quiere trabajar. El cirujano trabaja sobre la lesión expuesta, pudiendo realizar las manipulaciones necesarias para solucionarla con una visión directa de la misma.**

- **Cirugía mínimamente invasiva:** en este caso, se evita hacer **grandes cortes y a través de unas pequeñísimas incisiones, se** introducen aparatos que permiten al cirujano observar en un **monitor la zona a intervenir. Con esta imagen y manipulando** otros aparatos desde fuera, puede explorar y operar sobre la zona lesionada.

Al dañar menos los tejidos con las incisiones y estar las heridas menos expuestas al exterior, se reduce mucho el riesgo de infecciones, siendo la recuperación del paciente mucho más rápida y menos molesta.

- **Cirugía percutánea:** se trata de un tipo de cirugía mínimamente invasiva que permite realizar las operaciones con **unas incisiones muy pequeñas. Para realizarla es necesario** mantener el control radiológico durante toda la intervención, **para que el cirujano pueda guiar sus movimientos a través de esa imagen. Se aplica frecuentemente en las intervenciones del pie.**
- **Microcirugía:** en este tipo de cirugía es necesario que el cirujano se ayude de un microscopio para realizar la **intervención. El microscopio se utiliza para que el doctor pueda ver y manipular estructuras muy pequeñas, o que se encuentran en zonas extremadamente delicadas, y que necesitan de una gran precisión en su manejo.**

Cada uno de estos métodos tienen sus ventajas e inconvenientes, por lo que no se pueden utilizar indistintamente. Cada patología tiene su propia técnica quirúrgica y lo que puede ser bueno para un caso, puede estar contraindicado para otro.

Por lo tanto, ya que nosotros no contamos con los conocimientos necesarios para elegir, deberán ser los cirujanos los que decidan cual es la mejor técnica a emplear en cada intervención.

Calidad: Es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Cuidados de enfermería: Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

Empatía, atención individualizada que ofrece la institución al cliente usuario. Acceso fácil, la buena comunicación disposición para atender al usuario. Evalúa si el paciente es priorizado o no

Insatisfacción: La insatisfacción es un sentimiento de malestar o **disgusto que se tiene cuando no se colma un deseo o no se colma una necesidad.**

Nivel de satisfacción: Es el grado de conformidad que tiene el paciente teniendo en NIVEL DE SATISFACCION cuenta los **aspectos técnicos e interpersonales que le presta el personal de enfermería.**

Paciente: El paciente es aquella persona que **sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud**

Periodo pos operatorio: Es el tiempo que transcurre desde que **el paciente concluye su participación en la cirugía extendiéndose hasta que es dado de alta, para su recuperación total o para que continúe su recuperación en su domicilio.**

Respeto, considera a la persona como sujeto de derecho, **valorando su cultura y condiciones individuales.**

La satisfacción del paciente debe ser un objeto irrenunciable **Satisfacción del paciente para cualquier responsable de los servicios sanitarios y una medida del resultado y de sus intervenciones.**

Seguridad. Es el grado de conocimiento y atención ofrecida por los empleados. **Competencia, credibilidad, que inspire confianza.**

Cuidado enfermero El "cuidado" constituye el foco principal del profesional enfermero. En un sentido genérico, **Leninger define** como "aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que **van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviarlas condiciones de vida humana"**

Dorothea Orem (1972). Define el cuidado como "una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades **determinadas**". Desde la perspectiva del autocuidado lo explica como "una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". (Marriner, 2003). Define los sistemas de enfermeros como series y secuencias de acciones prácticas de las **enfermeras que actúan para proteger y regular el desarrollo de la** actividad de autocuidado de los pacientes. Entonces si, Brindar **cuidados significa ser responsable de proveer o encargarse de** individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud podemos conceptualizar el Cuidado Enfermero como **"conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la** atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación

interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a **comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad**

Calidad del cuidado.- es un concepto que consiste en poner en **marcha el máximo de elementos posibles para garantizar a los pacientes una calidad de seguimiento diagnóstico y terapéutico adaptado. Cuando la calidad de los cuidados es buena el paciente se beneficia de los mejores resultados posibles en función de su patología. La calidad de los cuidados es óptima si se respetan los criterios de presupuesto y cuando los riesgos de complicaciones o de las enfermedades que pueden derivarse de los cuidados de estos pacientes (patologías y atrógenicas) están limitadas al máximo.**

Cuidados de enfermería en el paciente posoperado. En la **segunda fase del pos-operatorio se resolverán las alteraciones fisiológicas y psicológicas y los desequilibrios asociados a la cirugía, a la anestesia y a la curación.**

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos.

Para recoger los datos se utilizó la información otorgada por el Hospital San Juan Bautista de Huaral correspondiente al año 2015, 2016 y 2017.

3.2 Experiencia Profesional

- **Inicie mis labores en el 2006 en la clínica del niño huacho en el servicio de tóxico y posteriormente en hospitalización cirugías en el cuidado de pacientes pos operatorios brindándoles un cuidado adecuado de acuerdo a la patología.**
- **En el año 2008 enero inicie mis labores en el Hospital San Juan Bautista de Huaral servicio de Medicina hospitalización siendo un servicio que brinde un cuidado de calidad por el grado de dependencia de los pacientes especialmente pacientes adultos mayores postrados en donde siempre recalcábamos que debería trabajar más personal de enfermería y por el hacinamiento del servicio compartiendo con pacientes aislados de tuberculosis que en su mayoría provenían del penal de Acállama, pacientes TBC positivos y con abandono de tratamiento, trabajé 4 años consecutivos.**

Luego pasamos a ser rotativos cada mes en un servicio **medicina, cirugía y pediatría hasta el 2013 noviembre.**

- Desde Diciembre del 2013 hasta marzo del 2014 trabajé en **el Hospital Santa Rosa De Puerto Maldonado-Madre de Dios**, servicio de hospitalización-Cirugía ,fue una experiencia muy importante que marco mi carrera en la cual una sola **enfermera encargada de 22 pacientes en su mayoría pos operados** en dicho hospital no cuenta con una sala de **recuperación el paciente pasa al servicio en un ambiente especial** frente al staff de enfermería ,ambiente con monitores para recibir a dos pacientes pos operados **inmediatos y brindarles los cuidados pos operatorios en su mayoría** pacientes baleados y pos operados de laparotomías **exploratorias ,colecistectomías, apendicetomías, hernias,** etc.
- Desde abril del 2014 hasta la actualidad en el servicio de **pediatría 6 meses y luego en el servicio de cirugía,** traumatología y especialidades. En este servicio está a **cargo una sola enfermera para 20 pacientes en el cual hay** muchos problemas para pasar visita en los dos servicios mayormente el traumatólogo se quejan que no pasamos **visita con ellos y dejamos de lado los pacientes.se atiende** también pacientes de urología pos operados de

prostatectomía que requieren de mucho cuidado y **dedicación por su patología**

- Todo el año 2017 estuve a cargo de la coordinación del **servicio de cirugía que cuenta con 5 enfermeras y 5 técnicos** de enfermería, se trató de mejorar el servicio poner mayor énfasis en los cuidados de enfermería para evitar posteriores **complicaciones.**
- En el servicio de cirugía realizo mi función asistencial, **administrativa y docente de acuerdo a la programación** asignada mensual por el departamento de enfermería en el **cual me siento realizada como profesional.**
- La problemática del servicio de cirugía es la falta de profesional de enfermería ya que se ha incrementado el **número de pacientes pos operados.**

3.3. Procesos realizados

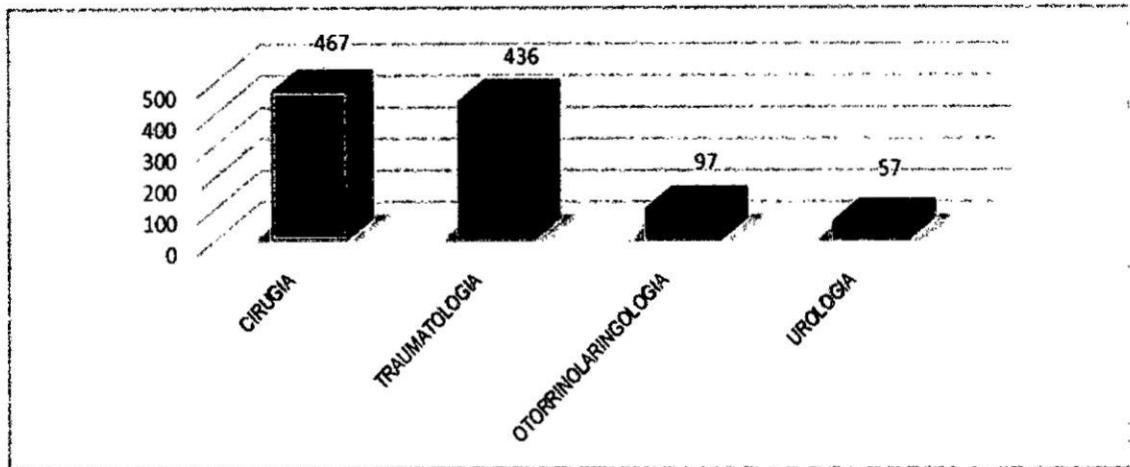
Con el presente informe laboral obtuve mucha experiencia en el campo de la investigación, pues al revisar los documentos que me **servieron para la recolección de datos pude verificar que la** aplicación de los cuidados de enfermería no se cumple totalmente, **probablemente por factores externos a la profesión y que son** propios de la institución, como insuficiente personal y falta de tiempo para dar un cuidado de calidad como debe ser a los **pacientes postoperados del Servicio de Cirugía del Hospital “San Juan Bautista” de Huaral**

IV. RESULTADOS

De los datos obtenidos se puede reflejar el siguiente resultado lo que explica estadísticamente en cuanto al Informe correspondiente:

Grafica 4.1

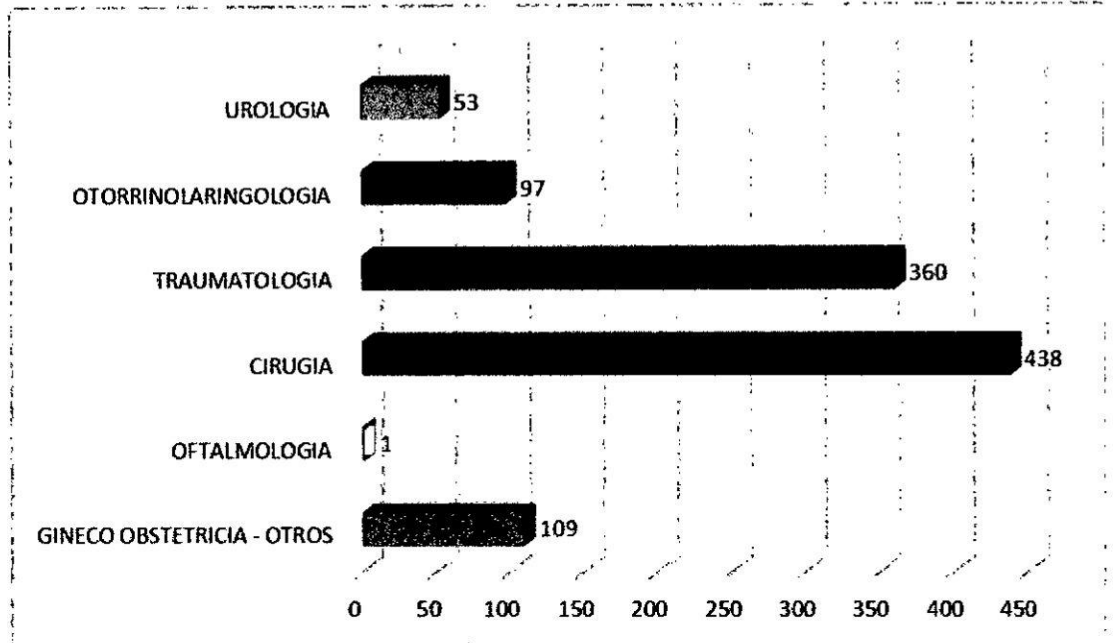
OPERACIONES PROGRAMADAS SEGÚN SERVICIO/ESPECIALIDAD



Se observa que del total de 1057 pacientes, 467 provienen del servicio de cirugía, mientras que 436 son de traumatología, 97 pertenecen a otorrinolaringología teniendo menos incidencia con 57 pacientes del servicio de urología, lo que demuestra que la programación en mayor número es en el servicio de cirugía.

Grafica 4.2

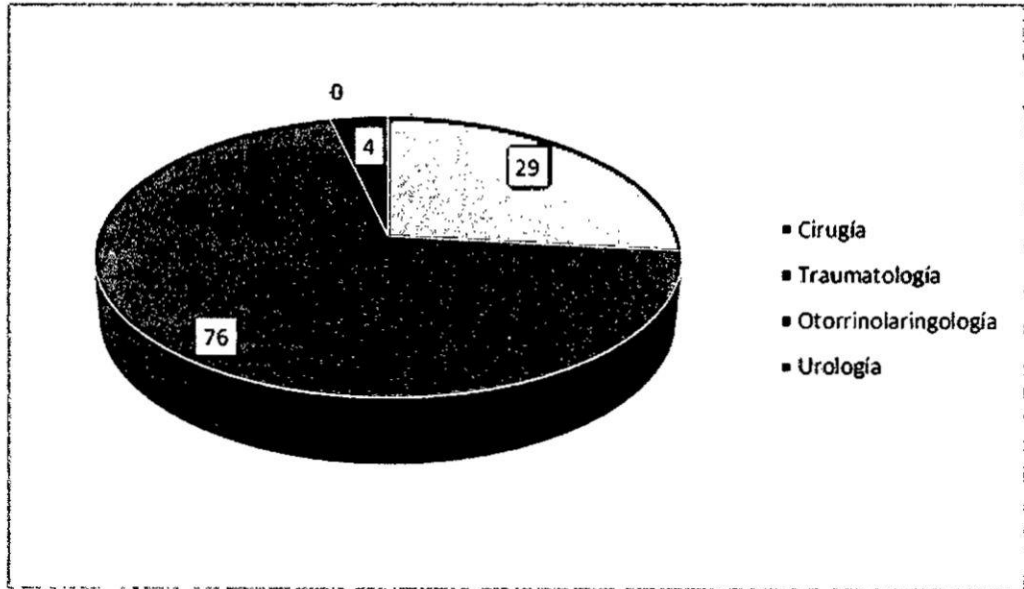
**OPERACIONES REALIZADAS SEGÚN
SERVICIO/ESPECIALIDAD**



Del total que son 948 pacientes, 438 provienen del servicio de **cirugía**, mientras que 360 son de **traumatología**, 97 pertenecen a **otorrinolaringología** teniendo menos incidencia con 53 pacientes del servicio de **urología**, lo que demuestra que las operaciones realizadas en mayor número se dan en el servicio de **cirugía**.

Gráfica 4.3

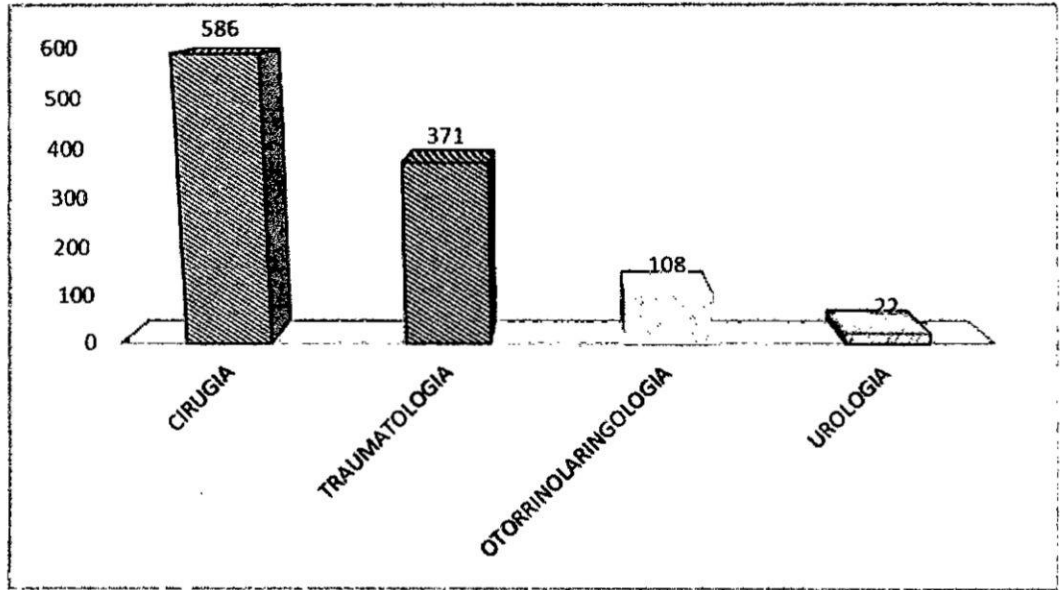
**OPERACIONES SUSPENDIDAS SEGÚN
SERVICIO/ESPECIALIDAD**



Del total que son 109 pacientes, 29 provienen del servicio de cirugía, mientras que 76 son de traumatología, 0 pertenecen a otorrinolaringología teniendo menos incidencia con 4 pacientes del servicio de urología, lo que demuestra que las operaciones suspendidas en mayor número se dan en el servicio de Traumatología.

Grafica 4. 4

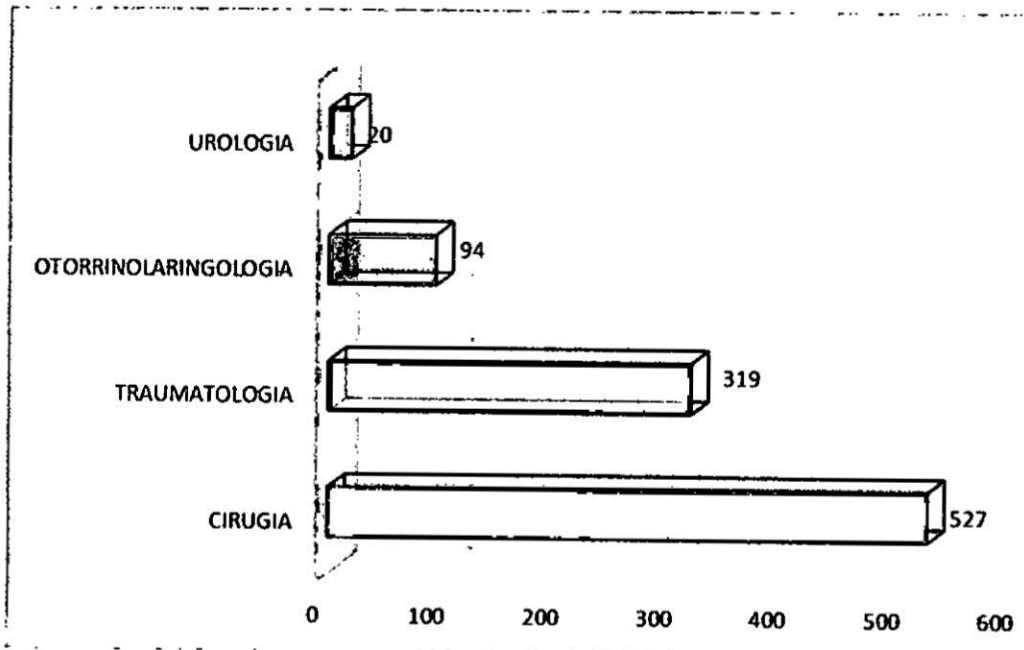
OPERACIONES PROGRAMADAS SEGÚN SERVICIO/ESPECIALIDAD



Se observa que, del total de 1087 pacientes, 586 provienen del **servicio de cirugía**, mientras que 371 son de **traumatología**, 108 pertenecen a **otorrinolaringología** teniendo menos incidencia con 22 pacientes del servicio de **urología**, lo que demuestra que la **programación en mayor número es en el servicio de cirugía**.

Grafica 4.5

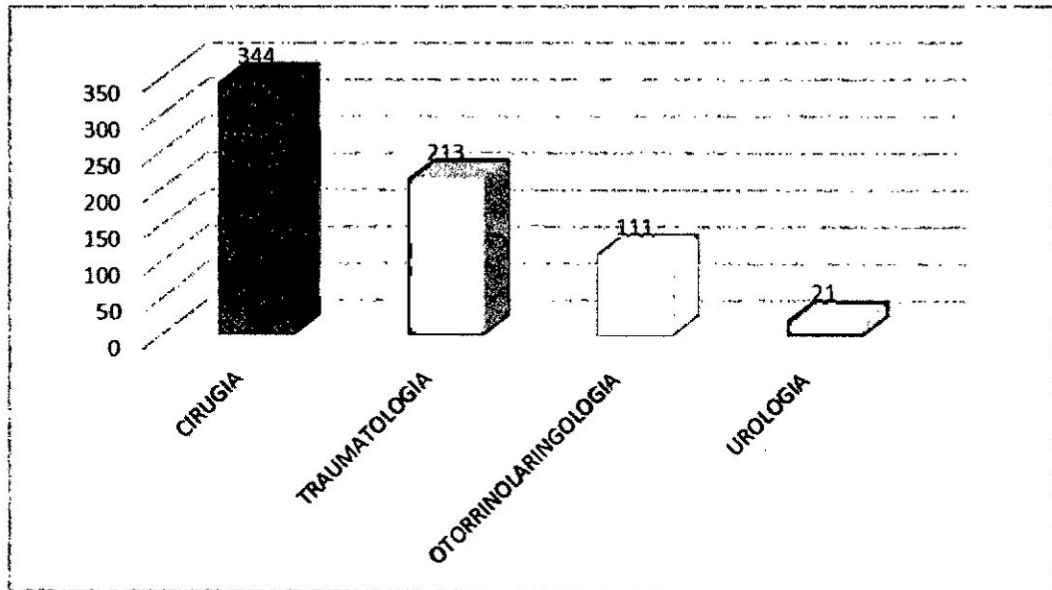
OPERACIONES REALIZADAS SEGÚN SERVICIO/ESPECIALIDAD



Del total de 960 pacientes, 527 provienen del servicio de cirugía, mientras que 319 son de traumatología, 94 pertenecen a otorrinolaringología teniendo menos incidencia con 20 pacientes del servicio de urología, lo que demuestra que la programación en mayor número es en el servicio de cirugía.

Grafica 4.7

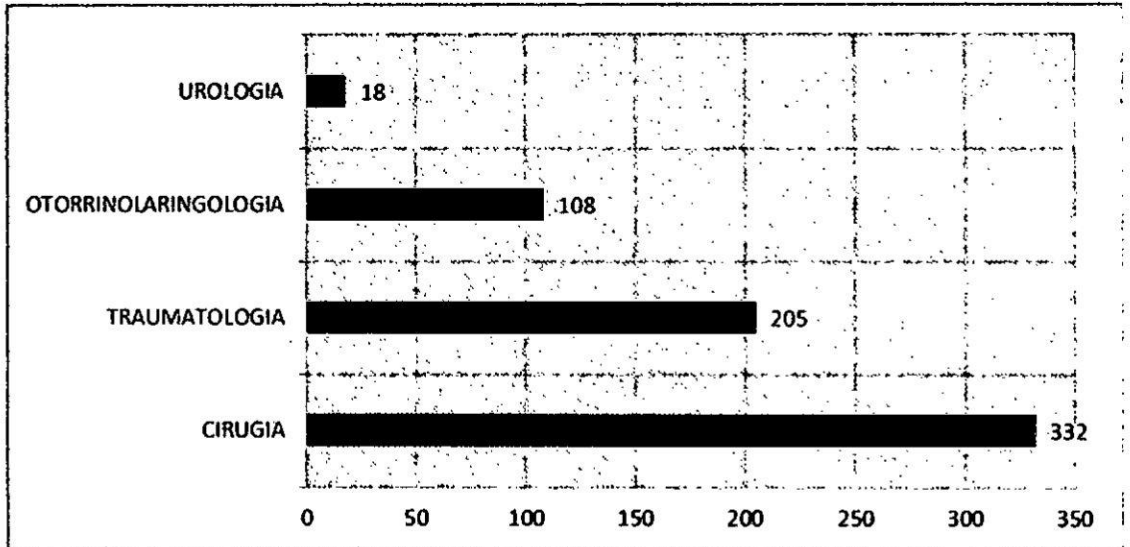
OPERACIONES PROGRAMADAS SEGÚN SERVICIO/ESPECIALIDAD



Se observa que del total de 794 pacientes, 105 provienen del servicio de cirugía, mientras que 344 son de traumatología, 213 pertenecen a otorrinolaringología teniendo menos incidencia con 111 pacientes del servicio de urología, lo que demuestra que la programación en mayor número es en el servicio de traumatología.

Gráfica 4.8

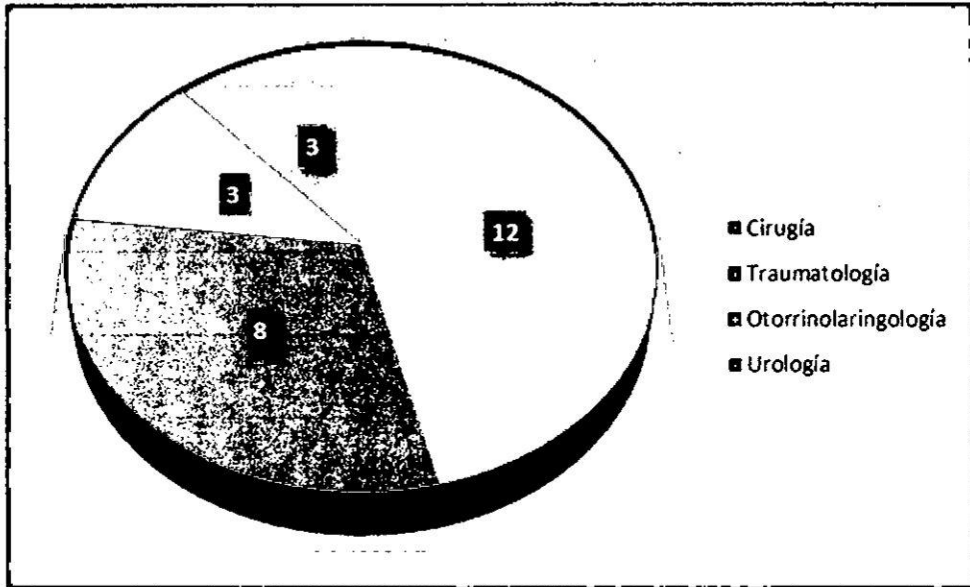
OPERACIONES REALIZADAS SEGÚN SERVICIO/ESPECIALIDAD



Del total de 960 pacientes, 527 provienen del servicio de cirugía, mientras que 319 son de traumatología, 94 pertenecen a otorrinolaringología teniendo menos incidencia con 20 pacientes del servicio de urología, lo que demuestra que la programación en mayor número es en el servicio de cirugía.

Grafica 4.9

OPERACIONES SUSPENDIDAS SEGÚN SERVICIO/ESPECIALIDAD



Del total de 26 pacientes, 12 provienen del servicio de cirugía, mientras que 8 son de traumatología, 3 pertenecen a otorrinolaringología teniendo menos incidencia con 3 pacientes del servicio de urología, lo que demuestra que la programación en mayor número es en el servicio de cirugía.

V. CONCLUSIONES

El nivel de repercusión alto sobre el cuidado de enfermería se **identificó en pacientes post operados atendidos en el servicio de cirugía del Hospital San Juan Bautista de Huaral.**

El nivel de satisfacción alto sobre el aspecto humano del cuidado de enfermería se identificó en **pacientes post operados atendidos en el servicio de cirugía del Hospital San Juan Bautista de Huaral.**

Se concluye además que la mayoría de pacientes atendidos en el **servicio de cirugía son operados y por lo tanto el cuidado de enfermería se acentúa en este servicio.**

VI. RECOMENDACIONES

A la dirección del Hospital, incorporar estrategias organizativas para **brindar atención con mayor oportunidad; asimismo, se requiere** consolidar los programas de educación continúa dirigidos al equipo de salud para optimizar la calidad y calidez de la atención.

Una estrategia particularmente importante es el fortalecimiento de los indicadores de calidad técnica e interpersonal con el fin de **mantener una evaluación permanente y detectar áreas de mejora** para su corrección oportuna.

Evaluar de manera periódica el nivel de satisfacción de los pacientes **toda vez que es un indicador de la calidad de los cuidados que se** ofertan.

Desarrollar trabajos de investigación que permitan establecer los factores asociados al nivel de satisfacción con los cuidados de enfermería.

VII. REFERENCIALES

Juárez, P.; García, M. (2009) La importancia del cuidado de **enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 200**

Torres, C. (2010) Percepción de la calidad del cuidado de enfermería **en pacientes hospitalizados. Colombia.**

MINSA (2005). Guía para la Autoevaluación de la calidad para **establecimientos de primer Nivel. Lima: MINSA.**

Marriner-Tomey A, Alligood-MR. (2002) Modelos y teorías en **enfermería. 5ª ed. Madrid**

Gutiérrez, R. (2003). Satisfacción del Paciente como medida de la **Evaluación de la Calidad Percibida. Toledo.**

Romero, L. (2008) Percepción del paciente acerca de la calidad de **atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina** en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (tesis de **licenciatura). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.**

Urere, I. (2007) Satisfacción de los pacientes con la atención de **enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica, 2006 (tesis doctoral). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.**

C Ariza, R Daza – 2008 **Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado.**

RA Zarate G. –**index de enfermería, 2004. La gestión del cuidado de enfermería.**

ANEXOS

INFORME DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS ELECTIVAS - 2015

SERVICIO / ESPECIALIDAD	OPERACIONES PROGRAMADAS	OPERACIONES REALIZADAS	OPERACIONES SUSPENDIDAS
CIRUGIA	467	438	29
TRAUMATOLOGIA	436	360	76
OTORRINOLARINGOLOGIA	97	97	0
UROLOGIA	57	53	4
TOTALES	1057	948	109

INFORME DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS ELECTIVAS - 2016

SERVICIO / ESPECIALIDAD	OPERACIONES PROGRAMADAS	OPERACIONES REALIZADAS	OPERACIONES SUSPENDIDAS
CIRUGIA	586	527	59
TRAUMATOLOGIA	371	319	52
OTORRINOLARINGOLOGIA	108	94	14
UROLOGIA	22	20	2
TOTALES	1087	960	127

INFORME DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS ELECTIVAS - 2017

SERVICIO / ESPECIALIDAD	OPERACIONES PROGRAMADAS	OPERACIONES REALIZADAS	OPERACIONES SUSPENDIDAS
CIRUGIA	344	332	12
TRAUMATOLOGIA	213	205	8
OTORRINOLARINGOLOGIA	111	108	3
UROLOGIA	21	18	3
TOTALES	689	663	26

